

## Psihična priprava bolnika na operacijo\*

Če hočemo govoriti o psihični pripravi bolnika na operacijo, moramo vedeti nekaj o njegovi psihologiji. Tu sta važni dve spoznanji. Prvo nas pouči, da je duševno življenje bolnikov nekoliko drugačno kot pri telesno zdravih ljudeh. Odvisno je predvsem od težavnosti in vrste bolezni, od bolnikove osebnosti, njegove starosti, vloge svojcev ter od ravnanja zdravstvenih delavcev z bolnikom. Drugo spoznanje bolnikove psihologije pa sloni na tem, da je tudi potek bolezni odvisen od njegove duševnosti in vedenja.

Ena od potez človekove osebnosti so **človekova čustva**. S čustvi mislimo vse duševne procese, ki izražajo človekov pozitivni ali negativni odnos do stvari, pojavov in okolja. Bolnikovo okolje je spremenjeno in močno vpliva na njegovo čustvovanje. Bolnik je prizadet s tem, da je hospitaliziran, odtrgan iz domačega in delovnega okolja. Tare ga skrb za družino (npr. matere zaradi neurejenega varstva otrok ipd.). Ob psihični pripravi bolnika na operacijo je najvažnejše čustvo **strah**. To je biološko najosnovnejše in najstarejše čustvo. Po jakosti se strah stopnjuje od rahle bojzani do panike. Poleg tega ločimo predmetni in brezpredmetni strah. Predmetni strah je strah pred čisto določenimi stvarmi in pojavi. Oseba v takem primeru natančno ve, česa jo je strah. O brezpredmetnem strahu govorimo, kadar kdo toži o občutku strahu, pa niti sam ne ve, česa se pravzaprav boji. Takšno čustvo strahu je npr. **tesnoba**. Strah je zelo nalezljiv. Dovolj je že, da vidimo strah pri drugih, pa se loti tudi nas, čeprav sami ne opažamo konkretne nevarnosti. Na strah ne reagirajo vsi enako. Pri čustveno stabilnih ljudeh zadostuje že, če jim obrazložimo potek zdravljenja in operacije, in bolnik se več ali manj prilagodi na nadaljnjo situacijo. Pri nevrotikih pa se moramo že veliko bolj potruditi, saj potrebuje **tak človek** še veliko več razumevanja in naše prisotnosti. Taki ljudje so večkrat emocionalno nestabilni in na spremembo okolja, tj. na hospitalizacijo, ne reagirajo primerno.

Da bi sestre zvedele kaj več o bolnikovi osebnosti, moramo znati dobro opazovati. Opazujemo več stvari, in sicer:

### 1. Bolnikov odnos do samega sebe.

Opazujemo, ali je bolnik potr, žalosten, obupan, brez volje, nemiren. Tudi pretirana veselost je lahko posledica globljih duševnih problemov.

### 2. Bolnikov odnos do bolezni in operacije.

Duševna stiska bolnika se največkrat kaže v njegovi brezbriznosti ali omalovaževanju bolezni. Na tak način skuša ubežati neprijetnemu in bolečemu spoznanju o resnosti stanja. Razumljivo je, da tudi pretirana zaskrbljenost govori o bolnikovi duševni stiski.

---

\* Referat na seminarju za med. sestre v intenzivni negi bolnika, 17. septembra 1973 v Kranju.

### **3. Bolnikov odnos do diagnostičnih in terapevtskih zahtev.**

Nekateri bolniki odklanjajo preglede, ne sodelujejo pri njih, odklanjajo zdravlila, ne upoštevajo nasvetov in napotkov ter ne sodelujejo pri zdravljenju.

### **4. Bolnikov odnos do zdravstvenih delavcev.**

Nezaupljivost, prevelika zahtevnost, neiskrenost so skoraj vedno znamenja bolnikovega duševnega problema. Sem spadajo tudi bolniki, ki se nekako izogibajo srečanju z zdravnikom ali sestro, in tisti, ki silijo domov.

### **5. Bolnikov odnos do svojcev.**

O bolnikovem duševnem stanju nas pouči tudi njegov odnos do obiskovalcev. Posebno moramo biti pozorni, če je bolnik do obiskov brezbrizen ali jih celo odklanja. Tudi pretirana pričakovanja, očitki in podobno kažejo, da se bolnik duševno ni najbolje prilagodil bolezni.

### **6. Bolnikov odnos do sobolnikov.**

Če želimo spoznati bolnikovo duševno stanje, je priporočljivo, da opazujemo tudi njegov odnos do sobolnika. Netovariški odnos, pretirana želja po samoti in miru, zaviranje in prepirljivost so skoraj vedno slaba znamenja. Mnogo jih je, ki svojih duševnih problemov ne kažejo burno. Navidez se celo zdi, da jih niti nimajo. Vendar nas to ne sme zapeljati. Zato mora medicinska sestra tudi takim posvetiti pozornost, zlasti če gre za otroke.

