

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRI KIRURŠKEM ZDRAVLJENJU RAKA NA MODIH

Stane Grabljevec

Uvod

Pri malignih tumorjih mod je transingvinalna orhidektomija osnovno zdravljenje. Pogosto pa moramo opraviti še retroperitonealno limfadenektomijo. V prispevku je opisana zdravstvena nega bolnika, ki je zdravljen kirurško z enim od prej omenjenih kirurških posegov, in sicer skupne poteze ter značilnosti zdravstvene nege pri posameznem kirurškem posegu.

1. Obdobja zdravstvene nege kirurškega bolnika

Predoperativno obdobje se začne z bolnikovo privolitvijo v operacijo, konča pa se, ko bolnika preložijo na operativno mizo. Aktivnosti medicinske sestre/zdravstvenega tehnika (v nadaljevanju MS/ZT) v tem obdobju so: negovalna anamneza, ugotovitev aktualnih in potencialnih negovalnih problemov, načrtovanje zdravstvene nege bolnika na osnovi bolnikovih individualnih potreb, psihoedukacijska priprava bolnika in njegovih bližnjih ter fizična priprava bolnika.

Medoperativno obdobje zajema čas od namestitve bolnika na operativno mizo do premestitve bolnika v prebujevalnico. Aktivnosti MS/ZT v tem obdobju zajemajo raznovrstne specifične postopke, ki ustvarjajo in vzdržujejo varno terapevtsko okolje za bolnika in zdravstveno osebje.

Pooperativno obdobje se začne s sprejemom bolnika v prebujevalnici in konča z odpustom bolnika iz bolnišnice. Aktivnosti MS/ZT zajemajo številne dejavnosti: opazovanje bolnikovih reakcij (fizičnih in psihičnih) na operacijo, izkazovanje podpore bolniku in podpornim osebam ter njihovo tovrstno izobraževanje. Končni cilj je, da v danih razmerah pomagamo doseči čim boljše zdravstveno stanje.

2. Priprava bolnika na operativni poseg po procesu zdravstvene nege v predoperativnem obdobju

2.1. Ugotavljanje potreb

Zajema:

1. Zbiranje potrebnih informacij:

- dotedanje medicinske diagnoze in terapije; zdravila (redna uporaba nekaterih zdravil lahko povečuje tveganost operacije, kot npr. zdravljenje z antikoagulantmi, s trankvilizanti, z depresorji centralnega živčnega sistema ...);
- fizično stanje in fiziološki odzivi (zdravstveni problemi, ki povečujejo tveganost operacije, so: kardiovaskularna obolenja, motnje hemostaze, infekcije dihal ali kronične obstruktivne pljučne bolezni, ledvična obolenja, sladkorna bolezen, jetrna obolenja, nevrološka obolenja., motnje elektrolitskega, acido-bazičnega ali tekočinskega stanja, slaba prehranjenost, debelost, pretirano uživanje alkohola, kajenje);
- bolnikov psihosocialni položaj: njegovo čustveno stanje, komuniciranje, odzivanje na bolezen in bolnišnično okolje, sredstva za obvladovanje stresa oziroma bolečine, bolnikova prepričanja in vrednote (vštevši verska prepričanja in verske običaje), občutek za samospoštovanje in vrednotenje, notranje življenje in občutek za dobro počutje, kako je organizirana družbena podpora družine in prijateljev, kakšne so stanovanjske razmere, dohodek, poklic, rekreacija oziroma interesne dejavnosti, bolnikove potrebe po komuniciranju...);
- prejšnji odzivi na morebitne bolezni, operativne posege, hospitalizacijo;
- bolnikovo razumevanje, zaznavanje in pričakovanja glede na predviden operativni poseg;
- rezultati diagnostičnih testov (rezultati preiskav, rentgenski izvidi, laboratorijski izvidi itn.; naloga MS/ZT je, da se opravijo vse potrebne preiskave ter da so izvidi zbrani v popisu bolnikovega stanja).

Ustrezne informacije lahko zbiramo na različne načine in iz številnih virov:

- lastna opazovanja in meritve,
- bolnik / varovanec,
- bolnikovi prijatelji in sorodniki,
- druge informacije, ki se nanašajo na zdravstveno nego, dobljene npr. iz prejšnjih zapisov o zdravstveni negi ali pa od drugih članov negovalne strokovne skupine.

Zbiranje podatkov je sistematičen, stalen proces, ki mora biti dokumentiran.

2. Razlaga zbranih podatkov.
3. Identifikacija bolnikovih aktualnih in potencialnih potreb po zdravstveni negi.
4. Razvrstitev prednostnih aktivnosti zdravstvene nege.
5. Preverjanje ugotovljenih potreb in njihove razvrstitve po pomembnosti, oboje ugotavljamo skupaj z bolnikom.

