

Agnieszka Turbiarz, Beata Babiarczyk

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Obawy dzieci i rodziców przygotowywanych do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym – przegląd literatury

The concerns of children and parents prepared for surgery under general anaesthesia – a review of the literature

STRESZCZENIE

Wstęp. Zabieg chirurgiczny, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania, system w jakim jest przeprowadzany, metodę operacji czy znieczulenia może budzić lęk o różnym natężeniu zarówno u dzieci, jak i u rodziców. Od pierwszej fazy okresu okołoperacyjnego, poprzez drugą związaną ze znieczuleniem i operacją oraz trzecią związaną z okresem pooperacyjnym członkowie rodziny (rodzice i dzieci) doświadczają wielu obaw i potrzeb mogących wpłynąć na pojawienie się niepokoju.

Cel. Celem pracy było zidentyfikowanie obaw, ukierunkowanie działań sprzyjających zminimalizowaniu lęku rodziny oraz podniesienie poziomu bezpieczeństwa i zadowolenia w czasie całego okresu okołoperacyjnego.

Materiał i metody. Zastosowano przeszukiwanie baz danych EBSCO, Elsevier, Springer, Wiley-Blackwell, Web of Knowledge, Scopus oraz czasopism Nature i Science w zakresie czasowym 2004–2014. Do zidentyfikowania właściwej bibliografii posłużono się szeregiem określeń jedno lub wielowyrzowowych związanych z zagadnieniami, takimi jak: niepokój, anestezja, zabieg operacyjny, znieczulenie ogólne, rodzice, dzieci.

Wyniki. Istnieje wiele czynników mogących wpłynąć na pojawienie się lęku związanego z zabiegiem chirurgicznym w znieczuleniu ogólnym, których istnienie związane jest między innymi z aktualnym stanem wiedzy rodziny, przeżytymi doświadczeniami dotyczącymi pobytu w szpitalu czy zabiegu chirurgicznego oraz osobowością i rozwojem dziecka.

Wnioski: Brak lub niewystarczająca informacja dotycząca procedur okresu okołoperacyjnego, niezidentyfikowanie obaw może implikować lęk, zwiększać jego natężenie związane z nadchodzącą operacją czy rekonwalescencją po zabiegu zarówno wśród rodziców, jak i dzieci. Respektowanie potrzeb, uczuć i profesjonalne podejście personelu medycznego owocuje obniżeniem lęku okołoperacyjnego rodziny (rodzice i dzieci), zapewnia bezpieczeństwo i zaufanie w procesie leczenia i pielęgnowania podczas zabiegu w znieczuleniu ogólnym.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 128–133

Słowa kluczowe: niepokój; znieczulenie ogólne; operacja; rodzic; dziecko; pielęgniarka

ABSTRACT

Introduction. Surgery, regardless of age, sex, place of residence, the system in which it is performed, the method of operation or anaesthesia may arouse anxiety of varying intensity, both in children and parents. Since the first phase of the perioperative period, through the second one, associated with anaesthesia and surgery itself, and the third one connected with postoperative period, family members (parents and children) are experiencing a number of concerns and needs that may affect the appearance of anxiety.

Aim. Identify the concerns, targeting actions conducive to minimizing the anxiety of the family and increasing the level of safety and satisfaction during the entire perioperative period.

Material and method. EBSCO, Elsevier, Springer, Wiley-Blackwell, Web of Knowledge, Scopus database search and Nature and Science journals search in the time range from 2004 to 2014 was conducted. To identify the relevant bibliography, a number of one- or multiple-word terms, related to issues such as: anxiety, anaesthesia, surgery, general anaesthesia, parents, children, were used.

Adres do korespondencji: mgr Agnieszka Turbiarz, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna, ul. Willowa 2, 43–309 Bielsko-Biała, tel.: 33 827 91 98, e-mail: a_nieszka1@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0022

Results. There are a number of factors that may affect the appearance of the anxiety associated with surgery under general anaesthesia, the existence of which is related to, among others, the current state of knowledge of the family, the history of experiences relating to hospital and surgery, as well as the child's personality and development.

