

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ZVLÁŠTNOSTI OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O SENIORY
V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ Z POHLEDU
ANESTEZIOLOGICKÉ SESTRY**

bakalářská práce

Autor práce: Magdaléna Vránová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Magdaléna Vránová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Aleně Polanové za vstřícnou pomoc a odborné připomínky při psaní bakalářské práce. Poděkování patří také kolegyním z anesteziologicko-resuscitačního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. za poskytnutí rozhovorů a seniorům, kteří i v náročné životní situaci byli ochotni ke spolupráci. Děkuji také rodině za trpělivost a podporu.

Abstrakt

Název bakalářské práce

Zvláštnosti ošetrovatelské péče o seniory v perioperačním období z pohledu anesteziologické sestry

Základní teoretická východiska

Teoretická část bakalářské práce se orientuje na ošetrovatelskou péči o seniory během perioperačního období z pohledu anesteziologické sestry. Je rozdělena na část obecnou a speciální. Obecná část se zabývá ošetrovatelským pojetím v péči o seniora, psychosociálními aspekty hospitalizace, jeho potřeby, komunikační bariéry a specifika v edukaci. Dále je rozšířena na problematiku operačního výkonu ve stáří, psychosomatických změn a jejich důsledky pro anestezii. Ve speciální části je teorie rozdělena na předoperační, intraoperační a pooperační péči v souvislosti s podáním anestezie. Každá část se kromě oblasti anesteziologické péče o seniora zaměřuje také na úlohu anesteziologické sestry v daném období. Část předoperační péče se specializuje na předanestetické hodnocení a péči převážně prostřednictvím anesteziologické ambulance. Intraoperační část se orientuje na ošetrovatelskou péči během operačního výkonu v anestezii. V poslední části je popsána skutečnost i vize pooperační péče, léčba pooperační bolesti u seniorů jako nedílná součást anesteziologické péče a budoucí role anesteziologické sestry mimo operační sál. Teorii uzavírá kapitola o týmové spolupráci sester v perioperačním období při péči o seniory.

Cíle práce

Prvním cílem bakalářské práce je zjistit význam anesteziologické ambulance z pohledu seniora. Druhým cílem je určit důležitost anesteziologické ambulance z pohledu anesteziologické sestry a třetím cílem je zmapovat ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezii.

Použité metody

Pro zjištění informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření metodou dotazování. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor se všeobecnými sestrami a seniory. Byly použity otevřené, rámcově připravené otázky zaměřené na splnění cílů. Výzkumné otázky zaměřené na seniory byly následující: jaký má přínos anesteziologická ambulance z pohledu seniora a jaká je spolupráce mezi sestrou a seniorem v anesteziologické ambulanci. Výzkumné otázky zaměřené na anesteziologické sestry byly, jaký má přínos anesteziologická ambulance z pohledu anesteziologické sestry, jaké informace související s předoperační péčí o seniora dostává anesteziologická sestra od sestry z oddělení, jaké informace o intraoperační péči o seniora předává anesteziologická sestra sestře z oddělení a jak anesteziologické sestry diferencují ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále. Kvalitativní data byla analyzována a významově uspořádána do kategorizačních skupin. Vazby a jevy byly deduktivně odhaleny pomocí literatury, na základě vlastních zkušeností a v závislosti na položené otázce. Výběr výzkumného souboru seniorů i sester byl záměrný. Tvořil šest seniorů ve věku 70 let a více, kteří prodělali plánovanou operaci v anestezii a pět všeobecných sester se specializací v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, pracující na úseku anestezie 10 let a více.

Výsledky

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že anesteziologická ambulance je z pohledu seniorů přínosná. Ukázalo se, že mimo duchovní oblasti je zde, v péči o seniora, v rámci možností anesteziologického týmu uspokojována řada oblastí biopsychosociálních. Dále bylo zjištěno, že anesteziologické sestry považují anesteziologickou ambulanci jako žádoucí převážně pro seniory. Přínos pro ně samotné má podle nich ještě značné nedokonalosti převážně v předávání informací týkajících se ošetrovatelské péče ve spolupráci s ambulancí anesteziologické sestry. Z výzkumného šetření týkajícího se ošetrovatelské péče na operačním sále vyplývá, že anesteziologické sestry se podílejí na kontinuitě ošetrovatelské perioperační péče o

seniora pouze částečně. Sestry si vyměňují informace v minimálním rozsahu, zčásti informace předává lékař. Zvláštnosti ošetřování seniorů v intraoperačním období a uspokojování jejich potřeb anesteziologické sestry diferencují. Pozornost věnují převážně somatické a psychické oblasti. V sociální a duchovní oblasti péči na operačním sále neposkytují.

Závěr

Tato bakalářská práce měla účel, zamyslet se nad problematikou péče o starší pacienty, která provází každodenní činnost sestry, teoretické znalosti použít v praxi a ze zjištěných nedostatků se poučit a napravit je. Bakalářská práce by mohla sloužit jako studijní materiál pro sestry pracující v perioperační péči nebo sestry při specializačním vzdělávání. Ze závěrů empirické části byla vytvořena dokumentace na základě zjištěných nedostatků, konkrétních představ sester a v souladu s doporučenými postupy odborné společnosti. K usnadnění spolupráce sestry a seniora byla vytvořena brožura v podobě „Anesteziologického průvodce“.

Klíčová slova: Anestezie, anesteziologická sestra, bolest, perioperační péče, senior

Abstract

Bachelor thesis title

Specifics of Perioperative nursing Care of Seniors from the Point of View an Anaesthesia Nurse

Basic theoretical background

The theoretical part of the thesis is focused on nursing care of seniors during perioperative period from the point of view of an anaesthesia nurse. It is divided into a general and a special part. The general part deals with nursing care approach to a senior, with psychosocial aspects of hospitalization, his/her needs, communication barriers and educational specifics. It also covers the issues of operation in old age, psychosomatic changes and their consequences for anaesthesia care. The theory in the specialized part is divided into preoperative, intraoperative and postoperative care in relation to anaesthesia administration. Each part also focuses on the role of an anaesthesia nurse in the particular period apart from the anaesthesia care of a senior. The part dealing with preoperative care specializes in pre-anaesthetic assessment and care mainly through the anaesthesia department. The part dealing with intraoperative focuses on nursing care during operation under anaesthesia. The last part describes the facts and visions of postoperative care, treatment of postoperative pains in seniors as an inseparable part of anaesthesia care and the future role of an anaesthesia nurse outside the operation theatre. The theory is concluded by a chapter on team cooperation among nurses caring about seniors in the perioperative period.

The aim of the thesis

The first goal of the bachelor thesis was to examine the importance of anaesthesia department from senior's view. The second goal was to determine the importance of anaesthesia department from the view of an anaesthesia nurse and the third goal was to map nursing care of a senior at an operation theatre in relation to anaesthesia.

Applied methods

Qualitative research form, the questioning method was applied to information collection. Non-standardized interview with general nurses and seniors was the data collection technique. Open, roughly prepared questions aimed at achievement of the goals were used. The research questions focused on the seniors were: What is the benefit of an anaesthesia department from the view of a senior? and What is the cooperation between a nurse and a senior in an anaesthesia department like? The research questions focused on the nurses were: What is the benefit of an anaesthesia department from the view of an anaesthesia nurse? What information related to preoperative care of a senior does an anaesthesia nurse obtain from a ward nurse? What information on intraoperative care of a senior does an anaesthesia nurse give to a ward nurse? and How do anaesthesia nurses differentiate nursing care of a senior at the operation theatre? Quantitative data were analyzed and categorized into relevance groups. Links and phenomena were deductively revealed by means of literature, upon own experience and in relation to the questions asked. Selection of the sample of seniors as well as nurses was intentional. It consisted of six seniors of 70 and more years of age, who undertook a planned operation under anaesthesia and five general nurses with specialization in anaesthesia, resuscitation and intensive care, who have been involved in anaesthesia for 10 or more years.

Results

The research results show that an anaesthesia department is beneficial from seniors' view. A number of biopsychosocial spheres of care of a senior have proven to be satisfied within the possibilities of the anaesthesia team apart from the spiritual spheres. It has also been found that nurses consider the anaesthesia department useful particularly for seniors. The benefit for the nurses themselves has still certain imperfections, particularly in sharing information on nursing care with an anaesthesia nurse. The research in nursing care at the operation theatre shows that anaesthesia

nurses participate in the continuity of perioperative care of a senior just partially. Nurses share information to minimum extent, a part of the information is provided by a physician. They are aware the specifics of care about seniors in intraoperation period and differentiate satisfaction of the needs. They particularly pay attention in somatic and psychological spheres. Care in social and spiritual spheres is not provided at the operation theatre.

Conclusion

The purpose of this bachelor thesis was to consider the issues of nursing care of elderly patients that nurses have to deal with on everyday basis, to use the theoretical knowledge in practice, to learn from the found drawbacks and to improve them. The thesis might serve as educational material for nurses involved in perioperative care and nurses in specialization education. Documentation was elaborated from the conclusion of the empirical part upon the found drawbacks, particular ideas of the nurses and in compliance with the procedures recommended by the informed public. A brochure “Anaesthesiology Guide” was elaborated to make cooperation between a nurse and a senior easier.

Key words: anaesthesia, anaesthesia nurse, pain, perioperative care, senior

OBSAH

ÚVOD	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 OŠETŘOVATELSKÉ POJETÍ V PÉČI O SENIORA	13
1.1.1 <i>Psychosociální aspekty hospitalizace a potřeby seniora</i>	15
1.1.2 <i>Bariéry v komunikaci se seniorem</i>	16
1.1.3 <i>Specifika v edukaci seniora</i>	17
1.1.4 <i>Operační výkon ve stáří</i>	18
1.1.5 <i>Psychosomatické změny stáří a jejich důsledky pro anestezii</i>	18
1.2 PERIOPERAČNÍ PÉČE O SENIORA	20
1.2.1 <i>Předanestetická příprava seniora a role anesteziologické sestry</i>	20
1.2.2 <i>Anesteziologická ambulance – přínos a role sestry</i>	23
1.2.3 <i>Ošetrovatelská péče o seniora v anestezii a role anesteziologické sestry</i> 24	
1.2.4 <i>Poanestetická péče o seniora</i>	26
1.2.5 <i>Budoucí role anesteziologické sestry v poanestetické péči</i>	27
1.2.6 <i>Léčba pooperační bolesti u seniora</i>	28
1.2.7 <i>Budoucí role anesteziologické sestry v léčbě pooperační bolesti</i>	29
1.3 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE SESTER V PERIOPERAČNÍ PÉČI O SENIORA	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 CÍLE PRÁCE	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3 METODIKA	32
3.1 POUŽITÁ METODA	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32

4	VÝSLEDKY	33
4.1	PŘEPISY ROZHovorŮ	33
	<i>4.1.1 Přepisy rozhovorů s anesteziologickými sestrami</i>	33
	<i>4.1.2 Přepisy rozhovorů se seniory</i>	42
4.2	KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ Z ROZHovorŮ SE SESTRAMI A SENIORY	47
	<i>4.2.1 Kategorie významu anesteziologické ambulance pro sestry</i>	47
	<i>4.2.2 Kategorie významu anesteziologické ambulance pro seniory</i>	49
	<i>4.2.3 Kategorie ošetrovatelské péče o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezií</i>	50
5	DISKUZE	53
6	ZÁVĚR	60
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	61
8	PŘÍLOHY	66

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o seniory v perioperačním období, která v posledních letech nabývá na významu. V každodenní praxi jako anesteziologická sestra pečují o pacienta – seniora. Starších pacientů stále přibývá následkem stárnutí naší populace. Tento jev je díky lepšímu zdravotnímu stavu našeho obyvatelstva, dostupnější zdravotní péči i novými postupy a technologiemi medicíny, které umožňují léčit i nemocné ve velmi pokročilém věku.

Rychlost vývoje medicíny a ošetrovatelské praxe nemusí být dostatečně přizpůsobena individuálnosti seniora a jeho potřebám. Podle hodnocení sociologů je dnešní civilizace zaměřená na výkon a následný výdělek, a to se týká i dnešní medicíny. Operační výkony neustále nabývají na kvantitě, zvyšují svoje tempo, provádí se u čím dál starších pacientů a někdy bohužel i bez ohledu na kvalitu jejich dalšího života. Pacient – senior je v nemocničním prostředí ve většině případů velmi stresován. Na operačním sále je obklopen technickými vymoženostmi, přesycen informacemi nebo naopak zcela neinformovaný, bezbranný a plně vložen do rukou ošetrujícího personálu. Naší povinností je zachovat maximální kvalitu moderní holistické ošetrovatelské péče o seniory, ale i zároveň úctu a pravidla lidské sounáležitosti, na kterou byli zvyklí od minulých generací.

Anesteziologická sestra svými intervencemi zasahuje jak do předanestetického hodnocení seniora v anesteziologické ambulanci, do bezprostřední přípravy před operací, pečuje o pacienta během celého pobytu na operačním sále, tak i do léčby akutní pooperační bolesti. Společně s dobrým multioborovým ošetrovatelským managementem zaměřeným na péči o „křehkého“ pacienta, může velice významně minimalizovat dopad rizik celého perioperačního období, ale i ovlivnit kvalitu života seniora v budoucnu.

1 SOUČASNÝ STAV

Ve vyspělých zemích se v současnosti podstatně zvyšuje délka života díky významnému pokroku ve zdravotní péči a medicíně. V ČR dosáhla střední délka života v roce 2011 u žen 80,7 let a u mužů 74,7 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012). Podíl starších lidí nad 65 let k celkovému počtu obyvatel dosahuje 15,5 % (Český statistický úřad, 2011). Přirozeně roste populace seniorů, kteří podstupují chirurgickou intervenci, a zvyšuje se průměrný věk operovaných pacientů (Larsen, 2004). V roce 2010 byla podána anestezie pacientům ve věku 65 let a více ve 21 % případech a podíl trvale narůstá. Bude kladen silný důraz na zdokonalování perioperační péče o seniory nejen chirurgické, ale i anesteziologické (Cvachovec, 2011).

Specifické problémy této věkové skupiny jsou výzvou k zamyšlení nad nejzákladnějšími pravidly v ošetrovatelské péči. Teprve až v poslední době je věnována seniorům ucelená a důraznější pozornost, kdy se stává zvládání péče o ně každodenním požadavkem (Drábková, 2006). Vhodná intervence, nejen lékařská, ale i v oblasti ošetrovatelského procesu může minimalizovat rizika perioperačních komplikací, kterými je senior bezesporu ohrožen. Podmínkou dobře poskytnuté péče je správná identifikace potřeb seniora i v rámci multidisciplinárního týmu. Sestra by měla umět rozpoznat potřeby seniorů a odpovídajícím způsobem nahlížet na stáří, které je přirozenou součástí života (Pokorná, 2010).

1.1 Ošetrovatelské pojetí v péči o seniora

Původ geriatrického ošetrovatelství má kořeny v Anglii a je spojován s Florence Nightingaleovou, která zdůrazňovala potřebu vzdělanosti sestry v péči o chudé a staré nemocné. Další odborná příprava sester pokračovala v USA a první návrhy na vytvoření specializované péče o staré lidi je datována již v roce 1925 (Jarošová, 2007).

Péče o seniory musí být komplexní a dbát na zachování zdravotní i sociální složky. Vzhledem k výrazné geriatrizaci medicíny by měla být struktura zdravotnických zařízení a charakter péče přizpůsobeny starým a velmi nemocným lidem. Je nezbytný individuální přístup k potřebám seniorů s důrazem na kvalitu života, autonomii a

přirozenost prostředí. Cílem péče o seniora je podpora zdraví a pohody, prevence nemocí, posilování soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb a snaha o co nejdélní setrvání seniora v jeho přirozeném prostředí. Důležitou složkou je také podpora rodiny a propojení rodinné a profesionální péče. Speciální ošetrovatelská péče o seniora je zaměřena na zhodnocení zdraví a funkčního stavu, na plánování a uskutečňování zdravotní péče a vyhodnocení efektivnosti poskytnuté péče (Jarošová, 2006).

Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, ovlivněných dalšími faktory (nemoci, životní způsob a podmínky) a je spojeno s další řadou významných sociálních změn. Nejčastěji je stáří vyjadřováno chronologicky dle Světové zdravotnické organizace: 60-74 let - vyšší věk, 75-89 let - stařecký věk a 90 a více let - dlouhověkost (Dvořáčková, 2012).

Dalšími termíny jsou *stáří kalendářní*, které je dané věkem a *stáří biologické*, jenž je podmíněné zdatností seniora, jeho vitalitou a zdravím. Z lékařského hlediska se za stáří považuje věk od 75 let. Toto období je spojené s nárůstem problémů, které jsou dané tělesným i mentálním úpadkem a také zvýšeným rizikem vzniku zátěžových situací, které kladou vysoké nároky na adaptaci. Stárnutí je provázeno změnami jak v oblasti fyzické, psychické tak i sociální, které se vzájemně prolínají, a ovlivňuje jedna druhou. Změny jsou plynule ovlivňovány dědičností, životním prostředím, životním stylem, aktivitou a přítomností onemocnění. Jsou velice individuální a často se nekryje kalendářní věk s věkem funkčním (Mlýnková, 2011).

Reakce na probíhající změny jsou ovlivněny osobností seniora, odezvou jeho okolí i možnostmi, jakými získá pomoc v oblastech, které sám nezvládne. Senioři se adaptují na změny různými způsoby. Jedni se snaží o udržení zdraví rozvíjením aktivit, životosprávou, udržováním sociálních kontaktů a pěstováním dobrých vztahů v rodině. Naproti tomu jsou senioři, kteří si vytvářejí závislost na okolí a zároveň tím potencují své zdravotní potíže. Tito senioři mají ve zdravotnickém zařízení zvýšenou potřebu péče a kontaktu s ošetřujícím personálem, která není vždy podložena aktuálním stavem. Někdy adaptační mechanismy selhávají a senior zaujme nepřátelský postoj, který projevuje vůči personálu, lidem v okolí a ostatním pacientům. Někteří senioři mohou být pesimističtí, lítostiví a mají pocit, že život promarnili. Jsou osamělí a nevyhledávají

sociální kontakty. Velice citliví na změny prostředí jsou senioři trpící demencí. Jejich hospitalizace vede ke zhoršení příznaků jako zmatenost, neklid, poruchy vnímání a myšlení a pobyt v nemocnici bývá spojován i s vyšší mortalitou. To je příčinou mnoha problémových situací v péči o pacienty vyššího věku (Mlýnková, 2011; Venglářová, 2007).

1.1.1 Psychosociální aspekty hospitalizace a potřeby seniora

Nově vzniklé nebo změněné potřeby, které přinese choroba a hospitalizace, způsobují závislost seniora na druhých osobách. Senior je nucen dělat úkony, které před tím nikdy nedělal. Tyto činnosti nemusí zvládat a současně má ztíženou schopnost poznávat nové věci vzhledem ke změnám kognitivních funkcí. Snižuje se jeho sebevědomí, sebehodnocení a klesá i sebeúcta. Příchodem do nemocnice ztrácí soukromí, osobní pohodlí, je nucen omezit své návyky, podrobovat se mnohdy nepříjemným nebo i bolestivým vyšetřením. Potřeby vyžadující intimitu vykonává v přítomnosti ostatních pacientů. Dochází k sociální izolaci od svých nejbližších a známých, se kterými má pouze omezený, či vůbec žádný kontakt. Negativně se u seniora může projevit strach, stres, obava o partnera, který zůstal sám doma, nežádoucí účinky léků, použití omezovacích prostředků nebo nevhodné jednání personálu (např. infantilizující způsob komunikace). U seniorů, především se smyslovým a kognitivním deficitem, může dojít stejně jako u dítěte k psychické maladaptaci – hospitalismu. V širším slova smyslu můžeme pojem hospitalismus pojmut i jako rozvoj imobilizačního syndromu, dekubitů, nozokomiální infekce, zhoršení výživy i pády (Kalvach, Onderková, 2006).

