

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Martina Kostínková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Martina Kostínková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Specifika perioperační ošetrovatelské péče
o geriatrické pacienty na chirurgii**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Domažlicích dne 24. 3. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Vladimíře Fremrové za poskytování odborných rad, za její čas a trpělivost.

Anotace

Příjmení a jméno: Kostínková Martina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Specifika perioperační ošetřovatelské péče o geriatrické pacienty na chirurgii

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran: číslované 87, nečíslované 24

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: geriatrický pacient, operační výkon, perioperační péče, ošetřovatelská péče

Souhrn:

Tato práce se zabývá problematikou podstoupení operačního výkonu ve stáří, zvláště pak předoperační a pooperační péčí o geriatrické pacienty. Teoretická část je rozdělena na dvě části. V první je vymezen a definován pojem geriatrický pacient a jsou zde zmíněny obecné problémy těchto pacientů. Druhá část je věnována perioperační péči o tyto pacienty, jejím specifickým.

V praktické části jsou uvedeny dvě kazuistiky týkající se geriatrických pacientů, o které jsem měla možnost pečovat v rámci své práce sestry na chirurgickém oddělení.

Annotation

Surname and name: Kostínková Martina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Specifics of perioperative nursing care for geriatric patients

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages: pages with number 87, pages without number 24

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 25

Key words: geriatric patient, operation, perioperative care, nursing care

Summary:

The aim of this essay is to highlight the problems of the operations of the old people, particularly the preoperative and the postoperative care of geriatric patients. The theoretical part is divided into two parts. The first part consists of delimitation and definition of the geriatric patient and there are also mentioned their general problems. The second part concentrates on the preoperative care of these patients and its specifics.

The practical part mentions two different casuistries concerning the geriatric patients, who I had the opportunity to take care of within the framework of my job as a nurse in a surgery.

Úvod	9
1 Geriatrický pacient	10
1.1 <i>Jak definovat stárnutí a stáří</i>	10
1.2 <i>Geriatrická křehkost</i>	10
1.3 <i>Geriatrické syndromy</i>	11
1.4 <i>Pobyt starého člověka v nemocnici z psychosociálního hlediska</i>	11
1.5 <i>Komunikace se seniory</i>	12
1.6 <i>Edukace seniorů</i>	13
2 Operační výkon	14
2.1 <i>Operační výkon ve stáří</i>	14
2.2 <i>Indikace seniora k chirurgickému výkonu</i>	14
2.3 <i>Klasifikace operačního rizika</i>	15
3 Předoperační příprava a vyšetření	16
3.1 <i>Anamnéza</i>	16
3.2 <i>Předoperační vyšetření</i>	17
3.3 <i>Předoperační příprava a její dělení</i>	18
4 Anestezie	21
4.1 <i>Operační výkon u geriatrického pacienta z pohledu anesteziologa</i>	21
4.2 <i>Místní anestezie</i>	22
4.3 <i>Celková anestezie</i>	22
5 Pooperační období	24
5.1 <i>Pooperační péče</i>	24
5.2 <i>Pooperační komplikace</i>	26
6 Model Virginia Henderson	29
7 Formulace problému	31
8 Cíl a úkol práce	32
8.1 <i>Cíle</i>	32
8.2 <i>Výzkumné otázky</i>	32
8.3 <i>Metodika práce</i>	32
8.4 <i>Vzorek respondentů</i>	32
9 Kazuistika č. 1	34
9.1 <i>Anamnéza</i>	34
9.2 <i>Průběh hospitalizace</i>	37
9.3 <i>Zpracování dat dle modelu Virginie Henderson</i>	51
9.4 <i>Plán ošetrovatelské péče</i>	57
9.5 <i>Edukační plán</i>	63
10 Kazuistika č. 2	64
10.1 <i>Anamnéza</i>	64
10.2 <i>Průběh hospitalizace</i>	67
10.3 <i>Zpracování dat dle modelu Virginie Henderson</i>	77

10.4	<i>Plán ošetrovateľskej péče</i>	83
10.5	<i>Edukačný plán</i>	89
11	Diskuze	90
	ZÁVĚR	95
	Citovaná literatúra	96
	SEZNAM ZKRATEK	98
	SEZNAM PŘÍLOH	101

ÚVOD

Demografické stárnutí populace postihuje Evropu, ostatní vyspělé země a citlivě se dotýká i obyvatel České republiky. Jeho příčinou je podle údajů Českého statistického úřadu zejména pokles porodnosti a prodlužování průměrného věku dožití. Dle prognóz bude trend stárnutí populace stále pokračovat.

Bohužel je v naší republice v současnosti stáří provázeno vysokou nemocností, polymorbiditou a ztrátou soběstačnosti. Dochází sice k prodloužení střední délky života, ale zdravotní stav a invalidita starších obyvatel se v naší zemi zhoršuje (1 str. XVII).

V ambulancích a na lůžkových odděleních přibývá starších pacientů, dochází ke geriatrizaci medicíny. Tento fakt s sebou nese snahu o pochopení potřeb geriatrických pacientů. Současná geriatrická medicína by měla zahrnovat prevenci, léčbu akutních i chronických onemocnění a zároveň rekonvalescenci, jejíž součástí by při poruchách soběstačnosti seniorů měla být i následná péče (2 str. 15).

Z hlediska jakéhokoliv oboru by měl správný přístup ke geriatrickým pacientům zahrnovat znalosti involučních změn ve stáří, snahu nenutit cestování křehkého pacienta za službami, ale naopak soustředit služby kolem něho, propojit diagnostiku a léčbu, podporovat sociální roli, důstojnost a autonomii nemocí znevýhodněného pacienta. Důležité je i začlenění rodiny do léčebné a ošetrovatelské péče (3 str. 26).

Společně s geriatrizací medicíny stoupá také počet starších pacientů, jejichž stav vyžaduje chirurgický zákrok. V posledních dvaceti letech došlo k výraznému zdokonalení operačních metod, ať už se jedná o operační metody otevřeným nebo miniinvazivním přístupem. Jsou k dispozici stále novější a modernější instrumentária a přístrojová vybavení operačních sálů. Z toho vyplývá zlepšení operační techniky a také zkrácení času operace, což u geriatrických pacientů zvyšuje procento úspěšnosti operačního výkonu (2 str. 26).

Celková úspěšnost operačního výkonu však nezávisí jen na operaci samotné. Velmi důležitou roli zde hraje také ošetrovatelská péče.

To je také důvod, proč se tomuto tématu věnuji v rámci své bakalářské práce. Pracuji jako sestra na chirurgickém oddělení a staří lidé tvoří velkou část našich pacientů. Prostřednictvím této práce chci zdůraznit, že péče o ně má svá specifika, na která je nutné brát ohled, jestliže chceme těmto lidem poskytnout kvalitní služby.

1 GERIATRICKÝ PACIENT

Nelze tvrdit, že každý nemocný senior se stává geriatrickým pacientem. Geriatrický pacient obvykle bývá starší 70 let a k základnímu onemocnění se u něj přidružují ještě další komorbidity, které významně ovlivňují diagnostiku a léčbu. Hlavním problémem se u tohoto nemocného stává riziko zhoršení a ztráty soběstačnosti, kvalitativních poruch vědomí, dehydratace, malnutrice a dalších geriatrických komplikací. Tento nemocný potřebuje specifickou péči zaměřující se nejen na základní onemocnění, ale i na zachování nebo zlepšení celkového funkčního stavu pacienta (4 str. 28).

1.1 Jak definovat stárnutí a stáří

Možností, jak definovat stáří, nalzáme v literatuře mnoho. Lze říci, že mnohdy jsou tyto definice značně nejednotné a různorodé. Z obecného hlediska bychom mohli rozlišit stáří na kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní stáří je celkem jednoduše vymežitelné, avšak není zde brán ohled na individuální rozdíly mezi jedinci. S ohledem na věk lze tedy stanovit tyto gerontologické kategorie:

- 1) 65-74 let mladí senioři - tato skupina řeší jako své hlavní problémy odchod do důchodu a s tím spojenou další seberealizaci, pak také zvládání běžných denních aktivit,
- 2) 75-84 let staří senioři - toto je období osamělosti a adaptace,
- 3) 85 let a více velmi staří senioři - v tomto období je zásadní řešení soběstačnosti a zajištění běžného života.

Z hlediska sociálního dělíme věk podle toho, jaké postavení zaujímá jedinec ve společnosti po stránce sociální a ekonomické. Počátek stáří zde nazýváme postproduktivním věkem, po němž pak následuje období závislosti.

Pojem biologické stáří zahrnuje involuční změny organismu a následně změny jeho funkcí. Jedná se o proces, který probíhá individuálně u každého jedince. Na základě individuálních odlišností tedy jen těžko stanovíme hranici, která by dělila střední a vysoký věk. V současnosti je gerontology udáván věk tvořící tento předěl 75 let (2 str. 15).

1.2 Geriatrická křehkost

Pod pojmem „stařecké křehkosti“ rozumíme zhoršení funkce orgánů ve stáří a s tím spojeným poklesem pohyblivosti, stability, vytrvalosti, koordinace a mnohdy také

poruchou imunity. Dochází k úbytku svalové a kostní hmoty, snižuje se výkonnost kardiovaskulárního aparátu. Zhoršuje se smyslové vnímání a kognitivní funkce (někdy až na úroveň demence) (1 str. 9).

K symptomatologii geriatrické křehkosti patří únava při běžných denních činnostech, celkové psychomotorické zpomalení, klesá tolerance psychické i fyzické zátěže. S tím je spojena hypomobilita a omezování běžných denních aktivit. Křehký pacient má sklon k instabilitě a pádům. Mezi další symptomy patří nechutenství a hubnutí, poruchy paměti.

Dochází k vymizení spontánnosti a variability z běžného života, a tím i neschopnost reagovat na měnící se podmínky (3 str. 124).

1.3 Geriatrické syndromy

Teoreticky existují dvě různé předlohy geriatrických syndromů. Jedná se o výskyt geriatrických syndromů v rámci celkových změn, probíhajících pod obrazem geriatrické křehkosti a dále pak ostatní nezávisle se vyskytující příznaky a funkční deficity vznikající obvykle v důsledku mnoha příčin a vyskytující se především ve vyšším věku. Vytvoření konceptu geriatrických syndromů je přínosem pro geriatrickou medicínu zejména z hlediska srozumitelného sdílení a předávání informací mezi jednotlivými odděleními nebo zdravotnickými zařízeními. Tento koncept zároveň přispívá k správné diagnostice a léčbě některých chorob (3 stránky 142-144).

Obecně bychom mohli rozdělit geriatrické syndromy na oblast somatickou, kam náleží především poruchy chůze, závratě, instabilita, pády, dekubity, inkontinence moči i stolice, malnutrice a dehydratace. Dále specifické poruchy v oblasti psychické, jako jsou stařecká demence, deprese, poruchy chování a adaptace, delirium. V sociální oblasti je třeba zmínit ztrátu soběstačnosti, závislost na druhé osobě, sociální izolaci a dysfunkci rodiny (1 str. 10).

1.4 Pobyť starého člověka v nemocnici z psychosociálního hlediska

Starý člověk je velmi citlivý na změny prostředí, převládají u něho pocity jako strach, úzkost a beznaděj. Při hospitalizaci se stává středem zájmu ošetřujícího personálu. V souvislosti s nemocí se mění i jeho potřeby. Zvyšuje se závislost na lidech, kteří pro něho byli do této doby cizí, stává se pasivní. V rámci hospitalizace dochází ke ztrátě soukromí. Starý člověk musí měnit svoje návyky, je po něm požadováno, aby se naučil

věcem, které nikdy předtím nedělal, což z hlediska kognitivního deficitu je pro něho velmi nesnadné. Dochází tak ke snížení sebehodnocení a sebeúcty.

Nemoc a následná hospitalizace izolují seniora od jeho rodiny, přátel a známých. Velkým rizikem z hlediska pobytu seniora v nemocnici je vznik geriatrického maladaptivního syndromu, mezi jehož projevy patří deprese, zmatenost, imobilita, inkontinence a pneumonie včetně dalších přidružených onemocnění. Tento syndrom může vést až ke smrti pacienta (5 str. 30).

1.5 Komunikace se seniory

Podstatné pro komunikaci se starými lidmi je vzít na vědomí skutečnost, že se jedná o dospělé jedince, kteří mají nárok na zachování důstojnosti, a to i v případě poruchy soběstačnosti či přítomnosti kognitivního nebo sensorického deficitu (6 str. 193).

Komunikace mezi seniorem a sestrou má být oboustranná, její součástí by mělo být vyslechnutí pacienta a předání potřebných informací. Pro efektivní komunikaci je z hlediska správného přístupu sestry důležitý výběr prostředí; to by mělo zajistit dostatek klidu a soukromí. Správné oslovení je rovněž nedílnou součástí zdvořilého přístupu k pacientovi, jehož oslovujeme „pane, paní“, případně titulem a příjmením. Jiná oslovení bývají projevem neúcty a diskriminace seniorů. Pokud při rozhovoru sestra spěchá, nedokáže se starší člověk soustředit, jedná překotně nebo naopak zpomaleně a je tak vystaven zbytečnému stresu (6 str. 195).

Další chybou v komunikaci je předpoklad smyslové poruchy u starých lidí. Senioři skutečně často trpí některou ze smyslových poruch, ale vždy je lépe, aby si toto sestra ověřila přímo dotazem u pacienta.

Při poruše sluchu zkontroluje sestra správné použití sluchadel. Pokud nemocný neužívá kompenzační pomůcky, je důležité mluvit na pacienta zřetelně a pomalu, využívat gesta a písemné komunikace (7 str. 42).

Rovněž u poruchy zraku je třeba zjistit, zda pacient užívá kompenzační pomůcky. Při předkládání tištěných informací pak sestra dbá na to, aby písmo bylo dostatečně čitelné, nebo mu tyto informace sama přečte (6 str. 196).

Stejně jako sensorické jsou i kognitivní poruchy ve stáří časté, což však neopravňuje ošetřující personál k tomu, aby předpokládal jejich výskyt u všech nemocných vyššího věku.

Při komunikaci s pacientem trpícím demencí je hlavním úkolem sestry zjistit, jak dalece je nám schopen porozumět. Nejprve komunikuje sestra s pacientem a po té i

s doprovázejícím rodinným příslušníkem. Je nutné mít na paměti, že i lidé v pokročilejších stádiích demence mnoha skutečnostem rozumí a jsou schopni odlišit, co je pro ně příjemné a nepříjemné (6 str. 196).

1.6 Edukace seniorů

Schopnost seniorů učit se něčemu novému je ovlivněna mnohými faktory, z nichž na prvním místě je třeba zmínit samotný věk. Se stoupajícím věkem klesá schopnost zapamatování si dosud neznámého. Pokud lze u pacienta prokázat poruchy kognitivních funkcí, musíme pečlivě zvažovat formu a obsah edukace. V těchto případech je vhodné začlenit do edukačního procesu také rodinné příslušníky (8 str. 29).

Poruchy motoriky a koordinace pohybů vznikající jako následek úbytku svalové hmoty a rovněž třes rukou provázející některá onemocnění způsobují problémy při zvládání manuálních činností. Na tyto skutečnosti musí sestra v rámci ošetrovatelské péče brát zřetel při nácviu manuálních dovedností, které jsou pro seniora nové.

Motivaci k učení zvyšuje uspokojení běžných denních potřeb klienta. Pokud je schopen zajistit své denní potřeby alespoň částečně vlastními silami, působí tento fakt jako hybná síla v celém motivačním procesu. Mnohdy jsou senioři skeptičtí v přijímání nových informací a osvojování si nových postupů; jako argument uvádějí, že v jejich věku už není třeba se učit něco nového.

Aktuální psychický a fyzický stav rovněž ovlivňuje chuť a připravenost k učení. Pokud právě starý člověk prožívá úzkost, strach nebo má bolesti, nebude nám při edukaci věnovat potřebnou pozornost (8 str. 30).

V rámci učení seniora je důležité, aby sestra opakovala podstatné informace, případně tyto předala nemocnému písemně. Jednotlivé kroky v edukačním procesu by na sebe měly navazovat. Během edukace musí sestra poskytnout všem edukovaným dostatek času na zapamatování si a procvičení nových činností a informací. Důležitým úkolem sestry je zachovávat taktní přístup k pacientovi i jeho rodině; devalvace jednotlivých osob není na místě a je projevem neprofesionálního chování (8 str. 28).

2 OPERAČNÍ VÝKON

Mezi operační výkony lze zařadit ty, při kterých dochází k porušení celistvosti kůže; jedná se tedy o tzv. krvavé výkony. Dle různých hledisek můžeme pak rozlišit operační výkony diagnostické, pomocí nichž stanovujeme nebo upřesňujeme diagnózu, a terapeutické, sloužící k léčbě. Samotné terapeutické operace lze ještě rozdělit na radikální, sloužící k úplnému vyléčení pacienta, a paliativní, zmírňující obtíže nemocného. Z časového hlediska dělíme operace na plánované, jinak také elektivní, a neplánované, jejichž příčinou je náhlé zhoršení pacientova stavu. Dle snesitelnosti časového odkladu lze neplánované výkony rozdělit na akutní - tyto mohou být odloženy řádově i o několik hodin od přijetí, a urgentní, které nesnesou žádný odklad (9 str. 187).

2.1 Operační výkon ve stáří

Operační výkon ve stáří představuje i pro zdravého seniora vzhledem k involučním změnám orgánových systémů významnou zátěž. U mnoha pacientů vyššího věku se však setkáváme se závažnou komorbiditou. Tyto přidružené choroby se stejně jako involuce podílejí na postižení a snižování funkčních rezerv jednotlivých orgánů.

Vyšší věk pacienta nepředstavuje hlavní riziko operačního výkonu. Tím je především provedení urgentního výkonu u nedostatečně připraveného nemocného, který je navíc chronicky nemocen. Je známo, že až polovina nemocných starších 75 let podstoupí urgentní operační zákrok, tedy bez možnosti optimální předoperační přípravy. To významně ovlivňuje prognózu vývoje pooperačního stavu.

K dosažení co nejlepší prognózy je důležité stanovení správné diagnózy, zhodnocení celkového stavu pacienta včetně přidružených onemocnění a míry orgánových změn.

K optimální prognóze rovněž přispívá co nejlepší příprava pacienta před operací, individuální hodnocení stavu a následně výběr dalšího postupu u každého jednotlivce. A to jak po stránce lékařské, tak i z pohledu ošetrovatelské péče, kde zaujímá významnou roli sestra (10 stránky 382-383).

2.2 Indikace seniora k chirurgickému výkonu

Pokud se jedná o elektivní chirurgický výkon, je nutno, aby lékař posoudil rozsah základního onemocnění a celkový zdravotní stav nemocného. Rovněž je důležité zhodnotit riziko operační zátěže a věnovat pozornost možným peroperačním i pooperačním

komplikacím. Tato rizika jsou srovnávána s tím, jaký přínos bude mít úspěšná operace pro pacienta.

V případě akutních a urgentních operací jsou kritéria hodnocení zcela jiná. Zde je ohrožen život nemocného a samotné provedení operace je na podkladě tzv. vitální indikace. Veškerá snaha lékaře, sestry a ostatního ošetřujícího personálu se v této situaci soustřeďuje na co nejlepší a nejrychlejší přípravu pacienta k operačnímu výkonu a to zejména z hlediska ventilačního, oběhového a metabolického (2 str. 26).

2.3 Klasifikace operačního rizika

Z věkového hlediska je pacient starší 60 let ve spojení s operačním výkonem hodnocen již jako „zvýšeně rizikový“, a to i tehdy, jestliže nemá žádná jiná přidružená onemocnění. Senioři starší 75 let jsou řazeni do skupiny pacientů s „vysokým rizikem“ (10 str. 384).

Pro zhodnocení rizika v souvislosti s operací se u nás nejčastěji používá klasifikace Americké anesteziologické společnosti - tzv. ASA klasifikace, pomocí níž je posuzován zdravotní stav nemocného před operací (příloha č. 1) (1 str. 196).

V zahraničí často používaný index kardiálního rizika u nekardiálního chirurgického výkonu podle Goldmana má nejlepší předpovědní hodnotu. Jeho součástí jsou bodově hodnocené rizikové situace. Součtem těchto bodů jsou následně nemocní rozděleni podle výše rizika a možných komplikací do čtyř skupin (příloha č 2) (1 str. 196).

3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA A VYŠETŘENÍ

Celková úspěšnost operace nezávisí pouze na jejím provedení, ale i na úrovni, s jakou je pacient připraven k chirurgickému výkonu. Ačkoliv mortalita v souvislosti s chirurgickými výkony ve všech věkových skupinách neustále klesá, pooperační úmrtí v seniorském věku tvoří stále 75 %.

U geriatrických pacientů zaznamenáváme také vyšší výskyt krátkodobých i dlouhodobých pooperačních komplikací. Mezi krátkodobé komplikace můžeme např. zařadit pády, delirantní stavy, srdeční selhání a plicní embolizaci. K dlouhodobým komplikacím patří ztráta soběstačnosti, celkové zhoršení pohyblivosti a kognitivních funkcí, vznik imobilizačního syndromu.

Z tohoto důvodu by se měl lékař v rámci předoperačního vyšetření pacienta zaměřit na přítomnost možných rizikových faktorů, jako jsou syndrom malnutrice, syndrom demence a snížená mobilita (11 stránky 1, 4).

Na posuzování funkčního stavu seniora se v průběhu předoperační přípravy významnou měrou podílí i sestra. Zjišťuje úroveň soběstačnosti v oblasti ADL, vyhodnocuje stav výživy pomocí BMI, případně používá škálu pro hodnocení stavu výživy MNA, při vyhodnocování kognitivních funkcí pacienta využívá test hodin či obsáhlejší MMSE (12 str. 85).

3.1 Anamnéza

Příprava k operaci začíná již rozhovorem lékaře s pacientem a zjišťováním anamnézy. Velkou roli zde hraje profesionální přístup lékaře, snaha o získání důvěry pacienta. Správně a podrobně odebraná anamnéza může mít velký vliv na zdárný průběh celé následující léčby. V závislosti na zdroji získává lékař anamnézu přímou, což jsou informace od nemocného, zatímco anamnéza nepřímá může být zjišťována od příbuzných či doprovázejících osob (9 str. 114).

U geriatrických pacientů klademe důraz nejen na verbální získávání informací, ale i nonverbální. Pokud se jedná o křehkého geriatrického pacienta, snažíme se navodit pocit bezpečí, a snížit tak jeho úzkost a obavy (3 str. 54).

