

# Celostna obravnava bolnikov, zdravljenih z radikalno retropubično ali robotsko asistirano radikalno prostatektomijo

## Holistic approach to patient treated with radical or robotic-assisted radical prostatectomy

*(Rok Kovačič, Darja Plank)*

### Povzetek

**Uvod:** V raziskovalnem delu smo opisali celostno obravnavo bolnika, pri katerem je bil diagnosticiran rak prostate s posledično kirurško odstranitvijo te: z radikalno retropubično prostatektomijo (RRP) ali robotsko asistirano radikalno retropubično prostatektomijo (RARP).

**Raziskovalna metodologija:** Raziskovalni vzorec je zajemal 50 bolnikov z opravljeno RRP ali RARP.

**Rezultati:** Analiza podatkov je pokazala, da so bolniki, zdravljeni z manj invazivno metodo (RARP), enako zadovoljni z zdravstveno nego kot bolniki, zdravljeni z RRP. Višja je Stopnja informiranosti bolnikov o njihovi bolezni in poteku zdravljenja je višja. Kakovost življenja in stopnja popolne rehabilitacije bolnikov, zdravljenih z RARP, je po operativnem posegu na občutno višji ravni kot pri bolnikih z opravljeno RRP.

**Sklep:** Analiza podatkov je pokazala, da izbira manj invazivne metode (RARP) ne vpliva na višjo stopnjo zadovoljstva bolnikov z zdravstveno oskrbo, ki so je bili deležni, ima pa vpliv na večjo informiranost primerjanih bolnikov o operativnem zdravljenju ter na višjo stopnjo kakovosti življenja bolnikov po opravljenem operativnem posegu.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, robotsko asistirana radikalna prostatektomija, radikalna prostatektomija, urologija

### Abstract

**Introduction:** The thesis provides a description of a holistic treatment of a patient diagnosed with prostate cancer resulting in surgical removal of the prostate: radical retropubic prostatectomy (RRP) or robotic-assisted radical retropubic prostatectomy (RARP).

**Methodology:** The data was obtained with a close-ended questionnaire distributed to a sample of 50 patients who had undergone either a RRP or a RARP.

**Results:** The analysis of the data suggests that those patients who have undergone the less invasive RARP procedure were equally satisfied with health care than the patients treated with RRP. They were better informed of the treatment. The results of the questionnaire show that the quality of life and the level of rehabilitation following RARP are significantly better than in patients treated with RRP.

**Discussion and conclusion:** The analysis of the data implies that the less invasive RARP procedure has no influence on the level of the patients' satisfaction with the health care. However, this relatively new method provided the patients with more information and enabled them a better quality of life after the procedure.

**Keywords:** health care, robotic-assisted radical retropubic prostatectomy, radical retropubic prostatectomy, urology, holistic approach

## Uvod

### Rak prostate

Rak prostate je najpogostejši malignom pri moških nad petdesetim letom starosti (Borštnar in sod., 2007). Edini način diagnosticiranja karcinoma prostate je punkcija prostate, ki se izvaja na osnovi povišane vrednosti PSA ali suspektnega izvida prostate pri digitorektalnemu pregledu (Vodopija in sod., 2008). Zdravljenje raka prostate v grobem delimo na radikalno in hormonsko zdravljenje, redkeje se odločamo zgolj za aktivno opazovanje bolnika. Za hormonsko zdravljenje se v prvi vrsti odločimo pri napredovalem raku prostate ter pri starejših bolnikih. Radikalna odstranitev prostate je zlati standard zdravljenja lokaliziranega raka prostate. Zanj se odločimo pri bolniku z vsaj desetletnim pričakovanim preživetjem in z nizko ali srednje rizičnim rakom prostate (Jagodič, 2011). Na Urološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje so v letu 2010 kot prvi v Sloveniji uvedli robotsko asistirano radikalno prostatektomijo (v nadaljevanju RARP). Robot Da Vinci omogoča izvedbo »odprtega« operativnega posega v obliki minimalno invazivne kirurgije (Poteko, 2010). Za uspešnost celovitega zagotavljanja in stalnega izboljševanja kakovosti zdravstvene nege je treba preoblikovati sisteme zdravstvene nege v obliko, kot je koordiniranje, upravljanje in vodenje primera oziroma »casemanagement«. Z uvedbo sodobnega organizacijskega modela se je vloga medicinske sestre preoblikovala, saj postaja vse širša in vse bolj pomembna (Lah, 2011).

