

# CZYNNIKI WYZNACZAJĄCE STAN PSYCHICZNY I WPŁYWAJĄCE NA OCENĘ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

## The factors determinating a physical state and inflating the evaluation of the nursing care



Aleksandra Szutarska<sup>1</sup>, Anna Andruszkiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Oddział Chirurgii Ogólnej w Chełmnie

<sup>2</sup>Katedra i Zakład Promocji Zdrowia, *Collegium Medicum* UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2010; 1: 1–5

Adres do korespondencji:

mgr Aleksandra Szutarska, ul. Gołębia 3, 86-200 Chełmno, tel. 784 77 12 42, e-mail: a.szutarska@wp.pl

### Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie komponentów psychicznych, które wpływają na ocenę opieki pielęgniarskiej. Zaakcentowano psychiczny wymiar choroby jako wymiar indywidualnego doświadczenia, łączący element poznawczy z elementem emocjonalnym. Przedstawiono różne sytuacje życiowe determinujące sposób przeżywania choroby i stosunek do niej. W psychicznym wymiarze ukazano mechanizmy obronne uruchamiane przez pacjenta oraz znaczenie występującego stresu. Następstwa biologiczne stresu, wpływając na zaburzenia homeostazy organizmu, mogą być przyczyną wyzwolenia wielu chorób psychosomatycznych.

W kryterium jakości opieki pielęgniarskiej na temat usług ważny jest stan emocjonalny w postaci satysfakcji lub jej braku. Spełnienie tego kryterium umożliwi profesjonalne pielęgnowanie, zgodne z zasadami etyki zawodowej oraz holistyczne podejście do procesu pielęgnowania przez pielęgniarki.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska, sytuacja trudna.

### Summary

The main aim of the research is to present the psychological components, which influence the nursing evaluation. The psychological dimension of the illness was stressed, as the dimension of individual experience which link cognitive element with emotional element. There were also presented varieties of the life situations determining the way of illness experiencing and attitude towards it. In the psychological dimension there were presented the defense mechanisms activated by a patient as well as the significance of the occurring stress. The implications of biological stress influencing the homeostasis disorder of the organism which can release many psychosomatic diseases.

In the quality criterion of the nursing care concerning the service, what is important is the emotional state in the form of satisfaction or its absence. Professional nursing in accordance with professional ethics principles as well as the holistic approach to the process of nursing by nurses allows to fulfill this criterion.

**Key words:** nursing care, difficult situation.

### Wstęp

Współczesny system ochrony zdrowia wyznacza pacjentowi istotne miejsce w procesie oceniania – z biernego odbiorcy usług medycznych staje się on bowiem klientem i podmiotem oceniającym oraz opinotwórczym dla polecanych przez placówkę usług [1]. Personel pielęgniarski musi wiedzieć, że od jego postawy i zachowania zależy pierwsze wrażenie, mające wpływ na dalsze samopoczucie chorego w trakcie jego pobytu w szpitalu [2]. Zobowiązuje to pielęgniarki do kształcenia ustawicznego, sięgania do najnowszych źródeł naukowych, opanowania najnowszych osiągnięć techniki oraz uczestnictwa w zarządzaniu i kierowaniu zespołami ludzkimi.

Profesjonalne pielęgnowanie opiera się na racjonalnych podstawach, a zapewnienie jakości opieki pielęgniarskiej określają wskaźniki jakości, które mogą być konstruowane tylko na podstawie danych sprawdzalnych, potwierdzonych i udokumentowanych [3]. Profesjonalne pielęgnowanie charakteryzuje się samodzielnym podejmowaniem odpowiedzialnych i autonomicznych decyzji dotyczących pielęgnowania odwołującego się do zasad etyki zawodowej [4]. Zmiany te powodują zwrot od pełnego podporządkowania lekarzowi do coraz większego, samodzielnego działania w relacjach: pielęgniarka–pacjent, pielęgniarka–zawód, pielęgniarka–zespół terapeutyczny [5].

