



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SPREMENJENE OBREMENITVE
MEDICINSKIH SESTER PRI PACIENTIH
VODENIH PO PRINCIPIH KIRURGIJE S
POSPEŠENIM OKREVANJEM**

**CHANGED WORKLOAD OF NURSES
CARING FOR FAST-TRACK SURGERY
PATIENTS**

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidat: Aljaž Kern

Jesenice, september, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju mag. Miranu Remsu viš. pred., za čas, ki ga je posvetil strokovnemu usmerjanju in pomoči pri pisanju diplomskega dela.

Iskrena zahvala lektorici Nataši Sulcer Ješe za popravke, strokovnima sodelavkama Aidi Perviz in Simoni Jeglič iz referata za organizacijsko pomoč ter knjižničarki Marjetki Kocijančič za slogovne usmeritve.

Recenzentki Marti Smodiš, pred. se zahvaljujem za končni pregled in koristne komentarje.

Zahvalil bi se rad vsem domačim in puncu Ajdi, ki so me podpirali in spodbujali v času študija in pisanja diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Medicinska sestra pridobiva vedno večjo vlogo pri oskrbi kirurških pacientov. Kirurgija s pospešenim okrevanjem prinaša novosti tudi za medicinsko sestro. Namen diplomskega dela je ugotoviti, če se obremenitve medicinskih sester po vpeljavi kirurgije s pospešenim okrevanjem zmanjšajo.

Metoda: Uporabljen je bil sistematični pregled literature iz zbirke podatkov Pubmed, CINAHL in COBISS. Ključne besede so bile: »surgical nursing«, »enhanced recovery after surgery«, »fast track surgery«, »workload«, »multidisciplinary«, »kirurška zdravstvena nega«, »kirurgija s pospešenim okrevanjem«, »diplomirana medicinska sestra«, »obremenitve«, »multidisciplinarnost«. Pri iskanju smo uporabili Boolove operatorje ter iskanje omejili na obdobje od leta 2008 do 2018, dostopnost celega besedila v angleškem in slovenskem jeziku. Rezultate pregleda literature smo prikazali s PRISMA diagramom, ki prikaže število najdenih in izključenih zadetkov preko faze raziskovanja. Ocena kakovosti raziskave je prikazana v hierarhiji dokazov.

Rezultati: V končni pregled je bilo od 4102 zadetkov vključenih 24. Po vsebinski analizi smo oblikovali tri kategorije: vloga medicinske sestre pri elementih kirurgije s pospešenim okrevanjem, spremenjene obremenitve medicinskih sester in implementacija kirurgije s pospešenim okrevanjem.

Razprava: Princip kirurgije s pospešenim okrevanjem poudarja pomembnost informiranja ter multidisciplinarnega sodelovanja. Medicinska sestra dela v okviru svojih kompetenc in je odgovorna za delo v tem okviru. Novi protokoli ne prinašajo povečane ali zmanjšane obremenitve, temveč njeno delo le predrugačijo. Več je tako imenovanih mehkih metod, kamor spadajo pogovor, svetovanje, poučevanje, podpora in koordinacija, le-te nadomeščajo ozko usmerjene medicinsko tehnične postopke.

Ključne besede: predoperativna oskrba, okrevanje po operaciji, svetovanje, sodelovanje s pacientom, multidisciplinarno delo

SUMMARY

Background: Nurses are gaining an increasingly important role in the care of surgical patients. Enhanced recovery after surgery represents a new approach also for surgical nurses. The purpose of this diploma paper was to identify how nurses' workload has changed after the implementation of fast-track surgery.

Methods: A systematic literature review was performed using PubMed, CINAHL and COBISS databases. Key words were: "surgical nursing", "enhanced recovery after surgery", "fast-track surgery", "workload", "multidisciplinary", "kirurška zdravstvena nega", "kirurgija s pospešenim okrevanjem", "diplomirana medicinska sestra", "obremenitve", "multidisciplinarnost". We searched with the Boolean operators and limited the search to the period from 2008 to 2018 and the availability of the entire text in English and Slovenian. We presented the results of the literature review with a PRISMA diagram showing the number of hits found and excluded through the research phases. The quality assessment of the study is shown in the hierarchy of evidence.

Results: The final selection for review included 24 articles out of a total of 4,102 results. Based on the content analysis, three categories were created: *nurses' role in aspects of fast-track surgery*, *changed workload of nurses*, and *implementation of fast-track surgery*.

Discussion: The basic principle of fast-track surgery emphasizes the importance of patient counselling and multidisciplinary cooperation. The nurse works within her competencies and is responsible for working in this framework. New protocols do not increase or decrease workload, only modify it. There is an increase in the so-called soft methods, which include conversation, counseling, teaching, support and coordination. These replace narrowly-directed medical technical procedures.

Key words: preoperative care, recovery after surgery, counselling, cooperating with patient, multidisciplinary work

KAZALO

1	UVOD	1
2	EMPIRIČNI DEL	6
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	6
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	6
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	6
2.3.1	Metode pregleda literature.....	7
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	7
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	7
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	8
2.4	REZULTATI	8
2.4.1	PRIZMA diagram.....	9
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	9
2.5	RAZPRAVA	17
3	ZAKLJUČEK	33
4	LITERATURA	34

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	7
Tabela 2: Ocena kakovosti dokazov	8
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, namen, vzorec in ključna spoznanja	10
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	16

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram.....	9
------------------------------	---

1 UVOD

Vsak posameznik ima težnjo po zdravju, v času bolezni pa željo po čimprejšnjem okrevanju. Staranja populacije in primanjkovanje zdravstvenega osebja sočasno s kirurškim razvojem zahtevajo metode, ki povečajo ekonomsko in tehnično učinkovitost perioperativne oskrbe (Niskanen, 2009). Po mnenju Pajnkihar in Jakl (2013) je zagotavljanje individualnega, celostnega, humanega in varnega pristopa izhodišče za razvoj višjih nivojev specialnega znanja v zdravstveni negi. Sprememba zdravstvenega sistema je, ob upoštevanju socialno - ekonomske krize, nujna za dvig kakovosti varne, celostne in učinkovite obravnave pacienta, stroškovno ter finančno vzdržnega zdravstvenega sistema, učinkovite dostopnosti do zdravstvenega sistema, krajšanja čakalnih dob, kariernega razvoja medicinskih sester in navsezadnje tudi razbremenitve zdravnikov. Že v 90. letih prejšnjega stoletja je zdravnik Henrik Kehlet vpeljal program kirurgije s pospešenim okrevanjem, ki je spremenil perioperativno vodenje pacientov (Kehlet, 1997 cited in Melnyk, et al., 2011). Po mnenju Kehlet (2009) je koncept kirurgije s pospešenim okrevanjem zgrajen na zavedanju, da na postoperativni rezultat vplivajo predoperativna priprava, intraoperativni faktorji ter postoperativna oskrba. Ljungquist, et al. (2017) navaja, da kirurgija s pospešenim okrevanjem vključuje multimodalno in multidisciplinarno oskrbo kirurškega pacienta. Spremenjen pristop pa vodi k hitrosti bolnikovega okrevanja, zmanjšanju postoperativnih komplikacij in skrajšanju bolnišničnega zdravljenja (Donohoe, et al., 2011). Le-to je vodilo k izoblikovanju novih standardiziranih protokolov (Abeles, et al., 2017).

Kolorektalna kirurgija je prva implementirala principe kirurgije s pospešenim okrevanjem. Študije so dokazale izvedljivost postopkov ter koristi za pacienta, kot so krajša ležalna doba in zmanjšani pooperativni zapleti v primerjavi z običajno oskrbo (Muller, et al., 2009). Standardno kolorektalno resekcijo spremljata 20 do 30% možnost komplikacij in 8 do 12 dnevna pooperativna ležalna doba. Faktorji, ki onemogočajo pacientovo hitro okrevanje in zgodnji odpust so bolečina, paralitični ileus in disfunkcija drugih organov. Intervencije kirurgije s pospešenim okrevanjem pacientovo okrevanje izboljšajo in omogočijo odpust iz bolnišnice že po treh dneh (Kehlet, 2008). Uresničevanje načel kirurgije s pospešenim okrevanjem pri operacijah je zahteven proces, ki terja strokovne in organizacijske ukrepe (Rems, et al., 2014).

Ljungqvist, et al. (2017) navaja, da na dokazih temelječe protokole kirurgije s pospešenim okrevanjem kategoriziramo na pred, med in pooperativno oskrbo. Intervencije vzdolž poti pa izvaja različno osebje na različnih oddelkih.

Pred sprejemom medicinska sestra izvede prehransko svetovanje in optimizacijo kroničnih bolezni, pred operacijo se pacientu svetuje tudi opustitev kajenja in alkohola. Posebej pomembna je priprava pacientov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo (KOPB), sladkorno boleznijo in kardiovaskularnimi boleznimi, kajti le-to pomembno zniža obolevnost, zaplete in smrtnost (Štor, 2009; Ljungqvist, et al., 2017). S postopki pred sprejemom si prizadevamo zmanjšati tveganost operacije in izboljšati kvaliteto pooperacijske oskrbe. Predoperacijsko svetovanje in izobraževanje težita k izboljševanju, krepitvi in podpori razumevanja informacij o operaciji, tveganjih, prednostih, alternativah zdravljenja in možnih komplikacij. Dobro informirani pacienti bolje sodelujejo, so motivirani, manj anksiozni in potrebujejo manj analgezije (Donohoe, et al., 2011). Jasna razlaga rezultatov in pričakovanj skozi hospitalizacijo pripomore, da pacient upošteva dana navodila (Lassen, et al., 2009). Pacient se vedno pogovori s kirurgom, včasih tudi z anesteziom, redkeje z medicinsko sestro, dietetikom in fizioterapevtom (Rems, et al., 2014). Komunikacija je ključna pri zagotavljanju učinkovite oskrbe pacientov. Toliko pomembnejša je pri pacientih, ki čakajo na operacijo, saj se soočajo s številnimi strahovi pred neznanim posegom (Chan, et al., 2012). Po 3. odstavku 20. člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list Republike Slovenije, 2017) ima pacient pravico do sprotnega in podrobnega obveščanja o poteku zdravljenja ter po koncu medicinskega posega oziroma zdravljenja pravico do obveščenosti o rezultatu zdravljenja oziroma morebitnih zapletih.

Pred operacijo se ukinjajo nekateri postopki, na primer čiščenje črevesja, katerega namen je zmanjšanje tveganja infekcije in dehiscence anastomoze, kajti kasnejše raziskave so pokazale, da mehanska priprava črevesja vodi v celo več zapletov po operaciji (Guenga, et al., 2009; Donohoe, et al., 2011; Arnold, et al., 2015). Uvaja pa se nove pristope, ko se v nasprotju s stradanjem pred operacijo po načelih kirurgije s pospešenim okrevanjem se bolniku predpiše glukozno - proteinski napitek, saj predoperacijski stres in stradanje

poslabšata katabolno stanje, povzročita inzulinsko rezistenco in podaljšata okrevanje (Bilku, et al., 2014).

Intraoperativni postopki vključujejo ustrezne kirurške in anesteziološke postopke, katerih cilj je zmanjšati stresni odziv na kirurško travmo ter izboljšati pacientovo udobje. Med operacijo je potrebno stalno meriti in uravnavati telesno temperaturo, zmanjšati uporabo kirurških drenov, saj brez večje koristi pacientu prinaša le bolečino in neudobje ter čimprejšnjo odstranitev nazogastrične sonde, da pacient zgodaj začne z enteralnim hranjenjem (Kodila & Trobec, 2008; Donohoe, et al., 2011; Ljungqvist, et al., 2017). Na kirurško travmo telo odgovori s hipermetabolnim stanjem. Aktivira se simpatični živčni sistem, poveča se poraba energije in kisika, povzroči negativno dušikovo ravnovesje in sintezo C reaktivnega proteina. Odprti tip operacije nadomesti laparoskopska metoda, ki serijo hormonskih in metabolnih sprememb, ki jih operacija stimulira, omili (Kulen, et al., 2016).

Postoperativni postopki vključujejo zgodnjo mobilizacijo za hitrejšo povrnitev normalnega gibanja, zgodnjo odstranitev urinskih katetrov in intravenskih tekočin, lajšanje bolečine, nadzor slabosti ter pripravo za zgodnji odpust (Donohoe, et al., 2011).

