

LATVIJAS UNIVERSITĀTES
MEDICĪNAS FAKULTĀTES

PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS BAKALaura
STUDIJU PROGRAMMA “MĀSZINĪBAS”

**PACIENTU APRŪPE PĒC SIRDS VĀRSTUĻA
PROTEZĒŠANAS**

BAKAULAURA DARBS

Autore: **Kristīna Krilova;**

KK grupa

Studentu apliecības Nr.: kk17095

Darba vadītājs: Mg.sc.sal., lektore Dagnija Gulbe

RĪGA 2018

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma ir „Pacientu aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas”. Tēmas aktualitāti nosaka cilvēku bieža saslimstība ar vārstuļu pataloģijām.

Bakalaura darba mērķis - analizēt pacientu aprūpi un tās dokumentēšanu pēc sirds vārstuļa protezēšanas. Lai sasniegtu bakalaura darba mērķi, autore izvirzīja sekojošus darba uzdevumus - analizēt literatūru par sirds vārstuļu kaišu etioloģiju, klīniskām izpausmēm, vārstuļa protezēšanas iespējām un komplikācijām; analizēt V. Hendersones māszinību teoriju saistībā ar pacientu aprūpi pēc sirds vārstuļa protezēšanas; izstrādāt pētniecības instrumentu; veikt pētījumu; apkopot un analizēt iegūtos datus; izdarīt secinājumus.

Pētījuma daļā autore izvēlējās kvalitatīvu pētījuma metodi. Autore izstrādāja strukturētu interviju un novērojuma protokolu, lai noskaidrotu, kāda ir pacientu aprūpe un aprūpes dokumentēšana pēc sirds vārstuļa protezēšanas agrīnajā pēcoperācijas periodā. Pētījums norisinājās Rīgas X slimnīcā, piedalījās 6 praktizējošas māsas, kuras veic pacientu aprūpi pēc sirds vārstuļa protezēšanas. Pētījuma daļā veikta kontentanalīze un analizēti novērojuma protokola dati.

Atslēgas vārdi: pacients, aprūpe, aprūpes dokumentācija, sirds vārstuļa operācija

ANNOTATION

The topic of the thesis is “Patient care after heart valve prosthetics”. Due to the high incidence of valvular heart disease, this issue has immense significance.

The aim of this bachelor’s thesis was to analyse postoperative patient care and the documentation of the procedures following heart valve surgery. In order to obtain aforementioned information, the author used the following materials and methods – analyzed the available literature concerning the aetiology of valvular heart disease, its clinical manifestations, the different valve replacement options and the potential complications; examined V.Henderson’s Nursing Theory and its applicability to the patient’s recovery process after heart valve surgery; design a research instrument; conduct a research study; compile and review the results; based on evidence come to a conclusion.

A qualitative research method was chosen for the study. The author devised a researcher-administered survey and a monitoring protocol in order to determine what are the standarts of care and the recordkeeping of the procedures during the early postoperative period after heart valve surgery. The study was conducted at X. 6 practicing nurses, specialised in the postoperative care after heart valve replacement, partook in the study. Content analysis for all 6 interviews was carried out and 6 monitoring protocols evaluated.

Keywords: patient, patient care, recordkeeping, heart valve surgery.

SATURS

Ievads.....	5
1. V. HENDERSONES PAMATVAJADZĪBU TEORIJAS PIELIETOJUMS PACIENTIEM PĒC SIRDS VĀRSTUĻA PROTEZĒŠANAS.....	7
2. SIRDS VĀRSTUĻI UN TO PROTEZĒŠANA.....	10
2.1. Sirds vārstuļu kaites.....	10
2.2. Sirds vārstuļa protēžu izvēle un indikācijas.....	12
2.3. Iespējamās pēcoperācijas komplikācijas.....	12
3.PACIENTU APRŪPE UN TĀS DOKUMENTĒŠANA.....	15
3.1. Pacientu aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas.....	16
3.2. Pacientu aprūpes dokumentēšana.....	19
4.PĒTĪJUMA DAĻA.....	21
4.1. Pētījuma metodoloģija.....	21
4.2. Pētījuma rezultāti un to analīze.....	22
SECINĀJUMI.....	27
IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI.....	28
PIELIKUMI.....	30
1.pielikums. Intervijas jautājumi.....	31
2.pielikums. Novērojuma protokols.....	32
3.pielikums. Rekomendācijas.....	33
4.pielikums. Darba pieredze.....	33
5.pielikums. Kontentanalīze.....	34
6.pielikums. Respondentu novērtējums.....	38

IEVADS

Sirds un asinsvadu slimības ir nozīmīga sabiedrības veselības problēma gan Latvijā, gan Eiropas Savienībā. Tas ir visizplatītākais nāves cēlonis Latvijā. Latvijas Kardioloģijas centrā ik gadu veic aptuveni 1100 operācijas, izmantojot mākslīgo asinsriti. Un aptuveni 600 operācijas no tām ir vārstuļu patoloģiju korekcijas. 2002. gadā 4% no veiktām 600 vārstuļu operācijām bija vārstuļu bioprotezēšana, savukārt jau 2016. gadā vārstuļu bioprotezēšanu skaits palielinājās par 90% (1).

Sirds un asinsvadu veselība ir atkarīga ne tikai no iedzimtības un ģenētiskiem faktoriem, bet, galvenokārt, no cilvēka paradumiem un dzīvesveida. Profilakses pasākumiem un riska faktoru novēršanai ir būtiska nozīme sirds un asinsvadu slimību izplatības mazināšanā (2).

Sirds vārstuļu kaites ir izplatītākais kardiovaskulāro slimību izraisītais nāves cēlonis (pēc koronārās sirds slimības, sirds mazspējas un hipertensijas). Aortas vārstuļu kaites, galvenokārt, ir deģeneratīvas, taču atsevišķos gadījumos tās mēdz būt iedzimtas vai reimatiskas. Šīs deģeneratīvās saslimšanas raksturīgas ar to, ka zināmā vecumā vārstulis sāk pārkaļķoties un aizauzt (3). Vārstuļu ķirurģiska korekcija ir otra biežākā sirds operācija pēc koronāro artēriju šuntēšanas operācijas. Mūsdienās ir iespējams veikt vārstuļu ķirurģisku plastiku vai aizvietot to ar protēzi. Ir pieejamas divu veidu vārstuļu protēzes: mehāniskās un bioloģiskās, kas tiek iegūtas no cūkas vai liellopa (1).

Pirmo sirds vārstuli radīja un implantēja sirds ķirurgs Čarlzs Hufnagēls 1952. gadā ASV. Tā sastāvēja no nelielas bumbiņas, kas atradās plastikāta caurulē ar paplašinātu vidusdaļu. Savukārt Latvijā pirmo mitrālo vārstuli protezēja 1972. gadā profesors Jānis Volkolākovs, kā arī nodibinājis Sirds un asinsvadu ķirurģijas centru 1969. gadā (4).

Pēc sirds vārstuļa protezēšanas pacientam ir jāsniedz atbilstoša, kvalitatīva aprūpe, lai paātrinātu atveseļošanās procesu un samazinātu pacienta uzturēšanās laiku stacionārā. Visam medicīniskajam personālam jānodrošina pacienta organisma funkciju atjaunošana, adekvāta brūču sadzīšana, komplikāciju novēršanai (5). Svarīgi ir izvērtēt pacienta gan objektīvo, gan subjektīvo stāvokli un ar to saistītās dzīves kvalitātes uztveri.

Visā aprūpes procesā māsai ir neatliekama loma pacienta dzīvē. Māsa ir pacienta padomdevēja un aizstāvēja. Māsa atbalstīs pacientu pie dažādiem lēmumiem, kā arī veicinās pacienta vēlmi pēc neatkarības. Māsai jau pirmsoperācijas periodā pacientam jāsniedz informācija, par pēcoperācijas aprūpi, jo pēcoperācijas periods ir ļoti svarīgs ātrākai pacienta atveseļošanai un atgriešanās pie sava dzīves ierastā ritma. Ļoti svarīgi pēc vārstuļa protezēšanas

ir pacientu aktivizēšana un pacientu pamatvajadzību nodrošināšana. Jo ātrāk pacients pats spēs sevi aprūpēt, jo mazāk būs komplikāciju risks un ātrāks atveseļošanās process.

Bakalaura darba mērķis: Analizēt pacientu aprūpi un tās dokumentēšanu pēc sirds vārstuļa protezēšanas.

Bakalaura darba uzdevumi:

1. Analizēt literatūru par sirds vārstuļa kaišu etioloģiju, klīniskām izpausmēm, vārstuļa protezēšanas iespējām un komplikācijām;
2. Analizēt V. Hendersones māszinību teoriju saistībā ar pacientu aprūpi pēc sirds vārstuļa protezēšanas;
3. Izstrādāt pētniecības instrumentu un veikt pētījumu;
4. Apkopot un analizēt iegūtos datus;
5. Izdarīt secinājumus.

Bakalaura darba pētniecības metodes:

1. Literatūras analīze.
2. Kvalitatīvā pētniecības metode, pētniecības instruments – intervijas jautājumi un novērojuma protokols.

Pētniecības jautājumi:

1. Kāda ir pacientu aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas agrīnajā pēcoperācijas periodā?
2. Kāda ir pacientu aprūpes dokumentēšana pēc sirds vārstuļa protezēšanas?

Pētījuma respondenti – 6 praktizējošas māsas kardiķirurgijā.

Pētījuma bāze – Rīgas x slimnīca.

1. V. HENDERSONES PAMATVAJADZĪBU TEORIJAS PIELIETOJUMS PACIENTIEM PĒC SIRDS VĀRSTUĻA PROTEZĒŠANAS

Autore izvēlējās V.Hendersones pamatvajadzību teoriju, jo tās pamatprincipus pielieto kardiokirurgijas nodaļā. V.Hendersonē savā teorijā runā gan par veselu, gan par slimu cilvēku, kam nepieciešama palīdzība, lai pēc iespējas ātrāk atgūtu neatkarību. Tāpēc lai palīdzētu atgūt neatkarību pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas, māsai ir jāsaista visi četri pamatjēdzieni un jānodrošina pacientam atbilstoša vide, jāpalīdz panākt veselību un patstāvību, kā arī jānodrošina atbilstoša aprūpe, izvērtējot nepieciešamās pamatvajadzības. V. Hendersones teorija ir pamatota pamatvajadzībās. Hendersones teorijas galvenie jēdzieni – cilvēks, vide, veselība, aprūpe.

Cilvēks - indivīds, kam nepieciešama palīdzība, lai panāktu veselību un patstāvību vai mierīgu nāvi (6). Pēc vārstuļa protezēšanas māsa pirmās diennaktis seko pacienta vitāliem radītājiem, kā arī palīdz realizēt 14 pamatvajadzības, lai pacients ātrāk spēj atgūt neatkarību. Hendersonē savā teorijā min, ka indivīds un ģimene ir viena vienība(6).

Vide - sastāv no ārējiem faktoriem un ietekmēm, kas virza dzīves veidošanu. Kā arī Hendersonē vides jēdzienā ietver pacienta individuālo vidi un attiecības ar ģimeni, individuālo atbalstu un publiskos pasākumus (6). Pēc operācijas pacients nonāk kardioloģijas IT (intensīvā terapija), kur atrodas līdz 2 diennaktīm, ja viņa stāvoklis ir stabils. Pēc kardioloģijas IT pacients nonāk kardiokirurgijas nodaļā, kur medicīnas personāls turpina nodrošināt pamatvajadzības, lai pēc iespējas ātrāk pacients varētu atgūt pašaprūpes spējas.

Veselība - Hendersonē apraksta kā indivīda spējas darboties fizioloģiski patstāvīgi ar nepieciešamo spēku, gribu un zināšanām, savukārt slimību viņa apraksta kā neatkarības zaudējumu (6). Veselības līmenis ir tieši saistīts ar pacienta spēju patstāvīgi apmierināt savas pamatvajadzības.

