

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

Zbornik predavanj z recenzijo

**ZDRAVSTVENA NEGA KIRURŠKEGA BOLNIKA V SODOBNI KIRURGIJI –
PROBLEMI, IZZIVI IN PRILOŽNOSTI ZA PRIHODNOST**

Laško, 15. marec 2013

UREDNIK: Lidija Fošnarič

PROGRAMSKI ODBOR: Irma Rijavec, Jana Lavtižar, Helena Medved, Marija Zrim, Vesna Dobnik, Janja Majcen Jurovič, Adrijana Debelak, Tanja Atelšek, Lidija Fošnarič

ORGANIZACIJSKI ODBOR: Tanja Atelšek, Lidija Fošnarič, Adrijana Debelak

RECENZORJA: Sabina Ličen, Igor Karnjuš

LEKTOR: Katja Rovere

IZDALA IN ZALOŽILA: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

OBLIKOVALEC: Boris Fošnarič

TISK: Grafika Gracer

NAKLADA: 150 izvodov

KRAJ IN LETO IZDAJE: Celje, marec 2013

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

617-089:616-083(082)

ZDRAVSTVENA nega kirurškega bolnika v sodobni kirurgiji - problemi, izzivi in priložnosti za prihodnost : zbornik predavanj z recenzijo, Laško, 15. marec 2013 / [urednik Lidija Fošnarič]. - Celje : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, 2013

ISBN 978-961-93277-1-5
1. Fošnarič, Lidija
265962496

1.	Dokumentacija v zdravstveni negi – primer elektronske oblike PZN v deželni bolnišnici Beljak. Claudia Ribnikar Lavtižar, dipl. m. s. (prispevek ni objavljen v zborniku)	
2.	Uporaba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama pri operativnem posegu. Tatjana Trotošek, dipl. m. s., Aldijana Beganovič, dipl. m. s.	
3.	Celostna obravnava bolnika z vidika operacijske medicinske sestre pri robotsko asistirani radikalni prostatektomiji. Marjanca Knafelc, mag. zdr. nege, Edita Hrastnik, dipl. m. s.	
4.	Zdravstvena nega in laparoskopska kirurgija – izziv in prihodnost. Karmen Jakomin, dipl. m. s., Ines Prodan, dipl. m. s.	
5.	Laparoskopsko asistirana transvaginalna holecistektomija. dr. Brane Breznikar, dr. med.	
6.	Vloga operacijske medicinske sestre v sodobnem pristopu zdravljenja osteoporotičnih zlomov vretenc – vertebroplastiki. Suzana Strnad, dipl. m. s.	
7.	Dinamična stabilizacija ali toga zatrditev hrbtenice pri zdravljenju bolečine v križu? doc. dr. Samo K. Fokter, dr. med., mag. Andrej Strahovnik, dr. med., Andraž Dovnik, dr. med., Nina Fokter Dovnik, dr. med.	
8.	Izzivi zdravstvene nege pri bolniku operiranem zaradi kronične vnetne črevesne bolezni – prikaz primera. Irena Felicita Nadižar, dipl. m. s.	
9.	Zdravstvena nega bolnice pred in po rekonstrukciji dojke. Tina Zorec, dipl. m. s.	
10.	Terapevtska komunikacija s pacientom po transplantaciji organa v enoti intenzivne terapije – kdo, kdaj, zakaj? Izza Repe, dipl. m. s., Valerija Svilar, dipl. m. s.	
11.	Pomen zgodnje prepoznavne ogroženega pacienta. Lučka Kosec, dr. med. (prispevek ni objavljen v zborniku)	
12.	Izkušnje z uvajanjem prepoznavnosti ogroženega pacienta. Danica Mravinec, dipl. m. s.	
13.	Podkožni vnos zdravil in tekočine v paliativni oskrbi. Branka Červ, prof. zdr. vzg.	
14.	Ocenjevanje in doživljanje bolečine po torakotomiji – pilotna raziskava o učinkovitosti vodenja pooperativne bolečine. Jana Šubic, dipl. m. s., Katja Vrankar, dipl. m. s., Petra Zupan, dipl. m. s., Snežana Nuždič, dipl. m. s.	
15.	Sekundarna travmatizacija izvajalcev zdravstvene nege na KO za travmatologijo. Sandra Naka, prof. zdr. vzg.	

UPORABA KIRURŠKEGA VARNOSTNEGA KONTROLNEGA SEZNAMA PRI OPERATIVNEM PROGRAMU

THE PROCESS OF IMPLEMENTATION OF SURGICAL SAFETY CHECKLIST IN THE OPERATION ROOM

Aldijana Beganović, dipl. m. s., Tatjana Trotovšek, dipl. m. s.
Operacijski blok, Univerzitetni klinični center Ljubljana
ada.beganovic@gmail.com, ttrotovsek@gmail.com

IZVLEČEK

Kirurška oskrba je pomemben način zdravljenja v medicini. Ob izvajanju tega načina zdravljenja je zelo pomembna varnost pacienta.

V okviru razvoja varnosti pacientov med kirurško oskrbo je Svetovna zdravstvena organizacija od leta 2008 naprej začela po celem svetu širiti projekt »Varna kirurgija rešuje življenja« in v okviru projekta tudi izvajanje kirurškega varnostnega kontrolnega seznama. Projektu se je maja 2010 priključila tudi Kirurška klinika Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

Članek predstavlja projekt »Varna kirurgija rešuje življenja«, obdobje uvajanja projekta, način izvedbe projekta ter rezultate, ki jih je izvedba projekta prinesla.

Ključne besede: varnost, pacient, operacijska soba

ABSTRACT

Surgical treatment is an important method of treatment in medicine. Safety is very important activity during surgery.

The development of patient safety during surgical treatment of the World Health Organization from 2008 onwards began to spread around the world project "Safe Surgery Saves Lives." The department of Surgery in University Medical Centre Ljubljana started with this project in May 2010.

This article describes the process of implementation of the surgical safety checklist in our institute and results.

Key words: safety, patient, operation room

UVOD

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izvaja številne globalne in regionalne pobude na področju zagotavljanja varnosti pacienta med kirurško obravnavo. Eden takih projektov je projekt »Varna kirurgija rešuje življenja«. Namen projekta je zmanjšati število neželenih dogodkov pri pacientih, ki so imeli opravljen operativni poseg. Cilj projekta je izvajanje postopkov v procesu zagotavljanja varnosti v operacijski sobi. Izpostavljeni so vidiki preprečevanja anestezijskih in kirurških zapletov ter dobra komunikacija med člani operacijskega tima (WHO, 2009). Projektu so se pridružile številne bolnišnice iz vsega sveta.

V zadnjem času slovenske bolnišnice uvajajo sisteme za prepoznavanje, odkrivanje in preprečevanje neželenih dogodkov (Korinšek, 2009). Pri pregledu literature lahko opazimo, da zdravstveno-negovalni timi uporabljajo za bolj kakovostno delo različne metode in strategije, kot so informativni sestanki, poročila, varnostni sezname, delavnice, simulacije in kombinacije teh (Gillseipe et al., 2010).

Z namenom ohranjanja in nadgrajevanja dosedanje stopnje varnosti pacineta v perioperativnem obdobju se je Kirurška klinika Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKC Ljubljana) pridružila projektu »Varna kirurgija rešuje življenje« (Beganović et al., 2011).

PROJEKT UVEDBE KIRURŠKEGA VARNOSTNEGA KONTROLNEGA SEZNAMA

Na Kirurški kliniki UKC Ljubljana so se spomladi 2010 pridružili kampanji SZO »Varna kirurgija rešuje življenje«. Projekt je interdisciplinaren in vključuje različne poklicne skupine (kirurgi, anesteziologi, operacijske medicinske sestre, medicinske sestre pri anesteziji), ki sodelujejo pri izvajanju operativne dejavnosti (Beganović et al., 2011).

Uvedba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama predstavlja enostavno in učinkovito orodje po vzgledu kontrolnih seznamov v letalstvu. Pred uvedbo pacienta v anestezijo, pred začetkom in ob koncu operativnega posega, preden pacient zapusti operacijsko sobo se preverijo vsi ključni dejavniki in postopki, ki bi lahko vplivali na varno kirurško in anesteziološko oskrbo pacienta (Beganović et al., 2011).

Varnostni kontrolni seznam uvaja novo varnostno kulturo v operacijski sobi in strukturirano komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami, ki sodelujejo pri operativnem posegu. Varnost pacienta postavlja na prvo mesto.

Potek uvajanja projekta »Varna kirurgija rešuje življenje« v UKC Ljubljana

Projekt »Varna kirurgija rešuje življenje« je od ideje do začetka izvajanja varnostnega kontrolnega seznama pri operativnih posegih v UKC Ljubljana potekal po naslednjih fazah:

1. Predstavitve in potrditve projekta na strokovnem svetu UKC Ljubljana.
2. Delovna skupina (predstavniki posameznih poklicnih skupin, koordinatorji za kakovost):
 - Priprava osnutka kirurškega varnostnega kontrolnega seznama.
 - Prilagoditev kirurškega varnostnega kontrolnega seznama razmeram v UKC Ljubljana in procesom v operacijski sobi.
 - Priprava navodil za izvajanje kirurškega varnostnega kontrolnega seznama.
3. Testiranje kirurškega varnostnega kontrolnega seznama v operacijskih sobah Kliničnega oddelka za travmatologijo, UKC Ljubljana.
4. Postopno uvajanje kirurškega varnostnega kontrolnega seznama v posamezne operacijske sobe Kirurške klinike UKC Ljubljana.
5. Analiza odklonov in izvedba ustreznih ukrepov.
6. Predstavitve projekta »Varna kirurgija rešuje življenje« širši javnosti.

KIRURŠKI VARNOSTNI KONTROLNI SEZNAM

Namen uvedbe kirurškega varnostnega kontrolnega seznama v UKC Ljubljana

Kirurški varnostni kontrolni seznam je preprosto orodje, ki so ga v UKC Ljubljana uvedli z namenom povečanja varnosti pacientov v perioperativnem obdobju. Uporaba seznama spodbuja boljšo komunikacijo med člani tima v operacijski sobi. Z njim se zagotavlja učinkovito in pravočasno izvedbo kritičnih postopkov, katerih opustitev lahko privede do zapleta.

Faze kirurškega varnostnega kontrolnega seznama

Kirurški varnostni kontrolni seznam je razdeljen v tri faze poteka operativnega posega:

- pred uvodom v anestezijo,
- pred kirurškim rezom,
- preden pacient zapusti operacijsko sobo.

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je član operacijskega tima in hkrati odgovorna oseba, ki preverja posamezne kritične postopke v zvezi z operativnim posegom pri ostalih članih tima in s tem zagotavlja njihovo dosledno izvajanje.

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama pri odgovornih članih tima preveri izvedbo posameznih postopkov in jih potrdi na kontrolnem seznamu z oznako »X«.

V primeru odklonov pri posameznih postopkih ustavi nadaljnji potek dela in se skupaj s člani tima dogovori o nadaljnjih ukrepih, ki bodo zagotovili varno nadaljevanje operativnega posega.

Posamezni odkloni se zabeležijo pod opombe na kirurškem varnostnem kontrolnem seznamu.

Koordinator ob zaključku preverjanja postopkov zavede svoje ime ter priimek in se podpiše (Beganović et al., 2011).

NAVODILA ZA IZVEDBO VARNOSTNEGA KIRURŠKEGA SEZNAMA

Kirurški varnostni kontrolni seznam se izvaja v treh fazah in za vsako fazo posebej so določeni postopki, ki se preverijo.

Faza »sign in« ali pred uvodom v anestezijo

Postopke v tej fazi preveri operacijska medicinska sestra ali član anesteziološkega tima (glede na mesto anesteziološke priprave pacienta). Ne glede na to, kdo je koordinator v tej fazi kirurškega varnostnega kontrolnega seznama, je pomembno, da se preverijo sledeči postopki:

- **Pacient je potrdil identiteto, privolitev na operativni poseg in anestezijo, vrsto in stran operativnega posega**
 - Koordinator pacienta zaprosi, da pove svoje ime in priimek ter datum rojstva (če je možno). Identiteto preveri tudi s pregledom podatkov na identifikacijskem traku. V primeru otrok ali pacientov, ki niso zmožni navesti identifikacijskih podatkov, lahko to storijo starši ali skrbniki pacienta.
 - Koordinator preveri, ali je podpisana privolitev na operativni poseg in privolitev na anestezijske postopke.
 - Koordinator preveri vrsto in stran operativnega področja pri pacientu.
 - Koordinator preveri pacientove navedbe s podatki v pacientovi dokumentaciji.
- **Operativno področje je označeno**
 - Koordinator preveri, ali je označeno operativno mesto pri pacientu oziroma ali določitev operativnega mesta s kirurške strani ni potrebna.

Poleg tega koordinator preveri pri anesteziološkem timu, ali je ta preveril:

- **Anestezijski aparat in zdravila.**
- **Alergije pri pacientu (izvršeni ustrezni ukrepi).**
- **Tveganje za težko intubacijo (izvršeni ustrezni ukrepi).**
- **Tveganje za aspiracijo (izvršeni ustrezni ukrepi).**
- **Tveganje za veliko izgubo krvi (izvršeni ustrezni ukrepi).**

Faza »time out« ali pred kirurškim rezom

Koordinator kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je v tej fazi operacijska medicinska sestra. Ta pred kirurškim rezom prosi vse člane tima za kratek premor in zaprosi, da se novi člani tima predstavijo po imenu ter funkciji in nato zagotovi sledeče ustne potrditve:

- **Kirurg predstavi pacienta** (kratek opis poteka operativnega posega, posebnosti, trajanje, pričakovana izguba krvi).
- **Kirurg, anesteziološki tim in operacijska medicinska sestra ustno potrdijo pacientovo identiteto, vrsto in stran operativnega področja, varno namestitev pacienta.**
- **Anesteziolog predstavi pacienta** (posebnosti, rizične dejavnike).
- **Umita operacijska medicinska sestra potrди sterilnost, preverjene in preštete kirurške inštrumente, material in opremo.**
- **Anestezijska ekipa potrди, da je pacient prejel antibiotično profilakso** (v kolikor je to standardizirano oziroma potrebno za izvedbo operativnega posega).
- **Kirurg potrди prisotnost RTG slik, izvidov potrebnih za operativni poseg.**

Faza »sign out« ali preden pacient zapusti operacijsko sobo

Tudi to fazo preveri operacijska medicinska sestra (koordinator).

Ta del kirurškega varnostnega kontrolnega seznama mora biti izveden preden se odpelje pacienta iz operacijske sobe. Preveri se naslednje:

- **Operativni poseg je pravilno zapisan**
S tem je mišljeno, da se preveri, ali je opravljen predvideni operativni poseg oziroma ali se je ta zaradi spremenjene situacije spremenil ali razširil. Poleg tega se v tej fazi preveri tudi, ali je operativni poseg pravilno zapisan v operacijske protokole.
- **Štetje in kontrola inštrumentov ter operativnega materiala je točno**
Koordinator skupaj z »umito« operacijsko medicinsko sestro preveri, če je štetje inštrumentov ter materiala zaključeno in če je število pravilno (končno število je enako začetnemu).
- **Pravilno označeni tkivni vzorci**
Koordinator vpraša kirurga, ali so bili med operativnim posegom odvzeti tkivni vzorci in v kolikor so bili, glasno prebere pacientovo ime, opis vzorca in označbe.
- **Evidenca in pravilni ukrepi v primeru težav z opremo**
Pomembno je, da se natančno identificira slabo delujoče inštrumente ali opremo in da se v tem primeru ravna v skladu s predpisi UKC Ljubljana.
- **Kirurg in anesteziolog podata navodila glede pooperativne oskrbe pacienta**
- **Določena je enota, na katero bo pacient premeščen po operativnem posegu in ta je obveščena**

Hranjenje kirurškega varnostnega kontrolnega seznama

Zaključen in izpolnjen list kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je del dokumentacije izvajanja varnostnih standardov v operacijski sobi in ne sodi med pacientovo dokumentacijo. Zbira in analizira ga služba za kakovost (Beganović et al., 2011).

PRIMERJAVA REZULTATOV IZVEDBE KIRURŠKEGA VARNOSTNEGA KONTROLNEGA SEZNAMA NA TUJEM IN NAŠEM PODROČJU

Zelo pogosto botruje zdravstveni napaki neustrezen delovni proces. Analiza nam pokaže, kako moramo izboljšati delovni proces, da bomo napako v bodoče preprečili (Trotovšek, 2009).

Prvi rezultati izvajanja kirurškega varnostnega kontrolnega seznama so tako po svetu kot tudi pri nas zelo spodbudni.

Grška raziskava, ki je potekala v Univerzitetni bolnišnici Ahepa v času od junija 2010 do maja 2011, je zajela 380 primerov operacijske oskrbe, kjer se je izvedel kirurški varnostni kontrolni seznam in ugotovljena so bila odstopanja v 85 % obravnavanih primerov. Od tega je bilo 38,4 % primerov, kjer so se pojavile težave z opremo, 31,3 % zapletov z neustrezno izvedeno sterilizacijo kirurških inštrumentov in opreme, 16 % zapletov se je zgodilo zaradi slabe komunikacije, 4 % zapletov so se zgodili zaradi neseznanjenosti s pacientovo morebitno alergijo in v 10 % ni bila izvedena antibiotična profilaksa, ki je v bolnišnici standardizirana (Martinopoulou, Faitatzidou, 2012).

Pri analizi izpolnjenega kirurškega varnostnega kontrolnega seznama na Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani v obdobju od julija 2010 do konca januarja 2011 je bilo pregledanih 1.352 kirurških varnostnih kontrolnih seznamov. Najpogostejša odstopanja so bila sledeča:

- v 102 primerih (7,5 %) prvi del seznama (pred uvodom v anestezijo) ni bil izpolnjen, v 67 primerih (5 %) ni bil izpolnjen tretji del seznama (preden pacient zapusti operacijsko sobo),
- v 30 primerih (2,2 %) ni bilo podpisanega soglasja za anestezijo, v 9 primerih (0,7 %) ni bilo podpisanega soglasja za operativni poseg,
- v 59 primerih (4,7 %) so bile zaznane težave s kirurško opremo,
- v 229 primerih (16,9 %) ni bilo mogoče iz podpisa na koncu varnostnega kirurškega seznama razbrati, kdo je izpolnil seznam oziroma kdo je bil koordinator.

Posledice izvajanja kirurškega varnostnega kontrolnega seznama v UKC Ljubljana

Kirurški varnostni kontrolni seznam je učinkovita metoda preprečevanja morebitnih zapletov pred, med in po operativnem posegu. Kirurški varnostni kontrolni seznam je učinkovito orodje za izboljšanje kakovosti kirurške oskrbe pacienta, saj je njegova uporaba v operacijskih sobah zmanjšala pogostost okužbe kirurške rane in smrtnosti za 30 % (Gawande, 2010).

Uvedba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama v operacijske prostore UKC Ljubljana je posledično privedla do:

- zmanjšanja deleža pacientov, ki nimajo urejene dokumentacije (podpis pristankov na operativni poseg in anestezijo),
- pravočasnega prejemanja antibiotične profilakse pred operativnim posegom,
- odpravljanja težav z opremo,
- izboljšane komunikacije v operacijski sobi.

Dogovorjeno je bilo, da prvi del kirurškega varnostnega kontrolnega seznama izvaja medicinska sestra pri anesteziji, preostali del pa operacijska medicinska sestra. Naloga obeh je, da se s svojim imenom in priimkom čitljivo navedeta in podpišeta na kirurški varnostni kontrolni seznam.

ZAKLJUČEK

Izvajanje kirurškega varnostnega kontrolnega seznama uvaja v operacijske prostore novo varnostno kulturo, spodbuja komunikacijo med posameznimi poklicnimi skupinami in postavlja varnost pacienta na prvo mesto.

Vsi člani operacijskega tima se zavedajo skupne odgovornosti za varnost pacienta med operativnim posegom. Vloga medicinske sestre v operacijski sobi kot koordinatorja kirurškega varnostnega kontrolnega seznama je pomembna. S pozitivnim pristopom in doslednostjo lahko zagotovi, da se kirurški varnostni kontrolni seznam izvaja pri vseh operativnih posegih.

LITERATURA

- Beganović A, Trotošek T, Grubešić Z, Oroszy D. Uporaba kirurškega varnostnega kontrolnega seznama pri operativnem programu. Zbornik prispevkov z recenzijo 8. kongresa zdravstvene in babiške nege Slovenije, 12.–14. maj 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 343–347.
- Gawande A. Helath Care Needs a New Kind of Hero: An Interview with Atul Gawande. Harvard Bussines Rewiew; 2010. Dostopno na: <http://hbr.org/web/2010/04/gawande> (17. 12. 2010).
- Gillseipe BM, Chaboye W, Murray P. Enhancing Communication in Surgery Throught Team Training Interventions: A Systematic Literature Review. AORN Journal. 2010; 92 (6): 642–657.
- Korinšek J. Zmota, napaka, incident ... Ali se to lahko zgodi tudi meni? Zbornik XXV – Varnost zaposlenih v operacijski sobi, Moravske Toplice, 20. in 21. november 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operacijski dejavnosti; 2009: 113–117.
- Martinopoulou T, Faitatzidou A. Improving Patient Safety by Using a Surgical Checklist in the Operating Room. Congres book – 6th EORNA Congress, Lisboa, Portugal, 26.–29. april 2012. Kopenhagen: EORNA; 2012: 6.
- Trotošek B. Izognimo se zdravstvenim napakam v kirurgiji. Zbornik XXV – Varnost zaposlenih v operacijski sobi, Moravske Toplice, 20. in 21. november 2009. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operacijski dejavnosti; 2009: 100–112.
- World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: World health Organization; 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/gpsc> (17. 12. 2010).
- World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Dostopno na: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en> (17. 12. 2010).

CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA Z VIDIKA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI ROBOTSKO ASISTIRANI RADIKALNI PROSTATEKTOMIJI

A COMPREHENSIVE OVERVIEW OF AN OPERATED PATIENT FROM A VIEWPOINT OF THE OPERATING ROOM NURSE AFTER THE ROBOTICALLY ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY

Marjanca Knafelc, mag. zdr. nege, Edita Hrastnik, dipl. m. s.
Urološki oddelek, Splošna bolnišnica Celje,
marjanca.knafelc@siol.net

POVZETEK

Rak prostate je postal najpogostejše maligno obolenje v razvitem svetu. Priprava bolnika na operativni poseg je zahteven proces, v katerem sodelujejo različni zdravstveni strokovnjaki. Delo operacijskega tima se združuje, dopolnjuje in prepleta. V članku smo izpostavili pravico do ustrezne in zadostne informiranosti s strani zdravstvenih delavcev pri bolnikih, ki potrebujejo operativni poseg na prostati, s pomočjo robotskega sistema da Vinci. Prav tako pomembna je aktivna vloga bolnika pri vključevanju in soodločanju o njegovem zdravljenju ter s tem povezano zagotavljanje zasebnosti, diskretnosti in varnosti bolnika, kar vpliva na kakovost celostne zdravstvene oskrbe.

Sklep: Bolniki, ki so dobro informirani in poučeni, imajo manj strahu, njihova stiska pred operacijo se zmanjša in posledično boljše sodelujejo v procesu rehabilitacije.

Ključne besede: perioperativna zdravstvena nega, robotski sistem da Vinci, zasebnost, varnost bolnika.

ABSTRACT

Prostate cancer became one of the most common malignant diseases in the developed world. The preparation of a patient for a procedure is a challenging process which requires the cooperation of different health care professionals. The work of an operating team is constantly combined, supplemented, and woven together. In this thesis we focused on the patients' right to suitable and sufficient information provided by health care professionals, especially when it comes to patients who need a prostate operating procedure with the use of the Da Vinci robotic system. A patients active role in his or hers treatment, regarding inclusion in the treatment, decision — making about the treatment, assuring privacy, and keeping professional secrecy, is also of key importance and can influence the quality of health care provided.

Conclusion. Well informed patients experience less fear, their pre — surgery anxiety decreases, and they are more cooperative during hospitalization.

Key Words: perioperative health care, da Vinci robotic system, team, informing, privacy, patient safety.

UVOD

Rak prostate je postal najpogostejše maligno obolenje v razvitem svetu. Zaradi dobre diagnostike je pri vedno večjem številu moških obolenje ugotovljeno v zgodnjem stadiju. Najboljši način zdravljenja je radikalna odstranitev prostate, ki je velik kirurški poseg. S pomočjo robota da Vinci je odstranitev prostate lažja za bolnika in operaterja (Poteko, 2010). Robot da Vinci omogoča izvedbo »odprtega« operativnega posega v

obliki minimalno invazivne kirurgije (Poteko, 2010). Kirurški sistem da Vinci ima tri glavne sestavne dele: kirurgova konzola; bolnikov voziček, na katerega lahko namestimo inštrumente Endo Wrist; video voziček (Uporabniški priročnik da Vinci S, 2010). Uporaba robota da Vinci bolniku omogoča operativni poseg z manj bolečin, manj transfuzij, manj zapletov, manj brazgotin, s kratko ležalno dobo, hitrejšim okrevanjem, hitro vrnitvijo v normalno aktivnost in z boljšimi ali vsaj enakimi rezultati zdravljenja (Poteko, 2010).

VSEBINA

Vsak operativni poseg pomeni za bolnika določeno tveganje, kar pa je mogoče zmanjšati s pravilno postavljeno indikacijo za operativni poseg, dobro operativno tehniko, ustrezno izbiro metode anestezije ter dobro psihično pripravo bolnika na operacijo. Temeljni pogoj za optimalno pripravo bolnika, za zmanjšanje zapletov med anestezijo in neposredno po njej ter za obnovitev fiziološke celovitosti organizma je timsko delo. Le usklajeno sodelovanje in medsebojno poznavanje dela ter upoštevanje mnenj vseh članov zdravstvenega tima zagotavlja, da bo tveganje za bolnika kar najmanjše (Seničar, 2006). Operacija je eden izmed pomembnih načinov zdravljenja v medicini, ki posega v celovitost človekovega organizma, kar povzroča stres za bolnika, prav tako pa tudi ogroža njegovo življenje (Ivanuša, Železnik, 2000).

Značilnost preoperativnega obdobja je psihična in fizična priprava bolnika na operativni poseg. Psihična priprava vključuje pojasnilno dolžnost in pridobivanje pisne privolitve za anestezijo ter operacijo. Pojasnilna dolžnost je nepretrgan proces, ki mora biti prisoten ves čas zdravljenja in zahteva izjemno zavzetost vseh, ki so vključeni v obravnavo bolnika (Seničar, 2006). Fizična priprava zajema pripravo bolnika v optimalno fizično kondicijo in izboljšanje sočasnih bolezenskih stanj, funkcijske in laboratorijske preiskave, pripravo operativnega polja, premedikacijo in transport bolnika v operacijske prostore (Seničar, 2006). V članku je uporabljena kratica RARP, kar pomeni robotsko asistirana radikalna prostatektomija.

Naloga operacijske medicinske sestre je, da pred operacijo – RARP:

- preveri varno delovanje vseh pripravljenih aparatov in pripomočkov (kirurgova konzola, bolnikov voziček, video voziček, aparat za hemostazo, aparat za spiranje, aspirator);
- preveri brezhibnost laparoskopskih in Endo Wrist inštrumentov;
- poskrbi za varnost bolnika.

Zelo pomembno je zagotavljanje bolnikove varnosti. Ne glede na to, kje bolnika pripravljajo na operacijo, pa mora medicinska sestra (Ivanuša, Železnik, 2000):

- zagotoviti podatek, kako se bolnik piše in ali ima identifikacijski trak (bolnikove podatke primerja z identifikacijskim trakom in dokumentacijo);
- preveriti, če je bolnik tešč (to je zelo pomembno zaradi nevarnosti bruhanja, če se bolnik ni držal preoperativnih zahtev glede hrane in tekočine);
- seznaniti se z nevarnostmi alergije pri bolniku;
- preveriti bolnikov pristanek na operacijo (bolnik mora biti seznanjen z namenom operacije in s podatkom, kdo ga bo operiral; bolnikov podpis ali podpis varuha);
- seznaniti se z mestom in s potekom operacije;
- pregledati dokumentacijo: medicinsko anamnezo in diagnozo, laboratorijske preiskave (pomanjkljivosti sporočiti anesteziologu in kirurgu), rentgenske slike (če so priložene);
- pregledati, če ima bolnik nakit, zobno protezo, uhane, lasuljo, lasnice – medicinska sestra je odgovorna za bolnikovo lastnino in jo mora ustrezno shraniti;
- seznaniti se s predpisano terapijo, tekočino, krvjo, ki jo mora bolnik dobiti pred ali med operacijo.

Specifično okolje operacijske sobe z zahtevnimi in nevarnimi napravami, s procesom izvajanja operacij ter sama operacija, kot invazivni postopek zdravljenja bolnikov, predstavljajo dejavnike tveganja za njihovo varnost. Opredeljena so tveganja, ki se najpogosteje pojavljajo v procesu operacij in na katera zdravstveno osebje lahko vpliva in tako preprečuje škodljivosti s strokovnim in odgovornim delom (Mihelič, 2006).

Bolnik mora biti psihično pripravljen na operacijo. Primopredaja med oddelčno in operacijsko medicinsko sestro mora biti vedno ustna in pisna. Bolnika vedno preda oddelčna medicinska sestra operacijski medicinski sestri. Nedopustno je, da zaradi pomanjkanja medicinskih sester na oddelku in v operacijski sobi bolnika pripelje v operacijske prostore vjenka ali pripravnica, sprejme pa ga pomožno zdravstveno osebje (Seničar, Košak, 2008). Zdravstvena in negovalna dokumentacija ne sme biti pomanjkljiva. Pozorno moramo pregledati dokumentacijo, da ne zamenjamo temperaturnih listov bolnikov, da ne založimo rentgenske slike, izvida krvne skupine, EKG-ja ... (Seničar, Košak, 2008). Operativna ekipa, operacijska soba in aparature morajo biti pripravljene, ko bolnika pripeljemo v operacijsko sobo. Nedopustno je, da ga pripeljemo v nepripravljeno operacijsko sobo (vidne sledi prejšnjega bolnika). Preden bolnika pripeljemo v operacijsko sobo, morajo biti pripravljene vsi medicinski aparati. Pred bolnikom ne »kalibriramo« medicinskih aparatov, ne iščemo napak in ne komentiramo (Seničar, Košak, 2008). Zaposleni se ne smejo obnašati kot solisti v orkestru, zavedati se morajo, da so pomembni člani operativnega tima. Kirurška ali anestezijska ekipa ter posamezni člani ne smejo ignorirati drug drugega, morajo si pomagati pri namestitvi težkih in poškodovanih bolnikov ter uskladiti čas začetka operativnega posega (Seničar, Košak, 2008). Pozorni moramo biti, da ne pride do zamenjave bolnika, operacije ali strani operacije. To lahko nastane zaradi slabe in nepravilne komunikacije med člani operacijskega tima in osebjem oddelka ter bolnikom oziroma slabo identifikacijo bolnika. Identifikacija bolnika mora biti opravljena natančno. Veliko bolnikov ima enak priimek in ime, lahko se zamenjajo rojstni podatki, diagnoza (Seničar, Košak, 2008). Operacijska miza mora biti ustrezno pripravljena. Pri namestitvi bolnika na operacijsko mizo upoštevamo njegovo fizično stanje in bolezen. Bolnik ne sme ležati preko roba operacijske mize. Bolnikova koža se ne sme stikati z operacijsko mizo in drugimi pripomočki pri fiksaciji položaja. Posebno smo pozorni na pravilno namestitev bolnikovih okončin (Seničar, Košak, 2008). Upoštevati moramo intimnost bolnika. Pri sprejemu bolnikov v operacijsko sobo naj ne bo preveč osebja in ne pozabimo zapreti vrat. Ob tem so najbolj izpostavljeni ginekološki in urološki bolniki. Ko so nameščeni v za njih neugodne položaje, so izpostavljeni njihovi najintimnejši deli telesa. Pozorni moramo biti, da po nepotrebnem ne razgaljamo bolnikov, preden jih pokrijemo z operacijskim perilom (Seničar, Košak, 2008). Pozorni moramo biti tudi na pravilne operativne položaje. Za izvedbo operacije je potreben ustrezen položaj bolnika – kirurgu mora omogočiti dostop do operacijskega mesta; zagotavljati mora pravilno držo telesa, nemoteno cirkulacijo in gibanje prsnega koša; anesteziistu mora omogočiti nadzorovanje bolnikove dihalne poti, zagotoviti dajanje anestetikov, zdravil in infuzijske tekočine; preprečevati mora poškodbe živcev in kože, bolniku zagotavljati zasebnost in dobro počutje (Ivanuša, Železnik, 2000). Pri RARP je bolnik nameščen v Trendelenburgov položaj. Trendelenburgov položaj je potreben pri operacijah v medenici ali spodnjem abdomnu. Ležišče je maksimalno znižano. Noge so v kolenu upognjene zaradi pregiba ležišča. Rame morajo biti podložene z blazinico, da bolnik ne drsi. Čeprav ima kirurg lažji dostop do abdominalnih organov, pa nekateri organi pritiskajo na trebušno prepono in zmanjšujejo pljučni volumen. Zviša se tudi krvni tlak. Ko bolnika ponovno nameščamo v ravni položaj, se bolniku zniža krvni tlak, zato moramo to delati postopoma, da se srce lažje prilagaja na spremembe (Ivanuša, Železnik, 2000).

