

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

DANIJELA ZAGORŠČAK

Izola, 2016

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU**

**ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA PO OPERACIJI
NA ODPRTEM SRCU**

HEALTH CARE OF PATIENT AFTER OPEN HEART SURGERY

Študent: DANIJELA ZAGORŠČAK

Mentor: HELENA SKOČIR, viš. med. ses., univ. dipl. org., pred.

Študijski program: Visokošolski študijski program Zdravstvena nega,

1. stopnja

Izola, 2016

IZJAVA O AVTORSTVU

Spodaj podpisana Danijela Zagorščak izjavljam:

- da je predložena diplomska naloga izključno rezultat mojega dela;
- poskrbela sem, da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženi nalogi, navedena oziroma citirana v skladu s pravili UP Fakultete za vede o zdravju;
- se zavedam, da je plagiatorstvo po Zakonu o avtorskih in sorodnih pravicah UL št. 16/2007 (v nadaljevanju ZASP) kaznivo.

KLJUČNE INFORMACIJE O DELU

Naslov	Zdravstvena nega pacienta po operaciji na odprtem srcu
Tip dela	diplomska naloga
Avtor	ZAGORŠČAK, Danijela
Sekundarni avtorji	SKOČIR, Helena (mentorica) / KARNJUŠ, Igor (recenzent)
Institucija	Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
Naslov inst.	Polje 42, 6310 Izola
Leto	2016
Strani	VIII, 37 str., 0 pregl., 2 sl., 2 pril., 37 vir
Ključne besede	zdravstvena nega, bolezni srca, vloga medicinske sestre, kirurški pacient, zdravstveno vzgojno delo
UDK	616.1
Jezik besedila	slv
Jezik povzetkov	slv/eng
Izvleček	<p>V diplomski nalogi smo predstavili srčno-žilna obolenja ter incidenco in vzroke za visoko obolevnost. Predstavili smo anatomijo srca ter njegovo delovanje. Srčne bolezni smo razdelili na prirojene in pridobljene. Na pridobljene bolezni srca lahko vplivamo oziroma jih preprečujemo z zdravim načinom življenja, kamor uvrščamo zdravo prehranjevanje, več gibanja, izogibanje stresnim situacijam, alkoholu in kajenju, paziti moramo na telesno težo, kontrolirati krvni tlak, krvni sladkor in holesterol. Nezdravi način življenja privede do resnih srčnih obolenj, ki velikokrat zahtevajo operativno zdravljenje. Na dejavnike, kot so starost, spol in dednost, pa žal ne moremo vplivati. Opisali smo psihično in fizično pripravo pacienta na operacijo, pripravo na dan operacije, zdravstveno nego pacienta pred in po operaciji. Poudarili smo pomembno vlogo medicinske sestre od začetka sprejema do odpusta pacienta. V raziskovalnem delu smo predstavili študijo primera pacienta po operaciji na odprtem srcu na koronarnih arterijah. Študija primera je potekala v MC Medicor v Izoli. S pomočjo študije smo izpostavili aktualne ter potencialne negovalne probleme, ki so se pojavili pri pacientu po operaciji. Ugotovili smo, da pacient prve tri dni potrebuje popoln nadzor in pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih. S pravilno komunikacijo, zaupanjem in zdravstveno vzgojo dosežemo kakovost bivanja, uspešno zdravljenje ter zmanjšamo možnost komplikacij.</p>

KEY WORDS DOKUMENTATION

Title	Health care of patient after open heart surgery
Type	Graduation thesis (University studies)
Author	ZAGORŠČAK, Danijela
Secondary authors	SKOČIR, Helena (supervisor) / KARNJUŠ, Igor (reviewer)
Institution	University of Primorska, Faculty of Health Sciences
Address	Polje 42, 6310 Izola
Year	2016
Pages	VIII, 37 str., 0 pregl., 2 sl., 2 pril., 37 vir
Keywords	health care, heart diseases, nurses role, surgical patient, health-care education
UDC	616.1
Language	slv
Abstract language	slv/eng

Abstract In the diploma thesis we presented cardiovascular diseases, incidence and causes of high morbidity. We presented anatomy of the heart and its function. We divided heart disease into congenital and acquired. On acquired disease we can make influence on or prevent them with healthy choice of life such as healthy eating, more of exercising, avoiding stressful situations, alcohol and smoking, take care of body weight, often control blood pressure, blood sugar and cholesterol. Unhealthy way of life leads us to serious heart disease, which often require surgical treatment. Unfortunately on factors such as age, gender and genetic dispositions we can not influence. In the diploma thesis we also described psychological and physical preparation patient to the surgery, preparation of the patient on surgery day, nursing care of patient before and after surgery. We have emphasized the important role of nurse from the beginning of admission until discharging a patient. In the research work we presented study case of a patient after open heart surgery on coronary arteries. The study case were performed in MC Medicor Izola where we highlighted the current and potential nursing problems which occur after open heart surgery. We have noticed that the patient first three days needs full control and help in all life activities. With proper communication, trust and health education we achieve quality living in hospital, successful treatment and reduce the possibility of complications.

KAZALO VSEBINE

IZJAVA O AVTORSTVU	IV
KLJUČNE INFORMACIJE O DELU	V
KEY WORDS DOKUMENTATION	VI
KAZALO SLIK	IX
1 UVOD.....	1
1.1 Srce in ožilje	1
1.1.1 Anatomija srca	2
1.1.2 Krvni obtok.....	4
1.1.3 Prirojene in pridobljene srčne bolezni.....	4
1.1.4 Kaj povzroča srčno-žilna obolenja in kako jih preprečiti.....	6
1.2 Anamneza ter diagnosticiranje bolezni srca in ožilja.....	8
1.3 Obravnava pacienta pred in med operativnim posegom	10
1.3.1 Vloga medicinske sestre pri sprejemu pacienta na operativni poseg	10
1.3.2 Psihična priprava.....	11
1.3.3 Fizična priprava	12
1.3.4 Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na dan operacije.....	12
1.3.5 Vloga medicinske sestre v pooperativnem obdobju	13
1.3.6 Zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre pri odpustu pacienta	14
1.3.7 Pisna navodila po operaciji na odprtem srcu Mednarodnega centra Medicor 14	
2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	16
2.1 Namen.....	16
2.2 Cilji diplomskega dela.....	16
2.3 Raziskovalna vprašanja	16
3 METODE DELA IN MATERIALI	17
3.1 Vzorec.....	17
3.2 Instrumenti zbiranja podatkov	18
3.3 Potek raziskave	18
4 REZULTATI	19
4.1 Negovalna anamneza po vzorcih zdravega obnašanja Marjory Gordon pred in po operativnem posegu	19
5 RAZPRAVA	29
6 ZAKLJUČEK	31
7 LITERATURA	32
ZAHVALA	37

PRILOGA 1: VPRAŠALNIK ZA IZVEDBO ŠTUDIJE PRIMERA.....	38
PRILOGA 2: PROŠNJA ZA ODOBRITEV UPORABE DOKUMENTACIJE PRI IZDELAVI DIPLOMSKE NALOGE	40

KAZALO SLIK

Slika 1: Anatomija srca (Vidmar, 2009).....	2
Slika 2: Razvrstitev krvnega tlaka (Kastner, 2016)	7

SEZNAM KRATIC

ASD	atrijski septum defekt
CVP	centralni venski pritisk
EKG	elektrokardiogram
FEC 1	forsiran ekspiracijski volumen
FVC	forsirana vitalna kapaciteta
PEF	maksimalna hitrost izdihanega zraka
RTG	rentgen
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
TGA	transpozicija velikih žil
UZ	ultrazvok
VAS	vizualna analogna skala
VSD	ventrikulatni septum defekt

1 UVOD

Zaradi vsakdanjega hitrega tempa življenja, stresa, prekomerne telesne teže, nezdravega načina prehranjevanja, uživanja alkohola in tobačnih izdelkov je pogostost obolenih za srčno-žilnimi spremembami večja (Cibic, 2015).

Najpogostejši vzrok smrti v Evropi so bolezni srca in ožilja, saj povzročijo skoraj polovico vseh smrti. Prav te bolezni so glavni krivec za t. i. prezgodnjo umrljivost in za opazno odsotnost z delovnega mesta. Za boleznimi srca in ožilja zboli letno več kot 17 milijonov ljudi. V Sloveniji zaradi bolezni srca in ožilja zboli povprečno 20.000 ljudi na leto, umre pa jih okoli 9000. Tako bolezni srca in ožilja povzročijo približno 40 odstotkov vseh smrti v Sloveniji, kar je več kot jih umre zaradi rakastih obolenj. V zadnjih desetletjih pa se je življenjska doba občutno podaljšala. Uspeli smo dodati leta življenju, vendar pa so gola dodana leta brez prave kvalitete življenja prazna. Zavedati se moramo, da je pričakovano zdravje mnogo pomembnejše od pričakovane življenjske dobe (SURs, 2010).

S skrbjo za ustrezen način življenja v prostem času krepimo svoje zdravje, kar med drugim pomeni tudi ustrezno vrednost krvnega tlaka. Tako bomo zmanjšali »ranljivost« arterij, ki so ob odlaganju maščob in kalcija v žilno steno glavno torišče za nastanek srčno-žilnih bolezni. Da bi sploh razumeli tveganje srčno-žilnih bolezni, moramo poznati anatomijo srca in ožilja ter fiziologijo učinkovanja visokega krvnega tlaka na srce in ožilje. Raziskave so pokazale, da z zdravim načinom življenja, zdravo prehrano in gibanjem vplivamo na zmanjšanje krvnega tlaka. Z zniževanjem krvnega tlaka neposredno vplivamo na zmanjšano tveganje in umrljivost zaradi srčno-žilnih bolezni. Danes je preverjanje krvnega tlaka predmet preventive pri odkrivanju nastanka in razvoja srčno-žilnih bolezni (Lovše, 2005).

Stiskajoča bolečina za prsnico se pojavi ob zmanjšani oskrbi srčne mišice s kisikom. Zdravljenje le te je odvisno od stopnje ishemije. Zdravimo lahko medikamentozno, z invazivnimi posegi ter operativno. Če medikamentozno zdravljenje ne pomaga, pacienta napotimo na invazivno diagnostiko. Pri invazivni diagnostiki prikažemo delovanje srca ter prehodnost venčnih arterij, po potrebi zdravnik razširi arterijo ali vstavi opornico. Zožitev žilne svetline postane pomembna, ko doseže 50 % premera žile ali več. Operacija je indicirana, ko bolezni ne moremo več kontrolirati z zdravili ali vstavitevijo opornice (Miksić, 2003).

1.1 Srce in ožilje

Srčno-žilni oz. kardiovaskularni sistem omogoča preskrbo telesnih tkiv in organov s kisikom in hranili in omogoča »prenos informacij«s pomočjo hormonov, s tem je zagotovljena potreba celicam po hranilnih snoveh in kisiku, hkrati pa po žilah celice odvajajo odpadne snovi, ki se nato izločajo preko pljuč, ledvic in jeter. Prav tako ima pomembno vlogo pri uravnavanju telesne temperature.

Kardiovaskularni sistem je povezan sistem, ki ga sestavljajo (Vidmar, 2009):

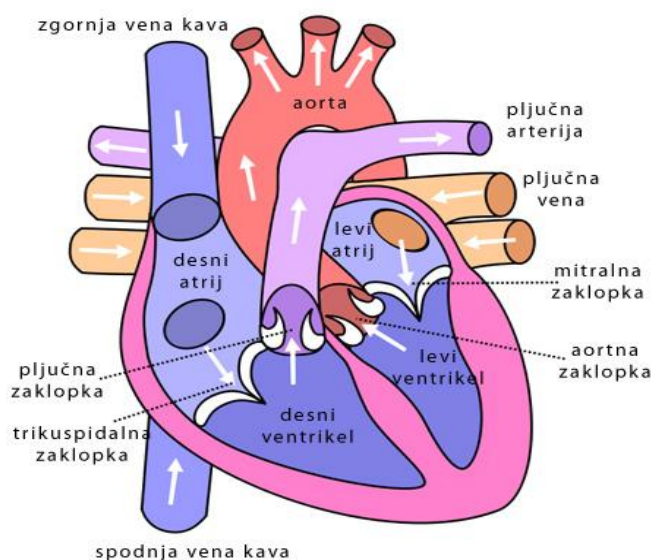
- srce,
- arterije,

- vene,
- kapilare.

