
SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE ONKOLOŠKEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA

Anamarija Šalehar

UVOD

Onkološka kirurgija je posebna vrsta kirurgije in glede na to je tudi zdravstvena nega takega bolnika specifična. Pogoji za dobro opravljeno zdravstveno nego je potrebno dobro poznavanje splošne zdravstvene nege in posebnosti onkološke zdravstvene nege, procesa zdravstvene nege kot metode dela v zdravstveni negi, fiziologije in vseh vrst onkološkega zdravljenja.

Kirurško zdravstveno nego delimo na predoperativno, medoperativno in pooperativno obdobje. Namen prispevka je obravnavati predoperativno in pooperativno zdravstveno nego onkološkega bolnika.

V onkologiji so poglavitne zvrsti zdravljenja kirurgija, radioterapija in sistemsko onkološko zdravljenje. Da bi bilo zdravljenje učinkovitejše, terapije med seboj pogosto kombiniramo.

Onkološki bolnik je pogosto v slabi fizični in psihični kondiciji že zaradi osnovne bolezni, ki njegov organizem oslabi in izčrpa. Glede na prejšnje zdravljenje lahko predvidimo tudi mogoče zaplete v pooperativnem obdobju. Tako je več možnosti, da pride do zapletov lokalne in sistemske narave:

1. krvavitev na mestu operacije
2. dehiscence rane
3. infekcije rane
4. septičnih stanj organizma
5. tromboze
6. ileusa
7. slabosti in bruhanja
8. preležanin
9. odpovedi ledvic itn.

Zaradi omenjenih zapletov bolnik dlje časa biva v bolnišnici, zdravljenje je dražje, vse to pa vpliva tudi na kakovost bolnikovega življenja.

Zaradi vedno večjega števila obolelih za rakavimi boleznimi se je povečalo tudi število operativnih posegov. Z razvojem onkološke kirurgije postajajo operativni posegi vse zahtevnejši. Vedno večje pa so tudi zahteve po teoretični in praktični usposobljenosti osebja, ki izvaja zdravstveno nego.

1. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PRED OPERACIJO

Psihična priprava bolnika na operativni poseg

je naloga vseh sodelujočih v zdravstvenem timu. Obsega pogovor z:

1. operaterjem
2. medicinsko sestro na oddelku
3. anesteziologom in anestezijsko medicinsko sestro
4. po potrebi s stomaterapevtom in
5. psihoonkologom
6. fizioterapevtom

Bolnik mora prepoznati svojo vlogo v smislu preprečevanja zapletov operativnega zdravljenja.

Še posebej pomembna je dobra psihična priprava pri bolnikih, pri katerih bo operacija pustila posledice v smislu spremenjene telesne podobe ali invalidnosti. Izkušnje in rezultati raziskav kažejo, da pri bolnikih s poprejšnjo dobro psihično pripravo poteka pooperativno obdobje z manj zapleti.

Fizična priprava

pomeni dobro pripravo organizma na operativni poseg in anestezijo, da bi tako zmanjšali oz. preprečili možnosti pooperativnih zapletov. Obsega:

1. **Pregled pri operaterju** in informiranje bolnika. Kirurg bolniku razloži pomen in potek operativnega posega in ga seznanji z morebitnimi posledicami. Ob tej priložnosti da bolnik pisno privoljenje za operacijo.

-
- 2. Pregled pri anesteziistu** in informiranje bolnika. Anesteziist pregleda rezultate opravljenih preiskav in naroči potrebne dodatne preiskave. Glede na zahtevnost in obsežnosti operativnega posega anesteziist uvede tudi CVK (centralni venski kateter) in EDK (epiduralni kateter) ter naroči ustrezno količino krvi. Bolnika seznanjajo s potekom anestezije in z morebitnimi posledicami. Tudi za anestezijo mora bolnik napisati pisno privoljenje.
 - 3. Najbolj pogoste predoperativne preiskave:** RTG (rentgen pljuč in srca) EKG (elektrokardiogram), ultrazvok (UZ), hematološke in biokemične preiskave, pregled urina, določitev krvne skupine, merjenje telesne teže in višine, merjenje vitalnih funkcij, izotopne preiskave, citološka punkcija, endoskopske preiskave, po potrebi CT (računalniška tomografija), MR (magnetna resonanca), pregled pri internistu.

Bolnik mora dobiti ustrezen prehranjevalni režim glede na vrsto operativnega posega. V primeru oslabelosti in izsušenosti organizma anesteziist predpiše parenteralno dohranjevanje z visokokaloričnimi infuzijami.

