
PREDOPERATIVNA IN POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA ONKOLOŠKEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA

Marija Rebevšek

UVOD

Kirurško zdravljenje raka se spreminja, vzporedno z razvojem kirurgije pa se spreminja tudi zdravstvena nega onkološkega kirurškega bolnika. Pri mnogih onkoloških kirurških bolnikih je potrebno poleg operativnega zdravljenja uporabljati tudi druge vrste onkološkega zdravljenja. Zato mora medicinska sestra, ki izvaja zdravstveno nego onkološkega kirurškega bolnika, obvladati zdravstveno nego kirurškega bolnika, zdravstveno nego obsevanega bolnika in zdravstveno nego bolnika, ki prejema sistemsko terapijo.

Uspeh kirurškega zdravljenja ni odvisen samo od operacije, ampak tudi od dobre predoperativne priprave in pooperativne zdravstvene nege bolnika.

1. ZDRAVSTVENA NEGA ONKOLOŠKEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA

Metoda dela, ki nam omogoča celostno in individualno obravnavanje onkološkega bolnika, je proces zdravstvene nege.

Dokumentiranje našega dela je potrebno v vseh stopnjah procesa zdravstvene nege. Zdravstvena nega je usmerjena k bolniku in ne k izvajanju nalog in opravil. Bolnik je aktiven subjekt v procesu zdravstvene nege, pri katerem zadovoljujemo njegove psihične, fizične in socialne potrebe. V zdravstveni negi je najpogosteje uporabljena hierarhija potreb po A. Maslowu. Vključene so biološke potrebe, potrebe po varnosti in ljubezni, pripadnosti, potrebe po samospoštovanju in potrebe po samopotrjevanju.

Teorije zdravstvene nege omogočajo sistematično preučevanje človeka in njegovih aktivnosti na holističen način in v interakciji s svetom. V zdravstveni negi onkološkega kirurškega bolnika so med teorijami zdravstvene nege najbolj uporabne naslednje:

1. Teorija Caliste Roy: Adaptacijski model
2. Teorija Dorothee E. Orem: Model samooskrbe

-
- 3. Teorija Hildegard Peplau: Model medsebojnih odnosov
 - 4. Model Virginije Henderson

2. PREDOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Predoperativna zdravstvena nega je psihična in fizična priprava bolnika pred operacijo.

2.1. Psihična priprava bolnika

Psihična priprava na operacijo poteka ves čas, odkar je bolnik zvedel, da je operacija potrebna. Na psihično pripravo onkološkega bolnika vplivajo: strah pred odkritjem raka oziroma potrditvijo rakave diagnoze, strah pred odkritjem razširjenosti rakave bolezni, starost bolnika, prejšnje operacije, strah pred anestezijo, navzočnost bolečine, dodatna obolenja, strah pred anomalijami in invalidnostjo, strah pred neznanim, strah pred pooperativnimi bolečinami, strah pred smrtjo, strah pred nezmožnostjo za delo in skrb za družino.

Medicinska sestra pomaga bolniku razumeti in sprejeti predvideno operacijo. Bolnika vzpodbuja in mu daje upanje v uspeh operacije. Zelo pomembna je psihična priprava bolnikov, ki bodo imeli po operaciji spremenjeno telesno podobo. Izkušnje kažejo, da je pri bolnikih, ki so prestrašeni, več pooperativnih zapletov.

2.2. Fizična priprava bolnika

Fizična priprava je priprava bolnikovega organizma na operacijo in anestezijo. Medicinska sestra seznani bolnika s potekom zdravstvene nege pred operacijo. V okviru fizične priprave bolnika seznanimo z vsem potrebnim znanjem zato da bi zmanjšali oziroma preprečili možnost pooperativnih zapletov. Doseči moramo, da bo bolnik v času operacije v čim boljši telesni kondiciji. Ločimo splošno pripravo, ki jo moramo opraviti pri vseh bolnikih, in posebno pripravo posameznih organskih sistemov, na katerih bo izveden operativni poseg. Čas, ki ga medicinske sestre porabijo za učenje in pripravo bolnika pred operacijo, zmanjša obseg dela po operaciji.

2.2.1. Zdravstvena nega bolnika pred operacijo

- Ocena bolnikovega stanja
 - Prehrana
-

Bolnikova prehrana pred operacijo je prilagojena vrsti operacije. Pri abdominalnih operacijah dobi bolnik že nekaj dni pred posegom dieto brez celuloze, tekočo dieto pa dva dni pred posegom. Dan pred operacijo lahko bolnik samo pije, od 24. ure pa mora ostati tešč. Medicinska sestra razloži bolniku, da tako preprečimo bruhanje in aspiracijo hrane v dihala med anestezijo.

- Predoperativno čiščenje prebavnega trakta

Način predoperativnega čiščenja prebavnega trakta določi zdravnik; odvisen je od vrste in lokalizacije bolezenskega procesa, od bolnikovega splošnega stanja in od načrtovane operacije. Bolniku povemo, da mora biti želodec prazen pri vseh posegih, ki zahtevajo splošno anestezijo, če je predvidena operacija na prebavnem traktu, pa zahteva večdnevno čiščenje. Medicinska sestra bolniku razloži pomen čiščenja, ker med operacijo lahko popustijo sfinktri; če je tedaj črevesje polno blata, se tvorijo plini in obstaja nevarnost perforacije črevesa in peritonitisa. Pred operacijo želodca dobi bolnik čistilno klizmo. Pri operacijah črevesja naroči zdravnik ponavadi 2-3-dnevno čiščenje s sirupom Coloclens. Bolniku razložimo pomen pitja tekočine, tekočine pa nadomešča bolnik pred operacijo tudi z infuzijo. Ginekološke bolnice dobijo običajno dan pred operacijo sirup Coloclens in po potrebi čistilno klizmo; spodbujamo jih, naj uživajo veliko tekočin. Pri operacijah zunaj prebavil dobi bolnik odvajalno svečko.

- Priprava respiratornega trakta

Bolnika skupaj s fizioterapevtom že pred operacijo poučimo o globokem dihanju in pravilnem izkašljevanju po operaciji.

- Higijenska priprava kože bolnika

Pri higijenski pripravi kože se ravnamo po standardu higijenske priprave kože pred operacijo na oddelku. Bolniku razložimo, da je higijenska priprava kože pred operacijo pomembna zaradi preprečevanja infekcije ran. Medicinska sestra oceni bolnikovo stanje, ali lahko higijensko pripravo kože izvaja bolnik samostojno pod nadzorom medicinske sestre ali pa potrebuje pomoč medicinske sestre. Higijensko pripravo kože je potrebno opraviti po iztrebljanju, na dan pred operacijo zvečer in zjutraj na dan operacije. Medicinska sestra bolniku razloži namem prhanja, vključno z umivanjem lasišča in vrstni red higijenske priprave kože. Med bolnikovim umivanjem mora medicinska sestra spremljati splošno stanje bolnika in stanje bolnikove kože. Če opazi spremembe na koži

(vnetje, alergijo, poškodbe), to zapiše in sporoči zdravniku. Po končanem prhanju se bolnik preobleče v sveže perilo. Bolnika opozorimo na ureditev nohtov, odstranitev laka za nohte in ličil, ker zabrišejo zgodnje znake hipoksije. Medicinska sestra mora pri bolniku, ki se je umival samostojno, preveriti higiensko pripravo kože celega telesa, posebej popek, predel telesnih gub in nohte. Nepokretnim bolnikom pa medicinska sestra naredi posteljno kopel.

- Predoperativne preiskave

Uredimo bolnikovo dokumentacijo in preverimo, ali je bolnik opravil naročene predoperativne preiskave: RTG pljuč in srca, EKG, hematološke in biokemične preiskave krvi in preiskavo urina, ali ima določeno krvno skupino in Rh faktor. Glede na vrsto obolenja in načrtovano operacijo morajo bolniki opraviti tudi citološko punkcijo, izotopne preiskave, ultrazvočne preiskave, endoskopski pregled, ginekološki pregled in drugo.

Vsakemu bolniku izmerimo utrip in krvni pritisk, pred operacijo bolnika stehamo in izmerimo njegovo višino. Na temperaturni list obvezno vpišemo morebitne alergične reakcije, s katerimi nas seznanil bolnik.