### Aktivnosti medicinske sestre v predoperativnem obdobju

Predoperativna zdravstvena nega je sistematičen, dinamičen in kontinuiran proces zdravstvene nege bolnikov, katerih bolezni zahteva operativni poseg. Model »casemanagement« oziroma upravljanje in vodenje primera omogoča prepoznavanje, koordinacijo in nadziranje služb, ki so potrebne za doseganje zelenih izidov zdravstvene nege pri bolniku v določenem časovnem obdobju. V modelu koordiniranja primera so vsi sodelujoči enakovredni udeleženci v timu, tudi tiste skupine, ki ne določajo intervencij za druge discipline. Medicinska sestra – koordinator primera – deluje v dveh vlogah; in sicer kot klinična medicinska sestra – ekspert – in kot koordinator procesa vodenega primera (Maze, 2008).

### Zdravstvena nega bolnika po opravljeni radikalni retropubični odstranitvi prostate

Medicinska sestra s svojim strokovnim znanjem in izkušnjami ugotavlja negovalne potrebe pacienta po zdravstveni negi in jih dokumentira, načrtuje izvajanje neprekinjene zdravstvene nege ter ocenjuje in vrednoti rezultate. Procesna metoda dela zdravstvene nege tudi tu zahteva visoko stopnjo organiziranosti in močno poudarja pomen dokumentiranja (Bavčar, 2011).

Medicinske sestre Urološkega oddelka Splošne bolnišnice Celje po opravljeni RRP poudarjajo pomembnost naslednjih življenjskih aktivnosti.

*Opazovanje bolnika:* pozornost usmerijo na stanje zavesti, morebitne krvavitve, znake šoka, kontrolirajo prevezo rane, neverbalno komunikacijo bolnika, funkcijo drenaž, znojenje, barvo kože, vidnih sluznic, izvajanje MEWS.

*Dihanje in izkašljevanje:* bolnika spodbujajo, da izvaja dihalne vaje na dve uri. Bolniku nudijo pomoč pri izkašljevanju, vršijo pritisk na rano ob izkašljevanju, merijo stopnjo zasičenosti hemoglobina s kisikom, po potrebi aplicirajo kisik.

*Gibanje:* bolnika spodbujajo k nežnemu obračanju na levi in desni bok na vsaki dve uri. Spodbujajo gibanje s prsti na rokah in nogah. Po dveh ali treh dnevih lahko bolnik po operativnem posegu vstane. Prvo vstajanje po navodilu zdravnika praviloma opravi medicinska sestra s fizioterapevtko.

*Prehranjevanje in pitje:* vlažijo ustnice z navlaženimi vatiranimi palčkami. Aplicirajo infuzijske tekočine po navodilu zdravnika, na dan operacije bolnik ne sme zaužiti hrane ali pijače. Dan po operativnem posegu bolniku ponudijo nesladkan čaj po požirkih, drugi dan postopoma uvajajo pasirano hrano, tretji dan pa lahko dieto.

*Izločanje in odvajanje:* prvi dan po posegu merijo urno diurezo, opazujejo in dokumentirajo barvo urina, blata. Vodijo tekočinsko bilanco. Po dveh dneh spremljajo diurezo in odvajanje vsako izmeno in po potrebi.