Aprūpe – māsas veiktā pacientu aprūpe palīdz klientam kļūt neatkarīgam vai rūpēties par sevi sabiedrībā (6). Aprūpes priekšplānā izvirzās otra cilvēka vajadzības. Māsas darbība ir atkarīga no konkrēta pacienta vajadzībām (7). Māsas darbības pamatā ir pacientu aprūpes problēmu risināšana, tai skaitā jāpievērš uzmanība pacienta pamatvajadzību nodrošinājumam, lai pacients pēc vārstuļa protezēšana varētu ātrāk atgūt savu neatkarību. Protams, ir pacienti, kuriem ir grūtāk atgūt savu neatkarību pēcoperācijas periodā, jo rodas komplikācijas.

V. Hendersone definējusi cilvēku, ka veselu, pilnīgu, un neatkarīgu būtni ar 14 pamatvajadzībām. Pirmie septiņi principi ir vērsti uz fizioloģiskām vajadzībām, 8.un 9. princips par drošības vajadzībām, 12.,13. princips vērsts uz sociālajām, 11. princips vērsts uz psiholoģiskajām un garīgajām vajadzībām (8). V.Hendersones 14 cilvēka pamatvajadzības:

1. Elpot normāli.
2. Ēst un dzert pietiekoši.
3. Izvadīt ķermenim nevajadzīgas vielas.
4. Kustēties un saglabāt ķermenim vēlamo pozu, kustību.
5. Gulēt un atpūsties.
6. Izvēlēties atbilstošu apģērbu.
7. Saglabāt ķermeņa temperatūru (piemērojot apģērbu).
8. Ievērot ķermeņa higiēnu un aizsargāt ādu no ievainojumiem.
9. Izvairīties no apkārtējās vides apstākļu draudiem un necensties ievainot citus.
10. Sadarboties ar citiem, paužot savas emocijas, vajadzības, bailes vai uzskatus. Komunicēt ar pacientu (uzklausīt viņa emocijas, vajadzības, raizes, uzskatus).
11. Rīkoties saskaņā ar reliģisko ticību.
12. Strādāt darbu, kurā var gūt panākumus.
13. Piedalīšanās dažādos atpūtas pasākumos, nodrošināt izklaidi un atpūtu.
14. Mācīties, pētīt, atklāt vai apmierināt ziņkāri, tādējādi nodrošinot normālu attīstību un veselību, un izmantot visas veselības iespējas (9).

Pēc autores domām, kā primārās pamatvajadzības agrīnā pēcoperācijas periodā būs fizioloģiskās vajadzības (1.-7.). Nodrošinot tās, māsa veicina pacienta neatkarību. Nākamo pamatvajadzību (8.-14.) nodrošinājumu veicina māsa vai arī pacients nodrošina tās pats. Pēc vārstuļa protezēšanas ir ļoti svarīgi, lai pacients jau pirmajā pēcoperācijas dienā sāk sadarboties ar medicīnas personālu un sāk sevi nodrošināt ar fizioloģiskām vajadzībām. Jo ātrāk pacients kļūs stabils un neatkarīgs, jo ātrāk viņš tiks izrakstīts no stacionāra. Pirms izrakstīšanās no stacionāra, lielākā daļa pacientu pilnībā atgūst neatkarību, jo spēj nodrošināt visas pamatvajadzības.

Salīdzinot V. Hendersones nosauktās pacienta vajadzības, ar A. Maslova definētām pamatvajadzībām ir redzams, ka teorijas ir saistītas. A. Maslovs savā teorijā norāda, ka pamatvajadzībām ir jābūt hierarhālā secībā, savukārt V. Hendersone uzskata, ka katrai pamatvajadzībai ir nepieciešama individuāla pieeja. Māsai jāpalīdz nodrošināt visas pacienta pamatvajadzības, bet, tiklīdz viņš kaut daļēji var tās nodrošināt pats, tad jāveicina pacienta neatkarība.

Pirmais līmenis – fizioloģiskās vajadzības = 1. Elpot normāli; 2. Ēst un dzert pietiekoši; 3. Izvadīt ķermenim nevajadzīgas vielas; 4. Kustēties un saglabāt ķermenim vēlamo pozu, kustību; 5. Gulēt un atpūsties; 6. Izvēlēties atbilstošu apģērbu; 7. Saglabāt ķermeņa temperatūru (piemērojot apģērbu) (10).

Otrais līmenis – drošības vajadzības = 8. Ievērot ķermeņa higiēnu un aizsargāt ādu no ievainojumiem un 9. Izvairīties no apkārtējās vides apstākļu draudiem un necensties ievainot citus (10).

Trešais līmenis – mīlestības un piederības vajadzības = 10. Sadarboties ar citiem, paužot savas emocijas, vajadzības, bailes vai uzskatus. Komunicēt ar pacientu (uzklausīt viņa emocijas, vajadzības, raizes, uzskatus) un 11. Rīkoties saskaņā ar reliģisko ticību (10).

Ceturtais līmenis – pašvērtības vajadzības = 10. Sadarboties ar citiem, paužot savas emocijas, vajadzības, bailes vai uzskatus. Komunicēt ar pacientu (uzklausīt viņa emocijas, vajadzības, raizes, uzskatus) (10).

Piektais līmenis - pašapliecināšanās vajadzības = 11. Rīkoties saskaņā ar reliģisko ticību; 12. Strādāt darbu, kurā var gūt panākumus; 13. Piedalīšanās dažādos atpūtas pasākumos, nodrošināt izklaidi un atpūtu; 14. Mācīties, pētīt, atklāt vai apmierināt ziņkāri, tādējādi nodrošinot normālu attīstību un veselību, un izmantot visas veselības iespējas (10).

Autore uzskata, ka, V.Hendersones teorija ir ļoti noderīga māsu praksē, aprūpējot pacientus pēc vārstuļa protezēšanas, jo māsu veiktā aprūpe palīdz pacientam atgūt neatkarību. Pielietojot V.Hendersones teoriju praksē, parādās loģisks problēmu risinājumu process. Tāpēc mātai ir svarīgi izvērtēt konkrētu situāciju un izvirzīt primārās pamatvajadzības, lai pēc iespējas ātrāk tās nodrošinātu. Jo ātrāk pacients kļūs neatkarīgs, jo ātrāk kļūs vesels. Saistot šo teoriju ar praksi, tad lielākā daļa pacientu atgūst savu neatkarību 7-10 dienu laikā. Savukārt, ja pacients nevar vai negrib nodrošināt savas pamatvajadzības, tad atveseļošanās un neatkarības atgūšanas process pagarinās līdz mēnesim un ilgāk.

2. SIRDS VĀRSTUĻI UN TO PROTEZĒŠANA

Sirds ir kompleksu veidots četru kameru sūknis, kas nodrošina asinsriti mazajā un lielajā asinsrites lokā. Starp kamerām ir izvietoti vārstuļi. Vārstuļi ir sirds struktūra, kas brīvi laiž asins tikai vienā virzienā (11). Svarīgākie ir kreisās sirds puses vārstuļi – mistrālais un aortālais vārstulis – to slimības arī ir visbiežāk sastopamas (12). Vārstuļiem sirdsdarbības laikā ir pilnībā jāatveras un pilnībā jāaizveras. Dažādu slimību gadījumā vārstuļi var tikt bojāti un nepildīt vienu vai otru funkciju (11).

Sirds vārstuļu ķirurģiska korekcija ir otra biežākā sirds operācija pēc koronāro artēriju šuntēšanas operācijas. Ķirurģiskas operācijas mērķis ir atjaunot sirds vārstuļu funkciju, nodrošinot gan brīvu asins caurplūdi, gan pilnvērtīgu aizvēršanos. Sirds vārstuļu stenožu jeb sašaurinājumu un funkcionālas mazspējas gadījumā patoloģiski izmainīto vārstuli aizstāj jeb protezē – ievieto mākslīgu vārstuli vai arī veic vārstuļa plastisko operāciju – „salabo” esošo vārstuli (12).

2.1. Sirds vārstuļu kaites

Sirds vārstuļu makromorfoloģiskie bojājumi var izpausties trīs galvenos veidos, un tie ir:

- 1) vārstuļu mazspēja;
- 2) atveres sašaurinājums (stenoze);
- 3) vārstuļa mazspēja un atveres stenozes kombinācija (13).

Mitrālā stenoze ir progresējošs vārstuļu viru saaugums, kas izraisa izejas atveres sašaurināšanos un asiņu sastrēgumu. Akūts reimatisks process izraisa vārstuļa viru malu daļēju salīpumu, izraisot mitrālās atveres sašaurināšanu. Ir traucēta asiņu pārtece no kreisā priekškambara uz kreiso kambari, tāpēc kreisais priekškambaris paplašinās un hipertrofējas, izraisot asins sastrēgumu plaušās. Patstāvīga paaugstināta plaušu artēriju spiediena dēļ tiek apgrūtināts labā kambara darbs un var attīstīties labā kambara mazspēja (14).

Mitrālā vārstuļa insuficiences ir mitrālā vārstuļa nepietiekama aizvēršanās kambaru sistoles periodā, kad daļa asiņu atgriežas kreisajā priekškambarī. Pieaug spiediens kreisajā priekškambarī. Pakāpeniski ventrikula muskulatūra hipertrofējas un dobums dilatējas. Cēlonis parasti ir vārstuļa viru deformācijas pēc reimatiska vai septiska endokardīta vai traumas (14).

Pie mitrālā vārstuļa kaitēm pacients sūdzas par elpas trūkumu, kas palielinās fiziskas slodzes laikā, sirdsklauvēm. Pacientam mēdz būt sāpes sirds apvidū, sauss klepus, vispārējs

vājums, ātra nogurdināmība, lūpu, pirkstu un auss līpiņu cianoze, nedabiski sārti vai pat cianotiski vaigi, perifēriskā tūska, ascīts. Auskultatīvi dzird diastolisku troksni, ko rada asiņu plūsma caur sašaurināto sirds vārstuli (13).

Aortas vārstuļa insuficiences jeb aortāla regurgitācija ir aortālā vārstuļa mazspēja, kā rezultātā asinis plūst atpakaļ no aortas uz kreiso kambari diastoles laikā. Kreisais kambaris pat miera stāvoklī strādā pastiprināti, lai nodrošinātu adekvātu sistoles tilpumu, tādēļ var rasties sirds mazspēja (14). Viens no galvenajiem simptomiem ir augstais pulsa spiediens, ko rada paaugstināts sistoliskais spiediens un pazemināts diastoliskais spiediens. Aortas vārstuļa nepietiekamība ir otrais biežākais sirds defekts, pēc mitrālā vārstuļa bojājuma. Biežākie aortālās regurgitācijas cēloņi pieaugušajiem ir idiopātiskā aortas vārstuļa deģenerācija, sirds reimatisms, infekciozais endokardīts, traumas (15).

Aortas vārstuļa stenoze ir aortālā vārstuļa atveres sašaurināšanās, kā rezultātā ir traucēta asins plūsma no kreisā kambara uz ascendējošo aortu sistoles laikā. Vārstuļa stenoze veidojas, deformējoties virām vai saaugot komisūrām (16). Pieaug spiediens kreisajā priekškambarī, kā arī plaušu asinsvados, kas var izraisīt kreisā kambara mazspēju (14). Biežākie aortālās vārstuļa stenozes cēloņi ir iedzimti defekti - divviru aortas vārstulis, vienviru (monokuspidāls) aortas vārstulis, membrāna, vai fibrozs gredzens zem aortas vārstuļa un iegūti defekti - infekcijas slimības (sepsis, faringīts, pneimonija), vecuma pārmaiņas (deģeneratīva aortas vārstuļa kalcinoze, ateroskleroze) (16).

