

Psihičke reakcije bolesnika u perioperativnom periodu

Željko Vuković¹, Natalija Hadživuković²

¹Univerzitetska bolnica Foča,
Foča, Bosna i Hercegovina

²Medicinski fakultet Foča,
Univerzitet u Istočnom Sarajevu,
Foča, Republika Srpska, Bosna i
Hercegovina

Correspondence:

zeljkovuk87@yahoo.com

Received: September 7, 2015

Accepted: July 29, 2016

STRUČNI RAD
PROFESSIONAL PAPER

APSTRAKT

Hirurška intervencija uobičajeno dovodi do straha. Operacija je uvijek naglašeni emocionalni ulazak u sferu nepoznatog i nema čovjeka s normalnim psihološkim odbranama koji ne osjeti nelagodu pri odlasku na bilo koju operaciju. Cilj ovog istraživanja je ispitati postojanje psihičkih reakcija pacijenata koji su primljeni na operativni tretman, mogućnost iznalaženja mjera u prevladavanju mogućeg preoperativnog i postoperativnog straha, izrada plana uvođenja promena i strategija u prevladavanju preoperativnog i postoperativnog straha i praćenje njegovog ostvarivanja.

Istraživanje je sprovedeno u hirurškoj jedinici za anesteziju i reanimaciju Univerzitetske bolnice u Foči u periodu od 01.05.2013. godine do 31.05.2013. godine. U istraživanju je korišten kraći deskriptivni upitnik sa podacima o ispitaniku i upitnik samoprocjene za depresiju.

Najveći broj pacijenata je par dana pred operaciju imao smanjeno interesovanje za događaje oko sebe, osjećaj praznine, neraspoloženje, probleme sa snom, umor. Najveći broj pacijenata nije imao umanjen apetit, slabost koncentracije, usporenost, suicidalne ideje. Od 20 naših ispitanika 3 pacijenta nisu pokazivala tjelesne simptome, dok njih 17 je navodilo veći broj tjelesnih simptoma iz područja svih organskih sistema. Kod 4 pacijenta pronađen je rezultat koji odgovara za uobičajenu opštu populaciju, blagi oblik depresije je pronađen kod 11 pacijenata, dok je umjereno blagi oblik depresije pronađen kod 5 pacijenata.

Dobro osmišljena i obavljena psihološka preoperativna priprema predstavlja ne samo važan faktor pozitivnog operativnog ishoda i uspešnog postoperativnog oporavka bolesnika, već i trajniji zalag njegovog racionalnog odnosa prema zdravlju i bolesti.

KLJUČNE REČI

Strah od operacije, ličnost bolesnika, psihološka priprema.

UVOD

Sve je veći broj dokaza o pozitivnim efektima pripreme bolesnika za hirurške i druge stresogene medicinske intervencije. Priprema za operaciju najčešće podrazumjeva informisanje oboljelih o intervenciji i njenim postefektima. U pripremi bolesnika za hirurške intervencije, pored davanja informacija koriste se i drugi metodi. Neki su "čisto" psihološki, fokusirani na emocionalne reakcije, na hospitalizaciju. Drugi podrazumjevaju obuku bolesnika, relaksacioni trening ili specifične kognitivne tehnike za prevladavanje stresa. Psihološki i edukativni metodi kombinuju se i sa različitim tipovima informacija (1).

Za dobru i realnu kognitivnu procjenu koja se smatra faktorom zaštite ličnosti u operativnom stresu, neophodne su određene informacije. Postoji opšte uvjerenje da je informisanje bolesnika obrnuto srazmerno intenzitetu straha i njegovim reperkusijama u operativnom i postoperativnom toku. Rezultati istraživanja obavljenog sa bolesnicima koji su bili podvrgnuti operaciji karotidne arterije pokazalo je da su najviše efekta na redukciju anksioznosti ispitanika imale jasne, lako razumljive informacije koje su obaveštavale o ključnim karakteristikama predstojeće operacije (2).

Dodavanje detaljnijih informacija u usmenoj ili pisanoj formi nije poboljšalo razumevanje, niti je značajnije uticalo na anksioznost. "Informacija više" ne intenzivira, ali ni ne smanjuje anksioznost (3).