Prav tako je potrebna priprava prebavnega trakta glede na operativni poseg.

Za pooperativno obdobje je zelo pomembna predoperativna fizioterapija, kjer fizioterapevt bolnika nauči pravilne tehnike dihanja, izkašljevanja in obračanja, uporabe ortopedskih pripomočkov itn.

Če ima bolnik po operaciji katero koli stomo, je potreben obisk stomaterapevta. Glede na bolnikovo psihično stanje načrtujemo tudi obisk psihoonkologa. Prav tako imamo možnost, da v celotno psihofizično pripravo vključimo tudi prostovoljke (ženske, ki so imele raka na dojki).

Priprava na dan operacije:

1. higienska priprava bolnika (higiena kože, odstranitev nakita, odstranitev laka na nohtih)
2. preventivna zaščita kritičnih točk pred preležanino
3. higienska priprava operativnega mesta
4. odstranitev ortopedskih pripomočkov, zobne proteze
5. izpraznitev mehurja
6. upoštevati predpis, da bolnik ne sme ničesar uživati »per os«
7. identifikacija bolnika s pomočjo zapestnice

-
8. merjenje vitalnih funkcij
 9. aplikacija premedikacije
 10. povijanje nog, da bi preprečili embolijo

Najpogostejše negovalne diagnoze v predoperativnem obdobju:

1. pomanjkanje informacij v zvezi z boleznijo in operativnim posegom
2. zaskrbljenost zaradi diagnoze in operacije
3. strah pred bolečino

2. ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PO OPERACIJI (prvih 24 ur)

Po operaciji sprejmemo bolnika v predhodno pripravljeno posteljno enoto in glede na ogroženost bolnika pripravimo respirator in potreben monitoring. Bolnika iz operacijske sobe pospremita anesteziist in anestezijska medicinska sestra. Predata ga timski medicinski sestri z vso pripadajočo medicinsko in negovalno dokumentacijo. Vsa navodila in naročila, ki se nanašajo na bolnika, se sprejemajo ob bolniku.

Takoj po operaciji je bolnik pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti popolnoma odvisen od tima, ki opravlja zdravstveno nego ali pa potrebuje njihovo pomoč. Medicinska sestra mora biti sposobna kritičnega opazovanja bolnika, to pomeni, da mora natančno nadzirati vitalne znake: telesno temperaturo, bolnikov srčni utrip in dihanje. Meritve opravlja vsakih 15 minut ali še bolj pogosto. Dokler ni bolnikovo stanje stabilno, mora biti medicinska sestra nenehno navzoča in v bolnikovo dokumentacijo mora zapisati vse postopke in opažanja. Sposobna mora biti zaznavanja prvih znakov šoka.

3. PREGLED ŽIVLJENSKIH AKTIVNOSTI PRI KIRURŠKEM BOLNIKU

Dihanje

Pri dihanju merimo frekvenco in volumen. Opazujemo vrsto dihanja in dvigovanje prsnega koša. Bolnik lahko diha sam, spontano preko tubusa ali kanile. Kadar pa ni sposoben samostojnega dihanja, je priključen na respirator.

Po operaciji vsem bolnikom dovajamo kisik prek kisikovega katetra ali kisikove maske. Oksigeniranost krvi nadzorujemo z oksimetri. Ko se dihanje stabilizira, bolnika spodbujamo naj izvaja dihalne vaje, ki se jih je naučil med predoperativno pripravo.

Prehranjevanje

Parenteralna prehrana je potrebna pri bolnikih z zahtevnim operativnim postopkom, kjer želimo za nekaj časa razbremeniti bolnikov prebavni trakt.

Čas dajanja, kalorično vrednost, količino in vrste infuzijskih tekočin predpiše zdravnik glede na vrsto operacije in fizično kondicijo bolnika. Večina bolnikov prejema pripravke visokokaloričnih infuzij z dodatkom vitaminov in ekstratov.

Hranjenje po nazogastrični sondi (NGS)

Bolniki po obsežnih operativnih posegih (abdominalne in retroperitonealne operacije) imajo že med operativnim posegom vstavljeno hranilno NGS. Hranjenje prek nje se začne že na dan operacije z majhnimi količinami nekaloričnih tekočin (100 ml 5% glukoze – čas 10-12 ur). Količina in kalorična vrednost pripravkov za hranjenje po NGS se postopoma povečujeta. Obenem bolniki prejemajo tudi parenteralno prehrano, postopoma pa jo zmanjšujemo. Za hranjenje po NGS uporabljamo farmacevtsko pripravljeno enteralno hrano.

