

Szybka ścieżka chirurgiczna (Fast Track Surgery – FTS) w procesie pielęgnowania – założenia teoretyczne

Fast Track Surgery (FTS) in the nursing process – theoretical assumptions

Renata Piotrkowska¹, Agata Reszka², Sylwia Terech¹, Janina Książek¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

²Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Renata Piotrkowska
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, bud. 15, 80-211 Gdańsk
e-mail: rpiotrkowska@gumed.edu.pl

STRESZCZENIE

SZYBKA ŚCIEŻKA CHIRURGICZNA (FAST TRACK SURGERY – FTS) W PROCESIE PIELĘGNOWANIA – ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE

Wprowadzenie. Szybka ścieżka chirurgiczna to pewien model opieki nad pacjentem. Wymaga on zaangażowania w opiekę nad chorym całego zespołu interdyscyplinarnego: chirurga, anestezjologa, pielęgniarki, rehabilitanta, a także samego pacjenta, których działania mają na celu jak najmniejsze zakłócenie naturalnej równowagi organizmu chorego. Zakłada szybki powrót chorego do zdrowia przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby powikłań i jak najmniejszej ingerencji w naturalną homeostazę organizmu.

Cel pracy. Celem pracy jest omówienie założeń programu szybkiej ścieżki chirurgicznej w aspekcie procesu pielęgnowania. Metodą wykorzystaną w niniejszej pracy jest analiza piśmiennictwa z zakresu tematu.

Wnioski. Znajomość zasad programu szybkiej ścieżki chirurgicznej wśród personelu pielęgniarstwa pozwala na sprawowanie nad chorym leczonym operacyjnie w pełni profesjonalnej opieki.

Słowa kluczowe:

szybka ścieżka chirurgiczna, proces pielęgnowania, zespół terapeutyczny

ABSTRACT

FAST TRACK SURGERY (FTS) IN THE NURSING PROCESS – THEORETICAL ASSUMPTIONS

Introduction. Fast track surgery refers to a specific model of care that requires involvement of multidisciplinary team: surgeon, anesthesiologist, nurse, therapist and the patient himself/herself. Activities of all these persons are aimed at minimizing disturbances in normal functioning of a patient. This results in faster recovery, lower morbidity and minimum interference with physiological homeostasis.

Aim. The aim of this paper is to review theoretical background of fast track surgery in the context of nursing process. The study is based on a review of literature dealing with the problem in question.

Conclusions. Knowledge of the rules of fast track surgery enables nurses to offer fully professional care to surgically treated patients nation services.

Keywords:

fast track surgery, nursing process, therapeutic team

WPROWADZENIE

Nowym podejściem w chirurgii jest szybka ścieżka chirurgiczna, z ang. Fast Track Surgery (FTS). Pierwszy raz została opisana w odniesieniu do chirurgii nowotworu jelita grubego przez zespół duńskiego profesora Henrika Kehleta w 1997 roku. Ten sposób podejścia ma także inne określenia: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), Multimodal rehabilitation oraz Pathway of Controlled Rehabilitation with Early Ambulation and Diet (CREAD) [1,2,3,4,5,6]. Jest to pewien „model” opieki nad pacjentem i nie ma jednoznacznie brzmiącej definicji. FTS

określane jest w piśmiennictwie jako „program”, „technika”, „metoda”, „zespół działań”, „sposób postępowania okołoperacyjnego”, „koncepcja”.

Szybka ścieżka chirurgiczna wymaga zaangażowania i pracy całego zespołu interdyscyplinarnego: chirurga, anestezjologa, pielęgniarki, rehabilitanta, a także samego pacjenta, których działania mają na celu jak najmniejsze zakłócenie naturalnej równowagi organizmu chorego, oraz szybkie jej przywrócenie, gdy dojdzie do takiego zakłócenia [1,2].