Nikakor ni sprejemljivo, da prenašamo znanja, modele ali teorije direktno iz drugih držav, preden smo jih ovrednotili in testirali v smislu razumevanja in uporabnosti v našem okolju (Pajnikihar & Jakl, 2013). Ob hitrem širjenju znanja in izkušenj smo v zdravstvenem sistemu omejeni s finančnimi sredstvi. Rems (2007) navaja, da je v takem okolju nastala nova metoda, ki zdravnikom omogoča najti izsledke iz literature, ki jih ovrednoti in uporabi pri kliničnem odločanju. Tudi medicinska sestra se mora prilagoditi tako imenovane evidence - based študijam, ki so korak pri spremembah prakse in protokolov (Štor, 2009).

Medicinske sestre so največja, hkrati tudi najbolj vidna skupina zdravstvenih delavcev, zato je celostna oskrba odvisna od njihove usposobljenosti in znanja (Ministrstvo za zdravje, 2011). Medicinska sestra ima več nalog, ki se pri obravnavi kirurškega pacienta začnejo s posredovanjem prvih informacij v kirurški ambulanti, koordinaciji datuma

operacije in zdravstvene vzgoje pred operacijo, kjer zdravstveni tim predstavi, demonstrira in razloži operativne postopke (Lavtižar, et al., 2009). Predoperacijska priprava pacienta je povečala obseg intervencij pred posegom, kar povzroča večje izzive in dolžnosti medicinske sestre, ki jih ne sme zanemarjati zaradi mišljenja, da je informiranje le zdravnikova dolžnost (Tse & So, 2008). Pacient pridobi popolno razumevanje tveganja operacije, njenih koristi in informacije o pričakovanem izidu zdravljenja in predvideni rehabilitaciji (Fraval, et al., 2015). Pomembno je, da pacient program kirurgije s pospešenim okrevanjem sprejme kot ustrezen način, saj je od tega, kako pacient sprejme svojo bolezen in potek rehabilitacije, odvisna hitrost okrevanja (Lavtižar, et al., 2009). Lavtižar, et al. (2009) navaja, da se vključuje dodatno medicinsko sestro, specializirano za vodenje bolečine po operaciji, kar je običajno opravljal zdravnik.

Pacienti po prestalem kirurškem posegu so rizična skupina za podhranjenost, kljub temu osebje zdravstvene nege meni, da nima zadostnega znanja glede prehranske terapije, zato je pomembno vključevanje dietetika (Karnjuš, et al., 2012). Kirurgija s pospešenim okrevanjem vključuje zgodnje enteralno hranjenje, vendar le-to ni vedno primerno za vse paciente in je potreben individualen in timski pristop (Pajnič & Mihelič Zajec, 2011). Ustrezen vnos hranil bistveno izboljša okrevanje (Barlow, et al., 2011). Dietetik oceni stanje po univerzalnem orodju za prepoznavanje podhranjenosti MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), pacientu svetuje glede prehranskih navadah pred operacijo in predstavi enteralne formule, ki se priporočajo po operaciji. O vsem prejme pisna navodila. Po operaciji pacient s pomočjo fizioterapevta čimprej začne s telesno aktivnostjo in obenem z dihalnimi vajami in izkašljevanjem prediha pljuča (Lavtižar, et al., 2009). Pregledni članki poudarjajo pomembnost fizioterapije tudi pred operacijo (Ibrahim, et al., 2013; Varela, et al., 2013). Multidisciplinarnost prinaša razdelitev vlog med zdravstvenim osebjem (Štor, 2009).

Del izobraževanja medicinskih sester je postalo raziskovanje in na dokazih podprto delo tako na dodiplomski, kot tudi na podiplomski ravni, saj le-to povečuje kakovost in zanesljivost obravnave, prav tako pa izboljšuje izide zdravstvene obravnave. Kljub koristim pa ta praksa ni razširjena v zdravstvu (Skela Savič, et. al, 2015).

Definicija zdravstvene nege po International Council of Nurses (2017) obsega samostojno, neodvisno in sodelujočo obravnavo in sodelovanje posameznikov vseh starosti, družin, skupin in skupnosti, bolnih in zdravih v vseh okoljih. Zdravstvena nega vključuje promocijo zdravja, preprečevanje bolezni ter skrb za bolne, invalidne in umirajoče ljudi. Glavne naloge zdravstvene nege so tudi zagovorništvo, promoviranje varnega okolja in raziskovanje. Medicinska sestra mora zagotavljati kakovostno, varno, učinkovito, hitro in v pacienta usmerjeno zdravstveno nego, kar pa lahko dosežejo z znanjem, sposobnostjo in kritičnostjo do kakovosti dela (Skela Savič, et. al, 2015). Kirurgija s pospešenim okrevanjem se osredotoča na teorijo Virginije Henderson, saj kot pomemben kriterij zdravja smatra pacientovo neodvisnost. Identificira 14 osnovnih življenjskih aktivnosti, pri katerih medicinska sestra pomaga pacientu in skrbi za čim krajšo hospitalizacijo in samostojnost, kar je namen novih protokolov (Nurseslabs, 2014).

Tako psihična, kot fizična zahtevnost dela, odgovornost in hkrati humano delo s pacienti so praktično nemogoče brez timskega sodelovanja z drugimi zdravstvenimi delavci. Multidisciplinarno sodelovanje ne more potekati brez komunikacije, le-ta pripomore k učinkovitosti, kvaliteti, zaupanju in razumevanju (Mušič, 2012). "Zdravstvena nega je profesionalna disciplina, ki se dopolnjuje z drugimi strokami" (Šušteršič, 1999 cited in Leban & Drev, 2011, p. 307). Vsekakor pa obstaja veliko ovir za medsebojno sodelovanje: neprimernost organizacije, slabe priprave na skupinsko delo, pomankanje zaupanja do dominantnosti določenih in izključevanje drugih (Leban & Drev, 2011). Pri pacientih vodenih po principu kirurgije s pospešenim okrevanjem sodelujejo kirurg, anesteziolog, medicinska sestra – koordinator zdravstvene nege, medicinska sestra na oddelku, medicinska sestra za obvladovanje bolečine, fizioterapevt in dietetik. Obravnava pacienta po klinični poti poudarja celostno, individualno in kontinuirano obravnavo pacienta ter združuje delo celostnega zdravstvenega tima (Lavtižar, et al., 2009).

V Sloveniji se kirurgija s pospešenim okrevanjem počasi implementira v naš zdravstveni sistem. Kirurgija s pospešenim okrevanjem prinaša mnoge spremembe v delo medicinskih sester, zato nas zanima ali se njihove obremenitve s tem povečajo ali zmanjšajo.

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu bomo uporabili raziskovalni dizajn sistematičnega pregleda slovenske in tuje znanstvene in strokovne literature ter raziskav na proučevano tematiko.

2.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

V diplomskem delu bomo s pomočjo sistematičnega pregleda literature preverili ali so se naloge medicinske sestre, z vpeljevanjem novosti, ki jih prinašajo principi kirurgije s pospešenim okrevanjem spremenile. Namen diplomskega dela je bil ugotoviti ali se obremenjenost medicinskih sester s takim načinom dela poveča ali zmanjša.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti elemente oskrbe pacienta, ki vključujejo medicinsko sestro pri postopkih kirurgije s pospešenim okrevanjem,
- ugotoviti spremembe v obremenjenosti pri medicinskih sestrah,
- ugotoviti implementacijo kirurgije s pospešenim okrevanjem v Sloveniji in tujini.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Glede na osnovane cilje smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kateri so elementi oskrbe pacienta, ki vključujejo medicinsko sestro pri postopkih kirurgije s pospešenim okrevanjem?
- Kakšne so spremembe v obremenjenosti pri medicinskih sestrah?
- V kolikšni meri je kirurgija s pospešenim okrevanjem implementirana v Sloveniji in tujini?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo izbrali metasintezo sistematičnega pregleda znanstvene in strokovne literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za empirične del je iskanje literature potekalo od januarja do februarja 2018. Uporabili smo elektronske podatkovni bazi PubMed in CINAHL. S pomočjo baze podatkov COBISS smo pridobili slovensko literaturo. Ključne iskalne besede in besedne zveze v povezavi z enostavnim Boolovim operatorjem »AND« ali veznikom »IN« so bile: »surgical nursing«, »enhanced recovery after surgery«, »fast track surgery«, »workload«, »multidisciplinary«, »kirurška zdravstvena nega«, »kirurgija s pospešenim okrevanjem«, »diplomirana medicinska sestra«, »obremenitve«, »multidisciplinarnost«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje od 2008 do 2018, celotno besedilo ter slovenski in angleški jezik.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Strategija iskanja v podatkovnih bazah je skupno dala 4102 zadetkov. Začetna merila je izpolnjevalo 471 potencialno ustreznih zadetkov, sledil je podrobnejši pregled. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo izključili še 447 zadetkov in v polnem besedilu preučili 24 člankov.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	Enhanced recovery after surgery AND nurse, workload, multidisciplinary	3932	19
CINAHL	Enhanced recovery after surgery, nurse	159	4
COBISS	Kirurgija s pospešenim okrevanjem	11	1
SKUPAJ	/	4102	24

2.3.3 Opis obdelave podatkov

Članke smo vsebinsko analizirali in jih vključili v sistematični pregled. V nadaljnji pregled smo vključili vsebinsko ustrezne raziskave ter jih razvrstili glede na tematiko.

Dobljene rezultate smo kodirali, te pa po sorodnosti združili v kategorije. Kvalitativno analizo dela smo opravili po usmeritvah avtorja Vogrinc (2008).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Polit in Beck (2008) navajata sedem nivojev hierarhične razporeditve dokazov raziskave. Kakovost našega pregleda smo definirali po njuni teoriji (tabela 2). Pri pregledu literature smo ugotovili, da je večina zadetkov na nivoju 4 in 6, dve raziskavi pa na nivoju 1, ki večino šibko zasnovanih raziskav podkrepita in dvigneta na višjo raven.

Tabela 2: Ocena kakovosti dokazov

Nivo	Hierarhija dokazov
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 2 Sistematični pregled nerandomiziranih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične študije Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 3	Sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije Število vključenih strokovnih besedil = 6 Mešane raziskave = 1
Nivo 5	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij Število vključenih strokovnih besedil = 0
Nivo 6	Kvalitativno zasnovane študije Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: intervju = 7 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina = 0 Število strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: opisna raziskava = 8
Nivo 7	Mnenja avtorjev Število vključenih strokovnih besedil = 0

