

SPECYFIKA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM GERIATRYCZNYM LECZONYM OPERACYJNIE

Specific nursing care for geriatric patients treated surgically



Irena Wojnicz-Michera, Katarzyna Juszcak

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 3: 120–127

Praca wpłynęła: 15.07.2013; przyjęto do druku: 30.05.2014

Adres do korespondencji:

dr n. o zdr. **Katarzyna Juszcak**, Wydział Medyczny, Katedra Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz, tel. 601-971-554, e-mail: kjuszcak@poczta.onet.eu

Streszczenie

Stworzenie optymalnych warunków dla pacjenta w wieku starszym pozwala na zaplanowanie profesjonalnej i całościowej opieki pielęgniarskiej.

Współwystępowanie kilku przewlekłych chorób, wielolekość oraz nakładanie się zmian chorobowych na zmiany będące skutkiem procesu starzenia znacznie zwiększają ryzyko operacji i znieczulenia w tej populacji wiekowej. Rozpoznanie problemów chorego i jego potrzeb jest zawsze korzystne, ponieważ umożliwia pielęgniarcę podjęcie działań, które je zminimalizują i skuteczniej przygotowują pacjenta do operacji, a w konsekwencji pozytywnie wpłyną na chorego i jego rodzinę.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego ma znaczący wpływ na okres okołoperacyjny i pooperacyjny, szczególnie u osób w wieku starszym. Ważną funkcję w działaniu przygotowawczym do operacji pełni zespół terapeutyczny (każdy według swojej kompetencji), w którym swoistą rolę odgrywa pielęgniarka.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska po operacji, pacjent geriatryczny, leczenie operacyjne.

Operacje wykonywane u osób w podeszłym wieku są obecnie elementem codziennej praktyki klinicznej. Proces starzenia i utrata rezerw fizjologicznych sprawiają, że chorzy ci w większym stopniu narażeni są na wystąpienie powikłań, a te z kolei generują problemy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w okresie okołoperacyjnym i pooperacyjnym [1].

Nazewnictwo ludzi w starości ze względu na wiek według Światowej Organizacji Zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia dolną granicę starości określa na 60 lat. Wiek podeszły (60–74 lat) jest

Summary

Creation of optimal conditions for the elderly patient makes it possible to plan a professional and comprehensive nursing care.

The coexistence of a number of chronic diseases at the same time and lesions overlapping changes resulting from the aging process significantly overstate the risk of surgery and anesthesia in this age population. The diagnosis of the patient's problems and his needs is always beneficial as it allows the nurse to take action to minimize them and better prepare for surgery, and consequently will have a positive impact on the patient and his family.

The effect of patient preparation for surgery has a significant impact on the perioperative and postoperative period particularly for people in the old age. A significant role in the preparation for operation plays the therapeutic team (each according to its competences), including a specific role of the nurse.

Key words: nursing care after surgery, geriatric patient, surgery.

wstępem do starości, kiedy możliwe jest zachowanie dobrej sprawności fizycznej, pozwalającej na czynne życie. Wiek starczy (75–89 lat) to starość właściwa, w której może (ale nie musi) występować znaczne ograniczenie sprawności i zaawansowanie procesu starzenia. W niniejszym opracowaniu będą używane w stosunku do „pacjenta geriatrycznego” określenia według nazewnictwa Światowej Organizacji Zdrowia [2].

Proces starzenia

Biologiczne starzenie ma charakter indywidualny, destrukcyjny i nieodwracalny. W tym procesie zamęt

powodują postępujące zaburzenia dotyczące pewnych aspektów normalnej integralności komórkowej [1]. Z czasem dochodzi do stopniowego podupadania funkcji fizjologicznych wszystkich komórek, tkanek i narządów (niezależnie od toczącego się procesu chorobowego). Obniża się aktywność szpiku kostnego i układu krzepnięcia (widoczne w morfologii krwi, czasie krzepnięcia). Zmniejsza się intensywność procesów życiowych. Redukcji ulega pojemność życiowa płuc, pojemność minutowa serca, zmniejsza się filtracja nerkowa, absorpcja z przewodu pokarmowego [1, 3]. Odrębnym zagadnieniem jest farmakodynamika i farmakokinetyka stosowanych leków. Świadomość zmniejszonej ilości receptorów wiążących leki w poszczególnych tkankach ustroju i mniejszej zdolności wiązania leków z białkami osocza z powodu obniżonego poziomu albumin potężona z obserwacją stanu klinicznego chorego umożliwia monitorowanie stężenia leku lub jego metabolitów w ustroju. Dotyczy to leków o wąskim indeksie terapeutycznym, w których przypadku różnica między dawką leczniczą a toksyczną jest niewielka. Obniżony poziom albumin powoduje wzrost stężenia wolnych substancji czynnych, a ich niskie stężenie w surowicy działa już terapeutycznie. Wiąże się to ze zmniejszonym zapotrzebowaniem na lek w czasie zabiegu chirurgicznego u ludzi w podeszłym wieku, co ma niebagatelne znaczenie w tej grupie pacjentów [1, 4].