Rozwinięcie

Jaśkiewicz i wsp. [3] podają założenia programu szybkiej ścieżki chirurgicznej, które obejmują:

- maksymalne skrócenie czasu głodzenia przed zabiegiem operacyjnym oraz dostarczenie bogatowęglowodanowych płynów na 2 godziny przed planowaną operacją,
- przygotowanie przewodu pokarmowego bez płynów osmotycznie czynnych,
- uzupełnienie o znieczulenie do przestrzeni zewnątrzoponowej,
- prowadzenie restrykcyjnej płynoterapii okołoperacyjnej,
- zapobieganie hipotermii okołoperacyjnej,
- prowadzenie intensywnej tlenoterapii śród- i pooperacyjnej,
- stosowanie małoinwazyjnych technik chirurgicznych,
- leczenie bólu pooperacyjnego z ograniczeniem użycia opioidów,
- jak najszybsze usuwanie sondy żołądkowo-nosowej oraz drenów i cewników,
- jak najszybsza mobilizacja i rehabilitacja po zabiegu,
- szybkie powracanie do żywienia doustnego.

Okres przedoperacyjny

Przedoperacyjna ocena stanu pacjenta rozpoczyna się podczas kwalifikacji chorego do zabiegu operacyjnego. Podczas wizyty uzyskuje się dane dotyczące historii choroby pacjenta, stanu odżywienia, występujących nałogów.

Ocenę stanu odżywienia przeprowadza się za pomocą różnych skal np: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), Mini Nutritional Assessment (MNA), Nutritional Risk Screening – 2000 (NRS 2000). Ma ona na celu zidentyfikowanie pacjentów, którzy zagrożeni są niedożywieniem oraz rozpoczęcie interwencji żywieniowej w chwili zakwalifikowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. Najczęściej jest to żywienie doustne dietami przemysłowymi, które pacjent przyjmuje sam w domu. Dlatego tak bardzo ważnym elementem jest tu współpraca z chorym. Poinformowanie i dokładne wyjaśnienie wskazówek dietetycznych oraz przygotowania do operacji skutkuje współpracą ze strony pacjenta, który skrupulatnie ich przestrzega. Pacjent podczas pierwszej wizyty podlega także ocenie antropometrycznej, której wyniki zostaną porównane z wynikami tej samej oceny, którą przeprowadza się na koniec pobytu w szpitalu. Dąży się do tego, aby parametry te nie uległy zmianie. Do takiej oceny wchodzi informacja o wieku, płci, wzroście, wadze, ewentualnej utracie wagi, BMI oraz o wskaźniku masy mięśniowej [2,3,4,6,7].

Istotnym aspektem działań przedoperacyjnych jest co najmniej 4 tygodniowy czas abstynencji nikotynowej, co skutkuje poprawą funkcji płuc i zmniejszeniem ryzyka powikłań pooperacyjnych ze strony układu oddechowego oraz abstynencji alkoholowej, co z kolei wiąże się z mniejszym ryzykiem powikłań pooperacyjnych.

Kluczowe są również zadania mające na celu psychiczne przygotowanie chorego do operacji. Podczas rozmowy z pacjentem trzeba dążyć do zniesienia lęku i poziomu stresu [2,3,6].

Mechaniczne oczyszczanie jelita przed zabiegiem jest tematem kontrowersyjnym, mającym swoich zwolenników i przeciwników. Jaśkiewicz i Zygoń przytaczają wiele wyników badań, które wskazują wady takiego postępowania. Twierdzą, że dokładne oczyszczanie, skutkować może wydłużeniem okresu niedrożności pooperacyjnej, a doustne środki osmotycznie czynne, prowadzą do niekorzystnych efektów dla pacjenta w okresie przedoperacyjnym, takich jak: wygłodzenie, odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe. Sugerują jedynie wykonanie delikatnej enemii rano przed operacją w przypadku obecności zbitych mas stolca w bańce odbytnicy [2,3,4].

