

OSKRBA BOLNIC PO GINEKOLOŠKIH OPERACIJAH – VLOGA POOPERATIVNE ZDRAVSTVENE NEGE

A female cancer patient after gynaecological surgery – the role of postoperative nursing care

Vesna Hamzić, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

vhamzic@onko-i.si

IZVLEČEK

Oskrba bolnic s tumorji na rodilih po operaciji zahteva kakovostno in varno pooperativno zdravstveno nego. Raki na rodilih so po izvoru različni in so posledično glede na svoje specifične značilnosti različno zdravljeni, kar opredeljuje tudi potrebo po prilagojeni zdravstveni negi. Medicinska sestra mora kot izvajalka zdravstvene nege v načrt celostne obravnave vključiti edukacijo, podporo in oskrbo bolnice po tako kompleksnih postopkih zdravljenja, ne glede na to, kakšen je končni cilj teh postopkov, torej ali želimo delovati preventivno, zdraviti ali nuditi paliativno oskrbo. Zdravstvena nega se prične že s sprejemom bolnice na oddelek pred načrtovanim posegom, ko izvedemo pripravo na operacijo; sledi medoperativna zdravstvena nega in neposredno po operaciji v t.i. »prebujevalnici« prva oz. akutna faza pooperativne zdravstvene nege. V prispevku je nekoliko bolj podrobno prikazana druga faza pooperativne zdravstvene nege, ki sledi, ko bolnico prevzamemo v prebujevalnici po izvedenem operativnem posegu, ne glede na to, katera vrsta operacije je bila izvedena, in traja vse do odpusta bolnice v domače okolje.

Ključne besede: rak rodil, vloga medicinske sestre, pooperativna zdravstvena nega

ABSTRACT

Taking care of female cancer patient after gynecological surgery requires postoperative nursing care that is safe and has quality. Cancers in female pelvis are in their origin different and are as such differently treated according to their specific characteristic, which also specifies the need for appropriate nursing care. Cancer nurse as a caregiver must include education, support and caring in the holistic plan of treatment of the patient after such complex procedures, regardless of what the final aim of those procedures is, for example, if we wish to prevent, heal or conduct palliative care. Nursing care starts with patient being submitted to hospital, when the preparation for surgery is performed; intraoperative nursing care follows and right after the surgery in recovery room first or acute phase of postoperative care is being performed. In this review, more is presented about the second phase of postoperative care, which starts after receiving the patient over from recovery room and transporting her to the surgical ward, regardless of the type of the surgery performed, and continues until the release of the patient from the hospital.

Keywords: cancer of the female pelvis, the role of nursing, postoperative nursing care

UVOD

Pravilna oz. kakovostna diagnostika in razvrščanje bolezni v stadij določi izbiro ustreznega načina zdravljenja za vsako posamično bolnico, za kar se odločijo strokovnjaki na timskem konziliju, glede na smernice zdravljenja, ki so trenutno v veljavi (Cartwright-Alcarese, 2014). Avtorica poudarja, da je potrebno poglobljeno znanje s področja onkološke zdravstvene nege, da bi zaznali, kako določeno zdravljenje vpliva na fizične in psihosocialne aspekte in nenazadnje tudi na spremenjeno kvaliteto življenja vsake bolnice, ki je zdravljenja deležna.

V Državnem programu obvladovanja raka v Sloveniji (Ministrstvo za zdravje, 2010) je navedeno: »Prognoza rakavih bolezni se izboljšuje, zato

postaja vedno bolj pomembno, da zagotovimo vsem bolnikom z rakom kar najboljše funkcioniranje in sprejemljivo življenje. Vse več ljudi preživi zdravljenje raka, v vsakdanjem življenju pa jih ovirajo posledice bolezni in/ali zdravljenja. Rehabilitacijski ukrepi so smiselni od začetka zdravljenja do konca življenja. Bolnikovo samospoštovanje in telesna ter duševna celovitost morajo biti čim dlje ohranjeni tudi s pomočjo rehabilitacije. Rehabilitacija je usmerjena (predvsem) v izboljšanje bolnikove kakovosti življenja in ni osredotočena le na podaljšanje življenja.«

Radikalno kirurško zdravljenje se z napredovanjem in razvijanjem novih kirurških tehnik usmerja v manjšo invazivnost posegov, z namenom zmanjšanja pojavnosti pooperativnih zapletov. Bolnicam se svetuje način zdravljenja glede na ugotovljen stadij in razširjenost bolezni z ozirom na doktrino zdravljenja, treba pa je tudi upoštevati individualne klinično pomembne značilnosti vsake bolnice (Takač & Dovnik, 2012).