Samotná anamnéza má několik částí. Z hlediska získání důvěry nemocného je dobré po zjištění osobních dat přejít k potížím, které pacienta k lékaři přivedly, tedy k nynějšímu onemocnění. Zároveň musí lékař věnovat pozornost dřívějším onemocněním,

operacím nebo úrazům, které mohou mít souvislost se současným zdravotním stavem pacienta (9 str. 114).

Při odebrání osobní anamnézy nesmíme z geriatrického hlediska opomenout nutriční stav, rozsah pohybových změn, inkontinenci, kognitivní a smyslové poruchy, farmakologickou léčbu.

Při zjišťování rodinné anamnézy zaměřuje lékař své dotazy zejména na výskyt některých dědičných chorob, onkologických onemocnění a z pohledu geriatricke také Alzheimerovu chorobu.

Informace vyplývající ze sociální anamnézy jsou důležité zejména při pozdějším plánování propuštění pacienta do domácího ošetření a zajištění dostatečné péče.

Při zjišťování anamnestických údajů u geriatrického pacienta je nutno dbát především na zachování jeho důstojnosti. Snažíme se zmírnit stres z neznámého prostředí, bereme ohled na některé komunikační či pohybové deficity a respektujeme je. Pacienti, u nichž se vyskytuje některá z komunikačních bariér, jako je např. zrakové postižení, hluchota nebo mírný kognitivní deficit, si zasluhují zvláštní pozornost; často však bývají podceňováni (3 str. 57).

3.2 Předoperační vyšetření

Na základě doporučení chirurga k plánované operaci absolvuje senior řadu vyšetření, z nichž na prvním místě stojí **interní konzilium**. Výsledky interního vyšetření by neměly být starší 14 dnů před datem plánovaného výkonu. Vyšetření zahrnuje rentgen srdce a plic, laboratorní výsledky krve a moči, EKG, fyzikální vyšetření a měření fyziologických funkcí (13 str. 34).

U geriatrických pacientů jsou v rámci dlouhodobé předoperační přípravy prováděna také některá specializovaná vyšetření, a to zejména s ohledem na různá přidružená onemocnění.

Kardiologické konzilium je indikováno u pacientů s kardiologickým onemocněním. Jeho rozsah určuje kardiolog a je dán mírou kardiovaskulárního rizika u jednotlivých nemocných. Obecně můžeme rozdělit kardiální riziko na nízké, střední a vysoké (příloha č. 3). Jestliže je u pacienta stanoveno nízké kardiovaskulární riziko, není nutno přistupovat k rozsáhlejšímu kardiologickému vyšetření. V případě středního kardiovaskulárního rizika mohou být dle individuálního stavu pacienta a typu operačního výkonu indikovány podrobnější neinvazivní vyšetřovací metody. Pokud jsou jejich výsledky příznivé, je nemocný řazen do skupiny s nízkým operačním rizikem. V případě

nepříznivých výsledků přistupuje lékař k invazivním vyšetřovacím metodám. Tyto jsou také indikovány u pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem (2 str. 31).

Plicní konzilium podstupují pacienti, kteří se léčí s chronickým respiračním onemocněním, mimo ně může být toto vyšetření doporučeno i rizikovým skupinám, jako jsou kuřáci a lidé trpící obezitou. Rentgen plic je samozřejmostí u každého seniora podstupujícího operační výkon; dále využívá plicní lékař především funkční vyšetření plic, spirometrii, z hlediska krevních testů je pacientovi odebírána krev na ABR. Tento odběr bývá indikován také u lidí majících kardiovaskulární onemocnění (2 str. 32).

Nefrologické konzilium má za cíl posoudit rozsah renálních funkcí a zjistit případné změny.

Endokrinologické konzilium je u seniorů spojeno především s onemocněním diabetes mellitus, které se vyskytuje jako častá komorbidita vyššího věku. Mezi základní ukazatele patří z krátkodobého hlediska stanovení aktuální hodnoty glykémie v krvi, z hlediska dlouhodobé kompenzace diabetu pak stanovení hodnoty glykovaného hemoglobinu.

Endokrinologické vyšetření je rovněž doporučováno u nemocných se sníženou či zvýšenou činností štítné žlázy.

Hematologické konzilium je doporučeno, jestliže nemocný trpí závažným typem anémie, koagulopatií či poruchou srážlivosti krve. K základním laboratorním vyšetřením patří hodnoty krevního obrazu, aPTT a INR (2 str. 33).

3.3 Předoperační příprava a její dělení

Z časového hlediska lze předoperační přípravu před elektivním výkonem rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá předoperační příprava probíhá několik dnů až týdnů před samotným výkonem. V jejím průběhu absolvuje pacient všechna nutná vyšetření, jsou mu provedeny potřebné laboratorní testy, případně upravena terapie dle doporučení specialistů. V tomto období lze také dosáhnout zlepšení nedostatečné výživy nebo naopak redukce hmotnosti pacienta. Nemocný má přestat kouřit. Z důvodu prevence pooperačních komplikací a zejména podle druhu plánovaného výkonu může sestra již v rámci přípravy k operaci pacienta naučit správně dýchat a odkašlávat (14 str. 49).

Při podepisování informovaného souhlasu s operací musíme respektovat specifika vyskytující se u geriatrických pacientů, a to zejména s ohledem na přítomnost možného sensorického či kognitivního deficitu. Samotné informování pacienta je povinností lékaře.

Úkolem sestry je zajistit klidné a nerušené prostředí pro edukaci, popřípadě přítomnost některého z rodinných příslušníků, pokud si to pacient přeje (2 str. 30).

Krátkodobá předoperační příprava zahrnuje období 24 hodin před operací. Liší se dle druhu operace a zvyklostí jednotlivých oddělení.

V tomto období je nutné připravit pacienta k operačnímu výkonu po stránce fyzické i psychické. Odpovědnost za správně provedenou fyzickou přípravu pacienta přebírá sestra.

Je třeba provést důkladnou celkovou hygienu; dle zhodnocení soběstačnosti provádí pacient sám nebo za pomoci sestry. Pokud se jedná o výkon na zaživacím traktu, je nutno dostatečně vyprázdnit pacienta podáním očistného klyzma nebo projímavých roztoků, což závisí na typu operačního zákroku a na doporučení chirurga. Každý pacient musí být lačný alespoň 6 - 8 hodin před samotnou operací.

V rámci prevence tromboembolické nemoci aplikuje sestra mnohdy již večer před výkonem pacientovi dle ordinací lékaře LMWH a zároveň přikládá antiembolické punčochy.

Spánek a dostatečný odpočinek eliminují předoperační stres, proto jsou anesteziologem den před výkonem ordinována sedativa či hypnotika (13 str. 35).

Po stránce psychické se na přípravě pacienta podílí lékař i sestra. Dobře provedená psychická příprava je založená na správné informovanosti nemocného, zahrnuje profesionální a individuální přístup k osobnosti seniora, vhodnou volbu komunikace, uplatňování nedirektivního přístupu, poskytování pravdivých informací, pokud nás o to pacient požádal, a v případě jeho přání zajištění přítomnosti rodinných příslušníků nebo jiných blízkých osob (15 str. 41).

Lékař anesteziolog přichází za klientem na oddělení, aby v rámci anesteziologické přípravy zhodnotil jeho zdravotní stav, seznámil jej s průběhem samotné anestezie a jejími riziky. Ordinuje hypnotika nebo sedativa a také premedikaci u pacienta (13 str. 35).

Bezprostřední předoperační příprava zahrnuje období zhruba 2 hodiny před výkonem. V jejím průběhu sestra plní některé speciální požadavky chirurga, jako je zavedení permanentního močového katétru, intravenózního katétru nebo žaludeční sondy. Holení operačního pole spadá z důvodu snižování rizika infekčních komplikací také do období bezprostředně před operací. Pokud pacient nemá zavedený permanentní močový katétr, je důležité zajistit vyprázdnění močového měchýře před odjezdem na operační sál. Povinností sestry je zajistit odstranění všech šperků, protetických pomůcek a vyjmutí zubní

náhrady. Premedikace je aplikována dle ordinace anesteziologa. Součástí této přípravy je také kontrola dokumentace (13 str. 35).

V případě urgentního operačního výkonu provádíme z hlediska časové tísně pouze standardní předoperační vyšetření, které je u seniorů omezeno na odběr krve a moči, vyšetření STATIM, EKG, RTG plic a interní předoperační vyšetření (2 str. 34).

Doba lačnění pacienta je konzultována s anesteziologem; dle jeho požadavků může sestra zavést nasogastrickou sondu k odsátí žaludečního obsahu. Hygienická péče je prováděna pouze v případě nutnosti odstranění větších nečistot. Sestra dále zajistí vyjmutí zubní protézy z dutiny ústní, zavedení žilního vstupu, případně dle požadavků lékaře zavedení permanentního močového katétru. Provede přípravu operačního pole, kontrolu dokumentace a aplikaci premedikace dle ordinací anesteziologa (13 str. 36).

4 ANESTEZIE

Samotné téma anestezie je velmi rozsáhlé a není hlavním předmětem této práce. Z pohledu perioperační péče o geriatrické pacienty je však vhodné zmínit problematiku podání anestezie alespoň okrajově, a to zejména z důvodu výskytu možných komplikací souvisejících s věkem pacienta. Je prokázáno, že mortalita seniorů v souvislosti s anestezií je třikrát vyšší než u mladších pacientů (16 str. 1065).

Volbu typu anestezie ovlivňuje několik faktorů. Patří mezi ně typ operačního výkonu, názor anesteziologa a požadavky chirurga. Zároveň se snažíme zohlednit i přání a preference pacienta (17 str. 77).

4.1 Operační výkon u geriatrického pacienta z pohledu anesteziologa

Ve stáří dochází ke snížení funkční zdatnosti jednotlivých orgánů, což při zvýšené zátěži, jakou operace pro organismus bezesporu je, ovlivňuje negativně zdravotní stav pacienta. Z hlediska kardiovaskulárního dochází ke snížení schopnosti zvýšit srdeční frekvenci. Při rychlé náhradě ztrát tekutin tak velmi snadno dojde k přetížení oběhu a následně srdečnímu selhání.

U seniorů se podstatně častěji vyskytují hyperkoagulační stav a hluboká žilní trombóza.

Komplikace mohou nastat při umělé plicní ventilaci z důvodu snížené poddajnosti plic; inspirační tlaky jsou zvýšené, a hrozí tak riziko vzniku pneumotoraxu.

Snáze a rychleji dochází k vývinu hypoxémie, např. při apnoi v průběhu bronchoskopie či při endotracheální intubaci. Příčinou může být rovněž anémie z důvodu krevních ztrát.

U geriatrických pacientů bývá utlumen kašlací reflex. Dochází tak k vyššímu riziku aspirace, zároveň hrozí vznik hypostatické pneumonie a atelektázy.

Snížená tubulární funkce ledvin má za následek rychlejší úbytek draslíku a při nedostatečném přívodu tekutin neschopnost zadržet tělesnou vodu a následně vznik hypovolémie.

Menší citlivost termoregulačního centra, atrofie svalové hmoty a nedostatečná tuková vrstva mají za následek zvýšené riziko podchlazení u starších nemocných (10 stránky 384-385).

Obranyschopnost organismu u seniorů klesá v závislosti na redukci kostní dřeně, zmenšení sleziny a ztrátě thymu.

Zhoršení renálních a jaterních funkcí vede k prodloužení účinku anestetik. Je nutno redukovat inhalační a intravenózní anestetika z důvodu snížené neuronální hustoty, menšího průtoku krve mozkem a nižší spotřeby kyslíku (18 str. 42).

4.2 Místní anestezie

Místní anestezie ve srovnání s celkovou anestézií neomezuje dýchání, nenarušuje imunitu a je při ní zachován kontakt s nemocným. Analgezie, kterou tato anestezie působí, přetrvává i pooperačně. Při provádění rozsáhlých a dlouhých výkonů lze ke snížení strachu a úzkosti pacienta podávat malé dávky trankvilizérů (9 str. 159).

Místní anestezii můžeme dále rozdělit dle místa vstupu látky. V rámci **topické anestezie** je anestetikum podáváno ve formě spreje nebo gelu na povrch sliznic či kůže. **Infiltrační anestezie** zahrnuje proniknutí anestetika k zakončení senzitivních vláken nacházejících se v operačním poli. Při provádění **bloků periferních nervů a pletení** je anestetikum aplikováno do jejich těsné blízkosti.

Epidurální anestezie probíhá při podání lokálního anestetika do epidurálního prostoru. Nejčastěji je využíváno tohoto typu anestezie k lumbálnímu znecitlivění, ale lze využít i jiné oddíly páteře. Při **subarachnoideální anestezii** je účinná látka aplikována do mozkomíšního moku, do prostoru pod míšní obaly.

Pokud pacientovi podáváme **epidurální a subarachnoideální anestezii**, pracujeme především za jeho zády, proto je velmi důležité udržovat komunikaci s tímto nemocným (17 stránky 83-86).

Sledování pacienta při aplikaci těchto typů anestezie je obdobné jako u anestezie celkové. Častou komplikací u **epidurální anestézie** bývá hypotenze vznikající na podkladě vazodilatace. Při **subarachnoideální anestezii** mívá pokles krevního tlaku ještě rychlejší průběh. V případě starších a kachektických osob je nutné snížit dávku anestetika potřebného pro anestezii daného segmentu (9 str. 159).

4.3 Celková anestezie

Cílem této anestezie je uvést pacienta do přechodného navozeného bezvědomí, zajistit dostatečnou analgezií a vegetativní stabilitu a rovněž zajištění dobře přístupného operačního pole. Dle cesty, kterou vstupuje anestetikum do organismu, lze rozdělit celkovou anestezii na **nitrožilní, inhalační, nitrosvalovou a rektální**. **Nitrožilní a inhalační** způsob aplikace anestetik jsou často kombinovány. Z klinického hlediska můžeme také hovořit o **anestezii doplňované**; jejíž podstatou je kombinace preparátů

různých farmakologických skupin, a **kombinované**, v jejímž rámci kombinujeme anestezii celkovou s některou z technik regionálních anestezí.

Podle časového průběhu je možné období anestezie rozčlenit na úvod do anestezie, období jejího udržování a nakonec probouzení - vyvedení z anestezie (9 stránky 142-143).

U všech pacientů a zejména u seniorů je označováno jako rizikové období vyvedení z anestezie. Hrozí zde riziko aspirace v důsledku ještě nedostatečně obnovených reflexů v době, kdy se pacient probouzí.

V případě geriatrických pacientů je nutné v souvislosti s anestezí zmínit rovněž riziko vzniku kognitivní dysfunkce, která postihuje až 30 % seniorů podstupujících operační zákrok v celkové anestezii.

Rozvoj delirantního stavu je další významnou komplikací související s celkovou anestezí. K jeho výskytu dochází zhruba u 10 - 15 % operovaných seniorů (2 str. 75).

5 POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Po ukončení operačního výkonu je pacient ponechán stále ještě pod anesteziologickým dohledem. V této době se sleduje obnova základních životních funkcí a obnovení obranných reflexů (schopnost odkašlat, schopnost polykat) (13 str. 36).

Rozhodování o průběhu další péče je ovlivněno několika faktory. Řadíme k nim typ operace a její náročnost, přidružená onemocnění a také způsob anestezie. Dle zhodnocení všech těchto faktorů zůstává pacient na dospávacím pokoji a dále je pak převezen na standardní oddělení, nebo je k další péči přeložen na jednotku intenzivní péče či anesteziologicko - resuscitační oddělení (19 str. 47).

5.1 Pooperační péče

Péče o seniory v pooperačním období není příliš odlišná od péče o mladší pacienty. Zahrnuje zejména kontrolu bdělosti a vědomí, kdy opakovaně sledujeme, zda pacient reaguje na oslovení a jestli je schopen vyhovět jednoduché výzvě, jako je stisk ruky, otevření očí, zakašlání apod. (10 str. 390).

Zároveň je nutno monitorovat vitální funkce a to bez ohledu na to, zda je pacient po operaci uložen na oddělení intenzivní péče či na standardní oddělení. Interval sledování se odvíjí od ordinací lékaře. Díky pravidelnému sledování vitálních funkcí můžeme včas odhalit počínající příznaky šoku, hypoxie, případně jiných komplikací (20 str. 241).

Kromě vitálních funkcí sleduje sestra dále operační ránu a případné krvácení, kontroluje drény a další invazivní vstupy (13 str. 37).

Pokud pacient nemá zaveden močový katétr, je třeba, aby sestra kontrolovala, zda se vymočí v období 6 - 8 hodin po operaci. Jestliže nedojde k vymočení, je nutno informovat lékaře a provést jednorázovou katetrizaci močového měchýře.

V pooperačním období dochází k přechodné zástavě odchodu stolice a plynů, jejíž příčinou je nefunkční střevní peristaltika. Tato zástava se projevuje nadýmáním, bolestí a mnohdy i nevolností. Zlepšit tento stav lze zavedením rektální rourky do konečníku, včasnou mobilizací, případně aplikací léků na podporu peristaltiky (13 str. 38).

Poloha nemocného je závislá na typu operačního výkonu a také na prevenci možných pooperačních komplikací. Ve většině případů je zpočátku nejvíce vyhovující poloha na zádech s mírnou elevací horní poloviny těla. Součástí zaujmutí správné polohy je také zajištění dobré ventilace plic. Pokud je pacient dostatečně při vědomí, je schopen

plně polykat a odkašlat, je snahou sestry v rámci prevence tromboembolických komplikací a vzniku dekubitů častá změna polohy nemocného (9 str. 267).

V prvních pooperačních hodinách a dnech se geriatrický pacient neobejde bez pomoci ošetřujícího personálu při vykonávání hygienické péče. Je proto důležité, aby sestra zhodnotila celkový stav pacienta, který je ovlivněn bolestí a omezenou pohyblivostí, a zajistila provedení osobní hygieny. U seniorů je třeba se zaměřit především na dutinu ústní jako zdroj možných infekčních pooperačních komplikací.

Péče o kůži má svůj význam z hlediska prevence vzniku dekubitů. V prvních pooperačních dnech nelze provádět u pacienta sprchu či celkovou koupel. Sestra věnuje tedy dostatečnou pozornost omývání těla na lůžku.

Správně provedená hygienická péče má svoji roli nejen v prevenci pooperačních komplikací, ale podporuje i dobrou psychickou pohodu nemocného (9 str. 268).

Zajištění dostatečné hydratace a vyrovnané bilance tekutin bývá občas u geriatrických pacientů značně obtížné. Je nutné brát ohled na předoperační stav a ztrátu tekutin během operace (2 str. 77).

Sledování turgoru kůže a podkoží nemusí u seniorů přesvědčivě vypovídat o stavu hydratace, proto je důležité doplnit fyzikální vyšetření také laboratorními výsledky. Při podávání tekutin nitrožilní cestou je nutné mít na paměti riziko levostranného srdečního selhání (10 str. 390).

Snahou ošetřujícího personálu by mělo být zachování denního rytmu pacienta také v pooperačním období. I když má pacient ještě stále klidový režim a tráví většinu dne na lůžku, je dobré dbát na to, aby byl v rámci svých možností během dne aktivní. V noci by měl mít naopak zajištěný klidný spánek alespoň po dobu šesti hodin nepřerušovaně. V případě seniorů není vhodné podávání benzodiazepinů, jehož důsledkem může být delirantní stav. V případě potřeby podáváme neuroleptika, která by měl pacient užít večer včas, aby jejich účinek do rána odezněl a nemocný byl schopen ranního vstávání, hygieny a rehabilitace (10 str. 390).

Dostatečná analgezie je nedílnou součástí pooperační péče. Pokud je nutné podávání opioidů, jsou jejich dávky redukovány přibližně na polovinu ve srovnání s mladšími pacienty. Většinou jsou doporučovány jen v prvních dnech po operaci.

V případě zavedení epidurálního katétru je analgezie zajišťována podáním nízkých dávek lokálních anestetik (10 str. 390).

U většiny seniorů vyvstává problém malnutrice, a to i tehdy, pokud je jejich tělesná hmotnost v normě. Laboratorně pak zjišťujeme sníženou hladinu bílkovin a rovněž

nedostatek stopových prvků a vitamínů. Zlepšení malnutrice pomocí enterální a parenterální výživy a doplnění chybějících stopových prvků a vitamínů přispívá k lepšímu hojení a zvýšení imunity (10 str. 391).

5.2 Pooperační komplikace

Jedná se o komplikace vznikající přímo v operovaném poli či na jiných orgánech a orgánových systémech, a to v období do třiceti dnů od prodělané operace. Příčinu těchto komplikací lze většinou nalézt v nedostatečné předoperační přípravě pacienta, v pochybení při indikaci chirurga a v operační technice nebo v některých nedostatcích při poskytování pooperační péče (14 str. 53).

Respirační komplikace se obvykle projevují zvýšenou teplotou, kašlem, dušností a cyanózou. Rizikovou skupinou jsou hlavně kuřáci, nemocní trpící chronickou obstrukční plicní nemocí, pacienti po operačních výkonech na hrudníku nebo horní polovině břicha (14 str. 53).

Aspirací označujeme vniknutí cizích látek do dýchacích cest. Jak již bylo výše řečeno, představují senioři vysoce rizikovou skupinu z hlediska aspirace a anestezie. Dalšími rizikovými pacienty jsou nemocní s přeplněným žaludkem, u nichž je důležité v rámci preventivních opatření zavést nasogastrickou sondu k odsávání žaludečního obsahu.

Příznaky aspirace mohou být akutní dechová nedostatečnost nebo později se rozvíjející bronchopneumonie.

Při podráždění sliznice hrtanu a průdušnice endotracheální kanylou může dojít k rozvoji laryngotracheitidy, jejíž projevy jsou bolesti v krku, zastřené hlasu, mnohdy až afonie.

V souvislosti s plicními komplikacemi můžeme hovořit rovněž o atelektáze, což je označení pro nevdušnost určitého plicního okrsku. Tato nevdušnost vzniká hromaděním průduškového sekretu, či - v menším počtu případů - aspirovaného žaludečního obsahu. Staří lidé mají zhoršený kašlací reflex a sníženou schopnost odkašlat, proto jsou z hlediska rozvoje atelektázy rizikovou skupinou pacientů. Klinický obraz atelektázy odpovídá rozsahu postižení plicní tkáně (9 str. 279).

Výskyt **kardiovaskulárních komplikací** je pozorován častěji právě u starších osob. Zvýšené nároky kladené na činnost srdce mají za následek jeho selhání. Levostranné srdeční selhání může mít různé příčiny, mezi něž patří pokles krevního tlaku, přechodná ischemie srdečního svalu, nedostatečná ventilace či porucha vegetativního nervového

systému. K selhání pravého srdce dochází v důsledku otoku plic, plicní embolie nebo nadměrného přívodu tekutin (9 str. 283).