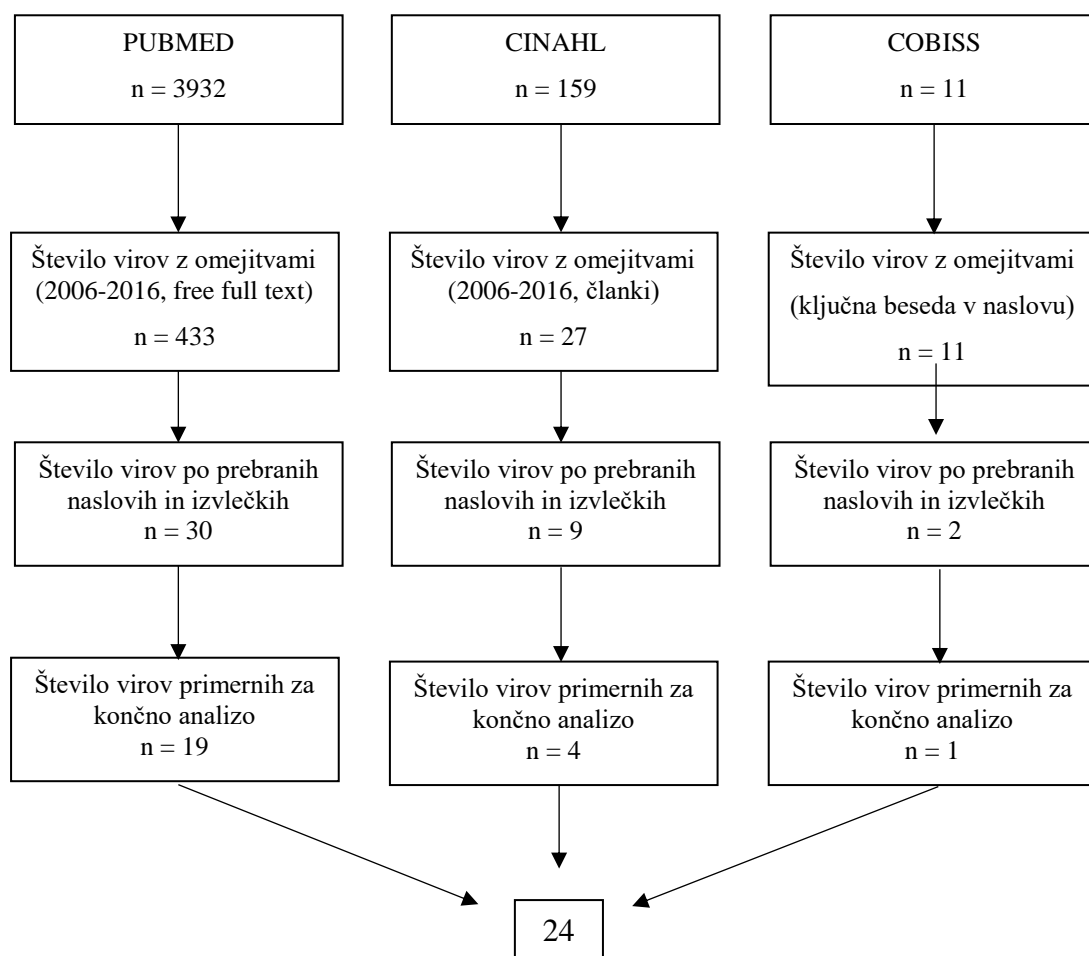
Vir: Polit & Beck (2008, cited in Skela Savič, 2008)

2.4 REZULTATI

Rezultati pregleda so v nadaljevanju prikazani v diagramu z vsebinsko obrazložitvijo.

2.4.1 PRIZMA diagram

PRISMA diagram shematsko prikaže raziskovalno pot do končnega števila zadetkov. Začetno iskanje nam je ponudilo 4102 zadetka. S časovno omejitvijo smo število zadetkov zmanjšali ter dodali še omejitvev člankov, ki so dostopni brezplačno. Končno selekcijo smo naredili s prebiranjem izvlečkov ter izbrali le ustrezne za raziskavo tematike (slika 1).



Slika 1: PRISMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 smo prikazali namen in ključna spoznanja raziskane literature, ki je pregledno razdeljena na avtorja in leto objave. Vključuje tudi raziskovalni dizajn ter vzorec.

Rezultate smo kodirali in jih razdelili v kategorije in podkategorije za enostaven oris teme (tabela 4).

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, namen, vzorec in ključna spoznanja

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
Aasa, et al.	2013	Kvalitativna raziskava – intervju	Ugotovitve in opis pacientove izkušnje med predoperativnim posvetom z medicinsko sestro in vpliv na pacientovo sodelovanje	12 pacientov (9 moških in 3 ženske)	Pacienti se počutijo okrepljene med predoperativnim pogovorom. Informiranje povečuje pacientovo vključevanje in prevzem odgovornosti. Medicinska sestra z vzpostavljenim zaupanjem pacientu povečuje varno počutje in samoiniciativnost. Informiranje mora potekati med celotno hospitalizacijo.
Alawadi, et al.	2015	Kvalitativna raziskava - intervju	Ugotovitve prednosti in ovir pred implementacijo programa kirurgije s pospešenim okrevanjem pri kolorektalnih operacijah	8 anesteziologov, 5 kirurgov, 6 medicinskih sester in 18 pacientov	Kljub omejenim zdravstvenim sredstvom je velika podpora za sprejemanje programa kirurgije s pospešenim okrevanjem. Pacientovo mnenje je ključno za prepoznavo izzivov in ovir.
Berian, et al.	2017	Kvalitativna raziskava s pomočjo opazovanja	Ugotovitve sprememb v okrevanju in dolžini hospitalizacije glede na upoštevanje protokolov kirurgije s pospešenim okrevanjem	8139 pacientov po kolektomijah v 113 bolnišnicah	Večja je skladnost s protokoli kirurgije s pospešenim okrevanjem, boljše je okrevanje, krajša hospitalizacija in manj je komplikacij.
Bernard & Foss	2014	Kvalitativna raziskava - intervju	Ugotovitve vpliva kirurgije s pospešenim okrevanjem na patronažno oskrbo	4 pacienti po kolorektalni operaciji po principih kirurgije s	Zgodnji odpust je za pacienta tako pozitiven kot zaskrbljujoč. Pacienti so naklonjeni

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
				pospešenim okrevanjem	okrevanju doma, vendar navajajo pomanjkanje informacij in podpore s strani patronažne oskrbe. Priporoča se nadaljnja bolnišnična obravnava preko telefona.
Bernard & Foss	2014	Kvalitativna raziskava, intervju	Ugotovitve izkušenj pacienta, ki je bil obravnavan po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem	4 pacienti operirani po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem	Razvoj kirurgije s pospešenim okrevanjem bi moral bolj stremeti k boljši pacientovi izkušnji, kot pa k večji učinkovitosti zdravstvene nege. Največjo skrb pacientu predstavlja okrevanje doma, čeprav se smatra kot željeno okolje okrevanja. Vpogled v pacientov pogled zagotavlja izboljššan holističen pristop.
Foss	2011	Kvalitativna opisna raziskava	Predstavljeni trije ključni aspekti kirurgije s pospešenim okrevanjem: izboljšana preoperativna oskrba, zmanjšan kirurški stres in povečano udobje po operaciji ter predstaviti spremembo vloge medicinske sestre	Pregled in analiza literature	Zmanjša se potreba po tehničnih intervencijah, poveča se potreba po psihološki pripravi in posledično komunikaciji. Premalo je sodelovanja s patronažo in implementacija konceptov kirurgije s pospešenim okrevanjem je počasna.
Foss & Bernard	2012	Kvalitativna opisna raziskava	Predstavljeni aspekti vključevanja medicinske sestre pri postopkih kirurgije s pospešenim okrevanjem	Analiza in pregled literature	Informiranje pacienta pred operacijo, zmanjševanje stresnega odziva med operacijo in lajšanje bolečine po operaciji prinašajo mnogo koristi pri okrevanju.
Gillis, et al.	2014	Kvalitativna prospektivna raziskava s pomočjo opazovanja	Ugotovitve prevalence prehranskega tveganja in ocena prehranske zadostnosti po	70 pacientov s kolorektalno operacijo v McGill University Health	Tretjina pacientov je pred operacijo nezadostno prehranjenih. Večina pacientov ni dosegla priporočenega nivoja proteinov pred

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
			kolorektalni operaciji	Centru v Montrealu, Kanada	operacijo. Prehransko svetovanje, kot del kirurgije s pospešenim okrevanjem, bi bilo uporabno za izboljšanje prehranskega statusa pred operacijo in jedilnika med okrevanjem po operaciji.
Hübner, et al.	2015	Kvantitativna retrospektivna kohortna raziskava	Opazovanja in meritve sprememb obremenjenosti medicinske sestre pred, med in po implementaciji protokolov kirurgije s pospešenim okrevanjem v kolorektalni kirurgiji	276 pacientov iz University Hospital of Lausanne v Švici	Obremenjenost medicinskih sester je – v nasprotju s splošnim prepričanjem – zmanjšana zaradi sistematične implementacije kirurgije s pospešenim okrevanjem. Višja kot je skladnost s klinično potjo, nižja je obremenitev medicinskih sester.
Johnson & Griggs	2017	Kvalitativna opisna raziskava	Predstavljeno sodelovanje multidisciplinarnega tima pri razvoju vloge medicinske sestre pri mobilizaciji pacienta	Pregled in analiza literature	Zgodnja mobilizacija pospeši okrevanje in zmanjša komplikacije. Medicinska sestra je v sodelovanju s fizioterapevti razvila kompetence za ustrezno zgodnjo mobilizacijo pacientov.
Kingma, et al.	2017	Kvalitativna opisna raziskava	Predstavljeno prehransko svetovanje in intervencije za ustrezno perioperativno prehranjenost	Pregled in analiza literature	Priporoča se vključevanje prehranskega svetovanja dietetika, predoperativno stradanje se skrajšuje, predlaga se uživanje napitka, bogatega z ogljikovimi hidrati.
Książek, et al.	2011	Kvantitativna raziskava z vprašalnikom	Ocena pojavnosti sindroma izgorelosti	60 medicinskih sester, zaposlenih v splošni in onkološki kirurgiji na Poljskem	Poklic medicinske sestre ima zaradi velike čustvene in delovne obremenitve večjo ogroženost za izgorelost. Potrebno je prestrukturiranje sistema, kjer bi imele medicinske sestre več

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
					kompetenc in večjo možnost vključevanja pri kliničnih odločitvah.
Larsson & Holgers	2011	Kvantitativna retrospektivna pilotna raziskava s kontrolo	Ugotovljeno ali implementacija kirurgije s pospešenim okrevanjem vodi v zmanjšanje čakalnih dob, manjših pooperativnih bolečin, manj komplikacij in krajšo ležalno dobo	74 pacientov v ortopedski enoti bolnišnice v zahodni Švedski	Princip kirurgije s pospešenim okrevanjem zmanjša obremenitev medicinske sestre, večja ozaveščenost zaposlenih pa vodi v izboljšanje oskrbe pacientov. Ugotavljajo tudi, da se zmanjšajo komplikacije, povečajo prioritete in zmanjša celokupna dolžina oskrbe.
Montgomery & McNamara	2016	Kvalitativna opisna raziskava	Predstavljena perioperativna vloga medicinske sestre pri multimodalni analgeziji	Pregled in analiza literature	Izboljššan izid operacije in okrevanja je posledica multidisciplinarnega sodelovanja. Paradigma kirurgije s pospešenim okrevanjem pacienta spodbuja, da aktivno sodeluje pri obravnavi. Vodenje bolečine je ena glavnih odgovornosti medicinske sestre in pomemben element pri okrevanju pacienta.
Osseis, et al.	2016	Kvalitativna retrospektivna raziskava	Ugotovitve ali fizioterapija in regionalna epiduralna analgezija izboljšata kvaliteto oskrbe in okrevanja	124 pacientov po citoreduktivni operaciji in hipertermični intraperitonealni kemoterapiji	Predoperativno informiranje in svetovanje fizioterapevta očitno izboljšata pacientovo okrevanje in skrajšata hospitalizacijo.
Pecorelli, et al.	2017	Kvantitativna raziskava z vprašalnikom	Ugotovitve uporabnosti in tehtnosti mobilne aplikacije za izobraževanje pred operacijo in beleženje upoštevanja elementov	45 pacientov po operaciji črevesja po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem	Aplikacija zagotavlja orodje za praktično informiranje in beleženje sprememb zdravstvenega stanja pred informacijo ter za beleženje pacientovega sodelovanja pri

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
			kirurgije s pospešenim okrevanjem		oskrbi in pacientovo zadovoljstvo. Monitoring preko aplikacije olajša delo medicinski sestri.
Rems, et al.	2014	Kvantitativna raziskava z vprašalnikom	Ugotovitve v kolikšni meri so postopki kirurgije s pospešenim okrevanjem implementirani v abdominalnih kirurških oddelkih v Sloveniji in predstaviti prednosti kirurgije s pospešenim okrevanjem	13 predstojnikov v abdominalnih kirurških oddelkih v Sloveniji	Dve tretjini predstojnikov se strinja, da je kirurgije s pospešenim okrevanjem upoštevanja vreden klinični koncept, deloma ali v celoti uporabljajo načela kirurgije s pospešenim okrevanjem, vendar dobršen del pacientov še vedno ni deležnih tovrstne obravnave.
Sevillano-Jiménez, et al.	2017	Kvalitativna opisna raziskava	Definicija koncepta kirurgije s pospešenim okrevanjem in prikazati vlogo medicinske sestre pri implementaciji programa	pregled in analiza literature	Vpeljava programa kirurgije s pospešenim okrevanjem zahteva večjo podporo in uporabo, hkrati tudi več raziskav za potrditev učinkovitosti protokolov. Medicinska sestra ima pomembno vlogo, še posebej kot koordinator interdisciplinarnega pristopa.
Sjetne, et al.	2009	Kombinirana raziskava (pregled dokumentacije, anketa osebja in ustni intervju)	Ugotovitve sprememb obremenitev in delovnega okolja oddelčne medicinske sestre po implementaciji elementov kirurgije s pospešenim okrevanjem	Analiza časa hospitalizacije individualnih pacientov, anketa osebja in intervjuji z administrativno rji različnih skupin osebja	Kirurgija s pospešenim okrevanjem se je uspešno implementirala na ginekološkem oddelku univerzitetne bolnišnice. Spremembe so dosežene brez oviranja delovnih obveznosti in sprememb delovnega okolja, hkrati pa se skoraj prepolovi čas porabljen za negovalne aktivnosti. Zaposleni navajajo, da se obremenjenost

