

PREPREČEVANJE DEJAVNIKOV TVEGANJA PRED OPERATIVNIM POSEGOM IN PO NJEM

PREVENTION OF RISK FACTORS BEFORE AND AFTER SURGICAL PROCEDURE

Irena Buček Hajdarevič, Zorica Kardoš

UDK/UDC 617-089.163-06

DESKRIPTORJI: *predoperativna oskrba; intraoperativne komplikacije; pooperativne komplikacije*

DESCRIPTORS: *preoperative care; intraoperative complications; postoperative complications*

Izvleček – *Delo medicinske sestre pri anesteziji vključuje postopke zdravstvene nege v predoperativnem, medoperativnem in pooperativnem obdobju. Uvajanje procesa zdravstvene nege pri anesteziji zagotavlja celovito obravnavo bolnika, kakovostnejšo oskrbo in nadzor. Vključuje standardizacijo negovalnih postopkov in medicinsko tehničnih posegov ter psihično pripravo bolnika na operativni poseg.*

Vsaka anestezija in operativni poseg predstavljata stres, ki ga strah še potencira, posledica tega pa so negativni patofiziološki učinki na ves organizem. Pomemben element v psihični pripravi bolnika je predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji. Ta omogoča vzpostavitev pozitivne komunikacije in ugotavljanje potreb ter pričakovanj bolnika.

Študije so pokazale, da je ta način zmanjševanja strahu uspešnejši kot predpisovanje pomirjeval. Predoperativna priprava, predvsem emocionalna podpora zmanjša bolnikovo stisko, pospešuje okrevanje, zmanjša potrebo po analgetikih, zmanjša pooperativne zaplete in skrajša hospitalizacijo.

Predoperativna vizita medicinske sestre humanizira dosedanje anesteziološko prakso, medicinska sestra pri anesteziji pa tako stopi iz anonimnosti operacijske dvorane.

Abstract – *The work of an anaesthesia nurse comprises the proceedings of nursing care in preoperative, interoperative and postoperative period. The introduction of nursing care process in anaesthesia enables holistic treatment of patients, quality of care and surveillance. It includes the standardization of nursing measures and medical technical procedures and psychological preparation of a patient for operation.*

Each anaesthesia and operation are stressful, intensified by fear, and the pathophysiological consequences for the entire organism are negative. An important element of psychological preparation of a patient is the preoperative visit of anaesthesia nurse which enables positive communication and the statement patient's needs and expectations.

Studies have shown that the diminishment of fear, performed in this way is more successful than prescribing of anxiolytics. Preoperative preparation and even more so emotional support diminish patient's distress, fastens recovery and diminishes the need for analgetics as well as postoperative complications and shortens hospitalization.

Preoperative visit of an anaesthesia nurse humanizes the existing anaesthesia practice; moreover, anaesthesia nurse in this way emerges from the anonymity of the operating theatre.

Uvod

Medicinske sestre pri anesteziji srečujemo bolnike v različnih situacijah in fazah bolezni. Ko pride bolnik v operacijsko dvorano, imamo na voljo malo časa, da bi se z njim optimalno ukvarjali. Pripravimo lahko le učinkovine, pripomočke in aparature za anestezijo in nadzor ter fizično pripravimo bolnika za anestezijo in operacijo. Pri večini bolnikov zaznamo, da jih je strah in da so v stiski, vendar imamo premalo časa, da bi se z njimi pogovorili in jih pomirili.

Vsak operativni poseg je stres in ima negativne patofiziološke učinke na ves organizem. Strah in stres negativne patofiziološke učinke še potencirata, kar negativno vpliva tudi na potek anestezije, pooperativno okrevanje, zaznavanje bolečine in kot skupek vseh negativnih učinkov tudi podaljša čas hospitalizacije.

Z uvedbo vizite nastaja novo področje delovanja medicinskih sester pri anesteziji. Tako bo medicinska se-

stra pri anesteziji pred anestezijo šla k bolniku, ga spoznala, se z njim pogovorila, ugotovila njegove potrebe in pričakovanja in ga pomirila.

S tem bomo bistveno izboljšali psihofizično ugodje bolnika ter pripomogli k varnejši izvedbi anestezije in operacije z ugodnejšim izidom. Nadalje bomo že med vizito lahko določili standard postopkov za optimalno fizično pripravo bolnika.