Možnost preobčutljivostnih odzivov: pri čiščenju in razkuževanju operativnega polja se uporabljajo različna sredstva, ki lahko povzročijo preobčutljivostni odziv (Mihelič, 2006). Možnost opeklin: med operacijo obstaja možnost termičnih, kemičnih in električnih opeklin. Možnost električne opekline obstaja pri uporabi elektrokirurškega noža (Mihelič, 2006). Zaradi visokih temperatur se lahko pojavijo toplotna tveganja. Zaradi visoke energije, ki jo oddaja svetilka v endoskopsko kamero in sistem za osvetlitev, so lahko ogrožene oči KOGA? (Uporabniški priročnik da Vinci S, 2010). Temperatura distalne konice endoskopa lahko med uporabo preseže 41 °C. Ko vključite iluminator in je endoskop zunaj kanile kamere, preprečite stik s kožo, tkivi in oblačili, saj lahko poškoduje kožo, oblačila ali opremo (Uporabniški priročnik da Vinci S, 2010). Poškodovani inštrumenti in oprema: v času operativnega posega obstaja možnost okvare inštrumenta, naprave, kar lahko pomeni nastanek potencialne škode za bolnika (Mihelič, 2006). Pri RARP smo pozorni, da so odstranjene vse igle šivalnega materiala. Pozornost je potrebno nameniti tudi pravilni odstranitvi Endo Wrist inštrumentov – poravnati inštrumente, preden jih odstranimo iz robotske roke. Prekinitev sterilnega načina dela. Delo pri operaciji zahteva stroge pogoje sterilnega načina dela, zato mora biti vsak član operativne ekipe pozoren na dogodek, ki bi onesteriliziral operativno polje in v takšnem primeru je potrebno takojšnje ukrepanje (Mihelič, 2006). Če je ovojnina prekrival raztrgana ali odprta, prekrival ne smemo uporabiti. Pomembna je pravilna namestitev prekrival na robotske roke. Pozorni pa moramo biti tudi pri menjavi inštrumentov in endoskopa, da prekrival ne poškodujemo. Premestitev bolnika iz operacijske sobe v sobo za prebujanje. Pri premeščanju bolnika iz operacijske sobe v sobo za prebujanje morajo sodelovati vsi člani kirurške in anestezijske ekipe.

Značilno je, da se v tem času pogosto pojavijo življenjsko nevarni zapleti dihal in krvnih obtočil (Seničar, Košak, 2008).

Medicinska sestra inštrumentarka inštrumentira med operacijo (poznati mora njen potek); njene naloge so: priprava inštrumentov in drugih pripomočkov za operacijo na sterilno delovno površino, vzdrževanje sterilnega operativnega polja in pripomočkov med operacijo; nadzorovanje članov, da ostanejo sterilni; skrb za ustrezne sterilne inštrumente, šivalni material in drugo; nadzor in skrb za potrebe operaterja, ki mu inštrumentira; natančno upoštevanje navodil glede razkužil, inštrumentov in ostrih predmetov; dosledno vzdrževanje aseptične metode dela; skrb za varnost in dobro počutje bolnika (Ivanuša, Železnik, 2000). Leteča (neumita) operacijska medicinska sestra asistira operacijski ekipi. Bolnika psihično podpira, pomaga pri njegovi namestitvi in skrbi za njegovo dobro počutje (zasebnost, lega, toplota, tišina v okolju). Njene naloge so: ocenjuje bolnikovo stanje in njegove potrebe, zagotavlja varnost bolnika in varnost v okolju, skrbi za nemoten potek aseptičnih postopkov, pravočasno odkriva nevarnosti v okolju, ki bi vplivale na bolnika in operacijski tim ter ustrezno ukrepa, kontrolira in dokumentira količino porabljenega materiala, skrbi za povezavo z drugim osebjem izven operacijske sobe (Ivanuša, Železnik, 2000). Operacijska medicinska sestra s poznavanjem inštrumentov in materialov prispeva h kakovostni izvedbi in s tem k zadovoljstvu bolnika (Fabjan et al., 2005).

Z oskrbo operativne rane želimo vzpostaviti ugodne pogoje za hitro celjenje operativne rane in preprečiti vnos mikroorganizmov iz okolja v operativno rano ali kontaminacijo okolja. Bolniku moramo zagotoviti čim višjo stopnjo psihofizičnega ugodja (Fabjan et al., 2005). Operativno rano in drenažo oskrbimo kot čisto kirurško rano.

Po končani operaciji in anesteziji skrbi leteča operacijska medicinska sestra za prevoz bolnika iz operacijske sobe. Bolnikova koža mora biti čista, elektrode in drugi pripomočki odstranjeni. Bolnik mora biti pokrit s svežo rjuho. Infuzija, dreni in kateter morajo biti nameščeni tako, da ne ovirajo premestitve in transporta ter namestitve bolnika v posteljo (Ivanuša, Železnik, 2000). S pravilno predajo bolnika iz operacijske sobe zagotovimo kontinuirano zdravstveno nego bolnika. Zagotovimo objektivno in subjektivno varno počutje bolnika in pomagamo pri njegovem transportu iz operacijske sobe. Kontroliramo obvezo rane in morebitno drenažo. Če je potrebno, še dodatno očistimo bolnika in pregledamo mesto aplikacije nevtralne elektrode. Bolnika pokrijemo s toplo rjuho. Dokumentacijo operativne zdravstvene nege, s pisnimi sporočili, oddamo skupaj z ostalo bolnikovo dokumentacijo oddelčni medicinski sestri (Fabjan et al., 2005).

Po predaji bolnika poskrbimo za robotske inštrumente, ki jih pripravimo za transport v Centralno sterilizacijo. Oskrbimo robotski sistem da Vinci, ga pospravimo in podatke vnesemo v računalnik.

Zaključimo lahko, da je glavna prednost kirurškega sistema da Vinci pred klasično operacijo v tem, da kirurgu nudi:

- 3D sliko;
- 10-kratno povečavo operativnega polja;
- glavna krmilnika na kirurgovi konzoli onemogočita tresenje kirurgovih rok, kar omogoča kirurgu zelo natančno izvedbo operativnega posega.

SKLEP

Operacijske medicinske sestre se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo z različnimi oblikami zdravstvenega stanja posameznika, kot so npr. bolezen, bolečina in umiranje. Zato je potreba po pristni komunikaciji, poslušanju in razumevajočem odnosu do bolnika ključnega pomena. Prav tako pomembna je bolnikova aktivna vloga pri vključevanju in soodločanju o njegovem zdravljenju ter s tem povezano zagotavljanje zasebnosti, diskretnosti in varnosti bolnika. Bolniki, ki so dobro informirani in poučeni, imajo manj strahu, njihova stiska pred operacijo se zmanjša in posledično boljše sodelujejo v procesu rehabilitacije. Marsikje je še zakoreninjeno prepričanje, da se mora bolnik strogo podrežati navodilom zdravstvenih delavcev, ne glede na to, da bi ob večjem sodelovanju in spoštovanju še lažje dosegli želeni cilj – zdravje in ozdravitev.

LITERATURA

- Fabjan M, Goltes A, Šuligoj Z, Rebernik Milić M. Perioperativna zdravstvena nega. Vodnik za začetnike. 1. izd. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2005: 54–55, 93.
- Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000: 41, 76–77, 88–89, 104.
- Mihelič M. Neželeni dogodki v operacijski dvorani. In: Rebernik Milić M, ed. Zbornik XXI – zagotovimo varnost pacienta, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 55–56.
- Seničar A. Vloga anestezijske medicinske sestre v Splošni bolnišnici Celje [diplomsko delo]. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2006: 2, 38.
- Seničar A, Košak J. Varnost pacienta skozi oči anestezijske medicinske sestre. In: Rebernik Milić M, ed. Zbornik XXIV – vseživljenjsko izobraževanje, Bled, 21.–22. november 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2008: 205–207.

VIRI

- Poteko S. Robotska kirurgija. Monitor. 2010; 8 (2): 4–5.
- Uporabniški priročnik da Vinci S. Kalifornija: Intuitive surgical; 2010: xi, 1, 20.

ZDRAVSTVENA NEGA IN LAPAROSKOPSKA KIRURGIJA: IZZIV ZA PRIHODNOST

Karmen Jakomin, dipl. m. s., Ines Prodan, dipl. m. s.
Oddelek za abdominalno kirurgijo, Splošna in učna bolnišnica Izola
karmen.jakomin@sb-izola.si

IZVLEČEK

Laparoskopski pristop je ugoden za bolnika zaradi manjših pooperativnih bolečin, povečanega pooperativnega udobja, skrajšane hospitalizacije in hitrega okrevanja.

V procesu zdravljenja ima pomembno vlogo medicinska sestra, ki bolnika spremlja celovito, s temeljnim ciljem zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege. Proces zdravljenja vključuje številne aktivnosti, s katerimi mora medicinska sestra seznaniti bolnika. Tehnološki napredki vezani na kirurške posege narekujejo spremembe v načinu zagotavljanja zdravstvene nege in oskrbe. S procesom hitrega okrevanja se stremi k dobremu obvladovanju bolečine, hitri mobilizaciji ter hitremu prehodu na običajno prehrano. Zdravstvena nega je znanstvena disciplina, ki z nenehnim razvojem bolniku zagotavlja najboljšo možno oskrbo.

Ključne besede: zdravstvena nega, laparoskopska operacija, hitro okrevanje

ABSTRACT

Laparoscopic operations benefits to the patient in terms of reduced post operative pain, increased post operative comfort, reduced hospital stay and enhanced recovery. Nurses have an important role in the comprehensive health care of the healing proces, with the fundamental goal of ensuring quality life. The healing process includes a number of activities that nurses should explain to patients so they understand these principles. Surgical technological advancements dictate changes in the way of nursing proces and method of recovery. The process of enhanced recovery in laparoscopic surgery is used for pain management, early mobilisation and encouraged fluids and food input. Nursing is a scientifically rigorous discipline, which requires the updated information on a regular basis, to ensure best possible care is provided to patients.

Key words: health care, enhanced recovery, laparoscopic surgery

UVOD

Z laparoskopsko kirurgijo ali minimalno invazivno kirurgijo se opisuje izvajanje kirurških posegov s pomočjo videokamere in več tankih instrumentov. Laparoskopska kirurgija vključuje operacije v trebuhu in medenični votlini. Med kirurškim posegom se izvedejo manjše (0,5 do 1,5 cm) incizije – port, preko katerih se uvede cevke – trokar. Preko trokarja se nato uvedejo instrumenti in kamera, ki omogočajo poseg v notranjosti bolnika.

V trebušno votlino se insufflira ogljikov dioksid, ki dvigne trebušno steno nad notranjimi organi kot kupolo, ki ustvari vidne in delovne pogoje. Ogljikov dioksid se uporablja zato, ker je skupen človeškemu telesu, se absorbira preko tkiv in odstrani preko respiratornega sistema.

Kamera – laparoskop oddaja podobo organov v abdomnu na televizijski ekran.

Laparoskopske operacije v trebušni votlini se izvajajo pri obolenjih tankega, debelega črevesa, danke, žolčnika in žolčnih vodov, želodca, jeter in trebušne slinavke ter kil trebušne stene (Sartori, 2007).

Prednosti laparoskopske operacije so (Hegman et al., 2008):

- manjše krvavitve, kar zmanjšuje potrebo dajanja transfuzij med operacijo,
- manjše incizije, kar zmanjšuje nivo pooperativne bolečine in skrajšuje obdobje okrevanja, kakor tudi manjše brazgotinjenje,
- manjša pooperativna bolečina vodi k manjši uporabi analgetikov,
- krajša hospitalizacija, ki omogoča hitro vrnitev bolnika v domače okolje,
- zmanjšana izpostavljenost notranjih organov možni zunanji kontaminaciji in s tem zmanjšano tveganje pridobivanja okužb, boljši imunski odziv,
- zmanjšana pojavnost pooperativnega ileusa in zarastlin,
- tekočina in lahka hrana je dovoljena do nekaj ur pred in zvečer po operativnem posegu, zgodnja mobilizacija bolnika.

NAMEN

Minimalna invazivna kirurgija vse bolj izpodriva klasično tehniko zdravljenja na področju abdominalne kirurgije in s seboj prinaša izzive za zdravstveno nego.

Namen tega članka je prikazati usmerjenost razvoja zdravstvene nege pri laparoskopski tehniki operacij na abdominalnem področju kirurgije, saj je ključnega pomena pri doseganju odličnosti in uspešnosti zdravstvene obravnave bolnika.

METODA DELA

Članek je nastal s pomočjo pregleda strokovne literature najnovejših del o področju in teoretičnimi izhodišči pridobljenimi iz baz podatkov CINAHL, Medline, nekaj tudi iz internetne spletne strani, ter primerjavo z načinom dela in rezultati v Splošni bolnišnici Izola. Zdravstvena nega se zaveda pomembnosti in sprejema izzive tudi na tem področju, ker dejavnost dosega številčnost primerov, pozitivne izhode, zadovoljstvo bolnikov. Zato je potrebno v Splošni bolnišnici Izola še naprej graditi na resursih, ki bodo omogočali kontinuiran napredek.

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA

Z razvojem laparoskopske tehnike nastajajo tudi nove smernice v procesu zdravstvene nege (v nadaljevanju – ZN) in oskrbe bolnika. Med zdravstveno oskrbo bolnika pri klasični odprti tehniki operacije in laparoskopskim načinom je nekaj velikih sprememb. Pogojuje jih znanje o laparoskopskih operacijah in izvedba celovitega procesa (Blay, Donoghue, 2006, str. 64–70; Francis, 2008, str. 24–28):

- seznanjanje bolnika o načinu operacije,
- predoperativna priprava bolnika,
- pooperativno okrevanje,
- možne komplikacije in ukrepanje,
- opredelitev vloge medicinske sestre v zdravstvenem timu, s ciljem izboljšanja bolnikovega zdravja – od sprejema do odpusta bolnika,
- seznanitev tima z novostmi in posebnostmi v laparaskopskih operacijah,
- seznanitev tima operativne dejavnosti z vzdrževanjem in sterilizacijo laparaskopskih instrumentov.

Seznanjenje bolnika o zdravljenju

Laparoskopska kirurgija ali minimalna invazivna kirurgija je kljub nekoliko dražjim storitvam prinesla novo obdobje, nov pogled na zdravljenje, ki stremi k bolniku prijazni obravnavi in čim prejšnji vrnitvi v domače okolje – kar pomeni krajšo hospitalizacijo. Kljub vsemu je operacija za bolnika stresna, pa naj gre za manjši ali obsežen operacijski poseg. Bolnik se odloča o posegu, ki povzroča bolečino, nesamostojnost, invalidnost, ali pa mu celo ogroža življenje (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 513–518). Zdravstvena nega je tista, ki pripravlja bolnika na operacijo in kasneje na življenje v domačem okolju. Zato je pomembno, da bolniku nudi informacije ter s tem prispeva velik delež k bolnikovem ozdravljenju. Blay in Donoghue (2006) ugotavljata, da je medicinska sestra v okviru svojih kompetenc poleg kirurga in lečečega zdravnika najpomembnejši člen v podajanju informacij. Sledijo jim informacije pridobljene od znancev, anesteziologa, literatura, internet in ostalo (Blay, Donoghue, 2006, str. 64–70).

Informiran bolnik pomeni tudi zadovoljen bolnik in le kot tak se aktivno vključuje v zdravljenje.

Poleg ustnih informacij so potrebne tudi pisne informacije:

- o postopkih priprave na operacijo (Navodila za bolnika),
- o pripravi na samo operacijo,
- o zdravljenju pooperativne bolečine,
- o “hišnem redu” oddelka, kjer bo hospitaliziran,
- o negi in prehrani v obdobju zdravljenja in po odpustu,
- v obliki navodil ob odpustu.

Pisne informacije morajo biti del klinične poti zdravljenja, napisane v razumljivem jeziku, kratke, jedrnate. Navedene morajo biti kontaktne telefonske številke (za naročanje na pregled anesteziologa/internista, številka sprejemne ambulante, oddelka).

Medicinska sestra, ki da pisne informacije, mora preveriti, če so bolniku razumljive.

Predoperativna priprava

Predoperativno evalviranje in priprava bolnika na laparoskopsko operacijo sta podobna pripravi na klasično operacijo. Posebnosti, ki jih zahteva poseg, so predvsem zaradi insuflacije ogljikovega dioksida v trebušno votlino (Burch et al., 2009, str. 28). Posebnosti vključujejo:

- pripravo pripomočkov za aspiracijo,
- poznavanje položaja in namestitvev bolnika za posamezno laparaskopsko operacijo,
- pozornost na izpraznitev mehurja pred operacijo/kateterizacija mehurja za varno vstavitvev trokarjev,
- uporabo elastičnih nogavic/povojev za zmanjšanje venskega priliva v spodnje okončine (vzrok verjetno pnevmoperitonej),
- upoštevanje in ukrepanje pred poškodbami perifernih živcev zaradi položaja med operacijo,
- aplikacijo predpisane terapije pred posegom (antibiotična zaščita).

Posebnost priprave bolnika na laparoskopsko operacijo je del dokumentacije ZN, ki se izvaja, evalvira in dokumentira.

Pooperativno okrevanje

Namen pooperativne nege in oskrbe je, da se po laparoskopskem operativnem posegu doseže pri bolniku čim prejšnjo ozdravitev oziroma pridobitev samostojnosti. Rezultat je dosežen z zagotavljanjem odličnega okrevanja in obvladovanjem zdravljenja bolečine. Drugi pomemben cilj je pomoč bolniku pri sprejemanju soodgovornosti pri obnovitvi optimalnega zdravja (World Laparoscopic Hospital). Zdravstveno nego bolnika,

tako kot pri odprti operaciji, tudi po laparoskopski operaciji delimo na dva obdobja. Neposredno po operaciji je obdobje zbujanja bolnika iz narkoze, ki traja od prihoda bolnika iz operacijske sobe v zbujevalnico do trenutka, ko je bolnikovo zdravstveno stanje usklajeno in je lahko premeščen na oddelek ali v enoto intenzivne terapije. V tem obdobju medicinska sestra spremlja običajne parametre: bolečino, telesno temperaturo, operativno rano, prehodnost in vsebino drenov, slabost/bruhanje, prehodnost/nastavitev infuzijskih tekočin, raven občutenja po regionalni anesteziji, oksigenacijo krvi (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 518–524).

Drugo obdobje bolnikovega okrevanja se nadaljuje po uspešnem zbujanju. Traja od prihoda bolnika na oddelek in vse do odpusta bolnika iz bolnišnice. Zdravstvena nega je usmerjena v neprekinjeno, individualno načrtovano pomoč bolniku, spremljanje in zmanjševanje morebitnih zapletov in pripravo bolnika na odpust.

Posebnost okrevanja po laparoskopskih posegih

1. Lajšanje bolečine

Pri laparoskopskih operacijah se v zgodnjem pooperativnem obdobju stremi k dobremu lajšanju bolečine (Alexander, 1997, str. 369–378). Pri manj zahtevnih laparoskopskih operacijah (operacija kile, slepega črevesa, žolčnika) se lajšanje bolečine zagotavlja z analgetiki: najprej intravensko, nato per os. Pri zahtevnejših (operacije na črevesju) je velikega pomena kontinuirana analgezija preko epiduralnega katetra. Ta se lahko kombinira z intravensko/per os analgezijo (Bardram et al., 1995, str. 763–764).

Bolečino se spremlja, ocenjuje in dokumentira ves čas pooperativnega obdobja do odpusta. Spremljanje bolečine je pomembno iz dveh razlogov:

- je pokazatelj okrevanja,
- s primernim lajšanjem bolečine omogočamo zgodnjo mobilizacijo bolnika.

2. Zgodnja mobilizacija bolnika

Zgodnja mobilizacija bolnika pospeši obnovo delovanja gastrointestinalnega trakta, ki je ključna za krajšo hospitalizacijo, ker zmanjšuje pojavnost postoperativnega ileusa.

Z načrtovano in vodeno mobilizacijo bolnika se zmanjša tudi število pojavnosti kardiopulmonalnih in tromboemboličnih komplikacij.

Načrtovanje mobilizacije je individualno, z upoštevanjem operativnega posega in predoperativnega stanja bolnika: kronične bolezni, invalidnost, omejitve, starost.

Pri načrtovanju mobilizacije je potrebno vključiti bolnika, kajti večina bolnikov želi aktivno sodelovati pri načrtovanju aktivnosti za pridobitev samostojnosti. Pri aktivnem bolniku medicinska sestra deluje kot svetovalka in oseba, ki pomaga bolniku doseči samostojnost. Teorija sposobnosti samooskrbe daje koristne smernice medicinski sestri pri nujenju pomoči bolniku ob pridobivanju sposobnosti samooskrbe: deluj v dobro druge osebe; vodi/svetuj drugi osebi; nudi fizično pomoč; nudi psihično pomoč; oblikuj pozitivno okolje/okolje, ki nudi napredek; vzgajaj (Multimedijski zdravstveni portal, 2008).

3. Prehranjevanje

Načrtovanje zgodnjega prehranjevanja je individualno, z upoštevanjem operativnega posega in predoperativnega stanja bolnika. Za laparoskopske operacije je značilno, da je vnos hrane in tekočine dovoljen do 6 ur pred operativnim posegom in zvečer na dan operacije (King et al., 2006, str. 300–305).

Možne komplikacije in ukrepanja

Za laparoskopske operacije veljajo potencialne komplikacije kot pri vseh operacijah. Čeprav laparoskopski pristop povzroči manj poškodb tkiv kot odprt pristop, ni brez tveganja. Komplikacije pri laparoskopskih posegih so kategorizirane glede na faze posega – od uvajanja instrumentov v trebušno votlino (pnevmoperitonej, aritmija), do komplikacij zaradi izvajanja samega posega (perforacija organa, poškodba žile) in komplikacij značilnih za vsak operativni poseg (povišana telesna temperatura, pljučnica, tromboembolija, krvavitev, infekcija, pojav kile, pojav zarastlin).

Pomembno je zgodnje prepoznavanje in ukrepanje ob pojavu komplikacij.

Medicinska sestra ima pri tem pomembno vlogo v vseh fazah, saj poleg ocenjevanja stanja bolnika zagotavlja neoporečno delovno okolje in pripomočke, spremlja bolnika in sodeluje pri zgodnji imobilizaciji, bolnika informira in aktivira k sodelovanju pri procesu okrevanja (Ivanuša, Železnik, 2008, str. 518–524).

Vsi postopki in posegi so del procesa zdravstvene nege bolnika z laparoskopsko operacijo.

Oprelitev vloge medicinske sestre v zdravstvenem timu

Medicinska sestra mora načrtovati proces dela, ki zagotavlja bolniku vso podporo v času relativno kratkega zdravljenja. Biti mora dober organizator dela, saj bolnik potrebuje zdravstveno, fizično pomoč in veliko mero razumevanja. Kratka hospitalizacija in hitra menjava bolnikov tako predstavljata in postajata za medicinsko sestro izziv v procesu dela.

Poleg osnovne izobrazbe je kontinuiran strokovni razvoj ključnega pomena za kakovostne storitve v zdravstveni negi. Kontinuirano izobraževanje in izpopolnjevanje vseh zaposlenih v timu zdravstvene nege omogoča strokovno podporo celotnemu procesu ter kakovost in strokovnost izvajanja procesov. Zato mora biti stalno izpopolnjevanje dosegljivo, pravično, usmerjeno organizacijskemu in strokovnemu razvoju doktrin, ki se uvajajo in izvajajo, prilagodljivo, pravočasno (Kvas, 2003, str. 23–27).

Vzdrževanje in sterilizacija laparoskopskih inštrumentov

Laparoskopska kirurgija se izvaja s prefinjenimi in natančnimi instrumenti. Temeljna razlika med instrumenti za odprto in instrumenti za laparoskopsko operacijo je ta, da so slednji bolj zapleteni že pri oblikovanju in zato občutljivejši pri proizvodnji. Zato se laparoskopski instrumenti pri uporabi hitreje poškodujejo, v okviru strukture pa imajo večjo možnost "prikrivanja" mikroorganizmov. Njihovo vzdrževanje je v primerjavi z instrumenti za odprte operacije težje – potreben je občutljivejši pristop pri čiščenju in sterilizaciji. Natančno čiščenje, sterilizacija in vzdrževanje so izrednega pomena, da ne bi bila ogrožena varnost bolnika (Francis, 2008, str. 24–28).

Čiščenje in sterilizacija laparoskopskih instrumentov vključuje: razstavljanje instrumentov, dekontaminacijo, predhodno čiščenje, čiščenje in izpiranje, sušenje, sterilizacijo in deponiranje.

Izobraževanje in izpopolnjevanje operacijskih medicinskih sester za vzdrževanje instrumentov mora biti kontinuirano, operacijski protokoli se morajo sproti revidirati in obnavljati.

ZAKLJUČEK

V Splošni bolnišnici Izola je bila izvedena prva laparoskopska operacija odstranitve žolčnika leta 1991. Sledile so ji: 1994 prva laparoskopska odstranitev vnetega slepega črevesa, 1996 operacija ingvinalne kile, 2000 prva laparoskopska operacija na debelem črevesu.

Letno se izvede v povprečju do 350 laparoskopskih operacij žolčnika (od tega 2–3 % konverzij), 50 do 60 operacij na črevesju, do 150 laparoskopskih operacij slepega črevesa (tudi otroci nad 5. letom starosti) in 10 do 12 predvsem ponovnih (recidivantnih) kil trebušne stene.

Čeprav vizija bolnišnice podpira razvoj stroke abdominalne dejavnosti, zdravstvena nega abdominalnega kirurškega oddelka deluje na omejenih resursih. Kljub vsemu si zdravstvena nega prizadeva za izvajanje procesa po smernicah svetovnih trendov. Dokončnih kliničnih poti za laparoskopske operacije trenutno oddelek še nima – “Navodila bolniku” so že v uporabi, klinična pot obdobja hospitalizacije pa je v usklajevanju (trenutno se uporablja “Protokol” zdravljenja).

LITERATURA

- Alexander JJ. Pain after laparoscopy. Review article. *British Journal of Anaesthesia*. 1997; 79: 369–378.
- ASERNIP-S. Brief review: Fast-track surgery and enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. Australian Safety & Efficacy Register of New Interventional Procedures. The Royal Australasian College; 2009. Dostopno na: [www.rcn.orf.uk...New stories](http://www.rcn.orf.uk...New%20stories) (5. 5. 2012).
- Bardram L, Funch-Jensen P, Jensen P, Crawford ME, Kehlet H. Recovery after laparoscopic colonic surgery with epidural analgesia, and early nutrition and mobilisation. *Lancet*. 1995; 345 (8952): 763–764.
- Bhandarkar DS, Katara AN. Sterilisation and Maintenance of Laparoscopic Instrument & Equipment. Dostopno na: www.iages.org.in/media/files/chapter3.pdf (5. 5. 2012).
- Blay N, Donoghue J. Source and content of health, information for patients undergoing Laparoscopic cholecystectomy. *Int J Nurs Pract*. 2006; 12 (2): 64–70.
- Burch J, Wright S, Kennedy R. Enhanced recovery pathway in colorectal surgery 1: background and principles. Guided learning. *Nursing Times*. 2009; 105: 28.
- Center for Pancreatic and Biliary diseases. University of Southern California. Department of Surgery. Dostopno na: [www.surgery.usc.edu/.../laparoscopic%20 surgery](http://www.surgery.usc.edu/.../laparoscopic%20surgery) (4. 5. 2012).
- Francis NK. The enhanced recovery programme and Laparoscopic surgery: a new era for colorectal cancer management. *Gastrointestinal Nursing*. 2008; 6 (5): 24–28.
- Hegman D, Caillet V, Kostohryz J, Madick S. Laparoscopic – Assisted Colon Surgery. *AORN J*. 2008; 3: 403–410.
- Ivanuša A, Železnik D. Zdravstvena nega bolnika pred in po operaciji. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2008: 513–518.
- King PM, Blazeby JM, Ewings P, Franks PJ, Longman RJ, Kendrick AH, Kipling RM, Kennedy RH. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery for colorectal cancer within enhanced recovery programme. *Br J Surg*. 2006; 93 (83): 300–305.
- Kobal Straus K. Izobraževanje kot določilo konvencije 140. mednarodne organizacije dela v povezavi z domačo zakonodajo. *Obzor Zdr N*. 2007; 41 (1): 49–52.
- Kvas A. Formalno izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji. *Obzor Zdr N*. 2003; 37 (1): 23–27.
- Mishra RK. Laparoscopic Hospital – History of Minimal Access Surgery. Dostopno na: www.laparoscopyhospital.com/history_of_laparosco (5. 5. 2012).

- Multimedijski zdravstveni portal. Teorija Doroteje Orem – teorija samooskrbe; 2008. Dostopno na: www.zdravstvena.info/.../teorija-doroteje-orem-teorija-samooskrbe (4. 5. 2012).
- Perugini RA, Callery MP. Complications of laparoscopic surgery. Dosegljivo na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6923/> (6. 5. 2012).
- Sartori CA. Trattato di tecnica chirurgica laparoscopica. Padova: Surgical Video Production s. a. s.; 2007: 25–27.
- World Laparoscopic Hospital. Laparoscopic Postoperative Care – Laparoscopy Hospital. Dostopno na: www.laparoscopyhospital.com/postoperative (5. 5. 2012).

LAPAROSKOPSKO ASISTIRANA TRANSVAGINALNA HOLECISTEKTOMIJA

NOTES – LCH

Dr. Brane Breznikar

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

b_breznikar@hotmail.com

UVOD

Transvaginálni poseg ima svoje prednosti zaradi manj škode, ki jo naredimo telesu in boljšega kozmetskega rezultata. Izognemo se možnosti pooperativne kile, manjša je možnost vnetja, manj je bolečin, okrevanje je hitrejše, hospitalizacija je krajša, pacientke se prej vrnejo na delo oziroma svojim običajnim aktivnostim. Praviloma ni vidnih brazgotin.

DELO IN METODE

Pri originalni metodi NOTES (naturale orifice transluminal endoscopic surgery) naredimo vse skozi vagino. To smo pri nas naredili le enkrat, ko so nam sponzorirali inštrumentarij. Pri hibridni si pomagamo z optiko skozi popek, pri laparoskopsko asistirani imamo še kak dodatni kanal skozi trebušno steno in pri NOSE (naturale orifice specimen extraction) samo odstranimo preparat transvaginálno. Delali smo vse opisane tehnike. Največ in v zadnjem letu praviloma delamo laparoskopsko asistirano transvaginálno holecistektomijo. Dva 5 mm ali enega 5 in en 10 mm trokar »skrijemo« v popek, 12 mm bladeless dolgi trokar pa pod kontrolo kamere vstavimo transvaginálno. Skozi vagino si s prijemalko holecisto držimo, delovni kanal pa je vzporedno s kamero v popku.

Spremljali smo porabo analgetikov, dolžino hospitalizacije, merili smo bolečino z VAS, izdelali smo protokol naprežanja in ga ocenjevali, beležili smo komplikacije ...

REZULTATI

Opisujemo prvih 38 primerov transvaginálne holecistektomije. Opazna je manjša operativna travma, manj bolečin, manjša poraba analgetikov, krajša hospitalizacija, boljša mobilnost po operaciji in boljši kozmetični rezultat. Pooperativnih kil nismo opazili. Naredili smo eno revizijo zaradi intraabdominalnega hematoma.

ZAKLJUČEK

Pri NOTES šiva fascije ni, tako je manj bolečnosti in manj možnosti za pooperativno kilo. Prvi rezultati so obetajoči.

VLOGA OPMS V SODOBNEM PRISTOPU ZDRAVLJENJA OSTEOPOROTIČNIH ZLOMOV VRETENC – VERTEBROPLASTIKI

Suzana Strnad, dipl. m. s.