- Priprava bolnika na anestezijo

Pred operacijo bolnika pregleda anesteziolog in naroči zdravila, ki jih bolniku damo pred operacijo (premedikacijo). Preverimo, ali je anesteziolog naročil še kakšne dodatne preiskave in terapijo (npr. kardiotonike, diuretike) pri bolnikih, ki imajo poleg onkološke bolezni še kakšno spremljajočo bolezen.

Pri večjih operacijah po navodilu anesteziologa naročamo, kri za operacijo (po navadi koncentrirane eritrocite) na Zavodu za transfuzijo krvi. Pri načrtovanih operacijah anesteziolog včasih načrtuje avtotransfuzijo, ki je najbolj varna oblika transfuzije.

- Bolnikova pisna privolitev

Bolnik mora pisno privoliti v anestezijo, operativni poseg in invazivne posege. Bolnik podpiše svojo privolitev na ustreznih formularjih, ki so sestavni del bolnikove dokumentacije. Odgovornost, da bolnik podpiše obrazec, je zdravnikova. Če bolnik še ni polnoleten, podpišejo namesto njega starši ali uradni skrbnik.

- Hranitev vrednostnih stvari

Bolnika poučimo, da mora pred operacijo odložiti ves nakit, ker tako preprečimo, da bi zaradi zlatega nakita med operacijo prišlo do poškodbe bolnika (opekline). Denar in dragocenosti, vključno z zlatnino, medicinska sestra vpiše na formular v Popisni knjigi dragocenosti. Bolnik pa jih nato odda v bolnišnični trezor in dobi potrdilo.

- Sestrsko vizita

Priporočamo, da anestezijske sestre opravljajo vizito pri bolnikih, ki bodo operirani. Prav tako naj bi se medicinska sestra - enterostomalni terapevt - pred operacijo pogovorila z bolnikom, pri katerem je predvideno, da mu bodo pri operaciji napravili umetno izvodilo (stomo). Operater in enterostomalni terapevt bosta skupaj poiskala najbolj primerno mesto za stomo.

- Priprava bolnika na spanje in počitek

Na večer pred operacijo bolnika pomirimo in mu po naročilu anesteziologa damo hipnotična ali sedativna sredstva, zato da se ponoči naspi in spočije. Običajno dajemo bolnikom Fluzepam (15-30 mg), Flormidal ali Trisan. Enega od hipnotikov dobi bolnik, če je le mogoče peroralno, če pa to ne gre, ga apliciramo intramuskularno ali v infuziji.

2.2.2. Zdravstvena nega bolnika na dan operacije

- Poskrbimo, da se bolnik zjutraj pravočasno oprha in opravi jutranjo nego.

- Bolniku zmerimo krvni pritisk, utrip in temperaturo. V primeru patoloških sprememb obvestimo zdravnika. Zaradi menstruacije pri bolnici po navadi ne odložijo operacije. Če je bolnik pretirano prestrašen in se boji, da bo med operacijo umrl, moramo o tem prav tako obvestiti zdravnika.

- Bolniku odstranimo zobno protezo in očesne leče, slušni aparat pa naj bi mu vzeli šele tik pred anestezijo.

- Bolnika opozorimo na spraznitev mehurja pred operacijo, da prepreči izločanje urina zaradi mišične relaksacije med operacijo. Povemo mu, da ima

operater tako med operacijo v trebušni votlini boljši pregled, zmanjšana pa je tudi možnost poškodbe mehurja.

- Bolniku damo premedikacijo in drugo terapijo po naročilu anesteziologa. Običajno dobi zjutraj zdravila peroralno; največkrat je to Flormidal. Če to ni mogoče, anesteziolog predpiše premedikacijo v drugačni obliki. Po prejeti premedikaciji bolnik ne sme več vstajati. Medicinska sestra ga mora nadzorovati. Tako preprečimo, da bi ob vstajanju morda lahko padel, ker sedativi povzročajo zaspanost in neorientiranost.

Za preprečitev venske tromboze, ki je lahko povezana še s pljučno embolijo, povijemo noge pred operacijo in podkožno injiciramo heparinski preparat (Innohept 3.500 I.E.). Noge povijemo dovolj trdno od prstov do dimelj z elastičnim povojem.

Pri nekaterih bolnikih damo po navodilu anesteziologa še perioperativno antibiotično zaščito (npr. pri operacijah črevesja, levkopeniji, diabetikih, po kemoterapiji, pri starčkih, kadilcih). Tako je po operacijah manj zapletov.

- Britje operativnega polja:

Britje operativnega polja izvedemo le po naročilu kirurga. Ta poseg izvedemo po standardu britja operativnega polja. Velikost obrite površine je odvisna od vrste kirurškega posega. Dlake v operativnem področju odstranjujemo s striženjem, z depilacijsko kremo ali z mokrim britjem. Pri britju obstaja možnost poškodbe kože, kar omogoči vstop mikroorganizmov v telo in lahko pride do okužbe. Pri bolnikih, ki so jih pred operacijo obrili, je več inficiranih ran, kot pri bolnikih, ki niso bili pobriti, ali pa so jim dlake oz. lase odstranili s striženjem ali depilacijsko kremo.

Zato pri manjši količini dlak oz. las priporočamo striženje ali uporabo depilacijske kreme namesto britja. Čim več časa preteče od britja do operacije, več je inficiranih ran. Če kirurg naroči britje, moramo zato britje operativnega polja opraviti neposredno pred operacijo (pol ure pred operacijo), po prejeti premedikaciji. Ta poseg medicinska sestra izvede v posebnem prostoru na bolniškem oddelku ali v posebnem prostoru v operacijskem bloku. Pri britju mora medicinska sestra paziti, da bolnikove kože ne odrgne, posname ali ureže. Morebitna poškodba kože med britjem zviša možnost infekcije, zato o tem obvestimo kirurga, ki naroči uporabo antiseptika.

- Bolnika leže peljemo v prostor za anestezijo in vso dokumentacijo predamo anesteziologu in anestezijski sestri.

3. POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Namen pooperativne zdravstvene nege je:

- vzdržujemo psihično in fizično ravnovesje operiranca,
- preprečujemo možne pooperativne zaplete ali pa jih skušamo čim bolj zgodaj odkriti,
- skrbimo za varnost operiranca,
- pomagamo operirancu k čim boljšemu počutju,
- pomagamo operirancu, da čim hitreje postane samostojen in neodvisen.

Medicinska sestra mora operiranca neprekinjeno opazovati:

- opazuje njegove fiziološke in psihične spremembe,
- načrtuje, izvaja in vrednoti negovalne intervencije,
- prepozna zaplete in odgovore na terapevtsko zdravljenje

3.1. Model Virginije Henderson

Pri pooperativni zdravstveni negi onkološkega bolnika v praksi lahko uporabimo Model Virginije Henderson, ki izhaja iz fizičnih, psihičnih in socialnih potreb in zajema 14 življenjskih aktivnosti: dihanje, prehranjevanje in pitje, odvajanje in izločanje, gibanje in ustrezno lego, spanje in počitek, oblačenje, vzdrževanje telesne temperature, čistočo in nego telesa, izogibanje nevarnostim v okolju, odnose z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb, izražanje verskih čustev, koristno delo, razvedrilo in rekreacijo, učenje in pridobivanje znanja o razvoju in zdravju. Cilji zdravstvene nege so pomoč človeku pri življenjskih aktivnostih za doseganje zdravja in ozdravljenja, kadar nima potrebne moči, volje ali znanja, in pomoč, da postane neodvisen. Pomanjkljivost tega modela je, da v zdravstveni negi ne vključuje duhovnih in spolnih potreb.

V pooperativni zdravstveni negi pa ne smemo pozabiti dveh pomembnih problemov pri operiranem bolniku; to je operacijska rana in bolečina, ki vplivata na vse življenjske aktivnosti.

Medicinska sestra mora šovedati bolniku, kako bo po operaciji potekala zdravstvena nega glede na njegove življenjske aktivnosti in diagnostično-terapevtske zahteve.

Takoj po operaciji potrebuje bolnik pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih.

3.1.1. Dihanje

Pri kontroli dihanja ugotavljamo frekvenco in vrsto dihanja (tahipneja, brahipneja, dispneja, stridor), globino dihanja, volumen. Medicinska sestra mora obvestiti zdravnika, če pri bolniku opazi tahipnejo, brahipnejo, dispnejo, cianozo ali nemir, pri apneji pa sama takoj prične z umetnim dihanjem z masko in ročnim dihalnim balonom, priklopljenim na 100% kisik.