Bolnice ob diagnosticiranju in v času hospitalizacije neposredno pred in po operativnem zdravljenju pogosto doživljajo neugodje zaradi strahu v zvezi z fertilitnostjo (ali bo po operativnem posegu sposobna imeti otroke), kaj bo s funkcionalnostjo ostalih organov (ali bo sposobna zadrževati vodo in blato), mnoge bolnice imajo tudi vprašanja, vezana na spolnost in doživljanje le-te po operaciji, mnoge kažejo strah pred spremenjeno telesno podobo (zlasti ob lokalno razširjeni ali metastatski bolezni, ko so posegi pogosto mutilizirajoči z različnimi kozmetičnimi defekti na mestu operacije) in podobno (Trojar & Ramšak Pajk, 2013). Čeprav zdravnik specialist v razgovoru ob postavljeni diagnozi in planiranju možnosti zdravljenja bolnice informira tudi na tem področju, so mnoge od teh informacij s strani bolnic včasih preslišane ali tudi drugače interpretirane, saj so ženske ob postavljeni diagnozi večinoma zaskrbljene in celo prestrašene. Skrbi jih, kako naprej, kako bo potekala sama operacija, ali se bodo po operaciji zbudile, ali jih bo močno bolelo in podobno. Vloga medicinske sestre je tudi v tem, da take strahove prepozna in se z bolnico pogovarja, ter ji tako nudi podporo in empatijo in ustvari zaupljiv odnos, kjer bo bolnica lahko izrazila svoje občutke in potrebe.

Oskrba bolnic

Medicinske sestre bolnici ob sprejemu vzamejo anamnezo in naredijo oceno stanja, ki pokaže, kakšne težave ima bolnica trenutno in kaj se lahko po operativnem posegu pričakuje. Svetovanje in zdravstvena vzgoja bolnici pomagata, da se sooči s pričakovanimi posledicami in možnimi zapleti v samem pooperativnem poteku.

Pooperativno zdravstveno nego delimo na dve obdobji oziroma fazi:

1. faza – neposredno po operaciji v prebujevalnici, to imenujemo obdobje zbujanja.
2. faza – obdobje, ki nastopi po stabilizaciji vitalnih funkcij in posledično po premestitvi bolnice na oddelek in traja do odhoda v domače okolje, to je čas okrevanja. Cilj tega je vrnitev bolnice v stanje, kakršno je bilo pred operativnim posegom (Krajnc, 2010).

Ko bolnico prevzamemo v prebujevalnici, je dobra predaja stanja bolnice ključnega pomena. Pri samem premeščanju moramo biti pozorni na to, da bolnici zagotovimo čim večjo diskretnost, zato so lahko prisotne samo osebe, ki so pri procesu nujno potrebne, ravno tako bolnice pri predaji ne razkrivamo v celoti (Kranjc, 2010).

Na bolniškem oddelku imamo določene sobe za intenzivno zdravstveno nego, ki so namenjene bolnikom neposredno po operaciji oz. po sprejemu iz prebujevalnice. Posteljna enota vključuje monitor, aspirator, stenski priključek za dovod kisika z merilcem pretoka in vlažilcem ter druge pripomočke. Bolnico opremimo z ustreznimi priključki in vzpostavimo monitoring oziroma stalen nadzor nad vitalnimi funkcijami, ki traja do naslednjega dne. Prav tako odsvetujemo vstajanje, to pomeni, da neposredno po operaciji bolnice ležijo. Zdravstvena nega zajema stalen nadzor nad vitalnimi funkcijami, opazujemo splošno stanje, pozorni smo na možne zaplete in pomagamo pri spremembi lege v postelji, da zagotovimo udobje. Bolnice prejemajo kontinuirano ali intervalno protibolečinsko terapijo (odvisno od vrste operativnega posega) in intravensko hidracijo. Intervalno (na eno uro) opazujemo tudi mesto pooperativne rane. V prvih

