

MEDOPERATIVNE AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE PRI GINEKOLOŠKI OPERACIJI PO NANDA TAKSONOMIJI

Medoperative activities of the health care in the gynaecological operation by NANDA taxonomia

**mag. Maja Kožuh, dipl. m. s., pred.
Zoran Topič, dipl. zn.**

Onkološki Inštitut Ljubljana, Oddelek za anestezijo

mkozuh@gmail.com
zoran.topic82@gmail.com

IZVLEČEK

Glavna naloga anestezijske medicinske sestre je izvajanje kakovostne medoperativne zdravstvene nege. Za opravljanje kakovostnega dela mora anestezijska medicinska sestra osvojiti ključne elemente, kot so ustrezno znanje, izkušnje, sposobnosti in povezovanje z drugimi člani multidisciplinarnega tima. Anestezijska medicinska sestra izvaja medoperativno zdravstveno nego v operacijskem okolju po načelu procesne metode dela. Oblikovanje negovalnih diagnoz je eden od najpomembnejših korakov v procesni obravnavi bolnice. Je odločilno dejanje v procesni metodi zdravstvene nege in je povezano z bolničnimi potrebami. Anestezijske medicinske sestre se vsakodnevno zavedamo pomembnosti negovalnih diagnoz pri našem delu.

Ključne besede: anestezijska medicinska sestra, procesna metoda dela, nanda, negovalne diagnoze

ABSTRACT

The main task of the anesthetic nurse is to provide quality intraoperative nursing care. In order to perform quality work, the anesthetic nurse must achieve key elements, such as appropriate knowledge, experience, skills and connections with other members of the multidisciplinary team. The anesthetic nurse performs intraoperative nursing care in the operating environment based on the principle of the process method of work. Creating nursing diagnoses is one of the most important steps in the treatment process of the patient. It is a decisive act in the process of nursing care and is associated with patient needs. Anesthetic nurses are daily aware of the importance of nursing diagnoses.

Keywords: anesthesia nurse, work according to the process method, nanda, nursing diagnosis

UVOD

Berger in sodelavci (2014) navajajo, da je splošna anestezija stanje reverzibilne izgube zavesti (nezavedanje ali farmakološki spanec), občutka za bolečino, mišičnega tonusa, zmanjšanega delovanja avtonomnega živčnega sistema in izgube spomina za čas, ko je bolnik v splošni anesteziji. Danes si medicine brez anestezije ne predstavljamo več, saj jo uporabljamo pri skoraj vseh operacijskih posegih. Anestezija spada v okvir anesteziološkega tima, kamor uvrščamo predoperativno pripravo, medoperativni in pooperativni nadzor bolnika ter zdravljenje akutne in kronične bolečine. Priprava bolnice na anestezijo je zahteven proces, v katerem sodelujejo vsi zdravstveni strokovnjaki. Anestezijska medicinska sestra (v nadaljevanju AMS) ima pomembno vlogo v celotnem poteku priprave bolnice na anestezijo in operacijo. Za kakovostno delo mora poznati osebnost bolnice in njene medicinsko-zdravstvene potrebe, vrsto anestezije in vrsto operacije. Poznati mora tveganja, povezana z anestezijo in operacijo ter ustrezne fizične in psihične načine priprave bolnice na anestezijo in operacijo (Brdnik, 2009). Pomemben element sodobne medoperativne zdravstvene nege je uporaba teoretičnih modelov

in aplikacija procesne metode (Volf, 2014). AMS mora le-to poznati in jo aplicirati v svoj vsakodnevni delovnik. Diagnosticiranje in postavitve negovalne diagnoze je pomemben segment procesa zdravstvene nege. V fazi postavitve negovalne diagnoze AMS naredi zaključke o pomenu zbranih podatkov, prepozna povezave med podatki, jih sistematično uredi in oblikuje negovalno diagnozo (Trobec, 2005 cited in Kramar & Strgar, 2014). Tavares Jomar in Souza Bispo (2014) procesno metodo dela v zdravstveni negi poimenujeta kot usmerjevalno metodo dela, katera usmerja delovanje anestezijskih medicinskih sester v njihovi vsakodnevni poklicni praksi, ter hkrati nudi strukturo, ki je skladna s posameznimi potrebami bolnice.

Namen prispevka je prikaz implementacije negovalnih diagnoz NANDA v medoperativni anestezijski zdravstveni negi.

Medoperativna zdravstvena nega

Eden izmed pomembnih načinov zdravljenja onkoloških ginekoloških bolnic je poleg radioterapije in sistemske terapije tudi kirurško zdravljenje. Na Onkološkem Inštitutu Ljubljana (v nadaljevanj OIL) se na oddelku za anestezijo in intenzivno terapijo operativnih strok dnevno srečujemo s tovrstnimi operacijami (Novak Supe, 2016). Zdravstvena nega pri anesteziji vključuje sklop nalog in opravil, ki je potreben za čim boljše psihofizično počutje, nemoten potek anestezije in varnost bolnice v času priprave na anestezijo, med izvajanjem anestezije in v času pooperativnega nadzora (Onkološki inštitut Ljubljana, 2016).