Operiranec lahko diha spontano, je intubiran, ali priključen na respirator. Nekaterim operirancem moramo po zdravnikovem navodilu dovajati dodatni kisik po nosnem katetru, preko kisikove maske ali prek tubusa. Količino kisika in čas trajanja postopka določi zdravnik. Potrebo po umetni ventilaciji (respirator) vedno ugotavlja zdravnik na podlagi plinske analize arterialne krvi, frekvence in globine dihanja ter krvnega pritiska. Zdravnik prek respiratorja določi parametre ventilacije in procent kisika. Umetno ventiliranim bolnikom dvignemo vzglavje za 30 do 45 stopinj, če to dopušča njihova operacija oz. bolezen. Uporabljamo dihalne cevi in antibakterijske filtre, ki so za enkratno uporabo, in jih menjavamo na 24 do 72 ur.

Intubiran bolnik se ne more aktivno izkašljati, zato mu medicinska sestra pomaga s sterilno aspiracijo. Po naročilu zdravnika bolnikom jemljemo vzorce aspirata za bakteriološko analizo. Pri intubiranih bolnikih merimo dihalni in minutni volumen z respirometrom. Ekstubacijo izvedemo, takoj ko je dihanje spontano in zadovoljivo.

Pri operirancu neprekinjeno nadzorujemo saturacijo kisika v arterijski krvi s pulznim oksimetrom. Uspešnost ventilacije in respiracije po naročilu zdravnika preverjamo s plinskimi analizami arterialne krvi.

Do delne ali popolne respiratorne disfunkcije lahko pride po operaciji zaradi nepravilne lege operiranca. Vzrok je lahko izbljuvek ali oralni in faringealni sekret. Respiratorna depresija pa lahko nastopi zaradi podaljšane splošne anestezije. Medicinska sestra mora spremeniti položaj bolnika v postelji, tako da je glava operiranca pomaknjena vstran, spodnja čeljust pa naprej. Če to dovoljuje narava operacije, namestimo bolnika v levi ali desni bočni položaj. Po torakalni ali veliki abdominalni operaciji bolnik zaradi bolečine diha plitko in se boji izkašljevati. Medicinska sestra opozori operiranca, da je to eden izmed vzrokov za morebiten nastanek pljučnih komplikacij. Na nastanek slednjih vpliva tudi dejstvo, ali je operiranec kadilec, ima kroničen bronhitis oz. druge

respiratorne težave, zlasti če je bolnik umetno ventiliran.

Operiranca vzpodbujamo h globokemu dihanju in izkašljevanju in mu pri tem pomagamo. Redno spreminjamo njegov položaj, če to seveda dovoljuje vrsta posega, in čistimo dihalne poti. Opazujemo in zapisujemo naravo in količino sputuma. Bronhialne izločke pošljemo po potrebi na bakteriološki pregled in za antibiogram. Po zdravnikovem naročilu dajemo antibiotike in analgetike, zato da olajšamo težave in s tem zmanjšamo bolečino.

Pomemben kazalnik respiratorne in cirkulatorne funkcije je stanje bolnikove zavesti.

3.1.1.1. Stanje zavesti

Pri operirancu ugotavljamo, kakšno je stanje zavesti (somnolenca, zmedenost, delirij, koma), ugotavljamo bolnikove reflekse in mišični tonus. Od stanja bolnikove zavesti je odvisno bolnikovo sodelovanje.

Bolnika po anesteziji nikoli ne pustimo samega. Medicinska sestra mora ostati pri operirancu in ga nadzorovati, vse dokler je po operaciji intubiran in še naprej, tako dolgo, dokler ni pri polni zavesti. Medtem ga v določenih časovnih presledkih orientiramo glede časa in prostora.

Ob dihanju je življenjskega pomena tudi cirkulacija.

3.1.1.2. Cirkulacija

Pri operirancu moramo poleg kontrole dihanja nadzorovati tudi cirkulacijo (pulz, krvni pritisk, centralni venski pritisk). Opazovanje bolnika in njegovih življenjskih funkcij je najpomembnejše v zgodnjem pooperativnem obdobju (prvih 24 ur po operaciji) in nato vse do ustalitve vitalnih znakov. Nekatera odstopanja se pojavljajo samo občasno, zato je 24-urna navzočnost medicinske sestre ob bolniku neobhodno potrebna. Če opazovanje ni dovolj skrbno ali če medicinska sestra rezultatov opazovanja ne sporoča zdravniku, lahko povzroči nepotrebne zaplete ali celo bolnikovo smrt. Opazovanje mora biti natančno in trajno, zapisovanje stanja tekoče.

- Pulz

Opazujemo frekvenco, ritmičnost, kakovost pulza z otipanjem ali s pomočjo monitorja. Če je potrebno, operiranca priključimo na monitor, kjer opazujemo

frekvenco in ritem srčnega utripa. Kadar opazimo motnje ritma takoj obvestimo zdravnika. Ob asistoliji, prekatni fibrilaciji in zastoju dihanja začnemo takoj s kardiopulmonalnim oživljanjem.

- Krvni pritisk

Nizek ali visok krvni pritisk nam dajeta podatke o spremembah v krvnem obtoku, upoštevati pa moramo tudi učinke različnih zdravil. Pri življenjsko bolj ogroženih bolnikih izvajamo invazivno / krvavo merjenje arterijskega tlaka v periferni arteriji.

- Centralni venski pritisk

Centralni venski pritisk je pritisk v velikih venah prsnega koša; njegove vrednosti kažejo na obremenitev desnega srčnega prekata. Normalne vrednosti so od +5 do +10 cm H₂O. Ta pritisk lahko merimo samo pri tistih bolnikih, ki imajo uveden centralni venski kateter v subklavialni, jugularni ali femoralni veni, ali uveden cavafix prek kubitalne vene.

O bolnikovem stanju zelo veliko pove tudi zunanji videz, še posebej v povezavi s krvnim tlakom. Zato pri operirancu kontroliramo tudi barvo kože in sluznice.

3.1.1.3. Barva kože in sluznice

Opazujemo, ali se pri operirancu pojavi bledica, cianoza. Ta je lahko periferna (udje, nohti) ali centralna (ustnice, vidne sluznice). Bleda, mrzla in vlažna koža je večkrat prvi znak notranje krvavitve. Rdečina obraza pa se pojavlja pri bolnikih z visoko temperaturo, pri nekaterih oblikah zvišanega pritiska, pri sladkornih bolnikih itd.

Paziti moramo tudi na pojav ikterusa, na turgor kože, znojenje, edeme, napetost vratnih ven, začetne znake preležanin (dekubitusa) in zadah. Pozorni moramo biti tudi na kožne spremembe v obliki izpuščajev po celem telesu (bolnik je lahko preobčutljiv na kakšno zdravilo, infuzijsko tekočino, na transfuzijo krvi in krvnih derivatov) in posebej na kožo v operiranem predelu (morda je bolnik preobčutljiv na kakšno razkužilo ali kaj drugega).

3.1.2. Prehranjevanje in pitje

3.1.2.1. Parenteralna prehrana

Glede na vrsto operacije in na bolnikovo stanje predpiše zdravnik vrsto raztopine za infuzijo, količino in čas dajanja infuzije. Bolniku, pri katerem zdravnik ugotovi slabšo prehranjenost, je potrebna že predoperativna parenteralna podpora, če bolnik sam ni zmožen zadovoljiti več kot 50 - 60% svojih energetskih potreb. Parenteralna podpora je potrebna tudi po operaciji, saj je velik kirurški poseg huda motnja homeostaze, ki se kaže v motnjah metabolizma, endokrinih funkcij itd. Posebej pa pooperativni septični zapleti povečajo potrebo po hrani in obenem onemogočajo normalno prehrano.

Pri operirancih po brahiradioterapiji in kemoterapiji, pri kahektičnih operirancih, in pri bolnikih, ki bodo pooperativno dobili kemoterapevtike, je poleg tekočine, ki jo postopoma dobivajo peroralno, zelo pomembna hiperalimentacija v obliki infuzije.

V prvih dneh po operaciji tako veliko bolnikov hranimo parenteralno, s čimer vzdržujemo elektrolitsko, vodno in acidobazično ravnovesje, obenem pa jim dovajamo esencialne beljakovine, maščobe in ogljikove hidrate. Glede na vrsto operacije kombiniramo parenteralno prehrano z enteralno prehrano v intermitentni infuziji prek želodčne in duodenalne sonde.