Conclusions. Lack of or insufficient information regarding perioperative procedures, failure to identify concerns, may imply anxiety, increase its intensity associated with the upcoming surgery and recovery after surgery among both parents and children. Respecting the needs, feelings and professional approach of the medical staff results in reducing the perioperative anxiety of the family (parents and children), provides security and confidence throughout the treatment and care during a surgery under general anaesthesia.

Nursing Topics 2015; 23 (1): 128–133

Key words: anxiety; general anesthesia; surgery; child; parent; nurse

Wstęp

Zabieg chirurgiczny, bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania, system w jakim jest przeprowadzany, metodę operacji czy znieczulenia może budzić niepokój o różnym natężeniu. Od momentu znalezienia się w pierwszej fazie okresu okołoperacyjnego (przyjęcia do szpitala — decyzja o wykonaniu operacji) poprzez drugą związaną ze znieczuleniem i operacją oraz trzecią okresu pooperacyjnego (wybudzenie, wypis, rekonwalescencja), chory jest poddawany oddziaływaniu wielu czynników mogących wpływać na pojawienie się niepokoju czy zmienność jego nasilenia [1]. Na skali 43 wydarzeń, w której Thomas Holmes i Richard Rahe ujęli w sposób punktowy, za pomocą jednostek zmian życiowych (LCU, *life change units*), efekt różnych stresorów, zranienie ciała i choroba występują na 6 miejscu, a poprzedza to wydarzenie między innymi śmierć bliskiej osoby, separacja czy pobyt w więzieniu [2]. Operacja chirurgiczna, będąc stresorem, niesie za sobą szereg zmian związanych z wzajemnym oddziaływaniem układu neuroendokrynnego czy odpornościowego oraz uruchamia pobudzenie osi HPA bezpośrednio, a pośrednio układu sympatycznego, wywołując całą kaskadę zmian behawioralno-biochemicznych [3]. Podłoże lęku, indukowanego operacją, wiąże się również z wzajemnymi interakcjami cech człowieka, sposobu radzenia sobie w sytuacjach stresowych a oddziaływaniem czynników zewnętrznych. W teorii transakcyjnej Lazarusa i Folkmana każda sytuacja jest oceniana przez jednostkę i kategoryzowana w trzech grupach: niemającej znaczenia, sprzyjająco-pozytywnej lub stresującej, a ich wzajemne oddziaływanie (transakcja) jest ciągłym procesem prowadzącym do nieustannych zmian zarówno w otoczeniu, jak i w człowieku [4]. Holbfoll w teorii zachowania zasobów podkreśla, że człowiek w momencie zagrożenia lub utraty zasobów, zabiega w określony sposób o możliwość utrzymania czy ochrony tego, co jest dla niego istotną wartością [2]. Pod wpływem lęku może dojść do straty związanej z zaburzeniem dotychczasowego porządku, utratą subiektywnie rozumianej wolności, odczuwanie bycia słabym czy obezwładnionym. W tej

sytuacji człowiek poszukuje wsparcia w drugiej osobie, która mogłaby ochronić w momencie zachodzących zmian [5].

Obawy dzieci

Postrzeganie przez dziecko sytuacji bezpieczeństwa lub niebezpieczeństwa jest uwarunkowane między innymi ewolucją procesów poznawczych, społecznych czy osobowościowych uzależnionych od okresu rozwojowego. Od okresu niemowlęcego, gdzie obserwuje się różnicowanie prostych stanów emocjonalnych i uczuć, silny związek dziecka z matką, po okres dorastania z towarzyszącym mu czasem niestabilnych reakcji emocjonalnych, niepokojów, buntu, negocjowania, potrzeby samodzielnego rozwiązywania sytuacji problemowych rozwija się wraz z dzieckiem umiejętność sterowania i korzystania ze spostrzegania, uwaga, pamięć czy wyobraźnia [6]. Wrażliwość dzieci na działanie stresorów czy lęku jest inna niż u dorosłych, co wiąże się między innymi z etapami rozwoju oraz zwykle mniejszym doświadczeniem czy uboższą wiedzą. Biorąc pod uwagę prawidłowy rozwój dziecka, Bibace i Walsh wyróżnili 4 okresy w rozumieniu istoty choroby czy leczenia.