Kolejnym ważnym elementem okresu przygotowania pacjenta jest odpowiednie żywienie. Szybka ścieżka chirurgiczna zakłada zachowanie jak największej równowagi organizmu pacjenta, w tym także równowagi wodno-elektrolitowej. Dlatego też, przed zabiegami metodą FTS nie rezygnuje się z przyjmowania pokarmów i napoi. Ostatni posiłek pacjent spożywa jeszcze 6 godzin przed zabiegiem. Chyba, że operacja planowana jest na rano, wtedy przerwa nocna w jedzeniu jest naturalna i ostatnim posiłkiem jest kolacja wieczór przed zabiegiem. Natomiast 2 godziny przed planowanym znieczuleniem pacjentowi zleca się wypicie bogatowęglowodanowego napoju (pre-op). Zaletą tego napoju, oprócz kwestii psychologicznych dla pacjenta, takich jak zmniejszenie poczucia lęku, zwiększenie komfortu, jest korzyść dla metabolizmu chorego. Za pomocą tego napoju usiłuje się naśladować naturalny rytm posiłków. Dzięki podaniu takiego płynu przed zabiegiem, w znacznym stopniu redukuje się centralną i obwodową insulinooporność pooperacyjną oraz zachowuje się pierwotną siłę mięśniową po operacji. Szczególną grupą są chorzy ze współistniejącą cukrzycą, u których można zrezygnować z podania pre-op-u na rzecz wody (400 ml). Drugą szczególną grupą są pacjenci, którzy nie mogą przyjmować doustnie płynów lub pacjenci z zaburzeniami w opróżnianiu żołądka. U takich chorych można dokonać dożylnego podać 20-30% glukozy (z insuliną lub bez) w dawce 5 mg/kg/min. Bardzo istotne jest monitorowanie glikemii w okresie okołoperacyjnym. Normoglikemia powoduje zmniejszenie ilości powikłań septycznych, nefropatii i polineuropatii [2, 3, 7].

Okres śródoperacyjny

Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu, skutkuje również lepszym przygotowaniem do znieczulenia. Przedłużone głodzenie i oczyszczanie jelit powodowały odwodnienie oraz zaburzenia metaboliczne i elektrolitowe. Skutkowało to liberalną gospodarką płynów podczas operacji i szybkim podawaniem krystaloidów. Poczynania te powodowały wzrost ryzyka powikłań ze strony układu krążenia, układu oddechowego oraz obrzęki zespoleń i zaburzenia funkcji całego jelita.

Dobrze przygotowany pacjent potrzebuje przeważnie 20 ml płynów/kg masy ciała w pierwszej godzinie, a następnie około 6 ml/kg/godzinę w kolejnych [2,3].

W FTS dąży się również do zachowania odpowiedniej temperatury ciała pacjenta na stole operacyjnym. Chory ochładza się około 2-4 stopni Celsjusza już po 2 godzinach zabiegu. Hipotermii okołoperacyjnej (którą

definiuje się jako spadek temperatury ciała poniżej 36 stopni Celsjusza, w którymkolwiek momencie operacji lub w okresie pooperacyjnym) towarzyszy wiele powikłań, które przedłużają hospitalizację chorego, a co się z tym łączy wzrost kosztów leczenia. Do powyższych powikłań zalicza się częstsze zakażenia miejsca operowanego oraz powikłania sercowo-krążeniowe. Pomimo świadomości tych faktów, hipotermia okołoperacyjna jest zjawiskiem częstym. Dlatego program szybkiej ścieżki chirurgicznej podkreśla rolę czynnego ogrzewania pacjenta od momentu wjazdu na salę operacyjną, a nawet już 2 godziny wcześniej. Do takich celów używa się różnorodnego sprzętu, takiego jak maty grzewcze, podgrzewane płyny oraz dmuchawy produkujące ciepłe powietrze. Należy jednak unikać ogrzewania pacjenta poprzez podnoszenie temperatury samej sali operacyjnej. Oprócz wymienionych wcześniej korzyści zachowanie normotermii przynosi pacjentowi także komfort psychiczny. Kontrolować temperaturę można za pomocą prostego termometru lub bardziej wyszukanych metod: czujnik temperatury mocowany do pęcherza moczowego, przełyku lub na błonę bębenkową [2,3,5].

Technika operacyjna ma także duże znaczenie na czas pobytu chorego w szpitalu. Laparoscopia powoduje mniejszy uraz operacyjny, a połączenie jej z opieką FTS daje wyniki najkrótszych pobytów w szpitalu w porównaniu z metodami otwartymi oraz laparoskopią z podejściem tradycyjnym. Jeśli jednak technika ta wydłuża zabieg, zwiększa się wydzielanie w organizmie pacjenta prozapalnych czynników, które podnoszą ryzyko wydłużenia czasu pooperacyjnej niedrożności oraz powikłań. Badania dowodzą, że to właśnie doświadczenie i wyspecjalizowanie chirurga stanowi główny wpływ na długość trwania niedrożności pooperacyjnej po operacjach jelitowych. I to on powinien zdecydować jaką techniką będzie operował. Jednak w przypadku laparotomii preferowane są jak najkrótsze cięcia chirurgiczne [2,3,6,8].