## **Kaj pa lahko storimo sestre in kakšne metode lahko uporabljamo za zmanjševanje teh neugodnih čustev?**

Ob psihični pripravi bolnika na operacijo sodeluje več profilov zdravstvenih delavcev. To so zdravniki specialisti, oddelčne, sobne sestre, socialni delavci, fizioterapevti in zadnje čase vse bolj tudi sestre, ki delajo pri anesteziji. Bolniki, ki čakajo na operacijo, so v glavnem že seznanjeni s svojo boleznijo oziroma poučeni tudi, zakaj je operacija potrebna. To opravi kirurg ali zdravnik specialist v specialističnih ambulantah. Ta tudi napoti bolnika v bolnišnico. V anestezijski ambulanti ponovno obdelava bolnika anesteziolog, kjer mu pomaga anestezijska sestra. Zdravniki zaradi prezaposlenosti dostikrat nimajo časa za pogovor z bolnikom. Na kratko mu sicer pojasnijo, zakaj je operacija potrebna, vendar se bo z drobnimi vprašanji o operaciji in narkozi bolnik raje obračal na sestro.

Anestezijska sestra pride v kontakt z operirancem šele nekaj dni ali dan pred operacijo. Takrat sta pa tudi strah in zaskrbljenost največja. Zato mu bo pogovor o njegovih težavah zelo dobro del. Pomemben del bolnikove psihične priprave je razgovor oziroma izpovedovanje o njegovi bolezni. To je ena od metod psihoterapije, ki jo imenujemo ventilacijo in izpovedovanje. Tudi če ne vemo prav nič o psihoterapiji, si lahko pomagamo z ventilacijo. To se pravi, da bolnika poskušamo pripraviti, da se nam izpoveduje. Ni važno, kaj govori, važno je le, da govori. Marsikateri bolnik se psihično umiri že s tem, če ima občutek, da ga nekdo posluša in se zanima za njegove težave.

Z druge strani pa naj sestra bolniku na kratko obrazloži celotni postopek, kako poteka priprava na operacijo in narkozo. Povedati mu moramo enostavno in razumljivo, seveda je razlaga odvisna od bolnikove starosti in izobrazbe. Bolniku povemo, da bo kakšno uro pred operacijo dobil injekcijo, ki ga bo pomirila, in hkrati tudi injekcijo proti bruhanju. Nato bo zaspal, še preden ga odpeljemo v operacijsko dvorano. To pride v poštev tam, kjer so

urejene anestezijske sobe. Nekateri bolniki se bojijo že samih injekcij in pogostnega zbadanja, zato jim pojasnimo, da jih bomo zbadli samo enkrat in da bodo po istem sistemu dobili vsa potrebna zdravila za uspešno narkozo. Bolniki, zlasti starejši, se bojijo maske, češ da jih bo zadušilo (pač zaradi izkušenj z etrovo narkozo). Če bolnik sprašuje še naprej, mu lahko pojasnimo, da bomo potem, ko bo po injekciji v žilo zaspal, nadaljevali narkozo z masko ali mu v sapnik vstavili gumijasto cevko ter ga priključili na aparat za narkozo. Povemo mu, da tako vzdržujemo narkozo do konca operacije in tako bolnika tudi mine strah, da bi se zbudil pred koncem operacije.

Toda kljub temu da bolnik ve za ves potek priprave na operacijo, pa bo na dan operacije morda vendarle razburjen. Ko čaka v anestezijski sobi, da ga odpeljemo v operacijsko sobo, mu bo spet stala ob strani ravno anestezijska sestra, ga spodbujala in mu skušala pomagati s prijazno besedo ali stiskom roke.

Kako pomemben je uvod v anestezijo v kakem drugem prostoru in ne v operacijski sobi, pa se pokaže zlasti pri otrocih. S tem, da otroka odpeljemo v operacijsko sobo, mu lahko prizadenemo pravo psihično travmo. Zato dajemo otrokom uvodno, to je rektalno narkozo že na oddelku, da ga tako čim manj vznemirjamo. Spečega ga pod kontrolo anesteziologa in sestre prenesemo v operacijsko sobo. Za otroka pomeni hospitalizacija še hujšo duševno obremenitev kakor za odraslega. Hkrati ga vznemirja mnogokrat neprilagojena reakcija prizadetih staršev, ki prenašajo svoj nemir na otroka. Upoštevati moramo, da je otrok izrazito egocentrično bitje, ki v bolezni in hospitalizaciji rado nazaduje na bolj zgodnjo razvojno stopnjo, s čimer se brani v svoji stiski.