1. Etap senso-motoryczny (*sensorimotor stage*), 0–2 lat: dziecko wykorzystuje do poznania 5 zmysłów, a skutkiem ograniczeń związanych z werbalizacją są trudności z przekazywaniem emocji związanych z daną sytuacją. Na tym etapie stres okołoperacyjny jest implikowany oddzieleniem od najbliższych i obcością nowego środowiska.
2. Etap przedoperacyjny (*pre-operational stage*); 2–7 lat: dziecko może na 4 różne sposoby interpretować fakt zaistnienia choroby czy operacji. Na drodze fenomenizmu — moment, w jakim się znajduje, jest uwarunkowany zjawiskami abstrakcyjnymi. Druga interpretacja — choroba zależna jest od bliskiego, nie fizycznego kontaktu z ewentualnym źródłem zarażenia. Trzeci sposób — interpretowanie jako kara, wyraz sprawiedliwości za popełnione negatywne czyny lub myśli. W myśleniu magicznym, jako czwartej możliwości wyjaśniania, dziecko wskazuje na skutek życzenia

— „nie chciałem pójść do szkoły i choruję”. Dzieci przyjmują swoje ciało realistycznie poprzez dotyk lub wyobraźniowo-porównawczo do znanych zjawisk lub przedmiotów (ciało — kontener z krwią). Zabieg operacyjny może być przyjęty jako wizyta u lekarza czy chwilowa drzemka.

3. Urzeczywistniony etap operacyjny (*concrete operational stage*), 7–11 lat: wraz z pogłębianiem świadomości, przyjmowaniem własnych oraz narzuconych poglądów, dziecko może przyjąć dwie formy wyjaśniania: internalizację i kontaminację. W pierwszej, choroba czy przyszły zabieg chirurgiczny jest wynikiem połknięcia lub wdychania jakiejś substancji. W kontaminacji jest to skutek bezpośredniego dotknięcia jakiegokolwiek przedmiotu.
4. Właściwy etap operacyjny (*formal operational stage*); powyżej 11. roku życia: wraz z dojrzewaniem i pogłębianiem zrozumienia otaczającej rzeczywistości i siebie samego, dziecko stosuje dwie metody: psychofizjologiczną — zrozumienie oddziaływania psychiki na zdrowie ciała i fizjologiczną — objawy fizjologiczne są w ścisły sposób związane z sytuacją toczącą się choroby czy przebiegu zabiegu.

Istnieje tutaj dobre rozeznanie etiologii zdarzeń i możliwość szerokokorozumianej dyskusji związanej z zaistniałym operacji [7]. Pozostaje to w zgodzie z zaproponowanym przez Lerwick czterema podziałami stanów emocjonalnych, których zrozumienie umożliwia personelowi medycznemu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa w okresie procedur związanych z zabiegiem. Autorka podkreśliła fakt, że należy uwzględniać wiek chronologiczny oraz moment rozwoju w jakim znajduje się dziecko. W związku z tym uwzględniła następujące etapy: dzieciństwo (zaufanie a nieufność [*trust vs. mistrust*]); wczesne dzieciństwo (niezależność a wstyd i wątpliwość [*autonomy vs. shame and doubt*]), wiek przedszkolny (inicjatywa a poczucie winy [*initiative vs. guilt*]), wiek szkolny (wyższość a niższość [*industry vs. inferiority*]) [8]. Justus i wsp., powołując się na Brophy i Erickson wskazuje, że u około 60% dzieci pojawia się lęk związany z zbiegiem chirurgicznym [9]. Przerwanie codziennych aktywności jak konieczność zaniechania wzajemnych relacji rodzinnych uwarunkowana pobytem w szpitalu, tęsknota środowiskiem domu czy szkolnym, przyjaciółmi oraz możliwość znalezienia się w nowym, nieznanym środowisku, to jedne z pierwszych czynników stresogennych związanych z zabiegiem chirurgicznym [10]. Wennström i wsp. przeprowadzili wywiady okołoperacyjne (1–6 tygodni przed operacją, w dniu operacji oraz po wypisie do domu) wśród 21 dzieci. W trakcie rozmów badani na zaadoptowanej skali W-B Faces (*The Wong-Baker*