2.2. Načrtovanje

Načrtovanje zdravstvene nege v predoperativnem obdobju bi moralo zajemati tako bolnika kot tudi podporne osebe (Kozier in sod.,1995).

Načrtovanje obsega:

1. Odločanje o rezultatih, ki jih želimo doseči skupaj z bolnikom in podpornimi osebami.
2. Odločanje o tistih postopkih zdravstvene nege, ki jih bolnik in podporne osebe potrebujejo glede na ugotovljene potrebe.
3. Pregled načrta zdravstvene nege, ki ga opravimo skupaj z bolnikom in s podpornimi osebami in pogovor o načrtu.
4. Posredovanje načrta zdravstvene nege preostalim članom negovalne in zdravstvene strokovne skupine ter razgovor.

Bistvene so naslednje odgovornosti MS/ZT:

- zagotoviti primerno fizično pripravo, da bi preprečili aspiracijo, poškodbe, infekcije in druge zaplete;
- zagotoviti mirno okolje in bolnikov duševni mir;
- ugotoviti in zadovoljiti učne potrebe bolnika in podpornih oseb;
- varovati bolnikovo lastnino v času operacije (Kozier in sod.1995).

Navajam nekatere cilje, ki jih skušamo doseči s pravilno zdravstveno nego in ki so pomembni za vsako načrtovanje zdravstvene nege v predoperativnem obdobju:

- bolnik bo znal v glavnih besedah razložiti: predviden operativni poseg ter razloge zanj, dodatno terapijo ter predviden čas hospitalizacije;
- bolnik bo razumel predvidene postopke (npr.prevoz v prebujevalnico ali enoto intenzivne terapije) in terapevtske pripomočke (monitorji, infuzije, terapija s kisikom, epiduralni kateter...);
- bolnik bo razumel pomen predoperativnih priprav (priprava kože, predoperativno čiščenje črevesja) in vaj (dihalne vaje, vaje z nogami, obračanje v postelji, izkašljevanje, vstajanje);

- bolnik bo prikazal izvajanje omenjenih vaj;
- bolnik bo izrazil svoja pričakovanja glede pooperativne analgezije; razumel bo aktivnosti glede obravnavanja bolečine;
- bolnik bo izrazil občutke glede operacije in pričakovanega izida;
- bolniku bosta zagotovljena počitek in spanje;
- bolnikova tekočinska bilanca bo uravnotežena;
- bolnik bo obvarovan infekcije.

Standardni negovalni načrti in protokoli zdravstveno-negovalne oskrbe bolnika so lahko koristen pripomoček za načrtovanje bolnikove oskrbe; vedno pa jih moramo prilagoditi bolnikovim individualnim potrebam.

2.3. Izvajanje

Obsega:

1. Usklajevanje in izvajanje zdravstvene nege po načrtu, ki smo ga sprejeli skupaj z bolnikom.
2. Prilagajanje načrta v primeru nepredvidenih zapletov med izvajanjem zdravstvene nege oziroma v primeru nenačrtovanih, vendar potrebnih aktivnosti zdravstvene nege.

2.3.1. Psihoedukacijska priprava

Vsaka ločitev posameznika od njegovega vsakdanjega okolja, na katero je navajen, je za posameznika stresna. Ta stres je tem večji, čim bolj je novo okolje neznano in čim bolj negativna čustva izzove. Odhod v bolnišnico je tudi takšna ločitev od vsakdanjega okolja, spremljajo jo negotovost, neugodni dražljaji in neugodna čustvena stanja. Bolnik je prenehal opravljati vsakodnevne aktivnosti na katere je bil navajen, ločen je od družine, prijateljev in znancev, spremljajo ga neugodni bolezenski simptomi, negotovost glede zdravljenja, neugodje pri zaznavanju trpljenja drugih in različne oblike strahu pred bolnišničnimi postopki, vse to so razlogi za močan stres, ki ga doživlja.

Razlogi za zaskrbljenost bolnikov po sprejemu v bolnišnico so različni. Občutki nemoči in izgubljenosti v bolnišničnem okolju; skrbi glede posledic operacije (strah pred infertilnostjo in manjšo spolno močjo, strah in negotovost glede nadaljnega razmerja s soprogo oziroma dekletom, strah pred spremenjeno telesno podobo; velikokrat gre tudi za napačne predstave); skrbi glede družine; bojazen, da bo bivanje

v bolnišnici poslabšalo gmotne razmere družine; strah pred bolečimi diagnostično-terapevtskimi posegi; strah pred operacijo-to so nekateri najpogostejši razlogi, ki lahko pri bolniku izzovejo visoko stopnjo splošne anksioznosti.