Opredeleitev problema

Hospitalizacija že sama po sebi vzbuja nelagodje in strah. Tesnoba se poveča, ko bolnik izve, da bo operiran in narašča vse do začetka anestezije. Študije so pokazale, da strah ne vpliva samo na potek anestezije, ampak podaljšuje tudi pooperativno okrevanje. V različnih študijah o vplivu strahu in stresa na anestezijo so želeli poiskati medsebojno vzročno odvisnost med

starostjo, spolom, težo, konstitucijo, jemanjem sedativov, socialnim statusom, lokalizacijo in obsegom operativnega posega. Pogosto je odločilno vzročno zvezo težko najti.

Strah je največji med 20. in 60. letom starosti, ženske pokažejo več strahu kot moški. Prav tako je bolj strah bolnike z večjimi operativnimi posegi kot tiste z manjšimi operacijami.

Predoperativno se strah lahko odrazi na bolniku bolj kot zdravstveni problem. Za vsakega človeka je določena raven strahu del njegove osebnosti in tako včasih niti ni nujno, da je raven strahu pogojena z obsežnostjo zdravstvenega problema. Dokazano pa je, da vodi strah k slabšemu fizičnemu okrevanju in ozdravljenju (Ramsay et al., 1988).

Bolniki z visoko ravniyo strahu si le-tega vtisnejo v zavest, kasneje pa se stresna raven zelo težko zniža. Ti bolniki zahtevajo, da se veliko ukvarjamo z njimi, da jih imamo ves čas pod nadzorom in si ne morejo predstavljati, da bi bili sami.

Druga skupina bolnikov strah zataji, o njem ne govorijo, ga skrivajo, čeprav so v hudem stresnem stanju. Zavestno se trudijo, da strahu ne pokažejo. Tudi ti bolniki zahtevajo veliko našega truda in časa, da jim strah omilimo (Anderson, 1987).

Manifestacije strahu so različne in bolnike lahko delimo v skupine:

- 0 – bolniki brez strahu,
- 1 – bolniki z malo strahu,
- 2 – bolniki z zmernim strahom,
- 3 – bolniki s hudim strahom,
- 4 – panični bolniki.

Mnogi bolniki ne pričakujejo veliko pomoči zdravstvenega osebja za emocionalne težave pred operacijo. Nasplošno težko govorijo o svojih emocionalnih težavah, saj so prepričani, da dajejo zdravniki in medicinske sestre prednost fizičnim problemom in so le redko pripravljeni reševati emocionalne vidike bolezn.

Prav zato si mora medicinska sestra pri anesteziji pridobiti zaupanje bolnika, razpravljati z njim o težavah oziroma pričakovanjih, ki si jih sam ne zna razložiti, in tudi o uspešnosti anestezijskega postopka (Long, Phipps, 1985). Razložiti mu mora, da bo za njega skrbela skupaj z zdravnikom ves čas pred operacijo in med njo in da bo prisotna med zbujanjem iz anestezije. Študije so pokazale, da je ta način zmanjševanja strahu najbolj uspešen, bolj kot pomirjenje s sedativi in bolj kot podrobna informacija o naravi ter izvoru bolezni in posameznih postopkih, ki bodo izvedeni med anestezijo oziroma operacijo.

Pri nekaterih bolnikih lahko povzroči podrobna informacija celo nasprotni učinek, torej strah še poveča. Vendar pa se drugi negativni dejavniki zmanjšajo, npr. slabost in tresenje, bruhanje po operaciji, zbujanje je hitrejše.

Stiska in strah povzročita nasprotje med predhodnim pričakovanjem bolnika in realnim dogajanjem. Če bolnik misli, da sam za svoje okrevanje ne more nič narediti, se pojavita negiranje in stiska. Naučiti ga moramo, da dobi občutek lastne kontrole, da razvije realna pričakovanja o tem, kaj se bo z njim dogajalo, da si zgradi občutek samopomoči in da ima čustva v dani situaciji pod nadzorom (Phipps, Long, Woods, 1979).

Predoperativna priprava, predvsem emocionalna podpora, zmanjšuje bolnikovo stisko, pospešuje okrevanje, zmanjša potrebo po analgetikih, zniža število pooperativnih zapletov in skrajša hospitalizacijo (Elsass et al., 1987).

Metode dela

Raziskavo sva izvedli na podlagi že izdelanih dveh protokolov: za izvajanje predoperativne vizite in ocene bolnika v prebujevalnici, izdelanih navodil za izpolnjevanje protokola, standardov zdravstvene nege pri anesteziji in zdravstvene nege v pooperativnem nadzoru, protokola ocene tveganja po American Society of Anaesthesiologists (ASA) in vizualne analogne skale za oceno bolečine.