Pain Rating Scale) wskazywali twarz najbardziej odpowiadającą nastrojowi w danym momencie, ponadto wykonywali rysunek postaci. Stosowano również obserwację zachowań dzieci w trakcie rozmów. W modelu koncepcyjnym Trwałego Obciążenia Związanego z Hospitalizacją (*Enduring Inflicted Hospital Distress*), który stworzono na podstawie analizy zebranych materiałów, badacze również wskazali na lęk związany z bliżej nieokreśloną nową sytuacją odrywającą dziecko od rutynowych czynności dnia codziennego [11]. Późniejsze badania przeprowadzone przez Fortier i wsp., wśród 261 dzieci, potwierdziły, że separacja od rodziców w okresie okołoperacyjnym w znaczącym stopniu wpływa na podwyższenie poziomu lęku u dziecka [12]. W badaniach Salmela M. i wsp. lęk związany z pobytem w szpitalu, oddzieleniem od rodziców czy samotnością deklarowały 4–6-latkowie [13]. Oczekiwania dzieci wiążą się z wyobrażeniami dotyczącymi tego, co może się wydarzyć podczas procedur okołoperacyjnych lub tym, czego nie chciałyby doświadczyć. W znieczuleniu ogólnym, do podania środka znieczulającego u dzieci stosowana jest maska przykrywająca usta i nos. W literaturze naukowej trudno odnaleźć publikacje zajmujące się zjawiskiem lęku związanego z maską zakładaną podczas anestezji. Przybyło i wsp. wraz z psychologami skonstruowali kwestionariusz umożliwiający dziecku, w przystępny sposób, określić czynniki związane z pojawieniem się lęku indukowanego założeniem maski podczas znieczulenia — *Anesthesia Mask Fear questionnaire*. Dzieci (5–18 lat) z wielokrotnym wcześniejszym doświadczeniem znieczulenia w masce odpowiadały na 1 pytanie otwarte i 9 stwierdzeń dotyczących różnych czynników mogących wywołać reakcję lękową indukowaną koniecznością jej zakładania. Wszyscy badani określili swój poziom lęku związany z tą sytuacją, jako maksymalny. Swoje doświadczenia opisywały: „przerażające, jakby to było wczoraj czy wolałbym się zatrzymać niż mieć założoną maskę”. Natomiast ze zdań zamkniętych wybrały uczucie klaustrofobii, utraty kontroli, nieprzyjemnego zapachu. W opinii autorów indukcja wielokrotnie przeprowadzana tym sposobem może sprzyjać pojawieniu się lęku warunkowanego maską anestetyczną [14]. Wprowadzenie nowej procedury operacyjnej umożliwiającej możliwość zapoznawania się dzieci z przezroczystymi, pachnącymi maskami w domu, według obserwacji Aydin i wsp., może korelować z akceptacją indukcji wziewnej i zmniejszyć efektywnie poziom niepokoju [15]. Lęk związany z wyposażeniem, sprzętem czy instrumentami używanymi podczas operacji czy pobytu w szpitalu, może być również związany z obecnością personelu medycznego czy ich charakterystycznego sposobu ubierania się. Zdaniem Roohafza i wsp. biały kolor uniformów pielęgniarskich sprzyja pod-