S věkem také stoupá pravděpodobnost vzniku flebotromózy dolních končetin a následně i riziko rozvoje plicní embolie. Zde má svou významnou roli prevence, do níž lze zahrnout především včasnou a účinnou rehabilitaci, eliminovat podávání sedativ, která významně ovlivňují mobilitu pacienta, přikládání elastických punčoch či aktivní cvičení dolními končetinami na lůžku. Z farmakologického hlediska prevence tromboembolické nemoci je třeba zmínit zejména aplikaci nefrakcionovaného nebo nízkomolekulárního heparinu (2 str. 56).

Mezi **komplikace v oblasti trávicího ústrojí** spadá akutní dilatace žaludku. Svalovina žaludku není stimulována bloudivým nervem, dochází k paralytické neprůchodnosti, k roztažení a přeplnění žaludku a většinou i dvanáctníku. Tento stav se projeví tlakem v nadbříšku, nucením na zvracení a následně i opakovaným zvracením. Léčba spočívá zejména v zavedení nazogastrické sondy a odsávání žaludečního obsahu, zároveň je podporována činnost žaludku pomocí medikamentů (9 str. 294).

Při břišních operacích dochází k přechodnému útlumu střevní peristaltiky, trvajícím zpravidla 1 - 2 dny. Pokud po uplynutí této doby nedojde k obnovení činnosti střev, popřípadě dojde k opětovné zástavě u již obnovené peristaltiky, lze hovořit o ileózním stavu. Dle příčiny se může jednat o ileus neurogení, nejčastěji paralytický, vznikající jako důsledek potlačené činnosti parasymptiku, ileus cévní, jehož příčinou je žilní nebo tepenný uzávěr mezenterálních cév, a ileus mechanický, který je v rámci pooperačního průběhu spojován zejména se srůsty střevních kliček (9 str. 296).

Parotitis je komplikace, kterou lze svým výskytem rovněž přiřadit zejména ke skupině nemocných vyššího věku, kteří jsou celkově oslabeni. Mezi vyvolávající faktory řadíme nedostatečnou hygienu dutiny ústní, sníženou hydrataci a zmenšené vylučování slin (14 str. 54).

Renální pooperační komplikace zahrnují nejčastěji retenci moči. Její vznik ovlivňuje více faktorů, mezi něž především řadíme zvýšený tonus sympatiku, sníženou citlivost stěny močového měchýře v důsledku anestetik a analgetik, polohu vleže a psychické zábrany pacienta spojené s nedostatečným soukromím (9 str. 293).

Další častou renální komplikací u seniorů bývá močová infekce související především s katetrizací močového měchýře.

Staří nemocní podstupující větší operační zákrok jsou rovněž ohroženi vznikem renální insuficience, na němž se podílí snížená hydratace a podávání nefrotoxických látek v nedostatečně redukováných dávkách (2 str. 55).

Komplikace v operační ráně mohou vyvstat v podobě krvácení, které může být spojeno s poruchami hemokoagulace, nebo vznikne jako následek nedostatečného stavění krvácení při operaci. Infekce rány se často vyskytuje jako sekundární u výkonů, při nichž je zasahováno do infikovaných tkání. U aseptických výkonů může být zdrojem infekce přímo nemocný (např. kůže, trávicí trubice) nebo dojde k nozokomiální infekci rány v průběhu operace či během pooperačního ošetřování (9 str. 298).

Psychiatrické a neurologické komplikace se vyskytují zejména u starších lidí v podobě přechodné kognitivní dysfunkce a delirantního stavu. Příčiny výskytu nejsou zcela jasné. Jako možné souvislosti jsou udávány hyperkoagulační stav, peroperační drobná embolizace, mozková hypoxie či podání vyšší koncentrace volatilních anestetik (2 str. 75).

Vznik dekubitů jako pooperační komplikace vypovídá o selhání ošetrovatelské péče a významně ovlivňuje celkovou prognózu pacienta. Jejich léčba bývá obtížná a zdoluhavá, proto je nutné věnovat náležitou pozornost prevenci vzniku, k níž náleží důkladná hygienická péče, polohování, dostatečná hydratace a výživa pacienta (14 str. 55).

6 MODEL VIRGINIA HENDERSON

Každý jedinec má své specifické potřeby, které nějakým způsobem vyjadřuje a uspokojuje. Během života se tyto potřeby a jejich uspokojování mění. O potřebě můžeme hovořit také jako o nedostatku, z jehož příčiny dochází k narušení psychofyziologické rovnováhy a ke spuštění procesu motivace. Samotné potřeby stejně jako motivaci ovlivňuje výchova, sociální prostředí a kultura společnosti, ve které daný jedinec žije (21 str. 10).

Při sestavování svého modelu vycházela Virginia Henderson z poznatků, že pokud jsou lidé zdraví, jsou také schopni uspokojování všech svých potřeb, a to v oblasti biologické, psychické, sociální i duchovní. Během nemoci nebo v některých obdobích života, jako je dětství, těhotenství, stáří či umírání nemůže člověk uspokojit své potřeby sám a právě zde zaujímá svoji roli sestra (22 str. 91).

Jedinečnou úlohu sestry spatřuje Virginia Henderson v pomoci zdravému nebo nemocnému člověku, aby mohl vykonávat činnosti, které jsou prospěšné pro jeho zdraví či vedou k jeho navrácení nebo souvisí s pokojným umíráním a smrtí a které daný jedinec nemůže vykonávat bez pomoci, protože nemá potřebné schopnosti, vůli a vědomosti. Sestra má plnit svoji úlohu tak, aby byla co nejdříve dosažena nezávislost tohoto jedince (23 str. 46).

Vztah sestra - pacient definuje Hendersonová ve třech rovinách, a to sestru jako náhradu za pacienta v případě nesoběstačnosti nemocného, sestru jako pomocníka v době uzdravování, kdy podporuje návrat a obnovení soběstačnosti pacienta, a sestru jako partnerku. Tento vztah vzniká na základě spolupráce, kdy sestra a pacient společně hodnotí potřeby a plánují ošetrovatelskou péči (23 str. 46).

Hendersonová shrnula potřeby nemocného do čtrnácti základních oblastí. Jedná se o následující:

- 1) normální dýchání,
- 2) dostatečný příjem potravy a tekutin,
- 3) vylučování,
- 4) pohyb a udržování vhodné polohy,
- 5) spánek a odpočinek,
- 6) vhodné oblečení, oblékání a svlékání,
- 7) udržování fyziologické tělesné teploty,
- 8) udržování upravenosti a čistoty těla,

- 9) odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých,
- 10) komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů,
- 11) vyznávání vlastní víry,
- 12) smysluplná práce,
- 13) hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace,
- 14) učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.

Praktická část

7 FORMULACE PROBLÉMU

Společně se geriatrizací medicíny přibývá pacientů, kteří podstoupí ve stáří operační zákrok. Vzhledem k věku, involučním změnám a přidruženým onemocněním představuje operace z pohledu seniora významnou zátěž pro jeho organismus. Zdokonalení operačních technik a zkrácení času jednotlivých výkonů výrazně zlepšují prognózu geriatrických pacientů. Nezastupitelnou roli v celkové léčbě zaujímá také kvalitní ošetrovatelská péče. Abychom eliminovali výskyt nežádoucích komplikací a podpořili co nejrychlejší rekonvalescenci těchto nemocných, je nutná dostatečná informovanost ošetřujícího personálu, znalost a respektování specifických potřeb seniorů.

8 CÍL A ÚKOL PRÁCE

Cílem a úkolem této práce bylo poukázat na nutnost zachování specifického přístupu k potřebám geriatrických pacientů, kteří podstupují chirurgický zákrok na standardním chirurgickém oddělení.

8.1 Cíle

- 1) sledovat specifické potřeby geriatrických pacientů v rámci předoperační přípravy,
- 2) sledovat specifické potřeby geriatrických pacientů v rámci pooperační péče,
- 3) zmapovat výskyt pooperačních komplikací u vybraných geriatrických pacientů.

8.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké specifické potřeby byly zaznamenány ošetřujícím personálem během předoperační přípravy geriatrických pacientů a jak byly tyto potřeby respektovány.
- 2) Jaké specifické potřeby geriatrických pacientů byly zaznamenány ošetřujícím personálem v rámci pooperační péče a mělo jejich respektování pozitivní vliv na rekonvalescenci pacientů.
- 3) Jaké pooperační komplikace se vyskytly u vybraných pacientů.

8.3 Metodika práce

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření jsem prováděla na chirurgickém oddělení Domažlické nemocnice, kde pracuji jako sestra. Výzkum probíhal v období od počátku října 2013 do poloviny ledna 2014.

Ve výzkumné části jsem zpracovala dvě kazuistiky, které jsou aplikovány na model Virginie Henderson. Předmětem zkoumání bylo zaměřit se na geriatrické pacienty podstupující chirurgický zákrok a na jejich specifické potřeby z pohledu ošetrovatelské péče.

8.4 Vzorek respondentů

Výzkumný vzorek se skládal ze dvou seniorů, kteří podstoupili operační výkon na chirurgickém oddělení Domažlické nemocnice v době, kdy probíhalo výzkumné šetření. Tyto seniory bylo možné z hlediska věku a celkového zdravotního stavu zařadit do skupiny geriatrických pacientů.

Všichni tři pacienti mi poskytli písemný souhlas s jejich účastí v tomto výzkumném šetření. Většinu informací jsem získala rozhovorem od samotných pacientů, některé od rodinných příslušníků.

9 KAZUISTIKA Č. 1

Pacient ve věku 73 let před měsícem hospitalizován na interním oddělení, kde byl vyšetřován pro anémii. Zde mu byla provedena koloskopie a následně dle histologie zjištěn tubulární adenom s high - grade dysplazií.

Dne 5. 11. 2013 přichází k plánované operaci resekci sigmatu. Všechna potřebná předoperační vyšetření byla provedena cestou praktického lékaře a cestou chirurgické ambulance.

9.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient trpí Parkinsonovou nemocí, je diabetik 2. typu na dietě, v roce 2010 prodělal transuretrální resekci prostaty, od té doby močová inkontinence. V roce 2012 prodělal plicní embolii, léčen dosud Xareltem.

Alergie: neudává

Kouření: nekouří

Alkohol: příležitostně pouze pivo

Transfúze: nedostával

Farmakologická anamnéza

Isicom 250 mg tbl 1 – 1 – 1 – 1, Ascorutin tbl 1 – 1 – 1, Sortis 20 mg tbl 0 – 0 – 1, Maltofer tbl 1 – 0 – 0, Xarelto 20 mg tbl 1 – 0 – 0 (v rámci předoperační přípravy vysazeno 3. 11. 2013), dne 4. 11. 2013 si pacient aplikoval překlenovací dávku Ziboru 25 000 m.j. s.c.

Rodinná anamnéza

Rodiče zemřeli, neví přesně na co, sourozence nemá. Má jednu dceru, ta je zdravá.

Sociální anamnéza

Pacient je vdovec, dříve pracoval jako voják z povolání, nyní je již ve starobním důchodu. Žije sám, jediná dcera bydlí dosti daleko.

Objektivní nález:

Pacient orientován místem i časem. Kůže suchá bez známek anémie, cyanózy či ikteru.

Hlava: zornice izokorické, správně reagující, inervace symetrická, jazyk plazí ve střední čáře

Krk: šíje nevázne, bez zvětšených uzlin, štítná žláza nezvětšena

Hrudník: souměrný, dýchání sklípkové, bez patologických fenoménů, akce srdeční bez šelestů

Břicho: v nivo, volné, měkké, prohmatné, bez jizev

Páteř: na poklep nebolestivá, volně se rozvíjí

Pánev: pevná

HK: hybnost a citlivost zachována

DK: pulzace do periferie, bez trofických defektů, bez otoků a varixů

Fyziologické funkce: TK – 145/80; P – 78'; TT 36,7 °C

Výsledky vyšetření

Laboratoř:

Sérum: Bilirubin 26,80 $\mu\text{mol}\cdot\ell^{-1}$; ALT 0,18 $\mu\text{kat}\cdot\ell^{-1}$; AST 0,33 $\mu\text{kat}\cdot\ell^{-1}$;

Sodík 141,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Draslík 4,40 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Chloridy 106,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$;

Osmolalita 288,00 $\text{mmol}\cdot\text{kg}^{-1}$; Kreatinin 62,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Urea 5,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$;

Glukóza 4,70 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Bílkovina 72,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$; Albumin 38,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$

Krevní obraz: HGB 98,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$; HCT 0,31; RBC $4,60\cdot 10^{12}\cdot\ell^{-1}$; MCV 70,00;

MCH 22,00 pg; MCHC 313,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$; WBC $5,40\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$; PLT $162,00\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$

Quickův test: INR 1,20

Moč + sediment: pH 5,50; Bílkovina 0,00; Glukósa 0,00; Aceton 0,00; Urobilinogen 0,00;

Bilirubin 0,00; krev 0,00; Erytrocyty 0,00; Leukocyty 1,00; Epitelie 3,00;

Osmolalita 301,00

Rentgen plic:

Plicní kresba výraznější, srdce není rozšířeno, skleróza aorty. Plíce bez ložisek, bez známek městnání.

EKG:

Sinusový rytmus 77 / min., semihorizontální sklon el. osy, QRS komplex je štíhlý, ST úsek bez patologie.

Interní předoperační vyšetření:

Doporučení: Prevence tromboembolické nemoci, poslední dávka Xarelta 3. 11. 2013. Další den 4. 11. 2013 si pacient aplikuje dávku Ziboru 25 000 m.j. s.c. podkožně. V den nástupu na chirurgické oddělení aplikovat již jen vyšší profylaktickou dávku Ziboru. Po operaci, až to stav dovolí, převést na plnou dávku LMWH.

Anesteziologické předoperační vyšetření:

Závěr: Pacient ve věku 73 let kardiopulmonálně kompenzovaný, polymorbidní parkinsonik na trvalé antikoagulační terapii, schopen výkonu v celkové anestezii, riziko dle ASA III.

9.2 Průběh hospitalizace

5. 11. 2013 – příjem pacienta na oddělení

Dne 5. 11. 2013 v 8.00 hod. přijat pacient na chirurgické oddělení Domažlické nemocnice. Tento den započato s předoperační přípravou. Pacient byl o průběhu operace informován již při předoperační přípravě v rámci chirurgické ambulance, k přijetí si s sebou donesl podepsaný souhlas s operací. Po příchodu na oddělení byla s pacientem sepsána ošetrovatelská anamnéza a provedeno zhodnocení v oblasti ADL, rizika vzniku dekubitů, rizika pádu a hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení.

Odpoledne proběhlo ještě anesteziologické konzilium, při němž byl pacient informován o způsobu a průběhu podání anestezie během operačního výkonu. Z důvodu prevence respiračních pooperačních komplikací, provedla sestra edukaci pacienta spojenou s nácvikem správného dýchání a odkšlávání, což má svůj význam v prvních dnech po operaci. Dle typu operace bylo nutné podání projímavého roztoku k vyprázdnění zažívacího traktu. Při této přípravě je důležitý dostatečný per orální příjem tekutin, to bylo nemocnému sestrou náležitě vysvětleno, přesto však bylo třeba neustále kontrolovat množství vypitých tekutin a pacienta k pití opakovaně pobízet.

Ošetřující lékař ordinoval u pacienta večer a ráno odběr krve na glykémii. Sestra provedla náběr a o výsledcích informovala lékaře.

Večer před operací provedena celková hygiena, při které nemocnému poskytla dopomoc ošetrovatelka s ohledem na zjištěný deficit v oblasti ADL.

V rámci prevence tromboembolické nemoci aplikovala sestra večer před operací dle ordinací lékaře Zibor 3500 m.j. s.c.

Po celou dobu přípravy se pacient snažil spolupracovat s ošetřujícím personálem, nejevil známky úzkosti a obav z plánované operace.

Hypnotikum doporučené na noc anesteziologem pacient odmítl. Noční sestra zaznamenala v ošetrovatelské dokumentaci, že spal dobře.

Dieta: 0 / 9

Medikace: Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.

Sortis 20 mg tbl 0 – 0 – 1

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

fosfátový projímavý roztok ve 14.00 hod. a ve 20.00 hod.

Laboratoř: glykémie à 12 hod. (hodnoty: 5,7 mmol·ℓ⁻¹; 6,2 mmol·ℓ⁻¹)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 85 bodů (lehká závislost); riziko pádů - 4 body (je ohrožen pádem); riziko vzniku dekubitů dle Nortonové - 23 bodů (je přítomno nízké riziko); hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení - 1 bod (není ohrožen rozvojem malnutrice).

6. 11. 2013 – operační den

Ráno v 6.30 hod. provedl pacient za pomoci ošetrovatelky ranní hygienu, poté mu sestra oholila operační pole a nasadila antiembolické punčochy. Na výzvu z operačního sálu aplikovala sestra v 8.30 hod. premedikaci Morphin 7,5 mg s.c. dle ordinací anesteziologa. Sestra rovněž zavedla periferní žilní kanylu a aplikovala profylaktickou dávku antibiotik dle ordinací chirurga: Medoclav 1,2 g i.v. a Metronidazol 500 mg i.v. Pacientovi sestra doporučila, aby si vyjmul zubní protézu. Zavedení permanentního močového katétru požadoval chirurg až na operačním sále.

V 9.00 hod. předala sestra pacienta na operační sál, kde byla provedena laparoskopicky asistovaná resekce sigmatu.

Vzhledem k tomu, že výkon proběhl bez komplikací, byl pacient po operaci ve 12.45 hod. vrácen zpět na standardní chirurgické oddělení a uložen na intermediární pokoj.

Dle ordinací operátora sestra napojila pacienta na monitor, sledovala TK, P, dechovou frekvenci, SpO₂ a TT. Dále podle ordinací zajistila sestra aplikaci kyslíku pomocí kyslíkových brýlí rychlostí 3 l / min. Zároveň sestra kontrolovala všechny invazivní vstupy a operační ránu, která mírně prosakovala, proto obvaz sestra navázala.

Aplikaci analgetik ordinoval lékař kontinuálně za pomoci lineárního dávkovače, sestra sledovala účinek analgetik, který byl dostačující. Dle požadavků lékaře sledovala sestra příjem a výdej tekutin po šesti hodinách a prováděla záznam do dokumentace.

Po odeznění celkové anestezie, sestra opakovaně vybízela pacienta k řádnému odkašlávání, kontrolovala správné přiložení antiembolických punčoch a edukovala pacienta o nutnosti pohybovat dolními končetinami na lůžku z důvodu prevence tromboembolické nemoci.

Jelikož pacient neměl žádný perorální příjem, bylo nutné, aby sestra pečovala o dutinu ústní z hlediska její hygieny a zvlhčování sliznic.

V noci byl pacient mírně dezorientovaný místem i časem, snažil se vstávat z lůžka, po příchodu sestry však vždy uposlechl výzvy a zůstal ležet. V ošetrovatelské dokumentaci noční sestra zaznamenala zvýšené riziko pádu. Sestra prováděla častou kontrolu pacienta a zajistila zvednuté postranice u lůžka.

Dieta: nic per os

Medikace: Morphin 20 mg do FR 20 ml v lineárním dávkovači rychlostí 2 ml / hod.

Medoclav 1,2 g i.v. à 8 hod. v 5.00 hod., 13.00 hod., 21:00 hod.

Metronidazol 500 mg i.v. à 12 hod., ve 12.00 hod., 24.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. à 24 hod., ve 20.00 hod.

infúze: 1) Isolyte 1000 ml na 6 hod.

2) Glukóza 5% 500 ml na 4 hod.

3) Isolyte 1000 ml na 6 hod.

Laboratoř: kontrola glykémie à 8 hod. (hodnoty: $6,2 \text{ mmol}\cdot\ell^{-1}$; $6,5 \text{ mmol}\cdot\ell^{-1}$; $5,3 \text{ mmol}\cdot\ell^{-1}$), krevní obraz v 18.00 hod. (HGB $102 \text{ g}\cdot\ell^{-1}$; HCT 0,32; RBC $4,60\cdot 10^{12}\cdot\ell^{-1}$; MCV 70,00; MCH 22,20 pg; MCHC $316,00 \text{ g}\cdot\ell^{-1}$; WBC $8,6\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$; PLT $256\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností – 25 bodů (vysoká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 2-3; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona (stupeň 0); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 14 bodů (vysoké riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacient je ohrožen pádem)

7. 11. 2013 – 1. pooperační den

Ranní hygienu provedl pacient vsedě na lůžku za pomoci sestry. Pacient si stěžoval na slabost a závratě, postavit u lůžka se ještě nezvládl. Dle záznamu v ošetrovatelské dokumentaci byl pacient v noci mírně dezorientovaný. Ráno při rozhovoru se sestrou vykazoval již známky plné orientace. Pacient se jevil celkově psychomotoricky zpomalený, bylo důležité, aby ošetřující personál nespěchal, poskytl mu více času, a on tak mohl vyhovět všem pokynům.

Při provádění ranní hygieny sundala sestra pacientovi antiembolické punčochy a zkontrolovala dolní končetiny, které byly bez otoků a nebolestivé. Po umytí a masáži dolních končetin sestra kompresivní punčochy opět přiložila. Zvýšenou pozornost opět sestra věnovala hygieně dutiny ústní, k jejímu výplachu použila dezinfekční přípravek Skinsept mucosa.

Sestra zkontrolovala invazivní vstupy, permanentní močový katétr zaveden druhý den - funkční, periferní žilní katétr zaveden druhý den - rovněž funkční, bez počínající flebitis.

Během dopoledne proběhla u pacienta lékařská vizita, při níž byl lékařem za asistence sestry proveden převaz operační rány.

Záznam lékaře v dokumentaci: *„Pacient afebrilní, břicho klidné, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika zatím obleněná. DK bez známek TEN. Rána klidná, bez retence a povlaku, převaz s Betadine.“*

Pacientovi sledovala sestra tlak a puls po čtyřech hodinách, tělesnou teplotu po dvanácti hodinách, příjem tekutin a diurézu po šesti hodinách. Zároveň sestra aplikovala infúzní terapii a medikaci dle ordinací lékaře. Morphin podávaný intravenózně za pomoci lineárního dávkovače již lékař vysadil a dále ordinoval subkutánní aplikaci po osmi hodinách.

Sestra během dne sledovala, zda je analgezie dostačující, a prováděla záznam do ošetrovatelské dokumentace. Dle vyhodnocení nebylo třeba, aby lékař ordinoval další analgetika.

Pacient mohl per orálně popíjet hořký čaj v množství 500 ml za 24 hod. Zde byla nutná dopomoc sestry, neboť se pacient ještě nezvládl sám posadit a podat si čaj, rovněž bylo nutno dohlédnout na množství vypitého čaje.