Bolesnici sa visokim nivoom preoperativnog stresa, deformišu primljene informacije, dok bolesnici kod kojih je utvrđen nizak stepen ili odsustvo straha, ispoljavaju nazainteresovanost, kao i izbegavanje svake mogućnosti da nešto saznaju o operaciji koja ih očekuje. Oboljeli iz obe kategorije sporije se i lošije oporavljaju, sa brojnim nus efektima kao što su povraćanje, bol, urinarna retencija, problemi u vezi sa ishranom. Među njima je najveći broj bolesnika nezadovoljnih ishodom operacije, načinom lečenja i ophođenja medicinskog osoblja. Najlakši i najbrži oporavak pronalazi se kod osoba sa preoperativno umjerenim nivoom straha, koje zapravo, imaju najcjelishodniji odnos prema informacijama, one ih aktivno traže, adekvatno razumiju i svrsishodno upotrebljavaju (3, 4).

Osim intenziteta anksioznog osjećanja, važan je i odnos bolesnika prema ovom osjećanju, odnosno specifičan „coping” stil, koji se definiše kao uobičajeni način odno-

šenja prema stresnoj situaciji. Ponašanje čovjeka u operativnom stresu, nalik je njegovom ponašanju u svakoj drugoj vrsti stresa. Bolesnici sa pasivnim copingstilom su bolesnici sa mehanizmom negiranja realnosti kao strategijom u prevladavanju stresa. To su bolesnici koji ne žele da znaju. Bezrezervno vjeruju autoritetima, blokiraju relevantne informacije i ne postavljaju pitanja. Kada su izloženi situaciji u kojoj ne mogu da izbjegnu detaljno informisanje, pojača im se uznemirenje i ubrza srčani ritam (1,5,6).

Poslije operacije oporavljaju se i brže i bolje ukoliko su preoperativno primili manje detaljnih informacija o onome što ih očekuje. Pasivnim bolesnicima potrebne su i dovoljne samo osnovne informacije za redukciju anksioznosti i optimalan postoperativni tok. „Informacija više“ je nepotrebna i štetna. „Informacija više“ predstavlja tačku sloma i bolesnicima aktivnog copingstila, ali u situaciji kad je nema (6,7).

Studije pokazuju da bolesnike sa aktivnim coping stilom karakteriše potreba za što većim brojem detaljnih informacija. Oni žele da budu aktivno uključeni u sve vidove tretmana, zbog čega redovno obaveštavaju osoblje o svom stanju i potrebama, postavljaju i ponavljaju pitanja. Kako je za ove osobe nemogućnost kontrole događaja stresogenija od bilo kakve medicinske intervencije, u situaciji izostanka traženih informacija, reaguju intenzivnim porastom anksioznosti i sa mogućim agresivnim ispoljavanjem. Ovim bolesnicima treba pružiti informaciju više, jer ona redukuje njihov strah (6).

U cilju pripreme za operaciju, oboljelima se najčešće daju tri osnovna tipa informacija (6).

1. Proceduralni tip informacija upoznaje bolesnika sa tehničkim intervencijama kroz koje će proći uoči i tokom operacije (mesto, način i razlog izvodjenja zahvata).
2. Senzorni tip informacija odnosi se na senzacije i doživljaje koji se mogu očekivati u postoperativnom toku (priroda i trajanje bola, mučnina, osećaj slabosti).
3. Bihevioralnim informacijama bolesnici se upoznaju sa načinima ponašanja koji im mogu olakšati tegobe posle operacije i ubrzati oporavak.

Istraživanja pokazuju da senzorne informacije imaju najveću vrijednost kod izrazito anksioznih bolesnika, dok ih proceduralne informacije često mogu dodatno uznemiriti (8). Proceduralne informacije pokazuju bolje efekte kod manje anksioznih bolesnika, naročito ukoliko se radi o osobama sa naglašenom potrebom za uspostavljanjem kontrole nad zbivanjima u realnosti (9). Bihevioralne instrukcije koje omogućavaju stvarnu kontrolu nad onim što se bolesniku dešava, kao što su one koje se tiču pravilnog disanja u cilju smanjivanja bola, ili koje se

odnose na vežbe nogu radi poboljšanja pokretljivosti, i sl., pokazuju pozitivne efekte u oporavku svih bolesnika, i to u vidu manje upotrebe analgetika i skraćena bolničkog lečenja. (6) Najbolje rezultate postiže kombinovana ekspozicija različitih tipova informacija, prilagodjena osobinama i specifičnim potrebama oboljelog (9).