*Bolečina:* nadzor nad kontinuirano venozno analgezijo po naročilu anesteziologa (PCA črpalka), uporaba bolečinske lestvice VAS, aplikacija dodatne protibolečinske terapije po naročilu zdravnika, izvajanje nefarmakoloških ukrepov lajšanja bolečin (terapevtski položaj, pogovor, svetovanje).

*Spanje in počitek:* zagotovijo mir v sobi, aplicirajo medikamentozno terapijo po naročilu zdravnika, spodbujajo dnevne aktivnosti.

*Čistoča in nega telesa:* bolnika po operaciji v času ležanja v postelji negujejo medicinske sestre. Izvajajo posteljno kopel, spodbujajo aktivno vključevanje bolnika.

*Komunikacija:* spodbujajo bolnika k izražanju občutkov, opazujejo neverbalno komunikacijo bolnika, nekaj ur po operativnem posegu omogočijo komunikacijo s svojeci prek telefona. Če pooperativno obdobje poteka brez težav, bolnik z opravljenim RRP tretji ali četrti dan zapusti sobo intenzivne nege, na oddelku pa ostane skupaj od sedem do štirinajst dni.

## **Zdravstvena nega bolnika po robotsko asistirani radikalni odstranitvi prostate**

Zdravstvena nega bolnika, operiranega z RARP, je manj zahtevna. Bolnika hitreje aktiviramo v vsakdanje življenjsko okolje kot pri klasični odprti tehniki in s tem preprečimo vrsto zapletov, ki nastanejo zaradi dolgotrajnega ležanja (Bavčar, 2011).

Velika razlika v intenzivnosti zdravstvene nege pa se pojavi že takoj naslednje jutro po posegu, ko lahko bolnik pod nadzorom medicinske sestre že vstane, dobi nesladkan čaj, zaužije lahko svojo kronično medikamentozno terapijo, kot jo je že užival doma. V kolikor se bolnik dobro počuti, lahko tekom dneva preide na pasirano prehrano. Drugi dan po operaciji preide na normalno lahko dieto, če je sekrecija po drenu v zadnjih osmih urah manj kot 50 ml, se zdravnik odloči za odstranitev vakuumskega drena, v večini primerov analgetična terapija ni več potrebna. Bolnik je tretji dan po operativnem posegu odpuščen v domačo nego. Ob odpustu dobi poleg odpustne dokumentacije ustna zdravstveno-vzgojna navodila, ki se nanašajo na življenje po operativnem posegu (Bavčar, 2011).