Mnogokrat kaže bolni otrok svojo agresivnost proti medicinskemu osebju, kar je tudi dokaz njegove obrambe zaradi notranje napetosti. Ravnajmo z otrokom enostavno, z razlago, primerno njegovi starosti, ne begajmo ga z neizpolnjenimi obljubami in ne razvajajmo ga pretirano. Vztrajajmo pri določeni zahtevi in mu brž, ko je zanj sposoben, nalagajmo primerne naloge.

Po vsem tem, ko sem skušala prikazati, kako pomembna je vloga medicinske sestre pri psihični pripravi bolnika na operacijo, pa bi rada povedala še nekaj na splošno o odnosih sestra—bolnik. Kajti vedeti moramo, da dobra medicinska sestra s svojim delom in pravilnim odnosom do bolnika veliko pripomore k zdravljenju in sodelovanju bolnika pri raznih posegih in operacijah.

Pomen sestre ob bolnikovi postelji je malone prav tolikšen kakor zdravnikov. Seveda so njune naloge različne. Zdravnik ugotovi diagnozo ter predpiše in vodi terapijo, sestra pa izvaja del ukrepov in skrbi za splošno počutje bolnika. Z odvrčanjem vsega, kar neugodno vpliva na čustva in doživljanje bolnikov, izpolnjuje eno svojih glavnih nalog in z njo pomembno dopolnjuje zdravnikovo delo. V procesu zdravljenja je več situacij, ki neugodno vplivajo na čustva bolnikov. Mnoge med njimi bi lahko z boljšo organizacijo dela in s poslušom za bolnika odpravili brez posebnega truda. V ambulantah je vzrok čustveno kritičnih situacij čakanje, včasih tudi po več ur dolgo, kar ni samo izguba časa, ampak ga mnogi bolniki doživljajo kot osebno ponižanje. V bolnišnicah je čustveno kritičnih razmer še več, če začnemo s postopkom pri sprejemu, vse do bivanja v velikih sobah, včasih celo med hudo bolnimi in umirajočimi bolniki, kakor tudi negotovosti, rutinskega in neosebnega odnosa do bolnika pa tja do pomanjkanja intimnosti, ko se mora

bolnik slačiti, kopati ali opravljati potrebo vpricho bolnikov in zdravstvenih delavcev. Sestra mora razmisliti, katere so na njenem delovnem mestu takšne za bolnika kritične okoliščine in storiti vse, da jih omili. Sestra ima izreden vpliv na bolnikova čustva. Zato mora ukreniti, kar le more, da s svojim delom in svojo osebnostjo vpliva na njegovo boljše duševno počutje.

Oglejmo si nekaj praktičnih nasvetov:

— Ob sprejemu bolnika na oddelek se mora sestra bolniku predstaviti. Na oddelku naj bolnika seznanijo še z drugimi zdravstvenimi delavci in bolniki v sobi. S tem mu olajša prilagajanje na bolniško okolje.

— Sestra naj bolniku odgovarja na vprašanja, seveda mora vedeti, kaj mu lahko pove in kaj mu bo v korist. Vsekakor pa je izjema nakazovanje diagnoz in prognoz, kar je izključno zdravnikova naloga.

Vera bolnikov v ozdravljenje se spreminja le polagoma. Če bolnik meni, da si ne bo nikoli opomogel, ni dobro, da mu slikamo prihodnost preveč rožnato. Bolje je, da poudarjamo potrpežljivost, omenimo napredek znanosti in opozarjamo na stvari, brez katerih lahko v življenju shajamo.

— Vsaka težava je znosnejša, če je na istem veliko ljudi. Nekateri bolniki radi mislijo, da imajo povsem redko, novo, neznano in še neodkrito bolezen. Takim bolnikom moramo pomagati do spoznanja, da njihovo stanje ni nekaj povsem novega, neznanega in da se je pri drugih podobno obolenje dobro izteklo. S tem bolniku močno okrepimo zaupanje do samega sebe in do zdravstvenih delavcev.

— Telesno prizadetim moramo dajati občutek, da njihovo stanje ni brezupno. Potrebna sta stalno opogumljanje in pomoč, da bolnika spodbudimo za njegove lastne napore in ugodno zadržanje. Tu bi omenila, kako važna je psihična priprava bolnikov, ki bodo po operaciji telesno prizadeti (npr. amputacija dojke ali roke, noge).

— Naučimo se poslušati bolnika, tudi če pove kaj kritičnega na račun zdravstvene osebe in nege. Če je bolnikova kritika upravičena, poskrbimo, da bodo napake odpravljene, sicer pa mu razložimo, zakaj njegove pripombe niso upravičene. Nikoli ne smemo reagirati na kritiko z osebno užaljenostjo. Sestra, ki zna poslušati bolnika, si pridobiva njegovo zaupanje.