U seniorů dochází ke změnám hodnotové orientace potřeb. V popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Ze studií vyplývá, že z fyziologických potřeb jsou to chutné jídlo, zvýšená potřeba vyprazdňování, více odpočinku a spánku. Velmi důležitá je potřeba být bez bolesti, zajištění tepla a pohodlí. Z vyšších potřeb je to především potřeba jistoty a bezpečí včetně ekonomického zajištění. Mnozí se hůře smiřují se závislostí. Senior si je také velmi nejistý v případě, když nemá dostatek informací o zdravotním stavu, vyšetřeních a léčbě. Navzdory nižším nárokům může

senior pociťovat potřebu seberealizace, uznávání sebe sama a uznávání druhými lidmi. Další v popředí jsou potřeby duchovní, které v nemocnici nejsou dostatečně uspokojovány. Ošetřující personál nemůže nahradit roli duchovního, ale může seniorovi pomoci vhodným rozhovorem nebo v případě požádání duchovního kontaktovat. U hospitalizovaného seniora je hůře uspokojována potřeba komunikace (Dvořáčková 2012; Mlýnková, 2011).

1.1.2 Bariéry v komunikaci se seniorem

Ke správné identifikaci potřeb seniora je důležitá efektivní komunikace. Neefektivní komunikace může narušit vztah mezi seniorem a zdravotníkem, ale hlavně vede k naprostému nepochopení sdělovaného. Hlavní potřeby v komunikaci při poskytování péče seniorům jsou potřeby sociálního kontaktu a interakce, vysvětlení, potvrzení, ujištění, rada, podpora, edukace, potřeba komfortu, útechy, ujištění a uklidnění. Komunikační techniky přizpůsobujeme schopnostem a dovednostem naslouchajícího. Akceptujeme poruchy smyslových, tělesných a kognitivních funkcí a respektujeme aspekt individuality (Pokorná, 2010).

Komunikační bariéry jsou popisovány ve vztahu s fyzickými a psychickými změnami. Jako nejběžnější bariéry jsou uváděny poruchy smyslových funkcí, poruchy řeči a potíže s orientací. U nemocných nad 65 let bychom měli počítat i s možnou demencí. Ta nedovolí seniorovi uchovat informace, které mu sestra nebo lékař sdělují, navíc jsou netrpěliví, mají poruchu vyjadřování, stále se dotazují, tvoří si vlastní slova a zaměňují výrazy (Venglářová, 2007). Obecně rozlišujeme bariéry na interní a externí. Interní bariéry jsou negativní emoce, obavy z neúspěchu, postoj (xenofobie), nepřipravenost, fyzické nepohodlí a nemoc. Externí bariéry jsou dány prostředím a jeho uspořádáním - vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat a komunikační zahlcení (Pokorná, 2010).

Při komunikaci se starým člověkem jsou v popředí prostředky neverbální komunikace. Je důležitý přímý zrakový kontakt, při němž senior vidí sestře do tváře a naopak. Významný je úsměv, který povzbudí, uklidní a pozitivně naladí. Řeč očí má důležitou roli jako komunikační kanál, který informuje sestru o pacientově prožívání,

citech a myšlenkách. Pohled vyjádří někdy víc než slova a je rozhodně upřímnější, jelikož slovy můžeme prezentovat cokoli, i lež, kdežto pohledem se klamat příliš nedá. Na významu nabývá i dotekový kontakt. Senior ocení i ten nejběžnější, kterým je podání ruky. Dotekem posilujeme pacientovu důvěru (Minibergerová, 2006).

1.1.3 Specifika v edukaci seniora

Edukace je neoddelitelnou součástí ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta. Senior přicházející do zdravotnického zařízení se často špatně orientuje a je stresován. Stres v mnoha případech ještě prohlubuje nedostatek kvalitních informací. Současná doba je přetechizovaná a do praxe jsou zaváděny nové vyšetřovací metody a terapeutické postupy. Na sestry jsou kladeny vysoké nároky na vědomosti a dovednosti, které musí odpovídajícím způsobem předat pacientovi (Juřeniková, 2010).

Edukace seniora ve zdravotnickém zařízení má svá specifika. Cílem edukace seniora je zapojit ho do léčby, zvýšit jeho samostatnost, pomoci při adaptaci na hospitalizaci, přebrat zodpovědnost za sebe a za svoje zdraví, zlepšit kompenzaci onemocnění, snížit výskyt komplikací a zlepšit kvalitu života. Proces edukace by měl být v souladu s aktuálním fyzickým a psychickým stavem. Sestra přijímá seniora se všemi nedostatky, jak v chování, vzhledu, tak i ve vzdělání a vědomostech. V každém případě musí být nestranná a nezaujatá a vybudovat si vzájemný vztah se seniorem založený na důvěře. Faktory, které negativně ovlivňují tento proces, jsou důsledky změn z oblasti somatické, psychické, sociální a ekonomické. Mezi ně patří mozkové dysfunkce, některé léky, poruchy mobility, nedostatek motivace, změny ve smyslovém vnímání, snížená schopnost adaptace, životní priority, tempo a styl učení a předchozí zkušenosti. Sestra edukátorka je empatická a ochotná pomoci, měla by mít schopnost kdykoliv poradit. (Majerníková, 2008 s. 27; Juřeniková, 2010).

1.1.4 Operační výkon ve stáří

Narůstá počet seniorů přijatých k chirurgické intervenci v anestezii. Důvodem bývá zabránění komplikací, zlepšení kvality života a řada dalších. Je tendence provádět výkony i u nemocných v 8. a 9. deceniu a v kritickém stavu. Nejčastějšími indikacemi k operaci jsou onemocnění žlučových cest, ileus, onemocnění tlustého střeva, nádorové onemocnění, onemocnění prostaty, umělé náhrady velkých kloubů a zlomeniny. U seniora je potřeba posuzovat rozsah základního onemocnění, biologický stav a klinický dopad operačního výkonu. Dále je nutné zvážit předpoklad rizika celkové operační zátěže oproti zisku z úspěšné operace. (Šváb, 2008; Zeman, Krška, 2011).

Operační výkon vyvolá u seniora stresovou situaci a je obrovskou zátěží pro organismus, který má nižší schopnost na ni reagovat. Toto se může projevit zhoršenou prognózou morbidit a mortality. I přes to, že klesá celková chirurgická mortalita, připadá 75 % pooperačních úmrtí na seniory (Kalvach, Onderková, 2006; Topinková, 2005).

Dosažení maximálního přínosu operace a snížení rizika ovlivňuje především včasná a přesná diagnóza, zhodnocení involučních změn, závažnosti přidružených onemocnění a funkčních rezerv, přesné posouzení indikace a rizik ve vztahu k prognóze a kvalitě dalšího života. Důležitá je také optimální příprava pacienta před výkonem, kvalitní a rychlá perioperační intervence. Operační výkon by měl být co nejméně zatěžující s šetrnou anestezí. Po operaci je významná intenzivní ošetrovatelská péče s časnou rehabilitací a důslednou prevencí imobilizačního syndromu. Pro návrat seniora do domácího prostředí je podstatná provázanost postakutní péče s koordinací komunitních služeb (Topinková et al., 2007).

1.1.5 Psychosomatické změny stáří a jejich důsledky pro anestezii

Organismus seniorů vykazuje funkční i morfologické změny orgánů, jejich systémů i buněk. Důsledkem je nižší schopnost reagovat na zátěž a odolávat jí. Kardiovaskulární rezerva starých pacientů je omezená, aktivita sympatiku snižena, kompenzační reakce vegetativního nervového systému na zátěž a krevní ztrátu jsou také omezeny. Anestezí a sedativy jsou ještě více oslabeny reakce na hypoxii a hyperkapnii v důsledku snížené

dechové reakce. Při apnoe dochází k rychlé desaturaci, dochází a k poklesu ochranných reflexů dýchacích cest. Jsou sníženy renální funkce, což vede ke snadnému sklonu k dehydrataci. V perioperačním období je senior snáze ohrožen renálním selháním a poruchami vnitřního prostředí. Dochází k atrofii mozku, klesá jeho prokrvení a je narušena termoregulace. Pro seniory je typická zvýšená citlivost k látkám, které ovlivňují centrální nervovou soustavu. Proto je nutné snížené dávkování sedativ a inhalačních anestetik. Objevuje se zvýšená citlivost na podané léky a krevní převody. (Larsen, 2004; Šváb, 2008).

S rostoucím věkem se mohou objevovat i změny psychiky. Existují značné individuální rozdíly mezi psychickými změnami a projevy ve stáří. Klesá psychická vitalita a pružnost myšlení. Dochází ke zhoršování kognitivních funkcí, které nám pomáhají poznávat svět kolem sebe, orientovat se v něm a vnímat sám sebe (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení, úsudek a řeč). Poruchy kognitivních funkcí mohou být v rozsahu od jednoduché zmatenosti, přes přechodné delirium, až k výrazné demenci. Celistvost osobnosti zůstává zachována, ale mohou se měnit některé vlastnosti a osobnostní rysy (Kleťková, Dlabalová, 2008).

S operačním výkonem a s anestézií je spojován rozvoj pooperačního deliria a postoperační kognitivní dysfunkce. V současné době je to nejčastější komplikací u seniorů v perioperačním období. Mezi rizikové faktory patří věk nad 70 let, zhoršené kognitivní funkce, poruchy zraku, abusus alkoholu, deprese, iontová dysbalance, postižení mozkových cév, dlouhý výkon, velké ztráty a náhrady v průběhu operace, pooperační bolest a podávání léků ovlivňujících centrální nervovou soustavu. Jako zřejmé příčiny se považuje hypoxie, hypokapnie, hypoperfuze a embolizace. Pooperační kognitivní dysfunkce může vést k sociální izolaci a urychlení smrti, protože přiměřená úroveň kognitivních funkcí je potřebná k udržení samostatného života. Prevencí těchto komplikací je vyloučení stresu a bolesti, udržování homeostázy vnitřního prostředí, zajištění střídání aktivity a odpočinku a umožnění dostatečného spánku (Topinková et al., 2007; Drábková, 2006).

1.2 Perioperační péče o seniora

Perioperační období je časový úsek od přípravy nemocného k výkonu přes průběh výkonu až po stabilizaci stavu po výkonu. Operační výkon musí být korektně a bez komplikací proveden a úkolem anesteziologického týmu je přenést nemocného výkonem bezbolestně, s co nejmenší odezvou na trauma operace a s minimálním narušením základních životních funkcí a homeostázy (Zeman, Krška, 2011).

Péči v tomto období zabezpečuje perioperační tým, který má multidisciplinární charakter. Součástí týmu je i anesteziologická sestra. Anesteziologická sestra je sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii. Ta podle vyhlášky 55/2011 Sb.: „Poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči pacientům při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestezie“. Její pracovní činností je zajišťování stálé připravenosti anesteziologického pracoviště, příprava pacienta, léků a vybavení k jednotlivým způsobům a technikám celkové i místní anestezie a asistování při jejich provedení, provádí činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti, podílí se na vedení anestezie pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a resuscitace (Česko, 2011).

1.2.1 Předanestetická příprava seniora a role anesteziologické sestry

U seniorů se v předanestetické péči musí věnovat vyšší pozornost vzhledem k jejich komorbiditě. Může se u nich očekávat pokročilé orgánové postižení a snížení funkční rezervy. Starý člověk má také sníženou vnímavost ke svým potížím a často je bagatelizuje. Mohou s pokročilým onemocněním dlouho žít, aniž by navštívili lékaře. To je důvod k aktivnímu pátrání po problémových oblastech a příznacích onemocnění u seniora (Šváb, 2008).

Základ individuálního léčebného a ošetrovatelského plánu je komplexní diagnostické hodnocení problémových oblastí u seniora. To má za úkol upozornit na schopnosti, ohrožení a možnosti pacienta, které nemusí být bezprostředně zřejmé. Sestra shromáždí základní informace pro individuální naplánování péče, které je mimo jiné nutné ke

kontrole kvality na základě dokumentování jejího průběhu. Hodnocení má také velký význam pro vykazování poskytované péče. Postup, při kterém je možnost rychle zjistit problémové oblasti seniora, je geriatrický screening podle Lachsova návrhu (příloha 1). Je proveditelný za 5-12 minut a je dobře využitelný v ambulantní péči. Jeho předností je, že nevyžaduje pomůcky nebo přípravu a nepředpokládá žádnou specifickou profesní kvalifikaci. Určuje rozsah problémových oblastí, které následně vyžádají bližší analýzu nebo individuální péči (Schuler, Oster, 2010).

Předoperační vyšetření stanovuje standard Ministerstva zdravotnictví ČR, doporučené postupy České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (dále jen ČSARIM) a jiných odborných společností. Standard vychází také z posouzení rizikovitosti pacienta z hlediska tolerance operačního výkonu a přežití 7. pooperačního dne – ASA kategorizace (Příloha 2). Ten zahrnuje podrobnou anamnézu s fyzikálním vyšetřením, laboratorní vyšetření, EKG a RTG plic a další doplňující vyšetření dle typu výkonu a přidružených onemocnění. U starších pacientů je vhodné provedení i dalších doplňkových vyšetření nad rámec daný standardy:

Respirační systém – rizika plicních komplikací zvyšuje chronická bronchitida, patologický nález na RTG plic, kuřáctví, abnormální spirometrie, obezita s hypoventilací, nitrohruční operace a celková anestezie delší než 2 hodiny.

Kardiovaskulární systém – v anamnéze se zaměřujeme na výskyt synkop, ortostatického syndromu a nejasných pádů. Funkci krevního oběhu hodnotí Schellongův test (Příloha 3). Doporučení prevence tromboembolických komplikací je samozřejmostí.

Metabolismus – rizikový faktor pooperačních komplikací (infekce, svalová slabost, sekundární hojení) je malnutrice, nedostatečná nutriční podpora a hydratace. Při anamnéze hodnotíme úbytek na váze, ztrátu chuti k jídlu, mobilitu, přítomnost deprese nebo demence a stanovení body mass indexu (BMI). Vhodné je doplnění laboratorního vyšetření.

Kognitivní funkce – u pacientů s podezřením na kognitivní poruchu se doporučuje orientační zhodnocení paměti, konstrukčních schopností, řeči a gnostických funkcí. Nejčastějším vyšetřením je Mini – Mental State Examination (MMSE), jehož výsledek umožňuje zhodnotit riziko pooperačních delirií.

Celková zdatnost a soběstačnost - provedení funkčního zhodnocení pomocí ověření úrovně fyzické aktivity, mobility a zvládnání každodenních činností. Pokles výkonnosti spolu s úbytkem svalové síly vede k nízké tělesné aktivitě, brzkému vyčerpání a pomalé chůzi. Neúmyslný úbytek na váze o více než 5 kg za rok doplňuje kritéria definující křehkost (*frailty*), což je v současné době uznávaný klinický syndrom (Topinková et al., 2007).

Předanestetické vyšetření je doporučený postup vyšetření před výkonem, které vyžadují anesteziologickou péči a je součástí komplexní anesteziologické péče. Dlouhodobá příprava v podobě anesteziologického vyšetření probíhá v anesteziologické ambulanci (viz. kapitola 1.2.2). Pokud ji nemá příslušné oddělení k dispozici, probíhá toto vyšetření v rámci anesteziologické vizity po přijetí pacienta k hospitalizaci. (Šturma, 2009).

Krátkodobá předanestetická příprava má za úkol co nejlepší a nejrychlejší úpravu zdravotního stavu a komplikujícího onemocnění. Nejčastější bývá úprava hydratace, vnitřního prostředí, krevního obrazu, stabilizace krevního tlaku. Důležitou součástí je zklidnění seniora. Sestra se podílí na psychologické přípravě např. vhodným rozhovorem. Uklidní pacienta, trpělivě a s porozuměním ho vyslechne, pozorně, přátelsky a srozumitelně vysvětlí plánovaný postup a předpokládaný průběh celého perioperačního období. Farmakologická příprava v rámci premedikace u seniora je někdy velmi obtížná a řada anesteziologů vynechává premedikaci úplně nebo je podána v redukované dávce, aby nevyvolala nežádoucí útlum a zmatenost. Zvláštní opatrnost je při podání benzodiazepinů a opiátů. Povinností anesteziologické sestry je zajištění podání premedikace v adekvátním čase, který je 45 minut před zahájením anestezie (Šváb, 2008; Bratová, 2011 s. 51-55).

Bezprostředně před zahájením anestezie anesteziologická sestra převezme pacienta společně s dokumentací ve vstupním filtru operačního sálu a ověří si jeho totožnost. Informuje se od předávající sestry o celkovém stavu pacienta, který by mohl ovlivnit průběh anestezie, podané medikaci, stavu chrupu a o posledním požití jídla a pití. V případě, že je pacient premedikovaný, je pod jejím stálým dohledem. Anesteziologická sestra se pacientovi představí a do začátku anestezie se mu věnuje

v přípravně operačních sálů. Je to doba, kdy provádí bezprostřední edukaci a verifikaci pacienta (Páleníková, Prosecká, 2010 s. 42).

Anesteziologická sestra zároveň provádí výkony spojené s podáním anestezie. Kontroluje přítomnost a spolehlivost všech přístrojů a pomůcek, dostupnost krevních derivátů, zajišťuje adekvátní nitrožilní vstup, kontroluje anamnézu stran případné alergie, podává nebo ověřuje podání antibiotické profylaxe, asistuje lékaři při aplikaci regionální anestezie, zavádění permanentního močového katétru a kanylaci arterie či centrální žíly. Vše musí být pacientovi předem srozumitelně vysvětleno a před každým krokem znovu zopakováno s ohledem k jeho kognitivním schopnostem (ČSARIM, 2012).

1.2.2 Anesteziologická ambulance – přínos a role sestry

Anesteziologická ambulance je ambulantním úsekem anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Na této ambulanci pracuje anesteziologický tým tvořený anesteziologickým lékařem a anesteziologickou sestrou. Pacient navštíví anesteziologickou ambulanci 1 týden před plánovanou operací (Larsen, 2004). Příprava začíná rozhovorem a dostatečným poučením pacienta o zdravotním stavu a navrhovaném postupu. Lékař v rámci anesteziologického vyšetření zhodnotí jednotlivé výsledky vyšetření, které si pacient s sebou přinesl a provede předanestetické vyšetření. Součástí vyšetření je anamnéza medikací, abusu, předchozích anestézií a podání krevních derivátů. Hodnotí celkový stav seniora, toleranci zátěže, psychické ladění a závěry chirurgické indikace. Navrhuje další vyšetření, stanoví pooperační riziko a plán anesteziologické péče. Pokud to situace vyžádá, upraví chronickou medikaci tak, aby nedošlo ke vzájemné interakci s anestézií, mohou být předepsány léky, které pomohou předejít případným komplikacím spojených s podáním anestézie (hypnotika, antidepresiva, antialergika, antiemetika) a je naordinována premedikace. Dále je zde pacientovi předložen informovaný souhlas s anestézií, který je lékař dle zákona povinen pacientovi ústně vysvětlit a nabídnout mu jednotlivé možnosti anestézie vhodné pro daný chirurgický výkon tak, aby byl vliv anestézie na celkový zdravotní stav co nejnižší. Pacientovi je věnována individuální péče a pozornost, je podrobně seznámen

s postupy anesteziologické péče a průběhem perioperačního období. Anesteziologická ambulance zjednodušuje předoperační přípravu, šetří pacientovi čas a zkracuje celkovou dobu hospitalizace (Neiser, 2009).