Na OIL anestezijska medicinska sestra sodeluje pri številnih vrstah ginekoloških operacij. Najpogostejše operacije, ki se izvajajo v okviru zdravljenja ginekoloških onkoloških bolnic, so:

- totalna odstranitev maternice z jajčniki,
- debulking,
- pelvična limfadenektomija,
- paraaortna limfadenektomija,
- posegi z intraoperativno intraperitonealno kemoterapijo,

- vulvektomija,
- histeroskopija (Piskernik Belina, 2016).

AMS se pri izvajanju anestezije pri ginekoloških operacijah dnevno srečuje s posebnostmi, katere pa so, seveda, odvisne od:

- vrste operacije – večja izguba krvi in premiki tekočin,
- nenačrtovane razširitve operacije – možnost sočasne resekcije trebušnih organov, zlasti črevesja,
- nepričakovanih komplikacij – prisotnost ascitesa in plevralnega izliva (Piskernik Belina, 2016).

Neposredna fizična in psihična priprava bolnice v operacijski dvorani na splošno anestezijo

Ob sprejemu v operacijskem bloku bolnico nagovorimo z njenim imenom in priimkom in s tem izvedemo prvo kontrolo ujemanja podatkov. Bolnico namestimo na operacijsko mizo, jo pokrijemo s toplo rjuho in ji nadenemo operacijsko kapo. Ves čas se trudimo za zagotavljanje intimnosti. Tako pripravljeno bolnico, skupaj z njeno dokumentacijo, peljemo v pripravljalni operacijski prostor, kjer sledita neposredna psihična in fizična priprava na operativni poseg in anestezijo. Neposredna fizična in psihična priprava bolnice na operacijo in anestezijo zajema pregled dokumentacije, preveriti je potrebno teščnost, ali je bolnica zaužila svojo redno terapijo ter vzpostaviti intravensko pot. Bolnico povprašamo in smo pozorni na morebitno prisotnost zobne proteze, nakita, ličil, slušnega aparata in leč. Bolnici nastavimo intravensko pot, veno kanilo velikosti vsaj 18G in nastavimo ustrezno infuzijsko raztopino, po dogovoru z anesteziologom (Skela Savič, et al., 2010).

Zavedati se moramo, da se strah ob prihodu v operacijski blok večinoma stopnjuje, zato se moramo ves čas truditi, da ga čimbolj zmanjšamo oz. omilimo. Pri tem zelo pomaga pogovor. Celotna ekipa se mora truditi, da je bolnica od prihoda v operacijski prostor čim manj sama. Pravilna komunikacija pri bolnici vzbuja zaupanje, povečuje vtis profesionalnosti in tako vsaj delno vpliva na zmanjšanje strahov. Ko zaključimo z neposredno

pripravo v pripravljalnem prostoru, in ko je operacijska soba pripravljena, bolnico premestimo iz pripravljalnega prostora v operacijsko sobo. Med transportom smo pozorni na intravensko pot in infuzijo. Bolnico namestimo v udoben položaj, toplo pokrijemo ter pričnemo s pripravami na anestezijo in operativni poseg (Skela Savič, et al., 2010).

Vloga anestezijske medicinske sestre pri ginekoloških operacijah

Kot smo že omenili, je potrebno, da med splošno anestezijo nadzorujemo več različnih funkcij celotnega telesa – tako obliko nadzora imenujemo monitoring. Obseg nadzora je odvisen od zahtevnosti operacije in splošnega stanja bolnice in zajema:

- nadzor srčnega ritma, frekvenco srčnega utripa in ST spojnice z elektrokardiografijo,
- merjenje koncentracije kisika in hlapnih anestetikov v dihalni zmesi med vdihom in izdihom,
- kapnografijo, ki omogoča merjenje in koncentracije CO₂ v dihalni zmesi ter merjenje koncentracije CO₂ na koncu izdiha,
- pulzno oksimetrijo, ki omogoča merjenje nasičenosti hemoglobina s kisikom v periferni krvi,
- merjenje pritiskov v anestezijskem dihalnem sistemu in merjenje dihalnega volumna in frekvence dihanja ter izračun minutnega volumna dihanja (Delagates, 2011).

Glede na bolnico in njene spremljajoče bolezni ter vrsto operativnega posega se po klinični presoji obvezni anesteziološki nadzor nadgradi s:

- spremljanjem globine anestezije z merjenjem in izračunavanjem bispektralnega indeksa,
- spremljanjem blokade živčno-mišičnega prenosa,
- vstavitvijo arterijske kanile, preko katere se invazivno neprekinjeno meri krvni tlak in izračunava srednji arterijski krvni tlak,
- spremljanjem urne diureze,
- vstavitvijo osrednjega venskega katetra in merjenjem osrednjega venskega tlaka,
- epiduralnim katetrom,

- nadzorom telesne temperature, pri posegih daljših od ene ure (Delagates, 2011).