Bolniku medicinska sestra vstavi intravenozno kanilo, če je infuzija potrebna samo nekaj dni, pri bolnikih, ki potrebujejo parenteralno prehrano daljši čas ali imajo poškodovano ožilje po intravenski kemoterapiji, zdravnik uvede centralni venski kateter. Centralni venski kateter uporabljamo za parenteralno hranjenje bolnika, za intravensko dovajanje zdravil in za merjenje centralnega venskega pritiska. Vsa zdravila med seboj niso kompatibilna, potrebna pa je njihova hkratna aplikacija, zato anesteziolog uvede trilumenski centralni venski kateter v subklavialno ali jugularno veno. Ta centralni kateter je sestavljen iz medialnega dela, ki je namenjen za infuzijo, distalnega dela za merjenje centralnega venskega pritiska in proksimalnega dela za jemanje krvi.

Dnevno preverimo lego centralnega venskega katetra (preizkus s steklenico). Če medicinska sestra uvaja t.im. cavafix, je zelo pomembno pravilno, strogo sterilno uvajanje. Pazimo, da infuzijski kateter ne izpade in da je dobro fiksiran. Vbodno mesto sterilno pokrijemo s prozorno folijo in po potrebi sterilno prevezujemo. Delovanje infuzije nadzorujemo večkrat dnevno. Opazujemo hitrost kapljic in pazimo, da infuzijski kateter ni prepognjen ali zamašen. Pri aplikaciji infuzijskih tekočin, kjer je zelo pomembna hitrost infuzije (npr. pri Dopaminu, Nirminu, Dobutrexu), uporabljamo infuzijske črpalke. Infuzijska črpalka nam omogoča, da odtipkamo količino določene infuzije v ml, ki naj stečejo v 1 uri. Pri manjših količinah aplicirane tekočine pa uporabljamo

perfuzorje. Nadzorujemo okolico i. v. katetra, da bi pravočasno opazili znake infekcije in/ali otekline ob katetru (če infuzija teče paravenozno); nadziramo vbodno mesto, da infuzija ne bi zamakala. O vseh morebitnih spremembah obvestimo zdravnika.

Nekateri onkološki bolniki pa imajo kirurško implantirano "valvulo" - t.i. venski "access port" (VAP). VAP je namenjen za dogotrajno aplikacijo kemoterapije, za popolno parenteralno prehrano, za intravensko aplikacijo zdravil in za jemanje krvi.

3.1.2.2. Peroralna prehrana po operaciji

Prehrana onkološkega bolnika je zelo pomembna, ker rast tumorja hranilno in energijsko izčrpa organizem (kaheksija) in zmanjša tek (anoreksija). Hitrejšo kaheksijo povzroča tudi onkološka terapija (kemoterapija, radioterapija in kirurško zdravljenje).

Bolnike po operaciji pričnemo peroralno hraniti počasi in postopno, zaradi pooperativne atonije črevesja. Prehrana mora biti prilagojena vrsti in mestu operativnega posega in bolnikovemu stanju. Zato upoštevamo navodila operaterja. Bolnik lahko pri manjših kirurških posegih zunaj prebavil, če mu ni slabo in ne bruha, zvečer na dan posega pije. Naslednji dan lahko dobi hrano. Večji problem je z bolniki po velikih operacijah ali s septičnimi stanji, ki za dalj časa onemogočijo normalno prehrano. Tudi bolniki, pri katerih ni prišlo do posebnih zapletov, zaužijejo po operaciji manj hrane, kot so njihove normalne potrebe. Stanje je še slabše, če je bil bolnik že pred operacijo slabo hranjen. Ustrezna parenteralna prehrana je tu bistvenega pomena. Hranjenje po operacijah otežuje predvsem pareza črevesja, ki je znatno bolj trdovratna po trebušnih operacijah. Pri operativnih posegih na prebavilih je peroralna prehrana prvih 10 dni po operaciji skoraj nemogoča. Šele okoli tri tedne po operaciji lahko bolnik preide na normalno uravnoteženo prehrano. Vsak večji zaplet (sepsa, peritonitis, pankreatitis, paralitični ileus itd.) pa terja ustrezno parenteralno prehrano.

Če bolnik hrane ne more zaužiti skozi usta (disfagija zaradi bolezni v ustih in požiralniku, stanje nezavesti, anoreksija), ima pa razmeroma zdrava prebavila, ga hranimo po nazogastrični sondi, po gastrostomi ali jejunostomi.

Kadar je prebava slabša ali če zaradi različnih kirurških ali nekirurških vzrokov ni mogoča, moramo preiti na poseben režim prehrane s prebavljeno hrano. Upočasnjeno delovanje črevesja in slabšo resorpcijo hrane opazamo pri bolnikih po obsevanju. Astronavtsko hrano (delno ali povsem prebavljivo) dajemo zlasti kahektičnim bolnikom s slabšo resorpcijo hrane. Indikacije za

uporabo elementarne astronautske hrane (npr. Nutricomp) so: gastrointestinalne fistule, varovalna prehrana pri radioterapiji in kemoterapiji rakavih bolnikov, predoperativna in pooperativna prehrana.

Bolnika pri hranjenju spodbujamo, ker dobra hranjenost bolnika ugodno vpliva na njegovo stanje in tudi na onkološko zdravljenje.

3.1.3. Izločanje tekočin in odvajanje blata

Operiranec izloča tekočine po drenaži, po nazogastrični sondi, preko operacijske rane, preko fistul, z urinom, z bruhanjem in znojenjem in pri odvajanju blata.

3.1.3.1. Dreniranje

Bolnik ima med operacijo v operacijsko področje vstavljeno trajno vakumsko drenažo (sukcija RW), ki srka kri ali serozno tekočino z operacijskega polja in s tem preprečuje nastanek hematoma in vnetja. Z operacijskega polja izhajajo tudi dreni, ki so napeljeni v zbiralne vrečke. Glede na mesto in vrsto operacije lahko pride do pooperativnega pnevmotoraksa ali fluidotoraksa. Zdravnik za izpraznitev vstavi plevralno drenažo, t.i. Bullovo drenažo, ki jo priključimo na aktivno sukucijo in plevrevak.

Ko operiranca sprejmemo, pregledamo vse drene in katetre in jih po potrebi priključimo na sukucijo ali na zbiralno vrečko. Pri drenaži moramo vedeti, kje je dren vstavljen in kaj naj bi po dreneu priteklo. Dreni morajo biti dobro pritrjeni; paziti moramo, da ne izpadejo. Medicinska sestra opazuje vsebino, ki priteka po dreneu. Zapišemo količino, kakovost in dinamiko nabiranja drenirane tekočine. Zaznati moramo vsako neobičajno ali nepričakovano spremembo v dinamiki sekrecije in kakovosti nabrane tekočine, jo zapisati na temperaturni list in o tem obvestiti zdravnika. Pri močno hemoragični sekreciji gre za izgubljanje krvi. Zdravnik predpiše železov preparat ali pa, če se Ht preveč zniža, nadomesti kri s koncentriranimi eritrociti. Pri pretežno serozni sekreciji pa operiranec izgublja predvsem beljakovine. Paziti moramo, da se dren ne zamaši. V tem primeru zamašen dren pregnetemo od rane navzdol in obvestimo zdravnika. Bolnik naj ne leži na dreneu. Pomembno je tudi, da ves drenažni sistem dobro tesni. Opazujemo mesto ob dreneu (vneto, rdeče, gnojno), preverimo, ali ob njem kaj zateka in po potrebi sterilno prevezujemo. Če je drenov več, morajo biti natančno označeni, iz katerega mesta izhajajo.

3.1.3.2. Nazogastrična sonda

Izguba tekočin po nazogastrični sondi je navzoča predvsem pri operacijah v trebušni votlini, kjer imajo bolniki vstavljeno želodčno sondo na vrečko, ki omogoča pasivno gastrično drenažo. Vsebino, količino in barvo drenirane tekočine nadziramo večkrat na dan. Pokaže nam morebitno krvavitev iz želodca ali morebitno zaporo črevesja. Izmerjeno količino zapišemo na temperaturni list. Nazogastrična sonda mora biti pravilno vstavljena; pazimo, da je prehodna in da operiranec ne leži na njej. Menjamo jo po zdravnikovem naročilu. Menjava je odvisna od snovi, iz katere je izdelana, od tega, ali jo ima bolnik že dalj časa ali če mu je morda izpadla; pogostnost menjave pa narekuje tudi narava operacije. Ob menjavi vstavimo sondo v drugo nosnico, zato da preprečimo nastanek dekubitusa v nosnici. Pri bolniku z nazogastrično sondi je pomembna tudi intenzivnejša nega ustne votline, ker tak bolnik ponavadi diha z odprtimi usti, zaradi česar se ustna sluznica izsuši; moten pa je tudi naravni mehanizem čiščenja ustne votline, ker bolnik ne žveči hrane.

