

PRIPRAVA BOLNIKA NA OPERATIVNI POSEG

**Nataša Knafelc Jeromel, dipl. m. s., Mojca Delorenzo,
dipl. m. s., Jolanda Jakovac Kojek, dipl. m. s.**
Onkološki inštitut Ljubljana

IZVLEČEK

V prispevku obravnavamo pripravo bolnika na anestezijo in operativni poseg. Proces priprave temelji na psihični in fizični pripravi, v kateri sodelujejo vsi zdravstveni strokovnjaki. Medicinska sestra ima pri tem pomembno vlogo, saj je komunikacija z bolniki in sodelavci sestavni del njenega poklicnega delovanja. Prek komunikacije medicinska sestra posreduje informacije, pomaga bolniku izražati občutke in duševne reakcije na bolezen ter mu pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb.

KLJUČNE BESEDE: operativni poseg, psihična priprava, fizična priprava, komunikacija, informiranje.

UVOD

Različni načini zdravljenja onkoloških bolnikov so osnova za delitev onkološke zdravstvene nege na kirurško onkološko zdravstveno nego, zdravstveno nego bolnika, ki se obseva, zdravstveno nego bolnika na sistemskem zdravljenju in paliativno zdravstveno nego. Vsako od naštetih področij je zelo široko in se zaradi hitrega razvoja medicine nenehno dopolnjuje z novim znanjem. Področja postajajo specializirana tudi v zdravstveni negi, kar se kaže v veliko večjem številu ožjih specializacij tudi za medicinske sestre v onkologiji (Velepč, 2000).

Zdravljenje raka je multidisciplinarno. Najboljše prvo zdravljenje za vsakega posameznega bolnika mora pred njegovim začetkom določiti multidisciplinarni konzilij, ki ga sestavljajo zdravnik kirurg, radioterapevt in internist onkolog. Ti strokovnjaki predlagajo najprimernejše zaporedje zdravljenja raka za posameznega bolnika in je odvisno od vrste raka in njegove razširjenosti ob postavitvi diagnoze (Borštnar et al., 2007).

Ne glede na predlagan način zdravljenja morajo biti aktivnosti zdravstvene nege usmerjene tudi v dobro pripravo bolnika na zdravljenje, tako v psihičnem kot fizičnem smislu, ob hkratnem nudenju čustvene podpore.

OPERATIVNI POSEG

Operativni poseg je invazivna oblika zdravljenja, ki prizadene človekovo duševnost in spremeni notranje ravnovesje. Vsak operativni poseg je tvegan, kajti navzočih je kar nekaj dejavnikov, na katere ne moremo vplivati in so zato nepredvidljivi. Priprava bolnika na operativni poseg je odvisna od tega ali gre za nujno ali načrtovano (elektivno) operacijo.

Pri nujni operaciji nam primanjkuje časa, zato pred operacijskim posegom opravimo le najnujnejše preiskave, kot so določanje krvne skupine in Rh-faktorja, pregled srca in pljuč ter pomembnejše biokemične preiskave krvi. O nujni operaciji govorimo takrat, ko bi vsako odlašanje operacijskega posega ogrozilo človekovo življenje. To so hujše krvavitve, zapore dihalnih poti, črevesa ali hujše infekcije, ki jih ne moremo obvladati s konzervativnim zdravljenjem.

Načrtovano ali elektivno operacijo opravimo zaradi bolezni, ki neposredno ne ogroža bolnikovega življenja, je pa najboljša metoda zdravljenja (Mikšić et al., 2003). Pri elektivnih operacijah je več časa za bolj zapletene pred operacijske preiskave. Pri nas se čedalje bolj uveljavlja pravilo, ki velja v razvitih državah: čim več preiskav opraviti ambulantno pred hospitalizacijo. Na ta način zmanjšamo čas bivanja v bolnišnici, zdravljenje pa je cenejše (ibid.). Hkrati se vedno bolj uveljavlja tudi t.i. »fast track« program, kar pomeni hitro pooperativno okrevanje in krajšo hospitalizacijo.