1.1.1 Anatomija srca

Srce leži v osrčniku tik za prsnico in zavzema sprednji, spodnji del medpljučja. Ima stožčasto obliko. Njegova baza leži zadaj, zgoraj in na desni, njegova konica pa leži spredaj, spodaj in na levi. Srce ima štiri votline: desni in levi preddvor ter desni in levi prekat. Preddvora loči od prekatov na zunanji površini žleb, ki ga izpolnjuje maščevje, po njem pa potekata desna in leva koronarna arterija in sinus coronarius. Od koronarnega žleba proti srčni konici spredaj in zadaj potekata plitva žlebova, ki nakazujeta lego srčnega pretina med desnim in levim prekatom. V žlebovih potekajo veje koronarnih arterij. V desni preddvor se izlivata zgornja in spodnja votla vena. V levi preddvor se izlivajo štiri pljučne vene. Iz desnega prekata poteka navzgor pljučno deblo, iz levega prekata pa poteka navzgor ascendentna aorta (Cvetko, 2012).

Prikaz anatomije srca spodaj na sliki 1 (Vidmar, 2009):



Slika 1: Anatomija srca (Vidmar, 2009).

Obrise srca lahko projiciramo na sprednjo prsno steno. Tako ima srce tri robove: spodnji, desni in levi. Desni rob tvori desni preddvor in poteka od tretjega do šestega rebrnega hrustanca, približno 3 cm desno od srednje ravnine. Spodnji rob tvorita desni preddvor in desni prekat in sega od šestega rebrnega hrustanca nekoliko desno od mediane ravnine do srčne konice, ki leži v petem medrebrnem prostoru levo, v medioklavikularni črti. Srčna konica udarja na sprednjo prsno steno, udarec tipljemo kot ictus cordis. Levi prekat in preddvor tvorita levi rob srca (Dahmane, 2005).

Srce sestavljajo trije sloji (Brumec in Vučetić- Zavrnik, 1989):

- **Perikard** ali osrčnik, ki ga delimo na dva perikarda. Fibrozni perikard je čvrsta vezivna opna, ki obdaja celotno srce. Tam, kjer iz srca izstopajo velike žile, je ta opna povezana z zunanjo ovojnico teh žil, poleg tega pa se fibrozni perikard zliva tudi s trebušno prepono. Serozni perikard leži med miokardom in fibroznim perikardom. Sestavljata ga dve plasti, ki sta med seboj povezani tako, da tvorita tako imenovano perikardialno votlino. V normalnih pogojih te votline tako rekoč ni, saj sta obe plasti tesno druga ob drugi, zaradi različnih poškodb pa lahko v tej votlini pride do nabiranja raznih tekočin, kot na primer krvi, ki lahko ovira delovanje srca, v skrajnem primeru pa povzroči tudi smrt. Serozni perikard izloča sluzasto tekočino, ki zmanjšuje trenje v osrčniku.
- **Miokard** ali srčna mišica je prečno progastim mišicam podobno tkivo, katere značilnost je ta, da se pri vzdraženju oz. depolarizaciji ene same celice akcijski potencial razširi po celotni mišici, kar omogoča, da srce deluje kot celota. Priraščena je na srčni skelet. En sloj mišice prekriva vsako polovico srca posebej, en sloj pa prekriva celotno srce.
- **Endokard** je tanka, gladka in lesketajoča se membrana, ki prekriva vso notranjost srca in je nadaljevanje notranje plasti velikih žil. Sestavljen je iz ene plasti ploščatih endotelijskih celic. Pod to plastjo se nahaja plast elastičnih vlaken, redkih gladkih mišičnih vlaken in vezivno tkivo, ki povezuje endokard z miokardom.

Krvne žile

Srce je center krvnega obtoka, krvne žile pa vodijo kri po telesu. Ko kri teče od srca po arterijah do tkiv, jih oskrbuje s snovmi, ki so potrebne za presnovne procese-metabolizma in vzdrževanje homeostaze. Nerabni produkti metabolizma gredo v glavnem po venah do pljuč, nato naprej preko levega srca po arterijah do ledvic in kože, kjer se izločijo. Arterije so krvne žile, ki vodijo kri iz srca do organov in tkiv. Po zgradbi jih delimo na arterije elastičnega in mišičnega tipa. Arterije mišičnega tipa se razvejijo v manjše arteriole. Te krvne žile imajo pomembno vlogo, da razporejajo količino krvi za organe in tkiva ter uravnavajo krvni tlak. Arterije mišičnega tipa in arteriole so pod kontrolo simpatičnega živčevja. Arteriole se delijo na manjše krvne žile metarteriole, ki vodijo kri v najmanjše krvne žile – kapilare. Kapilare se zlivajo v večje krvne žile, imenovane venule, te pa v vene, ki vodijo kri v srce (Cvetko, 2012).

Arterije in vene

Po arterijah ali odvodnicah se pretaka kri, nasičena s kisikom in hranili. So zelo elastične in imajo močno mišično steno. Glavna arterija v človeškem telesu je aorta. Po venah ali dovodnicah pa deoksigenirana, nečista kri. Vene vstopajo v srce in vodijo kri od organov proti srcu. Imajo tanko mišično steno in niso tako elastične kot arterije, v notranjosti so polmesečaste zaklopke, zavihki endotelijskih plasti. Te preprečujejo, da bi kri uhajala nazaj. To sicer drži za sistemski krvni obtok, ne pa za celotni telesni krvni obtok. Arterije in vene so si po sami anatomski zgradbi zelo podobne. Sestavljene so iz treh plasti: notranje plasti ali intime, srednje plasti ali medie, ki jo sestavljajo mišična

vlakna in elastično tkivo ter zunanje plasti ali adventicije. Večje arterije se v telesu razvejijo na manjše arterije, imenovane arteriole. Vene pa na manjše vene imenovane venule. Razlikujemo tri vrste ven: globoke (v mišičju), povrhnje (v podkožju) in perforantne (te povezujejo druga dva tipa ven). Prehod med arterijami in venami tvorijo kapilarni spleti (Schuler in Waldman, 2011).

1.1.2 Krvni obtok

- **Pljučni krvni obtok**

Pljučni krvni obtok imenujemo tudi mali krvni obtok, po njem se pretaka oksigenirana kri iz srca v pljuča, po levi in desni pljučni arteriji. Ko teče po kapilarah v pljučih, jemlje iz zraka kisik in vanj odlaga ogljikov dioksid. S kisikom bogata oksigenirana kri se po dveh levih in desnih pljučnih venah vrne v srce, to pa jo potem potisne po drugih delih telesa. Po arterijah se navadno pretaka, oksigenirana kri in po venah deoksigenirana. V pljučnem obtoku poteka ravno obratno (Burnie, 1995).

- **Telesni krvni obtok**

Telesni ali veliki krvni obtok oskrbuje celo telo z oksigenirano krvjo, razen pljuč in nazaj vrača nerabno, vensko kri. Kri gre od levega prekata naprej po celem telesu in nazaj v desni preddvor preko spodnje in zgornje vene kave (Burnie, 1995).

1.1.3 Prirojene in pridobljene srčne bolezni

- **Prirojene srčne napake**

Prirojena srčna napaka je posledica motenega razvoja srca in ali velikih žil že od rojstva. Nepravilnosti v delovanju srca nastanejo kot posledica razvoja srca pred ali neposredno po rojstvu. Najpogostejši je atrijski septum defekt (v nadaljevanju ASD), nastane še pri nerojenem otroku odprtina na srčnem pretinu (foramen ovale), ki povezuje oba preddvora in se po rojstvu ne zapre sama. V tem primeru prehaja kri iz levega preddvora v desnega, lahko pa vteka v pljučni krvni obtok in se opazno poveča krvni tlak. Posledično mora srce močnejše črpati kri, ker vodi v preobremenjenost. Pri ventrikulatnem septum defektu (v nadaljevanju VSD) pa prirojena odprtina povezuje oba srčna prekata, kar vodi v podobne posledice kot ASD (Schuler in Waldmann, 2011).

Pri nekaterih je potrebna operacija srca, obstajajo pa tudi (zaenkrat) nepopravljive okvare. Pojavnost prirojenih srčnih napak je približno pri vsakem stotem otroku. 85 % otrok s prirojeno srčno napako preživi do odraslega obdobja. Z velikim napredkom intenzivne medicine in kardiologije se iz leta v leto povečuje in tako lahko pričakujemo, da bo odraslih bolnikov s prirojenimi srčnimi napakami vse več. Največkrat ne najdemo vzroka prirojenih bolezni srca. Če pa že so, so kot posledica bolezni matere med nosečnostjo, npr. virusne okužbe in sistemski lupus eritematosus. Plod se lahko poškoduje tudi z različnimi zdravili in drogami, ki jih mati prejema med nosečnostjo.

Lahko je tudi posledica dedne motnje, ki se prenaša z matere ali očeta na potomce, lahko pa je vzrok kajenje. VSD je s 30 % najpogostejša okvara, sledi ASD z 10 %, ostale okvare so odprt Botallov vod, pulmonalna stenoza, koarktacija aorte, aortna stenoza, tetralogija Fallot, transpozicija velikih žil, truncus arteriosus (Kenda, 2002).

- **Pridobljene srčne napake**

Pridobljene srčne napake so največkrat posledica vnetja srčnih zaklopk (endokarditis). Vnetje je najpogosteje revmatično ali bakterijsko. S starostjo človeka pa je največkrat sprememba na zaklopkah zaradi ateroskleroze. Vnetne spremembe na zaklopkah lahko povzročijo zlepljenje loputk zaklopk. Ko se loputke ne odpirajo več dovolj, pride do stenoze zaklopk, slabo zapiranje pa privede do popuščanja (insuficience) zaklopk (Kapš, 2009).

Mitralna stenoza je zoženje dvojdrne zaklopke, ki ima posledično moteno polnjenje levega prekata v diastoli. Postopno ožjenje mitralne zaklopke se začne zaradi revmatičnega vnetja notranje plasti srčne stene (revmatični endokarditis), ki se razvije po preboleli revmatični vročini ali angini v žrelu (Kapš, 2009).

Mitralna insuficienca je popuščanje dvojdrne zaklopke. Med levim preddvorom in levim prekatom. Nastane, ko je zapiranje listov nepopolno. Levi prekat ne iztisne vse krvi v aorto, ampak se je del vrača nazaj v levi preddvor, ki jo mora ponovno potisniti v prekat, skupaj z normalnim (fiziološkim) dotokom, ko pride kri iz pljuč. Iz pljuč v levi preddvor priteče okoli 70 ml krvi. Torej pri naslednjem iztisu ostane nekaj krvi in še dodatnih 70 ml, zato se posledično razširi levi preddvor ali pa ostaja kri v pljučih (Kapš, 2009).

Aortna stenoza nastane kot posledica zadebelitve, kalcifikacije, zmanjšane upogljivosti lističev in zlepljenja lističev aortne zaklopke. Nekoč so jo povzročala revmatoidna obolenja, danes pa predvsem aterosklerotične spremembe na zaklopkah. Aortna stenoza je stalna zapora pretoka krvi skozi aortno zaklopko v času iztisa krvi (sistole) iz levega prekata. Zaklopke se slabše odpirajo, levi prekat je preobremenjen in s tem atrofira. Pacient se posledično hitro utruji, primanjkuje mu zraka, občuti bolečino za prsnico in ima vrtoglavico. Pri težji obliki bolezni lahko pacient izgubi zavest (Kapš, 2009).

Aortna insuficienca ali popuščanje aortne zaklopke pomeni, da ne tesni dobro. Kri uhaja iz aorte nazaj v levi prekat, to imenujemo regurgitacijski volumen. Potemtakem mora srce pri vsakem naslednjem kršenju načrpati večjo količino krvi od normalne. S tem povzroča preobremenitev leve polovice srca, kar vodi v srčno insuficienco, nezadostno delovanje srca. Količina vrnjene krvi je odvisna od velikosti odprtine v zaklopki, razlike tlaka med aorto in prekatom v diastoli, srčne frekvence, perifernega systemskega upora in stanja levega prekata v diastoli (Bombek, 2000).

1.1.4 Kaj povzročata srčno-žilna obolenja in kako jih preprečiti

Dednost: je eden od vzrokov, na katerega ne moremo vplivati. Zbolijo navadno ljudje kateri, so imeli sorodnike s koronarno boleznijo ali umrli relativno mladi. Zato je zgodnje odkrivanje gensko pogojenih bolezni osnova pri nadzorovanju, preprečevanju in lažšanju bolezni (Accetto in Bulc, 2008).

Starost in spol: še en dejavnik, ki se mu ne moremo izogniti. S starostjo tveganje narašča (pogostost nastanka ateromov in zapletov) in s spolom (moški so bolj ogroženi od žensk) (Accetto in Bulc, 2008).