Pojawiają się zmiany w układzie mięśniowym i w kośćcu. Zmniejsza się masa mięśniowa, napięcie, siła i ilość całkowitej wody w organizmie, a wzrasta zawartość tłuszczu, co ma wpływ na dystrybucję leków. Maleje wydolność wątroby i nerek, a to prowadzi do zmniejszenia metabolizmu i eliminacji leków z ustroju. Zmniejsza się również zdolność przystosowania do bodźców środowiskowych. Na skutek starzenia się ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego maleje szybkość odruchów i zmniejsza się zdolność do wykonywania ruchów precyzyjnych, pojawiają się zaburzenia funkcji poznawczych.

Typową cechą w starości jest wzrost liczby występujących przewlekłych chorób (somatycznych i psychicznych), czyli nasilenie wielochorobowości. Innym skutkiem procesu starzenia się jest brak możliwości adaptacyjnych w sytuacjach stresowych, w tym również odpowiedzi na stres operacyjny. Oznacza to, że w przypadku uszkodzenia jednego narządu ryzyko zmian wielonarządowych jest bardzo duże. Pojawia się również zjawisko wielolekowości, czyli przyjmowania każdego dnia co najmniej pięciu leków zaleconych przez lekarza. Zdarza się, że chorzy przyjmują ich więcej. Niestety, zjawisko wielolekowości zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, i to bez względu na rodzaj stosowanych leków. Objawy działań niepożądanych mogą być u osób starszych nietypowe i całkowicie odmienne niż u osób młodych. To zaciera charakterystyczny obraz kliniczny i utrudnia diagnostykę.

Klasyczną cechą u wszystkich starszych chorych jest nakładanie się objawów chorobowych na zmiany będące wynikiem procesu starzenia. Dlatego w starości postawienie wyraźnej granicy między fizjologią a patologią jest często trudne [5].

Do najczęściej spotykanych chorób współistniejących w wieku starszym należy zaliczyć schorzenia:

- układu sercowo-naczyniowego: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, ostra niewydolność lewokomorowa – obrzęk płuc, zaburzenie rytmu serca (komorowe i nadkomorowe),
- układu oddechowego: rozedma płuc, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- marskość wątroby,
- przewlekła niewydolność nerek,
- metaboliczne i endokrynne: cukrzyca, niedoczynność tarczycy,
- neurologiczne: udar mózgowy, niedokrwienny udar mózgu, stan padaczkowy,
- reumatologiczne: reumatoidalne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, dnawe zapalenie stawów,
- otyłość,
- psychiczne (otępienie starcze).

Wraz z wiekiem zwiększa się liczba infekcji, którym sprzyja upośledzenie funkcji limfocytów T, powodujących obniżenie odporności komórkowej, humoralnej i tolerancji immunologicznej własnych antygenów. Na zwiększenie liczby infekcji u ludzi w wieku podeszłym mają wpływ również:

- niedożywienie,
- nadużywanie antybiotyków,
- leczenie immunosupresyjne,
- nadużywanie cewników pęcherza moczowego,
- współistnienie cukrzycy [1].

Kwalifikacja osoby w starszym wieku do zabiegu chirurgicznego

Kwalifikacja do leczenia operacyjnego i stosowane metody są identyczne jak w innych grupach wiekowych. Wskazanie do zabiegu chirurgicznego występuje wtedy, gdy tylko operacja może uratować życie lub zdrowie pacjenta. Każda operacja jest urazem dla organizmu człowieka bez względu na wiek. Pociąga za sobą możliwość powikłań, które mogą się pojawić w trakcie zabiegu lub w okresie pooperacyjnym i czasami zagrażają życiu.

Operacja jest jednym z wielu sposobów leczenia. U ludzi w wieku podeszłym i starszym zabiegi operacyjne powinny być krótkie i mało rozległe. Rekomenduje się operacje dwuetapowe jako bezpieczne, np. operacja Hartmanna i późniejsze odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego u chorych z rakiem jelita grubego.

Na tym etapie następuje ścisła współpraca chirurga z anestezjologiem. Ma to szczególne znaczenie dla zminimalizowania stresu pooperacyjnego i ewentualnych powikłań pooperacyjnych. Decyzje o zabiegu podejmuje chirurg, a anestezjolog ocenia wydolność narządów i układów, które mogą mieć znaczenie dla okresu okołoperacyjnego i pooperacyjnego. Anestezjolog wybiera odpowiednią metodę znieczulenia dla pacjenta, ustala skład premedykacji i drogę jej podania.

