

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVO
ANGELE BOŠKIN

DIPLOMSKO DELO
ŠTUDIJSKEGA PROGRAMA
PRVE STOPNJE

VALENTINA ŠKEC



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KOMPETENČNI OKVIR MEDICINSKE
SESTRE V KIRURGIJI S POSPEŠENIM
OKREVANJEM**

**COMPETENCY FRAMEWORK OF NURSES
IN FAST-TRACK SURGERY**

Mentorica:
Gordana Lokajner, pred.

Kandidatka:
Valentina Škec

Ljubljana, avgust, 2017

ZAHVALA

Naj se najprej zahvalim svoji mentorici ge. Gordani Lokajner, pred. ter g. mag. Miranu Remsu, viš. pred. za vso pomoč, nasvete in napotke pri izdelavi diplomskega dela. Poleg tega gre največja zahvala mojemu očetu, sestri in prijateljem, ki so me podpirali in verjeli vame skozi vso moje šolanje in mi iskreno brez njihove vzpodbude ne bi uspelo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Namen diplomskega dela je raziskati pomen kompetenc diplomirane medicinske sestre v kirurgiji s pospešenim ukrevanjem. Poleg tega tudi ugotoviti kakšen vpliv imajo le- te na izide pacienta.

Metoda: Pri izdelavi diplomskega dela smo uporabili metodo sistematičnega pregleda literature, kar pomeni da smo pregledali do sedaj napisano literaturo o poklicnih kompetencah diplomirane medicinske sestre v kirurgiji s pospešenim okrevanjem.

Rezultati: Uporabili smo metodo oblikovanja kategorij na podlagi pregledanih strokovnih in znanstvenih spoznanj. Med pregledovanjem spodaj navedene literature smo ugotovili, da poklicne kompetence diplomirane medicinske sestre pozitivno in negativno vplivajo na izid pacientovega okrevanja.

Razprava: Na podlagi pregledane strokovne literature in rezultatov tujih znanstvenih raziskav smo prišli do ugotovitev, da je v kirurgiji s pospešenim okrevanjem pomembna komunikacija, timsko sodelovanje, organizacija dela ter izobrazba medicinske sestre pri nudenju holistične in individualne zdravstvene nege.

Ključne besede: Communication in nursing, multidisciplinary team, komunikacija, operacija, kompetence, nursing research, enhanced recovery after surgery

ABSTRACT

Background: The purpose of this thesis is to investigate the importance of nurse competences in surgery with accelerated recovery. In addition, it also attempts to determine their impact on the patient's outcome.

Method: To write this thesis, we used the method of systematic literature review, which means that we have examined and selected existing literature on professional nurse competences in surgery with accelerated recovery.

Results: We used the method of creating categories based on the reviewed professional and scientific findings. While reviewing the below literature, we found that the professional registered nurse competencies positively and negatively affect the outcome of the patient's recovery.

Discussion: Based on the reviewed scientific literature and the results of international scientific research, we concluded that communication, teamwork, organisation and education of a surgical nurse is important while providing holistic and individual care in surgery with accelerated recovery.

Key words: Communication in nursing, multidisciplinary team, communication, surgery, competence, nursing research, enhanced recovery after surgery

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL	4
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	4
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	4
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	4
2.3.1 Metoda pregleda literature	5
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	5
2.3.3 Ocena kakovosti pregleda literature	7
2.4 REZULTATI	8
2.4.1 PRIZMA diagram.....	8
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	9
2.4.3 Poklicne kompetence v zdravstvenih in drugih predpisih republike Slovenije	17
2.4.4 Zdravstvena nega in kirurgija s pospešenim okrevanjem	19
2.4.5 Pomen pospeševanja zdravja in preprečevanja okužb v zdravstveni negi kirurškega bolnika	23
2.4.6 Kirurgija s pospešenim okrevanjem in timsko sodelovanje.....	25
2.5 RAZPRAVA	29
2.5.1 Odgovornost.....	30
2.5.2 Etična praksa	30
2.5.3 Promocija zdravja.....	30
2.5.4 Organizacija dela.....	30
2.5.5 Delegacija in nadzor.....	31
2.5.6 Kontinuirano izobraževanje	31
2.6 Kompetence operacijske medicinske sestre EORNA združenja	31
2.7 Kirurgija s pospešenim okrevanjem v primerjavi s klasičnimi metodami zdravljenja.....	34
3 ZAKLJUČEK	36
4 LITERATURA	38

KAZALO SLIK

Slika 1: Vizualna analogna lestvica (Kamenik, 2008).....	21
Slika 2: Šest točkovna obrazna lestvica (Kamenik, 2008).....	21

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati iskane literature.....	5
Tabela 2: Rezultati iskane literature.....	6
Tabela 3: Tabelačni prikaz rezultatov.....	9
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	10
Tabela 5: Razporeditev kod po kategorijah.....	14
Tabela 6: Razporeditev kod po kategorijah.....	15
Tabela 7: Razporeditev kod po kategorijah.....	16

SEZNAM KRAJŠAV

Ur. list RS- Uradni list republike Slovenije

ZDA- Združene države Amerike

DENWIS- Worry-Indicator-Score (danski komunikacijski pripomoček, ki je vodil "skrb" medicinske sestre)

EORNA-European Operating Room of Nurses

1 UVOD

Diplomirana medicinska sestra se pri svojem delu ravna po kompetencah, ki so opredeljene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2006). Svoje delo izvajajo profesionalno in odgovorno. V različnih zdravstvenih dejavnostih upošteva določene poklicne kompetence, ki se dopolnjujejo z delom na drugih področjih (Železnik, et al., 2008). Železnik (2008) in ostali so v zborniku zdravstvene in babiške nege po Gruberju (2004) definirali kompetenco kot večščino pri kateri je posameznikovo znanje pomembno, da lahko uspešno, učinkovito ter v skladu s standardi izvrši določeno nalogo. To pomeni, da večja, kot sta znanje in uporaba pridobljenih veščin medicinske sestre, tem večji je tudi uspeh na delovnem mestu. Kompetenca pomeni dobro predvsem pa kakovostno opravljanje določenega dela. Oseba, ki takšno delo izvaja mora najprej ustrezati pogojem za zaposlitev, kasneje pa tudi zahtevam za opravljanje določenih nalog. Kadar se ukvarjamo s kompetencami v zdravstveni negi, moramo upoštevati, da se kompetence merijo in obravnavajo glede na specifično delovno nalogo v določenem kliničnem okolju, da kompetenca pomeni izkazovanje nekega določenega vedenja in da je kompetenca, ki je potrebna za določeno nalogo, povezana z večjo učinkovitostjo, varnostjo in uspešnostjo pri delu s pacientom (Ivanuša & Železnik, 2008, cited in Železnik, 2010).

V praksi se pogosto ukvarjamo z bistvom pojma "biti kompetenten" in ne toliko s pojmom "imeti kompetenco". Da je oseba kompetentna mora izpolnjevati zahteve dela, med tem ko oseba, ki ima kompetenco, naj bi posedovala potrebne osebnostne značilnosti za kompetentno delo (Železnik, 2008 & Mihelič Zajec, 2010). Najpogostejši način ocenjevanja primernosti posameznika za zaposlitev je stopnja izobrazbe in redko tudi njegove osebnostne lastnosti. Znano je namreč, da je veliko lažje zapolniti vrzel v znanju, kot pa spremeniti posameznikovo osebnost (Mihelič Zajec, 2010). Pri kompetencah moramo vedeti, da se le te merijo in obravnavajo glede na specifično nalogo v delovnem okolju, in da je potrebna kompetenca za določeno nalogo v povezavi z učinkovitostjo (Mihelič Zajec, 2010).

Poleg kompetenc je pomembna tudi izobrazba medicinskih sester, ob tem Železnik (2010) navaja da, se srečujemo s hitrim razvojem strok, obvladovanjem novih metod, drugačnim pristopom k vodenju ljudi in drugačnimi pacientovimi pričakovanji. Vse to pa vodi v izboljševanje kakovosti, varnosti, pripravljenost za spremembe, proaktivnost in ustvarjalnost, povezovanje poklicnih skupin ter delo v timih. Hkrati pove, da zdravstvena nega sledi hitrim spremembam na področju izobraževanja, menedžmenta, raziskovanja, klinične prakse, potrebam po drugačnih pristopih tako k pacientu kot zaposlenim v zdravstvu. Poudari, da dodatno izobraževanje in implementacija znanja v prakso, so izjemno pomembne aktivnosti medicinskih sester za pridobivanje kompetenc. V kirurgiji s pospešenim okrevanjem imajo velik pomen kompetence medicinske sestre, ker z določenimi kompetencami je vidna uspešnost njenega dela, zato smo si tudi v diplomskem delu postavili vprašnje, kakšne so le- te.

Ne smemo zanemariti, da je osnovna dolžnost medicinskih sester skrb, kar se najbolj odraža pri stiku z bolniki. Za prijetno in primerno okolje bolnikov morajo poskrbeti medicinske sestre. Skrb tudi vključuje opremo, prostore, čistočo in nabavo pripomočkov (Tschudin, 2003). Kot izkazovanje skrbi je pomemben tudi odnos, ki ga ima medicinska sestra s pacienti. Kirurške medicinske sestre se zavzemajo za optimalno zdravje pacienta. Njihova dejanja so usmerjena v preprečevanje poslabšanja bolezni, ponovnega pojava bolezni, opazovanje in ukrepanje v primeru disfunkcije organov, pomoč med okrevanjem ter v primeru bližanja smrti omogočiti zadovoljstvo, udobje in kakovostno zdravstveno oskrbo klienta (Keller et. al., 2012). Medtem ko Keller, et al., (2012) omenijo tudi, da je pacient viden kot unikatna in multidimenzionalna oseba, ki ima potrebe po zdravstveni negi.

Zdravstveno nego kirurškega pacienta opisujejo Keller in ostali (2012) kot medicinsko- kirurško profesijo medicinske sestre. Kjer je pomembno, da medicinska sestra kot profesionalka na svojem področju upošteva pacientove pravice, kot so: spoštovanje dostojanstva, nudenje kakovostne zdravstvene nege, ima spoštljiv odnos in najpomembnejše, da vključuje pacienta v proces zdravljenja, ob tem pa mu tudi omogoči, da sprejema odločitve v zvezi s svojim zdravjem oziroma okrevanjem.

Zdravstvena nega kirurškega pacienta ne obsega le zdravstvene oskrbe, temveč je pomembno tudi upoštevanje pacientovih želja. Poskrbeti je treba za njegovo dobro počutje, tako duševno kot fizično. Za njegovo duševno počutje poskrbimo z ustrežno, prijazno in empatično komunikacijo. Pri fizičnem počutju pa se osredotočamo na optimalno zdravje in čimprejšnje okrevanje pacienta. V diplomskem delu razložimo kirurgijo s pospešenim okrevanjem kot multimodalno pot perioperativne zdravstvene nege, ki je narejena tako da poskrbi za čim hitrejšo okrevanje pacienta, ko gre skozi velik operativni poseg. Pri takšni oskrbi se osredotočamo na zmanjševanje operativnega stresa, ob tem podpiramo osnovne telesne funkcije pacienta, tako da omogočimo najboljši možen izid njegovega okrevanja. S tem poskrbimo, da se zmanjša pacientovo bivanje v bolnišnici in zmanjšajo dodatni stroški zdravljenja (Giacopuzzi, 2017).