Klinika za kirurgijo, Operacijski blok, Univerzitetni klinični center Maribor
suzana.strnad@gmail.com

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Najpogostejši vzroki bolečin pri starostniku so osteoporotični zlomi vretenc (OZV). Skupaj s spremljajočimi kroničnimi obolenji (diabetes, hipertenzija, KOPB ...) negativno vplivajo na samooskrbo starostnika, njegovo kakovost življenja in obvladovanje bolečine. Namen raziskave je ugotoviti, ali perkutana vertebroplastika (PV) zmanjša stopnjo bolečine in izboljša kakovost življenja pri OZV.

Metode: Z retrospektivno metodo raziskovanja opravljenih posegov smo med 13. 4. 2011 in 15. 4. 2012 pri 16 pacientih opravili 27 posegov stabilizacije vretenc z visoko viskoznim kostnim cementom. Ocenjevali smo vizualno analogno lestvico (VAS) ter Oswestry Disability Index (ODI) pred in po posegu.

Rezultati: Med obravnavanimi so bile 3 PV posledica patološke frakture in 13 OZV. Povprečna starost pacientov je bila 76 let. Ocena bolečine po VAS lestvici (0 do 10) se je znižala iz 9,13 (7–10) pred posegom na 4,66 (0–7) po posegu. ODI je bil pred posegom 0,70 (0,55–0,97) in po posegu 3,33 (2–6).

Zaključki: Minimalno invazivna metoda PV je pomembna pri zdravljenju OZV, saj zagotavlja zmanjšanje bolečine, zniža uporabo analgetikov in omogoča dejavno življenje pacientov. Poseg se opravlja v lokalni anesteziji, kar zelo razširi možnosti posega in zniža stroške hospitalizacije. Zdravstveno-vzgojno delo in promocija varnih metod bi lahko v prihodnosti bistveno prispevala k čim daljši samooskrbi starostnikov.

Ključne besede: perkutana vertebroplastika, osteoporotični zlom vretenca, operacijska medicinska sestra

ABSTRACT:

Theoretical background: Most recent cause of the pain in elderly people are Osteoporotic Vertebral Fractures (OVF). Concurrently with accompanying chronic diseases, such as Diabetes, Hypertension, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) ..., negatively impact self-sustainability of the elderly person, quality of life and management of pain.

Purpose of this research is to determine whether Percutaneous Vertebroplasty (PV) decreases level of pain and improves quality of life in patients with Osteoporotic Vertebral Fractures (OVF).

Methods: During 13. 4. 2011 and 15. 4. 2012, we performed an intervention on 16 patients with a total of 27 affected levels. All of the interventions were performed with a high viscosity cement. Using a retrospective research method of the procedures, assessment was done considering a Visual Analogue Scale (VAS) and Oswestry Disability Index (ODI) before and after the procedure.

Results: Among the patients treated with Percutaneous Vertebroplasty (PV), 3 of them suffered from Pathological Vertebral Fractures (PVF) and 13 from Osteoporotic Vertebral Fractures (OVF). Mean age of the treated patient in selected group was 76 years. Pain assessment using VAS (0–10) decreased from 9,13 (7–10) before the procedure to 4,66 (0–7) after the procedure. ODI score was 0,70 (0,55–0,97) before the procedure and 3,33 (2–6) after the procedure.

Conclusion: Percutaneous Vertebroplasty (PV) being a minimally invasive method is a significant method in treatment of Osteoporotic Vertebral Fractures (OVF), as it reduces level of pain, decreases use of analgesics

and enables patients to live an active life. Procedure is performed in local anaesthesia, which expands the possibility of use and reduces the costs of hospitalization.

Key words: Percutaneous Vertebroplasty, Osteoporotic Vertebral Fracture, Scrub Nurse

UVOD

Osteoporozna starostnikov predstavlja velik izziv družbe in sodobne zdravstvene nege. V Sloveniji je trenutno med 80.000 do 100.000 bolnikov starih nad 65 let s to boleznijo. Projekcije intenzivnosti staranja prebivalstva do leta 2060 predvidevajo 30 % populacije starejše od 65 let v Evropi in 35 % v Sloveniji (EUROPOP, 2008). To pomeni, da se sorazmerno s staranjem populacije povečuje tudi število pacientov z osteoporotičnimi zlomi vretenc (OZV). Ugotovitve, da se zlomi vsaj eno vretence približno polovici ljudi z osteoporozo, predstavlja grožnja »epidemičnih« razsežnosti v prihodnosti.

V okviru projekta »Desetletje gibal« Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) od leta 2001 deluje ekspertna skupina (NAN Slovenija). Sestavljajo jo predstavniki iz ortopedije, travmatologije, fizioterapije, revmatologije, endokrinologije, ginekologije, socialne medicine, družinske medicine in medicine dela ter združenja bolnikov z osteoporozo. Strategije NAN so namenjene zgodnjemu odkrivanju bolezni in zdravljenju, zdravstveni vzgoji za zdrav način življenja, preprečevanju padcev, izobraževanju splošnih zdravnikov in kirurgov o pravilnem ravnanju pri potencialno ogroženi populaciji.

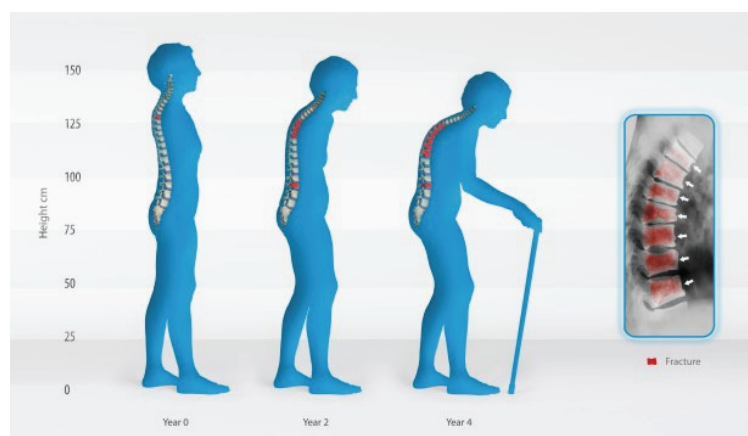
V projekte se aktivno vključujejo tudi medicinske sestre na primarni, sekundarni in terciarni ravni. Priložnost, da se vključijo tudi operacijske medicinske sestre (OPMS), predstavijo svoj delček mozaika in z dokazi podprte dobre prakse predstavljajo nove, sodobne pristope pri kirurškem zdravljenju osteoporoze.

V prispevku želimo prikazati mini invazivno metodo kirurškega zdravljenja osteoporotičnih zlomov vretenc (OZV), perkutano vertebroplastiko (PV) in vlogo operacijske medicinske sestre (OPMS) pri posegu. Umestiti želimo lastne ugotovitve in vpliv PV na bolečino ter kakovost življenja po posegu.

KLINIČNA SLIKA OSTEOPOROTIČNEGA ZLOMA VRETENCA

Večina zlomov poteka brez simptomov. Najpogostejši simptom, ki pripelje pacienta k zdravniku, je bolečina v hrbtenici. Akutna bolečina, ki je lahko različne intenzivnosti, se pojavi ob zlomu in traja do njegove zacelitve. Običajno nastane ob manjših obremenitvah ali vsakodnevnih opravilih. Mirovanje jo umiri in navadno izzveni v 3–4 tednih po zlomu (Movrin, 2011).

Napredujoča deformacija hrbtenice, ki je posledica zlomov, se navzven opazi kot kifoza prsnega dela hrbtenice in zmanjšanje telesne višine (Slika 1).



Slika 1: Napredujoča deformacija hrbtenice (Velnar, 2009)

V napredovalih oblikah lahko pride celo do stika med prsnim košem in medenico (Movrin, 2011).

Povečana je stopnja umrljivosti bolnikov z OZV pri progresivnih deformacijah hrbtenice, pljučnih motnjah, hudih bolečinah v hrbtu, globoki venski trombozi, mišični atrofiji, preležaninah, motnjah spanja in depresije. Ti zlomi se pojavijo pri 20 % ljudi, starejših od 70 let in pri 16 % žensk v obdobju po menopavzi (Farrokhi, 2011).

Zdravljenje osteoporotičnih zlomov

Pristop k zdravljenju OZV je individualen. Temelji na zgodovini bolezni, lokalizaciji zloma, kliničnega pregleda in radiološkega izvida poškodovanega vretenca.

Konzervativno zdravljenje

Vključuje analgetično terapijo, počitek, ortoze (stezniki za hrbtenico) in kasnejšo fizioterapijo pacientov brez nevroloških izpadov. Seveda terapija nekoliko zmanjša simptome, vendar so pacienti kljub temu omejeni v gibanju zaradi bolečine in nošenja hrbtenične ortoze. Starostniki imajo velikokrat tudi gastrointestinalne zaplete zaradi protivnetnih zdravil (Chen, 2011). Zdravljenje ni učinkovito v preprečevanju deformacij, spremenjena fiziologija hrbtenice pa privede do zlomov sosednjih vretenc. Posedanje hrbtenice ima lahko za posledico zaplete pri dihanju, stenozi spinalnega kanala in nevrološke izpade.

Operativno zdravljenje

Klasični odprti kirurški stabilizaciji se je v zadnjih dvajsetih letih pridružilo nekaj novih minimalno invazivnih tehnik in metod. Te so odvisne od povzročene škode na vretencu (% kompresije, bolečine, lokacije in starosti samega zloma,), sposobnosti pacienta za anestezijo, starosti pacienta in ocene kirurga (Movrin, 2011).

VERTEBROPLASTIKA

Zgodovina: Prvo vertebroplastiko je izvedel Herve Deramond leta 1984 v Franciji pri zdravljenju hemangioma. Objava metode leta 1987 je služila za nadaljnje raziskave. Perkutano vertebroplastiko so prvič opravili leta 1994 v Združenih državah Amerike (Movrin, 2011).

Kaj je perkutana vertebroplastika (PV)? PV je minimalno invazivna kirurška metoda, ki se uporablja za stabilizacijo zlomljenih vretenc prsne ali ledvene hrbtenice in posledično zmanjšanje bolečine. Praviloma se izvaja v lokalni, lahko tudi v splošni anesteziji. Med posegom pacient leži na trebuhu. Pod kontrolo diaskopije RTG aparata se namesti igla premera 13 G ali 15 G (Gauge) v telo zlomljenega vretenca. Pri vbrizganju visoko viskoznega kostnega cementa, ki je mešanica polimetilmetakrilata (PMMA) in radiopačnega barija je pomembna RTG kontrola polnitve vretenca. Stabilizacija zloma se doseže že 10 minut po posegu. Analgetični učinek nastane kot rezultat toplotnega učinka polimerizacije kostnega cementa žičnih vlaken in nezmožnosti gibanja zloma (Farrokhi, 2011).

Indikacije PV:

- boleče OZV ledvene in prsne hrbtenice, kadar ni pozitivne reakcije na medikamentozno zdravljenje (prb. 85 % konzervativno zdravljenih),
- bolečine kot posledica tumorjev (metastaz) hrbtenice ob pričakovanem preživetju do 6 mesecev ali nestabilnost, kadar je večji poseg kontraindiciran,
- bolečine zaradi hemangiomov hrbtenice.

Kontraindikacije PV:

- prisotnost infekcije,
- kompresija spinalnega kanala,
- koagulopatije,
- alergija na komponente kostnega cementa,
- akutni zlom,
- nizko poškodovano vretence.

Cilji PV:

- zmanjšati bolečino,
- izboljšati kakovost življenja,
- zmanjšati ali ukiniti analgetično terapijo,
- izboljšati biomehaniko hrbtenice,
- ustaviti potek bolezni.

Komplikacije PV:

- izliv cementa v diskalni ali intervertebralni prostor,
- izliv cementa v žile ali spinalni kanal.

Vloga operacijske medicinske sestre pri vertebroplastiki

Cilj zagotavljanja kakovostne perioperativne ZN na varen način je tudi obvladovanje bolečine in sodelovanje v programih za zagotavljanje kakovosti.

Skladno s kompetencami EORNA (2012):

Operacijska medicinska sestra:

- Delo opravlja v skladu z zakonodajo in ob strokovnem vodenju, ki je pomembno za operacijsko medicinsko sestro in perioperativno zdravstveno nego (poskrbi, da je ZN pri pacientu popolna).
- Sprejema konkretno poklicno odgovornost (posodablja znanje v odnosu do trenutnih trendov in razvojnih premikov v praksi, tako da vzdržuje svojo raven kompetenc).
- Zagotavlja nego pacientov, ki združuje znanje in na dognanjih zasnovano prakso (povezuje se z multidisciplinarnimi timi zaradi načrtovanja in izvajanja zdravstvene nege, ki je zasnovana na standardih najboljše prakse, ohrani pacientovo dostojanstvo, zasebnost in zaupnost podatkov, kot je primerno, vzdržuje najvišje standarde nege in uvaja spremembe, če to narekuje na dognanjih zasnovana nega, izkazuje jasno razumevanje konceptov obvladovanja bolečine ter uporablja, beleži in spremlja ustrezne strategije obvladovanja bolečine v skladu z uredbami in politiko).
- Zagotavlja varno in učinkovito okolje za izvajanje uspešne nege pacientov (uporabi celostno znanje, da zagotovi pravilno in varno namestitev pacienta, upošteva načela varnega premikanja in rokovanja, uporablja ustrezne naprave za nameščanje in izkazuje poglobljeno razumevanje ter obvladovanje preprečevanja preležanin).
- Promovira zdravje in varnost na delovnem mestu. Izvaja in uvaja ustrezne strategije obvladovanja tveganj, da prepreči nezgode.
- Pri zagotavljanju perioperativne nege sledi načelom nadzora nad okužbami.
- Vzpostavlja in vzdržuje učinkovite medosebne odnose s pacienti, kadar je to primerno (poskrbi, da pacienti dobijo in razumejo informacije, ki jim pripadajo v času perioperativne nege).
- Upošteva bistvene zahteve učinkovitega timskega dela, tako da se dosežejo želeni rezultati nege pacientov v perioperativnem okolju.

- Pri zagotavljanju nege pacientom uporablja učinkovite organizacijske in upravljalne veščine. Izvaja revizijo praks, da zagotovi kakovost zdravstvene nege (ustrezno posreduje odkritja, spodbuja spremembe, kjer so potrebne).
- Ustrezno upravlja z viri, da zagotovi pripravljenost na zagotavljanje nege, je predana osebnostnemu in poklicnemu razvoju sebe in drugih (vseživljenjskemu učenju in raziskovanju), proaktivno išče/zagotavlja priložnosti za izobraževanje sebe in drugih (prispeva na učnih delavnicah formalnega/neformalnega izobraževanja, udeležuje se interdisciplinarnih in drugih izobraževanj).

Priprava operacijske sobe:

OPMS pripravi prostor in material za operativni poseg PV:

- RTG prosojno operacijsko mizo (poseg z RTG),
- RTG plašče za operativno ekipo,
- sterilni set perila za enkratno uporabo,
- sterilni set za PV (vsebuje 2 igli G 13 in biopsijsko iglo G 15, visoko viskozni kostni cement, hidravlično brizgalko za aplikacijo kostnega cementa, introduktor za igle, zaprti sistem za mešanje cementa, varno držalo za iglo, kladivo),
- sterilni set instrumentov za poseg,
- rokavice za kirurga in instrumentarko,
- 2 % Xylocain, brizgalke in igle za lokalno anestezijo,
- razkužilo za kožo,
- sterino RTG prevleko.

Priprava pacienta pred posegom:

- pregled dokumentacije: medicinske, administrativne in zdravstvene nege, identifikacija pacienta,
- izpolnimo perioperativno dokumentacijo za posege v lokalni anesteziji,
- izpolnimo vprašalnik, s katerim ocenjujemo VAS, Oswestry Disability Index (ODI) pred in po posegu,
- ves čas priprave in posega komuniciramo s pacientom s pomirjujočim tonom, želimo njegovo aktivno udeležbo (vprašanja, občutke, misli ...),
- namestimo pacienta v trebušni položaj, s podloženo glavo, roke ima ob glavi, medenico ima podloženo (Slika 2),



Slika 2: Položaj pacienta pri perkutani vertebroplastiki (DePuy Spine, Inc.)

- izmerimo vitalne funkcije (RR, P),
- apliciramo antibiotik (po navodilu zdravnika) pol ure pred posegom,
- nastavimo in kontroliramo EKG ter pulzni oksimeter,
- pokrijemo pacienta, da ga ne zebe.

Priprava izvajalca – OPMS – instrumentarke:

- oblečemo si zaščitna sredstva pred IO sevanjem (plašč, očala, zaščito za vrat),
- roke si kirurško umijemo in razkužimo,

- pripravimo si material za poseg,
- skupaj s kirurgom umijemo in sterilno pokrijemo operativno polje ter RTG aparat,
- instrumentiramo kirurgu med posegom,
- zmešamo kostni cement in ga ponudimo kirurgu, ki ga aplicira,
- počakamo 10 minut, da se kostni cement strdi,
- po končanem posegu zalepimo punkcijsko rano,
- ocenimo pacientovo počutje, bolečino,
- odpeljemo pacienta iz operacijske sobe in ga predamo oddelčni medicinski sestri.

MATERIALI IN METODE

Uporabili smo retrospektivno metodo raziskovanja posegov PV opravljenih na Ortopedskem oddelku Klinike za kirurgijo UKC Maribor. V času od 13. 5. 2011 do 15. 4. 2012 smo opravili 27 PV pri 16 pacientih. Bolečino smo pred posegom in po posegu merili z VAS lestvico, kakovost življenja smo merili z ODI vprašalnikom funkcionalnih omejitev pred in po posegu. Višji indeks ODI pomeni nižje možnosti samooskrbe pacienta.

REZULTATI

V času od 13. 4. 2011 do 15. 4. 2012 smo opravili 23 PV pri 16 pacientih. Vsi so bili hospitalizirani na dan posega in so bili odpuščeni najkasneje drugi dan. Povprečna starost pacientov je bila 76 let (razpon 64–83). VAS bolečina v hrbtu pred posegom je bila 9,13 (7–10), ena pacientka ni imela bolečin, po operativnem posegu je bila VAS 4,66 (0–7). Bolečino v nogi je opisalo 9 pacientov pred posegom z VAS 5,55 (2–10) in po posegu 3,33 (2–6). Dva pacienta sta bila po posegu brez bolečin (VAS 0).

ODI pred posegom je bil 0,70 (0,55–0,97) in po posegu 0,40 (0,33–0,87).

DISKUSIJA IN ZAKLJUČKI

OZV kot posledice osteoporoze predstavljajo zaradi staranja prebivalstva velik zdravstveni in ekonomski problem sodobne družbe.

Perkutana vertebroplastika izboljša kakovost življenja, fizične aktivnosti ter samooskrbo starostnika. Mehanična stabilizacija OZV in termalna nekroza živčnih vlaken z visoko viskozno kostnim cementom sta glavna razloga za zmanjšanje postoperativne bolečine. Bolečina opazno izgine, statika hrbtenice se popravi, manjše so potrebe po analgetični terapiji. PV skupaj s pozitivnim ekonomskim učinkom zagotovo predstavlja korak napredka pri reševanju zdravstvenih problemov družbe.

Zahvala:

Iskrena hvala dr. Gregorju Rečniku, dr. med., spec. ortop. za dostop do zbranih dokumentov in pojasnil, ki sem jih potrebovala za pisanje prispevka.

LITERATURA

- Chen LH, Lai PL, Chen WJ. Current status of vertebroplasty for osteoporotic compression fracture. *Chang Gung Med J.* 2011; 34 (4): 352–9.
- DePuy Spine, Inc.
<https://docs.google.com/viewer?attid=0.8&pid=gmail&thid=135d549f8cddf5e0&url=https%3A%2F%2Fmail.google.com%2Fmail%2F%3Fui%3D2%26ik%3D88a990cf2d%26view%3Datt%26th%3D135d549f8cd>

bf5e0%26attid%3D0.8%26disp%3Dsafe%26realattid%3Df_gzbq6ryn7%26zw&docid=c8d2f761e2f80276432769e928a310a8%7C467b896ea6ef1289e2c0167ebc8cbf2c&a=bi&pagenumber=11&w=800(Slika 2).

EORNA – European Operating Room Nurses Association. EORNA framework for perioperative nurse competencies; 2012. Dostopno na: http://www.eorna.eu/EORNA-Common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-second-edition-2012_a380.html

- Farrokhi MR, Alibai E, Maghami Z. Randomized controlled trial of percutaneous vertebroplasty versus optimal medical management for the relief of pain and disability in acute osteoporotic vertebral compression fractures. *J Neurosurg Spine*. 2011; 14 (5): 561–9.
- Movrin I. Zlomi sosednjih vretenc po perkutani avgmentaciji osteoporotičnega zloma vretenca [doktorska disertacija]. Maribor: Medicinska fakulteta; 2011.
- Velnar M. Osteoporoza; 2009. Dostopno na: http://zlataleta.com/wp-content/uploads/2009/05/620bolezen_napreduje.jpg

DINAMIČNA STABILIZACIJA ALI TOGA ZATRDITEV HRBTENICE PRI ZDRAVLJENJU BOLEČINE V KRIŽU?

DYNAMIC OR RIGID STABILIZATION FOR THE TREATMENT OF BACK PAIN?

Nina Fokter Dovnik, dr. med., doc. dr. Samo Fokter, dr. med., mag. Andrej Strahovnik, dr. med.,
Andraž Dovnik, dr. med.

Klinični oddelek za ortopedijo, Univerzitetni klinični center Maribor,
samo.fokter@guest.arnes.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Toga zatrditev prizadetih vertebrodinamičnih segmentov ledvene hrbtenice predstavlja standardno metodo zdravljenja kronične bolečine v križu zaradi degenerativne bolezni medvretenčnih ploščic. Zdi se, da takšen poseg pospešuje degeneracijo nad in/ali pod mestom zatrditve ležečih medvretenčnih ploščic, kar imenujemo bolezen sosednjih segmentov. Dinamična stabilizacija naj bi zmanjšala tak proces, čeprav v literaturi o tem ni trdnih dokazov.

Metode: Spremljali smo skupino 25 bolnikov povprečne starosti 47 let (95 % interval zaupanja 43,1–51,7 let), ki smo jim opravili dinamično stabilizacijo (12 bolnikov) ali togo zatrditev (13 bolnikov) ledvene hrbtenice zaradi hude in dolgotrajne bolečine v križu. Klinični rezultat zdravljenja smo ovrednotili z Oswestryjsko lestvico prizadetosti (ODI) in vizualno analogni skalo (VAS) za bolečino v križu, spodnjih okončinah in stopnjo aktivnosti. Zadovoljnost bolnikov smo ocenili s kriteriji splošne zadovoljnosti (Stauffer in Coventry) in VAS za zadovoljnost, kakovost življenja bolnikov pa s kratkim vprašalnikom SF-36. Uspešnost zatrditve in prizadetost sosednjih segmentov smo preverili radiološko. Zaplete zdravljenja smo preverili v zdravstveni dokumentaciji bolnikov; ponovno operacijo smo šteli za neuspeh zdravljenja.

Rezultati: Po povprečno 4-letni (razpon 2–5 let) opazovalni dobi smo našli značilno izboljšanje nekaterih subjektivnih parametrov pri obeh skupinah bolnikov. ODI je bil značilno izboljšan le pri bolnikih, ki smo jim opravili togo zatrditev hrbtenice. 5 bolnikov (42 %) iz toge skupine in 2 bolnika (20 %) iz dinamične skupine je po kriterijih splošne zadovoljnosti doseglo dober ali odličen rezultat zdravljenja. Na vseh zdravljenih segmentih smo pri bolnikih z dinamično stabilizacijo radiološko našli znake nadaljnje degeneracije prizadetih medvretenčnih ploščic, pri obeh skupinah bolnikov pa tudi znake bolezni sosednjih segmentov. Dva bolnika iz dinamične in enega bolnika iz toge skupine smo morali ponovno operirati.

Diskusija in zaključki: Rezultati pričujoče študije ne potrjujejo prednosti dinamične stabilizacije pred togo zatrditvijo ledvene hrbtenice pri bolečini v križu zaradi degenerativne bolezni medvretenčnih ploščic. Zaradi majhnega in nehomogenega vzorca bi bile potrebne še dodatne raziskave za boljšo opredelitev te problematike.

Ključne besede: bolečina v križu, degeneracija medvretenčnega diska, operacijsko zdravljenje, zatrditev hrbtenice, rezultati zdravljenja

ABSTRACT

Introduction: Traditional fusion with rigid instrumentation represents the standard treatment for back pain related to degenerative disc disease (DDD). Such treatment may accelerate disc degeneration at upper and/or lower level, a process known as adjacent disc disease. Dynamic stabilization is believed to reduce the incidence of adjacent disc degeneration. However, no strong evidences for this could be found in the literature.

Methods: This study analyzed the success rates of 25 patients aged 47 years (mean, 95 % CI 43.1–51.7) treated with stabilization of the involved vertebral dynamic unit(s) with either dynamic (12) or rigid (13) instrumentation. Clinical outcome was assessed with Oswestry disability index (ODI) and visual analogue

scale (VAS) for back pain, leg pain, and activity level. Satisfaction outcome was measured with Stauffer & Coventry's overall satisfaction criteria and VAS for satisfaction. Health related quality of life was estimated with a Short Form-36 questionnaire. Fusion rate and adjacent level(s) was X-ray checked. Complications recorded in patients' files were evaluated and revision surgeries were stated as treatment failures.

Results: At the 4-year follow-up (range 2–5 years), significant improvement was noted on some subjective parameters in both groups. ODI was significantly improved in the rigid group of patients only. Five patients (42 %) in the rigid group and two patients (20 %) in the dynamic group were rated good or excellent according to the overall Stauffer and Coventry's satisfaction criteria. Radiologically, all the involved discs in the dynamic group continued to degenerate. Adjacent segments showed loss of disc height in both groups. Two patients in the dynamic group and one patient in the rigid group required reoperation.

Discussion and conclusions: The results of this study indicate no significant difference between dynamic and rigid stabilization of the lumbar spine for patients with DDD. However, the study is underpowered and further studies on larger and homogenous group of patients should be undertaken.

Key words: low back pain, degenerative disc disease, surgical treatment, spinal fusion, results

UVOD

Hrbtenični kirurgi si niso enotni glede optimalne tehnike stabilizacije pri zdravljenju degenerativnih boleznih ledvene hrbtenice. Nekateri avtorji navajajo, da naj bi dinamična stabilizacija pri določenih bolnikih z bolečino v križu zmanjšala napredovanje degenerativne bolezni medvretenčne ploščice in preprečila degeneracijo sosednjih segmentov (Stoll et al., 2002; Putzier et al., 2005; Schnake et al., 2006). Cilj naše raziskave je bil primerjati dinamično stabilizacijo in rigidno zatrditev ledvene hrbtenice glede na klinični izid, zadovoljstvo bolnikov in radiološki rezultat zdravljenja.

METODE

V retrospektivno kohortno raziskavo smo vključili zaporedne bolnike z degenerativno boleznijo ledvene hrbtenice, ki so imeli med februarjem 2006 in februarjem 2009 opravljeno stabilizacijo prizadetega segmenta(ov) z ali brez sočasne dekompresije živčevja z dinamično ali togo hrbtenično inštrumentacijo. Izključili smo bolnike z deformacijami, npr. spondilolistezo ali skoliozo, in bolnike, pri katerih ob koncu sledenja nismo imeli na voljo celotne zdravstvene dokumentacije.

Izmed začetnih 25 bolnikov smo pri dveh z dinamično in enem s togo stabilizacijo opravili ponovno operacijo zaradi slabega položaja pedikularnih vijakov. Te bolnike smo obravnavali kot neuspešno zdravljene in smo jih izključili iz sledenja.

Dinamično stabilizacijo smo opravili s transpedikularnimi vijaki, ki so bili med seboj vzdolžno gibljivo povezani s plastičnimi tulci in centralno potekajočima prednapetima vrvicama (Dynesys, Centerpulse, Winterthur, Switzerland). Togo stabilizacijo smo opravili s pomočjo transpedikularnih vijakov, ki so bili med seboj togo povezani z vzdolžnima kovinskima palicama (XIA, Stryker Spine, Allendale, New Jersey, ZDA) in dvema medvretenčnima košaricama (Stryker Spine, Cestas, France) za vsak segment.

Klinični izid smo določili z indeksom nezmožnosti, Oswestryjsko lestvico prizadetosti (ODI) ter vizualno analogno skalo (VAS) za bolečino v križu, bolečino v nogah in raven aktivnosti, ki so jo bolniki izpolnili preoperativno in ob kontrolnem pregledu. Ob kontrolnem pregledu smo ocenjevali tudi zadovoljstvo bolnikov s pomočjo Stauffer in Coventryjevih kriterijev za celokupno zadovoljstvo in VAS za zadovoljnost z zdravljenjem. Z zdravjem povezano kakovost življenja smo ocenili s pomočjo kratkega vprašalnika SF-36. Radiološke znake fuzije in višino sosednjih diskov smo določili na stranskih rentgenskih posnetkih, ki smo jih opravili preoperativno in ob kontrolnem pregledu. Višino diska smo izračunali kot povprečje sprednje, zadnje

in srednje višine ob upoštevanju kriterijev po Quintu et al. (1997). Vse zaplete, zabeležene v kartotekah bolnikov, smo natančno preučili. Revizijske operacije smo obravnavali kot neuspeh zdravljenja.

Rezultate predstavljamo kot mediane vrednosti z razponom med kvartili (IQR) v oklepaju. Spremembe znotraj posamezne skupine smo primerjali z uporabo Wilcoxonovega signed-rank testa. Spremembe med skupinama smo primerjali z Mann-Whitneyjevim testom. Spremembe v osnovnih parametrih (spol) smo testirali s pomočjo Fischerjevega exact testa in hi-kvadrat testa (če je imela kontingenčna tabela več kot 2X2 celic). Podatke smo analizirali z uporabo programa SPSS 17.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA). *P* vrednosti < 0,05 smo obravnavali kot statistično pomembne.

REZULTATI

Skupini se nista pomembno razlikovali v osnovnih parametrih (Tabela 1). Povprečen čas sledenja dinamične skupine bolnikov je bil 38 mesecev (razpon 21–60), toge skupine pa 53,5 mesecev (razpon 25–60).

Med skupinama ni bilo pomembnih razlik glede na spremembo vrednosti ODI, VAS za bolečino v križu, VAS za bolečino v nogah in VAS za raven aktivnosti ob zaključnem pregledu (Tabela 2). Pomembno izboljšanje kontrolnih vrednosti v primerjavi s predoperativnimi smo opazili pri vseh treh VAS lestvicah v obeh skupinah bolnikov in pri ODI v skupini bolnikov s togo stabilizacijo (Tabela 2).

Bolniki v obeh skupinah so bili enako zadovoljni z zdravljenjem (VAS = 7 v obeh skupinah, *P* = 0,61). Po Stauffer in Coventryjevih kriterijih za celokupno zadovoljstvo smo dosegli ocene dobro in odlično pri dveh bolnikih (20 %) iz dinamične skupine in pri petih bolnikih (42 %) iz toge skupine (*P* = 0,25).

Skupini se nista pomembno razlikovali po nobenem od SF-36 parametrov za oceno z zdravjem povezane kakovosti življenja.

Radiološko smo v dinamični skupini dokazali, da so prizadeti medvretenčni diski kljub stabilizaciji nadalje propadali (Tabela 3). V obeh skupinah je bila opazna izguba višine diska sosednjih segmentov, vendar je bila statistično pomembna le izguba višine zgornjega segmenta pri togi skupini bolnikov (Tabela 3). Solidna fuzija je bila radiološko jasno vidna pri sedmih bolnikih (58 %) iz toge skupine. Rentgenski posnetki pri nobenem bolniku niso pokazali jasnih znakov nestabilnosti, npr. zloma ali razrahljanja vijaka.

Pri nobenem bolniku nismo zabeležili kirurških zapletov, npr. poškodbe dure, poškodbe živčne korenine, okužbe rane ali hematoma. Revizija je bila potrebna pri dveh bolnikih v dinamični skupini in enem bolniku v togi skupini zaradi napačne lege pedikularnega vijaka, kar je povzročilo draženje živčne korenine in bolečino. Po revizijski operaciji s togo inštrumentacijo so bile vse zatrditve radiološko čvrsto pregrajene, varovalni znak (kostno premoščanje med telesi vretenc pred vstavljenima košaricama) je bil pri vseh treh bolnikih ob zaključku sledenja na rentgenskem posnetku jasno viden.

RAZPRAVA

Raziskava je pokazala znatno izboljšanje bolečine v križu, bolečine v spodnjih okončinah in ravni aktivnosti pri obeh skupinah bolnikov po stabilizacijski operaciji ledvene hrbtenice zaradi degenerativne bolezni medvretenčnih diskov. Podobne rezultate so v retrospektivni multicentrični raziskavi opisali Welch et al. (2007) po 12 mesecih sledenja pri bolnikih, pri katerih je bila opravljena dekompresija in fuzija enega ali dveh prizadetih segmentov ledvene hrbtenice z dinamičnim fiksatorjem Dynesys.