Stariji ljudi, kao i uopšte ljudi koji zbog organskih, intelektualnih ili emocionalnih razloga ispoljavaju problem koncentrisanja i zapamćivanja, zahtjevaju stalnu proveru obima i tačnosti zapamćenih informacija. U cilju sprečavanja zaboravljanja, za njih su veoma pogodne informativne brošure koje mogu da koriste kad god zažele (10, 11).

Psiholozi angažovani u postupku preoperativne pripreme, obično koriste Trening inokulacije stresom, koji je zasnovan na ideji da se tolerancija stresa postiže izlaganjem osobe doziranom iskustvima stresogenog događaja (2). Bolesniku se daju objektivna obaveštenja o svim karakteristikama operativnog zahvata i senzacijama koje mogu biti doživljene, kao i mogućim stresnim reakcijama na ove senzacije.

Rezultati više empirijskih istraživanja potvrđuju da su bolesnici sa strategijama koje su razvili Treningom inokulacije stresa, bolje podnijeli operativni i postoperativni stres, brže se i lakše oporavljali, što je procenjeno kako preko subjektivnih doživljaja bolesnika, tako i preko objektivnih, fizioloških parametara kao što su normalizacija srčanog ritma, smanjenje krvnog pritiska, povećanje perferne cirkulacije i povećanje temperature kože (11).

U cilju postizanja relaksiranog stanja uoči i nakon operacije, ponekad se koristi i slušanje relaksirajuće muzike, šaljivih priča, i slično, što takođe pokazuje pozitivne efekte. Rezultati više studija pokazuju da su bolesnici kojima je omogućeno slušanje relaksirajuće muzike, ili zabavnih, šaljivih priča, ispoljili manji nivo anksioznosti što je između ostalog, procenjeno i preko nižeg nivo kortizola, sporijeg pulsa i nižeg krvnog pritiska (11).

Neposredan postoperativni oporavak i boravak u jedinici intenzivne nege, predstavlja svojevrstan stresogeni događaj za bolesnika, naročito ukoliko on prethodno nije upoznat sa izgledom prostorije, obavezom nepokretnosti i neprijatnim senzacijama koje se u toku ovog boravka doživljavaju (9).

Osim kognitivnih sposobnosti, i neke crte ličnosti direktno utiču na kvalitet i brzinu postoperativnog oporavka. Ekstravertovani bolesnici, koji uspešno obezbeđuju i koriste socijalnu podršku i pomoć, pokazuju mnogo brži postoperativni oporavak (9).

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati postojanje psihičkih reakcija pacijenata koji su primljeni na operativni tretman, mogućnost iznalaženja mjera u prevladavanju mogućeg preoperativnog i postoperativnog strah, izrada

plana uvođenja promena i strategija u prevladavanju preoperativnog i postoperativnog straha i praćenje njegovog ostvarivanja.

METODE RADA

Ispitivanje je sprovedeno u hiruškoj jedinici za anesteziju i reanimaciju Univerzitetske bolnice u Foči u periodu od 01.05.2013. godine do 31.05.2013. godine. Ispitivanu grupu sačinjavalo je 20 pacijenata oba pola koji su pripremani za operativni zahvat. *Kriterijumi za uključivanje u istaživanje:* Da su ispitanici pacijenti pred operativnim zahvatom i Da je upitnik popunjen sa svim traženim podacima *Kriterijumi za isključivanje iz istaživanja:* Nepotpuno popunjen upitnik i/ili odustajanje od ispitivanja.

U istraživanju su korišteni:

1. Kraći deskriptivni upitnik sa podacima o ispitaniku koji se sastoji od 10 pitanja u vezi sa polom, starošću, bračnim stanjem, brojem djece, opisom poslova koji obavljaju i načinom rada, razlozima hospitalizacije, simptomima na koje se žale, drugim bolestima, zloupotreba alkohola, psihičke tegobe, gubitak drage osobe.