V zdravstveno nego kirurškega pacienta je tudi vključena medosebna komunikacija. Ta nas spremlja skozi vsa obdobja našega življenja, zato bi lahko rekli, da je še posebno pomembna na področju zdravstvene nege. Pomemben dejavnik komuniciranja je odnos med pošiljateljem in prejemnikom. Cilj je, da prejemnik razume pošiljatelja, kot je bilo prvotno mišljeno z njegove strani (Moller, 2001; Zidar Gale & Gale, 2002 cited in Lorber & Skela Savič, 2011). V diplomskem delu smo si zato zastavili vprašanje kako timsko sodelovanje vpliva na izide pacientovega zdravljenja, namreč več dejavnikov lahko vpliva na pacientovo dobro počutje in tu ima medicinska sestra najpomembnejšo vlogo. Pomembna je vključenost v tim na takšnem nivoju, da privede do najboljšega možnega izida. Z raziskavami smo želeli dokazati, da poleg drugih dejavnikov lahko tudi odnosi v zdravstvenem timu pozitivno in negativno vplivajo na pacientovo počutje.

2 EMPIRIČNI DEL

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je prepoznati kompetence diplomirane medicinske sestre v kirurgiji s pospešenim okrevanjem in ugotoviti, kakšen pomen ima delo diplomirane medicinske sestre v timu na izide pacienta.

Cilji:

- ugotoviti kakšne kompetence ima diplomirana medicinska sestra v kirurgiji,
- ugotoviti, kakšna je vloga diplomirane medicinske sestre v kirurgiji s pospešenim okrevanjem,
- raziskati vpliv navedene vloge na izide pacientovega okrevanja.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšne so kompetence diplomirane medicinske sestre v kirurgiji?

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšen je pomen vloge diplomirane medicinske sestre v timu v kirurgiji s pospešenim okrevanjem na izid pacientovega okrevanja?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo podatkovne baze COBISS/OPAC, CINAHL, PubMed, Obzornik zdravstvene nege. Ključne iskalne besedne zveze so bile: »Communication in nursing«, »multidisciplinary team, v slovenskem jeziku pa komunikacija«, »operacija« in »kompetence«. Upoštevali smo omejitvene kriterije, tako, da smo pazili, da večina izbrane literature ni bila starejša od desetih let.

2.3.1 Metoda pregleda literature

Pri izdelavi diplomskega dela je bila uporabljena metoda sistematičnega pregleda literature, kar pomeni, da smo pregledali do sedaj napisano strokovno in znanstveno literaturo v slovenskem ter angleškem jeziku.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Pregledana literatura je bila pridobljena v ljubljanski mestni knjižnici in v knjižnici Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, iskana je bila tudi po različnih internetnih učnih bazah, kot je COBISS/OPAC, po straneh Obzornika zdravstvene nege in PubMeda.

Za boljši pregled iskanih rezultatov smo se zato odločili, da bomo uporabili spodnjo tabelo.

Tabela 1: Rezultati iskane literature

Baza iskanja	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	Communication in nursing	290	1
	Multidisciplinary team	697	1
	Abdominal surgery nurse	37	4
obzornik zdravstvene nege	Komunikacija	29	4
	Abdominalna	57	1
	Stoma	14	1
	Operacija	19	3
	Kompetence	24	1
Mestna knjižnica Ljubljana	Kirurškega	2	1
knjižnica Fakultete za zdravstvo Angele Boškin	Kirurškega	5	3

Tabela 2: Rezultati iskane literature

Baza iskanja	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS/ OPAC	Pooperativna bolečina	164	2
Google	kompetence medicinske sestre v kirurgiji	1.580	2
Google učenjak	EORNA nurses	348	2
Google učenjak	Nursing research	4.730	1
Google učenjak	Enhanced recovery after surgery	40.400	2
Drugi viri	0	0	7

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Spodaj navedeno literaturo smo pridobili v knjižnicah in z iskanjem po podatkovnih bazah, kot so: PubMed, COBISS/OPAC in Obzornik zdravstvene nege. Začeli smo s podatkovno bazo PubMed, kjer smo pod ključno besedno zvezo »abdominal surgery« dobili 963 zadetkov. Zaradi velikega števila zadetkov smo kasneje iskali pod »abdominal surgery nurse«, na kar se je zožil izbor na 37 člankov. Pregledali smo deset, ki smo si jih izbrali po ustreznosti naslova, in uporabili štiri izmed njih. Pod ključno besedno zvezo »multidisciplinary team« smo pri isti bazi dobili 697 zadetkov, izmed katerih smo jih pregledali 10, pri izdelavi pa uporabili tri. Pod ključno besedno zvezo »communication in nursing« smo dobili 290 zadetkov. Pregledali smo osem člankov in uporabili dva izmed njih. Iskali smo tudi po podatkovni bazi obzornika zdravstvene nege, kjer smo pod ključno besedo »komunikacija« dobili 29 zadetkov. Med zadetki smo pregledali pet člankov in v diplomsko delo vključili dva.

Pri iskanju na podatkovni bazi obzornika zdravstvene nege smo pod ključno besedo »abdominalna« dobili 57 zadetkov, sedem smo jih pregledali in uporabili enega izmed njih. Iskali smo tudi pod ključnima besedama »stoma« in »operacija«. Pod prvo smo dobili 14 člankov, dva smo pregledali, uporabili pa smo enega. Pod drugo besedo smo pregledali štiri članke, ker smo dobili 19 zadetkov, uporabili smo tri članke, ki smo jih kasneje uporabili pri pisanju diplomskega dela. Na koncu smo po isti podatkovni bazi iskali pod ključno besedo »kompetence«, dobili 24 člankov, pri čemer smo jih pregledali štiri in uporabili enega izmed njih. Iskali smo tudi po internetni učni bazi COBISS/ OPAC, vendar smo s ključno besedno zvezo zdravstvena nega kirurškega v mestni knjižnici Ljubljana dobili le dva zadetka. Po tem rezultatu smo brez nadaljnjega internetnega iskanja odšli na oddelek, kjer so naložene knjige o medicini in zdravstveni negi ter s pregledovanjem izbranih polic nabrali sedem knjig po svojem okusu. Enako smo storili pri internetnem iskanju po knjižnici Fakultete za zdravstvo Jesenice, kjer smo pod ključno besedo »kirurškega« dobili pet zadetkov, od tega pa uporabili tri. Pod internetno bazo COBISS/OPAC smo iskali tudi pod besedno zvezo »Pooperativna bolečina«, kjer smo dobili 164 zadetkov, od tega jih pregledali 4, uporabili pa dva. Na koncu smo uporabili tudi internetno bazo Google, kjer smo pod ključno besedno zvezo »kompetence medicinske sestre v kirurgiji« dobili kar 1580 zadetkov, pregledali smo jih le 12 in uporabili dva izmed njih. Pri iskanju po omenjenih internetnih podatkovnih bazah smo zožili izbor tako, da smo izbrali literaturo, ki ni starejša od 10 let. Pri iskanju literature z google učenjakom smo se predvsem osredotočili na takšno, ki bo v angleškem jeziku, zato smo uporabili besedne zveze kot so »Nursing reaserch« in »Enhanced recovery after surgery«. Pri prvi smo dobili 4.730 zadetkov, pregledali 3, uporabili 1. Pri slednji smo pa iskali literaturo od leta 2016 naprej ter vseeno dobili 40.400 zadetkov, pregledali smo 6 člankov in uporabili 2 izmed njih.

2.3.3 Ocena kakovosti pregleda literature

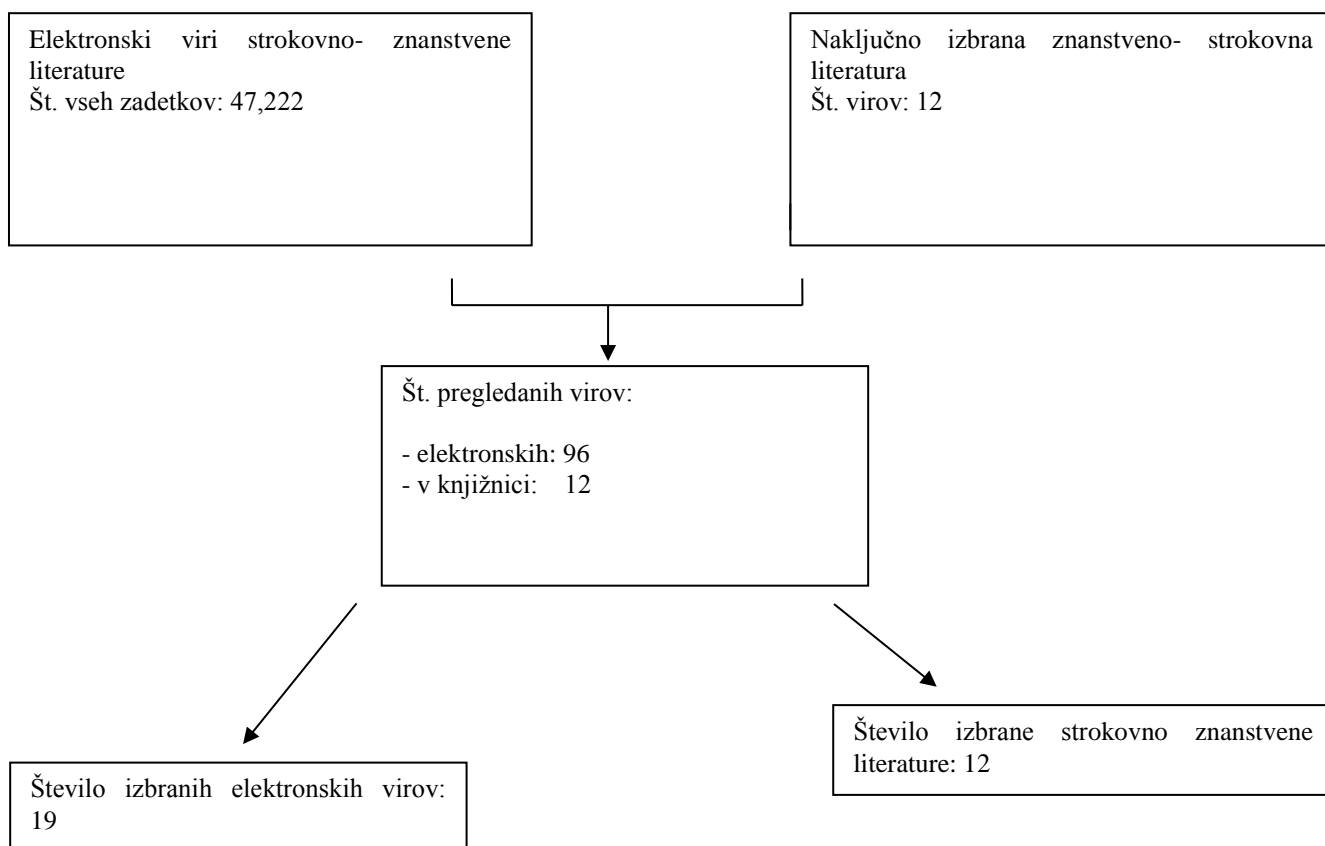
Spodaj navedena literatura je bila pridobljena v ljubljanskih in fakultetni knjižnici. Podatkovne baze so nam prikazale, kje lahko dobimo želeno literaturo. Viri so bili preverjeni, ker smo jih dobili v knjižnicah ter tudi podatkovne baze so nam

prikazale, da so članke pisali znanstveniki oz. osebe, ki imajo višjo strokovno izobrazbo.