Pie aortas vārstuļa kaitēm pacients sūdzas par stenokardijai līdzīgām sāpēm sirds apvidū, sirds ritma traucējumiem. Pacientam mēdz būt samaņas zudumi (sinkope). Izteiktas stenozes gadījumā ir pazemināts arteriālais asinsspiediens līdz 90 mmHg. Auskultatīvi 2. ribstarpā pa labi no krūšu kaula sistolisks troksnis. Palpatoriski – virs sirds pamatnes krūškurvja drebešana. Mēdz būt arī asimptomātiski gadījumi (17).

Trikuspidālā vārstuļa stenoze ir vārstuļa atveres sašaurināšanās saaugumu un fibrozes dēļ. Cēlonis ir reimatiskais endokardīts saistība ar mitrālā vārstuļa slimību (14). Biežākas ir iedzimtas trīsviru vārstuļa kaites – galvenokārt Ebšteina anomālija (13).

Trikuspidālā vārstuļa insuficiences gadījumā sakarā ar nepilnīgu labās atrioventrikulārās atveres aizvēršanos sistoles laika daļa asiņu no labā kambara atgriežas labajā priekškambarī. Cēlonis parasti ir labā kambara dilatācija vai reimatisms (14).

2.2. Sirds vārstuļa protēžu izvēle un indikācijas

Veicot ķirurģisku sirds vārstuļa korekciju, operācijas mērķis ir atjaunot vārstuļa normālu funkciju. Gan vārstuļa mazspējas, gan stenozes gadījumā ir iespējams patoloģisko vārstuli aizstāt ar protēzi vai veikt vārstuļa plastisko operāciju (4).

Sirds vārstuļu protēzes iedalās bioloģiskajās un mehāniskajās. Bioloģiskās protēzes tiek veidotas no dzīvnieku, visbiežāk cūkas sirds aortas vārstuļa vai liellopa perikarda. Mehāniskās protēzes ir divlapiņu un ir izgatavotas no īpaša grafitā (oglekļa) kompozītmateriāla. Klīniskajā praksē lieto arī transkatetra implantējamās aortas protēzes, kuras līdzīgi kā klasiskās bioprotēzes, ir veidotas no ksenoperikardiālajiem audiem un ir iemontētas stentā (4).

Neraugoties uz straujo protēžu ražošanas attīstību pasaulē, vēl nav radīts ideāls vārstuļu aizstājējs. Gan mehāniskajām, gan bioloģiskajām vārstuļu protēzēm ir savas priekšrocības un trūkumi. Mehāniskās vārstuļu protēzes ir mūžīgas, tāpēc atkārtotas operācijas draudi ir nelieli, bet pacientam ar mehānisku vārstuļu protēzi ir nepieciešama patstāvīga antikoagulantu terapija visas dzīves garumā, un pastāv arī protēzes trombozes un hemorāģiju risks, ko paaugstina nepietiekama, neprecīza vai nepareiza antikoagulantu vai antiagregantu lietošana. Tāpēc adekvāta, kontrolēta antikoagulantu terapija ir ļoti nozīmīga un būtiska ietekme pacienta dzīvildzi un dzīves kvalitāti (12).

Savukārt bioprotēzēm ilgtermiņā nav vajadzīga antikoagulācija, ja nav papildu indikāciju antikoagulantu lietošanai. Pēc vārstuļu protezēšanas ar bioloģiskām protēzēm pacientiem varētu būt rekomendējama jauno perorālo antikoagulantu lietošana. Bioprotēzēm ir ierobežots kalpošanas laiks, jo ar laiku attīstās protēzes strukturāla deģenerācija, tāpēc nākotnē var būt nepieciešama atkārtota operācija, īpaši gados jauniem pacientiem (4).

Protēzes izvēle galvenokārt ir atkarīga no pacienta lēmuma, kurš ir informēts par protēžu veidiem, to priekšrocībām un trūkumiem. Kaut arī pacients pats var izvēlēties protēzes veidu, iespējamās situācijas, kad šo protēzi nav iespējams implantēt tehnisku grūtību vai citu iemeslu dēļ (12). Ja pacients uztic ķirurgam veikt protēzes izvēli, būtu jāņem vērā Eiropas Kardiologu asociācijas vadlīniju rekomendācijas (skatīt 3.pielikums, 1.tabula (18)).

2.3. Iespējamās pēcoperācijas komplikācijas

Komplikācijas pēcoperācijas periodā var būt saistītas :

- 1) tieši ar ķirurga operatīvo darbību;
- 2) ar organisma sistēmām, kas nav tieši pakļautas operācijai;

3) ar medikamentozu ārstēšanu operācijas laikā un pēc operācijas (13).

1. Pēc sirds vārstuļu protezēšanas bieži vērojama aritmija – pēc aortas vārstuļu protezēšanas bieži rodas priekšlaicīgas ventrikulāras kontrakcijas. Tās var novērst ar sirds stimulatoru, lidokoīnu, kāliju; pēc vārstuļu operācijām var būt ātriju aritmija. Aritmija var rasties išēmijas, hipoksijas, seruma kālija līmeņa svārstību, tūskas, asiņošanas gadījumā (14);

2. Tahikardija – saistība ar pazeminātu asinsspiedienu, sirds un asinsvadu mazspēju, cirkulējošā skaidruma apjoma pārslodzi, pēcoperācijas satraukumu, sāpēm, sepsi, reizēm treotoksikozi (17);

3. Bradikardija – atrioventrikulārās blokādes progresēšana saistībā ar anestēziju, beta – adrenablokatoru pārdozēšanu, elektrokardiostimulatora darbības traucējumi (17);

4. Sirds tamponāde var rasties no asiņošanas, kuras viens no iemesliem var būt antikoagulantu pārdozēšana, vai šķidruma uzkrāšanās perikarda dobumā, kas nospiež sirdi un traucē adekvātu kambaru pildīšanos;

5. Asiņošana no operācijas brūces, audu jutīgums, traumas, koagulācijas faktoru deficīta dēļ, kā antikoagulantu blakne (17);

6. Miokarda infarkts;

7. Sirdslēkme;

8. Nepārejoša asiņošana no operācijas brūces, audu jutīguma un traumas dēļ, asins recēšanas traucējumu dēļ (14);

9. Hipovolēmija;

10. Nieru mazspēja. Nieru bojājumus var radīt perfūzijas defekti, hemolīze, zems sistoles tilpums pirms un pēc atklātas sirds operācijas (14);

11. Hipotensiju var izraisīt nepietiekama sirds kontrahēšanās spēja vai mehāniska plaušu ventilācija, kas izraisa sistoles tilpuma samazināšanos;

12. Hipertensija – pacientiem, kuriem hipertensija ir bijusi pirms operācijas, kā arī hipertensīvo medikamentu lietošanas pārtraukšana (17);

13. Embolizācija var rasties no asinsvadu iekšējo sieniņu bojājuma, recekļa atdalīšanās, venozās stāzes, ko pastiprina smaga aritmija, tromba atbrīvošanās un koagulācijas problēmas (14);

14. Drudzis – iespējama ķermeņa reakcija pret audu traumatizācijas vai asins un seruma akumulāciju pleiras un perikarda dobumā (14);

15. Protēžu izraisīts infekciozs endokardīts, kas var būt agrīns (aseptikas nepilnības operācijas laikā) vai vēlīns (transitors bakteriēmijas rezultātā). Šādā gadījumā pacientam nepieciešama antibakteriāla profilakse pirms jebkuras operācijas vai manipulācijas (17);

16. Trombembolija, ar augstu riska pakāpi. Pacientam profilaksei ir nepieciešams ilgstoši vai pat visu mūžu lietot antikoagulantus;

17. Bioprotēžu destrukcija sakarā ar bioloģisko audu strukturāliem bojājumiem (17);

18. Paraprotēzes fistulas veidošanās (17).

Pēcoperācijas periodā ir iespējamas visas augstāk uzskaitītas komplikācijas. Pēc ķirurģiskas operācijas pacients jānodrošina ar kvalitatīvu aprūpi, lai atveseļošanās gaita būtu stabila bez komplikācijām. Šo komplikāciju novēršanai māsai ir jāvērš uzmanību vitālo funkciju rādītājiem, kā arī aseptikas un antiseptikas principi dažādu manipulāciju veikšanā, infekcijas riska mazināšanai. Māsai jāprot pamanīt iespējamās komplikācijas, lai tās būtu iespējams savlaicīgi novērst.

3. PACIENTU APRŪPE UN TĀS DOKUMENTĒŠANA

Pēcoperācijas periods iedalās trīs posmos:

1. Tiešais pēcoperācijas periods – tās ir pirmās 24 stundas pēc operācijas;
2. Agrīnais pēcoperācijas periods – sākot no 2. operācijas dienas līdz 2-3 nedēļām pēc operācijas;
3. Vēlīnais pēcoperācijas periods – tas ir laiks līdz gadam un ilgāk jeb līdz darbaspēju atgūšanai vai līdz brīdim, kamēr iestājas stabils seku stāvoklis (17).

Katram pēcoperācijas perioda posmam raksturīgas fizioloģiskas pārmaiņas orgānu sistēmu darbībā un komplikācijas(17).

Pēc operācijas pacients tiek pārvests uz sirds ķirurģijas intensīvās terapijas nodaļu. Kardioreanimācijā pacients atrodas tik ilgi, līdz veselības stāvoklis kļūst stabils un pacientu var pārvest uz ķirurģijas nodaļu, kur māsa veic pacienta agrīno pēcoperācijas aprūpi. Medicīnas personālam jāvērs uzmanība vitālo funkciju rādītājiem, brūču pārsējam un brūču dzīšanai, iespējamām komplikācijām un to novēršanai. Pēcoperācijas režīmu nosaka individuāli. Pirmo celšanos, pirmos soļus pacients veic medicīnas aprūpes personāla uzraudzībā (3).

Pēcoperācijas periodā māsa precīzi jāseko ārsta norādījumiem par medikamentu lietošanu vai izmeklējumu kontroli. Māsai ir labi jāpārzina mūsdienu medikamenti, lai izglītotu pacientu par zāļu lietošanas laiku, par zāļu iedarbību, kā arī iespējamām blaknēm. Liela loma māsai ir arī diētas informēšanā. Nepieciešams paskaidrot pacientam, cik svarīgi ir lietot pareizu uzturu, veikt korekcijas dzīvesveidā un atteikties no kaitīgiem ieradumiem (19).

Aprūpes procesa kvalitāte ir atkarīga no tā, vai starp māsu un pacientu ir izveidojies kontakts (20). Māsai jāizglīto pacients par pēcoperācijas komplikāciju profilaksi – elpošanas un kustību vingrinājumiem, pareizas klepošanas un piecelšanās tehnika pēc operācijas (21). Māsa kontrolē pacienta individuālos treniņus, novērtē pacienta dinamisko stāvokli (pirms un pēc fiziskās slodzes). No pareizām un precīzām māsas aprūpes darbībām un manipulācijām ir atkarīga pacientu dzīve, bieži arī – veiksmīga ārstēšanās un prognozes turpmākai dzīvei (19).

Pēc autores domām, viena no svarīgākajām aprūpes darbībām ir aprūpes dokumentācija. Aprūpes dokumentācijas lapās māsai ir jāatspoguļo visas savas veiktās darbības un manipulācijas, kuras veic pacientam. Medicīniskiem ierakstiem jābūt patiesiem, pilnīgiem, skaidri salasāmiem un bez labojumiem (22). Aprūpes dokumentācija palīdz plānot pacienta pēcoperācijas aprūpi. Kvalitatīva un regulāra aprūpes dokumentācija palīdz sekot pacienta veselības stāvokļa dinamikai un atvieglo māsu darbu. Medicīniskie ieraksti ir visi dati, kas par

pacientu dokumentēti viņa ārstēšanas, aprūpes, rehabilitācijas procesa laikā ārstniecības iestādē, tai skaitā elektroniskajās sistēmās (23).

Māsas darbību dokumentēšana nozīmē to, ka māsa skaidri apraksta, ko viņa un pārējais nodaļas personāls plāno darīt, kā arī apraksta jau veiktās manipulācijas, īpaši tās, ko māsa pati jau, ir nozīmējusi (24).