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
					ne zmanjša, vendar spremeni.
Specht, et al.	2014	Retrospektivna, deskriptivna raziskava (zbiranje podatkov)	Opis protokola kirurgije s pospešenim okrevanjem in posledice za zdravstveno nego	danska regionalna bolnišnica (310 postelj, 2100 zaposlenih in 303,000 regionalnih prebivalcev) (zbiranje podatkov iz administrativne zbirke bolnišnice, pogovor z zaposlenimi)	Zdravstvena nega mora biti osredotočena na individualnega pacienta. Medicinske sestre morajo imeti dovolj visoko izobrazbo za soočanje z zapletenimi nalogami in povečano odgovornostjo. Da se izognemo nepotrebnim stroškom v prihodnosti, je potrebno posvečati pozornost razmerju kvalitete nege in negovalnega proračuna.
Nimmo, et al.	2017	Kvalitativna opisna raziskava	Predstavljen pomen vodenja bolečine	Pregled in analiza literature	Uravnavanje bolečine je bistvo kirurgije s pospešenim okrevanjem. Medicinska sestra mora skrbeti za lajšanje bolečine preko celotne obravnave pacienta. Nekontrolirana bolečina ni le neprijetna, ampak lahko povzroči komplikacije, omeji mobilizacijo in celo napreduje v kronično bolečino.
Yin, et al.	2014	Kvalitativna opisna raziskava	Primerjava klinične rezultate postopkov kirurgije s pospešenim okrevanjem in standardne kirurgije pri pacientih z odprto kolorektalno resekcijo	pregled in analiza literature	Protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem v primerjavi s standardno kirurgijo dokazano zmanjšuje pooperativne zaplete, dolžino ležalne dobe in izboljšuje rehabilitacijo pacienta
Zhao, et al.	2017	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav	Ugotovitve prednosti kirurgije s pospešenim okrevanjem pri	7 randomiziranih raziskav s 996 pacienti	Kirurgija s pospešenim okrevanjem očitno pospeši okrevanje po operaciji jeter.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec	Ključna spoznanja
			pacientih z operacijo jeter		Princip je varen in ekonomsko učinkovit.
Zhuang, et al.	2015	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav	Ugotovitve izideov laparoskopske operacije v primerjavi s tradicionalno kirurgijo	5 randomiziranih raziskav s 598 pacienti	Laparoskopska metoda vidno skrajša hospitalizacijo in število komplikacij v primerjavi s tradicionalno kirurgijo

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
Vloga medicinske sestre pri elementih kirurgije s pospešenim okrevanjem	Preoperativna oskrba	Preoperativno svetovanje – informiranje – koordinator zdravstvene nege – dietetik – vnos napitka bogatega z ogljikovimi hidrati – ni stradanja – ni čiščenja črevesja – ni premedikacije	Rems, et al., 2014; Gillis, et al., 2015; Berian, et al., 2017; Aasa, et al., 2013; Pecorelli, et al., 2017; Bernard & Foss, 2014a; Johnson & Griggs, 2018; Montgomery & McNamara, 2016; Foss & Bernard, 2012; Kingma, et al., 2017
		Število kod = 8	
	Intraoperativna oskrba	Zagotoviti udobje – termoregulacija – multimodalna analgezija – profilaksa antiemetikov	Nimmo, et al., 2017; Foss & Bernard, 2012; Montgomery & McNamara, 2016; Sjetne, et al., 2009; Foss, 2011; Rems, et al., 2014
		Število kod = 4	
	Pooperativna oskrba	Manj komplikacij – fizioterapevt – zgodnja mobilizacija – povečana mišična moč – medicinska sestra za vodenje bolečine – analgezija brez opiatov – multimodalna analgezija – zgodnje enteralno prehranjevanje	Yin, et al., 2014; Aasa, et al., 2013; Bernard & Foss, 2014a; Larsson & Holgers, 2011; Foss & Bernard, 2012; Montgomery & McNamara, 2016; Nimmo, et al., 2017; Specht, et al., 2015; Foss, 2011; Kingma, et al., 2017; Osseis, et al., 2016; Johnson & Griggs, 2018; Alawadi, et al., 2016
		Število kod = 7	
Spremenjene obremenitve medicinskih sester	Organizacijske spremembe dela medicinskih sester	Organizacijski ukrepi – krajša hospitalizacija – proračun – optimizacija oskrbe – izobraževanje – reorganizacija sprejema v bolnišnico – kadrovske	Rems, et al., 2014; Foss, 2011; Specht, et al., 2015; Berian, et al., 2017; Yin, et al., 2014; Bernard & Foss, 2014b; Johnson & Griggs,

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
		spremembe – povečana koncentracija nalog medicinske sestre	2018; Larsson & Holgers, 2011
		Število kod = 8	
	<i>Spremenjena vloga medicinske sestre</i>	Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta – spremenjene obremenitve medicinske sestre – preobremenjenost – povečane dolžnosti pacienta – medicinska sestra prevzame kompetence drugih članov multidisciplinarnega tima – sodelovanje pacienta in medicinske sestre – multidisciplinarnost – dietetik – fizioterapevt – medicinska sestra za vodenje bolečine – patronažna medicinska sestra – pacient v središču obravnave – mobilna aplikacija	Hübner, et al., 2015; Alawadi, et al., 2016; Książek, et al., 2011; Sjetne, et al., 2009; Foss & Bernard, 2012; Osseis, et al., 2016; Specht, et al., 2015; Sevillano-Jiménez, et al., 2017; Gillis, et al., 2015; Montgomery & McNamara, 2016; Johnson & Griggs, 2018; Aasa, et al., 2013; Pecorelli, et al., 2017; Nimmo, et al., 2017; Rems, et al., 2014
		Število kod = 13	
Implementacija kirurgije s pospešenim okrevanjem	/	Vpeljevanje sprememb – sistematično uvajanje – ovire pri implementaciji – motivacija za sodelovanje – neupoštevanje protokolov – informiranje pacientov – izobraževanje zaposlenih – dokumentiranje	Hübner, et al., 2015; Yin, et al., 2014; Alawadi, et al., 2016; Sjetne, et al., 2009; Bernard & Foss, 2014b; Berian, et al., 2017
		Število kod = 8	

2.5 RAZPRAVA

Pristop kirurgije s pospešenim okrevanjem se je v zadnjih desetih letih izjemno razvil in prinesel veliko sprememb na področju vloge medicinskih sester in njihovih odgovornosti (Specht, et al., 2015). S pregledom literature smo nameravali ugotoviti spremenjene

obremenitve medicinskih sester pri pacientih vodenih po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem. Po izvedeni kvalitativni analizi rezultatov pregleda literature smo oblikovali tri glavne kategorije in jim določili podkategorije za lažje razumevanje.

Vlogo medicinske sestre pri elementih kirurgije s pospešenim okrevanjem smo razdelili na tri podkategorije: *preoperativna oskrba*, *intraoperativna oskrba* in *pooperativna oskrba*.

Na podlagi pregledane literature smo ugotovili, da je vloga medicinske sestre v preoperativni oskrbi obširna, četudi število kod le-tega ne kaže. Medicinska sestra je pri oskrbi pacienta vključena na več področjih. Fundamentalna sprememba je predoperacijsko svetovanje, ki pacientu oriše njegova pričakovanja ter vlogo skozi celotno zdravljenje (Rems, et al., 2014; Gillis, et al., 2015; Berian, et al., 2017). Vendar Gillis, et al. (2017) opozarja, da se program kirurgije s pospešenim okrevanjem ne sme omejiti na preoperativno obdobje. Sicer pa Aasa, et al. (2013) navaja, da se odpust začne planirati že ob sprejemu. Informiranost pacienta je ključno za izboljšanje njegovega znanja, vključevanja in samozadostnosti (Pecorelli, et al., 2017). Izhodišče kirurgije s pospešenim okrevanjem je, da dobro informirani pacienti bolje sodelujejo tekom obravnave in občutijo manj strahu ter bolečine. Medicinska sestra v pacientu vzpodbudi zavest, da razume pomen planiranih intervencij in operacije, hkrati se z informiranjem in svetovanjem izboljša motiviranost pacienta za sodelovanje, s tem se njegova odgovornost poveča ker pridobi dodatne dolžnosti (Aasa, et al., 2013). Bernard & Foss (2014a) dodajata, da medicinska sestra podaja informacije na pacientu razumljiv način, saj s tem lahko dosežemo ravno nasproten učinek. Johnson & Griggs (2018) sta v svoji raziskavi ugotovila, da predoperativno svetovanje pacientu omogoči, da se bolje in lažje spoprime z izzivi v pooperacijskem okrevanju. Prvi pojasnitveni pogovor se večinoma opravi že pri prvem ambulantnem pregledu, dan pred operacijo pogosto sledi pogovor na kliničnem oddelku, le redko tudi svetovanje teden dni pred posegom. Avtor opozarja, da sta v izobraževanje pred operacijo preredko vključena tudi fizioterapevt in dietetik (Rems, et al., 2014). Gillis, et al. (2017) navaja sporočilo, ki ga pacient prinaša v program kirurgije s pospešenim okrevanjem: »če nam poveste zakaj, nam pomagate razumeti kaj smo dolžni

narediti, bomo z veseljem naredili kar nam poveste.« Aasa, et al. (2013) navaja, da se informativnega sestanka udeležijo tudi svojci.

Stradanje so v tradicionalni kirurgiji dolgo časa uporabljali za minimaliziranje tveganja aspiracije pri indukciji anestezije. Protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem uvaja glukozni napitek dve uri pred operacijo, kar vpliva na katabolni proces in zmanjša kirurški stres, ukinja pa se čiščenje črevesja (Montgomery & McNamara, 2016). Foss & Bernard (2012) navajata, da priprava črevesja z laksativi povzroči elektrolitsko neravnovesje, predvsem pri starejših ljudeh, hkrati pa poveča tveganje za anastomotsko puščanje. Predoperativno zaužitje glukoznega napitka vodi k boljšem prehranskem statusu in vzdržuje serumske albumine na ustreznem nivoju. Rezultati meta - analize kažejo, da imajo pacientu vodeni po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem višji nivo serumskega imunoglobulina G in komplementa 4, ki igrata pomembno vlogo pri imunskem odgovoru pri infektivnih patogenih v krvi in zunajcelični tekočini, kar pojasni manjši nivo komplikacij po operaciji. Predoperacijska prehranska podpora ima pomembno vlogo pri metabolizmu glukoze. Statistični podatki kažejo višjo inzulinsko občutljivost pri pacientih vodenih po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem, ki prav tako izboljša okrevanje (Yin, et al., 2014). Pomemben je prehranski screening, da se opazi osebe s povečanim tveganjem podhranjenosti, saj le-ta vodi k več zapletom in posledično celo višji smrtnosti. Pacient, ki je manj izpostavljen tveganju se lahko posvetuje samo z medicinsko sestro, visoko rizičen pacient pa nujno potrebuje posvet z dietetikom (Gillis, et al., 2015; Kingma, et al., 2017).