wyższeniu lęku u dzieci operowanych. W badaniu wzięły udział dwie grupy pielęgniarek: odzież jednej z grup była biała, drugiej kolorowa: zielona, niebieska lub żółta. W momencie przyjęcia do szpitala dzieci w zetknięciu z obydwoma grupami wykazały wyższy poziom lęku w stosunku osób w kolorowej odzieży. Przy wypisie statystycznie znaczące wyniki wykazano w lęku grupy 7–15-latków w stosunku do pielęgniarek w białych uniformach [16]. Eksperyment z wprowadzeniem wielokolorowej odzieży na wybrane oddziały szpitali pediatrycznych we Włoszech potwierdził poprawę zadowolenia małych pacjentów oraz relacji pacjent–pielęgniarka [17]. Na niepokój wpływa, oprócz maski czy odzieży medycznej, hałas coraz zapach szpitala, możliwość zastrzyków, czy jak określiła część badanych dzieci — najgorsza rzecz w szpitalu — igły [13, 18]. Istotnym jest również czas trwania rozłęki — czas spędzony w szpitalu, długość trwania zabiegu operacyjnego [19]. Dziecięca wyobraźnia i zainteresowanie otaczającym środowiskiem, zwłaszcza nowym, niechętnie oczekiwanym i obcym, podsuwa wiele pytań, za którymi może kryć się wiele obaw. W skonstruowanym przez Fortier i wsp. kwestionariuszu skali Oczekiwań Dziecka na Informację (CDI, *Children's Desire for Information Frequencies*) dzieci najczęściej zaznaczały stwierdzenia: czy będzie bolało i jeśli tak to jak bardzo, jak długo będzie bolało po operacji, czy będę czuł jakikolwiek ból i czy operacja będzie mnie bolała. Znaczna część ankietowanych chciała wiedzieć czy rodzice będą obecni po wybudzeniu i kiedy będą mogli wrócić do domu. Najmniejsze zainteresowanie dotyczyło między innymi wyglądu sali operacyjnej i pooperacyjnej, możliwości powrotu do szkoły czy korzystania z „game-boya”. Część dzieci chciała wiedzieć, czy obudzi się w trakcie operacji [20]. Niezamierzony powrót świadomości u operowanych dzieci, jak podaje Dawidson i wsp., waha się w przedziale 0,2–1,2% [21]. Dzieci opisują swoje odczucia zarówno cielesne, jak i dotyczące słyszanych dźwięków. W trakcie wywiadów z badaczami podają fragmenty rozmów pomiędzy personelem medycznym, odgłosy związane z pracą urządzenia MRI (*Magnetic Resonance Imaging*), dźwięki aparatury medycznej używanej podczas operacji. Przywołując wspomnienia z okresu operacji, relacjonują odczucia związane z rurką intubacyjną, szyciem rany pooperacyjnej, wykonywaniem nakłuć, cięć („chirurgi byli bardzo zajęci moim brzuchem”) czy bólu. Część dzieci wskazuje na towarzyszący lęk. Pamięć wydarzeń z okresu okołoperacyjnego u dzieci może wzbudzać niepokój przed ewentualnym, kolejnym zabiegiem [22–24]. Smith i Callery zwrócili uwagę, że obawy dziecięce są wielokrotnie związane z niedostatecznym informowaniem rodzin przed przyjęciem do szpitala. Analizując wyniki swoich badań podkreśliły, że wie-

dza operowanych dzieci często nie pochodzi od fachowego personelu medycznego, a źródłem informacji stają się rodzice nieposiadający właściwej znajomości zagadnień związanych z operacją chirurgiczną. Brak doświadczenia i wyobraźnia podsuwa dzieciom przewidywanie wyglądu sali, możliwości wystąpienia bólu operacyjnego czy też związanego z użyciem igieł oraz strach przed całkowitym rozstaniem z rodzicami [25].