Oba protokola vsebujeta splošne podatke o bolniku, vse ocenjevalne lestvice, podatke o predhodnih informacijah o bolečini, o postopkih med operativnim zdravljenjem in pooperativnem okrevanju.

Z obema protokoloma medicinska sestra pri anesteziji ocenjuje količino in kakovost svojega dela.

Navodila za izpolnjevanje protokola

Da zagotovimo diskretnost bolnikove osebnosti, označimo bolnika samo z začetnima črkama imena in priimka.

Občutek strahu objektivno ocenjujemo z naslednjimi stopnjami:

- 0 – brez strahu – normalno v pogovoru;
- 1 – malo strahu – negotovost v odgovorih;
- 2 – zmeren strah – prestrašen pogled, potne roke, pretirana gestikulacija, nezanesljivi odgovori;
- 3 – hud strah – bolnik je bled, znojen, roke so potne in se mu tresejo, jecljajoče odgovarja na vprašanja in ga samo z razgovorom ne moremo pomiriti, ima povišan srčni utrip in pospešeno dihanje;
- 4 – panika – simptomi so enaki kot pri točki 3, le da ob tem še joka, kriči, se brani medicinsko-tehničnih posegov in odklanja vsak dotik in razgovor s terapevtom. Utrip srca je zvišan ali celo znižan, dihanje je neenakomerno.

Subjektivno oceno strahu primerjamo v pogovoru z bolnikom z objektivnimi kazalci, ker je možno, da bolnik strah priznava, potencira ali ga zavestno prikriva.

Pri oceni strahu med pripravo bolnika ne moremo dobiti ustreznih odgovorov, kadar:

- so zaspani (pod vplivom premedikacije),
- je motena zavest, (od somnolence do globoke kome),
- objektivno ni časa (medicinska sestra pri anesteziji ima preveč dela s pripravami),
- subjektivno ni časa (medicinska sestra pri anesteziji ni zainteresirana za pogovor z bolnikom).

Praviloma bi morali imeti vsi bolniki izpolnjeno in podpisano pisno privolitev za anestezijo. Za anestezijo otrok in motenih oseb privolitev obvezno podpišejo starši, svojci ali skrbniki.

Bolnikova dokumentacija obsega:

- popis bolezni,
- temperaturni list,
- izvide: EKG, RTG (pri starejših nad 40 let), laboratorijski izvidi in specialni izvidi pri določenih boleznih.

Bolečino ocenjujemo po vizualni skali od 1 do 10, ko je bolnik pogovorljiv in priseben. Pri daljših anestezijah pa ob prihodu v prebujevalnico ocenjujemo bolečino glede na objektivne znake (potenje, zvišan utrip srca, spremembe mimike obraza, obrambni gibi ekstremitet) z numerično skalo vizualne analogne skale za oceno bolečine.

Protokol za izvajanje vizite

Klinika: _____

OP soba: _____

OP: _____

Bolnik: _____ M Ž

Starost: _____ let ASA: 1 2 3 4 5

– Vizita: medicinska sestra: _____ Kdaj (datum, ura):

– Stik z bolnikom: – bolnik sodeluje v razgovoru

– dober

– bolnik nezainteresiran

– Bolnik seznanjen z OP: da ne

– Bolnik seznanjen s postopki priprave na anestezijo: da ne

– Bolnik seznanjen s postopki zdravljenja bolečine da ne

– Pisna privolitev podpisana: da ne

– Pregled dokumentacije: popolna nepopolna

– Ocena po standardu zdravstvene nege pri anesteziji: _____

– Vizita opravljena da ne

– medicinska sestra ima premalo časa objektivno subjektivno

– Ocena strahu: objektivno: 1 2 3 4 subjektivno: 1 2 3 4

– Čas vizite: _____ min

Ocena stanja bolnika v prebujevalnici

- Čas prihoda v prebujevalnico: _____
- Anestezija: splošna prevodna kombinirana
- Bolnik: zbujen nagovorljiv spi
- Ocena bolečine ob prihodu: _____
- Čez pol ure: _____
- Bruhanje: da ne
- Nemir: da ne
- Analgetik ordiniran: Predpisal zdravnik:
- Kdaj :
- Analgetik dan: MS: Kako: Kdaj:
- Ocena bolečine ob odpustu: _____

Obdelava podatkov

Raziskava je potekala v dveh časovnih obdobjih, leta 1996 in leta 1998. Leta 1996 je raziskava potekala v predoperativnem prostoru neposredno pred anestezijo, vključenih je bilo 15 bolnikov (skupina I). Leta 1998 je raziskava potekala en dan pred načrtovanim operativnim posegom na oddelku z enakim številom bolnikov (skupina II). Primerjali sva rezultate pri obeh skupinah bolnikov.