Majhno število kod pojasni nižjo stopnjo vključenosti medicinske sestre pri intervencijah med samo operacijo. Glavna naloga medicinske sestre je zagotoviti udobje (Nimmo, et al., 2017). Foss & Bernard (2012) navajata, da so tradicionalni kirurški postopki vključevali ohlajanje med operacijo, kasneje pa so ugotovili, da normotermija zmanjšuje srčne zaplete in infekcije ran. Nadaljujeta, da splošna anestezija zavira termoregulacijo z zmanjševanjem pragu z vazokonstrikcijo in tresenjem, kar medicinska sestra prepreči z aplikacijo toplih intravenskih tekočin in grelnih blazin. Uvaja se multimodalno analgezijo, kjer se v nasprotju z unimodalno kombinira dva ali več farmakoloških agentov ali tehnik z različnimi mehanizmi delovanja, ki imajo sinergističen učinek zmanjšanja bolečine ter manj stranskih učinkov v pooperacijskem obdobju (Montgomery &

McNamara, 2016). Slabost in bruhanje, ki zmanjšujeta pacientovo udobje, preprečimo z izogibanjem opioidov in profilaktično uporabo antiemetikov (Foss & Bernard, 2012; Nimmo, et al., 2017). Protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem omejuje uporabo drenaž, urinskih katetrov, nazogastrične sonde, centralnega venskega katetra, ipd. pri pacientih, ki tega nujno ne potrebujejo, saj njihova uporaba ni obvezno potrebna, hkrati pa ovirajo mobilnost, povzročajo bolečino, napihnjenost in bruhanje v pooperativnem obdobju ter daljšajo hospitalizacijo (Sjetne, et al., 2009; Foss, 2011; Bernard & Foss, 2014b; Rems, et al., 2014; Montgomery & McNamara, 2016; Zhao, et al., 2017).

Operacija povzroči serijo hormonskih in metabolnih sprememb, ki jih pogosto povezujemo s stresnim odzivom telesa. Prav tako nastane poškodba tkiva, sproži se sproščanje citokinov, proteoliza mišic in okrni transport proteinov ter zadrževanje natrija in vode z zaviranjem sekrecije anabolnih hormonov. Sledi aktivacija simpatičnega živčnega sistema ter imunološke in hematološke spremembe. Metabolni odziv je odvisen od obsega kirurške travme. Z različnimi metodami lahko spremenimo odziv telesa. Omejevanje opioidov zmanjša zaviranje sekrecije hormonov hipotalamusa in hipofize. Visoke doze podaljšajo okrevanje ter povečajo potrebo po mehanski ventilaciji. Prehrana ima pomembno vlogo pri preprečevanju stresnega odziva. Predvsem imunonutricija (glutamin, arginin, omega 3 maščobne kisline) pospeši okrevanje. Laparoskopjska tehnika operacije z manj invazivnim pristopom zmanjša vnetni odziv (Mauricio Del Rio, et al., 2017). Poškodba tkiva med povzroči sproščanje intracelularnih substanc, ki delujejo kot endogeni sprožilci imunskega sistema. V primerjavi s tradicionalno kirurgijo je ključen zmanjšan nivo interleukina 6 (IL-6) pri laparoskopjskih operacijah, ki hkrati izboljša imunski odziv telesa tudi v pooperativski fazi in prepreči zaplete (Fretland, et al., 2015). Zhuang, et al. (2015) v sistematičnem pregledu petih randomiziranih kliničnih raziskav s 598 pacienti navaja, da je laparoskopjska kolorektalna resekcija drastično zmanjšala celotni čas hospitalizacije in število komplikacij v primerjavi s tradicionalno kirurgijo. Navajajo, da laparoskopjska metoda znatno zmanjša metabolni odziv telesa na operacijo. Sicer je kljub dokazom v Združenih državah odprtih operacij še vedno več kot polovica. Menijo, da kljub vsemu trajanje operacije, če traja dlje od treh ur, lahko povzroči infekcijo.

Po mnenju Yin, et al. (2014) mora biti zmanjševanje pooperativnih komplikacij glavno vodilo medicinskih sester ne glede na to ali se uporabljajo protokoli tradicionalne kirurgije ali kirurgije s pospešenim okrevanjem.

Aasa, et al. (2013) navaja, da je pooperativno obdobje definirano kot proces, ki ne traja le v bolnišnici, ampak tudi kasneje v domačem okolju. Večina pacientov pozabi predoperativne informacije o pooperativnem obdobju, saj so osredotočeni na pripravo ter operacijo samo. Medicinska sestra mora poskrbeti, da pacient večkrat prejme potrebne informacije. Pacienta je potrebno dobro pripraviti na okrevanje tako v bolnišnici kot v domačem okolju, kajti raziskava Bernard & Foss (2014a) kaže, da pacienti pogosto navajajo dvome in postavljajo vprašanja o okrevanju doma.

Protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem vpeljuje medicinsko sestro za vodenje bolečine. Slabo vodena bolečina povečuje stresni odziv, omejuje mobilizacijo, prispeva k razvoju kognitivne disfunkcije, v skrajnem primeru lahko vodi v kronično bolečino. Ustrezno vodena bolečina zmanjša število komplikacij in pospeši okrevanje (Larsson & Holgers, 2011; Foss & Bernard, 2012; Montgomery & McNamara, 2016; Nimmo, et al., 2017). Vodenje bolečine ne vključuje več epiduralnega katetra, ampak vključuje majhne doze spinalne analgezije, kar omogoča, da je pacient hitreje mobilni in odpuščen (Specht, et al., 2015). Analgezija se prilagaja glede na posamezen dan in aktivnosti tekom dneva. Ko pacient začne z oralnim hranjenjem, se aplikacija analgezije prične po tej poti in ne več intravenozno kot smo vajeni v tradicionalni kirurgiji (Nimmo, et al., 2017). Za lajšanje bolečine se uporabljajo tudi nefarmakološke metode, med drugim aplikacija hladnih obkladkov in masaža, kjer sodeluje fizioterapevt. Kljub boljšemu razumevanju fiziologije bolečine in razvoju novih metod, le-ta ostaja nezadostno obravnavana (Montgomery & McNamara, 2016).

Preloženo okrevanje črevesne funkcije je najpogostejši problem po abdominalnih operacijah. Protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem uvaja zgodnje oralno hranjenje, ki uredi elektrolitsko neravnovesje in pospeši povratek črevesne funkcije. Le-to pri vseh pacientih ni mogoče. Pri nekaterih je ovira intoleranca (slabost ali bruhanje), pri nekaterih kontraindikacija (anastomostsko puščanje). V teh primerih je alternativa žvečilni gumi,

ki stimulira vagalno aktivnost s posnemanjem hranjenja (Foss, 2011). Kingma, et al. (2017) navaja, da se opušča rutinsko uporabo nazogastrične sonde, kar zmanjša nevarnost za napihnjenost in bruhanje. Medicinska sestra mora nadzorovati znake prehranjenosti, saj so pomemben faktor pri okrevanju pacienta. Ugotovitve poroča dietetiku. Prav tako mora biti prehrana usklajena s fizioterapijo, saj več gibanja zahteva večji vnos hranil.

Fizioterapija pripomore k hitrejšemu povratku pacientove respiratorne funkcije in fizične avtonomije (Osseis, et al., 2016). Johnson in Griggs (2018) navajata, da zgodnja mobilizacija dolgoročno zmanjšuje komplikacije, ena izmed nevarnejših je tromboza globokih ven. Protokol predlaga mobilizacijo že par ur po operaciji, zadostuje že sedenje ob postelji ali hoja do stranišča. Vsekakor pa je pacientova pripravljenost za sodelovanje ključnega pomena. Medicinska sestra v sodelovanju s fizioterapevtom skrbi za redno izvajanje aktivnosti kot so dihalne vaje, vstajanje iz postelje ter hoja po oddelku (Osseis, et al., 2016).

Medicinska sestra je prevzela kompetence in odgovornost za odpust po predefiniranem odpustnem kriteriju z namenom razbremenitve kirurga (Specht, et al., 2015). Ob odpustu je potrebno narediti sestanek ali kratko informiranje o okrevanju doma. Aktivnosti prevzame koordinator odpusta, ki je vezni člen med bolnišnico in domom. Zaradi zgodnjega odpusta je posledično več aktivnosti, ki jih mora pacient opravljati doma, kar pri nekaterih povzroči strah in nelagodje. Le če so zadostno poučeni o samooskrbi v domačem okolju, z zaupanjem in brez strahu zapustijo bolnišnico (Aasa, et al., 2013; Alawadi, et al., 2016). Bernard in Foss (2014a) opozarjata, da po odpustu ni zadostne pomoči svojcev ali prijateljev v domačem okolju, saj niso vajeni zgodnjih odpustov. Rezultati njune raziskave kažejo, da pacienti v domačem okolju potrebujejo veliko podpore. Specht, et al. (2015) navaja, da je ob odpustu potrebno informirati tudi svojce. Le-to pripomore k zmanjševanju komplikacij na domu.

Če pacient ni sposoben samooskrbe, se organizira patronažna oskrba na domu. Patronažna medicinska sestra pacienta podpira in mu pomaga, ko pride v domače okolje (Bernard & Foss, 2014b). Tudi rana zaradi operacije se z brazgotino običajno zaceli v

enem do dveh tednih, kar pomeni, da pregled in oceno rane opravi patronažna medicinska sestra na domu namesto oddelčne sestre v bolnišnici (Ljubič, et al., 2016).

Zhao, et al. (2017) v sistematičnem pregledu sedmih randomiziranih kliničnih raziskav z 996 pacienti ugotavlja, da so postopki kirurgije s pospešenim okrevanjem varni in učinkoviti. Nadaljuje, da je cilj novih protokolov in smernic zmanjšati variabilnost intervencij, izboljšati kvaliteto oskrbe, kooperativnih izidov ter posledično zmanjšati stroške oskrbe.

Medicinska sestra je od vseh zdravstvenih delavcev največ v stiku s pacientom, zato je pomembno, da spodbuja pacientovo aktivno vlogo pri vseh dejavnostih, tako od učinkovitega lajšanja bolečine, ustreznega prehranjevanja, zadostne mobilizacije, priprave za odpust ter prilagojenega življenja v domačem okolju (Berian, et al., 2017).

Uresničevanje načel kirurgije s pospešenim okrevanjem pri operacijah je zahteven proces, ki terja strokovne in organizacijske ukrepe (Rems, et al., 2014). Kljub temu, da kirurgija s pospešenim okrevanjem ni novo področje, organizacijske spremembe za zdravstveno nego niso široko opisane. Glavna sprememba je krajša hospitalizacija, ki poveča število prostih postelj, le-to pa posledično vodi v višje število sprejemov in hkrati večjo obremenitev osebja (Foss, 2011; Specht, et al., 2015). Pričakovana hospitalizacija je dva do tri dni, v primerjavi s tradicionalno kirurgijo, kjer se te številke gibljejo med osem in dvanajst dni (Kehlet, 2008 cited in Foss, 2011, Berian, et al., 2017). Wind, et al. (2006 cited in Foss, 2011) nasprotno menijo, da vse to izboljša razpoložljivost postelj ter zmanjša stroške hospitalizacije posameznega pacienta. Specht, et al. (2015) dodajajo, da se z istim proračunom obravnava trikrat več pacientov. Spremembe, ki jih prinaša protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem, so s kontinuiranimi optimizacijami in kreativnim razmišljanjem pokazale kako je mogoče optimalno zagotoviti zdravstveno oskrbo.

Yin, et al. (2014) navaja, da je največja skrb svojcev ob zgodnjem odpustu domov povečano tveganje za ponovni sprejem zaradi komplikacij. Navajajo tudi, da morajo biti

kriteriji za zgodnji odpust jasno postavljeni že ob sprejemu, in le, če pacient ustreza tem kriterijem, lahko zagotovimo majhno stopnjo ponovnih sprejemov.

Spremembe obremenitev medicinske sestre se začnejo že pri izobraževanju. Uvajanje protokolov kirurgije s pospešenim okrevanjem je prineslo potrebo po izobraževanju, kar dodatno obremeni medicinsko sestro, saj se mora v prostem času udeležiti tečajev na tem področju (Bernard & Foss, 2014b). Foss (2011) je mnenja, da so medicinske sestre, ki so že dlje časa zaposlene v zdravstvu in so navajene daljših hospitalizacij, težje sprejele nove smernice in postopke. Johnson in Griggs (2018) navajata, da so za pozitivne rezultate pomembni tudi timski sestanki, pogovori, individualni zgledi ter mnenja vsakega zaposlenega.