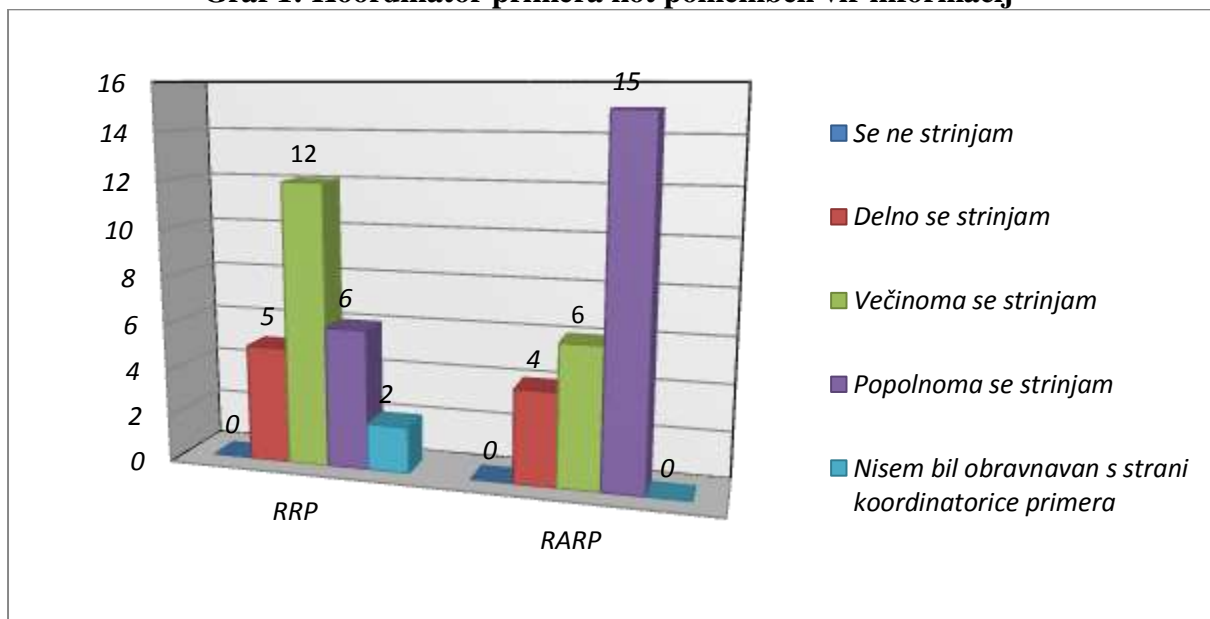
## Raziskava

### Opis metodologije in metode

Tehnika zbiranja podatkov je vprašalnik zaprtega tipa, ki je vseboval dvajset vprašanj. Vprašalnike smo posredovali bolnikom, ki so bili operirani (RRP ali RARP) v zadnjih treh letih oziroma najmanj 6 mesecev po operativnem posegu. Vprašalnike so bolniki prejeli ob kontroli v urološki ambulanti, na voljo jim je bila strokovna razlaga vprašanj. Podatke, dobljene iz izpolnjenih vprašalnikov, smo prikazali v obliki tabel in grafov s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel in SPSS. Uporabljena je statistična metoda analize podatkov iz vprašalnikov.

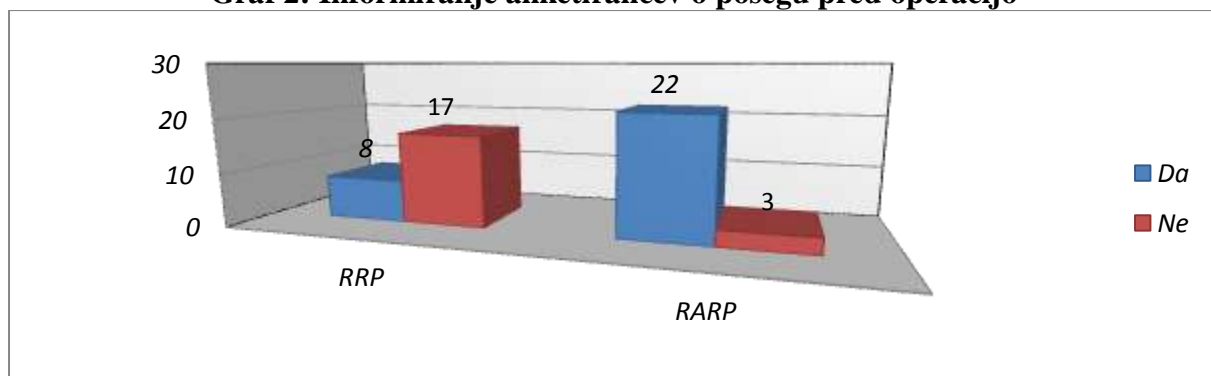
## Rezultati

**Graf 1: Koordinator primera kot pomemben vir informacij**



Podatki so potrdili, da se 48 % bolnikov, zdravljenih z RRP, večinoma strinja s trditvijo, da jim je obisk pri koordinatorju primera na urološkem oddelku pred operativnim posegom pomagal razumeti potek zdravljenja. Dva bolnika nista bila obravnavana s strani koordinatorja primera. Največ bolnikov, to je 15 (60 %), zdravljenih z RARP, se popolnoma strinja s to trditvijo.