V prvi skupini je bilo 9 bolnic in 6 bolnikov, v drugi skupini pa 10 bolnic in 5 bolnikov. Najmlajši bolnik v prvi in drugi skupini je bil star 7 let. Najstarejši bolnik v prvi skupini je bil star 76 let, v drugi skupini pa 77 let. Povprečna starost v prvi skupini je bila 39,7 leta, v drugi pa 38,4 leta.

Ta. 1. Prikaz primerjave rezultatov raziskave (1996 I skupina, 1998 II skupina).

Podatki iz protokolov		I. sku-pina	II. sku-pina
Klasifikacija po ASA	– 1	1	8
	– 2	8	5
	– 3	6	2
	– 4 in 5	0	0
Čas razgovora	– povprečno	14,8 min	9,3 min
Ocena strahu	– subjektivno		
	0 – brez strahu	2	0
	1 – malo strahu	8	11
	2 – zmeren strah	3	4
	3 – hud strah	2	0
	4 – panika	0	0
	– objektivno		
	0 – brez strahu	0	0
	1 – malo strahu	9	11
	2 – zmeren strah	4	2
3 – hud strah	2	2	
4 – panika	0	0	
Seznanjen z operativnim posegom	– da	10	12
	– delno	4	0
	– ne	1	3

Podatki iz protokolov		I. sku-pina	II. sku-pina
Seznanjen z anestezijo	– da	14	13
	– delno	1	0
	– ne	0	2
Bolniška dokumentacija	– popolna	13	15
	– nepopolna	2	0
Privolitev podpisana		0	6
Seznanjen z zdravljenjem bolečine	– da	12	8
	– ne	3	7

Tab. 2. Prikaz primerjave rezultatov raziskave ZN v pooperativnem nadzoru (skupina I leta 1996, skupina II 1998).

		I sku-pina	II sku-pina
Bolnik	– zbujen	10	13
	– nagovorljiv	2	1
	– spi	3	1
	– bruha	0	0
	– nemiren	3	0
Prisotnost bolečine ob prihodu	VAS – 1	13	13
	VAS – 2	0	1
	VAS – 3	2	1
Prisotnost bolečine ob odpustu	VAS – 1	13	14
	VAS – 2	2	1
Vrsta anestezije	– splošna	11	10
	– regionalna	4	5
Analgetik	– predpisan	8	6
	– prejelo	7	3

Interpretacija rezultatov

Klasifikacija po ASA prikazuje, da je bilo leta 1996 več težjih bolnikov kot leta 1998, ko je vizita potekala na oddelku.

Povprečna časa pogovora sta različna. Pri drugi skupini je za četrtno krajši, kar pripisujemo dejstvu, daje strah pri bolnikih neposredno pred anestezijo oziroma operacijo večji, kot pa če strah ocenjujemo dan pred operacijo.

Bolniki druge skupine so tudi imeli nižjo oceno po ASA, kar pomeni, da aktualno zdravstveno stanje bolnika tudi vpliva na količino strahu.

Subjektivna ocena strahu prikazuje največ bolnikov ocenjenih z »malo strahu«, in to odgovarja tudi objektivni oceni. Še vedno pa je preveč bolnikov ocenjenih z »zmeren strah«, kar pomeni, da je potrebno večje ozaveščanje bolnikov. Prav to dosegamo s preoperativnimi pregledi zdravnika, predoperativno vizito medicinske sestre pri anesteziji in uvedbo pisnih informacij.

Velikost števila ocenjenih bolnikov z »malo strahu« je premo sorazmerna z rezultati »seznanjen z operativnim posegom«, kar dokazuje boljšo obveščeno bolnikov in večjo individualizacijo bolnika.

Še boljši rezultat prikazuje »seznanjenost bolnika z anestezijo« zato ni več »paničnih bolnikov« in zelo malo bolnikov (20 %) s »hudim strahom«.