Określenie zakresu działań funkcji opiekuńczej wynika z klasyfikacji definicji pielęgnowania przyjętej przez

Międzynarodową Radę Pielęgniarek (MRP), określającą pielęgnowanie jak asystowanie człowiekowi choremu w podejmowaniu działań, które mają znaczenie w zachowaniu zdrowia, powrocie do zdrowia albo zapewnieniu spokojnej śmierci, które człowiek mógłby wykonać sam, gdyby miał po temu potrzebną siłę, wolę i wiedzę [6]. Istotą pracy zawodowej jest opiekuńczy charakter relacji z pacjentem – podmiotem opieki pielęgniarskiej.

Celem opieki pielęgniarskiej jest świadczenie usług medycznych na optymalnym poziomie, zgodnym z oczekiwaniami społecznymi [7].

Na podstawie badań dowiedziono, że lekarze tylko w nielicznych przypadkach znają problemy psychiczne swoich podopiecznych, w związku z tym nie wiedzą, co czuje pacjent [8].

## Pacjent w obliczu choroby

Choroba somatyczna, zwłaszcza gdy jest poważna i trwa długo, stanowi dla chorego sytuację trudną, a ta z kolei rodzi u niego napięcie i może wyzwać różne sytuacje obronne. Wiedzą o tym dobrze pielęgniarki stykające się w codziennej pracy z problemami pacjentów przebywających w szpitalu. Sytuacja ta będzie się różnić, czasem nawet bardzo, u chorych mających odmienne rozpoznanie, inny przebieg choroby, inne pochodzenie, inną osobowość i style radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz, co bardzo ważne, odmienne doświadczenie życiowe [9].

Subiektywne wyobrażenie sytuacji, jakie ma pacjent, może być zarówno zgodne z obiektywnym stanem rzeczy, jak i daleko od niego odbiegać. Te subiektywne wyobrażenia pacjenta dotyczące jego choroby powinny być przedmiotem szczególnego zainteresowania ze strony osób sprawujących nad nim opiekę. Wywierają one bowiem bardzo głęboki wpływ na postawy, przeżywanie i sposób zachowania się pacjenta w sytuacji choroby, a ich znajomość może znacznie dopomóc w prowadzeniu właściwej pielęgnacji i leczenia [9].

Życie chorego toczy się w przestrzeni czterowymiarowej, tj. wymiarze biologicznym, społecznym, psychologicznym i moralno-duchowym, więc choroba dotyka też tych wymiarów ludzkiego bytowania.

W większości przypadków choroba nie jest postrzegana przez pacjenta jako byt odrębny, odizolowany od niego samego. To właśnie nie kto inny, ale on sam czuje się chory, to jego ciało nie funkcjonuje jak należy, to właśnie jego dotyka cierpienie. Choroba przeżywana jest więc przez człowieka w sposób osobisty i indywidualny [9].

Pacjent traktowany przedmiotowo przez lekarzy lub pielęgniarki, lekceważących jego subiektywne odczucia, zamyka się w sobie i wycofuje, tracąc zaufanie do personelu.

Biologiczny wymiar choroby to obiektywny stan organizmu pacjenta, a także fizyczne warunki leczenia, obejmujące stosowane metody lecznicze.

Wszystkie te czynniki składają się na stopień obiektywnych trudności, z którymi spotyka się pacjent, w przewyciężeniu których poważną rolę odgrywa właściwa pielęgnacja.

Psychiczny wymiar choroby to odbierany przez pacjenta obraz własnej sytuacji związany z chorobą, jak również bagaż emocji związany z tym obrazem. Jest to wymiar indywidualnego doświadczenia choroby i tak, jak każde ludzkie doświadczenie, łączy w sobie element poznawczy z elementem emocjonalnym [9].

Pozytywne oddziaływanie na chorego musi uwzględnić subiektywne oddziaływanie na chorego (co chory wie na temat własnej choroby i co my – jako fachowcy – wiemy o jego stanie?).