2. Upitnik samoprocjene za depresiju (PHQ-9) je upitnik samoprocjene za pacijente izveden iz PRIME MD-a (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders), instrumenta koji se koristi za evaluaciju najčešćih psihijatrijskih poremećaja na nivou primarne zdravstvene zaštite. PHQ-9 je skraćeni upitnik koji se odnosi na depresivne poremećaje, i koji mjeri svaki od 9 DSM IV kriterijuma potrebnih za postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja. PHQ-9 je instrument kojim se mjeri težina depresivne epizode (10).

Kompjuterska obrada podataka sprovedena je pomoću SPSS 20 for Windows softverskog statističkog paketa. U obradi podataka primijenjene su metode deskriptivne i analitičke statistike. Analiza statističke značajnosti razlika dobijenih rezultata vršena je primjenom Hi kvadrat testa (χ^2) u odnosu na godinu studija ispitanika. Podaci su prikazani tabelarno i pomoću grafikona. Kao nivo statističke značajnosti razlika uzeta je uobičajena vrijednost $p < 0,05$.

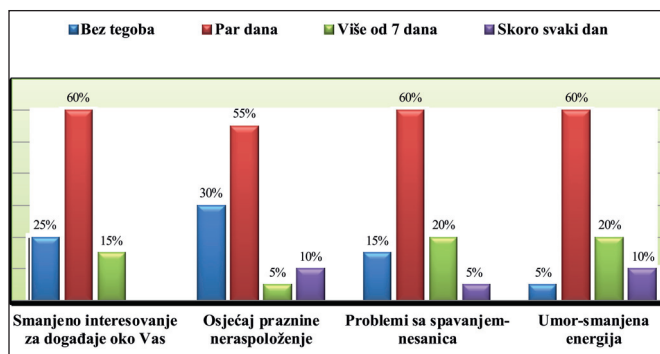
REZULTATI

U istraživanje smo uključili 20 pacijenata oba (50% muškog i 50% ženskog) pola, životne dobi od 15 do 70 godina, koji su potpisali informisani pristanak i prihvatili su učešće u našem istraživanju. Od ukupnog broja operisanih pacijenata najviše (55%) ih je sa završenom srednjom školom, dok samo 15% ispitanika ima fakultetsku diplomu, isti procenat ispitanika su bez škole. Između ispitanika oba pola ne postoji statistički značajna razlika u odnosu na starost i stručnu spremu.

Pacijenti su primljeni na hirurško odjeljenje radi ope-

rativnog zahvata. Kod 30% pacijenata je urađena operacija slijepog crijeva, kod 25% operacija kile, 20% pacijenata operisalo je žučnu kesu, 15% pilonidalni sinus, a kod 10% pacijenata operisane su vene.

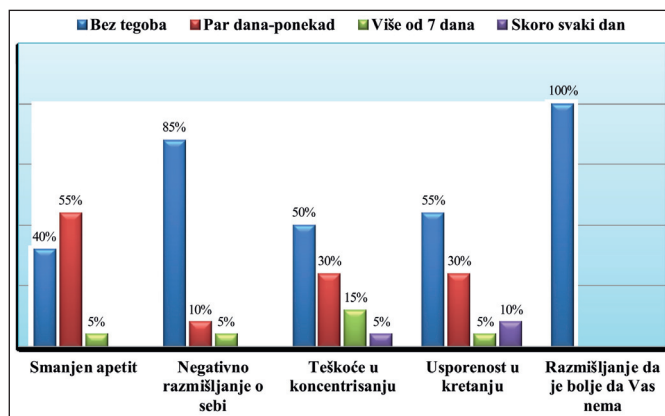
Najveći broj pacijenata (60%) je nekoliko dana pred operaciju imalo osjećaj smanjenog interesovanja za događaje u svojoj okolini, dok 15% ispitanika ima isti osjećaj koji traje duže od sedam dana. Između ispitanika različite starosti nije uočena statistički značajna razlika u pogledu interesovanja za događaje u svojoj okolini. Pedeset pet posto pacijenata je izjavilo da u poslednjih nekoliko dana ima osjećaj praznine i neraspoloženja, dok 10% ispitanika ima te tegobe svakog dana, pri čemu statistički značajna razlika između ispitanika u odnosu na pol ili starost nije uočena. Problemi sa spavanjem u vidu nesanice se javljaju kod 60% ispitanika u poslednjih nekoliko dana, 15% ispitanika nema navedene tegobe, dok kod 20% pacijenata nesanica traje duže od 7 dana, a samo kod jednog ispitanika nesanica je prisutna skoro svakog dana, pri čemu u oba slučaja nije pronađena statistički značajna razlika u pogledu pola ili starosti (Grafikon 1).