Ginekološke operacije se na OIL izvajajo v splošni anesteziji z endotrahealno intubacijo in nadzorovano umetno ventilacijo. AMS po naročilu anesteziologa pripravi ustrezen anestetik, opioidni analgetik in mišični relaksant. Dušikov oksidol se izjemoma uporablja pri operacijah, ki ne trajajo več kot dve uri, in pri bolnicah, pri katerih ni povečane nevarnosti za nastanek postoperativne slanosti in bruhanja. Pri slednjih ima prednost popolna intravenska anestezija s propofolom. Pri umetni mehanski ventilaciji se uporablja volumsko ali tlačno nadzorovana ventilacija. Priporoča se dodatek PEEP do 5 mmHg. Po vzpostavitvi pnevmoperitoneja in namestitvi v Trendelenburgov položaj je potrebno povečati minutni volumen ventilacije za pospešeno odstranjevanje prekomerno absorbiranega CO₂, kar dosežemo predvsem s povečanjem frekvence dihanja (eTCO₂ 4-5kPa). Po koncu posega je obvezna antagonizacija živčnomišične blokade. Po uvodu v splošno anestezijo je nujno potrebna dobra fiksacija endotrahealnega tubusa in ustrezna zaščita oči. Zaradi spreminjanja naklona operacijske mize moramo pogosto medoperativno preverjati stanje dihalne poti in bolnico. Posebej previdni moramo biti pri bolnicah z veliko količino ascitesa, ker je možna nevarnost aspiracije. Prav tako je zelo pomembna zaščita pred pritiskom na izpostavljenih delih telesa. Da preprečimo kompartment sindrom spodnjih okončin ter kompresijskih in trakcijskih okvar živcev rok in nog, moramo poskrbeti za pravilno namestitev in pritrditev nog v opornice za ginekološki položaj ter rok v opornike za roke (Novak Supe, 2016).

Medoperativna zdravstvena negi v luči procesne metode dela in vloga anestezijske medicinske sestre

Pomemben element sodobne medoperativne zdravstvene nege je uporaba teoretičnih modelov in aplikacija procesne metode dela, iz katerih izhajajo naloge medicinske sestre (Volf, 2014).

Proces zdravstvene nege je sestavljen iz petih korakov, ki so medsebojno povezani:

- ocene pacientovega stanja,
- oblikovanja negovalne diagnoze,
- načrtovanja zdravstvene nege,
- implementacije in
- vrednotenja doseženega.

Vsak korak ima svoje specifičnosti in pravila, katerih namen je, da dosežemo specifičen cilj (Alfaro-LaFevre, 2006).

Takahashi in sodelavci (2008) opredeljujejo proces zdravstvene nege kot delovno metodo za načrtovanje terapevtskih aktivnosti. Načrt zdravstvene nege je pisni vodnik zdravstvene nege, narejen za posameznika in njegove potrebe. Pri pregledu literature več avtorjev ugotavlja, da je namenoma narejen tako, da so ustrezne aktivnosti zdravstvene nege natančno navedene in vpete v načrt (Lee in Chang, 2004 cited in Kramar & Strgar, 2014), ter da je kakovostna oskrba pacienta v zdravstvenih ustanovah odvisna od sposobnosti medicinskih sester, da izdelajo razumljiv načrt zdravstvene nege za posameznega pacienta (Ting-Ting, 2005 cited Kramar & Strgar, 2014).

Lunneyeva (2014) v svojem članku navaja, da so za diagnosticiranje bolničnih problemov, ocene tveganja pri bolnici ter pri promociji zdravja potrebne tri vrste kompetenc diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov. Le-te so spretnost medosebne komunikacije, tehnične in intelektualne kompetence.

Ugotavljanje pravilne in natančne negovalne diagnoze je integralni in neizogiben korak za definiranje odgovornosti diplomirane medicinske sestre in diplomiranega zdravstvenika pri obravnavi bolnice, hkrati pa tudi vodilo za prakso zdravstvene nege (Collins, 2013 cited in Strgar, 2016).

NANDA-I taksonomije

Namen NANDA-I taksonomije je, da:

- predstavlja model oz. miselni zemljevid znanja stroke zdravstvene nege,
- predstavlja urejeno strukturo znanja stroke,
- omogoča izmenjavo spoznanj v stroki,
- služi kot orodje kliničnega utemeljevanja,
- omogoča uporabo znanja stroke v elektronskih kliničnih sistemih (Herdman & Kamitsuru, 2014).