Vzhledem k přidruženému onemocnění diabetes mellitus byly monitorovány během dne hodnoty glykémie po osmi hodinách. Sestra provedla odběr krve a o výsledcích

informovala lékaře. Hodnoty glykémie byly v normě, z lékařského hlediska nebylo nutné ordinovat aplikaci krátkodobého inzulínu.

Zvýšenou pozornost musela sestra věnovat rehabilitaci pacienta po operačním výkonu. Ta se první pooperační den zaměřovala zejména na nácvik správného odkašlávání, dechová cvičení, nácvik správného vstávání z lůžka a procvičování dolních končetin na lůžku.

Ošetrovatelská péče byla tento den rovněž zaměřena na prevenci vzniků dekubitů. Povinností sestry bylo zajistit čisté a upravené lůžko. K polohování potřeboval pacient ještě dopomoc ošetřujícího personálu, a to hlavně z důvodu bolestivosti operační rány a celkové slabosti pacienta.

Večer měl pacient problémy s usínáním. Jako důvod udával pocit horka a zvýšený ruch na pokoji, když byl na vedlejší lůžko uložen nový pacient. Poté, co sestra otevřela okno, vyvětrala a po zklidnění provozu na pokoji pacient kolem půlnoci usnul a spal až do rána.

Dieta: 0s / 9

Medikace: Morphin 10 mg s.c. v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod.

Medoclav 1,2 g i.v. v 5.00 hod., 13.00 hod., 21.00 hod.

Metronidazol 500 mg i.v. ve 12.00 hod., 24.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

Cerucal 1 amp i.v. à 8 hod. v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod.

Ambroxol gtt 4 ml – 4 ml – 4 ml

Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.

infúze: 1) Isolyte 1000 ml na 6 hod.

2) Glukóza 5% 500 ml + 20 ml 3,5% KCl na 6 hod.

3) Isolyte 1000 ml na 6 hod.

Laboratoř: kontrola glykémie à 8 hod. (hodnoty: 4,5 mmol·ℓ⁻¹; 5,7 mmol·ℓ⁻¹; 5,0 mmol·ℓ⁻¹), krevní obraz (HGB 98 g·ℓ⁻¹; HCT 0,29; RBC 4,12·10¹²·ℓ⁻¹; MCV 70,00; MCH 22,00 pg; MCHC 313,0 g·ℓ⁻¹; WBC 8,60·10⁹·ℓ⁻¹; PLT 257·10⁹·ℓ⁻¹)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností – 30 bodů (vysoká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 2-3; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona - stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 19 bodů (střední riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacient ohrožen pádem)

8. 11. 2013 – 2. pooperační den

Ráno se pacient zvládl za pomoci ošetřujícího personálu posadit na lůžku. Při pokusu o postavení u lůžka mu podklesávaly dolní končetiny, udával slabost a závratě, nebyl schopen stát ani s oporou. Z tohoto důvodu proběhla hygienická péče za pomoci sestry opět na lůžku. Při provádění hygienické péče sestra zkontrolovala dolní končetiny, které byly mírně oteklé a nebolestivé. Antiembolické punčochy sestra opět přiložila. Na kůži pacienta neshledala sestra známky počínajících dekubitů.

Dále sestra zkontrolovala invazivní vstupy, permanentní močový katétr zaveden třetí den - funkční, periferní žilní katétr zaveden třetí den - bez zarudnutí, nebolestivý, ale zalomený a nefunkční, proto jej sestra odstranila a zavedla nový.

V rámci dopolední lékařské vizity provedl lékař převaz rány, sestra asistovala. Záznam lékaře v dokumentaci: *„Subjektivně se pacient cítí dobře, bolesti v klidu nemá, zadýchává se, ale říká, že dušný není. Objektivně: afebrilní, břicho zcela klidné, peristaltika se rozbíhá, větry odcházejí, DK bez známek trombózy, mírně oteklé. Rána klidná, bez retence, bez povlaku, převázána s Betadine.“*

Analgetika lékař ještě ponechal, pacient udával bolesti zejména při otáčení a posazování. Sestra během dne sledovala účinek analgetik, který byl dle záznamu dostačující.

Z důvodu nedostatečného výdeje tekutin a otoku dolních končetin ordinoval lékař podání diuretik. Sestra i nadále sledovala a zaznamenávala příjem a výdej tekutin po šesti hodinách.

U pacienta dle ordinací sledovala sestra tlak a puls po šesti hodinách, tělesnou teplotu měřila dle zvyklostí oddělení 2× denně. Hodnoty glykémie sledovala po dvanácti hodinách.

Dietu ordinoval lékař kašovitou - diabetickou a zároveň jako prevenci vzniku malnutrice doporučil pacientovi popíjení Diasipu. Při podávání stravy pacient potřeboval pomoc ošetřujícího personálu. Bylo rovněž nutné, aby sestra dohlížela během dne na to, zda pacient popíjí Diasip a opakovaně jej k pití vybízela. Také příjem tekutin per os byl zpočátku snížen. Pacient udával, že nemá pocit žízně. Sestra jej proto edukovala o nutnosti dostatečného příjmu tekutin a ty pak nabízela nemocnému častěji a po menších dávkách.

Pokračovala intenzivní rehabilitace pacienta, která byla zaměřena především na prevenci respiračních komplikací, vstávání z lůžka a nácvik chůze, obnovení soběstačnosti v ADL.

Pacient se snažil spolupracovat, jeho snaha byla bohužel limitována přidruženou Parkinsonovou chorobou, rehabilitace proto pokračovala pomalejším tempem.

Z pohledu ošetrovatelské péče u pacienta i nadále přetrvávalo zvýšené riziko vzniku dekubitů a zvýšené riziko pádu.

Dieta: kaše / 9 + Diasip sipping

Medikace: Morphin 10 mg s.c. à 8 hod. v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod.

Medoclav 1,2 g i.v. v 5.00 hod., 13.00 hod., 21.00 hod.

Metronidazol 500 mg i.v. ve 12.00 hod., 24.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

Cerucal 1 amp i.v. à 8 hod. v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod.

Ambroxol gtt 4 ml – 4 ml – 4 ml

Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.

Furon 40 mg tbl ½ – ½ – 0

Laboratoř: glykémie à 12 hod (hodnoty: 5,3 mmol·ℓ⁻¹; 6,2 mmol·ℓ⁻¹),
minerály (Na 140,0 mmol·ℓ⁻¹; K 3,7 mmol·ℓ⁻¹; Cl 106,0 mmol·ℓ⁻¹)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 30 bodů (vysoká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 2-3; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona - stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 19 bodů (střední riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacient ohrožen pádem)

9. 11. 2013 – 3. pooperační den

Ráno se pacient postavil s dopomocí sestry a sanitáře u lůžka. Na sedačce byl převezen do koupelny, kde mu sestra poskytla pomoc při provádění hygienické péče. Dolní končetiny sestra zkontrolovala, promazala a dále ponechala antiembolické punčochy.

Po provedení hygieny byl pacient uložen zpět na lůžko. Sestra provedla kontrolu permanentního močového katétru – zaveden čtvrtý den - funkční, periferního žilního katétru - zaveden druhý den - rovněž funkční, nebolestivý a bez zarudnutí.

Pacient v rámci možností spolupracoval, stěžoval si na problémy s dýcháním, pokašlával. Večer měl zvýšenou teplotu 37,3 °C, ráno byl bez teploty 36,7 °C.

Při lékařské vizitě lékař ordinoval RTG plic a náběr CRP. Lékař rovněž provedl za asistence sestry převaz rány s Betadinem.

Záznam lékaře v dokumentaci: *„Večer subfebrilie, jinak afebrilní. Dýchání vpravo s četnými bronchitickými fenomény (v.s. počínající bronchopneumonie). Břicho klidné, měkké nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění, rána klidná.“*

Pacient dnes udával pouze mírné bolesti při pohybu. Z tohoto důvodu lékař zrušil pravidelné podávání opiátových analgetik a ordinoval pouze podání Ketonalu 1 amp i.m. při bolesti. Sestra tedy i nadále sledovala bolest pacienta, prováděla zápis a v případě potřeby informovala lékaře. Během dne nebylo třeba podání analgetik, větší bolesti udával pacient až večer před usnutím, kdy mu sestra předepsaná analgetika aplikovala.

Lékař ponechal pacientovi dietu stejnou jako předchozí den, tzn. kašovitou diabetickou. Pacient pokračoval během dne v popíjení Diasipu. Vzhledem k večerní subfebrilii a k respiračním obtížím pacienta byl ošetřujícím personálem opět kladen důraz na dostatečný příjem tekutin per os, za který převzala odpovědnost sestra.

Lékař ordinoval sledování příjmu a výdeje tekutin à 24 hodin, sledování tlaku, pulsu a teploty po šesti hodinách. Při kontrole vyprazdňování dnes také sestra zaznamenala do dokumentace, že byl pacient poprvé od operace na stolici.

Pokračovala rehabilitace pacienta, a to jak dechová, tak i nácvik sebeobsluhy a rovněž nácvik chůze (zatím jen v pultovém chodítku).

Pro lepší odkašlávání ordinoval lékař inhalaci roztoku ACC 3× denně. Tu aplikovala pacientovi sestra za pomoci inhalační polomasky. Většinu času na lůžku tráví pacient ve Fowlerově poloze.

Dieta: kaše / 9 + Diasip sipping

Medikace: Medoclav 1,2 g i.v. v 5.00 hod., 13.00 hod., 21.00 hod.

Metronidazol 500 mg i.v. ve 12.00 hod., 24.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

Ketonal 1 amp i.m. při bolesti (aplikován ve 21.00 hod.)

Cerucal 1 amp i.v. à 8 hod. v 8.00 hod., 16.00 hod., 24.00 hod.

Ambroxol gtt 4 ml – 4 ml – 4 ml

Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.

Furon 40 mg tbl ½ – ½ – 0

Kalnormin tbl 1 – 0 – 1

inhalace ACC 3× denně

Laboratoř: glykémie à 12 hod. ($6,6 \text{ mmol} \cdot \ell^{-1}$; $6,8 \text{ mmol} \cdot \ell^{-1}$), CRP $67,00 \text{ mg} \cdot \ell^{-1}$

RTG plic: kresba výraznější, bez městnání, bez ložisek, srdce bez dilatace

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností – 40 bodů (vysoká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 1-2; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona - stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 19 bodů (střední riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacient ohrožen pádem)

10. 11. 2013 - 4. pooperační den

Ráno pacient udával, že se cítí lépe než předchozí den. Teplotu neměl a lépe se mu dýchalo. Hygienickou péči prováděl s pomocí sestry v koupelně na sedačce, pacient vykazoval větší aktivitu než v předchozích dnech. V rámci hygienické péče sestra opět zkontrolovala, kůži a dolní končetiny pacienta. Na kůži neshledala známky počínajících dekubitů. Také dolní končetiny byly ve srovnání s předchozím dnem méně oteklé, antiembolické punčochy po provedení hygieny sestra opět nasadila.

Dále sestra provedla kontrolu permanentního močového katétru - zaveden pátý den - funkční. Periferní žilní katétr zaveden třetí den - funkční, bez známek počínající tromboflebitis. Vzhledem k tomu, že pacient neměl již lékařem ordinováno podávání léků intravenózní cestou, sestra tento katétr odstranila a sterilně ošetřila místo vpichu.

V průběhu dopolední lékařské vizity provedl lékař za asistence sestry převaz rány. Zápis lékaře v dokumentaci: *„Pacient se cítí lépe, afebrilní, stále ještě zahleněný, pokračováno v dechové rehabilitaci. Břicho zcela klidné bez peritoneálního dráždění. Rána klidná, bez retence, převázána s Betadine.“*

Dietu u pacienta ponechal lékař kašovitou diabetickou, zároveň i nadále ordinoval popíjení Diasipu. Sestra stále dohlížela na to, aby měl pacient dostatečný perorální příjem tekutin, prováděla záznam do dokumentace a současně sledovala i diurézu pacienta.

Tlak a puls sledovala sestra dle ordinací lékaře 2× denně. Bolesti udával pacient jen mírné, analgetika nepožadoval.

Rehabilitace pacienta pokračovala. Pacient dnes poprvé přešel za pomoci sestry v pultovém chodítku celou chodbu. Při vstávání z lůžka a chůzi musela sestra respektovat přetrvávající zvýšené riziko pádu. Pacient byl náležitě edukován o nutnosti vstávat a chodit pouze za přítomnosti ošetřujícího personálu. Při podávání stravy bylo zapotřebí jen minimální dopomoci ošetřujícího personálu. Dechovou rehabilitaci prováděl pacient sám aktivně, sestra pouze kontrolovala správnost provedení.

Dle doporučení lékaře sestra opět nemocnému aplikovala roztok ACC 3× denně za pomoci inhalační polomasky.

Pacient projevoval během dne mnohem větší aktivitu, více komunikoval s ošetřujícím personálem, bylo poznat, že se nálada pacienta zlepšila. Za dobu hospitalizace pacient ještě neměl návštěvu, odpoledne mu volala dcera a domluvili se, že jej o víkendu přijede navštívit.

Dieta: kaše / 9 + Diasip sipping

Medikace: Amoksiklav 1 g tbl à 12 hod. v 8.00 hod., 20.00 hod.
Entizol 250 mg 2 tbl à 12 hod. v 8.00 hod, 20.00 hod.
Cerucal tbl 1 – 1 – 1
Ambroxol gtt 4 ml – 4 ml – 4 ml
Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.
Furon 40 mg tbl ½ – ½ – 0
Kalnormin tbl 1 – 0 – 1
Maltofer tbl 1 – 0 – 0
Sortis 20 mg tbl 0 – 0 – 1
Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.
Ketonal 50 mg per os při bolesti
inhalace ACC 3× denně

Laboratoř: glykémie 1× denně (hodnota 7,0), minerály (Na 141 mmol·ℓ⁻¹; K 3,9 mmol·ℓ⁻¹; Cl 107 mmol·ℓ⁻¹)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 45 bodů (závislost středního stupně); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 24 bodů (nízké riziko); hodnocení bolesti dle Melzacka - pohybuje se mezi stupněm 0-1; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona - stupeň 0; hodnocení rizika pádu - 6 bodů (pacient je ohrožen pádem), hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení – 1 bod (není ohrožen rozvojem malnutrice)

11. 11. 2013 - 14. 11. 2013 – 5. - 8. pooperační den

V těchto dnech postupně docházelo k navrácení soběstačnosti pacienta, po oddělení se již pohyboval sám za pomoci čtyřkolového chodítka, které mu vyhovovalo a poskytovalo mu větší jistotu při chůzi. Problémy s dýcháním se výrazně zlepšily, mírně se zadýchává jen při větší fyzické námaze.

Dne 11. 11. 2013 byla pacientovi podána plná strava ve formě diety 9s. Příjem tekutin byl dostatečný a rovněž diuréza byla v normě. Na přání pacienta mu byl ponechán permanentní močový katétr déle, než je obvyklé. Pacient udával větší pocit pohodlí, než když musel nosit z důvodu močové inkontinence plenkové kalhoty. Dne 14. 11. 2013 byl permanentní močový katétr odstraněn, pacient močil spontánně, inkontinence byla zajištěna plenkovými kalhotkami.

Rána na břicho zůstává odkryta, stehy byly odstraněny sedmý pooperační den 13. 11. 2013.

Medikace: 14.11. Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.

Furon 40 mg tbl $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{2}$ – 0

Maltofer tbl 1 – 0 – 0

Sortis 20 mg tbl 0 – 0 – 1

Xarelto 20 mg 1 – 0 – 0

Hodnotící škály: 14.11. Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 75 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka – stupeň 0; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 26 bodů (není riziko); hodnocení rizika pádu - 5 bodů (pacient ohrožen pádem)

15. 11. 2013 - 9. pooperační den

Pacient byl dnes propuštěn domů. Celkově se cítil dobře, operační rána byla zhojena. První dny po návratu z nemocnice mu bude doma pomáhat dcera. V nemocnici si pacient zvykl používat při chůzi čtyřkolové chodítko, proto mu byl při propuštění vystaven poukaz na tuto pomůcku a byl informován, kde je možno chodítko vyzvednout. Sestra vybavila pacienta léky na tři dny, pacient udával, že většinu léků z chronické medikace doma ještě má, další budou předepsány cestou obvodního lékaře.

Pacient byl objednáán dne 26. 11. 2013 ke kontrole na chirurgickou ambulanci, kde budou také k dispozici kompletní výsledky histologického vyšetření a lékařem doporučena další léčba.

Medikace: Isicom 250 mg 1 tbl v 8.00 hod., 12.00 hod., 16.00 hod., 20.00 hod.

Furon 40 mg tbl $\frac{1}{2}$ – $\frac{1}{2}$ – 0

Maltofer tbl 1 – 0 – 0

Sortis 20 mg tbl 0 – 0 – 1

Xarelto 20 mg 1 – 0 – 0

9.3 Zpracování dat dle modelu Virginie Henderson

Normální dýchání

Subjektivně:

Při přijetí: Pacient při rozhovoru udával, že doma neměl žádné výrazné problémy s dýcháním. Trochu se zadýchal pouze při větší fyzické námaze, a to hlavně poslední týdny před nástupem do nemocnice.

Po operaci: Během hospitalizace udával pacient potíže s dýcháním třetí pooperační den, stěžoval si, že nemůže odkašlat.

Objektivně:

Při přijetí: Dechová frekvence pacienta byla 18 dechů za minutu.

Po operaci: Během hospitalizace byl kladen velký důraz na dechovou rehabilitaci, přesto se u pacienta třetí pooperační den objevily problémy s dýcháním ve smyslu počínající bronchopneumonie. Pomocí inhalační léčby, podáváním perorálních expektorancií a intenzivní dechovou rehabilitací, se tyto problémy podařilo zvládnout (SpO₂ se po zavedení léčby pohybovala v rozmezí 92 % - 95 %). Při propuštění do domácího ošetřování pacient objektivně nevykazuje žádné dýchací problémy. Dechová frekvence při propuštění byla 16 dechů za minutu.

Dostatečný příjem potravin a tekutin

Subjektivně:

Při přijetí: Pacient udával, že doma žádné problémy s přijímáním potravy neměl. Dodržoval diabetickou dietu. Chuť k jídlu měl dobrou, jídlo mu donášela sousedka z místní jídelny. Dle sdělení vypil pacient doma asi tak litr tekutin za den.

Po operaci: První a druhý pooperační den pacient verbálně vyjadřoval obavy, že se nezvládne sám najíst, žádal o pomoc ošetřující personál. Rovněž udával, že nemá pocit žízně.

Objektivně:

Při přijetí: U pacienta byla patrna nedostatečná hydratace, měl suchou kůži a sliznice.

Po operaci: V prvních pooperačních dnech byla nutná dopomoc sestry při podávání potravy a tekutin, vzhledem k zjištěnému deficitu v oblasti ADL. Dle vyhodnocení se Barthelův test pohyboval v rozmezí 30 – 45 bodů. K pití tekutin musela sestra pacienta

neustále pobízet. Tím, jak se postupně pacient stával během pooperační péče soběstačným, upravilo se i přijímání potravy a tekutin.

Před propuštěním jedl sice menší porce jídla, než byl zvyklý, ale snažil se jíst častěji; rovněž tekutiny přijímal v menším množství, ale vícekrát za den. Den před propuštěním 14. 11. 2013 činil příjem tekutin za 24 hod. 2500 ml, hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení – 1 bod (pacient není ohrožen rozvojem malnutrice)

Vylučování

Subjektivně:

Při přijetí: Pacient při rozhovoru sdělil, že doma se stolicí žádné potíže neměl, jen občas spíše sklon k zácpě. Ohledně močení pacient uvedl, že od operace prostaty trpí močovou inkontinencí a doma používá plenkové kalhotky.

Po operaci: Pacient vyjadřoval obavy z předčasného odstranění permanentního močového katétru, protože trpěl močovou inkontinencí. Z hlediska hygieny pro něho znamenalo ponechání katétru větší komfort.

Objektivně:

Při přijetí: Pacient měl na sobě plenkové kalhotky, jejich výměnu zvládal sám.

Po operaci: V den operace byl zaveden pacientovi permanentní močový katétr, který byl na přání pacienta ponechán až do 14. 11. 2013. Po odstranění permanentního močového katétru používal pacient opět plenkové kalhotky.

Po operaci měl pacient stolicí poprvé třetí pooperační den. Stolice byla zpočátku průjmovitá 1-3× denně. Nejprve se pacient vyprazdňoval s pomocí ošetřujícího personálu na lůžku do podložní mísy, od čtvrtého pooperačního dne byl schopen dojít s doprovodem na WC. Den před propuštěním 14. 11. 2013 zaznamenána stolice 2× denně, pacient chodí samostatně na WC.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně:

Při přijetí: Pacient při rozhovoru uvedl, že při chůzi používá hůlku, po bytě a venku se pohybuje samostatně.

Po operaci: V prvních pooperačních dnech si pacient verbálně stěžoval na bolesti a únavu při pohybu, žádal o pomoc ošetřující personál.

Objektivně:

Při přijetí: Pacient chodil samostatně a hůlku nosil v pravé ruce.

Po operaci: První tři dny po operaci byla pohyblivost pacienta značně omezena z důvodu bolesti a celkové slabosti. Během prvního a druhého pooperačního dne se pacient pohyboval pouze na lůžku za pomoci ošetřujícího personálu, třetí pooperační den byl postaven s dopomocí ošetřujícího personálu u lůžka. Od čtvrtého pooperačního dne se začal fyzický stav pacienta zlepšovat. Celková rehabilitace byla obtížnější vzhledem k přidružené Parkinsonově chorobě.

Po celou dobu hospitalizace přetrvávalo zvýšené riziko pádu, jehož nejvyšší hodnota byla 7 bodů a nejnižší 4 body. Sestra rovněž hodnotila riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, nejvyšší zaznamenáno v den operace - 14 bodů.

V době propuštění se pacient pohyboval samostatně za pomoci čtyřkolového chodítka, na tuto pomůcku mu byl lékařem vystaven poukaz a pacient jej bude používat i doma.

Spánek a odpočinek

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacient uvedl, že doma spal dobře.

Po operaci: První pooperační den si pacient stěžoval na problém při usínání, uváděl, že jej ruší provoz na pokoji.

Objektivně:

Při přijetí: V den přijetí spal pacient dobře. Odmítl hypnotika ordinovaná anesteziologem.

Po operaci: První pooperační den zaznamenala sestra v dokumentaci problémy pacienta s usínáním, po zklidnění provozu na pokoji však pacient usnul a nebylo nutné, aby lékař ordinoval hypnotika. Další potíže ohledně spánku nebyly během hospitalizace ošetřujícím personálem zaznamenány.

Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacient uvedl, že se doma zvládl oblékat a svlékat sám. Dcera mu prádlo prala.

Po operaci: V prvních čtyřech pooperačních dnech si pacient stěžoval na únavu a slabost, žádal při oblékání o dopomoc ošetřující personál.

Objektivně:

Při přijetí: Na příjem přišel pacient čistý a upravený.

Po operaci: V prvních pooperačních dnech se úroveň sebeobsluhy pacienta zhoršila. Dopomoc při svlékání a oblékání musel zajišťovat ošetřující personál. Barthelův test se v prvních čtyřech pooperačních dnech pohyboval v rozmezí 30 – 45 bodů. Na snížené úrovni sebeobsluhy se podílel nejen pooperační stav pacienta, ale také jeho onemocnění Parkinsonovou chorobou. Den před propuštěním vyhodnocen Barthelův test na 75 bodů, pacient se zvládne obléci sám, potřebuje však na to více času.

Udržování fyziologické teploty**Subjektivně:**

Při přijetí: Pacient během rozhovoru sdělil, že doma žádné problémy ohledně tělesné teploty neměl.

Po operaci: V průběhu druhého pooperačního dne si pacient stěžoval na zimnici a třesavku.

Objektivně:

Při přijetí: Pacientovi naměřena tělesná teplota 36,7 °C.

Po operaci: Dle záznamů v dokumentaci byla tělesná teplota pacienta po celou dobu hospitalizace v normě, pohybovala se mezi 36,3 °C - 36,9 °C. Pouze druhý pooperační den byla u pacienta zřejmě v souvislosti s dýchacími obtížemi zaznamenána subfebrilie 37,3 °C.

Udržování čistoty a upravenosti těla**Subjektivně:**

Při přijetí: Pacient během rozhovoru uvedl, že doma zvládl provádět hygienu samostatně.

Po operaci: V prvních čtyřech pooperačních dnech si pacient stěžoval na slabost a únavu, požadoval dopomoc ošetřujícího personálu při provádění hygienické péče.

Objektivně:

Při přijetí: Pacient přišel na příjem čistý a upravený, bylo vidět, že dbá o svůj zevnějšek.

Po operaci: Během hospitalizace se pacient snažil aktivně podílet na hygienické péči. Tato snaha byla zpočátku značně limitována pooperačním stavem pacienta a onemocněním Parkinsonovou chorobou. V prvních pooperačních dnech pomáhala

nemocnému velkou měrou při provádění hygieny sestry. Dle vyhodnocení se Barthelův test v prvních čtyřech pooperačních dnech pohyboval v rozmezí 30 – 45 bodů. S návratem sil pacient postupně odmítal dopomoc sestry při hygieně, snažil se být opět soběstačný. Při propuštění Barthelův test 75 bodů, pacient provádí hygienickou péči sám.

Odstraňování rizik životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně:

Při přijetí: Pacient během rozhovoru sděluje, že nikdy nepracoval v rizikovém prostředí a rovněž nikdy nekouřil. Žije v panelovém domě v přízemním bytě, což mu vyhovuje vzhledem k omezené pohyblivosti.

Po operaci: Pacient při edukaci souhlasil, že si je vědom zvýšeného rizika pádu v prvních pooperačních dnech.

Objektivně:

Při přijetí: Dle vyhodnocení zaznamenáno zvýšené riziko pádu – 4 body.

Po operaci: Při hospitalizaci byl pacient sestrou informován o riziku pádu zejména v prvních pooperačních dnech a při začátku rehabilitace. Pacient respektoval dané instrukce, nevstával sám z lůžka, vždy si přivolal ošetřující personál. Nejvyšší hodnota zjištěného rizika pádu 7 bodů, nejnižší 4 body.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně:

Při přijetí: Pacient během rozhovoru uvádí, že je doma většinou sám. S dcerou si dvakrát týdně telefonuje. Občas se u něho zastaví sousedka, se kterou si alespoň trochu popovídá.

Po operaci: Pacient vyjadřoval radost, zejména z návštěvy dcery.

Objektivně:

Při přijetí: Pacient se snaží komunikovat s ošetřujícím personálem, na odpovědi potřebuje více času.

Po operaci: Během hospitalizace pacient komunikoval jak s ostatními pacienty na pokoji, tak s ošetřujícím personálem. Jeho vystupování bylo vždy slušné. Občas reagoval trochu pomaleji, bylo nutné mu při komunikaci věnovat více času. První dny po operaci byl spíše uzavřený, pak jej přijela navštívit dcera a slíbila mu, že se o něj

zpočátku po propuštění bude starat. Bylo zřejmé, že po této návštěvě se nálada pacienta zlepšila. V souvislosti s operací a základním onemocněním neprojevoval pacient úzkost, či výrazné obavy. Byl lékařem plně informován a uvědomoval si, že je operace nezbytná. Nikdy během hospitalizace nezapochoyboval, že by léčba nebyla úspěšná.

Vyznávání vlastní víry

Při rozhovoru na otázku víry pacient uváděl, že v dětství chodil s rodiči do kostela, protože žili na vesnici. V dospělosti již do kostela nechodil a necítí se býti věřícím.

Smysluplná práce

Pacient pracoval v minulosti jako voják z povolání. Nyní je v důchodu, jeho aktivity se omezily na péči o byt. Je hrdý na to, že dokáže obstarat běžný úklid. S větším úklidem mu pomáhá dcera. Pacient se také stará o květiny, kterých prý má doma spoustu, na jaře a v létě vysazuje květiny do truhlíků na balkón.

Hry nebo účast na různých formách odpočinku, rekreace

Jako svého koníčka udává pacient filatelii, které se plně začal věnovat až v důchodu. Rád luští křížovky; této činnosti se velkou měrou věnoval i během hospitalizace. Dříve rád cestoval, což mu nyní již zdravotní stav neumožňuje.

Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji

Pacient je vysokoškolsky vzdělaný. Stále se zajímá o aktuální dění u nás i ve světě. Doma denně odebírá noviny, na čtení používá brýle. V nemocnici, pokud mu to zdravotní stav dovolil, denně sledoval večerní zprávy v televizi.

9.4 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelské diagnózy vztahující se k 1. a 2. pooperačnímu dni (24)

1) 00132 akutní bolest - související s operačním výkonem

Projevující se:

subjektivně: verbalizací pacienta,

objektivně: bolestivou grimasou v obličeji, snahou pacienta zaujmout úlevovou polohu.

Cíl:

Pacient bude po podání analgetik udávat zmírnění bolesti.

Ošetrovatelské intervence:

Pravidelně sleduj a hodnot' bolest u pacienta dle Melzacka, pomáhej pacientovi zaujmout úlevovou polohu, aplikuj analgetika dle ordinací lékaře a sleduj jejich účinek, zajisti signalizaci v dosahu pacienta, dokumentuj průběh bolesti u pacienta.

Hodnocení:

V prvních dvou pooperačních dnech při současném podávání analgetik nepřesáhla bolest pacienta stupeň číslo 3 (hodnocení dle Melzacka), další dny došlo k výraznému ústupu bolesti, od pátého pooperačního dne pacient již nepotřeboval žádná analgetika.

2) 00032 neefektivní dýchání - související s pooperační bolestí

Projevující se:

subjektivně: stížnostmi na dušnost a únavu,

objektivně: sníženou saturací kyslíku v krvi, zkráceným dechem, oslabenými dýchacími pohyby hrudníku.

Cíl:

Pacient bude efektivně dýchat, bude mít zajištěnu dostatečnou saturaci krve kyslíkem.

Ošetrovatelské intervence:

Edukuj pacienta o správném efektivním dýchání, sleduj dechovou frekvenci a saturaci krve kyslíkem, poskytni pacientovi pomoc k zaujmutí vhodné polohy, dle ordinací lékaře podávej pacientovi kyslík, podávej léky ordinované lékařem.

Zhodnocení:

Po zmírnění pooperačních bolestí se dýchání pacienta výrazně zlepšilo, pacient se sám aktivně snažil správně efektivně dýchat, SpO₂ se pohybovala v rozmezí 92 % - 95 %.

3) 00108 deficit sebezpečie při koupání a hygieně - související s celkovou slabostí a pooperačním stavem

Projevující se:

subjektivně: pacient žádá o pomoc při hygieně,

objektivně: hygienu provádí ošetřující personál, Barthelův test – 30 bodů (vysoká závislost).

Cíl:

Pacient bude v čistotě.

Ošetrovatelské intervence:

Zajisti pomůcky k provádění hygieny, zajisti dostatečné soukromí, dle potřeby poskytni dopomoc při provádění hygieny, podporuj obnovení soběstačnosti pacienta.

Hodnocení:

V prvních dvou pooperačních dnech byla u pacienta provedena hygiena za pomoci sestry, druhý pooperační den se pacient již podílel na provádění hygieny vyšší měrou než předchozí den, samostatně byl schopen provádět hygienickou péči až od sedmého pooperačního dne.

4) 00102 deficit sebezpečie při jídle - související s celkovou slabostí a pooperačním stavem

Projevující se:

subjektivně: pacient žádá o poskytnutí dopomoci při jídle, udává zvýšenou únavu,

objektivně: pacient potřebuje při jídle dopomoc ošetřujícího personálu, v průběhu druhého pooperačního dne krměn ošetřujícím personálem, Barthelův test - 30 bodů (vysoká závislost).

Cíl:

Pacient bude najezený.

Ošetrovatelské intervence:

Zhodnoť úroveň sebeobsluhy u pacienta, pomáhej pacientovi zaujmout k jídlu vhodnou polohu, zajisti jídlo v dosahu pacienta, dohlédni na estetickou úpravu jídla, poskytni pacientovi dostatek času, aby se najedl, aktivně nabízej dopomoc při jídle, podporuj obnovení soběstačnosti pacienta v této oblasti.

Hodnocení:

Druhý pooperační den pacient potřeboval dopomoc sestry při podávání stravy, od třetího pooperačního dne mu sestra pouze donesla jídlo na stolek k lůžku a pacient se zvládl najíst sám.

5) 00091 zhoršená pohyblivost na lůžku - související s bolestí a celkovou slabostí**Projevující se:**

subjektivně: pacient verbalizuje stížnosti na bolest a únavu, žádá dopomoc při pohybu,

objektivně: pacient se nezvládne sám otočit na lůžku, potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu.

Cíl:

Pacient bude během dne aktivně měnit svoji polohu na lůžku.

Ošetřovatelské intervence:

Vysvětlí pacientovi význam změny polohy během dne, zhodnotí funkční úroveň pacienta, poskytni dopomoc při změnách polohy, využij zachovaných schopností pacienta, informuj pacienta o možnosti přivolat si na pomoc ošetřující personál, zajisti signalizaci v dosahu pacienta, snaž se naplánovat změnu polohy v době po aplikaci analgetik, prováděj záznam o polohování do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení:

Pacient byl náležitě informován o nutnosti pohybovat se na lůžku, sám se aktivně snažil měnit polohu, nebál se požádat o pomoc ošetřující personál.

6) 00093 únava - související s celkovým pooperačním stavem**Projevující se:**

subjektivně: verbalizací potíží,

objektivně: pacient potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu při vykonávání běžných denních činností.

Cíl:

Pacient se cítí odpočatý, je schopen vykonávat běžné denní činnosti.

Ošetřovatelské intervence:

Vyslechni a akceptuj pacientovy stížnosti ohledně únavy, zajisti spánek pacienta, zajisti odpočinek pacienta během dne, poskytni pacientovi dopomoc při zajištění sebepéče, zajisti rehabilitaci a zlepšení fyzické kondice pacienta.

Hodnocení:

První a druhý pooperační den pociťoval pacient ještě výraznou únavu, další dny se díky rehabilitaci jeho stav zlepšoval, při propuštění se cítil dobře a bez únavy.

7) 00095 porušený spánek - související se změnou denního režimu a nedostatkem klidu na pokoji**Projevující se:**

subjektivně: pacient verbalizuje nespavost,

objektivně: pacient při kontrole nespí, má kruhy pod očima, zívá a je unavený.

Cíl:

Pacient bude mít kvalitní spánek alespoň 6 hodin, ráno se bude cítit odpočatý.

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti čisté a upravené lůžko pacienta, zjisti spánkové rituály pacienta, zajisti čerstvý vzduch na pokoji, v rámci možností se snaž eliminovat rušivé vlivy na pokoji, v případě potřeby podej hypnotika dle ordinací lékaře.

Hodnocení:

Po zklidnění provozu na pokoji pacient usíná, nebylo nutné podávat hypnotika.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy (24)

1) 00004 riziko vzniku infekce - související s operační ránou a péčí o ni

Cíl:

U pacienta nedojde k infekci operační rány.

Ošetrovatelské intervence:

Pouč pacienta o zásadách péče o ránu, asistuj lékaři při převazu, dodržuj zásady aseptického přístupu, denně kontroluj krytí rány, sleduj případné známky počínajícího zánětu a informuj lékaře.

Hodnocení:

U pacienta nedošlo během hospitalizace k infekci rány.

2) 00155 riziko pádu - související s celkovou slabostí a vedlejším účinkem analgetik

Cíl:

U pacienta nedojde k pádu.

Ošetrovatelské intervence:

Proveď zhodnocení rizika pádu, edukuj pacienta o nutnosti přivolání ošetřujícího personálu při vstávání z lůžka, zajisti signalizaci v dosahu pacienta, zajisti bezpečné prostředí pro pacienta (suchá podlaha, madla, na noc zvednuté postranice u lůžka).

Hodnocení:

Během hospitalizace se u pacienta nevyskytl pád.

3) 00047 riziko poškození kožní integrity - související se sníženou mobilitou

Cíl:

U pacienta nedojde k poškození kožní integrity.

Ošetrovatelské intervence:

Zhodnoť riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, zajisti čisté upravené lůžko, zajisti dostatečnou hygienickou péči, kůži udržuj suchou a čistou, důsledně dbej o změny polohy pacienta, pravidelně kontroluj povrch kůže a případné změny.

Hodnocení:

Během hospitalizace nevznikl u pacienta dekubit.

4) 00086 riziko neurovaskulární dysfunkce - související s pooperačním stavem a sníženou mobilitou

Cíl:

U pacienta nedojde ke vzniku trombózy dolních končetin.

Ošetrovatelské intervence:

Přilož pacientovi antiembolické punčochy, zajisti procvičování dolních končetin po operaci, zajisti včasnou vertikalizaci pacienta po operačním výkonu, zajisti dostatečnou hydrataci pacienta, aplikuj antikoagulantia dle ordinací lékaře.

Hodnocení:

U pacienta během hospitalizace nevznikla trombóza dolních končetin.

9.5 Edukační plán

Účel plánu:

Edukace pacienta o vhodné dietě před propuštěním do domácí péče.

Cíl:

Pacient bude seznámen se zásadami diety, kterou je nutno dodržovat s ohledem na prodělanou operaci střeva.

Specifické cíle	Hlavní body plánu	Pomůcky	Výukové metody	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní cíl Pacient bude vědět, jaké potraviny jsou pro něj vhodné.	Pacienta seznámím s vhodnými potravinami a jejich úpravou.	Letáky	Rozhovor	15 minut	Pacient vyjmenoval vhodné potraviny.
Kognitivní cíl Pacient bude vědět, jaké potraviny jsou nevhodné po operaci střeva.	Pacientovi vyjmenuji nevhodné potraviny a vysvětlím důvod, proč by je měl ze svého jídelníčku vynechat.	Letáky	Rozhovor	15 minut	Pacient byl schopen vyjmenovat alespoň šest nevhodných potravin.
Afektivní cíl Pacient vyjádří své pocity z toho, že bude muset dodržovat určitá dietní omezení.	Zajistím klidné prostředí pro rozhovor, podpořím vyjádření pocitů pacienta v souvislosti s dietou.		Rozhovor	10 minut	Pacient nemá žádné obavy s dodržováním diety, je přesvědčen, že dodržovat dietu je důležité pro jeho zdravotní stav.

10 KAZUISTIKA Č. 2

Pacientka ve věku 83 let přijata na chirurgické oddělení Domažlické nemocnice dne 2. 1. 2014, poté, co doma upadla na levý bok. Od té doby se nemohla postavit na levou dolní končetinu, která je zkrácená a zevně rotovaná. Dle rentgenového nálezu prokázána pertrochanterická zlomenina levého femuru.

10.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientka se léčí pro ischemickou chorobu srdeční a hypertenzi. Je diabetička II. typu na inzulinu. Z hlediska operačních výkonů byla nemocné provedena před dvěma roky plastika mitrální chlopně a trojnásobný aortokoronární bypass, v dětství pacientka prodělala apendektomií.

Alergie: neudává

Kouření: nekouří

Alkohol: nepije

Transfúze: neví přesně kolikrát, bez komplikací

Gynekologická anamnéza

Porody 4, potraty 0, poslední gynekologická prohlídka v roce 2009.

Farmakologická anamnéza

Zocor 20 mg tbl 0 – 0 – 1, Gopten 2 mg caps 1 – 0 – 0, Preductal MR tbl 1 – 0 – 1,
Detralex tbl 2 – 0 – 0, Stugeron 25 mg tbl ½ – 0 – ½, Anopyrin 100 mg tbl 1 – 0 – 0,
Vasocardin 50 mg tbl ½ – 0 – ½, Loradur tbl ½ – 0 – ½,
Actrapid 12 m.j. – 12 m.j. – 12 m.j.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 82 letech na CMP, otec zemřel v 62 letech na CMP, čtyři děti zdravé.

Sociální anamnéza

Pacientka je vdova, žije v rodinném domku s dcerou. Je v důchodu, dříve pracovala jako dělnice v továrně.

Objektivní nález

Pacientka je celkově rozrušena, má velké bolesti. Je orientována místem i časem, v rámci možností se snaží spolupracovat. Kůže suchá bez anémie a ikteru.

Hlava: nebolestivá, zornice izokorické, správně reagující, inervace symetrická, jazyk pláží ve střední čáře

Crk: šije nevázne, uzliny nezvětšené, štítná žláza nezvětšena

Hrudník: souměrný, nebolestivý, dýchání sklípkové, bez patologických fenoménů, akce srdeční bez šelestů, jizva po stereotomii - klidná

Břicho: nad nivo, dýchá volně, měkké nebolestivé, játra a slezina nezvětšeny, bez patologické rezistence, bez známek peritoneálního dráždění, peristaltika přiměřená

Páteř: na poklep nebolestivá

Páne: pevná

HK: hybnost a citlivost zachována

DK: pulzace do periferie levé dolní končetiny, vpravo hmatány pouze v třísle, obě DK bez trofických defektů, bez otoků, palpační bolestivost v oblasti levého proximálního femuru a kyčle, levá dolní končetina zkrácená a zevně rotovaná

Fyziologické funkce: TK – 140 / 80, P – 98', TT 36,5 °C

Výsledky vyšetření

Laboratoř:

Sérum: Bilirubin 16,10 $\mu\text{mol}\cdot\ell^{-1}$; Glukóza 10,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; ALT 0,18 $\mu\text{kat}\cdot\ell^{-1}$;
AST 0,43 $\mu\text{kat}\cdot\ell^{-1}$; Sodík 138,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Draslík 3,70 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$;
Chloridy 102,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Osmolalita 313,00 $\text{mmol}\cdot\text{kg}^{-1}$; Kreatinin 100,00 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$;
Urea 7,40 $\text{mmol}\cdot\ell^{-1}$; Bílkovina 74,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$; Albumin 40,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$

Krevní obraz: HGB 105,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$; HCT 0,31; RBC $3,60\cdot 10^{12}\cdot\ell^{-1}$; MCV 87,00;
MCH 29,20 pg; MCHC 334,00 $\text{g}\cdot\ell^{-1}$; WBC $8,50\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$; PLT $163,00\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$

Quickův test: INR 1,20

Rentgen pánve a levého stehna:

Pertrochanterická zlomenina levého femuru zasahující podélnou linií délky asi 70 mm subtrochantericky do proximální diafýzy femuru bez dislokace.

Diferenciální poróza skeletu, oboustranná středně výrazná koxartróza s převahou vlevo, kde kloubní štěrbina laterálně poměrně více zúžená, zde je již předpoklad II. až III. stupně. Dále degenerativní změny v oblasti symfýzy. Kalcifikace ve stěně femorálních tepen.

Rentgen plic:

Srdce rozšířeno, hily bez dilatace, kresba o něco výraznější, avšak bez známek venostázy, bez známek infiltrativních změn. V sumaci srdce patrná umělá chlopeň, smyčky po sternotomii.

EKG:

Fibrilace síní, komorová frekvence 100 / min., sklon osy doleva, horizontální R'V1,2, hluboké široké S V5-6, QRS komplex je rozšířen 0,14 sec.

Závěr: Fibrilace síní, v.s. nově vzniklá bifascikulární blokáda RBBB + LAH.

Interní předoperační vyšetření

Závěr: Pacientka je kardiopulmonálně kompenzována, vysoké trombofilní riziko.

Anesteziologické předoperační vyšetření

Závěr: Polymorbidní pacientka ve věku 83 let, vysoké anesteziologické riziko ASA III. Pacientka souhlasí s výkonem ve svodné anestezii.

10.2 Průběh hospitalizace

2. 1. 2014 – příjem pacientky, operační den

Dne 2. 1. 2014 v 7.30 hod. byla pacientka přijata na chirurgické oddělení Domažlické nemocnice. Na chirurgické ambulanci byly provedeny odběry krve a zaveden periferní žilní katétr. Po příchodu na oddělení byla pacientka uložena na lůžko a levá dolní končetina podložena polštářem. Sestra aplikovala nemocné analgetika a infúzi dle ordinací lékaře. Sestra rovněž z důvodu plánované operace zavedla pacientce permanentní močový katétr. V 9.00 hod. proběhlo u pacientky interní předoperační konzilium a následně také anesteziologické konzilium. Pacientka jedla a pila naposledy předchozí den večer, nebylo tedy nutné odkládat operační výkon pro nedostatečné lačnění. V rámci anesteziologického konzilia byla pacientka poučena o způsobu a průběhu anestezie. Svým podpisem pak potvrdila souhlas s navrhovanou svodnou anestezí.

Souhlas s operací podepsala pacientka poté, co byla náležitě edukována ošetřujícím lékařem o průběhu operačního výkonu a možných rizicích.

Sestra provedla kontrolu čistoty pacientky, na zdravou nohu jí nasadila antiembolickou punčochu. Před odjezdem na operační sál aplikovala sestra pacientce antibiotika dle ordinací lékaře a zkontrolovala, zda má nemocná vyjmutou zubní protézu a odstraněny všechny šperky.