Grafikon 1. Rezultati samoprocjene psihijatrijskih poremećaja – depresije, uz pomoć PHQ-9 upitnika, sa osvrtom na smanjeno interesovanje za događaje u okolini, osjećaj neraspoloženja, prisustva nesanice i umora

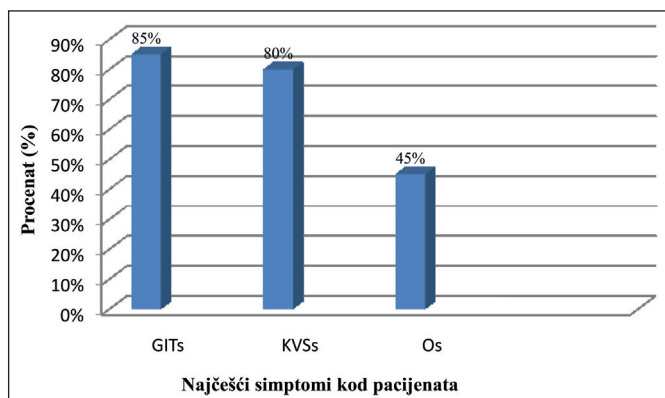
Četrdeset posto pacijenata je izjavilo da nema problema sa apetitom, dok je 55% ispitanih izjavilo da ponekad ima problema u vidu smanjenja apetita, dok kod samo jednog ispitanika smanjen apetit je prisutan duže od sedam dana. Statistički značajna razlika je prisutna u pogledu negativnog razmišljanja ispitanika o sebi ($\chi^2=6,607$; $p=0,037$) pri čemu je najveći broj ispitanika (85%) izjavilo da ne razmišlja negativno o sebi tokom dana, dok je samo 10% ispitanika izjavilo da u poslednjih nekoliko dana ima negativna razmišljanja o sebi, a samo jedan ispitanik je izjavio da negativno razmišlja duže od sedam dana. Polovina od ukupnog broja ispitanika nema teškoće u koncentraciji, 30% ima teškoće u koncentrisanju ali samo u poslednjih nekoliko dana. Usporenost u kretanju osjeća 30% ispitanika u poslednjih nekoliko dana, dok nešto više od polovine pacijenata (55%) ne

osjeća nikakve tegobe vezane za usporenost u kretanju. Svi ispitanici (100%) su se izjasnili da nikada ne razmišljaju na način „bolje da me nema“. Statistički značajna razlika između ispitanika različitih starosnih grupa u odnosu na teškoće u koncentrisanju, usporenost u kretanju i razmišljanja na način „bolje da me nema“ nije uočena (Grafikon 2).



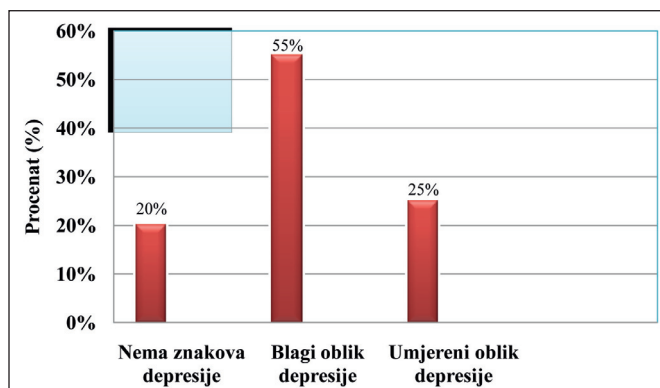
Grafikon 2. Rezultati samoprocjene psihijatrijskih poremećaja – depresije, uz pomoć PHQ-9 upitnika, sa osvrtom na apetit ispitanika, prisustvo teškoća u koncentrisanju, usporenost u kretanju i negativnog razmišljanja o sebi.