W przypadku programu FTS zaleca się stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego. Takie znieczulenie powoduje zmniejszenie użycia opioidów, a także korzystnie wpływa na skrócenie czasu niedrożności pooperacyjnej. Dużą rolę zaczyna ogrywać także analgezja uprzedzająca np: ostrzykiwanie rany, miejsc po trokarach lignokainą [2,3,6].

W postępowaniu FTS dąży się także do jak najszybszego usunięcia sondy żołądkowej, najlepiej jeszcze na sali operacyjnej, po wybudzeniu chorego. Utrzymywanie jej do chwili usłyszenia perystaltyki jelit czy oddania gazów, sprzyja powstawaniu powikłań: zapaleniu płuc, gorączce, rozedmie. Takie postępowanie obniża jakość życia chorego powodując dyskomfort, związany z obecnością ciała obcego. Powoduje to także psychiczne opory, przez co pacjent później zaczyna swoją rehabilitację: siadanie, chodzenie, gimnastykę oddechową. Także powrót motoryki jelit zostaje przyspieszony, a okres niedrożności pooperacyjnej skrócony. Wyjątek od tej reguły stanowią osoby z wymiotami, dużym zaleganiem w żołądku lub znacznymi wzdęciami. U takich osób należy pozostawić sondę do odbarczenia treści żołądkowej [2,3,6].

Podobnie sytuacja wygląda w przypadku stosowania drenów, które zakłada się rutynowo do jamy brzusznej po operacji. Dreny mają za zadanie ewakuować wydzielinę z miejsca operowanego i ułatwić rozpoznanie krwawienia lub rozejścia zespolenia, które ewentualnie może wystąpić. Jednak założenia szybkiej ścieżki chirurgicznej mówią, że nie ma uzasadnienia dla rutynowego zakładania drenów. Należy to wykonywać w przypadkach tego wymagających i dążyć do jak najszybszego ich usunięcia, ponieważ dreny znacząco obniżają komfort życia chorego poprzez dolegliwości bólowe, a także niosą za sobą zwiększone ryzyko infekcji, problemy z rehabilitacją i przedłużenie hospitalizacji. Zasada ta dotyczy także stosowania cewnika Foleya. Zmierzają do tego, aby go jak najszybciej usunąć, gdyż stanowi dodatkową przeszkodę w rehabilitacji, a także zwiększa ryzyko infekcji [1,2,3].

Okres pooperacyjny

Jednym z najważniejszych punktów tego okresu w programie FTS jest leczenie przeciwbólowe. Jego efekty wpływają na cały przebieg okresu pooperacyjnego i rehabilitacji. Do oceny dolegliwości bólowych używa się różnych skal, m.in.: VAS, VRS, NRS bądź obrazkowej. Ze względu na osłabienie motoryki jelit należy ograniczać podawanie środków narkotycznych przez cewnik zewnątrzoponowy, przynajmniej przez pierwsze 48 godzin po operacji i podawać je doustnie jedynie doraźnie. Zaleca się podawanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych w połączeniu z paracetamolem [1,2,3].

Porażenna niedrożność pooperacyjna występuje na skutek zdeintegrowania perystaltyki. Czynniki, które zmniejszają czas tego zjawiska, to zakres i czas zabiegu (techniki małoinwazyjne, doświadczony operator), ilość utraconej krwi i podanych opioidów oraz restrykcyjna płynoterapia. Dlatego dąży się, aby wszystkie powyższe elementy znajdowały się w trybie szybkiej ścieżki chirurgicznej [2,3].

Istotnym elementem jest zapobieganie nudnościom i wymiotom pooperacyjnym. Znając czynniki ryzyka wystąpienia takiego zjawiska można skutecznie im przeciwdziałać, podając środki przeciwwymiotne osobom z wysokim ryzykiem [2,3,4].