Kirurški poseg je lahko radikalen, paliativen ali eksplorativen. Pri radikalnem posegu v celoti odstranimo vzrok bolezni oziroma oboleli organ. Pri paliativnem posegu izboljšamo stanje bolezni, vendar ne dosežemo ozdravitve (npr. pri odstranitvi tumorja brez odstranitve oddaljenih metastaz). Eksplorativna operacija nam omogoči vpogled v stanje bolezni in ugotovitev, da kirurško zdravljenje ni potrebno ali pa zaradi obsežnosti patološkega procesa ni več izvedljiv (ibid.).

Opredelitev operacij po obsegu in namenu

Po obsegu so operacije opredeljene kot velike in majhne. Majhne operacije so manjši operativni posegi, ki za bolnika ne predstavljajo večjega tveganja za življenje in se po navadi opravijo ambulantno v regionalni anesteziji (lahko tudi v splošni). Čeprav je operacija majhna, pri bolniku vzbudi enake občutke strahu in zaskrbljenosti kot velika operacija. Velike operacije so običajno opravljene v splošni anesteziji pri hospitaliziranih bolnikih. Za kirurge so bolj zahtevne in lahko pomenijo veliko nevarnost za življenje bolnika, nastanek zapletov in kasnejšo invalidnost (Hrknes, Dincher, 1999).

Namen operacije je različen, operater pa ga mora razložiti bolniku in svojcem. Ker je predoperativno obdobje za bolnika in družino zelo neprijetno, velikokrat ne dojamejo in ne razumejo vsega, kar jim zdravnik pove. Pogosto se zato obračajo na medicinsko sestro, ki jim lahko v okviru svojih pristojnosti marsikaj pojasni (Ivanuša, Železnik, 2000).

Učinek operacije na bolnika

Operacija je dejanska in verjetna nevarnost za človekovo celovitost, kar se kaže v psihičnih in fizičnih stresnih odzivih. Fiziološki stres je neposredno povezan z obsegom operacije, psihološki pa ne vedno, saj lahko manjša operacija na obrazu izzove večji psihični odziv kot pa odstranitev vranice – bolnik je zaskrbljen zaradi brazgotine. Prav tako predstavlja odstranitev maternice za žensko večji stres kot pa odstranitev vranice. Odstranitev organa, ki predstavlja ženskost ali moškost, lahko hudo prizadene človeka (Ivanuša, Železnik, 2000).

Fiziološki odziv

Velike operacije so stresne za telo. Pri veliki obremenitvi organskega sistema in veliki izgubi krvi odpovedo zaščitni mehanizmi in v tem primeru je šok neizbežen. Nekatere vrste anestezije lahko prav tako pospešijo nastanek šoka. Pojavi se tudi metabolična reakcija in bolnik mora dobivati beljakovine v ustrezni sestavi za obnavljanje potreb po beljakovinah, ki so pomembne za celjenje ran in povrnitev optimalnega delovanja organizma (Ivanuša, Železnik, 2000).

Psihični odziv

Ljudje dojemajo pomen operacije na različen način, zato se nanjo tudi različno odzivajo. Najpogosteje so prestrašeni in zaskrbljeni. Pri nekaterih bolnikih je zelo težko ugotoviti vzroke strahu, čeprav je strah najpogostejši zaradi spodaj naštetih razlogov.

Splošni razlogi:

- strah pred neznanim,
- strah pred izgubo nadzora,
- strah pred izgubo ljubljene osebe,
- ogrožena spolnost,
- sprememba videza,
- strah pred invalidnostjo.

Posebni razlogi:

- maligno obolenje,
- anestezija,
- umiranje,
- bolečina (Ivanuša, Železnik, 2000).

PRIPRAVA BOLNIKA NA OPERACIJO

Priprava bolnika na operacijo in anestezijo je zelo zahtevno področje kirurške zdravstvene nege. Medicinska sestra mora s primernim postopkom in ravnanjem bolniku že ob sprejemu na oddelek zmanjšati strah in negotovost ter mu pomagati, da se bo vživel v novo okolje. Priprava bolnika na operacijo in anestezijo zahteva njegovo optimalno fizično in psihično kondicijo (Ivanuša, Železnik, 2000).