Popolna ločitev bolnika od njegovega vsakodnevne okolja in socialne vloge, ki jo je dotlej imel, zahteva velike napore pri prilagajanju in povzroča emocionalno napetost, to pa še dodatno pogloblja bolnikovo anksioznost. Novo okolje, ki obdaja bolnika v bolnišnici, s specifičnimi hierarhičnimi odnosi, ki uvrščajo bolnika na nizko mesto, spremeni prej samostojno in samozavestno osebo v človeka, ki je popolnoma odvisen od zdravstvenih delavcev, pogosto celo pri najpreprostejših opravilih (umivanje, oblačenje ...). Ta nagla sprememba družbene vloge posameznika izzove velike težave pri prilagajanju.

Tudi odnos zdravstvenih delavcev do bolnika je pogosto vzrok za bolnikove frustracije in nezadovoljstvo. Študije, s katerimi so hoteli ugotoviti, kateri vidiki bolnišničnega okolja povzročajo največje nezadovoljstvo pri bolnikih, so pokazale, da se bolniki najbolj pritožujejo nad pomanjkanjem informacij, ki jih o svoji bolezni dobijo od zdravstvenih delavcev. Neinformiranje ali slabo informiranje bolnikov o tem, kaj se z njimi dogaja, ter nezadostno informiranje bolnikov o predvidenih postopkih izzove pri bolnikih občutke izgubljenosti in strahu, da jim kaj prikrivajo. Pojavi se tudi občutek manjvrednosti, ker bolniki lahko pomislijo, da jim zdravstveni delavci ničesar ne povedo, ker jih imajo za tako nepoučene o medicini, da jim nima smisla karkoli razlagati.

Prav tako se bolniki pogosto pritožujejo, da v bolnišnici nimajo česa početi, da so popolnoma pasivni in da trpijo zaradi dolgočasia in monotonije. Mnogi bolniki menijo, da so bolnišnice popolnoma dehumanizirane ustanove, v katerih so medosebni odnosi, še posebno odnosi med zdravstvenimi delavci in bolniki, preveč hladni in zadržani. Ugotavljajo, da osebje v bolnišnicah na bolnika ne gleda kot na celovito osebnost, temveč kot na "nosilca bolezni", ki jo je potrebno čimprej odstraniti ali v kar najkrajšem času ublažiti. Takšno mišljenje še dodatno podkrepi tudi vedenje nekaterih zdravstvenih delavcev do bolnika. Včasih se namreč celo dogaja, da o bolniku sploh ne govorijo tako, da bi omenjali njegovo ime, temveč ga imenujejo le z njegovo diagnozo (Havelka, 1982).

Bolnikovo anksioznost lahko ublažimo na več načinov. Najbolje je, da anksioznost začnemo blažiti že pri sprejemu bolnika v bolnišnico.

Pri sprejemu v bolnišnico dobi bolnik prve vtise o novem okolju, v katerem bo nekaj časa bival. Že po načinu sprejema lahko slutiti, kakšen bo nadaljnji odnos zdravstvenih delavcev do njega. Te slutnje lahko pri bolniku povečajo anksioznost, če so zdravstveni delavci ob sprejemu do bolnika emocionalno hladni, preveč uradni ter se ne zanimajo zanj kot za osebnost, temveč le rutinsko opravljajo administrativno-tehnične postopke glede sprejema bolnika na bolnišnični oddelek. Eksperimentalne raziskave kažejo, da so najmanj anksiozni tisti bolniki, ki so bili ob sprejemu v bolnišnico izčrpno obveščeni o vseh vidikih rutinskih postopkov; in ki so bili seznanjeni z bolnišničnim okoljem, z drugimi bolniki ter z osebjem (Havelka,1982).

Na zmanjšanje anksioznosti pomembno vpliva tudi prvi pogovor z bolnikom. V pogovoru se poleg splošnih informacij dotaknemo tudi sociopsiholoških vidikov bolezni, s tem pa bolniku omogočimo, da izrazi zaskrbljenost glede vseh vidikov svoje bolezni.

Informacijo o predvidenem operativnem posega bolniku posreduje zdravnik. Bolnik pogosto vpraša MS/ZT kaj v zvezi z operacijo, a šele potem, ko je zdravnik, ki je dobil od bolnika soglasje za operacijo, že zapustil njegovo sobo. MS/ZT mora obvestiti kirurga o tem, ali je bolnik prestrašen glede operacije in ali ima vprašanja, na katera MS/ZT ne more odgovoriti.

Bolnika in njegove podporne osebe tudi zanima, kdaj bo poseg izveden. Če MS/ZT tedaj še ne ve točno, kdaj bo poseg izveden, mora o tem obvestiti bolnika in podporne osebe, takoj ko bo čas operacije določen.