Z raziskavo nismo uspeli dokazati prednosti dinamične stabilizacije pred togo stabilizacijo glede na zadovoljstvo bolnikov in z zdravjem povezano kakovostjo življenja. Kriteriji celokupnega zadovoljstva so bili nekoliko boljši pri bolnikih, zdravljenih s togo stabilizacijo.

Radiološko smo prikazali nadaljevanje degeneracije medvretenčnih diskov pri bolnikih, zdravljenih z dinamično stabilizacijo hrbtenice. Višina diska na zdravljenem nivoju se je znižala za povprečno 2 mm, kar je

bilo statistično pomembno. Pri obeh skupinah smo opazovali tudi degeneracijo sosednjih hrbteničnih segmentov. Ta je bila statistično značilna le za zgornji segment pri bolnikih v togi skupini, kjer se je disk znižal za povprečno 1,2 mm. Ta rezultat je mogoče pojasniti z majhnim številom vključenih bolnikov.

V nedavni radiografski analizi obsega gibljivosti ledvene hrbtenice po enosegmentni zatrditvi ali posteriorni dinamični stabilizaciji Cakir et al. (2009) niso uspeli dokazati učinka Dynesys ali toge fuzije na mobilnost sosednjih segmentov, ki je ostala praktično nespremenjena pri obeh skupinah bolnikov. Naši rezultati so potrdili degeneracijo sosednjih segmentov pri obeh skupinah bolnikov, kar je lahko posledica normalnega ali pospešenega procesa staranja ledvene hrbtenice.

Več zapletov in kasnejših ponovnih operacij zaradi nepravilnega položaja pedikularnih vijakov je bilo potrebnih v dinamični skupini. Vzrok za to je lahko priporočeno drugačno mesto vstopa pri dinamični inštrumentaciji, ki tradicionalnemu hrbteničnemu kirurgu ni povsem domače, v večjem premeru vijakov in/ali preprosto pomanjkanje izkušenj s fiksatorjem Dynesys. V podobni retrospektivni raziskavi (Grob et al., 2005), ki je obravnavala bolnike, zdravljene s sistemom Dynesys zaradi bolečin v križu, avtorji s pomočjo kontrolnih vprašalnikov niso uspeli ugotoviti, da daje dinamična stabilizacija boljše rezultate zdravljenja kot klasična toga zatrditev prizadetih segmentov hrbtenice. Po dvehletnem sledenju so avtorji navedli tudi relativno visok odstotek ponovnih operacij (19 %). To se sklada z rezultati naše študije, kjer je bila pri dveh od 12 bolnikov potrebna reoperacija in toga zatrditev. Skupni odstotek reoperacij pri skupini bolnikov z dinamično stabilizacijo znaša v naši študiji torej 17 %.

SKLEP

V kontrolirani raziskavi nismo ugotovili pomembne razlike med togo in dinamično stabilizacijo ledvene hrbtenice glede na klinični in radiološki izid, zadovoljstvo bolnikov ter kakovost življenja. Pogostost reoperacij je bila višja v dinamični skupini bolnikov. Pomanjkljivost naše raziskave je majhen vzorec bolnikov. Za nadaljnjo oceno prednosti dinamične pred togo stabilizacijo ledvene hrbtenice bi bile potrebne randomizirane študije z večjim vzorcem in bolj homogeno populacijo bolnikov.

LITERATURA

- Stoll TM, Dubois G, Schwarzenbach O. The dynamic neutralization system for the spine: a multi-center study of a novel non-fusion system. *Eur Spine J.* 2002; 11 (supl 2): S170–S178.
- Putzier M, Schneider SV, Funk JF, Tohtz SW. The surgical treatment of the lumbar disc prolapse. Nucleotomy with additional transpedicular dynamic stabilization versus nucleotomy alone. *Spine.* 2005; 30 (5): E109–E111.
- Schnake KJ, Schaeren S, Jeanneret B. Dynamic stabilization in addition to decompression for lumbar spinal stenosis with degenerative spondylololsthesis. *Spine.* 2006; 31 (4): 442–449.
- Quint DJ, Tuite GF, Stern JD, Doran SE, Papadopoulos SM, EcGillicuddy JE, Lundquist CA. Computer-assisted measurement of lumbar spine radiographs. *Acad Radiol.* 1997; 4 (11): 742–752.
- Welch WC, Cheng BC, Awad TE, Davis R, Maxwell JH, Delamarter R, Wingate JK, Sherman J, macenski MM. Clinical outcomes of the Dynesys dynamic neutralization system: 1-year preliminary results. *Neurosurg Focus.* 2007; 22 (1): 1–8.
- Cakir B, Carrazo C, Schmidt R, Mattes T, Reichel H, Käfer W. Adjacent segment mobility after rigid and semirigid instrumentation in the lumbar spine. *Spine.* 2009; 34 (12): 1287–1291.
- Grob D, Benini A, Junge A, Mannion AF. Clinical experience with the Dynesys semirigid fixation system for the lumbar spine. *Spine.* 2005; 30 (3): 324–331.

Tabela 1. Demografske in kirurške značilnosti bolnikov

	Dinamična skupina (n = 12)	Toga skupina (n = 13)	P- vrednost
Starost (let, IQR)	47,5 (15)	52 (20)	0.72*
Ženske (število, %)	6 (50 %)	6 (46 %)	1.00†
Število zdravljenih segmentov (1:2)	9:3	11:2	0.65†
Indeks telesne mase (kg/m ²)	27,7 (8)	30 (8)	0.28*
Zdravljeni nivoji (število)			0.52‡
L3–L4	2	0	
L4–L5	6	9	
L5–S1	1	2	
L3–L5	1	1	
L4–S1	2	1	
Razlog za operacijo (število)			0.91‡
Degenerativna bolezen diska (DDD)	3	3	
DDD + hernija diska z išiasom	4	3	
DDD + spinalna stenoza s klavdikacijo	4	5	
DDD + predhodna operacija diska	1	2	

* Mann-Whitney test

† Fischerjev exact test

‡ Hi-kvadrat test

Tabela 2. Spremembe kliničnih izidov znotraj skupin in med skupinama

	ODI		Bolečina v križu (VAS)	
	Dinamična skupina	Toga skupina	Dinamična skupina	Toga skupina
	N = 10	N = 12	N = 10	N = 12
Pred operacijo (točk, IQR)	49.5 (37)	66 (14)	7.5 (2)	9 (2)
Kontrola (točk, IQR)	47 (42)	40 (18)	5.5 (2)	6 (3)
Sprememba mediane (točk, IQR)	-9 (36)	-26 (15)	-1.5 (4)	-2 (4)
<i>P</i> -vrednost za spremembo znotraj skupine *	0.16	0.02	0.02	0.02
<i>P</i> -vrednost za spremembo med skupinama †	0.15		1.0	

	Bolečina v nogi (VAS)		Raven aktivnosti (VAS)	
	Dinamična skupina	Toga skupina	Dinamična skupina	Toga skupina
	N = 10	N = 12	N = 10	N = 12
Pred operacijo (točk, IQR)	9 (2)	8 (2)	1.5 (3)	1.5 (1)
Kontrola (točk, IQR)	5 (2)	5 (4)	4.5 (2)	5 (4)
Sprememba mediane (točk, IQR)	-4 (2)	-3 (4)	2.5 (3)	4 (3)
<i>P</i> -vrednost za spremembo znotraj skupine *	< 0.01	0.03	0.02	< 0.01
<i>P</i> -vrednost za spremembo med skupinama †	0.18		0.24	

* Wilcoxon signed ranks test (exact)

† Mann-Whitney test (exact)

Tabela 3. Radiografske meritve

		Pre-operativno	Kontrola	Sprememba mediane	<i>P</i> -vrednost
Višina vključenega diska (mediana v mm, IQR)	Dinamična skupina N = 13 ‡	9 (4)	6 (3)	2 (2)	< 0.01*
	Toga skupina N = 13 ‡	10.3 (5)	12.5 (2)	-2 (4)	< 0.01*
	<i>P</i> -vrednost med skupinama †			< 0.01	
Višina zgornjega sosednjega diska (mediana v mm, IQR)	Dinamična skupina N = 10	10.5 (3)	10 (2)	0 (1)	0.13*
	Toga skupina N = 12	13 (3)	12.5 (3)	1.5 (2)	0.02*
	<i>P</i> -vrednost med skupinama †			0.10	
Višina spodnjega sosednjega diska (mediana v mm, IQR)	Dinamična skupina N = 8 ‡	6.5 (4)	5.5 (2)	0.5 (3)	0.13*
	Toga skupina N = 10 ‡	14 (7)	12 (6)	1 (3)	0.06*
	<i>P</i> -vrednost med skupinama †			0.67	
Uspešna fuzija	Toga skupina		7		

*Wilcoxon signed ranks test (exact)

† Mann-Whitney test (exact)

‡ Število vključenih diskov je drugačno od števila bolnikov, ker so imeli 3 bolniki (od 10 analiziranih) v dinamični skupini in 1 (od 12 analiziranih) v togi skupini operirana dva segmenta. Razlikuje se tudi število spodnjih sosednjih diskov glede na operirani nivo (v primeru operacije na nivoju L5-S1 ni spodnjega sosednjega diska).

IZZIVI ZDRAVSTVENE NEGE PRI PACIENTU OPERIRANEM ZARADI KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI

CHALLENGES IN NURSING PATIENT HAD SURGERY FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Irena Felicita Nadižar, dipl. m. s.

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana,
irena.felicita@gmail.com

IZVLEČEK

Med kronične vnetne črevesne bolezni uvrščamo Crohnovo bolezen in ulcerozni kolitis. Za obe bolezni je značilno, da se najpogosteje pojavljata v zgodnji odrasli dobi, lahko pa tudi že v otroštvu. Zdravljenje je medikamentozno, ob pojavu zapletov bolezni pa je potrebno kirurško zdravljenje. Zaradi simptomov, ki jih kronične vnetne črevesne bolezni povzročajo, je poleg fizične ravni človekovega bivanja prizadet tudi psihosocialni vidik. Zdravstvena nega bolnika operiranega zaradi kronične vnetne črevesne bolezni vključuje specifičen pristop na prehranski obravnavi in podpori bolniku, oskrbi stome, fistul. Izjemno pomembna pa je tudi psihološka podpora bolniku.

Ključne besede: Morbus Crohn, ulcerozni kolitis, zdravstvena nega, fistula, stoma

ABSTRACT

The chronic inflammatory bowel diseases are Crohn's disease and ulcerative colitis. For both diseases are characterized by the most commonly occurring in early adulthood, but also in childhood. Treatment of the medication, at the onset of disease complications and surgical treatment is necessary. Because symptoms are chronic inflammatory bowel disease cause, in addition to the physical level of human existence affected the psychosocial aspects. Care of the patient had surgery for chronic inflammatory bowel disease, care of surgical patients, which are also important for specific dietary treatment and patient support, stoma care, fistulas. Extremely important is the psychological patient falls.

Key words: Morbus Crohn, ulcerative colitis, health care, fistula, colostomy

UVOD

Ko se človek spopada s kronično boleznijo, se ne spopada samo z oslabiljenim telesom in fizično bolečino, ampak tudi s psihičnimi in socialnimi posledicami bolezni; z mnogimi negotovostmi in strahovi, ki so povezani z boleznijo, sedanostjo, prihodnostjo, s spremenjeno samopodobo oziroma odnosom do sebe, s spremenjenimi odnosi do sveta, do bližnjih, do dela itd. Te posledice so včasih še bolj obremenjujoče kot sama bolečina (Ule, 2003).

Vsaka kronična bolezen predstavlja v življenju posameznika oviro, ki mu pogosto ne omogoča kakovostnega življenja na fizični, psihološki in socialni ravni. Tudi kronična vnetna črevesna bolezen (KVČB) prizadene v prvi vrsti bolnikovo telo, včasih pa še bolj njegove občutke, doživljanja, čustva ter odnose z zunanjim svetom. Te posledice so včasih bolj obremenjujoče kot sama fizična bolečina. Gre za individualno doživetje posameznika, ki lahko trajno spremeni kakovost življenja. Ker obolevajo predvsem mladi ljudje, v obdobju aktivnega življenja, lahko bolezen zaradi pogostih zagonov ter večkratnih hospitalizacij ohromi tudi karierni razvoj posameznika ter aktivno družbeno življenje. Zaradi zapletov bolezni, ki lahko segajo na najintimnejša področja človeka, je lahko zaradi znižane samopodobe in/ali simptomov bolezni prizadeto tudi spolno življenje posameznika oziroma socialne interakcije.

Prispevek prikazuje celovito obravnavo bolnika operiranega zaradi KVČB, predvsem pa prikaže številne negovalne probleme, ki se pri bolniku pojavljajo. Za ugotavljanje teh, načrtovanje in predvsem realizacijo postavljenih ciljev v ZN pa medicinska sestra potrebuje izjemno veliko teoretičnega znanja, predvsem pa praktičnih izkušenj.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Osnovne značilnosti kroničnih vnetnih črevesnih bolezni

Med KVČB uvrščamo dve obliki kroničnega vnetja: ulcerozni kolitis (UK) in Chronovo bolezen (CB). Za obema oblikama pogosteje obolevajo ljudje v mestnih okoljih, intelektualci, pogosteje belci. Med spoloma ni večjih razlik. Incidenca obeh bolezni v svetu narašča, nekoliko hitreje incidenca CB. Za Slovenijo nimamo epidemioloških podatkov. Za obema oblikama KVČB obolevajo vedno mlajši bolniki. Vrh pojavljanja UK je med 25. in 35. letom, pri CB pa se prvi vrh zbolelosti pojavi med 15. in 25. letom starosti. Etiologija obeh bolezni ostaja slabo pojasnjena. Incidenca se močno razlikuje med zemljepisnimi področji in različnimi prebivalci ter nakazuje vpliv okolja. Obstajajo nedvoumni dokazi, da so v patogenezi KVČB poleg dejavnikov okolja zelo pomembni genetski dejavniki. Neposredni sorodniki bolnika s CB imajo celo 13-krat večje tveganje, da bodo tudi sami zboleli (Ocepek, Skok, 2006).

Ulcerozni kolitis

Vnetje zajema sluznico in podsluznično plast. Pri večini bolnikov z UK poteka bolezen kronično z obdobji akutnih zagonov vnetja in remisij. Praviloma se začenja v danki in se nato v različnem obsegu, brez prekinitve, razteza navzgor po širokem črevesu. Najpogostejši znaki so krvavkaste driske, bolečine v trebuhu, krvavitev iz zadnjika, hujšanje, napenjanje, bruhanje, povišana temperatura. Redkeje se bolezen začne brez sprememb v odvajanju blata, pač pa z vnetjem sklepov, iritisom, jeterno okvaro ali kožnimi spremembami.

Vnetne spremembe so lahko omejene le na danko, levi del debelega črevesa (levostranski kolitis) ali pa zajamejo celotno debelo črevo (takrat govorimo o pankolitisu). Bolniki s pankolitisom imajo pogosteje težjo klinično sliko. Zaradi poteka bolezni je kakovost njihovega življenja pomembno okrnjena. Pri njih so pogostejši življenjsko ogrožujoči akutni črevesni zapleti, kot so obilna krvavitev, toksična razširitev črevesa – toksični megakolon ali perforacija. Tudi tveganje za raka debelega črevesa in danke je pri teh bolnikih večje. Tveganje za raka se pri pankolitisu začne po 8–10 letih bolezni in s časom trajanja bolezni narašča (Ocepek, Skok, 2006).

Morbus Crohn

Chronova bolezen, imenovana tudi Crohn-Lesniowskijeva bolezen ali »Charlotte Forditis« morbus Lesniowski-Crohn, granulomatous colitis ali regionalni enteritis, je nespecifično kronično transmularno vnetje prebavil. Prizadene predvsem distalne predele tankega in debelega črevesa, vendar pa se lahko pojavi v katerem koli delu prebavne poti od ust do zadnjika in v perianalni regiji. Je neozdravljiva bolezen in močno zmanjša kakovost življenja obolelih. Glede na lokalizacijo ločimo več oblik bolezni, in sicer: *ileokolično*, ki prizadane končni del tankega in začetni del debelega črevesa (terminalni ileum in cekum, 50 %); *ileitis terminalis*, pri katerem je prizadet končni del tankega črevesa (30 %); *Chron colitis* pa prizadane debelo črevo (20 %). Zelo redek je vznik bolezni v požiralniku in želodcu.

Etiologija ni točno poznana, zelo verjetno gre za vpliv več dejavnikov, kot so vplivi okolja, dednost, življenjske navade, disfunkcija imunskega sistema in okužbe.

Prizadetost tankega črevesa se kaže z znaki malabsorpcije, vključno z driskami, bolečinami v trebuhu, upočasnjeno rastjo, izgubo telesne teže in anoreksijo. Znaki prizadetosti debelega črevesa se klinično ne razlikujejo od znakov pri ulceroznem kolitisu, zato je za postavitev diagnoze ključna natančna diagnostika.

Narava driske je odvisna od dela obolelega črevesa. Pri ileitis terminalis so driske zelo volumske (vodene), pri Chron colitisu pa majhnega volumna, zelo pogoste (tudi do 30-krat dnevno) in velikokrat tudi ponoči. Možna je tudi nezmožnost zadrževanja blata. Porušeno ravnotežje bakterijske flore v tankem črevesju je velikokrat vzrok vetrovom in flatulenci, bolečinam v trebuhu in smrdečemu blatu. Prizadetost perianalne regije se kaže s perirektalno bolečino, bolečimi defekacijami in prisotnostjo krvi ob odvajanju. Pri fistulah in perianalnih abscesih se v napredujevali obliki perianalne bolezni pojavi inkontinenca.

Poleg prizadetosti prebavne cevi so pogosto prisotni tudi znaki in simptomi izvenčrevesne oblike bolezni. Pri bolnikih s CB relativno pogosto najdemo uveitis in episkleritis, z možno posledično izgubo vida. Bolezen je povezana tudi z vrsto revmatičnih obolenj, na koži se najpogosteje kaže z rdečimi izpuščaji v lehah (eritema nodosum) in pustulami (pyoderma gangrenosum). Bolniki imajo povečano tveganje za pojav globoke venske tromboze in pljučnih embolizmov (Pintar et al., 2010).

Fistule pri CB

Transmularna narava vnetja pri CB omogoča nastanek fistul. Fistula je nenormalna povezava med črevesjem in kožo, med črevesjem in abscesno votlino ali med črevesjem in ostalimi votlimi strukturami (mehur, nožnica, sečevod, sečnica, deli tankega in debelega črevesa). 35 % bolnikov s CB razvije fistule, od tega jih ima kar 20 % perianalne fistule. Simptomi so odvisni od lege fistul ter velikosti črevesnega obvoza. Rektovaginalne in rektoanalne fistule najdemo pri aktivni CB rektuma. Klinično bolnice opažajo pasažo blata in plinov skozi nožnico, imajo perianalne bolečine in disporevnijo. Pri enterovezikalnih in enterouretralnih fistulah imajo bolniki pogosto vnetja sečil, pneumaturijo, disurijo in opažajo blato v urinu. Fistule se redko zacelijo same, v večini je potreben kirurški poseg ter sočasno zdravljenje z imunosupresivi, antibiotiki ali anti-TNF zdravili (Smrekar, 2010).

Zdravljenje kroničnih vnetnih črevesnih bolezni

Cilj zdravljenja bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo je doseči klinično remisijo bolezni in jo nato vzdrževati. V klinični praksi se v zdravljenju bolnikov s KVČB običajno poslužujemo »step-up« pristopa, ko dodajamo manj agresivnemu neuspešnemu zdravlilu bolj agresivno.

Standardno zdravljenje vključuje: 5-aminosalicilate, kortikosteroide, imunomodulatorje, antibiotike: predvsem za zdravljenje fistulizirajoče CB (Pernat, 2010).

Z napredkom medikamentoznega zdravljenja se je kirurško zdravljenje CB v zadnjih desetletjih spremenilo. Na osnovi randomiziranih študij so ugotovili, da je smiselno resecirati le del obolelega črevesa, ki povzroča simptome bolezni, ki zahtevajo kirurško zdravljenje, ostalega obolelega dela pa ne reseciramo, da se izognemo sindromu kratkega črevesa. Pri omejeni CB tankega črevesa in ileocekalnega predela se za kirurško zdravljenje odločimo pri bolnikih s stenozo po predhodnem medikamentoznem zdravljenju. V zadnjem desetletju so se uveljavile laparoskopske resekcije ileocekalnega predela pri CB. Prednosti tega pristopa so hitrejše okrevanje, krajši čas hospitalizacije in manj zapletov. Pri CB debelega črevesa, ki zajema manj kot tretjino črevesa ali je lokalizirana na dveh delih črevesa, je smiselna resekcija dela ali dveh delov debelega črevesa.

Za kirurško zdravljenje UC pa je standardni poseg v zadnjih dveh desetletjih postala proktokolektomija z ilealnim rezervoarjem in anastomozo z anusom, ki omogoča bolniku normalen telesni izgled in ohranja normalno pot izločanja, čeprav je kakovost življenja bolnikov primerljiva z bolniki z ileostomo. Pri bolnikih, pri katerih medikamentozno zdravljenje ni uspešno in je zaradi perforacije debelega črevesa, fulminantnega ali toksičnega kolitisa potrebna operacija, naredimo subtotalno kolektomijo z ileostomo. Po dokončani patohistološki diagnozi, ko izključimo CB in se bolnikovo stanje stabilizira, se odločimo za koloproktomijo z ilealnim pouchem in analno anastomozo ali permanentno ileostomo (Jelenc, 2010).

Zdravstvena nega bolnika s kronično vnetno črevesno boleznijo

Zdravstvena nega bolnika, ki je operiran zaradi KVCB, temelji na izhodiščih, ki zagotavljajo varno in strokovno zdravstveno nego kirurškega bolnika. Delimo jo na zdravstveno nego v predoperativnem in zdravstveno nego v postoperativnem obdobju.

Posebnosti zdravstvene nege v predoperativnem obdobju

Stanje bolnika pred operativnim posegom, ki zahteva različne aktivnosti v zdravstveni negi, je odvisno od prizadetosti področja prebavil in že nastalih zapletov. Bolniki, ki bodo operirani zaradi stenoze na tankem črevesu, ki sicer še ne povzroča drugih težav, kot bolečine in težave pri prebavi, so običajno v predoperativnem obdobju v relativno dobri psihofizični kondiciji. Obdobje po operaciji običajno mine brez zapletov, pogosto so to laparaskopske operacije. Bistveno večje število negovalnih problemov v predoperativnem obdobju in hkrati večja možnost pooperativnih zapletov pa se pojavlja pri bolnikih, pri katerih se je klinična slika razvila v večji meri (malnutricija, pojav fistul in ostalih zapletov) in bolnikih, ki potrebujejo urgentno operacijo (perforacije, sepsa ...). V teh primerih bolnik že v predoperativnem obdobju potrebuje aktivnosti zdravstvene nege v smislu preprečevanja poškodb kože, natančno spremljanje bilance tekočin ter prehranskega statusa bolnika, oskrbo fistul, lahko tudi že stome, preprečevanje infekcij, lajšanja bolečine ter nudenje psihosocialne podpore.

Priprava bolnika na operativni poseg, ki je psihična, fizična in administrativna, je odvisna od tega ali gre za načrtovano ali urgentno operacijo. Upoštevamo standardno fizično pripravo (higienska priprava, priprava operativnega polja), pripravo prebavnega trakta pa določi kirurg in je individualna ter odvisna tudi od vrste načrtovanega posega. Po naročilu kirurga bolnik lahko prejme čistilno klizmo, lahko je potrebno popolno čiščenje črevesja z elektrolitsko mešanico, pri bolnikih s stenozami na črevesu pa je lahko kakršna koli priprava prebavnega trakta kontraindicirana.

Bistvenega pomena je tudi informiranje bolnika, in sicer s strani zdravnika – kirurga, anesteziologa, respiratornega in lokomotornega fizioterapevta, osebja v zdravstveni negi in po potrebi tudi enterostomalnega terapevta. Glede na potrebe bolnika je lahko vključen tudi dietetik, psiholog in prostovoljec – stomist.

Pomembno je izvajanje zdravstvene nege (ZN) po procesni metodi dela, hkrati pa so za celostno ZN potrebna številna druga znanja, ki zagotavljajo kompetentno in varno zdravstveno nego v predoperativnem obdobju.

Zdravstvena nega v pooperativnem obdobju

Po operativnem posegu mora biti bolnik nameščen v enoto intenzivne nege, kjer je možen stalni nadzor. Potreben je monitoring osnovnih življenjskih funkcij, ob tem pa tudi ocenjevanje bolečine ter ustrezno ukrepanje. Bolnik dobiva analgetika preko PCA (patient controlled analgesia) ali PCEA (patient controlled epidural analgesia) črpalke, ki mu dopušča samostojno dodajanje dodatnega odmerka analgetika v varnem časovnem intervalu. Operativna rana običajno poteka medialno, v primeru laparaskopske operacije je viden en večji rez in dva manjša. Bolnik ima vstavljen enega, dva ali lahko tudi tri abdominalne drene. Običajno ima vstavljen stalni urinski kateter ter 2 periferna venska pristopa ali centralni venski kanal. Glede na izmerjeno saturacijo prejeme dodatek kisika po nosnem katetru ali po Venturi maski. Odvisno od operativnega posega ima lahko bolnik ileostomo ali kolostomo, v primeru abdominoperianalne ekscizije pa tudi rano perianalno, v katero je lahko vstavljen dren.

Naloge medicinske sestre v pooperativnem obdobju so:

- opazovanje bolnika po operativnem posegu (opazovanje drenaž, operativne rane, vstavljenih žilnih katetrov, nazogastrične sonde, stalnega urinskega katetra, epiduralnega katetra, merjenje in beleženje vitalnih funkcij ter ustrezno reagiranje ob odstopanjih, ocena bolečine, ocena kože in sluznic, ocena bolnika glede nevarnosti za nastanek razjede zaradi pritiska (RZP) in za padec),
- priprava in aplikacija predpisane terapije po veljavnih standardih, nadzor nad delovanjem črpalk in perfuzorjev,

- odvzemi krvi za različne preiskave po naročilu zdravnika,
- pomoč bolniku pri temeljnih življenjskih aktivnostih,
- izvajanje standardnih postopkov v zvezi z vstavljenimi žilnimi pristopi, katetri, rano, stomo,
- dokumentiranje,
- kategorizacija bolnika glede na zahtevnost ZN,
- sodelovanje v širšem zdravstvenem timu (lokomotorni in respiratorni fizioterapevt, zdravnik anesteziolog, protibolečinska medicinska sestra, enterostomalni terapevt, po potrebi socialni delavec, psiholog in ostali specialisti).

Specifični negovalni problemi pri bolniku s kronično vnetno črevesno boleznijo

Opisani so negovalni problemi, ki se lahko pojavljajo pri bolniku v predoperativnem obdobju, v pooperativnem obdobju, prav tako pa se z njimi lahko srečuje medicinska sestra, ki obravnava bolnika s KVČB na ravni primarnega zdravstvenega varstva (patronažna služba, ambulantna dejavnost).

Cierzniakowska et al. (2007) opisujejo naslednje negovalne probleme in aktivnosti:

Negovalni problem: Nevarnost zgodnjih postoperativnih komplikacij

Aktivnosti ZN: neprekinjen nadzor, zagotavljanje varnosti, kontrola vitalnih znakov in bolnikovega počutja, prepoznavanje sprememb v vitalnih znakih in ostalih možnih komplikacij, opazovanje rane, skrb za bolnikovo fizično ugodje, nadzor nad drenažami in katetri, skrb za bolnikov počitek, dokumentiranje.

Negovalni problem: Bolečina v predelu rane

Aktivnosti ZN: sistematična aplikacija analgetikov, obvladovanje dodatnih sprožilnih faktorjev za nastanek bolečine, pomoč bolniku pri gibanju, skrb za mirno okolje.

Negovalni problem: Neugodje, povzročeno z omejeno fizično aktivnostjo

Aktivnosti ZN: pomoč bolniku pri osebni higieni in gibanju, respiratorna in lokomotorna fizioterapija, preventiva RZP, spodbujanje bolnika k samooskrbi, zagotavljanje kontaktov z bolniku bližnjimi.

Negovalni problem: Nevarnost respiratornih in cirkulatornih zapletov zaradi bolečine in omejenega gibanja

Aktivnosti ZN: delovanje v smislu preventive nastanka atelektaz in pljučnice – spodbujanje k globokemu dihanju in izvedbi dihalnih vaj, pomoč bolniku pri obračanju – preventiva pred nastankom dehiscence rane, preventiva nastanka tromboembolizmov, izvedba aktivnih vaj in zgodnje vstajanje bolnika.

Negovalni problem: Nezmožnost uživanja hrane in tekočine po naravni poti v zgodnjem pooperativnem obdobju

Aktivnosti ZN: parantalna hidracija in nutricija, nadzor nad žilnimi pristopi, preventiva občutka suhosti ust, omejitev bolnikovega uživanja hrane in tekočine, skrb za ustno higieno, bilanca tekočin, opazovanje simptomov, kot so: slabost, bruhanje, izločanje plinov, prvo odvajanje.

Negovalni problem: Nevarnost infekcije rane

Aktivnosti ZN: opazovanje postoperativne rane, izločka po drenu, aseptična oskrba rane, antibiotična profilaksa po protokolu, posebna skrb za perianalno rano pri abdominoperianalni eksciziji, navodila za oskrbo rane doma, če je to potrebno.

Negovalni problem: Pomanjkanje znanja in veščin za oskrbo stome

Aktivnosti ZN: ugotavljanje primanjkljaja znanja, zgodnje učenje o oskrbi stome, dajanje informacij glede dietne prehrane, preventive komplikacij, možnosti ambulantnega zdravljenja ter vključevanja v društvo stomistov.

V sami klinični praksi se pri zdravljenju in ZN bolnikov s KVČB v predoperativnem in postoperativnem obdobju soočamo še z naslednjimi specifičnimi problemi:

a) Slaba prehranjenost je povezana s slabšim celjenjem ran in povečano občutljivostjo za razvoj okužb po operativnem posegu.

Slaba prehranjenost z izgubo telesne teže, pomanjkanje beljakovin in značilnega pomanjkanja vitaminov, mineralov in elementov v sledovih je pogosta v akutni fazi CB. Anoreksija, povečana izguba hranil skozi črevo in sistemsko vnetje so najpogostejši vzroki nedohranjenosti. Maldigestija se pri bolnikih s CB pojavi zaradi prizadetosti črevesne sluznice in razvoja enteroeneteričnih fistul, pri čemer zaužita hrana ne pride v stik z encimi in prebavnimi sokovi, ki so potrebni za ustrezno prebavo. Pomanjkanje nekaterih hranil ali nezmožnost ohranjanja idealne telesne teže sta pogosta pri bolnikih s CB. Telesno težo izgubi do 75 % hospitaliziranih odraslih bolnikov z aktivno CB. K slabi prehranjenosti bolnikov s CB pripelje kombinacija več dejavnikov – zmanjšan vnos hranil, malabsorpcija in črevesna izguba beljakovin. Razmislimo o kombinaciji s parenteralno prehrano pri bolnikih, kadar obstaja indikacija za prehransko podporo in bolnik ne zmore zaužiti vsaj 60 % dnevnih potreb po enteralni poti. Popolna parenteralna prehrana ni boljša od enteralne pri zdravljenju CB v aktivni fazi in je zato rezervirana za bolnike, pri katerih obstajajo kontraindikacije ali intoleranca za enteralno prehrano. Izključno parenteralno hranjenje je pri CB omejeno na bolnike, ki ne prenašajo enteralnega hranjenja (ileus, črevesne fistule z visokim iznosom).

Če pri bolniku z UC ugotovimo podhranjenost ali neustrezen vnos hranil, moramo uvesti prehransko podporo. Pomanjkanje posameznih snovi moramo nadomeščati (npr. pomanjkanje železa). Da bi izboljšali ali vzdrževali prehransko stanje pri bolnikih z UC, navadno ne potrebujemo posebnih dietnih režimov. Podatkov o koristi oralnih prehranskih dodatkov običajni hrani pri tej bolezni ni. Podobno kakor pri CB je pri zmanjšanem (oralnem) vnosu priporočeno dodajanje v višini 500–600 kcal na dan v obliki oralnih prehranskih dodatkov.

Podhranjenost negativno vpliva na klinični potek bolezni, pogostost pooperativnih zapletov in stopnjo pooperativne umrljivosti (Cerović et al., 2010).