3.1.3.3. Operacijska rana

Pozorni moramo biti na morebitne krvavitve in okužbe. Opazujemo, kakšne vrste je izcedek iz rane in če se podkožno pojavljata hematoma ali serom. Večja izguba krvi povzroči hipovolemijo in hipotenzijo s hipoksijo, če izgube nismo zadovoljivo nadomestili. Zato je zelo pomembno, da natančno opazujemo operativno polje in drenažo iz rane ter redno v določenih časovnih razmakih, merimo krvni pritisk in pulz (15 min, 1/2 ure, 1 ura). Prvih 24 - 48 ur naj bo nadzor strožji, ker obstaja večja možnost krvavitve, seveda pa je to odvisno tudi od vrste operacije. V primeru krvavitve mora medicinska sestra obvestiti zdravnika, dvigniti vznožje postelje in po možnosti povečati hitrost infuzije. Na celjenje rane vplivajo različni dejavniki. Celjenje rane je veliko boljše, če je zagotovljena stalna vlažnost rane in primerna toplota. Če se zniža temperatura površine rane pod 28 stopinj Celzija, se zmanjša delovanje levkocitov. Na zaviranje celjenja rane vpliva morebitna poškodba tkiva, ki lahko nastane pri odstranjevanju preveze. Rane se počasneje celijo, če je navzoč hematoma, ki je gojišče za mikroorganizme. Celjenje rane zavirajo tudi tujki in odmrlo tkivo. Tujke v rani predstavljajo različni dreni in šivi rane, ki povečajo nevarnost infekcije. Po operaciji je možnost okužbe večja, ker je za imunsko oslabilnega bolnika nevarna tudi njegova lastna stalna flora, ki se lahko aktivira in pride do avtoinfekcije.

Zato na vsaki rani redno kontroliramo prevezo in če je preveza potrebna, rano sterilno prevezujemo. Pri preprečevanju postoperativnih infekcij rane je pomembna aseptična tehnika dela pri oskrbi operativnih ran.

Za čiščenje ran uporabljamo sterilna sredstva za čiščenje ran, ki poleg izbire ustrezne obloge zagotavljajo najboljše razemre za celjenje rane. Za čiščenje operacijskih ran, ki niso inficirane, uporabljamo sterilno fiziološko raztopino (0.9% NaCl). Če je rana čista, brez izločka, rane ne čistimo, ker s pogostim čiščenjem rano poškodujemo, odstranjujemo novo tkivo, znižujemo temperaturo rane in odstranjujemo izloček, ki ima baktericidne lastnosti.

Če je rana inficirana, uporabljamo za čiščenje rane antiseptik, ki ga odredi zdravnik. Rano lahko čistimo z tamponi, opuščamo pa uporabo pincet in peanov in raje uporabljamo sterilne rokavice. Boljše je izpiranje rane z brizgalko, ker manj poškodujemo rano.

Rano, ki se celi per primam najprej očistimo z 0.9% NaCl, jo pustimo vlažno in nanjo namestimo oblogo, ki lahko ostane na rani do 7 dni, če na oblogi ni znakov sekrecije.

Če je rana inficirana, zdravnik določi antiseptik in vrsto obloge, potrebna je tudi pogostejša menjava obloge. Obloge so kontraindicirane pri sumu na anaerobno infekcijo! Infekcije ran so pogostejše pri velikih odprtih ranah, pri operacijah črevesja, ortopedskih operacijah, pri sladkornih in debelih bolnikih. Lokalni simptomi so: bolečina v rani, rdečina, oteklina, možna pa je tudi sekrecija iz rane. Te pojave lahko spremlja povišana temperatura in levkocitoza. Vse nepravilnosti sporočimo zdravniku. Zdravnik rano pregleda in oskrbi, po potrebi pobere nekoliko šivov in rano drenira, tako da gnoj lahko odteče. Po naročilu zdravnika vzamemo tudi bris za antibiogram. Po prejemu izvida zdravnik po potrebi ordinira antibiotike. Če je potrebno, naroči spiranje rane. Za čiščenje umazanih in gnojnih ran uporabljamo po naročilu zdravnika največkrat 1-3% raztopino vodikovega peroksida. Nato na rano namestimo oblogo s sterilno fiziološko raztopino (0,9 % NaCl).

Pri izbiri obvezilnega materiala upoštevamo ugotovitve, da bombažni obvezilni material v stiku z rano poškoduje na novo izraslo tkivo. Zato raje uporabljamo različne vrste kvalitetnih oblog, ker vzdržujejo najprimernejše okolje za dobro celjenje ran. Dobre obloge vzdržujejo vlažnost in toploto, preprečujejo vdor mikroorganizmov, omogočajo izmenjavo zraka in pospešujejo nastanek granulacijskega tkiva. Kvalitetne obloge dobro vpijajo izcedek iz rane in zadržujejo neprijeten vonj, pri odstranjevanju ne povzročajo bolečin, ne povzročajo alergij in vnetij, vodoodporne obloge pa omogočajo umivanje bolnika. Dobre obloge ni potrebno pogosto menjavati, omogočajo kontrolo celjenja rane brez odstranitve obloge. Glede na vrsto rane in njeno stanje lahko

izberemo ustreznooblogo. Uporabo oblog, ki jim je dodan antiseptik, encimi, koloidi ali kaj drugega, določi zdravnik.

Predoperativna radioterapija ali kemoterapija povečujeta možnost komplikacij pri celjenju rane. Slabše se celijo rane tudi pri sladkornih bolnikih in pri operirancih s hipoproteinemijo. Pri teh bolnikih je več pooperativnih komplikacij (popuščanja šivov in okužb).

3.1.3.4. Fistula

Kot posledica kirurškega zapleta (puščanje anastomoze) lahko nastane fistula. Fistula lahko nastane tudi kot zaplet zaradi same bolezni (tumorska invazija, absces) ali kot komplikacija po radioterapiji. Za fistulo tankega črevesa je značilno voluminozno izločanje, velika izguba elektrolitov in encimov, jedka izločena vsebina. Če je fistula samo ena in ni obsežna jo negujemo tako, da na zdravo kožo namestimo podlogo in vrečko na izpust. Pri bolniku, ki ima več fistul in mu ni mogoče namestiti vrečke, črpamo vsebino s centralnim vakuumom, kožo pa zaščitimo z zaščitno kremo (Menalind). Pri prehrani moramo najprej razbremeniti črevesje s popolno intravensko hiperalimentacijo. Bolnik ima tudi nazogastrično razbremenilno sondo. Pozneje, ko je vzpostavljeno hemodinamsko ravnovesje, začnemo kombinirati i.v. prehrano s peroralno (Nutricomp) ali po sondi. Fistulo širokega črevesa pa negujemo v osnovi kot kolostomo.

3.1.3.5. Izločanje seča (uriniranje)

Bolnik po operaciji lahko urinira spontano, po urinskem katetru in/ali po urinski stomi.

Bolniki, ki po operaciji nimajo stalnega katetra, ker pri njih računamo na spontano izločanje seča, imajo lahko težave z mikcijo. V začetku lahko pride do motenj zaradi nezadostne produkcije seča in zaradi težav prilagajanja. Operiranca moti uriniranje v postelji, motita ga ležeči položaj in bolečina, ima pa tudi psihične zavore. Če to dovoljuje njegovo stanje, mu pomagamo spremeniti položaj, ga posedemo. Bolnik mora urinirati vsaj 8 ur po operaciji, sicer mora medicinska sestra obvestiti zdravnika, da bo predpisal diuretik ali kateterizacijo. Kateteriziramo lahko s sterilnim katetrom za enkratno uporabo ali pa uvedemo stalni kateter.