Po celou dobu předoperační přípravy se pacientka snažila spolupracovat. Byla však úzkostná a vystrašená z rychlého sledu událostí, neznámého prostředí a bolesti. Při edukaci o průběhu anestezie a operace nebyla schopna vstřebat všechny předané informace. Bylo nutné, aby jí po odchodu lékaře sestra tyto informace ještě několikrát zopakovala.

V 11.00 hod. předala sestra pacientku na operační sál, kde byla provedena osteosyntéza pomocí PFN. Ve 12.45 hod. byla pacientka vrácena zpět na standardní chirurgické oddělení a uložena na lůžko.

Po operaci sestra sledovala TK, P, TT. Dále kontrolovala všechny invazivní vstupy, Redonův drén a obvaz na operační ráně. V souvislosti se svodnou anestezí sledovala sestra hybnost a citlivost dolních končetin pacientky. Levou dolní končetinu podložila polštářem.

Analgetika aplikovala sestra dle ordinací lékaře, zároveň sledovala a zapisovala jejich účinnost. Vzhledem k onemocnění pacientky diabetem, ordinoval lékař kontrolu glykémie 3× denně. Sestra prováděla náběr a o výsledcích informovala lékaře.

Snahou ošetřujícího personálu bylo měnit alespoň částečně polohu pacientky z důvodu prevence vzniku dekubitů. To bylo značně obtížné, protože pohyb působil pacientce velké bolesti. Z tohoto důvodu se snažil ošetřující personál polohovat pacientku vždy půl hodiny po aplikaci analgetik.

Dvě hodiny po operaci již mohla pacientka pít a jíst. Úkolem sestry bylo zajistit dostatečný příjem tekutin per os a také poskytnout pacientce pomoc při jídle.

V noci pacientka spala přerušovaně, občas ji budily bolesti, po aplikaci analgetik ordinovaných lékařem však vždy opět usnula.

Dieta: nic per os / od 14.00 hod. dieta 9

Medikace: Zibor 3500 m.j. s.c. v 16.00 hod.

Dolsin 100 mg i.m. ve 14.00 hod., 22.00 hod., 6.00 hod.

Ketonal 1 amp při bolesti

Actrapid dnes aplikovat dle glykémie

Laboratoř: glykémie 3× denně (hodnoty 8,00 mmol·ℓ⁻¹; 7,5 mmol·ℓ⁻¹; 9,0 mmol·ℓ⁻¹)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 35 bodů (vysoká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 4-5; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona (stupeň 0); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 18 bodů (vysoké riziko); hodnocení rizika pádu - 6 bodů (pacientka je ohrožena pádem); hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení - 1 bod (pacientka není ohrožena rozvojem malnutrice)

3. 1. 2014 – 1. pooperační den

Ráno pacientka za pomoci sestry provedla hygienickou péči na lůžku. Pravou dolní končetinu sestra zkontrolovala, promazala a nasadila zpět antiembolickou punčochu, na levé dolní končetině opravila bandáž elastickým obinadlem a končetinu podložila polštářem. Při hygieně zkontrolovala sestra pacientce kůži, na níž nebyly nalezeny známky počínajících dekubitů. Sestra rovněž zkontrolovala všechny invazivní vstupy - permanentní močový katétr zaveden druhý den - funkční, periferní žilní katétr zaveden druhý den - funkční bez známek počínající flebitis, Redonův drén - funkční. Pacientka v rámci svých možností spolupracovala, stěžovala si na stále přetrvávající bolesti levé dolní končetiny. Z tohoto důvodu lékař i nadále ordinoval analgetika, jejichž účinnost sestra sledovala a prováděla zápis do dokumentace.

Během dopoledne proběhla lékařská vizita, při které převázal lékař za asistence sestry operační ránu. Záznam lékaře v dokumentaci: „*Bolesti snesitelné, nauzeu pacientka nemá. Kontrola prokrvení, citlivosti a hybnosti LDK - vše v normě. Rána klidná. Redonův drén odvedl 10 ml, ponechán. Dolní končetiny bez známek trombózy. Akce srdeční pravidelná, dýchání čisté.*“

Ošetřující personál započal s rehabilitací pacientky. Dle lékaře měla dovoleno vstávat bez nášlapu na levou dolní končetinu. Postavit pacientku se bohužel s ohledem na celkovou slabost a bolesti nepodařilo. Rehabilitace se omezila pouze na kondiční cvičení na lůžku a posazení nemocné na lůžku se spuštěnými dolními končetinami.

Pacientka měla i nadále diabetickou dietu. Potřebovala dopomoc ošetřujícího personálu při podávání stravy, ta byla podávána na lůžku. Pacientka si stěžovala na nechutenství, i přes dopomoc sestry snědla minimum z podávané porce. Příjem tekutin u pacientky byl rovněž snížen, subjektivně udávala, že nemá pocit žízně, odmítala pít. Sestra informovala lékaře a následně dle jeho ordinací aplikovala infúzi.

U pacientky i nadále přetrvávalo zvýšené riziko vzniku dekubitů. Sestra edukovala pacientku o nutnosti měnit polohu na lůžku. Pacientka se sama nezvládla otáčet, bylo zapotřebí pomoci ošetřujícího personálu.

S ohledem na přetrvávající zvýšené riziko pádu, byly se souhlasem pacientky ponechány během dne zvednuté postranice u lůžka, které zároveň usnadňovaly polohování pacientky. Spuštěny byly jen při jejím posazování.

Dieta: 9

Medikace: Dolsin 100 mg i.m. ve 14.00 hod., 22.00 hod., 6.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

Zocor 20 mg tbl 0 – 0 – 1

Gopten 2 mg caps 1 – 0 – 0

Preductal MR tbl 1 – 0 – 1

Detralex tbl 2 – 0 – 0

Stugeron 25 mg tbl $\frac{1}{2}$ – 0 – $\frac{1}{2}$

Vasocardin 50 mg tbl $\frac{1}{2}$ – 0 – $\frac{1}{2}$

Loradur tbl $\frac{1}{2}$ – 0 – 0

Actrapid 12 m.j. – 10 m.j. – 10 m.j.

infúze: Isolyte 1000 ml na 8 hod.

Laboratoř: kontrola glykémie à 12 hod. ($7,80 \text{ mmol}\cdot\ell^{-1}$; $9,00 \text{ mmol}\cdot\ell^{-1}$)

Krevní obraz: HGB $89,00 \text{ g}\cdot\ell^{-1}$; HCT 0,28; RBC $3,14\cdot 10^{12}\cdot\ell^{-1}$; MCV 88,00;
MCH 28,30 pg; MCHC $322,00 \text{ g}\cdot\ell^{-1}$; WBC $8,90\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$; PLT $183,00\cdot 10^9\cdot\ell^{-1}$

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 50 bodů (závislost středního stupně); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 3-4; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona (stupeň 0); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 23 bodů (střední riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacientka je ohrožena pádem)

4. 1. 2014 – 2. pooperační den

Pacientka dnes opět provedla hygienu vsedě na lůžku za pomoci ošetřujícího personálu. Stejně jako předchozí den sestra zkontrolovala pacientce kůži, která byla v pořádku, bez známek počínajících dekubitů. Na pravé dolní končetině ponechala sestra antiembolickou punčochu, levou dolní končetinu vybandážovala elastickým obinadlem. Stále přetrvávalo zvýšené riziko pádu, pacientka byla sestrou edukována o nutnosti posazovat se pouze za přítomnosti ošetřujícího personálu. Postranice u lůžka byly ponechány během dne se souhlasem pacientky zvednuté. Sestra zkontrolovala permanentní močový katétr - zaveden třetí den - funkční, periferní žilní katétr sestra odstranila a sterilně ošetřila místo vpichu. Operační ránu převázal lékař během dopolední vizity za asistence sestry, Redonův drén byl ještě ponechán. Zápis lékaře: „*Afebrilní, bolesti snesitelné, rána klidná, Redonův drén odvedl 5 ml. DK bez známek trombózy. Dýchání čisté oboustranné. Akce srdeční pravidelná.*“

Bolesti pacientky přetrvávaly hlavně při pohybu, lékař ponechal stejná analgetika jako předchozí den.

Při rehabilitaci pacientka pokračovala kondičním cvičením a posazováním na lůžku, pacientka si stěžovala na únavu a závratě, stále se ještě nezvládla postavit u lůžka bez nášlapu na levou dolní končetinu.

Příjem tekutin se u pacientky výrazně zlepšil, dále však přetrvávalo nechutenství. Jídlo bylo ošetřujícím personálem podáváno k lůžku, pacientka při něm seděla se spuštěnými dolními končetinami, sestra kontrolovala množství snědené z celkové porce a prováděla zápis do dokumentace.

Pacientka se snažila spolupracovat, ale byla unavená a příliš nekomunikovala. Očekávala návštěvu rodiny, která za ní ještě nebyla. Také vyjadřovala zklamání nad tím, že rehabilitace postupuje dle jejího názoru příliš pomalu.

Dieta: 9

Medikace: Dolsin 100 mg i.m. ve 14.00 hod., 22.00 hod., 6.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

Zocor 20 mg tbl 0 – 0 – 1

Gopten 2 mg caps 1 – 0 – 0

Preductal MR tbl 1 – 0 – 1

Detralex tbl 2 – 0 – 0

Stugeron 25 mg tbl ½ – 0 – ½

Vasocardin 50 mg tbl $\frac{1}{2}$ – 0 – $\frac{1}{2}$

Loradur tbl $\frac{1}{2}$ – 0 – 0

Actrapid 12 m.j. – 10 m.j. – 10 m.j.

Laboratoř: glykémie 1× denně ($7,50 \text{ mmol}\cdot\ell^{-1}$)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 50 bodů (závislost středního stupně); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 3-4; hodnocení tíže tromboflebitis dle Maddona (stupeň 0); hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 23 bodů (střední riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacientka je ohrožena pádem)

5. 1. 2014 – 7. 1. 2014 – 3. - 5. pooperační den

Pacientka potřebovala tyto dny při provádění hygienické péče i nadále dopomoc ošetřujícího personálu. Bolesti byly mírnější, analgetika sestra aplikovala dle ordinací lékaře pouze ráno a večer. Na přání pacientky, která si stěžovala na výraznou bolestivost při podkládání podložní mísy, byl permanentní močový katétr stále ponechán. Rána na levé dolní končetině je klidná, Redonův drén byl lékařem odstraněn třetí pooperační den.

Rehabilitace pacientky pokračovala pomalu, dokázala se již za pomoci ošetřujícího personálu postavit do pultového chodítka, aniž by zatížila levou dolní končetinu, chůzi v chodítku ještě nezvládla.

U pacientky i nadále přetrvávalo nechutenství, sestra se snažila domluvit s rodinou, aby pacientce donesli jídlo, na které by měla chuť. Vzhledem k hrozícímu riziku malnutrice, kontaktovala sestra třetí pooperační den nutričního terapeuta. Ten pacientce doporučil výběrovou dietu a popíjení Diasipu během dne.

Komunikace s pacientkou se oproti předchozím dnům výrazně zlepšila, přesto ale zůstávala během dne zamlklá, neměla potřebu příliš hovořit ani s ostatními pacientkami na pokoji.

Pacientka během těchto dnů neměla problémy se spánkem ani s usínáním, dle záznamu v ošetřovatelské dokumentaci spala celou noc.

Dne 5. 1. 2014

Dieta: 14 / 9 + Diasip sipping

Medikace: Dolsin 100 mg i.m. v 6.00 hod., 18.00 hod.

Zibor 3500 m.j. s.c. ve 20.00 hod.

Zocor 20 mg tbl 0 – 0 – 1

Gopten 2 mg caps 1 – 0 – 0

Preductal MR tbl 1 – 0 – 1

Detralex tbl 2 – 0 – 0

Stugeron 25 mg tbl ½ – 0 – ½

Vasocardin 50 mg tbl ½ – 0 – ½

Loradur tbl ½ – 0 – 0

Actrapid 12 m.j. – 10 m.j. – 10 m.j.

Laboratoř: glykémie 1× denně (7,80 mmol·ℓ⁻¹; 8,50 mmol·ℓ⁻¹; 8,00 mmol·ℓ⁻¹)

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 50 bodů (závislost středního stupně); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest

se pohybuje v rozmezí stupně 2-3; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové - 25 bodů (nízké riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacientka je ohrožena pádem); hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení - 2 body (pacientka je ohrožena rozvojem malnutrice)

8. 1. 2014 – 14. 1. 2014 – 6. - 12. pooperační den

Pacientka byla v těchto dnech i nadále nesoběstačná v oblasti hygienické péče. Stále potřebovala při provádění hygieny dopomoc ošetřujícího personálu. Operační rána je klidná, stehy lékař odstranil 12. 1. 2014. Permanentní močový katétr odstranila sestra dle ordinací lékaře 9. 1. 2014. Pacientka od té doby močila na lůžku do podložní mísy. Od šestého pooperačního dne pacientka udávala mírnější bolesti, proto lékař ordinoval analgetika ve formě tablet. Od desátého pooperačního dne byla pacientka již bez bolestí.

Šestý pooperační den bylo lékařem u pacientky započato s antikoagulační terapií ve formě Warfarinových tablet. Pacientka byla náležitě edukována nejprve lékařem a následně i sestrou o zásadách užívání Warfarinu a dietě, kterou je nutno dodržovat při této terapii. V prvních dnech, po začátku léčby, dostávala pacientka souběžně Warfarin a Zibor 3500 m.j. s.c. Devátý pooperační den bylo dosaženo u pacientky terapeutické dávky INR - 2,2; další podávání Ziboru lékař zrušil.

Chuť k jídlu se u pacientky výrazně zlepšila, dle zhodnocení sestrou již nehrozí riziko vzniku malnutrice.

V rámci rehabilitace zvládla pacientka chůzi bez nášlapu v pultovém chodítku, v němž dokázala přejít celý pokoj. Pokusy o nácvik chůze o berlích byly zatím neúspěšné, pacientka nedokázala používat berle dle pokynů rehabilitačních sester, neměla sílu se udržet a nezvládla správně zkoordinovat pohyb. Po prvních neúspěšných pokusech pacientka odmítala chodit o berlích, dále chtěla používat pouze pultové chodítko.

Desátý pooperační den byl dle lékaře ordinován kontrolní rentgen levého kyčle a femuru.

Od desátého pooperačního dne bylo započato s plánováním propuštění pacientky do domácího ošetřování. Pacientka žije společně s dcerou, která ji jednou týdně v nemocnici navštěvovala.

Sestra proto kontaktovala rodinu ohledně možného propuštění nemocné. Díky pomalejšímu průběhu rehabilitace nebyla pacientka stále ještě plně soběstačná při vykonávání běžných denních činností. To byl také důvod, proč dcera domů maminku zatím nechtěla, prý by se o ni nezvládla postarat.

Pacientka byla tedy přeložena k další rehabilitaci do léčebny dlouhodobě nemocných. Pacientka s překladem na toto oddělení souhlasila.

Dieta: 9 warfarinová

Medikace: Warfarin 5 mg tbl 0 – 1 – 0

Zocor 20 mg tbl 0 – 0 – 1
Gopten 2 mg caps 1 – 0 – 0
Preductal MR tbl 1 – 0 – 1
Detralex tbl 2 – 0 – 0
Stugeron 25 mg tbl ½ – 0 – ½
Vasocardin 50 mg tbl ½ – 0 – ½
Loradur tbl ½ – 0 – 0
Tralgit 50 mg 1 caps při bolesti
Actrapid 12 m.j. – 10 m.j. – 10 m.j.

Laboratoř: INR 11. 1. 2014 - 2,2

RTG levého kyčle a femuru: 12. 1. 2014 stav po osteosyntéze pertrochanterické zlomeniny s dobrým postavením

Hodnotící škály: Barthelův test běžných denních činností a dovedností - 65 bodů (lehká závislost); hodnocení bolesti dle Melzacka - bolest se pohybuje v rozmezí stupně 0-1; hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 25 bodů (nízké riziko); hodnocení rizika pádu - 7 bodů (pacientka je ohrožena pádem); hodnocení nutričního stavu dle zvyklostí oddělení - 1 bod (pacientka je není ohrožena rozvojem malnutrice)

10.3 Zpracování dat dle modelu Virginie Henderson

Normální dýchání

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacientka uvedla, že doma nepociťovala žádné výrazné problémy v oblasti dýchání. Občas se zadýchávala při větší námaze, což sama hodnotila s ohledem na svůj věk jako normální.

Po operaci: Pacientka si při rozhovorech během hospitalizace nikdy nestěžovala na dýchací problémy.

Objektivně:

Při přijetí: Dechová frekvence 24 dechů za minutu, dýchání zrychlené z důvodu rozrušení a bolesti pacientky.

Po operaci: Během hospitalizace nebyly ošetřujícím personálem zaznamenány žádné problémy s dýcháním. Dechová frekvence u pacientky se pohybovala v rozmezí 16 - 20 dechů za minutu.

Dostatečný příjem potravin a tekutin

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacientka uvedla, že doma dodržovala diabetickou dietu. Chuť k jídlu měla dobrou, jídlo jí doma připravovala dcera. Na dotaz sestry, pacientka udala, že neví, kolik přesně tekutin doma vypije za den.

Po operaci: Od prvního pooperačního dne si pacientka stěžovala při podávání jídla na nechutenství, které dle jejích slov souviselo s bolestí a nedostatečným pohybem.

Objektivně:

Při přijetí: Dle zvyklostí oddělení sestra u pacientky nevyhodnotila možné riziko vzniku malnutrice. Rovněž nebyly přítomny známky nedostatečné hydratace pacientky. Pacientka má horní a dolní zubní protézu.

Po operaci: Odpoledne v den operace potřebovala pacientka při jídle dopomoc sestry, v dalších dnech stačilo, aby ošetřující personál podal pacientce jídlo k lůžku a ona se již zvládla najíst sama. Barthelův test se v období od operačního do pátého pooperačního dne pohyboval v rozmezí 30 - 50 bodů.

Od operace sestra zaznamenala, že pacientka nesní ani třetinu z donesené porce jídla. Třetí pooperační den bylo nutné kontaktovat nutričního terapeuta. Sestrou

vyhodnoceno zvýšené riziko vzniku malnutrice dle zvyklostí oddělení - 2 body. Nutriční terapeut doporučil pacientce popíjení Diasipu a výběrovou dietu. Od šestého pooperačního dne se příjem potravy u pacientky zlepšil, riziko vzniku malnutrice - 1 bod (není přítomno), dieta tento den změněna z důvodu podávání Warfarinu na 9W.

Během prvního pooperačního dne sestra u pacientky zaznamenala nedostatečný příjem tekutin, který měl činit dle doporučení lékaře alespoň 2 litry za 24 hod. Lékař z tohoto důvodu ordinoval infúzní terapii. Další dny již pacientka zvládla vypít doporučené množství tekutin.

Vylučování

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacientka sdělila, že doma neměla žádné potíže s močením, se stolicí ani s vyprazdňováním. Zvládla si sama dojít na toaletu.

Po operaci: Pacientka požaduje ponechat permanentní močový katétr, až do té doby, než se zmírní pooperační bolesti.

Objektivně:

Při přijetí: Pacientka ležící, potřebuje při vyprazdňování dopomoc ošetřujícího personálu. Udává bolesti při podkládání podložní mísy, před odjezdem na operační sál zaveden permanentní močový katétr.

Po operaci: První dva dny se pacientka při potřebě na stolicí vyprazdňovala na lůžku, do podložní mísy, což bylo pro nemocnou nepříjemné s ohledem na přítomnost dalších pacientek na pokoji a pro přetrvávající bolesti v oblasti levého kyčle také nepohodlné.

Od třetího pooperačního dne pacientka za pomoci sanitáře převezena vždy na WC, kde byl pro větší komfort pacientky při vyprazdňování umístěn nástavec. Permanentní močový katétr ponechán do sedmého pooperačního dne. Po jeho odstranění močí pacientka spontánně za pomoci ošetřujícího personálu do podložní mísy nebo si dojde s dopomocí v pultovém chodítku na WC.

Pohyb a udržování vhodné polohy

Subjektivně:

Při přijetí: Pacientka uvádí, že před úrazem chodila samostatně. Pohybovala se doma v domku a chodila i na kratší procházky.

Po operaci: Pacientka projevila obavy z chůze o berlích, chtěla raději používat pultové chodítko.

Objektivně:

Při přijetí: Pacientka ležící, udává bolesti, samostatně se nezvládne ani otočit na lůžku, potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu.

Po operaci: První dva dny po operaci se pacientka zvládla za pomoci ošetřujícího personálu pouze posadit na lůžku. Později začala nacvičovat chůzi. Vzhledem k tomu, že až do propuštění nesměla našlápnout na levou dolní končetinu, byla schopná pouze chůze v pultovém chodítku.

Při nácvičku chůze o berlích neměla pacientka dostatek fyzických sil a rovněž neuměla zkoordinovat pohyb dle pokynů rehabilitačních sester. Dle přání nemocné a zhodnocení rehabilitační sestrou bylo od dalšího nácvičku chůze s berlemi upuštěno. Výhledově plánováno využití pevného chodítka, ale to bude možné, až lékař dovolí pacientce levou dolní končetinu plně zatížit. Nejvyšší riziko vzniku dekubitů dle Nortonové bylo vyhodnoceno v den operace - 18 bodů (vysoké riziko).

Spánek a odpočinek

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacientka uvedla, že doma žádné problémy se spánkem neměla. Doma byla zvyklá ráno brzy vstávat.

Po operaci: V době po operaci neudávala pacientka ohledně spánku žádné problémy.

Objektivně:

Při přijetí: Na pacientce nejsou patrné známky nedostatečného spánku.

Po operaci: Sestra v pooperačních dnech nezaznamenala u pacientky žádné problémy se spánkem. V dokumentaci zapsáno, že v noci spí dobře.

Vhodné oblečení a svlékání

Subjektivně:

Při přijetí: Pacientka během rozhovoru uvedla, že byla zvyklá se doma oblékat sama. Prádlo jí doma prala dcera.

Po operaci: Pacientka po celou dobu hospitalizace požaduje při oblékání dopomoc ošetřujícího personálu.

Objektivně:

Při přijetí: Pacientka byla při přijetí v županu a noční košili, obojí čisté. Při svlékání, před odjezdem na operační sál byla nutná dopomoc ošetřujícího personálu.

Po operaci: Po celou dobu hospitalizace potřebovala pacientka k oblékání a svlékání dopomoc ošetřujícího personálu. Barthelův test vyhodnocen v den operace na 35 bodů (vysoká závislost), v den propuštění Barthelův test 65 bodů (lehká závislost). Během hospitalizace pacientka nosila svoje noční košile a župan nebo teplý svetr, byla vždy čistá a upravená.

Udržování fyziologické teploty

Subjektivně:

Při přijetí: Pacientka během rozhovoru udává, že doma neměla problémy s tělesnou teplotou. Občas jí bývá zima.