Na Grafikonu 3 se vide najčešći simptomi koje pacijenti osjećaju. Od ukupnog broja ispitanika 15% ne pokazuje nikakve tjelesne simptome, dok njih 85% pokazuje simptome iz skoro svih organskih sistema, pri čemu je najveći broj simptoma u ispitanika od strane kardiovaskularnog sistema (85%) (visok ili nizak krvni pritisak, lupanje srca, ubrzan rad srca i dr.), nešto manji broj ispitanika ima gastrointestinalne simptome (mučninu, bol u stomaku, podrigivanje, gorušicu, zatvor ili proliv). Četrdeset pet posto ispitanika ima simptome od strane ostalih organskih sistema (svrab po koži, bolove u nogama, gušenje, učestalo mokrenje i dr). U odnosu na pol ili starost između ispitanika nije uočena statistički značajna razlika (Grafikon 3).



Grafikon 3. Učestalost najčešćih simptoma u ispitanika: Gastrointestinalni (GITs) Kardiovaskularni (KVSs) i Ostali simptomi (Os).

Grafikon 4 prikazuje rezultate dobijene PHQ-9 upitnikom, kojim se procjenjuje i težina depresije. Kod 20% ispitanika nisu nađeni znakovi depresije, blagi oblik depresije je pronađen kod nešto više od polovine ispitanika (55%), dok je umjereni oblik depresije pronađen kod 25% ispitanika. Između ispitanika različite starosti uočena je statistički značajna razlika u pogledu procjene težine depresije ($\chi^2=6,936$; $p=0,031$).



Grafikon 4. Rezultati ispitivanja težine depresije uz pomoć PHQ 9 upitnika.

DISKUSIJA

U stresnoj preoperativnoj situaciji rastu potrebe bolesnika da komunicira sa ljudima koji shvataju situaciju u kojoj se nalazi. U grupi ljudi koje takođe očekuju operaciju ili koji su operaciju već prošli, bolesnik nalazi ono što mu je u tom trenutku najpotrebnije, a to je emocionalna podrška, razumijevanje, prihvatanje i savjetovanje (1).

Istraživanja pokazuju da je informisanje o predstojećoj operaciji, koje se sprovodi u grupi, veoma stimulativno. Odnosi sa drugima redukuju stres, mada mogu postati i izvor stresa. Ipak najbolji rezultati se postižu kada se usmjeri pažnja na individualni razgovor koji treba da bude prilagođen specifičnim karakteristikama i potrebama oboljelog. Bolesnik osjeća i zna koliko je životnih događaja, gubitaka, razočarenja, doprinjelo njegovoj bolesti. Osim toga, on brine zbog svih socijalnih, psiholoških, finansijskih posledica svoje bolesti, i često zbog njih brine više nego zbog same bolesti (1, 12).

Istraživanja stresnih reakcija izazvanih prijemom u bolnicu upućuju da na redukciju početne anksioznosti bolesnika, prije svega pozitivno utiče razgovor sa nekim od članova zdravstvenog tima (hirurgom koji ga operiše, ljekarom, medicinskim tehničarem), naročito ukoliko se osim organskih, razgovara i o socijalnopsihološkim aspektima bolesti (1, 12).

Studije evidentiraju da neke karakteristike ličnosti bolesnika kao što su emocionalna hladnoća, neljubavnost, sujetnost, hostilnost, sklonost samosažaljivanju, neurednost, sve vrste mentalnih oboljenja, a naročito

narkomanija i alkoholizam, izazivaju već na prvi pogled, negativne reakcije hirurga, otpor i sklonost izbjegavanju. Da li će se to zaista i dogoditi, zavisi od mnogo toga, ali prije svega od stepena lične zrelosti hirurga koja podrazumjeva poznavanje sebe i sposobnost kontrole svojih predrasuda, averzija i strahova. Istraživanja pokazuju da se negativna osjećanja hirurga, a naročito nesigurnost i pesimizam u pogledu dijagnoze i uspjeha liječenja, lako prenose na bolesnika (3).