Pri operirancu, ki ima uveden stalni urinski kateter, merimo diurezo dnevno, na vsakih 24 ur, pri življenjsko ogroženih bolnikih pa vsako uro. Po operaciji po navadi takoj izmerimo do tedaj izločeni urin. Urna diureza je kazalnik hidracije

oz. dehidracije ter zmogljivosti cirkulacije in renalne funkcije (1 ml/kg TT/h). Urna diureza omogoča nenehni nadzor, saj lahko takoj opazimo oligurijo, poliurijo, anurijo ali hematurijo. Poleg količine seča opazujemo še barvo in motnost. Izločanje seča se lahko zmanjša zaradi ledvične disfunkcije, ki je rezultat operacije. O tem je potrebno obvestiti zdravnika in natančno zapisati količino dobljene in izločene tekočine. Pri zmanjšanju količine seča mora medicinska sestra nadzirati prehodnost katetra; ugotoviti mora, ali je zamašen ali pritisnjen, prepognjen. Če je potrebno, mora popraviti lego katetra in ga prebrizgati s sterilno fiziološko raztopino.

Pri bolnikih, ki imajo urinske stome, moramo meriti tudi količino po urinski stomi izločenega urina.

3.1.3.6. Pooperativna slabost (navzeja) in bruhanje

Navzeja in bruhanje se pojavita po operaciji pogosto kot stranski učinek anestezije. Medicinska sestra opazuje izbruhane mase glede na količino in barvo, če pa se pojavi kri ali hematinske mase, takoj obvesti zdravnika. Bolniku damo antiemetiska zdravila in ugotavljamo njihov učinek. Glede na količino izbruhane vsebine zdravnik predpiše potrebne nadomestne snovi v obliki infuzije. Pri takih operirancih je pomembna ustna nega.

Vzrok navzeje pa je lahko tudi subileus. Če ima bolnik nazogastrično sondo, ki je zaprta, jo odpremo in priključimo na zbiralno vrečko. Preverimo položaj sonde in jo po potrebi aspiriramo. Bolniku damo predpisane antiemetike in ugotavljamo njihov učinek. Poučiti ga moramo o karenci. Opazujemo, kdaj začne delovati črevesna peristaltika in se pojavijo črevesni vetrovi.

3.1.3.7. Odvajanje blata

Težave z odvajanjem blata so po operaciji normalen pojav. Vzroki zaprtja so: prekinitev normalnega hranjenja in osebnih navad prehranjevanja, vpliv anestetikov in narkotikov, bolečina, psihična zavora.

Bolniki, ki so bili pred operacijo obsevani v predelu abdomna (teleradioterapija ali brahiradioterapija), imajo po operaciji pogosto prebavne motnje. Lahko pride do paralize črevesja in do tega, da ne odvajajo ne vetrov, ne blata. Včasih so bolniki zelo napeti že drugi ali celo prvi dan po operaciji. Bolniku uvedemo črevesno cevko, če to dovoljuje narava operacije, za izboljšanje peristaltike pa zdravnik predpiše ustrezna zdravila (npr. Prostigmin, Redergin, Digenol). Če se stanje ne izboljša, vstavimo želodčno sondo na vrečko.

Za izpraznitev črevesja po operaciji zdravnik predpiše različna sredstva,

odvisno od vrste in mesta operacije. Pri manjših operativnih posegih uporabljamo peroralno odvajalo sirup Portalac(2-3 žlice). Bolniki, operirani v trebušni votlini, razen na črevesju, dobijo običajno 2. dan po operaciji odvajalo v obliki svečke ali čistilne klizme. Ginekološke operiranke dobijo ponavadi 2. dan po operaciji čistilno klizmo in nato ob 24. ur še Verolax (2 draž.).

Odvajanje blata po operaciji je potrebno vzpostaviti tudi pri bolnikih s črevesnimi stomami. Odvajalno sredstvo (svečko ali glicerinsko klizmo) damo po zdravnikovem navodilu v črevesno stomo.

Pri stomi opazujemo poleg funkcije stome tudi lokacijo stome, njeno kondicijo in stanje peristomalne kože. Ločimo zgodnje in pozne komplikacije stome in kože okrog nje. Zgodnji zapleti so: krvavitev iz stome, nekroza, ugreznjenje - retrakcija in stenoza stome. Pozni zapleti pa so: parastomalna hernija, prolaps, psevdopolipi - granulomi, peristomalna fistula, vnetje peristomalne kože, erozija stome in krvavitev iz nje.

3.1.3.8. Bilanca zaužite in izločene tekočine

Pri operirancu zapišemo vso sprejeto tekočino (tekočine per os in po sondi, intravensko in intraarterialno aplicirane tekočine) in vso izločeno tekočino. Na podlagi tega izračunavamo 24-urno (12-urno, 6-urno) tekočinsko bilanco. Tekočinska bilanca je pozitivna ali negativna in je prikaz hidracije bolnika. Pri hidraciji se oziramo tudi na vrednosti CVP.

Če je bolnik dehidriran, pride do hipovolemije. Pri hipovolemiji povečamo hitrost infuzije, če to dovoljuje bolnikovo stanje, in o tem obvestimo zdravnika. Čezmerna hidracija zaradi prevelike doze i.v. infuzije ali zaradi srčne napake pa privede do hipervolemije in do pljučnega edema. Bolnika namestimo v polsedeči položaj, da mu olajšamo dihanje, nato pa mu apliciramo kisik. Zmanjšamo hitrost i.v. infuzije in obvestimo zdravnika.

3.1.4. Gibanje in ustrezna lega

Po operaciji je pri bolniku motena aktivnost gibanja. Na dan operacije imajo bolniki predpisano ležanje, pozneje je omejitev gibanja odvisna od vrste operacije. Pri operirancu preprečuje gibanje tudi strah pred bolečino. Medicinska sestra razloži bolniku, da zgodnje vstajanje po operaciji koristno za preventivo vnetja ven in pljučne embolije, preprečuje pooperativno mišično oslabelost in preležanine, pripomore k boljšemu apetitu in počutju, preprečuje

zaprtje, pomaga premagati občutek nemoči in vpliva na boljše spanje ponoči. Hoja pospeši krvni obtok, predvsem v spodnjih okončinah. Na bolnikovih nogah opazujemo barvo, ugotavljamo občutljivost in oteklino ter navzočnost bolečine. Zgodnje vstajanje zmanjša pojavljanje globokih venskih strdkov (trombusov) po operaciji. Te zaplete preprečujemo s pravilnim povijanjem nog z elastičnimi povoji. To je pomembno predvsem pri debelih bolnikih, ki že imajo krčne žile. Operiranci dobivajo preventivno tudi heparinske preparate. O trajanju preventivne heparinizacije odloča zdravnik. Če bolnik po operaciji vstaja, traja ta po navadi 10 dni, po potrebi pa jo podaljšamo.

Pri izbiri bolnikovega položaja oz. ustrezne lege operiranca se ravnamo po navodilih operaterja. Pripraviti si moramo vse potrebne pripomočke, da bolnika lahko namestimo tako, da bo položaj čim bolj ustrezal vrsti operacije in da bo čim bolj udoben. Upoštevati moramo tudi načela za preprečevanje preležanin. Pri operirancih, pri katerih pričakujemo daljši čas ležanja, namestimo antidekubitor. Pri spreminjanju položaja potrebuje operiranec delno ali popolno pomoč medicinske sestre.

Osnovno navodilo je, da leži operiranec ob sprejemu naravnost, brez blazine, z glavo obrnjeno vstran.

3.1.5. Spanje in počitek

Bolnikovo spanje in počitek sta v bolnišnici skoraj vedno motena. Na to vplivajo različni dejavniki: bolečina, neugoden položaj telesa, omejeno gibanje (npr. zaradi infuzije, drenov, monitoringa), okolje (intenzivni oddelek), pogoste kontrole vitalnih znakov in psihični dejavniki.

Operirancu skušamo omiliti bolečino, namestimo ga v čim bolj udoben položaj, razložimo mu potrebnost kontrole vitalnih znakov in nujnost priključitve na aparate ter ga skušamo pomiriti. Bolniku damo predpisano uspavalno in pomirjevalo.

3.1.6. Oblačenje

Takoj po operaciji potrebuje bolnik pomoč medicinske sestre tudi pri oblačenju oz. preoblačenju v sveže perilo. Poučimo ga o pravilnem načinu preoblačenja glede na operacijo, glede na njegove priključitve na aparate, in kako naj se obleče, da ga bo ob tem čim manj bolelo (npr. po operaciji dojke obleče najprej bolno roko, sleče najprej zdravo roko).

3.1.7. Vzdrževanje telesne temperature

Nevarna je tako zvišana telesna temperatura (septična stanja, pri katerih je potreba organizma po kisiku povečana) kot znižana (podhladitve), ker lahko privede do motenj srčnega ritma. Zvišano temperaturo skušamo čim prej znižati. Bolnike hladimo ob temperaturi višji od 38,5 stopinj Celzija, z mokrimi kompresami in ledenimi vrečkami ter dajemo predpisana zdravila. Po dolgotrajnih operacijah, ko pride do podhladitve operiranca, posteljo segrejemo z električno blazino.