Hranjenje po gastrostomi

Na dan vstavitve gastrostome po njej apliciramo le 5% glukozo ali fiziološko raztopino (100 ml fiziološke raztopine /10-12 ur). Postopoma povečujemo njeno količino in kalorično vrednost, obenem pa zmanjšujemo količino parenteralne prehrane.

Peroralna prehrana

Od vrste, obsega operativnega posega in operaterjevih naročil je odvisno, kdaj in s kakšno hrano se lahko bolnik začne prehranjevati. Vsekakor je cilj zdravstvenega tima, da se bolnik čimprej začne prehranjevati skozi usta (»per os«).

Izločanje tekočin in blata

Bolnik izloča tekočine z urinom (nefrostome, cistostome, urinski katetri), znojenjem, bruhanjem, prek nazogastričnih (NGS) drenaž, telesnih votlin in ran, z drisko itn..

Po manjših operativnih posegih bolnik spontano urinira. Če pa do večera ne more spontano urinirati, ga kateteriziramo s katetrom za enkratno uporabo. Večina onkoloških operirancev pa ima že med operacijo vstavljen stalni urinski kateter, pogosto je izvedena nefrostoma ali cistotoma, če je moteno odtekanje urina po normalni poti. Količino izločenega urina po zdravnikovem naročilu merimo 1x na dan, na 12, 8, 6, 4 ure ali na eno uro.

Posebej smo pozorni na količino urina pri bolnikih z okvarjeno ledvično funkcijo, ki je lahko posledica predoperativne kemoterapije. Poleg količine urina opazujemo tudi barvo, bistrost in merimo pH urina.

Količina želodčne vsebine, ki izteka po NGS, je lahko zelo velika pri bolnikih, ki so imeli večje abdominalne operacije, ko peristaltika še ni zadovoljiva. Barva želodčne vsebine nam da slutiti, ali gre za morebitno krvavitev iz želodca ali pa zaporo črevesja.

Čezmerno potenje je lahko povezano že s samo diagnozo (limfom) ali pa s povišano telesno temperaturo. Večinoma imajo operirani bolniki vstavljene drene v operacijsko rano. Ti so priključeni bodisi na drenažno vrečko ali na drenažno steklenico s podtlakom. Opazujemo količino, barvo in dinamiko izločka. Vedeti moramo, da so onkološki bolniki zaradi narave bolezni ali poprejšnjega zdravljenja bolj nagnjeni h krvavitvam.

Bolniki z večjimi operacijskimi ranami (veliki kožni defekti ali odprte abdominalne rane) prek teh ran izgubljajo večje količine različnih telesnih tekočin.

Po operaciji ima veliko bolnikov težave z odvajanjem blata. Vzrok za to so lahko analgetiki, anestezija, vrsta operativnega posega, stres, itn.. Kadar bolnik spontano ne odvaja blata mu zdravnik predpiše ustrezno medikamentozno odvajalo ali pa izvedemo čiščenje črevesja s pomočjo čistilne klizme. Pri čiščenju črevesja moramo biti zelo previdni pri bolnikih z operacijami črevesja, kjer so bile narejene anastomoze. Strogo upoštevamo operaterjeva navodila, da s prehitro stimulacijo odvajanja ne uničimo anastomoz, ker se celijo dalj časa.

Nadzor nad količino izločene in sprejete tekočine izvajamo s tako imenovano tekočinsko bilanco, na 6, 8, 12 oz. 24 ur. Iz rezultata tekočinske bilance je razvidno, ali bolnik še potrebuje dodatne tekočine ali pa je celo že čezmerno hidriran. Pri ugotovljeni bilanci tekočin moramo upoštevati vso izločeno tekočino iz vseh prej naštetih možnih poti izločanja.

Gibanje

Po operaciji je gibanje moten. Omejujejo ga bolečina, strah pred bolečino, zahtevan pooperativni položaj in navsezadnje tudi vse, s čimer je bolnik vezan (dreni, urinska vrečka, sukcija itn.).

Za spreminjanje položajev bolnik pogosto potrebuje pomoč medicinske sestre ali pa je od nje popolnoma odvisen. Pri bolnikih pri katerih pooperativni potek zahteva daljše mirovanje ali pa pri njih obstaja večja možnost nastanka kožnih razjed zaradi pritiska, že preventivno namestimo antidekubitalno blazino in opravimo vse potrebno za preventivo preležanin.