Anesteziologická sestra se setkává se seniorem v anesteziologické ambulanci v rámci dlouhodobé přípravy a je první reprezentant odborné ošetrovatelské péče spojené s anestézií. Sestra pracující na anesteziologické ambulanci musí ovládat pravidla efektivní komunikace se seniorem i jeho rodinnými příslušníky a jejím úkolem je poskytovat informace spojené s ošetrovatelskými činnostmi, které sama provádí. Informace se podávají srozumitelně, plně, pravdivě a záměrně se nezkreslují. Je důležité si ověřit, zda pacient dobře rozuměl a slyšel. Přínosné je také zapojení rodinného příslušníka. Ten by se neměl podílet na rozhodování, ale měl by být jakýsi prostředník v komunikaci a zapojen do léčebného postupu (Šváb, 2008; Neiser 2009).

1.2.3 Ošetrovatelská péče o seniora v anestezii a role anesteziologické sestry

Anestezie se dělí na celkovou a místní. Celková anestezie je řízené, přechodně navozené bezvědomí. Zajišťuje pacientovi spánek, dostatečnou analgezií a vegetativní stabilitu. Celkovou anestezii podává v ČR pouze anesteziolog a sestra se specializací v oboru anesteziologie a resuscitace. Místní (regionální) anestezie zahrnuje metody, které reverzibilně vyřazují vnímání podnětů z určité oblasti způsobené lokálními anestetiky nebo jejich kombinací s opioidy změnou vodivosti membrány nervových vláken. Mezi místní anestezii řadíme topickou, infiltrační, lokálně intravenózní, bloky periferních nervů, subarachnoidální (spinální) a epidurální (Zemanová, 2005).

V průběhu anestezie je ošetřování pacienta zabezpečené odborným zdravotnickým personálem operačního sálu. Anesteziologická sestra je součástí operačního týmu a v této péči má nezastupitelnou roli. Důležitou úlohu hraje i spolupráce s perioperační sestrou. Důraz v ošetrovatelské péči je kladený hlavně na ochranu seniora před zraněním a infekcí, ochranu kůže před poraněním a otlaky, zajištění bezpečného žilního vstupu a důslednou monitoraci vitálních funkcí, dostatek tepla a pohodlí i pečlivé vedení dokumentace (Málek, 2011).

Povinností anesteziologické sestry je péče o správnou polohu těla, hlavy a končetin tak, aby nedošlo k otlakům a k případnému poranění pacienta. Musí u pacienta zajistit péči o oči, péči o endotracheální kanylu, periferní žilní katétr, permanentní močový katétr, výdej tekutin, zajištění normotermie, podávání infusí a krevních derivátů. Upozorní pacienta na bolest a význam včasného podání analgetik po výkonu (Zemanová, 2005).

Senior na operačním sále je ohrožen pádem z operačního stolu. Příčinou je fyzická dekonkondicionace, kognitivní a smyslová porucha a vliv léků. Pádům lze předejít správnou fixací pacienta již ve vstupním filtru až do úplného probuzení z anestezie a kontinuální přítomností anesteziologické sestry během celého pobytu seniora na operačním sále. Úraz může ošetřující personál způsobit také neopatrnou manipulací relaxovaného pacienta při změnách polohy v celkové anestezii. Při změně polohy je nutné respektovat fyziologický pohyb a již před anestezí zjistit rozsah pohyblivosti. Nezbytné je také dbát na prevenci otlaků, obrny periferních nervů, poranění očí, zubů a dutiny ústní. (Topinková, 2005, Špičáková, 2008).

Starší pacienti jsou náchylnější k nozokomiálním nákazám z důvodu oslabení organismu a involucí imunitního systému. Infekce zhoršuje jejich pooperační průběh a prognózu (Matějovská Kubešová, 2009). Při prevenci infekcí dodržuje anesteziologická sestra zásady bariérové ošetrovací techniky. Dodržuje zásady osobní hygieny, používá určený pracovní a ochranný oděv a dodržuje zásady převlékání ve vyčleněných šatnách a filtrech. Přednostně používá jednorázový materiál a dle zásad dekontaminuje a sterilizuje víceúčelový materiál. Přísně dodržuje aseptické metody a postupy (Kapounová, 2007).

S věkem se snižuje mechanická odolnost kůže a zhoršuje se obnova epidermis. Vysoké riziko představuje věk nad 80 let. Inoperační výskyt dekubitů je závislý na délce operace a poloze nemocného, a u velmi rizikových pacientů může vzniknout i během několika hodin. Ve spolupráci s perioperační sestrou a sálovým sanitářem polohuje anesteziologická sestra pacienta a podkládá všechna predilekční místa. Po operaci kontroluje stav kůže a zjištěné změny konzultuje s lékařem a perioperační

sestrou, která vše dokumentuje v perioperačním záznamu (Kapounová, 2007, Topinková, 2005).

Monitorování tvoří neoddělitelnou součást anesteziologie a standardní sledování geriatrických pacientů při anestezii odpovídá postupu u pacientů mladších. Minimální monitorace zahrnuje pulsní oxymetrii, srdeční frekvenci, krevní tlak, EKG a monitorování koncentrace oxidu uhličitého na konci výdechu. Anesteziologická sestra odpovídá za kontrolu a funkčnost monitorovacího zařízení (Larsen, 2004).

Starší nemocní jsou citlivější na změny teploty, a tak klesá schopnost vnímání chladu, kterému je senior na operačním sále vystaven. Vlivem dlouhodobého působení vzniká hypotermie. Anesteziologická sestra by měla uplatnit všechna opatření minimalizující riziko vzniku hypotermie. Používá vyhřívané roušky a podložky, monitoruje tělesnou teplotu, podává infuzní roztoky zahřáté na fyziologickou tělesnou teplotu, a pokud možno zajistí optimální teplotu operačního sálu (Schuler, Oster 2010, Matějovská Kubešová, 2009).

Anesteziologická sestra vede dokumentaci, která je stejná u pacientů všech věkových kategorií. Záznam o anestezii je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Obsahuje identifikaci lékaře a pacienta, výsledky předanestetického vyšetření, údaje o stavu fyziologických funkcí minimálně v 5minutových intervalech, údaje o použité anesteziologické technice, pomůckách a lécích během anestezie, včetně infuzí a transfuzí, údaj o způsobu zajištění dýchacích cest, dobu anestezie a čas předání pacienta do péče jiného zdravotnického pracovníka (ČSARIM, 2012).

1.2.4 Poanestetická péče o seniora

Pooperační období začíná ukončením výkonu a vyvedením pacienta z anestezie. Zachování kontinuity perioperační péče zajistí odpovědné předání pacienta na pooperační jednotku. Pacienta předává anesteziolog, který informuje přebírající ošetřující personál o průběhu anestezie (typ anestezie, hodnoty fyziologických funkcí, komplikace, zavedené žilní vstupy, bilance tekutin) a předání stvrdí obě strany podpisem v anesteziologickém záznamu. Bezprostřední pooperační péče je u seniorů vždy považována za rizikové období. Zátěž vede k ischemii myokardu, selhání srdce,

plicnímu edému a selhání funkce ledvin. Pacienti jsou také vystaveni riziku respirační insuficience a tzv. tiché aspiraci. Výskyt těchto nežádoucích komplikací zajišťuje kvalitní monitoring, bezpečná pooperační analgezie, časná rehydratace, realimentace a rehabilitace (Zemanová, 2002; Matějovská Kubešová, 2009).

Poanestetická péče je dosud zajišťována v rámci pooperační péče na příslušném oddělení v podobě dospávacího pokoje, na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO). Indikace, kde bude pacient umístěn, záleží na typu, délce a zátěži operačního výkonu, typu anestezie, komplikacích v průběhu operace a přidružených onemocněních. Pacienti, kteří nemají prvotní indikaci k umístění na ARO nebo JIP jsou přiváženi na dospávající pokoj. Zde pobývají 2 – 4 hodiny dle aktuálního stavu a poté jsou převezeni na standardní oddělení. V případě těžkého nebo komplikovaného výkonu, kdy hrozí selhání životních funkcí, jsou pacienti přijímáni na ARO nebo JIP (Jedličková et al., 2012).

1.2.5 Budoucí role anesteziologické sestry v poanestetické péči

V souvislosti s narůstajícím počtem operovaných pacientů ve věku 65 let a více Prof. Cvachovec přikládá velký význam modelově zorganizované poanestetické péči. V ČR je zatím málo pracovišť, kde je tato péče řízená (Cvachovec, 2011).

Na základě doporučení ČSARIM z 8. 6. 2011 definuje tato společnost poanestetickou péči jako zdravotní péči poskytovanou po předcházejícím podání celkové a regionální anestezie, analgosedace nebo monitorované anesteziologické péče. Hlavním úkolem je včasná identifikace komplikací a okamžité zahájení léčby s cílem předcházet závažným důsledkům. Součástí této péče je jednotka poanestetické péče (dále jen PACU – post anaesthesia care unit), která je zřízena co nejbližší k operačním sálům v rámci ARO. Úkolem je bezprostřední pooperační a poanestetická péče, léčba akutní pooperační bolesti, snížení počtu pacientů umístovaných na ARO a JIP a ve výjimečných situacích zajištění předoperační optimalizace orgánových funkcí u vybraných pacientů. Dle doporučení ČSARIM je sestra na PACU odpovědná za péči v oblasti ošetrovatelské péče a musí být trvale přítomna. Optimální poměr počtu sester k pacientům je dle stavu pacienta minimálně 1:4. Sestra by měla mít specializaci v oboru

intenzivní péče (anesteziologická sestra) nebo péče v chirurgických oborech. Pacient je trvale pod dohledem sestry, která sleduje jeho vědomí, dýchání, krevní oběh, návrat svalové síly, tělesnou teplotu, bolest, nauzeu a zvracení, stav hydratace, diurézu, odpad drénu a krvácení, rozsah neuroaxiální a periferní blokády (ČSARIM, 2011).

1.2.6 Léčba pooperační bolesti u seniora

„Bolest je stavem tísně, samostatným stresorem až přídatným šokujícím momentem, spouštěčem mediátorových kaskád s dalekosáhlými změnami ve vzdálených orgánech a celém organismu“ (Trachtová, 2006 s. 125). Pooperační bolest je typickým příkladem akutní bolesti. Strach z těchto bolestí patří mezi oprávněné obavy lidí, kteří se chystají k operaci. Zmírnění bolesti a utrpení má být prioritou pro všechny zdravotníky. Pooperační bolest by měla být považována za pátou fyziologickou funkci a měla by být pravidelně monitorována a korigována. Léčba pooperační bolesti by měla být v ideálních podmínkách zahájena již před operací (Šváb, 2008).

V současné době není nutné, aby pacient zcela zbytečně snášel bolest, a to samozřejmě ani v případě seniorů. Převládá názor, že staří lidé vnímají bolest méně. Nepřikládají mírné bolesti větší význam a často ji považují jako součást stáří. V porovnání s mladými lidmi méně často ovlivňuje jejich kvalitu života. Reakce na silnou bolest je ale stejná jako u osob mladších. K vyvolání bolestivého impulsu u starších lidí je potřebný silnější bolestivý podnět. Jakmile bolest vznikne, její intenzita je ale stejná jako u lidí mladých. Staří lidé často své obtíže bagatelizují či skrývají z obav, aby nebyli na obtíž svému okolí. Mají strach ze závislosti, nebo že nahlášení bolesti objeví nový zdravotní problém. Důvodem může být také neznalost dostupných možností managementu bolesti, kognitivní a senzorické poruchy a obavy ze ztráty sebekontroly a nezávislosti. Neléčená bolest u seniorů představuje významnou příčinu zhoršení celkového stavu seniora a deprese (Kolektiv autorů, 2006).

Jedna z podstatných úloh sestry je bolest sledovat, upozornit lékaře a snažit se všemi možnými prostředky ji zmírnit nebo odstranit. Sestra musí mít na zřeteli individuálnost pacienta a fakt, že každý vnímá bolest jiným způsobem. Musí si uvědomit, že zmírnit bolest lze jen tehdy, když se léčba zaměří na všechny zúčastněné faktory a musí dbát o

všechny aspekty tělesného a duševního pohodlí. Velice důležitá je interakce sester a lékařů. Lékař by měl naslouchat sestře, která mu může napomoci pochopit stanovisko pacienta (Kapounová, 2007). U hodnocení bolesti seniorů se musí vzít v potaz kognitivní změny a motivační, behaviorální a afektivní schopnosti. Kromě fyzické kondice je také důležité volbu intervencí přizpůsobit psychickému stavu a duchovním názorům. Ve většině případů dokážou pacienti s mírnou až střední kognitivní poruchou popsat intenzitu bolesti a použít běžné hodnotící škály. Senioři se závažnou demencí potřebují jiný přístup. (Kolektiv autorů, 2006).

Asi 15 % hospitalizovaných geriatrických pacientů zvláště s demencí je odkázáno na to, zda bude jejich bolest rozpoznána ošetrovatelským personálem na základě chování. Specifické mimické projevy jsou součástí hodnotícího systému BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenzerkrankten) používaného v německé jazykové oblasti (Příloha 4). Obsahuje pět kategorií - dýchání, negativní hlasové projevy, výraz obličeje, řeč těla a útěcha (Schuler, Oster, 2010).

1.2.7 Budoucí role anesteziologické sestry v léčbě pooperační bolesti

Pro seniora, který může být pasivní, nebo nevyjadřuje bolest spontánně, bude přínosná novinka v léčbě akutní a pooperační bolesti - celonemocniční standardizovaný management léčby akutní bolesti pod vedením týmu pro léčbu akutní bolesti – Acute Pain Servis (dále jen APS). Historie vzniku APS je datována od konce 80. let v USA a Kanadě. Od 90. let dochází postupně k rozvoji APS i na Evropském kontinentu. V ČR je dobře zavedený APS zatím jen v několika nemocnicích, ale dochází k postupnému rozvoji. Tým vzniká v rámci anesteziologicko-resuscitačního oddělení a skládá se z anesteziologických sester a koordinujícího lékaře – anesteziologa. Zakládá se na několika principech. Základní z těchto principů je právo pacienta na léčbu bolesti. Bolest každého pacienta se monitoruje a zaznamenává do dokumentace při současném podávání předepsaných analgetik až do úlevy. Žádný pacient nesmí trpět bolestí, aniž by se nevyužily všechny možnosti léčby bolesti. Léky podává ošetrojící sestra, které 0. pooperační den ordinuje anesteziolog a od 1. dne ošetrojící lékař. V případě potřeby se léčba upravuje po dohodě se sestrou týmu pro léčbu bolesti. Vhodné je použití

regionálních analgetických technik. „Pain nurse“ čili APS sestra je sestra z úseku anestezie a léčby bolesti, která má adekvátní erudici. Denně spolupracuje se sestrami oddělení, ošetřujícími lékaři a anesteziology. Má funkci edukační, koordinující a doporučující. Konceptem APS je zviditelnit pooperační bolest a definovat ji jako nežádoucí, nepříjemný a pro pacienta potenciálně rizikový problém v pooperačním období. (Kubricht, 2011; Hakl, 2010; Hakl et al., 2011).

1.3 Týmová spolupráce sester v perioperační péči o seniora

Komplexní charakter nemoci ve stáří vyžaduje širokou spolupráci, při níž se všechny profesní skupiny snaží o ucelený přístup k seniorovi. Kompaktní perioperační péče o seniora vyžaduje spolupráci profesionálně zdatného a soustředěně pracujícího ošetrovatelského týmu, do kterého patří zdravotnický asistent, všeobecné sestry bakalářky, magistry, specialistky i zdravotnický záchranář. Jejich cílem je dosáhnout efektivní součinnosti a koordinací ošetrovatelských postupů co nejlepší výsledek. Předpokladem účinné a hladké spolupráce je živá a precizní výměna informací během multidisciplinární péče na operačním sále a při vzájemném předávání seniora do péče jinému ošetrovatelskému personálu (Schuler, Oster 2010). Aby tým fungoval co nejlépe, musí umět kvalitně a efektivně komunikovat, být jednotný v hodnotách a pravidlech, předávat a přijímat názory, zkušenosti a znalosti. Neodmyslitelnou součástí jsou dobré vztahy, vzájemný respekt a přeorientování interpersonálního soutěžení na dosažení společného cíle. To, zda se sestra začlení do týmu, závisí z velké části na její osobnosti a schopnostech. Výsledek ošetrovatelské činnosti mohou ohrozit potencionální negativa týmové spolupráce. V souvislosti se spoluprací sester to jsou konflikty vznikající na podkladě rozdílné filozofie ošetrování. Například sestra orientovaná na výkony nebude zcela bez konfliktů spolupracovat s kolegyní, která je zaměřená na holistickou péči o seniora (Plevová, 2012). Podstatným členem týmu je sám senior, protože operace se uskutečňuje v drtivé většině s jeho souhlasem a pouze zřídka proti jeho vůli. Seniorovy představy a přání ohledně rozsahu a průběhu léčby jsou rozhodující (Schuler, Oster 2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit význam anesteziologické ambulance z pohledu seniora.

Cíl 2: Určit důležitost anesteziologické ambulance z pohledu anesteziologické sestry.

Cíl 3: Zmapovat ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezií.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky zaměřené na seniory:

1. Jaký má přínos anesteziologická ambulance z pohledu seniora?
2. Jaká je spolupráce mezi sestrou a seniorem v anesteziologické ambulanci?

Výzkumné otázky zaměřené na anesteziologické sestry:

3. Jaký má přínos anesteziologická ambulance z pohledu anesteziologické sestry?
4. Jaké informace související s předoperační péčí o seniora dostává anesteziologická sestra od sestry z oddělení?
5. Jaké informace o intraoperační péči o seniora předává anesteziologická sestra sestře z oddělení?
6. Jak anesteziologické sestry diferencují ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro zjištění informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování. Technikou sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor se všeobecnými sestrami a se seniory. Individuální rozhovory probíhaly od února do března 2013 v Nemocnici České Budějovice a.s. se svolením Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Příloha 5) a se souhlasem respondentů. Šetření bylo anonymní. Rozhovory se všeobecnými sestrami probíhaly na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. Byly použity otevřené, rámcově připravené otázky zacílené na dvě oblasti. První oblast otázek zjišťovala význam anesteziologické ambulance pro ošetrovatelskou činnost anesteziologické sestry. Druhá oblast byla zaměřena na ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezií a její návaznost v předoperační a pooperační fázi (Příloha 6). Rozhovory se seniory probíhaly na ortopedickém oddělení. Otevřené, rámcově připravené otázky (Příloha 7) zjišťovaly, jaký význam má pro ně návštěva anesteziologické ambulance. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemným zápisem a poté přepsány. Kvalitativní data byla analyzována a významově uspořádána do kategorizačních skupin. Vazby a jevy byly deduktivně odhaleny pomocí literatury, na základě vlastních zkušeností a v závislosti na položené otázce. Výzkumné otázky zaměřené na anesteziologickou ambulanci byly pro přehlednost znázorněny schematicky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen šesti seniory a pěti všeobecnými sestrami. Výběrové soubory byly záměrné. Podmínkou výběru souborů bylo splnění těchto kritérií: senior starší 70 ti let, který podstoupil operaci v anestezií s předanestetickým vyšetřením v anesteziologické ambulanci. Cíleně bylo vybráno ortopedické oddělení z důvodu vyššího počtu plánovaně operovaných pacientů v této věkové kategorii. Všeobecná sestra se specializací v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny pracující 10 let a více na anesteziologicko resuscitačním oddělení – úsek anestezie. Všichni senioři a všeobecné sestry podmínky splnili, a proto jejich odpovědi byly zařazeny do výzkumného šetření.

4 VÝSLEDKY

4.1 Přepisy rozhovorů

4.1.1 Přepisy rozhovorů s anesteziologickými sestrami

Rozhovor 1

Sestra 1 pracuje na anesteziologicko - resuscitačním oddělení 12 let. Je jí 40 let a má střední odborné zdravotnické vzdělání. V průběhu zaměstnání si doplnila specializační vzdělání v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče.