Literaturo smo iskali po vseh sedmih nivojih hierarhije dokazov znanstveno raziskovalnega dela po Polit & Beck (2008). Na podlagi izbranih kvalitativnih raziskovanj smo si izbrali dva izhodiščna vprašanja, ki sta se navezovala na kirurško zdravstveno nego. Našli smo več kvantitivnih raziskav na področju zdravstvene nege kirurškega bolnika, kjer so bili rezultati študije pridobljeni z izpolnjenimi vprašalniki pacientov oziroma zdravstvenih delavcev. Medtem ko, je bilo v angeški literaturi več medicinskih študij narejenih z opazovanjem pacienta.

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRIZMA diagram



2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Buček Hajdarevič & Kardoš, 2000	2000	Raziskava je bila izvedena na podlagi dveh protokolov.	V raziskavo je bilo vključenih 30 bolnikov, kateri so bili razdeljeni v dve skupini.	Ugotovili so, da je strah pred anestezijo večji, kot tisti strah, ki se pojavi en dan pred operacijo.
Obran, 2000	2000	Raziskava je bila izvedena na podlagi dveh vprašalnikov.	Anketiranih je bilo 30 bolnikov (10 moških in 20 žensk).	Ugotovili so, da največ bolnikov po operaciji občuti srednje močno bolečino. Na podlagi tega je bilo tudi ugotovljeno, da bolnikov odnos do bolečine je dejavnik, ki vpliva na kakovost analgezije.
Humar, et al., 2011	2011	Raziskava je bila izvedena na podlagi dveh vprašalnikov.	V italijanski zdravstveni ustanovi je bilo anketiranih vse skupaj 76 pacientov.	Spoznali so, da je pacientom pomembna vljudnost in spoštljivost medicinskih sester ter razumljivost odgovorov na vprašanja.
Vodby & Brandstrup, 2016	2016	Raziskava je bila spisana na podlagi pregleda literature iz operativnih strok.	Pregledana je bila strokovna literatura, ki se je navezovala na abdominalno kirurgijo in je bila v povezavi z vnosom tekočin preko intravenozne in per os poti.	S primerjavo večih študij so ugotovili, da perioperativna terapija v obliki per os in intravenskega vnosa ogljikovih hidratov bistveno izboljša pacientovo počutje.

Tabela 4: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Douw, et al., 2016	2016	Kohortna študija je bila izvedena v času od meseca marca 2013 in aprila 2014.	V raziskavo je bilo vključenih 3522 pacientov.	Ugotovili so, da monitor z vitalnimi znaki ni dovolj zanesljiv pri predvidevanju poslabšanja pacientovega zdravstvenega stanja.
Stocker, et al., 2016	2016	Raziskava je bila narejena na podlagi sistematičnega pregleda literature.	Sistematični pregled strokovne literature, ki je bila v povezavi s komunikacijo in delovanjem interdisciplinarnega tima.	Uspešno delovanje tima pripomore k večjemu zadovoljstvu in hitrejšemu ter kvalitetnejšemu okrevanju pacienta.
Almost, et al., 2015	2015	Raziskava je bila narejena na podlagi pregleda strokovne literature.	Sistematični pregled strokovne literature, ki je bila v povezavi z delovanjem in sodelovanjem zdravstvenega tima.	Ugotovijo, da učinkovito timsko delo in dobra komunikacija pripomoreta k zmanjševanju stresa in izgorevanja na delovnem mestu in zvišujeta zadovoljstvo članov.
Štih & Ferjan, 2014	2014	Izvedena je bila na podlagi dveh anketnih vprašalnikov.	Celotna populacija zaposlenih javnega zdravstvenega zavoda, na ravni klinike.	Ugotovijo, da kakovost komunikacije pomembno vpliva na zdravje zaposlenih.
Nelson, et al., 2015	2015	Izvedena je bila na podlagi internetnega sistema HowsYourHealth.org v ZDA ter švedskega registra revmatoloških pacientov.	Na Švedskem je bilo vključenih 85% pacientov (od 66.000), ki so imeli revmatoidni artritis. V ZDA so pa uporabili 1651 pacientov starih nad 70 let.	Ugotovili so, da z uporabo spletnega sistema so imeli pacienti, boljši vpogled v svojo bolezen prav tako pa je tudi zdravnik lahko v primeru poslabšanja predlagal pacientu rešitve. Prišlo je do izboljšanja zdravstvenega stanja pacientov ter pri kronično obolelih do natančnejšega spremljanja bolezni.

Buček Hajdarevič in Kardoš sta leta 2000 naredila raziskavo v kateri so ugotavljali vpliv bolnikovega strahu na anestezijo in kako ozaveščenost o operaciji vpliva na njegov strah. Raziskava je bila izvedena na podlagi dveh protokolov: za izvajanje predoperativne vizite in ocene bolnika v prebujevalnici, izdelanih navodil za izpolnjevanje protokola, standardov zdravstvene nege pri anesteziji in zdravstvene nege v pooperativnem nadzoru, protokola ocene tveganja po American Society of Anaesthesiologists (ASA) ter vizualne analogne skale (VAS) za oceno bolečine. V raziskavo je bilo vključenih 30 bolnikov, ki so bili razdeljeni v dve skupini. V prvo skupino so spadali ljudje z lažjimi operativnimi posegi, v drugo pa z zahtevnejšimi. Ugotovili so, da je strah pred anestezijo večji, kot tisti strah, ki se pojavi en dan pred operacijo. Poleg tega so dokazali, da je stopnja strahu odvisna tudi od zdravstvenega stanja bolnika. Težja oz. daljša kot je operacija, večji je pri bolniku strah. Istega leta je tudi Obrán (2000) naredil raziskavo, ki je bila izvedena na podlagi dveh vprašalnikov. Prvi vprašalnik je bil uporabljen en dan pred operativnim posegom. Vseboval je podatke o bolnikovem pričakovanju pooperativne bolečine, drugi vprašalnik pa je vseboval podatke o jakosti pooperativne bolečine in o učinkovitosti njenega zdravljenja. V raziskavo so bili zajeti bolniki z diagnozami kot so: cholecystolithiasis, hernia ingvinalis, descensus uteri itd. Anketiranih je bilo 30 bolnikov (10 moških in 20 žensk), ki so bili predvideni za abdominalni operativni poseg. 70% bolnikov je menilo, da morajo po operaciji čutiti bolečine. Pooperativne bolečine se je bala 20% anketirancev. Ugotovili so, da največ bolnikov (73%) po operaciji občuti srednje močno bolečino. Na podlagi tega je bilo tudi ugotovljeno, da bolnikov odnos do bolečine dejavnik, ki vpliva na kakovost analgezije. Spoznali so, da je bolnike treba bolje podučiti o pooperativni bolečini in njenem zdravljenju.

Leta 2011 so Humar in ostali izvedli raziskavo v Italiji na podlagi dveh vprašalnikov. Anketna vprašalnika sta vsebovala demografska vprašanja, vprašanja o vzrokih zaskrbljenosti pacientov, posredovanju informacij in interakcijah med pacienti in medicinskimi sestrami. Anketi sta bili izvedeni v zdravstveni ustanovi Sanatorio Triestino leta 2009 in v ortopedski bolnišnici Valdoltra leta 2011. Podatki so bili analizirani z osnovno deskriptivno metodo. V italijanski zdravstveni ustanovi je bilo anketiranih 40 pacientov, v ortopedski bolnišnici pa 36. Iz raziskave je bilo razvidno, da

so pacienti kot zaskrbljujoče dejstvo označili možne operativne zaplete in tveganja ter okrevanje po operativnem posegu. Medicinska sestra v Valdoltri je bila uspešnejša pri podajanju informacij pacinetov kot medicinska sestra v Santoriu Triestinu. Vzrok visokega deleža pomanjkljivih informacij s strani italijanske zdravstvene ustanove je vključevanje administrativnega osebja v delo medicinske sestre. Spoznali so, da so pacientom pomembne vljudnost in spoštljivost medicinskih sester ter razumljivost odgovorov na vprašanja.

Najnovejša raziskava, ki sta jo spisala Vodby in Brandstrup (2016), je v povezavi s pospešenim okrevanjem operativnih pacientov. S sistematičnim pregledom strokovne literature, ki se je navezovala na abdominalno kirurgijo in je bila v povezavi z intravenoznim vnosom tekočin, sta želela ugotoviti koristnost dovajanja tekočin prek intravenozne poti. S primerjavo več študij so ugotovili, da perioperativna terapija v obliki per os in intravenskega vnosa ogljikovih hidratov bistveno izboljša pacientovo počutje, ker ta s pravilnim vnosom pridobi na mišični moči. Poleg tega omenijo, da je za preprečitev pacientove dehidracije potreben vnos tekočin vsaj dve uri pred operacijo. Intravenozna terapija omogoči, da se celice napolnijo s tekočino, kar pa spodbudi hitrejšo celjenje rane. Sporočajo, da se pri manjših oziroma krajših operacijah priporoča vnos 1-2l kristaloidov, ker preprečujejo postoperativno slabost in bruhanje ter izboljšuje pacientovo počutje. Drugače pa je pri abdominalnih operacijah, ki trajajo dalj časa, pri čemer upoštevamo ničelni vnos oziroma omejen vnos tekočin. S pregledom literature dokažejo, da so bili rezultati študij pri večjih abdominalnih operacijah enaki ne glede na to, ali je bil pri pacientu uporabljen ničelni ali omejen vnos tekočin. Pri večjih operacijah je pomembna pravilna priprava pacienta, ker če pacient ni tešč vsaj 6 ur pred operativnim posegom, lahko pride do aspiracije želodčne vsebine, kar pa je nevarno za pacienta. Vnos tekočine se prilagaja individualno, saj je odvisen od številnih drugih dejavnikov kot so: starost, spol, dehidriranost, bolensko stanje itd.

Najpomembnejše je, da preprečimo hipervolemijo in hipovolemijo. Hipervolemijo želimo preprečiti zato, ker povzroča intersticijski edem, lokalno vnetje in oslabi regeneracijo kolagena, kar posledično privede do postoperativnih infekcij.

Hipovolemija pa po drugi strani povzroči nezadostno oskrbo tkiv s kisikom, temu pa sledita disfunkcija organov in šok pacienta. Zanimivo je, da omenita, da splošni aparati, ki jih uporabljamo vsakodnevno v operativnih blokih in na oddelkih, ne pokažejo pravega tekočinskega stanja. Sem spadajo parametri atrijskega tlaka, srčnega utripa in diureze. Krvni volumen mora pasti za vsaj 20% preden se pri pacientu zazna hipovolemija, ki se prikaže na monitorju. Hipervolemija se tudi ne zazna s spremembo visokega krvnega tlaka ali pulza, razen pri pacientih, ki imajo težave s srcem. V članku omenijo dva parametra za ugotavljanje stanja cirkulacije: arterijski val kot oblika analize in veriacija šokovnega volumna. Istega leta Douw, et al., (2016) izvedejo kohortno študijo, in sicer v času od marca 2013 do aprila 2014. Ta je bila izvedena v univerzitetni bolnišnici na Danskem na pacientih v enotah intenzivne terapije. V klinično spremljanje pacienta na intenzivnem oddelku so vključili svoj pripomoček DENWIS, ki je medicinski sestri omogočal boljše spremljanje pacienta ter stalni stik z zdravnikom. Ugotavljali so, ali je "izraz skrbi" medicinske sestre utemeljen in ali lahko s tem predvidimo, da bo prišlo do nepričakovanega poslabšanja pacientovega stanja. V raziskavo je bilo vključenih 3.522 pacientov, ki so jih izbrali na podlagi naslednjih kriterijev: odrasli (nad 18 let), dansko govoreči pacienti po operaciji, ki so bili sprejeti na oddelke travmatološke, vaskularne in abdominalne/onkološke kirurgije. Ugotovili so, da monitor z vitalnimi znaki ni dovolj zanesljiv pripomoček za predvidevanje pacientovega poslabšanja zdravstvenega stanja. Čim so vključili svoj klinični pripomoček DENWIS, so opazili, da so imeli večji nadzor nad pacientovim okrevanjem in so lahko predvideli, kdaj bi lahko prišlo do nepričakovanega izida.