Odrębność chirurgii wieku podeszłego polega na:

- innym przebiegu wielu chorób, o nietypowym zespole objawów klinicznych,
- obecności chorób współistniejących,
- innych wskazaniach do operacji i innych typach operacji,
- częściej występujących chorobach chirurgicznych nowotworowych, typowych dla wieku podeszłego,
- szczególnych wymaganiach okresu okołoperacyjnego (żywienie, pielęgnacja, rehabilitacja, wielospecjalistyczne leczenie) [1].

Ocena ryzyka operacyjnego

Oceny ryzyka operacyjnego dokonuje anestezjolog na podstawie:

- wywiadu dotyczącego przebytych i współistniejących chorób oraz aktualnie występujących dolegliwości lub ewentualnych powikłań pooperacyjnych u członków rodziny i ich nagłego zgonu;
- ryzyka zabiegu określonego według skali Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów (*American Society of Anaesthesiology – ASA*) i Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*American College of Cardiology – ACC*). Skala ASA służy do standardowej oceny stanu fizycznego chorego, nie określa jednak stopnia ryzyka związanego ze znieczuleniem ogólnym i zabiegiem chirurgicznym w zależności od wieku, masy ciała, rodzaju i rozległości zabiegu [6];
- wydolności czynnościowej chorego – wprowadzono pojęcie MET (*metabolic equivalent*) odpowiadające zużyciu tlenu przez ważącego 70 kg, 40-letniego mężczyznę pozostającego w spoczynku. Wartość powyżej 7 MET świadczy o dobrej wydolności. Grupa uzyskująca 4–7 MET jest obciążona umiarkowanym ryzykiem. Wartość 4 MET uzyskują pacjenci zdolni jedynie do wykonania codziennych czynności;
- ryzyka związanego z procedurą chirurgiczną i znieczuleniem;
- trybu operacji – planowy czy nagły;
- stanu chorego określanego na podstawie badań laboratoryjnych (morfologia krwi, badanie ogólne moczu, poziom elektrolitów, poziom glukozy na czczo itp.) oraz badań pracownianych (EKG, RTG);
- informacji o przyjmowanych aktualnie lekach i ich stężeniu we krwi;

- analizy badań laboratoryjnych i pracownianych oraz badania osłuchowego.

Lekarz prowadzący zleca premedykację adekwatną do wieku, stanu chorego, rozległości zabiegu chirurgicznego i planowanego znieczulenia [1, 2, 6].

Postępowanie z osobą w wieku starszym

Osoba w wieku starszym wymagająca interwencji chirurgicznej i znieczulenia potrzebuje szczególnego traktowania okołoperacyjnego i pooperacyjnego wynikającego z ryzyka tej populacji, wymuszającego rygorystyczne podejście do oceny stanu klinicznego i towarzyszących obciążeń.

W przygotowaniu przedoperacyjnym można wyróżnić dwa etapy – przygotowanie psychiczne i fizyczne, które dzielą się na dalsze i bliższe [2].

Przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego ma na celu uzyskanie dobrego stanu ogólnego oraz wyrównanie zaburzeń metabolicznych i czynności narządów na tyle, na ile jest to możliwe w konkretnej sytuacji chorobowej. Takie działania są bardzo istotne, ponieważ odpowiednie przygotowanie przed operacją może mieć decydujący wpływ na przebieg śródoperacyjny i pooperacyjny oraz ostateczny wynik leczenia.

Przygotowanie psychiczne

Przygotowanie psychiczne do operacji podejmuje lekarz anestezjolog z chirurgiem i przedstawicielami innych specjalności, takimi jak pielęgniarka, fizjoterapeuta, nieraz psycholog – każdy w ramach w swojej wiedzy i kompetencji. Integruje on opiekę nad chorym od momentu podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym do ukończenia leczenia stacjonarnego [6, 8].

Przygotowanie psychiczne dalsze do operacji w trybie planowym ma na celu:

- wytworzenie atmosfery zaufania do personelu leczącego oraz przekonanie pacjenta o pełnej kontroli sytuacji okołoperacyjnej, w jakiej się znajdzie,
- wyjaśnienie choremu wszelkich niezrozumiałych dla niego kwestii dotyczących schorzenia i konieczności wykonania operacji, znieczulenia, a także ich ewentualnych powikłań,
- eliminowanie niepokoju, lęku i strachu pacjentów przed okaleczeniem, znieczuleniem i śmiercią,
- poznanie zwyczajów seniora i rozpoznanie jego problemów wynikających z ograniczeń i trudności w samoobsłudze,
- pozyskanie pacjenta do współpracy w usprawnianiu układu oddechowego (wykonywanie ćwiczeń mięśni biorących udział w oddychaniu i ćwiczeń oddechowych oporowych w celu rozprężenia pęcherzyków płucnych jako zapobieganie powstawaniu niedodmy