Na otázku, jaký má názor na existenci anesteziologické ambulance, odpověděla, že anesteziologická ambulance začala na jejich oddělení fungovat teprve v nedávné době a všichni si na její fungování teprve zvykají. Dále uvádí: „*Pro naše oddělení i pacienty je ale velmi přínosná. Anesteziologům odpadly večerní vizity u pacienta na oddělení, které prováděli v době pohotovosti a tak na pacienty nebylo moc času. V ambulanci mají více času se mu věnovat, podat mu srozumitelně informace a uklidnit ho.*“ Myslí si, že zřízení anesteziologické ambulance uvítali právě senioři: „*Zvlášť starší pacienti mají spoustu otázek, chronicky užívaných léků a chorob, které je potřeba důkladně zhodnotit a nemusí se řešit na operačním sále těsně před operací*“. Ovšem ne všechen personál je spokojený: „*Chirurgové mají někdy pocit, že zdržujeme začátky operačních programů, když jde pacient na anesteziologickou ambulanci ráno, před výkonem. Někteří pacienti jsou přijímáni v den operace. Někdy je složité to stihnout, když jdou první v programu.*“

Další dotaz se týkal využití informací, ordinací a závěrů z anesteziologické ambulance při péči o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezií. Sestra uvedla: „*Na ambulanci je naordinována premedikace a pacient vyplní anesteziologický dotazník, který je přiložen k souhlasu s anestezií. Tuto dokumentaci vidím až na operačním sále a žádné informace nevyužiji pro ošetřovatelskou péči. Dotazník je zaměřen spíše pro lékaře.*“ Zeptali jsme se, co tedy postrádá, nebo co by doplnila do dokumentace, aby informace využila v ošetřovatelské péči. Sestra uvedla, že má raději osobní rozhovor, kde si sama zjistí, co potřebuje, ale někdy na to nemá dostatek času. Na otázku, zda by uvítala perioperační ošetřovatelskou anamnézu odebranou na anesteziologické ambulanci, odpověděla, že určitě ano, pokud by byla přehledná a

jednoduchá. První informace o seniorovi dostává až při příjezdu na operační sál buď z dokumentace, nebo od sestry z oddělení. V některých případech „*když nejsou pacienti premedikováni, což u seniorů bývá častěji, doprovází je na sál pouze sanitář*“.

Na otázku, jaké informace přebírá sestra o seniorovi od předávajícího personálu, byla odpověď nejednoznačná a závislá na tom, kdo pacienta předává. „*Pokud si přebírám seniora ve vstupním filtru, sestra nebo sanitář mi předá dokumentaci. Musím říci, že pokud je senior nějakým způsobem znevýhodněn např. špatně slyší nebo vidí, sestřička z oddělení mě na to upozorňuje. Ještě upozorňuje na to, že mám podat antibiotika na operačním sále, které jsou naordinované v dekurzu*“. Dále také dodává, že pokud přijede pacient na sál v doprovodu sanitáře, je odkázána na informace pouze z dokumentace. A na otázku jak s těmito omezenými informacemi zhodnotí potřeby seniora a potenciální perioperační rizika ošetřovatelské péče dodala: „*Seniora hodnotím rozhovorem s ním a ve spolupráci s anesteziologem až na operačním sále*“. Na dotaz zda sestra využívá ošetřovatelskou anamnézu a hodnocení odebrané na oddělení, které jsou součástí dokumentace bylo jednoznačně odpovězeno: „*Ne jsou rozsáhlé a co potřebuji, zjistím rychleji přímo od seniora*“.

Na otázku jakými komplikacemi je senior na operačním sále nejvíce ohrožen mi sestra odpověděla, že nejvíce dbá na prevenci otlaků kůže a periferních nervů, poškození očí a pokud je operace delší na důsledné zahřívání. Před operací pacienta vyzpovídá, zda je na lačno a má vyjmuté zubní náhrady. Také se u seniorů stává, že se musí opakovaně snažit o zajištění žilního vstupu. Zabezpečení seniora proti pádu je pro ni naprosto standardní postup a troufá si tvrdit, že na každém sále striktně dodržovaný. Při ukončení anestezie je podle sestry senior ohrožen zmateností nebo obtížným, dlouhým probouzením. Na dotaz jaké pomůcky nebo prostředky používá v prevenci perioperačních komplikací u seniora odpověděla: „*Máme na některých operačních sálech k dispozici zahřívací podložky i příkrývky s proudem teplého vzduchu. Jsme vybaveni ohříváči infuzních roztoků a krevních derivátů. Na podkládání máme molitanové podložky různých velikostí a gelové polštáře. Oči vykapáváme nebo vymazáváme a lepíme papírovou náplastí*“. Na otázku zda je ještě nějaká oblast kromě somatické, které věnuje u seniora sestra pozornost, nám odpověděla, že ji zajímá

psychické rozpoložení a účinek premedikace, pokud ji senior dostal. „ *Někdy je to těžké. Starým lidem se premedikace spíše nepodává, tady musím najít jiné prostředky k uklidnění. Podání ruky se zatím osvědčilo vždy.*“ V rozhovoru jsme se soustředili i na návaznost ošetrovatelské péče v souvislosti s předáváním informací o průběhu intraoperační péče. Sestra pacienta předává méně často. Informace většinou podává anesteziolog. „ *Pokud pacienta předávám, vždy si chodí pro něj jedna nebo dvě sestry, či sestra se sanitářem. Je to podle zvyklostí. Informuji sestru o typu anestezie, stavu vědomí a relaxace a o možnosti podání dalších analgetik. Řešení bolesti u seniorů mi přijde hodně důležité. Dost často slyším názor, aby toho neměli moc*“. Závěrem se ptáme, zda podle jejího názoru je ošetrovatelská péče o staré pacienty na operačním sále dostatečná. „ *Senioři by si určitě zasloužili více pozornosti v ošetrovatelské péči, než mají doposud. Bohužel počet pacientů na operačním programu je někdy důležitější než samotný pacient a nám nezbývá pro nedostatek času a prostoru, než se zaměřit pouze na základní potřeby a péči.*“

Rozhovor 2

Sestra 2 pracuje jako anesteziologická sestra již 19. rokem a je jí 42 let. Má vysokoškolské vzdělání bakalářského stupně. Specializační vzdělání dokončila třetím rokem po nástupu na anesteziologicko – resuscitační oddělení.

O názoru na existenci anesteziologické ambulance se sestra vyjádřila, že je určitě přínosná hlavně pro pacienty. „ *Pacient přijde do styku s anesteziologem včas a mají prostor vše probrat, pacienta připravit, poučit. Obzvlášť senioři mají čas na doplňující otázku, srovnání myšlenek a většinou je na plno rozhodnutý co si přeje. Navíc je čas na doplnění vyšetření nebo přeléčení např. drobných infekcí.*“ Dodává také, že všechny tyto okolnosti jí ulehčí práci v péči o seniora, protože se s ním setkává poprvé až na operačním sále. „ *Senior přijde na sál již informovaný, připravený, psychicky vyrovnaný.*“ Prozrazuje také, že informace, ordinace a závěry z anesteziologické ambulance v rámci ošetrovatelského procesu na operačním sále nevyužívá z důvodu jejich nedokonalé interpretace. Do jisté míry jí usnadní návštěva seniora anesteziologické ambulance v některých oblastech ošetrovatelskou péči. V případě, že

senior prošel anesteziologickou ambulancí je připraven, a ví, co ho bude čekat. „ *Když seniora informuji a edukuji mnoho informací již zná z ambulance.*“

Sestra by určitě uvítala ošetrovatelskou anamnézu týkající se perioperační péče zaměřenou na podání anestezie odebranou na anesteziologické ambulanci. Podle ní by měla obsahovat údaje důležité pro perioperační péči o seniora a její návaznost. Informace o psychických schopnostech, mobilitě, schopnosti spolupráce, o přidružených onemocněních a soběstačnosti. Za důležité pokládá také záznam toho, kdo za péči odpovídá a kdo seniora předává a přebírá. „*Chráníme tím nejen seniora, ale i sebe.*“ První informace o seniorovi má z dokumentace a od seniora. Některé informace má po telefonu při výzvě k premedikaci a některé den před výkonem od anesteziologa. Tyto informace se týkají převážně zdravotního stavu, který se vztahuje k anestezii nebo operačnímu výkonu a požadavků anesteziologa. Od sestry z oddělení má informace minimální.

Na otázku, jak předchází vzniku ošetrovatelských komplikací u seniora na operačním sále, sestra odpověděla, že nečastěji dbá o oči, prevenci otlaků a poziční traumata. Po poradě s lékařem seniora zahřívá a sleduje tělesnou teplotu. „ *Záleží převážně na teplotě operačního sálu, která není vždy optimální a délce i typu operačního výkonu.*“ Z pomůcek, které používá k prevenci perioperačních komplikací u seniora uvádí polštáře různých velikostí a tvarů, podložky, popruhy, zahřívací zařízení kompatibilní s různými druhy jednorázových přikrývek.

Na dotaz, jakým potřebám seniora věnuje na operačním sále největší pozornost, odpověděla, že seniora uklidňuje, ujišťuje a dbá o jeho bezpečnost. Ke zlepšení komunikace by doporučila ponechat naslouchadlo nebo brýle až na přípravu operačního sálu. Při péči o seniora nejvíce spolupracuje s anesteziologem, sanitářem a nejméně s perioperační sestrou. Při předávání seniora na oddělení informuje sestra nebo anesteziolog o zavedeném žilním katétru, podané analgezii, epidurálním katétru, druhu anestezie, případných komplikacích, průběhu anestezie, o tom, jak se pacient probouzel a co je nutné dále sledovat. Tyto informace mají podle ní význam pro pacienta a jeho zotavení, prevenci komplikací a zlepšení péče. Závěrem pokládáme otázku, zda je podle názoru sestry ošetrovatelská péče o staré pacienty na operačním sále dostatečná.

Odpověděla, že z jejího pohledu péči o seniora zvlášť nediferencuje, avšak péče o něj je podle ní dostatečná.

Rozhovor 3

Sestra 3 pracuje jako anesteziologická sestra 18 let a je jí 49 let. Specializační vzdělání dokončila v roce 1993.

Na otázku, jaký názor má na existenci anesteziologické ambulance, odpověděla, že vidí přínos hlavně pro pacienty. „ *Mám pocit, že anesteziolog v ambulanci je jediný lékař, který má čas se mu před operací opravdu věnovat.* “ A proč má takový pocit? „ *Protože anesteziologická ambulance je prakticky novinkou, ptám se pacientů, jestli byli na anesteziologické ambulanci a jak se jim tam líbilo. Při tom se dozvím, že lékař i sestřička byli ochotní a trpěliví vysvětlit vše nejen o anestezii, ale i další informace o operaci, zotavování, rehabilitaci. Jeden pacient se dokonce svěřil, že se poprvé dozvěděl kdo je to anesteziolog. Měl dojem, že anestezii podává nějaký lékař z chirurgie.* “ Dále sama podotkla, že u seniorů je takový přístup velice významná součást předoperační péče.

Z informací, ordinací a závěrů z anesteziologické ambulance využije sestra v rámci ošetrovatelského procesu u seniora na operačním sále minimum. „ *Ze závěrů ambulance nevyužiji žádné informace, chybí dokument s podrobnějšími informacemi. Pouze vím, že senior, který byl na ambulanci, má určitě nějakou formu přípravy například premedikaci nebo infuzi u diabetiků atd., a že mu bylo vše vysvětleno ještě před tím, než musel sundat brýle, naslouchátko a vyndat zubní protézu.* “

Sestra by uvítala ošetrovatelskou anamnézu týkající se perioperační péče zaměřenou na podání anestezie seniorovi odebranou na anesteziologické ambulanci. Odpověď zněla jasně, že určitě ano. Ušetřila by jí další zbytečné vyptávání. „ *My se vlastně ptáme na vše dvakrát. Jednou v ambulanci a podruhé na sále před narkózou.* “

První informace o seniorovi má sestra až na operačním sále. „ *Pro mě je stěžejní pacient a jeho dokumentace. Výjimečně dostanu nějaké informace po telefonu při výzvě k premedikaci nebo návozu pacienta na sál.* “ Informace o seniorovi přebírá od sestry z oddělení na operačním sále. „ *Sestra mi předá dokumentaci, někdy mi sdělí informace o vykapané infuzi, podání antibiotik, nebo že senior odmítá vyndat zuby. Některé sestry*

moc nekomunikují a po informacích spíše pátrám aktivně já.“ Na otázku s jakými nejčastějšími komunikačními bariérami se setkává při péči o seniora na operačním sále, sestra odpověděla, že nejčastěji se setkává s nedoslýchavostí, poruchami zraku a orientace. *„Někdy senior nemá představu, kde je a s kým mluví, ale to se stává hlavně u akutních operací. U plánovaných operací jsou pacienti připraveni a informováni z anesteziologické ambulance.“*

Na otázku jakými komplikacemi je senior na operačním sále nejvíce ohrožen sestra odpověděla, že po ošetřovatelské stránce je ohrožen nejvíce otlaky nebo porušením pergamenové kůže. Zmiňuje také poruchy termoregulace a ztrátu orientace. K prevenci komplikací a zvýšení komfortu seniora na sále používá stejné pomůcky jako pro ostatní pacienty. Pomůcku použitelnou pouze pro seniory nevyužívává. Největší pozornost sestra věnuje bezpečnosti seniora a psychickému stavu.

Na dotaz, jaké informace předává o seniorovi přebírajícímu personálu, sestra odpověděla, že pacienta předává spíše anesteziolog. V případě, že předává ona, informuje o žilním vstupu a vykapané infuzi, druhu anestezie, celkovém stavu seniora a jeho orientaci. Kromě toho pečlivě hodnotí a informuje o bolesti a možnostech podání další analgezie. *„ Všichni mají strach starým pacientům dávat opiáty.“* Závěrem se vyjádřila k ošetřovatelské péči o staré pacienty na operačním sále jako dostatečné. Sestra o seniora s menšími individuálními výjimkami pečuje stejně jako o jiné pacienty.

Rozhovor 4

Sestra 4 pracovala na anesteziologicko – resuscitačním oddělení od roku 2000 jako sestra u lůžka. Od roku 2002 pracuje jako anesteziologická sestra. Specializační vzdělání dokončila v roce 2004. Je jí 35 let.

K otázce samotné existence anesteziologické ambulance, odpověděla, že je určitě krokem vpřed v péči o pacienty. *„ V rámci předoperační přípravy je nenahraditelnou součástí perioperační péče. V přípravě seniorů dvojnásobně. Nejhorší je totiž vysvětlovat něco staršímu pacientovi na sále ve stresu a ještě navíc ani nemůže pořádně odpovídat a ptát se, protože nemá zuby.“*

Další otázka byla, jaké informace, ordinace a závěry z anesteziologické ambulance využijete v rámci ošetřovatelského procesu na operačním sále. Sestra odpověděla, že

využije pouze obecné informace z anesteziologického dotazníku a premedikaci. Dále je přesvědčena, že senior je fyzicky i psychicky připraven. Ošetrovatelskou perioperační anamnézu by určitě uvítala. „ *Měla by obsahovat chronické medikace, chronická onemocnění, psychickou a tělesnou připravenost a stav bolesti a její následnou léčbu.* “

Na dotaz zda usnadní návštěva seniora anesteziologické ambulance ošetrovatelskou péči v některých oblastech, odpověděla, že má vliv na psychickou připravenost a hlavně informovanost. „ *Snažím se seniora uklidnit hlavně popsáním a vysvětlením celého průběhu. Spoustu toho znají už z anesteziologické ambulance* “

První informace o seniorovi má na operačním sále z dokumentace nebo od sestry z oddělení. „ *Většinou se ptám seniora na všechno, co potřebuji sama na předsáli těsně před operací. Kdybych měla ucelené informace již v dokumentaci, bylo by to určitě lepší jak pro mě, tak pro seniora. Musím se přiznat, že někdy není dostatek času si pacienta převzít osobně.* “ Od sester z oddělení nebo personálu, který seniora předává má minimální informace a dodává, že některé sestry ani nevědí, jaké informace jsou podstatné pro péči o staré pacienty na operačním sále.

Zajímalo nás také, jestli zná ošetrovatelské komplikace u seniorů na operačním sále. Sestra ví, že senior je nejvíce ohrožen dehydratací nebo hyperhydratací, různými otoky kůže nebo nervů, dezorientací, poruchami termoregulace.

Na dotaz, jaké používá prostředky nebo pomůcky v prevenci perioperačních komplikací, odpověděla, že nejčastěji používá pomůcky k prevenci dekubitů, jako jsou podložky a polštáře. Kontroluje predilekční místa a místa, kde je pokožka ve styku s cévkou, hadicemi, tubusem. Oči vykapává Lacrysinem a lepí náplastí. U dlouhých výkonů seniora zahřívá vyhřívací příkrývkou nebo podložkou. Všimá si také kůže po odlepené chirurgické roušce. „ *Jednou se u seniora s pergamenovou kůží strhla lepící rouška a způsobila tržnou ránu asi 20 cm, která se následně musela chirurgicky ošetřit.* “

Nejvíce se u seniora na operačním sále věnuje tělesným a poté psychickým potřebám. „ *Nejdříve si překontroluji z dokumentace, zda je senior připraven, potom si jdu popovídat se seniorem na předsáli a zároveň ho uklidním. Někteří jsou psychicky*

vyrovnání, záleží také, na jakou operaci jdou a jaké mají vyhlídky. Musím však podotknout, že senioři jsou na tom se strachem o poznání lépe, než mladí lidé.“

Při předávání seniora z operačního sálu informuje sestra přebírající personál o průběhu anestezie, intravenózní kanyle a infuzi, stavu vědomí, komplikacích a poloze při operaci. Nejčastěji ale předává pacienta lékař anesteziolog.

Také podotkla, že sestry z oddělení mají většinou o tyto informace zájem. Zda je registrují a využijí, ale už neví. „*Pooperační pokoj jako součást anesteziologicko-resuscitačního oddělení by byl pro seniory dalším přínosem. Byli by pod kontrolou anesteziologa a hlavně by nebyl problém s návazností péče a pooperační analgezií.“*

Nejvíce sestra spolupracuje v péči seniora na operačním sále s anesteziologem a sanitářem. Poslední otázka se týkala doporučení, co by sestra ráda zlepšila v péči nebo návaznost péče o seniora v perioperačním období. Odpověděla, že ošetrovatelská péče o seniora je dostatečná, jen by byla ráda, kdyby měla více času na mezi operacemi. „*Seniora po operaci nemohu vždy předávat, protože na sále již čeká další pacient.“* Dále by uvítala více informací o seniorovi před operací, jeho smyslových poruchách a kognitivních schopnostech.

Rozhovor 5

Sestra 5 pracuje na anesteziologicko - resuscitačním oddělení 12 let. Je jí 39 let. Specializační vzdělání dokončila v roce 2006.

Na otázku jaký má názor na existenci anesteziologické ambulance, odpověděla, že má význam pro pacienty, kteří jdou na plánovanou operaci. „*Hospitalizovaní pacienti upoutáni na lůžku jsou odkázáni na návštěvu anesteziologa ve službě. Ta se ve všech případech nemusí uskutečnit.“*

Z informací, ordinací a závěrů z anesteziologické ambulance využije v rámci ošetrovatelského procesu na operačním sále pouze lékařskou anamnézu o chronických onemocněních, lécích, alergiích. Co se týká ošetrovatelské péče, nevyužívá žádné informace z anesteziologické ambulance. Návštěva seniora v ambulanci ji usnadní komunikaci na operačním sále a spolupráci. Ví, že senior je připraven a je seznámen s tím, co se s ním bude dělat.