3.1. Pacienta aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas

Aprūpe sevi ietver profesionālās prasmes, personīgo iesaistīšanos un atbildību. Profesionālās prasmes parāda māsas spēju pārvaldīt situāciju spēju veikt profesionālos uzdevumus. Personīgā iesaistīšanās parāda māsas jūtas viņas darbībās. Atbildība nozīmē to, ka māsa vēlas un praktiski uzņemas atbildību par savu paveikto darbu. Māsas sava praktiskā darbībā veic ne tikai pacientu aprūpi, bet izpilda arī citas funkcijas (25).

Agrīnajā pēcoperācijas periodā māasai ir jākontrolē un jāuztur elpošanas funkcija, sirdsdarbības funkcijas, hemodinamika, šķidruma un elektrolītu līdzsvars, jākontrolē diurēze, videnes un pleiras dobuma drenāžas sistēma, jānovēro pēcoperācijas komplikācijas – sāpes, aritmija u.c.(17).

Pacienta pārvešana uz ķirurģijas nodaļu tālākai ārstēšanai un aprūpei parasti notiek pirmajā pēcoperācijas dienā, ja vispārējais stāvoklis ir stabils un nenovēro komplikācijas. Pacienta vitālie rādītāji tiek novēroti ar kardiomonitora palīdzību – sirds ritms, spiediens, skābekļa oksigenācija.

Agrīnajā pēcoperācijas periodā ir svarīgi nodrošināt pacientu ar pietiekamu skābekļa apgādi, elpošanas mazspēja ir bieži sastopama pēc atklātām sirds operācijām (14). Lai nerastos plaušu komplikācijas, kuras biežāk vērojamas pēc endotraheālas anestēzijas, pacientu iemāca veikt elpošanas vingrinājumus (13). Pēcoperācijas periodā elpošana ir seklāka, un var būt klepus ar sekrēta izdalīšanos. Tāpēc ir svarīgi veikt elpošanas vingrinājumus krūšu muskulatūras treniņam un sekrētu izvadīšanai (26).

Pēc operācijas no pacienta krūškurvja iziet 2-3 drenas videnes un pleiras drenāžai, kas savienotas ar eksudāta uztvērējkonteineru, savukārt tas savienots ar sūkni efektīvai drenāžai (17). Videnes un pleiras dobuma drenāža ir jākontrolē. Drenas tiek evakuētas parasti 2. pēcoperācijas dienā. Ja vitālie rādītāji ir stabili, tad pēc drenu evakuācijas pacients tiek atvienots no kardomonitora.

Svarīgi kontrolēt šķidruma un elektrolītu līdzsvaru. Ir nepieciešams adekvāts cirkulējošo asiņu daudzums, lai šūnu aktivitāte būtu optimāla. Šķidruma līdzsvara uzturēšanai ir jādod šķidrums intravenozi, jāizvairās no pārdozēšanas. Jāreģistrē šķidruma uzņemšana un izdale, lai

noteiktu pozitīvu un negatīvu šķidruma līdzsvaru un pacienta nepieciešamību pēc šķidruma. Jāvēro pārmaiņas seruma elektrolītos (14).

Sāpes un trauksme paātrina sirdsdarbību, skābekļa patēriņu un sirds slodzi. Sāpju mazināšanai jāpārbauda sternotomijas incīzijas pārsējs. Jānovērtē sāpju lokalizācijas vieta, sāpju kvalitāte, ilgums, izraisītos faktorus (14). Izvērtē sāpes, izmantojot vērtēšanas skalu no 0 līdz 10. Jāveic atsāpinošā terapija pēc ārsta ordinācijām. Pacienta pareiza pozicionēšana – jāizglīto pacients par pareizu pozicionēšanu. Jāpalīdz ieņemt ērtu pozu, kas mazina sāpes. Lai uzlabotu pacienta labsajūtu, jāpalīdz pēc vajadzības. Trauksmes mazināšanai ar pacientu ir jārunā un jāizglīto par esošo pēcooperācijas periodu.

Ja rodas komplikācijas agrīnajā pēcooperācijas periodā, svarīgi tās novērst. Aritmija gadījumā patstāvīgi jāveic elektrokardiogrammas kontrole. Aritmija jāārstē nekavējoties, lai nemazinātos sistoles tilpums. Jānoskaidro aritmijas cēloņi – nepietiekama apgāde ar skābekli, elektrolītu disbalanss, miokarda infarkts, mehānisks kairinājums, ko rada vadi, caurulītes (14).

Krūškurvja drenāžas izdalījuma samazināšanās (tas norāda, ka šķidrums uzkrājas citur), arteriāla hipotensija, vājš diegveida pulss, kakla vēnu izspiešanās, urīna izdales samazināšanās var liecināt par sirds tamponādi (14).

Lai novērstu asiņošanas risku ir, jāvēro, vai drenāžas šķidrumā nav asiņu, vai nav arteriāla hipotensija, zems centrālo vēnu spiediens, paātrināts pulss (14).

Drudža, infekcijas gadījumā jāvēro, vai neattīstās pneimonija, atelektāze, jāpārbauda, vai nav urīnceļu vai brūces infekcijas. Lai izslēgtu endokardītu, veikt asiņu uzsējumu (14).

Mērīt urīna daudzumu. Ja tas ir mazāks par 20 ml/h, tas var norādīt uz nieru mazspēju (14).

Pašaprūpes veicināšanai ir jānovērtē pacienta pašaprūpes spējas un apkārtējā vide, nepieciešamības gadījumā jāveic pārmaiņas apkārtējā vidē, kas varētu traucēt pašaprūpes veikšanu. Jāiedrošina pacients veikt pašaprūpi, pēc iespējas vairāk iesaistot sevi aprūpes procesā. Jāizskaidro, ka pacientam jācenšas, pēc iespējas vairāk pašam iesaistīties aprūpes procesā, jo tas veicinās arī atveseļošanās procesu. Iedrošināt pacientu, ka nepieciešamības gadījumā palīdzēs, asistēs pašaprūpes procesā. Jāveic vides pielāgošana - gultas pozicionēšana vieglākai pašaprūpes veikšanai, kā arī iemācīt pacienti pozicionēt gultu pēc vajadzības, nodrošināt pacientu ar nepieciešamo aprīkojumu, lai pēc iespējas vairāk sekmētu pacienta pašaprūpes procesu. Jānodrošina pacients ar piemērotu uzturu un pietiekamu šķidruma daudzuma uzņemšanu, lai sekmētu adekvātu atveseļošanās periodu un brūces dzišanu (17).

Viens no svarīgākajiem aprūpes posmiem ir pacienta izglītošana. Izglītošanai jāpalīdz sasniegt tos mērķus, kurus ir izvirzījusi māsa un pacients (27). Izglītošana ir nepieciešama, lai palīdzētu pacientam saprast ķirurģisko procesu, mazināt viņa uztraukumu un veicināt pilnīgu

atlabšanu pēc operācijas un anestēzijas (14). Tā sākās no pacienta iestāšanās nodaļā un beidzās ar pacienta izrakstīšanos pēc operācijas. Pirmsoperācijas periodā māsa izglīto pacientu par agrīno pēcoperācijas periodu – iemāca kā pareizi veikt krūškurvja vingrinājumus plaušu funkciju uzlabošanai; parāda, kā veicama diafragmāla elpošana, kā jāklepo un jāveic kāju vingrinājumi (26); sagatavo pacientu par tiešo pēcoperācijas periodu kardioloģijas IT nodaļā; paskaidro, ka kontroles sistēmas un caurulītes traucēs veikt kustības; paskaidro, kāpēc bieži tiks kontrolēti vitālie rādītāji un traucēta pacientu aprūpe (14); nomierina pacientu, ka sāpju kontrolei tiks doti analgētiskie līdzekļus; novērtē pacienta emocionālo stāvokli un mazina trauksmes līmeni (14). Savukārt agrīnajā pēcoperācijas periodā māsa izglīto pacientu par vēlīno pēcoperācijas periodu – iepazīstina ar ieteicamo dzīvesveidu pēc operācijas (izvairīties no pārslodzes, biežāk atpūsties, necelt smagumus, jāpierod, ka kādu laiku būs diskomforts krūšu rajonā, sākumā atturēties no automašīnas vadīšanas); informē pacientu par diētas ievērošanu; instruē pacientu par medikamentu lietošanu, to nozīmi un blakusparādībām (14). Korpulentākiem pacientiem ieteikt nesāt korseti, kas satur krūškurvi un mazina brūces traumatizācijas risku. Māsa piedalās pacienta zināšanu uzkrāšanas procesā, kam savukārt ir nozīme pacienta veselības stāvokļa uzlabošanā (27).

Pēc sirds vārstuļa protezēšanas pacientam ir svarīgi saņemt antitrombotisku terapiju. Īpaši augsts trombembolijas risks ir pirmajā mēnesī pēc operācijas – šajā periodā īpaši rūpīgi jāseko antikoagulācijas režīmam un efektivitātei, biežāk jāveic koagulācijas rādītāju (INR, u.c.) kontrole (28). Pēc sirds operācijas visiem pacientiem sāk ievadīt nefrakcionētu vai mazmolekulāru heparīnu, lai nodrošinātu antikoagulāciju. Pacientiem, kuriem implantēta mehāniska protēze, ievada nefrakcionētu heparīnu tik ilgi, kamēr ar perorālajiem antikoagulantiem sasniedz stabilu, mērķa INR (International Normalised Ratio – protrombīna laiks). Mūsdienās varfarīns ir vienīgais drošais antikoagulants, kas nozīmējas pēc mehāniska sirds vārstuļa implantācijas (2).

Pacienti pēc vārstuļa plastiskās operācijas vai bioprotēzes implantācijas sākotnēji saņem mazmolekulāro heparīnu. Pēc tam saskaņā ar pacienta individuālajiem trombogenitātes riska faktoriem jāsaņem antiagregantu vai antikoagulantu terapija. Pēc pirmajiem trim mēnešiem jāizvērtē, vai turpināt antikoagulantu terapiju, ņemot vērā citas indikācijas (2).

Katra pacienta individuālo mērķa INR nosaka implantētas vārstuļa protēzes trombogenitātes pakāpe un pacientu individuālie riska faktori. Pašreiz Latvijā izmanto zemas trombogenitātes pakāpes mehāniskās protēzes (2). Mērķa INR pacientiem ar implantētu mehānisko sirds vārstuļa protēzi Latvijā 2,5 – 3,0 (18).

3.2. Pacientu aprūpes dokumentēšana

Jau no F.Naitingeilas laikiem aprūpes dokumentēšana tiek skaitīta par māsu prakses būtisku daļu (20). Lai aprūpes dokumentācija būtu efektīva, tai jābūt sistemātiskai un precīzai. Katrai dokumentācijas lapai ir jābūt pacienta indikatora uzlīmei, kā arī datumam. Māsai jāraksta salasāmi ar melnu vai zilu tinti un jādokumentē visas veiktās manipulācijas. Dokumentācijā ņem standartus, kādi ir noteiktajā ārstniecības iestādē (20).

Pacienta novērtēšanas protokols, brūču aprūpes lapa, vispārējās aprūpes dokumentācijas lapa, pacientu izgulējumu risku novērtēšanas lapa, pacienta pozicionēšanas lapa, enteralo/parenterālo zāļu ievadīšanas lapa ir apstiprināta Ministru kabineta 2006. gada 4.aprīļa noteikumos Nr. 265 par "Ārstniecības iestāžu medicīniskās un uzskaites dokumentācijas lietvedības kārtību", izmeklējumu nozīmējumi, pēcoperācijas novērošanas dokumentācijas lapas ir izstrādātas nodaļas ietvaros. Pacientu aprūpes dokumentācija tiek veikta katru dienu.