Początek żywienia zależy od stanu pacjenta. Dążymy do jak najszybszego wprowadzenia żywienia doustnego, ponieważ jest to najkorzystniejsze dla pacjenta. Udowodniono, że szybkie wprowadzanie żywienia u pacjentów po operacji jelita grubego z zespoleniem w jamie brzusznej powoduje zmniejszenie powikłań okołoperacyjnych [5]. Często w tradycyjnym podejściu żywienie rozpoczynane jest dopiero po oddaniu gazów lub stolca przez pacjenta, co trwa nawet 3-4 dni. Procedury FTS zakładają możliwość żywienia już w zerowej dobie po zabiegu. Kilka godzin po operacji pacjent może pić wodę mineralną, niegazowaną pod warunkiem, że nie występują u niego wymioty i nudności. Najlepiej, aby popijał małymi porcjami co 10 minut. Przy dobrej tolerancji wody mogą być wprowadzane bogatobiałkowe napoje. Należy zawsze uwzględnić apetyt samego chorego. Często zaraz po zabiegu pacjent nie odczuwa głodu, a zmuszanie go do picia może spowodować wystąpienie wymiotów

i nudności. Dlatego też, w takich przypadkach zaleca się próbę rozpoczęcia żywienia w następnej dobie. Pierwszy posiłek chory może przyjąć w pierwszej dobie po zabiegu, zależy to oczywiście od samego pacjenta – czy odczuwa głód, nie ma nudności, wymiotów. W takim wypadku na śniadanie można podać np. niedużą ilość kaszki ryżowej i herbatę, a później w ciągu dnia płyny doustne (Nutridrink), które pacjent przyjmuje aż do kolacji. W następnych dobach nie ma ograniczeń co do posiłków – ani ilościowych, ani jakościowych. Zasadą jest podawanie lekkostrawnej diety. Wczesne włączanie żywienia – już w pierwszej dobie – jest możliwe dzięki szybszemu ustępowaniu pooperacyjnej niedrożności, które osiąga się poprzez zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego. Znieczulenie takie powoduje możliwość zmniejszenia podaży opioidów, a co się z tym wiąże zmniejszenie porażenia perystaltyki jelit. Udowodnione jest, że samo żywienie nie ma wpływu na skrócenie czasu niedrożności pooperacyjnej. Natomiast zaletami wczesnego żywienia są:

- zmniejszenie ryzyka infekcji,
- zmniejszenie ryzyka zapaleń płuc,
- zmniejszenie liczby nieszczelności zespołów jelitowych [7].

Kolejnym założeniem szybkiej ścieżki chirurgicznej jest wczesne uruchamianie pacjenta i wprowadzenie rehabilitacji. Postępowanie takie skutkuje:

- zmniejszeniem liczby powikłań płucnych, dzięki lepszej wentylacji, wynikającej z pozycji pionowej i pogłębieniu toru oddechowego podczas wysiłku fizycznego;
- zmniejszeniu powikłań krążeniowych i zatorowych, zwiększenie pracy serca zapobiega zakrzepicy kończyn dolnych;
- poprawą utlenienia zespolenia i reszty tkanek;
- hamowaniem osłabienia siły mięśniowej, które następuje poprzez zahamowanie ucieczki aminokwasów z tkanki mięśniowej;
- nie dopuszczeniem do wytworzenia nietolerancji ortostatycznej [1,5].

Ćwiczenia warto rozpocząć już w zerowej dobie, jednak elementy i przebieg rehabilitacji pacjent powinien poznać wcześniej, jeszcze przed zabiegiem. Do takich ćwiczeń zalicza się: gimnastyka oddechowa, gimnastyka w łóżku, nauka efektywnego kaszlu. Kolejnymi ćwiczeniami są proste czynności, takie jak: siadanie na łóżku, krzesle, a następnie przemieszczenie do pozycji pionowej. Podczas wykonywania ćwiczeń trzeba asystować pacjentowi (jest to najczęściej rola fizjoterapeuty) i monitorować dolegliwości bólowe. Podstawą skutecznej rehabilitacji jest optymalna terapia przeciwbólowa. Celem, jaki chcemy osiągnąć jest powrót pacjenta do pełnej sprawności i samodzielności [2,3,5,9].

Wypis ze szpitala pacjenta prowadzonego zgodnie z zasadami szybkiej ścieżki następuje w krótszym czasie niż przy tradycyjnym podejściu. Zazwyczaj jest to 4-5 doba po zabiegu. Jednak schemat ten jest indywidualny dla każdego pacjenta i może ulec zmianie w trakcie hospitalizacji. Przed wypisem należy dokładnie ocenić stan pacjenta, biorąc pod uwagę czynniki zarówno fizyczne jak i psychiczne. W okresie 2 tygodni po wyjściu ze szpitala

pacjent przychodzi na kontrole ambulatoryjne, których liczba maleje wraz z upływem czasu. Kolejną metodą kontroli pacjenta jest monitoring telefoniczny, gdzie pielęgniarka raz dziennie dzwoni do chorego, pytając o jego stan i udzielając odpowiedzi na jego problemy. Pytania, które zadaje pielęgniarka dotyczą samopoczucia, temperatury ciała, bólu, apetytu, żywienia, nudności i wymiotów, wypróżnień, mikcji i stanu rany pooperacyjnej. Pacjent dostaje także numer telefonu na oddział i zostaje poinstruowany, żeby dzwonić w razie wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów i nasuwających się pytań dotyczących własnego zdrowia [2,3].