Glede na potrebe bolnika se za parenteralno hranjenje odločamo že pred operativnim posegom. V primeru, da je operacija načrtovana, se ob sprejemu naredi presejalni prehranski test in se bolnika napoti v dietetsko posvetovalnico. Pomembno je, da medicinska sestra prepozna tveganje za razvoj podhranjenosti oziroma prepozna že izražene simptome.

Pri bolniku, kjer je prisotna fistula z obilnim izločanjem (več kot 500 ml/24 h) je izjemnega pomena bilanca tekočin, nadomeščanje izgubljene tekočine ter vseh telesu pomembnih snovi. Z namenom razbremenitve prebavil in posledično pričakovanega zmanjšanja izločanja fistule, je bolniku običajno predpisana karenca. To bolniku lahko predstavlja še dodatni problem, zato je naloga zaposlenih v ZN tudi skrb za vlaženje ustne sluznice ter posledično preprečevanje izsušitve in poškodb sluznice, predvsem pa tudi ustrezna podpora bolniku pri premagovanju želje po uživanju tekočin ali hrane po naravni poti. Po operativnem posegu bolnik prejema parenteralno prehrano, začetek uživanja tekočin in hranjenja pa je odvisen od vrste operativnega posega in ga določi kirurg. Bolnik dobiva glede na potrebe in po naročilu kirurga različne vrste tovarniško pripravljene parenteralne prehrane, kateri lahko dodajamo tudi ostale potrebne dodatke. Ko se bolnik lahko prične hraniti po enteralni poti, se mu dodaja oralne prehranske dodatke.

V zadnjih letih se kot nadgradnja specifične prehranske podpore za bolnike z ranami v praksi vedno bolj uveljavlja koncept uporabe posameznih hranil kot zdravila za rane (farmakonutricija). Zato se pri najnovejšem pristopu k obravnavi ran osnovna prehrana bolnika dopolnjuje z uporabo mešanice treh ključnih farmakonutrientov: glutamina, arginina in HMB (beta-hidroksimetilbutirat). Njihov učinek je sinergističen in podpira širok spekter anabolnih biokemičnih procesov, ki so ključni za optimalno celjenje rane (Rotovnik Kozjek, 2012).

b) Nevarnost za okvaro celovitosti kože

Bolnik s KVČB je lahko zaradi bolezni ter njenih simptomov ali posledic ogrožen za nastanek okvare celovitosti kože zaradi več razlogov: pogostih odvajanj, izven črevesnih simptomov CB, fistul, inkontinence, zapletov pri oskrbi stome.

Koža perianalno je zaradi inkontinence ali pogostih odvajanj vzdražena, lahko je prisoten inkontinenčni dermatitis, pogoste pa so tudi fistule v tem področju. Glede na oceno stopnje inkontinence se odločimo za uporabo ustreznega pripomočka (predloge, hlačne plenice), ustrezno nego in zaščito kože, pomembna pa je tudi zdravstvena vzgoja bolnika o osebni higieni ter uporabi pripomočkov.

Do prekinjene kontinuitete kože lahko privede tudi enterocutana fistula kot komplikacija CB, ki se lahko pojavlja na različnih delih telesa (perianalno, področje trebuha, po operaciji v področju abdominalne rane). Glede na vrsto fistule sta odvisni količina in vrsta izločka, ki je lahko zaradi vsebnosti prebavnih encimov za kožo zelo dražeč.

Danes se v praksi v obdobju pred kirurškim posegom v primeru nastanka fistul uporabljajo predvsem 3 načini oskrbe:

- Nameščanje vrečk, namenjenih za oskrbo stome ali drugih. Pred nameščanjem vrečke lahko glede na stanje kože uporabimo sprej za zaščito in nego kože. Pri oskrbi fistule, okolica katere je poškodovana od izločka, lahko pred namestitvijo podloge in vrečke kožo zaščitimo s hidrokoloidno oblogo, za prilegajoče nameščanje vrečke lahko uporabimo pasto oziroma druga polnila (obročki ...). Zaradi nujnega opazovanja izločka namestimo prozorno vrečko, to pa po potrebi lahko spojimo z drenažno vrečko. Pomembno je natančno beleženje in opazovanje izločka, zaščita kože ter ustrezna menjava pripomočka.
- Aktivna aspiracija izločka preko aspiracijske cevke v aspirator. V primerih, ko na fistulo ali fistule ni možna namestitev zbiralne vrečke, niti uporaba VAC-a, kirurška oskrba fistule pa še ni mogoča, se poslužujemo oskrbe fistule s pomočjo aspiracijske cevke ali nazogastrične sonde, ki je speljana v bližino delujoče fistule. Ta način se lahko uporablja začasno tudi, kadar je zaradi delovanja fistul/-e okolna koža zelo poškodovana in nadražena, na katero začasno ni možna namestitev drugih oblog (hidrokoloida, vrečke ...). Občasno se te metode poslužujemo tudi pri bolnikih, kjer ni možna uporaba drugih načinov zaradi prisotnosti tamponskih šivov ali preobsežnega defekta okolnih tkiv, ki zaradi velikosti ne omogoča namestitve vrečke.
- Uporaba metode z negativnim tlakom (V. A. C.).

c) Nevarnost sprememb v doživljanju samopodobe (zaradi simptomov bolezni, prisotnosti stome ali inkontinenčnih pripomočkov, strahu pred zaudarjanjem)

Posameznika v vlogi bolnika je strah nemoči in odvisnosti, ko se mora soočiti z omejeno možnostjo gibanja, spreminjanjem telesne sheme in nepredvidljivostim v dolgotrajnem procesu zdravljenja. Psihosocialna obremenjenost posameznika v vlogi hospitaliziranega bolnika je v veliki meri odvisna tudi od bolnikovih individualnih značilnosti, kot so konstitucijske in strukturalne posebnosti njegove osebnosti in izkušenj, ki si jih je pridobil v preteklosti (Enova, 2002). Bременa bolezni so večplastna, saj poleg nadlog samih in bolezenskih simptomov bolnike pestijo tudi duševne stiske ob spoznanju, da so zboleli ali da je morda celo ogroženo njihovo življenje. Ob vsem tem pa jih lahko dodatno vznemirjajo tudi spremembe, ki jih zaznavajo v odnosu drugih do njih. Zaradi bolezni se bolnikov svet lahko vse bolj spreminja (stil življenja, navade, socialne vloge, ekonomski status, cilji ipd.), posledice bolezni pa posežejo tudi v življenja bolniku bližnjih oseb. Prav zaradi te večplastnosti, s katero se bolezen odraža v življenju posameznika, je težko napovedati, kako se bo nanjo odzval. Mnogo dejavnikov sooblikuje bolnikov odnos do bolezni in posredno tudi do zdravljenja in okrevanja. Poleg same značilnosti bolezni, omejitev, ki jih prinaša, njenega poteka in predvidenega okrevanja, pomembno vplivajo tudi spol, starost, aktualne življenjske okoliščine, značilni obrambni vzorci vedenja in strategije za spoprijemanje s problemskimi situacijami, kakovost socialne mreže, pa tudi poznavanje ter stališča do bolezni v okolju in še mnogo drugega (Radonjić Miholič, 2010).

Bolnik s stomo doživlja spremembe v doživljanju in sprejemanju samopodobe. Po operaciji se mora začeti navajati na stomo in njeno funkcijo ter jo začeti sprejemati kot del svojega videza. Bolnika je potrebno vzpodbujati, da izrazi občutke, ki se mu porajajo. Bolnik bo lahko stomo dobro sprejel, predvsem, kadar bo njegovo življenje kljub stomi enako kakovostno kot pred boleznijo. Mladi bolniki največjo skrb posvečajo predvsem področju samopodobe. Pomembno je, da ugotovimo kako stomo doživljajo tudi bolnikovi svojci in drugi njemu pomembni (Black, Hokanson Hawks, 2009).

d) Pomanjkanje znanja (v zvezi s samooskrbo po operaciji, samooskrbo stome, zaščito prizadete kože)

Medicinska sestra v bolnišnici bolniku nudi splošne informacije v zvezi s hospitalizacijo ter informacije, ki so usmerjene na specifične probleme (glede stome, nege kože, prehrane, izogibanja nevarnostim iz okolja ...).

Bolnik mora poznati posebnosti v samooskrbi, ki so odvisne od izvedenega kirurškega posega. Bolnika naučimo samooskrbe stome, bolnikom z ilealnim pouchem in analno anastomozo pa svetujemo, da se naučijo premestiti občutek tiščanja na blato. Po prilagoditvi črevesa postane blato bolj formirano, čeprav bo vedno

tekoče kašasto. Večina bolnikov po operaciji odvaja blato med 2–8-krat/dan. Kontinenco povečuje izvajanje Keglovih vaj in moč mišice analnega sfinktra. Izvajanje teh vaj bolniku svetuje kirurg. Nadraženje kože perianalno, ki je posledica pogostih odvajanj, je posledica prisotnosti encimov v tekočem blatu, zato bolnika poučimo o primerni negi perianalnega področja. Pri približno 30 % bolnikov se pojavlja vnetje pouča, ki se klinično kaže z naraščanjem števila odvajanj na dan, slabim počutjem, krvavitvijo in povišano telesno temperaturo (Black, Hokanson Hawks, 2009).

e) Možnost zmanjšanja spolne aktivnosti (zaradi spremenjene samopodobe, prisotnosti fistul v perianalnem področju ali rectovaginalne fistule, zaradi impotence, bolečin)

Pri bolnikih z ileostomo ni fizičnega razloga za spolno disfunkcijo. Pri moških in ženskah, ki imajo Y pouch, pa lahko poškodbe živčevja v medenični regiji privedejo do sprememb v spolni funkciji. Pri moških lahko pride do impotence ali retrogradenega prezgodnjega izliva, pri ženskah pa se pojavlja suhost nožnice in boleči spolni odnosi. Na splošno se lahko pri bolnikih s stomo ali pouchem pojavljajo različne skrbi v zvezi s spolnostjo in možnostjo zanositve. Bolnika spodbujamo, da te skrbi izrazi in se z njim o tem pogovorimo, smiselno je, da v pogovor vključimo tudi spolnega partnerja (Black, Hokanson Hawks, 2009).

f) Nevarnost socialne izolacije (izogibanje socialnim stikom zaradi neprijetnih simptomov: driska, napenjanje, inkontinenca ter zaradi odsotnosti z dela in aktivnega družbenega življenja; nerazumevajoče okolje)

KVČB bolnika prizadene v najbolj produktivnem obdobju življenja, obdobju ustvarjanja socialnih stikov, iskanja spolnega partnerja, ustvarjanja družine, razvoju karijerne poti. Ker gre za kronično obolenje, ki običajno poteka v zagonih, so lahko bolniki pogosto odsotni z delovnega mesta. V primeru večjih operativnih posegov zaradi KVČB, zdravljenja fistul, stome, lahko hospitalizacija in rahabilitacija trajata več mesecev. Mnogi bolniki se zaradi simptomov bolezni izogibajo socialnim stikom ter družabnemu življenju. Že v obdobju bivanja v bolnišnici je izjemno pomembno, da s svojim pristopom bolniku pokažemo sprejemanje, razumevanje, nudimo strokovno pomoč, predvsem pa da ohranjamo njegovo dostojanstvo ter ga vzpodbujamo k socialnim interakcijam.

ZAKLJUČEK

V Sloveniji še ni uradnega registra bolnikov s KVČB, vendar pa se v praksi srečujemo s številnimi simptomi, ki jih bolezen prinaša. Priprava na operativni poseg mora biti zato načrtovana, nadzor ter izvajanje postopkov in posegov v zdravstveni negi pa od medicinske sestre zahteva obilo strokovnega znanja, prepoznavanja zapletov ter ustreznega ukrepanja. Zdravstvena nega po operaciji je kompleksna in taka lahko s svojimi aktivnostmi zazna zaplete/odstopanja na fizičnem, psihičnem in socialnem področju posameznika.

Ker lahko zaradi zapletov in posledično operacije, kjer bolnik postane stomist, pride do slabše kakovosti življenja, je izjemnega pomena tudi ustrezno komuniciranje, ugotavljanje problemov ter zdravstveno-vzgojno delo. Le s kompetentno zdravstveno nego ter dobro pripravo bolnika na življenje izven zidov bolnišnice, lahko posamezniku s kronično vnetno črevesno boleznijo omogočimo kakovostno in aktivno življenje.

LITERATURA:

- Black J, Hokanson Hawks J. Medical surgical nursing – clinical management for positive outcomes. St. Louis: Saunders; 2009.
- Cerović O, Hren I, Knap B, Kompan L, Lainščak M, Lavrinec J, Mičetić D, Milošević M, Mlakar D, Mrevlje Ž, Novak M, Pavčič M, Perhavec A, Rotovnik N, Urlep Žužej D, Smrdel U, Šorli J, Zaletel Vrtovec J, Zlobec Logar H. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2008.
- Cierzniakowska K, Szewczyk MT, Cwajda J. Inflammatory bowel disease – nursing care during the surgery treatment period. Adv Med Sci. 2007; 52 (1):64–7.

- Enova D. Psihološka zdravstvena oskrba v bolnišnici za telesne bolezni – skupni projekt osebja zdravstvene nege in kliničnega zdravstvenega psihologa. *Obzor Zdr N.* 2002; 36 (1): 33–40.
- Jelenc F. Kronične vnetne črevesne bolezni – kirurško zdravljenje. In: *Diagnostika in zdravljenje bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo – ECCO priporočila (povzetki predavanj)*, Ljubljana, 14. september 2010. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2010: 40–2.
- Ocepek A, Skok P. Kronične vnetne črevesne bolezni in rak debelega črevesa in danke. *Zdrav vestn.* 2006; 75 (II): 99–103.
- Pernat C. Bolniki s KVČB: standardno zdravljenje. In: *Diagnostika in zdravljenje bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo – ECCO priporočila (povzetki predavanj)*, Ljubljana, 14. september 2010. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2010: 14.
- Pintar T, Carli T, Jelenc F, Malovrh T, Omejc M. Epidemiološke posebnosti slovenskih bolnikov, operiranih zaradi Chronove bolezni. *Gastroenterolog.* 2011; 15 (1): 23–34.
- Radonjić Miholič V. Od varovanja do razvoja samozaščitnega vedenja. In: *Petkovšek Gregorin R, ed. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega, Zbornik predavanj*, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2010.
- Rotovnik Kozjek N. Hranila – zdravila za rane. In: *7. simpozij o ranah – Pogled v prihodnost pri zdravljenju tkiv, Portorož, 2012.* Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške okužbe; 2012: 45–50.
- Smrekar N. Obravnava posebnih primerov. In: *Diagnostika in zdravljenje bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo – ECCO priporočila (povzetki predavanj)*, Ljubljana, 14. september 2010. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2010: 21–27.
- Ule M. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine.* Maribor: Aristej; 2003.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNICE PRED IN PO REKONSTRUKCIJI DOJKE

NURSING CARE OF THE PATIENT BEFORE AND AFTER BREAST RECONSTRUCTION

Tina Zorec, dipl. m. s.

Klinični oddelek za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino,
Univerzitetni klinični center Ljubljana
tina_kokelj@yahoo.com

IZVLEČEK

Članek obravnava zdravstveno nego pacientke pred in po rekonstrukciji dojke po karcinomu, pri čemer podrobneje predstavi rekonstrukcijo s telesu lastnim tkivom iz spodnjega dela trebuha. Članek se osredotoča na aktivnosti medicinske sestre ob sprejemu in kasnejši pooperativni zdravstveni negi do pacientkinega odhoda domov. Vsebina zajema podrobnejšo predstavitev sprejema pacientke na oddelek, priprave na operativni poseg, posebnosti pri transportu pacientke v operacijsko sobo (Doppler, manšete za intermitentno izmenjavo pritiska, abdominalni pas, antitrombotične nogavice), zdravstveno nego pacientke po prihodu iz operacijske sobe in vse do sedmega dne po operaciji, ko je pacientka odpuščena domov. Opisane so tudi priprave na odpust, vključno z navodili in nasveti glede izvajanja osebne higiene, nošenja abdominalnega pasu in elastičnih nogavic. Članek je nastal s prepletom proučevanja teoretičnega gradiva ter praktičnih izkušenj pri delu na Kliničnem oddelku za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino.

Ključne besede: karcinom dojke, sprejemni postopek, pooperativna zdravstvena nega, operativna rana, abdominalni pas, antitrombotične nogavice

ABSTRACT

The article deals with patient care before and after reconstruction of breast after breast cancer surgery, with special emphasis upon the reconstruction with the body's own tissue from the lower abdomen. The article is focused upon the nursing activities at the patient admission, pre- and post-operative care up to the patient's discharge. It includes a detailed description of nursing procedures at the patient's admission to the department, preparation for surgery, the particularities of the transportation of the patient to the operating room (Doppler, cuff pressure for intermittent exchange, abdominal strap, stockings for embolism prevention) and patient care after arrival from the operating room until the seventh day after surgery when the patient is discharged. It also describes the discharge procedures, including instructions and advice on the personal hygiene, and use of abdominal strap and elastic stockings. This article is based upon references as well as the practical experience of the author during the work at the the Clinical Department of Plastic, Reconstruction, Aesthetic Surgery and Burns.

Keywords: breast carcinoma, admission procedure, perioperative nursing care, operational wound, abdominal strap, anti-embolism stockings

TEORETIČNA IZHODIŠČA

Rekonstrukcija dojke je del celovitega zdravljenja raka dojk in poteka usklajeno s kirurgi onkologi in onkološkim zdravljenjem, njen cilj pa je izboljšanje videza operirane dojke, ki preprečuje ter blaži psihološke posledice fizičnih sprememb ob odstranitvi dojke. Za rakom dojk v Sloveniji zbolijo nekaj več kot 1.000 žensk letno; v razvitih državah se za rekonstrukcijo odloči 2 % žensk starih nad 65 let in 80 % mlajših od 45 let

(Ahčan et al., 2007). Rekonstrukcija dojke je kirurški poseg ali skupina posegov (postopek), ki jih opravi plastični kirurg in so namenjeni povrnitvi oblike in asimetrije dojk po delni (lumpektomija) ali popolni (mastektomija) odstranitvi dojk (Ahčan et al., 2008). Poznamo takojšnjo (primarno) rekonstrukcijo, ko dojko rekonstruirajo takoj, torej ob istem operativnem posegu, pri katerem onkološki kirurg opravi odstranitev dojke. Odložena (sekundarna) rekonstrukcija pa poteka, če si pacientka sprva ni želela rekonstrukcije ali pa je bila takojšnja rekonstrukcija odsvetovana s strani onkološkega ali plastičnega kirurga (trenutno slabo splošno zdravstveno stanje in načrtovano obsevanje); dojko je možno rekonstruirati v kasnejšem obdobju (Arnež, 1993). Zunanji videz je zelo pomemben za samopodobo ženske; po rekonstrukciji dojke pa je velikega pomena tudi kakovostna in ustrezna zdravstvena nega pacientke.

UVOD

Pacientka je običajno sprejeta na oddelek dan pred posegom. Sprejemni postopek poteka po standardu (meritve vitalnih znakov, antropometrične meritve, pregled krvnih in ostalih izvidov ter ureditev dokumentacije), vključuje pa tudi odvzem mer za abdominalni pas in antitrombotične nogavice, slikanje za oddelčno foto dokumentacijo in markiranje operativnih rezov (zdravnik). Pacientko pred operacijo pogleda še anesteziolog. V primeru, da gre za primarno rekonstrukcijo dojke, pacientko pošljemo na limfoscintigrafijo.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTKE PRED OPERACIJO

Zvečer pred operacijo se pacientka stušira, potrebno je britje pod pazduho na oboleli strani in nizko suprapubično. Po naročilu zdravnika ji apliciramo nizkomolekularni Heparin in po potrebi sedativ. Na operativni dan pacientki namestimo antitrombotične nogavice in jo z vso priloženo dokumentacijo pospremimo v operacijsko sobo. S seboj odnesemo tudi abdominalni pas, Doppler in manšete za intermitentno izmenjavo pritiska.

Priprava sobe za intenzivno nego

Medtem ko je pacientka v operacijski dvorani, pripravimo sobo za intenzivno nego, kamor bomo pacientko namestili po končanem posegu. Soba mora biti ogreta, pripravimo monitor z manšeto za invazivno merjenje krvnega pritiska, infuzijsko stojalo, kisik in sistem za dovajanje kisika, električno posteljo brez trapeza in tri vzglavne blazine (za pod glavo, pod kolena, pod stopala) ter eno manjšo blazino za pod roko.

Pooperativna zdravstvena nega

Po operaciji pacientko sprejmemo v predhodno pripravljeno in ogreto sobo enote intenzivne nege. Pooperativni nadzor vključuje pogosto merjenje vitalnih znakov (pulz, krvni pritisk, telesna temperatura, saturacija). Pacientka redno dobiva analgetike v obliki infuzije ali preko PCA črpalke. Bilanco tekočin merimo na 24 ur, pri tem zabeležimo vso zaužito tekočino per os, vnos tekočin intravenozno, izločeno količino urina – merjenje urnih diurez in specifične teže urina. Pacientka ima običajno vstavljen fleboteter, urinski kateter, arterijski kateter in več drenov iz operativnih ran na prsnem košu – dojki (2–3 drene) in na trebuhu – odvzemno mesto (3 drene), vsi na aktivni sukciji; rana je zašita (Steri Strip obliži).

Medicinska sestra vsakodnevno opazuje količino, barvo, izgled izločene vsebine po drenih in morebitno prekrvljenost obveze na odvzemnem mestu, kar zabeleži na temperaturni list. Preveze odvzemnega mesta se izvajajo po naročilu zdravnika. Zaradi boljše prekrvljenosti režnja prvih nekaj dni po operaciji pacientke dobivajo ustrezno terapijo, reženj pa skrbno opazujemo vsako uro in opazujemo znake, ki kažejo na vitalnost režnja in jih beležimo na List opazovanja. Ob vsaki spremembi v barvi, toploti, refilingu režnja in eventualnem pojavu otekline (na režnju ali dojki) obvestimo zdravnika.

Pomoč pri osebni higieni se prvi dan izvaja v postelji, v naslednjih dneh pa se pacientka vedno bolj vključuje in postaja samostojnejša. Pacientka ima ves čas nameščene antitrombotične nogavice in abdominalni pas, ki ga prvi dan po operaciji zamenjamo s tistim, ki so ga delovne fizioterapevtke izdelale po merah pacientke, vzetih ob sprejemu. Ves čas tekom hospitalizacije smo pozorni na terapevtski položaj pacientke – ležanje na hrbtu, polsedeč položaj s podloženimi koleni, roka, na strani, kjer je bila napravljena rekonstrukcija, mora biti odročena. Prvi dan po operaciji se pacientka s pomočjo lokomotorne fizioterapevtke nauči pravilnega posedanja z boka, naslednji dan vstane in je vsak dan bolj mobilna ter samostojna. Takrat odstranimo urinski kateter in poskrbimo za odvajanje blata – po potrebi dobi odvajala. Ko ne dobiva več intravenozne terapije, odstranimo tudi flebokateter, ev. periferne venske katetre, arterijski kateter. V pooperativno obravnavo se vključuje še respiratorna fizioterapija, ki pacientko nauči pravilnega dihanja in izkašljevanja.

Med hospitalizacijo pacientko čim bolj vključujemo in spodbujamo k sodelovanju pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnostih, da bi tudi v domačem okolju kar najhitreje okrevala. Peti dan po operaciji jo začnemo učiti apliciranja nizkomolekularnega Heparina, ki si ga bo doma morala aplicirati sama.

Praviloma pacientke po tem kirurškem posegu ostanejo v bolnišnici 7 dni.

Dan odpusta pacientke iz bolnišnice

Na dan odpusta pacientko stuširamo v oddelčni kopalnici, leže, v transportni banji, kjer ji odstranimo Steri stripe. Če ima pacientka še vedno vstavljene drene, te po naročilu kirurga odstranimo pred tuširanjem. V prevezovalni sobi ji nato ponovno zaščitimo operirana mesta. Skupaj s pacientko preberemo odpustnico, ki jo po potrebi ustno dopolnimo z zdravstveno-vzgojnimi nasveti, ki vključujejo navodila glede nošenja antitrombotičnih nogavic, ki jih morajo nositi pacientke še 2–3 tedne, nošenja abdominalnega pasu (6 do 8 tednov) in aplikacijo nizkomolekularnega Heparina, ki si ga običajno aplicirajo do prvega pregleda v naši ambulanti na polikliniki (recept priložimo), ki je predvidoma v enem tednu po odpustu.

ZAKLJUČEK

Rak dojke med obolelimi ženskami povzroči vrsto negativnih čustvenih stanj, tudi zaradi spremenjene samopodobe po odstranitvi dojke. Vedno več žensk se odloča za rekonstrukcijo dojke, bodisi da so rakasto obolenje prebolele že pred leti ali pa so za diagnozo izvedele pred kratkim. Pomembno vlogo pri okrevanju po rekonstrukciji ima medicinska sestra, ki pacientko ves čas spodbuja in jo usmerja k čim prejšnjemu okrevanju. Najtežji so zagotovo prvi dnevi po operaciji, kasneje pa pacientka postaja vedno bolj mobilna in samostojna, tako da večina po tem posegu odhaja domov zelo zadovoljna.

LITERATURA

- Ahčan U, Pogorelec D, Planinšek F, Božikov K, Repež A, Zorman P. Rekonstrukcija po raku dojk: kaj morate vedeti: pomoč za pravilno odločitev. Ljubljana: Delo Revije; 2007.
- Ahčan U, Živec K, Pogorelec D, Testen C. Kaj naj bi o rekonstrukciji dojke vedel družinski zdravnik? Med Razgl. 2008; 47 (1): 123–133.
- Arnež Z. Rekonstrukcija dojke s prostim prenosom telesu lastnega tkiva. Zdrav Vestn. 1993; 62 (7/8): 335–337.

TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA S PACIENTOM PO TRANSPLANTACIJI ORGANA V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE: KDO, KDAJ, ZAKAJ?

Iza Repe, dipl. m. s., Valerija Svilar, dipl. m. s.

Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok, Oddelek za intenzivno terapijo,
Univerzitetni klinični center Ljubljana
i_repe@yahoo.com, svilarster@gmail.com

IZVLEČEK

Po transplantaciji organa se pacienti v akutni fazi zdravijo na Oddelku za intenzivno terapijo. Ob upoštevanju celostnega pristopa k pacientu v zdravstveni negi ni dovolj skrb za zadovoljevanje fizičnih potreb, izpolnjevanje zdravnikovih navodil in sledenje Protokolu terapije in preiskav. Izrednega pomena je premalokrat poudarjena, vendar nujna skrb za psihično ugodje pacienta.

Pacienti po transplantaciji organa lahko občutijo krivdo zaradi smrti darovalca, stres in neugodje ob zavedanju dela tujega telesa v svojem telesu, spremenjeno čustvovanje, strah in zaskrbljenost. Depresivnost je pogostejša kot pri drugih pacientih. Poslabšanje psihičnega stanja je najizrazitejše na Oddelku za intenzivno terapijo, izboljša se ob premestitvi na bolniški oddelek in ponovno poslabša v domači oskrbi. Vzroki za poslabšanje na Oddelku za intenzivno terapijo so stres zaradi okolja, aparatur in drugih, življenjsko ogroženih pacientov, hrup, naglica, bližina smrti, strah pred zgodnjo zavrnitvijo in nezmožnost takojšnjega vživetja v novo situacijo. Svoji in pomembni drugi so lahko prisotni le kratek čas.

V pripravi na transplantacijo ter v obdobju po transplantaciji, ko je pacient doma, mu psihično podporo nudijo poleg svojcev tudi podporne skupine, društva ter psiholog ali psihiater. Na Oddelku za intenzivno terapijo pa ima medicinska sestra, ki je ves čas ob pacientu, največ možnosti za prepoznavanje potreb po psihični podpori in ukrepanju; psiholog ali psihiater se na Oddelku za intenzivno terapijo v zdravstveno obravnavo vključujeta le izjemoma.

Terapevtski pogovor je eden od pomembnih elementov v celostni obravnavi pacienta po transplantaciji. Začne se takoj po sprejemu, sloni na zaupanju pacienta, zahteva čas, znanje in skrbno vodenje medicinske sestre. Kompetence medicinske sestre za delo s pacientom po transplantaciji morajo zato zajemati tudi zmožnost, znanje ter spremljanje novosti ne samo s področja transplantacijske zdravstvene nege temveč tudi terapevtske komunikacije.

Ključne besede: pacient po transplantaciji, celostni pristop, terapevtska komunikacija

ABSTRACT

In acute phase after organ transplantation patients are treated at the Department of intensive care. For holistic approach in nursing is not enough to care for patients physical needs, implement physician directives and follow the Protocol after organ transplantation. Care for psychical comfort of patients has an extraordinary meaning.

Post-transplant patients may feel guilt for the death of the donor, stress and discomfort in the knowledge of a foreign organ in the body, altered emotions, fears and concerns. Depression is more likely than in other patients. Deterioration in mental status is most strongly at the Department of intensive care, improves when patient is transferred to a hospital ward and re-aggravate in home care. Causes for deterioration in the Department of intensive care are: stressful environment, other life-threatened patients, noise, haste, near death feelings, fear of early rejection of the graft and inability to comprehend the new situation immediately. Relatives and other important persons may be present only for a short time.

In pre-transplant phase and post-transplant phase, when the patient is at home care, the psychological support is offered by family members, support groups and psychologist or psychiatrist. In the Department for intensive care the bedside nurse is crucial to identify needs for psychological support and interventions, the presence of psychologist or psychiatrist is exception rather than rule.

The therapeutic conversation is an important element in holistic approach. It begins immediately after admission and relies on trust, knowledge and careful nursing care. Competencies for nurses working with transplant patients should therefore also include the ability and knowledge about therapeutic communication.

Key words: post-transplant patient, a holistic approach, therapeutic communication

UVOD

Transplantacijska dejavnost v slovenskem prostoru se je pričela leta 1970, ko so prvič presadili ledvico živega darovalca. Danes presajajo organe živih darovalcev le izjemoma. Organe mrtvih darovalcev za slovenske potrebe transplantacijska medicina pridobi iz področja Eurotransplanta, ki združuje Belgijo, Nizozemsko, Luksemburg, Nemčijo, Avstrijo, Hrvaško in Slovenijo. Pravična koordinacija organov glede na primerno velikost, krvno skupino in tkivno skladnost je vodena računalniško, prednost pred skladnostjo imajo le urgentne transplantacije.

V Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani največkrat presadijo ledvico, sledijo jetra, srce in trebušna slinavka. Vsi transplantirani pacienti, razen pacienti po transplantaciji srca, se po operaciji v akutni fazi zdravijo na Oddelku za intenzivno terapijo; pacienti po transplantaciji ledvice, pri katerih niso pričakovane postoperativne komplikacije, se od leta 2011 zdravijo tudi na Kliničnem oddelku za urologijo. V letu 2011 so presadili 46 ledvic, 20 jeter, 14 src in eno trebušno slinavko (Slovenija Transplant, 2012).

Zdravljenje po transplantaciji organa poteka po protokolu – dokumentu, v katerem so za vsak dan posebej navedene laboratorijske, mikrobiološke in druge preiskave ter diagnostika in terapija. Vloga medicinske sestre, ki skrbi za pacienta, je izvajanje postopkov in posegov po protokolu ter holistično usmerjena zdravstvena nega.

Pacienti po transplantaciji organa se razlikujejo od ostalih kirurških pacientov. Že pred operativnim posegom so zaradi bolezni izpostavljeni fizičnim, psihičnim in socialnim spremembam telesa in osebnosti. Po operativnem posegu je vzrok bolezni odpravljen, nastopi pa za marsikaterega pacienta še težje obdobje – doživljenjsko jemanje imunosupresivne terapije proti zavrnitvi organa, ki je kljub tkivni skladnosti ter ujemajoči krvni skupini za telo in za psiho tujek.

Stranski učinki zdravil ter stresno okolje oddelka za intenzivno zdravljenje imajo poleg še nekaterih drugih faktorjev močan vpliv na psihično, posledično pa tudi na fizično in socialno stanje pacienta. Naloga zdravstvenega osebja je celostni pristop – narediti največ, v največjo korist pacienta. Pri pacientih po transplantaciji organa je eden od pristopov, ki ga ne smemo zanemariti, terapevtska komunikacija.

METODA DELA

Teoretična izhodišča za članek so podana po pregledu in kritičnem vrednotenju literature v slovenskem in angleškem jeziku. Pregledani so bili strokovni članki, dostopni na spletnem brskalniku Google Učenjak. Ključne besede (v slovenskem in angleškem jeziku) za iskanje literature so bile: pacient po transplantaciji organa, psihično stanje odraslih pacientov po transplantaciji organa, psihološki in psihiatrični vidiki zdravljenja odraslih pacientov po transplantaciji organa, imunosupresivno zdravljenje in stranski učinki, stresno okolje intenzivne terapije. Časovni okvir rezultatov iskanja je bil med letoma 2006 in 2012.