Obawy rodziców

W obliczu nadchodzącego zabiegu operacyjnego rodzice również mogą doświadczać negatywnych emocji, takich jak smutek, niepewność czy lęk. Dziecko, będące w bliskich relacjach z rodzicami, w perspektywie zbliżającego się zabiegu operacyjnego, dzieli się swoimi obawami w sposób werbalny czy pozawerbalny, w zależności od jego wieku, z matką czy ojcem [9]. Ponadto niedojrzałość i osobowość dziecka, brak lub poprzednie doświadczenie związane z zabiegiem, złe samopoczucie mogą wywołać u rodziców poczucie bezsilności i strachu [26]. W związku z zaistniałą sytuacją rodzice poszukują odpowiedzi na pytania związane z przebiegiem, objawami towarzyszącymi czy możliwością ich obecności w trakcie leczenia chirurgicznego. Ich obawy wiążą się z niedostatecznym informowaniem, czasem trwania znieczulenia czy pobytu w szpitalu, możliwością pojawienia się pooperacyjnego bólu i problemów zdrowotnych dziecka w tym okresie [27]. Obserwacje Wisselo i wsp. wskazały na obawy rodziców związane z ewentualnym bólem pooperacyjnym czy etapem znieczulenia. Badani wiązali swój niepokój również z prawdopodobieństwem wystąpienia nudności u dziecka, indukcją czy samym przebiegiem operacji [28]. Pożądane przez rodziców informacje, to również wiedza o możliwych niebezpiecznych czy najczęstszych powikłaniach, możliwości spożywania posiłków [29]. Obawy związane z pierwszym dniem po operacji wycięcia migdałków u dziecka wiążą z możliwością pojawienia się wymiotów, bólu gardła, zmniejszonego apetytu i gorączki [30]. Nieodzwonna separacja dziecka od rodzica może zwiększyć jego poziom lęku, co może determinować intensywność niepokoju okołoperacyjnego operowanego dziecka. Badania Messeri i wsp. wykazały, że okołoperacyjny niepokój rodziców wzrasta w okresie przed oczekiwanym znieczuleniem i stopniowo obniża się wraz z momentem, kiedy dziecko znajduje się w fazie pełnego znieczulenia. Ponadto wśród ogólnej liczby badanych lęk matek był wyższy od lęku ojców towarzyszących dziecku [31]. Podobne spostrzeżenia poczynił Kain i wsp., przeprowadzając badania wśród 568 dzieci i ich rodziców. Początkowo zostały porównane dwie grupy: dzieci z obecnością i bez obecności rodziców w trakcie indukcji. Przeanalizowano między innymi

poziom niepokoju pomiędzy grupami współobecnych lub nieobecnych (w fazie wprowadzenia do znieczulenia) spokojnych i niespokojnych rodziców oraz ich dzieci. Stwierdzono, że obecność niespokojnych rodziców w trakcie indukcji koreluje z podwyższonym poziomem lęku dzieci w stosunku do wszystkich grup [32]. W opinii Kain i wsp. podwyższenie natężenia niepokoju rodziców może mieć wpływ na wielkość dawek leków przeciwbólowych. Wykazano, że niższy poziom lęku rodziców implikował podawanie mniejszych dawek leków analgetycznych w fazie wybudzania, niż u dzieci rodziców z wyższym poziomem niepokoju [33]. Zdaniem Bearden lęk proceduralny rodziców koreluje z lękiem proceduralnym dziecka oraz z jego bólem okołoperacyjnym [34]. Rozmiar i typ przeprowadzanej operacji według badań Scrimin i wsp. jest czynnikiem lękotwórczym. Rodzice dzieci poddawanych dużym zabiegom chirurgicznym są bardziej zaniepokojeni niż przy zabiegach małych i średnich [35].