Udział pielęgniarki w szybkiej ścieżce chirurgicznej

Sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad chorymi leczonymi metodą szybkiej ścieżki chirurgicznej ze względu na złożoność występujących problemów zdrowotnych i intensyfikację działań pielęgniarskich jest dla pielęgniarek wyzwaniem. Opieka ta wymaga od personelu pielęgniarskiego dobrej znajomości zasad programu szybkiej ścieżki chirurgicznej. Jest ona sprawowana w sposób kompleksowy, ciągły, w oparciu o proces pielęgnowania a ukierunkowana jest nie tylko na aspekty kliniczne, ale również aspekty socjalne i psychologiczne. Rola pielęgniarki w programie FTS jest niezwykle ważna. Zadania, które realizuje pielęgniarka wobec chorego obejmują świadczenia pielęgnacyjne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.

Wśród świadczeń diagnostycznych pielęgniarka przeprowadza wywiad, wykonuje badanie fizykalne, wykonuje pomiary parametrów życiowych, ocenia je i interpretuje.

Wśród świadczeń pielęgnacyjnych pielęgniarka realizuje zadania wynikające z procesu pielęgnowania. W piśmiennictwie można znaleźć próby standaryzacji holistycznej opieki pielęgniarskiej u pacjentów po operacji raka jelita grubego [10]. Pielęgniarka planuje proces pielęgnowania i angażuje do współpracy pacjenta i jego rodzinę. Przygotowuje chorego do samoopieki i samopielęgnacji a opiekę pielęgniarską realizuje w okresie okołopooperacyjnym.

Wśród świadczeń leczniczych realizowanych przez pielęgniarkę istotne jest ustalenie właściwej diety. Wraz dietetykiem pomaga choremu przejść przez proces stopniowego wprowadzania diety. Pielęgniarka wraz z dietetykiem podejmuje działania ukierunkowujące chorego i podkreślające znaczenie przestrzegania właściwej diety. Bierze udział w tleno- i farmakoterapii obserwując pacjenta pod kątem ewentualnych skutków ubocznych. Niezwykle ważne w szybkiej ścieżce chirurgicznej jest kontrolowanie dolegliwości bólowych. Ocena natężenia bólu dokonana przez pielęgniarkę pozwala lekarzowi na modyfikację dawki leków przeciwbólowych, które są kluczowe dla przeprowadzenia prawidłowej rehabilitacji.

Pielęgniarka udziela również świadczeń rehabilitacyjnych. Współpracuje z rehabilitantem i współuczestniczy w pierwszym uruchamianiu chorego. Głównym celem realizacji zadań rehabilitacyjnych jest zapobieganie powikłaniom wynikającym z unieruchomienia jak i procesu chorobowego.

Przez codzienną rozmowę pielęgniarka motywuje pacjenta do współpracy. Uspokaja go i informuje o celowości przeprowadzanych czynności czy badań. Pokazuje mu sposoby radzenia sobie z chorobą i rozwiązywania zaistniałych problemów [2, 10]. Uważa się, że powinna ona ocenić stan emocjonalny chorego i zaangażować rodzinę do opieki nad chorym. Przybliżyć zasady programu w jakim prowadzony jest pacjent i poinformować rodzinę o sposobach postępowania z chorym. Wsparcie psychiczne pacjenta i jego rodziny wpływa korzystnie na przebieg leczenia [10, 11].

Pielęgniarka bierze także czynny udział w edukacji pacjenta dotyczącej samoopieki i samoobserwacji w środowisku domowym. To ona odpowiedzialna jest za kontakt z pacjentem w domu w pierwszych dniach po wypisie. Jej zadaniem jest codzienne telefonowanie do pacjenta i zadawanie pytań mających na celu kontrolę stanu zdrowia [2].