Pacienta novērtēšanas protokols ir izstrādāts ar mērķi, lai varētu dokumentēt pacienta vitālos un antropometriskos rādītājus, kā arī uzņemtā un izvadītā šķidruma daudzumu. Māsa atzīmē pacienta vitālos rādītājus – pulss, asinsspiediens, temperatūra - no rīta un vakarā.

Vispārējās aprūpes dokumentācijas lapa izstrādāta ar mērķi, lai varētu noteikt pacienta pašaprūpes līmeni, kā arī dokumentēt papildus veiktās manipulācijas (ilgkatetra, i/v katetra, CVK (centrālās vēnas katetrs) ievietošanu - IN un izņemšanu – OUT. Ar „X” atzīmē veikto darbu.) Māsa dokumentē pacienta pašaprūpes līmeni, izvērtējot, cik patstāvīgi / daļēji patstāvīgi/ pilnīgu palīdzību pacients var veikt higiēnu, ģērbšanos, ēšanu, pārvietošanos, tualetes lietošanu, urīna un fēču elimināciju.

Brūču aprūpes dokumentācijas lapa ir izstrādāta ar mērķi, lai varētu vizuāli attēlot brūces lokalizācijas vietu un dokumentēt brūces veidu, kā arī sekot brūces dinamikai, veicot aprūpes dokumentāciju pēc katras manipulācijas. Brūču aprūpes lapā māsa atzīmē A sadaļā brūču lokalizācijas vietu, brūču veidu; B sadaļā dokumentē brūces aprūpes dinamiku – brūces stāvokli, brūces eksudāciju, veiktās manipulācijas, brūces apstrādi, pārsēja veidu, lokālos medikamentus, uzlīmē sterilizācijas indikatora uzlīmi no sterila pārsiešanas komplekta un ar parakstu apliecina veiktās manipulācijas.

Pacientu izgulējumu risku novērtēšanas lapa ir izstrādāta ar mērķi, lai varētu noteikt iespējamo izgulējuma riska pakāpi. Pacientu izgulējumu risku novērtēšanas lapā māsa izvērtē pacienta jušanas spējas, ādas mitrumu, pacienta fiziskās aktivitātes, mobilitāti, uztura uzņemšanu, berzes un bīdes ietekmi katru dienu. Riska faktoru novērtējumu iegūtos punktus

summē. Iespējamais minimālais novērtējums ir 6 punkti, bet maksimālais 23 punkti. Jo mazāks punktu skaits, jo lielāks izgulējumu rašanās risks.

Pacienta pozicionēšanas lapu aizpilda darbinieks, kas veic pacientu pozicionēšanu.

Enterālo un parenterālo zāļu ievadīšanas lapu izstrādāta ar mērķi, lai ārsts varētu nozīmēt pacientam medikamentozo terapiju un māsa veikt nozīmētās ordinācijas. Šo aprūpes dokumentācijas lapu aizpilda gan ārsts, gan māsa. Šajā aprūpes dokumentācijas lapā māsā atzīmē laikus, kad zāles izsniegtas pacientam, parakstoties ar iniciāļiem. Ja pacients atsakās no zālēm, māsa atzīmē – „A”. Savukārt ārsts atzīmē – „X”, ja zāles tiek atceltas, un „O”, ja zāles nav jāievada tajā diena vai laikā.

Izmeklējumu nozīmējuma lapa izstrādāta ar mērķi, lai ārsts varētu nozīmēt nepieciešamos izmeklējumus pacientam. Māsa, vadoties pēc aizpildītas izmeklējumus lapas, izpilda ārsta ordinācijas, veicot nepieciešamos izmeklējumus. Māsa ar savu parakstu apliecina, ka nozīmētie izmeklējumi ir veikti.

Pēcoperācijas novērošanas lapa ir izstrādāta ar mērķi, lai varētu sekot pacienta stāvoklim pirmās 24 stundas pēc pacienta transportēšanas uz nodaļu no kardioloģijas IT. Šajā aprūpes lapā māsas dokumentē pacienta vitālos rādītājus, kā arī uzņemtā uz izvadītā šķidrums daudzumu un drenu eksudāta daudzumu. Dokumentāciju veic ik pēc 2 stundām, nepieciešamības gadījumā biežāk.

Akūto sāpju novērojuma lapai ir aprobācijas laiks. Šī aprūpes dokumentācijas lapa izstrādāta ar mērķi, lai varētu izvērtēt pacienta sāpju līmeni un savlaicīgi novērst akūtas pēcoperācijas sāpes. Šajā aprūpes dokumentācijas lapā māsa atzīmē pacienta sāpju intensitāti, ievadīto medikamentu, kas nozīmēts enterālo un parenterālo zāļu ievadīšanas lapās, devu, ievadīšanas ceļu. Pēc stundas kontrolē simptomus, izvērtē sāpes. Novērojumu dokumentē akūto sāpju novērtējuma lapā, ar parakstu apliecina veiktās manipulācijas.

4. PĒTĪJUMA DAĻA

4.1. Pētījuma metodoloģija

Pētījums tika veikts ar mērķi noskaidrot pacientu aprūpi un tās dokumentēšanu pēc sirds vārstuļa protezēšanas. Šī mērķa sasniegšanai izmantota kvalitatīva pētījuma metode. Kvalitatīva izpēte sniedz plašāku problēmas vai parādības izpratni (29).

Pētījums veikts Rīgas X slimnīcā, laika posmā no 2018. gada 1. marta līdz 2018. gada 1. maijam. Pētījumā piedalījās 6 praktizējošas māsas kardiķirurgijā, kuras veic aprūpi pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas.

Kā pētījuma instruments tiks izmantoti intervijas jautājumi un novērošanas protokols (skatīt Pielikums Nr.1. un Pielikums Nr.2.). Pētījumā tiks pielietota strukturēta intervija ar 11 atvērtiem jautājumiem.

Pilotpētījums tika veikts 2018. gada 28. janvārī. Pilotpētījumā piedalījās 1 respondents. Pēc pilotpētījuma autore secināja, ka devītais jautājums, kura mērķis bija noskaidrot biežākās komplikācijas pēc sirds vārstuļa protezēšanas, nav jāiekļauj intervijā. Respondenta atbildes atkārtojās, kā piektajā jautājuma par aprūpes problēmām.

Pirmais jautājums izstrādāts ar mērķi, lai noskaidrotu respondenta darba pieredzi aprūpē ar pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas.

Nākamie divi jautājumi izstrādāti ar mērķi, lai noskaidrotu māsas aprūpes darbības pirms un pēc operācijas periodā.

Ar ceturto jautājuma palīdzību autore noskaidro par pacienta izglītošanu perioperatīvajā periodā.

Ar piekto jautājumu autore noskaidro pacientu aprūpes problēmas pēc sirds vārstuļa protezēšanas un kā tās tiek novērstas.

Ar sestā jautājuma palīdzību autore noskaidro par pacienta pamatvajadzību patstāvīgu nodrošinājumu agrīnajā pēcoperācijas periodā.

Septītais jautājums izstrādāts ar mērķi, lai noskaidrotu, kā tiek novērstas šīs aprūpes problēmas.

Nākamie divi jautājumi izstrādāti ar mērķi, lai noskaidrotu pacienta līdzdalību aprūpes procesā un to kļūdām.

Ar desmitā un vienpadsmit jautājuma palīdzību autore noskaidro par aprūpes dokumentāciju pēc sirds vārstuļa protezēšanas un tās ieguvumu.

Intervijas datu apkopošanai, autore izmantojot kvalitatīvas pētniecības analīzes principus, izvirzot satura vienības, kategorijas un jēdzienus (30).

Novērošanas protokolā tika dokumentēts pacientu aprūpes procesā iesaistīto māsu veicamās darbības, kā arī aprūpes dokumentēšanu.

4.2. Pētījuma rezultāti un to analīze

Lai noskaidrotu respondentu darba pieredzi aprūpē ar pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas, tika uzdots pirmais jautājums. Māsu atbildes tika atspoguļotas tabulā. (skatīt 4.pielikums, 2.tabula) Māsu darba stāžs ir ļoti dažāds – sākot ar vienu gadu un beidzot ar māsu, kuras darba pieredze ir 20 gadi kardiokirurģijas nodaļā.

Lai iegūtu informāciju par veicamām aprūpes darbībām pirms operācijas, tika uzdots otrais jautājums (skatīt 5.pielikums, 1.tabula). Visi pētījuma respondenti atbildēja par nepieciešamiem pirms operācijas izmeklējumiem. Vairāki respondenti uzskaitīja nepieciešamos izmeklējumus, M-1; M-2; M-3; M-5: „...asins analīzes - pilna asins aina, bioķīmija, koagulogramma, asins grupa, rēzus faktors; Rtg, ārējā elpošana, EKG, urīna klīniskā analīze”, vēl M-2 pieminēja „...ārsts vēl var nozīmēt papildus izmeklējumus”. M-2; M-3; M-4; M-5; M-6 atbildēja vēl par pirmsoperācijas pacienta tiešo sagatavošanu – operācijas lauka sagatavošu, gremošanas trakta sagatavošu, dušu, premedikāciju. M-3 pieminēja pacienta izglītošanu par pēcoperācijas periodu. M-2 arī pieminēja par pacienta informēšanu un izglītošanu par: „...sāpes pēcoperācijas periodā, narkoze, anestēzija, pareiza elpošana, elpošanas un klepošanas vingrinājumi, grozīšana, kustību vingrinājumi un piecelšanās, brūces dzīšana/aprūpe, pēcoperācijas diskomforts, uzturs un šķidruma uzņemšanas nepieciešamība 1,5-2l, eliminācija – tiks ievadīts urīnkatetrs, drenāžas sistēma.”

Lai noskaidrotu pacientam veicamās aprūpes darbības agrīnajā pēcoperācijas periodā, tika uzdots trešais jautājums (skatīt 5.pielikums,2.tabula). Visi respondenti uzvēra, ka galvenais ir pacienta vispārējā stāvokļa novērtēšana - vitālo funkciju noteikšana, sāpju izvērtēšana, brūces stāvokļa izvērtēšana, medikamentozā terapija pēc ārsta ordinācijām, izgulējumu profilakse. M-6: „...agrīnajā pēcoperācijas periodā mēs izvērtējam pacienta vitālos rādītājus, izvērtējam sāpes, mēram ievadīto un izvadīto šķidrumu, izvērtējam brūces un drenu stāvokli, veicam izgulējumu profilaksi, pēc drenu evakuācijas sākas pacientu aktivizēšana, kurā piedalās viss medicīnas personāls. M-5: „...tiek kontrolēta ķermeņa temperatūra, apziņas stāvoklis.” Viens no respondentiem uzsvēra: „...un to visu māsa dokumentē pēcoperācijas lapā.” Vēl svarīgi agrīnajā pēcoperācijas periodā veicināt pacienta elpošanas funkcijas, M-4: „...pacientu apmāca veikt

diafragmālo elpošanu, lai veicinātu plaušu ventilāciju. Pacientu apmāca veikt atklepošanas tehniku, lai uzturētu bronhus tīrus, veicinot pareizu elpošanu.” M-1; M-5; M-6 pieminēja atkārtotu izmeklējumu veikšanu: *„...atkāroti veicam asins analīzes, Rtg krūškurvim, EKG, lai ārsts varētu izvērtēt pacienta veselības dinamiku.*” Visu respondentu atbildes sakrita ar teorijas datiem.

Izvērtējot novērojumu protokolu iegūtos datus agrīnajā pēcoperācijas periodā vitālo rādītāju kontrolei, māsas velta daudz laika. M-1; M-4 pacientus monitorēja pirmās 24 stundas pēc pacienta transportēšanas no kardioloģija IT. M-2; M-3 pacientu monitorēja līdz nākamās dienas rītam, jo pacienti bija stabili un viņiem, tika evakuētas drenas kardioloģija IT. Savukārt M-5; M-6 veica pacientu monitorēšanu vakara apgaitā, jo pacientu vitālie rādītāji bija stabila pirmajās pēcoperācijas dienās un pacientiem nebija sūdzības. M-1; M-2; M-3; M-4 veica vitālo rādītāju mērīšanu ik pēc 2 stundām, savukārt temperatūru visi respondenti mērijā no rīta $\sim 7^{00}$ un vakarā $\sim 19^{00}$. M-5; M-6 veica tikai temperatūras mērīšanu. M-1; M-4 veica drenu un diurēzes šķidruma kontroli ik pēc 2 stundām, savukārt M-2; M-3 veica tikai diurēzes kontroli ik pēc 2 stundām. M-5; M-6 dienas laikā pievērsa uzmanību pacienta uzņemtajam šķidruma daudzumam.