MS/ZT mora pozorno prisluhniti bolnikovim skrbem ter se o njih pogovoriti z bolnikom. Tipična vprašanja so: Kaj se bo dogajalo med operacijo? Kako se bom počutil po operaciji? Kaj bo kirurg odkril? Kako dolgo bom ostal v bolnišnici? V tem času moramo tudi razrešiti napačne predstave, ki jih morebiti ima bolnik. S točnimi informacijami in z dajanjem vsestranske podpore pomagamo bolniku razrešiti skrbi. MS/ZT nikakor ne sme odsloviti bolnika rekoč "saj bo vse dobro".

Pri učenju bolnika mora MS/ZT upoštevati bolnikovo dojemanje sveta, njegove vrednote in verovanja (Brumfield in sod.,1996).

Splošno predoperativno učenje hospitaliziranega bolnika obsega:

Predoperativni postopki

Bolniku pojasnimo:

- zakaj so potrebni predoperativni diagnostični testi (laboratorijski testi, rentgensko slikanje, EKG).
- pripravo črevesja;
- pripravo kože;
- predoperativno medikacijo;
- morebitno individualno terapijo, ki jo je predpisal zdravnik;
- obisk pri anesteziistu;
- potrebo po prenehanju uživanja tekočine in hrane (če je predvidena limfadenektomija, bolnik ne uživa hrane dan pred operacijo), drugače pa ne uživa tekočine in hrane zadnjih 6-8 ur pred operacijo;
- splošen urnik dogodkov pred operacijo, med njo in po njej;
- potrebo po odstranitvi nakita, vseh zdravstvenih in kozmetičnih pripomočkov (kontaktne leče, očala, slušni aparat, popolna ali delna zobna proteza, lasulja ...) neposredno pred operacijo.

Bolnika informiramo tudi glede:

- časa izvedbe operacije,
- vstopa v operacijski blok (“ filter za bolnika ”),
- čakalnice za podporne osebe (Kozier in sod.1995).

Pooperativni postopki

Bolniku pojasnimo:

- postopke v prebujevalnici;
- dihalne vaje, vaje z nogami, tehniko izkašljevanja, obračanje v postelji, vstajanje s postelje;
- obravnavo bolečine (merjenje jakosti bolečine, protibolečinska terapija in metode);
- infuzijsko terapijo, terapijo s kisikom, merjenje vitalnih funkcij, nazogastrično sondo, stalni urinski kateter, oskrbo rane ...

2.3.2. Fizična priprava

Prehrana, tekočine

Ker anestetiki delujejo zaviralno na gastrointestinalni trakt in ker lahko bolnik med splošno anestezijo bruha in aspirira izbruhano maso, je običajno potrebno, da je bolnik zadnjih 6-8 ur pred operacijo tešč (pred retroperitonealno limfadenektomijo ne uživa hrane dan pred operacijo, pred orhidektomijo pa je zadnji obrok čista juha za večerjo). Kirurški bolniki in podporne osebe se morajo zavedati pomena te omejitve. Bolnik si lahko z vatiranimi paličicami vlaži usta, vendar ne sme požirati tekočine. Če bolnik užije hrano ali tekočino v času, ko bi moral biti tešč, mora MS/ZT o tem obvestiti kirurga.

Izločanje

Če bolnik odvaja blato redno, uporabljamo za čiščenje črevesja pred orhidektomijo odvajalne svečke oziroma odvajalni sirup, če bolnik odvaja blato neredno, elektrolitsko raztopino Golitely pa uporabljamo pred retroperitonealno limfadenektomijo.

Po retroperitonealni limfadenektomiji se peristaltika povrne šele po 24 do 48 urah.

Osebna higiena

Bolniki se oprhajo zvečer na predoperativni dan ali zjutraj na dan operacije.

Spanje in počitek

MS/ZT mora narediti vse, da zagotovi bolniku pred operacijo primeren počitek in spanje. Pogosto zdravnik predpiše uspavalno. Ustrezen počitek in spanje pomagata bolniku pri premagovanju stresa.

Premedikacija

Premedikacija bolnika pomiri ter olajša uvod v anestezijo. Zadnje čase se premedikacija opušča, a kadar je predpisana, jo mora MS/ZT aplicirati ob določenem času. To je pomembno, ker tako dosežemo želen kombiniran učinek z anestetikom.

Dragocenosti in zdravstveni pripomočki

Če podporne osebe ne morejo odnesti domov dragocenosti (npr. nakita in denarja), moramo te stvari shraniti v bolnišničnem trezorju.

Vse zdravstvene pripomočke, proteze in kozmetične pripomočke moramo odstraniti pred operacijo: kontaktne leče, očala, slušni aparat, umetne okončine, delno ali popolno zobno protezo, umetno oko, lasuljo ...