Przy próbach wniknięcia nieco głębiej w psychiczny wymiar choroby przydatne może być spojrzenie przez pryzmat podstawowych pojęć psychologicznych, jak struktura potrzeb psychicznych pacjenta, sytuacja trudna, obraz własnej choroby, reakcje na chorobę, psychiczne mechanizmy obronne, a także stres i posiadane zasoby (osobiste i społeczne) [9].

Wśród różnych psychologicznych koncepcji potrzeb szczególnie użyteczną do opisu sytuacji człowieka chorego wydaje się być koncepcja potrzeb Masłowa [9]. Prosty model klasyfikacji podstawowych potrzeb psychicznych chorego stanowi podstawę do określenia głównych przeszkód i trudności w ich zaspokojeniu. Trudności te są dla pacjenta źródłem problemów, w których niezbędna jest pomoc pielęgniarki. Klasyfikacja podstawowych potrzeb umożliwi wyłonienie czynników wsparcia, które można wykorzystać do umocnienia zdrowia chorego.

Podstawowe kategorie potrzeb to potrzeby biologiczne, bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego (miłości, akceptacji), szacunku, znaczenia i samorealizacji.

- **Poziom bezpieczeństwa chorego** – obawy, wątpliwości, poczucie winy, krzywdy związane z chorobą, leczeniem i pobytem w szpitalu. Co można zrobić, aby je zmniejszyć i zwiększyć poczucie bezpieczeństwa chorego? Kto jest dla chorego źródłem wsparcia i bezpieczeństwa? Na czym pacjent będzie budował to poczucie i czy jest ono nadal dostępne?
- **Poziom potrzeby kontaktu i akceptacji.** Czy choremu dokuczają osamotnienie? Czy izoluje się od swego otoczenia? Czy nie domaga się nadmiernego zainteresowania i uwagi? Czy czuje się niezrozumiany lub odrzucony? Czy występują trudności w kontakcie z chorym, na czym one polegają? Co można zrobić, aby złagodzić problemy obserwowane w sferze kontaktów pacjenta z otoczeniem i w ten sposób pomóc mu w lepszej adaptacji podczas pobytu w szpitalu?
- **Poziom szacunku.** Czy chory tłumaczy żale, pretensje? Czy jest niepewny lub nadmiernie pewny, przejawia zaniżoną lub zawyżoną samoocenę? Z czego dotychczas czerpał poczucie znaczenia i wartości? Czy choroba wywołała u niego zmiany? Co można zrobić, aby pomóc

pacjentowi wzmocnić lub odzyskać zachwiane poczucie wartości?

- **Poziom potrzeby samorealizacji.** Czy w związku z chorobą pacjent ma trudności z robieniem tego, do czego przywykł lub co uważa za ważne? Czy trudności te można złagodzić, proponując mu zastępcze cele i wartości?

Pacjent przebywający na leczeniu na oddziale chirurgicznym znajduje się w sytuacji trudnej. Przez sytuację trudną rozumie się zazwyczaj taką, która stawia szczególne wymagania ludzkiej psychice [9].

**Sytuacja trudna** zawiera czynniki, które stanowią zagrożenie dla jednostki – sygnalizowane lub bezpośrednio doznawane, zakłócają bądź uniemożliwiają działanie zmierzające do osiągnięcia celu (zaspokojenia potrzeby, rozwiązania zadania), bądź powodują pozbawienie cennych wartości; sytuacja trudna wyzwała stan wzmożonej aktywizacji i obciąża lub przeciąża system regulacji zachowania [11].