Izgulējumu profilaksei pēc novērojuma protokola iegūtiem datiem, var secināt, ka māsas veic pacientu izglītošanu, veicina pacienta higiēnu un aktivizēšanu. Ja pacients ir guļošs un viņam ir drenas, tad veic arī pacienta pozicionēšanu.

Brūces stāvokļa kontrolei respondenti izvērtē pārsēja vizuālo izskatu, veicot brūces pārsiešanu, izvērtē brūces stāvokli. Ja nav brūces problēmas, tad pārsējs tiek mainīts vienreiz 2-3 dienās. M-6 pēc novērojumiem, brūci pārsēja 3 reizes un tika paņemts brūces eksudāta uzsējums.

Uz intervijas ceturto jautājumu „Kā Jūs veicat pacienta izglītošanu perioperatīvajā periodā?” respondenti atbildēja, ka izglītošanu veic pirmsoperācijas periodā (skatīt 5.pielikums, 3.tabula). Vairākas māsas uzsvēra, ka pacientu izglītošana ir ļoti svarīga pacientu aprūpē, M-3: *„...izglītošana ir ļoti svarīgs posms.*” M-2 atbildēja: *„...pacienta izglītošanu veicu veidojot sarunu, diskusiju. Pacients tiek izglītoti par perioperatīvo periodu, ka arī sniegtas atbildes uz visiem neskaidriem jautājumiem.*” Izvērtējot respondentu atbildes, var secināt, ka māsas izglīto par šķidruma uzņemšanas nepieciešamību, diētu pirms operācijas periodā un pēcoperācijas periodā, gaidāmiem izmeklējumiem, tiešo sagatavošu operācijai, kā arī pēcoperācijas periodu. Par pēcoperācijas periodu māsas izglīto par pareizu pozicionēšanu, M-1: *„...paskaidroju pacientam par pareizu piecelšanos no gultas, izmantojot garo striķi, paskaidroju, ka nedrīkst balsīties uz elkoņiem, kā arī gulēt uz rokām, jotas var veicināt krūškurvja atvēršanos...”,* pareizu atklepošanos, krūškurvja vingrinājumiem, M-3: *„...ja pacients zinās, ka pareizi klepot, tas pasargās no brūču komplikācijām.”.* Visi respondenti minēja arī, ka nodaļā ir sagatavots

buklets, kurš tiek iedots pacientam pirmsoperācijas periodā, „...pacientam arī tiek iedots buklets, kur ir visa informācija un praktiskās rekomendācijas pacientiem pēc sirds operācijas.”

Lai noskaidrotu biežākās aprūpes problēmas pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas, tika uzdots piektais jautājums (skatīt 5.pielikums, 4.tabula). Visas respondentu atbildes sakrita ar literatūras datiem, „...biežākās aprūpes problēmas ir dažādi ritma traucējumi, elpas trūkums, sāpes, pacienta līdzestības trūkums, šķidruma deficīts, infekcijas risks, brūču problēmas, asiņošanas risks.” Vēl viens respondents minēja „...hipo/hipertensija, diskomforts, slikta dūša, pašaprūpes deficīts, bezmiegs...”. M-1 un M-2 minēja, ka jāseko INR rādītājam, jo pacientiem pēc vārstuļa protezēšana jālieto antikoagulanti – Orfarīns, „...nekontrolēta Orfarīna lietošana var provocēt slēpto asiņošanu...”, „...ja pacientam INR rādītājs ir paaugstināts, tad līdz ar to ir iespējami dažādi asiņošanas riski...-sirds tamponāde.”

Lai noskaidrotu, kādas pamatvajadzības pēc V.Hendersones teorijas pacients neapej nodrošināt pats agrīnajā pēcoperācijas periodā tika izstrādāts sestais jautājums, un lai māsas varētu atbildēt uz šo jautājumu, pirms intervijas māsām bija iedotas 14 cilvēka pamatvajadzības, ar kurām varēja savlaicīgi iepazīties. Māsas minēja sekojošas pamatvajadzības: 1.Elpot normāli, „...pacientam pēc operācijas var būt paātrināta elpošana, vai arī elpošanā piedalīties var palīg muskulatūra.”; 2.Ēst un dzert pietiekoši, „...pēcoperācijas periodā pacientam ir svarīgi uzņemt pietiekami daudz šķidruma un viegli sagremojamu barību.”; 3.Izvadīt ķermenim nevajadzīgās lietas, „...pacientam pēcoperācijas periodā var būt aizcietējums.” „...jānovērtē urīna daudzums”; 4.Kustēties un saglabāt ķermenim vēlamo pozu, kustību, „...pacients ir jāpozicionē, jāpalīdz ieņemt ērtu stāvokli.”; 7.Izvēlēties atbilstošu apģērbu; 8.Ievērot ķermeņa higiēnu; 9.Izvairīties no apkārtējās vides apstākļu draudiem un necensties ievainot citus, „...pats pacients pašā sākumā pēc operācijas nevar to nodrošināt, līdz ar to māsa palīdz.”

Uz jautājumu „Kā Jūs novēršat šīs aprūpes problēmas?”, galvenokārt respondenti atbildēja, ka jāseko vitālajiem rādītājiem, un ja rodas aprūpes problēmas, tad ir jāziņo ārstam, „...par tām tiek ziņots ārstam, un ārsts ordinē tālāko aprūpes gaitu, nozīmējot medikamentus, izmeklējumus, manipulācijas.” M-1 minēja, ka „...galvenais ir komunicēt ar pacientu un ārstu.”, lai savlaicīgi novērstu radušās vai iespējamās aprūpes problēmas un komplikācijas.

Lai noskaidrotu, cik aktīvi pacienti iesaistās aprūpes procesā, autore lūdza novērtēt 1-10 ballu sistēmā. Iegūtie dati tika atspoguļoti diagrammā (skatīt 6.pielikums). Respondenti minēja, ka visi pacienti ir dažādi un visus vienādi nevar novērtēt. Tāpēc māsas izvērtēja vidēji, „...viens pacients var iesaistīties uz 10, savukārt otrs 2-4.” M-6 minēja, ka pacientu iesaistīšanas aprūpes procesā ir atkarīgs „...cik pacients ir izglītots par pēcoperācijas periodu, no viņa vecuma grupas, līdzestības, vēlēšanās piedalīties savā aprūpē.” M-2 atbildēja, „...māsai ir jābūt tai, kurai ir

jāpanāk pacienta iesaistīšanās aprūpes procesā, nepieciešamības gadījumā, pieaicinot radniekus.” Savukārt M-3 minēja, ka biežāka saskarsme ir ar vecākiem pacientiem ar blakussaslimšanām, „...*un tas nozīmē, ka ar šādiem pacientiem ir jāstrādā rūpīgāk, un pievienot nedaudz vairāk prasmes un laika, lai pacients iesaistās pašaprūpes procesā.*”

Apkopojot datus par pacienta pašaprūpes spējām, iegūtos datus var saistīt ar astoto intervijas jautājumu. Pacients pēc māsas izglītošanas sāk veikt pašaprūpi 2-4 dienā pēc drenu evakuācijas. Tas ir atkarīgs no pacienta vecuma, vēlēšanās un līdzestības. Visi respondenti izvērtē pacienta pašaprūpes spējas pēc kritērijiem – vai pacients spēj veikt pašaprūpi patstāvīgi, ar daļēju palīdzību vai pilnu palīdzību.

Lai noskaidrotu, kādas ir biežākās pacientu līdzestības kļūdas aprūpes procesā, tika uzdots devītais jautājums (skatīt 5.pielikums, 5.tabula). Izvērtējot respondentu atbildes uz šo jautājumu, var secināt, ka biežākās pacientu līdzestības kļūdas ir komunikācijas trūkums, nezināšana, bailes, trauksme. Lielākā daļa respondenti minēja konkrētus piemērus, kuros parādās pacientu līdzestības kļūdas: „...*nevēlēšanās uzņemt ūdeni, medikamentus*”, „...*pacients jūt ritma traucējums vai sāpes, bet neziņo mā sai.*”, „...*klepojot netur krūšu kurvi, kas ir ļoti aktuāli.*” Šajos gadījumos viss ir atkarīgs no māsu profesionalitātes un pieredzes, lai pacients neatkārtoto vairāk savas kļūdas, M-2: „...*māsa ir tā, kura ar visiem spēkiem cenšas panākt pacienta iesaistīšanos aprūpes procesā.*”

Uz desmito intervijas jautājumu „*Kāda ir pacientu aprūpes dokumentēšana pēc vārstuļa protezēšanas?*”, respondenti uzskaitīja visas aprūpes dokumentācijas lapas, kuras aizpilda ikdienā – pēcoperācijas novērošanas lapa, M-1: „...*dokumentējam, kad monitorējam pacientu pirmās 24 stundas pēc kardioreanimācijas – spiediens, pulss, drenu eksudāts, mēram diennakts diurēzi*”; brūču aprūpes lapa, M-2: „...*brūce tiek regulāri pārsieta, un brūces stāvoklis tiek dokumentēts.*”; vispārējās aprūpes dokumentācijas lapa; pacienta novērtēšanas protokols; vispārēja aprūpes dokumentācijas lapa, M-3: „...*izvērtējam pacienta fizisko stāvokli un pašaprūpes līmeni.*”; enterālo/parenterālo zāļu lapa M-2: „...*ārsta nozīmētās ordinācijas.*”, M-3: „...*protams ir ordinācijas lapa, kur ārsts atzīmē nepieciešamos medikamentus.*” Dažas māsas vēl minēja akūto sāpju novērtēšanas lapu. Šī aprūpes dokumentācijas lapa ir parādījusies salīdzinoši nesen, tāpēc visi respondenti nav pieminējuši savā atbildē. Viens no respondentiem uzsvēra „...*mā sai ir jāparakstās par visām savām darbībām.*”

Uz intervijas jautājumu „*vai dokumentācijas atvieglo aprūpes procesu?*” (skatīt 5.pielikums, 6.tabula) un, lai noskaidrotu, kāds ir ieguvums aprūpes procesā, veicot pacientu aprūpes dokumentāciju tikai uzdots vienpadsmitais jautājums (skatīt 5.pielikums, 7.tabula). Visi respondenti atbildēja, ka aprūpes dokumentācija atvieglo aprūpes procesu, „...*tas atvieglo*

dinamikas izvērtēšanu.” Vairāki respondenti minēja, ka aprūpes dokumentācija uzlabo aprūpes kvalitāti, „...sekojot līdzi aprūpes dokumentācijai, mēs varam risināt problēmas, kas ir radušās aprūpes laikā.” M-3 uzvēra, ka „...aprūpes dokumentācijai ir juridisks spēks...” Ar aprūpes dokumentācijas palīdzību „...māsa var novērtēt esošas un potenciālās aprūpes problēmas par katru noteikto pacientu.”

Izvērtējot iegūtos datus no novērojuma protokola par vitālo rādītāju kontroli, tad var secināt, ka visi respondenti vitālos rādītājus dokumentē pēcooperācijas novērošanas lapā ik pēc 2 stundām, nepieciešamības gadījumā biežāk. Ja pacients ir stabils un netiek monitorizēts, tad vitālie rādītāji tiek dokumentēti vienreiz dienā, pēc vitālo rādītāju kontroles, visbiežāk tas notiek vakarā. Temperatūras dokumentēšanu respondenti veica aptuveni pēc 30minūtēm vai 1 stundas, pēc temperatūras mērīšanas, jo paralēli tika veiktas citas darbības.