Zato u svim onim slučajevima kada hirurg nakon prvog pregleda nije sasvim siguran u tačnu dijagnozu, neophodnost i rizik operacije, odmjerene izjave tipa » *prema današnjem nalazu* », » *za sada mislim* », » *pravo stanje saznajemo pošto obavimo još neke analize* » i sl. jačaju povjerenje bolesnika u stručnost i savjesnost ljekara kao i u pozitivan ishod preduzetih intervencija. Onog trenutka kada je hirurg dao dijagnozu i donio odluku o potrebi operacije, veoma je važna njegova odlučnost i sigurnost koju prenosi na bolesnika. Osim sigurnosti, važan je i riječnik kojim se odluka saopštava bolesniku. Treba izbjegavati stručan, medicinski riječnik i govoriti na način koji je primereniji bolesniku, njegovom obrazovanju i mogućnostima razumjevanja. Istraživanja pokazuju da se pored navike komuniciranja medicinskim rječnikom, hirurzi za njegovu upotrebu ponekad odlučuju i iz nesigurnosti, potrebe da istaknu svoju superiornost ili da se zaštite od prevelikog broja pitanja (12).

Naša istraživanja i klinička praksa pokazuju, da su efekti informisanja bolesnika o hirurškim i drugim stresogenim medicinskim intervencijama u vezi i sa individualnim razlikama među ljudima u pogledu stilova za prevladavanje stresa.

U susretu sa prijetnjom, neki reaguju traženjem što većeg broja informacija o onome što im se događa. Drugi se ne raspituju za detalje, ne žele da ih znaju, kao da im za prevladavanje stresa nisu ni potrebni. Iskustva iz kliničke prakse potvrđuju potrebu poštovanja individualnih razlika u pripremi oboljelih za operativne i druge stresogene medicinske intervencije. Bolesniku treba vjerovati, ako kaže da nešto ne želi da čuje ili zna.

Nakon nekoliko minuta razgovora jedna trećina oboljelih ne umije da ponovi svoju dijagnozu a polovina ne razume bitne detalje u vezi svoje bolesti, naročito liječenja. Problem nije samo u razumjevanju već i zapamćivanju onoga što su čuli. Istraživanja pokazuju da se oko 40% informacija datih tokom pregleda pacijent zaboravlja odmah (6).

Količina zaboravljenog raste sa porastom obima datih informacija, naročito ukoliko se koristi stručna terminologija i ukoliko bolesnik ima nizak nivo medicinskih i opštih znanja. Bolesnici najbolje pamte kratke, jasne i konkretne informacije, informacije date na početku raz-

govora, kao i informacije koje je stručnjak izdvojio kao najvažnije (3).

U našim uslovima, pred dolazak u bolnicu ljekar je pacijentu objasnio detaljno šta namjerava da radi, kao i sve mogućnosti ishoda operativnog zahvata. Rezultati studija ukazuju da vreme informisanja predstavlja značajan faktor redukovanja anksioznosti. Informisanje prije dolaska u bolnicu, pruža niz prednosti kao što je mogućnost da se informacije prime i o njima razmisli u manje napetom stanju, da se o tome porazgovara sa članovima porodice, kao i da bolesnik pripremi sva dodatna pitanja o onome što ga zanima (3).

Pružanje mogućnosti članovima porodice da se istovremeno, zajedno sa bolesnikom, informišu o predstojećoj operaciji, rezultovalo je znatnim smanjenjem nivoa njihove anksioznosti i povećanjem sposobnosti da podrže i ohrabre bolesnika.

Slabost strategija za prevladavanje stresa i visok nivo anksioznosti kod pacijenata često su povezane sa negativnom samoprocenom i ruminacijama oko operacije, što zahtjeva stručnu kliničkopsihološku pomoć (12).

Za prevladavanje preoperativnog i postoperativnog straha važne su i opšte osobine bolničkog prostora, kao što su veličina i izgled bolnice.

Tako npr. ispitivanja pokazuju da se bolesnici bolje osjećaju u malim bolnicama, pošto im one pružaju osjećanje veće sigurnosti i omogućavaju više bliskosti sa drugim bolesnicima i zdravstvenim osobljem.

Upravo u uslovima naše bolnice prijatna, svjetla i uredna soba, dovoljno prostora i nameštaja za bolesnike lične stvari, zakloni kraj kreveta iza kojih bolesnik može biti sam ukoliko to želi, ali i prostorije za zajednički boravak, pozitivno deluju na njegovo psihičko stanje. Predmeti za razonodu, zabavu, uopšte uslovi za aktivnosti koje skreću pažnju sa bolničke na neku drugu realnost, takođe su se pokazali korisnim u adaptaciji na bolničke uslove (12).