Sprejem bolnika v bolnišnico

Sprejem v bolnišnico precej zmoti način življenja posameznika. Običajno se ljudje pritožujejo zaradi pomanjkanja samostojnosti, pomanjkanja zasebnosti, dolgočasje, izgube kontrole in zaradi občutka razosebljanja, ko pride v vlogo »bolnika« (Payne, Walker, 2002).

Sprejem bolnika v bolnišnico je lahko načrtovan (bolnik je sprejet po dogovoru z zdravnikom na določen dan) ali nujen (kadar je bolnikovo življenje ogroženo).

Del aktivnosti zdravstvene nege ob sprejemu je poleg urejanja zdravstvene dokumentacije tudi ocena trenutnega stanja bolnika in oblikovanje načrta zdravstvene nege. V negovalni anamnezi medicinska sestra zbere podatke o bolnikovem fizičnem in psihičnem stanju. Zelo pomemben podatek je tudi socialno stanje bolnika, saj nam pove, od kod bolnik prihaja, s kom živi, kam se bo vrnil po odpustu in kdo bo skrbel zanj ko bo potreboval pomoč (Ivanuša, Železnik, 2000).

Psihična priprava

Psihična priprava bolnika na operativni poseg se začne takrat, ko se zdravnik operater odloči za operativni poseg. Psihična priprava je potrebna pri vseh operativnih posegih, pa čeprav jo zelo radi zane-marjamo. Osnova psihične priprave je dobra informiranost. Psihična priprava je težko delo in od človeka zahteva veliko znanja, izkušenj, empatičen odnos in splošne človeške zrelosti, da zadosti vsem njegovim zahtevam in željam ter tudi željam njegovih svojcev (Seničar, 2006).

Psihična priprava na operativni poseg je timsko delo; tim je interdisciplinaren, sestavljajo pa ga:

- osebni zdravnik,
- zdravnik anesteziolog,
- oddelčna medicinska sestra,
- anestezijska medicinska sestra,
- psiholog,
- duhovnik,
- svojci, socialni delavec in
- tisti, ki jih bolnik še posebej želi za pomoč pri obvladovanju strahu pred operacijo, posledicami in morebitno invalidnostjo (Seničar, 2006).

Zdravnik operater bolniku razloži namen, vrsto in način operacije. Pomembno je, da bolniku razloži samo pripravo na operacijo in potek zdravljenja po operaciji ter morebitne zaplete, s katerimi bi se lahko bolnik srečal po operaciji (Ivanuša, Železnik, 2000).

Zdravnik anesteziolog bolnika seznani z vrsto anestezije, z možnimi komplikacijami anestezije, posebnimi zburjanji iz narkoze ter zdravljenjem akutne bolečine po operaciji.

Medicinska sestra preživi med pripravo na operacijo največ časa z bolnikom, zato ima pomembno vlogo pri psihični pripravi. V tem času bolnik doživlja velik strah pred anestezijo in operacijo. Pogosto je raven strahu bolj izražena kot sam zdravstveni problem in ni nujno, da je pogojena z obsežnostjo problema. Dokazano je, da raven strahu pomembno vpliva na nadaljnje zdravljenje in da strah vodi k slabšemu fizičnemu okrevanju in ozdravljenju. Medicinska sestra mora s primernim pristopom, že po prvem stiku v ambulantni ali na oddelku, zmanjšati strah in negotovost ter mu pomagati, da bo sprejel svojo bolezen in vse potrebno za operativno terapijo. Strah lahko do neke mere zmanjša:

- pogovor z bolnikom in svojci,
- pojasnilo in razlaga o nejasnostih glede posegov, postopkov in pripomočkov,
- poučevanje o pravilnem dihanju, izkašljevanju in gibanju po operaciji,
- zagotavljanje varnosti in dobrega počutja.