Poleg tega tudi Stocker in ostali leta 2016 opravijo študijo na podlagi sistematičnega pregleda literature, in sicer pregledajo strokovne članke, ki opisujejo delo interdisciplinarnega tima s sodelovanjem centra Združenega kraljestva za napredovanje interprofesionalnega izobraževanja. S pregledom strokovne literature ugotovijo pomembnost izobrazbe in komunikacije pri timskem sodelovanju. V svojem članku omenijo, da je v bolnišnicah v Veliki Britaniji v letih od 2010 do 2012, zaradi neorganiziranosti dela umrla več kot ena tretjina pacientov. V raziskavo vključijo tudi članek iz Združenih držav Amerike, kjer je bilo navedeno, da letno od

44.000 do 98.000 pacientov umre zaradi napak v zdravstvu. V raziskavo vključijo tudi evropsko literaturo; pregledali so strokovne članke o zdravstvenih dejavnostih Nemčije in Italije. Na koncu pridejo do ugotovitve, kako pomembno je, da so člani tima izobraženi. Z določeno izobrazbo pridobimo kompetence z leti pa izkušnje. Opozorijo, da timskega dela z avtonomijo, vodstvom, medsebojnim zaupanjem, dobro komunikacijo ter organizacijo primanjkuje. Poleg izobrazbe opisujejo tudi pomembnost komunikacije. V primeru, ko pride do kakšne napake, oseba tudi spregovori in se ne boji pogovoriti o tem z ostalimi člani tima. Pri tem pa tudi opozorijo, da za uspešno in učinkovito delovanje tima ni pomembna le izobrazba, temveč tudi osebnostne lastnosti posameznika. Raziskavo o timskem delovanju in sodelovanju so izvedli leta 2015 tudi Almost in ostali na podlagi pregleda strokovne literature. Posluževali so se literature, ki je opisovala delovanje tima v delovnem okolju. Pregledali so literaturo od leta 1990 do 2015. Ugotovili so, da učinkovito timsko delo in dobra komunikacija pripomoreta k zmanjševanju stresa in izgorevanja na delovnem mestu in zvišujeta zadovoljstvo članov. S kakovostnim in učinkovitim timskim delom pa se pripomore k večjemu zadovoljstvu pacienta.

Tabela 5: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtoriji
Poklicne kompetence v zdravstvenih in drugih predpisih RS	Spoznali smo kdo je diplomirana medicinska sestra in opredelili njene kompetence.	Železnik, et al., 2008
Kompetence medicinske sestre v operativni dejavnosti	Ugotovili smo kompetence operativne medicinske sestre in jih povezali v šest kategorij.	Williems, 2009
Zdravstveni tim	Tim je skupina posameznikov z različno izobrazbo, perspektivami, spretnostmi, ki deluje v doseganju skupnih ciljev. Poznamo: multidisciplinarni, interdisciplinarni in transdisciplinarni tim.	Pahor, 2006
Pravice in odgovornosti diplomirane medicinske sestre v timu.	Spoznali smo pravice in odgovornosti medicinske sestre.	Tschudin, 2003
Naloge diplomirane medicinske sestre pred operacijo	Ugotovili smo, kaj vse spada pod predoperativno obdobje in kakšne so naloge medicinske sestre pri tem. Sem spadata psihična in fizična priprava pacienta na operacijo.	Ivanuša & Železnik, 2000

Tabela 6: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtoriji
Naloge diplomirane medicinske sestre med operacijo	Preden medicinska sestra odpelje bolnika v operacijsko dvorano, mora pripraviti vso dokumentacijo, kjer morajo biti zabeleženi vsi pomembni podatki. Spoznali smo delo umite in neumite medicinske sestre med operativnim posegom.	Ivanuša & Železnik, 2000
Naloge diplomirane medicinske sestre po operaciji	Medicinska sestra oskrbi operativno rano, spodbuja aktivnosti za zadostno oksigenacijo, opazuje rano itd.	Ivanuša & Železnik, 2000
Pooperativna akutna bolečina	Akutna pooperativna bolečina je pričakovan, neizogiben simptom, ki je posledica fiziološke reakcije po poškodbi zaradi kirurškega posega, neučinkovito zdravljenje bolečine prispeva k povečani morbiditeti in mortaliteti operiranega bolnika.	Faganeli, 2012
Ocena bolečine	Opišemo endodimenzionalne lestvice za ocenjevanje bolnikove bolečine.	Kamenik, 2008
Zdravstvena nega kirurške rane	Spoznali smo, da s pravilno oskrbo pooperativne rane pripomoremo k hitrejšemu celjenju rane in s tem tudi preprečimo okužbo.	Fabjan, et al., 2005
Celjenje kirurških ran	Kirurške rane se celijo primarno, kadar mehansko približajo robove s pomočjo šivov, sponk, lepila ali lepilih trakov. S tem zmanjšajo nastanek edema, količino izcedka in možnost vnetja. Sekundarno se takšna rana celi zaradi vnetja, večje izgube kože ali hujše poškodbe, kar pa onemogoča njeno takojšnje zapiranje. Čas celjenja je podaljšan.	Triller & Smrke, 2011

Tabela 7: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtoriji
Dejavniki tveganja za okužbo kirurške rane	Vsaka kirurška rana ima naseljene mikrobe, vendar je imunski sistem človeka večinoma dovolj močan, da uniči patogene mikroorganizme še pred razvojem vnetja. Najpomembnejši dejavniki tveganja so: koncentracija mikrobov, patogenost, imunski odziv gostitelja in vrsta operativnega posega.	Ferk, 2011
Okužba kirurške rane	Okužba kirurške rane vključuje površinsko okužbo, globoko okužbo in okužbo organov ali telesnih votlin. Kirurška rana se zdravi po istih principih kot vse druge okužbe: odstranitev gnoja in nekrotičnega tkiva ter vzpostavitev prostega odtoka, da lahko gnoj odteka navzven. Le z antibiotiki zdravimo tiste okužbe, pri katerih ni prišlo do abscesa in gre za difuzno okužbo tkiv (celulitis).	Kravos et. al., 2011
Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem	Ugotovili smo kako preprečujemo dejavnike tveganja pred operativnim posegom in po njem. Omenili smo tudi dejavnike tveganja, ki se lahko pojavijo.	Buček Hajdarovič & Kardoš, 2000
Medosebna komunikacija in delovno okolje	Delovno okolje in medsebojni odnosi vplivajo na zdravje zaposlenih. Ti lahko ohranjajo ali pa spodbudijo zdravje.	Petruša & Remec, 2010 cited in Štih & Ferjan, 2014
Komunikacija v timu	V zdravstveno negovalnem timu je dobra komunikacija med člani tima še toliko pomembnejša, ker pripomore k večjemu zadovoljstvu in h kakovostni obravnavi pacienta.	Jankovec, 2006
Komunikacija, ki pripomore k pospešenemu okrevanju pacienta	Podporno ali empatično komuniciranje je oblika verbalnega in neverbalnega komuniciranja, s katerim želimo pomagati tistim, za katere vemo, da potrebujejo podporo in pomoč. Empatično komuniciranje je nenehno navzoče in vpliva na zdravje in počutje ljudi, povečuje samoučinkovitost, soočenje s konfliktnimi dogodki in stresom.	Prebil, et al., 2009

2.4.3 Poklicne kompetence v zdravstvenih in drugih predpisih republike Slovenije

Diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik je oseba, ki je zaključila triletni ali 4.600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem, je vpisana v register zdravstvene in babiške nege ter ima veljavno licenco (Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti, 2005). V 11. členu Zakonu o zdravstveni dejavnosti je pri predhodnih in končnih določbah navedeno, da v zdravstveni dejavnosti lahko samostojno opravljata delo (in jima je priznana enaka kvalifikacija) tudi diplomirana medicinska sestra, ki je diplomo pridobila po študijskem programu z obsegom 2.250 ur, ima končano pripravništvo in končan strokovni izpit, ter višja medicinska sestra oziroma medicinski tehnik, ki je diplomo pridobil/pridobila po prej veljavnih študijskih programih, ima končano pripravništvo, končan strokovni izpit in tri leta opravlja svoj poklic v zadnjih petih letih (Železnik et. al., 2008).

Kompetence diplomirane in višje medicinske sestre, ki jih opredelijo Železnik in ostali (2008a, p. 12) so naslednje:

- "promocija zdravja, zdravstvena vzgoja, učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, poleg tega tudi razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje ter ohranjanje zdravja,
- organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti, ki so v povezavi s službo zdravstvene nege,
- biti vodja negovalnega tima,
- izvajanje zdravstvene nege po procesni metodi dela,
- sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih postopkov,
- spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in njihovo dokumentiranje,
- interdisciplinarno in multisektorsko sodelovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave pacienta,
- ukrepanje v nepričakovanih situacijah, nudenje prve pomoči v okviru svojih pristojnosti,

- pedagoško delo za obnavljanje njenega kadra,
- raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe".

Vse profesionalne operacijske medicinske sestre bi morale imeti osnovno klinično znanje in sposobnosti, ki omogočajo da medicinska sestra (Keller, et al., 2012):

1. vzpostavi uspešen odnos s pacientom in njegovimi svojci, da lahko naredi dober negovalni načrt;
2. uporablja proces zdravstvene nege, da lahko spiše negovalni načrt, ob tem zbira primerne podatke, ki se tičejo pacienta, ugotavlja njegove negovalne diagnoze in beleži pacientove izide zdravljenja;
3. razvija strategije za ocenjevanje in upravljanje, ki temeljijo na upoštevanju fizikalne, funkcionalne, kulturne, družbene, gospodarske, razvojne in duhovne razsežnosti, človekovih odzivov na aktualne in potencialne zdravstvene težave;
4. izkazuje znanje o vplivu dejanskih ali potencialnih bolezni na pacientov razvojni, fizični, socialni, čustveni, starostni, duhovni, ekonomski in poklicni status ter stanje prostega časa;
5. koordinira in sodeluje s pacienti, z njihovimi svojci, s skupnostmi in člani interdisciplinarnega tima z ocenjevanjem potreb, zadajanjem ciljev, načrtovanjem intervencij, nudenjem oskrbe in beleženjem pacientovih izidov zdravljenja;
6. uporablja obstoječa znanstvena spoznanja v praksi kirurške zdravstvene nege;
7. sodeluje s pacientom, z njegovimi svojci in drugimi izvajalci zdravstvene nege pri kolaborativnih odločitvah, ki zahtevajo razumevanje, da bi zdravstvena nega morala biti kulturno občutljiva, etična, legalna, informirana, sočutna in humana ter v mejah ekonomskih zmožnosti;
8. deluje kot svetovalka pacientom in njihovim svojcem;
9. izobražuje paciente in njihove svojce, ki spodbujajo ohranjanje in obnavljanje zdravja ali nudenju udobja;
10. zagotavlja sredstva, da lahko zagotovi okolje, ki podpira promocijo zdravja, obnovo in vzdrževanje;

11. napotuje in vzdržuje stike z ustreznimi institucijami in agencijami skupnosti, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvene oskrbe pacienta;
12. uporablja ugotovitve raziskav pri odločanju v praksi, identificira probleme, ki so potrebni za raziskavo in sodeluje pri raziskovalnem procesu;
13. uporablja standarde kirurške zdravstvene nege za izboljšanje kakovosti oskrbe pacienta ob tem pa tudi njegovega življenja;
14. uporablja vodstvene sposobnosti za izboljšanje rezultatov pacientovega okrevanja in spodbujazdravo delovno okolje in stroke;
15. deluje kot mentor in učitelj zdravstvenim sodelavcem, študentom in drugim;
16. sistematično evalvira kakovost in učinkovitost zdravstvene nege;
17. učinkovito komunicira s pacientom, z njegovimi svojci ter drugimi profesionalnimi izvajalci zdravstvene oskrbe.