Z istimi ključnimi besedami in v istem časovnem okviru je bil pregledan tudi spletni brskalnik Google.

V slovenskem jeziku o raziskovani temi nismo našli ustrezne strokovne literature.

Poleg navedenih teoretičnih izhodišč smo izhajali tudi iz izkušenj, pridobljenih na Oddelku za intenzivno terapijo pri zdravstveni negi odraslega pacienta po transplantaciji organa.

TEORETIČNA IZHODIŠČA

V pripravi na transplantacijo organa imajo vsi pacienti psihološko ali psihiatrično obravnavo, katere cilj je potrditi primernost psihičnega ter socialnega stanja prejemnika. Faktorji, ki vplivajo na psihosocialno stanje, so: terminalno odpovedovanje organa, perioda čakanja na primeren organ, stranski učinki zdravil ter že prisotne psihične bolezni (Kalra, Desousa, 2011). Pacienti imajo znižano kakovost življenja, se počutijo nekoristne, nezmožne in občutijo finančne pritiske zaradi dolgotrajnega bolniškega staleža.

Mnogo pacientov opisuje periodo čakanja na primeren organ kot najbolj stresno periodo v transplantacijskem programu. Potrebno je vzdrževati upanje in se hkrati sprijazniti s smrtjo, ki je zelo blizu, kot navajajo DiMartini et al. (2008). Marsikateri pacient občuti ljubosumje do drugega pacienta, ki ga pozna in ki je prejel organ pred njim.

Najbolj poglobljeno psihološko oziroma psihiatrično obravnavo imajo pacienti, ki čakajo na transplantacijo srca, najmanj poglobljeno pa pacienti, ki čakajo na transplantacijo ledvice. Psiholog ali psihiater poda pisno oceno psihosocialnega stanja, navede pretekle psihiatrične bolezni, trenutno psihiatrično bolezen ali simptome, morebitno jemanje psihotropov, zgodovino zlorabe substanc, psihosocialno oporo družine in pomembnih drugih ter znanje in zmožnost razumevanja transplantacijskega programa. Pri obravnavi je zaželena prisotnost vsaj enega, najbližjega svojca. Pisna ocena je del pacientove transplantacijske dokumentacije.

Nezdravljene psihosocialne bolezni pomenijo večje tveganje za preživetje presadka ter za ponovni, še težji izbruh psihične bolezni ali motnje po transplantaciji. Hkrati pa je poznavanje zgodovine bolezni ključno za zdravstveno osebje, ki se s pacientom sreča po transplantaciji. Strah in zaskrbljenost sta pred operacijo prisotna pri 80 % pacientov, kot navajata Kalra in Desousa (2011). Zato imajo ti pacienti veliko verjetnost, da bodo po operaciji razvili depresijo in anksioznost, najpogostejši psihični motnji pri pacientih po transplantaciji, ter napade panike in strahu. Pri pacientih, ki so zlorabljali substance, se depresivnim motnjam velikokrat pridruži delirij.

Po transplantaciji organa se depresivnost pri pacientih pokaže z naslednjimi simptomi: slabo razpoloženje, preobčutljivost, razdražljivost, izguba interesa, zmanjšana zmožnost za aktivnosti, zmanjšan apetit, nespečnost ali neprestana zaspanost, motorična in psihična hiperaktivnost, slab spomin in koncentracija, razmišljanje o smrti s suicidalnimi nagnjenji ter občutja krivde in nekoristnosti (DiMartini et al., 2008).

Anksioznost se kaže v pretirani zaskrbljenosti v zvezi z delovanjem presadka, komplikacijami po operaciji ter dvigom kakovosti življenja.

Anksioznost in depresija se povečata v kombinaciji s stresom zaradi operacije in ležanja v Enoti intenzivnega zdravljenja, metabolno neurejenostjo, motnjami spanja, kirurškimi postoperativnimi komplikacijami, zavrnitveno reakcijo in stranskimi učinki imunosupresivne terapije. Najvišje doze imunosupresivnih zdravil prejemajo pacienti takoj po operaciji – v Enoti intenzivnega zdravljenja.

Imunosupresiva Tacrolimus in Cyclosporine imata številne blage stranske učinke, ki vplivajo na psiho pacienta: tremor, glavobol, nespečnost, dramatične živopisane sanje, fotofobijo, zvišano občutljivost ali neobčutljivost ter anksioznost; utrpi jih do 60 % pacientov (DiMartini et al., 2008). 30 % pacientov trpi zaradi resnih stranskih učinkov: kognitivne oslabelosti, kome, epileptičnim napadom podobnih motenj. Možni sta kortikalna krvavitev in delirij. Nevrotoksičnost imunosupresivov je povezana z višjimi vrednostmi plazemskih elektrolitov, nižjimi vrednostmi holesterolov, pa tudi z intravensko terapijo, ki jo prejemajo pacienti.

6 % pacientov trpi zaradi stranskih učinkov kortikosteroidov, ki so naslednji: poslabšan spomin, koncentracija in pozornost, pospešene in nore misli, anksioznost in depresivnost, razdražljivost, manija, vizualne in slušne halucinacije, iluzije, zmedenost, občutja utrujenosti, vznemirjenosti, opreznost, agresivnost.

Moteči stranski učinki imunosupresivnih zdravil in kortikosteroidov, ki vplivajo na psihično stanje pacienta, so tudi: pojav aken, povečana poraščenost (zlasti vidnih delov telesa) ali alopecija (Kalra, Desousa, 2011).

Psihološke komplikacije, kot so anksioznost, depresija, fantazije v zvezi z darovalcem, nezadovoljstvo s fiziološkim izgledom telesa, težave in strahovi v zvezi s seksualnostjo ter občutja krivde zaradi smrti darovalca so najbolj izražene v zgodnjem postoperativnem obdobju v Enoti intenzivnega zdravljenja (Perez San Gregorio et al., 2007). Enota intenzivnega zdravljenja je stresno okolje za prebujenega pacienta po transplantaciji organa: pacienti se počutijo zatrpani s številnimi aparaturami, so pod umetno svetlobo brez ritma dan – noč, izpostavljeni hrupu, hitrim korakom, šumenju kisika in drenov, zvočnim alarmom, poslabšanju in smrti drugih pacientov ter neosebni odnosu osebja ob hitrih reakcijah pri življenjsko ogroženih pacientih.

V kasnejšem obdobju zdravljenja – na oddelku v bolnišnici – se psihično stanje večine pacientov po transplantaciji popravi. Ponoven padec psihičnega stanja nekateri doživljajo v domačem okolju. Vzrokov je več, najpogostejši pa so: prevelika pričakovanja, svojci in prijatelji zavirajo samostojnost s pretirano skrbjo, nezmožnost za delo in s tem povezano slabo finančno stanje, telesne in duševne spremembe kot posledica dolgotrajnega jemanja zdravil. Psihično poslabšanje v tem obdobju ublažijo podporne skupine, društva transplantiranih pacientov, v težjih primerih pa psiholog ali psihiater (Heisler, 2010).

UGOTOVITVE IN RAZPRAVA

S pacienti po transplantaciji organa se na Oddelku za intenzivno terapijo srečujemo od vsega začetka transplantacijske dejavnosti v slovenskem prostoru. Skrbeli smo za več kot 800 pacientov po transplantaciji ledvice, skoraj 200 pacientov po transplantaciji jeter, 5 pacientov po transplantaciji pankreasa ter 1 pacientko po transplantaciji pljuč (Slovenija Transplant, 2012).

Pacienti po transplantaciji organa se razlikujejo od ostalih kirurških pacientov na oddelku: večinoma so hitro ekstubirani, prebujeni, pogovornjivi. Veliko jih kaže stranske učinke zdravil, ki jih morajo prejemati, večina se ne počuti dobro zaradi stresnega okolja. Mnogi govorijo o strahovih, ki so povezani z nadaljnjim življenjem in možno zavrnitveno reakcijo. Skrbi jih, koliko časa bodo v bolnišnici, kaj bodo lahko jedli, ali bodo lahko športno aktivni, ali bodo lahko spet zaposleni. Obremenjeni so z odnosi s partnerjem, mnogi občutijo krivdo, ker je moral nekdo umreti, da so lahko dobili možnost novega življenja. Marsikateri občuti nov organ kot tujek, kot del nekoga drugega, na katerega se je potrebno privaditi. Nekateri imajo privide, prisluhe, sanje, ki si jih ne znajo razložiti. Nekateri natančno opišejo darovalca, navedejo spol in državo, kjer je živel. Nekateri opisujejo želje in potrebe, ki jih pred transplantacijo niso imeli. Pacienti, ki so zlorabljali substance, lahko razvijejo delirij.

Zdravstveno osebje, ki skrbi za te paciente, mora poznati vse možne stranske učinke, ki jih prinesejo dolgotrajna bolezen, težka operacija, stresno okolje Enote za intenzivno zdravljenje ter visoke doze zdravil, ki preprečujejo zavrnitev presadka. To znanje jim omogoča, da lahko s pacientom vzpostavijo pristen odnos ter da delujejo za doseganje čim boljšega psihičnega stanja.

Učinkovit pristop je terapevtska komunikacija. Izvajajo jo največkrat medicinske sestre, ki so ves čas ob pacientu, le v izjemnih primerih, ko terapevtska komunikacija ne zadostuje, se vključita v zdravstveno obravnavo psiholog ali psihiater.

Na Oddelku za intenzivno terapijo terapevtsko komunikacijo razumemo kot komunikacijo med zdravstvenim delavcem in pacientom, ki se prične takoj ob sprejemu in ima poudarek na empatiji, na vživljanju v pacienta. Bistvo so poštenost, odkritost in vzpostavljanje zaupanja.

Zaupanje pacienta medicinska sestra doseže, ko obvladuje barvo in intonacijo glasu, je natančno poučena o psihičnih problemih, povezanih s transplantacijo organa, je vedno odkrita, jasna, natančna in poštena, se prilagodi vsakemu posamezniku in situaciji, se izogiba tujkam in večpomenkam ter ima potrebno suverenost in samozaupanje.

Pacienta obravnava celostno, v komuniciranju upošteva značilnosti terapevtske komunikacije: usmerjenost v pacienta, usmerjenost k cilju, empatija, spoštovanje, sprejemanje, samozaupnost in samorazkrivanje (Kogovšek, 2010). Usmerjena je v zadovoljevanje pacientovih potreb, v posredovanje in razjasnitev informacij, stanja in počutja, vpliva na miselnost in vedenje ter vzpodbuja aktivno sodelovanje.

Pacienti po transplantaciji organa so poleg psihične nestabilnosti, ki jo pričakujemo zaradi že navedenih faktorjev, posebni tudi zato, ker so izredno natančno seznanjeni s svojo boleznijo: s potekom in možnimi odkloni od pričakovanega poteka, s terapijo, ki jo bodo prejeli, z referenčnimi vrednostmi laboratorijskih izvidov ter s transplantacijsko dejavnostjo. Nekateri so seznanjeni tudi s stranskimi učinki zdravil, za večino pa je anksioznost, depresivnost, moreče sanje, prividi in nekontrolirane misli stanje, pri katerem potrebujejo pomoč.

Dodatno zmedenost pacientov v zadnjem času prinašajo mediji: dostopnost do takšnih in drugačnih informacij se je izredno zvišala z razmahom interneta. Vi radi malo »pogooglamo«, kadar imamo kak problem. Tudi pacienti. Internet prenese vsemogoče, sploh v transplantacijski medicini, ki je psihološko kočljiva tema. Veliko je nasprotnikov transplantacijske medicine, ki zagovarjajo, da se organi ne bi smeli presajati, ker imajo celice spomin in zato se karakteristike darovalca prenesejo na prejemnika.

Stališče uradne medicine je, da celični spomin ni raziskan, ni potrjen in je zgolj teorija, ki vnaša zmedo v transplantacijsko dejavnost in ki jo izkoriščajo njeni nasprotniki. Vendar medicinske sestre opažamo, da včasih tako prejemniki organov kot svojci darovalca razumejo presajene organe kot živa bitja. Ne nazadnje imajo ti moč, da oživijo življenje v nekaj bolnih in umirajočih telesih.

Teorija o celičnem spominu dopušča možnost, da se spomin hrani v vsaki celici, ne le v možganih, odkar so znanstveniki odkrili, da neuropeptidi, ki so nosilci informacije od možganov po telesu in nazaj, ne obstajajo samo v možganih, temveč v vseh tkivih v telesu. Znanstveno pa ta teorija ni potrjena (Theophanes, 2012).

Celični spomin oziroma spomin duše je pojav, ki je vsekakor premalo raziskan. Osebnostne spremembe po presaditvi organa je težko pripisati predpostavki, da se je darovalčeva osebnost "preselila" v novo telo, saj izredno malo ljudi dobi informacije o svojem darovalcu in njegovih navadah (Zupan, 2008).

Zagovorniki teorije o celičnem spominu navajajo veliko primerov, ko so pacienti poročali o pridobljenih navadah, čustvovanju, željah, drugačnem prehranjevanju, ki jih pred transplantacijo organa niso imeli. Nasprotniki teorije in uradna medicina pa vidijo spremembe pri pacientu po transplantaciji zaradi:

- pogovora med zdravstvenim osebjem, ko je bil pacient v anesteziji in je v podzavesti shranil informacije;
- odgovor leži v kvantni teoriji: kvantni delci niso raziskani in kvantna mehanika je luknja v znanosti ter kot taka strašno priročna za apliciranje v razne teorije, tudi v izum celičnega spomina;
- spremembe so zgolj zaradi imunosupresivov, pri katerih so stranski učinki znani.
- V celostnem pristopu k pacientu po transplantaciji ne smemo pozabiti na vključenost svojcev in pomembnih drugih. Upoštevati moramo tudi religiozno opredelitev pacienta in njegovo pravico do verskega izražanja.

ZAKLJUČEK

Terapevtska komunikacija je del zdravstvene nege, za katero ne obstaja napisano pravilo. So zgolj smernice in pričakovani rezultati. Vsak pacient je unikat in potrebuje njemu lasten pristop.

Pri pacientih po transplantaciji organa je zanemarjanje terapevtske komunikacije lahko usodno za dober izid zdravljenja ter celo za preživetje presadka. Pacient se s psihičnimi spremembami ne zmore spopasti sam ali jih celo zanikati.

Vloga medicinske sestre, ki izvaja zdravstveno nego pacienta po transplantaciji, je seznanjenost z možnimi psihičnimi komplikacijami ter ustrezno ukrepanje, široko znanje o transplantacijski dejavnosti in poročanje v zdravstvenem timu, ne samo o fizičnem stanju, temveč tudi o psihičnem stanju pacienta.

LITERATURA IN VIRI

- DiMartini A, Crone C, Fireman M, Dew M A. Psychiatric aspects of organ transplantation in Critical care. *Crit Care Clin.* 2008; 24 (4): 949–79.
- Heisler J. New organs, new stress, new concerns after your organ transplant; 2010. Dostopno na: http://surgery.about.com/od/ingandsurgery/a/TransplantCope_2.htm (2. 5. 2012).
- Kalra G, Desousa A. Psychiatric aspects of organ transplantation. *Int J Org Transplant Med.* 2011; 2 (1): 9–18.
- Kogovšek K. Uporaba terapevtske komunikacije v zdravstveni negi [diplomsko delo]. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- Perez San Gregorio M A, Martin Rodriguez A, Galan Rodrigues A. Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 2007; 7 (3): 633–9.
- Slovenija Transplant. Statistike; 2012. Dostopno na: <http://www.slovenija-transplant.si/index.php?statistike> (2. 5. 2012).
- Theophanes. Inherited memories in organ transplant recipients; 2012. Dostopno na: <http://theophanes.hubpages.com/hub/Cellular-Memories-in-Organ-Transplant-Recipients> (5. 5. 2012).
- Zupan Š. Duša živi naprej? 2008. Dostopno na: <http://24ur.com/specialno/vizita/dusa-zivi-naprej.html> (5. 5. 2012).

PROTOKOL PREPOZNAVNE OGROŽENEGA BOLNIKA (POB): PRIMER DOBRE PRAKSE

MODIFIED AERLY WARNING SYSTEM (MEWS)

Danica Mravinec, dipl. m. s.

Kirurški oddelek, Urološki odsek, Splošna bolnišnica Novo mesto
danica.mravinec@sb-nm.si

IZVLEČEK

POB je eden izmed postopkov, s katerim zvišujemo varnost bolnikov.

V članku bodo predstavljene dvoletne izkušnje s spremljanjem prepoznavne ogroženega bolnika na Kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto, od junija 2010 do junija 2012.

Preden smo začeli s spremljanjem, smo imeli teoretično usposabljanje negovalnega osebja za prepoznavo, nadzor ter postopke s kritično bolnim in izvajanje postopkov do prihoda reanimacijske ekipe.

Podani so bili postopki, povzeti po ERC (European Resuscitation Council): smernice za preprečevanje znotraj bolnišničnega srčnega zastoja.

Ključne besede: prepoznavna, ogrožen bolnik, POB protokol

SUMMARY

MEWS is one of the procedures, which increase patient safety. In this paper are presented our two - years experience. Study was conducted at the Surgical department of General Hospital Novo mesto, from June 2010 through June 2012.

The aim of this study was to assess risk factor for the Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Before we begin with the monitoring, we have theoretical training of nursing staff.

We have accepted guidelines from ERC (European Resuscitation Council) for Adult advanced life support and prevention of in hospital cardiac arrest.

Key words: warning system, risk patient, identify, MEWS

UVOD

Pri kardiorespiratornem zastoju je smrtnost zelo velika. Veliko življenj bi lahko rešili, če bi pravočasno prepoznali ogrožene bolnike in srčni zastoj preprečili. Da bi to dosegli, je pomembno takšne bolnike prepoznati.

Osnova za to je dobra anamneza, klinični pregled in nekatere osnovne laboratorijske preiskave.

V bolnišnici kardiopulmonalni zastoj ni nenaden in nepričakovan dogodek. V 80 % je pri bolnikih opaziti hudo poslabšanje splošnega stanja že nekaj ur pred srčnim zastojem. Najpogostejši znaki, ki napovedujejo zastoj srca so: težave z dihanjem, povečana srčna frekvenca in srčno popuščanje. Klinični znaki so: hipotenzija, nemir, otopelost ali druge motnje zavesti. Metabolne motnje (predvsem acidoza) se prav tako pogosto pojavijo že nekaj ur pred zastojem (Slovensko združenje za urgentno medicino).

Težave z dihanjem se kažejo kot kratka sapa, povečana frekvenca dihanja, zmanjšanje saturacije periferne krvi s kisikom in padec delnega tlaka kisika v arterijski krvi. Znaki srčnega popuščenja so bleda, hladna in znojna koža, cianoza, šibek pulz in oligurija (> 30 ml urina na uro). Motnje zavesti so prav tako lahko posledica minutnega volumna (Slovensko združenje za urgentno medicino).

Z ustanovitvijo specialne zdravniške oskrbe in ustreznih oddelkov, kot so oddelki za intenzivno interno medicino, intenzivne kirurške enote, koronarne enote in podobno, se je smrtnost zaradi zgoraj navedenih vzrokov zmanjšala. Za preprečevanje in izboljšanje preživetja kardiorespiratornega zastoja so številne bolnišnice uvedle koncept reanimacijskih ekip. Ekipa sestavljajo zdravniki in medicinske sestre ali zdravstveni tehniki, izurjeni za obravnavo kritično ogroženega bolnika. Reanimacijska ekipa vodi obravnavo ogroženega bolnika vključno s sprejemom v eno izmed intenzivnih enot, odloča pa tudi o tem, pri katerih bolnikih reanimacija ne pride v poštev (Slovensko združenje za urgentno medicino).

POSTOPKI ZA PREPREČEVANJE SRČNEGA ZASTOJA ZNOTRAJ BOLNIŠNICE, KI SE MU LAHKO IZOGNEMO:

1. Kritično bolan ali tisti, ki mu grozi klinično poslabšanje, naj bo premeščen v enoto, kjer je zagotovljen bolnikovemu stanju najbolj ustrezen nadzor in zdravljenje (EIN, EIT, OIM ...).
2. Kritično bolan potrebuje redno spremljanje: parametre glede na težo obolenja ali pričakovanega poslabšanja stanja je potrebno opredeliti. Pogosto je potrebno meriti le osnovne parametre: pulz, krvni tlak, telesno temperaturo, frekvenco dihanja ...
3. Pripravljen sistem, ki omogoča aktivnost prepoznave ogroženega bolnika. Uporaba lestvice za zgodnjo oceno prizadetosti (POB, MEWS), ki lahko vodi v poslabšanje kliničnega stanja ali v srčni zastoj.
4. Beleženje vrednosti dogovorjenih spremljanih parametrov in ocena ogroženosti po npr.: POB, MEWS.
5. Uporaba natančnih navodil v primeru ugotovljene ogroženosti bolnika za srčni zastoj, tako glede ukrepanja kot odgovornosti (zdravniki, medicinske sestre, zdravstveni tehniki).
6. Bolnišnica mora imeti jasno izdelan načrt ukrepanja v primeru kritično bolnega. Reanimacijska ekipa bolnišnice ali zdravnik iz intenzivne enote, ki je obveščen o kliničnem poslabšanju, je na razpolago 24 ur.
7. Usposabljanje celotnega osebja za prepoznavo, nadzor in postopke s kritično bolnim. Izvajanje postopkov do prihoda ekipe.
8. Identifikacija bolnikov, ki so v terminalnem stanju obolenja in jim oživljanje ne bi koristilo.
9. Obravnava bolnikov s srčnim zastojem; zaradi nenadne srčne smrti; bolnikov, nujno premeščenih na intenzivni oddelek ... (Kosec, 2010).

PRIKAZ PROTOKOLA ZA ZGODNJO PREPOZNAVNO OGROŽENEGA BOLNIKA V SB NOVO MESTO:



Oddelek:
Datum, Ura:

Nalepka pacienta:

PREPOZNAVNA OGROŽENEGA BOLNIKA

Modified early warning system = mews

	3	2	1	0	1	2	3
Pulz/min		< 40	41–50	51–100	101–110	111–130	> 130
Sistolni krvni tlak (mmHg)	< 70	71–80	81–100	101–199		> 200	
Frekvenca dihanja/min		< 8		9–14	15–20	21–29	> 30
Telesna temp. (°C)		< 35	35,1–36,5	36,6–37,4	> 37,5		
Zavest (CŽS)				A	V	P	U
Bolečina		huda	zmerna	blaga			
SPO2	< 85	> 85	> 90	> 94			

Trauma alertness scale = podobna kot GCS

A = Alert (buden)

V = Verbal (odziv na klic)

P = Pain (odziv na bolečino)

U = Unresponsive (neodziven)

Seštevek točk: _____.

Pri seštevku točk ≥ 4 obvestiti odgovornega zdravnika!

Odgovorni zdravnik pokliče anesteziologa, če ne more stabilizirati pacienta.

Navodila zdravnika:

Podpis:

Premestitev: EIT, EIN

Po stabilizaciji:

Datum, ura:

	3	2	1	0	1	2	3
Pulz/min		< 40	41–50	51–100	101–110	111–130	> 130
Sistolni krvni tlak (mmHg)	< 70	71–80	81–100	101–199		> 200	
Frekvenca dihanja/min		< 8		01.09.14	15–20	21–29	> 30
Telesna temp. (°C)		< 35	35,1–36,5	36,6–37,4	> 37,5		
Zavest (CŽS)				A	V	P	U
Bolečina		huda zmerna	blaga				
SPO2	< 85	> 85	> 90	> 94			

Seštevek točk: _____.

ZAKLJUČEK

S pravočasno prepoznavo ogroženega bolnika lahko rešimo veliko življenj in preprečimo številne nepopravljive posledice. V današnjem kriznem času pa ne smemo pozabiti tudi na finančne stroške, ki so lahko zelo visoki in katerim se lahko v veliki meri izognemo, če pravočasno prepoznamo ogroženega bolnika.

POB je eden izmed pglavitnih postopkov, s katerim zvišujemo varnost bolnikov. Je tudi pomemben kazalnik kakovosti v zdravstvu. Tega se zavedamo tudi v Splošni bolnišnici Novo mesto, zato sledimo temu projektu in ga tudi nadgrajujemo.

LITERATURA

- Slovensko združenje za urgentno medicino; Svet za reanimacijo v sodelovanju z European Resuscitation Council.
- Kosec L. Interno izobraževanje: Prepoznavna ogroženega bolnika (POB). Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto; 2010.

PODKOŽNI VNOS ZDRAVIL IN TEKOČINE V PALIATIVNI OSKRBI

SUBCUTANEOUS ADMINISTRATION OF MEDICATIONS AND FLUID IN PALLIATIVE CARE

Branka Červ, prof. zdr. vzg.
Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana,
branka_cerv@hotmail.com

IZVLEČEK

V zadnjem desetletju je paliativna oskrba vse bolj sprejeta tudi na področju kirurgije, saj lahko tudi kirurškim pacientom učinkovito izboljša kakovost življenja. Podkožni vnos zdravil in tekočine je v svetu že dolgo znan način pomoči pacientom v paliativni oskrbi, pri nas pa si pot šele utira. Primeren je za paciente, pri katerih je drugačna pot vnosa nemogoča, neprimerna ali neučinkovita. Na ta način je možen vnos različnih zdravil, ki lajšajo pogoste neprijetne simptome, prav tako pa je lahko primeren način hidracije, če in kadar je ob koncu življenja ta primerna in potrebna. Poleg tega je mogoče v kanilo, ki je nameščeno v podkožje, dajati enkratne odmerke zdravil in se tako izogniti vsakokratnemu ponovnemu zbadanju. Pomembno je, da za to ni potrebna hospitalizacija, ker je vse mogoče izvajati na pacientovem domu.

V prispevku so predstavljene indikacije in kontraindikacije za podkožni vnos zdravil in tekočine ter prednosti, ki jih ima tak način vnosa. Predstavljena je oprema, ki je potrebna in izbor mesta vboda ter zdravila in tekočine, ki jih lahko po tej poti pacient prejema. Na kratko je predstavljeno, kako to doživljajo pacienti in njihovi bližnji ter kakšen je način, s katerim jih o tem poučimo.

Ključne besede: podkožni vnos zdravil, podkožna infuzija, hipodermokliza, paliativna oskrba

ABSTRACT

Since it is improving the quality of life for surgical patients palliative care is increasingly becoming a part of surgical care in the last decade. Although subcutaneous hydration and administration of medications is well known for a long time in palliative care worldwide, we are still at the starting point of its wider implementation. It is suitable in cases when other ways of administration are impossible, inappropriate, or ineffective. It is possible to give different medications for symptom alleviation and to hydrate the patient when this is appropriate and needed at the end of life this way. Already inserted subcutaneous cannula could be used for bolus administration of medications, that way avoiding the need for repeated injections. The important fact is that these procedures could take place in patient's home which reduces the need for hospitalization.

The article is presenting the indications and contraindications for subcutaneous administration of medications and fluids and the advantages of such administration. The equipment needed, the site selection, and the medications and fluids to be used subcutaneously are presented. The patients' and their families' experiences are mentioned and the ways of their education presented.

Key words: subcutaneous medications administration, subcutaneous infusion, hypodermoclysis, palliative care

UVOD

Paliativna oskrba, ki je bila sprva namenjena trpečim rakavim pacientom in je kasneje dobila svoje mesto v oskrbi še drugih pacientov z napredovalo kronično boleznijo (srčno, ledvično, pljučno ..., demenco), je v

zadnjem desetletju vse bolj sprejeta tudi na področju kirurgije, saj lahko tudi kirurškim pacientom učinkovito izboljša kakovost življenja. V paradigmatškem smislu pomeni spremembo, ker se ne osredotoča samo na pacienta ampak tudi na njegove bližnje, ker se poleg telesnim posveča tudi drugim vidikom človeka (duševnim, socialnim in duhovnim), poudarja potrebo po interdisciplinarnem pristopu k reševanju problemov ter se zaveda pomena, ki ga imata pri oskrbi dobro sporazumevanje in podpora bližnjim po smrti pacienta. Poleg tega paliativna oskrba spodbuja tudi nekatere nove prakse in praktične rešitve za čim boljše kakovost življenja pacienta in njegovih bližnjih. Ena takih je praksa podkožnega vnosa zdravil in tekočine, kar je v svetu že dolgo znan način pomoči pacientom v paliativni oskrbi, pri nas pa si pot v bolj splošno uporabo šele utira. Namen prispevka je opozoriti zdravstvene delavce na možnosti podkožnega dajanja zdravil in tekočine ter jih spodbuditi k spremembam, ki izboljšujejo kakovost življenja pacientov, za katere skrbijo.

OPREDELITEV POJMOV

Podkožni vnos zdravil in/ali tekočine je v paliativni oskrbi namenjen lajšanju neprijetnih, za pacienta motečih simptomov (Logonder, Salobir, Žargi, 2002; Jelen Jurič, Benedik, 2009). V podkožje je možno dajati zdravila v enkratnih odmerkih ali s pomočjo nepretrgane podkožne infuzije (Johnstone et al., 2009). Tak način dajanja zdravil je v paliativni oskrbi pogost, saj je za paciente, ki zdravil ne morejo več zaužiti, manj invaziven, a nič manj učinkovit kot dajanje zdravil v žilo in manj boleč kot dajanje zdravil v mišico, še posebno pri kahektičnih pacientih (Johnstone et al., 2009; Dickman, Schneider, 2011). Za podkožni vnos tekočine, ki je v paliativni oskrbi včasih potreben, se uporablja tudi izraz hipodermokliza (Jelen Jurič, Benedik, 2009).

PREDNOSTI VNOSA ZDRAVIL IN TEKOČINE V PODKOŽJE

Prednost podkožnega dajanja zdravil v enkratnem odmerku je predvsem ta, da preprečimo nepotrebno trpljenje pacienta, saj ga ni potrebno vsak dan ali celo večkrat na dan zbadati, ker podkožna kanila lahko ostane več dni na mestu. Poleg tega so prednosti takega vnosa tudi, da (Johnstone et al., 2009):

- je primeren za paciente, ki so zelo zaspani, komatozni ali semikomatozni,
- pacientom ni treba uživati zelo velike količine tablet,
- je primeren za paciente, ki zdravil zaradi različnih razlogov ne morejo več použiti.

Prednosti podkožne infuzije zdravil so mnoge (Johnstone et al., 2009; Lopuh, 2011):

- lajšamo lahko več simptomov naenkrat (npr. bolečino, slabost in bruhanje, nemir, zmedenost in povečano izločanje sluzi v dihalih),
- nihanja koncentracije zdravil v krvi so manjša,
- potrebni so manjši odmerki zdravil,
- biološka razpoložljivost zdravil je večja,
- ohranjeni sta mobilnost in neodvisnost pacienta.

Prednosti podkožnega dovajanja tekočine so, da (Jelen Jurič, Benedik, 2009):

- ne povzroča tromboflebitisa in sistemskih okužb,
- je zelo zmanjšana možnost pljučnega edema,
- omogoča mobilnost in udobje pacienta,
- je vzdrževanje in dovajanje tekočin lažje in varnejše,
- je možno na pacientovem domu,
- je zato tudi cenejše.

INDIKACIJE ZA PODKOŽNI VNOS ZDRAVIL IN TEKOČINE

V enkratnih odmerkih ali nepretrgani infuziji dajemo zdravila pacientu podkožno takrat, ko (Dickman, Schneider, 2011; Lopuh, 2011):

- jih ne more več zaužiti, ker ima težave s požiranjem zaradi zapore, slabosti ali bruhanja, hude oslabelosti, zmedenosti, demence ali ko mu povzroča težave veliko število tablet, ki jih mora dnevno zaužiti,
- zdravil ne more prejemati rektalno zaradi driske, zapore v črevesju, ali se mu taka pot vnosa ne zdi sprejemljiva,
- zdravil ne more ali ne želi prejemati v žilo zaradi kaheksije, strahu, neudobja, infekcije in kadar je v domačem okolju, kjer tak način vnosa zdravil ni možen,
- se zdravila po zaužitju slabo resorbirajo (ileostoma),
- želimo zmanjšati trpljenje zaradi pogostega zbadanja, saj lahko podkožna kanila ostane na mestu več dni,
- so pri zdravljenju bolečine izčrpani peroralni odmerki zdravil in moramo zamenjati pot vnosa,
- drugi načini zdravljenja nevropatske bolečine niso izvedljivi,
- je potrebno zdraviti več simptomov hkrati.