Posebna navodila

MS/ZT preveri, ali je zdravnik odredil kakšne posebne ukrepe, npr. aplikacijo zdravil (inzulin, heparin ...) ali namestitvev elastičnih nogavic ali povojev.

Priprava kože

Kirurška priprava kože obsega odstranitev dlak (bolnika obrijemo že na bolniškem oddelku na operativni dan, po možnosti čim krajši čas pred operacijo) in nanos antimikrobnega sredstva. Namen kirurške priprave kože je zmanjšati tveganje za pooperativno okužbo rane. Pred pripravo kože se mora MS/ZT prepričati, da sta operativno območje in okolica čista. Organizacija AORN (Association of Operating Room Nurses) je predlagala, da naj bi čistočo zagotovili tako, da bi se bolnik na bolniškem oddelku oprhal, tam bi umili tudi operativno območje in/ali pa bi operativno območje umili v operacijski sobi tik pred nanosom antimikrobnega sredstva. MS/ZT tudi pozorno pregleda kožo, o vsaki spremembi obvesti kirurga ter to tudi dokumentira. Prav tako mora MS/ZT ugotoviti, ali je bolnik alergičen na katero od raztopin, ki je bila uporabljena v pripravi.

2.4. Evalvacija

Zajema:

1. Oceno bolnikovega stanja in preverjanje uspešnosti zdravstvene nege glede na želene in pričakovane rezultate.
2. Merjenje učinkovitosti načrtovanih postopkov zdravstvene nege.
3. Nadaljnje ocenjevanje in ugotavljanje potreb ter načrtovnje, če niso bili doseženi želeni rezultati.
4. Kritično analizo stopenj v omenjenem procesu in po potrebi prilagoditev novim potrebam.

Načrt zdravstvene nege je uspešen in cilji so doseženi, če je bolnik telesno in duševno pripravljen za operacijo.

3. Medoperativno obdobje

V medoperativnem obdobju izvaja operacijska sestra številne postopke zdravstvene nege, da bi zagotovila celostno, varno in uspešno oskrbo bolnika med operacijo. Omenjene postopke in pričakovane izide je organizacija AORN opredelila s standardi. Ti pa se ne nanašajo samo strogo na medoperativno obdobje, saj naj bi se operacijska sestra vključila tudi v proces zdravstvene nege na oddelku.

Standardi izidov, ki jih je predlagala organizacija AORN in z njimi povezani postopki (Kleinbeck. 1996):

Standard 1: Bolnik bo poznal fiziološke in psihološke reakcije na operativni poseg.

Postopki zdravstvene nege:

- ugotovimo ovire pri komunikaciji,
- preverimo, za kateri operativni poseg je predviden bolnik,
- ugotovimo bolnikov pogled na operativni poseg,
- ugotovimo stopnjo bolnikovega znanja,
- ugotovimo bolnikove kulturne, verske navade, filozofska stališča,
- ugotovimo bolnikovo pripravljenost za učenje,
- ugotovimo bolnikov psihosocialni status,
- bolnika poučimo o vsem potrebnem, primerno njegovi starosti in ugotovljenim potrebam,
- ugotovimo stopnjo naučenega pri bolniku (bolnikov prikaz vaj, bolnik s svojimi besedami obnovi pridobljeno znanje ...),
- ugotovimo bolnikovo telesno stanje,
- bolniku opišemo in razložimo predvidene dogodke, postopke,
- razvijemo individualen načrt za zdravstveno nego,
- ugotovimo bolnikove obrambne mehanizme,
- preverimo bolnikovo identiteto,
- vključimo bolnikove svojce ali druge, za bolnika pomembne osebe, v predoperativno učenje.

Standard 2: Bolnik ne bo dobil infekcije.

Postopki zdravstvene nege:

- uporabljamo aseptično tehniko,
- ugotovimo bolnikovo dovzetnost za infekcijo,
- kategoriziramo kirurške rane,
- nadzorujemo sterilno območje,
- pripravimo bolnikovo kožo za operacijo,
- opozarjamo na napake v zvezi z aseptično tehniko in jih popravljamo,
- pozorni smo na znake in simptome infekcije pri bolniku,
- varujemo bolnika pred okužbo,
- pri načrtovanju bolnikove oskrbe kar se da zmanjšamo trajanje invazivnih postopkov,
- upoštevamo običajna opozorila,
- pazimo na higieno okolja,
- preverimo profilaktične ukrepe.

Standard 3: Bolnikova integriteta kože bo ohranjena

Postopki zdravstvene nege:

- ugotovimo stanje bolnikove kože,
- ugotovimo dejavnike tveganja,
- izvedemo preventivne ukrepe, da se koža ne poškoduje,
- ovrednotimo bolnikovo reakcijo na namestitvev.