2.4.4 Zdravstvena nega in kirurgija s pospešenim okrevanjem

Sodobna zdravstvena nega je usmerjena k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna, zato po svojih zmožnostih in sposobnostih sodeluje pri zdravstveni negi (Hajdinjak & Meglič, 2012).

V kirurgiji s pospešenim okrevanjem ima prav tako glavno vlogo pacient. Skozi celotni operativno obdobje, predvsem zato, ker bi si želel, da bi operacija dobro uspela. Poleg strahu pred posegom, ga je tudi strah bolečine, ki se bo pojavila po opravljeni storitvi. Bolečina je zaznavanje neprijetnega občutka, ki ga povzroči poškodba tkiva (Kardoš, 2006). Faganeli (2012) opisuje akutno pooperativno bolečino kot pričakovan, neizogiben simptom, ki je posledica fiziološke reakcije po poškodbi zaradi kirurškega posega. Omeni, da neučinkovito zdravljenje bolečine prispeva k povečani umorбилiteti in mortaliteti operiranega bolnika. Pravi, da raziskave dokazujejo, da v večini primerov zdravljenje pooperativne bolečine ni optimalno ter da se učinkovitost posameznega analgetika pri različnih operativnih posegih razlikuje. Zato je izrednega pomena, da zdravnik izbere in prilagodi zdravljenje pooperativne bolečine izključno glede na vrsto operativnega posega. Bolnika moramo že pred operativnim posegom seznaniti z načinom ocenjevanja bolečine ter se dogovoriti o možnostih zdravljenja akutne pooperativne bolečine. Za učinkovito zdravljenje bolečine je pomembna subjektivna

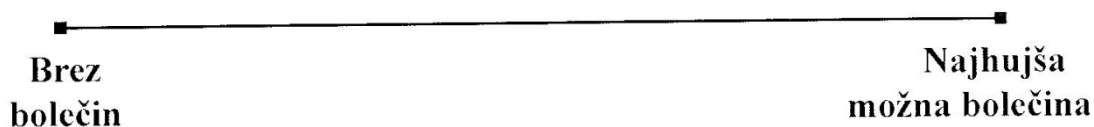
ocena bolnika, ki se določa z različnimi tehnikami. Največkrat se v praksi uporabljajo enodimenzionalne lestvice. Kot navaja Kamenik (2008) jih bolniki lažje razumejo in so tudi preproste za uporabo. Sem spadajo naslednje lestvice:

- **številčna lestvica za oceno bolečine (NRS)**

Bolečino ocenjuje tako, da bolnika prosimo, da oceni svojo bolečino od 0 –10. Bolniku razložimo, da številka 0 pomeni stanje brez bolečin, največja številka 10 pa najhujšo možno bolečino. Številka, ki jo bolnik izbere, pomeni intenziteto njegove bolečine (Kamenik, 2008).

- **vizualna analogna lestvica (VAS)**

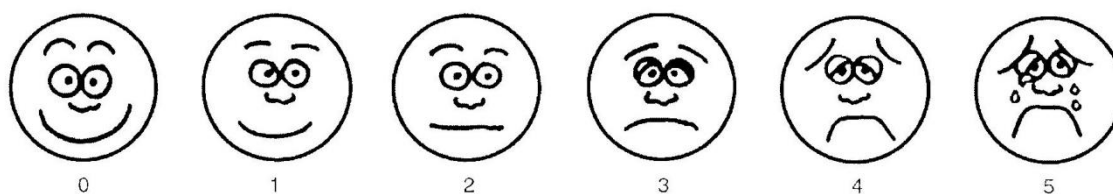
Je najpogosteje uporabljena lestvica za ocenjevanje intenzitete bolečine. Bolniku narišemo linearno črto, dolgo 10 cm (slika 1). Medicinska sestra na prvi konec črte napiše »Brez bolečin«, na drugi konec pa doda oznako »Najhujša možna bolečina«. Bolnik na črti označi svojo bolečino, za tem medicinska sestra izmeri razdaljo od oznake »Brez bolečine« v milimetrih. Izmerjena razdalja predstavlja intenziteto bolnikove bolečine (Kamenik, 2008).



Slika 1: Vizualna analogna lestvica (Kamenik, 2008)

- **obrazne lestvice**

Zajemajo od 5 do 8 slikovnih izrazov obraza, ki opisujejo različno stopnjo intenzitete bolečine. Bolnika prosimo, da izbere izraz, ki najbolje opredeljuje njegovobolečino. Vsaki sliki na skali pripišemo ustrezno zaporedno številko (npr. od 0 do 7) s katero bolnikovi bolečini podamo številčno vrednost (slika 2) (Kamenik, 2008).



Slika 2: Šest točkovna obrazna lestvica (Kamenik, 2008)

Medicinske sestre se morajo zavedati, da bolnik v zgodnjem pooperativnem obdobju še ni zmožen komunicirati na enak način kot v poznejšem obdobju, zato morajo k oceni pristopiti v skladu s trenutnim stanjem bolnika. Izrednega pomena je tudi ustrezna priprava bolnika pred posegom, da razume, kakšen je namen ocenjevanja bolečine. Pri tem mora biti posebna pozornost usmerjena v ocenjevanje bolečine pri posameznih skupinah bolnikov, kot so otroci različnih starostnih skupin, starostniki, bolniki z oteženo ali nezmožnostjo komunikacije itd. (Faganeli, 2012).

Po uspešno opravljenem operativnem posegu sledi okrevanje, kjer lahko bolniku precej pomaga skrb medicinske sestre. Glavna naloga medicinske sestre, kot opisujeta Železnik in Ivanuša (2000), je da varuje in ščiti bolnika, kar pa lahko uspešno opravlja z ustreznim znanjem, izkušnjami ter s sposobnostjo povezovanja z drugimi člani zdravstvenega in negovalnega tima, ker tako zagotavlja med kirurškim zdravljenjem uspešno, varno in učinkovito zdravstveno nego. Zdravstvena nega kirurškega bolnika zajema skrb za pacienta pred, med in po operativnem posegu. Pred posegom bolnika psihično in fizično pripravimo na operacijo. Železnik in Ivanuša (2000) navajata, da ga fizično pripravimo z naslednjimi dejavnostmi: kondicijska priprava, preoperativne preiskave, dieta, priprava prebavnega trakta, čiščenje debelega črevesa pred operacijo, priprava bolnikove kože, psihično pa se osredotočamo na: pogovor z bolnikom in s svojci, pojasnila in razlago o posegih, postopkih ter pripomočkih, na koncu tudi na poučevanje o pravilnem dihanju, izkašljevanju in gibanju. Zdravstveno nego kirurškega bolnika lahko imenujemo perioperativna zdravstvena nega, ki jo delimo na tri faze, in sicer na (Fabjan, et al., 2005):

- **predoperativno fazo**, kamor spada ocena bolnikovega stanja in individualni načrt medoperativne zdravstvene nege, sprejem bolnika v operacijsko okolje, opredelitev operacijske sobe, pripravo materiala, instrumentov in opreme;

- **medoperativno fazo**, ki vključuje izvajanje zdravstvene nege bolnikov med operativnim posegom in instrumentiranje pri operaciji;
- **pooperativno fazo**, kjer štejemo končne rezultate predoperativne in medoperativne zdravstvene nege.

Učinkovita perioperativna zdravstvena nega temelji na šestih vsebinah, ki so (Fabjan, et al., 2005):

- ocenjevanje bolnikovega stanja,
- ugotavljanje bolnikovih potreb,
- določanje ciljev zdravstvene nege,
- načrtovanje dejavnosti medicinskih sester,
- izvajanje dejavnosti in realizaciji postopkov ter
- vrednotenje doseženega stanja bolnikov.

"Operacijske sestre naj bi v navedenih fazah procesa perioperativne zdravstvene nege upoštevale človeka kot biološko, psihološko, socialno, duhovno in kulturno bitje z določenim vedenjskim vzorcem" (Fabjan, et al., 2005, p. 23). Te morajo nuditi individualno zdravstveno nego na osnovi negovalnih intervencij tistim bolnikom, ki so potrebni zdravljenja in preiskav v perioperativnem obdobju. Organizirati in opravljati morajo zdravstveno negovalno službo v operacijski enoti ob upoštevanju razpoložljivih kadrovskih, materialnih in finančnih sredstev. Racionalno in učinkovito morajo ukrepati v nepredvidljivih razmerah ter zagotoviti varnost bolnikov in osebja v operacijski sobi. Ob tem morajo dokazovati usposobljenost za specifične naloge, ki jih mora obvladati vsaka operacijska medicinska sestra glede na zahteve delovnega mesta (umita, neumita operacijska sestra). "Poznati morajo etične in pravne vidike perioperativne zdravstvene nege, s tem pa uveljavljati uspešno komuniciranje z bolniki, njihovimi svojci in ostalim osebjem, ki sodeluje pri bolnikovi oskrbi. Na koncu razvijati in vzdrževati visoke standarde zdravstvene nege v operacijski enoti, še bolj pa razumeti pomen neprekinjenega izobraževanja in raziskovalnega dela, usmerjenega v razvoj stroke" (Fabjan, et al., 2005, p. 28).

2.4.5 Pomen pospeševanja zdravja in preprečevanja okužb v zdravstveni negi kirurškega bolnika

V vsaki bolnišnični zdravstveni negi je poudarek na oskrbi, ki želi bolniku povrniti zdravje, ob tem pa poskrbeti za vzdrževanje zdravja in doseganje najboljše možne ravni delovanja posameznika. Medicinska sestra ima tu pomembno vlogo, saj pomaga pospeševati zdravje in preprečuje posledice dolgotrajnega ležanja, obolenja ali poškodb. Te aktivnosti mora vključevati v načrtovanje zdravstvene nege v perioperativnem obdobju in pri načrtovanju bolnikovega odpusta (Ivanuša & Železnik, 2000).

Okužbe kirurških ran nastanejo pri invazivnih kirurških posegih in so med najpomembnejšimi vzroki okužb, ki se pojavljajo v bolnišnici. Povzročajo veliko morbidnost in tudi študije ob tem ugotavljajo, da je več kot ena tretjina smrti pacientov povezanih z okužbo kirurške rane (Ferk, 2011). Pri tem je pomembno, da so zdravstveni delavci pozorni na dejavnike tveganja, ki se lahko pojavijo s strani bolnikain s strani osebja.