Medicinske sestre se ukvarjajo z odzivi posameznika, družine, skupin ali lokalne skupnosti na zdravstvena stanja/življenjske procese (Herdman & Kamitsuru, 2014). Taki odzivi so središče delovanja zdravstvene nege. Negovalne diagnoze so lahko usmerjene v probleme, promocijo zdravja ali potencialna tveganja (Herdman, 2012), zato jih razvrščamo v:

- *problem usmerjeno negovalno diagnozo* – klinična presoja o neželenem človekovem odzivu na obstoječe zdravstveno stanje/življenjski proces pri posamezniku, družini, skupini, lokalni skupnosti,
- *potencialno negovalno diagnozo* – klinična presoja o ranljivosti posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za razvoj neželenega človekovega odziva na zdravstveno stanje/življenjske procese,
- *negovalno diagnozo promocije zdravja* – klinična presoja o motivaciji in pripravljenosti za izboljšanje blagostanja in uresničevanja človekovega zdravstvenega potenciala. Ti odzivi se izražajo s pripravljenostjo za doseganje višje ravni določenih vedenj, povezanih z zdravjem, in se uporablja ne glede na zdravstveno stanje in pri posamezniku, družini, skupini ali lokalni skupnosti,
- *sindromsko negovalno diagnozo* – številčno omejena, a kot sindrom prisotna v NANDA-I taksonomiji. Sindrom je klinična presoja o specifičnem skupku negovalnih diagnoz, ki se pojavljajo skupaj in jih je najbolje obravnavati skupaj s podobnimi intervencijami.

Proces diagnosticiranja v praksi

Osnova zdravstvene nege kot strokovne prakse je negovalni proces. Njegov zaščitni znak so negovalne diagnoze in predstavljajo eno najpomembnejših komponent procesa zdravstvene nege (v nadaljevanju PZN) tako v samostojni vlogi kot v vlogi sodelovanja z ostalimi zdravstvenimi delavci. Negovalne diagnoze so osnova za vsakodnevno profesionalno delo medicinskih sester ne glede na okolje (Herdman, 2012). Mednarodno priznane komponente PZN so:

1. pregled,
2. diagnosticiranje,
3. prepoznavanje rezultatov,
4. načrtovanje,
5. izvedba in
6. ocenjevanje (Herdman, 2012).

Čeprav so predstavljene kot koraki, je PZN v bistvu dinamičen medsebojno povezan proces. Ocenjevanje bolnikovega stanja je začetna in hkrati najbolj kritična faza PZN (Herdman & Kamitsuru, 2014), ki vpliva na izpeljavo vseh ostalih faz PZN, najprej pa na identifikacijo negovalnih diagnoz. Pomeni sistematično in kontinuirano zbiranje, analiziranje ter vrednotenje podatkov in informacij o tem, kako se bolnik odziva na svoje zdravstvene težave (Taylor, et al., 2011). Če je ocena stanja izvedena pravilno in negovalne diagnoze dejansko odražajo bolnikovega stanje, potem bo bolnik deležen zdravstvene nege, ki jo potrebuje. V nasprotnem primeru se lahko celotna obravnava bolnika odvija v zgrešeno smer, ker ne bo obravnavan v skladu s svojimi dejanskimi potrebami, ali pa bodo nekatere njegove potrebe celo spregledane. Ocena stanja zato ne sme biti izvedena površno in na hitro brez poglobljanja, ravno tako pa tudi ni priporočljivo, da se v oceni stanja izhaja zgolj iz medicinske diagnoze. Temeljiti mora na oceni človekovega odziva na zdravstvene težave ali na življenjske situacije/procese oz. pacientovo nezmožnost odziva (Herdman & Kamitsuru, 2014). Vsak bolnik je enkratno, neponovljivo, celovito in kompleksno delujoče bitje, ki v povezavi z okoljem funkcionira na svojstven način. Njegovi odzivi na spremenjeno zdravstveno stanje ali neko življenjsko

situacijo so nepredvidljivi in značilni samo zanj, ker temeljijo na osebni izkušnji (Herdman, 2012). Zato je predvidevanje, da bodo bolniki v isti situaciji potrebovali isto, lahko le neko začetno hipotetično razmišljanje, ki pa ga mora medicinska sestra preveriti pri vsakem posameznem bolniku (Herdman & Kamitsuru, 2014). Ocenjevalni okvir, s pomočjo katerega medicinska sestra ocenjuje bolnikovo stanje, mora temeljiti na klinično preverljivih dejstvih in mora biti v skladu s strokovnim področjem zdravstvene nege. Diagnostični proces ali diagnosticiranje v zdravstveni negi zajema prvo (ocenjevanje) in drugo fazo procesa zdravstvene nege (identifikacija negovalnih diagnoz) (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Implementacija negovalnih diagnoz NANDA-I v medoperativno anestezijsko zdravstveno nego