- i zapalenia płuc) oraz układu ruchu (wykonywanie ćwiczeń polegających na napinaniu i rozluźnianiu mięśni, głównie kończyn dolnych, górnych i mięśni brzucha, a także prostowaniu kończyn w stawach, obrotach stóp na boki i zginaniu palców stóp – zapobiegają one powikłaniom zakrzepowo-zatorowym),
- dostarczenie pacjentom dokładnej, rzetelnej i satysfakcjonującej wiedzy, która pozwala na dokładniejszą orientację w stanie własnego zdrowia, umożliwia redukcję napięcia i niepewności oraz pozwala zrozumieć celowość procedur i zasad przygotowania przedoperacyjnego,
 - włączenie pacjenta do współpracy w przygotowaniach dietetycznych (dostarczenie niezbędnych składników odżywczych i wyrównanie niedoborów, w tym białka, składników mineralnych i witamin) oraz farmakologicznych w celu doprowadzenia poszczególnych narządów i układów (układu krążenia, gruczołów dokrewnych i in.) do możliwie najlepszego stanu,
 - rozwianie wszelkich obaw i wątpliwości chorego poprzez przekazanie w sposób jasny i zrozumiały wyczerpujących informacji o czekających go zabiegach i procedurach,
 - utrwalanie pozytywnego myślenia na temat postępowania w okresie okołoperacyjnym i pooperacyjnym poprzez powtarzanie wyjaśnień tak często, jak wymaga tego pacjent,
 - omówienie przez lekarza metody znieczulenia, składu leków, które zostaną zastosowane w premedykacji, i ich działania,
 - zapoznanie chorego z kolejnością czynności, jakie wykona osobiście anestezjolog tuż przed podaniem znieczulenia,
 - zorganizowanie spotkania z pacjentem w wieku chorego, który jest po zabiegu chirurgicznym, a obecnie w okresie rekonwalescencji.

Przygotowanie fizyczne dalsze do zabiegu w trybie planowym

Ze względu na odrębności fizjologiczne ludzie starszy wymagają specjalnego przygotowania do operacji i znieczulenia oraz innego – bardziej starannego – postępowania przed, w trakcie i po zabiegu. Istotną rolę w tym postępowaniu odgrywa pielęgniarka oddziału chirurgicznego. Holistyczne podejście do chorego oznacza całościowe przygotowanie do operacji. Dotyczy to tych chorych, którzy wymagają wykonania skomplikowanych badań diagnostycznych lub poprawy stanu zdrowia na tyle, aby wykonanie zabiegu było możliwe.

Procedura przygotowania fizycznego dalszego przed planowanym zabiegiem chirurgicznym obejmuje okres od przyjęcia chorego na oddział do dnia poprzedzającego operację. W takim trybie operuje się pacjentów,

których schorzenie wymaga leczenia operacyjnego, ale aktualnie nie zagraża życiu.

Działania przygotowawcze obejmują:

- badanie podmiotowe, przeprowadzenie wywiadu (na temat przebytych chorób, schorzeń współistniejących, przyjmowanych leków, obciążeń dziedzicznych, przebytych operacji, sytuacji rodzinnej i społecznej). W trakcie badania należy zwrócić uwagę na zabarwienie skóry (bladość powłok, sinica), obecność duszności spoczynkowej, stan niedożywienia, obecność szmerów podczas osłuchiwania serca;
- szczegółową diagnostykę z udziałem konsultanta danej specjalności pozwalającą na jednoznaczny ocenę stanu ogólnego lub zmian patologicznych w danym narządzie czy układzie (konsultacja kardiologiczna, internistyczna, neurologiczna, ginekologiczna, badania endoskopowe, EKG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia i in.);
- wyrównanie niedoborów elektrolitowych, pokarmowych, białka, witamin, co pozwala zmniejszyć ryzyko operacyjne;
- przygotowanie farmakologiczne – podanie leków w celu doprowadzenia poszczególnych narządów lub układów do najlepszego stanu funkcjonalnego w chorobach krążenia i innych;
- kontrolę szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B;
- wykonanie podstawowych, niezbędnych badań laboratoryjnych i specjalistycznych – grupa krwi i czynnik Rh, morfologia krwi i rozmaz krwinek, hematokryt, OB, próba krzyżowa, stężenia we krwi parametrów nerkowych (kreatynina, mocznik), wątrobowych (AspAT, AlAT, bilirubina), elektrolitów, CRP i glukozy, czas krzepnięcia, bilans płynów, EKG spoczynkowe, echokardiografia obciążeniowa, EKG Holter, RTG klatki piersiowej, badanie ogólne moczu, badanie czynnościowe układu oddechowego, np. FVC (natężona pojemność życiowa), PET (maksymalny szczytowy przepływ wydechowy), **badanie gazometryczne krwi** w sytuacji stwierdzenia odchylenia w badaniu czynnościowym;
- wykonanie innych badań w zależności od aktualnego stanu pacjenta, jego choroby podstawowej i chorób współistniejących;
- uzyskanie zgody pacjenta na wykonanie zabiegu (podpis pacjenta w historii choroby);
- w przypadku operacji jelita grubego, odbytnicy lub odbytu – dopilnowanie, aby przez kilka dni przed zabiegiem pacjent był na diecie płynnej i otrzymał środki przeczyszczające w celu oczyszczenia jelita z mas kałowych.