Pogovor z bolnikom in svojci

Medicinska sestra mora bolniku in svojcem omogočiti, da lahko govorijo o svojih skrbih in strahovih, ki jih povzroča predvidena operacija – pri tem ugotavlja bolnikovo psihično pripravljenost na operacijo in tako pridobiva podatke o vzrokih za strah in zaskrbljenost pri bolniku in svojcih. Bolniki pogosto potrebujejo le priložnost, da izrazijo svoje strahove in skrbi razumevajoči osebi. Člani bolnikove družine bolniku pogosto niso zmožni nuditi zadostne opore, saj so sami pod velikim stresom. Pomembno je, da si za pogovor izberemo primeren čas in prostor ter tako bolniku in svojcem omogočimo zasebnost. Pomembno je, da na začetku komunikacije dosežemo zaupanje, saj bolniki, ki izpostavijo zaupljiv odnos z zdravstvenim osebjem, lažje spregovorijo o svojih občutkih. Dosežemo ga s spoštljivostjo, prijaznostjo, vljudnostjo, razločno komunikacijo ter bolniku zagotovimo, da vse, kar bo povedal, ostane med stenami zdravstvene ustanove, ker nas zavezuje po-

klicna molčečnost. Če je potrebno, se ločeno pogovorimo z bolnikom in svojci, nikdar pa ne reševati njihovih sporov (Seničar, 2006; Ivanuša, Železnik, 2000).

Pojasnila in razlaga o nejasnostih glede posegov, postopkov in pripomočkov

Bolnika je manj strah, če je dobro pripravljen na razne postopke in posege, ki jih bo morala medicinska sestra pri njem izvajati že pred operacijo. Prav tako ga je manj strah, če ga seznanimo s pripomočki (infuzijo, kisikom, urinskim katetrom ...), ki jih bo moral imeti po operaciji – kako dolgo in zakaj jih bo moral imeti ter ali ga bodo ovirali pri gibanju, higieni in drugih aktivnostih. Sam obseg informacij je odvisen od prejšnjih izkušenj, zanimanja in prizadetosti bolnika ter svojcev. Najbolje je, da bolnika vprašamo, kaj želi vedeti o operaciji. Bolnikom, ki so hudo prizadeti zaradi operacije, ali bolnikom z bolečinami, dajemo čim bolj preprosta pojasnila. Bolniki, ki doživljajo velik strah, informacije običajno preslišijo ali pa si jih ne zapomnijo (Ivanuša, Železnik, 2000).

Za bolnika in svojce so pomembne naslednje informacije:

- namen in izvedba postopkov in posegov: jemanje krvi, nastavljanje infuzije, želodčne sonde, urinskega katetra, dajanje klizme,
- prehrana (zakaj mora biti tešč),
- priprava kože in operativnega polja,
- namen premedikacije,
- transport v operacijsko sobo (čas trajanja operacije),
- pomen sobe za zbujanje,
- prostor v katerem se bolnik zbujaja iz narkoze,
- poostrena kontrola vitalnih funkcij pri bolniku,
- vrnitev bolnika na oddelek,
- gibanje, premikanje, obračanje (kakor hitro je možno po operaciji),
- vzdrževanje proste dihalne poti, terapija s kisikom,
- infuzijska terapija,
- običajno zdravljenje bolečine,
- nadzor nad rano in nedotakljivost rane, dreni (Seničar, 2006).

Poučevaje o pravilnem dihanju, izkašljevanju in gibanju po operaciji

Bolnika moramo že pred samo operacijo poučiti o aktivnostih, ki mu bodo pomagale doseči najboljšo raven delovanja po operaciji. Če s tem začnemo pravočasno, ne izgubljammo časa pri učinkovitosti poučevanja. Najbolje je, da bolnik dobi pojasnila o operaciji in aktivnostih o operaciji že pred sprejemom v bolnišnico, saj jih tako lahko doma prebere in tudi že izvaja vaje. Ko je sprejet v bolnišnico, s pomočjo medicinske sestre ali fizioterapevta vaje ponovi. Dobro oblikovan program predoperativnega učenja poveča bolnikovo fizično delovanje, bolnik se psihično bolje počuti, to pa lahko skrajša njegovo ležalno dobo v bolnišnici.