Podsumowanie

Pierwszymi dawcami informacji i emocji związanych z procedurą chirurgiczną najczęściej są rodzice. Dzieci mogą przyjmować ich postawę związaną z przyszłym zabiegiem uważnie, wsłuchując się w ton głosu, treści wypowiedzi oraz obserwując mimikę. Dodawanie otuchy przy jednoczesnej negatywnej ekspresji pozawerbalnej rodzica może przyczynić się do wzrostu niepokoju dziecka oraz podnieść poziom bólu [36, 37]. Programy związane z przygotowaniem przedoperacyjnym, jak podkreślają Chorney i Kain, tworzone są od lat 60. i pomimo jasno określonego celu (pomoc dzieciom i rodzicom w obniżeniu lęku) w dalszym ciągu trudno stworzyć jednoznaczne schematy. Wiąże się to z trudnością wyodrębnienia wszystkich koniecznych informacji, czy też wskazania kto, kiedy i w jaki sposób będzie je przekazywał oraz które z nich uzna za kluczowe [38]. Zapewnienie ciągłości w komunikowaniu pomiędzy personelem medycznym a rodzicami i dziećmi, warunkowane jest nie tylko posiadaniem szerokokorozumianej wiedzy związanej z procedurami chirurgicznymi czy podstawami psychologii ogólnej i stresu, ale również z wypracowaniem umiejętności porozumiewania się oraz słuchania czy okazywaniem empatii i wsparcia [39, 40]. Respektowanie potrzeb, uczuć i profesjonalne podejście do dzieci i rodziców owocuje obniżeniem lęku okołoperacyjnego oraz satysfakcją rodziny z prowadzonego leczenia i pielęgnowania. Istotnym aspektem jest uwzględnienie szeregu czynników mogących wpłynąć na odbiór sytuacji stresowej jaką jest zabieg chirurgiczny oraz konieczność dostosowania sposobu przekazu informacji w zależności od poziomu wiedzy rodziców i dzieci, przebytych doświadczeń oraz adekwatnie do osobowości i rozwoju psychomotorycznego dziecka.

Piśmiennictwo

- Ziębicka J., Gajdosz R. Wybrane aspekty lęku chorych oczekujących na operację. *Anestezjol. Intens. Ter.* 2006; 1: 41–44.
- Hobfoll S. *Psychologia i filozofia stresu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Landanowski J. *Neurobiologia reakcji stresowej*. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2007; 2: 26–36.
- Heszen J., Sęk H. *Zdrowie i stres*. W: Strelau J., Doliński D. (red.). *Psychologia*. Tom 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008: 681–731.
- Kępiński A. *Lęk*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Kraków 2000.
- Harris T.B., Sibley A., Rodriguez C., Brandt M.L. Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Semin. Pediatr. Surg.* 2013; 22: 161–166.
- Lerwick J.L. Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Semin. Pediatr. Surg.* 2013; 22: 129–133.
- Justus R., Wyles D., Wilson J. i wsp. Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatr. Nurs.* 2006; 32: 35–43.
- Coyne I. Children's experiences of hospitalization. *J. Child. Health Care.* 2006; 10: 326–336.
- Wennström B., Hallberg L.R., Bergh I. Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. *J. Adv. Nurs.* 2008; 62: 96–106.
- Fortier M.A., Del Rosario A.M., Martin S.R., Kain ZN. Perioperative anxiety in children. *Paediatr. Anaesth.* 2010; 20: 318–322.
- Salmela M., Salanterä S., Aronen E. Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatr. Nurs.* 2009; 35: 269–276, 303.
- Przybyło H.J., Tarbell S.E., Stevenson G.W. Mask fear in children presenting for anesthesia: aversion, phobia, or both? *Paediatr. Anaesth.* 2005; 15: 366–370.
- Aydin T., Sahin L., Algin C. i wsp. Do not mask the mask: use it as a premedicant. *Paediatr. Anaesth.* 2008; 18: 107–112.
- Roohafza H., Pirnia A., Sadeghi M. i wsp. Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *J. Clin. Nurs.* 2009; 18: 1953–1599.
- Festini F., Occhipinti V., Cocco M. i wsp. Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *J. Clin. Nurs.* 2009; 18: 1018–1126.
- Wollin S.R., Plummer J.L., Owen H. i wsp. Anxiety in children having elective surgery. *J. Pediatr. Nurs.* 2004; 19: 128–132.
- Gordon B.K., Jaaniste T., Bartlett K. i wsp. Child and parental surveys about pre-hospitalization information provision. *Child Care Health Dev.* 2011; 37: 727–733.
- Fortier M.A., Chorney J.M., Rony R.Y. i wsp. Children's desire for perioperative information. *Anesth. Analg.* 2009; 109: 1085–1090.
- Davidson A.J., Smith K.R., Blussé van Oud-Alblas H.J. Awareness in children: a secondary analysis of five cohort studies. *Anaesthesia.* 2011; 66: 446–454.
- Lopez U., Habre W., Laurençon M. i wsp. Intra-operative awareness in children: the value of an interview adapted to their cognitive abilities. *Anaesthesia.* 2007; 62: 778–789.
- Blussé van Oud-Alblas H.J., van Dijk M., Liu C. i wsp. Intraoperative awareness during paediatric anaesthesia. *Br. J. Anaesth.* 2009; 102: 104–110.
- Malviya S., Galinkin J.L., Bannister C.F. The incidence of intraoperative awareness in children: childhood awareness and recall evaluation. *Anesth. Analg.* 2009; 109: 1421–1427.