Telesna nedejavnost: redna telesna dejavnost je pomembna za krepitev in varovanje zdravja ter zdravje srca od otroštva do pozne starosti. Telesna dejavnost mora biti predvsem redna. Za ugoden učinek na zdravje zadostuje najmanj 30 minut zmerne telesne aktivnosti 5 ali več dni na teden. Redna telesna dejavnost ima številne ugodne učinke na zdravje ter dobro telesno in duševno počutje. Z njo dokazano preprečujemo nastanek in zaviramo razvoj najpogostejših bolezni, kot so: bolezni srca in ožilja (angina pectoris, srčna in možganska kap), debelost, motnje presnove (sladkorna bolezen, zvišana raven krvnih maščob), osteoporoza, rakaste bolezni, nespečnost in psihične motnje (depresija, anksioznost, nemir) (Vidmar, 2007).

Nezdrava prehrana: pomembno, da posegamo po hrani, ki naj vsebuje več živih rastlinskega kot živil živalskega izvora, živila iz polnovrednih žit in žitnih izdelkov. Večkrat dnevno moramo jesti pestro sadje in zelenjavo, najbolje lokalno pridelano sveže sadje in zelenjavo. Pomemben je tudi nadzor nad zaužito količino maščob in nadomestitev večino nasičenih maščob (živalskih maščob) z nenasičenimi rastlinskimi olji. Mastno meso in mastne mesne izdelke nadomestimo s stročnicami, ribami, perutnino ali pustim mesom. Dnevno uživamo priporočene količine manj mastnega mleka in manj mastnih mlečnih izdelkov. Pomembno je jesti manj mastno hrano, omejiti sladkor, sladka živila in sol, zaužiti dovolj tekočine in predvsem omejiti uživanje alkohola. Hrano pripravljajte zdravo in higiensko. Predvsem pa je treba uživati v prehrani (Patel, 1991).

Arterijska hipertenzija: je tisti tlak, s katerim kri pritiska na steno žile, po kateri teče. Poznamo sistolični-zgornji krvni tlak, ki ga izmerimo takrat, kadar srce iztisne kri v žilje, in diastolični-spodnji krvni tlak, ki ga izmerimo, ko srčna mišica počiva. Izrazimo ga v milimetrih živega srebra (mm/Hg). O povečanem krvnem tlaku govorimo, ko je vrednost večja od 140/90 mm/Hg. Visok pritisk ne povzroča posebne bolečine, temveč izrazito pospešuje aterosklerozo žil in obremenjuje srce. Srednja mišična plast žilne stene se zadebeli, notranja pa zatrdi, tako lahko spremenjena žila počni ali pa v njej nastane krvni strdek v njej (Kocjančič, 2000).

Na sliki 2 so prikazane vrednosti od optimalnega do hudo visokega krvnega tlaka (Kastner, 2016):

Krvni tlak	sistolični	diastolični
optimalen	< 120	< 80
normalen	120-129	80-84
visoko normalen	130-139	85-89
blaga hipertenzija	140-159	90-99
zmerna hipertenzija	160-179	100-109
huda hipertenzija	> 180	> 110

Slika 2: Razvrstitev krvnega tlaka v mm/Hg (Kastner, 2016).

Zvišane vrednosti holesterola: holesterol nastane v jetrih, nekaj pa ga telo dobi s hrano. Pri njegovi razgradnji nastajajo v jetrih žolčne kisline, ki se izločajo v prebavni trakt in so nujno potrebne pri prebavi maščobe, ki jih dobi s hrano. Kadar je v krvi preveč holesterola (hiperholesterolemija), se začne kopičiti v žilni steni. Hiperholesterolemija je eden od najnevarnejših dejavnikov za hiter nastanek ateroskleroze. Raziskave v Sloveniji so pokazale, da ima več kot 60 % ljudi povišane vrednosti maščob v krvi. Z 1 % zvišane vrednosti holesterola se zviša nevarnost za pojav srčnega infarkta za 2 % (Cevc, 2011):

- skupni holesterol: manj kot 5 mmol/l,
- holesterol LDL: manj kot 3 mmol/l,
- trigliceridi: manj kot 1,7 mmol/l,
- holesterol HDL: več kot 1 mmol/l pri moških in več kot 1,3 mmol/l pri ženskah.

Stres: je naraven odziv na različne dogodke spremeni nam počutje, razpoloženje, zagnanost in uspešnost, zato ni vedno nezaželen, v majhnih količinah nas namreč motivira, da damo čim več od sebe. Ko pa smo dalj časa ali konstantno pod stresom, lahko to usodno vpliva na naše psihično in fizično zdravje (Drašler, 2015).

Kajenje: je daleč najbolj razširjena oblika zlorabe psihodejavnih snovi. Kajenje je odvisnost od nikotina, ki jo spremljajo vedenjski, miselni in fiziološki pojavi. Pojavijo se jutranji kašelj, težka sapa, slab zadah, orumeneli prsti in nohti, uničeni zobje ter spremenjena koža. Poleg srčno-žilnih bolezni vpliva še na obolenja dihal, raka v pljučih, v požiralniku in ustih, možgansko kap, razjedo in raka na želodcu, vnetje dlesni, sivo mreno. Močno povečuje razvoj ateroskleroze. Tobak in cigaretni dim vsebujeta ogromno škodljivih snovi, med njimi so najbolj znane nikotin, ogljikov monoksid in katran. Nikotin je mamilo, ki deluje na živčevje, ogljikov monoksid pa se hitro veže na barvilo eritrocitov. Tisti, ki dim samo inhalirajo, imajo dvakrat večjo možnost za

nastanek akutnega miokardnega infarkta. Z vsako opuščeno cigareto si podaljšamo življenje za 7,5 minute (Madjar, 2006).

1.2 Anamneza ter diagnosticiranje bolezni srca in ožilja

Anamneza

Pri vsakem pridobivanju podatkov je pomembno, kar nam pove sam pacient, družinska anamneza, kdaj so se težave začele, kako so nastale, njegove razvade, katera zdravila uživa. Pacienta vprašamo, ali se je pojavila bolečina, kje se je pojavila, koliko časa je trajala, kako huda je bolečina in kateri so ostali prisotni znaki ob tej bolečini ter kako se oseba pri tem počuti. Pomemben je zdravniški pregled, da natančno postavi diagnozo in usmerjeno postavlja vprašanja, da bi dobil natančnejši opis. Pomembno je tudi hkratno opazovanje kože, dihanja, prisotnost oteklin, cianoze, kašlja, tipanje arterijske pulzacije, pregled vratu, perkusija in avskultacija pljuč ter pregled ostalih organov. Anamneza je najbolj pomemben in verodostojen vir informacij o pacientovih težavah (Kocjančič, 2000).

Elektrokardiogram

Elektrokardiogram (v nadaljevanju EKG) je standardna neinvazivna neboleča preiskava. EKG je grafični zapis električne aktivnosti srčne mišice. Električni impulzi nastajajo v prevodnem sistemu srca, draženje mišičnih vlaken pa vodi do njihovega krčenja. Tvorba in prevajanje električnih impulzov povzroča šibke električne napetosti, ki se širijo po vsem telesu in jih lahko registriramo z ustreznim aparatom, ki je z elektrodami povezan z različnimi točkami na telesni površini. Na podlagi tega lahko včasih zdravnik postavi diagnozo, kot je srčni infarkt, in ugotavlja različne motnje ritma. Pacient se pred preiskavo sleče do pasu, uleže na hrbet, roke da ob telo ter se skuša kar najbolje umiriti (Sinkovič, 2015).

Rentgensko slikanje prsnih organov

Slikamo v posteroanteriorni projekciji ter iz različnih profilov (levi ali desni), pokaže nam pljučni krvni obtok, izliv, obliko srca pri zoženi mitralni zaklopki, napake aortne zaklopke in nekatere prirojene napake (Jerše, 2001).

Ehokardiografija

Je slikovna preiskava za odkrivanje srčnih bolezni. S pomočjo analize odboja ultrazvočnega valovanja od struktur srca prikažemo te strukture v navidezno realnem času, preko piezoelektrične sonde. Ta oddaja ultrazvočne valove v telo, deluje tudi kot sprejemnik odbitih valov. Slika je lahko enodimenzionalna, dvodimenzionalna ali doplerska. Omogoča hkratno prikazovanje posameznih srčnih struktur kot tudi krvnega pretoka skozi srčne votline in zaklopke. Krvni pretok lahko slišimo in na zaslonu tudi

obarvamo. Z ultrazvokom zdravnik vidi debelino in velikost srčnih sten, sposobnost in moč delovanja srčne mišice, strukturo srčne stene in zaklopke. S to preiskavo odkrivamo bolezni srčne mišice, srčnih zaklopk, nepravilnosti srčnih sten in glavne odvodnice srca, izliv v osrčnik, delovanje umetnih srčnih zaklopk in prisotnost krvnih strdkov znotraj srčnih votlin (Golob Gulič, 2008).

Obremenitveno testiranje

Ocenjujemo telesno zmogljivost bolnika s hojo po tekočem traku ali vožnjo sobnega telesa. Poleg tega preiskovanca ves čas spremljamo na monitorju z EKG krivuljo in merimo krvni tlak v časovnih intervalih. EKG nam v mirovanju ne pokaže vedno natančne diagnoze. S tem testiranjem izzovemo ishemične težave z nadzorovano telesno aktivnostjo. Oba načina preiskave potekata tako, da je obremenitev kontinuirana in se stopenjsko povečuje. Stopnja obremenitve je odvisna od starosti, spola, višine in telesne mase. Testiranje predčasno prekinemo, če se pojavijo subjektivne ali objektivne težave. Na podlagi odklonov segmenta ST od izolinije ocenjujemo ishemijo miokarda (Kocjančič, 2000).

Spirometrija

Spirometrija je test respiratorne pljučne funkcije, je neinvazivna metoda, ki se opravlja s pomočjo spirometra. Ocenimo respiratorno kapaciteto in funkcijo pljuč. Preiskovanec najprej globoko vdahne nato z ustnicami lepo zaobjame ustnik in nato čim hitreje in čim močnejše izdihne zrak v spirometer, dokler nima več zraka v pljučih. Izdih naj bi trajal približno 6 sekund. Test ponovimo trikrat. S preiskavo dobimo forsirano vitalno kapaciteto (angleško forced vital capacity – FVC), forsiran ekspiracijski volumen (angleško forced expiratory volume – FEC 1) v prvi sekundi in izmerjen največji pretok zraka med izdihom (angleško peak expiratory flow – PEF) (Topole, 2010).

Doppler vratnih žil

Izvaja se podobno kot ultrazvok (v nadaljevanju UZ) srca, le da pacient leži na hrbtu z odpetim ovratnikom. Namen je odkrivanje aterosklerotičnih sprememb vratnih arterij, saj te povzročajo motnjo prekrvavitve možgan in posledično možgansko kap. Ultrazvočni aparati omogoča merjenje pretoka krvi v krvnih žilah (Sinkovič, 2015).

Kateterizacija srca

Kateterizacija srca ali koronarografija je invazivna preiskava s kontrastnim sredstvom pri kateri prikažemo votline srca in žil. Z vodikom vstopamo skozi dimeljsko ali radialno arterijo, ta nas vodi po aorti do ustja koronarnih arterij. S pomočjo te slike izmerimo tlake, izračunamo delovno zmogljivost srca in vidimo, če je sama žila zdrava, zožena ali zamašena (Miksić, 2003). Poleg tega lahko še izračunamo minutni volumen, pljučni in sistemski žilni upor ter iz različnih delov srca določimo vsebnost kisika v

vzorcih krvi. Pomembna je za natančnejšo določitev medicinske diagnoze ter za nadaljnje koronarno zdravljenje (Golob Gulič, 2008).

1.3 Obravnava pacienta pred in med operativnim posegom

Obravnava kirurškega pacienta obsega poostren nadzor, zdravstveno nego, zdravljenje ter rehabilitacijo. Vloga medicinske sestre pri takem pacientu je pospeševanje zdravljenja in preprečevanje posledic dolgotrajnega ležanja, obolenja ali poškodb. Gre za metodo dela, ki celostno obravnava posameznika, družino in širšo skupnost. V vse te aktivnosti se vključujejo načrtovanje in ugotavljanje potreb po zdravstveni negi, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege. Medicinska sestra je vključena od same priprave na operacijo, med in po operaciji in pri načrtovanju pacientovega odpusta (Ivanuša in Železnik, 2000)

Zdravstvena nega pacienta po operaciji srca je kompleksna, kontinuirana in zasnovana na procesni metodi dela. Pomembno je, da zdravstvena nega v vseh fazah zdravljenja izpolnjuje merilo kakovosti. Naš cilj je, da pacientu omogočimo čim večjo samostojnost, če ima za to potrebno moč, voljo in znanje (Kadivec, 1998).