Takoj ko bolnikovo stanje to dopušča, bolnika spodbujamo h gibanju, tako da ga vključimo v izvajanje aktivnosti, ki ga zadevajo. Prav tako fizioterapevt začne postopno razgibavati bolnika, na začetku večkrat na dan opravlja razgibavanje v postelji. Bolnika moramo nenehno spodbujati in opogumljati pri izvajanju dovoljenega gibanja.

Spanje in počitek

Bolnikov spanec in počitek sta v bolnišnici vedno motena. Nanj vplivajo različni dejavniki, kot so zaskrbljenost, proces dela na oddelku, strah, da si ne bi med spanjem izvlekel drena ali infuzije. Zato ima večina operiranih bolnikov predpisana uspavala oz. pomirjevala.

Telesna temperatura

Operacija deluje na organizem stresno, zato je na dan operacije pogosta subfebrilna temperatura. V primeru septičnih temperatur moramo poiskati vzrok za povišano telesno temperaturo (infekcija operativne rane, pljučnica itd.). Povišano telesno temperaturo znižujemo bodisi z ustrežno medikamentozno terapijo ali s hlajenjem. Bolniki, pri katerih traja operacija več ur in imajo razkrito veliko operativno površino, so velikokrat ohlajeni, zato bolniško posteljo še pred sprejemom operiranca ogrevamo z grelno blazino.

Skrb za čistočo in urejenost

Osnova kirurške zdravstvene nege je dobra splošna telesna higiena in ustna nega operiranca. Pri izvajanju te aktivnosti bolnik v prvih dneh po operaciji potrebuje pomoč medicinske sestre ali pa je od nje odvisen. Takoj ko je bolnik sposoben sam skrbeti za osebno higieno in urejenost naj jo v čim večji meri izvaja sam, saj mu to krepi samozavest in voljo.

Posebno moramo biti pozorni na redno in temeljito izvajanje ustne nege, še zlasti pri bolnikih v slabi fizični kondiciji, z oslabiljenim imunskim sistemom, pri tistih, ki so bili pred tem zdravljeni s kemoterapijo ali obsevani, pri operiranih v ustni votlini in pri tistih, kjer že opazimo vnetje ustne sluznice.

Zdravstvena nega operativne rane

Prvi prevez operativne rane naj bi opravil kirurg operater 48 ur po operaciji. Prevez in pregled rane opravi izjemoma prej v primeru krvavitve ali povišane telesne temperature. Pozneje operativno rano prevezuje medicinska sestra po navodilu operaterja kirurga.

Kirurško prevezovanje rane je potrebno, da nadzorujemo celjenje operativne rane in preprečimo infekcijo. Čas celjenja operativne rane je pri onkoloških bolnikih pogosto daljši zaradi izčrpanosti organizma, manjše odpornosti ali poprejšnjega onkološkega zdravljenja.

Zdravstvena nega operativne rane se izvaja po standardih za oskrbo akutne, kronične ali inficirane rane.

Skrb za varnost

Onkološki bolniki so že zaradi same diagnoze prestrašeni, nezaupljivi, občutljivi, celo depresivni in zgubljajo občutek za smisel življenja. Zelo pomembna sta pravičen odnos do njih in ustrezen način komunikacije. Vzбудiti jim moramo občutek zaupanja in upanja. Poznati moramo reakcije onkoloških bolnikov na soočenje z rakavo boleznijo in nanje ustrezno reagirati.

Pri svojem delu pa upoštevamo tudi vsa načela fizične varnosti bolnika in preventivne ukrepe za obvladovanje bolnišničnih infekcij.

Bolečina

Obvladovanje bolečine je eden izmed temeljnih ciljev pooperativnega obdobja. Bolečina ovira gibanje, vpliva na bolnikovo razpoloženje in zadovoljstvo. Pooperativna bolečina nastane zaradi operativnega posega, stopnjujejo pa jo lahko strah, nezaupanje, depresija. Na dan operacije lahko bolniki dobijo protibolečinsko terapijo parenteralno, subkutano, po EDK ali peroralno. Ohranjati moramo primerno raven oz. količino analgetikov, da ne pride do razvoja bolečine, zato redno merimo stopnjo bolečine z bolečinsko lestvico. Bolečino blažimo tudi z ustreznim položajem telesa.

Komuniciranje

Onkološki bolniki so psihično obremenjeni zaradi same diagnoze, pogosto so zaprti vase in so bolj občutljivi kot drugi bolniki. Zato je pomembno, da imamo do njih spoštljiv, rahločuten odnos in empatičen pristop.