Temperatura je tudi eden od kazalcev, ki v pooperativnem obdobju pokaže prilagoditev organizma na operativni poseg. Operacija deluje na organizem kot stres. Zato je subfebrilna temperatura skoraj pravilo.

3.1.8. Čistoča in nega telesa

Način izvajanja splošne telesne higiene in ustno nego prilagodimo bolnikovemu stanju. Bolnika skušamo v čim večji možni meri pridobiti za zgodnje sodelovanje.

Usta čistimo večkrat na dan. S tem preprečimo neprijeten zadah in nastanek oblog ter pripomoremo k bolnikovemu boljšemu počutju. Skrbnejša ustna nega je potrebna pri operirancih, ki imajo visoko temperaturo, pri tistih, ki jih hranimo po sondi ali parenteralno, pri intubiranih bolnikih, pri bolnikih po operaciji v ustni votlini, pri bolnikih z glivičnimi boleznimi ali vnetnimi procesi v ustni votlini, pri nezavestnih bolnikih, itn.

Pri izvajanju ustne nege se ravnamo po sprejetih standardih onkološke zdravstvene nege za ustno votlino: ustna nega z zobno ščetko, ustna nega bolnika z zobno protezo, intubiranega bolnika in komatoznega bolnika.

Zelo pomembna je ustna nega pri operirancih, ki si še niso pozdravili vnetja ustne votline (stomatitisa), ki se je razvil kot posledica predoperativne kemoterapije ali radioterapije glave ali vratu. Pri teh bolnikih so nam vodilo standardi zdravstvene nege poškodovane ustne sluznice ob zdravljenju s citostatiki in z radioterapijo.

Na dan operacije bolnikom samo močimo usta. Prvi dan po večjem operativnem posegu skrbi za ustno nego medicinska sestra. Če je dovoljeno, bolnik pri tem v postelji sedi ali pa leži na boku. Pozneje opravlja bolnik ustno nego kar sam, seveda če to dovoljuje njegovo stanje. Pri nezavestnih bolnikih prevzame ustno nego medicinska sestra ter pazi, da bolnik ne bi aspiriral tekočine. Za spiranje ustne votline uporabljamo antiseptično raztopino Hexoral, 0,05% raztopino Pantenola in kamilice. Pri glivičnem vnetju običajno uporabljamo gel Dactarin.

Pri bolnikih, ki imajo zobno protezo, je pomembna pravilna nega tako proteze kot ustne votline.

Za splošno telesno higieno po večjem operativnem posegu prve dni skrbi medicinska sestra, nato pa postopno sodeluje tudi bolnik glede na svoje zmožnosti.

K splošni telesni higieni sodi tudi oskrba črevesnih in urinskih stom.

3.1.9. Izogibanje nevarnostim v okolju

Namen pooperativne zdravstvene nege je tudi, da poskrbimo za varnost operiranca in preprečimo morebitne poškodbe po operaciji.

Za varnost operiranca poskrbimo tudi tako, da si pravočasno pripravimo in preverimo vse pripomočke in aparate za sprejem operiranca. Ob operirancu mora biti vedno ročni dihalni balon z masko in "airway". Po naročilu zdravnika si pripravimo tudi monitor, oksimeter, infuzijske črpalke, aspirator in respirator. Skrb za varnost bolnika po operaciji se začne s prevzemom operiranca. Anesteziolog in anestezijska medicinska sestra predata bolnika oddelčnemu anesteziologu in timski sestri. Pri predaji so pomembne informacije o poteku operacije in navodila za pooperativno nego. Vir informacij sta tudi anestezijski list, ki so ga izpolnjevali med operacijo, in obvestilo inštrumentarke službi za zdravstveno nego. Pri operirancu naredimo na podlagi opazovanja in dobljenih podatkov oceno bolnikovega stanja glede na zunanji videz, respiratorno, hemodinamsko in nevrološko stanje, glede na pokretnost bolnika, stanje prebavnega trakta, stanje ledvične funkcije, odgovor na bolečino in morebitne alergične odzive. Življenjsko ogroženega bolnika moramo nenehno nadzorovati in zbirati podatke, to nam pomaga pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege, pri korekcijah prepoznanih problemov ali poškodb in pri preventivi ali zmanjšanju aktualnih ali možnih zapletov (npr. preprečitev padcev iz postelje, padcev pri hoji itd.). Pri operirancu moramo včasih prekiniti že izdelan in utečen načrt dela z njim, ker se mu stanje nenadoma poslabša, to pa pomeni delno spremembo celotnega procesa zdravstvene nege.

Za čim večjo varnost bolnika je pomembna dobra komunikacija in sodelovanje znotraj negovalnega tima in visoka strokovna in organizacijska sposobnost medicinskih sester.

Bolniku zagotavljamo varnost tudi s kontinuiteto zdravstvene nege. Kakovostno neprekinjeno zdravstveno nego zagotovimo operirancu tako, da pisno in ustno obvestimo pristojno službo in svojce o načinu zdravstvene nege, ki jo bo potreboval operiranec, ko ga bomo premestili na drug bolniški oddelek ali ko

bo odšel domov in bo zdravstveno nego izvajala patronažna služba. V ta namen izpolnimo formular Obvestilo službi zdravstvene nege.

3.1.10. Odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb

Po operaciji je bolnikova komunikacija pogosto motena zaradi njegovega zdravstvenega stanja. Komunikacija je omejena pri intubiranem bolniku, pri posegih v ustni votlini, pri operiranih, ki so neorientirani v prostoru, času in kraju, zaradi vpliva sedativov in uspaval. Pri bolnikih, ki lahko razumejo govorno informacijo, ne morejo pa ustrezno odgovoriti, moramo biti pozorni na njihovo neverbalno izražanje. Opazujemo izraz oči in druge neverbalne znake, ugotavljamo ali so nemirni, se znojijo in tako izražajo strah. Medicinska sestra poskuša bolnika pomiriti z dotikom, s stiskom roke, s svojim umirjenim vedenjem.

Tudi bolniki, pri katerih ni ovirana komunikacija, se lahko zaprejo sami vase. Bolniki z rakom doživljajo trojni strah: strah zaradi same diagnoze, strah zaradi morebitih negativnih posledic operacije in kemoterapije na telesno podobo in strah pred negotovo prihodnostjo. Medicinska sestra mora vedeti, da operacija ni samo fizični poseg v človeški organizem, ampak vpliva tudi na človekovo osebnost. Psihične reakcije se pri posameznih bolnikih razlikujejo. Slabo psihično stanje vpliva na vse ostale bolnikove dejavnosti in posredno ovira hitro ozdravitev. Medicinska sestra mora pomagati bolniku, da operacijo psihično sprejme in se z njo sprijazni, zlasti še s posledicami operacije, ter skuša kar najbolj normalno živeti.

Pri bolnikovem izražanju občutkov in potreb moramo biti pozorni na verbalno ali neverbalno izražanje telesne bolečine.

3.1.10.1. Bolečina

Pooperativna bolečina nastopi zaradi operacije, stopnjuje pa jo bolnikova zaskrbljenost, strah, napetost in neorientiranost v prostoru in času. Operirancu razložimo, kje je, da je operacija končana, odgovarjamo na njegova vprašanja in ga skušamo primerno pomiriti. Razložimo mu, kako se lahko premika in izkašljeuje, da ga bo rana najmanj bolela.

Če operiranca boli in je pri zavesti, mu dajemo predpisane analgetike. V največ primerih zdravnik predpiše analgetik v infuziji v začetnem pooperativnem obdobju. Pri nekaterih bolnikih izvajamo analgezijo prek epiduralnega katetra. Preverimo, kako bolnik prenaša posamezne analgetike in predvidimo učinke

analgezije. Vzdržujemo raven analgezije, da ne pride do razvoja bolečine. Predpisane analgetike dajemo profilaktično, že pred nastopom morebitne bolečine, ki bi se lahko pojavila pozneje (npr. pri izvajanju fizioterapije). Predvsem prve dni po operaciji je pomembno, da pravilno doziramo analgetska sredstva in s tem operirancu omogočimo tudi potreben počitek. Pri operirancih, ki so pri zavesti in je zanje predvidena dalj časa trajajoča analgezija, uporabljamo infuzijsko črpalko PCA, ki bolniku omogoči, da si ob nastopu bolečin sam dodatno aplicira analgetik. Količino dodane analgezije in pogostost aplikacije pred tem določi zdravnik.