Medicinska sestra, ki neguje pacienta po operaciji na srcu, mora poleg splošnega znanja pridobiti še dodatna praktična in teoretična znanja. Pacienta mora ustrezno motivirati in ga spodbujati k aktivnemu sodelovanju. Medicinska sestra naj bo ustrezno strokovno izobražena, etično in moralno zavzeta, osebnostno zrela in tolerantna. Mora biti sposobna ustreznega čustvovanja in empatije, ter imeti ustrezne psihofizične sposobnosti za human in odgovoren odnos do pacienta. Poleg medicinskih sester so v oskrbo po operaciji na srcu vključeni tudi ostali člani negovalnega in zdravstvenega tima za varno, učinkovito in etično zdravstveno nego (Kersnič, 1997).

1.3.1 Vloga medicinske sestre pri sprejemu pacienta na operativni poseg

Sprejem pacienta na operativni poseg je najpogosteje načrtovan. Običajno je sprejet dan pred operacijo, saj kirurški pacienti potrebujejo obširnejšo pripravo na operacijo. Operacija je eden izmed pomembnih načinov zdravljenja, s katerim posegamo v celovitost človeškega organizma in povzročamo bolečino in stres. Pacienti, ki imajo načrtovan poseg, potrebujejo preoperativno pripravo (Ivanuša in Železnik, 2000):

- preoperativne preiskave,
- anamnezo in fizični pregled,
- pregled anesteziologa, kirurga ter kardiologa,
- anamnezo zdravstvene nege,
- preoperativno poučevanje in svetovanje.

Predoperativni sprejem je zelo pomemben, saj zajema edinstveno celovito telesno, duševno, čustveno in duhovno pripravo za paciente pred operacijo. Z ustrezno

predoperativno pripravo lahko pridemo do optimalnih rezultatov za kirurškega pacienta (Solca, 2006).

Pri sprejemu medicinska sestra pacienta najprej namesti v sobo. Preveri njegove podatke ter podatke svojcev. Razkaže mu sobo, toaletne prostore, oddelek, predstavi mu hišni red. Predstavi tudi ostale člane negovalnega tima. Svojcem pove, kdaj so obiski in kdaj lahko dobijo informacije o stanju njihovega svojca, jim da vizitko zdravstvene ustanove. Pacient se medtem preobleče v pižamo, medicinska sestra njegove stvari spravi v omaro, ki jo označi z njegovim imenom. Svojcem naroči, naj vse vredne stvari odnesejo domov in pove, da je v času, ko je pacient v enoti intenzivne terapije ključ spravljen v sef vse do njegovega prihoda nazaj na oddelek. Vse stvari, ki ostanejo v omari, popiše in zabeleži v sprejemno dokumentacijo. Svojcem naroči, da počakajo vse do prihoda kirurga, ki jim predstavi celoten potek operacije. Na podlagi razgovora pacient podpiše pristanek za operacijo (Ivanuša in Železnik, 2000).

Ob samem sprejemu mora pacient imeti urejeno zdravstveno dokumentacijo, ki je sestavljena iz (KOZR, 2016):

- potrjene zdravstvene kartice z urejenim zdravstvenim zavarovanjem,
- napotnico osebnega zdravnika za predviden poseg,
- morebitno odpustnico prejšnje hospitalizacije,
- zdravstveno dokumentacijo z izvidi že izvedenih preiskav (ultrazvok srca, spirometrijo, doppler vratnih arterij, rentgensko sliko pljuč in srca, EKG z obremenitvenim testiranjem, izvid koronarografije, računalniška tomografija ožilja, izvid krvnih preiskav, možno tudi scintigrafske preiskave, potrdilo ortopana, ki izključuje vnetno žarišče) in dokumentacijo o morebitnih boleznih.

1.3.2 Psihična priprava

Medicinska sestra neprekinjeno pridobiva podatke. Podrobno spozna pacienta, da ugotovi njegova pričakovanja, potrebe ter strahove. To so subjektivni podatki, ki jih medicinska sestra ne more preveriti. V negovalno sprejemno dokumentacijo zabeleži, kako in kdaj je pacient izločal in odvajal, koliko je bil samostojen pri osnovnih življenjskih aktivnostih, ali je že kdaj prej opravil kakšen operativni poseg, kako in kdaj se je pojavljala dispneja, če je na kaj alergičen. Preveri, ali mu je celoten potek operacije razložen na njemu razumljiv način. Medicinska sestra podpira izjave zdravnika in uporabi vse spretnosti pri poučevanju, zmanjševanju straha, negotovosti ter ga pripravi, da se vživi v novo okolje. Negovalna anamneza in dokumentacija je potrebna za nadaljnje načrtovanje negovalnih intervencij, izpeljavo ciljev ter najvišjo stopnjo dobrega počutja (Ivanuša in Železnik, 2000).

Za kakovostno in uspešno psihično pripravo pacienta je potrebna dobra pisna in ustna informiranost pacienta, saj je bolezen individualno doživetje vsakega posameznika in je v veliki meri odvisna od osebnosti človeka (Seničar, 2006).

Srčni kirurg pacienta ter svojce seznaniti z diagnozo, o pomembnosti operativnega posega ter njegovih zapletih, z vrsto in načinom operacije in razloži potek pooperativnega zdravljenja. Poda jim tudi prvo informacijo o tem, da je po operaciji treba spremeniti življenjski slog ter se izogibati dejavnikom tveganja (Smonkar, 2010).

1.3.3 Fizična priprava

Vsi pridobljeni podatki pred operacijo so pomembni tudi po operaciji, da jih lahko primerjamo. Med fizično pripravo spada (Miksić, 2003):

- medicinska sestra na temperaturni list napiše in preveri ime in priimek pacienta, matično številko ter datum rojstva, preveri vrsto prehrane, izmeri njegovo telesno višino ter telesno težo. Izmeri krvni tlak, temperaturo, posname EKG (to so objektivni podatki, ki so merljivi),
- kardiolog preveri, ali je pacient prenehal z jemanjem acetilsalicilne kisline 5 dni pred operativnim posegom,
- odvzem krvnih preiskav: krvne slike, faktorje strjevanje krvi, elektrolite, retente, sedimentacijo, izoencime, krvni sladkor, sečnina in kreatinin (kazalci delovanja ledvic), bilirubine (pokazatelj delovanja jeter),
- določanje krvne skupine in naračanje le te,
- urinske preiskave: v urinu določena glukoza, proteini, sediment,
- priloga izvidov, ki jih je moral opraviti pred sprejemom,
- opravi razgovor z anesteziologom ter ga seznaniti z vrsto in potekom anestezije, možnimi komplikacijami, o pooperativnem zbujanju v enoti intenzivne terapije ter zdravljenjem pooperativne bolečine po operaciji. Oцени ustreznost zdravljenja spremljajočih obolenj, uživanju tobačnih izdelkov in alkohola. Ugotovi delovanje obtočil, dihal ter obolenja žlez z notranjim izločanjem (sladkorna bolezen), delovanje ledvic in jeter. Zanima ga o morebitnih alergijah. Na podlagi telesne višine in teže predpiše premedikacijo, ki jo pacient zaužije 30-60 min pred operacijo. Namen premedikacije je omogočiti čim lažji uvod v anestezijo,
- higiena: pacient uredi nohte jih pristriže, odstrani lak, umije lase ter se preobleče v sveže perilo,
- priprava prebavnega trakta je odvisna od mesta operacije. Tako lahko pacient dan pred operacijo poje normalno kosilo, za večerjo dobi čežano ter do polnoči samo še pije. Zvečer prejme čistilno klizmo, da se prebavni trakt dobro očisti. In pred spanjem lahko dobi peroralno pomirjevalo, da se dobro naspi in spočije.

1.3.4 Vloga medicinske sestre pri pripravi pacienta na dan operacije

Na dan operacije medicinska sestra oceni pacientovo stanje, izmeri vitalne funkcije (telesno temperaturo, krvni tlak, pulz) in ga stehta. V primeru odstopanja od normalnih vrednosti obvesti zdravnika. Pacientu odstrani zobno protezo, nakit, kontaktne leče in

jih spravi v njegovo omaro, jo zaklene ter ključ spravi v sef. Če ima slušni aparat, ga z njim odpelje do operacijske sobe. V operacijski dvorani slušni aparat sname ter ga nastavi nazaj po končani operaciji. Pacienta se obrije po standardih za operacijo na odprtem srcu. To je prsni, trebušni, ingvinalni del, noge ter roke. Po britju se pacient stušira z antiseptično gobico, ki mu jo pripravi medicinska sestra. Po tuširanju ga prebriše in razkuži s pripravkom za razkuževanje kože. Pacient se obleče v preklano bolniško srajco, dobi tableto per os za premedikacijo, ki jo je predhodno določil zdravnik in dokumentira z uro in datumom. Nato se poleže na sveže pripravljeno transportno posteljo in pokrije (Ivanuša in Železnik, 2000).

Od trenutka, ko pacient prejme per os premedikacijo ne vstaja več iz postelje. Celotna pacientova medicinska dokumentacija mora biti kronološko urejena in zbrana, ter dana v za to pripravljeno mapo. Ponovno je treba preveriti, ali je vse dokumentirano z datumom ter podpisom. Pacienta se nadzoruje vse do transporta v operacijske prostore, kjer ga premestijo na operacijsko mizo. Podatke o pacientu predajo ustno operacijskemu timu (Smonkar, 2010).

1.3.5 Vloga medicinske sestre v pooperativnem obdobju

Po-operativno obdobje se začne ob zaključku operacije v sobi za zbujanje, kjer pacienta prestavijo na bolniško posteljo. Tu so prisotni oddelčna diplomirana medicinska sestra in kardiolog ter anesteziologinja, anestezijski tehnik, perfuzer ter asistent kirurga iz operacijske dvorane. Medsebojno si predajo informacije o poteku operacije in na kaj je potrebno biti pozoren. Med transportom na drugo posteljo morajo paziti na tubus, centralni venski kateter, arterijsko linijo, urinski kateter, drenažo. Anesteziolog med premeščanjem poskrbi za glavo ter usmerja tim pri premeščanju pacienta. Pacienta pokrijejo z ogrevanimi odejami. Posteljo odpeljejo do sobe za intenzivno terapijo, kjer poskrbijo za kontinuiran nadzor in zdravstveno nego (Mitchell L. B. and the CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee, 2010).

Sprejem v pacientovo intenzivno enoto izvajata dve medicinski sestri ter zdravnik. Medicinska sestra z leve strani namesti prenosni monitor s prikazom krvnega tlaka na fiksno enoto, nato pacientu nalepi EKG-elektrode in priklaplja EKG-kabel, na prst mu namesti naprstnik za merjenje saturacije kisika, nato odpira infuzijske sisteme, ki so priklopljeni še iz operacijske dvorane. Medicinska sestra z desne strani pa priklopi tubus na dihalni aparat, nulira vrednosti na monitorju za arterijsko linijo ter vrednost centralnega venskega pritiska (v nadaljevanju CVP-ja). Takoj za tem ona vzame kri za kontrolo elektrolitov ter razmerja plinov. Na desni strani namesti še drenažo ter urinski kateter za boljši nadzor nad iztekanjem. Medtem desna medicinska sestra v listo intenzivne terapije vpisuje prve vrednosti vitalnih funkcij, vrednosti dihalnega aparata, drenaž, urina, priklopljenih infuzij ter izvid prvih plinskih vrednosti. Naredijo še kontrolni EKG. Vsi parametri se prvo uro merijo in beležijo na 15 min, drugo uro na 30 minut, ter vsako naslednjo na uro, če je pacient stabilen in ni prišlo do komplikacij. Pacient se spontano začne zbuhati 4-6 ur po operaciji (Higgins, 1995).

Pacienti so običajno v pooperativnem obdobju zaspani, nemirni, imajo motnje v dojetanju, pojavi se navzeja, bruhanje, imajo motnje v motoričnih funkcijah. To obdobje je za pacienta kritično, saj njihovo stanje ni stabilno in je potreben kontinuiran nadzor nad dihanjem, cirkulacijo, krvnim tlakom, stanjem zavesti, elektrolitskim ter tekočinskim ravnovesjem, nadzor nad drenažami in uriniranjem, treba je zagotoviti varnost pacienta. Zaradi možnih raznih komplikacij je potrebno stalno spreminjanje vrstnega reda intervencij. Medicinska sestra je ves čas ob pacientu, saj mora vestno in zanesljivo kontrolirati vse vitalne funkcije in jih beležiti. V intenzivni enoti se velikokrat zdravstvena nega izvaja v težkih pogojih, zato je potrebna natančnost, visoka strokovnost in veselje do poklica (Ivanuša in Železnik, 2000).