Świadome uczestnictwo w programie FTS wymuszać powinno znajomość zasad i celów szybkiej ścieżki chirurgicznej. Dlatego ważne jest, aby personel pielęgniarski systematycznie poszerzał swoją wiedzę, poprzez udział w szkoleniach, kursach czy czytanie profesjonalnych czasopism naukowych. Nie można także zapominać, że cały program i cele szybkiej ścieżki chirurgicznej możliwe są do zrealizowania dzięki wzajemnej współpracy całego personelu medycznego: pielęgniarek z chirurgami, anestezjologami, fizjoterapeutami, a także dietetykami [4].

PODSUMOWANIE

Z przedstawionego przeglądu piśmiennictwa wynika, że wprowadzenie FTS sprzyja szybszemu powrotowi do zdrowia operowanych pacjentów. Świadome włączenie się pielęgniarek w ten model opieki wymaga jednak przeprowadzenia szkoleń wśród personelu pielęgniarskiego na temat postępowania w FTS.

Zasady szybkiej ścieżki chirurgicznej nie można wprowadzać sztywno, odgórnie u każdego pacjenta. Zawsze należy rozważyć indywidualny przypadek i do niego dopasować zalecenia FTS.

PIŚMIENNICTWO:

1. Moronczyk D, Kranodębski I. Fast track surgery (szybka ścieżka chirurgiczna) ze szczególnym uwzględnieniem chorych poddanych zabiegom resekcyjnym jelita grubego. *Pol. Przegl. Chir.* 2011; 83 (1): 92-104.
2. Zygóń J, Gołąbek-Dropiewska K, Sowa M i wsp. Technika Fast Track – zastosowanie u pacjentów poddawanych elektywnym operacjom jelita grubego. *Nowotwory* 2011; 61 (2): 150-158.
3. Jaśkiewicz J, Zygóń J. Technika Fast-Track u chorych poddawanych planowym zabiegom operacyjnym z powodu nowotworów jelita grubego. *www.cancersurgery.pl/201002a01.php*: 27.03.2012, 16:00.
4. Kitching A, O'Neil S. Fast-track surgery and anaesthesia. *Contin. Educ. Anaesth. Crit. Care Pain* 2009; 9 (2): 39-43. Tłum w: Wczesna rehabilitacja pooperacyjna, czyli tzw. szybka ścieżka chirurgiczno-anestezjologiczna. *Opieka okołoooperacyjna* 2011; 1: 44-49.
5. Sobocki J, Herman R. Nowe techniki minimalizacji urazu operacyjnego i opieki okołoooperacyjnej w zabiegach planowych. *Pol. Przegl. Chir.* 2005; 77 (7): 737-747.
6. Szczepny W, Dąbrowiecki S, Szmytkowski J. „Szybka ścieżka chirurgiczna” (fast tracksurgery) – podstawy podstawy patofizjologiczne i współczesne zastosowanie. *Chir. Pol.* 2007; 9 (3): 170-179.
7. Polec T, Jastrzębski T, Drucis K, i wsp. Interwencja żywieniowa u pacjentów operowanych w Klinice Chirurgii Onkologicznej GUMed z powodu raka jelita grubego i odbytnicy, prowadzonych programem szybkiej ścieżki chirurgicznej w świetle wytycznych Europejskiego Towarzystwa Żywności Poza i Dojelitowego. *www.cancersurgery.pl/201101a04.php*: 11.09.2012, 11:30.
8. Komorowski A, Bała M. Planowa operacja laparoskopowa jelita grubego vs operacja otwarta oraz protokół fast track vs standardowa opieka pooperacyjna a szybszy wypis ze szpitala. *Med. Prakt. Chir.* 2012; 4: 107.
9. Czyżewski P, Szczepkowski M, Domaniecki J. Rola fizjoterapii w strategii wczesnego uruchamiania (fast track surgery) po operacjach jelita grubego. *Proktologia* 2009; 10 (2): 117-123.
10. Laska E. Próba standaryzacji opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po operacji raka jelita grubego. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2008; 2: 61-64.
11. Kurowska K, Kubak A. Wpływ poczucia koherencji na depresyjność u osób z rozpoznaniem raka jelita grubego. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2011; 3: 149-154.

Praca przyjęta do druku: 29.04.2014

Praca zaakceptowana do druku: 23.05.2014