24-ih urah po operaciji tako izvajamo sledeče intervencije zdravstvene nege (Krajnc, 2010):

- opazujemo stanje zavesti bolnice;
- opazujemo in na eno uro izvajamo merjenje in beleženje vitalnih funkcij (pulzna oksimetrija, frekvenca dihanja, krvni tlak);
- beležimo pojavnost bolečine, ki jo bolnica opredeli po vizualno-analogni skali (VAS);
- apliciramo predpisano protibolečinsko terapijo, največkrat se uporabi kombinacije paracetamola in nesteroidnih antirevmatikov, po potrebi so aplicirani tudi drugi analgetiki;
- apliciramo parenteralno tekočino in skrbimo za nemoten pretok infuzije (opazujemo stanje vbodnega mesta intravenskega katetra, nadzorujemo hitrost pretoka, infundirano količino tekočin);
- apliciramo druga zdravila po predpisu zdravnika (npr. antiemetiki);
- skrbimo za zadosten vnos tekočin per os, takoj, ko je mogoče, bolnica pije vodo ali nesladkan čaj;
- po naročilu zdravnika in glede na meritev oksigeniranosti krvi apliciramo kisik po nazalnem katetru, da dosežemo optimalno saturacijo v tkivih;
- opazujemo lokalno stanje pooperativne rane (ali je obveza prekrvavela, ali se kaže napetost v trebuhu, možno vnetje rane in podobno);
- opazujemo in beležimo količino eventualne drenirane vsebine (kadar imajo bolnice vstavljen dren po operaciji);
- opazujemo in beležimo izločanje urina (večina bolnic ima po takih posegih vstavljen urinski kateter);
- po potrebi izvajamo tudi bilanco tekočin;
- opazujemo in beležimo vaginalni izcedek (količina, barva, pozorni smo tudi na eventualno vstavljen vaginalni trak oz. tampon);
- izvajamo še morebitne druge intervence (po potrebi pomoč pri bruhanju in podobno);
- opazujemo in pravočasno prepoznamo možne zaplete, ki se lahko po operaciji pojavijo ter obvestimo zdravnika, ko je to potrebno.

Zapleti so lahko takojšnji ali pa se pojavijo v poznejši fazi, ko bolnice začnejo okrevati po posegu. V grobem med takojšnje prištevamo krvavitve (iz rane, vaginalna) in bolečino ter napetost trebuha, kasnejše pa so lahko še okužbe rane, nastanek seroma in limfedema. Merlo (2017) navaja, da možni zapleti po kirurškem zdravljenju obsegajo okužbo rane z dehiscenco in celjenjem per sekundam, nastanek seromov in hematomov, trombozo žilja v področju operativnega posega in limfedem, v kolikor so bile odstranjene področne (ingvinalne) bezgavke.

Pooperativni zapleti, ki lahko nastanejo, so (Nelson, et al., 2016):