Larsson in Holgers (2011) sta v svoji kvantitativni retrospektivni pilotni študiji pri 74 pacientih ortopedskega oddelka bolnišnice v zahodni Švedski ugotovila, da se dolžina hospitalizacije močno skrajša z reorganizacijo sprejema v bolnišnico. Navajata, da dalj časa ko pacienti čakajo na sprejem in operacijo, dalj časa bodo potrebovali za okrevanje, saj se med čakanjem poveča možnost za povečano bolečino, zmedenost in infekcije. Ugotovila sta velik vpliv prehospitalne in preoperativne oskrbe na dolžino hospitalizacije. V svoji študiji navajata koristi, če pacient obide urgenco. Na primer po kliničnem pregledu, kjer zdravnik poda sum na zlom kolka, se pacienta pelje direktno na radiologijo, s čimer se izognemo sprejemu na urgenci ter se ga po pregledu radiološke slike in potrditvi diagnoze čim prej sprejme na ortopedski oddelek. Tako je pacient hitreje sprejet, hkrati pa se zmanjša število sprejemov na urgenci. Rezultati raziskave kažejo, da 30 minutna dodatna obremenitev prehospitalne enote, kar po navadi traja transport do bolnišnice, oddelčno in urgentno medicinsko sestro razbremeni za kar štiri ure. Avtorja dodajata, da sodelovanje med oddelki, s poudarkom na učinkovitejših transportih med oddelki in preiskavami, zagotovi, da je pacient hitreje deležen potrebne obravnave, kar vodi v zgodnejši odpust domov. Prav tako pozitivno izkušnjo navajajo pacienti, saj ni dolgega čakanja na urgenci in oskrba je takojšnja.

Kirurgija s pospešenim okrevanjem prinese spremembo v časovnem razporejanju kadra. Zaradi multidisciplinarnega pristopa in spremenjenih kompetenc medicinske sestre so se

spremenile tudi potrebe po zdravstveni negi. Raziskava Specht, et al. (2015) kaže, da pacienti največ oskrbe potrebujejo zvečer, saj je večina operacij dopoldne. V popoldanskem času mora medicinska sestra pacientu podati vse potrebne informacije o prehrani, mobilizaciji in vodenju bolečine. Po prevzemu kompetenc medicinske sestre za odpust, je posledično več pacientov odpuščenih pred ali med vikendom, saj ni potrebno, da je prisoten tudi kirurg. Razvili so odpustni seznam, hkrati pa kirurg napiše postoperativni plan v pacientovo kartoteko. Če pacient nima težav po operaciji, ga medicinska sestra lahko odpusti sama. Zato je medicinska sestra manjkrat razporejena a vikend, vendar se jo večkrat razporeja med tednom popoldne. Sjetne, et al. (2009) meni, da se zaradi povečanega obsega papirologije več sprejemov in odpustov zmanjša čas, ki ga medicinska sestra lahko posveti pacientu.

Zdravstvena nega se je pri kirurških pacientih pogosto podcenjevala. Vloga medicinske sestre se pri kirurških študijah ponavadi ni ocenjevala (Hübner, et al., 2015). Avtor navaja, da se je sprva zdelo, da se bo njihova obremenjenost povečala. Po mnenju Specht, et al. (2015) je kljub drugačni razporeditvi dela in v povprečju pet dni krajši ležalni dobi, število ur, ki ga medicinska sestra porabi za delo s pacienti ostalo enako, a spremenjeno. Povečan pretok pacientov je prispeval k večji organizacijski obremenitvi medicinske sestre. Njene naloge so zaradi kratke hospitalizacije pacientov izjemno skoncentrirane, vendar je oddelek, ki deluje po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem pokazal stroškovno učinkovitost. Nasprotno trdi Sjetne, et al. (2009), da se z novimi protokoli obremenjenost medicinskih sester zmanjša, saj prej omenjeno informiranje pacientom med drugim poveča dolžnosti in samooskrbo ter s tem fizično razbremeni medicinsko sestro, ker pacient določene intervencije izvaja sam.

Delo medicinske sestre zahteva konstanten intelektualen in emocionalen napor, fizično moč, tehnične sposobnosti, toplino, prijaznost in odločnost. Vedno večje potrebe po zdravstvenih storitvah vodijo v napetost med in tudi po delovnem času (Alawadi, et al., 2016). Pretirana obremenjenost pa vodi v utrujenost in slabost, vse to pa je le nadgradnja težkih razmer delovnega okolja medicinske sestre (Książek, et al., 2011). Hkrati moramo biti pozorni na povečano količino vložnega časa za informiranje in svetovanje. Avtor navaja, da se čas kontakta med medicinsko sestro in pacientom s tem poveča, kar lahko

psihično obremeni medicinsko sestro. Książek, et al. (2011) opisuje, da čustveno breme lahko povzroči izgorelost medicinske sestre. Problem lahko nastane tudi, ko medicinska sestra ne posveti dovolj pozornosti oceni pacientovega psihološkega statusa in mu ne nudi zadostne psihične podpore. Temu se lahko izognemo, če medicinska sestra s pacientom vzpostavi partnerski odnos (Gillis, et al., 2017).

Profesionalne aktivnosti medicinske sestre sovpadajo z delom kirurgov ter ostalih članov tima, zato je težko meriti specifičen delež obremenjenosti. Hkrati je potrebno upoštevati tudi subjektivne spremenljivke kot so stres, zadovoljstvo in psihično počutje (Hübner, et al., 2015). Z razvojem kirurgije s pospešenim okrevanjem se je vključevalo vedno več strokovnjakov, kar je prineslo multidisciplinarno sodelovanje (Foss & Bernard, 2012; Specht, et al., 2015; Osseis, et al., 2016; Sevillano-Jiménez, et al., 2017). Herbert, et al. (2017) meni, da so sestanki celotnega tima koristni, saj prisotni dobijo možnosti predlagati spremembo.

Protokol kirurgije s pospešenim okrevanjem v obravnavo kirurškega pacienta v timu poleg kirurga in anesteziologa dodatno vključuje dietetika, fizioterapevta in medicinsko sestro, specializirano za vodenje bolečine (Rems, et al., 2014, Gillis, et al., 2015; Specht et al., 2015; Montgomery & McNamara 2016; Nimmo, et al., 2017; Johnson & Griggs, 2018). Predstavljen je nov pojem »multi-skilled nurse«, kar se razlaga, da medicinska sestra prevzame kompetence drugih članov tima, s čimer se ji z razširjeno in okrepljeno vlogo močno poveča odgovornost. Fizioterapevt, dietetik in medicinska sestra, specializirana za vodenje bolečine, imajo delovni čas le v dopoldanskih urah. Medicinska sestra je od slednjih edina, ki je pacientu ves čas na razpolago (Specht, et al., 2015). Gillis, et al. (2015) navaja, da mora dietetik med delom sodelovati z medicinsko sestro in ji prenašati znanje, da ga lahko uporabi v njegovi odsotnosti, prav tako menita Johnson in Griggs (2018) za področje fizioterapije.

Medicinska sestra poskrbi, da je pacient deležen celotne oskrbe dan in noč, kar jo sicer precej obremeni, ampak v korist pacienta, ki je središče obravnave (Johnson & Griggs, 2018). Vendar Bernard in Foss (2014b) navajata pomembnost predoperacijskega informiranja, ki medicinsko sestro lahko razbremeni. Aasa, et al. (2012) nadaljuje, da se

pacienta že na začetku informira, kako določeno aktivnost opravi sam. Na začetku je potrebno vložiti več časa, da se pacientu razloži in pokaže postopek, kot če le-to opravi medicinska sestra sama, vendar kasneje lahko pacient postopek večkrat opravi sam brez prisotnosti ali le ob nadzoru medicinske sestre. Opisano poveča tudi pacientovo motiviranost za sodelovanje.

Pecorelli, et al. (2017) navajajo, da obstajajo pasivni in aktivni elementi kirurgije s pospešenim okrevanjem. Pasivni elementi so tisti, ki ne zahtevajo pacientovega vključevanja (vodenje intravenoznih tekočin, laparoskopska operacija, itd.), aktivni elementi pa intenzivno vključujejo pacienta v postopke okrevanja (vzdrževanje zadostnega uživanja tekočin in hrane, mobilizacija po operaciji, ki zajema vstajanje iz postelje ter hojo, itd.). Avtorji menijo, da se aktivne elemente težje doseže, vendar močno vplivajo na izboljšano okrevanje. Zhao, et al. (2017) navaja, da kirurgija s pospešenim okrevanjem stremi k izboljšanju pacientove izkušnje v celotnem procesu.

Pecorelli, et al. (2017) meni, da je pacientova vključenost ključna komponenta kirurgije s pospešenim okrevanjem. V zadnjem desetletju se računalniška in komunikacijska tehnologija v zdravstvu vedno bolj razvijata. Mobilne aplikacije lahko služijo tako zdravstvenemu osebju kot pacientom. Razvili so posebno aplikacijo SeamlessMD za informiranje pacienta in samobeležnje počutja. Avtor navaja, da mobilna aplikacija izboljša upoštevanje protokolov, prav tako pacientovo informiranost, hkrati pa medicinski sestri omogoči hiter pregled stanja ter olajša informiranje. Aplikacija razbremeni medicinsko sestro, saj ni nepotrebnega ponovnega razlaganja, prav tako pa pacientu poda dnevne cilje (vstati iz postelje, hoja po hodniku, sedenje na stolu med hranjenjem, pitje zadostne količine tekočin, itd.) za dodatno motivacijo k sodelovanju.

Kot je pomembno sodelovanje med medicinsko sestro in pacientom, je pomembno tudi multidisciplinarno sodelovanje. Fizioterapija se mora povezovati z bolečinsko terapijo, saj nezadostno lajšana bolečina onemogoča mobilizacijo, ter z dietetiko, kajti neustrezen prehranski status ravno tako ovira potrebno mobilizacijo (Gillis, et al., 2015; Montgomery & McNamara, 2016; Nimmo, et al., 2017; Johnson & Griggs, 2018). Specht, et al. (2015) poudarjajo bistvenost medicinske sestre pri koordinaciji celotne obravnave pacienta.

Vsekakor pa se mora medicinska sestra zavedati, da je njena vloga izredno pomembna ter da je stalen in pomemben skrbnik pacientov med hospitalizacijo (Alawadi, et al., 2016; Sevillano-Jiménez et al., 2017). Herbert, et al. (2017) navaja, da bi bilo dobro, če bi se medicinske sestre zavedale, da je njihov doprinos ključen za pacientovo okrevanje. Klinična pot po načelih hitrega okrevanja je glavni element, ki omogoči optimalno obravnavo pacienta (Reims, et. al., 2014).

Pacientovo okrevanje se v bolnišnici ne konča. Foss (2011) navaja, da so prvotna predvidevanja ob uvedbi pristopa kirurgije s pospešenim okrevanjem kazala na probleme z zgodnjim odpustom in povečano obremenjenostjo patronažne službe. Bernard in Foss (2014) potrjujeta prvotna predvidevanja, saj v svoji raziskavi ugotavljata slabo in pomanjkljivo sodelovanje bolnišnic s patronažno službo. Dodajata, da se premalo oceni domače okolje, kjer nastopi vprašanje ali je pacient pripravljen za zgodnji odpust v samooskrbo oziroma oskrbo svojcev. Postopki, ki so se izvajali v bolnišnici (preveza operacijske rane, odstranitev šivov ali sponk, ravnanje ob dehiscencah, idr.), se predstavijo v domače okolje, kar precej obremeni patronažno medicinsko sestro. Za prihodnost predlagata posebno patronažno sestro, ki je specializirana za področje kirurgije s pospešenim okrevanjem, s čimer bi izboljšali stanje.

Kehlet, et al. (2006 cited Hübner, et al., 2015) je opazoval celoten čas opravljanja zdravstvene nege pri 25 pacientih, obravnavanih po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem in 30 pacientih standardne oskrbe. Ugotovili so, da se skupni čas negovalne oskrbe po novih protokolih zmanjša, in sicer za kar štiri dni, vendar ob povečani obremenjenosti na dan. Hübner, et al. (2015) je raziskoval na populaciji 276 pacientov iz University Hospital of Lausanne v Švici. Prišli so do enakih ugotovitev, da se aktivnosti medicinske sestre spremenijo, saj dovršen del tehničnih postopkov nadomesti psihološka podpora. Le-ta vključuje informiranje, motiviranje in učenje. Tudi raziskava Ksiażek, et al. (2011) kaže, da ima medicinska sestra več nalog na področju psihične priprave in podpore. Ena od sprememb je tudi opuščanje splošne anestezije zaradi neželenih učinkov, zato mora medicinska sestra med operacijo zagotavljati dodatno psihološko podporo, saj so pacienti negotovi in prestrašeni (Ksiażek, et al., 2011; Nimmo, et al., 2017).