Zelo pomembna je tudi neverbalna komunikacija. Zanjso so onkološki bolniki še posebej dojemljivi. Pozorno spremljajo našo mimiko, gibe, poglede, k njihovi pomiritvi prispeva tudi terapevtski dotik.

Verovanje

Bolnikove želje po izpolnjevanju verskih dolžnosti vedno spoštujemo in mu omogočimo bodisi obisk bolnišničnega duhovnika ali svete maše. Zavedamo se, da številnim to daje moč za reševanje težav in spopadanje z boleznijo.

Koristno delo in rekreacija

Po operaciji je zelo pomembno, da bolnik doseže čim boljšo fizično kondicijo. Fizioterapija se začne že prvi dan po operaciji, razen v primeru, ko operater naroči drugače. Ženske po operaciji dojke vsak dan izvajajo skupinske vaje, da roko na operirani strani čim bolj razgibajo. Pacienti po operacijah v abdomnu začnejo razgibavati telo postopoma v bolniški postelji s posedaanjem, hojo ob postelji, in hojo s spremstvom.

Pomembno je redno izvajanje respiratorne fizioterapije za preprečevanje pooperativnih zapletov.

Zaradi bolezni in daljšega ležanja moramo pri bolniku preprečiti embolijo. Zato mu dlje časa (10 dni) povijamo noge z elastičnimi povoji. V prvih dneh to izvaja medicinska sestra, nato bolnika naučimo samostojnosti.

Pri onkoloških bolnikih vsak nov korak bistveno pripomore k hitrejšemu zdravljenju, večji samozavesti in dobri volji.

Najpogostejše negovalne diagnoze v pooperativnem obdobju

1. bolečina zaradi operativne rane
2. sprememba bolnikovega udobja zaradi bolečine ali prisiljenega položaja
3. poškodba kože zaradi operativnega posega
4. pomanjkanje znanja v zvezi s pooperativnim obdobjem
5. sprememba v prehranjevanju zaradi operativnega posega
6. motnje dihanja zaradi učinkov anestezije
7. zaskrbljenost zaradi bolezni
8. spremenjena telesna podoba zaradi operativnega posega
9. motnje spolne funkcije zaradi operativnega posega
10. motnje v komuniciranju z okolico
11. infekcija operativne rane

ZAKLJUČEK

Človeku, ki izve za diagnozo rak, se v tistem trenutku dobesedno podre svet. Sprva si ne zna predstavljati življenja v prihodnosti, strah ga je zdravljenja, posledic, bolečine, smrti. Pozneje pa spremeni svoje življenjske vrednote.

Po operacijah pri onkoloških bolnikih pogosto opažamo, da so potrti, bojijo se vrnitve domov, bojijo se kako jih bo sprejel partner, otroci, svojci, sodelavci. Bojijo se odvisnosti od drugih, imajo občutek manjvrednosti, strah jih je razmišljati o prihodnosti. Naš cilj je, da jim pomagamo prebroditi začetno krizo in jih pritegnemo k zdravljenju. Zato se z njimi odkrito pogovarjamo o vseh strahovih in jim pomagamo pri pogovorih s partnerji.

Literatura:

1. Uršič H. Pooperativna zdravstvena nega bolnice z rakom dojke. In: Skela Savič B, Velepčič M, eds. *Dojka – okras ženske in njena bolečina*. 23. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege za medicinske sestre. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1998: 46-52.
2. Uršič H. Specifičnosti zdravstvene nege onkološkega kirurškega bolnika. In: Papler N, ed. *Zbornik seminarja, Laško*. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester 1996: 41-7.
3. Rebevšek M. Predoperativna in pooperativna nega onkološkega kirurškega bolnika. In: Velepčič M, Bostič Pavlovič J, eds. *Zbornik predavanj s področja onkologije za višje medicinske sestre*. Ljubljana: Onkološki inštitut 1995, 78-97.
4. Ivanuša A, Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Maribor: Visoka šola za zdravstvo, 2000.
5. Salter M, ed. *Spremenjena telesna podoba: vloga medicinske sestre*. Ljubljana: DZS, 1992.
6. Burke CC. Surgical treatment. In: Miaskovski C, Buchsel P, eds. *Oncology nursing: assessment and clinical care*. St.Louis: Mosby, 1999: 29-58.
7. Buchsel PC, Nevidjon B, Corbett T. Nursing management across the continuum of care. In: Miaskovski C, Buchsel P, eds. *Oncology nursing: assessment and clinical care*. St.Louis: Mosby, 1999: 343-57.