Sestavni del strukturiranega procesa zdravstvene nege je ugotavljanje negovalnih diagnoz. Ugotavljanje negovalnih diagnoz je ključnega pomena tudi pri izvajanju medoperativne anestezijske zdravstvene nege. Za njihovo pravilno oblikovanje so potrebni: teoretično znanje, praktične izkušnje in sposobnost kritičnega razmišljanja AMS. Paans in Müller-Staub (2015) v svojem članku ugotavljajo, da je za oblikovanje negovalnih diagnoz potrebno veliko teoretičnega znanja in spretnosti. Navajajo, da stopnja izkušenosti medicinskih sester pomembno in pozitivno vpliva na natančnost negovalnih diagnoz. Na znanje in izkušnost medicinskih sester vpliva več faktorjev, in sicer znanje na področju povezovanja podobnih primerov, večšine in sposobnosti, ki jih pridobijo z izobraževanjem. V nadaljevanju bomo predstavili najpogostejše negovalne diagnoze, s katerimi se vsakodnevno srečujemo v medoperativni anestezijski zdravstveni negi. Večina le-teh je potencialnih, saj si s pravilno postavljenimi negovalnimi diagnozami zastavimo realne cilje in s tem posledično pravilno načrtujemo in izvajamo medoperativne aktivnosti anestezijske zdravstvene nege.

Negovalna diagnoza: STRAH (koda: 148)

Domena 9: Obvladovanje/Toleranca na stres

Razred 2: Odziv na stres

Definicija: odziv na neznano grožnjo, ki je zavestno prepoznana kot nevarnost.

Tabela 1: Kazalniki in vzroki za negovalno diagnozo strah

<i>Diagnostični kazalniki – spoznavni, vedenjski in fiziološki</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• zaskrbljenost,• razburjenost,• nemir,• zmanjšanje samozaupanja,• občutek panike,• premembe v fiziološkem odgovoru – povišan krvni tlak, srčni utrip, frekvenca dihanja,• negotovost,• naraščanje verbalnega izražanja strahu,• močnejša napetost mišic,• vedno pogostejše spraševanje in iskanje informacij,• razširjene zenice.	<ul style="list-style-type: none">• pomanjkanje znanja,• neznano okolje,• jezikovne bariere,• prva hospitalizacija,• kirurški poseg,• anestezija,• prva hospitalizacija,• odpust iz bolnišnice.

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- bolničina zaskrbljenost bo zmanjšana ali odpravljena,
- bolnica bo pomirjena,
- bolnica bo ustrezno informirana,
- bolnica bo zaupala anestezijskem timu.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnico ob sprejemu v operacijski blok toplo pozdravimo in se predstavimo z imenom in priimkom,
- bolnici med pripravljanjem na začetek operacije razložimo potek le-te in si med samim pogovarjanjem pridobimo zaupanje,
- bolnici razložimo posebne pristope dela v operacijskem bloku,
- bolnici ponudimo možnost pogovora z ostalim timom operacijskega bloka,
- bolnici ponudimo dostopno obliko razvedrila (glasba po njihovi izbiri),

Vrednotenje:

- občutek strahu pri bolnici je zmanjšan,
- bolnica zaupa anestezijskem timu,
- bolnica je ustrezno informirana,
- bolnica se bolje počuti.

Negovalna diagnoza: MOTENA INTEGRITETA KOŽE (koda: 46)

Domena 11: Varnost/Zaščita

Razred 2: Fizična poškodba

Definicija: spremenjena povrhnjica in/ali usnjica.

Tabela 2: Kazalniki in vzroki za negovalno diagnozo motena integriteta kože

<i>Diagnostični kazalniki & spremljajoči dejavniki – zunanji in notranji</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• sprememba v integriteti kože,• tujek, ki predira kožo;	<ul style="list-style-type: none">• dolgotrajno ležanje na operacijski mizi zaradi operativnega posega,• trda in groba podloga na operacijski mizi,• gube na podlagi,• dolgotrajen pritisk na kostne izbokline• vlažnost kože.
<i>Spremljajoči dejavniki – zunanji</i>	
<ul style="list-style-type: none">• vlažnost kože,• ekstremiti v starosti,• hipertermija,• hipotermija,• mehanski dejavniki,• vlaga okolja,• obsevanje,• farmacevtska učinkovina;	
<i>Spremljajoči dejavniki – notranji</i>	
<ul style="list-style-type: none">• spremembe v volumnu tekočine,• spremembe v metabolizmu,• spremembe v občutju,• sprememba v turgorju kože,• imunska pomanjkljivost,• motena cirkulacija,• pritisk na kostne izbokline.	

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- cirkulacija krvi na ogroženih mestih pri bolnici bo nespremenjena oz. nemotena,
- ogroženi deli telesa bodo pri bolnici razbremenjeni,
- pri bolnici bo koža ostala nespremenjena.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnico v sprejemnem prostoru v operacijskem bloku namestimo na pripravljeno operacijsko mizo,
- operacijska miza mora biti zaščitena z mehko in ogreto tkanino,
- zaščitna tkanina na operacijski mizi mora biti napeta – brez gub,
- razbremenimo pritisk izpostavljenih delov telesa s pomočjo namenskih blazin iz gela in ostalimi pripomočki,
- v operacijski dvorani po razkuževanju operativnega polja odstranimo morebitne mokre podloge,
- pozorni smo na pravilno namestitev položaja pri bolnici,
- pozorni smo na bolničino normotermijo.

Vrednotenje:

- pri bolnici ni prišlo do poškodbe kože.