Ošetrovatelskou anamnézu týkající se perioperační péče zaměřenou na podání anestezie odebranou na anesteziologické ambulanci by určitě uvítala. Usnadnila by jí práci i čas. Podle ní by měla obsahovat informace o fyzickém a psychickém stavu, schopnostech pochopit informace, předchozích zkušenostech s anestezií, o bolesti a jejím snášení, o smyslových poruchách. „ *Předoperační anamnéza by měla pro mě velký význam. Nemusela bych tolik hledat v chorobopisu, mohla bych reagovat na případné komplikace nebo se na ně připravit.* “ První informace o seniorovi dostává až na operačním sále při předání pacienta od sestry z oddělení. „ *Sestry většinou naváží pacienta, kterého moc neznají a neví, co mi mají předat. Taky někdy není dostatek času si pacienta převzít osobně* “ Další informace získává z dokumentace a od anesteziologa. V ošetrovatelské dokumentaci nemá dostatek času hledat potřebné údaje, raději se zeptá pacienta sama. Při předávání seniora z oddělení se většinou dozvídá pouze jméno.

Na otázku jakými komplikacemi je senior na operačním sále nejvíce ohrožen odpověděla, že nejvíce pozornosti věnuje prevenci otlaků, poškození rohovky, podchlazení, převonění, hypotenze, pádu. Nejčastěji používá antidekubitární pomůcky a pomůcky ke korekci tělesné teploty. „ *U všech pacientů postupuji standardně. Péči o seniory diferencuji minimálně, ale zohledňuji jejich křehkost a psychiku.* “ Sestra se nejvíce věnuje oblasti somatické, pak psychické. Sociální a duchovní oblasti se nevěnuje vůbec. Na sále nejvíce spolupracuje s anesteziologem, méně s instrumentářkou a individuálně spolupracuje sanitář. Dodává, že „ *Záleží, jak se říká, na lidech* “.

V otázce návaznosti pooperační péče sestra odpověděla: „ *Po operaci předávám seniora na oddělení pouze někdy. V opačném případě předává seniora anesteziolog. Pokud předávám pacienta, informuji sestru o průběhu, komplikacích, fyziologických funkcích, orientaci a bolesti.* “ Na dotaz, zda mají sestry o tyto informace zájem, odpověděla, že moc ne. „ *Mám pocit, že některé vůbec neposlouchají, co jim říkám. Patrně ani neví, jaké jsou anesteziologické komplikace. Nemají léky, neměří glykemie, teplotu.* “ Podle ní by tento problém vyřešila perioperační dokumentace, která by obsahovala jasné instrukce. Perioperační návaznost ošetrovatelské péče je také jediné, co by považovala za nedostatečné v péči o seniory během operačního období.

4.1.2 Přepisy rozhovorů se seniory

Rozhovor 6

Senior 1 je muž 72 let starý a prodělal plánovanou operaci kyčelního kloubu ve spinální anestezii na ortopedickém oddělení pro primární coxarthrozu. V minulosti proděl operaci pupeční kýly v celkové narkóze. Léčí se s hypertenzí a diabetem 2. typu. Týden před nástupem do nemocnice navštívil anesteziologickou ambulanci.

Na anesteziologickou ambulanci seniora odeslali z ambulance ortopedického oddělení. Od návštěvy očekával, že se dozví nějaké informace o anestezii. Už věděl, že bude mít „*umrtvené nohy*“, tak se toho bál. Všem, co se dozvěděl od lékařky, rozuměl. „*Paní doktorka byla velmi ochotná a uměla všechno dobře vysvětlit.*“ Bylo to pro něho příjemné, protože když byl na operaci s pupeční kýlou před 10 lety, nikdo s ním o anestezii nemluvil. Tenkrát byl v celkové anestezii, takže ani nemohl čerpat z předchozí zkušenosti. Se sestrou mluvil jen krátce, ale byla také příjemná. Spíše se starala o dokumentaci. „*Sestřička mi dávala podepsat to, že souhlasím s anestezií a paní doktorka mi to vysvětlovala.*“ Informovaný souhlas s anestezií senior nečetl, byl dlouhý a moc mu nerozuměl.

Návštěva pro něho nebyla nijak zatěžující. Na anesteziologickou ambulanci se nemusel objednávat a mohl jít rovnou z ortopedické ambulance. Nemusel ani dlouho čekat. Vše co se dozvěděl v anesteziologické ambulanci, využil také po operaci. Lékařka mu vysvětlila vše o pooperační bolesti a on se nebál vyžadovat léky proti bolesti. Také obavy z operace byly mírnější díky vyčerpávajícím informacím. „*Vše probíhalo tak, jak mi to říkali v té ambulanci.*“ Písemné informace v podobě anesteziologického průvodce by určitě uvítal. Na operačním sále byl s péčí personálu spokojen. „*Přijel jsem na sál, sestřička se mě hned ujala. Ptala se mě, jak jsem se vyspal, a co jsem měl ke snídani. Všichni byli milí. Trochu nepříjemné bylo to píchání do zad, ale dalo se to vydržet. Když to jinak nejde, že?*“ Pobyt na sále si senior pamatuje a tvrdí, že by nemusel poslouchat to bouchání a řezání. „*Když jsem řekl paní doktorce, že ten hluk je nepříjemný, dala mi něco na pospávání a od té doby nevím nic.*“

Rozhovor 7

Senior 2 je muž 79 let starý s diagnózou Gonarthrosis gravis vlevo prodělal plánovanou operaci náhrady kolenního kloubu ve spinální anestezii s kombinací epidurální analgezie. V minulosti prodělal operaci ramene, prostatektomii a operaci s následnou reoperací pravého kolene. Tři dny před nynější operací navštívil anesteziologickou ambulanci. Resumé anesteziologické ambulance znělo: střední riziko ASA 3, informován o svodné anestezii a epidurálním katétru, již ji měl a byla obtížně zajišťována. Podepsán informovaný souhlas. Doplněno ještě o premedikaci Diazepamem 10 mg na noc a ráno.

Návštěvu anesteziologické ambulance mu doporučil lékař ortopedického oddělení na jejich ambulanci. Od návštěvy si nic nesliboval, protože nevěděl, co ho čeká. *„Byl jsem ale velmi příjemně překvapen. Paní doktorka mi vysvětlila, co mě čeká a dokonce mi dala vybrat anestezii. Ale stejně jsem dal na její rady i přes špatnou zkušenost a nechal si tu injekci do páteře.“* Senior ještě dodává, že strach z anestezie měl nyní podobný jako u předchozí operace s druhým kolenem, kdy měl celkovou anestezii, protože spinální se nepovedlo zajistit. *„Ani jsem se nebál té operace, ale toho abych se vzbudil. Paní doktorka na ambulanci mi řekla, že u té druhé anestezie spát nebudu, jen podržimovat. Tak jsem se trochu uklidnil a souhlasil.“* Byl také rád, že na ambulanci měl čas zeptat se na všechny otázky. V minulosti proběhlo vše tak rychle, anesteziolog sice byl za ním na pokoji den před operací, ale nechtěl se ptát před ostatními pacienty a hlavně si nevzpomněl na všechno. Také si vzpomněl, jak podepisoval souhlas s anestezii až na operačním sále, protože na to zapomněli. *„Neměl jsem brýle tak to dopadlo hrozně.“* Informace o anestezii v písemné podobě před operací by nevyžadoval. *„Mám raději, když si to povíme. Stejně bych na to neviděl. Ono je vlastně lepší to nevidět.“*

Na operačním sále byl také spokojen. *„ Tentokrát se to umrtvení podařilo a je daleko lepší než narkóza. Škoda jen, že jsem se nemohl dívat, jak tu operaci dělají. Dostal jsem léky na pospávání.“* Jediné co by vytknul, bylo nepohodlí rukou, které měl přivázané k dlahám. *„Měl jsem ztuhlé obě ramena ještě druhý den po operaci.“* Senior byl také rád, že mu na ambulanci vysvětlili výhody katétru na pooperační bolest a

postup jak se bude provádět. „ *Kdyby mi to nabídli na tom sále, možná bych ze strachu odmítl. Ted' jsem rád, že ho mám. Můžu bez problémů cvičit a trochu se vyspím.*“ Informační letáček v podobě anesteziologického průvodce by rád dostal. Nejlépe by ho měl ještě, než půjde na anesteziologickou ambulanci. „ *To víte, už mi to tak nemyslí, musím to víc prostudovat a když už je ten čas se zeptat tak bych toho určitě využil.*“

Rozhovor 8

Seniorce 3 je 82 let a na ortopedickém oddělení prodělala plánovanou operaci kyčelní náhrady ve spinální anestezii pro coxarthrozu vpravo. Léčí se s anginou pectoris, diabetem 2. typu a hypertenzí. Z ambulance jí bylo doporučeno další vyšetření kardiologem a prevence TEN. Infuze glukózy s inzulinem dle ranní glykemie a premedikace Diazepamem ráno. Na anesteziologickou ambulanci ji odeslali z ortopedického oddělení. Ambulanci navštívila společně se synem 5 dní před plánovanou operací.

K operaci se rozhodla jednak díky nátlaku rodiny, jednak kvůli velkým bolestem. Nebyla moc ráda, že musí na operaci a ani návštěva anesteziologické ambulance ji netěšila. „ *Byla jsem přesvědčená, že tam se dozvím, jak jsem už stará, a že mě na tu operaci neuspí.*“ Už od začátku měla pocit, že žádná komplikace se jí nevyhne. „ *Když jsem řekla paní doktorce, jak jsem nemocná a nemožná, tak se usmála a řekla mi, že uvidíme. To mě trochu uklidnilo. Myslela jsem si, že bude zděšená, jen jak se na mě podívá*“ Informacím od lékařky rozuměla dobře. Vysvětlila jí, že nejlepší pro ni bude svodná anestezie a doporučila jí ještě další vyšetření na kardiologii. „*Ještě tam paní doktorka zavolala, aby mě vzali přednostně.*“ Se sestrou v ordinaci nemluvila, jen se pozdravily na chodbě. Sestra si vzala dokumentaci a odnesla ji do ordinace. Po odchodu z ordinace jim sestra vysvětlila, kde najdou kardiologii. „*Měla jsem hrozný strach, že se už po narkóze nevzbudím.*“ Uklidnilo ji, že nebude uspaná a také, že bude mít vyšetřené srdce u specialisty. Před tím chodila jen k praktické lékařce. Písemné informace o anestezii by uvítala. Na operačním sále neměla dobrý pocit. Byla jí zima. Největší potíží ji však činil přesun ve vstupním filtru. „*Musela jsem přelézat z postele hroznou výšku na to lehátko. S tou bolavou kyčlí to byl strašný zážitek. Když už jsem ležela tak to bylo dobré.*“ Dále dodala že, anesteziologická sestra byla příjemná, představila se jí a

vysvětlila, co bude následovat. „ *To píchání do zad bylo ale nepříjemné. Musela jsem sedět s ohnutými zády a bolela mě ta noha. Navíc se na mně učil nějaký mladý lékař a moc mu to nešlo.*“ Po operaci jí nic nebolelo a z anesteziologické ambulance byla poučena o pooperační léčbě bolesti. I na operačním sále ji sestra připomněla, že má požádat o injekci na bolest hned, jak ucítí, že nohy přicházejí k sobě.

Rozhovor 9

Seniorka 4 je 79 let stará a na ortopedickém oddělení byla po operaci náhrady kyčelního kloubu pro primární coxarthrozu. V minulosti podstoupila artroskopickou operaci ramenního kloubu. Léčí se s hypertenzí a lupenkou. Prodělala klíšťovou encefalitidu. V anesteziologické ambulanci byla 14 dní před nástupem k hospitalizaci. Závěr z anesteziologické ambulance je, že seniorka souhlasí se spinální anestezií, epidurálním katétrem a sedací na sále. Ordinována byla premedikace Neurolem na noc a Diazepamem ráno. Do anesteziologické ambulance byla odeslána z ortopedického oddělení. Tam také jí lékař sdělil účel této návštěvy. „ *Pan doktor mi říkal, že navštívím anesteziologa a domluvíme se spolu na narkóze.*“ Při návštěvě ambulance seniorka hovořila pouze s lékařkou. Sestra pracovala s dokumentací, žádné informace od ní nedostávala, ale určitě by uvítala více spolupráce. Informace podávané lékařkou byly pro seniorku srozumitelné, ale postrádala více informací o operačním výkonu a plánovaném programu. „ *Ptala jsem se paní doktorky, jak bude operace dlouho trvat a kdy půjdu na řadu. Říkala, že na to se musím zeptat na ortopedii, že teď vyřešíme anestezií.*“ Nutnost návštěvy na ambulanci ji nijak nezatěžovala, byla naopak ráda, že může mluvit s anesteziologem. Při předchozí operaci byla spokojená s celkovou anestezií, ale s anesteziologem nemluvila. Chtěla o ni zase požádat. „ *Paní doktorka byla hodná, vysvětlila mi, že bude pro mě lepší ta injekce do páteře. Ptala se mě také, jak jsem to minule zvládla po operaci s bolestí a rehabilitací. Nabízela mi na tuto operaci katétr proti bolesti.*“ Anesteziologického průvodce v písemné podobě by nepotřebovala, říká že: „ *čím méně toho víte, tak se méně bojíte*“. Na operačním sále se jí moc nelíbilo. Vadilo jí chladno, které bylo na předsáli v době, kdy jí zajišťovali spinální anestezií a epidurální katétr. Na sále už byla spokojenější. „ *Nohy už jsem vůbec necítila a měla jsem v nich teplo, přes hrudník mi sestřička dala vyhřívanou deku.*“

To bylo fajn. Pak mi asi něco dali na spaní, protože od té doby nevím.“ Po operaci měla komplikace s epidurálním katétre, který přestal být funkční. „ Měla jsem smůlu, sestřičky mi musely dávat injekce proti bolesti. Ale dalo se to vydržet.“

Rozhovor 10

Senior 5 je starý 81 let má diagnózu gonarthrosis gravis vpravo a prodělal opakované artroskopie. Nyní je po operaci náhrady kolenního kloubu. Léčí se s chronickou žilní insuficiencí, recidivami flebitid a trombóz, hypertenzí. Na anesteziologické ambulanci byl 6 dní před plánovanou operací. Ze závěru zprávy z ambulance bylo mírně zvýšené riziko ASA3, prevence TEN, doporučeno doplnění echokardiografického vyšetření. Senior byl informován o spinální a epidurální anestezii a podepsal informovaný souhlas. Premedikace byla Neurol 0,5 mg na noc a Diazepam 10 mg ráno.

Doporučení na anesteziologickou ambulanci senior dostal z ortopedické ambulance. Nemusel se objednávat a ani dlouho nečekal. „ *V ambulanci byla sestřička a doktorka. Paní doktorka mi vysvětlovala ten epidurál. Říkala, že mě to nebude bolet, ale budu při vědomí nebo lehce spávat. To jsem byl rád, měl jsem strach, že všechno uslyším.“* Informace mu podávala pouze lékařka, sestra zapisovala do dokumentace a dala podepisovat informovaný souhlas. Informace byly pro seniora srozumitelné. Při minulých anesteziích u artroskopie kolene byl uspáván celkovou narkózou a na anesteziologické ambulanci tenkrát nebyl. „ *Byl u mě jednou lékař večer před operací a jednou tam nepřišel vůbec. Nedá se srovnat ten přístup. Na ambulanci byl klid na vyprávění.“* Anesteziologický průvodce, nebo letáček o práci na operačních sálech by uvítal, protože práce zde se mu zdá „*taková utajená*“. „*Rád bych si prohlédl i nějaké obrázky*“. Na operačním sále byl spokojený. „ *Péče byla perfektní. Všichni byli moc hodný a to píchání se taky dalo vydržet. Měl jsem z toho větší strach.* “

Rozhovor 11

Seniorce 6 je 75 let. Na ortopedickém oddělení je po operaci náhrady kolenního kloubu pro gonarthrozu. V minulosti prodělala resekci strumy, cholecystektomii a artroskopii kolene. Léčí se s astmatem a má prokázaný výhřez bederní páteře. Do anesteziologické ambulance byla odeslána z ortopedického oddělení týden před operací.

Tam byla poučena o způsobu anestezie a upozorněna na možné potíže se zavedením epidurálního katétru a vhodnost podání sedativ na operačním sále.

Do anesteziologické ambulance se seniorka netěšila. Věděla, že tam bude anesteziolog a budou hovořit o narkóze a bála se, že jí neuspí. Nevěděla však, že bude moci sama rozhodnout. *„Paní doktorka mi nabídla buď celkovou narkózu, nebo umrtvení té nohy. Nakonec jsme se dohodly, že bude pro mě nejlepší to umrtvení.“* Sestra si brala dokumentaci od seniorky při příchodu a předávala ji lékařce do ordinace. Poté odešla. Více informací, podrobnosti nebo informační brožuru by seniorka nevyžadovala. *„Byla jsem spokojená, že jsem si promluvila s paní doktorkou, ale už bych nechtěla nic vidět ani slyšet. Hlavně to mít za sebou. Když jsem byla s tím žlučníkem, šla jsem na operaci, nic jsem nevěděla, protože se mnou nikdo o anestezii nemluvil. Hned jsem spala a ani jsem neměla čas se bát. Ted' jste samá vymoženost a hadička. Kdepak raději nic nevědět.“* Seniorka tvrdí, že na operačním sále byla spokojená. Problém byl prý se zajištěním katétru, ale nakonec se podařil zavést. *„Sestřička od narkózy mě držela za ruku. Také jí pomáhal pan Jirka mě držet, abych nespadla. Pak mě položili a odvezli na ten operační sál. Sestřička se ptala, jestli mi není zima a nabídla mi přikrývku. Pak jsem nějak usnula ani nevím jak, ale oni mi to slibovali už v té ambulanci, že budu podřimovat.“* Po operaci jí katétr fungoval bez problémů, a tak byla spokojená, že jí nic nebolí při rehabilitaci.

4.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami a seniory

4.2.1 Kategorie významu anesteziologické ambulance pro sestry

A. Názor sester na existenci anesteziologické ambulance a přínos pro seniory

K otázce o existenci anesteziologické ambulance, která je v provozu na daném pracovišti od roku 2013, se všechny sestry vyjádřily pozitivně. Sestra 1, 2, 3, 4 a 5 jsou přesvědčeny o přínosu hlavně pro pacienty. Sestra 2 uvádí: *„ pacient přijde do styku s anesteziologem včas a mají prostor vše probrat, pacienta připravit, poučit.“* Sestry 2, 3, 4 zdůraznily efektivitu hlavně v případě seniorů. Sestra 4 uvedla: *„ V rámci předoperační přípravy je nenahraditelnou součástí perioperační péče. V případě*

seniorů dvojnásob.“ Sestra 1 ještě zmiňuje přínos pro lékaře – anesteziology: „ Odpadly večerní vizity anesteziologům u pacienta na oddělení, které prováděli v době pohotovosti a tak na pacienty nebylo moc času.“ Jako nejdůležitější přínos pro seniory vidí sestry 1, 2, 3, 4 psychickou přípravu a zhodnocení fyzického stavu. Všechny sestry se také shodly na větší informovanosti seniora.