Standard 4: Bolnik bo brez znakov in simptomov fizičnih, električnih ali kemičnih poškodb in ne bo dobil poškodb zaradi namestitve ali tujkov.

Postopki zdravstvene nege:

- izvajamo potrebna štetja,
- upoštevamo bolnikove zaznavne motnje,
- uporabljamo varne pripomočke,
- ugotovimo gibljivost bolnikovih okončin,
- upoštevamo poškodbe, prejšnje operacije,

- ugotovimo, ali ima bolnik zunanje, notranje proteze ali implantate,
- ugotovimo, kakšno je stanje bolnikovega mišičja in okostja,
- ugotovimo, ali so navedene alergije,
- ugotovimo morebitno navzočnost znakov fizične zlorabe,
- pri bolniku smo pozorni na znake in simptome zlorabe snovi,
- nadzorujemo okolje,
- apliciramo zdravila,
- namestimo elektrodo za ozemljitev bolnika,
- opazujemo telesne spremembe pri bolniku,
- transportiramo bolnika v skladu z njegovimi potrebami,
- namestimo manšete,
- ovrednotimo bolnikove reakcije na postopke,
- pred operacijo preverimo bolnikovo identiteto,
- varno uporabljamo pripomočke,
- ugotavljamo spremembe bolnikovega vedenja,
- uporabljamo naprave za ugotavljanje in nadzor bolnikovega stanja,
- naredimo negovalni načrt v skladu z bolnikovimi potrebami in njegovimi odločitvami,
- izvajamo specialna opravila glede na kirurški poseg,
- uporabljamo pripomočke za namestitev bolnika,
- zapišemo vstavev vsadkov,
- izvajamo termoregulacijske ukrepe.

Standard 5: Vzdrževano bo bolnikovo tekočinsko in elektrolitsko stanje.

Postopki zdravstvene nege:

- poročamo o razhajanjih pri rezultatih diagnostičnih testov,
- nadzorujemo bolnikove vitalne funkcije,
- dajemo infuzijske in transfuzijske tekočine za nadomeščanje izgubljene telesne tekočine,
- zapišemo bolnikovo tekočinsko stanje,
- skrbimo za tekočinsko bilanco,
- ovrednotimo bolnikov odziv na tekočinsko terapijo.

Glede razdelitve del v predoperativni pripravi bolnika na operacijo med MS/ZT na kirurškem oddelku, anestezijsko MS/ZT ter operacijsko MS/ZT so različnega mnenja tudi tuji avtorji. Nekateri menijo, da je dovolj, če opravi pripravo le "oddelčna" MS/ZT, veliko pa jih meni, da je zelo koristno, če se vključita tudi operacijska in anestezijska MS/ZT, kar so potrdile tudi nekatere raziskave. Tudi sam menim, da bi bilo idealno, če bi vse tri vrste MS/ZT opravile dobro in natančno usklajeno pripravo. Ena od pomembnih prednosti za bolnika bi bila tudi ta, da tako ne bi prišel med povsem nepoznane ljudi v operacijskih prostorih; seveda pa mora pripravo opraviti tista MS/ZT, ki bo potem navzoča tudi pri operaciji bolnika, ki ga je obiskala pred operacijo.

"Sestrskih" vizit anestezijskih ter operacijskih MS/ZT v Kliničnem centru v Ljubljani ne izvajajo. Mislim, da sta glavna razloga za to veliko pomanjkanje osebja ter dejstvo, da je operativni program večinoma sestavljen zelo pozno.

4. Pooperativno obdobje

Anestezist in MS/ZT pripeljeta bolnika v prebujevalnico, kjer ostane bolnik približno dve uri. V tem času MS/ZT nenehno nadzoruje vse vitalne funkcije, skrbi za tekočinsko bilanco, po potrebi in po zdravnikovem naročilu vzame vzorce krvi za laboratorijske preiskave, ukrene vse potrebno za lajšanje bolečine ...

4.1. Pooperativno obdobje pri retroperitonealni limfadenektomiji

Bolnika iz prebujevalnice prepeljemo na bolniški oddelek v sobo intenzivne nege. Naloge in opravila MS/ZT v operativnem in prvem pooperativnem dnevu prikazuje protokol zdravstvenonegovalne oskrbe bolnika, ki pa ga moramo seveda prilagoditi bolnikovim individualnim potrebam.