Negovalna diagnoza: BOLEČINA (koda 132)

Domena: Udobje

Razred 1: Fizično udobje

Definicija: neprijetna senzorična ali čustvena izkušnja, ki je povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva ali z opisom v smislu takih poškodb; nenaden ali postopen pojav katerekoli stopnje bolečine, od blage do hude, s pričakovanim ali predvidljivim koncem.

Tabela 3: Kazalniki in vzroki za negovalno diagnozo bolečina

<i>Diagnostični kazalniki</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• sprememba fizioloških parametrov – krvnega tlaka, srčnega utripa, saturacije kisika, koncentracije CO₂,• diaforeza,• ocena bolečine, izmerjena z uporabo standardizirane lestvice za oceno bolečine,• izrazno vedenje – nemir,• izraz bolečine na obrazu,• izbira položaja za lajšanje bolečine,• poročanje o jakosti bolečine z uporabo standardizirane lestvice za oceno bolečine.	<ul style="list-style-type: none">• stanje po operaciji,• pooperativna rana,• transport bolnice iz operacijske dvorane v prebujevalnico,• prelaganje bolnice iz operacijske mize na posteljo v prebujevalnici,• nepravilna namestitev položaja med operacijo,• nepravilna namestitev opornic med operacijo.
<i>Spremljajoči dejavniki</i>	
<ul style="list-style-type: none">• biološki škodljivi dejavniki – okužba, ishemije.• kemični škodljivi dejavniki – opekline.• fizikalni škodljivi dejavniki – absces, amputacija, opekline, vreznina, operativni poseg.	

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- pri bolnici bo bolečina omiljena,
- odkriti bodo dejavniki, ki lahko vplivajo na pojav bolečine,
- bolnica bo ocenjevala bolečino z VAS < 3,
- pri bolnici bo zagotovljeno dobro počutje,
- bolnica bo brez bolečin pri gibanju.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- opazovanje in nadzorovanje bolnice,
- merjenje vitalnih funkcij – med potekom operacije 5 minut/
prebujevalnica 15 minut,
- namestitvev bolnice pred začetkom operacije in po sami operaciji v
ugoden telesni položaj,
- ocenjevanje bolečine po VAS lestvici,
- aplikacija predpisane analgetične terapije,
- poučevanje bolnice o uporabi protibolečinske črpalke,
- upoštevanje bolničine želje za aktivno sodelovanje,
- bolnico poučimo o pravilni oceni bolečine.

Vrednotenje:

- bolečina je omiljena,
- VAS < 3
- zagotovljeno je dobro počutje.

**Negovalna diagnoza: NEVARNOST POŠKODBE ZARADI
OPERATIVNEGA POLOŽAJA (koda: 87)**

Domena 11: Varnost/Zaščita

Razred 2: Fizična poškodba

Definicija: dovzetnost za nenamerne anatomske in fizične spremembe, ki so posledica položaja ali opreme, uporabljene med invazivnimi/kirurškimi posegi, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Tabela 4: Dejavniki tveganja in vzroki za negovalno diagnozo nevarnost poškodbe zaradi operativnega položaja

<i>Dejavniki tveganja</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• dezorientiranost,• edem,• shujšanost,• imobilizacija,• mišična oslabeledost,• debelost,• motnje občutenja in zaznavanja zaradi anestezije.	<ul style="list-style-type: none">• pomanjkanje znanja,• neupoštevanje bolničine zmožnosti gibljivosti,• nepravilna namestitev lege pregibov pri bolnici pred in med izvajanjem zahtevane operacije,• nepravilna menjava bolničine lege na operacijski mizi med izvajanjem operacije,• nepravilna namestitev zaščitnih pasov za noge, boke in roke.

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- pri namestitvi bolnice v zahtevani položaj za operacijo ne bo prišlo do poškodbe,
- pri menjavi bolničine lege med izvajanjem operacije ne bo prišlo do poškodbe.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- pri nameščanju bolnice v ustrezen položaj – ginekološki položaj – je potrebno upoštevati predhodne operacije, poškodbe, stopnjo gibljivosti udov in ostale posebnosti,
- med operacijo je potrebno po vsaki spremembi položaja preveriti lego bolničnih udov,
- spreminjanje lege mora biti postopno in pod stalnim nadzorom
- pozorni smo na pravilno namestitev pasov za pritrditev bolničinega trupa, rok in ostalih pripomočkov,
- po končani operaciji je potrebno bolnico namestiti v nevtralni položaj,
- pozorni smo na pravilno nameščeno povratno elektrodo in vse ostale napeljave,
- po končani operaciji je potrebno preveriti bolnično kožo in stanje okončin.

Vrednotenje:

- med izvajanjem zahtevane operacije pri bolnici ni prišlo do poškodbe.