Poučevanje bolnika dan pred operacijo ni koristno, ker je bolnika preveč strah in ne sledi navodilom (ibid.).

Zagotavljanje varnosti in dobrega počutja

Strah pred operacijo pri bolnikih pogosto povzroča nespečnost in vznemirjenost, zato bolniki v takšnih primerih dobijo sredstva za pomirjanje, in sicer en dan do dva dni pred operacijo. Če bolniku zdravstveno stanje dopušča, da hodi in se giba, ga pri tem vzpodbujamo, saj to pospešuje cirkulacijo, izboljšuje predihanost pljuč, krepi mišično moč in izboljšuje psihično počutje. Izogibati se mora naporom, ki ga utrujajo.

Bolnika moramo obvarovati celostno; vedeti moramo, da bolnik ni predmet, ki ima zaradi bolezni ali poškodbe motene funkcije, ampak je človek, na katerega vplivajo telesni, duševni, socialni in kulturni stiki. Uspeh operacije je velikokrat odvisen od tega, kako znamo pri bolniku vzpodbuditi voljo do življenja in ga prepričati, da bo operacija uspešna (Seničar, 2006).

Pisni pristanek bolnika na operacijo

Pisni pristanek bolnika pomeni, da je bolnik seznanjen na njemu razumljiv način o:

- vrsti in namenu operacije ter zdravljenja,
- razpoložljivih možnostih,
- nevarnostih vsake operacije.

Fizična priprava

Fizična priprava bolnika pomeni čim boljše doseganje kondicije za predviden operativni poseg in anestezijo. K fizični pripravi sodijo:

- pregled kirurga; kirurg bolniku predstavi celoten potek zdravljenja in odredi določene preiskave za odkrivanje obolenj, ki bi lahko poslabšale potek operacije,
- pregled anesteziologa; anesteziolog obiše svojega bolnika, katerega bo anesteziral, dan ali dva pred predvideno operacijo in anestezijo, da se seznani.

Pri vsakem bolniku opravimo rutinske preiskave, kot so meritve srčnega utripa, krvnega tlaka, temperature. Vsakega bolnika se tudi stehta in izmeri njegovo višino. Naredimo tudi običajne laboratorijske preiskave krvi in urina. S pomočjo patoloških ugotovitev v rutinskih preiskavah ali zaradi narave bolnikove bolezni lahko zdravnik odredi še posebne preiskave in diagnostiko (Ivanuš, Železnik, 2000).

KOMUNIKACIJA V PROCESU PRIPRAVE NA OPERACIJO

Učinkovito oziroma ustrezno komuniciranje pomeni, da člani zdravstvenega tima za vsakega bolnika posebej ocenijo, kako mu bodo posredovali informacijo. Za vsakega bolnika je potrebno oceniti stopnjo razumevanja in temu prilagoditi način informiranja in edukacije.

Medicinska sestra prek komunikacije posreduje informacije, pomaga bolniku izražati občutke in duševne reakcije na bolezen ter mu pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb.

Komunikacijske sposobnosti so temelj odnosa bolnik – zdravstveno osebje. Pomanjkanje teh veščin lahko vodi v zapiranje bolnika v svoj svet, povečanje njegovega strahu in zmanjšanje zadovoljstva z osnovno zdravstveno oskrbo. Zaposleni v zdravstvu, s pomočjo pridobljenega znanja na tem področju, pripomorejo k večjemu zaupanju bolnika v proces zdravstvene obravnave, k zmanjšanju čustvenih in psihičnih napetosti in k zavedanju, da tudi bolniki sami lahko naredijo korak k svoji ozdravitvi.