Tabela 1: Protokol zdravstvenonegovalne oskrbe bolnika po retroperitonealni limfadenektomiji (operativni dan)

Datum _____	
Operativni dan	
Prevoz bolnika iz prebuevalnice na bolniški oddelek (v sobo intenzivne nege)	• ogreta postelja, kisikova bomba, »ambu», • obzirna vožnja, da bolniku ne povzročamo nepotrebnih dodatnih bolečin, • nenehno opazovanje bolnika med prevozom
Merjenje vitalnih funkcij	<i>Krvni pritisk:</i> prvo uro na 15 minut, dvakrat na pol ure, dvakrat na eno uro, potem na dve uri. <i>Srčni utrip:</i> frekvenca, kvaliteta; pogostost meritev kot pri merjenju krvnega pritiska. <i>Dihanje:</i> frekvenca, globina; pogostost meritev kot pri merjenju krvnega pritiska in srčnega utripa. <i>Telesna temperatura</i> Prva meritev: a) normotermija: merimo na 4 ure, b) hipotermija: dodatno pokrivanje, dovajanje ogretyh infuzijskih tekočin, merimo na pol ure dokler se ne povrne stanje normotermije, c) hipertermija: ohlajanje bolnika, medikamentozna terapija po zdravnikovem naročilu. <i>Nasičenost krvi s kisikom:</i> stalno merjenje z oksimetrom.
Opazovanje bolnika	Krvavitev, šok, zavest, motorika in senzorika spodnjih okončin, videz rane, neverbalna komunikacija (obrazna mimika, drža telesa, barva kože in vidnih sluznic, znojenje ...)
Dihanje	Spodbujamo bolnika, da izvaja dihalne vaje na eno uro. Pomoč pri izkašljevanju.
Gibanje	Bolnika spodbujamo in mu pomagamo,

	da se obrača v postelji na 1-2 uri.
Vnos tekočin	• nič per os, • vlaženje ustne votline z navlaženimi vatiranimi paličicami, • infuzijske tekočine po naročilu zdravnika.
Izločanje	• merjenje urne diureze, • pričvrstitev stalnega urinskega katetra na stegno, • spiranje stalnega urinskega katetra, če sumimo, da je le-ta zamašen (glej zbirko standardov KC), • skrbimo za tekočinsko bilanco, • preverimo lego nazogastrične sonde, • medikamentozna terapija za pospešitev peristaltike črevesja po naročilu zdravnika.
Protibolečinska medikamentozna terapija in ukrepi	• epiduralna analgezija po navodilih anesteziista (glej navodila anestezijske službe za ukrepanje ob zapletih) • dodatna medikamentozna terapija pri VAS >3 • pomoč bolniku pri namestitvi v najugodnejši telesni položaj, • zagotovimo mirno okolje, • ustvarimo pozitivno komunikacijsko razpoloženje, ki bolniku omogoča, da brez bojazni ob vsakem trenutku potoži o bolečinah, • merjenje VAS na 2 uri.
Komunikacija	• spodbujamo bolnikovo izražanje čustev, • neverbalna komunikacija (glej zgoraj), • bolniku omogočimo komunikacijo s podpornimi osebami, če si bolnik to želi (obisk, uporaba brezžičnega telefona).

Medikamentozna terapija in drugi ukrepi	• medikamentozna terapija po navodilih zdravnika, • odvzem krvnih vzorcev za laboratorijsko preiskavo po navodilih zdravnika, • bolniku odstranimo z nog elastične povoje oziroma elastične nogavice.
Fizično okolje	• skrbimo za urejenost bolnikove postelje, • poskrbimo za najboljše razmere v okolju (temperatura, vlažnost, prezračevanje ...).

Tabela 2: Protokol zdravstvenonegovalne oskrbe bolnika po retroperitonealni limfadenektomiji (prvi pooperativni dan)

Datum _____	
Prvi pooperativni dan	
Merjenje vitalnih funkcij	Merjenje krvnega pritiska, srčnega utripa, telesne temperature, frekvence in globine dihanja na 4 ure. Z oksimetrom stalno merimo nasičenosti krvi s kisikom.
Opazovanje bolnika	Glej operativni dan.
Dihanje	Glej operativni dan.
Gibanje	• pomagamo bolniku pri jutranjem vstajanju s postelje (sodeluje tudi fizioterapevt); pred tem bolniku na noge namestimo elastične povoje oz. elastične nogavice ter poskrbimo za dodatno medikamentozno analgezijo, • spodbujamo bolnika, da vsako uro menja položaj v postelji, • bolniku omogočimo vstajanje s postelje vsaj še enkrat v istem dnevu.
Vnos tekočin	Glej operativni dan.

Izločanje	• oskrba stalnega urinskega katetra (glej zbirko standardov KC), • odstranitev nazogastrične sonde po zdravnikovem navodilu, • spiranje stalnega urinskega katetra, če sumimo, da je zamašen, • skrbimo za tekočinsko bilanco, • merjenje diureze.
Protibolečinska medikamentozna terapija in ukrepi	Glej operativni dan.
Komunikacija	Glej operativni dan.
Medikamentozna terapija, odvzem krvi za laboratorijske preiskave	Po naročilu zdravnika.
Skrb za osebno higieno	Stopnjo pomoči prilagodimo bolnikovim močem. Spodbujamo bolnika k čim večji samostojnosti.
Fizično okolje	Glej operativni dan.