B. Využití potencionální perioperační ošetrovatelské anamnézy odebrané na anesteziologické ambulanci

Sestrám byla položena otázka, zda by uvítaly anamnézu, která se týká anestezie seniorů, odebranou na anesteziologické ambulanci. Perioperační anamnézu by uvítaly všechny dotazované sestry, protože první informace o seniorovi mají až v den operace na operačním sále. Sestra 1 by byla ráda za přehlednou a jednoduchou anamnézu. Podle sestry 2 by měla obsahovat informace o psychických schopnostech, mobilitě, schopnosti spolupráce, přidružených onemocněních, soběstačnosti a informace o návaznosti péče. Sestra 3 by chtěla dokument, který jí ušetří další vyptávání. Sestře 4 by stačily ucelené informace ve stávající dokumentaci. Sestra 5 by uvítala informace o fyzickém a psychickém stavu, schopnosti pochopit informace, předchozí zkušenosti s anestezií, o bolesti a jejím snášení a o smyslových poruchách. V rozhovoru sestry 5 uvádí: *„Předoperační anamnéza by měla pro mě velký význam. Nemusela bych tolik hledat v chorobopisu, mohla bych reagovat na případné komplikace nebo se na ně připravit.“*

C. Využití informací sestrou ze stávající dokumentace anesteziologické ambulance

Sestry 1, 2, 3, 5 nevyužívají žádnou informaci z dokumentace, která by se týkala ošetrovatelské péče o seniora na operačním sále. Sestra 4 využívá pouze některé informace z anesteziologického dotazníku. Jako důvod uvádějí sestry 1, 2, 3, 4, 5 špatnou interpretaci informací, která je zaměřena spíše pro lékařskou péči. Sestra 1 toto vystihuje v rozhovoru: *„ Na ambulanci je naordinována premedikace a pacient vyplní anesteziologický dotazník, který je přiložen k souhlasu s anestezií. Tuto dokumentaci vidím až na operačním sále a žádné informace nevyužiji pro ošetrovatelskou péči.*

Dotazník je zaměřen spíše pro lékaře.“ Ze stávající sesterské ošetrovatelské anamnézy nečerpá informace žádná anesteziologická sestra.

4.2.2 Kategorie významu anesteziologické ambulance pro seniory

D. Srozumitelnost informací

Všichni senioři se shodli na tom, že informace podávané anesteziologem byly srozumitelně podány. Pouze seniorka 4 postrádala další informace o operačním výkonu a harmonogramu operačního programu. Senioři 2 a 6 uvádějí, že jim byla nabídnuta spoluúčast na rozhodování o druhu anestezie. Informace o anestezii od sestry z ambulance nedostával žádný senior. Všichni senioři se shodli, že sestra vyřizovala pouze administrativu. Pouze seniorka 4 by uvítala více spolupráce se sestrou.

E. Předchozí zkušenosti seniorů s předanestetickou přípravou

Senioři 1,2,4,5, a 6 prodělali v minulosti operaci v anestezii, aniž by navštívili anesteziologickou ambulanci. Se seniory 1, 4 a 6 nikdo o anestezii nemluvil. Za seniorem 2 a 5 byl anesteziolog den před výkonem na pokoji a oba tento přístup považovali za nedostatečný. Informovaný souhlas podepisoval senior 2 na operačním sále. S anesteziologickou sestrou se všichni senioři setkali poprvé až na operačním sále.

F. Zájem o informace o anestezii v písemné podobě

Písemné informace o anestezii před operací by zcela jistě uvítal senior 1 a 3. Senior 5 by si také rád prohlédl fotografie či ilustrační obrázky. Senior 2, 4 a 6 by průvodce anestezii nevyžadovali. Seniorka 4 říká, že: „*čím méně toho víte, tak se méně bojíte*“. V podobném smyslu se vyjádřili i senioři 2 a 6.

G. Spokojenost seniorů s péčí na operačním sále

Všichni seniori se vyjádřili o přístupu a péči sester pozitivně. V negativním smyslu se vyjadřovali pouze k některým situacím spíše provozního charakteru. Seniorům 1, 3 a 6 bylo nepříjemné zajišťování spinální anestezie nebo epidurálního katétru. Seniorce 3 vadil přesun z lůžka na operační stůl. Seniorkám 3 a 4 znepríjemnilo pobyt na předsáli chladno. Seniori 4 a 6 uvedli, že jim byla poskytnuta příkrývka na operačním sále. Na nepohodlí horních končetin si stěžoval senior 2. Všichni seniori se shodli na tom, že při výkonu prováděném při vědomí ve spinální anestezii byli tlumeni sedativem, což pro ně bylo příjemné. Seniori 2, 4, 5 a 6 byli seznámeni a poučeni o léčbě pooperační bolesti již před operací v anesteziologické ambulanci.

4.2.3 Kategorie ošetrovatelské péče o seniora na operačním sále v souvislosti

s anestezii

H. Návaznost perioperační ošetrovatelské péče

Všechny sestry se shodly na tom, že první informace o seniorovi mají až na operačním sále. Sestry 2, 4, 5 uvádějí, že informace o seniorovi, které přebírají od sester z oddělení, jsou v minimálním rozsahu, tzn. jméno a předaná dokumentace. Sestry 1 a 3 uvádějí, že v některých případech mají informace o medikacích a znevýhodněních seniora, nedoslýchavosti, zubní protéze. Sestra 1 také uvádí, že v některých případech přebírá seniora od pomocného personálu „*když nejsou pacienti premedikováni, což u seniorů bývá častěji, doprovází je na sál pouze sanitář.*“ Sestra 4 a 5 také přiznávají, že někdy nemají dostatek času na osobní převzetí pacienta. Po operaci předává informace sestra 1, 2, 3, 4 a 5 pouze někdy. Seniora předává většinou anesteziolog. V případě, že předává seniora sestra 1, informuje o typu anestezie, stavu vědomí a relaxace a možnosti podání dalších analgetik. Sestra 2 informuje navíc o žilním katétru, epidurálním katétru a komplikacích. Sestra 3 informuje také o orientaci a bolesti. Sestra 4 zmiňuje při předávání operační polohu a sestra 5 dodala, že informuje také o fyziologických funkcích.

I. Prevence ošetrovatelských komplikací na operačním sále v souvislosti s anestezií

Všechny dotazované sestry se věnují v péči o seniora na operačním sále prevenci otlaků a poruchy termoregulace. Sestry 1, 2 a 5 uvedly také péči o oči. Sestry 1 a 5 zajišťují seniora proti pádu. Sestra 2 se zmínila o prevenci pozičního traumatu. Sestra 1, 2, 4 a 5 používají shodné pomůcky k prevenci komplikací. Sestra 3 podotkla, že používá stejné pomůcky jako pro ostatní pacienty.

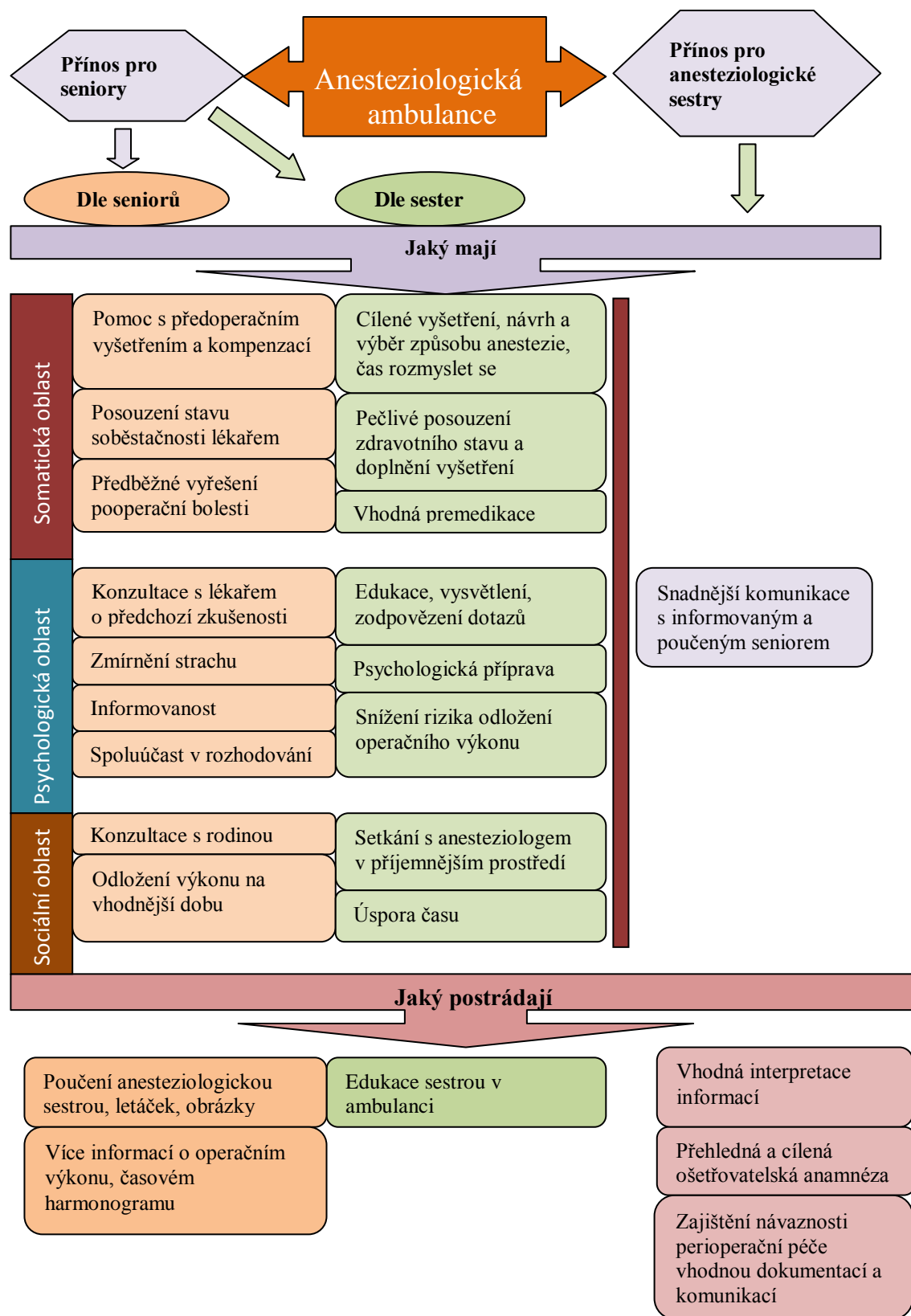
J. Znalosti a uspokojování specifických potřeb seniorů

Sestra 1 se kromě výše zmíněných potřeb věnuje nejvíce psychickému rozpoložení a účinku premedikace. Sestra 2 seniora uklidňuje rozhovorem a dbá o jeho bezpečnost. Ke zlepšení komunikace by doporučila ponechat naslouchadlo a brýle až na předsáli. Sestra 3 se zmiňuje o komunikačních bariérách jako je nedoslýchavost, poruchy zraku a poruchy orientace. Sestra 4 uklidňuje seniora rozhovorem. Sestra 5 se věnuje nejvíce oblasti somatické a pak teprve psychické. Dodává: „ *U všech pacientů postupuji standardně. Péči o seniory diferencuji minimálně, ale zohledňuji jejich křehkost a psychiku.* “

K. Spokojenost seniorů s péčí na operačním sále

Všichni senioři se vyjádřili o přístupu a péči sester pozitivně. V negativním smyslu se vyjadřovali pouze k některým situacím spíše provozního charakteru. Seniorům 1, 3 a 6 bylo nepříjemné zajišťování spinální anestezie nebo epidurálního katétru. Seniorce 3 vadil přesun z lůžka na operační stůl. Seniorkám 3 a 4 znepříjemnilo pobyt na předsáli chladno. Senioři 4 a 6 uvedli, že jim byla poskytnuta příkrývka na operačním sále. Na nepohodlí horních končetin si stěžoval senior 2. Všichni senioři se shodli na tom, že při výkonu prováděném při vědomí ve spinální anestezii byli tlumeni sedativem a bylo to pro ně příjemné. Senioři 2, 4, 5 a 6 byli seznámeni a poučeni o léčbě pooperační bolesti již před operací v anesteziologické ambulanci.

Schéma: Význam anesteziologické ambulance dle kategorizace výsledků



5 DISKUZE

V diskuzi jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na ošetrovatelskou péči o seniory v perioperačním období v souvislosti s anestezií. Jedna část je zaměřena na předanestetickou péči v rámci anesteziologické ambulance a její význam pro další operační období nejen pro seniory, ale i pro práci anesteziologické sestry na operačním sále. Druhou část výzkumného šetření tvoří zmapování ošetrovatelské péče o seniory na operačním sále v souvislosti s podáváním anestezie a její návaznosti.

Soubor výzkumného šetření zahrnoval vzorek anesteziologických sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v anesteziologickém úseku, které splňovaly podmínku absolvování specializačního vzdělání v oboru anestezie, resuscitace a intenzivní péče a pracující v oboru anestezie déle než 10 let a vzorek seniorů, kteří prodělali plánovanou operaci na ortopedickém oddělení s předcházející návštěvou anesteziologické ambulance. Věk seniorů se pohyboval v rozmezí od 72 do 82 let v poměru 3 muži a 3 ženy.

Prvním cílem bylo zjistit význam anesteziologické ambulance z pohledu seniora, druhým cílem určit důležitost anesteziologické ambulance z pohledu anesteziologické sestry a třetím cílem bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále. Pro zjištění informací byla použita metoda dotazování technikou nestandardizovaných rozhovorů. Otázky položené seniorům zjišťovaly, jakým způsobem probíhala návštěva a spolupráce v anesteziologické ambulanci, zda porozuměli všem sdělením lékaře a sestry. Bylo také zjišťováno, mají-li senioři předchozí zkušenosti s předanestetickou přípravou v rámci jiné operace. V souvislosti s komparací výsledků šetření sester o ošetrovatelské péči na operačním sále byla zařazena i otázka spokojenosti seniorů na operačním sále při podávání anestezie. Otázky položené anesteziologickým sestrám zjišťovaly, jaký mají všeobecný názor na existenci anesteziologické ambulance. Poté byl konkretizován její význam pro péči o seniory a smysl této přípravy pro ošetrovatelskou péči na operačním sále. Ve spojitosti s ošetrovatelskou péčí na operačním sále byly sestry dotazovány, jakým způsobem specifikují péči o seniory, znají-li ošetrovatelské komplikace spojené se stářím a na jaké se nejvíce zaměřují. Jako

nezbytná část šetření bylo zařazeno také zmapování kontinuity perioperační péče v rámci mezioborové spolupráce. Rovněž byly položeny otázky, jakým způsobem využívají dokumentaci z anesteziologické ambulance nebo ošetrovatelskou anamnézu odebranou na oddělení. Byly zjišťovány konkrétní představy sester o vytvoření dokumentace zaměřené na jejich specifickou ošetrovatelskou péči. Výsledky rozhovorů byly kategorizovány ve vztahu k cílům a výzkumným otázkám bakalářské práce. Na základě kategorií bylo vytvořeno schéma přehledně znázorňující zjištěné podstatné jevy a problémy.

Prvním cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit význam anesteziologické ambulance z pohledu seniora. Při šetření prostřednictvím rozhovoru se většina dotazovaných seniorů shodli ve znalosti o účelu návštěvy anesteziologické ambulance. Pouze seniorka 4 postrádala další informace o operačním výkonu a harmonogramu operačního programu, přičemž tyto informace by podle našeho názoru měly být sdělovány lékařem ortopedického oddělení. Podle Larsena (2004) pacient navštíví anesteziologickou ambulanci 1 týden před plánovanou operací. Příprava začíná rozhovorem a dostatečným poučením pacienta o zdravotním stavu a navrhovaném postupu. Lékař v rámci anesteziologického vyšetření zhodnotí jednotlivé výsledky vyšetření, které si pacient s sebou přinesl a provede předanestetické vyšetření. Bylo prokázáno, že tento postup byl prováděn u všech seniorů a všichni se také shodli na tom, že informace podávané anesteziologem byly srozumitelné. Dle Dvořáčkové (2012) je senior velmi nejistý v případě, když nemá dostatek informací o zdravotním stavu, vyšetřeních a léčbě. Dle našeho mínění je tato potřeba dostatečně saturována ze strany lékaře, oproti tomu z výsledků rozhovorů se seniory vyplývá, že ze strany sestry v anesteziologické ambulanci nedochází k žádnému informování či edukaci seniora. Juřeníková (2010) uvádí, že edukace je neoddelitelnou součástí ošetrovatelské péče o geriatrického pacienta. Jejich stres prohlubují nedostatečné informace a špatná orientace. Soudíme, že anesteziologická sestra v ambulanci by měla doplňovat informace podané lékařem, vysvětlovat nepochopená sdělení a pomáhat seniorovi se orientovat prakticky i teoreticky. Vzhledem k tomu, že na daném oddělení pracuji jako anesteziologická sestra, je mi známo, že anesteziologická ambulance zahájila provoz

v nedávné době. Proto je dle mého názoru je pravděpodobná možnost dalšího vývoje a zkvalitňování ošetrovatelské péče poskytované sestrou. Porovnáním dokumentace anesteziologické ambulance a rozhovorů se seniory bylo prokázáno, že jsou prováděny i další postupy, které uvádí Neiser (2009) ve své přednášce o předanestetických postupech. A to, že je pacientovi předložen informovaný souhlas s anestézií, který je lékař dle zákona povinen pacientovi ústně vysvětlit a jsou mu nabízeny jednotlivé možnosti anestézie vhodné pro daný chirurgický výkon tak, aby byl její vliv anestézie na celkový zdravotní stav co nejnižší. Pacientovi je věnována individuální péče a pozornost, je podrobně seznámen s postupy anesteziologické péče a průběhu perioperačního období. Senior 2 a 6 uvádějí, že jim byla nabídnuta spoluúčast na rozhodování o anesteziologickém postupu. Lékařka po vysvětlení nabídla výběr druhu anestezie s tím, že upozornila na tu nejvhodnější vzhledem k povaze výkonu. Z vlastní praxe vím, že senioři plně důvěřují zdravotnickému personálu a i přes partnerský přístup ponechávají rozhodnutí na nich. Dle mého mínění mají zažitý direktivní přístup k pacientovi z minulých let zejména ze strany lékařů a sestra by toto měla vyvážit osobním a vlídným vztahem orientovaným hlavně na seniora.

Jeden z cílů péče o seniora, které uvádí Jarošová (2007) je posilování soběstačnosti, podpora rodiny a propojení rodinné a profesionální péče. Se seniory 1,2 a 3 byli přítomni na anesteziologické ambulanci rodinní příslušníci. Na základě vlastní zkušenosti z anesteziologické ambulance mohu potvrdit, že přítomnost rodiny je významná pro usnadnění spolupráce a komunikace se seniorem. Spoluúčast rodiny je podstatná pro porozumění a zapamatování sdělovaného. Senior je klidnější, protože má uchované informace u svých blízkých, kteří mu je kdykoli zopakují. Rovněž v odebrání anamnézy si nemusí senior sám vzpomenout. Informovaná rodina také nepochybuje a nespekuluje na základě svých zážitků a zkušeností jiných osob. Tím pozitivně působí i na seniora.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že anesteziologická ambulance je z pohledu seniorů přínosná. Ukázalo se, že vyjma duchovní oblasti je zde v rámci možností anesteziologického týmu uspokojována řada biopsychosociálních oblastí v péči o seniora. (Schéma - Význam anesteziologické ambulance dle kategorizace výsledků).