**Graf 2: Informiranje anketirancev o posegu pred operacijo**

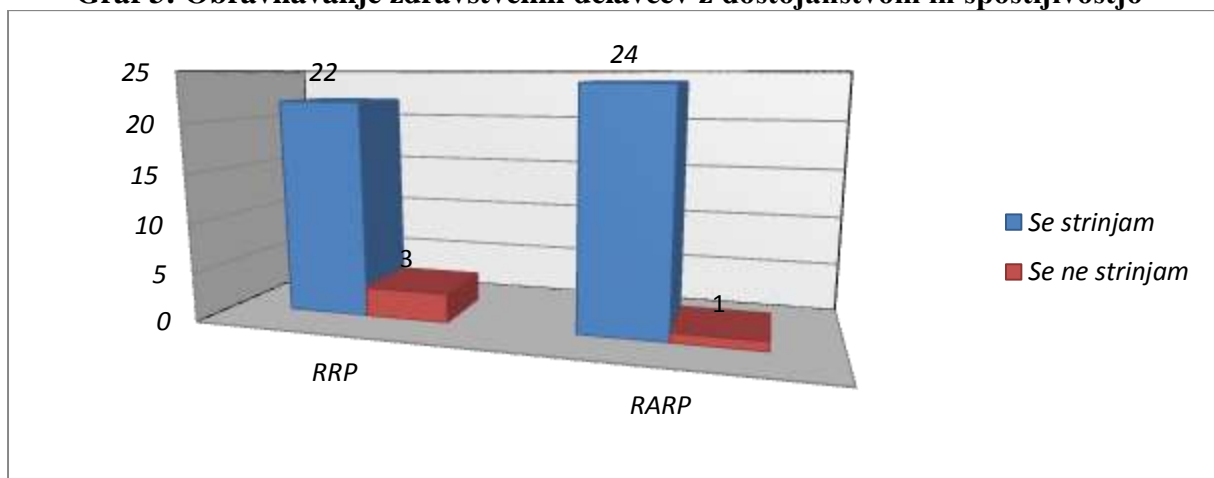


Osem (32 %) bolnikov, zdravljenih z RRP, pravi, da so se pred prihodom v bolnišnico dodatno informirali o operativnem posegu, 17 (68 %) bolnikov pa, da se niso dodatno informirali. 22 (88 %) bolnikov z opravljeno RARP se je o tovrstnem operativnem posegu predčasno dodatno informiralo.

**Hipoteza1:** Bolniki, zdravljeni z RARP, so bolj informirani o poteku zdravljenja kot bolniki, operirani z RRP. **Hipoteza je potrjena.**

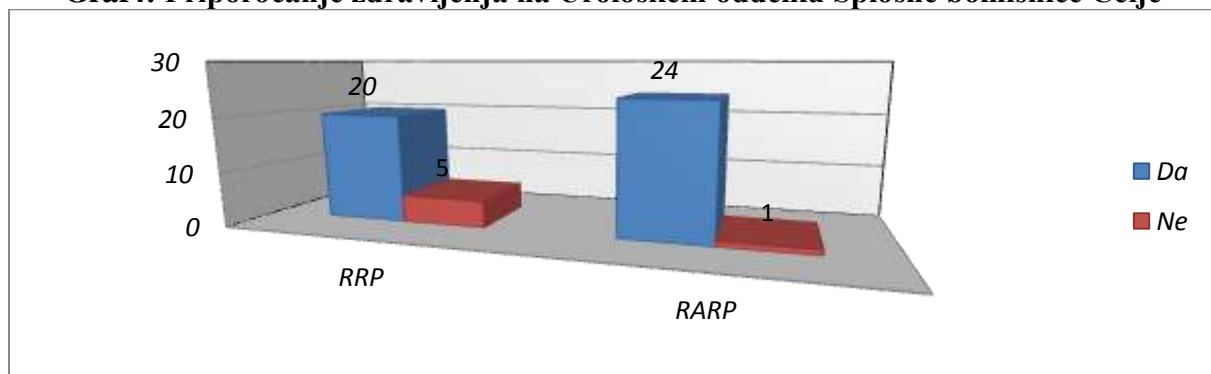
Višjo stopnjo informiranosti bolnikov dokazujemo z odgovori anketirancev na vprašanja, povezana z informiranostjo bolnikov. Bolniki, zdravljeni z RARP, so v višjem odstotku (12 %) kot bolniki, zdravljeni z RRP, potrdili, da so prejeli razumljive informacije o zdravljenju, kar 40 % več se jih je pred operativnim posegom dodatno informiralo, kar potrjuje hipotezo, da imajo bolniki, zdravljeni z RARP, več informacij in večjo željo po znanju o poteku zdravljenja.