Przed operacją obowiązuje zakaz palenia tytoniu i picia alkoholu. Należy podać tylko zlecone leki [2, 7, 9].

Wyniki przeprowadzonych badań powinny być umieszczone w historii choroby pacjenta do dyspozycji lekarza prowadzącego i konsultantów.

Przygotowanie fizyczne bliższe do zabiegu w trybie planowym

Postępowanie to obejmuje czynności wykonywane w przeddzień i w dniu zabiegu chirurgicznego, przed przewiezieniem chorego na blok operacyjny.

W przeddzień zabiegu pielęgniarka oddziału:

- wykonuje zlecenia anestezjologa ustalone w trakcie wizyty premedykacyjnej,
- omawia z chorym konieczność nieprzyjmowania pokarmów stałych 10–12 godzin przed zabiegiem, a płynnych 6–8 godzin (zależy to również od rodzaju zabiegu),
- przygotowuje przewód pokarmowy pacjenta odpowiednio do rodzaju zabiegu i tego, czy zabieg będzie wykonany na przewodzie pokarmowym, narządach miednicy lub krocza (enema, wlew), wlew można powtórzyć w dniu operacji, 3 godziny przed zabiegiem,
- jeśli operacja nie jest wykonywana na przewodzie pokarmowym, podaje pacjentowi środek przeczyszczający (czopek),
- pozostawia chorego na czczo,
- zapobiega zakrzepicy (założenie pończoch zapobiegających zatorom lub bandażowanie),
- w razie potrzeby pomaga w czynnościach higienicznych – kąpiel z dodatkiem wskazanego środka odkażającego i toaleta jamy ustnej,
- zmienia bieliznę pościelową i piżamę,
- wykonuje próbę na środek odkażający stosowany na bloku operacyjnym do dezynfekcji pola operacyjnego.

Przygotowanie psychiczne bliższe do operacji

Przyjazna i szczerza rozmowa z lekarzem anestezjologiem i uzyskanie od niego informacji prawie zawsze uspokaja pacjenta i poprawia jego stan emocjonalny. Chorzy boją się znieczulenia, oczekują wręcz na wizytę anestezjologa. Kontakt z nim jest dla nich ważniejszy niż rozmowa z chirurgiem. Ważny jest również kontakt z najbliższą rodziną i czasem księdzem. Istotne znaczenie mają również dobrze zaplanowane i wykonane czynności przygotowawcze do zabiegu, np. wlew przeczyszczający i rozmowa z pielęgniarką, która wyjaśni cel takiego przygotowania, co również wpływa na dobry stan psychiczny pacjenta [6].

Zadania pielęgniarki w dniu operacji

W dniu operacji pielęgniarka sprawdza, czy nie ma przeciwwskazań do zabiegu (np. podwyższona temperatura ciała, kaszel, krwawienie miesięczne u kobiet), wykonuje zlecenia zgodnie z kartą zleceń (założenie cewnika do pęcherza moczowego lub sondy do żołądka) i przygotowuje pole operacyjne – usuwa owłosienie

z okolicy planowanej rany operacyjnej. Najlepszy sposób to golenie owłosionej skóry co najmniej 1–2 godziny przed operacją maszynką do golenia jednorazowego użytku. Celem zabiegu jest redukcja bakterii w polu operacyjnym i niedopuszczenie do mikroskopijnych skałeczeń skóry w czasie golenia. Należy też skontrolować, czy paznokcie pacjentki nie są pokryte lakierem (uniemożliwia to obserwację objawów niedotlenienia – sini-cy widocznej na płytkach paznokciowych).

W dniu zabiegu powtarzana jest kąpiel całego ciała z zastosowaniem środka odkażającego, którą chory wykonuje sam lub z pomocą. Do mycia miejsca operowanego należy użyć chlorheksydyny, co zmniejsza liczbę bakterii na powłokach skórnych. Chory myje jamę ustną i zęby oraz odkaża je (np. środkiem Eludril), usuwa protezy zębowe, zdejmuje okulary lub soczewki kontaktowe, spinki do włosów, biżuterię, zegarek, zakłada czepek na głowę. Pielęgniarka powinna przypomnieć choremu o opróżnieniu pęcherza moczowego.

W przypadku żyłaków na kończynach dolnych pielęgniarka bandażuje nogi opaską elastyczną, aby zapobiec zaleganiu krwi w żyłach, a przez to zmniejszyć ryzyko powstawania zakrzepicy żyłnej w okresie pooperacyjnym.