Powyższe czynniki mogą być natury poznawczej (trudności wynikające z braku informacji lub błędnych informacji) i natury emocjonalnej (trudności wynikające z przykrych napięć emocjonalnych). Do głównych rodzajów sytuacji trudnych zalicza się:

- deprawację – pozbawienie tego, co jest niezbędne do zaspokojenia potrzeb,
- frustrację – pojawienie się przeszkody na drodze do zaspokojenia określonej potrzeby,
- bolesne i drażniące sytuacje, w których człowiek doznaje bólu, z którymi się nie zgadza i które go drażnią,
- zagrożenia – brak zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa,
- konfliktowe sytuacje, sprzeczność dążeń – konflikt może być ukryty lub jawny i mieć charakter zewnętrzny (pomiędzy interesami różnych osób) lub wewnętrzny (wynikający ze sprzecznych potrzeb i motywów tej samej osoby),
- przeciążenia – sytuacje wymagające od człowieka maksimum jego sił i mobilizacji.

Sytuacja chorego jest nietatwa, gdyż zawiera zespół różnych wymienionych form trudności. Często występują one łącznie, np. w formie dolegliwości bólowych stanowiących dla chorego sygnał jeszcze poważniejszego niż sam ból zagrożenia lub w formie utraty dotychczasowej sprawności i pozbawienia cennych wartości, a zarazem w formie frustracji towarzyszącej temu problemowi.

Należy pamiętać, że sytuacja chorego uzależniona jest m.in. od jego ogólnej sytuacji życiowej w momencie pojawienia się choroby [10]. Można wyróżnić trzy możliwości determinujące sposób przeżywania choroby i stosunek do niej:

- sytuacje, w których nic szczególnego się nie działo, a życie biegło zwykłym torem i dopiero choroba spowodowała zakłócenie,
- sytuacje o szczególnym znaczeniu, kiedy choroba przeszkodziła pacjentowi w realizacji ważnych planów i zadań życiowych bądź przekreśliła ich osiągnięcie,

- sytuacje życiowe szczególnego spiętrzenia zadań, obowiązków i konfliktów, w których choroba mogła być rodzajem wybawienia lub stanowić wygodny sposób na czasowe odsunięcie od trudnych spraw i decyzji.

W dwóch pierwszych przypadkach na pierwszy plan wysuwają się trudności w zaspokojeniu potrzeb, natomiast w ostatnim tzw. wtórne zyski z choroby. Chory czerpiący ukryte zyski z choroby będzie się gorzej leczył i trudniej będzie u niego uzyskać znaczącą poprawę.

Następnym pojęciem psychologicznym istotnym przy próbach wnikięcia w psychiczny wymiar choroby jest obraz własnej choroby. Obraz własnej choroby stanowi odbicie w świadomości pacjenta tych elementów sytuacji (poznawczych i emocjonalnych), które bezpośrednio wiążą się z jego chorobą [9]. Na obraz własnej choroby składają się przekonania i wyobrażenia chorego, czym dana choroba jest (jaka jest jej istota), jak powstała i jaki będzie jej dalszy przebieg? Obraz własnej choroby ma charakter dynamiczny, gdyż zmienia się z czasem trwania choroby i dopływem nowych informacji. Dużą rolę odgrywają tu tzw. psychologiczne mechanizmy obronne. Obraz własnej choroby może znacznie różnić się u poszczególnych pacjentów, niezależnie od obiektywnego stanu zdrowia.

Kolejnym istotnym elementem psychicznego wymiaru choroby jest reakcja na chorobę. Do podstawowych poznawczych reakcji na chorobę zalicza się najczęściej: zaprzeczenie, pomniejszenie, wyolbrzymienie i wreszcie akceptację diagnozy lekarskiej [9]. Szczególnie wiele prac z dziedziny psychologii dotyczących reakcji na chorobę koncentruje się na reakcji zaprzeczenia chorobie. Polega ona na tym, że chory nie dopuszcza do świadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby, mimo dostępnych informacji i możliwości intelektualnych ich wykorzystania [11]. Reakcja ta jest skutkiem lęku związanego z chorobą. Chory próbuje poradzić sobie z tym problemem poprzez odsunięcie go, zapomnienie lub zaprzeczenie. Zachowanie pacjenta uwarunkowane jest skrywanymi w podświadomości emocjami. Choremu można pomóc w tej trudnej sytuacji przez zachęcenie go do wypowiedzenia skrywanych dotąd obaw i wątpliwości. Bardzo ważne jest udzielenie mu wsparcia i rzeczowe wyjaśnienie sytuacji.