V naslednjih pooperativnih dnevih se intenzivnost ukrepov zdravstvene nege postopno zmanjšuje. Šive oziroma sponke odstranimo bolniku v osmem ali devetem pooperativnem dnevu, takrat je bolnik običajno tudi odpuščen iz bolnišnice.

Bolnik šest tednov ne sme dvigovati težjih predmetov, avto lahko spet vozi takrat, ko ne čuti več bolečin in se mu povrnejo reakcijske sposobnosti. S spolnimi odnosi lahko začne takoj, ko je fizično sposoben; bolnik ima po tej operaciji normalno erekcijo in orgazem, vendar brez izliva semena (če pa lahko opravijo samo selektivno limfadenektomijo, je ejakulacija ohranjena pri več kot 75 % bolnikov (Kralj,1990)).

4.2. Pooperativno obdobje pri transingvinalni orhidektomiji

S kirurškega stališča je transingvinalna orhidektomija veliko bolj preprost poseg kot pa retroperitonealna limfadenektomija. Vendar pa MS/ZT nikakor ne sme že vnaprej določiti (ne)navzočnosti negovalnih problemov zgolj s tega stališča. Prav gotovo je zdravstvena nega bolnika po transingvinalni orhidektomiji s somatske plati veliko manj zahtevna (bolnik je iz prebujevalnice pripeljan nazaj na bolniški oddelek in ne v sobo intenzivne nege; MS/ZT na bolniškem oddelku je prve ure po operaciji pozorna predvsem na morebitno krvavitev ter na motoriko in senzoriko spodnjih okončin, ker je uporabljena spinalna anestezija; bolnik je že drugi ali tretji dan po operaciji odpuščen iz bolnišnice), vendar pa so lahko negovalni problemi s psihosocialnega stališča včasih celo večji kot pri retroperitonealni limfadenektomiji, saj je od

postavitve začetne medicinske diagnoze minilo malo časa. Bolnik je zelo negotov in prestrašen glede poteka zdravljenja, poznejših ugotovitev med zdravljenjem ter končnega rezultata zdravljenja. Zaskrbljen je glede fertilne sposobnosti ter nadaljnjega odnosa s partnerko, porušena je njegova telesna samopodoba ...

Veliko problemov povzroča bolnikova (ne)seznanjenost z boleznijo in s potekom zdravljenja ter morebitne napačne predstave glede bolezni in zdravljenja. MS/ZT mora ugotoviti negovalne probleme s tega področja, rešujeta pa jih sama v okviru svojih pristojnosti ter s pomočjo sodelavcev v zdravstveni strokovni skupini.

Sklep

Če želimo bolnikom pri kirurškem zdravljenju raka na modih zagotoviti kar najboljše zdravstveno nego, jih moramo obravnavati celostno. V naši vsakdanji klinični praksi se vse premalo zavedamo dejstva, da je človek fizično, duševno, socialno in tudi duhovno bitje, zato je naša zdravstvenonegovalna oskrba usmerjena največkrat le k fizični sestavini bolnikove osebnosti. To se kaže že ob sprejemu bolnika na kirurški oddelek, ko smo medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki vse prepogosto preveč uradni ter usmerjeni le k rutinskim administrativno-tehničnim opravilom, ne zanimamo pa se dovolj za bolnika kot osebnost; kaže se v tem, da ne opravljamo psihoedukacijske priprave bolnika na operacijo, zanemarjamo psihološko prvino pri bolečini...

Vendar se na srečo zadnje čase tudi v naši zdravstveni negi le začenjamo zavedati teh pomanjkljivosti ter izboljšujemo kakovost zdravstvenonegovalne oskrbe bolnikov s postopnim uvajanjem procesa zdravstvene nege, z uvedbo negovalnih vizit, s permanentnim izobraževanjem MS/ZT, z anketiranjem bolnikov glede tega, kako so zadovoljni z oskrbo ...

Literatura

1. Brumfield V. C, Kee C. C, Johnson J.Y. Preoperative Patient Teaching in Ambulatory Surgery Settings. AORN J 1996;64:941-952.
2. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Sveučilišna naklada Liber, 1982:263-277.
3. Kleinbeck S.V.M. In Search of Perioperative Nursing Data Elements. AORN J 1996;63:926-931
4. Kozier B, Glenora E, Blais K, Wilkinson M. J. Fundamentals of nursing: concepts, process and practice. 5.th ed. Redwood City: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1995:162-183,1397-1424
5. Kralj M. Kirurško zdravljenje tumorjev moda. Maligni tumorji testisa. Onkološki inštitut Ljubljana 1990: 14.