S strani bolnika se pojavijo naslednji dejavniki tveganja:

- **starost:** več študij je pokazalo, da tveganje za nastanek okužbe kirurške rane s starostjo bistveno narašča. Več študij dokazuje, da tveganje za nastanek kirurške okužbe linearno narašča med 17. in 65. letom starosti. Po 65. letu pa se tveganje zmanjšuje;
- **pridružene bolezni:** spremljajoče bolezni in njihova terapija ter splošno psihofizično stanje bolnikaso pomembni dejavniki za nastanek okužbe kirurške rane. Ogroženost bolnika, se ugotavlja s pomočjo ASA, pri katerem smo pozorni na skupno številko točk, ki znašajo 3 ali več, ker to nakazuje na povečano tveganje;
- **debelost:** maščobno tkivo je slabše prekrvavljeno, kar pomeni, da je oksigenacija tkiva slabša, to pa zmanjšuje imunski odgovor in povečuje tveganje za nastanek okužbe. Pri takšnih bolnikih so operacije zahtevnejše in trajajo dalj časa, kar pomeni večje tveganje zanj;

- **kajenje:** nikotin povzroča vazokonstrikcijo ter s tem zmanjšuje oksigenacijo tkiva. Razne študije dokazujejo, da je pogostost okužbe kirurške rane večja;
- **klasifikacija kirurške rane:** klasifikacija rane v čiste, čiste kontaminirane, kontaminirane in umazane ima velik vpliv na tveganje za nastanek okužbe. Pri čistih ranah je verjetnost za nastanek okužbe 5%, pri čistih kontaminiranih do 10%, pri kontaminiranih do 20% in pri umazanih do 40%;
- **mesto in kompleksnost operacije:** nekatera mesta so bolj izpostavljena za nastanek okužbe kirurške rane kot druga. Rane, kjer je na mestih malo mehkega tkiva nad kostjo (npr. goleni), so bolj izpostavljene tveganju, zaradi slabše prekrvavitve. Kompleksnost operativnega posega tudi predstavlja tveganje, zato ker takšne operacije ponavadi trajajo dalj časa, poškodovanega je več tkiva, večja je izguba krvi in so običajno potrebne drenaže. Vse te okoliščine ponavadi povečujejo tveganje za okužbo kirurške rane (Ferk, 2011).

S strani osebja, se pa pred operativnim posegom pojavljo spodaj navedeni dejavniki (Ferk, 2011):

- daljši čas bivanja bolnika v bolnišnici pred načrtovano operacijo,
- tuširanje bolnika na dan operacije ali dan pred operacijo zmanjšuje tveganje,
- odstranjevanje dlak tik pred operacijo zmanjšuje tveganje,
- čista in komfortna oblačila za bolnika za operacijo zmanjšujejo tveganje,
- dekolonizacija mikroorganizmov, kjer je to potrebno, zmanjšuje tveganje,
- standardni operacijski prostori (nečisti, čisti in sterilni prostori, ustrezna ventilacija),
- odstranitev nakita na rokah, odstranitev umetnih nohtov in laka,
- čista oblačila za osebje v operacijskih prostorih,
- uporaba mask in kap,
- gibanje osebja v operacijskih prostorih.

S strani osebja, se med operativnim posegom pojavljajo spodaj navedeni dejavniki (Ferk, 2011):

- kirurško umivanje rok in razkuževanje,
- sterilna oblačila za operacijski tim,
- uporaba adekvatnih sterilnih rokavic,
- operacijska tehnika,
- uporaba različnih instrumentov za rezanje tkiv,
- izpiranje operacijske rane z različnimi raztopinami,
- uporaba tujih vsadkov,
- tehnike zapiranja kirurške rane,
- trajanje operacije,
- vzdrževanje mikrookolja v operacijski dvorani,
- ustrezno dovajanje anestezije in vzdrževanje homeostaze bolnika,
- transfuzija krvi in krvnih derivatov.

2.4.6 Kirurgija s pospešenim okrevanjem in timsko sodelovanje

Tim je majhna skupina ljudi, pri kateri imajo skupni cilji prednost, da z usklajenim delovanjem skupine strmijo k uresničevanju ciljev. Vsi timi so skupine, vendar se vsaka skupina ne vede kot tim (Lahne & Kaučič, 2006).

Razlika med timom in skupino je torej v tem, da pri timu vsak posameznik posebej pripomore k uspešnemu delovanju tima tako, da skupaj z ostalimi strmi k uresničevanju postavljenih ciljev, medtem ko skupina lahko zajema najmanj tri naključne posameznike, ki ne potrebujejo sodelovati med seboj, da dosežejo skupni cilj. Klemenc in ostali (2011) v svojem članku navajajo, da s sodelovanjem v timu posamezniki izpolnjujejo svoje znanje in izkušnje, kar prispeva k dvigu kakovosti in varnosti obravnave. Kakovostna zdravstvena obravnava pacienta zajema kolegialno dobre odnose med člani multidisciplinarnega tima. Vsak član tima pričakuje spoštljiv in sodelujoč odnos. Ob tem je pomembno omeniti, da delovno okolje in medsebojni odnosi vplivajo na zdravje zaposlenih. Te lahko ohranjajo ali pa spodbudijo zdravje, v nasprotnem primeru pa lahko ohranjajo in povzročijo bolezni (Petruša & Remec, 2010, cited in Štih & Ferjan, 2014).

Slaba medosebna komunikacija na delovnem mestu se kaže v neuspešnem timskem delu, slabši komunikaciji in sprejemanju odločitev, kar posledično privede do nedoseganja oziroma pomanjkljivega doseganja zastavljenih ciljev, slabega počutja na delovnem mestu ter nekvalitetne zdravstvene obravnave pacienta (Almost et. al., 2015). Pri tem je pomembno zavedanje zdravstvenih delavcev in njihovih sodelavcev, da nezadovoljstvo na delovnem mestu prinese veliko negativnih posledic, ki lahko škodujejo pacientu.

V zdravstveno negovalnem timu je dobra komunikacija med člani tima še toliko pomembnejša, ker pripomore k večjemu zadovoljstvu in h kakovostni obravnavi pacienta.

Zdravstveno negovalni tim sestavlja skupina strokovnjakov, v katerem ima vsak član določeno vlogo. Lahko se zgodi, da so hotenja in pričakovanja članov različna, morda celo nasprotna, kar hitro privede do težav znotraj tima v povezavi s konflikti in problemi. Reševanje konfliktov je pomembna naloga vsakega tima, dobra komunikacija pa je pogoj za reševanje težav. Z uspešnim obvladovanjem komunikacije se v timu dosegajo zastavljeni cilji, razvijajo boljši medosebni odnosi in rešujejo konflikti med sodelavci. Tako ugotovimo, da so dobri medosebni odnosi ključni dejavnik za uspešno timsko delo (Jankovec, 2006).

Kot pomemben del uspešnega delovanja tima opredeli komunikacijo tudi Dobnik (2007), ki navaja: »Komunikacija medicinske sestre z bolniki in sodelavci je integralni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Medsebojne komunikacije dajejo obliko, smer in vsebino njenemu delovanju in ji zagotavljajo samoaktualizacijo in samopotrjevanje v poklicu. Kdor se odloči za ta poklic in vztraja v njem, je lahko srečen in zadovoljen samo, če se vse življenje uči, opazuje in osebno ter poklicno raste in zori v medsebojnih odnosih.«

Ovijač (2012) pa se posebno osredotoči na dve aktualni stališči, in sicer: skupno učenje in skupno odločanje članov zdravstvenega tima na področju etike. V svojem članku spodbudi skupno učenje in izrecno navede, da učenje ni namenjeno le za študente,

ampak za vse zdravstvene delavce. Podpira vseživljenjsko učenje in predlaga, da bi se v zdravstvenim delavcem v prihodnje zagotovilo interdisciplinarno zasnovane učne programe s področja etike.

Tako ugotovimo, da na pospešeno okrevanje pacienta vplivajo tudi medosebni odnosi v timu in ustrezna komunikacija, kar smo izvedeli z naslednjimi raziskavami:

Stocker, et al., (2016) in Almost, et al., (2015) so s pregledom strokovne literature želeli prikazati, kakšna je pomembnost timskega sodelovanja za dobrobit pacienta. Almost in ostali (2015) so se osredotočili na negativne ter pozitivne dejavnike, ki se pojavljajo na delovnem mestu, pri tem pa razložili, kakšen ima to vpliv na vse, ki so del multiprofesionalnega tima. Poudarjali so, da nezadovoljstvo na delovnem mestu zagotovo vpliva na kakovost dela v bolnišnici. Opisujejo, da je iz pregledane literature razvidno, da učinkovito timsko delo in dobra komunikacija pripomoreta k zmanjševanju stresa in izgorevanja na delovnem mestu in zvišujeta zadovoljstvo članov. Vse naštetu privede do večjih želja po zaposlitvi za nedoločen čas, večanju pacientovega zadovoljstva pa tudi do zmanjševanja smrtnosti pacientov. V nasprotnem primeru slabi medosebni odnosi znotraj tima prinesejo neuspešno delovanje tima, slabšo komunikacijo in sprejemanje odločitev, kar posledično privede do povečanja števila konfliktov, slabše kvalitete dela, večje odsotnosti članov z dela ter večje želje po zamenjavi službe.

Štih in Ferjan (2014) sta z raziskavo, ki je bila izvedena v letu 2012 na podlagi dveh anketnih vprašalnikov, želela dokazati, da kakovost komunikacije pomembno vpliva na zdravstveno stanje zaposlenih. V raziskavo so vključili celotno populacijo zaposlenih javnega zdravstvenega zavodana ravni klinike, ki so opravljali delo v zdravstvenih in nezdravstvenih dejavnostih. S pomočjo prvega anketnega vprašalnika ugotovijo, da so zaposleni v povprečju bolj zadovoljni s splošnim vzdušjem v organizaciji, torej z odnosi med zaposlenimi kot z neformalnim druženjem zaposlenih, ki ga organizira klinika. Rezultati zadovoljstva z informiranjem in s komuniciranjem v organizaciji prikažejo, da so zaposleni zelo zadovoljni s komuniciranjem, medtem ko so manj zadovoljni z obveščenostjo o pomembnih dogodkih v organizaciji in posredovanjem informacij o pomembnih dogodkih na

kliniki. V raziskavi izpostavijo pomemben podatek, da zaposleni kljub temu, da so nezadovoljni s posredovanjem informacij o pomembnih dogodkih, ocenijo komunikacijo z nadrejenimi kot dobro. Na osnovi analize rezultatov so prišli do zaključka, da so zaposleni na splošno bolj zadovoljni z medsebojnimi odnosi, kot pa z odnosi z nadrejenimi.

Pri drugem vprašalniku, kjer so merili samooceno zdravstvenega stanja ter število zdravstvenih težav zaposlenih ugotovijo, da zaposleni v povprečju svoje zdravstveno stanje ocenijo kot dobro. S tem zaključijo, da kakovost komunikacije pomembno vpliva na zdravstveno stanje zaposlenih. Ne glede na dokazane rezultate, omenijo tudi, da poleg kakovostne komunikacije na zdravje zaposlenih vplivajo tudi drugi dejavniki: življenjski slog, vedenjski načini, življenjske razmere kot zunanji dejavniki ter čustva, mišljenje in hormonski odziv kot notranji dejavniki.

Dobra komunikacija je ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja (Prebil, et al., 2009). S prijazno komunikacijo izpademo vljudni, vendar se šele z empatično komunikacijo dotaknemo bolnikovega srca.