25. Smith L., Callery P. Children's accounts of their preoperative information needs. *J. Clin. Nurs.* 2005; 14: 230–238.
26. Ahmed M.I., Farrell M.A., Parrish K. i wsp. Preoperative anxiety in children risk factors and non-pharmacological management. *Middle East J. Anesthesiol.* 2011; 21: 153–164.
27. Hug M., Tönz M., Kaiser G. Parental stress in paediatric day-case surgery. *Pediatr. Surg. Int.* 2005; 21: 94–99.
28. Wisselo T.L., Stuart C., Muris P. Providing parents with information before anaesthesia: what do they really want to know? *Paediatr. Anaesth.* 2004; 14: 299–307.
29. Martin S.R., Fortier M.A., Kain D.I. i wsp. Desire for perioperative information and parental ethnicity. *Paediatr. Anaesth.* 2011; 21: 1046–1051.
30. Le T., Drolet J., Parayno E. i wsp. Follow-up phone calls after pediatric ambulatory surgery for tonsillectomy: what can we learn from families? *J. Perianesth. Nurs.* 2007; 22: 256–264.
31. Messeri A., Caprilli S., Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Paediatr. Anaesth.* 2004; 14: 551–556.
32. Kain Z.N., Caldwell-Andrews A.A., Maranets I. i wsp. Predicting which child-parent pair will benefit from parental presence during induction of anesthesia: a decision-making approach. *Anesth. Analg.* 2006; 102: 81–84.
33. Kain Z.N., Caldwell-Andrews A.A., Mayes L.C. Family-centered preparation for surgery improves perioperative outcomes in children: a randomized controlled trial. *Anesthesiol.* 2007; 106: 65–74.
34. Bearden D.J., Feinstein A., Cohen L.L. The influence of parent preprocedural anxiety on child procedural pain: mediation by child procedural anxiety. *J. Pediatr. Psychol.* 2012; 37: 680–686.
35. Scrimin S., Haynes M., Altoè G. i wsp. Anxiety and stress in mothers and fathers in the 24 h after their child's surgery. *Child Care Health Dev.* 2009; 39: 227–233.
36. McMurtry C.M., Chambers C.T., McGrath P.J. i wsp. When “don't worry” communicates fear: Children's perceptions of parental reassurance and distraction during a painful medical procedure. *Pain* 2010; 150: 52–58.
37. Moon E.C., Chambers C.T., McGrath P.J. “He says, she says”: a comparison of fathers' and mothers' verbal behavior during child cold pressor pain. *J. Pain* 2011; 12: 1174–1181.
38. Chorney J.M., Kain Z.N. Family-centered pediatric perioperative care. *Anesthesiology* 2010; 112: 751–755.
39. Razera A.P., Braga E.M. The importance of communication during the postoperative recovery period. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45: 632–637.
40. Noreña Peña A.L., Cibanal Juan L. The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* 2011; 19: 1429–1436.