Visi respondenti aizpildīja vispārējās aprūpes lapu, izvērtējot pacienta pašaprūpes spējas. Kā arī visi respondenti aizpildīja pacientu izgulējumu risku novērtēšanas lapu, izvērtējot izgulējuma riska pakāpi. Šīs aprūpes dokumentācijas lapas māsas aizpildīja dažādos laikos, jo tas bija atkarīgs no māsas dienas noslogojuma.

Brūču aprūpes lapas dokumentācijā respondenti atzīmēja brūces lokalizācijas vietu un veidu, stāvokli, eksudāta daudzumu, veiktās manipulācijas, skalošanas līdzekli, izmantoto pārsēju. Visi respondenti veica dokumentāciju uzreiz pēc brūces pārsēja maiņas.

SECINĀJUMI

Bakalaura darba mērķis - analizēt pacientu aprūpi un tās dokumentēšanu pēc sirds vārstuļa protezēšanas. Veicot kvalitatīvu pētījumu, autore ieguva atbildes uz pētījuma jautājumiem: „Kāda ir pacientu aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas agrīnajā pēcoperācijas periodā? Kāda ir pacientu aprūpes dokumentēšana pēc sirds vārstuļa protezēšanas?”, kā arī izdarīja secinājumus:

1. Izglītošana ir svarīgs aprūpes process. Pacients tiek izglītoti visā perioperatīvajā periodā. Pacientu izglīto par sagatavošanu operācijai, nepieciešamiem izmeklējumiem, agrīno un vēlīno pēcoperācijas perioda gaitu un atlabšanas procesu.
2. Agrīnajā pēcoperācijas periodā svarīgi novērtēt pacienta vispārējo stāvokli, vitālos rādītājus, brūces stāvokli, realizēt profilaktiskos pasākumus, nodrošināt medikamentozu terapiju.
3. Biežākās aprūpes problēmas pacientiem pēc vārstuļa protezēšanas ir sāpes, ritma traucējumi, elpas trūkums, hiper/hipotensija līdzestības trūkums, pašaprūpes deficīts, nespēks. Šīs aprūpes problēmas tiek novērstas, iesaistot medicīnas darbiniekus – ārstus, māsas, māsas palīgs, sanitārs.
4. Svarīgi veicināt pacienta pamatvajadzību nodrošinājumu, lai pacients kļūst pēc iespējas ātrāk neatkarīgs.
5. Pacienta biežākās līdzestības kļūdas aprūpes procesā ir komunikācijas trūkums, nezināšana, bailes.
6. Aprūpes dokumentācija atvieglo aprūpes procesu un uzlabo pacientu aprūpes kvalitāti.
7. Pēc sirds vārstuļa protezēšanas tiek aizpildīta pēcoperācijas novērošanas lapa, brūču lapa, vispārējās aprūpes dokumentācijas lapa, pacientu izgulējumu risku novērtēšanas lapa, novērtēšanas protokols, enterālo/parenterālo zāļu lapa, kā arī akūto sāpju novērtējuma lapa.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. **Intervija ar Stradiņu P.** (2017) Кардиохирургия в режиме 24/7, “Сердце и здоровье” (Осень)
2. Sirds un asinsvadu veselības uzlabošanas rīcības plāns 2013.-2015.gadam, [tiešsaiste] – [skatīts 5.12.2017] Pieejams: http://www.vm.gov.lv/images/userfiles/sirds_plans_07_2013.pdf
3. [tiešsaiste] – [28.11.2017] Pieejams: <http://sirdsunveselib.lv/lv/sirds-kirurgija-247-rezima-intervija-ar-peteri-stradinu/>
4. **Stradiņš P., Brečs I.** (2015) Sirds vārstuļu protezēšana – vēsture, mūsdienīgas protēzes, pēcooperācijas periods, “Latvijas ārsts” (Dec.)
5. **Алешкина М., Гуськова Н., Иванова О., Науменко С., Спринц А.** (2009) Основы сестринского дела, «СпецЛит», 463.lpp.
6. **Priede Kalniņa Z.**, Māsas Prakse, Pamatota Teorijā, USA: Milwaukee, Wisconsin. 1998, 210.lpp
7. Medicīnas māsu aprūpes nodrošināšanas aktuālo problēmu apzināšana un izpēte.(2000) Rīga: LU Filoloģijas un socioloģijas institūts, 111.lpp
8. Сестринская модель Вирджинии Хендерсон [tiešsaiste] – [skatīts 02.11.2017] Pieejams:http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/distance/classes_stud/Русский/1%20курс/Медсестринские%20теории%20и%20процесс/03.%20Сестринская%20модель%20Вирджинии%20Хендерсон...htm
9. **Gonzalo A., Virginia Henderson**, The Principles and Practice of Nursing [tiešsaiste] – [skatīts 01.11.2017.] Pieejams: <http://nursingtheories.weebly.com/virginia-28iešsaist.html>
10. Сестринское дело 2010-2017, Модель Хендерсон.[tiešsaiste] – [skatīts – 01.11.2017.] Pieejams: <http://sestrinskoe-delo.ru/modeli-sestrinskogo-uchoda/model-chenderson>
11. **Prof. Ērgļa A. redakcijā** (2016) Sirds grāmata, Jumava, 140.lpp.
12. **Stradiņš P.** (2016) Ķirurgi sirdij dod otro elpu, „Kardioķirurgs tuvplānā”(Nr.8)
13. **Prof. Gradovska J. Redakcija** (2013) Ķirurgija, Rīga: RSU, 1013.lpp.
14. Medicīniskās aprūpes rokasgrāmata: tulkojums no angļu valodas. (2001) Rīga: Jumava, 316.–318.lpp.
15. Klīniska medicīna. (2010) Rīgas apgāds, 307.lpp.
16. **Monahan, Sands, Neighbors, Marek, Green.** (2006) Phipps Medical – Surgical Nursing Health and Illness Perspectives. Mosby, 739.lpp.

17. **Ārente L., Brūns V., Dārzniece I., Dupure I., Gine I., Jakovicka D., Kapickis M., Koha A., Savicka I., Seimane S., Strode I., Trušele Z., Valošina O., Vītiņa S.** (2009). Ķirurģiskās aprūpes māsas pamatspecialitāte. Rīga: „Nacionālais apgāds”
18. ESC/EACTS Guidelines on the management of valvular heart disease (2012) „*European Heart Journal*”(33) 2481.-2482.lpp
19. **Громова Ю. М.**(2011) Наблюдение и уход за больными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Минск БГМУ, 4.lpp.
20. Ministru kabineta noteikumi Nr.265., 2006. gada 4. aprīlis [tiešsaite] – [skatīts 5.05.2018]
Pieejams: <https://likumi.lv/doc.php?id=132359>
21. **Šiliņa M., Dupure I.** (2009) Pacientu izglītošana – māsas kompetence. Rīga: „Nacionālais apgāds”, 43.lpp.
22. **Razgale S.** (2014) Medicīniskā dokumentācija, Vērtīgi padomi, kā nekļūdīties *Doctus Nr. 7*
23. Ieteikumi ārstniecības iestādēm medicīnisko ierakstu un informācijas kvalitātes nodrošināšanai:[tiešsaite]–[20.05.2018]
https://spkc.gov.lv/upload/Pacientu_drosiba/Standarti/ieteikumi_rstniecibas_iestdm_medicinis_ko_ierakstu_un_informcijas_kvalittes_nodroinanai.pdf
24. **Ēnforsa M., Ērenberga A.** (2009) VIPS modelis pacientu aprūpes dokumentēšanā. Jumava, 81.lpp.
25. **Šiliņa M., Dāboliņa D.** (1998) Ievads aprūpē. R.: LPASKCI, 42.lpp.
26. Informācija un praktiskās rekomendācijas pacientiem. PSKUS. (2016). *Pacients pēc sirds operācijas.*
27. **Granuma V.** (1998) Pacienta izglītošana: mācību līdzeklis, Rīga: Medicīnas profesionālās izglītības centrs, 100.lpp.
28. **Stradiņš P., Kalējs M., Brečs I.** (2013) Aortas vārstuļa stenoze – diagnoze un ārstēšana. *Latvijas ārsts*
29. **Kroplijs A., Račevska M.** (2004) Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs; Raka, 0; 178lpp.
30. **Enģele I.** (2011) Pētniecības terminu skaidrojošā vārdnīca. Raka

PIELIKUMI

INTERVIJAS JAUTĀJUMI

Labdien! Esmu Latvijas Universitātes profesionālās augstākās izglītības bakalaura studiju programmas “Māszinības” studente, Kristīna Krilova. Aicinu Jūs piedalīties intervijā! Bakalaura darba ietvaros “Pacientu aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas” veicu pētījumu ar mērķi analizēt pacientu aprūpi un tās dokumentēšana pēc sirds vārstuļa protezēšanas. Jūsu sniegtā informācija būs konfidenciāla un intervijas iegūtie dati anonīmi.

1. Cik ilga ir Jūsu darba pieredze aprūpē ar pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas?
2. Kādas aprūpes darbības Jūs veicat pacientam pirms operācijas?
3. Kādas aprūpes darbības Jūs veicat pacientam agrīnajā pēcoperācijas periodā?
4. Kā Jūs veicat pacienta izglītošanu perioperatīvajā periodā?
5. Kādas ir biežākās aprūpes problēmas pacientiem pēc sirds vārstuļa protezēšanas?
6. Kādas pamatvajadzības pēc V.Hendersones teorijas pacients nespēj nodrošināt pats agrīnajā pēcoperācijas periodā?
7. Kā Jūs novēršat šīs aprūpes problēmas?
8. Cik aktīvi pacienti iesaistās aprūpes procesā? (Novērtējiet 1-10 ballu sistēmā)
9. Kādas ir biežākās pacientu līdzestības kļūdas aprūpes procesā?
10. Kāda ir pacientu aprūpes dokumentēšana pēc vārstuļa protezēšanas?
11. Vai dokumentācija atvieglo aprūpes procesu? Kāds ir ieguvums aprūpes procesā, veicot pacientu aprūpes dokumentāciju?

Paldies par atsaucību!

NOVĒROJUMA PROTOKOLS

N. p. k. ____ Dat. ____ Pacienta operācijas datums: _____

Pacienta ierašanās nodaļā pēc operācijas: _____ (kura diena)

Piezīmes: _____ (piem. komplikācijas)

Vitālo rādītāju kontrole	Novērojums	Darbība	Laiks
<p>1.Monitorēšana</p> <p>2. Tiek veikta pacienta vitālo rādītāju mērīšana un dokumentēšana (TA; T; P).</p> <p>3.Tiek veikta drenu un diurēzes šķidruma kontrole.</p>			
Pacienta pašaprūpes spējas	Novērojums	Darbība	Laiks
<p>1.Cik ilgā laika periodā pacients pēc māsas izglītošanas spēj veikt pašaprūpi?</p> <p>2. Pēc kādiem kritērijiem māsa izvērtē pacienta pašaprūpes spējas?</p> <p>3. Vispārējās aprūpes lapas dokumentācija.</p>			
Izgulējumu profilakse	Novērojums	Darbība	Laiks
<p>1.Kādi pasākumi tiek veikti izgulējumu profilaksē?</p> <p>2. Pacientu izgulējumu risku novērtēšanas lapas dokumentācija.</p>			
Brūces stāvokļa kontrole	Novērojums	Darbība	Laiks
<p>1.Cik bieži tiek veikta operācijas brūces kontrole?</p> <p>2.Brūču aprūpes lapas dokumentēšana.</p>			

REKOMENDĀCIJAS:

1.tabula

Izvēle par labu mehāniskai protēzei	Izvēle par labu bioloģiskai protēzei
Mehānisku protēzi rekomendē, respektējot informēta pacienta izvēli, ja nav kontraindikāciju ilgtermiņa antikoagulācijai.	Bioprotēzi rekomendē, ja informēts patients ir to izvēlējis.
Rekomendē pacientiem ar paātrinātu vārstuļa struktūras izmaiņu risku.	Rekomendē, ja labas kvalitātes antikoagulantu terapija ir apšaubāma (līdzestības grūtības) vai ir kontraindikācijas augsta asiņošanas riska dēļ (spēcīga iepriekšēja asiņošana, blakusslimības, nevēlēšanās, līdzestības grūtības, dzīvesveids, nodarbošanās).
Rekomendē pacientiem, kuriem tiek piemērota antikoagulantu terapija pēc cita vārstuļa mehāniskas protēzes operācijas.	Bioprotēzi rekomendē, ja veikta atkārtota mehāniskā vārstuļa trombozes operācija, neskatoties uz labu ilgtermiņa antikoagulantu kontroli.
Mehāniska protēze jāpiemēro pacientiem pēc 60 gadu vecuma aortas vārstuļa protezēšanas gadījumā.	Jāpiemēro pacientiem, kam ir neliels atkārtotas vārstuļu operācijas risks.
Jāpiemēro pacientiem ar paredzamu garāku dzīvildzi, kuriem atkārtota vārstuļu operāciju nākotnē, varētu būt saistīta ar augstu risku.	Bioprotēze jāpiemēro jaunām sievietēm, kam varētu būt iespējama grūtniecība.
Var piemērot pacientiem, kuri jau ilgstoši saņem antikoagulantu terapiju augsta trombembolisma riska dēļ.	Jāpiemēro pacientiem pēc 60 gadu vecuma aortas vārstuļa protezēšanas gadījumā vai tādiem, kam paredzamā dzīvildze būtu īsāka par paredzēto bioprotēzes lietošanas ilgumu.

DARBA PIEREDZE:*2.tabula*

Respondents	Gadi
M-1	1,5
M-2	2
M-3	1
M-4	20
M-5	3
M-6	10

KONTENTANALĪZE

1.tabula

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par aprūpes darbībām pacientiem pirms operācijas.

Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
M-1: „Māsa veic izmeklējumus” M-2: „Pacienta sagatavošana operācijai, izmeklējumu veikšana, izglītošana M-3: „Izglītoju par pirmsoperācijas sagatavošanu, pēcoperācijas periodu, analīžu noņemšana ” M-4: „Mazināt pacienta uztraukumu, veikt izmeklējumus, sagatavošana operācijai, premedikācija” M-5: „Veicu pirmsoperācijas izmeklējumus, izglītoju pacientu par pēcoperācijas periodu, pacienta sagatavošana operācijai” M-6: „Izglītoju pacientu, veicu pirmsoperācijas izmeklējumus, pacienta sagatavošana operācijai, premedikācija ”	Aprūpes darbības Izglītošana	Aprūpe

2.tabula

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par aprūpes darbībām agrīnajā pēcoperācijas periodā.

Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
M-1: „Vitālo rādītāju noteikšana, sāpju izvērtēšana, attiecīgā medikamenta ievade, sekojam drenām un diurēzei, to visu dokumentē” M-2: „Pacienta vispārējā stāvokļa novērtēšana, brūces novērtēšana, izgulējumu profilakse, medikamentozā terapija”	Pacienta izvērtēšana Vitālo rādītāju kontrole Sāpju izvērtēšana	Aprūpe

M-3: „Tiek novēroti vitālie rādītāji, remdētas sāpes, sekot līdzī drenu tvertnei, jāseko brūču pārsējam, mērīt diurēzi”	Medikamentu ievade	
M-4: „Sekot vitālo funkciju rādītājiem, tiek mērīta temperatūra, sekots drenu stāvoklim, brūču pārsējam, izvadītā šķidruma uzskaitē, pacientu pamāca veikt diafragmālo elpošanu, atklepošanas tehniku”	Brūces izvērtēšana Diurēzes kontrole Elpošanas funkcijas	
M-5: „Tiek monitorizētas – vitālās funkcijas, tiek izvērtētas sāpes, kontrolēta diurēze, ķermeņa temperatūra, apziņas stāvoklis”	Izgulējumu profilakse	
M-6: „Izvērtējam vitālos rādītājus, sāpes, mēram ievadīto un izvadīto šķidrumu, izvērtējam brūces un drenu stāvokli, veicam izgulējuma profilaksi”		

3.tabula

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par pacientu izglītošanu perioperatīvajā periodā.

Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
M-1: „Izglītoju par šķidruma uzņemšanu, ēšanu, pozicionēšanu, izsniedzam izglītojošu bukletu”	Saskarsme ar pacientu	
M-2: „Veicu veidojot sarunu/diskusiju, izglītots par perioperatīvu periodu, kā arī sniegtas atbildes uz jautājumiem, tiek iedots buklets”	Atbildes uz jautājumiem Izglītojoša materiāla izdāle	Aprūpes process Izglītošana Komunikācija
M-3: „Izglītošana ir ļoti svarīgs posms, izglītoju par pirmsoperācijas un pēcoperācijas gaitu, izglītoju par pareizu medikamentu lietošanu”	Diskusija	Perioperatīvais posms
M-4: „Izstāstu par pirmoperācijas sagatavošanu, iepazīstinu pacientu un viņa	Pirmsoperācijas periods	

<p>tuviniekus par pēcoperācijas periodu, iepazīstinu ar ieteicamo dzīvesveidu, informēju par diētas ievērošanu”</p> <p>M-5: „Pirmoperācijas periodā izglītoja gan par pirmoperācijas, gan pēcoperācijas periodu, veidojot sarunu”</p> <p>M-6: „Izglītoju par šķidruma uzņemšanu, ēšanu, gremošanas trakta sagatavošanu, pozicionēšanu, iepazīstinu pacientu ar bukletu”</p>	<p>Pēcoperācijas periods</p>	
---	------------------------------	--

4.tabula

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par biežākām aprūpes problēmām pēc sirds vārstuļa protezēšanas.

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
<p>M-1: „Ritma traucējumi, asiņošanas riski, sāpes, pacienta līdzestības trūkums, infekcijas risks”</p> <p>M-2: „Sāpes, klepus, elpas trūkums, ritma traucējumi, hiper/hipotensija, pašaprūpes deficīts, līdzestības trūkums, samazināta diurēze”</p> <p>M-3: „Mirdzaritmija, asiņošanas risks, infekcijas risks”</p> <p>M-4: „Aritmija, asiņošanas risks, infekcijas risks, slikta duša, elpas trūkums, sāpes, pašaprūpes deficīts”</p> <p>M-5: „Dažādi ritma traucējumi, sāpes, pacienta līdzestība, brūču problēmas, asiņošanas risks”</p> <p>M-6: „Ritma traucējumi, sāpes, infekcijas risks, asiņošanas risks, pacienta līdzestība, pašaprūpes deficīts”</p>	<p>Komplikācijas</p> <p>Pašaprūpes deficīts</p> <p>Komunikācijas trūkums</p>	<p>Aprūpes problēmas</p> <p>Saskarsme</p>

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par biežākām pacientu līdzestības kļūdām aprūpes procesā.

Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
M-1: „Komunikācijas trūkums, noklusē par savu pašsajūtu”	Komunikācijas trūkums Sadarbība	Saskarsme
M-2: „Neievēro pareizu celšanos nogultas, neuzņem šķidrumu, nepareizi klepo”		
M-3: „Pacients ignorē mūsu prasības”		Līdzestība
M-4: „Komunikāciju trūkums, nezināšana, bailes”		Kļūdas
M-5: „Komunikācijas trūkums, nevēlēšanās sadarboties, māsai jāmudina pacients piedalīties aprūpes procesā”		
M-6: „Pacients noklusē”		

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par dokumentācijas atvieglošanu aprūpes procesā.

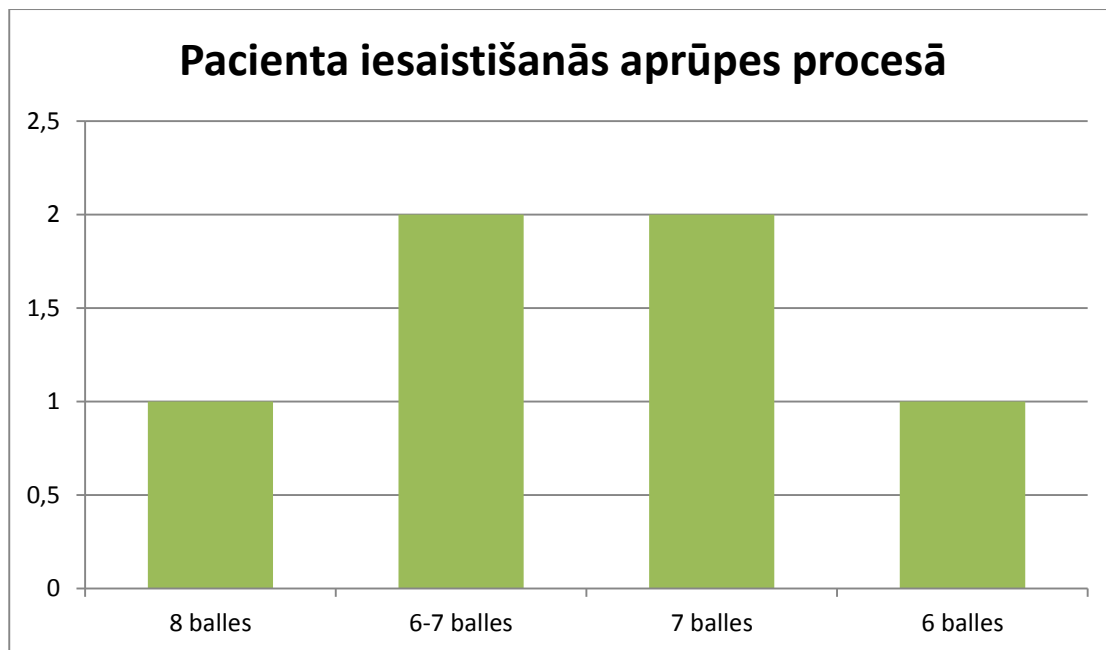
Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
M-1: „Atvieglo dinamikas izvērtēšanā”	Dokumentācija Izvērtēšana	Aprūpe
M-2: „Aprūpes dokumentācija atvieglo”		
M-3: „Protams, dokumentācija krietni palīdz un atvieglo visu aprūpes procesu”		
M-4: „Atvieglo”		
M-5: „Ar aprūpes dokumentāciju izvērtējam pacienta aprūpes dinamiku”		
M-6: „Jā, protams”		

Satura vienības, kategorija un jēdziens intervijās ar māsām par ieguvumiem aprūpes procesā, veicot aprūpes dokumentāciju.

Satura vienība	Kategorija	Jēdziens
M-1: „Uzlabota pacientu aprūpes kvalitāte” M-3: „Atvieglo pacientu aprūpes plāna sastādīšanā” M-4: „Sekojot aprūpes dokumentācijai, var savlaicīgi noteikt aprūpes problēmas.” M-5: „Ieguvums pacientu aprūpes kvalitāte” M-6: „Var risināt problēmas, kas radušās aprūpes laikā”	Dokumentācijas veikšana Ieguvums Kvalitāte	Aprūpe

RESPONDENTU NOVĒRTĒJUMS 1-10 BALLU SISTĒMĀ

1.diagramma



DOKUMENTĀRĀ LAPA

Bakalaura darbs „Pacientu aprūpe pēc sirds vārstuļa protezēšanas” izstrādāts LU Medicīnas fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Autors: _____
(vārds, uzvārds) (paraksts)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītājs: _____
(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Recenzents: _____
(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts) (datums)

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē _____
(datums)

Lietvede Anita Jankovska _____
(paraksts)

Bakalaura darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījumu komisijas sēdē _____ 2018.,
prot. Nr. _____.

Komisijas sekretāre: _____
(amats, vārds, uzvārds, grāds) (paraksts)