Nelson in ostali so leta 2015 naredili raziskavo v ZDA in na Švedskem. V raziskavo so vključili paciente iz švedskega registra revmatoloških pacientov in 45 zdravnikov ter 1651 pacientov ZDA, ki so bili stari več kot 70 let. Poleg tega so vključili 644 odraslih z bolečinami in emocionalnimi težavamiter 47 njihovih zdravnikov. Želeli so ugotoviti, ali sodelovanje pacienta na internetni strani HowsYourHealth.org lahko omogoča kakovostno spremljanje njegovega zdravstvenega stanja. Rezultati raziskave so potrdili njihovo hipotezo. Pacientom z emocionalnimi težavami se je zdravstveno stanje tekom raziskave bistveno izboljšalo, saj je sodelovala tudi medicinska sestra, ki je nudila pacientom nasvete. Ti so bili zelo zadovoljni s sodelovanjem na spletni strani, ker so imeli stalni kontakt s svojim osebnim zdravnikom. Spremljanje njihove boleznij je postalo lažje, ker so dnevno lahko zapisovali spremembe o svojem zdravstvenem stanju, zdravnik pa je tako lahko takoj, ko je prišlo do iztopanja ukrepal. Glede na to, da so bili rezultati raziskave tako dobri, v članku predlagajo, da bi več zdravstvenih ustanov uporabljalo spletno stran, na podlagi katere bi lahko vsi, ki sodelujejo pri pacientovem zdravljenju imeli

vpogled v njegovo zdravstveno stanje in tako mu nudili nasvete, takrat ko bi jih potreboval.

2.5 RAZPRAVA

Kot smo že omenili, kompetenca pomeni, da oseba dobro in kakovostno opravlja določeno delo, ustreza pogojem za zaposlitev ter zahtevam za opravljanje določene naloge.

Pri zdravstveni negi kirurškega bolnika je toliko pomembnejše, da ima diplomirana medicinska sestra čim več znanja na tem področju, ker bo le tako znala hitro ukrepati, ko bo pacient to potreboval. Medicinske sestre se v zdravstveni dejavnosti večino časa osredotočajo na pravilno izvajanje zdravstvene nege in na postopek izvedbe, ob tem pa pozabljajo, da na izide pacientovega zdravljenja vplivajo tudi medsebojni odnosi, timsko sodelovanje, organiziranost, komunikacija in kakovostna zdravstvena oskrba.

Mednarodni svet medicinskih sester (ICN- International Council of Nurses) je leta 2004 definiral kompetenco, kot »raven uspešnosti, ki kaže učinkovito uporabo, znanja, veščin in presoje« (Železnik, 2008, p.18). ICN (2009) v poznejših literaturah opredelijo kompetenčni okvir medicinskih sester, ki imajo veljavno licenco in delujejo kot specialistina določenem področju v medicini. Združijokompetence medicinske sestre s kompetencami tiste, ki ima narejeno specializacijo. Kompetence so razdelili v naslednje kategorije (ICN, 2009):

- odgovornost,
- etična praksa,
- promocija zdravja,
- organizacija dela,
- delegacija in nadzor,
- kontinuirano izobraževanje

2.5.1 Odgovornost

Medicinska sestra kot specialist sprejema vso odgovornost za svojo profesionalno presojo, dejanja, izide pacientovega zdravljenja in uporabo kompetenc. Ob tem pa je dovolj profesionalna, ker se zaveda, da se mora kdaj tudi posvetovati z drugimi strokovnjaki, ko pride v takšen položaj, da njeno znanje in kompetence niso dovolj za pomoč pacientu (ICN, 2009).

2.5.2 Etična praksa

Medicinska sestra se kot specialist ravna po Kodeksu etike medicinskih sester, sodeluje pri sprejemanju etičnih odločitev, ki so v povezavi z njeno stroko, spoštuje človekove oziroma pacientove pravice in urgira v primeru kršitve. Dela na izboljšavah zdravstvene nege, ki so povezane s pacientovo varnostjo, zasebnostjo in dostojanstvom (ICN, 2009).

2.5.3 Promocija zdravja

Medicinska sestra naj bi ob tem ko promovira zdravje, skrbela tudi za lastno dobro počutje. Sodeluje z drugimi medicinskimi sestrami oz. člani drugih profesionalnih strok pri aktivnostih, ki pripomorejo k zmanjševanju obolenj in zdravemu življenjskemu stilu populacije. Determinante zdravja vključuje v prakso in preventivo (ICN, 2009).

2.5.4 Organizacija dela

Medicinska sestra se ravna po procesni metodologiji dela, torej ugotavlja, načrtuje, izvaja in vrednoti zdravstveno nego. Pod organizacijo dela pa spada tudi terapevtska komunikacija, medsebojno sodelovanje med člani zdravstvenega tima, poleg tega ima veliko vlogo kot vodja v procesu, pomembno pa je tudi varno okolje, v katerem izvaja zdravstveno nego (ICN, 2009).

2.5.5 Delegacija in nadzor

Medicinska sestra kot specialist razporeja delo zdravstvenim sodelavcem na podlagi njihovega znanja, izkušenj in sposobnosti. Opazuje in razmišlja o izboljšavah (ICN, 2009).

2.5.6 Kontinuirano izobraževanje

S stalnim izobraževanjem postane uspešna pri nudenju oskrbe. Uči se lahko na raznih delavnicah, s prebiranjem člankov oz. od drugih strokovnjakov. Je strokovnjak, ki uporablja refleksijo, kritično razmišljanje in vedno išče priložnosti za izboljšanje zdravstvene nege, ob tem pa se zaveda, da je potrebno vseživljenjsko učenje (ICN, 2009).

Delovna skupina za izobraževanje pri EORNA združenju, je na 5. kongresu združenja medicinskih sester operativnih strok Evrope izdala oblikovane kompetence za delo v perioperativni dejavnosti (Williems, 2009). Največja osredotočenost združenja je izobraževanje medicinskih sester, zaradi tega je tudi bil v letu 1997 izdelan in potrjen curriculum izobraževanja.

2.6 Kompetence operacijske medicinske sestre EORNA združenja

Na kongresu so bile predstavljene kompetence operacijske medicinske sestre. Za lažjo opredelitev so razdelili njene kompetence na 5 kategorij, in to so:

- profesionalna, zakonita in etična praksa,
- zdravstvena nega in perioperativna praksa
- medosebni odnosi in komunikacija,
- organizacija, management in vodstvene sposobnosti,
- izobrazba in profesionalno dopolnjevanje.

2.6.1 Profesionalna, zakonita in etična praksa

Glavni cilj perioperativne medicinske sestre je, da analizira, razume in presoja v skladu s svojo profesijo ter etično prakso, ob tem pa ne pozabina spoštovanje pacientov (Williems, 2009).

Znanje, ki ga potrebuje:

- poznavanje zakona (Kodeks etike, pacientove pravice itd.),
- perioperativna zdravstvena nega,
- uporaba profesionalne etike,
- poznavanje profesionalnih predpisov,
- upoštevanje pravil in napotkov (Williems, 2009).

2.6.2 Zdravstvena nega in perioperativna praksa

Perioperativna medicinska sestra nudi kakovostno zdravstveno nego pri tem upošteva, da je pacient skladno z njegovimi pravicami holistično in individualno obravnavan (Williems, 2009).

Znanje, ki ga potrebuje:

- poznati proces zdravstvene nege v operacijskem prostoru,
- osnovno znanje anatomije, fiziologije in farmakologije,
- poznavanje kirurških in anestezioloških tehnik,
- poznavanje pravil bolnišnične higiene, asepse ter sterilizacije,
- ravnanje z odpadki,
- uporaba primerne zaščite pri rokovanju s kužninami,
- prepoznavanje dejavnikov tveganja (Williems, 2009).

2.6.3 Medosebni odnosi in komunikacija

Perioperativna medicinska sestra mora učinkovito in kakovostno komunicirati s pacientom in njegovimi svojci. Poleg tega mora enako vrsto komunikacije uporabiti pri sodelovanju s sodelavci in drugimi člani multidisciplinarnega tima (Williems, 2009).

Znanje, ki ga potrebuje:

- komunikacijske tehnike,
- vzdrževanje dobrih medsebojnih odnosov (spoštovanje različnih kultur, religij,...),
- psihološke in komunikacijske sposobnosti,
- zdravstvena vzgoja,
- sposobnost reševanja težav (Williems, 2009).

2.6.4 Organizacijske in vodstvene sposobnosti

Perioperativna medicinska sestra vodi in organizira delo zdravstvenim delavcem, ki imajo enake kompetence, ob tem vključuje tudi ostale člane multidisciplinarnega tima (Williems, 2009).

Znanje, ki ga potrebuje:

- načela organizacije, človeških virov, stresni in konfliktni management,
- načela perioperativne zdravstvene nege,
- sposobnost reševanja težav,
- upoštevanje cene za opravljanje različnih opravil,
- prepoznavanje dejavnikov tveganja in urgiranje v smislu preprečevanja le- teh,
- sodelovanje in odločanje v skladu s pravili ustanove v kateri deluje (Williems, 2009).

2.6.5 Izobraževanje in profesionalno dopolnjevanje

Perioperativna medicinska sestra je spodbujena k kritičnemu razmišljanju in iskanju novih rešitev, med svojim delom se stalno izobežuje in dopolnjuje, kar pripomore k njeni osebni in profesionalni rasti (Williems, 2009).

Znanje, ki ga potrebuje:

- timsko sodelovanje,
- samoučenje,
- razvoj in osebna rast,
- komunikacija in vzdrževanje dobrih medosebnih odnosov,
- motivacija in samospoštovanje,
- načela in pravila pri perioperativne zdravstvene nege.

Bolj kot bomo medicinske sestre nagnjene k nadgrajevanju znanja in iskanju novih rešitev, ki bodo pripomogle najboljšemu počutju pacienta in njegovemu najhitrejšemu okrevanju, uspešnejše bomo pri svojem delu.

2.7 Kirurgija s pospešenim okrevanjem v primerjavi s klasičnimi metodami zdravljenja

Kirurgijo s pospešenim okrevanjem pa opisujejo Shea-Budgel, et al., (2017) in Giacomuzzi, et al., (2017) kot protokol, ki pripomore k zmanjšani umrljivosti pacienta med operacijo in zmanjšanju števila bivalnih dni v bolnišnici. Je posebno zasnovan standard, ki je narejen tako, da se ne poslužuje klasičnih metod zdravljenja.

Zgrešeno je mišljenje, da je za vsak operativni poseg potreben strogi post in omejeno dovajanje tekočin. V kirurgiji s pospešenim okrevanjem se pri večjih operacijah priporoča stalno dovajanje intravenoznih tekočin, zadnji obrok se zaužije 8 ur pred operacijo in 3 ure pred njo lahko oseba pije bistro tekočino. Vsa zdravila, ki jih pacient prejme so skrbno izbrana in napisana s strani zdravnika v primernih odmerkih. V celoten proces je vključena tudi medicinska sestra, ki nudi zdravstveno vzgojno delo. Sem ni vključeno le merjenje vitalnih funkcij in beleženje le- teh,

temveč je tudi pomembno vodenje tekočinske balance pacienta ter njegovo tehtanje. S spremljanjem tekočinske balance, bomo ugotovili vnos in iznos tekočine, ki jo pacient prejme v bolnišnici, s tehtanjem pa bomo prej opazili hiperhidracijo, ki pomeni prevelik vnos tekočine v telo pacienta. V najnovejši literaturi smo zasledili, da Shea- Budgel, et al., (2017) še celo priporoča, da pacientka, ki se pripravlja na rekonstrukcijo dojke, večer pred operacijo in na dan operacije popije tekočino bogato z ogljikovimi hidrati. Tako ugotovimo, da se pri kirurgiji s pospešenim okrevanjem smernice spreminjajo glede na obseg, čas in vrsto operacije skozi katero gre pacient. Ne strni se k strogemu postu, ki posledično privede do oslabeledih telesnih funkcij in podaljšanemu okrevanju, temveč dovaja pacientu hranila v primernih odmerkih po intravenozni poti, da lahko pride čim prej k svojim močem.