Po operaci: V době po operaci si pacientka často stěžovala na pocit chladu.

Objektivně:

Při přijetí: Po příchodu na oddělení sestra změřila pacientce teplotu 36,5 °C.

Po operaci: Tělesná teplota sledovaná během hospitalizace pacientky se pohybovala v rozmezí 36,3 °C - 36,8 °C. Pacientka trpěla často pocitem chladu, i když teplota v pokoji se pohybovala kolem 23 °C. Přes noční košili si oblékala pletený svetr, který neodkládala ani na lůžku.

Udržování čistoty a upravenosti těla

Subjektivně:

Při přijetí: Během rozhovoru pacientka udává, že doma před úrazem se zvládala mýt sama.

Po operaci: Pacientka slovně požaduje po celou dobu hospitalizace dopomoc ošetřujícího personálu při hygieně.

Objektivně:

Při přijetí: Pacientka čistá, nejsou patrné známky nedostatečné hygieny.

Po operaci: Po celou dobu hospitalizace potřebovala pacientka dopomoc ošetřujícího personálu při provádění hygienické péče. Od druhého dne po operaci se snažila aktivně spolupracovat v rámci provádění hygieny s ošetřujícím personálem. Hygienická péče byla nejdříve prováděna na lůžku, později se pacientka přemísťovala za pomoci ošetřujícího personálu do koupelny. Barthelův test nejvyšší v den

operace - 35 bodů (vysoká závislost), nejvyšší v den propuštění - 65 bodů (lehká závislost).

Odstraňování rizik životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Subjektivně:

Při přijetí: Pacientka během rozhovoru uvádí, že doma nekouří ani nepije alkohol. Bydlí s dcerou v rodinném domku.

Po operaci: Pacientka vyjádřila obavy z pádu při nácvičku chůze o berlích.

Objektivně:

Při přijetí: V den přijetí zaznamenáno sestrou zvýšené riziko pádu - 6 bodů.

Po operaci: Po celou dobu hospitalizace bylo ošetřujícím personálem zaznamenáno u pacientky zvýšené riziko pádu a tomuto zjištění byla rovněž přizpůsobena ošetrovatelská péče. Při vstávání a rehabilitaci bylo nutné vždy zajistit dostatek ošetřujícího personálu, aby nedošlo k pádu.

V rámci nacvičování chůze bylo nutné rovněž zabránit našlápnutí pacientky na levou dolní končetinu. Z tohoto důvodu bylo také upuštěno od nácvičku chůze o berlích, a i nadále pokračováno v chůzi s chodítkem. Riziko pádu se během hospitalizace pohybovalo v rozmezí 6 - 7 bodů.

Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Subjektivně:

Při přijetí: Pacientka během rozhovoru uvádí obavy z nastalé situace, z toho, že bude muset jít na operaci.

Po operaci: Během pooperačního období vyjadřovala pacientka při rozhovoru často obavy z toho, zda zvládne rehabilitaci a zda bude opět soběstačná.

Objektivně:

Při přijetí: Pacientka spíše uzavřená, příliš nekomunikuje.

Po operaci: Zpočátku byla komunikace s pacientkou poněkud obtížná. Pacientka byla uzavřená, měla obavy z budoucnosti. Se zlepšením celkového stavu pacientky dochází i ke zlepšení komunikace s ošetřujícím personálem.

V nemocnici navštěvovala pacientku dcera, se kterou žije ve společné domácnosti. Ostatní tři děti žijí příliš daleko. V době plánovaného propuštění stále přetrvával deficit v oblasti ADL u pacientky. Barthelův test hodnocen 65 body (lehká

závislost). Dcera se obávala, že se o maminku nezvládne v tomto případě doma postarat a odmítala si ji vzít do domácí péče. Pacientka nakonec sama souhlasila s překladem do léčebny dlouhodobě nemocných, aby zde pokračovala v rehabilitaci do té doby, než se zlepší její soběstačnost a nezávislost.

Vyznávání vlastní víry

Pacientka udává, že je věřící, ale do kostela příliš často nechodí. Během hospitalizace neměla ani zájem o návštěvu nemocniční kaple.

Smysluplná práce

Pacientka je nyní v důchodu, dříve pracovala v továrně jako dělnice, kam musela denně dojíždět. Ještě před úrazem byla schopna pomáhat dceři s drobnými pracemi v domácnosti. Dříve se věnovala vyšívání, pletení a háčkování. Dnes tyto činnosti nezvládá, bolí ji ruce a špatně vidí.

Hry nebo účast na různých formách odpočinku, rekreace

Pacientka trávila doma svůj volný čas nejraději s pravnoučaty, která žijí poblíž jejího bydliště. Pravidelně sledovala své oblíbené televizní seriály a občas také poslouchala rádio, nejraději měla pořad, v němž hrají písničky na přání.

Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji

Pacientka četla noviny a časopisy. Na čtení používala brýle. Z novin měla nejraději místní deník, z časopisů si vybírala ty, které se věnují vaření nebo luštění křížovek.

10.4 Plán ošetrovatelské péče

Aktuální ošetrovatelské diagnózy vztahující se k 1. a 2. Pooperačnímu dni (24)

1) 00132 akutní bolest – související s operačním výkonem

Projevující se:

subjektivně: verbalizací pacientky,

objektivně: bolestivou grimasou v obličeji, snahou pacientky zaujmout úlevovou polohu.

Cíl:

Pacientka bude udávat po aplikaci analgetik zmírnění bolesti.

Ošetrovatelské intervence:

Pravidelně sleduj a hodnot' bolest u pacientky, pomáhej pacientce zaujmout úlevovou polohu, aplikuj analgetika dle ordinací lékaře a sleduj jejich účinek, zajisti signalizaci v dosahu pacientky, dokumentuj průběh bolesti u pacientky.

Hodnocení:

První a druhý pooperační den měla pacientka silné bolesti, které před podáním analgetik dosahovaly stupně 4-5 (hodnocení dle Melzacka), po aplikaci analgetik došlo vždy ke zmírnění bolesti, pravidelné podávání analgetik bylo nutné do desátého pooperačního dne.

2) 00108 deficit sebeděče při koupání a hygieně – související s celkovou slabostí a pooperačním stavem

Projevující se:

subjektivně: pacientka žádá o pomoc při hygieně,

objektivně: hygienu provádí ošetrující personál, Barthelův test – 50 bodů (závislost středního stupně).

Cíl:

Pacientka bude umytá a v čistotě.

Ošetrovatelské intervence

Zajisti pomůcky k provádění hygieny, zajisti dostatečné soukromí, dle potřeby poskytni dopomoc při provádění hygieny, podporuj obnovení soběstačnosti pacientky.

Hodnocení:

V prvních pooperačních dnech prováděna hygienická péče u pacientky s dopomocí ošetřujícího personálu na lůžku, později v koupelně, po celou dobu hospitalizace měla pacientka zajištěnu dostatečnou hygienickou péči.

3) 00102 deficit sebepečce při jídle – související s celkovou slabostí a pooperačním stavem**Projevující se:**

subjektivně: pacientka žádá o pomoc při jídle, udává zvýšenou únavu,

objektivně: pacientka potřebuje při jídle dopomoc ošetřujícího personálu, v průběhu operačního dne krmena sestrou, Barthelův test 35 bodů (vysoká závislost).

Cíl:

Pacientka bude najedena.

Ošetřovatelské intervence:

Zhodnoť úroveň sebeobsluhy u pacientky, pomáhej pacientce zaujmout k jídlu vhodnou polohu, zajisti jídlo v dosahu pacientky, dohlédni na estetickou úpravu jídla, poskytni pacientce dostatek času, aby se najedla, aktivně nabízej dopomoc při jídle, podporuj obnovení soběstačnosti pacientky v této oblasti.

Hodnocení:

V operační den pacientka krmena sestrou, v dalších dnech naservíroval ošetřující personál pacientce jídlo k lůžku, pacientka jedla sama.

4) 00027 deficit tělesných tekutin - související s nedostatečným příjmem tekutin per os**Projevující se:**

subjektivně: pacientka verbalizuje obtíže, únavu a bolest hlavy,

objektivně: u pacientky pokles diurézy, suché popraskané rty, suchá sliznice v ústech.

Cíl:

Pacientka bude mít příjem tekutin doporučený lékařem (2000 ml / 24 hod.).

Ošetřovatelské intervence:

Zajisti dostatek tekutin u lůžka pacientky, opakovaně vybízej pacientku k napití, sleduj příjem a výdej tekutin u pacientky, prováděj zápis do dokumentace, informuj lékaře, aplikuj infúzní terapii dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

První pooperační den, měla pacientka snížený příjem tekutin per os (1000 ml / 24 hod.), bylo nutné aplikovat infúzi dle ordinací lékaře, další dny byl již příjem tekutin dostatečný dle doporučení lékaře (2000 ml / 24 hod.).

5) 00093 únava - související s celkovým pooperačním stavem**Projevující se:**

subjektivně: verbalizací potíží,

objektivně: pacientka potřebuje pomoc ošetřujícího personálu při vykonávání běžných denních činností.

Cíl:

Pacientka se cítí odpočatá, je schopna vykonávat běžné denní činnosti.

Ošetrovatelské intervence:

Vyslechni a akceptuj stížnosti pacientky ohledně únavy, zajisti spánek pacientky v rozmezí alespoň šesti hodin, zajisti dostatečný odpočinek během dne, poskytni pacientce pomoc při zajištění sebezpečí, zajisti rehabilitaci a zlepšení fyzické kondice pacientky.

Hodnocení:

První dva pooperační dny byla pacientka velmi unavená, nezvládala základní činnosti sebezpečí, rehabilitace probíhala pouze na lůžku, od třetího pooperačního dne se celkový stav pacientky začal zlepšovat, únava byla menší.

6) 00085 zhoršená pohyblivost - související s celkovou slabostí a bolestí**Projevující se:**

subjektivně: pacientka verbalizuje stížnosti na bolest a únavu,

objektivně: pacientka se nezvládne postavit u lůžka, aniž by zatížila levou dolní končetinu, potřebuje pomoc ošetřujícího personálu.

Cíl:

Pohyblivost pacientky selepší.

Ošetrovatelské intervence:

Pobízej pacientku k aktivitě, vysvětli pacientce, jak se právně pohybovat, zajisti potřebné pomůcky k rehabilitaci, zajisti dostatek personálu, v případě potřeby aplikuj před počátkem rehabilitace analgetika, dohlédni na příjem potravy a tekutin, zlepšuj fyzickou výkonnost pacientky.

Hodnocení:

První tři dny pacientka rehabilituje na lůžku, od čtvrtého pooperačního dne je schopna se postavit v pultovém chodítku, v němž postupně začíná chodit bez nášlapu na levou dolní končetinu, toto chodítko používá až do propuštění.

Potencionální ošetrovatelské diagnózy (24)

1) 00155 riziko pádu - související s celkovou slabostí a vedlejším účinkem analgetik

Cíl:

U pacientky nedojde k pádu.

Ošetrovatelské intervence:

Proveď zhodnocení rizika pádu, edukuj pacientku o nutnosti přivolání ošetřujícího personálu při posazování a vstávání z lůžka, zajisti signalizaci v dosahu pacientky, zajisti bezpečné prostředí pro pacientku (suchá podlaha, madla, na noc zvednuté postranice u lůžka).

Hodnocení:

Během hospitalizace se u pacientky nevyskytl pád.

2) 00047 riziko poškození kožní integrity - související se sníženou mobilitou

Cíl:

U pacientky nedojde k poškození kožní integrity.

Ošetrovatelské intervence:

Zhodnot' riziko vzniku dekubitů dle Nortonové, zajisti čisté upravené lůžko, zajisti hygienickou péči u pacientky, kůži udržuj suchou a čistou, důsledně dbej o změny polohy pacientky, pravidelně kontroluj povrch kůže a případné změny.

Hodnocení:

Během hospitalizace nevznikl u pacientky dekubit.

3) 00086 riziko neurovaskulární dysfunkce - související s pooperačním stavem a sníženou mobilitou

Cíl:

U pacientky nedojde ke vzniku trombózy dolních končetin.

Ošetrovatelské intervence:

Přilož pacientce antiembolické punčochy, zajisti procvičování dolních končetin po operaci, zajisti včasnou vertikalizaci pacientky po operačním výkonu, zajisti hydrataci pacientky, aplikuj antikoagulancia dle ordinací lékaře.

Hodnocení:

U pacientky během hospitalizace nevznikla trombóza dolních končetin.

4) 00004 riziko vzniku infekce - související s operační ránou a péčí o ni

Cíl:

U pacientky nedojde k infekci operační rány.

Ošetrovatelské intervence:

Pouč pacientku o zásadách péče o ránu, asistuj lékaři při převazu, dodržuj zásady aseptického přístupu, denně kontroluj krytí rány, sleduj případné známky počínajícího zánětu a informuj lékaře.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo během hospitalizace k infekci rány.

10.5 Edukační plán

Účel plánu:

Edukace pacientky o léčbě Warfarinem.

Cíl:

Pacientka bude dostatečně informována o zásadách užívání Warfarinu.

Specifické cíle	Hlavní body Plánu	Pomůcky	Výukové metody	Časová dotace	Hodnocení
Kognitivní cíl Pacientka bude seznámena s riziky, která jsou spojena s užíváním Warfarinu.	Vysvětlím pacientce účinky Warfarinu a nutnost jeho užívání, zdůrazním rizika spojená s možným krvácením.	Letáky	Rozhovor	15 minut	Pacientka zná důvody, proč musí užívat Warfarin, je seznámena s možnými riziky této léčby, má vystavený průkaz o Warfarinizaci.
Kognitivní cíl Pacientka bude seznámena s dietou, kterou je nutno dodržovat při léčbě Warfarinem.	Vysvětlím pacientce, jaké potraviny nejsou vhodné u warfarinizovaných pacientů.	Letáky	Rozhovor	15 minut	Pacientka je schopna vyjmenovat alespoň šest potravin, které ovlivňují účinek Warfarinu a je tedy nutné je z jídelníčku vynechat.
Afektivní cíl Pacientka bude moci vyjádřit své pocity spojené s léčbou Warfarinem.	Zajistím klidné prostředí, podpořím vyjádření pocitů pacientky v souvislosti s léčbou.		Rozhovor	10 minut	Pacientka souhlasí s léčbou Warfarinem, neprojevuje žádné obavy v souvislosti s možnými riziky.

11 DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku poskytování perioperační ošetrovatelské péče geriatrickým pacientům. K výběru tohoto tématu mě přivedla moje práce sestry na chirurgickém oddělení a zvyšující se počet geriatrických pacientů, kteří podstoupili na našem oddělení operační zákrok.

Celkovou úspěšnost operačního výkonu významnou měrou ovlivňuje kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Ta by měla být v případě geriatrických pacientů zaměřena především na individuální přístup, zhodnocení funkční úrovně soběstačnosti pacienta, zjišťování možných přítomných deficitů v kognitivní a senzorické oblasti.

Předmětem mé studie byly dvě kazuistiky, ve kterých jsem sledovala specifické potřeby vybraných geriatrických pacientů v rámci předoperační a pooperační péče. Kazuistiky jsem zpracovala formou ošetrovatelského procesu na podkladě modelu dle Virginie Hendersonové.

Pro využití tohoto modelu jsem se rozhodla zejména z důvodu, že se jednalo o geriatrické pacienty, kteří se v důsledku operace stali dočasně závislími a neschopnými uspokojovat své potřeby. Zde pak přebírá hlavní roli sestra, jejímž úkolem je vyhodnocovat soběstačnost nemocného, sledovat jeho potřeby a zajistit jejich uspokojení.

Pro první kazuistiku jsem si vybrala pacienta ve věku 73 let, který byl přijat k plánované operaci resekci sigmatu pro tumor. Celý průběh předoperační a pooperační péče o tohoto pacienta ovlivňovalo jedno z přidružených onemocnění, a tím byla Parkinsonova choroba.

Další významnou komorbiditou, na kterou musel být při poskytování perioperační péče brán zřetel, bylo onemocnění diabetem II. typu.

Pro druhou kazuistiku jsem zvolila pacientku ve věku 83 let. Tato pacientka byla přijata na chirurgické oddělení po pádu doma s diagnózou pertrochanterická zlomenina femuru. Na rozdíl od první kazuistiky se jednalo o akutní operaci a tomu odpovídal i průběh předoperační přípravy. Rovněž v případě této pacientky byla v rámci odebrané anamnézy zjištěna významná přidružená onemocnění, mezi nimi také diabetes II. typu.

K provedení kvalitativního výzkumu v rámci své bakalářské práce jsem si stanovila tři cíle:

První cíl: *Sledovat specifické potřeby geriatrických pacientů v rámci předoperační přípravy*

U pacienta v první kazuistice se jednalo o elektivní operační výkon. Všechna předoperační vyšetření proběhla ambulantní cestou. Po přijetí na oddělení musel ošetřující personál v rámci předoperační přípravy zohlednit zejména zjištěný deficit pacienta v oblasti sebek péče. Úkolem ošetřujícího personálu bylo poskytnout pacientovi pomoc během fyzické přípravy k operaci (vyprazdňování, provádění hygieny).

Pacient byl v době přijetí již informován o průběhu operačního výkonu, možných komplikacích a také o typu anestezie. Povinností sestry bylo edukovat pacienta o tom, jak bude dále probíhat krátkodobá a bezprostřední příprava před samotnou operací. Při edukaci musela sestra brát ohled na pomalejší tempo pacienta při vyjadřování, poskytnout mu více času na sdělení jeho pocitů, obav a dotazů.

Je obecně známo, že se zvyšujícím se věkem stoupá i riziko vzniku tromboembolické nemoci.

Riziko této komplikace u vybraného pacienta se jeví jako velmi vysoké, dle anamnestických údajů pacient v minulosti již toto onemocnění prodělal. Doma užíval preparát Xarelto, který byl na doporučení interního lékaře vysazen. Večer před přijetím si pacient doma aplikoval LMWH a v jeho aplikaci bylo pokračováno i za hospitalizace. Ráno před odjezdem na operační sál nasadila sestra pacientovi antiembolické punčochy.

S přihlédnutím na typ operačního výkonu zahájila sestra již den před operací s pacientem nácvik správného dýchání a nácvik dechové rehabilitace, kterou bylo nutno provádět v pooperačním období z hlediska prevence respiračních komplikací.

Přidružené onemocnění diabetes mellitus II. typu bylo u pacienta kompenzováno dodržováním diabetické diety. Den před operací mohl pacient přijímat ústy pouze tekutiny. Z tohoto důvodu lékař doporučil kontrolu glykemií po dvanácti hodinách.

Bezprostřední předoperační příprava probíhala stejně jako u jiných nemocných. Ošetřovatelský personál musel pouze opět respektovat celkové psychomotorické zpomalení pacienta, poskytnout mu více času k provedení jednotlivých úkonů.

Již během předoperační přípravy bylo u pacienta zaznamenáno zvýšené riziko pádu. Výpočet tohoto rizika ovlivnilo onemocnění pacienta Parkinsonovou chorobou, používání hůlky a zjištění senzoryckého deficitu v oblasti zraku.

U pacientky sledované v rámci druhé kazuistiky probíhala předoperační příprava s ohledem na akutní operaci rychlejším tempem. Neznámé prostředí, bolest a rychlý sled

událostí ovlivnily psychiku pacientky, která projevovala známky strachu a úzkosti. Lékařem sdělené informace o průběhu operačního výkonu a anestezie zpočátku pacientka nepochopila a v rozrušení ani nezaznamenala. Bylo důležité uklidnit pacientku a následně jí všechny důležité informace znovu zopakovat.

Ošetrovatelská péče opět musela být přizpůsobena zjištěnému deficitu pacientky v oblasti sebezpečí a rovněž zaznamenanému zvýšenému riziku pádů, jehož hodnota byla ovlivněna pádem pacientky v anamnéze, věkem, užíváním rizikových léků a sensorickému deficitu v oblasti zraku.

Druhý cíl: *Sledovat specifické potřeby geriatrických pacientů v rámci pooperační péče*

Pooperační péče o geriatrického pacienta bezprostředně po příjezdu z operačního sálu bývá stejná, jako je u mladších pacientů. Sestra sleduje fyziologické funkce, kontroluje invazivní vstupy a operační ránu. Dále monitoruje bolest a účinek aplikovaných analgetik.

V případě prvního sledovaného pacienta vystupovalo při poskytování pooperační ošetrovatelské péče do popředí znovu riziko vzniku tromboembolické nemoci. Sestra opakovaně edukovala pacienta o nutnosti procvičovat dolní končetiny na lůžku již v den operace. V dalších dnech pak ošetřující personál dbal na zajištění včasné vertikalizace pacienta u lůžka a na intenzivní rehabilitaci. Samotná rehabilitace byla zaměřena nejen na prevenci tromboembolické nemoci, ale také na prevenci komplikací v oblasti respiračního systému a obnovení soběstačnosti pacienta.

Snížená soběstačnost pacienta při provádění běžných denních činností ostatně přetrvávala celé pooperační období. Pro srovnání, Barthelův test byl v den přijetí sestrou vyhodnocen na 85 bodů (lehká závislost), třetí den po operaci na 40 bodů (vysoká závislost) a osmý den po operaci na 75 bodů (lehká závislost).

Mezi další sledované oblasti, které bylo nutné opakovaně vyhodnocovat a zjištěným výsledkům přizpůsobovat plánování ošetrovatelské péče, patřilo riziko vzniku dekubitů a riziko pádu.

Riziko vzniku dekubitů vyhodnocovala sestra na stupnici dle Nortonové. Nejvyšší bylo zaznamenáno v den operace, kdy jeho hodnota dosahovala 14 bodů (vysoké riziko), třetí pooperační den ještě stále činila jeho hodnota 19 bodů (střední riziko) a osmý pooperační den nebylo u pacienta již zaznamenáno riziko vzniku dekubitů, vyhodnocení na stupnici Nortonové dosahovalo 26 bodů.

Riziko pádu přetrvávalo po celou dobu hospitalizace pacienta, jeho hodnota se pohybovala v rozmezí 4 – 7 bodů. Bylo nutné přizpůsobit ošetrovatelskou péči tomuto riziku a rovněž dostatečně edukovat pacienta o prevenci pádu.

Vzhledem k typu operačního výkonu, následné pomalé realimentaci pacienta a s přihlédnutím k jeho základnímu onemocnění, ordinoval ošetřující lékař od druhého pooperačního dne popíjení Diasipu, jako prevenci rozvoje malnutrice. Souběžně s tímto opatřením prováděla sestra průběžné vyhodnocování nutričního stavu pacienta během hospitalizace.