Pomniejszenie lub bagatelizowanie przez pacjenta dolegliwości może wynikać z braku elementarnej wiedzy i z lęku przed chorobą.

Wyolbrzymienie choroby, będące efektem przeżywanego lęku, występuje u osób reagujących na trudną sytuację tzw. koncentracją na zagrożenie. Reakcje tego rodzaju występują także u osób o cechach hipochondrycznych, skoncentrowanych nadmiernie na własnym ciele i jego funkcjach.

Spośród reakcji emocjonalnych występujących w chorobie zwykle wymienia się strach, lęk, gniew i przygnębienie [9].

Oprócz wyżej wymienionych form reakcji na psychologiczne zagrożenie związane z chorobą za Lipowskim

wymienia się często charakterystyczne style zmagania się z nią, jak walka, rezygnacja oraz przeciwstawianie się i uleganie [9].

Kolejnym zasługującym na omówienie pojęciem psychologicznym w analizie psychicznego wymiaru choroby są mechanizmy obronne. Pod tym pojęciem rozumie się nieświadome i automatyczne procesy, których celem jest redukcja lęku wzbudzonego przez nieakceptowane myśli i pragnienia [9]. Do często spotykanych mechanizmów obronnych w omawianym kontekście zaliczyć należy wyparcie, racjonalizację, projekcję, reakcję upozorowania, kompensację, konwersję, sublimację i regresję.

Wyparcie polega na automatycznym usunięciu ze świadomości myśli, uczuć i pragnień budzących lęk, poczucie winy. Wyparte do podświadomości grożą ponownym powrotem do świadomości, będąc skutkiem ukrytych motywów.

Racjonalizacja polega na racjonalnym tylko z pozoru prawdziwym wyjaśnieniu przyczyn postępowania. Przykładem jest pacjent niezgłaszający się na umówione badanie ze strachu przed poważną chorobą.

Projekcja polega na przypisywaniu innym nieakceptowanych cech i pragnień. Przykładem jest agresywny pacjent, nieakceptujący agresji, mogący się jej przesadnie dopatrywać w personelu medycznym, uważając, że skoro zachowują się wrogo w stosunku do niego to „odpłaca się pięknym za nadobne”.

Kompensacja polega na silnym dążeniu do wybicia się i uzyskania szczególnych osiągnięć w wybranej dziedzinie, w celu nieświadomego skompensowania niepowodzeń. Przykładem jest człowiek z utonięciem fizyczną podejmujący usilne próby wybicia się w działalności intelektualnej.

Konwersja polega na przekształcaniu wypartych impulsów emocjonalnych, np. seksualnych, agresywnych lub lękowych, w objawy czynnościowe, np. ból głowy, brzucha, skurcze mięśniowe, utratę głosu, utratę czucia, zaburzenia równowagi, zaburzenia łaknienia, zaburzenia czynności seksualnych.

Sublimacja polega na zastępczym zaspokajaniu pragnień w udoskonalonej (uwznioślonej) formie, np. nieakceptowane pragnienia seksualne mogą znaleźć odzwierciedlenie w twórczości literackiej lub artystycznej.

Regresja polega na reagowaniu w trudnej sytuacji w sposób charakterystyczny dla wcześniejszego etapu rozwoju danej osoby, np. zdenerwowana pacjentka zaczyna płakać jak małe dziecko, a kilkuletni chłopiec po przyjęciu do szpitala zaczyna moczyć się w nocy.

Ważnym pojęciem psychologicznym, które należy przedstawić w psychicznym wymiarze choroby, jest stres. Początki badań nad stresem w naukach medycznych wiążą się z osobą Hansa Selye'ego, kanadyjskiego fizjologa pochodzenia węgierskiego. Termin „stres” został użyty przez tego autora do określenia niespecyficznego reakcji organizmu powstającej w odpowiedzi na działanie bodźców szkodliwych (stresorów), zwanej ogólnym zespołem

adaptacyjnym (*general adaptation syndrom* – GAS) [11]. Zespół ten ma następujące stadia:

- reakcji alarmowej – zmobilizowane zostają siły obronne,
- stadium odporności – pełne przystosowanie do stresora,
- stadium wyczerpania – wyczerpanie się energii przystosowania, jeśli stresor jest nasilony i działa w dłuższym czasie.