Obremenjenost medicinske sestre se v precejšnji meri spremeni zaradi dejstva, ker pacienti sami opravijo določene aktivnosti, ki jih je pred tem morala medicinska sestra (Sjetne, et al., 2009). Zgodnje aktivnosti, kot so natančno informiranje ter skrbna priprava pacienta, so izredno pomembni, kajti rezultat so zmanjšane druge naloge medicinske sestre pri delu s pacientom (Hübner, et al., 2015).

Implementacija kirurgije s pospešenim okrevanjem bi morala ciljati na izpolnjevanje individualnih elementov. Vendar se vsaka sprememba prakse težko integrira v dnevno rutino, še posebej v postoperativnem obdobju. Radikalne spremembe lahko preprečimo s sistematičnim uvajanjem novih postopkov (Hübner, et al., 2015). Sistem kirurgije s pospešenim okrevanjem vključuje z dokazi podprte smernice s programom implementacije, kar podpre spremembe v praksi (Gramlich, et al, 2017).

Že prejšnje raziskave dokazujejo pozitivne učinke kirurgije s pospešenim okrevanjem in implementacijo v vsakdanjo rabo (Lassen, et al., 2005 cited in Yin, et al., 2014). Vsekakor pa novosti ne morejo enostavno nadomestiti dolgo uporabljenih tradicionalnih postopkov, kot je na primer predoperativno stradanje (Yin, et al., 2014). Novosti kljub številnim pozitivnim dokazom niso širše sprejete oziroma je implementacija počasna (Gramlich, et al., 2017; Herbert, et al., 2017).

Ovire pri implementaciji kirurgije s pospešenim okrevanjem so na različnih nivojih. Ovire s strani medicinske sestre vključujejo pomankanje zavedanja ali strinjanja z dokazi podprtimi novostmi, pomankanje strokovnosti, časovne ovire in pomanjkanje predanosti multidisciplinarnemu timu. Organizacijske ovire so omejena sredstva in pomankanje stalnega osebja zaradi izmenskega dela. Pacienti z nizkim socialnim statusom so manj motivirani za sodelovanje pri celotni obravnavi. Pacientova visoka pričakovanja so tudi ena od ovir pri implementaciji protokolov. Vsekakor ne smemo zanemariti demografske komponente, ki prinaša različne karakteristike zdravstvenega sistema ter izobrazbe zdravstvenega kadra (Alawadi, et al., 2015). Sjetne, et al. (2009) pišejo o počasni implementaciji postopkov. Za vzrok navajajo navajenost na stare postopke, birokratske težave ter sodelovanje med različnimi zdravstvenimi delavci in oddelki.

Rems, et al. (2014) v raziskavi s trinajstimi predstojniki abdominalnih kirurških oddelkov bolnišnic v Sloveniji navaja, da so vsi intervjuvani mnenja, da je program kirurgije s pospešenim okrevanjem koristen klinični koncept, a kljub temu v večini primerov bolnik ni operiran po načelih kirurgije s pospešenim okrevanjem.

Glavno vodilo uspešne implementacije novih postopkov je poučenost tako pacientov kot zaposlenih. Razumevanje ovir in prednosti implementacije, še posebej v vsaki bolnišnici posebej, je ključno za razvijanje in vpeljevanje novih postopkov. Uspešna implementacija zahteva multidisciplinarno koordinacijo oskrbe. Uspešno timsko delo, učinkovita komunikacija med člani ter osredotočanje na pacienta in izid močno pripomorejo k uspešni implementaciji kirurgije s pospešenim okrevanjem (Alawadi, et al., 2015). Bernard in Foss (2014b) navajata paradoks, da sta informiranje in svetovanje ključna elementa kirurgije s pospešenim okrevanjem, vendar je za te postopke manj časa, saj je čas hospitalizacije krajši.

Berian, et al. (2017) navajajo, da je spremljanje implementacije protokolov ter pregled upoštevanja le-teh pomembnejše od dokumentiranja učinkovitosti. Menijo, da skladnost dela s protokoli povečuje uspešnost izidov. Kirurgija s pospešenim okrevanjem vključuje več perioperativnih intervencij, ki izboljšajo pacientovo okrevanje. Upoštevanje novosti programa kirurgije s pospešenim okrevanjem je odvisno od organizacijskih (koordinacija zdravstvenega tima, standardizacija intervencij, kadrovska razpoložljivost), procedurnih (tip operacije, pojav pooperativnih zapletov) in pacientovih (starost, funkcijska kapaciteta, splošno zdravstveno stanje) faktorjev. Zhuang, et al. (2015) navaja, da je upoštevanje smernic kirurgije s pospešenim okrevanjem povezano z boljšimi izidi zdravljenja.

Največjega pomena pri implementaciji je usposabljanje in izobraževanje osebja. Potrebno je zadostno razumevanje principov kirurgije s pospešenim okrevanjem. Hitro okrevanje se razširja na več specialnosti in vse več medicinskih sester bo potrebovalo dodatna znanja glede implementacije programa v prakso. Dodatna usposabljanja imajo za posledico več časa namenjenega za izobraževanje, kar psihološko kot časovno obremeni zaposlene. Predlaga se več izobraževanja predvsem za patronažno službo, saj je to

področje zdravstvene nege najmanj podprto z znanjem o kirurgiji s pospešenim okrevanjem (Bernard & Foss, 2014b).

Glede na sistematičen pregled literature ugotavljamo, da so vse tri kategorije povezane. Vključenost medicinske sestre se je po implementaciji koncepta kirurgije s pospešenim okrevanjem precej spremenila.

Koncept prinaša tako organizacijske kot strokovne spremembe. Vloga medicinske sestre se je okrepila, saj je dobila nove kompetence, ki jih je razvila v sodelovanju z drugimi člani multidisciplinarnega tima. Delovne naloge so se prav tako spremenile, določene aktivnosti prevzemajo drugi člani tima, kot na primer specializirana medicinska sestra za vodenje bolečine, nekatere pa mora zaradi omejenega delovnega časa člana tima opraviti namesto njega. Rezultati predvidenih izidov pa so odvisni od ravni in uspešnosti implementacije koncepta v praksi. Prav tako določene naloge prevzame pacient, vendar le kot produkt vloženega časa medicinske sestre, ki za pogovor, spodbudo, informiranje ter svetovanje porabi celo več časa in truda kot, če bi intervencijo izvedla sama. Koncept se osredotoča na pacientovo samooskrbo, s čimer razbremeni delavnik medicinske sestre. Hkrati več časa namenjenega za pogovor in svetovanje poglavitno zmanjšata pacientovo anksioznost in strah pred operacijo ter hospitalizacijo, kar izboljša hitrost pacientovega okrevanja, saj je bolj motiviran za sodelovanje in upoštevanje navodil. Le-to prihrani nepotrebno večkratno opominjanje pacienta, da je aktiven član oskrbe.

Kljub omejeni uporabi tehničnih postopkov, kot je na primer uvajanje centralnega venskega katetra ali razbremenilnih drenov, se sicer število nalog medicinske sestre na medicinsko tehničnem področju zniža, vendar novi protokoli kirurgije s pospešenim okrevanjem ne prinašajo poglavitnih sprememb obremenitev medicinske sestre, kajti večji poudarek je na povečanju mehkih metod. V to kategorijo spadajo psihična podpora tako v pred, med in pooperacijskem obdobju, informativni in pojasnjevalni pogovori, spodbujanje k aktivnem izpolnjevanju pacientovih dolžnosti in podobno. Našteto pa lahko vodi v psihično izgorelost medicinske sestre (Książek, et al., 2011).

Omejitve sistematičnega pregleda literature so: nespretnost v kvalitativni analizi vsebine in malo raziskav konkretno na področju spremenjene obremenjenosti medicinske sestre po implementaciji kirurgije s pospešenim okrevanjem, saj le tri raziskave konkretno navajajo povečano ali zmanjšano obremenitev medicinskih sester (Sjetne, et al., 2009; Larsson & Holgers, 2011; Hübner, et al. 2015).

Obravnavali smo področje kirurgije, ki se razvija že nekaj časa in je na področju medicine široko raziskano, vendar precej šibko na področju dela medicinskih sester in njihovih obremenitev. V diplomskem delu smo opisali kako sta se delo in kompetence medicinske sestre spremenila ter kakšen je vpliv na vsakodnevno prakso. S pregledom literature smo opredelili spremenjeno obremenitev medicinskih sester po vpeljavi protokolov kirurgije s pospešenim okrevanjem, a bi jih bilo v prihodnje potrebno natančneje določiti.

3 ZAKLJUČEK

Kirurgija s pospešenim okrevanjem prinaša koristi tako za pacienta kot za zaposlene. Ker pa zaposleni redko zaznajo potrebe po spremembi, stalno izboljševanje težko postane del kulture v organizaciji. Zadržuje jih ustaljeno delovanje brez strahu pred tveganjem, hkrati pa tudi premalo razumevanja statističnih variacij, dobljenih pri merjenju kazalnikov kakovosti ter neupoštevanje z dokazi podprtih raziskav. Preko let lahko opazimo počasno sprejemanje novih postopkov, vendar bi bila lahko implementacija hitrejša. Pomembno je, da medicinske sestre prepoznajo vlogo v multidisciplinarnem timu. S sistematičnim pregledom smo ugotovili, da je ključnega pomena sodelovanje med vsemi člani tima. Eno glavnih vodil programa je osredotočanje na pacienta, kar naj bi povezovalo celoten tim.

Narava poklica medicinske sestre je sama po sebi stresna, saj izvajanje medicinsko tehničnih postopkov terja precej odgovornosti. Kot smo že veliko pisali kirurgija s pospešenim okrevanjem prinaša veliko novosti na področju informiranja, svetovanja in pogovora s pacientom. Omenjene mehke komponente oskrbe pacienta zahtevajo ogromno energije in časa. Raziskovali smo ali se obremenitve medicinskih sester z implementacijo novih protokolov zmanjšajo ali povečajo. Glede na rezultate težko z gotovostjo stremimo le v eno smer, najustreznejše lahko opišemo, da so se obremenitve predrugačile. Kljub povečani pripravi pacienta, se tehtnica uravnovesi z zmanjševanjem tehničnih postopkov.

Predvideva se, da bo pristop po principih kirurgije s pospešenim okrevanjem postal nov »tradicionalen« pristop. Če se bo to zgodilo, se bo spremenila celotna oskrba pacienta, in sicer se predvideva, da bo fizična oskrba potrebna le v neposrednem perioperacijskem obdobju, kar pa ne pomeni, da bomo lahko zanemarili biološko osnovo znanosti.

4 LITERATURA

Aasa, A., Hovbäck, M. & Berterö, C.M., 2013. The importance of preoperative information for patient participation in colorectal surgery care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11–12), pp. 1604-1612.

Abeles, A., Kwasnicki, R.M. & Darzi, A., 2017. Enhanced recovery after surgery: Current research insights and future direction. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 9(2), pp. 37-45.

Alawadi, Z.M., Leal, I., Phatak, U.R., Flores-Gonzalez, J.R., Holihan, J.L., Karanjawala, B.E., Millas, S.G. & Kao, L.S., 2016. Facilitators and barriers of implementing enhanced recovery in colorectal surgery at a safety net hospital: A provider and patient perspective. *Surgery*, 159(3), pp. 700-712.

Arnold, A., Aitchison, L.P. & Abbott, J., 2015. Preoperative Mechanical Bowel Preparation for Abdominal, Laparoscopic, and Vaginal Surgery: A Systematic Review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 22(5), pp. 737-752.

Barlow, R., Price, P., Reid, T.D., Hunt, S., Clark, G.W.B., Havard, T.J., Puntis, M.C.A. & Lewis, W.G., 2011. Prospective multicentre randomised controlled trial of early enteral nutrition for patients undergoing major upper gastrointestinal surgical resection. *Clinical Nutrition*, 30(5), pp. 560-566.