1.3.6 Zdravstveno vzgojno delo medicinske sestre pri odpustu pacienta

Naloga medicinske sestre pri načrtovanju pacientovega odpusta je ocenjevanje potreb po zdravstveni negi. Kadar te potrebe so, je treba zagotoviti neprekinjeno zdravstveno nego. Odpust pacienta vedno odredi zdravnik. Pravočasno obvestijo svojce o odpustu pacienta. V primeru, če pacient želi na lastno zahtevo predčasno zapustiti zdravljenje, mora podpisati izjavo. Medicinska sestra mora biti o odpustu pravočasno obveščena, da pregleda vsa zdravnikova naročila glede jemanja terapije, predpisane diete in o dnevnih aktivnostih. Uredi vso potrebno dokumentacijo (zbere temperaturni list, izvide krvnih preiskav, negovalno dokumentacijo, popis bolezni) in jo preda zdravniku na podlagi katere napiše odpustnico. Zdravnik se ob odpustu pogovori s pacientom ter njegovimi svojci o nadaljnjem zdravljenju ter rehabilitaciji. V roke mu izroči pisna navodila, odpustno pismo in vso spremljajočo dokumentacijo. Na koncu medicinska sestra preveri, ali so bila pacientu dana vsa navodila na razumljiv način in da ima vse svoje stvari s seboj (Smonkar, 2010).

1.3.7 Pisna navodila po operaciji na odprtem srcu Mednarodnega centra Medicor

Ta navodila ob odpustu oddelčni kardiolog razloži tudi pacientu. Predpisujejo, naj redno hodi h kardiologu na preglede in naj se udeleži rehabilitacije, naj redno preverja vrednosti holesterola ter glukoze v krvi. Zdravila, ki jih je prejel ob odpustu, se bodo med zdravljenjem spreminjala. Doma je pomembno, da se nazaj vključi v družinsko življenje, naj hodi na sprehode po ravnem. Priporočljivo spanje na hrbtu še 6–8 tednov, naj se izogiba nenadnih/neenakomernih gibov, vožnje z avtomobilom, pomembno povijati noge med daljšimi sprehodi. Ob odpustu je kirurška rana suha, če se pojavi kakršna koli rdečina oteklina, pokliče kardiologa. Močno se odsvetujeta kajenje in zadrževanje v zakajenih prostorih. Kava prav tako, če že pa eno skodelico na dan. Svetujejo do 0,2 dcl rdečega vina ob kosilu, če nima povišane vrednosti holesterola. Žgana pijača se odsvetuje. Priporoča se raznovrstna lahka hrana kot so ribe, perutnina, dosti zelenjave ter sadje. Priporočena manj slana hrana ter manj mastna hrana. Odsvetovano je uživanje bele moke, testenin, cmokov itd. Redno je treba meriti krvni

tlak ter ga vpisovati v tabelo. Pomembno se je tehtati zjutraj, da se kontrolira telesna teža, da ne bi prišlo do zastajanje vode v telesu. Dva meseca po operaciji lahko normalno živi spolno življenje. Glede delovne sposobnosti se naprej dogovarjajo v kardiološki ambulanti po končani rehabilitaciji. Vsak pacient tudi prejme prijavnico, za članstvo operiranih na srcu Slovenije, ki jo izpolni ali pa ne (Mednarodni center za kardiovaskularne bolezni MC Izola, n. d.).

2 NAMEN, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

2.1 Namen

Namen naloge je v teoretičnem delu prikazati ogroženost pacientov z dejavniki tveganja za srčno žilna obolenja. Poudariti želimo, kako pomembno je ozaveščati ljudi, da živijo na zdrav način z rednim gibanjem, z zdravim prehranjevanjem ter izogibanjem (aktivnemu ter pasivnemu) kajenju in stresu, saj smo vsi ogroženi zaradi prehitrega tempa življenja.

Z diplomsko nalogo želimo predstaviti negovalne probleme, ki se pojavijo pri pacientki po operaciji na odprtem srcu z uporabo 11. vzorcev zdravega obnašanja po Marjory Gordon (2003). Namen je ugotoviti aktualne in potencialne negovalne diagnoze, vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege ter poudariti pomen zdravstveno-vzgojnega dela.

2.2 Cilji diplomskega dela

Želeni cilji v diplomski nalogi so:

- predstaviti anatomijo srca in njegovo delovanje ter bolezni srca,
- opisati dejavnike tveganja za obolenja srca in ožilja ter kako jih preprečevati,
- predstaviti celoten potek priprave pacienta na operativni poseg, fizično in psihično pripravo na operacijo, zburjanje v intenzivni enoti ter prvo vstajanje, potek obravnave v ustanovi Mednarodnega centra za kardiovaskularne bolezni Medicor vse do odpusta v domačo oskrbo,
- prikazati vlogo medicinske sestre pri celostni obravnavi,
- ugotoviti potrebe po zdravstveni negi po operaciji na odprtem srcu,
- predstaviti zdravstveno vzgojno delo kot pomemben del zdravstvene nege.

2.3 Raziskovalna vprašanja

1. V kolikšni meri pacient pred in po operaciji na odprtem srcu potrebuje pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti?
2. Kako pomembna je zdravstvena vzgoja pacienta po operaciji na odprtem srcu pri preprečevanju zapletov in dolgoročnem izboljšanju kvalitete življenja?
3. V kolikšni meri medicinska sestra sodeluje v procesu izvajanja zdravstvene vzgoje med hospitalizacijo pacienta?

3 METODE DELA IN MATERIALI

Pri pisanju diplomske naloge smo uporabili deskriptivno metodo dela z uporabo domače in tuje strokovne literature ter elektronske vire, katerih vsebina vključuje zdravstveno nego kardio-kirurškega pacienta. Literaturo smo iskali v knjižnem gradivu, Obzorniku zdravstvene nege, spletni strani Google, podatkovnih bazah Pubmed, Medline. Uporabili smo naslednje pojme: open heart surgery, discharge training, nursing care after surgery. V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metodologija, v katero je vključena študija primera pacienta s potrebo po zdravstveni negi po operaciji treh aortokoronarnih bypassov.

Za kvalitativno raziskavo je značilno, da do podatkov pridemo v neposrednem kontaktu z ljudmi, z dogodki, v različnih situacijah s poglobljenim opisovanjem. Zastavljena raziskovalna vprašanja si lahko oblikujemo sproti, med raziskavo, ter jih prilagajamo glede na dano situacijo. Poudarjen je celoten proces, ne le končni rezultat (Vogrinc, 2008).

3.1 Vzorec

Gospod L. P., star 65 let (1950), je bil sprejet v Mednarodni center za kardiovaskularne bolezni Medicor Izola marca 2016 za načrtovan operativni poseg. Po izobrazbi je diplomirani ekonomist. Doma imajo družinsko gostinstvo in ponujajo »catering« ob raznih praznovanjih. Vsak dan ima veliko dela z urejanjem papirjev, dostavo hrane in pijače, pripravo hrane, da vse poteka, kot mora. Vsak dan je zanj stresen dan, vendar uživa v delu. Pravi, da se ne spominja, kdaj je bil na dopustu, navaja, da ni imel časa. Živi v hiši z ženo, hči z družino v hiši poleg njegove. Do sedaj je živel zdravo in brez kakršnihkoli zdravstvenih problemov. Z družino se lepo razumejo, družinski člani ga podpirajo in mu stojijo ob strani.

Pred tremi meseci so se mu nenadoma pojavile težave. Že ob manjšem naporu je čutil bolečino v prsih in oteženo dihanje. Bolečina je prenehala ob počitku. Najprej je mislil, da simptomi ne pomenijo nič resnega, vendar so mu svetovali, naj gre vseeno na kontrolo k zdravniku. Zdravi se za povišanim krvnim tlakom, ki si ga redno meri v jutranjem času. Osebni zdravnik ga je poslal na odvzem krvi, UZ srca, opravil je EKG, izmeril so mu pritisk in ga napotili na koronarografijo. Izvid je pokazal pomembno zožitev koronarnih arterij. Nato je bil napoten v kardiološko ambulanto v Ljubljano. Tam so mu razložili potek operacije, ga poslali še na preostale preiskave (spirometrijo, UZ vratnih arterij, UZ trebuha, RTG pljuč). Ko so bile vse preiskave opravljene in njegov primer predstavljen konziliju, je dobil datum za operacijo.

Predoperativna medicinska diagnoza: arterijska hipertenzija, hiperlipoproteinemija tip II.

Pooperativna medicinska diagnoza: trikratni aortokoronarni by pass (lima-lad, vsm-cxom1, vsm-rca).

Terapija ob sprejemu na oddelek: Prenessa (antihipertonik) 4 mg – 1 tableta zjutraj, Atoris (statin) 20 mg – 1 tableta zvečer.

3.2 Instrumenti zbiranja podatkov

Pacienta smo opazovali od samega prihoda in sprejema v MC Medicor Izola do odpusta v domačo oskrbo, skupno 11 dni v mesecu marcu 2016. Vsakodnevno smo opravljali meritve vitalnih funkcij, EKG-ja, ga tehtali, nudili pomoč pri izvajanju dnevnih aktivnosti glede na pacientove potrebe ter zmogljivosti. Aktivno smo sodelovali pri dnevnih aktivnostih od prvega posedanja, premestitve na oddelek, ga spremljali pri hoji po hodniku. Na podlagi komunikacije smo tudi ugotovili, kje je njegovo znanje pomanjkljivo. Na podlagi negovalne anamneze smo izdelali načrt zdravstvene nege, določili cilje ter planirali in izvedli načrtovane negovalne intervencije. Na koncu smo ovrednotili uspešnost izvedenih negovalnih intervencij. Za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi smo uporabili priročnik Marjory Gordon. Zbiranje informacij je potekalo v obliki intervjuja s pomočjo že vnaprej pripravljenega vprašalnika (Priloga 1). Vprašanja so bila odprtega tipa, tako da je imel pacient možnost prostega govora. Pri zbiranju informacij smo upoštevali tako verbalno kot neverbalno komunikacijo in imeli vpogled v zdravstveno in negovalno dokumentacijo. Opravili smo tudi razgovor z ostalimi člani tima, ki so pacienta spremljali med obravnavo.

3.3 Potek raziskave

Pacienta smo pisno in ustno seznanili s potekom in ciljem raziskave ter o možnosti, da sodelovanje odkloni. Seznanili smo ga, da so vsi podatki strogo zaupne narave ter da bodo podatki uporabljeni izključno z namenom izdelave diplomske naloge. Upoštevali smo načelo Kodeksa etike medicinskih sester ter zdravstvenih tehnikov Slovenije. Pacientu smo zagotovili zaseben prostor in individualno obravnavo. Pred izvedbo študije smo pridobili pisno dovoljenje s strani pacienta ter vodje medicinskega centra (priloga 2). Raziskava je potekala v Mednarodnem Centru za kardiovaskularne bolezni Medicor v Izoli.

4 REZULTATI

4.1 Negovalna anamneza po vzorcih zdravega obnašanja Marjory Gordon pred in po operativnem posegu

- **ODNOS DO LASTNEGA ZDRAVJA**

Pred operacijo: pacient se je dobro počutil pred operacijo, skrbel za svoje zdravje in prehrano, redno jemal predpisano terapijo. Pravi, da se s kakšnim posebnim športom ni ukvarjal, ker je že njegovo delo dovolj aktivno. Zadnje tri mesece pa navaja bolečino in stiskanje v prsih ob večji obremenitvi, ki popusti ob počitku ali po 2 vpihah spreja nitrolingual. Najprej je odlašal z obiskom pri zdravniku, ker je mislil, da bo minilo samo od sebe. Ker težave niso prenehale, se je odločil obiskati zdravnika, ta ga je napotil na koronarografijo in ostale preiskave. Ne kadi, ob koncu tedna popije kozarec vina ob obroku.

Negovalna diagnoza: ni bila zaznana.

Po operaciji: redno jemlje predpisano terapijo in upošteva zdravnikova navodila. V kratkem roku bo šel na kontrolo h kardiologu in upošteval njegova navodila glede nadaljnjega zdravljenja. Udeležil se bo rehabilitacije v Portorožu. Je zelo razgledan in ga zanima vse v povezavi z boleznijo in nadaljnjo rehabilitacijo. Negovalnih problemov na področju odnosa do lastnega zdravja nismo zaznali.

- **PREHRAMBENI IN METABOLNI PROCESI**

Pred operacijo: spil je okoli 5–6-kav dnevno, popil okoli 2 litra tekočine, včasih manj, ker je med delom pozabil. Trudil se je jesti zdravo, 4–5-obrokov dnevno z veliko zelenjave in sadja. Pri obroku je obvezno moralo biti meso, ribe enkrat tedensko. Sladkarij ne mara, ne kadi. Spije kozarec dobrega vina ob kosilu.