Negovalna diagnoza: NEVARNOST PERIOPERATIVNO

HIPOTERMIJO (koda: 6)

Domena 11: Varnost/Zaščita

Razred 6: Termoregulacija

Definicija: dovzetnost za nenamerni padec temperature telesnega jedra pod 36 °C v času ene ure in prej kot 24 ur po operaciji, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Tabela 5: Dejavniki tveganja in vzroki za negovalno diagnozo nevarnost perioperativne hipertermije

<i>Dejavniki tveganja</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• fizično stanje po klasifikaciji Ameriškega združenja anesteziologov (ASA > 1),• srčno-žilni zapleti,• kombinacija področne in splošne anestezije,• diabetična nevropatija,• prenos temperature – velika količina neogrete infuzije, spiranje z neogreto tekočino > 20 litrov),• nizka telesna teža,• nizka temperatura okolja,• nizka telesna temperatura pred operacijo (< 36 °C),• kirurški poseg.	<ul style="list-style-type: none">• hladen operacijski blok,• hladen operacijski prostor,• neuporaba grelnih podlog in rjuh,• neuporaba grelnih blazin,• izpiranje operativne rane z neogretimi tekočinami,• hladne komprese v operativnem polju,• hladne infuzijske tekočine.

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- bolničina temperatura bo s pomočjo ogrevanja 36,6 °C,
- bolničina koža bo topla,
- bolničina temperatura bo merjena tekom celotne operacije,
- vitalne funkcije bodo stabilne,
- »Shivering« (drgetanje) ne bo prisoten.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- ureditev ustrezne mikrokline,
- bolnico pokrijemo z ogreto odejo,
- uporaba grelnih pripomočkov,
- kontinuirano merjenje telesne temperature,
- uporaba ogrevane intravenozne tekočine.

Vrednotenje:

- telesna temperatura pri bolnici je nespremenjena,
- bolnico pri zbijanju iz anestezije ne zebe.

Negovalna diagnoza: NEVARNOST ZA SUHOST OČESA (koda 219)

Domena 11: Varnost/Zaščita

Razred 2: Fizična poškodba

Definicija: dovzetnost za nelagodje očesa ali poškodbe roženice in veznice zaradi zmanjšane količine in kakovosti solz, ki vlažijo oko, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Tabela 6: Dejavniki tveganja in vzroki za negovalno diagnozo nevarnost za suhost oči

<i>Dejavniki tveganja</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• starost,• avtoimune bolezni – revmatoidni artritis, sladkorna bolezen, bolezen ščitnice,• uporaba kontaktnih leč,• okoljski dejavniki – klimatska naprava,• ženski spol,• hormonska sprememba,• mehanska ventilacija.	<ul style="list-style-type: none">• kirurški poseg v splošni anesteziji in s tem onemogočeno naravno vlaženje oči.

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- bolničine oči bodo med potekom anestezije ostale primerno navlažene,
- pri bolnici ne bo prišlo do poškodbe oči.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- po indukciji bolničine oči namažemo z ustreznim mazilom,
- bolničine veke ustrezno zaščitimo pred odpiranjem,
- čez bolničino čelo in oči namestimo vatiranec.

Vrednotenje:

- bolničine oči so primerno vlažne,
- bolničine oči niso poškodovane.

**Negovalna diagnoza: NEVARNOST ZA ALERGIJSKO REAKCIJO
(koda 217)**

Domena 11: Varnost/Zaščita

Razred 5: Obrambni procesi

Definicija: dovzetnost za pretiran imunski odziv ali reakcijo na snovi, kar bi lahko ogrozilo zdravje.

Tabela 7: Dejavniki tveganja in vzroki za negovalno diagnozo nevarnost za alergijsko reakcijo

<i>Dejavniki tveganja</i>	<i>Vzroki, ki so privedli do negovalne diagnoze</i>
<ul style="list-style-type: none">• izpostavljenost alergenu – farmacevtska učinkovina,• izpostavljenost alergenu v okolju,• izpostavljenost toksičnim kemikalijam – razkužila za pripravo operativnega polja.	<ul style="list-style-type: none">• neupoštevanje predhodno znane alergije,• uporaba samolepilnih obližev in kompres,• uporaba različnih razkužil za pripravo operativnega polja.

Vir: Herdman & Kamitsura (2017)

Kratkoročni in dolgoročni cilji:

- pri bolnici ne bo prišlo do alergične reakcije,
- ob morebitnih znakih na alergično reakcijo pri bolniki takoj ustrezno ukrepamo.

Načrtovanje aktivnosti zdravstvene nege:

- preverimo morebitne predhodne alergije,
- ob prvih znakih alergične reakcije odstranimo morebitni alergen,
- izvajanje nadaljnjih intervencij po naročilu zdravnika.