**Graf 3: Obravnavanje zdravstvenih delavcev z dostojanstvom in spoštljivostjo**



22 (88 %) bolnikov z opravljenim RRP je izrazilo strinjanje s trditvijo, da so zdravstveni delavci z njimi ravnali z dostojanstvom in spoštljivostjo, tako je odgovorilo tudi 24 (96 %) bolnikov z opravljenim RARP. Takšni, ki se s trditvijo niso strinjali, so bili trije (12 %) pri bolnikih z opravljenim RRP, pri bolnikih z opravljenim RARP pa le eden (4 %).

**Graf4: Priporočanje zdravljenja na Urološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje**

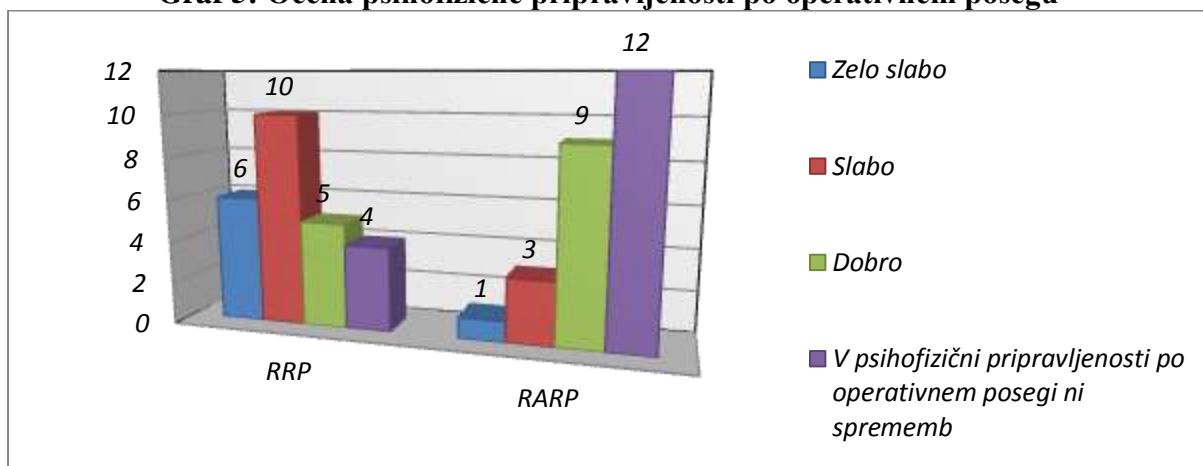


20 (80 %) bolnikov, zdravljenih z RRP, pravi, da bi zdravljenje na Urološkem oddelku Splošne bolnišnice Celje priporočiti tudi drugim, tudi 24 (96 %) bolnikov, zdravljenih z RARP, je enakega mnenja.