Negovalna diagnoza: ni bila zaznana.

1. dan po operaciji: pacient ima predpisano karencu hrane. Kozarec z vodo ima na polički stran od postelje, tako da je popolnoma odvisen od pomoči. Približno na dve uri potrebuje pomoč pri vlaženju ust z limoninimi palčkami in pitju vode oz. čaja po požirkih po slamici. Potrebuje beleženje vnosa popite tekočine.

Negovalna diagnoza: TEKOČINE, NEVARNOST ZA PRENIZEK VOLUMEN TEKOČIN

Etiologija: nezmožnost samostojnega uživanja tekočine, preventivna omejitev tekočin po operaciji na srcu.

Cilji:

- pacient bo primerno hidriran,
- ustna sluznica bo vlažna,
- pacient bo poučen o pomenu prenizkega vnosa tekočin po operaciji na srcu,
- primerna količina diureze bo 100 ml ali več na uro,
- zaužil bo do 1000 ml tekočine v 12 h,
- prejel bo do 1500 ml intravenske infuzije.

Negovalne intervencije

- ponuditi 100 ml tekočine na uro med 6. in 21. uro,
- beleženje bilance tekočin prejete in izločene,
- močenje ustne sluznice na 2 uri,
- poučevanje pacienta o pomembnosti hidriranosti oz. omejitvi tekočin po operaciji na srcu.

Vrednotenje

- pacient je primerno hidriran
- ustna sluznica je vlažna
- pacient je poučen o pomenu prenizkega vnosa tekočin po operaciji na srcu,
- diureza je bila 100 ml na uro in več
- zaužil je 950 ml tekočine v 12 h,
- prejel je 1500 ml intravenske infuzije.

2. dan po operaciji: ima naročeno pasirano prehrano. Pred vsakim obrokom potrebuje pomoč pri nameščanju v sedeči položaj. Je samostojno. Za zajtrk je zaužil 150 ml bele kave, krožnik nesladkanega mlečnega zdroba ter 150 ml čaj, s katerim je zaužil predpisano terapijo. Za kosilo je prejel krožnik čiste juhe, pasirano korenje in riž z mletim mesom, od tega je zaužil polovico obroka ter kozarec vode. Za večerjo je dobil lonček navadnega jogurta ter polento, zaužil je celoten obrok. Spil je 1300 ml tekočine v 24 urah.

Negovalna diagnoza: ista kot 1. dan po operaciji.

- **IZLOČANJE**

Pred operacijo: pacient ni navajal težav z uriniranjem, izločal je večkrat redno čez dan. Odvajal je redno vsak dan, blato je bilo formirane oblike in rjave barve.

Negovalna diagnoza: ni bila zaznana.

1. dan po operaciji: ob prihodu iz operacijske dvorane ima pacient vstavljen urinski kateter (ch 16, vstavljen pred operacijo v operacijski dvorani) ter dva drena v prsnem

košu (perikardni ter plevralni) za odtekanje tekočine. Potrebuje nadzor nad izločanjem in beleženjem izločene drenske tekočine. Iz perikardne drenaže je bilo v 24 urah po operaciji 100 ml izločene tekočine, s plevralne drenaže pa 250 ml, serozne tekočine.

Urin v urinski vrečki je svetle barve ter brez prisotnih primesi. 5 ur po operaciji je prišlo do zmanjšane izločanja urina (80 ml/h), zato smo po navodilu zdravnika aplicirali 10 mg Furosemida i. v. V 24 urah po operaciji je skupno izločil 3400 ml.

Pacient ni odvajal.

Negovalna diagnoza: NEVARNOST INFEKCIJ UROTRAKTA

Etiologija: trajni urinski kateter, karenca tekočine.

Cilji:

- urin bo bister in brez primesi,
- sistemski znaki uroinfekta ne bodo prisotni,
- bo obvarovan pred infekcijo.

Negovalne intervencije:

- primerna hidracija glede na omejitve – do 1500 ml,
- spremljanje in beleženje urne diureze in skupne količine izločenega urina,
- opazovanje urina – motnost, barva, primesi,
- praznjenje vrečke, ko je polna do 2/3,
- anogenitalna nega vsaj dvakrat dnevno in po vsakem odvajanju,
- merjenje temperature dvakrat dnevno.

Vrednotenje:

- urin je bister ter brez prisotnih primesi,
- sistemski znaki uroinfekta niso bili prisotni,
- obvarovan pred infekcijo.

2. dan po operaciji: kirurg je odstranil oba drena, skupna količina drenaže ob odstranitvi je bila 750 ml.

V urinski vrečki ni bilo prisotnih primesi krvi in urin je bil svetle barve. Dnevna diureza je bila 2500 ml.

Pacient ni odvajal.

Negovalna diagnoza: OBSTIPACIJA

Etiologija: ležanje, omejitev tekočin

Cilji:

- bo odvajal v roku 24 ur,
- bo odvajal dalje po svojem vzorcu enkrat dnevno,
- izvajal bo fizično aktivnost v postelji glede na proces rehabilitacije.

Negovalne intervencije:

- aplikacija sirupa Portalak po naročilu,
- pacientu bo nudena tekočina do omejitve 1500 ml,
- spodbujanje fizične aktivnosti v postelji,
- beleženje vnosa tekočin in vzorca odvajanja

Vrednotenje:

- gibal se je v postelji,
- pacient je popil 1300 ml tekočine,
- odvajal še vedno ni.

3. dan po operaciji: pacientu odstranjen urinski kateter. Podnevi je ob spremstvu odšel do toalete. Odvajal je mehko formirano blato.

- **FIZIČNA AKTIVNOST**

Pred operacijo: njegovo delo je zelo razgibano, pravi, da je cele dneve na nogah. Vodi restavracijo, ob posebnih priložnostih imajo catering, ob koncih tedna imajo polno restavracijo zaradi raznih posebnih priložnosti. Spi približno 7 ur na noč.

Negovalna diagnoza: ni bila zaznana.

1. dan po operaciji: ima predpisano mirovanje in ležanje na hrbtu. Potrebuje pomoč pri izvajanju nege telesa, anogenitalne nege. Ustno nego opravi sam. Potrebuje pomoč pri obračanju na levi in desni bok za zamenjavo posteljnega perila ter pri menjavanju položaja na hrbtu z dvigovanjem ali spuščanjem vzglavja. Operativna rana ni bila previta.

Negovalna diagnoza: NEVARNOST NASTANKA RAZJEDE ZARADI PRITISKA

Etiologija: predpisano terapevtsko ležanje na hrbtu, prisotnost perikardnega in pleuralnega drena ter urinskega katetra.

Cilji:

- obvarovan bo pred nastankom razjede zaradi pritiska,
- spreminjal bo lego v postelji s pomočjo,
- na izpostavljenih mestih in drenih ne bo prisotne rdečine ali poškodbe kože.

Negovalne intervencije:

- pomoč pri spreminjanju lege v postelji,
- opazovati kožo na izpostavljenih mestih, okoli drenov ter urinskega katetra,
- skrbeti za suho in čisto kožo,
- podložiti izpostavljena mesta.

Vrednotenje:

- je obvarovan pred nastankom razjed zaradi pritiska,
- lega v postelji je spreminjana s pomočjo,
- na izpostavljenih mestih, okoli drenov in urinskega katetra ni prišlo do rdečine ali poškodbe kože.

Negovalna diagnoza: MOBILNOST, NEPOPOLNA TELESNA MOBILNOST 2. STOPNJE

Etiologija: zaradi bolečine in operativnega posega

Cilj:

- bolečina bo zmanjšana,
- sodeloval bo pri izvajanju negovalnih aktivnosti po svojih zmožnostih,
- pacient bo pri negovalnih aktivnostih čim bolj samostojen.

Negovalne intervencije:

- pacientu po naročilu zdravnika aplicirati analgetik (Dipidolor 7,5 mg s. c.),
- pacientu nuditi pomoč ob izvajanju negovalnih aktivnosti,
- nuditi pomoč pri spreminjanju lege.

Vrednotenje:

- bolečina je zmanjšana,
- pacientu je sodeloval pri negovalnih aktivnostih po svojih zmožnostih,
- pacient je bil dokaj samostojen.

Negovalna diagnoza: NEVARNOST OKUŽBE KIRURŠKE RANE, DRENOV, ŽILNIH PRISTOPOV

Etiologija: operativna rana, prisotnost drenov, CVK in arterijske linije.

Cilj:

- obvarovan bo pred okužbo rane, drenov, žilnih pristopov.

Negovalne intervencije:

- rano in vstopišče drenov previti vsak drugi dan oz. po potrebi, če je preveza mokra, umazana, odlepljena,
- kirurško rano čistiti s povidon jodidom oz. hidrogenim peroksidom, pokriti z netkano kompreso, enako vstopišča drenov, ter zalepiti s sterilnim obližem,
- žilni pristop previti na 3 dni in po potrebi, če cedi, je umazan, odlepljen,
- žilni pristop očistiti s fiziološko raztopino, pokriti s prozornim obližem,
- spremljati videz rane, vstopišča drenov in žilnih pristopov,
- spremljati količino in barvo drenažne tekočine,
- meriti telesno temperaturo, vprašati pacienta po počutju, bolečini.

Vrednotenje:

- pacient je bil obvarovan pred okužbo rane, drenov, žilnih pristopov.

2. dan po operaciji: kirurg je previl operativno rano ter odstranil drene. Previto vbodno mesto CVK. Pacient se je po odstranitvi drenov večkrat na dan posedal s pomočjo vrvi, katera je bila privezana na robu postelje. Nudila se mu je pomoč pri povijanju nog in pri tehtanju. Nudena delna pomoč pri izvajanju zdravstvene nege ter pri oblačenju preklane srajce. Pacient je bil preseljen na oddelek v sedečem transportnem vozičku.

Negovalna diagnoza: NEVARNOST OKUŽBE KIRURŠKE RANE TER ŽILNIH PRISTOPOV

- **SPANJE, POČITEK**

Pred operacijo: s spanjem ni imel problemov, spi približno 6–7 ur na noč. Popoldanskega počitka nima.

Negovalna diagnoza: ni bila zaznana.

1. dan po operaciji: v enoti intenzivne terapije spi slabše, ker je zaradi stalnega nadzora vklopljena luč, vklopljene so drenaže za aktivni vlek. Hrup povzroča apliciran kisik in brbotanje vode. Prisotna je bolečina in fizično neugodje, zaradi predpisanega terapevtskega ležanja na hrbtu.

Negovalna diagnoza: SPANJE, MOTNJE SPANJA

Etiologija: hrup v bolniški sobi, bolečina

Cilji:

- spal bo v kosu vsaj 3 ure,
- bolečina bo zmanjšana.

Negovalne intervencije

- prezračiti prostor,
- poskusiti ugasniti večje luči ter vklopiti nočne po dogovoru,
- pregledati možnosti za zmanjšanje hrupa,
- vprašati po intenziteti bolečine ter aplicirati analgetik po naročilu zdravnika.

Vrednotenje:

- spal je 3 ure v kosu,
- bolečina je zmanjšana po aplikaciji analgetika.

2. dan po operaciji: pacient je čez dan preseljen na oddelek, kjer ne navaja težav, povezanih s spanjem. Čez dan večkrat drema. Ponoči je spal bolje, ker ni bilo hrupa, luči in ni čutil bolečin.

Negovalna diagnoza: ni bila zaznana.

- **KOGNITIVNI PROCESI**

Pred: dobro sliši in vidi, v zaznavanju vonja in okusa nima problema. Zna prepoznati nevarnost in se ji izogniti. Ima pa problem, da se stresnim situacijam ni znal izogniti. Vedno je držal vse v sebi, ni si vzela časa zase in za počitek, na dopust ni šel že nekaj let. Ne uživa nobenih pomirjeval niti tablet za spanje.

1. operativni dan: bolečina je bila intenzivna po VAS-lestvici 7 do 8. Pacient je bil orientiran v kraju, času in prostoru. Ni navajal težav z zaznavanjem. V skladu z navodili zdravnika smo pacientu aplicirali analgetik.

Negovalna diagnoza: BOLEČINA ZARADI OPERATIVNEGA POSEGA, V PREDELU PRSNEGA KOŠA

Cilj:

- pacientova bolečina bo manjša po VAS lestvici za 3 številke od njegove prvotne.
- pacient bo poročal, da se boljše počuti.

Negovalne intervencije:

- aplikacija analgetične terapije po naročilu zdravnika,
- oceniti bolečino po VAS-lestvici pred in po aplikaciji analgetične terapije,
- dokumentirati prisotnost bolečine ter intenziteto,
- opazovati pacienta.