Berian, J.R., Ban, K.A., Liu, J.B., Ko, C.Y., Feldman, L.S. & Thacker, J.K., 2017. Adherence to Enhanced Recovery Protocols in NSQIP and Association With Colectomy Outcomes. *Annals of Surgery*.

Bernard, H. & Foss, M., 2014a. Patient experiences of enhanced recovery after surgery (ERAS). *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(2), pp. 100-102, 104-106.

Bernard, H. & Foss, M., 2014b. The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 19(4), pp. 184, 186-188.

Bilku, D., Dennison, A., Hall, T., Metcalfe, M. & Garcea, G., 2014. Role of preoperative carbohydrate loading: a systematic review. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 96(1), pp. 15-22.

Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I. & Lam, J., 2012. A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), pp. 812-824.

Donohoe, C.L., Nguyen, M., Cook, J., Murray, S.G., Chen, N., Zaki, F., Mehigan, B.J., McCormick, P.H. & Reynolds, J.V., 2011. Fast-track protocols in colorectal surgery. *The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 9(2), pp. 95-103.

Foss, M. & Bernard, H., 2012. Enhanced recovery after surgery: implications for nurses. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 21(4), pp. 221-223.

Foss, M., 2011. Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nursing Standard*, 25(45), pp. 35-39.

Fraval A., Chandrananth, J., Chong Yew. M., Tran, P. & Coventry Lillian, S., 2015. Internet based patient education improves informed consent for elective orthopaedic surgery: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorder*, 16(1), pp. 1-6.

Fretland, A.A., Sokolov, A., Postriganova, N., Kazaryan, A.M., Pischke, S.E., Nilsson, P.H., Rognes, I.N., Bjornbeth, B.A., Fagerland, M.W., Mollnes, T.E. & Edwin, B., 2015. Inflammatory Response After Laparoscopic Versus Open Resection of Colorectal Liver Metastases. *Medicine*, 94(42).

Gillis, C., Gill, M., Marlett, N., MacKean, G., GermAnn, K., Gilmour, L., Nelson, G., Wasylak, T., Nguyen, S., Araujo, E., Zelinsky, S. & Gramlich, L., 2017. Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ open*, 7(6), p. e017002.

Gillis, C., Nguyen, T.H., Liberman, A.S. & Carli, F., 2015. Nutrition adequacy in enhanced recovery after surgery: a single academic center experience. *Nutrition in Clinical Practice: Official Publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 30(3), pp. 414-419.

Gramlich, L.M., Sheppard, C.E., Wasylak, T., Gilmour, L.E., Ljungqvist, O., Basualdo-Hammond, C. & Nelson, G., 2017. Implementation of Enhanced Recovery After Surgery: a strategy to transform surgical care across a health system. *Implementation science: IS*, 12(1), p. 67.

Guenaga, K.K.F.G., Matos, D. & Wille-Jørgensen, P., 2009. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(1).

Herbert, G., Sutton, E., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A. & Atkinson, C., 2017. Healthcare professionals' views of the enhanced recovery after surgery programme: a qualitative investigation. *BMC health services research*, 17(1), pp. 617-641.

Hübner, M., Addor, V., Sliker, J., Griesser, A.C., Lécureux, E., Blanc, C. & Demartines, N., 2015. The impact of an enhanced recovery pathway on nursing workload: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery (London, England)*, 24, pp. 45-50.

Ibrahim, M.S., Khan, M.A., Nizam, I. & Haddad, F.S., 2013. Peri-operative interventions producing better functional outcomes and enhanced recovery following total hip and knee arthroplasty: an evidence-based review. *BMC medicine*, 11(37).

International Council of Nurses, 2017. *Definition of nursing*. [online] Available at: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> [Accessed 10 November 2017].

Johnson, P. & Griggs, C., 2018. How lack of physiotherapist out-of-hours led to nurses developing their role: A UK case study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 28, pp. 30-32.

Karnjuš, I., Pušpan - Huszar, B. & Poklar Vatovec, T., 2012. Pomen prehranskega vodenja pacienta pri obolenjih gastrointestinalnega trakta – pristop zdravstvene nege. In: K. Babnik & M. Kocbek, eds. *Slovenski dan dietetike: zbornik prispevkov z recenzijo*. Izola, 25. oktober 2012. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 77-83.

Kehlet, H., 2008. Fast-track colorectal surgery. *The Lancet*, 371(9615), pp. 791-793.

Kehlet, H., 2009. Multimodal approach to postoperative recovery. *Current Opinion in Critical Care*, 15(4).

Kingma, B.F., Steenhagen, E., Ruurda, J.P. & van Hillegersberg, R., 2017. Nutritional aspects of enhanced recovery after esophagectomy with gastric conduit reconstruction. *Journal of Surgical Oncology*, 116(5), pp. 623-629.

Kodila, V. & Trobec, A., 2008. *Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja: priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Kirurška klinika, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok.

Książek, I., Stefaniak, T.J., Stadnyk, M. & Książek, J., 2011. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 15(4), pp. 347-350.

Kulen, F., Tihan, D., Duman, U., Bayam, E. & Zaim, G., 2016. Laparoscopic partial cholecystectomy: A safe and effective alternative surgical technique in “difficult cholecystectomies”. *Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi*, 32(3), pp. 185-190.

Larsson, G. & Holgers, K.M., 2011. Fast-track care for patients with suspected hip fracture. *Injury*, 42(11), pp. 1257-1261.

Lassen, K., Soop, M., Nygren, J., Cox, P.B.W., Hendry, P.O., Spies, C., von Meyenfeldt, M.F., Fearon, K.C.H., Revhaug, A., Norderval, S., Ljungqvist, O., Lobo, D.N. & Dejong, C.H.C., 2009. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Group recommendations. *Archives of Surgery*, 144(10), pp. 961-969.

Lavtižar, J., Torkar, A. & Rems, M., 2009. Timski pristop pri pripravi pacienta na operativni poseg resekcija raka na debelem črevesu, po programu pospešenega okrevanja – fast track. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B. M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Leban, P. & Drev, D., 2011. Medpoklicno sodelovanje. In: M. Lahe & A. Lovrenčič, eds. *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor, 15. september 2011*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Ljubič, A., Peroša, M. & Smagej, A., 2016. Patronažna zdravstvena nega pacienta z akutno ali kronično rano. In: A. Ljubič, ed. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 73-77.

Ljungqvist, O., Scott, M. & Fearon, K.C., 2017. Enhanced Recovery After Surgery: A Review. *JAMA surgery*, 152(3), pp. 292-298.

Mauricio Del Rio, J., Nicoara, A. & Swaminathan, M., 2017. Neuroendocrine stress response: implications for cardiac surgery-associated acute kidney injury. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 24(1), pp. 57-63.

Melnyk, M., Casey, R.G., Black, P. & Koupparis, A.J., 2011. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Canadian Urological Association Journal*, 5(5), pp. 342-348.

Ministrstvo za zdravje, 2011. *Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v zdravstvenem varstvu v RS za obdobje 2011–2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Montgomery, R. & McNamara, S.A., 2016. Multimodal Pain Management for Enhanced Recovery: Reinforcing the Shift From Traditional Pathways Through Nurse-Led Interventions. *AORN Journal*, 104(6), pp. S9-S16.

Muller, S., Zalunardo, M.P., Hubner, M., Clavien, P.A. & Demartines, N., 2009. A fast-track program reduces complications and length of hospital stay after open colonic surgery. *Gastroenterology*, 136(3), pp. 842-847.

Mušič, A., 2012. Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In: A. Trnavčević, ed. *Zbornik 9. festivala raziskovanja ekonomije in managementa. Koper-Celje-Škofja Loka, 29.-31. marec 2012*. Koper: Fakulteta za management, pp. 31-37.

Nimmo, S.M., Foo, I.T.H. & Paterson, H.M., 2017. Enhanced recovery after surgery: Pain management. *Journal of Surgical Oncology*, 116(5), pp. 583-591.

Niskanen, M., 2009. Resource use and postoperative outcome: basic elements in benchmarking. *Current Opinion in Critical Care*, 15(4), pp. 359-363.

Nurseslabs, 2014. *Virginia Henderson - Nursing Need Theory*. [pdf] Nurseslabs. Available at: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/> [Accessed 5 December 2017].

Osseis, M., Weyrech, J., Gayat, E., Dagois, S., Lo Dico, R., Pocard, M. & Eveno, C., 2016. Epidural analgesia combined with a comprehensive physiotherapy program after Cytoreductive Surgery and HIPEC is associated with enhanced post-operative recovery and reduces intensive care unit stay: A retrospective study of 124 patients. *European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 42(12), pp. 1938-1943.

Pajnkihar, M. & Jakl, D., 2013. Razvoj in aplikacija specialnega znanja medicinskih sester. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, J. Zorc & K. Skinder Savič, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: Mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji: konferenčni zbornik. Ljubljana, 27. marec 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 96-101.

Pajnič, M. & Mihelič Zajec, A., 2011. Enteralno hranjenje kot možnost izbire pri malnutriciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 263-272.

Pecorelli, N., Fiore, J.F., Kaneva, P., Somasundram, A., Charlebois, P., Liberman, A.S., Stein, B.L., Carli, F. & Feldman, L.S., 2017. An app for patient education and self-audit within an enhanced recovery program for bowel surgery: a pilot study assessing validity and usability. *Surgical Endoscopy*, 32(5), pp. 2263-2273.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Rems, M., 2007. Na izsledkih temelječa kirurgija. *Zdravniški vestnik*, 76(4), pp. 257-262.

Rems, M., Jurekovič, V. & Studen Pauletič, P., 2014. Kirurgija s pospešenim okrevanjem pri bolnikih s kolorektalnim rakom v Sloveniji 2012. *Zdravniški vestnik*, 83(2), pp. 115-126.

Sevillano-Jiménez, A., Romero-Saldaña, M. & Molina-Recio, G., 2018. Rol de enfermería en los programas de recuperación intensificada (fast-track). *Enfermería Clínica*, 28(4), pp. 266-273.

Sjetne, I.S., Krogstad, U., Ødegård, S. & Engh, M.E., 2009. Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: consequences for ward nursing practice. *Quality & Safety in Health Care*, 18(3), pp. 236-240.

Skela Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2015. Prepričanja in uporaba na dokazih podprte prakse med diplomiranimi medicinskimi sestrami v Slovenskih bolnišnicah: preliminarni rezultati. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *8. mednarodna znanstvena konferenca Fakultete za zdravstvene vede. Bled, 11.-12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 24-35.

Specht, K., Kjaersgaard-Andersen, P., Kehlet, H. & Pedersen, B.D., 2015. Nursing in fast-track total hip and knee arthroplasty: A retrospective study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19(3), pp. 121-130.

Štor, Z., 2009. Fast track kirurgija – uporabnost v vsakdanji praksi. In: M. Tonin, A. Tomažič & A. Kristan, eds. *XLIV. podiplomski tečaj kirurgije: zbornik predavanj. Ljubljana, 11.-12. junij 2009*. Ljubljana: Združenje kirurgov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, pp. 127-135.

Tse, K. & So, W.K., 2008. Nurses' perceptions of preoperative teaching for ambulatory surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 63(6), pp. 619-625.

Varela, E., Oral, A., Ilieva, E., Küçükdeveci, A.A., Valero, R., Berteanu, M. & Christodoulou, N., 2013. Musculoskeletal perioperative problems. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence. A paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(5), pp. 753-759.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Yin, X., Zhao, Y. & Zhu, X., 2014. Comparison of fast track protocol and standard care in patients undergoing elective open colorectal resection: a meta-analysis update. *Applied nursing research*, 27(4), pp. 20-26.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 55/17.

Zhao, Y., Qin, H., Wu, Y. & Xiang, B., 2017. Enhanced recovery after surgery program reduces length of hospital stay and complications in liver resection: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 96(31).

Zhuang, C.L., Huang, D.D., Chen, F.F., Zhou, C.J., Zheng, B.S., Chen, B.C., Shen, X. & Yu, Z., 2015. Laparoscopic versus open colorectal surgery within enhanced recovery after surgery programs: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Surgical Endoscopy*, 29(8), pp. 2091-2100.