V paliativni oskrbi se poslužujemo podkožnega vnosa tekočine, ko (Coopey, 2011; Jelen Jurič, Benedik, 2009):

- ima pacient simptome zaradi dehidracije, ki jih drugače ne moremo olajšati (npr. nepojasnjena slabost, hud padec pritiska ob vstajanju),
- dehidracija poslabšuje zmožnost ledvic, da izločijo opioidne presnovke, ki posledično povzročajo delirij,
- lahko na ta način pomagamo pacientu, ki ne more zaužiti zadosti tekočine in bi bilo zanj dovajanje tekočine v žilo neprimerno in/ali težko izvedljivo,
- pacient potrebuje ali želi parenteralno hidracijo in obenem želi ostati v domačem okolju,
- želimo preprečiti ali zdraviti težave zaradi izgube tekočine, ki so lahko posledica povišane temperature, bruhanja, driske,
- želimo preprečiti pojav simptomov, ki so posledica dehidracije, npr. zaprtje, žeja.

KONTRAINDIKACIJE ZA PODKOŽNI VNOS ZDRAVIL IN TEKOČINE

Dickman in Schneider (2011) navajata, da ob koncu življenja skoraj ni kontraindikacij za nepretrgan podkožni vnos zdravil. Priporočata le previdnost pri pacientih z edemom, ker ta preprečuje absorpcijo podkožno danih zdravil, ki poteka predvsem preko drenaže limfe. Po mnenju drugih avtorjev med kontraindikacije štejejo tudi (Lopuh, 2011):

- preobčutljivost na katerokoli učinkovino, ki bi jo želeli dati podkožno,
- hude motnje strjevanja krvi,
- šokovno stanje,
- pacientovo nestrinjanje z metodo.

Podkožni vnos tekočin je kontraindiciran, kadar (Coopey, 2011; Jelen Jurič, Benedik, 2009):

- je pacient blizu smrti, saj mu hidracija ne bo podaljšala življenja ali olajšala simptomov, lahko pa poveča tveganje za neprijetne simptome zaradi povečanega izločanja sluzi v dihalih,
- je prisoten ascites in periferni edemi,
- je pacientu omejena količina tekočine, ki jo lahko zaužije (srčno popuščanje, hemodializa),
- se pojavijo težave na mestu vboda zaradi poškodbe tkiva, kože ali zaradi motenj v strjevanju krvi,
- je vnos tekočine v žilo bolj učinkovit (hiperkalcemija, hipovolemija, akutna ledvična odpoved),
- je stanje urgentno (šok, huda dehidracija),
- pacient tako metodo zavrača.

OPREMA, TEKOČINE IN ZDRAVILA ZA PODKOŽNO INFUZIJO

Material, ki ga potrebujemo, da vstavimo podkožno kanilo, je podoben kot za vstavitve kanile v žilo: material za čiščenje vbodnega mesta, plastična kanila (t. i. Intima ali modra venflon kanila), polpropustni film za pritrditev kanile in zaščito vbodnega mesta, ki naj bo prozoren, da dopušča opazovanje vbodnega mesta (Logonder, Salobir, Žargi, 2002).

Črpalke za podkožno dajanje zdravil so lahko različne. Pri nas so najpogosteje v uporabi elastomerne balonske črpalke. Uporabljajo pa se tudi baterijske črpalke in mehanske črpalke na vzmet. Pri baterijski črpalci je možno spreminjanje hitrosti iztekanja tekočine, pri balonski pa ne. Pri obeh je mogoče dodajati enkratne odmerke za prebijajočo bolečino (Lopuh, 2011).

Za podkožno hidracijo potrebujemo primerno tekočino, infuzijski sistem in stojalo. Najpogosteje za hidracijo in za redčenje zdravil, ki jih bomo dali v podkožje, uporabljamo fiziološko raztopino (0,9 % NaCl), poleg tega pa še mešanico fiziološke raztopine z glukozo in do 5 % glukozo (Lopuh, 2011; Jelen Jurič, Benedik, 2002).

V podkožje lahko dajemo posamezna zdravila in različne kombinacije do šestih zdravil (Dickman, Schneider, 2011). Pri tem je treba upoštevati kompatibilnost posameznih zdravil v mešanici. Kadar dajemo zdravilo v enkratnem odmerku, je dobro kanilo po aplikaciji zdravila sprati s fiziološko raztopino. Če pacient stalno prejema dve zdravili, ki nista kompatibilni, je najbolje uvesti dodatno kanilo na drugo mesto in zdravili aplicirati ločeno. Dickman in Schneider (2011) navajata 36 zdravil, ki jih je mogoče uporabljati pri pripravi mešanic za podkožne infuzije. Nekatera najpogosteje uporabljena pri nas so: Metoklopramid, Morfin, Levomepromazin, Midazolam, Deksametazon, Ranitidin, Haloperidol, Oktreotid, Ketamin in Lidokain (Lopuh, 2011).

IZBIRA MESTA ZA VSTAVITEV KANILE

Splošna načela za izbor primerne mesta za vstavitve kanile so, da:

- izberemo mesto s primerno debelim slojem podkožne maščobe,
- izberemo mesto, ki je lahko dostopno,
- izberemo mesto, ki ni blizu sklepov,
- izberemo mesto, kjer je koža nepoškodovana.

Kam bomo vstavili kanilo, je odvisno od tega ali pacient hodi in skrbi zase ali pa se le slabo zaveda, kaj se z njim dogaja in je poleg tega še nemiren. V odločanje vedno vključimo pacienta. Če je pokreten in skrbi zase, je najprimernejše mesto na trebuhu ali na prsnem košu pod ključnico in nad prsmi. Za pacienta, ki je vezan na posteljo, pa je primeren tudi zunanji zgornji del rok in beder. Za nemirnega pacienta je najprimernejše mesto med lopaticama, da si kanile ne more izpuliti (Dickman, Schneider, 2011). Pri kahektičnem pacientu je priporočljivo vstaviti kanilo v trebuh. Za potrebe hidracije je včasih bolje izbrati mesto za vstavitve kanile na trupu kot na okončinah, kjer lahko pride do edemov.

Neprimerna mesta za vstavitve kanile so (Dickman, Schneider, Varga, 2005; Dickman, Schneider, 2011; Gomez, 2000):

- področja z limfedemom,
- mesta s poškodovano kožo ali tkivom,
- pred kratkim obsevana mesta,
- inficirana mesta,
- mesta, na katerih izstopajo kosti,
- mesta blizu sklepov,
- področja tumorske rašče,

- kožne gube in dojke,
- vneta področja kože,
- kjerkoli je prisoten ascites ali lokalni edem,
- področja z okrnjenim pretokom limfe (npr. po mastektomiji).

RAZMISLEK O PODKOŽNEM VNOSU ZDRAVIL IN TEKOČINE V PALIATIVNI OSKRBI

Napredovala bolezen lahko zelo zmanjša zmožnost, potrebo in željo po pitju, kar posledično vpliva na pacientovo počutje, pa tudi na njegove odnose z bližnjimi, saj ima pijača prav tako psihosocialne pomene in ne samo preživetvenega pomena (Dean, Harris, Regnard, 2011). Zmanjšano uživanje tekočin nekaterim pacientom ne povzroča težav, posebno če so njihova usta dobro in pogosto negovana. Tako imajo komatozni pacienti, ki jim je udobno, le malo težav zaradi dehidracije (Dunphy et al., 1995), pri drugih pa lahko dehidracija prispeva k delirantnemu stanju (Fainsinger, Bruera, 1997). Naravna posledica procesa umiranja je zmanjšana količina zaužite tekočine, zato umirajočim za primerno hidriranost zadošča manj tekočine, kot jo povprečno potrebujejo drugi pacienti. Simptoma, kot sta žeja in suha usta, ki imata lahko različne vzroke, med drugim jemanje zdravil, je mogoče olajšati že z zamenjavo zdravila in dobro ustno nego. Pri nekaterih stanjih, kot so kardioplulmonalno, ledvično ali jetrno popuščanje, lahko vnos tekočin povzroči povečanje pljučnega edema, izločanja sluzi v dihalih, periferne edeme, ascites in bruhanje (Woodley, Endersby, 2008). Ker so odzivi na dehidracijo pri različnih pacientih zelo različni, je potrebna skrbna individualna ocena (Dean, Harris, Regnard, 2011) in odločanje s pomočjo tehtanja med dobrobitjo hidracije za pacienta in obremenitvijo, ki bi mu jo vnos tekočine povzročil. Včasih, ko se bližnji težko soočajo z dejstvom, da pacient ne pije in tudi drugače ne prejema tekočine, mu lahko damo podkožno manjšo količino tekočine zelo počasi (Dean, Harris, Regnard, 2011).

V paliativni oskrbi je v odločanje vedno vključen pacient, pa tudi njegovi bližnji, zato je za podkožni vnos tekočine in zdravil vedno treba pridobiti njegov oziroma njihov pristanek. Narobe bi bilo misliti, da so zaradi prednosti, ki jih ima, objektivno gledano, podkožno dajanje tekočin in zdravil pred nekaterimi drugimi potmi vnosa, vsi pacienti nad njim navdušeni. Za nekatere tak način dajanja zdravil predstavlja vdor v intimni prostor njihovega telesa in/ali pomeni znanilca poslabšanja stanja in obetov za prihodnost (Coleridge-Smith, 1997). Črpalke, kanile in drugi pripomočki, potrebni za podkožni vnos zdravil in tekočine, lahko pacientu pomenijo omejitve za vsakdanje aktivnosti (Kain, Yates, 2010), bližnjim pa dodatno obremenitev in strah. Da bi zadržke kar se da omilili ter povečali sprejemljivost podkožnega vnosa zdravil in tekočine ter njegovo varnost, je potrebno zdravstveno-vzgojno delo s pacienti in njihovimi bližnjimi.

ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO

Logonder, Salobir in Žargi (2002) v svojem članku o uporabi podkožnih črpalk v paliativni oskrbi nazorno opisujejo, kaj vse je potrebno naučiti pacienta in njegove bližnje, da lahko črpalke s pridom uporabljajo za lajšanje težav, zato jih na tem mestu delno povzemam.

Pacientu in njegovim bližnjim razložimo ter jih poučimo o delovanju črpalke (Kain, Yates, 2010) oziroma infuzije, o delovanju zdravil in tekočine, ki jih bo prejemal, ter o prednostih in pomanjkljivostih oziroma posebnostih takega načina zdravljenja (Logonder, Salobir, Žargi, 2002). Dobro je, če so seznanjeni z aspekti varnosti, tako glede črpalke in infuzijskih sistemov kot glede kanile in mesta vboda. Prav tako jim je dobro pomagati z nasveti pri vključevanju podkožne infuzije v njihovo vsakodnevno življenje in jih poučiti, kako ukrepati v primeru težav oziroma koga v tem primeru prositi za pomoč (Kain, Yates, 2010).

Pacienti in njihovi bližnji naj bodo posebno pozorni na:

- Mesto vboda, ki ga pregledajo vsaj enkrat dnevno (nekateri avtorji priporočajo opazovanje na 4 ure v prvih 24 urah), pri čemer je potrebno opazovati mesto vboda (rdečina, infiltrat, otekline, hematomi ali krvavitev, zatekanje tekočine ob kanili, bolečina ob vbodnem mestu) ter lego kanile, saj so možni vzroki, da pacient

ne dobi zdravila kot mu je predpisano, izpad kanile, kolenčenje kanile ter vnetje ali infiltrat na mestu vstavljene kanile. V takih primerih je potrebna menjava kanile in mesta vboda (Kain, Yates, 2010; Logonder, Salobir, Žargi, 2002).

- Delovanje črpalke, kar naj preverjajo dvakrat dnevno. Pri elastomerni balonski črpalki, ki je pri nas najpogosteje v uporabi, se tako preverja praznjenje balona. To naredimo tako, da sistem odklopimo od kanile in počakamo, da iz sistema priteče kapljica tekočine. Če temu ni tako, pomeni, da je nekaj narobe s črpalko ali pa s sistemom, ki vodi iz črpalke do kanile. Ta je lahko stisnjen ali poškodovan (Logonder, Salobir, Žargi, 2002). Pri baterijski črpalki naj bodo poučeni, kaj pomenijo posamezni alarmi in po možnosti, kako ukrepati v primeru težav (Kain, Yates, 2010). Če se črpalka pokvari in je ni mogoče takoj zamenjati, mora pacient dobiti zdravilo na drugačen način (Logonder, Salobir, Žargi, 2002).
- Nenadno poslabšanje simptoma, ki je lahko posledica tega, da zaradi različnih, prej omenjenih težav ne prejemajo dovolj zdravila. Naučimo jih, kako ocenijo bolečino in druge simptome, učinkovitost dane terapije in morebitne stranske učinke zdravil ter vse to dokumentirajo (Logonder, Salobir, Žargi, 2002).

Pomembno je, da paciente in svojce opremimo s pisnimi pojasnili in telefonskimi številkami, na katere se lahko v stiski obrnejo.

ZAKLJUČEK

Članek se dotika le nekaterih vidikov podkožnega vnosa zdravil in tekočine, ki pa lahko pomembno vplivajo na odločanje o uporabi te metode v praksi. Podkožna hidracija in uporaba podkožne črpalke za vnos zdravil je v paliativni oskrbi splošno sprejeta praksa. Pacienti jo dobro sprejemajo, saj je priločen in učinkovit način lajšanja njihovih težav. Ima tudi nekatere pomanjkljivosti, ki se kažejo na primer kot tehnične težave ali kožne reakcije na mestu vstavljene kanile. Nekatere paciente in njihove bližnje to plaši, kakor tudi prepričanje, da uporaba podkožne črpalke naznanja novo stopnjo v poslabšanju bolezni.

Pri nas je dodatna težava tudi v tem, da zdravstveno osebje ni seznanjeno s prednostmi in možnostmi takega načina lajšanja simptomov. Poleg tega pa pomanjkanje veččin praktičnega izvajanja metode in priprave pacientov ter njihovih bližnjih botruje dejstvu, da se ga poslužuje redkeje, kot bi se ga lahko. To je škoda, saj je podkožni vnos zdravil in tekočine pacientu prijazen, relativno varen in cenovno ugoden način lajšanja težav ljudi, ki potrebujejo paliativno oskrbo.

LITERATURA

- Coopey S. Administration of subcutaneous fluids (hypodermoclysis) to adult patients in community settings guidelines; 2011. Dostopno na: <http://www.southernhealth.nhs.uk/EasysiteWeb/getresource.axd?AssetID=23209&type=full&servicetype=Attachment> (15. 5. 2012).
- Dean M, Harris JD, Regnard C. Symptom relief in palliative care. Second edition. Oxford, New York: Radcliffe Publishing; 2011.
- Dickman A, Schneider J, Varga J. The syringe driver: continuous subcutaneous infusions in palliative care. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Dickman A, Schneider J. The syringe driver. Continuous subcutaneous infusions in palliative care. Third edition. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- Dunphy K, Finlay I, Rathbone G, Gilbert J, Hicks F. Rehydration in palliative and terminal care: if no – why not? Palliat Med. 1995; 9 (3): 221–8.

- Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? *Support Care Cancer*. 1997; 5: 205–11.
- Gomez Y. The use of syringe drivers in palliative care. *Aust Nurs J*. 2000; 8 (2): 1–3.
- Jelen Jurič J, Benedik J. Hipodermoklizacija. *Onkologija*. 2009; 13 (2): 120–3.
- Johnstone L, Muir G, Russell A. Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care; 2009. Dostopno na: [http://nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines for the use of Subcutaneous Medications in Palliative Care.pdf](http://nhslanarkshire.org.uk/Services/PalliativeCare/Documents/Guidelines%20for%20the%20use%20of%20Subcutaneous%20Medications%20in%20Palliative%20Care.pdf) (20. 3. 2012).
- Kain VJ, Yates P. Guidelines for syringe driver management in palliative care. Second edition; 2010. Dostopno na: <http://www.health.qid.gov.au/cpre> (20. 3. 2012).
- Logonder M, Salobir U, Žargi T. Uporaba črpalk za podkožno dovajanje zdravil v paliativni oskrbi. *Onkologija*. 2002; 6 (1): 40–4.
- Lopuh M. Predpisovanje zdravil v neprekinjenih podkožnih infuzijah za lajšanje bolnikovih simptomov. In: Lunder U, ed. Zbornik srečanja: Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice, Ljubljana, 3. februar 2011. Golnik: Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo; 2011: 24–8.
- Woodley S, Endersby W. Policy for subcutaneous administration of fluids (hypodermoclysis) to adult in the community and community hospitals; 2008. Dostopno na: http://www.demo3.asp.nhs.uk/documents/Staff%20Information/policies/Clinical%20Policies%20and%20Procedures/Subcutaneous_Administration_of_Fluids_-_Hypodermoclysis_-_to_Adults_in_Community_-_Cambridgeshire.pdf?preventCache=04%2F09%2F2008+10%3A04 (15. 5. 2012).

OCENJEVANJE IN DOŽIVLJANJE BOLEČINE PO TORAKOTOMIJI – Pilotna raziskava o učinkovitosti vodenja pooperativne bolečine

ASSESSMENT AND PERCEPTION OF PAIN AFTER THORACOTOMY – Pilot survey on effectiveness of postoperative pain management

Jana Šubic, dipl. m. s., Katja Vrankar, dipl. m. s., Petra Zupan, dipl. m. s., Snežana Nuždič, dipl. m. s.
Oddelek za intenzivno terapijo in nego, Bolnišnična Kirurška dejavnost, as. Marko Bitenc, dr. med.,
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
jana.subic@klinika-golnik.si, katja.vrankar@klinika-golnik.si, petra.zupan@klinika-golnik.si,
snezana.nuzdic@klinika-golnik.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Obvladovanje akutne bolečine po operaciji je eden glavnih in ključnih kazalnikov pacientovega zadovoljstva in izida obravnave. Bolečina po torakotomiji je simptom, ki ima visoko incidenco in je glavni rizični faktor pri nastanku nekaterih pooperativnih zapletov. Namen raziskave je bil oceniti učinkovitost obvladovanja akutne bolečine po torakotomiji in ugotoviti, kako obvladovanje bolečine in bolečino doživljajo pacienti.

Metode: V raziskavo je bilo vključenih 19 pacientov predvidenih za elektivno torakotomijo. Za zbiranje podatkov sta bila uporabljena anketni vprašalnik in obrazec za ocenjevanje bolečine. Spremljali smo tip in količino analgetika v času hospitalizacije ter po odpustu, uspešnost analgezije in stranske učinke v času hospitalizacije ter čas hospitalizacije. Pacienti so s pomočjo vprašalnika posredovali podatke o pričetku bolečine po operaciji, lajšanju in zadovoljstvu z zdravljenjem bolečine, poučenosti o bolečini in občutenju bolečine po operaciji.

Rezultati: Stopnja bolečine je bila prepričljivo najvišja prvi dve uri po operaciji in se je na lestvici od 0 do 10 povprečno gibala okrog 5,6. Najvišja ocena je bila 9, najnižja 3. V naslednjih urah se je bolečina ponovno povečala z aktivacijo ob fizioterapiji. Ženske so ocenjevale za 0,4 višjo bolečino kot moški. Hudo bolečino je v 94 % olajšala titracija opiatnega analgetika.

Diskusija in zaključki: Raziskava o vodenju bolečine omogoča vrednotenje uspešnosti dela in ponuja priložnosti za izboljšave.

Ključne besede: torakotomija, pooperativna bolečina, ocenjevanje bolečine, analgezija, zadovoljstvo pacienta

ABSTRACT

Introduction: Managing of acute postoperative pain is one of the key indicators of patients' satisfaction and the outcome of treatment. Post-thoracotomy pain is a symptom with high incidence among patients who undergo thoracotomy and is a major risk factor in the pathogenesis of several postoperative complications. The purpose of this research is to assess efficiency of acute pain management after thoracotomy and to establish patient's perceptions of pain management and pain itself.

Methods: 19 patients undergoing elective thoracotomy were included in the research. To collect the data, a questionnaire and an evaluation scale for assessment of pain were used. The type and dosage of analgesics administered during hospitalization and after discharge, the effectiveness of the pain management, occurrence of side effects during hospitalization and postoperative duration of hospitalization were recorded. In the questionnaire patients gave answers about the onset of pain after surgery, about pain management, about treatment satisfaction and patient education, and about their perceptions of postoperative pain.

Results: On the scale 0 – 10, most patients experienced moderate to severe pain with the average level of 5,6 in the first two hours after surgery. Maximum pain score was 9, the minimum 3. In the next few hours, pain got worse again with physiotherapy and activation. Female patients had for 0,4 higher experience of pain after surgery than man. In 94% of patients severe pain was relieved after titrating of an opioid analgesic.

Discussion and conclusions: The assessment of effectiveness of postoperative pain management helps to evaluate the efficiency of work and provides opportunities for improvement.

Key words: thoracotomy, postoperative pain, pain assessment, analgesia, patient satisfaction

UVOD

V zadnjih letih smo pričra povečanemu trudu in zanimanju za učinkovitejše obvladovanje tako akutne kot kronične bolečine. Mednarodno združenje za preučevanje bolečine (The International Association for the Study of Pain – IASP) in mnoge druge organizacije (WHO, NHS, JCAHO, BPS, ANZCA) so izdelale navodila za zdravljenje pooperativne bolečine. Vendar je, kot navajajo raziskave, pred nami še dolga pot (Vadivelu et al., 2010; Rosén et al., 2011). Vzrok naše premajhne uspešnosti in zavzetosti je predvsem pomanjkanje protokolov, ki bi bili uvedeni na osnovi raziskav oziroma povratnih informacij, pridobljenih od pacientov (Fletcher et al., 2008) ter neustreznih oblik analgezije (Dolin et al., 2002; White, Kehlet, 2010). Poleg navedenih vzrokov so ovire tudi pomanjkanje znanja o ocenjevanju in zdravljenju akutne bolečine in komunikacija med zdravstvenim osebjem in pacientom (Pasero et al., 2009). Dokumentiranje bolečine, ocenjevanje, izvajanje intervencij in ponovno ocenjevanje bolečine so osnovni elementi za komunikacijo in individualno vodenje bolečine pri vsakem pacientu ter ključni elementi glede zadovoljstva pacientov in kazalnikov kakovosti (Samuels, Kritter, 2011).

Zmerna do zelo huda akutna pooperativna bolečina je posledica travme in poškodbe tkiva med operacijo (Hutchison, 2007). Nedavne študije kažejo, da je pooperativna bolečina še vedno nezadovoljivo zdravljena (Benhamou et al., 2008; Gramke et al., 2007) in pogosto povezana s poslabšanjem pljučne funkcije ter z dolgotrajnejšim okrevanjem (Ng, Swanevelder, 2007). Bolečina po torakotomiji je simptom z visoko incidenco in je glavni dejavnik tveganja nekaterih pooperativnih zapletov (García-Tiradoa, Rieger-Reyes, 2012). 80 % pacientov doživlja po operaciji akutno bolečino (Apfelbaum et al., 2003), ki jo poslabša že normalno globoko dihanje in intenzivna fizioterapija, namenjena preprečevanju zapletov (Hughes, Gao, 2005). Razni avtorji navajajo, da so pričakovani dejavniki za razvoj dolgotrajne bolečine po operaciji poleg bolečine, ki je prisotna že pred posegom in visoke stopnje bolečine po posegu (Pluijms et al., 2007; Janssen et al., 2008), tudi strah pred operativnim posegom in velika potreba po informacijah (Berth et al., 2007). Kronična bolečina se pojavlja pri 40 % do 80 % pacientov (Allama, 2010). Zaradi problematičnega zdravljenja bolečine po torakotomiji, je bilo predlaganih precej pristopov za lajšanje bolečine. Multimodalni pristop zagotavlja centralno in periferno blokado v kombinaciji z nesteroidnimi analgetiki (NSAID) in neoadjuvantnimi zdravili, kar je trenutno osnovni princip zdravljenja (De Cosmo et al., 2009).

Namen raziskave je oceniti učinkovitost obvladovanja akutne bolečine po torakotomiji in ugotoviti, kako vodenje bolečine in bolečino doživljajo pacienti.

METODE

Uporabljena je deskriptivna raziskovalna metoda z anketnim vprašalnikom, ki je vseboval vprašanja zaprtega tipa in obrazec za ocenjevanje stopnje bolečine. Raziskovalna metoda je kvantitativna. Za analizo pilotne raziskave smo podatke sistematično prenesli v Excellovo preglednico in ugotavljali povprečne vrednosti stalnih spremenljivk.

Raziskava se je pričela februarja 2012 in bo predvidoma potekala do oktobra 2012. Razdeljena je na dva dela – na čas hospitalizacije in čas po odpustu. V raziskavo so vključeni vsi pacienti predvideni za elektivno torakotomijo; vzorec predstavljen v tem prispevku zajema 19 pacientov, ki so se zdravili na Univerzitetni kliniki Golnik. Izključena sta bila dva pacienta, zaradi otežene komunikacije.

Paciente smo pred operacijo poučili o ocenjevanju bolečine po numerični lestvici (Numeric pain scale – NPS) od 1 do 10 in pridobili pisno privolitev za sodelovanje v raziskavi. Vsi pacienti so prejeli premedikacijo 1 uro pred predvidenim pričetkom operacije, dobili so standardno splošno anestezijo z dvolumenskim

endobronhialnim tubusom in ventilacijo enega pljučnega krila. Enak način analgezije je bil uporabljen pri vseh pacientih v času hospitalizacije: paravertebralni blok med posegom, kontinuirana infuzija opiata, dodaten opiat po potrebi in NSAID na 12 h.

Izdelali smo obrazec, v katerega smo v času hospitalizacije beležili izbrane parametre ocenjevanja in zdravljenja bolečine po časovnih obdobjih. Po lestvici od 0 do 10 smo ločeno spremljali oceno stopnje bolečine po oceni pacienta in oceni medicinske sestre (v nadaljevanju MS) glede na aktivnost (v mirovanju, ob premikanju, pri izvajanju fizioterapije, ob prevezih rane), da bi ugotovili ali v oceni obstaja razlika. Obrazec je vseboval še opis in lokacijo bolečine, vrsto in količino analgetika ter uspešnost analgezije, ki smo jo ugotavljali s ponovno oceno bolečine po pretečenem času, potrebnem za učinek zdravila. Beležili smo še stranske učinke analgezije (slabost, bruhanje, zaspanost) v času hospitalizacije in trajanje hospitalizacije. Ocenjevanje v prvih 24 urah po operaciji je bilo pogostejše in določeno na čas po operaciji (0–2, 2–4, 4–8, 8–16, 16–24 ur po operaciji), v naslednjih kooperativnih dneh pa ob zaključku vsake izmene. Beležili smo največjo bolečino v časovnem obdobju.

Vprašalnik o zadovoljstvu z zdravljenjem bolečine in doživljanju bolečine smo pacientom ponudili ob odpustu. Sestavljen je bil iz enajstih vprašanj, ki so obsegala oceno podajanja informacij o bolečini s strani zdravstvenega osebja, doživljanje bolečine pacientov in uspešnost lajšanja bolečine.

V telefonski anketi prvi in sedmi dan po odpustu smo zastavljali enaka vprašanja. Zanimali so nas predvsem prisotnost in stopnja bolečine ter vpliv bolečine na različne aktivnosti. Hkrati pa nas je zanimala tudi uporaba analgetikov. Modificiran vprašalnik je bil povzet po vprašalniku American Pain Society Quality of Care Committee – APS-POQ (Gordon et al., 2010).

REZULTATI

Do prve analize rezultatov je bilo v raziskavo vključenih 19 pacientov. Povprečna ležalna doba v bolnišnici je bila 4 dni. Delež žensk je presegel polovico anketirancev (52,6 %). Najpogostejše starostno obdobje je bilo 51–60 let (57,9 %). Za 7 pacientov je bil to prvi poseg oziroma operacija.

Na sklop vprašanj, ki so zahtevala pacientovo oceno na lestvici od 1 do 5 glede skrbi oziroma strahu pred operacijo, so pacienti odgovarjali zelo različno. Številka 5 kot najvišja možna ocena se je pojavila najpogosteje kot strah pred izidom operacije oziroma ali bo operacija odpravila težave in bolezen (povprečna ocena je 3,5). Najmanjšo zaskrbljenost so pacienti izražali glede oskrbe v bolnišnici (Preglednica 1).

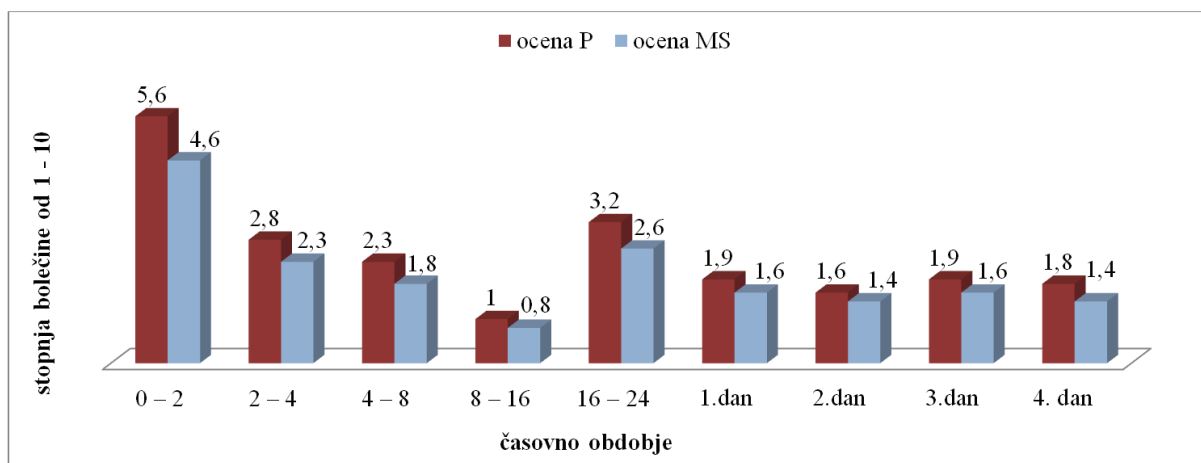
Preglednica 1: Kaj paciente najbolj skrbi oz. česa jih je strah pred operacijo

Skrb*	Ocenjevanje 1–5 (povprečje)
Bolečina po operaciji	3,2
Bolečina med operacijo	1,9
Ali bo operacija odpravila težave oz. bolezen	3,5
Okrevanje po operaciji	2,9
Oskrba v bolnišnici	1,5

*Ocenjevanje na lestvici od 1–5 (1 je najmanjša – 5 pa najvišja stopnja zaskrbljenosti) za vse našteje parametre

Vsi pacienti razen enega so bili mnenja, da so pred operacijo dobili dovolj razumljivo predstavljenih informacij o ocenjevanju, zdravljenju in lajšanju kooperativne bolečine. Kot najpogostejša informatorja o bolečini med zdravstvenim osebjem sta se pojavljala zdravnik operater (15x) in MS v bolnišnici (12x), medtem ko sta se anesteziolog in osebni zdravnik le redko pojavila kot udeleženca v posredovanju informacij (pacienti so imeli možnost izbire za vse opcije). Drugi viri, iz katerih bi se pacienti sami poučili o bolečini, so bili redko navedeni.

Graf 1: Primerjava ocene bolečine pacient/MS po časovnih obdobjih



P = ocena pacienta, MS = ocena medicinske sestre

Ocena stopnje bolečine je bila prepričljivo najvišja prvi dve uri po operaciji in se je povprečno gibala pri oceni okrog 5,6 na lestvici od 1 do 10. Največ 9, najmanj pa 3. Že v naslednjih dveh urah je bolečina padla pod 3 ter ponovno presegla 3 z zgodnjo mobilizacijo in fizioterapijo prvi dan po operaciji oziroma v času 16–24 ur po operaciji (Graf 1). Ženske so navajale za 0,4 višjo stopnjo bolečine kot moški. Le dobrih 30 % pacientov je navedlo, da je bolečina nastopila takoj po operaciji. MS so ob sočasni oceni navajale le za malenkost nižjo oceno kot pacient (povprečna razlika 0,3). Lokacija, kjer se je bolečina najpogosteje pojavljala, je bila v predelu rane, v 21 % pa v prsnem košu. Bolečina je bila najpogosteje opisana kot zbadajoča, manj pa kot topa oziroma ostra. Mnenje, da so MS razumele oceno in ji verjele, je bilo stoddotno. Vprašanj v zvezi z ocenjevanjem bolečine pacienti niso jemali za moteča ali nadležna, temveč so imeli ob tem prijeten občutek (79 %), občutek prijaznosti (68 %) in občutek zaupanja ter varnosti (58 %). Bolečina je bila v glavnem prisotna ves čas hospitalizacije in se je ob odpustu gibala pri oceni okrog 2. Razen enega pacienta, ki je bil mnenja, da bolečine ni znal oceniti, so bili vsi prepričani, da so bolečino ocenjevali ustrezno.