S pomočjo vseh izbranih raziskav in pregledane strokovne literature smo tudi ugotovili, da na uspešno timsko delovanje vplivajo negativni in pozitivni dejavniki ter kakovostna komunikacija med člani. V primeru negativnih dejavnikov, ki se kažejo v slabšem delovanju tima in z nesrečnimi izvajalci zdravstvenih storitev, lahko hitro povzročijo škodo pacientu. Z dobrimi odnosi v timu, so izvajalci zdravstvenih storitev srečnejši na delovnem mestu ter tako pacientu z uspešnim medsebojnim delovanjem nudijo kakovostnejšo oskrbo. S tem, ko je oskrba kakovostnejša pripomoremo k pacientovemu dobremu počutju in hitrejšemu okrevanju. V kirurgiji s pospešenim okrevanjem ima najpomembnejšo vlogo izobrazba medicinske sestre, ker le z ustreznim znanjem lahko nudi kakovostno zdravstveno oskrbo in se zna odzvati v tistih trenutkih, ko pacient to potrebuje. Spoznali smo tudi katere kompetence ima diplomirana medicinska sestra, in jih združili s kompetencami združenja European Operating Room of Nurses (EORNA), kjer opisujejo tiste kompetence, ki jih izvaja medicinska sestra kot specialist v svoji stroki. Ob tem smo ugotovili, da na izide pacientovega zdravljenja ne vplivata le kakovostno izvedena zdravstvena nega in uspešen operativni poseg, temveč tudi: komunikacija, timsko sodelovanje, izobrazba medicinske sestre in organizacija dela.

3 ZAKLJUČEK

Z visokošolsko strokovno izobrazbo se medicinske sestre usposobijo za prevzem določenih kompetenc v zdravstveni negi, v kateri se podčrtuje kakovost. Naučijo se in usvojijo strokovne standarde aktivnosti zdravstvene nege, ki pa jih kasneje lahko modificirajo. Medicinska sestra se kot strokovnjak opravljanja določenih aktivnosti v dejavnosti zdravstvene nege, neprestano sooča z razvojem in inovacijami. Kot tudi navaja Železnik (2010), se mora ob tem stalno dopolnjevati in izpolnjevati.

Kompetence so zelo pomembne, ker izražajo jasno sliko vlog in odgovornosti izvajalca zdravstvene nege, imajo vpliv na proces zagotavljanja zaščite javnosti, pospešujejo prosto globalno gibanje reguliranih poklicev in s tem prost pretok delovne sile. Zagotavljajo osnovo za določanje standardov, ker prispevajo k individualni in poklicni odgovornosti. Poleg tega pojasnjujejo prispevek medicinskih sester v odnosu do prispevka drugih strokovnjakov zdravstvenega varstva in drugih poklicnih strokovnjakov v multidisciplinarnem timu. Služijo kot temelj za pripravo učnega programa za študij zdravstvene nege, pomagajo pri določanju poklicnih pričakovanj v zvezi z nalogami zdravstvene nege in zagotavljajo osnovo za določitev kriterijev uspešnosti, ki so specifične za posamezno delo (Železnik, 2008).

Sodobna zdravstvena nega se sooča s hitrim razvojem strok, kar pomeni, da tisto znanje, ki ga medicinska sestra pridobi s študijem, ni dovolj. V svojem poklicu se stalno izobražuje in dopolnjuje, išče različne rešitve, ki bodo pripomogle h kakovostni zdravstveni oskrbi pacienta ter njegovemu dobremu počutju. Ob tem raziskuje in si postavlja različna vprašanja, ki vodijo k izboljšanju zdravstvene nege. Na prvo mesto mora vedno postaviti pacienta, ker se le z njegovim zadovoljstvom izkaže kakovost njenega dela. V kirurgiji s pospešenim okrevanjem pa se osredotoča na vse dejavnike, ki lahko vplivajo na pacientovo slabo počutje in upočasnijo okrevanje. Hkrati se zaveda, da je njegovo splošno počutje povezano z okrevanjem. Poskrbi za dobro počutje pacienta, tako da v procesu zdravstvene nege uporablja primerno komunikacijo, si zna organizirati delo, dobro sodeluje z ostalimi člani tima,

ki pacientu nudijo oskrbo in se stalno izobražuje in raziskuje v perioperativni dejavnosti.

Za zaključek je pomembno dodati, da bo vsako dopolnjevanje in razmišljanje o izboljšanju kakovosti operativne zdravstvene nege, s seboj prineslo takšno oskrbo, ki si je želimo za pacienta, stalno izobraževanje ter raziskovanje pa bo vodilo do ugotovitev glede hitrejšega, predvsem pa kakovostnejšega okrevanja pacienta.

4 LITERATURA

Almost, J., Wolff, A., Mildon, B., Price, S., Godfrey, C., Robinson S., Ross-White, A. & Mercado-Mallari, S., 2015. Positive and negative behaviours in workplace relationships: a scoping review protocol, *BMJ Open*, 5, pp. 1-5.

Buček Hajdarevič, I. & Kardoš, Z. 2000. Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem. *Obzornik zdravstvene nege*, 34, pp. 115-119.

Dobnik, M., 2007. Analiza komunikacijskega udobja in motenj pri komunikaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, pp. 153–158.

Douw, G., Huisman-de Wall, G.R., Zanten, A., van Der Hoeven, J.G. & Shoonhoven, L. 2016. Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. *International Journal of Nursing Studies*, 59, pp. 134-140.

Fabjan, M., Goltes, A., Šuligoj Z. & Rebernil Milić M. 2005. Perioperativna zdravstvena nega, Vodnik za začetnike. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 15- 93.

Faganeli, N., 2012. Zdravljenje in vodenje akutne pooperativne bolečine. *Farm vestn*, 63, pp. 10–13.

Ferk, J., 2011. Dejavniki tveganja pri nastanku kirurških okužb. In: V. Flis. & J. Gorišek, eds. *III. Černičevi dnevi: Okužba kirurške rane. Maribor, marec 2011.* Maribor: Univerzitetni klinični center, Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete.

Giacopuzzi, S., Zanoni, A. & De Manzoni, G., 2017. *Adenocarcinoma of the Esophagogastric Junction: From Barrett's Esophagus to Cancer.* Verona: Upper Gastrointestinal and General Surgery, Medical Universty of Verona.

Humar, C., Blažica, J., Simčič, A., Malič, V., Piško, L. & Plazar, N., 2011. Izkušnje pacientov z dnevno kirurško obravnavo: Primerjalna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 273-281.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, Univerza v Ljubljani, pp. 15-18.

International Council of Nurses (ICN), 2009. *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. S.l.: s.n., pp. 10-31.

Jankovec, C., 2006. *Učinkovita komunikacija kot dejavnik za zmanjševanje stresa pri medicinskih sestrah: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Kamenik, M., 2008. Merjenje in ocenjevanje bolečine v perioperativnem obdobju. In: M. Cesar-Komar, ed. *Pooperacijska bolečina, 12. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo: zbornik predavanj. UKC Maribor, 6. – 7. junij 2008*. Maribor: SZZB – Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 40-47.

Keller, R.S., Edstrom, A., Parker, W., Gabriele, C. & Kriewald, M., 2012. *Scope and Standards of Medical-Surgical Nursing Practice*, 5th ed. Kansas City: University of Kansas Hospital.

Klemenc, D., Kramar, Z., Kadivec, S. & Požun, P., 2011. *Pomen izobrazbe in timskega dela v negovalnih timih v intenzivnih enotah v slovenskih bolnišnicah*. Ljubljana: Zveza zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Krivos, A., Jančič, L. & Klančnik, I., 2011. Oskrba bolnika z okuženo kirurško rano v ambulantni družinskega zdravnika. In: V. Flis. & J. Gorišek, eds. *III. Černičevi dnevi: Okužba kirurške rane. Maribor, marec 2011*. Maribor: Univerzitetni klinični center,

Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete: Katedra za družinsko medicino Medicinske fakultete.

Lahne, M. & Kaučič, B.M., 2006. Timsko delo v očeh študentov zdravstvene nege: kateri dejavniki vplivajo na njegovo uspešnost. *Obzornik zdravstvene nege*, 40, pp. 149–55.

Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 247–52.

Mihelič Zajec, A. 2010. Za doseganje kompetenc je potrebno več kot le znanje. In: A. Bobnar, ed. *Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo, dan Stane Kavalič, strokovno srečanje, zbornik predavanj. Ljubljana, 2. december 2010*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 8-12.

Nelson, C.N., Eftimovska, E., Lind, C., Hager, A., Wasson, J.H. & Lindblad, S., 2015. *Patient reported outcome measures in practise, BMJ, 350*. Stockholm: Health Institutes of USA and Sweden.

Obran, S., 2000. Ocenjevanje in merjenje akutne pooperativne bolečine. *Obzornik zdravstvene nege*, 34, pp. 215-20.

Ovijač, D. 2012. Medpoklicno sodelovanje in etika v zdravstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(4), pp. 297–301.

Pahor, M. 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Založba Izolit.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assesing evidence for nursing practice*. 8th ed. Connecticut: Wolters Kluwer.

Prebil, A., Mohar P. & Drobne, J., 2009. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Shea-Budgell, M., Schrag, C., Dumestre, D., Astanehe A. & Temple – Oberle, 2017. *Order Sets for Enhanced Recovery after Surgery*. Calgary Alberta: Wolters Kluwer Health. The American Society of Plastic Surgeons, pp. 1-3.

Stocker, M., Pilgrim, B.P., Burmester, M., Allen, L.M. & Gijseleers, W.H., 2016. Interprofessional team management in pediatric critical care: some challenges and possible solutions. *Journal of Multidisciplinary Health care*, 9, pp. 47–58.

Štih, A. & Ferjan, M., 2014. Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 30–39.

Triller, C. & Smrke, D., 2011. Patofiziologija nastanka in celjenja rane. In: I. Rijavec, ed. *Zdravstvena nega kirurškega pacienta*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, Zbornik predavanj, pp. 81–84.

Tschudin, V., 2003. *Etika v zdravstveni negi: Razmerja skrbi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

Vodby, W.A & Brandstrup, B. 2016. Fluid therapy in the perioperative setting- a clinical review. *Journal of Intensive care*, 4(27) pp. 1-12.

Williems, C., 2009. 5th EORNA Congress. The European Competence Framework of the perioperative nurses. Copenhagen: EORNA.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 40/06.

Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti, 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 23.

Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarević I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., Kersnič, P., Kos Grabnar, E., Leskovic, L., Njenjić, G., Popovič, S. & Verbič, M. 2008. *Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Železnik, D. 2010. Pomen kompetenc za učinkovito in varno zdravstveno nego, *Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo, dan Stane Kavalič, strokovno srečanje, zbornik predavanj, Ljubljana, 2. december 2010*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 13-21.

Železnik, D., 2008. Kompetencam na pot. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(3), pp. 165–7.