Selye ma doniosły wkład w badania nad stresem biologicznym. Od początku upowszechnione przez niego pojęcie stresu i poglądy na naturę stresu były krytykowane. Przedstawiono dowody swoistości reakcji organizmu w odpowiedzi na konkretne szkodliwe czynniki. Zarzucano jej w odniesieniu do człowieka niedostateczne uwzględnienie czynników psychologicznych.

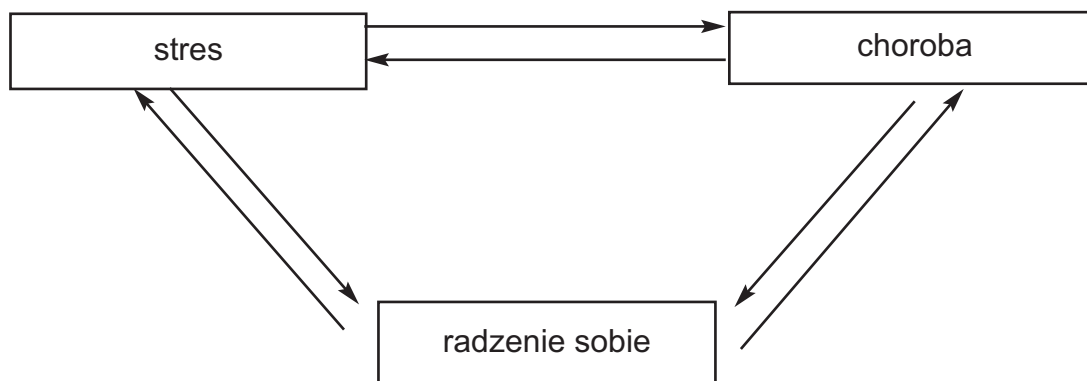
W początkowym okresie badań nad stresem psychologicznym okazało się potrzebne określenie jego specyfiki w stosunku do stresu biologicznego czy fizjologicznego. Nie można było przyjąć za kryterium obecność zmian neuroendokrynologicznych lub ich brak. Reakcje takie, o czym będzie mowa dalej, uczestniczą również w zjawisku określanym jako „stres psychologiczny”, stanowiąc nieodłączny atrybut emocji charakteryzujących stan stresu [11]. Richard Lazarus z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley, zmarły w 2002 r., pozostaje nadal najwybitniejszym i najczęściej cytowanym światowym autorytetem w dziedzinie stresu psychologicznego [24].

Według definicji stresu Lazarusa i Folkmana, prawdopodobnie najczęściej cytowanej w piśmiennictwie, stresem jest „określona relacja (*relationship*) osoby z otoczeniem, oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [11].

Zgodnie z tą koncepcją [9], stres jest procesem złożonym, na który składa się kilka następujących po sobie sekwencji. Mechanizm stresu przebiega następująco: otoczenie zostaje ocenione jako zagrażające, szkodliwe lub stanowiące wyzwanie, co staje się źródłem emocji. Następuje druga ocena w postaci oceny własnych możliwości i sposobów poradzenia sobie w niej oraz wybór określonego sposobu postępowania. Następnym krokiem jest uruchomienie procesów radzenia, ukierunkowanych na zmianę sposobu postępowania lub redukcję napięcia i ekspresję doznanych emocji.

Z badań wynika, że istnieje zależność pomiędzy stresem psychologicznym a stanem jednostki. W wyniku doświadczonego stresu wzrasta ryzyko zachorowania na różne choroby somatyczne i ich przebieg. Wpływ ten jest uzależniony od cech indywidualnych jednostki, jak doświadczenie, osobowość, posiadane zasoby, postawy, stosowane sposoby radzenia sobie i mechanizmy obronne oraz wsparcie społeczne.