1. Krvavitev – pojavi se iz laparotomijske rane ali pa je vaginalna. Pomeni večjo izgubo oz. iztekanje krvi v relativno kratkem časovnem obdobju, tveganje za krvavitev zvišujejo tudi nekatera zdravila. Opazimo večjo količino krvi v podkožju operativnega področja z oteklino in modrikastim obarvanjem kože ali pa opazimo večji iztok krvi po drenažni cevki. Glede na trenutno veljavne smernice (Nelson, et al., 2016) tak zaplet zahteva ponovno revizijo rane ali pa nadomeščanje s krvnimi pripravki.
2. Bolečina – bolnice bolečino ocenjujejo intervalno po vizualno-analogni skali. Zahteva aplikacijo protibolečinske terapije venozno ali per os, glede na predpis zdravnika. Največkrat dajemo kombinirano protibolečinsko terapijo.
3. Vnetje in dehiscenca rane – vsaka prekinitev integritete kože je potencialno možno mesto kontaminacije, vnetje pa se običajno pokaže tretji ali četrti pooperativni dan. Opazujemo lokalno stanje, pozorni smo na morebitno rdečico ali oteklino, lahko se pojavi tudi povišana telesna temperatura. Rano pogleda kirurg, ki se odloči, ali zadošča aplikacija antibiotikov ali pa bo rano potrebno kirurško oskrbeti.
4. Nezmožnost spontanega uriniranja – če bolnica v določenem času po posegu ne more odvajati vode, zaplet rešujemo z vstavitvijo urinskega katetra. Odstranimo ga drugi ali tretji pooperativni dan, pri določenih posegih (npr. ekscizija vulve) pa kateter ostane do teden dni.
5. Tromboza – zaradi različnih dejavnikov, kot je omejena mobilnost, in podobno lahko pride do tromboze ali embolije. Pozorni smo na

stanje okončin, bolečino in rdečino. Večina bolnic dobiva zdravila za preprečevanje trombembolij v obliki injekcij določen čas po kirurškem posegu, s to zaščito so bolnice tudi odpuščene v domačo oskrbo.

6. Limfedem – je običajno zaplet, ki se lahko pojavi v poznejši fazi okrevanja, če so bile bolnicam med operativnim posegom odstranjene lokalne bezgavke. Gre za motnje v limfnem obtoku, obseg okončine je večji, bolnica se težje premika, ob tem se bolečina lahko tudi potencira.

Prvi pooperativni dan večina bolnic (glede na vrsto operacije, ki je bila izvedena) lahko vstane. Naša naloga je, da jim pomagamo pri izvajanju osebne higiene, jim svetujemo glede tehnik pravilnega dvigovanja in vstajanja iz postelje (tu je dobrodošla pomoč fizioterapevta), da jih varno vertikaliziramo, da jih naučimo, kako rokovati z drenažnimi cevkami in različnimi katetri. Po smernicah je čimprejšnja mobilizacija za bolnice ustrezna, saj tako zmanjšamo pojavnost zapletov, kot so trombembolije, pljučnice, atrofije mišic zaradi ležanja in podobno, skrajša pa se tudi čas hospitalizacije (Nelson, et al., 2016). Zgodnja mobilnost tudi blagodejno vpliva na bolničino samopodobo, saj se zmožnost samooskrbe iz dneva v dan povečuje.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Večina bolnic je iz oddelka kmalu po posegu odpuščena v domačo oskrbo, nekatere doma še potrebujejo pomoč patronažne medicinske sestre ali pomoč svojcev. Ob odpustu jih opremimo s pisnimi in ustnimi navodili, kako naj ravnajo v dneh po operaciji, dobijo predpis receptov za ustrezne analgetike in antitrombotike, ki jih še potrebujejo v času po operaciji, zapišemo pa tudi datum predvidenega kontrolnega pregleda pri operaterju.

Čas okrevanja je pri vsaki bolnici različno dolg. V tem času je potrebno bolnico in svojce pripraviti na samostojnost ter zagotoviti eventualno dodatno pomoč za čas, ko bo bolnica odpuščena v domačo oskrbo (Krajnc, 2010).

Takač, I. & Dovnik, A., 2012. Smernice za obravnavo bolnic z rakom materničnega vratu v Sloveniji - povzetek. *Onkologija: strokovno - znanstveni časopis za zdravnike*, 1(16), pp. 21–22. Dostopno na: https://zora.onko-i.si/fileadmin/user_upload/dokumenti/strokovna_priporocila/2012_Smernice_RMV_web.pdf. [17. 6. 2018].

Trojar, Š. & Ramšak Pajk, J., 2013. Nekateri vidiki doživljanja žensk ob operativnem posegu na rodilih: študija primera. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(1), pp. 56–61. Dostopno na: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.1.56> [17. 6. 2018].