Ustrezna komunikacija pa ni pomembna samo z vidika bolnika, ampak ima pomemben vpliv tudi na zadovoljstvo pri delu zdravstvenega tima. Zato je, poleg tega, da se mora na področju komuniciranja vsak

član zdravstvenega tima nenehno izobraževati sam, zelo pomembno, da tudi vodstvo bolnišnice poskrbi, da se člani zdravstvenega tima ustrezno izobražujejo na področju podajanja informacij bolniku, na področju komuniciranja z bolnikom in s sodelavci ter na področju edukacije bolnika in svojcev.

Verbalna komunikacija

Za komunikacijo v prvi vrsti uporabljamo govor, ki je osnovni način sporazumevanja med ljudmi. Z besedami dajemo in prejemamo informacije. Besede imajo moč vpliva in spreminjanja, saj lahko na primer razveselijo, osrečujejo, spodbujajo k akciji, razžalostijo, povzročijo bolečino ipd. Kljub zapletenosti govora kot instrumenta sporazumevanja, se včasih zgodi, da ostanemo brez besed. V takih primerih si ponavadi pomagamo z govorico telesa ali uporabimo simbole (Filipič, 1998).

Neverbalna komunikacija

Telo ne laže. Lahko sicer prenehamo govoriti verbalno, vendar nikoli ne prenehamo govoriti s telesom. Naša drža, gibi, mimika in kretnje dajejo številne signale. Sproščena drža pove nekaj drugega kot zaprta, nepristopen obraz pove več kot beseda. Osnovni vzorec govorice telesa prinesemo s seboj na svet, dobršen del pa je v otroštvu naučen skozi pohvale in graje. Neverbalna govorica se zazna precej hitreje od govornega signala in je manj nadzorovana oziroma zadrževana, zato je pristnejša, pomenljivejša in enopomenska. Skupaj s simbolno govorico stalno nastopa tudi pri zdravstveni negi. Bolniku z njo dajemo signale, enako kot jih tudi on daje nam (Filipič, 1998).

Informiranje kot ključni element psihične priprave

Pri informiranju bolnika je potrebno razlikovati med samim informiranjem in edukacijo bolnika. Informiranje je splošno gledano opisovanje in razlaganje pretežno v smislu enosmerne komunikacije, medtem ko je učenje interaktivni proces spreminjanja razmišljanja posameznika, kjer je bolnik obravnavan holistično s ciljem, da se mu pomaga najti učinkovito pot za življenje z rakom (Grahm po Skela Savič, 2002).

Ključnega pomena pri informiranju bolnika je sodelovanje in prenos informacij med zdravnikom in medicinsko sestro glede stanja

bolnika ter morebitnih vprašanj in nejasnosti v zvezi s potekom zdravljenja, ki se pojavljajo pri bolniku. Če bo bolnik začel prejemati nasprotujoče si informacije, bo podvomil v naše delo in verodostojnost informacij, zato mora biti zdravstveno osebje, ki dela z bolnikom, strokovno izobraženo iz področja, na katerem dela, poleg tega mora imeti dodatno pridobljena znanja s področja dajanja in prenosa informacij ter tehnik, veščin komuniciranja in edukacije (Skela Savič, 2002).

Bolniki so s pomočjo informacij o raku in zdravljenju le-tega pasivno in aktivno vključeni v proces zdravljenja. Le informiran bolnik bo razumel načrt zdravljenja, dobil občutek varnosti in zaupanje do zdravstvenih delavcev. Zlasti slednje je pomembno za bolnikovo aktivno sodelovanje pri terapevtskem načrtu ter pri načrtu zdravstvene nege. S pomočjo seznanjenih svojcev pa je tudi njihovo aktivno sodelovanje še večje.