Przedstawione wzajemne relacje stresu z chorobą i radzeniem sobie są dwustronne. Stres może być przyczyną lub czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby, a istniejąca już choroba stanowi potężne źródło stresu.



Źródło: Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. 2007; 222.

Ryc. 1. Wzajemne związki między stresem, chorobą i radzeniem sobie

Wśród potrzeb psychicznych wymienia się potrzeby kulturowe, estetyczne, aktywnej rekreacji oraz psychoorganizacji [12].

## Podsumowanie

Holistyczny model opieki nad pacjentem realizowany przez pielęgniarki zapewnia całościowe podejście do jego potrzeb, wpływając na jego samopoczucie i zdrowienie. Realizując w swojej metodzie pracy proces pielęgnowania, pielęgniarka w istotny sposób przyczynia się do podwyższenia jakości opieki pielęgniarskiej.

Stworzenie choremu hospitalizowanemu atmosfery troskliwości, zrozumienia i szacunku, zapewnienie kontaktu z rodziną i bliskimi daje poczucie bezpieczeństwa, sprzyja walce z chorobą. Ważna jest psychoterapia elementarna, która obejmuje wytworzenie atmosfery terapeutycznej przez wzbudzenie otuchy, optymizmu, życzliwości, zaufania, zrozumienia dla trosk pacjenta, łagodzenia napięcia, lęku przez wyjaśnienie dręczących chorego wątpliwości, podkreślenie nawet niewielkich osiągnięć [13]. Psychoterapię elementarną mogą stosować pielęgniarki, pod warunkiem odbycia specjalistycznego kursu, co reguluje zarządzenie ministra zdrowia z 26 maja 1997 r. [4].

Wyniki badań wskazują na potrzebę ciągłego doskonalenia zawodowego, częściowej zmiany organizacji pracy i wprowadzenia indywidualnej odpowiedzialności za pielęgnowanie [15].

## Piśmiennictwo

1. Wyrzykowska M. Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1: 3-10.
2. Wasilewski TP. Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2008; 3: 81-86.
3. Walewska E. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 7.
4. Zarzycka D. Pielęgnowanie. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 173.
5. Glińska J, Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. Problemy Pielęgniarstwa 2007; 15: zeszyt 4.
6. Ciechanowicz W. Dawca i biorca pielęgnowania. W: Ślusarska B, Zahradniczek K (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 303.
7. Andruszkiewicz A, Idczak H, Kocięcka i wsp. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u chorych chirurgicznych. Pielęg Pol 2005; 1: 46-8.
8. Osoba D. Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia pacjentów onkologicznych. Nowotwory 1993; 43: 185-92.
9. Motyka M. Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999; 7-54.
10. Jarosz K, Opow A. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej po operacji tarczycy. W: Kształcenie i doskonalenie zawodowe pielęgniarek, położnych: standardy opieki w pielęgniarstwie: wdrażanie programów promocji zdrowia. Materiały konferencyjne, Poznań 1999; 154.
11. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
12. Szewczyk MT, Jawień A. Oczekiwania chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgicznych w zakresie zaspokajania potrzeb psychospołecznych i realizacji opieki. Przegląd Lekarski 2005; 62: 871-5.
13. Szewczyk MT. Jakość opieki pielęgniarskiej a oczekiwania chorych chirurgicznych. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w Opiece Zdrowotnej”. Kraków 12-14 kwietnia 2000. Materiały konferencyjne; 246-51.
14. Michalak B, Krysiak I, Wołowicka L. Postępowanie pielęgniarskie w okresie okotooperacyjnym. Pielęg Pol 2005; 245.
15. Jarosz M. Psychologia lekarska. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1978; 297-312.
16. Szewczyk MT. Współczesne koncepcje opieki pielęgniarskiej. Przew Lek 2005; 1: 88-91.