U pacientky sledované v rámci druhé kazuistiky bylo nutné v prvních pooperačních dnech zaměřit ošetrovatelskou péči rovněž na prevenci vzniku dekubitů. Dle Nortonové vyhodnotila sestra riziko jejich vzniku v operační den na 18 bodů (vysoké riziko), druhý pooperační den na 23 bodů (střední riziko) a v den propuštění na 25 bodů (nízké riziko).

Dalším problémem zaznamenaným v kazuistice číslo dvě během pooperačního období byl snížený příjem potravy a nechutenství. Třetí pooperační den bylo sestrou vyhodnoceno zvýšené riziko vzniku malnutrice. Nutriční terapeut doporučil u pacientky výběrovou dietu a popíjení Diasipu během dne.

Zvýšené riziko pádu přetrvávalo i v případě této pacientky po celou dobu pooperační péče, jeho hodnota se pohybovala v rozmezí 6 – 7 bodů.

V případě sledovaném v rámci druhé kazuistiky hrála významnou roli pooperační rehabilitace. Její průběh byl pozvolný a výrazně ovlivnil i celkovou soběstačnost pacientky při provádění běžných denních činností. Vyhodnocení Barthelova testu činilo v operační den 35 bodů (vysoká závislost), druhý pooperační den 50 bodů (závislost středního stupně) a dvanáctý pooperační den 65 bodů (lehká závislost). Nutno poznamenat, že pacientka byla před přijetím do nemocnice v oblasti sebezpečí plně soběstačná.

Závislost pacientky na druhých osobách ovlivnila i plánované propuštění do domácí péče. Dcera udávala neschopnost pečovat o maminku v domácích podmínkách a z tohoto důvodu byla pacientka přeložena k další rehabilitaci na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných.

Třetí cíl: *Zmapovat výskyt pooperačních komplikací u vybraných geriatrických pacientů*

V první kazuistice se během pooperačního období vyskytly u pacienta komplikace respiračního systému, probíhající pod obrazem počínající bronchopneumonie. K těmto komplikacím došlo i přes provádění intenzivní dechové rehabilitace u pacienta. Díky

lékařem ordinované terapii a pokračující dechové rehabilitaci se problémy s dýcháním u pacienta během několika dnů zlepšily.

V případě druhé kazuistiky nebyly ošetřujícím personálem zaznamenány žádné pooperační komplikace, kromě přechodného nechutenství a sníženého příjmu potravy u pacientky. Tyto problémy se díky přijatým preventivním opatřením podařilo zvládnout, aniž by došlo k rozvoji malnutrice.

Vhodné, dle mého hlediska, je zmínit v pooperačních komplikacích i přetrvávající deficit v oblasti sebekpěče u pacientky, která byla před operací zcela soběstačná.

Tomuto problému se ve své práci věnuje i Bc. Laštůvková. Ta prováděla průzkumné šetření u pacientů, kteří podstoupili operační zákrok pro zlomeninu proximálního femuru. Z jejího průzkumného šetření vyplynulo, že jen 5,45 % z celkového počtu sledovaných seniorů zůstalo po ukončení hospitalizace nezávislých na péči druhé osoby (25).

Své poznatky zjištěné při zpracování této práce jsem se snažila porovnat s poznatky jiných autorů, kteří se věnovali podobným tématům. Bohužel jsem zjistila, že se vždy jednalo o kvantitativní výzkum nevhodný pro srovnání s výsledky mé práce.

Smyslem této práce nebylo provádění rozsáhlého výzkumu. Pomocí zpracovaných kazuistik chci pouze zdůraznit náročnost ošetrovatelské péče o geriatrické pacienty na chirurgii a nutnost respektovat jejich specifické potřeby.

Po domluvě s vedením, využiji celou práci jako edukační materiál pro uspořádání odborného semináře na našem oddělení.

*„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň
ušlechtilosti a pravé ceny u všech
národů a kultur“*

Ladislav Klíma

ZÁVĚR

Naše populace stárne a geriatrických pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních přibývá. Péče o geriatrické pacienty je náročná v každém oboru. Vyžaduje vysokou profesionalitu a citlivost z hlediska ošetřujícího personálu. Důležité je zachování individuálního přístupu, respektování autonomie těchto pacientů a zachování lidské důstojnosti.

Provoz na chirurgickém oddělení se vyznačuje rychlostí a dynamičností. Tyto vlastnosti příliš nekorespondují s potřebami geriatrických pacientů. Ti mnohdy potřebují více času na to, aby si přivykli na nové prostředí a mohli vyhovět požadavkům, které jsou na ně kladeny.

Ošetřující personál chirurgického oddělení by měl mít na paměti, že pacienta neohrožuje pouze zátěž způsobená samotným operačním výkonem, ale hlavně komplikace vyvstávající v dalším průběhu pooperační péče.

Pomocí této práce bych chtěla poukázat na to, že uvědoměním si specifických potřeb geriatrických pacientů a jejich začleněním do plánu ošetrovatelské péče, lze mnohým z těchto komplikací předejít.

CITOVANÁ LITERATURA

1. **TOPINKOVÁ, Eva.** *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. str. 270. 80-726-2365-6.
2. **ŠVÁB, Jan.** *Chirurgie vyššího věku*. 1. vydání. Praha : Grada, 2008. str. 208. 978-802-4726-045.
3. **KALVACH, Zdeněk a ZADÁK.** *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha : Grada, 2008. str. 336. 978-80-247-2490-4.
4. **HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena a ZIKMUNDOVÁ, Květuše.** *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha : EV public relations, 2007. str. 143. 978-80-254-0179-8.
5. **POLEDNÍKOVÁ, Ľubica a PAVELOVÁ, Ľuboslava.** Úskalia hospitalizácie v geriatrickom veku. *Sestra*. september 2004. tematický zošit 60.
6. **PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr.** *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada, 2011. str. 528. 978-802-4739-762.
7. **KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice.** *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. CARE. Praha : Galén, 2006. str. 44. 80-726-2455-5.
8. **MLÝNKOVÁ, Jana.** *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vydání. Praha : Grada, 2010. str. 324. Sv. 2. díl. 978-80-247-3185-82.
9. **ZEMAN, Miroslav a KRŠKA, Zdeněk.** *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2011. str. 512. 978-802-4737-706.
10. **KALVACH, Zdeněk.** *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. str. 861. 80-247-0548-6.
11. **TOPINKOVÁ, Eva a ČERVENÝ, Rudolf.** *Geriatric: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. novelizace 2010, Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2010. str. 24. 978-80-86998-37-4.
12. **JAROŠOVÁ, Darja.** *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. str. 108. 80-736-8110-2.
13. **SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol.** *Ošetrovatelství v chirurgii*. *Sestra*, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. str. 264. 978-80-247-3129-2.
14. **VALENTA, Jiří.** *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha : Galén, 2007. str. 277. 978-802-4613-444.
15. **ZACHAROVÁ, Eva.** *Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu*. *Sestra*. 2010, Sv. ročník 20, 12, str. 81.
16. **LARSEN, Reinhard a DRÁBKOVÁ, Jarmila.** *Anestezie*. 2. vyd. Praha : Grada, 2004. str. 1376. 80-247-0476-5.
17. **ZEMANOVÁ, Jitka.** *Základy anesteziologie*. 2., přeprac. vyd. Brno : NCONZO, 2009. str. 206. 978-807-0135-051.
18. **MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana.** *Akutní stavy v geriatricii*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. str. 233. 978-807-2626-205.
19. **KALA, Zdeněk a PENKA, Igor.** *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. str. 145. 978-80-7013-518-1.
20. **JEDLIČKOVÁ, Jaroslava.** *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. str. 268. 978-80-7013-543-3.
21. **TRACHTOVÁ, Eva.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno : IDVPZ, 2001. str. 185. 80-7013-324-4.

22. **FARKAŠOVÁ, Dana.** *Ošetrovatel'stvo - teória.* Martin : Osveta, 2005. str. 215. 80-806-3182-4.
23. **PAVLÍKOVÁ, Slavomíra.** *Modely ošetrovatel'ství v kostce.* 1. vyd. Praha : Grada, 2006. str. 150. 80-247-1211-3.
24. **MAREČKOVÁ, Jana.** *Ošetrovatel'ské diagnózy v NANDA doménách.* 1. vydání. Praha : Grada, 2006. str. 264. 80-247-1399-3.
25. **LAŠTŮVKOVÁ, Nikola.** *Operační výkon ve stáří a jeho komplikace.* Katedra ošetrovatel'ství, Masarykova univerzita. Brno : lékařská fakulta, 2012. Diplomová práce.

SEZNAM ZKRATEK

0s / 9	dieta čajová, diabetická
9W	dieta diabetická, warfarinová
ABR	acidobazická rovnováha; dynamická rovnováha kyselin a zásad uvnitř organismu
ACC	Léčivo - mukolytikum; obsahující látku acetylcystein
ADL	activities of daily living; běžné denní činnosti
ALT	alaninaminotransferáza
amp	ampule
aPTT	activated partial thromboplastin time; aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ASA	American society of anesthesiologists; Americká společnost anesteziologů
AST	aspartátaminotransferáza
BMI	Body mass index; index tělesné hmotnosti
CABG	coronary artery bypass graft; přemostění zúženého místa v koronární tepně
caps	kapsle, tobolka
Cl	Chlor
CMP	cévní mozková příloda
CRP	C-reaktivní protein
DK	dolní končetina/y
EF	ejekční frakce; hodnota v % je ukazatelem funkce a výkonnosti srdce
EKG	elektrokardiograf; elektrokardiografie
FR	fyzilogický roztok
$g \cdot l^{-1}$	gramů na litr
gtt	kapky (ve významu u léčiv)
HCT	hematokrit
HGB	hemoglobin
HK	horní končetina
i.m.	intramuskulárně
i.v.	intravenózně
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu; srdeční záhať
INR	International normalized ratio; mezinárodní normalizovaný poměr
K	Kalcium; vápník
KCl	kalium chloratum; chlorid draselný

ℓ	litr
LAH	left anterior hemiblock; levý přední hemiblok
LDK	levá dolní končetina
LMWH	low molecular weight heparin; nízkomolekulární heparin
m.j.	mezinárodních jednotek
MCV	střední objem červené krvinky
mg	miligram
MCH	mean corpuscular hemoglobin; střední obsah hemoglobinu
MCHC	mean corpuscular hemoglobin concentration; střední koncentrace hemoglobinu
min.	minuta
ml	mililitr
mmol·kg ⁻¹	milimol na kilogram
mmol·ℓ ⁻¹	milimol na litr
MMSE	mini-mental state examination; orientační diagnostický test
MNA	mini nutritional assessment; malý výživový test
Na	Natrium; sodík
P	puls
per os	ústy
PFN	proximální femorální hřeb
pg	pikogram
pH	potential of hydrogen; potenciál vodíku (logaritmická stupnice s rozsahem hodnot od 0 do 14)
PLT	krvní destičky – trombocyty
PTCA	Percutaneous transluminal coronary angioplasty; balónková katetrizační koronární angioplastika
QRS	depolarizace komor na EKG křivce
R V1,2	hrudní svody pro vyšetření EKG, V1 - 4.mezižebří parasternálně vpravo / V2 – vlevo
RBBB	right bundle branch block; blokáda pravého raménka Tawarova
RBC	červené krvinky - erytrocyty
RTG	Radioisotope Thermoelectric Generator; Radioizotopový termoelektrický generátor (rentgen)
S V5-6	hrudní svody pro vyšetření EKG, V5 - levá přední axilární čára v 5. mezižebří / V6 - levá střední axilární čára v 5. Mezižebří
s.c.	subkutánně; aplikace do kůže nebo pod kůži
SpO ₂	saturace krve kyslíkem

ST	repolarizace komor na EKG křivce
STATIM	akutní vyšetření, mají přednost před vyšetřováním ostatního biologického materiálu
tbl	tableta/y
TEN	tromboembolická nemoc
TK	krvní tlak
TT	tělesná teplota
v.s.	veri simile, velmi suspektně, tedy velmi pravděpodobně
WBC	bílé krvinky - leukocyty
WC	water closet; vodní záchod
$\mu\text{kat}\cdot\ell^{-1}$	mikrokatal na litr
$\mu\text{mol}\cdot\ell^{-1}$	mikromol na litr

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1: Klasifikace ASA
- Příloha 2: Vážené skóre jednotlivých klinických situací pro výpočet Indexu kardiálního rizika (Cardiac risk index)
- Příloha 2: Stratifikace pacientů podle Indexu kardiálního rizika
- Příloha 3: Stanovení kardiovaskulárního rizika před operací
- Příloha 4: Barthelův test všedních činností: ADL
- Příloha 5: Vyhodnocení rizika pádu
- Příloha 6: Klasifikace tíže tromboflebitid (podle Maddona)
- Příloha 6: Hodnocení rizik ošetrovatelské péče - nutriční screening
- Příloha 7: Rozšířená stupnice Nortonové
- Příloha 8: Melzackova škála bolesti
- Příloha 9: Souhlas manažerky pro NLP se sběrem informací k vypracování BP

Klasifikace ASA

Skupina	Definice, popis stavu	Perioperační mortalita
ASA I	Zdravý pacient bez patologického klinického (psychosomatického) a laboratorního nálezu. Chorobný proces, pro který je pacient operován, nezpůsobuje systémovou poruchu	0,1 %
ASA II	Méně až středně závažné systémové onemocnění, pro které je pacient operován, případně vyvolané jiným patofyziologickým procesem beze změn výkonnosti a funkce orgánů (např. pokročilý věk - nad 70 let, hypertenze, anémie, diabetes mellitus, obezita, lehká forma ICHS)	0,5 %
ASA III	Závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie omezující aktivitu nemocného a výkonnost a funkci orgánů (např. angina pectoris, stav po IM, závažná forma diabetu mellitus, srdeční selhání)	4,4 %
ASA IV	Závažné život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, pokročilá forma plicní, ledvinné, jaterní nedostatečnosti, hemoragický šok, peritonitida, ileus)	25,0 %
ASA V	Moribundní pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života. Smrt je pravděpodobná do 24 hodin s operací nebo bez ní	50,0 %

Zdroj: Eva Topinková, Geriatrie pro praxi, str. 197

Vážené skóre jednotlivých klinických situací pro výpočet Indexu kardiálního rizika (Cardiac risk index)

Klinická situace, rizikový faktor	Bodové skóre
Přítomnost cvalu nebo zvýšená náplň jugulárních žil	11
Akutní IM v posledních 6 měsících	10
Komorové extrasystoly v počtu > 5 za minutu (i v anamnéze), nebo jiný než sinusový rytmus nebo supraventrikulární extrasystoly při předoperačním vyšetření	7
Věk nad 70 let	5
Urgentní výkon	4
Výkon nitrohruční, nitrobřišní nebo na aortě	3
Hemodynamicky významná aortální stenóza	3
Celkově špatný stav (metabolicky nebo somaticky - ležící nemocný)	3

Zdroj: Eva Topinková, Geriatrie pro praxi, str. 197

Stratifikace pacientů podle Indexu kardiálního rizika

Skupina	Sumární bodové skóre	Komplikace žádné nebo nevýznamné	Život ohrožující komplikace	Kardiální smrt
I	0 – 5	99 %	0,7 %	0,2 %
II	6 – 12	93 %	5,0 %	2,0 %
III	13 – 25	86 %	11,0 %	2,0 %
IV	26 a více	22 %	22,0 %	56,0 %

Zdroj: Eva Topinková, Geriatrie pro praxi, str. 197

Stanovení kardiovaskulárního rizika před operací

nízké kardiovaskulární riziko	Pozitivní rodinná anamnéza ICHS, hypercholesterolemie, kouření, EKG abnormality, stav po IM déle než 3 měsíce u asymptomatického nemocného, CABG po 6 letech u pacienta bez potíží, PTCA po 3 měsících u pacienta bez potíží.
střední kardiovaskulární riziko	Stav po IM 6 týdnů až 3 měsíce, stav po komplikovaném IM (arytmie, srdeční selhání) i po 6 měsících, angina pectoris I.-II. stupně, tichá ischemie podle Holtera, stav po PTCA a CABG 6 týdnů až 3 měsíce a do 6 let při antianginózní terapii, komorové arytmie, anamnéza srdečního selhání nebo EF < 35 %
vysoké kardiovaskulární riziko	Stav po IM do 6 týdnů, akutní koronární syndrom, angina pectoris III.-IV. stupně, reziduální ischemie po IM, klinické projevy ischemie se srdečním selháním nebo maligními arytmiemi, CABG a PTCA do 6 týdnů

Zdroj: Jan Šváb a kolektiv, Chirurgie vyššího věku, str. 32

Barthelův test všedních činností: ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko – židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	vysoce závislý	65 – 95 bodů	lehká závislost
45 – 60 bodů	závislost středního stupně	100 bodů	nezávislý

Vyhodnocení rizika pádu

Pohyb	0	neomezený
	2	používání pomůcek
	1	potřebuje pomoc k pohybu
	1	neschopen přesunu
Vyprazdňování	0	nevyžaduje pomoc
	1	historie nokturie / inkontinence
	1	vyžaduje pomoc
Medikace	0	neužívá rizikové léky
	1	užívá následující léky: <ul style="list-style-type: none"> • diuretika, antikonvulzivika, antiparkinsonika • antihypertenziva • psychotropní látky nebo benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0	žádné
	1	vizuální, sluchové, smyslový deficit
Mentální status	0	orientován
	1	občasná / noční dezorientace
	1	historie dezorientace / demence
Věk	0	18 až 75 let
	1	nad 75 let
Pád a anamnéze	1	ano

Vyhodnocení: skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: web, dostupné na <http://ose.zshk.cz/media/p5824.pdf>, staženo 11. 3. 2014

Klasifikace tíže tromboflebitid (podle Maddona)

Stupeň	Reakce
0	Není bolest ani reakce v okolí
I	Pouze bolest, ani reakce v okolí
II	Bolest a zarudnutí
III	Bolest, zarudnutí, otok a nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Zdroj: **SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelsví v chirurgii.** Sestra, 1. vyd. Praha : Grada, 2010. str. 264. 978-80-247-3129-2, str. 37

Hodnocení rizik ošetřovatelské péče – nutriční screening

Pohlaví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pacientka je těhotná	<input type="checkbox"/> Jedná se o porod	<input type="checkbox"/> Jedná se o amputaci								
Pacienta / pacientku nebylo možno zvážit	<input type="checkbox"/>	Obvod paže:	<input type="text"/>									
Hodnocení nutričního stavu		Výpočet BMI										
Datum a čas hodnocení	<input type="text"/>	Výška (m)	<input type="text"/>	Hmotnost (kg) <input type="text"/> BMI <input type="text"/>								
Riziko	výběr možností			Bodové skóre								
Obvod paže				<input type="text"/>								
BMI	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>výběr ↓</td> </tr> <tr> <td>20 – 35</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>18 – 19; nebo nad 36</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>17 a méně</td> <td>2</td> </tr> </table>				výběr ↓	20 – 35	0	18 – 19; nebo nad 36	1	17 a méně	2	
	výběr ↓											
20 – 35	0											
18 – 19; nebo nad 36	1											
17 a méně	2											
Ztráta hmotnosti (nechtěná)	<table border="1"> <tr> <td>Žádná</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>do 3 kg / 3 měs.</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3 a více kg / 3 měs. (nebo volné šatstvo)</td> <td>2</td> </tr> </table>			Žádná	0	do 3 kg / 3 měs.	1	3 a více kg / 3 měs. (nebo volné šatstvo)	2			
Žádná	0											
do 3 kg / 3 měs.	1											
3 a více kg / 3 měs. (nebo volné šatstvo)	2											
Jídlo za poslední 3 týdny	<table border="1"> <tr> <td>beze změn v množství</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>poloviční porce</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>jí velmi málo nebo nejí</td> <td>2</td> </tr> </table>			beze změn v množství	0	poloviční porce	1	jí velmi málo nebo nejí	2			
beze změn v množství	0											
poloviční porce	1											
jí velmi málo nebo nejí	2											

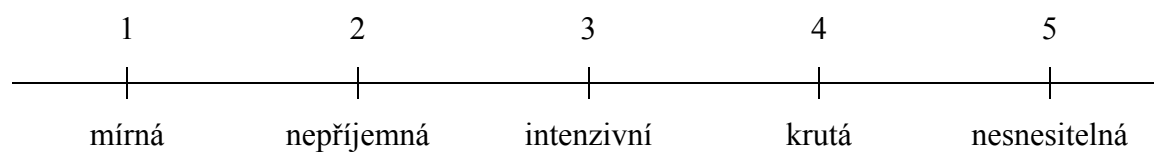
Zdroj: program NIS Akord, interní zdroj Domažlická nemocnice a. s.

Rozšířená stupnice Nortonové

Bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence
4	úplná	do 10 let	normální	žádné	dobry	bdělý	chodící samostatný	úplná	kontinentní
3	malá	do 30 let	suchá, šupinatá	<ul style="list-style-type: none"> • snížení imunity • horečka • diabetes mellitus 	zhoršený	apatický	chodící s doprovodem	částečně omezená	občasná inkontinence
2	částečná	do 60 let	vlhká	<ul style="list-style-type: none"> • sklerosis multiplex • obezita • anemie 	špatný	zmatený	sedící na lůžku, v křesle	velmi omezená	inkontinence převážně moče
1	žádná	60 let +	alergie, porušená	<ul style="list-style-type: none"> • onemocnění cév • kachexie • karcinom 	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	inkontinence moče a stolice
									Celkem
Riziko vzniku dekubitu			nízké (25 – 24 bodů)		střední (23 – 19 bodů)		vysoké (18 – 14 bodů)		velmi vysoké (13 - 9 bodů)

Příloha č. 8

Melzackova škála bolesti



Zdroj: web, dostupné na <http://ose.zshk.cz/media/p5832.pdf>, staženo 11. 3. 2014

Příloha č. 9

Souhlas manažerky pro NLP se sběrem informací k vypracování BP

Mgr. Jana Barbora Boučková
manažerka pro NLP
Domažlická nemocnice a. s.
Kozinova 292
344 22 Domažlice

v Domažlicích dne 30. 9. 2013

Vážená paní magistro,

pracuji jako sestra na chirurgickém oddělení Domažlické nemocnice. Žádám Vás touto cestou o povolení sběru informací v rámci sestavování kazuistiky do bakalářské práce formou ošetrovatelského procesu.

Jedná se o sběr informací u vybraných pacientů na chirurgickém oddělení. Pro svoji práci jsem zvolila téma „Specifika perioperační péče o geriatrické pacienty na chirurgii“.

Vedoucí mé práce je paní Mgr. Vladimíra Fremrová.

Veškerá získaná data budou anonymní a použita pouze pro účely bakalářské práce.

Martina Kostínková