Informiranje bolnika je kompleksen proces in bolnik poleg informacij, ki mu jih o bolezni in zdravljenju posredujejo člani zdravstvenega tima, potrebuje še številne dopolnilne informacije. Te so pomembne za razumevanje samega procesa zdravljenja, olajšajo mu bivanje na zdravljenju in vplivajo na kakovost življenja v času zdravljenja. Tako je na Onkološkem inštitutu na voljo brošura Sprejem in bivanje na Onkološkem inštitutu, poleg le-te pa so na voljo tudi druga pisna gradiva v obliki zloženek. Informacije za bolnike so na voljo tudi na spletni strani Onkološkega inštituta. Določen je tudi urnik posredovanja telefonskih informacij bolnikom in svojcem na kirurškem oddelku.

V preteklosti se je glavnina zdravstvene oskrbe bolnikov, tudi bolnikov z rakom, odvijala v bolnišničnem okolju. Danes pa se, zaradi nove usmeritve v zdravstveni politiki in potrebe po racionalnejši uporabi sredstev, zdravstvena obravnava seli iz bolnišničnega okolja v dnevne bolnišnice, ambulate in na bolnikov dom. Prenos zdravljenja iz bolnišničnega v ambulantno in domače okolje pomeni tudi večjo vlogo in odgovornost bolnika v procesu zdravljenja in posledično večjo potrebo po informacijah, izobraževanju, zdravstveni vzgoji in svetovanju (Lokar, 2010).

Hkrati pa se danes »spreminjajo« tudi bolniki. Imajo več znanja in so bolj osveščeni, znajo poiskati informacije, se zavedajo svojih pravic ter ne sprejemajo odločitve zdravnika oziroma medicinske sestre sa-

moumevno, ampak želijo argumente, utemeljitve, zavračajo pokrovitelski odnos in želijo partnerstvo oziroma sodelovanje (ibid.).

Spremenjeni zdravstveni obravnavi bolnikov se bo morala prilagoditi tudi ponudba zdravstvenega varstva in se tako kvantitativno kot kvalitativno uskladiti s potrebami in pričakovanji bolnikov. Razvijanje novih modelov prakse bi lahko bil izziv za zdravstveno nego.

ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju predstavlja danes za medicinsko sestro vedno večjo odgovornost. Zaradi vedno hitrejšega prenosa zdravljenja iz bolnišničnega v ambulantno in domače okolje je vedno večji poudarek tudi na dobri pripravi bolnika na zdravljenje, predvsem v smislu učinkovitega informiranja in edukacije. Krajšanje dobe bivanja v bolnišnici namreč posledično pomeni večjo potrebo bolnika po informacijah, izobraževanju in zdravstveni vzgoji.

LITERATURA

- Borštnar S, Bernot M, eds. Napotki za premagovanje neželenih učinkov sistemskega zdravljenja raka: Kaj morate vedeti? Ljubljana: Onkološki inštitut; 2007: 8–15.
- Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. V: Obzornik Zdr. N. 1998; 32: 221–5.
- Hrknes C, Dincher J. Medical surgical nursing. Total patient care (tenth edition). St. Louis: Mosby; 1999.
- Ivanuš A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000.
- Lokar K. Bolnik z rakom na zdravljenju doma – izziv za zdravstveno nego. V: 33. strokovni seminar. Rogaška Slatina. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji; 2010.
- Miksić K, Flis V, eds. Izbrana poglavja iz kirurgije: učbenik za kirurgijo na visokih zdravstvenih šolah. Maribor: Obzorja; 2003.
- Payne S, Walker J. Psihologija v zdravstveni negi. Ljubljana: Educy; 2002.

- Seničar A. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. V: Rebernik –Milič M. (ur.). Zbornik XXI. Zagotovimo varnost pacienta. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006: 7–18.
- Skela Savič B. Vloga in pomen informiranja bolnika z rakom. V: X. seminar »In memoriam dr. Dušana Reje«. Dolžnosti in pravice v zvezi z zdravjem – pravice bolnikov z rakom. Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku; 2002.
- Škerbinek I. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. V Obzornik Zdr. N. 1992; 26: 29–32.
- Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. Radovljica: Didakta. Nekatere posebnosti komuniciranja z bolniki; 1994: 198–202.
- Velepič M. Razvoj in pomen onkološke zdravstvene nege. V: Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2000: 5–11.