Hudo bolečino po posegu je v 94 % lajšala titracija opiatnega analgetika (Dipidolor), v povprečnem odmerku 8 mg in kontinuirana infuzija Dipidolorja povprečno 2,6 mg/h. Najpogostejši stranski učinek protibolečinske terapije je bila zaspanost v 47 % (Preglednica 2).

Preglednica 2: Stranski učinki protibolečinske terapije

Stranski učinki	št. pacientov (n = 19)
slabost	2
bruhanje	5
zaspanost	9

Na vprašanje, kaj bi še lahko prispevalo k lažšanju bolečine, so pacienti v 58 % izbrali razne preusmeritve pozornosti, kot npr. gledanje televizije ali poslušanje glasbe.

Stopnja bolečine je prvi dan v domači oskrbi narasla na oceno 3,6, sedmi dan pa je bila malenkost nižja (3,1). Bolečina, ki so jo pacienti opisovali, je bila v glavnem še vedno zbadajoča, večkrat pa se je pojavila tudi kot topa ali skeleča. Kašelj, globoko dihanje, vstajanje in posedanje so bile poleg dvigovanja rok najpogostejše aktivnosti, ki so sprožile bolečino. Večina pacientov je zanimala, da bi bolečina vplivala na slabši spanec ali razpoloženje in je bila mnenja, da jim je predpisana terapija NSAID zadoščala.

SKLEP

Izkazalo se je, da je pristop, ki ga uporabljamo pri obravnavi pacientov pred operacijo prsnega koša, pravilen in učinkovit. Večina pacientov je bila z oskrbo zelo zadovoljna, kljub dejstvu, da so doživeli v času hospitalizacije zmerno ali hudo bolečino. Poučevanje o bolečini poteka že pred operacijo in je individualno za vsakega pacienta posebej, hkrati pa bolečino obravnavamo kot peti vitalni znak. Povezave med strahom pred operativnim posegom in stopnjo bolečine po operaciji nismo ugotovili.

Visoka ocena bolečine v prvih dneh po operaciji kaže napoved višje bolečine tudi v kasnejšem pooperativnem obdobju in nakazuje, da bi bilo potrebno protibolečinsko terapijo bolj individualno prilagajati. Predvidevamo sicer, da je povečana telesna aktivnost po odpustu poglaviti vzrok za vnovično povečanje bolečine. Za ugotavljanje prisotnosti kronične bolečine bo potrebno raziskavo razširiti na kasnejše pooperativno obdobje.

Rezultati, ki smo jih pridobili z raziskavo, so spodbudni kljub dejstvu, da v bolnišnici še nimamo tima za vodenje akutne bolečine in jo za zdaj vodi kirurški tim sam. Zaznali smo nekatere pomanjkljivosti v procesih obravnavanja bolečine, vendar končni zaključki zaradi premajhnega vzorca v pilotni raziskavi še niso možni.

Če želimo, da bo delo opravljeno dobro in varno za pacienta, moramo imeti poleg dobre organiziranosti v timu in jasnih navodil o vodenju bolečine tudi sposobnost komunikacije, ki je zelo pomembna pri delu s pacienti, za doseganje rezultatov in izboljšanje kakovosti našega dela. Na osnovi ugotovitev pilotne raziskave bomo zasnovali nekatere spremembe v nadaljevanju raziskave, da bi prišli do čim bolj uporabnih rezultatov za spremembe v procesu dela in vodenja bolečine v pooperativnem obdobju.

LITERATURA

- Allama AM. Intercostal Muscle Flap for Decreasing Pain After Thoracotomy: A Prospective Randomized Trial. *Ann Thorac Surg.* 2010; 89 (1): 195–9.
- Apfelbaum J, Chen C, Mehta S, Gan TJ. Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged. *Anesth Analg.* 2003; 97 (2): 534–40.
- Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 central/southern European countries. *Pain.* 2008; 136 (1–2): 134–41.
- Berth H, Petrowski K, Balck F. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) - the first trial of a German version. *Psychosoc Med.* 2007; (4). Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2736533/> (13. 5. 2012).
- De Cosmo G, Aceto P, Gualtieri E, Congedo E. Analgesia in thoracic surgery: review. *Minerva Anesthesiol.* 2009; 75 (6): 393–400.
- Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth.* 2002; 89 (3): 409–23.
- Fletcher D, Fermanian C, Mardaye A, Aegerter P. A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. *Pain.* 2008; 137 (2): 441–51.
- García-Tirado J, Rieger-Reyes C. Suture Techniques of the Intercostal Space in Thoracotomy and Their Relationship With Post-Thoracotomy Pain: A Systematic Review. *Archivos de Bronconeumología.* 2012; 48 (1): 22–28.

- Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA, Turk DC, McCracken LM, Sherwood G, Paice J, Wallace M, Strassels S, Farrar J. Revised American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS-POQ-R) for Quality Improvement of Pain Management in Hospitalized Adults: Preliminary Psychometric Evaluation. *Pain*. 2010; 11 (11): 1172–86.
- Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Raps F, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, Marcus MA. The prevalence of postoperative pain in a cross-sectional group of patients after day-case surgery in a university hospital. *Clin J Pain*. 2007; 23 (6): 543–8.
- Hughes R., Gao F. Pain control for thoracotomy: Continuing Education in Anaesthesia. *Critical Care & Pain*. 2005; 5 (2): 56–60.
- Hutchison RW. Challenges in acute post-operative pain management. *Am J Health-Syst Pharm*. 2007; 64 (4): 2–5.
- Janssen KJM, Kalkman CJ, Grobbee DE, Bonsel GJ, Moons KGM, Vergouwe Y. The Risk of Severe Postoperative Pain: Modification and Validation of a Clinical Prediction Rule. *Anesth Analg*. 2008; 107 (4): 1–8.
- Ng A, Swanevelder J. Pain relief after thoracotomy: is epidural analgesia the optimal technique? *Br J Anaesth*. 2007; 98 (2):159–62.
- Pasero C, Puntillo K, Li D, Mularski RA, Grap MJ, Erstad BL, Varkey B, Gilbert HC, Medina J, Sessler CN. Structured Approaches to Pain Management in the ICU. *Chest*. 2009; 135: 1665–72.
- Pluijms WA, Steegers MA, Verhagen AF, Scheffer GJ, Wilder-Smith OH. Chronic post-thoracotomy pain: A retrospective study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006; 50: 804–8.
- Rosén H, Bergh I, Odén A, Mårtensson L. Patients' Experiences of Pain Following Day Surgery - At 48 Hours, Seven Days and Three Months. *The Open Nursing Journal*. 2011; 5 (1): 52–59.
- Samuels J, Kritter D. Pain Management Documentation: Analyzing One Hospital's Computerized Clinical Records. *Comput Inform Nurs*. 2011; 29 (9): 512–18.
- Vadivelu N, Mitra S, Narayan D. Recent Advances in Postoperative Pain Management. *J Biol Med*. 2010; 83 (1): 11–25.
- White PF, Kehlet H. Improving Postoperative Pain Management What Are the Unresolved Issues? *Anesthesiology*. 2010; 112 (1): 112–20.

SEKUNDARNA TRAVMATIZACIJA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE NA KLINIČNEM ODDELKU ZA TRAVMATOLOGIJO

Sandra Naka, prof. zdr. vzg.

Klinični oddelek za travmatologijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana
sandrina.naka@gmail.com

IZVLEČEK

Izhodišča: Delo v zdravstveni negi je zelo fizično, psihično in emocionalno zahtevno. Delo v enotah intenzivne nege je še bolj psihično zahtevno kot na ostalih bolnišničnih oddelkih. Študije v zadnjem času kažejo, da so psihične posledice tega dela podobne posledicam odložene stresne reakcije oziroma posttravmatske stresne motnje.

Namen raziskave je ugotoviti, ali je pojav psihičnih posledic zaradi skrbstvenega dela višji v enoti intenzivne nege kot na ostalih bolnišničnih oddelkih.

Metode: V raziskavo je bilo vključenih 101 izvajalcev zdravstvene nege iz Kliničnega oddelka (KO) za travmatologijo, od tega 19 iz enot intenzivne nege in 82 iz bolnišničnih oddelkov. Uporabljena sta bila anketna vprašalnika Post-traumatic Stress Syndrome 10 Question inventory (PTSS-10) in Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Raziskava je bila izvedena junija 2011.

Rezultati: V enoti intenzivne nege je bilo na sekundarno travmatizacijo pozitivnih 11 % respondentov, na oddelkih pa 17 %. V enoti intenzivne nege 11 % izvajalcev zdravstvene nege kaže simptome anksioznosti, na oddelku pa 10 %. 5 % zaposlenih na oddelku kaže simptome depresije.

Diskusija in zaključek: V raziskavi ni bila dokazana hipoteza, da je večji pojav sekundarne travmatizacije med izvajalci zdravstvene nege v enotah intenzivne nege. To ni skladno z rezultati tujih študij. Razlog za to bi lahko bil, da je razlika med oddelki in enotami intenzivne nege manjša, kot je med enotami intenzivne terapije in oddelki. Kljub temu da hipoteza ni bila dokazana je odstotek pozitivnih vprašalnikov na različne psihološke simptome opozorilo, da je potrebno sistematično skrbeti za psihično blagostanje izvajalcev zdravstvene nege.

Ključne besede: sekundarna travmatizacija, zdravstvena nega, posledice skrbstvenega dela

ABSTRACT

Introduction: Nursing is a very demanding profession. Research in the last 10 years shows that it can have serious psychological effects on nurses. The objective of the study was to determine whether there is an increased prevalence of psychological symptoms in ICU nurses when compared with medical/surgical nurses.

Methods: 101 nurses from the trauma ward, 19 from the ICU and 82 from the medical/surgical ward were surveyed. PTSS-10 and HADS questionnaires were used. The research took place in June 2011.

Discussion and conclusions: The study showed that there were not significant differences between both groups and the hypothesis was not proven. One of the main reasons for that may be that the study took place in the intensive care and not in the intensive therapy unit.

Key words: secondary traumatization, nursing, compassion fatigue.

UVOD

Psihotravmatologija je postala zelo pomembna in aktualna v letih po vietnamski vojni, ko so leta 1980 ameriški psihiatri v klasifikaciji duševnih motenj DSM-III uvrstili skupek simptomov, ki so jih diagnosticirali kot posttravmatsko stresno motnjo. V začetku raziskovanja človeškega odgovora na travmatične dogodke so se znanstveniki najprej ukvarjali z ljudmi, ki so bili dejansko udeleženi v travmatičnih dogodkih. Kasneje so začeli opazovati, da imajo lahko podobne simptome tudi družinski člani travmatiziranih posameznikov in tudi tisti, ki so bili vključeni v njihovo obravnavo in zdravljenje (Figley, 2002). V zadnjem desetletju postaja zelo aktualno področje raziskovanja sekundarne travmatizacije pri psihoterapevtih, socialnih delavcih, medicinskih sestrah in drugih poklicih, ki so zaradi svojega dela v zelo intenzivnih odnosih s trpečimi in travmatiziranimi posamezniki.

Namen predstavljene raziskave je ugotoviti, ali so prisotni simptomi sekundarne travmatizacije pri izvajalcih zdravstvene nege na KO za travmatologijo in ugotoviti, kakšno je razmerje teh med izvajalci v enotah intenzivne nege in navadnimi bolnišničnimi oddelki. Hipoteza je, da se simptomi sekundarne travmatizacije pri izvajalcih zdravstvene nege pogosteje pojavljajo v enotah intenzivne nege kot na navadnih bolnišničnih oddelkih.

ZGODOVINA RAZISKOVANJA IN NAČINI SEKUNDARNE TRAVMATIZACIJE

Več avtorjev je pisalo o težavah in simptomih, ki se pojavljajo v poklicih, ki nudijo pomoč travmatiziranim posameznikom. Tamu primerno se je razvila tudi različna terminologija, ki jo v literaturi različno uporabljajo in razlagajo. Najpogosteje se uporabljajo izrazi: izgorelost, utrujenost zaradi sočutja, travmatizacija preko žrtve in sekundarna travmatizacija (Rothschild, Rand, 2006).

Poleg mehanizmov sekundarne travmatizacije so se različni avtorji ukvarjali tudi z dodatnimi rizičnimi faktorji, ki pripomorejo k sekundarni travmatizaciji. Ugotovili so, da do sekundarne travmatizacije pride pogosteje pri tistih, ki imajo lastne travmatične izkušnje, so pod stresom in ne skrbijo za preventivo in svoje zdravje. Poleg tega je zelo pomemben kontekst delovnega okolja, zgodovinske, demografske in starostne lastnosti, socialni kontekst, osebnostna struktura posameznika in značilnosti travmatičnih dogodkov (Von Rueden et al., 2010).

RAZISKAVE PRI MEDICINSKIH SESTRAH

V osemdesetih letih je bilo opravljenih veliko raziskav o stresu na delovnem mestu pri medicinskih sestrah. Kot najbolj stresni dejavniki so se pokazali: velike delovne obremenitve, pomanjkanje medicinskih sester, odnosi z bolniki in njihovimi svojci, odnosi s sodelavci in nadrejenimi, stresno bolnišnično okolje in delo v nočni izmeni (McVicar, 2003).

V devetdesetih letih je bilo manj raziskav stresa in bistveno več raziskovanja izgorelosti na delovnem mestu pri medicinskih sestrah.

Okrog leta 2000 so se začeli v ameriški literaturi pojavljati številni članki in raziskave o pojavu simptomov sekundarne travmatizacije pri medicinskih sestrah. V številnih študijah so ugotovili, da so najbolj travmatični dogodki, ki jih doživljajo medicinske sestre pri svojem delu: zdravstvena nega umirajočega in umrlega, delo z agresivnimi in nevarnimi pacienti, verbalno in fizično nasilje s strani pacientov in svojcev, delo z obsežnimi odprtimi ranami, delo z masivnimi krvavitvami, oživljanje, konstantna grožnja, da naredijo napako s smrtnim izidom in samo okolje, ki ima veliko avdio-vizualnih dražljajev in povzroča veliko vzdraženost avtonomnega živčnega sistema. Za visoko travmatične navajajo tudi primere, ko gre za množične nesreče in zelo bolne ali poškodovane otroke (Mealer et al., 2006).

Bilo je narejenih kar nekaj raziskav o tem, kako agresivni in nasilni pacienti vplivajo na medicinske sestre. Crabbe et al. (2002) navajajo, da je zdravstvena nega najbolj rizična profesija v zdravstvenem sistemu, kar se tiče nasilja. Isti avtor navaja, da skoraj polovico medicinskih sester vsaj enkrat letno pacient napade, 80 % pa jih je v enem letu deležnih verbalnega nasilja. Richter in Berger (2006) navajata, da so v obsežni nemški študiji v devetih psihiatričnih bolnišnicah ugotovili, da ima 6 mesecev po fizičnem napadu pacienta 10 % udeleženih v incidentu še vedno relevantne klinične simptome. V tej študiji je bilo od vseh napadenih 70 % medicinskih sester in 30 % ostalih zdravstvenih delavcev.

Številne raziskave kažejo, da so bolj ogrožene ženske kot moški, tisti s krajšo delovno dobo oziroma začetniki in tisti, ki delajo veliko v nočni izmeni. Za najbolj travmatična delovišča v zdravstveni negi so se izkazali oddelki urgence, intenzivnih terapij in neg ter operacijska. Tudi delo reševalcev šteje med bolj stresne. Kljub temu da so bili simptomi sekundarne travmatizacije pri medicinskih sestrah v drugih enotah manjši kot v prej naštetih, so bili povsod prisotni v različnih odstotkih, odvisno od študije. Glede na različne študije, ki so bile narejene na različnih področjih, se pri medicinskih sestrah pojavljajo znaki sekundarne travmatizacije med 7 % in 25 %.

Kljub številnim objavljenim študijam s tega področja, je te težko primerjati in zavzeti neko splošno stališče, ker uporabljajo različne lestvice in metodologije. Curtis (2007) opozarja, da je potrebno biti previden pri tolmačenju rezultatov objavljenih študij. Poudarja, da izmerjeni simptomi v teh študijah niso enakovredni kliničnim diagnozam (kot so depresija, anksioznost, posttravmatska stresna motnja), ampak nakazujejo na prisotnost simptomov in možnost razvoja določenih motenj.

Slovenskih študij glede pojavov simptomov sekundarne travmatizacije ni zaslediti. Pri nas še vedno prevladujejo raziskave, ki obravnavajo stresne dejavnike in izgorelost medicinskih sester na delovnem mestu.

ZNAKI SEKUNDARNE TRAVMATIZACIJE PRI MEDICINSKIH SESTRAH

Bolnišnično okolje, enote intenzivnih terapij in neg, psihiatrične ustanove in druga področja v zdravstvu so zahtevno delovno okolje, kjer so medicinske sestre dnevno izpostavljene številnim travmatičnim dogodkom in stresnim dejavnikom. Glede na različne raziskave se kot posledica njihovega dela pojavljajo številni simptomi sekundarne travmatizacije, najpogosteje pa: občutki žalosti, groze, sramu, jeza, povišana agitiranost in agresivnost, mišična napetost, kognitivne spremembe, izguba občutka varnosti, poslabšanje samopodobe, motnje spanja, nočne more, depresivni simptomi, anksioznost, panične epizode, disociativne izkušnje (Mealer et al., 2006).

METODE

Raziskava je bila opravljena na Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana na KO za travmatologijo.

V raziskavo o ugotavljanju simptomov sekundarne travmatizacije so bili vključeni vsi izvajalci zdravstvene nege, ki delajo v obeh enotah intenzivne nege in vsi izvajalci zdravstvene nege, ki delajo na šestih bolnišničnih oddelkih. Uporabljen je bil anketni vprašalnik, ki je vseboval splošna vprašanja, lestvico PTSS-10 in HADS. Raziskava je bila izvedena junija 2011. Razdeljenih je bilo 154 anketnih vprašalnikov, in sicer 24 v dveh enotah intenzivne nege in 130 na šestih oddelkih. Vrnjenih je bilo 101 vprašalnikov, od tega 19 iz enot intenzivne nege (EIN) in 82 iz bolnišničnih oddelkov. Realizacija vzorca je 65,5 %, za EIN 79 % in za bolnišnične oddelke 63 %.

V analizo je bilo v EIN zajetih 42 % moških in 58 % žensk. Na bolnišničnih oddelkih je po strukturi spola 11 % moških in 89 % žensk. Razlike v strukturi spola so statistično značilne ($p = 0,003$).

Starostna struktura v EIN je sledeča: 53 % je starih od 30 do 40 let, 32 % od 20 do 30 let, 11 % od 40 do 50 let in 5 % nad 50 let. Na oddelku je največ starih od 20 do 30 let, 24 % je starih od 30 do 40 let, sledi 16 % starih od 40 do 50, najmanj pa je starih nad 50 let, in sicer 9 %. Razlike niso statistično značilne ($p = 0,117$).

Povprečna delovna doba respondentov v EIN je 11,8 let. Standardni odklon je 10,5 let ($11,8 \pm 10,5$). Na oddelku je povprečna delovna doba respondentov nekoliko višja, in sicer 13,4 leta s standardnim odklonom 7,9 ($13,4 \pm 7,9$). Razlike niso statistično značilne ($p = 0,535$).

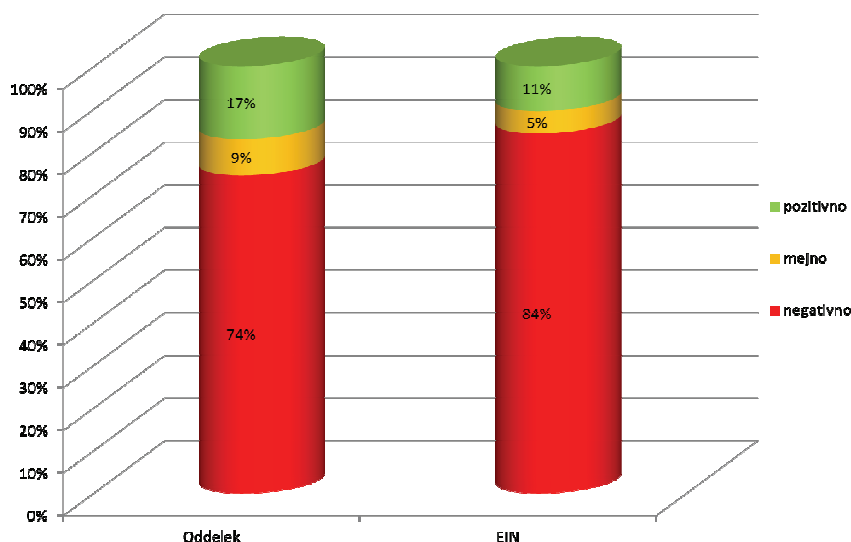
Povprečna delovna doba respondentov na KO za travmatologijo za EIN je 10,6 let ($10,6 \pm 10,4$), standardni odklon je 10,4 leta. Na oddelku je povprečna delovna doba respondentov 11,6 let in standardni odklon 7,2 ($11,6 \pm 7,2$). Razlike niso statistično značilne ($p = 0,706$).

V EIN 89 % respondentov dela v treh izmenah in 11 % dopoldne ter v dežurstvu. Na oddelku 78 % respondentov dela v treh izmenah, 20 % dopoldne ter v dežurstvu in 3 % samo dopoldne. Razlike niso statistično značilne ($p = 0,470$).

V EIN ima 58 % izvajalcev zdravstvene nege do 30 nadur na mesec, 21 % ima do 20 nadur, 16 % do 40 nadur in 5 % več kot 40 nadur. Na oddelku ima 42 % izvajalcev zdravstvene nege do 30 nadur, 36 % do 20 nadur, 14 % do 40 nadur in 8 % več kot 40 nadur na mesec. Razlike niso statistično značilne ($p = 0,578$).

REZULTATI

Analiza PTSS-10



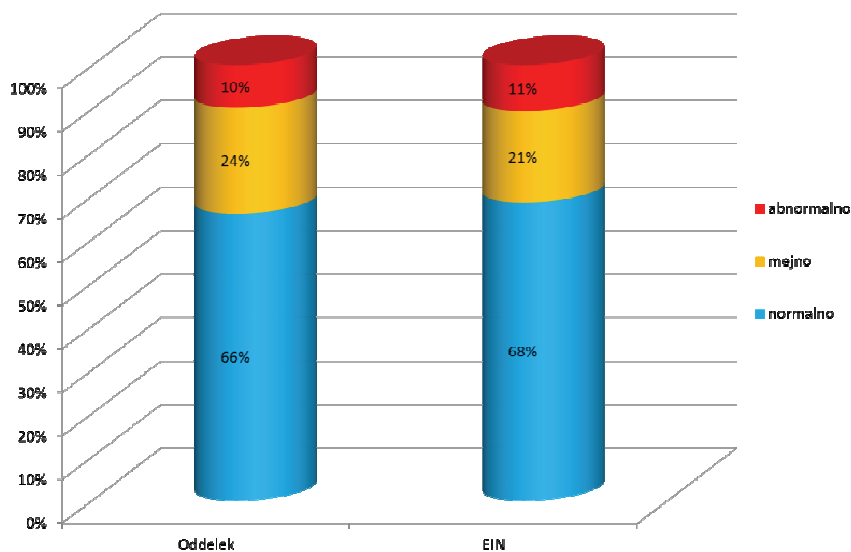
Graf 1: Delež pozitivnih in negativnih vprašalnikov PTSS-10 na oddelku in v enoti intenzivne nege

V EIN je bila ocena PTSS v 84 % negativna, v 5 % mejna in v 11 % pozitivna, na oddelku je bila v 74 % negativna, v 9 % mejna in v 17 % pozitivna. Razlike niso statistično značilne ($p = 0,663$).

V EIN so v povprečju izvajalci zdravstvene nege zbrali 24,6 točk, standardni odklon je 12,5 ($24,6 \pm 12,5$). Na oddelku so v povprečju zbrali 24,1 točko in standardni odklon 11,2 ($24,1 \pm 11,2$).

Splošna meja zanesljivosti je med 0,7 in 0,8. Nižje vrednosti Cronbach alfa nakazujejo nezanesljivost merske lestvice. V primeru te raziskave je vrednost Cronbach alfa 0,91, kar pomeni, da je merska lestvica zanesljiva.

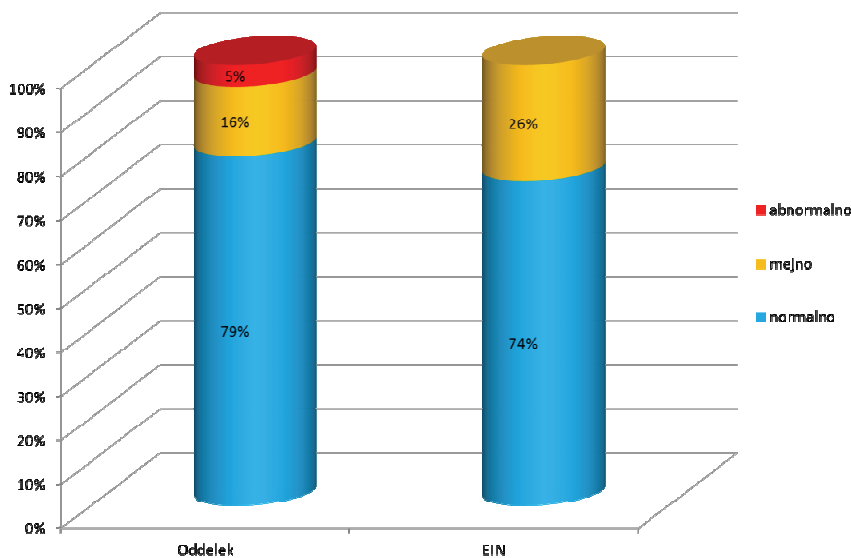
Analiza HADS



Graf 2: Delež pozitivnih in negativnih vprašalnikov HADS na oddelku in v enoti intenzivne nege za pojav simptomov anksioznosti

Ocena za HADS za EIN v primeru anksioznosti je v 68 % normalna, v 21 % mejna in v 11 % abnormalna. Na oddelku je v 66 % normalna, v 24 % mejna in v 10 % abnormalna. Razlike niso statistično značilne ($p = 0,953$).

V EIN so imeli v povprečju 5,5 točke in standardni odklon 3,7 ($5,5 \pm 3,7$). Na oddelku pa so imeli v povprečju 6,5 točke in standardni odklon 3,2 ($6,5 \pm 3,2$).



Graf 3: Delež pozitivnih in negativnih vprašalnikov HADS na oddelku in v enoti intenzivne nege za pojav simptomov depresije

Ocene za HADS za EIN v primeru simptomov depresije so 74 % normalno in 26 % mejno. Na oddelku je 79 % normalno, 16 % mejno in 5 % abnormalno. Razlike niso statistično značilne ($p = 0,380$).

V EIN so v povprečju dosegli 4,3 točke in standardni odklon 3,7 ($4,3 \pm 3,7$), medtem ko so na oddelku dosegli v povprečju 4,9 točk in standardni odklon 3,6 ($4,9 \pm 3,6$).

Regresijska analiza

Regresijska analiza je pokazala, da niti ena od neodvisnih spremenljivk (spol, starost, stan, delo na oddelku/v EIN in nadure) ne vpliva statistično značilno na odvisno spremenljivko (pojav simptomov sekundarne travmatizacije). Člen napake oziroma motnje je 97,6 %, kar je zelo veliko.

RAZPRAVA

Raziskava na vzorcu 101 izvajalca zdravstvene nege iz KO za travmatologijo je pokazala, da je izvajalcev zdravstvene nege, ki kažejo simptome sekundarne travmatizacije 11 % v enotah intenzivne nege in 17 % na oddelkih. Iz analize vprašalnika HADS je razvidno, da ima 11 % izvajalcev zdravstvene nege v enotah intenzivne nege in 10 % izvajalcev zdravstvene nege na oddelkih simptome anksioznosti ter 5 % izvajalcev zdravstvene nege na oddelkih simptome depresije. V podobni ameriški raziskavi, ki je vključevala 500 izvajalcev zdravstvene nege, Mealer in sodelavci (2006) ugotavljajo, da je bilo na lestvici PTSS 10 24 % pozitivnih medicinskih sester v intenzivnih enotah in 14 % pozitivnih na oddelkih. V tej raziskavi je bilo na lestvici HADS pozitivnih 20 % medicinskih sester na lestvici anksioznosti in 30 % na lestvici za depresijo, kar je precej višje kot v slovenski raziskavi. Iz raziskave je razvidno, da je več simptomov sekundarne travmatizacije pri mlajših ženskah in pri tistih, ki imajo več nadur, kar je skladno z ugotovitvami drugih tujih raziskav.

Zaključimo lahko, da s pomočjo regresijske analize hipoteza ni bila dokazana. Ta rezultat ni v skladu z različnimi tujimi raziskavami, ki kažejo na večjo prisotnost znakov sekundarne travmatizacije pri izvajalcih zdravstvene nege v intenzivnih enotah. Vzroke za to je možno iskati v dejstvu, da gre v slovenski raziskavi za enote intenzivne nege in ne intenzivne terapije, kot je to v tujih študijah. Lahko bi razmišljali v smeri, da so razlike med pacienti in delovnimi obremenitvami med intenzivno nego in bolnišničnim oddelkom manjše kot med intenzivno terapijo in bolnišničnim oddelkom. Med udeleženci raziskave delajo v enotah intenzivne nege starejši in bolj izkušeni izvajalci zdravstvene nege kot na oddelkih, kar je zaščitni faktor. V enotah intenzivne nege je v tem vzorcu tudi več moških, ki so po tujih raziskavah manj dovzetni za pojav simptomov sekundarne travmatizacije. Na lestvici HADS, ki ocenjuje pojav simptomov anksioznosti in depresije, je v slovenskem vzorcu več pozitivnih izvajalcev na simptome anksioznosti (EIN 11 % in oddelek 10 %) kot depresije (oddelek 5 %), kar si lahko razlagamo s podatki iz tujih raziskav, ki kažejo več anksioznosti pri izvajalcih zdravstvene nege na urgentnih oddelkih in več depresivnih simptomov na oddelkih, kjer je več kroničnih bolnikov in višja stopnja umrljivosti.

V raziskavi sta uporabljena vprašalnika PTSS-10 in HADS, da bi ugotovili motnje v psihološkem stanju izvajalcev zdravstvene nege, ki bi lahko nastale zaradi narave njihovega dela. Čeprav imata vprašalnika odlično veljavnost in zanesljivost, nista uporabna pri diagnosticiranju posameznika z motnjo PTSM ali anksioznosti oziroma depresije po klasifikaciji DSM 4. Oba vprašalnika pa jasno identificirata posameznike, ki imajo psihološke simptome, ki vplivajo na njihovo počutje in delo, ter lahko povzročijo resnejše težave. Zaradi tega bi ti posamezniki potrebovali neko obliko obravnave oziroma pomoči (Mealer et al., 2006).

ZAKLJUČEK

Delo v zdravstveni negi je fizično, psihično in emocionalno zelo zahtevno. V zadnjem desetletju je bilo narejenih tudi veliko raziskav, ki govorijo o škodljivih vplivih skrbstvenega dela na izvajalce. Zato je zelo pomembno razširiti zavedanje zaposlenih in delodajalcev o negativnih posledicah in nevarnostih ter prevzeti čim več preventivnih ukrepov za njihovo preprečevanje in odpravljanje.

LITERATURA

- Crabbe J, Alexander DA, Klein S, Walker S, Sinclair J. Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses? *J Psych Med.* 2002; 19 (4): 121–124.
- Curtis JR. Is there an epidemic of burnout and post-traumatic stress in critical care clinicians? *American Journal of respiratory and critical care medicine.* 2007; 175: 634–639.
- Figley CR. *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* New York: Routledge; 1995.
- Figley CR. *Treating compassion fatigue.* New York: Routledge; 2002.
- McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of advanced nursing.* 2003; 44 (6): 633–642.
- Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Resp Crit Care Med.* 2006; 175: 693–697.
- Richter D, Berger K. Post traumatic stress disorder following patient assault among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BMC psychiatry.* 2006; 1–4.
- Rothschild B, Rand M. *Help for the helper. Self care strategies for managing burnout and stress.* New York: W. W. Norton & Company; 2006.
- Saakvitne KW, Pearlman LA. *Transforming the pain. A workbook on vicarious traumatization for helping professionals who work with traumatized clients.* New York: W. W. Norton & Company; 1996.
- Von Ruden KT, Hinderer KA, McQuillan KA, Murray M, Logan T, Kramer B, Gilmore R, Friedmann E. Secondary traumatic stress in trauma nurses: prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *Journal of trauma nursing.* 2010;17 (4):191–200.