3.1.11. Izražanje verskih čustev

V Deklaraciji o pravicah bolnikov (Lizbona, 1981) je med bolnikovimi pravicami zapisano tudi: "Bolnik ima pravico, da sprejme ali odkloni duševno in moralno uteho, vključno pomoč ustreznega verskega predstavnika." Tako ima bolnik tudi v procesu umiranja vso možnost, da uporabi ali odkloni duševno ali moralno uteho. Tudi v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Ljubljana, 1994) je v 4. načelu med standardi napisano: "Umirajočemu varovancu je treba kar najbolj zagotoviti ustrezno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, izpoved verskega prepričanja ter mirno smrt, dostojno človeka." Medicinske sestre spoštujemo dostojanstvo in zasebnost bolnika, bolniku na njegovo željo omogočimo obisk duhovnika in izpolnjevanje verskih dolžnosti.

3.1.12. Koristno delo

Operiranega bolnika spodbujamo že v času hospitalizacije, da sam čim bolj aktivno sodeluje pri negi, pri čemer seveda upoštevamo bolnikovo stanje. Večkrat so bolniki tudi zaskrbljeni, kako bodo rakava bolezen in posledice operativnega posega vplivale na njihovo delazmožnost (npr. limfni edem, amputacija roke, noge, ipd.). Tem bolnikom lahko omogočimo obisk že dobro rehabilitiranega bolnika, ki se je po končanem zdravljenju vrnil na delo.

3.1.13. Učenje in pridobivanje znanja o razvoju in zdravju

Medicinska sestra pomaga rakavim bolnikom pri sprejemanju rakave bolezni, pri prilagajanju na morebitno spremenjeno telesno podobo (npr. po amputaciji dojke, roke, noge, pri črevesnih stomah, itd.) in nadaljnjem življenju s to kronično boleznijo.

Operirance mora medicinska sestra motivirati, da aktivno sodelujejo pri zdravljenju in zdravstveni negi. Pravočasno se moramo povezati tudi s svojci, ki bodo za bolnike skrbeli doma. Tako bolnike kot njihove svojce naučimo izvajanja nekaterih negovalnih postopkov in medicinsko-tehničnih posegov, kot npr. aplikacije analgetikov, preveze rane, oskrbe stome itd. Medicinska sestra pomaga razvijati preostale sposobnosti pri bolniku. Bolnike je potrebno naučiti, kako naj najbolje nadzorujejo svojo bolezen, tako da redno opazujejo svoje telo in opozorijo na vsako sumljivo spremembo na telesu. Bolnike poučimo tudi o pravilnem prehranjevanju in morebitni dieti.

Pri bolnikih pride zaradi bolezni velikokrat tudi do sprememb vrednot v njihovem življenju, medicinska sestra jim pomaga pri oblikovanju novih vrednot. Bolnike opozorimo tudi na njihove nezdrave razvade in jih vzpodbujamo pri izvajanju pozitivnih zdravstvenih navad. Bolnikom s spremenjeno telesno podobo pomagamo pri vzpostavljanju novega življenskega sloga.

3.2. Teorija Caliste Roy: Adaptacijski model

V zdravstveni negi onkološkega bolnika lahko uporabimo Royev model prilagajanja Caliste Roy, ki vsebuje tudi predstavo o sebi. Osnova te teorije je, da je človek biopsihosocialno bitje, ki je v nenehni interakciji z zunanjim in notranjim okoljem. Človek sprejema dražljaje iz okolja in nanje odgovarja. Dražljaja iz okolja sta rakava bolezen in zdravljenje raka, nanju mora odgovoriti in se jima prilagajati.

Teorija opredeljuje štiri načine prilagajanja, s katerimi lahko bolnik reagira na dražljaje iz okolja. Eden od načinov prilagajanja je predstava o sebi. Po tem modelu medicinska sestra ugotavlja bolnikovo vedenje in reagiranje na dražljaje ob vsakem načinu prilagajanja, ugotoviti pa mora tudi, ali je vedenje prilagojeno ali neprilagojeno. To je ugotavljanje na prvi ravni.

Pri ugotavljanju na drugi ravni mora medicinska sestra ugotoviti dražljaje iz okolja, ki povzročajo takšno vedenje. Neprilagojeno vedenje v načinu predstave o sebi je lahko znak, da ima bolnik občutek manjvrednosti (npr. zaradi izgube las) in se zato umika socialnim stikom. Dražljaj iz okolja predstavlja v tem primeru kemoterapija.

Cilje zdravstvene nege mora medicinska sestra postaviti v skladu s prilagojenim vedenjem, ki ga lahko pri bolniku pričakujemo. Izvajanje zdravstvene nege vključuje izbiro in uporabo dejavnosti, ki je potrebna za pomoč bolniku, da bi dosegel zastavljene cilje. Intervenciji zdravstvene nege sledi evalvacija, ovrednotenje.

Z uporabo modela prilagajanja, ki zahteva oceno lastne predstave o sebi, lahko onkološka medicinska sestra pridobi izkušnje, da bo znala ugotavljati spremembe telesne podobe pri bolnikih. Teorija Caliste Roy zahteva vključitev predstave o sebi kot glavnega dela načrta zdravstvene nege.

3.3. Teorija Dorothee E. Orem: Model samooskrbe

Pri onkoloških bolnikih lahko uporabljamo tudi model samooskrbe, ki temelji na bolnikovi zmožnosti, sposobnosti in odgovornosti izvajanju samooskrbe. Teorija zagovarja vključevanje bolnikove družine. Medicinska sestra mora oceniti ali je stanje posameznega bolnika primerno, da lahko varno skrbeti zase. Oceniti mora bolnikove zmožnosti, da bo znova skrbel zase.

Med možnimi načini izvajanja zdravstvene nege bi za bolnike z rakom lahko uporabili:

- psihično podporo bolnikom po operaciji
- urejanje okolja, ki podpira razvoj (družinsko, delovno in socialno okolje)
- učenje bolnika in njegovih družinskih članov.

Z uporabo modela samooskrbe želimo doseči vzdrževanje doseženega in da bi onkološki bolniki kljub rakavi bolezni in njenim posledicam kakovostno živeli v svojem družinskem okolju.

3.4. Teorija Hildegard Peplau: Model medsebojnih odnosov

Teorija je uporabna pri onkoloških bolnikih, ker po tej teoriji zdravstvena nega vodi v dozorevanje, ki je povezano z napredovanjem osebnostnega razvoja v smeri ustvarjalnega, konstruktivnega, produktivnega, osebnega in družbenega življenja. Pri rakavih bolnikih želimo doseči, da rak zanje ne bi pomenil samo slabih stvari, ampak lahko kakovostno vpliva na rast njihove osebnosti.

Pri onkoloških bolnikih medicinska sestra velikokrat uporablja svetovalno in poučevalno vlogo, ki ju izpostavlja ta teorija. Pri uporabi tega modela v odnosu med medicinsko sestro in bolnikom oba osebnostno rasteta. Ta odnos se razvija v sozvočju z okoljem, kar je zelo pomembno tudi v odnosu med onkološko medicinsko sestro in rakavim bolnikom.

Literatura:

1. Bohinc M., Cibic D. *Teorija zdravstvene nege*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 1995.
2. Blackmore C. *Telesna podoba iz onkološkega vidika*. V: Salter M. *Spremenjena telesna podoba: Vloga medicinske sestre*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1992: 133-41.
3. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, Ljubljana 1994
4. Mollog Hubbard S., Seipo CA. *Administering cancer treatment: the role of the oncology nurse*. *Hosp Pract* 1985; 20: 167-174.
5. Pritchard A.P., David J.A. *Pre- and postoperative care*. In: Pritchard AP, David JA, eds. *The Royal Marsden Hospital: manual of clinical nursing procedures*. 2nd ed. London: Harper & Row, 1988: 298-303.
6. Uršič H. *Specifičnost zdravstvene nege onkološkega bolnika*. V: *Zbornik: seminar v Laškem*, 4. in 5. oktober 1996. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester, 1996: 41-47.
7. Zver G. *Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi pri kirurškem bolniku*. V: *Teorija in praksa zdravstvene nege: Zbornik posvetovanj o teoriji in praksi zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Psihiatrična in nevrološka sekcija, 1997: 123-125.