Treba razmišljati i o opremanju posebnih soba za posjete, kao i mogućnost da posjetioci dođu u bilo koje vreme i ostanu duže vremena, što se i obezbjeđuje u naših uslovima. Na taj način redukovat će se problem razdvojenosti od porodice, uvijek će imati podršku i ohrabrenje bližnjih, kao i mogućnost da slobodnije izrazi svoje potrebe, dileme, strahove (12).

ZAKLJUČAK

Dobro osmišljena i obavljena psihološka preoperativna priprema predstavlja ne samo važan faktor pozitivnog operativnog ishoda i uspešnog postoperativnog oporavka bolesnika, već i trajniji zalag njegovog racionalnog odnosa prema zdravlju i bolesti

LITERATURA

4. Medenica S i sar. Osnovi psihopatologije. Medicinski fakultet Foča, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, u stampi.
5. Ristić S I sar. Osnovi fiziologije nervnog Sistema I biološke psihologije. Filozofski fakultet Pale, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, u stampi.
6. Karanci AN, Dirik G. Predictors of pre and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *J Psychosom Res.* 2003 ;55(4):363-9.
7. Kopp M, Bonatti H, Haller C, Rumpold G, Söllner W, Holzner B, Schweigkofler H, Aigner F, Hinterhuber H, Günther V. Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *J Psychosom Res.* 2003;55(4):371-7.
8. Peerbhoy D, Hall GM, Parker C, Shenkin A, Salmon P. Patients' reactions to attempts to increase passive or active coping with surgery. *Soc Sci Med.* 1998;47(5):595-601.
9. Flood AB, Lorence DP, Ding J, McPherson K, Black NA. The role of expectations in patients' reports of post-operative outcomes and improvement following therapy. *Med Care.* 1993;31(11):1043-56.
10. Parker CG. Decision-making models used by medical-surgical nurses to activate rapid response teams. *Medsurg Nurs.* 2014;23(3):159-64.
11. Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer NJ. Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? *J Am Coll Surg.* 2004;198(4):626-32.
12. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. *Jama.* 1996;275(2):152-6.
13. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med.* 2000;9(10):1148-55.
14. Wallace LM. Surgical patients' expectations of pain and discomfort: does accuracy of expectations minimise post-surgical pain and distress? *Pain.* 1985;22(4):363-37.
15. Walker JA. Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *Br J Nurs.* 2002;11(8):567-75.

Psychological reactions of patients in the perioperative period

Željko Vuković¹, Natalija Hadživuković²

¹ University hospital in Foča, Foča, Republic of Srpska, Bosnia i Herzegovina

² Faculty of Medicine in Foča, University of East Sarajevo, Foča, Republic of Srpska, Bosnia i Herzegovina

ABSTRACT

Surgical intervention usually leads to fear. The operation has always been emphasized emotional entry into the sphere of the unknown and there is no man with normal psychological defenses that do not feel any discomfort when visiting any operation.

The aim of this study is to examine the existence of psychological reactions of patients who were admitted to the surgical treatment, the possibility of exploring measures to overcome possible preoperative and postoperative fear, development of a plan to introduce changes and strategies to overcome the preoperative and postoperative fear and monitoring its implementation.

The research was conducted in the surgical unit for anesthesia and resuscitation at University Hospital in Foča during the period from 01.05.2013. until 31.05.2013. year. The study used a descriptive short questionnaire with information on the subject and self-assessment questionnaire for depression.

The majority of patients a few days before the operation had diminished interest in the events around them, a feeling of emptiness, indisposition, sleep problems, fatigue. The majority of patients had decreased appetite, weakness of concentration, slow, suicidal ideas. From all examined patients 15% of them showed no physical symptoms, while 85% were showed greater number of physical symptoms in the field of all organ systems. Twenty percent of all examined patients has no signs of depression, a mild form of depression was found in 55% of patients, while the moderately mild form of depression was found in 25% of patients.

A well-designed and conducted psychological preoperative preparation is not only an important factor for positive operational outcomes and successful post-operative recovery of patients, but also more durable pledge its rational relationship to health and disease.

KEYWORDS

Fear of surgery, patient personality, psychological preparation.