— Poklicna molčečnost zahteva, da nikomur ne pripovedujemo tistega, kar nam je bolnik zaupal, najmanj pa domačim ali celo drugim bolnikom. Izjema so pomembna spoznanja o bolniku, ki jih sporočamo nadrejenim.

— Z bolnikom moramo biti prijazni, vendar ne preveč domači.

— V bolnikovi navzočnosti nikoli ne govorimo šepetaje z drugimi osebami. Ker je bolnik navadno že tako premalo trden, ga takšno ravnanje samo še bolj zmede.

— Bolniku, ki iz nerodnosti stori kaj narobe, se ne smemo smejati, kaj šele posmehovati.

— Če nas bolnik za kaj prosi, mu moramo ugoditi, če le moremo, ali pa mu takoj povedati, zakaj tega ne more dobiti.

— Bodimo potrpežljivi.

— Če vidimo, da bolnik nekaj želi, ne čakajmo, ampak ga prvi ogovorimo in spodbudimo, da nam izrazi morebitno željo.

— Bodimo dosledni. Ni prav, če danes nekje odpuščamo, jutri pa isto stvar prepovedujemo ali grajamo.

— Bodimo čustveno uravnovešeni. Domači problemi nikakor ne smejo vplivati na naše delo z bolnikom. Sestra, ki je danes vsa srečna in vesela, naslednji dan pa potrta in molčeča, na bolnika ne vpliva ugodno.

— Bodimo do vseh bolnikov enako skrbni in prijazni.

— Naše razpoloženje bo prešlo na bolnika, če med našim in njegovim razpoloženjem ni prevelike razlike. Če je bolnik zelo bolan, se bo na prijazen pogled poskušal nasmehnuti. Na drugi strani bo zelo bolan bolnik zameril, če se bomo preveč glasno smejali in zbijali šale. Zelo bolan bolnik bo zameril tudi, če mu bomo pripovedovali, kako imenitno smo preživeli nedeljo.

— Poznati moramo telesne in duševne spremembe pri ženah raznih starosti. Če vidimo, da bolnico kaj skrbi, jo moramo potolažiti in poučiti.

— V pogovoru z bolniki naj pride do veljave naše zaupanje in veselje do dela, ki ga opravljamo kot sestre.

— Če bolniki čakajo na razne preiskave, jim povejmo, koliko časa je treba čakati. Ne recimo jim nekaj minut, če vemo, da bo trajalo dve uri.

— Ne hodimo okoli bolnikov s pretirano lahkotnostjo, veselostjo in pretirano nalepotičene. Bolnik mora o nas dobiti vtis resnosti in odgovornosti.

— Večkrat pogledjmo v sobo in vprašajmo bolnika o njegovem počutju. Noben bolnik nima rad, če ga dalj časa ne opazimo in se ne menimo zanj.

— Kadar imamo opravka z otroki, je najvažnejše, da jim utrjujemo občutek varnosti.

— Bolnikov, starih nad 16 let, ne tikajmo in ne kličimo po imenu.

— Do starih bolnikov se ne smemo obnašati, ko da so nebolgljeni otroci. Nekateri ne vidijo radi, da jih ogovarjamo kar pretirano po domače, kot npr.: »kako je, mamca« ali »kako je, očka«.

— Ne obremenjujmo bolnikov z našimi osebnimi problemi.

Ob koncu bi rada še enkrat omenila pomembno vlogo medicinske sestre v procesu zdravljenja. Uspeh njenega dela pa je odvisen od dveh stvari — od znanja in osebnosti. Neka raziskava je pokazala, da imajo dobre medicinske sestre naslednjih deset osebnostnih potez:

1. ljubezen do ljudi in obzirnost,
2. relativno visoko inteligenčnost, široke interese, dober spomin in dobro šolsko znanje,
3. čustveno zrelost, trdnost in uravnovešenost,
4. dobro telesno zdravje in urejeno zunanost,
5. življenjski optimizem,
6. občutek odgovornosti,
7. sposobnost za opazovanje (tudi drobnih stvari),
8. iznajdljivost in prilagodljivost,
9. pravilen odnos do čistoče,
10. sposobnost za vodstvo in poučevanje ljudi.

#### Literatura:

Levine M.: Psihoterapija u medicinskoj praksi. V. S. P. Beograd 1959. (Prevod iz angleščine F. Botica).

Pirc-Delak N.: Medicinska sestra in njen odnos do težko bolnega. Skripta. Tečaj za intenzivno nego. Ljubljana 1971.

Požarnik H.: Psihologija za srednje medicinske šole. Tehniška založba Slovenije. Ljubljana 1972. Str. 54, 60, 20, 85.