V medicini in tudi v anesteziologiji se pojavlja nov odnos do bolnika – odnos do stranke (»customer«), ki zahteva individualen pristop, prijazno obravnavo in večjo strokovno odgovornost.

Kvalitetnejša obravnava bolnika na oddelku pripomore k popolnejši dokumentaciji. Pisna privolitev leta 1996 še ni bila uvedena, zato je v skupini I ni.

Rezultat o seznanjenosti bolnikov z možnostjo zdravljenja pooperativne bolečine je presenetljiv, ker je leta 1998 že bilo uvedeno zdravljenje akutne pooperativne bolečine, ki deluje kot servis na kirurških oddelkih. Naveden rezultat (12:8) pomeni, da je predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji pomembna za celostno informiranje bolnika o delu anesteziološkega tima.

Tabela 2 prikazuje, da je večje število bolnikov po operaciji zbujenih, kar pripisujemo novim učinkovitim in anestezijskim tehnikam ter dobri psihični pravi bolnikov.

Uvajanje zdravljenja akutne pooperativne bolečine že med operacijo pomeni, da velika večina bolnikov nima hujše bolečine. Čeprav je anesteziolog predpisal analgetik, ga bolnik v vseh primerih ni potreboval.

Individualnost obravnave ima pozitiven učinek tudi na zmanjšanje materialnih stroškov za zdravlila.

Sklep

Osnovni namen, da sva pristopili k omenjeni nalogi in s tem k uvedbi nove kvalitete zdravstvene nege je zmanjšanje strahu, neugodja in zaskrbljenosti pred anestezijo in operacijo. Z individualnim pristopom se zmanjša izguba delovnega časa za pripravo na anestezijo in operacijo, priprava pripomočkov je bolj natančna, zavrže se manj pripravljenega materiala. Po pregledu dokumentacije bolnika in po razgovoru z njim lahko predvidimo morebitne zaplete oziroma dejavnike tveganja, na katere se pripravimo ali jih lahko celo preprečimo. Nova kvaliteta zdravstvene nege pri anesteziji prinese izboljšano razmerje med stroški in ko-

ristmi za bolnika, ki mu lahko zaradi uspešnih in pozitivnih psihosocialnih učinkov skrajšamo zdravljenje. Pozitivno razmerje med »stroški in koristjo« pa je vidno tudi v bolnišnici, kjer z natančno načrtovanim delom medicinske sestre pri anesteziji prihranimo čas in denar. Nenazadnje je razmerje med stroški in koristjo visoko pozitivno in pričujoče tudi za vsako medicinsko sestro pri anesteziji, ki ob preoperativni viziti postane pomemben in samostojen subjekt v procesu anestezijskih postopkov. Prav njena organizacijska, terapevtska in edukativna vloga prispeva k humanizaciji anestezijskih postopkov in učvrsti povezave v timskem pristopu zdravljenja in zdravstvene nege.

Predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji je pomembna za:

- bolnika in njegove svojce,
- timsko delo med anestezijskim in kirurškim oddelkom,
- zmanjšanje stroškov za bolnika, za bolnišnico in za skupnost.

Literatura

1. Anderson EA, Wallen BG, Mark AL. Dissociation of Sympathetic nerve activity to arm and leg during mental stress. *Hypertension* 1987; Suppl 3: 114–9.
2. Elsass P et al. The physiological effects of having a contact person from the anesthetic staff. *Acta Anaesthesiol Scand* 1987; 31: 584–6.
3. Kardoš Z. Quality control in anaesthesia nursing in Clinical Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Ljubljana. 11th Anesthesia Symposium Alpe Adria Opatija, Croatia. Proceedings. May, 1998: 27.
4. Kardoš Z. Predoperativna vizita medicinskih sester pri anesteziji. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 1996.
5. Larson-Gelein J, Potts-Bourbous S. Stress, coping and adaption. In: Phipps, Long, Woods eds. *Medical Surgical Nursing. Concepts and clinical practice*. St. Louis, Toronto, London, 1979: 153–60.
6. Long, Phipps. *Essentials of Medical – Surgical Nursing: A Nursing Procas Approach, Preoperative Intervention*. St. Louis, Toronto, Princenton, 1985: 291–302.
7. Paver-Eržen V, Hribar-Habinc M. Informacije o anesteziji bolniku in njegovim svojcem. Ljubljana, Krka, 1998: 4–15.
8. Ramsay A et al. Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *New Engl J Med* 1988; 318: 1005–12.