**Hipoteza 2:** Bolniki, zdravljeni z RARP, so z delom zdravstvenega osebja bolj zadovoljni kot bolniki, zdravljeni z RRP. **Hipoteza je ovržena.**

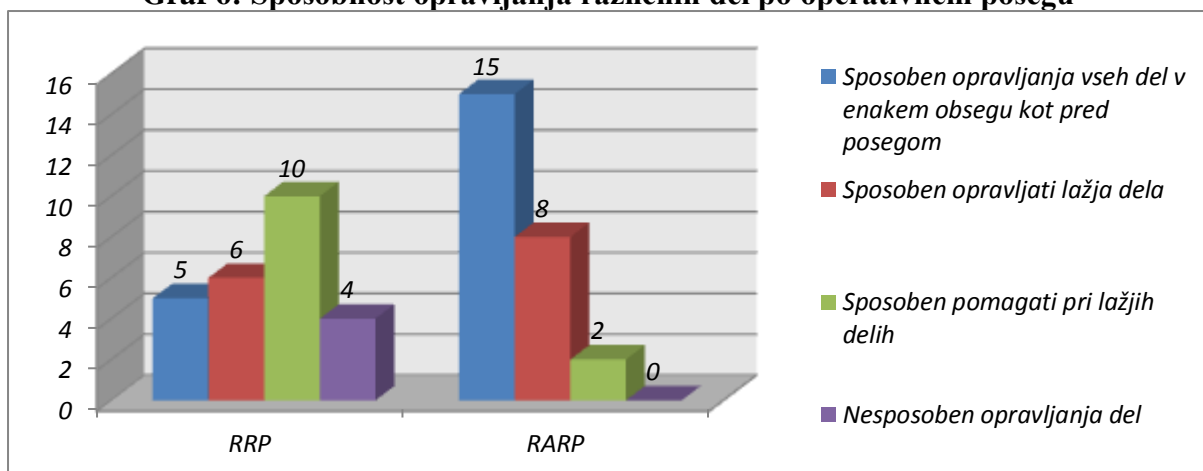
Bolniki, zdravljeni z RARP, so izrazili primerljivo stopnjo strinjanja kot bolniki z opravljeno RRP s trditvami, da so jih zdravstveni delavci obravnavali s spoštljivostjo in dostojanstvom, da ocenjujejo zdravstveno oskrbo kot zelo dobro. Enakovredno pozitivno so oboji ocenili tudi odnos medicinskih sester. Rezultati so bili primerljivi ne glede na vrsto opravljenega operativnega posega.

**Graf 5: Ocena psihofizične pripravljenosti po operativnem posegu**



Deset (40 %) bolnikov z opravljenim RRP označuje svojo psihofizično pripravljenost kot slabo, šest (24 %) kot zelo slabo, medtem ko jih pet (20 %) navaja dobro psihofizično pripravljenost. Štirje (16 %) bolniki navajajo nespremenjeno psihofizično pripravljenost po RRP. Bolniki, zdravljeni z RARP, so v 48 % odgovorili, da v psihofizični pripravljenosti po RARP ni sprememb. Devet (36 %) jih psihofizično pripravljenost ocenjuje kot dobro, trije (12 %) kot slabo, samo eden jo ocenjuje kot zelo slabo.

**Graf 6: Spodobnost opravljanja različnih del po operativnem posegu**



Deset (40 %) bolnikov, zdravljenih z RRP, je zmožnih samo pomagati pri lažjih delih, štirje (16 %) pa navajajo, da so popolnoma nesposobni opravljati delo. Šest (24 %) jih navaja, da so sposobni opravljanja lažjih del, pet (20 %) pa je sposobnih opravljati vsa dela v obsegu kot pred RRP. 15 (60 %) bolnikov z opravljeno RARP je odgovorilo, da so sposobni opravljati vsa dela kot pred operativnim posegom. Osem (32 %) bolnikov jih je sposobnih opravljati lažja dela in dva (8 %) sta sposobna pomagati pri lažjih delih. Nihče izmed bolnikov z opravljenim RARP ni odgovoril, da je nesposoben opravljanja del.