Do czynności pielęgniarki należy założenie choremu bielizny operacyjnej i podanie premedykacji 0,5–1 godziny przed operacją lub według wskazówek anestezjologa.

Ważne jest umożliwienie choremu widzenia z rodziną i duchownym.

Premedykacja

Premedykacja to farmakologiczne przygotowanie do znieczulenia. Ustalana jest indywidualnie dla każdego chorego. Anestezjolog wykonuje badanie ostuchowe chorego, analizuje wyniki badań laboratoryjnych oraz zapoznaje się z oceną stanu zdrowia dokonaną przez lekarza konsultanta i jego zleceniami. Na podstawie tej wiedzy zleca premedykację adekwatną do wieku, stanu chorego, planowanego znieczulenia, a szczególnie schorzeń współistniejących. Chory otrzymuje leki pół godziny przed operacją, najczęściej w iniekcji domięśniowej.

Pożądane działania premedykacji to:

- zniesienie lęku, uspokojenie chorego,
- ułatwienie wprowadzenia do znieczulenia,
- zmniejszenie przemiany materii, co pozwala ograniczyć dawki środków stosowanych podczas znieczulenia,
- zmniejszenie zapotrzebowania ustroju na tlen,
- zmniejszenie wydzielania w drogach oddechowych,
- zapobieganie nudnościom i wymiotom,
- spowodowanie niepamięci wstecznej,
- osłabienie odpowiedzi współczulno-nadnerczowej,

- zapobieganie niekorzystnemu działaniu leków stosowanych w znieczuleniu ogólnym,
- zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego i zwiększenie jego pH,
- wytłumienie nadmiernych reakcji układu nerwowego wegetatywnego.

Obecnie do najczęściej używanych leków w premedykacji należą: benzodiazepina, droperidol (dehydrobenzperidol), pochodne fenotiazynowe (np. promazyna, chlorpromazyna oraz hydroksyzyna). W premedykacji stosuje się także midazolam w postaci tabletki w dawce 7,5 mg. Po podaniu premedykacji pacjent nie opuszcza już łóżka. Do usmierzania bólu stosuje się morfinę, petydynę, fentanyl.

O określonej godzinie lub po telefonicznym wezwaniu z bloku operacyjnego pielęgniarka zawozi pacjenta na salę operacyjną i przekazuje wraz z pełną dokumentacją (historia choroby, karta zleceń, karta gorączkowa, wyniki badań i wpis konsultacji, dokumentacja anestezyjologiczna) pielęgniarkę anestezyjologiczną [1, 7, 9].

Przygotowanie fizyczne chorego do operacji w trybie nagłym

Zabieg chirurgiczny w trybie nagłym wykonuje się ze wskazań życiowych, np. niedrożność przewodu pokarmowego, przedziurawienie wrzodu do wolnej jamy otrzewnej, rozlane zapalenie otrzewnej. Stan chorego jest zwykle ciężki. Ryzyko operacyjne pacjenta geriatrycznego operowanego w trybie nagłym jest bardzo wysokie z powodu występowania w tej grupie wielochorobowości i wielolekowości. Nie ma czasu na optymalne przygotowanie chorego do operacji i znieczulenia, a oczekiwanie na poprawę stanu ogólnego działa na niekorzyść chorego.

Podejmowane są próby określenia czynników ryzyka według skali ASA i kwalifikowania pacjentów do odpowiednich grup. Skala ASA określa fizyczny stan chorego, ale nie określa stopnia ryzyka związanego ze znieczuleniem i zabiegiem. Można natomiast na jej podstawie ustalić prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w czasie znieczulenia lub po nim [8].

Przygotowanie bliższe w przypadku operacji w trybie nagłym jest ograniczone do minimum i obejmuje:

- wykonanie niezbędnych (pomiar ciśnienia krwi, tętna, oddechów, temperatury, EKG, oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh, pobranie krwi na próbę krzyżową, morfologię, poziom elektrolitów oraz inne wg zlecenia lekarskiego),
- założenie dostępu żylnego i podłączenie kroplowego wlewu dożylnego (zgodnie z kartą zleceń),
- poinformowanie pacjenta, że nie wolno mu przyjmować żadnych pokarmów i płynów doustnie (płyny będą podawane dożylnie),
- umycie pacjenta, samodzielne lub z pomocą, jeśli sytuacja tego wymaga (należy użyć środka odkażającego

do umycia miejsca operacyjnego w celu zmniejszenia liczby bakterii),

- ogolenie pola operacyjnego,
- usunięcie protezy, zdjęcie okularów, spinek do włosów, zmycie lakieru z paznokci, makijażu, włożenie czepka na głowę,
- opróżnienie pęcherza moczowego (cewnikowanie, gdy jest to konieczne),
- założenie sondy, jeśli wymaga tego zabieg,
- założenie bielizny operacyjnej,
- zabezpieczenie biżuterii i rzeczy wartościowych,
- podpisanie przez pacjenta zgody na wykonanie zabiegu chirurgicznego,
- podanie premedykacji, jeśli jest takie zlecenie (chory może otrzymać ją w sali operacyjnej),
- przewóz na salę operacyjną chorego wraz z dokumentacją.

Przygotowanie psychiczne chorego do operacji w trybie nagłym

Przygotowanie psychiczne do zabiegu chirurgicznego wykonywanego w trybie nagłym jest szczególnie ważne, ponieważ pacjent na ogół jest zaskoczony sytuacją, w jakiej się znalazł. Chorego należy poinformować o skutkach działania leków: uczucie senności i suchości w ustach. Pielęgniarka towarzyszy choremu w drodze do sali operacyjnej i pozostaje z nim aż do momentu przekazania personelowi bloku operacyjnego.

Pacjentowi należy umożliwić kontakt telefoniczny z rodziną, jeżeli nie towarzyszy mu ona w szpitalu.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po operacji

Po przewiezieniu pacjenta na oddział chirurgiczny pielęgniarka sprawdza jego tożsamość, odbiera dokumentację medyczną i zlecenia lekarskie. Zobowiązana jest do obserwacji stanu chorego, który może w każdej chwili się zmienić. Wszelkie czynności wykonywane przy pacjencie powinny być w sposób czytelny udokumentowane w odpowiednich kartach obserwacji.

Pielęgniarka opiekująca się chorym zwraca szczególną uwagę na następujące czynności:

- ocena stanu świadomości chorego – prowadzona regularnie pozwala ocenić, czy pacjent jest wybudzony, czy zachowany jest logiczny kontakt oraz czy reaguje na bodźce zarówno słowne, jak i dotykowe;
- kontrola ciśnienia tętniczego i tętna – powinna być dokonywana i dokumentowana co 15–30 minut w ciągu pierwszych dwóch godzin po operacji, a później w zależności od rodzaju operacji i stanu chorego co 2–3 godziny. Zaburzenia tych parametrów mogą być pierwszymi objawami powikłań pooperacyjnych;

- obserwacja oddechu – należy zwrócić uwagę na głębokość i szybkość oddechów;
- kontrola diurezy – często pacjenci po operacjach mają założony do pęcherza moczowego cewnik Foley, który umożliwia dokładną kontrolę diurezy oraz ocenę jakościową wydalanego moczu. Chorzy, którzy nie mają cewnika, powinni oddać mocz w ciągu 6–8 godzin od momentu zakończenia operacji [10, 11];
- ocena zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych – zaburzenia zabarwienia w postaci zasinienia, zblednięcia czy wydłużonego powrotu kapilarnego mogą świadczyć o rozwijającym się niedotlenieniu lub hipowolemii;
- kontrola temperatury ciała – szczególnie ważny jest wzrost ocieplenia, który może świadczyć o rozwijających się powikłaniach infekcyjnych lub anestezjologicznych [10, 12];
- zwalczanie bólu pooperacyjnego – konieczna jest systematyczna ocena nasilenia dolegliwości bólowych oraz skuteczne ich zwalczanie. Środki przeciwbólowe powinny być podawane w regularnych odstępach czasu, aby uzyskać skuteczny poziom analgezji, zapewniający chorym komfort psychiczny i fizyczny;
- obserwacja rany pooperacyjnej oraz drenów wyprowadzonych z powłok ciała – konieczna jest kontrola szczelności szwów oraz ilości wypływającej do opatrunku wydzieliny. Należy utrzymać drożność drenów wyprowadzonych z powłok ciała, odpowiednio je oznaczyć i zabezpieczyć przed ewentualnym wypadnięciem [10, 12, 13];
- wykonywanie zleceń lekarskich, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych;
- pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zależności od stanu chorego;
- zapewnienie ciszy i spokoju oraz przyjaznej atmosfery;
- pomoc w zapewnieniu wygodnej pozycji w łóżku, która nie tylko poprawia komfort pacjenta, lecz także zmniejsza dolegliwości bólowe;
- aktywne słuchanie chorego i reagowanie na skargi;
- wczesna aktywizacja pacjenta, która zapobiega powikłaniom pooperacyjnym i umożliwia przywrócenie sprawności;
- wyjaśnienie celowości prowadzonych działań leczniczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, co zmniejsza niepokój i lęk chorego związany z niepewnością co do dalszego funkcjonowania po zakończeniu hospitalizacji [14–18];
- dokładne i czytelne prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

W okresie pooperacyjnym należy przygotować pacjenta i jego rodzinę do powrotu do domu. Powinno się usamodzielniać go na tyle, aby nie wymagał pomocy ze strony innych osób. Jeśli pacjent będzie potrzebował sprzętu rehabilitacyjnego bądź materiałów opatrunkowych, konieczne jest poinformowanie rodziny, gdzie można je zakupić. Również w obecności rodziny powin-

no się wyjaśnić pacjentowi celowość stosowanej diety oraz czas jej przestrzegania. Przed odejściem chorego z oddziału warto sprawdzić, czy zrozumiał wszystkie wskazówki i zalecenia. Osobom starszym można zapisać na kartce informacje dotyczące diety, dawkowania leków czy wizyty kontrolnej, ponieważ pacjent odpowiednio przygotowany do opuszczenia szpitala chętniej wraca do środowiska domowego [19].

Podsumowanie

Stworzenie optymalnych warunków dla pacjenta w wieku starszym pozwala na zaplanowanie profesjonalnej i całościowej opieki pielęgniarstwa.

Współwystępowanie jednocześnie kilku przewlekłych chorób, wielolekowość oraz nakładanie się zmian chorobowych na zmiany będące skutkiem procesu starzenia zawiąza w znacznym stopniu ryzyko operacji i znieczulenia w tej populacji wiekowej. Rozpoznanie problemów chorego i jego potrzeb jest zawsze korzystniejsze, ponieważ umożliwia pielęgniarce podjąć działania, które je zminimalizują i skuteczniej przygotowują do operacji, a w konsekwencji pozytywnie wpłyną na chorego i jego rodzinę.

Efekt przygotowania pacjenta do zabiegu chirurgicznego ma znaczący wpływ na okres okołoperacyjny i pooperacyjny, szczególnie u osób w wieku starszym. Znaczącą rolę w działaniu przygotowawczym do operacji odgrywa zespół terapeutyczny (każdy według swojej kompetencji), w tym swoistą funkcję pełni pielęgniarka.

Piśmiennictwo

1. Jastrzębski J. Przedoperacyjna ocena i postępowanie okołoperacyjne u chorych w wieku podeszłym, czas. Postęp Nauk Medycznych 2008; 11: 712-721.
2. Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010; 125.
3. Hamrick I, Weiss G, Lippert H, Meyer F. Geriatric problems in the perioperative management of surgical interventions. Zentralbl Chir 2005; 130: 41-47.
4. Murphy JB. The post-operative care of the older patient: the geriatric and rehabilitation perspective. R I Med J 1991; 74: 211-219.
5. Pędich W, Jakubowska D, Kunda T. Pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1974; 12-15.
6. Wieczorkowska-Tobis K. Specyfika pacjenta starszego. www.wydawnictwopzwl.pl/download/228210100.pdf.
7. Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstwa oddziałów chirurgii ogólnej. Wyd. II uzupełnione. PWSzZ w Opolu, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008; 18-30.
8. Klimczyk A, Niechwiadowicz-Czapka T. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego. PWSzZ w Opolu, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008; 35-43.
9. Walewska E (red.). Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 107-121.
10. Jarczyk W, Szulc R (red.). Postępowanie okołoperacyjne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 13-48.
11. Kapała W. Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006; 31-35.

12. Jarmusz K. Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu w obrębie klatki piersiowej ze szczególnym uwzględnieniem guzów przetyku. *Pol Merk Lek* 2009; 155: 572-574.
13. Szewczyk J, Bajon A. Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem z wyłonioną stomią jelitową. *Pol Merk Lek* 2009; 155: 575-578.
14. Manias E. Pain and anxiety management in the postoperative gastrosurgical setting. *J Adv Nurs* 2003; 6: 585-594.
15. Cierzniaowska K, Banaszekiewicz Z, Szewczyk MT. Rana okołostomijna i zmiany skórne wokół stomii. W: *Leczenie ran przewlekłych*. Szewczyk MT, Jawień A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 152-161.
16. Kozłowska E, Cierzniaowska K, Szewczyk MT i wsp. Jakość życia chorych ze stomią jako aspekt opieki interdyscyplinarnej. III Ogólnopolska Konferencja PTPA „Od nauki do zintegrowanej praktyki”. Bydgoszcz, 17–18 maja 2012. *Piel Chir Angiol* 2012; 6: 89.
17. Szewczyk MT, Cierzniaowska K. Sprawozdanie z międzynarodowego wielośrodkowego badania Osmose. IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego „Wyzwania i trendy w specjalistycznej opiece nad chorym w chirurgii ogólnej i naczyniowej”. Bydgoszcz, 21–22 maja 2014. *Piel Chir Angiol* 2014; 8: 88.
18. Szewczyk M, Ślusarz R. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2006; 61-69.
19. Andruszkiewicz A, Idczak H, Kocięcka A i wsp. Subiektywna ocena opieki pielęgniarskiej a poziom lęku i depresji u pacjentów chirurgicznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1: 46-48.