Vrednotenje:

- bolečina je zmanjšana, po VAS lestvici je sedaj 4,
- pacient poroča, da se boljše počuti.

- **ZAZNAVANJE SAMEGA SEBE**

Pred: pacient navaja strah pred kirurškim posegom ter o izidu kirurškega posega.

Negovalna diagnoza: STRAH PRED KIRURŠKIM POSEGOM

Etiologija: pomanjkanje znanja

Cilji:

- pacientov strah bo zmanjšan,
- pacienta bo seznanjen s potekom operativnega posega,
- razložene mu bodo možne komplikacije,
- nuditi psihično oporo.

Negovalne intervencije:

- pacientu dodatno razložiti postopek operativnega posega,
- pacientu razjasniti s posegom povezane možne komplikacije,
- pacientu nuditi psihično podporo,
- pacientu dati možnost, da vpraša,
- pacientu razložiti, da bo imel fizično in psihično podporo tudi po operativnem posegu.

Vrednotenje:

- pacientov strah je zmanjšan,
- pacient je seznanjen z operativnim posegom,
- pacientu so jasne možne komplikacije,
- pacientu je nudena psihična opora.

Po operaciji: ni bilo zaznanih negovalnih problemov.

- **DRUŽBENA VLOGA IN MEDSEBOJNI ODNOSI**

Pred operacijo: gospod je zelo odprt in komunikativen, deloholik. Pravi, da se z družino dobro razume. Žena mu pomaga pri poslu zadnjih par let, prej pa je bila računovodkinja v nekem podjetju. Ima sina in hčer. Hči je doma in pomaga, sin pa živi

v Ljubljani in je zaposlen. Pravi, da tudi kakšno delo več opravi on, da ne obremenjuje drugih. V življenju ne obžaluje nobene stvari.

Po operaciji: ni bilo zaznanih negovalnih problemov, še naprej je komunikativen, vsak dan se sliši z družino.

- **SPOLNI-REPRODUKTIVNI SISTEM**

Pred operacijo: pravi, da s tem za zdaj še nima problemov.

Po operaciji: pacient je prejel informacije o nadaljnjih spolnih aktivnostih po operaciji. Ni bilo zaznanega negovalnega problema.

- **OBVLADOVANJE STRESNIH SITUACIJ**

Pred operacijo: s stresom pravi, da se ni znal najbolje soočiti. V zadnjih nekaj letih si je naložil preveč dela in ni zmožgal vsega opraviti, vendar mu je to delo v veselje. Pravi, da je za velikim delom tudi uspeh.

Po operaciji: na oddelku je dosti razmišljal o delu, kako bo speljal vse zadolžitve, ko pride v domače okolje. Ves čas je imel pri sebi telefon in naročal hčerki, na kaj mora biti pozorna pri delu.

Negovalna diagnoza: OBVLADOVANJE, NEUČINKOVITO

Etiologija: nepopoln nadzor

Cilji:

- znal bo obvladati stres in stresne situacije,
- poznal bo negativne učinke stresa na telo,
- poučen bo o pomenu zmanjšanja stresa in učinek stresa na telo.

Negovalne intervencije:

- poučiti pacienta o obvladovanju stresa,
- naučiti, kako preusmeriti misli,
- poučiti, kako stres vpliva na zdravje,
- omogočiti prisotnost svojcev, ko je to dopustno.

Vrednotenje:

- pacient je poučen o metodah zmanjšanja stresa,
- poučen je o obvladovanju misli za zmanjšanje učinka stresa,
- zaveda se posledice stresa na telo in zdravje.

- **VREDNOSTNI SISTEM**

Pred operacijo: ceni sam sebe in vse, kar je dosegel v življenju. Pravi, da je trdno delal in nikomur ni želel slabega in to tudi pričakuje od drugih.

Po operaciji: ni bilo zaznanega negovalnega problema.

5 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo predstavili najpogostejše bolezni srca in ožilja ter opisali potek obravnave pacienta pred in po operativnem posegu. Pacienti, ki zbolijo za boleznimi srca in ožilja imajo običajno pridružene druge bolezni, ki lahko še dodatno poslabšajo zdravstveno stanje. Na določene dejavnike, kot so prehrana, gibanje, kajenje, alkohol, povišan krvni tlak, holesterol, telesna teža, lahko vplivamo v veliki meri. Kapš navaja, da vsi ti dejavniki obremenijo in oslabijo naše srce. Izogibati se je potrebno tudi stresu oz. se znati soočiti z njim. Stres vpliva tako na čustveni, duševni in telesni ravni. Lahko je to spor z osebo, časovna stiska, neuspešno obvladovanje situacij, neprijetna novica. Ljudje so dandanes v veliki meri informirani o zdravem načinu življenja, saj so informacije dostopne na vsakem koraku, bodisi so to knjige, zloženke, internetni viri. Treba se je le zavedati in to vnesti v vsakdanje življenje in začeti danes in ne jutri.

V diplomskem delu smo predstavili študijo primera, obravnavali smo pacienta starega 65 let, ki mu je zdravnik na koronarografiji ugotovil pomembno zožitev koronarnih arterij in mu predlagal potrebno operacijo oz. bypasse. Sprejet je bil marca 2016 v ustanovo MC Medicor v Izoli, kamor so ga pripeljali svojci. Zdravstveno osebje ga je prijazno sprejelo na oddelek, speljana je bila celostna obravnava pacienta s pripravo na operativni poseg vse do odhoda v domačo oskrbo. Pri obravnavi in postavljanju vprašanj nam je bil v pomoč že vnaprej sestavljen vprašalnik, pripravljen na podlagi vzorcev zdravega obnašanja Marjory Gordon. Iz ocene stanja smo izluščili negovalne probleme ter si zastavili cilje in planirali aktivnosti zdravstvene nege. Vse aktivnosti so bile izpeljane, izvedena je bila evalvacija doseženih ciljev.

S pomočjo izpeljane študije primera smo prišli do ugotovitev, s katerimi smo odgovorili na zastavljena vprašanja.

1. V kolikšni meri potrebuje pacient pred in po operaciji na odprtem srcu pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti?

Pacient je bil pred operacijo samostojen in se aktivno gibal. Ob večjih naporih ga je omejevala bolečina za prsnico, ta je ob počitku popustila. Po operaciji je bil pacient dva dni omejen pri gibanju, posledično je zato potreboval popolno pomoč pri osebni higieni in gibanju v postelji. Imel je predpisano terapevtsko spanje in ležanje na hrbtu, zaradi operativnega posega – rezane prsnice. Razlogi za omejeno gibanje so bili tudi prisotnost drena, arterijske linije, CVK, urinskega katetra ter močna bolečina po operativnem posegu. Zato je prva 2 dni pacient izvajal aktivne vaje v postelji pod nadzorom in se s pomočjo posedal na rob postelje. Zdravnik je po oceni bolečine, če je bila ta večja od 3 po VAS lestvici, predpisal protibolečinsko terapijo. Pacientova samostojnost se je 3. in 4. dan po operaciji stopnjevala, potreboval je le delno pomoč in nadzor. Do odhoda domov se je sam sprehajal po hodniku ter bil samostojen pri osebni higieni. Motilo ga je le to, da je še vedno moral spati na hrbtu.

2. Kako pomembna je zdravstvena vzgoja pacienta po operaciji na odprtem srcu pri preprečevanju zapletov in dolgoročnem izboljšanju kvalitete življenja?

Pri preprečevanju zapletov po operaciji na odprtem srcu je zdravstvena vzgoja ključnega pomena. Pacienta moramo pravočasno informirati ter poučiti o možnih zapletih, saj je vsem skupni cilj ohranitev zdravja, preprečitev dodatnih bolezni ter uspešna rehabilitacija. Dobro informiran pacient bo razumel postopke rehabilitacije, znal opazovati sebe ter ugotoviti, ali so prisotne kakršnekoli spremembe in pravočasno poročati o težavah. Pomembno je, da pacientu razložimo celoten potek operacije. Medicinska sestra ima pri celostni obravnavi glavno vlogo, da opazuje pacienta, mu da občutek varnosti, zaupanja, topline. Pri pacientu se po operaciji koronarnih arterij lahko sčasoma ponovno pojavijo težave, če ne spremeni življenjskega sloga oz. če ne vpliva na dejavnike, ki so do te bolezni pripeljali. Zato je treba začeti z zdravstveno vzgojnimi delom takoj, ko je pacient sposoben sprejemati informacije, saj je proces spreminjanja življenjskega sloga težek in dolgotrajen proces. Pacienta tudi usmerimo v razna društva, kjer bo imel podporo pri ohranjanju zdravja, vključimo pa tudi svojce.

3. V kolikšni meri medicinska sestra sodeluje v procesu izvajanja zdravstvene vzgoje med hospitalizacijo pacienta?

Medicinska sestra se po svojih najboljših močeh trudi aktivno sodelovati. Pacientu razloži sam potek pred, med operacijo in po operaciji. Če mu medicinska sestra ob sprejemu ne uspe razložiti celotnega procesa, se naloga prenese medicinski sestri v nočni izmeni, ki mu skuša boljše dodatno razložiti postopke. V sami intenzivni enoti, če so pacienti hemodinamsko stabilni, jim lažje nameniš dovolj časa ter aktivno sodeluješ z njimi, seveda odvisno od trenutne situacije v enoti. Zaradi pomanjkanja časa medicinske sestre na oddelku se proces zdravstvene vzgoje ne izvaja dovolj aktivno. Naloženega ji je preveč dela, zato so postopki nedokončani. Ugotovili smo, da medicinska sestra pri izvajanju zdravstvene vzgoje med hospitalizacijo ne sodeluje dovolj aktivno.

6 ZAKLJUČEK

Zdravstvena nega kirurškega pacienta po operaciji na odprtem srcu je izjemno zahtevna, zaradi negovalnih ter terapevtsko-diagnostičnih intervencij. Pacienta smo obravnavali kontinuirano od samega začetka do odpusta v domačo oskrbo. Poudarek je na vseh operativnih obdobjih pred, med in po, saj vsako obdobje zahteva svoje znanje. S pacientom smo se dobro spoznali, tako smo dosegli boljšo komunikacijo in zaupanje. Z dobro psihično pripravo smo zmanjšali strah in neznanje. Poučili smo ga, da je pomembno, da nam pove o prisotni bolečini ali kateri koli drugi spremembi, ki jo občuti, da lahko ukrepamo. Aktivno je sodeloval pri vseh negovalnih intervencijah. Do komplikacij v postoperativnem obdobju ni prišlo. Med samo obravnavo na oddelku smo opazili, da je precej pod stresom zaradi službe in ga poučili, kako zmanjšati stres. Na podlagi dane situacije smo si postavili kratkoročne cilje za lažje in hitrejše okrevanje. V celotno obravnavo so vključeni tudi svojci, kateri ga vseskozi podpirajo in mu stojijo ob strani.

7 LITERATURA

ACCETTO, R. in BULC, M., 2008. *V skrbi za vaše zdravje: Nevarnosti za srce in ožilje* [spletni vir]. [Datum dostopa 24. 1. 2016]. Dostopno na <http://www.ezdravje.com/srce-in-zilje/nevarnosti-za-srce-in-zilje/?s=4>

BOMBEK, M., ČOKOLIČ, M., DAJČMAN, D., GLASER, M., HOJS, R., HREN, J., KAMENIK, B., KANIČ, V., LETONJA, S., LOBNIK, A., et al, 2000. *Interna medicina za Visoko zdravstveno šolo*. V: KRAJNC, I., PEČOVNIK BALON, B., ur. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 47–52.

BRUMEC, V. in VUČETIĆ- ZAVRNIK L., 1989. *Funkcionalna anatomija človeka*. Ljubljana: Fakulteta za telesno kulturo, str. 93.

BURNIE, D., 1999. *Leksikon človeškega telesa*. Ljubljana: Mladinska knjiga, str. 90.

CEVC, M., 2011. *V skrbi za vaše zdravje: uredimo holesterol*. Koper: Tiskarna VeK, str: 4–9.

CIBIC, B., 2015. Zdrav življenjski slog za zdravo srce in ožilje. *Eko dežela*, november 2015, str. 50–51.

CVETKO, E., 2012. Obtočila. V: ŠTIBLAR MARTINČIČ, D., ur. *Anatomija, histologija in fiziologija*. Tretja izdaja. Ljubljana: Littera Picta, d.o.o., str. 111-112, 126-127.

DAHMANE, R., 2005. *Ilustrirana anatomija*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, str. 108.