**Hipoteza 3:** Kakovost življenja bolnikov po odpustu iz bolnišnice je višja pri bolnikih, zdravljenih z RARP, kot pri bolnikih, zdravljenih z RRP. **Hipoteza je potrjena.**

Na vprašanje o kakovosti življenja po RARP je enkrat več bolnikov, kot pri tistih z opravljeno RRP, odgovorilo, da po operativnem posegu ni sprememb v kakovosti življenja, 15 (60 %) je takšnih, ki kakovost življenja ocenjujejo kot dobro, medtem ko je pri bolnikih, zdravljenih z RRP, takšnih le šest (24 %). 15 (60 %) bolnikov, zdravljenih z RARP, navaja sposobnost opravljanja vseh fizičnih del v enakem obsegu kot pred operativnim posegom, tako je odgovorilo le pet (20 %) bolnikov z opravljenim RRP, kot boljšo ocenjujejo bolniki z opravljeno RARP tudi psihofizično pripravljenost.

## **Zaključek**

Analiza zbranih podatkov iz ankete je pokazala, da so bolniki, pri katerih je bila opravljena RARP, bolj informirani od tistih z opravljeno RRP, predvsem na račun informacij, ki so jih bolniki izbrskali sami, se informirali na spletu, v tujini ali drugje. Pri vprašanih, ki so se nanašala na informiranje o posegu s strani zdravstvenih delavcev, smo dobili primerljive podatke obeh skupin anketirancev, kar kaže na enakovredno podajanje informacij o operativnem posegu. Analiza podatkov kaže, da izbira manj invazivne metode (RARP) zdravljenja enake bolezni, v enakem časovnem obdobju, v enakih okoliščinah ne vpliva na višjo stopnjo zadovoljstva bolnikov z zdravstveno oskrbo, ki so jo bili deležni. Na vprašanja o zadovoljstvu bolnikov z zdravstveno storitvijo smo pridobili primerljive podatke obeh skupin anketirancev, nihanja so bila manj kot 10 %. Bolniki z opravljeno RARP se hitreje vrnejo v svoje delovno okolje, kakovost življenja po opravljenem posegu na prostati je na pomembno višji ravni kot pri bolnikih, pri katerih je bila prostata odstranjena na klasičen, odprt način (RRP). Izbira robotsko asistiranje odstranitve rakave prostate je vsekakor prednost za bolnike, ki se mnogo hitreje in učinkoviteje vrnejo na ustaljene tire na vseh področjih življenja (služba, delo doma, prosti čas, interesne dejavnosti).

## **LITERATURA**

1. Bavčar, J. (2011). Pooperativna nega bolnika po robotsko asistirani odstranitvi prostate. V: Oman, M. (ur.). 10. simpozij urološke zdravstvene nege Slovenije. Laško, str. 54–7.
2. Borštnar, S., Kmetec, A. in Sedmak, B. (2007). Rak prostate. Kaj morate vedeti o raku prostate. Ljubljana: Društvo za zdrava sečila, str. 7–53.
3. Jagodič, K. (2011) Rak prostate. V: Oman, M. (ur.). 10. simpozij urološke zdravstvene nege Slovenije. Laško, str. 13.
4. Lah, S. (2011). Vloga koordinatorja primera pri sprejemu bolnika za robotsko asistirano radikalno prostatektomijo na Urološkem oddelku v Splošni bolnišnici Celje. V: Oman, M. (ur.). 10. simpozij urološke zdravstvene nege Slovenije. Laško, str. 44–7.
5. Maze, H. (2008). Model organiziranja zdravstvene nege v bolnišnici (magistrsko delo). Kranj: Univerza v Mariboru.
6. Poteko, S. (2010). Robotska kirurgija. Monitor. Splošna bolnišnica Celje, str. 4–5.

7. Vodopija, N., Brezovec, M. in Put, I. (2008). 5. slovenski urološki kongres z mednarodno udeležbo in 7. simpozij urološke zdravstvene nege Slovenije. Ljubljana: Društvo za zdrava sečila, str. 27–53.