Vrednotenje:

- pri bolnici ni prišlo do alergijske reakcije.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Vsak izmed nas, skoraj brez izjeme, vstopi v operacijski prostor z določenimi strahovi in pričakovanji. Ljudje nismo samo fizična bitja, ampak tudi duševna, socialna in duhovna. Prav zaradi tega dejstva je ena izmed pomembnih lastnosti AMS sočutnost. Anestezijska zdravstvena nega zajema psihično in fizično pripravo bolnice na operacijo, predoperativni anestezijski pregled, transport ter neposredno pripravo bolnice na operacijo v operacijski dvorani. AMS skupaj z anesteziologom skrbi za bolnico. Glavna naloga anestezijskega tima je zagotavljanje kakovostne in varne medoperativne zdravstvene nege. Skupaj nadzirata in vzdržujeta življenjske funkcije, globino anestezije, bolnico opazujeta in zagotavljata varnost. AMS izvaja medoperativno zdravstveno nego po načelu procesne metode dela. Zdravstvena nega potrebuje avtonomnost delovanja in popolno odgovornost za ravnanje. To pa je področje negovalnih diagnoz, področje, ki nam omogoča diagnosticiranje v zdravstveni negi. Negovalne diagnoze so orodje, ki omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo bolnice, spremljanje opravljenega dela, kazalnikov kakovosti in natančnejše dokumentiranje. S pomočjo uporabe negovalnih diagnoz pri bolnici zagotavljamo kontinuirano in kakovostno zdravstveno nego, dobro komunikacijo med člani zdravstvenega tima in osnovo za nadaljnje raziskovanje. Pionirka na tem področju je bila vsekakor Florence Nightingale, saj je že leta 1850 zagovarjala redno zbiranje in obdelavo podatkov o bolnikovem zdravstvenem stanju ter skrbno pisanje pripomb oziroma ugotovitev zdravstvenega tima. Pomembnosti uporabe procesne metode dela in posledično negovalnih diagnoz pa se pri svojem delu zavedamo tudi AMS na OIL.

LITERATURA

Alfaro-LaFevre, R., 2006. *Applying nursing process – a tool for critical thinking*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 4–41.

Berger, J., Mušič, P., Logar Zakrajšek, B., Mekiš, D., 2014. Preprečevanje in ukrepanje v primeru zavedanja med splošno anestezijo. *Zdravniški vestnik* 83(6), pp. 137–146.

Brdnik, B., 2009. *Priprava bolnika na anestezijo in operacijo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 1.

Delagates, A. H., 2011. American Society of Anesthesiologists. In Vrbančič, S. *Zdravstvena nega pacienta pred, med in po splošni anesteziji*. Maribor: Univerza v Mariboru, fakulteta za zdravstvene vede, pp 1–3.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega. 2. dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Herdman, T. H., ed., 2012. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2012–2014*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S., eds., 2014. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2015-2017*. Chichester: Wiley Blackwell.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S., eds., 2017. *NEGOVALNE diagnoze NANDA Internacional: definicije in klasifikacije 2015–2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kramar, Z., & Strgar, M., 2014. Dokumentiranje v zdravstveni negi skozi strukturiran načrt zdravstvene nege z uporabo negovalnih diagnoz in razvijanjem informacijske podpore. In Štemberger Kolnik, T. eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi [Elektronski vir] : zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo. 14. simpozij zdravstvene in babiške nege*. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 28.

Lunney, M., 2014. Use of Critical Thinking in the Diagnostic Process. *International Journal of Nursing Terminology Classifications* 21(2), pp. 82–88.

Novak Supe, B., 2016. *Anestezija za ginekološke laparoskopske posege na OI: Interni protokol. Neobjavljeno gradivo*. Verzija 1. Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za anesteziologijo in zdravljenje bolečine.

Onkološki inštitut Ljubljana, 2016. *Standard zdravstvene nege pri anesteziji. Neobjavljeno gradivo*. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana: Dejavnost zdravstvene nege in oskrbe bolnika.

Paans, M. & Müller-Staub, M., 2015. Patient's care needs: documentation analysis in general hospital. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(4), pp. 178–186.

Piskernik Belina, J., 2016. *Anestezija za ginekološke laparotomijske operacije: Interni protokol. Neobjavljeno gradivo*. Verzija 1. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za anesteziologijo in zdravljenje bolečine.

Savić, S., Kaučič, B. M., Filej, B., Skinder Savić, K., Mežik Veber, M., Romih, K. eds., 2010. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: Izbrana poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 407–410.

Strgar, M., 2016. *Znanje in uporabnost negovalnih diagnoz v praksi kot vidik profesionalizma v zdravstveni negi: magistrska naloga*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 32–38.

Takahashi, A. A., Bottura Leite de Barros, A. L., Michel, J. L. M., Fernandes de Souza, M., 2008. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Sao Paulo: Acta Paul Enferm*, 21, pp. 32–38.

Tavares Jomar, R. & Souza Bispo, V. R., 2014 .The most common nursing diagnosis among adults/seniors hospitalised with cancer: integrative review. *Ecancermedicalscience*, 8 (462), pp. 1–2. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4162679/> [25. 9. 2018].

Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., Lynn, P., 2011. *Fundamentals of Nursing – The Art and Science of Nursing Care, 7th ed.* Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Volf, R., 2014. *Varnost pacienta pred, med in po anesteziji: diplomsko delo visokošolskega študija*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 4.