DRAŠLER, M., 2015. Kaj je stres [spletni vir]. [Datum dostopa 4. 9. 2015]. Dostopno na <http://www.avtogeni-trening.si/stres/kaj-je>

GOLOB GULIČ, T., 2008. Preiskave pri bolniku s kronično koronarno boleznijo in pridruženo hibo zaklopk. V: BUNC, M., IN GRADECKI, I., ur. *Koronarna bolezen in pridružene bolezni srčnih zaklopk*: Tretji posvet o kronični koronarni bolezni. Novo mesto: Zdravniško društvo, str. 13–16.

GORDON, M., 2003. *Negovalne diagnoze – priročnik*. Maribor: vb ROGINA d. o. o., str. 53–310.

HIGGINS, T.L., 1995. Safety issues regarding early extubation after coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, letn. 9, št. 5, str. 24–29.

IVANUŠA, A., ŽELEZNIK D., 2000. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, str. 25, 30–33, 41, 49, 51, 65, 109.

JERŠE, M., 2001. *Srčne napake*. Ljubljana: Rdeči križ, str. 15.

KADIVEC, S., 1998. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 32, št. 5/6, str. 209–213.

KAPŠ, P., KAPŠ, R., KAPŠ P. ml., OSTOJIĆ-KAPŠ, S., 2009. *Bolezni srca in ožilja*. Strokovna monografija. Novo mesto: Grafika Tomi, str. 178–182.

KASTNER, K., 2016. Uravnavanje visokega krvnega tlaka z ajurvedo in jogo [spletni vir]. [Datum dostopa 20. 6. 2016]. Dostopno na <http://www.jogaportal.si/wp-content/uploads/2016/02/Optimalen-krvni-tlak.png>

KENDA, M.F., KOŽELJ, M., FRAS, Z., 2006. *Prirojene in pridobljene srčne napake: kirurško zdravljenje prirojenih srčnih napak pri odraslih*. Ljubljana: Littera picta.

KERSNIČ, P., 1997. Organizacija službe zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih Slovenije. *Obzornik zdravstvene nege*, letn. 31, št. 1–2, str. 3–23.

KLINIČNI ODDELEK ZA REPRODUKCIJO, 2016. Navodila ob sprejemu [spletni vir]. [Datum dostopa 3. 3. 2016]. Dostopno na <http://www.reprodukcija.si/operacije/navodila-ob-sprejemu/>

KOCJANČIČ A., 2000. *Klinična preiskava*. Ljubljana: Littera picta, str: 1–8, 108–109, 136–137.

LOVŠE, B., 2005. Obolenje kroničnih bolnikov z boleznijo srca. *Bilten Zdravstvenega zavoda DOKTOR LOVŠE*. December, str. 2–3.

MADJAR, B., 2006. Kajenje nekateri dejstva [spletni vir]. [Datum dostopa 04.09.2015]. Dostopno na <http://www.pomurske-lekarne.si/si/index.cfm?id=1829>

Mednarodni center za kardiovaskularne bolezni MC Medicor, Izola, n. d.

MIKSIĆ, K., FLIS, V., GADŽIJEV, E., VREČER, B., GABROVŠEK-HOMŠAK, D., 2003. *Izbrana poglavja iz kirurgije: učbenik za kirurgijo na visokih zdravstvenih šolah*. Maribor: Obzorja, str. 39, 206, 207–208, 216–217.

MITCHELL L.B.and the CCS Atrial Fibrillation Guideliness Comittee, 2010. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines: Prevention and Treatment of Atrial Fibrillation Following Cardiac Surgery. *The Canadian journal of cardiology*, letn. 27, št. 1, str. 91–97.

PATEL, C., 1991. *Premagujmo srčne bolezni: rizični dejavniki, na katere lahko vplivamo*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, str. 46–47.

SCHULER, M. in WALDMANN, W., 2011. *Veliki atlas anatomije: prirojene srčne napake*. Tržič: Učila International, str. 90–93, 126.

SENIČAR, A., 2006. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. V: MILIČ REBERNIK, M, ur. *Zagotovimo varnost pacienta: zbornik XXI*. Ljubljana: Zbornica babiške in zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, str. 7–18.

SINKOVIČ, A., VOGA, G., GORJUP, V., KAMENIK, B., KANIČ, V., LAINŠČAK, M., LETONJA, M., LOBNIK, A., NEDOG, V., ŠERUGA, T. et al., 2015. Izbrana poglavja o srčno-žilnih boleznih, Maribor: Medicinska fakulteta, str. 1–10, 21.

SMONKAR, A., 2010. Aktivnosti zdravstvene nege pred in po operaciji srca. V: I. Rijavec, ur., *Pomen timskega dela na kirurgiji v UKC Maribor: zbornik predavanj*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, str. 18-27.

SOLCA, M., 2006. *Evidence based preoperative evaluation*. Best practice & Research clinical anaesthesiology, letn. 20, št. 2, str. 231–236.

STATISTIČNI URAD REPUBLIKE SLOVENIJE, 2010. *Najpogostejši vzrok smrti* [spletni vir]. [Datum dostopa 16. 12. 2015]. Dostopno na https://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=3040

TOPOLE, E., 2010. *Spirometrija* [spletni vir]. [Datum dostopa 5. 12. 2015]. Dostopno na <http://www.dpbs.si/Sre%C4%8Danje%20z%20bolezni/O%20preiskavah/Spirometrija.htm>

VIDMAR, G., 2009. *Srčno žilni sistem* [spletni vir]. [Datum dostopa: 5. 12. 2015]. Dostopno na: <http://www.cenim.se/319-a.html>

VIDMAR, M., 2007. Telesna nedejavnost tudi vzrok smrti [spletni vir]. [Datum dostopa 24. 1. 2016] Dostopno na https://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=60&naslovclanek=Telesna_nedejavnost_tudi_vzrok_bolezni

VOGRINC, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta. Str. 45–48.

POVZETEK

Namen: je bil prikazati ogroženost pacientov z dejavniki tveganja za srčno-žilna obolenja. Na nekatere dejavnike, kot so prehrana, gibanje, kajenje, alkohol, povišan krvni tlak, holesterol, telesna teža, lahko vplivamo v veliki meri s spremembo življenjskega sloga. Izogibati se je treba tudi stresu oz. se znati soočiti z njim. Namen diplomske naloge je bil ugotoviti aktualne in potencialne negovalne diagnoze pred in po operaciji pacienta na odprtem srcu in vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege, ter poudariti pomen zdravstveno-vzgojnega dela pri spreminjanju navad.

Metode dela: pri pisanju smo uporabili deskriptivno metodo dela z uporabo domače in tuje strokovne literature ter elektronske vire, katerih vsebina vključuje zdravstveno nego kardio-kirurškega pacienta. V raziskavi je uporabljena študija primera pacienta s potrebo po zdravstveni negi po operaciji na odprtem srcu. V pomoč nam je bil že vnaprej pripravljen anketni vprašalnik. Za postavitev negovalnih diagnoz smo si pomagali z 11. vzorci zdravega obnašanja po Marjory Gordon. Na podlagi negovalnih problemov smo si postavili kratkoročne cilje ter z njimi izvedli negovalne intervencije.

Rezultat: pacient je pri vseh intervencijah lepo sodeloval. Izpostavili smo pomembne negovalne diagnoze kot so mobilnost, možnost infekcije ran ter urotrakta, in bilanco tekočin. Do odhoda domov je bil samostojen pri gibanju, izvedbi osebne higiene. Rana je bila zaceljena. Njegovo počutje se je znatno izboljšalo.

Zaključek: zdravstvena nega kirurškega pacienta je zelo široko področje ter izjemno zahtevno, zaradi negovalnih ter terapevtsko-diagnostičnih intervencij. Z dobro psihično in fizično pripravo pacienta na operacijo prispeva k lažjemu in hitrejšemu okrevanju po operaciji, kar je tudi cilj zdravstvenega in negovalnega tima. Prišli smo tudi do zaključka, da je zdravstveno vzgojno delo ključnega pomena pri okrevanju, ohranjanju zdravja in preprečitvi komplikacij.

Ključne besede: zdravstvena nega, bolezni srca, vloga medicinske sestre, kirurški pacient, zdravstveno-vzgojno delo.

SUMMARY

The purpose: was to present jeopardy patients with risk factors for cardiovascular diseases. On certain factors, such as diet, exercise, smoking, alcohol, high blood pressure, cholesterol, body weight, it can be influenced by lifestyle changes. It is necessary to avoid the stress and be able to cope with it. The purpose of the thesis work was to find out current and potential nursing problems before and after operation on open heart, the important role of nurse in performing health care and highlighted the importance of health education work in changing patients lifestyle.

Working methods: we have used descriptive metode work, with the use of domestic and foreign professional literature and internet sources in which the content includes health care cardio-surgical patient. In the research work we have used study case of a patient who needs nurse care after open hearth surgery. We have used pre-prepared questionnaire. For a nursing diagnosis we used 11 samples of healthy behavior by Marjory Gordon. Based on nursing problems we have set short-term goals as well as the performed nursing interventions.

Results: the patient was cooperating with all nursing interventions. We have highlighted important nursing diagnoses such as mobility, the possibility of wound infection and urinary tract, and the balance of fluids. Until discharging home he was independent. The wound was healed. His being significantly improved.

Conclusion: nursing care of the surgical patient is extremely broad and extremely challenging due to nursing, therapeutical and diagnostic interventions. When the patient is mentally and physically well prepared for surgery, recovery runs easier and faster, which is also a goal for the patient and medical team. We also come to the conclusion that the health care work is crucial to the recovery, preservation of health and prevention of complications.

Keywords: health care, heart disease, nurse role, surgical patient, health-care education

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem svoji mentorici Heleni Skočir za vztrajnost in potrpljenje, vso strokovno pomoč, uspešno vodenje in koristne napotke, ki mi jih je nudila pri nastajanju diplomske naloge.

Posebno pa se zahvaljujem svoji mami Vesni ter pokojnemu očimu Zvonku, ki sta mi stala ob strani, me spodbujala in mi dajala koristne nasvete skozi celoten študij.

Zahvaljujem se tudi timu Mednarodnega centra za kardiovaskularne bolezni Medicor Izola ter njihovi predsednici uprave Metki Zorc za možnost izvedbe študije primera.

PRILOGA 1: VPRAŠALNIK ZA IZVEDBO ŠTUDIJE PRIMERA

Spol: _____

Starost: _____

1. DIHANJE

Ali ste pred posegom imeli težave pri dihanju in kakšne? Kdaj in kako se je pojavila težava?

Ali so po operativnem posegu še vedno prisotne težave?

Ali ste kašljali, je bil prisoten sputum?

2. PREHRANJEVANJE IN PITJE

Ste zasledili kakšne posebnosti pri uživanju hrane in pijače pred posegom?

Kakšne težave so bile prisotne po posegu (bolečina, slabost, žeja)?

3. KOMUNIKACIJA

Kako ste komunicirali takoj po posegu, ko ste se zbudili?

Ali so kasneje še bile težave?

4. IZLOČANJE IN ODVAJANJE

Ali ste imeli težave z izločanjem urina ali blata pred posegom?

Ali so se pojavile težave po posegu in kakšne?

5. GIBANJE IN LEGA TELESA, OBLAČENJE

V kakšnem položaju ste ležali po posegu ali ste se lahko obračali?

Kdaj ste prvič sedeli v postelji, kako ste se počutili?

Kdaj ste prvič stopili na noge?

Ali so bile težave pri oblačenju, kakšne?

5. BOLEČINA

Ali je bila prisotna bolečina po posegu?

Kje točno vas je bolelo in kdaj?

Koliko močna je bila bolečina (VAS OD 1 DO 10)?

6. OSEBNA HIGIENA

Ali ste imeli težave pri izvajanju osebne higiene in ustne nege?

Vam je zdravstveno osebje zagotovilo pomoč pri izvajanju osebne higiene?

Ali je bila vaša postelja čista in vaše okolje urejeno?

7. SPANJE IN POČITEK

Ste bili utrujeni po posegu, ste lahko spali?

Vam je bil zagotovljen mir?

8. KOGNITIVNI PROCESI

Vas je bilo strah ob sami misli na operativni poseg?

Ste bili za poseg pravočasno obveščeni?

Vam je zdravstveno osebje dovolj natančno razložilo o posegu in vašem zdravstvenem stanju?

Ko ste bili v intenzivni enoti ali ste imeli kakršnekoli privide?

Zdaj, ko je sam poseg za vami, vas je česa strah?

Ali so se izpolnila pričakovanja?

**PRILOGA 2: PROŠNJA ZA ODOBRITEV UPORABE DOKUMENTACIJE PRI
IZDELAVI DIPLOMSKE NALOGE**