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjišťování důležitosti anesteziologické ambulance z pohledu anesteziologických sester. Z rozhovorů bylo patrné, že všechny sestry vítají existenci ambulance a přínos pro seniory vidí jako jeden z hlavních. Za nejvýznamnější považují informovanost, psychickou přípravu a zhodnocení fyzického stavu seniora. To také sestry považují za přínos anesteziologické ambulance pro jejich ošetrovatelskou péči na operačním sále. Dle zjištění by sestry velmi uvítaly ucelené a sumarizované informace. Anesteziologické sestry totiž nevyužívají žádnou informaci ze stávající ošetrovatelské dokumentace a jako důvod uvádějí nevyhovující interpretaci informací. Uvítaly by spíše konkrétní a sumarizované informace týkající se péče na operačním sále. Dle mého názoru by posloužila účelově sestavená anamnéza zaměřená na péči o seniora na operačním sále, která by byla odebrána sestrou na anesteziologické ambulanci. Z rozhovorů vyplývají také konkrétní představy sester o vytvoření dokumentace zaměřené na specifickou ošetrovatelskou péči o seniora. Ve stávající předanestetické dokumentaci postrádáme hodnocení kognitivních funkcí seniora, které jsou podle Drábkové (2006) spojovány v souvislosti s operačním výkonem a anestezií s rozvojem pooperačního deliria a postoperační kognitivní dysfunkce. Dále uvádí, že v současné době je to nejčastější komplikace u seniorů v perioperačním období a mezi rizikové faktory patří věk nad 70 let. Dle našeho úsudku v dokumentaci také chybí zhodnocení celkové zdatnosti a soběstačnosti, který podle Topinkové (2007) doplňuje kritéria definující křehkost (*frailty*), což je v současnosti uznávaný klinický syndrom. Podle nás by toto hodnocení mělo vliv na další plánování a uskutečňování ošetrovatelské péče. Také Jarošová (2006) uvádí, že speciální ošetrovatelská péče o seniora je zaměřena na zhodnocení zdraví a funkčního stavu, na plánování a uskutečňování zdravotní péče a vyhodnocení efektivnosti poskytnuté péče. Ze zjištěných připomínek a zjištěných nedostatků jsme vypracovali dokumentaci, která by měla splňovat požadavky kvalitní ošetrovatelské péče a zajišťovat perioperační ošetrovatelskou kontinuitu (Příloha 8 A, B). V souvislosti s anamnézou a na základě ordinací lékaře je možné doplnění dokumentace o Schellongův test a Geriatrický screening. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že anesteziologické sestry považují anesteziologickou ambulanci jako žádoucí převážně pro seniory. Přínos pro ně samotné

má podle nich ještě značné nedokonalosti převážně v předávání informací týkajících se ošetrovatelské péče ve spolupráci s ambulantní anesteziologickou sestrou.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zmapování ošetrovatelské péče o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezií. V první řadě jsme se zaměřili na její kontinuitu v podobě předávání informací při přebírání seniora do péče, protože tu považujeme za podstatný prvek kvalitní péče. Podle Schulera (2010) je předpokladem účinné a hladké spolupráce živá a precizní výměna informací během multidisciplinární péče na operačním sále a při vzájemném předávání seniora do péče jinému ošetrovatelskému personálu. Aby tým fungoval co nejlépe, musí umět kvalitně a efektivně komunikovat, být jednotný v hodnotách a pravidlech, předávat a přijímat názory, zkušenosti a znalosti. Nejprve jsme zjišťovali, jaké informace sestry přebírají o předoperační přípravě. Sestry uvedly, že informace o seniorovi, které přebírají od sester z oddělení, jsou v minimálním rozsahu, tzn. jméno a předaná dokumentace. Část sester uvedlo, že v některých případech mají informace o medikacích a znevýhodnění seniora, nedoslýchavosti, zubní protéze. Jedna sestra řekla, že v některých případech přebírá seniora od pomocného personálu a jedna sestra přiznala, že občas nemá dostatek času na osobní převzetí pacienta. V otázce předávání informací o intraoperační péči se všechny sestry shodly v tom, že ve většině případů předává seniora lékař. V případě, že seniora předávají anesteziologické sestry, informují nejvíce o druhu a průběhu anestezie, bolesti, komplikacích a zavedených katétrech. Méně informací předávají o fyziologických funkcích, orientaci, vědomí, operační poloze a stavu svalové relaxace. Předávání těchto informací by dle našeho názoru doplňovala dokumentace o perioperačním průběhu (Příloha 8B) sestavená pomocí doporučených postupů (ČSARIM, 2012), Věstníku MZČR (ČESKO, 2012), zjištěných připomínek a také na základě vlastních zkušeností. Zajišťovala by kvalitu a návaznost péče, předcházela případným komunikačním nedorozuměním, nebo suplovala možné absence důležitých informací. Z našeho pohledu, by ale neměla zcela nahradit osobní a verbální komunikaci mezi ošetřujícím personálem, která má také i z mých zkušeností viditelné rezervy.

Při šetření jak sestry diferencují ošetrovatelskou péči o seniory, jsme se zaměřili na oblast specifických ošetrovatelských intervencí u seniorů během podávání anestezie. Podle Málka (2011) je důraz v ošetrovatelské péči kladený hlavně na ochranu seniora před zraněním a infekcí, ochranu kůže před poraněním a otlaky, zajištění bezpečného žilního vstupu a důslednou monitoraci vitálních funkcí, dostatek tepla a pohodlí i pečlivé vedení dokumentace. Z šetření vyplývá, že nejvíce anesteziologických sester se věnuje v péči o seniora prevenci poruch termoregulace (Příloha 9), poškození očí, dekubitů, otlaků (Příloha 10) a pádu. Prevenci pozičního traumatu se věnuje jedna z dotazovaných sester. Zajištění bezpečného žilního vstupu nezmínila žádná z anesteziologických sester. Dle mého úsudku je to z důvodu rutinního provádění tohoto výkonu u všech pacientů stejně bez věkového rozdílu, protože bezpečný žilní vstup si vyžaduje jakákoliv anestezie. Anesteziologické sestry se také nezmiňují o důležitosti monitorace seniora. Dle našeho názoru považují tuto činnost za standardní tak, jak se zmiňuje Larsen (2004) v knize *Anestezie*, že standardní sledování geriatrických pacientů při anestezii odpovídá postupu u mladších. Anesteziologická sestra odpovídá za kontrolu a funkčnost monitorovacího zařízení a podle vyhlášky 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu a hodnotit závažnost stavu (Česko, 2011). I přes zmíněné kompetence, vím ze své praxe, že sledování, hodnocení a zápis fyziologických funkcí během intraoperačního období je ponecháno v pravomoci anesteziologa. Málek (2011) také dodává, že důležitou úlohu v péči o seniora hraje i spolupráce s perioperační sestrou. S perioperační sestrou nejvíce spolupracují pouze dvě dotazované sestry. Většina sester se shodlo, že nejvíce spolupracují s lékařem. Polovina dotazovaných spolupracuje také se sanitářem. Nevěnovali jsme se pouze somatickým potřebám seniorů, ale zajímalo nás také uspokojování ostatních potřeb. Podle Dvořáčkové (2012) u seniorů dochází ke změnám hodnotové orientace potřeb. Velmi důležitá je potřeba být bez bolesti, zajištění tepla a pohodlí. Senior si je také velmi nejistý v případě, když nemá dostatek informací o zdravotním stavu, vyšetřeních a léčbě. Z vyšších potřeb je to především potřeba jistoty a

bezpečí. Navzdory nižším nárokům může senior pociťovat potřebu seberealizace, uznávání sebe sama a uznávání druhými lidmi. Z šetření se nám potvrdilo, že značná část těchto potřeb je uspokojována v rámci návštěvy anesteziologické ambulance. Toto anesteziologické sestry vítají a přijímají jako usnadnění jejich péče o seniora na operačním sále. Nejvíce sester uvedlo, že seniora na operačním sále uklidňuje rozhovorem, dvě sestry seniora mírní úzkost podáním ruky. Stejný počet sester je pro povolení kompenzačních pomůcek na operačním sále a tím eliminovat strach z nedorozumění. To jsou dle mého názoru jediné techniky použitelné v tomto časově omezeném prostoru. Sociální a duchovní oblasti se nevěnuje žádná anesteziologická sestra. Ukázalo se také, že většina anesteziologických sester se intenzivně zajímá o pooperační bolest a postoj přebírajícího ošetřujícího personálu k bolesti seniora. V rozhovorech se vyjadřují spíše negativně k řešení akutní pooperační bolesti starších pacientů na pooperačním pokoji. Zmiňují se o strachu sester i ošetřujících lékařů z podávání opiátů nebo z předávkování bezprostředně po anestezii. Poanestetická péče je dosud zajišťována v rámci pooperační péče na příslušném oddělení v podobě dospávacího pokoje na JIP nebo ARO, tak jak uvádí Jedličková (2012). Dle doporučení ČSARIM (2011) by v budoucnu mohlo přispět k adekvátní léčbě pooperační bolesti zřízení poanestetické jednotky, která by byla umístěna co nejbližší k operačním sálům v rámci ARO. Úkolem je bezprostřední pooperační a poanestetická péče, léčba akutní pooperační bolesti, snížení počtu pacientů umístovaných na ARO a JIP. Tato jednotka zatím v nemocnici Č. Budějovice neexistuje vzhledem k pavilónovému uspořádání jednotlivých operačních oborů. Do budoucna je pravděpodobná realizace dostavby centrálních operačních sálů s poanestetickou jednotkou, kde by byla zajištěna jak kontinuita péče, tak i snížení výskytu komplikací a adekvátní léčba pooperační bolesti. Dle mého názoru je takto řešené pooperační zotavování jednoznačně nejpřínosnější hlavně pro seniory.

Z výzkumného šetření týkajícího se ošetrovatelské péče na operačním sále vyplývá, že anesteziologické sestry se podílejí na kontinuitě ošetrovatelské perioperační péče o seniora pouze částečně. Zvláštnosti ošetřování seniorů v intraoperačním období a uspokojování jejich potřeb diferencují převážně v somatické a psychické oblasti.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči o seniory během operačního období ve spojitosti s anestezií a také sestřám, které ji poskytují. Cílem bylo zjistit význam anesteziologické ambulance z pohledu seniora a také její důležitost pro anesteziologické sestry. Dalším cílem bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o seniora na operačním sále v souvislosti s anestezií.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že anesteziologická ambulance je z pohledu seniorů přínosná v oblasti informovanosti a lékařské přípravy. Pouze část seniorů postrádala edukaci sestrou. K usnadnění spolupráce ambulantní sestry a seniora byla vytvořena brožura v podobě anesteziologického průvodce (Příloha 11), která bude uvedena do praxe. Dále bylo zjištěno, že anesteziologické sestry považují anesteziologickou ambulanci jako žádoucí hlavně pro seniory. Přínos pro ně samotné má podle nich ještě značné nedokonalosti v předávání informací týkajících se ošetrovatelské péče. Na základě toho byla vytvořena dokumentace pomocí zjištěných nedostatků, konkrétních představ sester a v souladu s doporučenými postupy odborné společnosti s názvem „*Předanestetická ošetrovatelská anamnéza*“. Tuto anamnézu odebere sestra v anesteziologické ambulanci a seniora bude doprovázet celé perioperační období. Z výzkumného šetření zaměřeného na předávání informací v perioperačním období vyplývá, že anesteziologické sestry se podílejí na kontinuitě ošetrovatelské perioperační péče pouze částečně. Sestry si vyměňují informace v minimálním rozsahu, zčásti informace předává lékař. Na základě tohoto zjištění byl zhotoven záznam o „*Perioperačním průběhu*“. Ten by měl zlepšit kontinuitu ošetrovatelské péče a její transparentnost. Zvláštnosti ošetřování seniorů v intraoperačním období a uspokojování jejich potřeb sestry diferencují. Pozornost věnují převážně somatické a psychické oblasti.

Starší pacienti si zaslouží naší pozornost a naše jednání by mělo být v souladu nejen s jejich právy (Příloha 12), ale i s pochopením a úctou ke stáří. Další zkoumání by si zasloužila pooperační péče o seniory v souvislosti s léčbou akutní pooperační bolesti, zjistit rozdíly v péči v nemocnicích s poanestetickou jednotkou, v nemocnicích se systémem pooperačních pokojů a nemocnici s týmem pro léčbu akutní bolesti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BRATOVÁ, Andrea, 2011. Aspekty anestetickéj ošetrovateľskej starostlivosti. In: *Jihlavské zdravotnícké dny: Sborník z mezinárodnej konferencie*. Jihlava, s. 51-55. ISBN 978-80-87035-37-5.

ČESKO, 2011. Vyhláška o činnosti zdravotníckych pracovníkov a jiných odborných pracovníkov. In: *Vyhláška 55/2011 § 54,55 sb.* Praha: Ministerstvo zdravotníctví ČR, č. 20. Dostupné z: www.mzcr.cz

ČESKO, 2012. Metodika sledování a klasifikace nežádoucích událostí. In: *Věstník MZČR*, částka 8. Praha: Ministerstvo zdravotníctví ČR, Dostupné z: www.mzcr.cz

CVACHOVEC, Karel, 2011. Nepodceňujme poanestetickou péči. *Zdravotnické noviny: Odborné fórum zdravotníctví a sociální péče*. Roč. 60, č. 31-32, s. 2-3.

ČSARIM, 2011. Doporučení pro poskytování poanestetické péče. In: *Akutně.cz* [online]. Praha, [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/file/doporucene-postupy/17>

ČSARIM, 2012. Doporučený postup před zahájením anesteziologické péče. In: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. *Doporučené postupy* [online] [cit. 2012-10-29]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csim/23-dp-kpzap-2012-06-12.pdf>

ČSARIM, 2012. Zásady bezpečné anesteziologické péče. In: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. *Doporučené postupy* [online]. [cit. 2012-10-29].

Dostupné z: http://www.csarim.cz/Public/csim/22%20%20DP_safety_anesth_CSARIM_final_approval_140212.pdf

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2011. *Senioři*. Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v ČR v roce 2011. [online] [cit.2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>

DRÁBKOVÁ, Jarmila, 2006. Anestezie geriatrických pacientů. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. Roč. 46, č. 3, s. 139-147. ISSN 1212-3048.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAKL, Marek, 2010. Dva roky Acute pain servisu: První prohry a vítězství. In: *Akutně.cz*[online].[cit.2012-11-12]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/07-dva-roky-acute-pain-service-prvni-prohry-a-vitezstvi-marek-hakl.pdf>

HAKL, Marek et a, 2011. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2473-0.

LARSEN, Reinhard, 2004. *Anestezie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0476-6

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Universitas Ostraviensis. ISBN 80-7368-110-2.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al., 2012. *Ošetřovatelská perioperační péče*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-543-3

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9

KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Přeložila Veronika Di Cara. Praha: Grada. ISBN 80-247-1720-4.

KUBRICHT, Viktor, 2009. Organizační model acute pain servis (APS) v Nemocnici Na Homolce. In: *Akutne.cz* [online]. [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/17-organizacni-model-acute-pain-service-v-nemocnici-na-homolce-viktor-kubricht.pdf>

MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila, 2008. Špecifika v edukácii seniorov. *Diagnóza v ošetrovatelství: Odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. Roč. 4, č. 1. ISSN 1801-1349.

MÁLEK, Jiří a kolektiv, 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6

MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana, 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-620-5.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-436-4

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

NEISER, Jan, 2009. Anesteziologická ambulance: Nutnost nebo luxus?. In: *Přednášky z XVI. kongresu ČSARIM* [online]. [cit. 2012-10-29]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/prednaskyXVI.kongresCSARIM/9-CSARIM2009-Neiser.pdf>

PÁLENÍKOVÁ, Květa a Martina PROSECKÁ, 2010. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404

PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Přeložila Suchardová Ivana. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4

ŠPICÁKOVÁ, Eva, 2008. Pacient na operačním sále. *Sestra*. Praha: Roč. 18, č. 1, s. 8, ISSN 1210-0401

ŠTURMA, Jan, 2009. Předanestetické vyšetření u dospělých. In: *Přednášky z XVI. kongresu ČSARIM* [online]. [cit. 2012-10-29]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/prednaskyXVI.kongresCSARIM/6-CSARIM2009-Sturma.pdf>

ŠVÁB, Jan, 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2604-5

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

TOPINKOVÁ, Eva et al., 2007. Geriatric: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné lékaře. *Společnost všeobecného lékařství* [online]. [cit. 2012-10-24]. Dostupné z: http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Geriatric.pdf

TRACHTOVÁ, Eva, 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd.2 Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.

ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012. *Zemřelí 2011* [online]. [cit. 2012-10-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2011>

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. Vyd.3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZEMANOVÁ, Jitka, 2002. *Základy anesteziologie 1. část*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-374-5.

ZEMANOVÁ, Jitka, 2005. *Základy anesteziologie 2. část*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-430-5.

8 PŘÍLOHY

1.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Geriatrický screening dle Lachsova návrhu

Příloha 2 - ASA – kategorizace

Příloha 3 - Schellongův test

Příloha 4 - Hodnocení bolesti u pacienta s demencí – BESD

Příloha 5 - Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 6 - Otázky k rozhovoru s anesteziologickými sestrami

Příloha 7 - Otázky k rozhovoru se seniory

Příloha 8 - A Předanestetická ošetrovatelská anamnéza

B Perioperační průběh

Příloha 9 - Ohřívací jednotka

Příloha 10 - Pomůcky k prevenci dekubitů, otlaků

Příloha 11 - Průvodce anestezií

Příloha 12 - Evropská charta práv pacientů seniorů

Příloha 1 – Geriatrický screening dle Lachsova návrhu

	Otázka nebo úkol	Vyhodnocení jako problémová oblast	Abnormální
1	Šeptem vyslovujte čísla ve vzd. 50 cm od ucha, druhé ucho si pacient zakryje. Levé ucho 6-1-9 Pravé ucho 2-7-3	...jestliže je více než jedno číslo špatně rozpoznáno	Sluch:
2	Zhoršil se Vám v poslední době zrak?	...jestliže pacient nepozná počet prstů na 2m nebo nepřechte velký nápis, odpoví se na otázku ano	Zrak:
3	Požádejte pacienta a) Aby dal obě ruce za hlavu b) Aby zvedl tužku	...jestliže jedna z úloh není splněna	Funkce HK:
4	Požádejte pacienta, aby vstal, udělal několik kroků a opět usedl.	...jestliže pacient tyto činnosti sám nezvládne	Funkce DK:
5	Stalo se v poslední době, že jste neudržel/a moč?	...je-li na otázku odpověď „ano“	Kontinence moči:
6	Stalo se v poslední době, že jste neudržel/a stolici?	...je-li na otázku odpověď „ano“	Kontinence stolice:
7	Posuďte hmotnost pacienta	V případě podváhy nebo nadváhy	Stav výživy:
8a	Jmenujte pacientovi následující výrazy a požádejte ho ať si je zapamatuje: Jablko – halíř – stůl Poté požádejte o zopakování.	...jestliže si pacient nevzpomene na jeden z výrazů	Krátkodobá paměť:
9	Dokážete se sám/a obléci? Chodíte bez problému do schodů? Dokážete si dojít nakoupit?	...je-li odpověď na otázku „ne“	Aktivita:
10	Jste často smutný/á nebo skleslý/á?	...je-li odpověď na otázku „ano“	Deprese:
8b	Požádejte pacienta, aby zopakoval více uvedené výrazy,	...jestliže si nevzpomene na jeden z výrazů	Paměť :
11	Máte někoho na koho se můžete spolehnout a kdo Vám může doma pomoci?	...je-li odpověď na otázku „ne“	Sociální podpora:
12	Byl/a jste v posledních 3 měsících léčen v nemocnici?	...je-li odpověď na otázku „ano“	Pobyt v nemocnici:
13	Stalo se Vám v posledních 3 měsících, že jste upadl/a?	...je-li odpověď na otázku „ano“	Pád:
14	Užíváte pravidelně více než 5 léků?	...je-li odpověď na otázku „ano“	Polyfarmacie:
15	Máte často bolesti?	...je-li odpověď na otázku „ano“	Bolest:
Počet abnormálních nálezů /16			

Součet abnormálních položek je orientací o rozsahu problémových oblastí.

Problémové oblasti vyžadují bližší analýzu – získání dalších informací, popř. použití více diferencovaných hodnotících nástrojů.

Zdroj: SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010.

Příloha 2 – ASA – kategorizace

Klasifikace celkového fyzického stavu před anestézií dle ASA (American Society of Anesthesiologists)

Klasifikace ASA vychází z celkového stavu pacienta a pravděpodobnosti výskytu smrtelných komplikací v souvislosti s operací a anestézií.

ASA I: Zdravá osoba bez patologického klinického (psychosomatického) a laboratorního nálezu. Chorobný proces, pro který je pacient operován, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.

ASA II: Mírné až středně závažné systémové onemocnění, pro které je pacient operován. Případně je vyvolané jiným patofyziologickým procesem beze změn výkonnosti a funkce orgánů (např. lehká systémová hypertenze, diabetes mellitus, anémie, pokročilý věk, obezita, chronická bronchitida, lehká forma ICHS).

ASA III: Závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, omezující aktivitu nemocného, výkonnost a funkci orgánů (syndrom anginy pectoris, stav po infarktu myokardu, závažná forma diabetu, srdeční selhání).

ASA IV: Závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, akutní myokarditida, pokročilá forma plicní, ledvinné, jaterní nebo endokrinologické nedostatečnosti, hemoragický šok, peritonitida, ileus aj.)

ASA V: Moribundní pacient, u něhož je operace poslední možností záchrany života. Smrt je pravděpodobná do 24 hodin, ať již s operací nebo bez ní.

Zdroj: MATĚJOVSKA KUBEŠOVÁ, Hana, 2009.

Příloha 3 – Schellongův test

SCHELLONGŮV TEST

Pacient

Datum:.....

Jméno:.....

Rodné číslo:.....

Důvod vyšetření ortostázy:.....

Kompresní punčochy ano ne

Doba vyšetření ortostázy.....hodin

Poslední jídlo.....hodin

Poslední užití léků.....hodin

Jaké léky.....

..... Vyšetření provedl.....

TK, puls	vleže		vstoje								vleže			TK, puls			
	10	5	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	0,5	1		2	3	
170																170	
160																160	
150																150	
140																140	
130																130	
120																120	
110																110	
100																100	
90																90	
80																80	
70																70	
60																60	
min	10	5	0,5	1	2	3	4	5	6	7	8	0,5	1	2	3		
Pří- znaky																	

Před zahájením testu musí být pacient 10 v klidu. Předtím, než vstane, nesmí krevní tlak již příliš kolísat. Změna polohy do stoje by měla být rychlá, což u geriatrických pacientů není vždy jednoduché. Důležité je změřit tlak bezprostředně po postavení a pak vždy po 1 min.

Positivní test: Puls < 15/min
 TK systola < 19 mm Hg
 TK diastola < 14 mm Hg

Zdroj: SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010.

Příloha 4 – Hodnocení bolesti u pacienta s demencí – BESD

BESD – Beurteilung von Schmerzen bei Demenzerkrankten

(Hodnocení bolesti u pacientů s demencí)

Jméno pozorovaného:.....			
<input type="radio"/> Klid <input type="radio"/> Mobilizace činnost.....			
Pozorovatel/ka.....			
Dýchání (bez ohledu na zvukové projevy)	Ne	Ano	Body
Normální			0
Příležitostně namáhavé			1
Krátká období hyperventilace			
Silně hlasité, namáhavé			
Dlouhá období hyperventilace			2
Cheyneovo-Stokesovo			
Negativní hlasité projevy			
Žádné			0
Příležitostné sténání, vzdychání			1
Slabé negativní nebo nesouhlasné projevy			
Opakované znepokojivé zakřičení			
Hlasité sténání, vzdychání			2
Pláč			
Výrazy v obličeji			
Usměvavý nebo nic neříkající			0
Smutný výraz			
Úzkostný výraz			1
Ustaraný pohled			
Šklebení se			2
Řeč těla			
Uvolněný			0
Napjatý			
Nervózní, chodí sem a tam			1
Neklid			
Strnulost			
Zaťaté pěsti			
Přitažená kolena			2
Odtahování se nebo odstrkování			
Fyzická inzultace			
Útěcha			
Utěšování není potřebné			0
Pacienta je možné uklidnit hlasem nebo dotykem			1
Pacienta není možné utěšit			2
CELKEM/ z maximálního počtu			/10

Maximální celková hodnota je 10 bodů. Při hodnotě 6 a více je třeba uvažovat o léčbě bolesti.

Zdroj: SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010.

Příloha 5 – Souhlas s výzkumným šetřením

Nemocnice České Budějovice a.s.
Náměstkyňe pro ošetrovatelskou péči
a hlavní sestru
Mgr. Kyselová Monika, MBA

Vránová Magdaléna
Včelná 406, 37382
Tel. 777011006
387874014 - ARO

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici Č. B. zaměřeného na ošetrovatelskou péči o seniory během perioperačního období.

Vážená paní magistro,

Jsem studentkou 3. ročníku JCU-ZSP oboru všeobecná sestra – kombinované studium a obracím se na Vás s žádostí o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Č. Budějovice a.s. jako podkladu pro mou Bakalářskou práci s názvem „Zvláštnosti perioperační ošetrovatelské péče o seniory z pohledu anesteziologické sestry“. Výzkumné šetření by mělo být provedeno formou hloubkových rozhovorů s písemným záznamem. Rozhovor by byl uskutečněn se šesti seniory nad 70 let, kteří navštívili anesteziologickou ambulanci a podstoupili operační výkon v anestozii na ortopedickém oddělení a pěti anesteziologickými sestrami. Cíl a výzkumné otázky s rámcovými otázkami k rozhovoru Vám zasílám v další příloze. Předpokládaný termín je od 4.2.2013 do 15.3.2013. Jsem zaměstnanec nemocnice a pracuji jako anesteziologická sestra na ARO.

Děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem Vránová Magdaléna

V Českých Budějovicích dne 25.1.2013

11.2.2013

Souhlasem

Mgr. Mirka Kyselová, MBA

Mgr. Mirka Kyselová, MBA

Nemocnice České Budějovice, a.s.
IČ 260 68 277

21

Příloha 6 - Otázky k rozhovorům s anesteziologickými sestrami.

1. Jaký máte názor na existenci anesteziologické ambulance na Vašem oddělení?
2. Jaké informace, ordinace, závěry z anesteziologické ambulance využijete v rámci ošetrovatelského procesu na operačním sále?
3. Uvítala byste ošetrovatelskou anamnézu, týkající se anestezie u seniora, odebranou na anesteziologické ambulanci?
4. Usnadní Vám návštěva seniora anesteziologické ambulance ošetrovatelskou péčí na operačním sále?
5. Kdy a od koho máte k dispozici první informace o seniorovi před operací?
6. Jaké přebíráte informace o seniorovi od sestry z oddělení na operačním sále?
7. Jaké informace o průběhu intraoperačního období předáváte sestře z oddělení?
8. Mají sestry o tyto informace zájem?
9. Jakými komplikacemi je senior na operačním sále ohrožen?
10. Jaké oblasti ošetrovatelské péče na operačním sále věnujete největší pozornost?
11. Jaké používáte pomůcky nebo prostředky k prevenci ošetrovatelských komplikací na operačním sále v péči o seniora?
12. Kdo s Vámi nejvíce spolupracuje v péči o seniora na operačním sále?

Zdroj: Vlastní

Příloha 7 - Otázky k rozhovorům se seniory

1. Kdo Vám doporučil navštívit anesteziologickou ambulanci?
2. Co jste očekával/a od této návštěvy?
3. Byly Vám některé informace, které Vám sděloval anesteziolog, nesrozumitelné?
4. Byla pro Vás návštěva ambulance nějakým způsobem zatěžující?
5. Máte nějakou zkušenost s prodělanou operací bez návštěvy anesteziologické ambulance?
6. Jak s Vámi spolupracovala sestra v anesteziologické ambulanci?
7. Byly Vám některé informace od sestry nesrozumitelné?
8. Jaké rady získané od sestry v anesteziologické ambulanci Vám byly užitečné během operačního období?
9. Uvítal/a byste také informace o anestezii v písemné formě (průvodce anestezii)?
10. Zmírnila Vám návštěva ambulance obavy z operace a anestezie?
11. Jak jste byl spokojen s péčí na operačním sále?

Zdroj: Vlastní

Příloha 8 A – Předanestetická ošetrovatelská anamnéza

PŘEDANESTETICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA	
Pacient (štítek)	Datum:
Diagnóza:	Podpis sestry:
	Plánovaný operační (diagnostický) výkon:
Váha: Výška: TK: P: Alergie:	Kouření: Alkohol: Drogy: Léky:
<u>Orientace</u> <input type="checkbox"/> Orientován/a <input type="checkbox"/> Dezorientován/a <input type="checkbox"/> Demence <u>Kontakt</u> <input type="checkbox"/> Úplný <input type="checkbox"/> Ztížený <u>Psychický stav</u> <input type="checkbox"/> Spolupracuje <input type="checkbox"/> Nespolupracuje <input type="checkbox"/> Klidný <input type="checkbox"/> Apatický <input type="checkbox"/> Agresivní <input type="checkbox"/> Rozrušený <input type="checkbox"/> Strach <input type="checkbox"/> Deprese <u>Narušený spánek</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Léky:	Zdravotní stav <u>Dušnost</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Námahová <input type="checkbox"/> Klidová <input type="checkbox"/> Noční <u>Kašel</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Noční <input type="checkbox"/> Dráždivý <input type="checkbox"/> Expektorace <u>Prodělané onemocnění</u> <u>Úrazy</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Jaké: <u>Operace</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Jaké: <u>Kolaps v anamnéze</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<u>Bolest</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Akutní <input type="checkbox"/> Chronická Lokalizace: Intenzita: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Analgezie:	<u>Výživa/Hydratace</u> <u>Váhový úbytek:</u> kg/měsíc <input type="checkbox"/> Obezita <input type="checkbox"/> Kachexie <u>Kůže</u> <input type="checkbox"/> Suchá <input type="checkbox"/> Vlhká <input type="checkbox"/> Snížený turgor <u>Edém</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <u>Polykací potíže</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
<u>Vyprazdňování</u> Inkontinence <input type="checkbox"/> Moče <input type="checkbox"/> Stolice <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Močový katétr	<u>Handicap</u> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Zrak <input type="checkbox"/> Sluch <input type="checkbox"/> Řeč <input type="checkbox"/> Zubní protéza <input type="checkbox"/> Uvolněný chrup <input type="checkbox"/> Naslouchátko <input type="checkbox"/> Kontaktní čočky
<u>Aktivita</u> <input type="checkbox"/> Aktivní <input type="checkbox"/> Pasivní <input type="checkbox"/> Sportuje <u>Ujde</u> <input type="checkbox"/> 5m <input type="checkbox"/> 50m <u>Vyjde</u> dopatra	<u>Edukace</u> <input type="checkbox"/> Pacienta <input type="checkbox"/> Rodiny <input type="checkbox"/> Jiná
<u>ASA</u> I. II. III. IV. V. Navrhovaný anesteziologický postup:	<u>Premedikace (dle ordinace lékaře):</u> Na noc: Ráno: Před výkonem:

Zdroj: Vlastní; ČSARIM, 2012.

Příloha 8 B - Perioperační průběh

PERIOPERAČNÍ PRŮBĚH				
Pacienta na operačním sále převzal/a a totožnost ověřil/a:		v	hod.	
Předoperační příprava (vyplní sestra oddělení)	<input type="checkbox"/> Pacient edukován <input type="checkbox"/> Pacient lačný/ poslední jídlo a pití vhod. <input type="checkbox"/> Podána premedikace <input type="checkbox"/> Kontrola stavu chrupu <input type="checkbox"/> Šperky nemá Jiná upozornění: _____			
	Druh anestezie	<input type="checkbox"/> Celková <input type="checkbox"/> Místní <input type="checkbox"/> Epidurální <input type="checkbox"/> Spinální <input type="checkbox"/> Analgosedace <input type="checkbox"/> Blokáda periferního nervu <input type="checkbox"/> Anesteziologický dohled		
Intraoperační péče (viz. anesteziologický záznam)	<input type="checkbox"/> Kontrola anesteziologického přístroje a medicínálních plynů <input type="checkbox"/> Kontrola monitorovacího zařízení <input type="checkbox"/> Kontrola defibrilátoru <input type="checkbox"/> Kontrola léků k podání anestezie <input type="checkbox"/> Kontrola pomůcek k zajištění DC <input type="checkbox"/> Verifikace pacienta <input type="checkbox"/> Kontrola dokumentace <input type="checkbox"/> Kontrola teploty operačního sálu	Nežádoucí událost	ANO	NE
		Porušená kožní integrita		
		Záměna léku vč. transfuze		
		Poziční trauma		
		Pád		
		Porucha termoregulace		
		Jiná(chování pacienta, technické problémy)		
Invazivní intervence	<input type="checkbox"/> i.v. Kanyla <input type="checkbox"/> CŽK <input type="checkbox"/> i.a. kanyla <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> Moč. Katétr <input type="checkbox"/> Epidurální katétr <input type="checkbox"/> Jiná			
Pooperační stav	Dýchání <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Potřeba O2	Psychický stav <input type="checkbox"/> Klidný <input type="checkbox"/> Neklidný <input type="checkbox"/>	Fyziologické hodnoty	
	Bolest <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Dezorientace	TK	mmHg
	Doporučující analgezie: _____	<input type="checkbox"/> Agresivní	P	/min
	Vědomí <input type="checkbox"/> Lucidní <input type="checkbox"/> Reaguje <input type="checkbox"/> Nereaguje	Kůže <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Bledá <input type="checkbox"/> Cyanoza	SpO2	%
Kurarizace <input type="checkbox"/> Odeznělá <input type="checkbox"/> Přetrvává	Kardiovaskulárně <input type="checkbox"/> Stabilní <input type="checkbox"/> Nestabilní			
Pacienta předal/a:	Pacienta převzal/a: v hod.			

Zdroj: Vlastní; ČSARIM, 2012; ČESKO, 2012

Příloha 9 – Ohřivací jednotka



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

Příloha 10 – Pomůcky k prevenci dekubitů a otlaků



Zdroj: Vlastní fotodokumentace

PRŮVODCE ANESTEZIÍ

ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ
Nemocnice České Budějovice, a.s.
Primář oddělení: MUDr. Bohuslav KUTA, MBA

Před plánovanou operací nebo diagnostickým výkonem navštívíte anesteziologickou ambulanci. Připravte si, prosím, všechny dokumenty, které se týkají Vaší operace (doporučení, vyšetření chirurga, praktického lékaře nebo specialisty). V anesteziologické ambulanci je odborný lékař – **anesteziolog**, který zajišťuje anestezii.

Ten zhodnotí Váš zdravotní stav, případně doplní potřebná vyšetření a naordinuje premedikaci (léky navozující uklidnění). Uvítá sdělení Vaší předchozí zkušenosti s anestezií (komplikace, nevolnost) a společně s Vámi rozhodne o způsobu a druhu anestezie. Bude Vám předložen **Informovaný souhlas s anestezií**, který si pozorně přečtete a připravte si případné dotazy. Souhlas podepíšete společně s anesteziologem, a bude založen do dokumentace. Pokud jste z nějakého důvodu nemluvil/a s anesteziologem, požádejte o jeho návštěvu na příslušném oddělení.

Ochotně Vám zodpovíme jakýkoliv dotaz

ANESTEZIE je umělé navození spánku (celková anestezie) nebo znečítlivění určité části těla (regionální nebo svodná anestezie). Účelem je zajištění bezbolestného průběhu lékařského zákroku.

PŘED OPERACÍ

Pokud lékař neurčí jinak, od půlnoci nejezte a nepijte! Po příjmu na oddělení nekuřte!

Jestliže anesteziolog naordinuje večerní premedikaci, jedná se o lék na kvalitní spánek a zklidnění před operačním dnem. Anesteziolog také upraví medikaci, kterou běžně užíváte. Některé léky mohou ovlivnit podávané látky během anestezie. Pokud užijete ranní léky, zapijte je douškem vody.

PREMEDIKACE

Premedikace je v podobě tablety, kterou užijete ráno a zapijete douškem vody nebo injekce, kterou dostanete přibližně 30 minut před zahájením operace. Premedikace obsahuje tlumící léky a silná analgetika, proto po podání již sami nevstávejte z lůžka!!!

NEŽ POJEDETE NA OPERAČNÍ SÁL

Odložte všechny šperky, zubní protézu, odlakujte si nehty a dojděte se vymočit. Převléknete se do prádla (*anděla*) a na lůžku v doprovodu sestry a sanitáře pojedete na operační sál.

NA OPERAČNÍM SÁLE

Ve vstupním filtru budete přemístěni na operační stůl a do péče Vás převezme anesteziologický tým. Na případné dotazy Vám i zde rádi a ochotně odpovíme. Anesteziologická sestra s anesteziologem si ověří Vaši totožnost, a zda proběhla příprava v pořádku. Zajistí Vám žilní vstup (kanylu), pokud ho nebudete mít z oddělení. Napojí Vás na přístroj, který bude po celou dobu operace monitorovat krevní tlak, puls, EKG a kvalitu okysličení organismu (dýchání). Další postup je dle druhu anestezie. Po celou dobu operace je u Vás anesteziologický tým přítomen.

PO OPERACI

Závěr operace se liší typem anestezie. Váš zdravotní stav a fyziologické funkce sledujeme do předání ošetřujícímu personálu pooperačního pokoje, kde budete sledován/a ještě další 2 hodiny po operaci. V případě potřeby můžete být po operaci umístěn/a na JIP.

SVODNÁ ANESTEZIE

(epidurální, spinální)

Anesteziolog podá anestetikum do oblasti páteřního kanálu. Nastává znečítlivění dolních končetin, které se obnoví až v pooperačním období. V případě potřeby je zaveden katétr do stejné oblasti pro pooperační léčbu bolesti. Dle přání mohou být podány léky na pospávání.

CELKOVÁ ANESTEZIE

Anesteziolog podá anestetika do žíly (kanyly) a po usnutí zajistí dýchací cesty. Přísunem dalších léků i pomocí anesteziologického přístroje Vám zaručí klidný spánek a bezbolestnost. Po operaci anesteziolog ukončí anestezii tím, že zastaví přísun anestetik do organismu.

BLOKÁDY PERIFERNÍCH NERVŮ

Anesteziolog podá anestetika k nervu, který je zodpovědný za bolest v oblasti, která bude operovaná. Toto je provedeno v lokálním znečítlivění za pomoci speciální jehly, přístroje případně i ultrazvuku. Někdy je tento typ kombinován s celkovou anestezií. Znečítlivění přetrvává i několik hodin po operaci a zajišťuje pooperační bezbolestnost.

Zdroj: Vlastní

Příloha 12 - Evropská charta práv pacientů seniorů

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České Alzheimerovské společnosti.

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- Posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat.
- Léčit pacienta v případě onemocnění.
- Pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství.
- Zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými.
- Garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních

problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat že:

- Bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně.
- Mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným.
- Bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže komunikací či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí.
- Bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu.
- Bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech.
- Mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát Bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik.
- Bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama.
- Bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost.
- Jeho stížnosti budou řádně šetřeny, a že obdrží rychlou písemnou odpověď.
- Obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci.
- Mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- O zdravém způsobu života.
- O zdravé výživě.
- O pohybovém režimu a cvičení.

- Že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci. Dále je žádoucí aby:

- Nápis na lékovkách byly dostatečně čitelné.
- Se lékovky daly bez obtíží otevírat.
- Byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat že:

- Mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení.
- Ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem.
- Bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější.

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- Je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti.
- V těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a

rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- Vyšetření specializovaným týmem odborníků.
- Že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání.
- Že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- Specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení.
- V případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat že:

- Prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu.
- Bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů.
- Budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy.

- Multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta.
- Všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení.
- Zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Proto je důležité:

- Aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení.
- V případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů.
- Aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života.
- Aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice je žádoucí a nutné:

- Aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta.
- Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- Aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.

- Umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- Aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci.
- Aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým.
- Aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.

11. Respítní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok na:

- Pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče.
- Dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- Pobyt v denním centru
- Domácí péče
- Noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- Pomůcky pro inkontinentní

- Přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- Praní prádla
- Fyzioterapie
- Hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- Systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje. V instituci má starší občan právo očekávat:

- Že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám.
- Že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti.
- Že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv.
- Pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče.
- Že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování.