Zdravstvena njega bolesnika starije životne dobi

Radovanović, Snježana

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:603600

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Snježana Radovanović

ZDRAVSTVENA NJEGA KIRURŠKIH BOLESNIKA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Završni rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Snježana Radovanović

ZDRAVSTVENA NJEGA KIRURŠKIH BOLESNIKA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

HEALTH CARE OF ELDERLY PATIENTS IN SURGERY

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Dragica Kustura, profesor

Split, 2016.

Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici Dragici Kustura, prof., što je svojim znanjem i iskustvom uvelike pomogla pri izradi ovoga rada.

Hvala mojim kolegama na razumijevanju i pomoći da svoje radne obaveze uskladim sa školovanjem. Veliko hvala mojim prijateljima koji su vjerovali u mene i bili mi poticaj.

Najveće hvala mojoj obitelji na strpljenju, bili ste mi oslonac i podrška da moje školovanje uspješno privedem kraju.

SADRŽAJ

1. UVOD……1

1.1 Starija životna dob……....……1

1.2 Kronične bolesti i smrtnost……..……...2

1.3 Kirurški bolesnici starije životne dobi……..……..4

1.3.1. Specifičnosti osoba starije životne dobi…….……6

1.3.2. Procjena operacijskog rizika…….....8

1.3.3. Najčešći uzroci hospitalizacija starijih osoba na kirurškom odjelu.10

2. CILJ RADA……...……..12

3. RASRAVA……..……13

3.1. Prijem bolesnika i uzimanje sestrinske anamneze……13

3.2. Prijeoperacijska zdravstvena njega…….……..14

3.2.1. Fizička priprema…….……15

3.2.2. Psihološka priprema…….……...16

3.2.3. Neposredna prijeoperacijska priprema bolesnika……...16

3.2.4. Problemi iz zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju……...17

3.3. Intraoperacijska zdravstvena njega……..……20

3.4. Poslijeoperacijska zdravstvena njega……...20

3.4.1. Postoperativne poteškoće i komplikacije……...…….22

3.4.2. Rana mobilizacija bolesnika nakon operacije…….23

3.4.3. Postupak s kirurškom ranom i drenom……...……23

3.4.4. Problemi iz zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju…....24

3.4.5. Otpust i zdravstveni odgoj bolesnika……..26

4. ZAKLJUČAK…….....29

5. LITERATURA……..……..30

6. SAŽETAK……...……32

7. SUMMARY……...…..34

8. ŽIVOTOPIS……...……35

1. UVOD

U ovom radu obrađivati će se zdravstvena njega kirurških bolesnika starije životne dobi. Takvi bolesnici su osobe koje su operirane, te zahtijevaju posebnu njegu i specifične postupke u skladu s njihovim potrebama, a vezano za operaciju kojoj su bili podvrgnuti. Prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda kao dobna granica kada se osobe svrstavaju u stariju životnu dob je 65 godina. Zahvaljujući porastu životnog standarda i unaprjeđenju zdravstvene zaštite, već desetljećima je prisutan stalni porast osoba starije životne dobi, te produženje očekivanog životnog vijeka pojedinca. Usporedba demografskog stanja Hrvatske s drugim europskim državama pokazuje da Hrvatska spada među države s najstarijom populacijom. Udio starijih osoba u pučanstvu Hrvatske 2011. godine čini čak 17,7% (1). Starenje populacije dovodi do sve većeg broja kirurških bolesnika u starijoj dobi, te se u skladu sa specifičnostima tog životnog razdoblja treba uskladiti i edukacija zdravstvenih djelatnika s ciljem unaprjeđenja zdravlja starijih osoba i podizanja kvalitete zdravstvene skrbi. Zbog starenja populacije sve važnije mjesto zauzima znanstvena disciplina gerontologija koja proučava starenje u najširem smislu, te usporedno s time gerijatrijska zdravstvena njega kao temeljna njega osoba starije životne dobi (gerijatrijskih korisnika).

1.1. Starija životna dob

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, koje se može odrediti prema kronološkoj dobi (nakon 65 godine života), prema socijalnim ulogama i statusu (nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). Svjetska zdravstvena organizacija stariju životnu dob kronološki dijeli na raniju (65-74 godine), srednju (75-84 godine) i duboku starost (starije od 85 godina) (1).

Teorije starenja možemo svrstati u tri skupine a to su:

- Biološke teorije-starenje je određeno najvećim dijelom genetikom, ali i rezultat akumuliranih oštećenja iz svakodnevnog života koje utječu na proces starenja.

- Sociološke teorije- objašnjavaju promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja, utjecaj kulture i društva na starenje pojedinca, te utjecaj starenja pojedinca na društvo.
- Psihološke teorije- prihvaćanje gubitaka i uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života u tim okolnostima (prilagodba na smanjenu snagu, niže prihode, smrt bliskih osoba), razmišljanje o ostvarenim ciljevima te pronalazak zadovoljstva i ispunjenosti ostvarenjem tih ciljeva (ostvarenje ciljeva smanjuje strah od smrti, a neostvareni ciljevi vode u očaj i neprihvaćanje vlastite starosti) (2).

Starost je prirodna, normalna i fiziološka pojava koja je specifična za svakog pojedinca, te se podjele i teorije koje daju objašnjenja o fiziologiji starenja često isprepliću. Zbog svega gore navedenog pri planiranju i provođenju zdravstvene njege potrebna je individualna procjena osoba starije životne dobi.

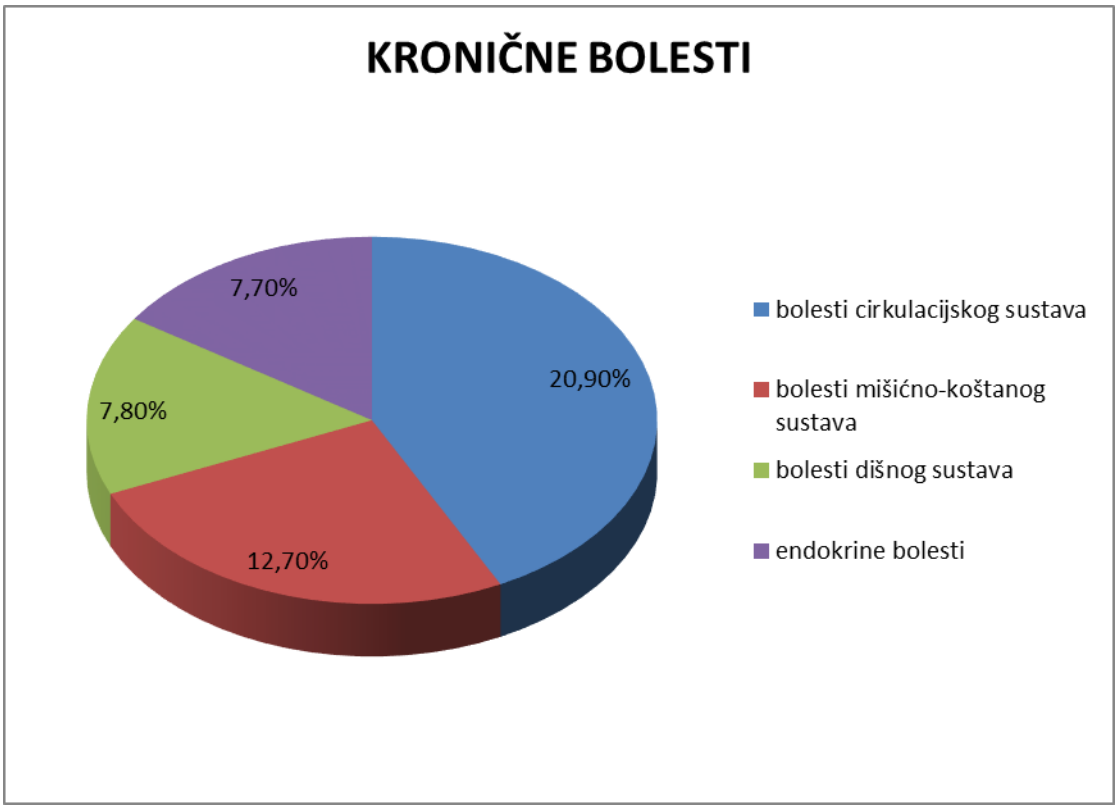
1.2. Kronične bolesti i smrtnost

Starenjem nastaju brojne promjene u organizmu, ali se i povećava učestalost kroničnih bolesti, te komplikacija uzrokovanih njima. Ako se uspoređuje stopa smrtnosti kod bolesnika starijih od 70 godina u odnosu na broj kroničnih bolesti od kojih boluju dolazi se do sljedećeg zaključka: kod osoba iz zdrave populacije ili sa jednom kroničnom bolesti stopa smrtnosti iznosi 1,5 %, dok je kod iste dobne skupine, ali uz prisutnost dvije ili više kroničnih bolesti smrtnost porasla na 16,2 % (3).

Prema izvješćima iz primarne zdravstvene zaštite u 2014. godini broj utvrđenih bolesti i
stanja zabilježenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine iznosi 29,3 %.

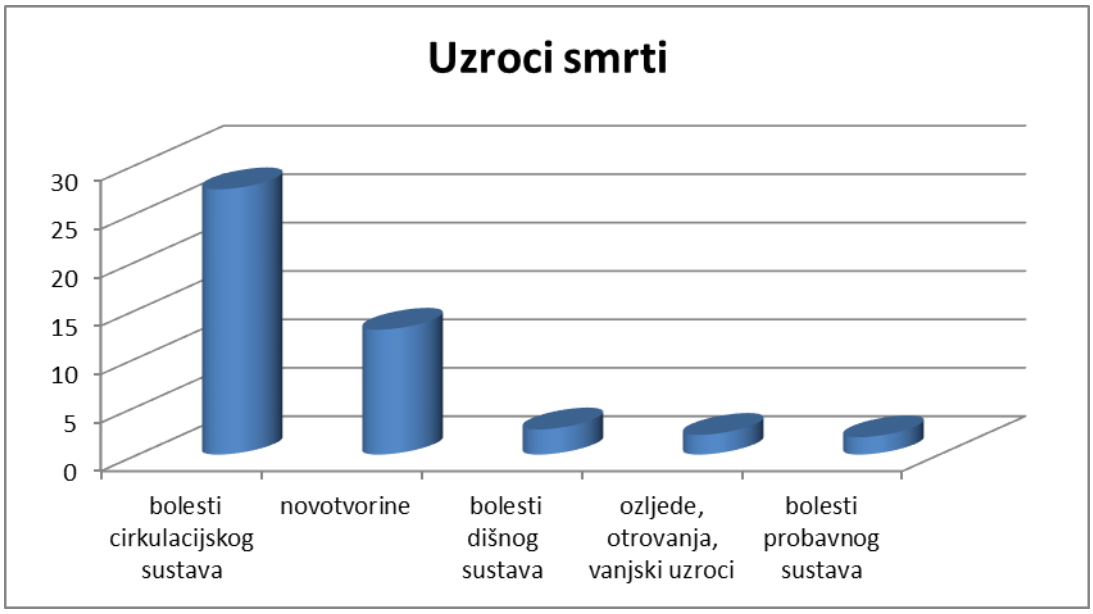
Najčešće utvrđene bolesti kod osoba starije životne dobi su:

- Bolesti cirkulacijskog sustava
- Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva
- Bolesti dišnog sustava
- Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma



Slika 1: Kronične bolesti osoba starijih od 65 godina prema izvješćima iz primarne zdravstvene zaštite za 2014. godinu (2)

Najčešći uzroci smrtnosti osoba starijih od 65 godina u 2014. godini prema podacima Državnog zavoda za statistiku u 2014. godini vodeći uzrok smrtnosti osoba starijih od 65 godina su bolesti cirkulacijskog sustava (stopa 27,4/1000), na drugom mjestu nalaze se novotvorine (stopa 12,9/1000), zatim bolesti dišnog sustava (stopa 2,6/1000), na četvrtom mjestu su ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka (stopa 2,04/1000), te na petom mjestu bolesti probavnog sustava (stopa 1,8/1000), što je prikazano na slici 2.



Slika 2: Uzroci smrti osoba starijih od 65 godina (2)

1.3. Kirurški bolesnici starije životne dobi

Specifičnosti starijih osoba, fiziologija starenja organizma i niz pratećih bolesti i stanja koja se javljaju u starijoj dobi, razlog su posebnog pristupa kirurškom bolesniku starije životne dobi. Uspjeh liječenja svake kirurške bolesti ovisi o pravilnom postavljanju dijagnoze, pravilnoj prijeoperacijskoj pripremi i trajnoj njezi bolesnika prije i poslije operacije. Produženjem životnog vijeka, napretkom kirurških tehnika, uvođenjem minimalno invazivnih zahvata i razvojem anesteziologije smanjen je broj komplikacija, te su operacije u starijoj životnoj dobi sve učestalije i uspješnije.

Uobičajeni cilj kirurškog liječenja je izlječenje od stanja koje je uzrok bolesti, dok se kod starijih osoba mogu postaviti i drugi ciljevi, kao što su otklanjanje boli ili poboljšanje kvalitete života. Zato je prije svake operacije potrebno pravilno postaviti indikacije za operaciju koje su u skladu s medicinom utemeljenom na dokazima (EvidenceBased Medicine).

Indikacije za operacijski zahvat su:

- saznanje da se bolest najbolje liječi operacijom;
- spoznaja da opasnost od bolesti višestruko nadilazi opasnosti od operacije;
- vjerojatnost razvoja i komplikacija bolesti;
- analiza istodobno prisutnih bolesti u bolesnika;
- mogućnost oporavka i stupanj oporavka nakon operacije;
- vjerojatnost javljanja ozbiljnih poslijeoperacijskih komplikacija;
- promjene ograničenja u kvaliteti života koja donosi bolest;
- potreba da se bolesniku omogući u najvećoj mogućoj mjeri aktivnost i najbolja moguća kvaliteta života (Quality of Life- QOL).

Osim indikacija postoje i jasne kontraindikacije za zahvat:

- umirući bolesnici koji ne mogu podnijeti zahvat;
- bolesnici koji ne pristaju na operaciju;
- bolesnici kojima se operacijom ne može jamčiti bolja kvaliteta života od one ostvarene konzervativnim liječenjem;
- bolesnici u kojih opasnost od zahvata višestruko nadilazi opasnost od bolesti (3).

Nakon postavljene indikacije za operaciju bitno je i pravilno izabrati vrijeme operacije. Tako operacija može biti hitna (kad je ugrožen bolesnikov život i zahvat se mora obaviti odmah), te elektivna ili planirana operacija (izvodi se s odgodom, kad bolesnik nije životno ugrožen) (4). Vrijeme planiranja operativnog zahvata u prvom redu ovisi o životnoj ugroženosti bolesnika kada se operacija ne može odgoditi bez obzira na rizik od operacije.

Kad bolesnik nije životno ugrožen, tada se vrijeme operacije procjenjuje na osnovi općeg stanja bolesnika, stabilnosti vitalnih funkcija, liječenju akutne bolesti ili infekcije prije operacijskog zahvata, stanju uhranjenosti, te psihološkoj pripremi bolesnika za operacijski zahvat. Kod osoba starije životne dobi pokazalo se korisnim pažljivo procijeniti bolesnika, poboljšati funkcionalni status bolesnika do operacije.

Tako se elektivni zahvati često mogu izvesti s malim rizikom i kod bolesnika krhkog zdravlja, te se na taj način izbjegava puno izraženiji stres i komplikacije nego kod hitnog zahvata. Tako se mortalitet kod hitnih operacija povećava tri do deset puta za razliku od planiranih operacija (5).

1.3.1. Specifičnosti osoba starije životne dobi

Starija životna dob (osobe starije od 65 godina) obilježena je predvidljivim opadanjem normalne funkcije organizma. Kod zdravih osoba te dobi zabilježeno je bitno smanjenje funkcija tkiva i organa, sporije reakcije na podražaje, smanjeno stvaranje topline u organizmu, smanjena obrana organizma i povećana reakcija na stres. Također u starijoj dobi javljaju se jedna ili više kroničnih nezaraznih bolesti (hipertenzija, šećerna bolest, bolesti srca i krvnih žila, reumatske bolesti, kronična opstruktivna plućna bolest, demencija, depresija…) koje dodatno povećavaju operacijski rizik.

- Proces starenja vidimo u svim organskim sustavima, tako starenje utječe na kardiovaskularni sustav, postupno smanjuje srčane zalihe, smanjuju se udarni i minutni volumen te srčana frekvencija (već nakon dvadesete godine života), povećava se sistemski vaskularni otpor i nastaje arterijska hipertenzija. Dugotrajna arterijska hipertenzija i slabost miokarda povećavaju mogućnost kongestivnog zatajenja srca.

- Povećanjem životne dobi dolazi do promjena u respiratornom sustavu. Fizikalni proces starenja i razvoj osteoporoze dovodi do smanjenja opsega prsnog koša i njegove rastezljivosti, gubitka alveolarne površine te smanjenog ventilacijskog volumena pluća. Kronične bolesti pluća, česte u starijoj životnoj dobi, dodatno opterećuju i umanjuju funkciju pluća, te time posljedično smanjuju ventilaciju i oksigenaciju organizma (slabiji odgovor na hipoksiju i hiperkapniju). Osobe starije životne dobi imaju i oslabljen laringealni refleks, što može dovesti do aspiracije i regurgitacije želučanog sadržaja, te posljedično do nastanka aspiracijske pneumonije.

- Promjene u bubrežnoj funkciji očituju se u smanjenju broja glomerula, te povećanoj količini masti i vezivnog tkiva u bubrežnoj kori. Te promjene započinju već od tridesete godine života, te u starijoj dobi mogu dovesti do slabijeg protoka krvi kroz bubrege, te smanjene sposobnosti koncentriranja mokraće. Zato kod osoba starije životne dobi postoji opasnost od dehidracije ili preopterećenja tekućinom, te smanjenja izlučivanja lijekova putem bubrega. Starije osobe imaju smanjenu sposobnost zadržavanja natrija i koncentriranja urina, pa je potrebno precizno mjerenje ravnoteže tekućine i elektrolita. Također se javlja smanjenje sposobnosti metabolizma glukoze što može dovesti do hipoglikemije i komplikacija, te je izrazito važno praćenje razine glukoze u organizmu (5).

- Jetrena funkcija u starijoj životnoj dobi smanjuje se vezano za smanjenje jetrene mase, te uz posljedično smanjen protok krvi kroz jetru. Dolazi do smanjenja enzimske aktivnosti i slabije transformacije lijekova koji se metaboliziraju u jetri.

- Promjene u tjelesnom sastavu odnose se na gubitak mišićne mase (koja se može smanjiti i do 40% u dobi od 80 godina). Gubitak ne mora biti vidljiv na promjeni tjelesne težine, jer se paralelno s gubitkom mišićne mase povećava masno tkivo, ali dovodi do smanjenja snage. Stariji bolesnici imaju uslijed toga smanjenu aktivnost od mlađih osoba (disanje, kašljanje, pokretanje), što povećava mogućnost post-operativnih komplikacija (atelektaze, pneumonije, duboke venske tromboze ili dekubitalnog ulkusa) (3).

- Malnutricija ili pothranjenost prepoznata je kao učestali problem kod osoba starije životne dobi , poglavito u dubokoj starosti, (stariji od 85 godina), te su takve osobe podložnije infekcijama, padovima, prijelomima bedrene kosti, nastanku dekubitusa i većoj smrtnosti (1).

- Pretilost je česta kod osoba u ranijoj (65 do 74 godina) i srednjoj starosnoj dobi (75 do 84 godina), te uz ostale rizične faktore (hiperlipidemija, smanjena fizička aktivnost,nasljeđe…) pridonosi nastanku šećerne bolesti tipa 2. Pojavnost

šećerne bolesti tip 2 u ovoj dobi iznosi od 10 do 20%. Uz smanjenje tjelesne težine moguće je usporiti tijek bolesti i njezine komplikacije (6).

- Kako osoba stari, koža gubi elastičnost, te nastaju promjene u zglobovima i kostima. Također se smanjuje oštrina vida, slabi sluh i sva ostala osjetila (okus, miris, dodir).
- Starija životna dob dovodi do promjena u strukturi i funkciji živčanog sustava, pa osobe starije životne dobi imaju povišen prag za površinsku, diskretnu neugodnost, ali i smanjen prag za jaku ili visceralnu bol (bol povezanu s bolešću ili ozljedom koja im ograničava samostalnost) (5).
- Kod osoba starije životne dobi možemo uočiti promjene u kognitivnim funkcijama, bilo da se radi o pamćenju, percepciji, mišljenju, inteligenciji i učenju. Kod nekih osoba radi se samo o usporenosti odvijanja kognitivnih procesa, dok je kod drugih pojedinaca vidljiva pojačana osjetljivost na stres. Pojavljuju se poremećaji poput konfuzije, dezorijentacije ili psihoze, a jedan od najčešćih poremećaja je demencija. Demencija je progresivna bolest, javlja se zbog različitih uzroka, te dovodi do propadanja i gubitka pamćenja, pogoršanja intelektualnog i tjelesnog funkcioniranja te promjene ličnosti. Najteži oblik staračke demencije je Alzheimerova bolest koja razara moždane stanice i moždano tkivo (7). Poremećaj kognitivnih funkcija u osoba starije životne dob povećava rizik od poslijeoperacijskog delirija, komplikacije koja je obično reverzibilna, ali kod nekih bolesnika ostaje trajna pa se nikada ne vrate na razinu funkcioniranja prije operacije.
- Kod osoba starije životne dobi unatoč normalnoj funkciji hipotalamusa, smanjuje se sposobnost stvaranja tjelesne topline što tijekom operacije ili nakon operacije može dovesti do hipotermije (5).

1.3.2. Procjena operacijskog rizika

S obzirom na opisane promjene, jasno je da je procjena preostalog zdravlja iznimno važna za smanjenje perioperacijskog rizika. Procjenu provodi anesteziolog, s

ciljem da se postigne optimalno stanje bolesnika za zahvat. Procjenjuju se sljedeći čimbenici: dob, spol, prateće bolesti, alergije na lijekove, prošla iskustva s anestezijom, složenost operacije te karakter kirurške bolesti. Procjena se završava određivanjem statusa prema ASA klasifikaciji (American Society of Anesthesiology), koja je relativni pokazatelj perioperacijske smrtnosti.

Tablica 1: Prijeoperacijska klasifikacija bolesnika prema ASA (3)

KLASA	Definicija
1	Normalan zdrav pojedinac.
2	Bolesnik s blagom sistemskom bolešću bez funkcijskih ograničenja (npr. Hipertenzija,diabetes mellitus, pretilost, vrlo visoka dob, kronični bronhitis)
3	Bolesnik s umjerenom do teškom sistemskom bolešću, s funkcijskim ograničenjima (npr. Loše kontrolirana hipertenzija, DM s vaskularnim komplikacijama, raniji infarkt miokarda, angina pectoris)
4	Bolesnik s teškom sistemskom bolešću koja ga životno ugrožava i čini nesposobnim (kongestivno zatajenje srca, nestabilna angina pectoris, uznapredovala plućna, bubrežna ili jetrena disfunkcija)
5	Moribundan bolesnik za koga se ne očekuje da će preživjeti 24 sata, s ili bez operacije (npr. prsnuće abdominalne aneurizme, plućna embolija, ozljeda glave s povišenim intrakranijskim tlakom)
6	Bolesnik s utvrđenom moždanom smrću čiji će organi biti eksplantirani
H	Dodaje se kao oznaka hitnosti operacije za svaku navedenu klasu (npr. Do tada zdrav četrdesetogodišnjak ide na operaciju slijepog crijeva- 1H)

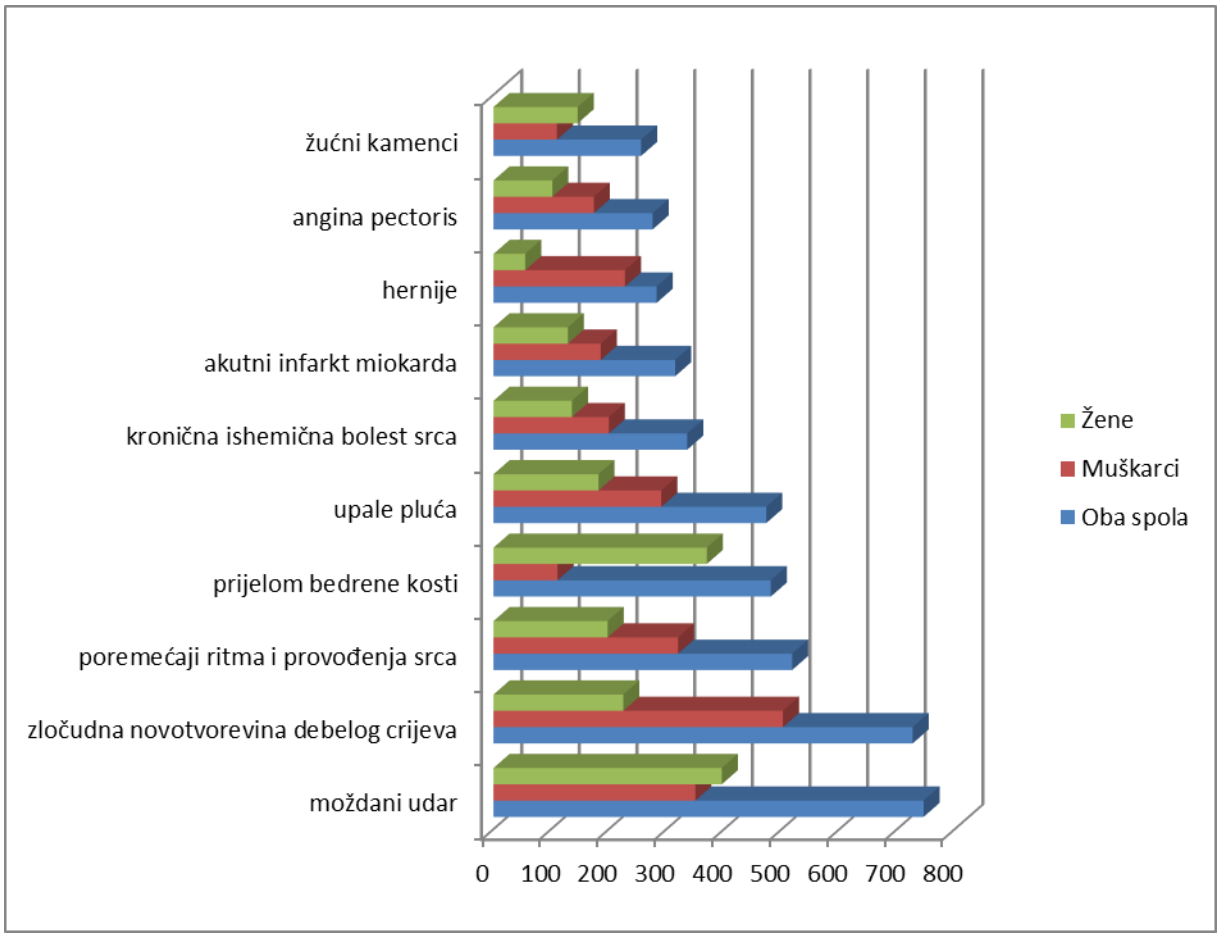
Bolesnici starije životne dobi prema ovoj klasifikaciji najčešće pripadaju drugoj, trećoj ili četvrtoj skupini. Relativni pokazatelj poslijeoperacijske smrtnosti još jednom ukazuje kako se uz dobru pripremu i postizanje optimalnih uvjeta prije operacije smrtnost može uvelike smanjiti (za drugu skupinu smrtnost iznosi od 0,27 pa do 4 %, dok se za četvrtu skupinu bolesnika smrtnost povećava od 7,8 pa do 23 %).

Tablica 2: Korelacija ASA klasifikacije i perioperacijske smrtnosti (3)

Klasa	Smrtnost
1	0.06 - 0.08 %
2	0.27 - 0.4 %
3	1.8 - 4.3 %
4	7.8 - 23 %
5	9.4 - 51 %

1.3.3. Najčešći uzroci hospitalizacije starijih osoba na kirurškom odjelu

Najčešći uzroci hospitalizacije na kirurškom odjelu su prijelomi bedrene kosti koji se nalaze na četvrtom mjestu od ukupnog broja hospitalizacija za osobe starije od 65 godina, a u dubokoj starosti (starije od 85 godina) vodeći su uzrok hospitalizacija (8). Osim toga, česte su ozljede glave i gornjih ekstremiteta, koji nastaju kao posljedica pada. Posljedice ovakvih ozljeda u starijoj životnoj dobi donose velike komplikacije, tako četvrtina starijih osoba s lomom kuka umre u roku od 6 mjeseci, a više od 50 % preživjelih treba trajnu njegu i pomoć (9). Hernija ili kila osma je po ukupnom broju hospitalizacija za osobe starije od 65 godina, dok su žučni kamenci deseti uzrok hospitalizacija.



Slika 3: Deset vodećih uzroka hospitalizacije u KBC Split u 2013. godini (8)

Osobe starije životne dobi imaju smanjenu toleranciju na stres i promjene. Tako je i operacijski zahvat izazov koji u pravilu donosi promjene u funkcioniranju bolesnika, te utječe na kvalitetu življenja.

2. CILJ RADA

Cilj ovoga rada je:

1. Opisati specifičnosti osoba starije životne dobi, te navesti najčešće indikacije za kirurški zahvat kod ove populacije.
2. Prikazati proces zdravstvene njege kod kirurških bolesnika starije životne dobi od prijema u bolnicu, prijeoperacijske pripreme, te poslijeoperacijskog razdoblja i rehabilitacije.
3. Naglasiti potrebu edukacije medicinskih sestara koje su osposobljene za rad sa starijim osobama s obzirom na promjene u kognitivnom funkcioniranju i izrazito otežanoj prilagodbi na stresne situacije.
4. Prikazati aktivnosti medicinske sestre kod otpusta, te važnosti provođenja zdravstvenog odgoja bolesnika starije životne dobi.

3. RASPRAVA

Zdravstvena njega kirurških bolesnika starije životne dobi sastoji se od nekoliko koraka, koji trebaju biti napravljeni točno određenim redoslijedom i s najvećom mogućom pažnjom kako bi se izbjegli potencijali propusti i osiguralo najbolje moguće stanje bolesnika nakon operacijskog zahvata.

3.1. Prijem bolesnika i uzimanje sestrinske anamneze

Prilikom prijema bolesnika na kirurški odjel medicinska sestra uzima sestrinsku anamnezu bolesnika, te sukladno tome planira i provodi zdravstvenu njegu:

- sestra uzima podatke o dosadašnjim bolestima i alergijama;
- mjeri vitalne funkcije, evidentira terapija koju bolesnik uzima kod kuće, te način uzimanja (doza i vrijeme uzimanja);
- procjenjuje samostalnost bolesnika u održavanju higijene, eliminaciji, hranjenju i oblačenju (stupanj samostalnosti se označava brojevima od 1 do 4, s tim da broj jedan označava potpunu samostalnost, a broj četiri potpunu ovisnost o drugoj osobi);
- procjenjuje fizičku aktivnost bolesnika (hodanje, premještanje, sjedenje, stajanje, okretanje), da li bolesnik može sam obavljati ove motoričke funkcije ili je potrebna pomoć druge osobe ili pomagala;
- evidentira korištenje ortopedskih i medicinskih pomagala (slušni aparat, naočale, zubna proteza, hodalica, štap, invalidska kolica...);
- prehrana (navike i način ishrane do dolaska u bolnicu);
- procjenjuje kognitivne funkcije bolesnika (sposobnost percepcije, pamćenja, mišljenja, inteligencije, učenja) te pronalazi odgovarajući način komuniciranja s bolesnikom tako da bude njemu razumljiv i prihvatljiv;

- procjenjuje doživljaj bolesnika o dolasku u bolnicu i očekivanoj operaciji, te utvrđuje tko su osobe koje bolesniku mogu pružiti podršku;
- procjenjuje rizične čimbenike:
    - starija dob u kojoj je specifična slabija regeneracija tkiva, usporava zarastanje rane, slabija pokretnost može uzrokovati dekubitus, trombozu, plućnu emboliju, atelektazu, hipostatsku pneumoniju;
    - dehidracija koja za posljedicu ima usporenu cirkulaciju također pogoduje nastanku tromboze;
    - neadekvatna prehrana koja radi nedostatka određenih hranjivih tvari produljuje poslijeoperacijski oporavak;
    - pušenje uzrokuje povećano stvaranje sluzi, te može dovesti do upale pluća, atelektaze, tromboembolije;
    - pretilost otežava oporavak jer je masno tkivo manje opskrbljeno krvlju, te se pretila osoba otežano kreće i diše što može dovesti do tromboze ili pneumonije;
    - lijekovi (antikoagulansi, psihofarmaci, kortikosteroidi) mogu dovesti do slabijeg zarastanja rane, te smanjene otpornosti prema infekcijama;
    - ovisnosti (alkohol, droge) mogu se razviti simptomi apstinencije ili neželjena reakcija na anestetike;
    - strah dovodi do mišićne napetosti, povećanog tlaka i ubrzanog pulsa (10).

Nakon uzimanja svih podataka od strane bolesnika ili njegove rodbine, medicinska sestra utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege, te prema tome planira sestrinske intervencije i postavlja sestrinske dijagnoze. Izrađuju se planovi zdravstvene njege, te se nakon zadanog vremenskog razdoblja evaluiraju.

3.2. Prijeoperacijska zdravstvena njega

Prijeoperacijska priprema bolesnika započinje ulaskom bolesnika u bolnicu i provodi se do očekivanog operacijskog zahvata. Svrha prijoperacijske pripreme je

osigurati bolesniku najbolju moguću spremnost za zahvat, te tako poboljšati uspješnost samog zahvata.

3.2.1. Fizička priprema

Fizička priprema bolesnika obuhvaća pripremu bolesnika za pretrage, uzimanje dijagnostičkog materijala te poučavanje bolesnika. Priprema bolesnika za operaciju ovisi o stanju bolesnika, o indikaciji za operaciju, vrsti i hitnosti operacije.

- Za sve operacije provode se rutinske pretrage, zatim specijalne pretrage (radi samog operacijskog zahvata), te ostale pretrage (uvjetovane rizičnim čimbenicima). Vrstu pretraga koja će se provoditi kod bolesnika određuje liječnik, uloga sestre je uzeti dijagnostički materijal na vrijeme i uputiti ga u laboratorij.
- Pravilna prehrana je osnovna potreba svakog bolesnika. Neadekvatna prehrana, smanjen unos hrane i tekućine dokazano usporava oporavak nakon operacije, produljuje vrijeme cijeljenja rane, te povećava rizik od infekcije. Produžen period gladovanja za osobe starije životne dobi dovodi do gubitka nemasnog tkiva, te pridonosi slabljenju tjelesnih, imunoloških i fizioloških funkcija. Stoga je uloga medicinske sestre poticati bolesnika na dovoljan unos hrane i tekućine, te educirati bolesnika o važnosti uzimanja preporučene količine. Kod bolesnika koji su pothranjeni ili imaju rizik od nastanka pothranjenosti, liječnik može propisati nutritivnu potpora (visokoenergetski i visokoproteinski pripravci). Kako je kirurški zahvat stres za organizam, te tijekom i nakon operacije dolazi do porasta potreba organizma za oko 10% od dotadašnjih potreba, pravovremena enteralna potpora može poboljšati bolesnikovo stanje i smanjiti postoperativne komplikacije. Nutritivne saplemente preporuča se davati još prije dolaska u bolnicu na dogovoreni operacijski zahvat (7 do 14 dana prije operacije) (11).
- Edukacija bolesnika osnovna je mjera za sprječavanje poslijeoperacijskih komplikacija. Medicinska sestra će podučiti bolesnika vježbama dubokog disanja, iskašljavanja, te vježbe za noge i stopala. Plan edukacije može se mijenjati i prilagođavati ovisno o vremenu koje je preostalo do operacije, o vrsti operacije, te o sposobnosti bolesnika da razumije i provodi određene vježbe.

- Priprema probavnog sustava sastoji se od čišćenja crijeva, te neuzimanja hrane na usta. Način pripreme određuje liječnik ovisno o vrsti operacije.

3.2.2. Psihološka priprema

Pred očekivanim operacijskim zahvatom kod bolesnika mogu se javiti različiti osjećaji od tjeskobe pa sve do straha (strah od ishoda operacije, strah od gubitka kontrole, strah od nepoznatog). Sam dolazak u bolnicu i odvojenost od svakodnevne rutine donosi nelagodu, a osobe starije životne dobi imaju smanjenu toleranciju na stres što bitno utječe na ishod operacije i dužinu oporavka. Zato je uloga cijelog zdravstvenog tima da što bolje pripremi bolesnika za operaciju. Medicinska sestra uključiti će bolesnika u planiranje i provedbu zdravstvene njege poštujući individualnost osobe. Poticati će bolesnika da postavlja pitanja, odgovarati na njih na način razumljiv bolesniku, te će tako zadobiti bolesnikovo povjerenje. Također će rodbinu i osobe koje su bliske bolesniku poticati da dolaze i budu uz bolesnika, da bolesnik nema osjećaj napuštenosti.

Svrha psihološke pripreme je osigurati bolesniku najbolju moguću psihološku spremnost za kirurški zahvat, što dovodi do smanjene upotrebe analgetika, boljeg podnošenja samog operacijskog zahvata i kraćeg boravka u bolnici nakon operacije.

3.2.3. Neposredna prijeoperacijska priprema bolesnika

Na dan prije operacije medicinska sestra obaviti će sljedeće postupke:

- provjeriti dokumentaciju bolesnika (jesu li sve pretrage napravljene, nalazi posloženi);
- razgovarati s bolesnikom, pružiti mu psihološku potporu, procijeniti njegovo stanje;
- provjeriti vitalne funkcije (upisati i prijaviti bilo kakvo odstupanje od normale);
- osigurati lako probavljivu hranu za večeru;
- upozoriti bolesnika da nakon večere više ništa ne jede, a nakon ponoći da ništa i ne pije;
- izvršiti pripremu probavnog sustava po odredbi liječnika;
- provesti osobnu higijenu bolesnika (kupanje u antiseptičnoj otopini radi smanjenja mogućnosti infekcije tijekom operacije);

- primijeniti propisanu terapiju (po odredbi liječnika);
- upoznati bolesnika s obrascem„pristanak za operaciju“, te ga dati bolesniku na potpis.

Na dan same operacije medicinska sestra obaviti će sljedeće postupke:

- izmjeriti vitalne funkcije bolesnika,
- podsjetiti ga da ne smije ništa jesti ni piti,
- pripremiti operacijsko područje, obaviti ili uputiti bolesnika na kupanje s antiseptičnim sredstvom,
- bolesnika upozoriti da skine nakit, sat, naočale, kontaktne leće, zubnu protezu, lak za nokte (vrijedne stvari popisati i spremiti u bolnički sef),
- uputiti bolesnika da isprazni mokraćni mjehur,
- obući bolesnika u odjeću za operaciju
- staviti mu elastične zavoje ili obući antiembolijske čarape,
- primijeniti propisanu premedikaciju i drugu terapiju propisanu od strane liječnika (antibiotik),
- pripremiti dokumentaciju (povijest bolesti, temperaturnu listu, sestrinsku dokumentaciju i sestrinsku „check“ listu),
- pratiti bolesnika do operacijske dvorane, te ga predati uz dokumentaciju sestri u sobi za pripremu.

Pripremu operacijskog polja (brijanje) najbolje je provesti dva sata prije same operacije. Prerano brijanje povećava rizik od infekcije, dok prekasno brijanje uzrokuje žurbu i može uznemiriti bolesnika. Brijanje se na nekim odjelima obavlja električnim aparatom za brijanje, a negdje brijačem za jednokratnu upotrebu. Površina koja se brije ovisi o operacijskom rezu, u načelu brije se 15 do 20 cm oko predviđenog reza, bitno je ukloniti sve dlačice s određenog područja i ne oštetiti kožu. Nakon brijanja kožu je potrebno oprati od dlaka, te provesti dezinfekciju područja određenog za operacijski rez (10).

3.2.4. Problemi iz zdravstvene njege u prijeoperacijskom razdoblju

- Bol u/s osnovnom bolesti

Intervencije:

1. primijeniti ordinirani analgetik

2. pomoći bolesniku da zauzme položaj koji mu odgovara
3. osigurati mirnu okolinu
4. provjeriti da li se razina boli smanjuje

- Strah u/s operacijskim zahvatom

Intervencije:

1. stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja
2. poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja
3. odgovarati na pitanja, biti uz bolesnika
4. upoznati bolesnika s planiranim postupcima
5. poticati bolesnika na pozitivno razmišljanje
6. omogućiti rodbini da bude uz bolesnika

- Smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje, higijena, odijevanje, eliminacija) u/s osnovne bolesti

Intervencije:

1. zadovoljiti bolesnikove potrebe za higijenom, hranjenjem, eliminacijom i odijevanjem
2. poticati bolesnika na što veći stupanj samostalnosti

- Nepridržavanje zdravstvenih uputa u/s kognitivnim oštećenjem

Intervencije:

1. poticati bolesnika na suradnički, pozitivan odnos
2. izabrati najprimjereniji način komunikacije s obzirom na kognitivni status bolesnika
3. ukloniti sve ono što može omesti bolesnika iz njegove okoline, koristiti pomagala (podsjetnike)
4. poticati bolesnika na pridržavanje zdravstvenih uputa, nadzirati uzimanje terapije
5. dati bolesniku dovoljno vremena da razumije upute, ponoviti strpljivo upute više puta

- Neadekvatna prilagodba u/s osnovne bolesti i promjene okoline

Intervencije:

1. pokazati razumijevanje za bolesnikove teškoće i stvoriti mu osjećaj povjerenja

2. pružiti mu potrebne informacije o njegovoj bolesti u skladu s njegovim mogućnostima razumijevanja
3. okolinu učiniti prepoznatljivom, koristiti „orijentacijske tehnike“
4. poticati rodbinu da bude uz bolesnika

3.3. Intraoperacijska zdravstvena njega

Medicinska sestra u operacijskoj sali djeluje u sklopu kirurškog tima, te kao dio tima brine da operacija prođe što uspješnije, sa što manje neželjenih posljedica. Osobe starije životne dobi često na operaciju dolaze opterećeni pratećim bolestima i stanjima koja su specifična za životnu dob ,te se poduzetim preventivnim mjerama mogu spriječiti ili umanjiti postoperacijske komplikacije koje oni teško podnose.

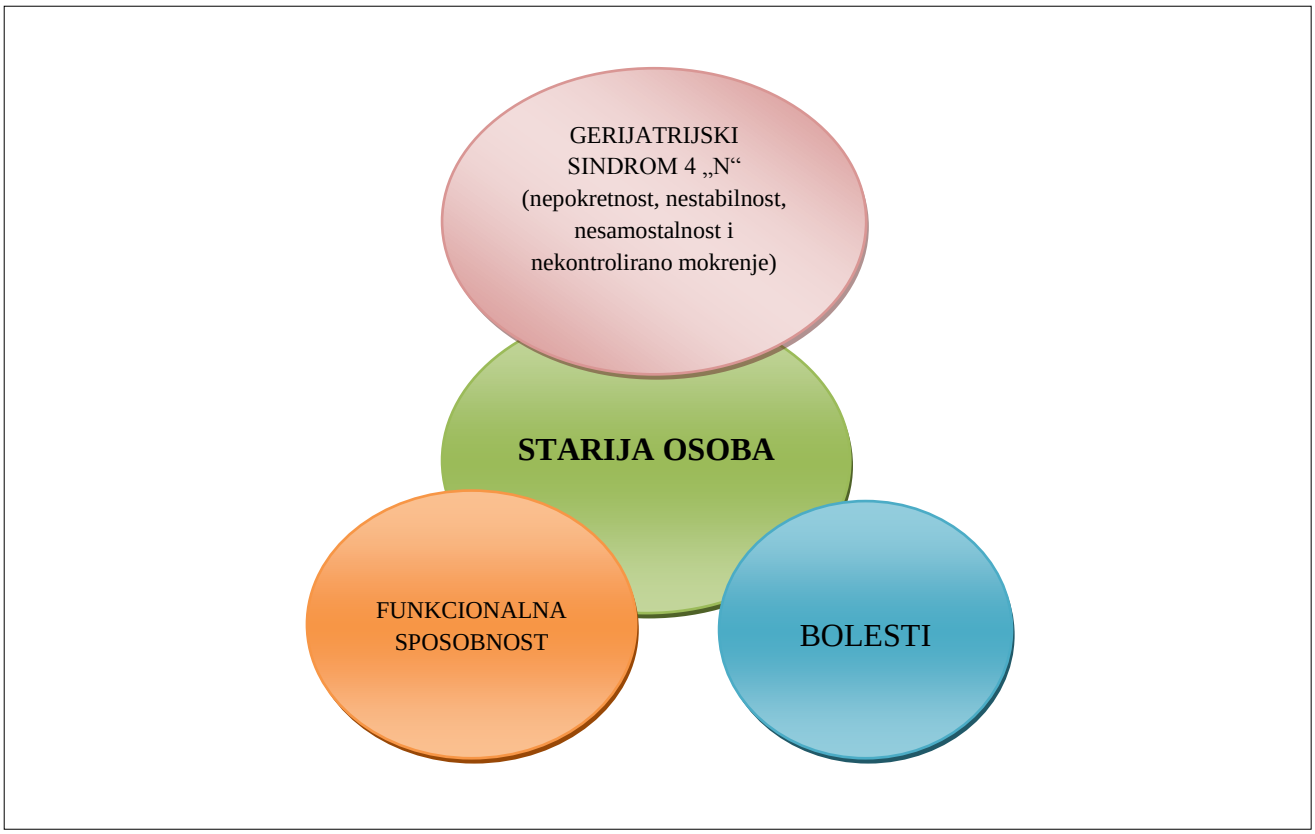
- Namještanje bolesnika u operacijskoj dvorani (premještanje, namještanje prilikom operacije i pomicanje) potrebno je raditi s oprezom jer su bolesti kostiju (osteoporoza, osteoartritis), te umjetni zglobovi kod njih vrlo česti. Pod utjecajem anestezije, bolesnici su smanjenog mišićnog tonusa i ne pružaju otpor ni kod neudobnih kretnji, te kretnji koje su inače izvan njihova opsega. Zbog svega navedenog, održavanje neutralnog položaja (koliko to određena operacija dopušta) umanjuje neželjene posljedice.
- Koža starijih osoba obično je nježna i sklona ozljedama i nagnječenjima, te je potreban dodatni oprez prilikom korištenja fiksacijskih traka i prekrivala. Kod operacija koje traju duži vremenski period, potrebno je provjeravati mjesta na kojima se stvara pritisak na podlogu, te koristiti podloške za smanjenje pritiska na kritičnim mjestima.
- Osobe starije životne dobi imaju manje učinkovite mehanizme produkcije i očuvanja temperature od mlađih bolesnika. Tako se tijekom operacije tjelesna temperatura može spustiti na niže vrijednosti, što pogoduje razvoju srčanih aritmija, smanjuje minutni volumen srca, izaziva vazokonstrikciju i u konačnici može dovesti do hipoksije. Zbog toga se kao prevencija hipotermije preporuča koristiti tople infuzije i grijače za operacijski stol.
- Osobe starije životne dobi imaju slabiji odgovor na hipoksiju i hiperkapniju, te je potrebno kontunuirano praćenje vrijednosti plinova u krvi. Terapija kisikom tijekom operacije i u ranom postoperativnom razdoblju uklanja niske vrijednosti

zasićenja kisikom u krvi, te ostale komplikacije povezane s hipoksijom (povećana srčana frekvencija).

- Zbog slabijeg laringealnog refleksa i smanjenog zaštitnog refleksa dišnih organa osobe starije životne dobi podložne su aspiraciji i regurgitaciji želučanog sadržaja, što može dovesti do aspiracijske pneumonije. Zbog toga i otežane ventilacije pomoću maske (kod starijih osoba koji nemaju zube) često se provodi intubacija kao mjera rutinske zaštite dišnih putova (5).

3.4. Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Poslijeoperacijska zdravstvena njega započinje izlaskom bolesnika iz operacijske dvorane, te je uloga medicinske sestre u ovom razdoblju što prije postići samostalnost bolesnika pri zadovoljavanju svojih potreba. Osobe starije životne dobi dokazano su osjetljiva dobna skupina koja na stresne situacije (kao što je operacijski zahvat) često reagiraju promjenama u fizičkom, emocionalnom i psihološkom funkcioniranju. Kod osoba starije životne dobi javlja se tzv. „domino efekt“, u slučajevima gdje zbog bolesti nastaje funkcionalna onesposobljenost, ili kad zbog funkcionalne onesposobljenosti nastaje bolest. Glavna četiri problema koja se javljaju kod osoba starije životne dobi i bitno utječu na povećan mortalitet su nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje (4N), zbog toga je nužno raditi na unaprjeđenju funkcionalne sposobnosti bolesnika nakon operacijskog zahvata.



Slika 4: Gerijatrijski „domino efekt“, izvor:Merck Manual of Geriatric (third edition 2000.g) i CZG ZZJZGZ (12)

Nakon operativnog zahvata bolesnik se smješta u sobu za buđenje do stabilizacije vitalnih funkcija i potpunog buđenja. Nakon toga premješta se na odjel ili u jedinicu intenzivne skrbi. Najvažnije aktivnosti medicinske sestre u ovom razdoblju su:

- promatrati bolesnika (izgled i ponašanje)
- utopliti bolesnika (pokrivačima ili toplom infuzijskom otopinom)
- redovito mjeriti vitalne funkcije (prvi sat svako 10 minuta, nakon toga svako pola sata, te nakon toga svaki sat u prvih 24 sata)
- mjeriti diurezu (manju diurezu, prestanak mokrenja i promjene boje urina prijaviti liječniku)
- kontrolirati zavoj na operacijskoj rani, pratiti drenažu operacijskog polja (izgled i količinu)
- primjenjivati propisanu terapiju
- prepoznati nastanak poslijeoperacijskih poteškoća ili komplikacija.

3.4.1. Postoperativne poteškoće i komplikacije

- Postoperativna poteškoća prisutna kod gotovo svih operiranih bolesnika je bol koja kod bolesnika uzrokuje ograničenja u kretnjama, disanju i kašljanju. Kao posljedica smanjenja funkcije organizma mogu se razviti komplikacije (pneumonija, tromboza), te dodatno otežati oporavak bolesnika. Zato je učinkovito liječenje boli preduvjet za normalan tijek poslijeoperacijskog razdoblja, te subjektivno bolje osjećanje samog bolesnika. Medicinska sestra će na osnovi objektivnih pokazatelja (ubrzan puls, tlak, disanje, mišićna napetost, proširene zjenice pa čak i šok) moći donijeti zaključak o postojanju boli kod bolesnika, ali procjenu boli može dati samo bolesnik. Uloga medicinske sestre je prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju i karakteru boli kod bolesnika, te poduzeti mjere da je ublaži ili ukloni.
- Specifična komplikacija za osobe starije životne dobi je akutna postoperacijska konfuzija koja je ponekad reverzibilna, a ponekad se intelektualna razina funkcioniranja prije operacije ne vrati. Pojava i trajanje ovoga stanja ovisi o postojećim poremećajima kognitivnih funkcija prije same operacije (mogu biti dijagnosticirane i liječene, a mogu biti i neprepoznate od strane liječnika). Akutni oblik ove komplikacije pojavljuje se kod 15% općih kirurških bolesnika pa do 60% kod ortopedskih bolesnika, dok se dugotrajna postoperacijska kognitivna disfunkcija pojavljuje kod 14% kirurških bolesnika starijih od 70 godina. Tegobe koje bolesnik ima mogu varirati od smanjene sposobnosti izvođenja dnevnih aktivnosti, pa do stanja sličnog deliriju te je potrebno bolesnika zaštititi od samoozljeđivanja. Nastanak konfuzije može potaknuti i buđenje u nepoznatoj okolini, pa bi tijekom buđenja poželjno bilo prisustvo obitelji, kao pomoć bolesniku kod orijentacije (5).
- Mučnina, povraćanje, štucanje, žeđ, nadutost, zastoj stolice i poteškoće s mokrenjem spadaju u opće poslijeoperacijske poteškoće, te će medicinska sestra pomoći bolesniku da rano postoperativno razdoblje prođe sa što manje negativnog učinka na bolesnikovo opće stanje.

3.4.2. Rana mobilizacija bolesnika nakon operacije

Rana mobilizacija bolesnika (vježbe disanja,sjedenje i stajanje) bitna je za održavanje mišićne mase i snage, te ju je potrebno provesti što je prije moguće. Osobe starije životne dobi već nakon kratkog razdoblja neaktivnosti sklone su razvoju komplikacija dugotrajnog ležanja (plućnih komplikacija, oslabljenom radu srca, razvoju venskih tromboza, dekubitalnih ulkusa i konstipacije). Bolesnike zato treba odmah nakon buđenja poticati na aktivnost, provođenje vježbi disanja, vježbi razgibavanja, te im pomoći kod sjedenja i ustajanja.

Prehrana bolesnika nakon operacije provodi se parenteralno, te se ovisno o vrsti operacije, nakon nekoliko sati može dati par žličica čaja. Postepeno se prelazi na kašastu, a zatim na normalnu hranu (ili dijetu, ovisno o osnovnoj bolesti). Tijekom operacije metabolizam radi ubrzano, te se rezerve u organizmu troše, pa je prelazak na per-os prehranu najbolji način oporavka. Hrana mora zadovoljiti bolesnikove potrebe, a kod smanjenog unosa hrane ili pothranjenosti bolesniku se daju nutritivni pripravci (po odredbi liječnika). Dovoljan unos hrane i tekućine pomažu bržem oporavku bolesnika.

3.4.3. Postupak s kirurškom ranom i drenom

Kirurška rana je prekid kontinuiteta kože i sluznice izazvan kirurškim nožem tijekom operacije, te je potreban određeni vremenski period i određeni uvjeti da dođe od faze cijeljenja rane, pa do stvaranja ožiljka. Na cijeljenje rane djeluju opći čimbenici kao što su dob, uhranjenost bolesnika, kronične bolesti (šećerna bolest, anemija), imunološki status bolesnika, cirkulacija i prokrvljenost tkiva, a najčešći uzrok poremećaja cijeljenja rane je infekcija. Zato je uloga medicinske sestre osigurati optimalne uvjete za cijeljenje rane, zaštititi ranu od kontaminacije patogenim mikroorganizmima iz okoliša, te spriječiti prijenos infekcije na druge bolesnike.

Prvo previjanje kirurške rane provodi se drugi ili treći dan od operacije, te svaki put kad su tupferi na rani nečisti. Provodi se u strogo aseptičkim uvjetima, poštujući protokol previjanja (pranje i dezinfekcija ruku prije previjanja, korištenje sterilnih instrumenata, odvajanje sterilno od čistog, te od nečistog materijala). Promjene na rani ili okolini rane (otečenost rubova rane, crvenilo, pojačana sekrecija, gnoj, neugodan miris) potrebno je prijaviti liječniku.

Drenaža je postupak kojim se pomoću drena (gumena traka, plastična cijev, kateter) omogućuje odstranjivanje krvi, sekreta i ostalih tekućina koje otežavaju cijeljenje operacijske rane. Dren se postavlja na najnižem dijelu rane koja se drenira, a postupak drenaže provodi se sve dok postoji sadržaj koji treba izdrenirati.

Uloga medicinske sestre kod bolesnika s drenom je:

- pratiti i evidentirati količinu i izgled drenažnog sadržaja
- održavati higijenu okoline drena
- promatrati bolesnika
- mjeriti vitalne funkcije
- uočiti moguće komplikacije (krvarenje, infekcija).

3.4.4. Problemi iz zdravstvene njege u poslijeoperacijskom razdoblju

- VR za krvarenje u/s operativnim zahvatom

Intervencije:

1. provjeravati zavoj na rani
2. pratiti vitalne znakove
3. educirati bolesnika da kod kašlja, povraćanja ili ustajanja pritisne rukom na zavoj

- Bol u/s operacijskom ranom

Intervencije:

1. dati ordinirani analgetik
2. pomoći bolesniku da zauzme odgovarajući položaj
3. osigurati mir bolesniku

- VR za infekciju u/s operacijskom ranom

Intervencije:

1. održavati toaletu rane
2. previjati ranu poštujući pravila asepse i antisepse
3. mjeriti vitalne funkcije (tjelesnu temperaturu)

- VR za pad i ozljede u/s promijenjenim kognitivnim stanjem

Intervencije:

1. prilagoditi bolesnikovo okruženje, ukloniti potencijalno opasne predmete
2. podignuti zaštitne ograde na krevetu

3. zaštititi bolesnika od ozljeda (postaviti jastuke uz ograde)
4. kontinuirano provoditi nadzor bolesnika
5. dati ordiniranu terapiju
6. po odredbi liječnika provoditi humanu fiksaciju (uz kontrolu kože bolesnika)

- VR za komplikacije smanjene pokretnosti (pneumonija, tromboza, dekubitus)

Intervencije:

1. provoditi mjere rane mobilizacije bolesnika (vježbe disanja, sjedenje,ustajanje) u suradnji sa fizioterapeutom
2. osigurati bolesniku pomagala za povećanje stupnja samostalnosti (trapez), poticati bolesnika na pomicanje
3. provoditi higijenu i njegu kože bolesnika
4. mijenjati bolesnikov položaj svako dva sata
5. koristiti pomagala za prevenciju komplikacija (antidekubitalna pomagala, poticajni spirometar)

- Smanjena mogućnost briga o sebi (hranjenje, higijena, odijevanje, eliminacija) u/s operacijskim zahvatom

Intervencije:

1. zadovoljiti bolesnikove potrebe za održavanjem osobne higijene, hranjenjem, odijevanjem i eliminacijom
2. poticati bolesnika na što veći stupanj samostalnosti

- Smanjena pokretljivost u/s operacijskim zahvatom

Intervencije:

1. educirati bolesnika o njegovim mogućnostima
2. redovito mijenjati položaj bolesnika (svako dva sata)
3. osigurati pomagala za samostalno pomicanje bolesnika (trapez)
4. poticati bolesnika na samostalnu promjenu položaja

- Neadekvatna prilagodba u/s promijenjenim kognitivnim stanjem

Intervencije:

1. pokazati razumijevanje i stvoriti osjećaj sigurnosti
2. stvoriti pozitivan terapijski odnos
3. poticati rodbinu da bude podrška bolesniku.

3.4.5. Otpust i zdravstveni odgoj bolesnika

Medicinska sestra nezamjenjiva je pri otpustu i provođenju zdravstvenog odgoja bolesnika. Bolesnici s urednim postoperacijskim tijekom otpuštaju se iz bolnice znatno ranije nego u prijašnja vremena, te se puno više pažnje posvećuje skrbi prije ulaska u bolnicu i nakon otpusta iz bolnice. To je od osobite važnosti za bolesnike starije životne dobi, kojima je potrebno više pomoći u uspostavi funkcija i duža rehabilitacija.

Medicinska sestra pri otpustu daje bolesniku otpusno pismo zdravstvene njege u kojem navodi aktualne i potencijalne probleme iz područja zdravstvene njege koji su prepoznati u periodu bolničkog liječenja, ciljeve zdravstvene njege, intervencije koje su provedene, te evaluaciju postavljenih ciljeva. Isto tako evidentiraju se i problemi s kojima se bolesnik otpušta iz bolnice, te plan zdravstvene njege za period nakon hospitalizacije, plan daljnjeg praćenja bolesnika od strane patronažne službe, te kontrola nadležnog liječnika. Kontinuitet zdravstvene njege je preduvjet bržeg oporavka, te se osim pisanih uputa bolesniku i njegovoj rodbini daju i usmene upute. Bolesnik s kirurškog odjela odlazi u vlastitu obitelj, u udomiteljsku obitelj ili u ustanovu, pa se ovisno o smještaju prilagođavaju i upute medicinske sestre. Zdravstvena njega usmjerena je uspostavi i održavanju dobre kondicije bolesnika, održavanju osobne higijene, nastavku aktivne mobilizacije započete na kirurškom odjelu, da bi se izbjegle komplikacije smanjene pokretnosti i dugotrajnog ležanja. Briga o pravilnoj i dostatnoj prehrani pomoći će bržem oporavku bolesnika. Veoma je važna psihološka podrška i održavanje kognitivnih funkcija, te poticanje bolesnika na samostalnost koliko je to moguće. Gerijatrijske ustanove imaju timove koji su osposobljeni za prihvat i zdravstvenu njegu takvog bolesnika. Rehabilitaciju u domovima za starije i nemoćne osobe provode kompetentni terapeuti, s obzirom na problem koji je kod bolesnika prepoznat. Tako se nerijetko u liječenju bolesnika dodatno konzultira gerijatar, psihijatar, fizioterapeut, logoped i drugi stručnjaci.

Kod otpusta bolesnika u vlastitu ili udomiteljsku obitelj, potrebno je rodbini dati detaljne upute o daljnjem tijeku oporavka. Potreban je i nadzor patronažne službe, te provođenje fizikalne terapije u kući. Također je potrebna procjena o potrebi zdravstvene njege u kući, te edukacija rodbine o higijeni, fizičkoj aktivnosti i prehrani takvih bolesnika.

S obzirom na složenost zdravstvenih problema, često nije moguće da bolesnik dostigne funkcionalnu sposobnost koju je imao prije operacije, pa se ciljevi rehabilitacije prilagođavaju mogućnostima bolesnika. Glavni cilj rehabilitacije je postizanje što većeg stupnja samostalnosti kod bolesnika.

Zdravstveni odgoj osoba starije životne dobi provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite. Uloga medicinske sestre je promocija pozitivnog zdravstvenog ponašanja da bi se očuvale funkcije još u zreloj dobi kao preduvjet za zdravlje u starijoj životnoj dobi. U starijoj životnoj dobi promjene su velikim dijelom ireverzibilne pa zdrave životne navike mogu poboljšati funkciju organizma, te povećati uspješnost ishoda operacije.

Potrebu za prevencijom u starijoj dobi pratili su i proučavali stručnjaci gerontolozi, te je Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ objavio upute za zdravo starenje

Vodič 14 uputa za aktivno zdravo i produktivno starenje, hrvatski model:

1. Primijeniti aktivno zdravo produktivno starenje tijekom cijeloga života;
2. Stalna tjelesna aktivnost od mladosti do duboke starosti uključuje vježbe disanja i vježbe mišića dna zdjelice zbog sprječavanja nekontroliranog mokrenja;
3. Stalna psihička aktivnost – doživotno učenje i stjecanje novih vještina i znanja;
4. Smjernice pravilne prehrane za starije od 65 godina - kalorijski dnevni unos hrane u pravilu ne veći od 1500 kcal zbog smanjenja bazalnog metabolizma u starijih te dnevni unos do 2 litre nezaslađene tekućine, koja uključuje juhu i varivo;
5. Pravilna prehrana za starije od 65 godina znači smanjeni unos „5b“ u hrani (bijelo brašno, bijeli šećer, bijela riža, sol, mast); uključuje konzumiranje sezonskog povrća i voća, plave ribe, bijelog mesa bez kožice; hranu je u pravilu potrebno pripremati lešo i bez zaprške, izbjegavati pohanu i prženu hranu s preporukom do 1 dcl crnog vina uz dnevni obrok;
6. Spriječiti debljinu u ranijoj starosti (65 do 74 godina) i osobito pothranjenost u dubokoj starosti (85 i više godina) zbog očuvanja funkcionalne sposobnosti;
7. Nepušenje i neovisnost o lijekovima, alkoholu, opijatima, crnoj kavi i drugim sredstvima ovisnosti;

8. Produljenje radnog vijeka ovisno o funkcionalnoj sposobnosti i specifičnosti zanimanja, stalna radna aktivnost i nakon umirovljenja;
9. Prijenos znanja, vještina, radnog i životnog iskustva na mlađe i druge starije osobe;
10. Seksualna aktivnost kao sastavnica ljubavi ne poznaje dobnu granicu;
11. Aktivno razvijanje komunikacije i poticanje druženja, vježbanje prilagodbe na stresne događaje te izbjegavanje osamljenosti;
12. Osobna i okolišna higijena, higijena i sanacija zubi i zubala, redovito obrezivanje noktiju na rukama i nogama. Uklanjanje barijera, kliznih i mokrih površina u kući i okolišu radi sprječavanja padova i ozljeda;
13. Neprihvaćanje predrasuda i neznanja o starenju i starosti kao bolesti, nemoći i ovisnosti o drugima (samo svaka peta starija osoba ovisna je o tuđoj skrbi zbog funkcionalne onesposobljenosti);
14. Pridržavanje uputa liječenja i uzimanja lijekova pod nadzorom liječnika (13).

4. ZAKLJUČAK

U suvremenoj kirurgiji sve je veći broj starijih osoba kojima je potreban operacijski zahvat. Fiziološki procesi kod osoba starije životne dobi odgovorni su za promjene u svim tjelesnim sustavima, te se uz postojanje jedne ili više kroničnih bolesti povećava operacijski rizik. Takav tjelesni kao i psihološki status bolesnika zahtjeva drugačiji pristup u planiranju liječenja, postavljanju indikacija za kirurško liječenje, te posebnu pažnju u poslijeoperacijskom tijeku. Za pozitivan ishod liječenja presudna je zdravstvena njega koju kao proces provode medicinske sestre. Medicinska sestra mora biti dodatno osposobljena i treba imati znanje i vještine u prijemu i procjeni takvih bolesnika. Nakon utvrđivanja problema i postavljanja ciljeva sestre planiraju intervencije prilagođene specifičnostima osoba starije životne dobi. U prijeoperacijskoj pripremi osim pažljive fizičke pripreme, od neprocjenjive je važnosti psihološki pristup, uspostavljanje povjerenja i dobre komunikacije koja ublažava stres koji je kod ovih bolesnika posebno izražen. U intraoperacijskom tijeku jako je važno spriječiti oštećenja tkiva i živaca, te pothlađivanje kojima su zbog svoje fiziologije posebno podložni. U poslijeoperacijskom razdoblju velika je mogućnost svih komplikacija vezanih za smanjenu pokretljivost, pa je rana mobilizacija ovih bolesnika neophodna. Od velike je važnosti uloga sestre u održavanju kognitivnih funkcija. Medicinska sestra mora poticati bolesnika, ohrabriti ga i pomoći mu da se što bolje može skrbiti o sebi, a obitelj na što češće posjete i podršku. Prilikom otpusta sestra treba imati sve podatke o socijalnom statusu bolesnika i mogućnostima zdravstvene skrbi nakon izlaska iz bolnice. Kod otpuštanja u institucije postoji aktivna komunikacija s gerijatrijskim timom, a ako bolesnik ide u obitelj, potreban je zdravstveni odgoj bolesnika i obitelji, te dobra komunikacija s obitelji u koju bolesnik odlazi. Dobro pripremljena obitelj lakše će se nositi s poteškoćama i problemima u procesu rekonvalescencije. Da bi se što dulje sačuvalo zdravlje i odgodile promjene koje godine sa sobom donose važno je pozitivno zdravstveno ponašanje. Medicinska sestra na svim razinama svog djelovanja treba promovirati upute za zdravo starenje koje su donijeli stručnjaci gerontolozi.

5. LITERATURA

1. Gerontološki simpozij. Zdravstveni prioriteti u brizi za osobe starije životne dobi Pregled radova i sažetaka, Opatija 5.10.2015.
2. Galić S, Tomasović Mrčela N i sur. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba-psihologije starenja, Medicinska škola Osijek, 2013.
3. Šoša T, Sutlić Ž, Stanec Z, Tonković I. i sur. Kirurgija. Naklada Ljevak, Zagreb 2007.
4. Prpić I i sur. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga Zagreb, 2005.
5. Jukić M, Husedžinović I, Kvolik S, Majerić Kogler V, Perić M, Žunić J. Klinička anesteziologija. Medicinska naklada, Zagreb 2013.
6. Tomek Rosandić S, Preko G, Mihok D, Radašević H, Puljak A. Doba mudrosti i zrele ljubavi, Vaše zdravlje Vodič za zdraviji život. N49 (08/06)
   Dostupno na
   https://www.google.hr/?gws_rd=ssl#q=doba+mudrosti+i+zrele+ljubavi
   (25.05.2016.)
7. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1990.
8. Gerontološka tribina povodom obilježavanja međunarodnog dana starijih osoba Zdravstveno stanje stanovnika starije dobi Splitsko dalmatinske županije.
   Dostupno na http://www.nzjz-split.hr/userfiles/ger16.pdf (25.05.2016.)
9. Filipović S, Kalčić M, Logar A, Redžović A M, Mravinac S, Mušković K, Perić Kosović D i sur Prevencija padova i prijeloma kod osoba starijih od 65 godina Poslijediplomski studij: Promicanje zdravlja i prevencija ovisnosti vođeni praktikum promicanja zdravlja. Rijeka, 2013.
   Dostupno na
   https://www.google.hr/?gfe_rd=cr&ei=iiPTV9jyAcqk8wey2rOQAg#q=prevencija+padova+i+prijeloma (29.05.2016.)
10. Prlić N, Rogina V i Muk B. Zdravstvena njega 4, Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. Školska knjiga, Zagreb 2005.

11. Zelić M, Vranešić Bender D, Ljubas Kelečić D, Župan Ž, Cicvarić T, Maldini B i sur. Hrvatske smjernice za perioperativnu enteralnu prehranu kirurških bolesnika. Liječnički Vjesnik 2014; 136: 1-8
12. Tomek Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Ljubičić M, Šimunec D i sur. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb 2012.
13. Vodič 14 uputa za aktivno zdravo i produktivno starenje, hrvatski model. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr Andrija Štampar. Zagreb, 2015.
Dostupno na http://www.stampar.hr/hr/vodic-14-uputa-za-aktivno-zdravo-produktivno-starenje-hrvatski-model (20.05.2016)
14. Šepec S. i sur. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb, 2011.

6. SAŽETAK

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, koje se može odrediti prema kronološkoj dobi (nakon 65 godine života), prema socijalnim ulogama i statusu (nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). Specifičnosti starijih osoba, fiziologija starenja organizma i niz pratećih bolesti i stanja koja se javljaju u starijoj dobi, razlog su posebnog pristupa kirurškom bolesniku starije životne dobi. Najčešći uzroci hospitalizacije na kirurškom odjelu su prijelomi bedrene kosti koji se nalaze na četvrtom mjestu od ukupnog broja hospitalizacija za osobe starije od 65 godina hernija ili kila osma je po ukupnom broju hospitalizacija, dok su žučni kamenci deseti uzrok hospitalizacija.

Uspjeh liječenja svake kirurške bolesti ovisi o pravilnom postavljanju dijagnoze, pravilnoj prijeoperacijskoj pripremi i trajnoj njezi bolesnika prije i poslije operacije. U prijeoperacijskoj pripremi osim pažljive fizičke pripreme, od neprocjenjive je važnosti psihološki pristup, uspostavljanje povjerenja i dobre komunikacije koja ublažava stres koji je kod ovih bolesnika posebno izražen. U intraoperacijskom tijeku jako je važno spriječiti oštećenja tkiva i živaca, te pothlađivanje kojima su zbog svoje fiziologije posebno podložni. U poslijeoperacijskom razdoblju velika je mogućnost svih komplikacija vezanih za smanjenu pokretljivost, pa je rana mobilizacija ovih bolesnika neophodna. Osobe starije životne dobi dokazano su osjetljiva dobna skupina koja na stresne situacije (kao što je operacijski zahvat) često reagiraju promjenama u fizičkom, emocionalnom i psihološkom funkcioniranju, te im je potrebna duža rehabilitacija. S obzirom na složenost zdravstvenih problema, često nije moguće da bolesnik dostigne funkcionalnu sposobnost koju je imao prije operacije, pa se ciljevi rehabilitacije prilagođavaju mogućnostima bolesnika. Glavni cilj rehabilitacije je postizanje što većeg stupnja samostalnosti kod bolesnika.

Da bi se što dulje sačuvalo zdravlje i odgodile promjene koje godine sa sobom donose važno je pozitivno zdravstveno ponašanje. Medicinska sestra na svim razinama

svog djelovanja treba promovirati upute za zdravo starenje koje su donijeli stručnjaci gerontolozi.

7. SUMMARY

Old age is the last development period in the life of an individual, which can be determined by chronological age (after the age of 65), according to the social roles and status (after retirement) or to functional status (after a certain degree of decline abilities) . Specifics of the elderly , physiology of aging and a series of accompanying diseases and conditions that occur later in life are the reason the special access to surgical elderly patients. The most common causes of hospitalization in the surgical department are fractures of the thigh bone, which are located as the 4th of the total number of hospitalizations for people over 65 years, than of hernia (8th in the total number of hospitalizations) , while gallstones are on 10th position of the total number of hospitalization.

Treatment success for any surgical state depends on proper diagnosis, proper preoperative preparation and ongoing care of patients before and after surgery. The preoperative preparation beside a careful physical training, invaluable issue is psychological approach, establishing trust and good communication that reduces stress which is for these patients particularly pronounced. During intraoperative course, it is very important to prevent damage to tissues and nerves, and hypothermia which is tipical for this patients due to their physiology. In the postoperative period there is every possibility of complications related to reduced mobility, and because of it, early mobilization of these patients is necessary. Seniors have proven to be sensitive age group which often react to stressful situations (such as surgery) with the changes in the physical, emotional and psychological functioning, and they need a longer rehabilitation. Given the complexity of health problems, it is often not possible to reach the patient functional ability that he had before the surgery, so the goals of rehabilitation are being adapted to the possibilities of patients. The main goal of rehabilitation is to achieve the greatest possible degree of independence in patients.

In order to preserve health as long as possible, and to delay the changes that ages bring with them, the important thing is positive health behavior . The nurse should promote instructions for healthy aging that have been brought by experts gerontologists, and it should be done at all levels of her work.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime Snježana Radovanović

Adresa Domovinskog rata 7, 21210 Solin

E-mail snjezana.radovanovic@gmail.com

Datum rođenja 01.12.1980.

Obrazovanje

1995. - 1999. - Zdravstvena škola Split; medicinska sestra – tehničar općeg smjera

2013. – 2016. - Preddiplomski studij sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Radno iskustvo

2000.-2001 -KBC Split; pripravnički staž

2002.-2004.-Ustanova za zdravstvenu njegu u kući „Octavius“

2004.- -Dom za starije i nemoćne osobe Split

Dodatne informacije

Član Hrvatske komore medicinskih sestara (od 2004.g)

Poznavanje rada na računalu u MS Officu

Poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu