

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE
PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS BAKALaura
STUDIJU PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

PACIENTU AR TRAHEOSTOMU APRŪPE STACIONĀRĀ

BAKALaura DARBS

Autors: **Ināra Valaine**

Studenta apliecības Nr.: iv12099

Darba vadītājs: Mg.sc.sal Inese Budzila

RĪGA

2017

1

ANOTĀCIJA

Bakalaura darba tēma – Pacientu ar traheostomu aprūpe stacionārā. Tēmas aktualitāti nosaka pieaugošais pacientu skaits, kuriem tiek veiktas traheotomijas, un dažādie šādu pacientu aprūpes principi stacionārā, jo iztrūkst vienots aprūpes standarts šādu pacientu aprūpes principu ievērošanai. Pētījuma darba mērķis ir izpētīt aprūpi stacionārā pacientiem, kuriem ir ievietota traheostoma. Mērķa sasniegšanai ir izvirzīti uzdevumi izpētīt literatūru par traheostomām un pacientu aprūpes principiem pacientiem ar traheostomu. Analizēt V. Hendersones pamatvajadzību teorijas izmantošanu pētniecības darbā. Darbā tika izvirzīts pētniecības jautājums: Kāda ir aprūpe pacientiem ar traheostomu stacionārā? Pētījumā tika izmantota kvalitatīvā pētniecības metode, pielietojot divus pētniecības instrumentus: daļēji strukturēta intervija un strukturēts novērošanas protokols.

Pētījuma iegūtie rezultāti pierāda, ka lielākā daļa māsu veic visas vajadzīgās manipulācijas - sekrēta atsūkšanu un traheostomas aprūpi pēc vajadzības, izmantojot slimnīcā izstrādātas vadlīnijas.

Atslēgas vārdi: traheostoma, pacientu aprūpe, traheostomas kanīle, intervija, novērošana.

ANNOTATION

Bachelor thesis - Patients with tracheostome care hospital. Topicality down the increasing number of patients who undergo Tracheostomy and the various principles of patient care in hospital, because missing a single standard of care for the patient care principles. The research work is to investigate hospital care for patients who are into tracheostome. Goal, tasks to explore the literature on tracheostome and nursing principles in patients with tracheostome. V. Henderson analyze the basic theory of the use of research. Work out in the research question: What is the care for patients with tracheostome hospital? The study used a qualitative research method using two research tools: semi-structured interview and structured observation protocol.

The study results demonstrate that the biggest part of nurses do all of necessary manipulations – secretion suction and as needed tracheostome care, using the guidance of hospital.

Keywords: tracheostome, patient care, tracheostome cannula, interview, observation protocol.

SATURS

Ievads.....	5
1. V. Hendersones cilvēka pamatvajadzību māsziņbu teorija.....	7
2. Cilvēka elpošanas orgānu sistēma.....	11
3. Traheostomija.....	12
4. Traheostomas uzlikšana.....	15
5. Traheostomas aprūpe.....	17
6. Sarežģījumi saistībā ar traheostomiju.....	20
7. Aprūpes vispārējie principi.....	24
8. Praktiskā daļa.....	25
8.1. Pētījuma metodoloģija.....	25
8.2. Pētījuma rezultātu analīze.....	27
8.3. Novērošanas rezultāti un to analīze.....	31
Secinājumi.....	34
Izmantotā literatūra un avoti.....	35
Pielikumi.....	38
1. pielikums. Intervija.....	39
2. pielikums. Novērojuma protokols.....	40
3. pielikums. Iesniegums.....	42
4. pielikums. Kontentanalīze.....	43

IEVADS

Veselības aprūpe šodien – specifiska nozare, kuru ietekmē ekonomiskās, sociālās un politiskās pārmaiņas valstī. Veselības aprūpes galvenie uzdevumi – pieejamības, kvalitātes un primārās medicīniskās palīdzības efektivitātes paaugstināšana iedzīvotāju vajadzību apmierināšanai. Pārmaiņas, kas notiek veselības aprūpē, prasa pastāvīgas izmaiņas māsu darbā, kas ir nozares svarīgākā sastāvdaļa, kurā ir nozīmīgi cilvēkresursi un potenciālo veselības aprūpes vajadzību apmierināšana iedzīvotājiem. Šodienas dinamiskā pasaulē, augsto medicīnas tehnoloģiju gadsimtā māsas ir milzīgs spēks, kas ietekmē veselības aprūpi sabiedrībā. Pacienti nepieciešamas laipnas un prasmīgas rokas, līdzjūtība, siltums (1).

„Māsu darbs – pacienta apkārtējas vides izmantošanas darbība viņa atveseļošanas veicināšanā, bet māsu darba mērķis – vislabāko apstākļu radīšana paša pacienta spēka aktivizēšanai”.(F. Naitingēla, 1859). Tāpēc māsu darbs nav vienkārši zinātne, bet saskarsmes māksla, mēģinājums harmonizēt pacienta dzīvi. Galvenais nosacījums kopīgo mērķu sasniegšanā sarežģītā medicīnas darbībā - māsai ir nepieciešama profesionāla sagatavotība un atbilstoša profesionālā kompetence (2).

Māsas līdzdalība pacientu ārstēšanā ne mazāk svarīga, kā ārsta līdzdalība. Pacienta izveseļošanās rezultāts atkarīgs no viņa sagatavošanas operācijai, ārsta ordināciju izpildīšanas un pacienta aprūpes un rehabilitācijas pēcoperācijas periodā. Var veikt veiksmīgu operāciju, bet nenodrošinot atbilstošu aprūpi, var rasties sarežģījumi.

Tajā pašā laikā, intensīvās terapijas nodaļas gultu lielais noslogojums un prasība efektīvi izmantot intensīvās terapijas resursus, nosaka, ka pacienti, ja to vispārējais veselības stāvoklis atļauj, pēc iespējas īsākā laika periodā tiek pārvesti uz vispārējās aprūpes profila nodaļām. Pastāv risks, ka vispārējā profila nodaļās personāls nevar atpazīt dzīvībai bīstamus stāvokļus, saistītus ar pacientu aprūpi, kuriem ir veikta traheotomija. Aprūpes nodrošināšanai ir noteikta aprūpes dokumentācija un mijiedarbība - kopā ar skaidru atbildību un iestatītā personāla apmācību (3).

Autore darbā apskata pieaugušo pacientu ar pagaidu traheostomu aprūpi. Šī pacientu grupa intensīvās terapijas nodaļā procentuāli ir vislielākā, un aprūpes standartiem jābūt piemērotiem arī pacientiem citās situācijās.

Mūsdienu māsa vairs nav vienkārši ārsta asistents, kas mehāniski izpilda viņa norādījumus. Augsti kvalificētai, praktizējošai māsai jābūt pietiekošām zināšanām un iemaņām, lai plānotu, veiktu un novērtētu aprūpi, kas atbilst katra pacienta vajadzībām.

F. Naitingeila pirmā atzīmēja, ka pēc būtības māsu darbs atšķiras no ārstu darbības un prasa specifiskas ētiskas zināšanas. 1961. gadā Starptautiskā māsu padomē tika uzrādīta māsu pamatfunkcija – „palīdzības sniegšana indivīdam, slimam vai veselam, izpildot visus darbības veidus, kas ir, saistīti ar veselības stiprināšanu, vai to atjaunošanu, kādas indivīds pats pieņemtu, ja viņam būtu nepieciešamais spēks, zināšanas un griba. Un tas darās tā, lai palīdzētu viņam kļūt patstāvīgam pēc iespējas ātrāk” (4).

Sakarā ar to, ka medicīnas nozare strauji attīstās un tiek atrasti jauni ārstēšanas veidi dažādām saslimšanām, māsu profesijā svarīgi sekot jaunām aprūpes tendencēm.

Pēc literatūras datiem pareizai traheostomas aprūpei ir būtiska nozīme pacienta stabila stāvokļa uzturēšanā. Strādājot slimnīcā, māsa regulāri veic aprūpi pacientiem ar traheostomām. Savlaicīga un pareiza traheostomas aprūpe veicina pacientu ātrāku atveseļošanās procesu, mazina diskomfortu un pašaprūpes deficītu (5).

Darba mērķis: Izpētīt aprūpi pacientiem ar traheostomu stacionāra posmā.

Darba uzdevumi:

1. Analizēt un apkopot literatūru par pagaidu traheostomu, tās aprūpes principiem;
2. Analizēt V. Hendersones māszinību teoriju saistībā ar pacienta aprūpi stacionārā;
3. Izstrādāt pētījuma instrumentus – intervija un novērojuma protokolu;
4. Veikt pētījumu, apkopot un analizēt pētījumā iegūtos rezultātus;
5. Izstrādāt secinājumus.

Pētniecības jautājums: Kāda ir aprūpe pacientiem ar traheostomu stacionārā?

Pētniecības metode: Kvalitatīvā - intervija un novērojums.

Pētījuma instruments: Klīnisks strukturēts empīrisks novērojums pēc izstrādāta plāna un daļēji strukturēta intervija.

Pētījuma bāze: X slimnīca, intensīvās terapijas nodaļa.

Pētījuma dalībnieki: intensīvās terapijas nodaļas māsas

Datu analīze: Darbā tika izmantota kvalitatīva datu analīze, aprakstoša metode.

1. V. HENDERSONES CILVĒKA PAMATVAJADZĪBU MĀSZINĪBU TEORIJA

Māszinību maģistre Virdžīnija Hendersone (Amerikas Savienotās Valstis) vēl pagājušā gadsimta vidū izveidoja uz pamatvajadzībām orientētu māsu teoriju. Tās pamatā izmantotas H.Mureja un A.Maslova psiholoģiskās teorijas.

Hendersone definē **aprūpi** kā palīdzību indivīdam, slimam vai veselam, ar darbībām, kurus viņš pats būtu veicis, ja viņam būtu pietiekoši zināšanu, spēka un gribas, to pasākumu veikšanā, kuri viņam nodrošinātu labu veselību, izveseļošanos, vai mierīgu nāvi, tādējādi palīdzot viņam, atjaunot neatkarību, cik ātri vien iespējams. Hendersone runā par prāta, gara un fiziskā ķermeņa nesaraucamo saistību un savstarpējo atkarību. Aprūpe palīdz nodrošināt tādas apstākļus, lai cilvēks varētu realizēt savas pamatvajadzības. Māsa aprūpē var būt neatkarīga speciāliste, ja viņai ir pietiekami zināšanu un prasmju novērtēt, kādas darbības nepieciešamas situācijas uzlabošanai. Aprūpes darbības ir jāplāno un jāindividualizē atkarībā no aprūpējamās personas vecuma, kultūras līmeņa, emocionālā stāvokļa, fiziskām un intelektuālām spējām. Māsas vērtē vajadzības, veic kopīgu darbu, lai sasniegtu mērķi – neatkarības atgūšanu vai veselības veicināšanu.

Cilvēkam, tāpat arī mātai, nepieciešams uzturēt fizisko un psiholoģisko līdzsvaru, kuri viens bez otra nepastāv, un, bez kuru realizācijas nav, iespējama neatkarība. Apdraudēta līdzsvara pastāvēšana nes sev līdzi neatkarības zaudēšanu. Lai nodrošinātu indivīda līdzsvaru, nepieciešams realizēt organisma pamatvajadzības. Hendersone runā par cilvēka 14 pamatvajadzībām, kuras pēc būtības sasauca ar A.Maslova definēto vajadzību hierarhiju.

Aplūkojot pamatvajadzību realizāciju, konkrētā situācijā, no vienas puses, ir nozīme to sakārtotībai atbilstoši A.Maslova vajadzību hierarhijai. No otras puses, vajadzību savstarpējā saistība un mijiedarbība, kaitīgo darba vides faktoru ietekme uz jebkuru pamatvajadzību liek atcerēties V.Hendersones domu, ka katra pamatvajadzība ir īpaša un tai nepieciešama individuāla pieeja. Mātai jābūt plānot nepieciešamos pasākumus kā slimību novēršanā, tā veselības veicināšanā. Mūsu fiziskā veselība nav tikai fiziskā veselība vien. Kā fiziskais ķermenis ir saistīts ar garu, tā fiziskā veselība ir saistīta ar garīgo, psihisko veselību. Tās mijiedarbojas. Ir naivi domāt, ka fiziskām kaitēm ir tikai fiziski cēloņi. Tikpat labi varētu domāt, ka fiziska saslimšana rada tikai fiziskas ciešanas.

Tāpēc veselību un uzvedību ietekmējošie faktori iedarbojas uz dažādiem pamatvajadzību līmeņiem vienlaicīgi, tāpat pamatvajadzību līmeņi nepastāv izolēti, bet gan ciešā, nepārtrauktā mijiedarbībā. Tāpat māsa var un viņai vajag palīdzēt arī sev vai saviem kolēģiem, jo mums visiem ir savas pamatvajadzības.

Jebkurā gadījumā indivīds tiecas uz veselību. **Veselība** – tā ir dzīves kvalitāte, pamats cilvēka funkcionēšanai, tai nepieciešama neatkarība. Veselību var definēt kā stāvokli, kurā cilvēks patstāvīgi spēj realizēt pamatvajadzības. Veselības uzturēšanai pašiem indivīdiem nepieciešams spēks, griba un zināšanas. Māsas uzdevums, pēc Hendersones domām, ir palīdzēt katram cilvēkam, tātad arī sev būt veselam.

Aprūpes darbinieks palīdz atgūt vai saglabāt veselību. Hendersone akcentē uzmanību uz to, ka profilakses pasākumi, veselības veicināšana patiesībā, ir taktiski nozīmīgāki par slimo aprūpi, jo profilakse ļauj nenonākt līdz slimībai. Tāpēc tik svarīgi ir pilnveidot zināšanas par veselības sekmēšanu, gūt sev nepieciešamo informāciju slimību profilaksē, veselīgas vides un paradumu veidošanā. Sevis aizsardzība, zināšanas par aizsardzību un profilaksi, ļauj tiešā veidā sargāt fizisko ķermeni un netiešā – arī psiholoģisko stāvokli. Veselam indivīdam nepieciešamība iegūt zināšanas par savas veselības aizsardzību pieaug, ja rodas draudi integritātei. Zināšanas, kas palīdz mātai rūpēties par pacientu, noder arī pašaprūpei.

Vide visplašākajā nozīmē ietekmē indivīdus. Arī šis process ir abpusējs – vide ietekmē mūs un mēs ietekmējam vidi. Veseli, izglītoti indivīdi var kontrolēt vides iedarbību, bet slimība var traucēt to darīt. Māsas uzdevums ir, ja nepieciešams, censties ietekmēt, izmainīt vidi, lai nodrošinātu organisma pamatvajadzību neatkarīgu izpausmi.

Māsas pavada darbā lielāko dzīves daļu un viss, kas tur notiek ap viņām un ar viņām, atstāj savu ietekmi. Darba vide rada cilvēkam apstākļus, kam ir liela nozīme bioloģisko procesu norisē organismā, kā arī sociālo funkciju veikšanā. Fiziskais ķermenis ir pakļauts darba vides fiziskajiem faktoriem – tiem pieder arī gūtie savainojumi. Daudzi stresu radošu apstākļu ir saistīti ar darba laiku – nakts darbs, pārtraukumu trūkums u.c. Sociālie un organizatoriskie apstākļi visā savā plašajā problēmu kopumā tāpat atstāj savu ietekmi, kā arī personiskie un darba psiholoģiskie aspekti, tāpēc darba vides pilnveidošana būtu primārā veselības profilakse. Pirmkārt, mums nepieciešams fizioloģisks līdzsvars. Nodrošinot organisma fiziskās pamatvajadzības, indivīds tālāk tiecas pie nākamā vajadzību līmeņa. – pēc drošības. Vispirms drošība fiziskā nozīmē – sargāt savu ķermeni no ievainojumiem, izvairīties no apkārtējās vides bīstamajiem faktoriem, arī neradīt draudus citiem.

Ja zemākās vajadzības, fizioloģiskās vajadzības tiek apmierinātas, rodas nepieciešamība pēc lielāka psiholoģiska komforta. Pēc tīri fiziskas labsajūtas primāras nodrošināšanas, drošība ir nākamais būtiskais nepieciešamais komforta nosacījums. Draudi veselībai un labklājībai, pat tikai potenciāli, rada milzīgu diskomforta sajūtu. Ir bailes par to, kas varētu notikt, kā arī par to, ka varētu kļūt tikai sliktāk. Jebkura sevis savainošanas gadījumā cilvēks jūtas apdraudēts.

Gandrīz 35% medicīnas darbinieku atzīst, ka viņiem ir biežs kontakts ar pacienta asinīm vai citiem bioloģiskiem izdalījumiem, tātad pastāv liela varbūtība inficēties.

Mēs ne pārāk daudz zinām par asins transmisīvajām infekcijām, vēl mazāk zinām par arodsaslimšanu juridisko pusi. Tā kā mūsu darba noteikumi paredz noteiktu procedūru standartu, profilaktisku drošības pasākumu un dezinfekcijas plāna pielietošanu, tad gadījumā, ja notiek negadījums, mūsos ir vainas apziņa un bailes – mēs it kā esam tikai un vienīgi paši vainīgi. Tiek reizēm uzskatīts, ka labs darbinieks nekļūdās un ir mūžīgi perfekts, kaut gan kļūdas ir neizbēgama jebkura darba sastāvdaļa. Bailes kļūdīties, bailes saslimt – jebkuras ilgstošas bailes iedarbojas destruktīvi.

Vienīgi drošības vajadzība attiecas gan uz fizisko, gan psiholoģisko sfēru. Nav iespējams emocionāls līdzsvars, ja indivīda eksistencei vai veselībai rodas draudi, vienalga, fiziskā vai tikai emocionālā līmenī. Darba apstākļi, kuros tiek gūti vai ir iespējams gūt savainojumus, liek izjust diskomfortu, nedrošību – tiek traucēta pamatvajadzību realizācija. Apziņa, ka jebkurš patients ir potenciāli infekciozs, rada paaugstināta stresa atmosfēru jau tā saspringtajā medicīnas mūsu ikdienā. Gan informācija, gan neziņa par pacientu seroloģisko statusu liek sajūst nemieru. Fizisks apdraudējums rada bailes par fizisko eksistenci, bet pašas bailes nav tikai fiziska kategorija vien.

Fiziskā nedrošība sev nes līdzīgu psiholoģisko nedrošību. Vispirms tās ir bailes darbā kļūdīties un sevi savainot. Tālāk, ja savainošanās ir notikusi, var būt, pirmkārt, šaubas un neziņa, vai bijis iespējams inficēties. Otrkārt, ja bijis zināms, ka patients ir infekciozs, tad medmāsai ilgstoši jāgaida, lai paietu inkubācijas periods, un būtu iespējams noskaidrot, vai ir notikusi inficēšanās. Lieki piebilst, ka šādas gaidas neuzlabo darba kvalitāti, radot jaunas spriedzes situācijas. Tālāk, ja tiešām notikusi inficēšanās ar kādu no asins transmisīvajām infekcijām, seko adaptācijas periods, lai pieņemtu domu par slimības esamību, kā arī bailes par slimības prognozi. Iespējamam inficēšanās riskam pakļautās personas, kas tiek brīdinātas, psiholoģiski to uztver kā ziņu par slimību ar letālu iznākumu un pārdzīvo visus adaptācijas traucējumus – no bailēm, bezmiega līdz depresijai un/vai suicidālām domām. Slimības gadījumā indivīds izjūt bažas par potenciālo veselības un darba zaudējumu, bailes par tuviniekiem, neziņa par tālāko eksistenci.

Hronisks stress ir izdegšanas sindroma veidošanās pamatā. Izdegšanas sindroms tiek novērots un aprakstīts visu to profesiju darbiniekiem, kas rūpējas par citu cilvēku labklājību. Tas sākotnēji dod fiziskus noguruma simptomus (psihosomatiskas u.c. saslimšanas), tālāk profesionālā izsīkuma pazīmes.

Lai nenotiktu personības deformēšanās un izdegšana nepārietu patoloģijā, ir nepieciešams sākt rūpēties par pašu aprūpētāju – pareizi organizēt darbu, nodrošināt adekvātu atalgojumu, darba aizsardzību, apmācību. Patiesībā mūsu ikdienu ir nedrošības pilna.

Injekciju negadījumu izraisītais stress, fiziskās un morālās ciešanas rada lielu sasprindzinājumu jau tā ierobežotajos veselības aprūpes darbinieku cilvēkresursos. Ilgstošie izmeklējumi, gaidas uz rezultātiem, ilgais potenciālais inkubācijas periods tur cietušo darbinieku nepārtrauktā spriedzes stāvoklī.

Veselības aprūpes iestāžu darba vidi raksturo augsta atbildība, liels specifisku zināšanu apjoms, aizvien pieaugoša modernu, intensīvu tehnoloģiju ienākšana ikdienā. Veselības un sociālās aprūpes darbinieku psihoemocionālās problēmas saistītas ar nozares nepietiekamo finansējumu un politiķu attieksmi pret veselības aizsardzību. Veselības aprūpes iestāžu darbinieki 80% gadījumu bieži un 17% pastāvīgi jūt psiholoģisku diskomfortu par zemu algu, 15% pastāvīgi jūt neapmierinošu darba organizāciju, 13% izjūt psiholoģiska problēmas saskarsmē ar pacientiem, 10% ir sarežģījumi ar psiholoģisko mikroklimatu kolektīvā, 10% - arī ģimenē.

Attīstoties izdegšanai, novēro dažādas fiziskā un emocionālās veselības pārmaiņas. Mazinās darba kvalitāte, palielinās arī kļūdu skaits, rodas vienaldzība pret savām un pacientu interesēm, vājinās uzmanība un vēlme pēc zināšanām. Sākotnēji attīstās pagurums un vienaldzība pret sevi, vēlāk – arī pret pacientu.

Tikai tad, kad apmierinātas iepriekšējo līmeņu pamatvajadzības, var īsti sākt runāt par Hendersones definēto augstāko garīgo vajadzību līmeni – nodrošināt personības izaugsmi, būt apmierinātam ar savu dzīvi, darbu. Tikai pašapzinīgs, drošs indivīds jūtas pietiekami labi, lai savā darbā ienestu radošu garu, interesi par notiekošo, vēlmi uzlabot savas iemaņas un prasmes, kā arī pašu darba vidi, pilnveidot zināšanas. Tikai pašapziņa dod drosmi cīnīties par uzlabojumiem, izmantot jaunās zināšanas savā darbā (6., 7.).

2. CILVĒKA ELPOŠANAS ORGĀNU SISTĒMA

Elpošanas orgānu sistēma ir cilvēka orgānu sistēma, kuras galvenais uzdevums ir nodrošināt organisma patstāvīgu gāzu apmaiņu ar ārējo vidi, viegli gaistošu vielu izvadīšanai, termoregulācijai, skaņas radīšanai. To attīstība sākas no embrionālās attīstības ceturtnās nedēļas beigām. Orgānu attīstība notiek lēnām. Sestajā embrionālās attīstības mēnesī beidz veidoties visi elpošanas ceļi, bet plaušas tikai šajā laikā sāk attīstīties (8.).

Neskaitot gāzu apmaiņu, elpošana vēl nodrošina šādas funkcijas:

- Izvadfunkcija. Ar elpošanu organisms atbrīvojas no ūdens, ētera, hloroforma, alkohola un citām vielām;
- Termoregulācija. Tā kā ieelpotais gaiss ar asiņu palīdzību tiek sasildīts (vai dzesēts), tuvinot tā temperatūru ķermeņa temperatūrai, notiek siltuma apmaiņa. Notiek arī elpošanas orgānu gļotādas dzesēšana, sakarā ar ūdens iztvaikošanu;
- Skaņas radīšana. Izelpojamais gaiss ar noteiktu spiedienu ievibrē balss saites, aktivējas balss muskuļi un rodas skaņa;
- Imūnaizsargfunkcija. Tā kā elpošanas orgānu gļotāda tieši saskaras ar ārējo vidi, un tās laukums ir aptuveni 100 m², tai ir jāizpilda barjeras funkcija, neielaižot organisma iekšējā vidē ģenētiski svešus savienojumus (9).

Elpošanas orgānus iedala gaisa vados, pa kuriem plūstot, gaiss sasilsts, samitrinās un attīrās gan no mehāniskā gan mikrobiālā piemaisījuma un plaušās, kur notiek gāzu apmaiņa starp gaisu un asinīm. Elpošanas ceļus veido: deguna dobums (*cavum nasi*), rīkles (*pharynx*) deguna un balsenes daļa (*pars nasalis et laryngea*), balsene (*larynx*), elpvads (*trachea*), labais un kreisais bronhs (*bronchus dexter et sinister*).

Elpošana sākas caur augšējiem elpceļiem - deguna dobumu. Uz leju virzoties pa elpceļiem, ir balsene. Traheja jeb elpvads ir tiešs balsenes turpinājums un atrodas no VII kakla līdz IV krūšu skriemeļa līmenim un tā galvenā funkcija ir nogādāt gaisu no balsenes uz bronhiem, plaušām un atpakaļ. Tas ir 9 - 15 cm garš un tā sienā ir 15 - 20 šauri skrimšļa pusgredzeni Mugurpusē starp pusgredzenu galiem atrodas membrāna, kas veidota no saistaudiem un gludo muskuļu šķiedrām.

Aiz trahejas mugurējās sienas atrodas barības vads, kura siena barības kumosa slīdēšanas laikā viegli iespiežas trahejas dobumā.

Balsenes anatomijas zināšanas ir svarīgas traheotomētu pacientu aprūpē, it īpaši, kad notiek komunikācija ar pacientu. Savukārt trahejas anatomijas zināšanas nepieciešamas traheostomijas veidošanā un aprūpējot pacientu arī iespējamo komplikāciju izvērtēšanā.

3. TRAHEOSTOMIJA

Traheostomija ir viena no vecākajām ķirurģiskajām procedūrām pasaulē, kas ir attēlota uz sienu gleznojumiem, pat senā Ēģiptē, kas datēti 3600.g. pēc Kristus.

Traheostomija – ir ķirurģiska procedūra, kuras laikā caur kakla priekšējo sienu (gredzenskrimsli un trahejas gredzenu) ķirurģiski tiek atvērts elpceļš, lai nodrošinātu traheostomas kaniles ievadi trahejā. Traheotomijas procedūra ir vērsta uz elpošanas nodrošināšanu situācijās, lai apietu augšējos sašaurinātos vai obturētos elpceļus.

Traheostomijas caurulīte – var būt no dažāda materiāla izgatavota caurulīte, ko ievada trahejā, otrā vai trešā trahejas gredzena līmenī caur ķirurģiskā griezuma vietu, kas ļauj nodrošināt cilvēkam vienu no svarīgākajām dzīvības funkcijām elpošanu un nepieciešamības gadījumā elpceļus atbrīvot no sekrēta.

Traheostomijai, kā ikvienai invazīvai manipulācijai, ir vairāki svarīgi priekšnosacījumi:

- procedūras indikācijas, ieskaitot indikācijas ķirurģiskai vai transkutānai pieejai;
- kontraindikācijas un piesardzība;
- piekrišana traheostomijas veikšanai (īpaši, ja pacientam ir darbaspēju zaudēšana);
- aprīkojums un monitorings;
- personāla komanda, īpaši saistībā ar sagatavošanas līmeni un kompetenci;
- dokumentācija, vadīšana un kontrole (9).

Indikācijas traheostomijai

Indikācijas operācijai var būt sasilšanas vai akūtie stāvokļi, kad traucēta gaisa iekļūšana trahejā vai ilgstošas mākslīgas plaušu ventilācijas nepieciešamība.

Galvenās indikācijas:

- Akūta elpošanas nepietiekamība, CNS nomākums, neiromuskulāras sasilšanas.
- Augšējo elpceļu obstrukcija (kas radusies pēc traumas, apdeguma, balsenes disfunkcijas, audzējs, iekaisums, svešķermenis, laringospazmas).
- Augšējo elpceļu pārejoša obstrukcija tūskas vai mīksto audu pietūkuma dēļ, ko izraisījusi galvas vai kakla trauma, dažas pēcoperācijas procedūras kaklā vai galvā, neskaidra apziņa.
- Elpceļu aizsargāšana aspirācijas gadījumos.
- Kakla skriemeļu lūzums ar muguras smadzeņu bojājumu.
- Ilgtermiņa mehāniskās ventilācijas nodrošināšanai. (12,13)

Kontrindikācijas traheostomijai

Elpošanas ceļu obstrukcijas nenovērošanas gadījumā vienīgā absolūta kontrindikācija traheostomijai ir vietējie infekcijas procesi un nekontrolējama koagulopātija.

Īpaša piesardzība un relatīvas kontrindikācijas:

- anatomiskās grūtības – patoloģiska adipozitāte, kakla mazkustīgums, mugurkaula kakla daļas trauma, grūta intubācija, trahejas, vairogdziedzera patoloģija, HOPS;
- nekoriģēta koagulopātija;
- nesien pārciesta operācija vai trauma – sternotomija, apdegums, priekšējās mugurkaula kakla daļas spondiloze, nestabili mugurkaula kakla daļas skriemeļi;
- potenciālā stāvokļa pasliktināšanas – ja pacients var nepārciest izmaiņas;
- smagie gāzu apmaiņas traucējumi – piem. $FiO_2 > 0.6$ un $PEEP > 10$ cm H_2O ;
- vecums – bērni līdz 12 gadiem (12,13, 14).

Traheostomas caurulītes veidi un to izvēle

Traheostomas kanīlei jābūt izvēlētai, ne tikai ievadišanas vieglumu, bet ņemot vērā kanīles funkcijas un pacienta īpatnības.

Klīniskie faktori, kas ir jāņem vērā, izvēloties kanīli:

- Respiratorā funkcija – lielākais traheostomētu pacientu skaits ir intensīvās terapijas nodaļās, kad pacientiem nepieciešams respiratorais atbalsts ar pozitīvu spiedienu. Respiratorās funkcijas nodrošināšanai nepieciešams lietot kanīli ar manšeti.
- Anatomiskās īpatnības – trešdaļai pacientu, ar augšējo elpošanas ceļu anatomiskajām īpatnībām, un nepilda galveno funkciju. Adipoziem pacientiem nepieciešama kanīle ar garāku proksimālo daļu, un daļa pacientu ar grūtībām pielāgojas kanīlei ir fiksēto izliekumu.
- Elpošanas ceļu patoloģija - piem., traheomalācija, granulomie veidojumi u.c. Noteiktās situācijas nosaka vajadzību pēc kanīles ar pagarināto distālo daļu
- Elpceļu aizsardzības prasības un atradināšanas problēmas – vairāki pacienti var būt dekanulēti bez kanīles maiņas nepieciešamības ar uzpūšamo manšeti. Sarežģītos gadījumos var būt noderīgi izvēlēties starp kanīles izmēra mazināšanu un kanīles izmantošanu bez manšetes.
- Augšējo elpceļu obstrukcija - pacientiem ir specifisks risks kanīles obstrukcijai vai novirzei. Šis sarežģījums nav atkarīgs no kanīles veida un no traheostomijas metodes.

- Klīniskie apstākļi – kaniles obstrukcija ar uzpūšamo manšeti ir dzīvībai bīstams stāvoklis. Ja ir iespējams, jāizmanto divdaļīgo kanili (ar iekšējo kanili), īpaši, ja pacients atrodas nodaļā, kur nav iespējas ātrai ārsta piekļuvei pacientam.

Kaniles īpatnības, kuras jāņem vērā:

- Konstrukcija (metāla vai plastmasas, ar pastāvīgu izliekumu, elastīgi vai spirāliski armēta ar metālisko stiepli);
- Izmēri (iekšējais diametrs ID un ārējais diametrs OD), proksimālais un distālais garums (proksimali un distāli no izliekuma vietas), forma un izliekuma leņķis;
- Saderība ar komplektu transkutānai traheostomijai;
- Kaniles manšetes materiāls un tās esamība;
- Iekšējās kaniles esamība (divdaļīga kanile);
- Fiksēts vai regulējams atloks;
- Speciālās īpatnības, piemēram, aspirācijas atvere ~~no~~ virs manšetes ~~elpas~~, balss atbalsta sistēma u.c.

Traheostomijas caurulītes veidi:

Caurulītes atšķiras pēc tā, vai ir iekšējā kanile, un pēc manšetes esamības vai neesamības:

- caurulītes ar augsta tilpuma, zema spiediena manšetēm ar pašizveres uzpildīšanās vārstuļiem, ar vai bez iekšējās kaniles;
- fenestrētās caurulītes (ar fenestrācijām mugurējā sienā intratraheālā daļā virs manšetes);
- ar putām pildītas manšetes (Fome-Cuff);
- traheostomijas caurulīte runāšanai;
- trahejas poga;
- sudraba caurulīte (pielieto reti, Latvijā tādas nav sastopamas). (1,2,3,4,5,8,10)

Traheotomijas ir ķirurģiska procedūra, izveidojot atveri kaklā tiešai piekļuvei trahejai, lai nodrošinātu elpošanu. Tā galvenokārt tiek veikta, ja ir elpceļu obstrukcija un organismam netiek piegādāts skābeklis. Bet jābūt uzmanīgiem, jo kā jau visām procedūrām eksistē arī kontrindikācijas (anatomiskās, traumas, utt).

Lai procedūra būtu efektīva, viens no galvenajiem nosacījumiem ir pareizas trahesotmas kaniles izvēle (pēc izmēra, konstrukcijas, utt).

4. TRAHEOSTOMAS UZLIKŠANA

Aprīkojums traheostomijai (konvenciālai jeb ķirurģiskajai):

- traheostomijas caurulīte (7.5 – 9.0 mm – lielākai daļai pieaugušo);
- sterili instrumenti (hemostats, skalpelis, ķirurģiskās kņabiles, šuvju materiāli, šķēres);
- sterils priekšauts, palagi un cimdi;
- cepurīte un maska;
- antiseptisks šķīdums;
- marles tamponi;
- skūšanas piederumu komplekts;
- medikamenti anestēzijai, šļirces. (2,5, 15)

Traheostomas uzlikšanu veic operācijas zālē, vispārējā anestēzijā vai pie pacienta gultas intensīvās terapijas nodaļā, pacientu pozicionē (guļus ar izstieptu galvu un balstu zem pleciem). Āda un dziļie audi tiek infiltrēti ar anestētiķi un vazokonstruktoru, identificē trahejas otro skrimslī. Veic vertikālu ādas griezienu 2 – 3 cm garumā. Tās ceļā pārdala platizmu. Truli pārdala submuskulāros audus paralēli trahejas gareniskai daļai, ar retraktoriem pietur audus, līdz identificē isthymus gl. Thyroidea. Atbīda uz augšu. Veic divas laterālas incīzijas trahejas otrajā skrimslī, izņem enterālo gabaliņu no šī skrimšļa. Veic divas laterālās trahejas šuves, aiz kurām velk, ievietojot traheostomu. Piepūš manžeti, uzliek divas ādas šuves. Traheostomas kanili fiksē ap kaklu ar lenti.

Neatkarīgi no izvēlētas traheostomijas tehnikas, ārstiem jābūt gataviem augšējo elpošanas ceļu kontroles zaudēšanai kanilēšanas laikā un grūtībām reintubācijas laikā. Intensīvās terapijas nodaļā jābūt komplektam „ neatliekamai intubācijai” to pieeja un sastāvs jāpārbauda pirms traheostomijas uzsākšanas. Tajā sastāvā jābūt dažādas izmēra endotraheālās caurules, laringoskopi, buži, atsūkšanas katetri, laringeālās maskas, adatas krikotiroīdās membrānas punkcijai. Kardiogrammas un skābekļa saturācijas kontrole – nepieciešami visiem pacientiem. Invazīvā asinsspiediena kontrole nepieciešama, ja pacientam ir nestabila hemodinamika, vai pacientam nozīmējot anestētiķus ar iespējamu hipotoniju. Kapnogrāfija nepieciešama nejaušas ekstubācijas kontrolei un sekojošai tai reintubācijai, ventilācijas atbilstības novērtēšanai bronhoskopijas laikā, kā arī kaniles pareizas izvietojšanas apstiprināšanai.

Traheostomija – ķirurģiskā iejaukšanās, kas prasa adekvātu anestēziju. Tas var notikt arī lokālā anestēzijā, tomēr pacienta komfortam vispārējā anestēzijā ar miopleģiju un elpošanas kontrolēšanu ir vairāk ieteicama. Ekstrēmos gadījumos (balsenes obturācija ar svešķermeni) dažreiz var notikt arī bez atsāpināšanas.

Lai veiktu procedūru, ir nepieciešami 2 apmācīti speciālisti – anesteziologs un ķirurgs. Var palīdzēt trešais brigādes loceklis, biežāk – māsa, kas apmācīta ar procedūru un aprīkojumu un spējīga asistēt ārstiem jebkuru sarežģītumu rašanās gadījumos (2,6,12,16).

Sagatavošanās posms:

- piekrišanas iegūšana operatīvai darbībai;
- pacienta novietošana pareizā stāvoklī (guļus ar izstieptu galvu un balstu zem pleciem);
- kakla apvidus noskūšana;
- dzīvībai svarīgo funkciju kontrole (sirdsdarbība, elpošana, arteriālais spiediens, t°C);
- zondes enterālās barošanas pārtraukšana.

Pareizi sagatavojoties procedūrai var novērst komplikāciju veidošanos. Māsai šajā procesā jāuzņemas pilnīga pacienta aprūpe, kas ietver sevī vispārējos un psiholoģiskos aspektus (17).

Māsas darbības:

- Novietot gaismas avotu pareizā stāvoklī
- Asistēt ārstam, veicot antiseptisko apstrādi
- Palīdzēt ārstam apģērbties un uzvilkt cimdu
- Uzklāt sterilus palagus
- Procedūras laikā sekot pacienta vitāliem rādītājiem, ja nepieciešams, lietot sūkni
- Ievadīt nozīmētos medikamentus
- Līdzko caurulīte ir ievadīta, uzpūst manšeti. Jāizklausā krūškurvis, lai konstatētu abpusēju elpošanu
- Nostiprināt traheostomijas caurulīti ar rievota auduma saiti vai lietojot citu materiālu
- Lietot atbilstošu palīgierīci (mākslīga ventilācija, skābekļa maska u.c.)
- Pārbaudīt traheostomijas caurulītes manšetes spiedienu.

Traheostomas uzlikšana ir viens no svarīgākajiem posmiem, lai nodrošinātu pacientam elpošanu, kura nav pilnvērtīga dažādu apstākļu dēļ. Jābūt pieejamam visam nepieciešamajam aprīkojumam un personālam. Sagatavošanās posms sevī ietver pacienta sagatavošanu procedūrai (darbības lauka sagatavošana, dzīvības svarīgāko funkciju novērošana, utt). Māsas galvenās darbības ir asistēt un palīdzēt šajā procedūrā.

5. TRAHEOSTOMAS APRŪPE

Parasti uzreiz pēc traheostomijas pacienti atgriežas intensīvās terapijas nodaļā, kur personāls ir apmācīts aprūpēt traheostomas. Ikdienas traheostomas aprūpe ir pamatprasme, bet traheostomas aprūpes nezināšana var sagādāt satraukumu gan personālam, gan pacientam. Kvalitatīva ikdienas aprūpe nav sarežģīta un ļauj novērst praktiski visas neatliekamās situācijas, bet pacientiem ar traheostomu jāatrodas tikai tajās nodaļās, kur personāls ir kompetents tādā aprūpēt. Regulārā apskate un saskarsme – svarīgas lietas gan problēmu novēršanai, gan efektīvai ārstēšanai (2,7,8,9,11, 18).

Nepieciešamais aprīkojums

Vienmēr jābūt pieejamam:

- aprīkojums sanācijai, kuru katru dienu, jāpārbauda, katetru komplekts un sūknis;
- atbilstoša izmēra atsūkšanas katetri;
- bez pūdera cimdi, priekšauts, acu aizsargbrilles;
- tā paša veida rezerves kaniles: viena tā paša izmēra un viena mazāka;
- ambū maiss un intubācijas caurules;
- traheostomijas caurules fiksētājs;
- 10 ml šļirces (ja ir uzpūšama manšete);
- aprīkojums reanimācijai;
- sterils materiāls pārsiešanai (marles tamponi, salvetes);
- antiseptisks šķīdums;
- traheostomiju fiksējošas saites (8,11).

Manšete nodrošina trahejas hermetizāciju, kas ļauj nodrošināt plaušu ventilāciju, kā arī aizsardzību no aspirācijas. Pārlietu uzpūsta manšete var izraisīt trahejas gļotādas išēmiju, tādējādi var novest līdz trahejas stenozei, traheomalācijai un asinsvadu erozijai. Regulāri jāpārbauda spiediens manšetē ar manometru un jāuztur to robežās 15 – 25 cmH₂O. Labs variants reģistrēt spiedienu manšetē un tilpumu katru dienu un pēc katras manipulācijas saistībā ar traheostomu. Ārējā manšetes balona palpācija ir neprecīza metode spiediena noteikšanai manšetē, manšetei jābūt iztukšotai pirms kaniles izņemšanas, pacienta barošanas un kad ir uzstādīts fonācijas vārsts vai dekanulācijas aizbāznis (13).

Neadekvāta mitrināšana var novest līdz dzīvībai bīstamai kaniles obstrukcijai ar viskozu sekrētu, keratinizācijai un trahejas gļotādas čūlām, krēpu aizturei, atelektāzēm un gāzu apmaiņas traucējumiem.

Tāpēc būtisks ielpojāmā gaisa adekvātas mitrināšanas nosacījums un tas var būt sasniegts pacientiem ar minimālu vai zemu prasību pēc skābekļa, izmantojot mitrinātāju (13).

Sekrēta atsūkšana ir nepieciešamais komponents kaniles darbaspēju kontrolei un uzturēšanai. Tomēr tas var būt sāpīga un traucējoša pacientam un var būt komplikēta ar hipoksēmiju, bradikardiju (īpaši pacientiem ar veģetatīvo disfunkciju vai spinālo traumu), trahejas gļotādas bojājumu, asiņošanu un inficēšanos. Rezultātā sekrēta atsūkšanas nepieciešamība jānosaka katram pacientam individuāli, un kur iespējams, jāizmanto dabiska atkrēpošanās stimulējot klepu (26.).

Pamatprincipi trahejas sekrēta atsūkšanai:

- sekrēta atsūkšanu veic ievērojot aseptiku, pacienta stāvoklis – ar paceltu galvgali;
- sekrēta atsūkšanu veic caur ievadīto iekšējo kanili, nomainīto uz nefenestrēto veidu;
- atsūkšanas katetra diametram jābūt ne vairāk kā puse no iekšējās kaniles diametra;
- jāizmanto minimālo spiedienu atsūkšanai – ne vairāk par 100-120 mmHg (13-16 kPa), lai mazinātu atelektāžu risku;
- pacientiem ar skābekļa atkarību jāveic skābekļa inhalācijas pirms sekrēta atsūkšanas;
- atsūkšanas katetrs jāievada 10 – 15 cm dziļumā vai mazāk, atkarībā no kaniles garuma, pēc ievadīšanas pieslēdzot sūkni;
- atsūkšana var ilgt ne vairāk par 10 sekundēm;
- biezo sekrētu var šķaidīt, ievadot trahejā 2 – 5 ml sterilo S.NaCl 0.9%;
- pacientam jāatpūšas 1 – 3 minūtes starp procedūrām;
- atsūkšanas laikā sekot pacienta stāvoklim (SpO₂, sirds ritms, AS);
- procedūras dokumentēšana. (2,6,8,11);

Iekšējās kaniles aprūpe

Iekšējo kanili regulāri jāizņem, jāapskata un jānotīra pēc vajadzības. Biežumu nosaka pacienta krēpu daudzums un viskozitāte. Vienreizējā iekšējā kanile tiek nomainīta uz jauno.

Iekšējās kaniles maiņas principi:

- pacienta stāvoklis ir ar nedaudz paceltu galvu;
- skābekļa inhalācijas un atsūkšana pēc vajadzības;
- ievērojot aseptiku, jālikvidē vai jānomaina iekšēja kanile. Daudzkārt lietojamo kanili jānomazgā ar S.NaCl 0.9% vai destilēto ūdeni un jānosusina;
- jāiztīra kanili atbilstoši ražotāja rekomendācijām (27.)

Traheostomijas svaigas vietas aprūpi veic vismaz 1 reizi 8 stundās, no trešās dienas – 1 reizi diennaktī, apstrādājot brūci ar 3% ūdeņraža pārskābi vai S.NaCl 0.9%. Sekrēts, kas sakrājas virs manšetes, izdalās caur stomu, radot mitru vidi, kas ved pie inficēšanas un ekskoriācijas (ādas slāņu bojājumi mehāniskās iedarbības rezultātā). Ikdienas pārsiešanām var izmantot plānas sterilas salvetes, bet “sulojošām” stomām var lietot absorbējošus pārsējus. Ja ap stomu veidojas ekskoriācijas, var izmantot DUODERM. Traheostomas kanīlei jābūt stingri piefiksētai ar standarta fiksatoru, nevis plānu lenti vai marli, lai novērstu spiedienu uz kakla ādu (2,6,7,8,12).

Traheostomas aprūpe galvenokārt ietver:

- traheostomas pārbaudi;
- traheostomas aprūpi;
- aprūpei nepieciešamo materiālu laicīgu nomaiņu;
- traheostomas kanīles vietas aprūpi;
- pacienta izglītošanu un apmācību traheostomas lietošanā un aprūpē (ja pacients ir pie samaņas).

6. SAREŽĢĪJUMI SAISTĪBĀ AR TRAHEOSTOMIJU

Galvenie sarežģījumi saistībā ar traheostomiju ir obstrukcija, asiņošana un kaniles dislokācija. Tos iedala agrīnajos un vēlīnajos (29.).

Traheostomas caurulītes dislokācija

Pazīmes: apgrūtināta elpošana

Darbība:

- izsaukt ārstu, kas kompetents traheostomas jautājumos, anesteziologu;
- atkārtoti apskatīt pacientu;
- izvērtēt elpceļu caurejamību (A), pacienta elpošanu (B), vai gaiss iet caur traheostomas kanili vai stomu? Vai pacients elpo caur muti vai degunu? Jāpārbauda saturācija ar pulsa oksimetru;
- ja elpceļi nav caurejami, tie nekavējoties jāatbrīvo;
- tikai pieredzējis speciālists var mēģināt rekanilēt traheju;
- jebkurš mēģinājums jāpārtrauc, ja tas neveiksmīgs;
- nevar būt daudzkārtējie mēģinājumi;
- šaubu gadījumā jāevakuē caurulīte, ļaujot pacientam elpot caur stomu vai muti/degunu
- atjaunot elpceļu caurlaidību – atlikt galvu un izbīdīt žokli. Pēc nepieciešamības var ievadīt elpvadu. Jāņem vērā tas, ka elpinot ar sejas masku, gaiss iznāks caur stomas atveri, tāpēc citam cilvēkam jānospiež stoma ar sterilo marles tamponu;
- var būt nepieciešama laringotraheālā intubācija;
- ja pacientam saglabājas adekvāta spontāna elpošana, nav vajadzības elpināšanai. Jāpārbauda saturācija ar pulsa oksimetru un jādod skābeklis ar sejas masku;
- ja nepieciešama MPV, jāizmanto Ambū maisi. Jānoslēdz stomas atvere ar sterilo tamponu, lai novērstu gaisa noplūdi. Ja pacients ir intubēts, anesteziologs veic elpināšanu ar Ambū maisu. Saturācijas kontrole ar pulsa oksimetru apstiprinās skābekļa piesātinājuma adekvātu uzturēšanu;
- Jābūt pieņemtam lēmumam par trahejas rekanilāciju parastā veidā. To var veikt palātā, ja stomas atvere ir labi noformējusies (7 dienas). Jābūt pieejamam speciālam aprīkojumam traheostomas kopšanai un reanimācijas aprīkojums (8,9,10,11,13,19).

Traheostomas kaniles obstrukcija

Caurulīte var būt nosprostota ar krēpām, asinīm vai svešķermeni. Pacientam rodas pieaugoša elpošanas mazspēja dažu stundu laikā vai pat ātrāk. Jebkurā gadījumā pacienta dzīvība ir apdraudēta ātras darbības trūkuma dēļ.

Obstrukcijas profilakse:

- adekvāti jāmitrina ieelpojamais gaiss, lai mazinātu obstrukcijas risku
- obstrukcijas risks samazinās, izmantojot traheostomas caurulītes ar iekšējo kanili, to regulāri jātīra, lai novērstu sekrēta uzkrāšanos (21.)

Darbība:

- pasaukt ārstu, kas kompetents traheostomas jautājumos, anesteziologu
- atkārtoti apskatīt pacientu;
- izvērtēt elpceļu caurejamību (A), pacienta elpošanu (B), vai gaiss iet caur traheostomas kanili vai stomu? Vai pacients elpo caur muti vai degunu? Pārbaudīt saturāciju ar pulsa oksimetru;
- ja pacients ir pie samaņas, elpo patstāvīgi un kontaktējams, piedāvāt viņam enerģiski paklepot – tas var noņemt obstrukciju;
- ja caurulīte ar iekšējo kanili – izņemt iekšējo daļu;
- mēģināt atsūkt sekrētu no trahejas – ar to var pietikt, lai evakuētu krēpu korķi;
- ja obstrukciju neizdodas likvidēt – izlaist gaisu no manšetes un dot skābekļa inhalācijas caur sejas masku, ja pacients elpo patstāvīgi. Ja pacients neelpo – nepieciešama ventilācija ar Ambū maisu un masku, var būt vajadzīgs elpvads. Monitorēt saturāciju ar pulsa oksimetru;
- ja neizdodas panākt adekvātu oksigenāciju, izņemt caurulīti, atsūkt sekrētu no trahejas un darboties pēc taktikas, ko lieto pie kaniles dislokācijas. Ievadīt liela diametra atsūkšanas katetru trahejā caur stomas atveri, atsūkt, lai likvidētu lielu krēpu vai asins recekli;
- ja saturācija apmierinoša, var pieņemt lēmumu par traheostomas caurulītes maiņu. Tas nav nepieciešams, ja traheostomas caurulītes iekšējās daļas izņemšana atrisināja obstrukcijas problēmu (30.).

Asiņošanas no traheostomas

Asiņošana – visbiežākais traheostomijas sarežģījums. Asiņošana var būt agrīna (48 stundu laikā pēc traheostomijas) un vēlīna (pēc dažām dienām).

Asiņošana var būt neliela un var būt apturēta ar vienkāršo konservatīvo metožu palīdzību, vai liela, kas prasa asins komponentu transfūziju un ķirurģisko iejaukšanos, lai noskaidrotu asiņošanas iemeslu un apturētu asiņošanu (22.,31.).

Neliela agrīna asiņošana:

Bieži sastopama pēc traheostomijas. Parasti tas ir vazokonstriktoru lietošanas rezultāts grieziena vietas infiltrācijai. Asinis var būt uz pārsēja vai kā piejaukums trahejas sekretā. Lielāks asins daudzums saistīts ar nozīmīgu asiņošanu, kas var prasīt ķirurģisko iejaukšanos.

Darbība:

- pasaukt ārstu, kas kompetents traheostomas jautājumos, anesteziologu;
- atkārtoti apskatīt pacientu;
- kontrolējot caurulītes stāvokli, noņemt fiksatoru un pārsēju;
- iztīrīt stomu;
- apskatīt stomu, mēģināt atrast asiņošanas vietu;
- piespiest ar roku asiņojošo vietu – ar to var pietikt nelielas asiņošanas apturēšanai;
- ja asiņošana turpinās – infiltrēt adrenalīna atšķaidījumu (1:80000 – 1:200000) asiņošanas vietā. Ja neizdodas atrast asiņošanas vietu – infiltrēt stomas malas ar to pašu šķīdumu;
- ja asiņošana turpinās, pielietot sterilas salvetes, piem. KALTOSTAT, lai stimulētu recekļa veidošanos, salveti arī var saslapināt ar adrenalīnu;
- ja asiņošana nav apturēta, sazināties ar LOR vai ķirurgu brūces revīzijai (33.)

Liela agrīna asiņošana:

Darbība identiska mazas asiņošanas apturēšanai. Jāņem vērā, ka liels asiņu apjoms trahejā var izraisīt, elpošanas nepietiekamību – pacientu vajadzēs transportēt uz intensīvās terapijas nodaļu respiratoram atbalstam. Ir risks traheostomas caurulītes obstrukcijai ar asins recekli, šajā gadījumā jādarbojas pēc nosprostotas caurulītes standartiem. Jāatsūc sekrets no trahejas, bet lieli asins recekļi var neiziet caur atsūkšanas katetru vai fibrobronhoskopa kanālu (23.,24).

Darbība:

- pie kārtīgas asiņošanas nodrošināt elpceļu aizsardzību ar translaringeālās intubācijas palīdzību, novietojot manšeti zemāk par stomu. Pagaidu hemostāze var būt sasniegta ar rokas spiedienu, stomas tamponāde vai šuvēm;
- nekavējoties sazināties ar ķirurgu akūtai brūces revīzijas veikšanai;
- pārliecināties, ka nepieciešamie asins komponenti ir pieejami;
- veikt pilno asins ainu un koagulogrammu.

Vēlīnās asiņošanas

Tās var būt asinsvadu eroziju rezultātā apkārt traheostomijas vietai, īpaši inficētas stomas vietā. Tādas asiņošanas var apturēt konservatīvi, kā ir aprakstīts agrīno asiņošanu apturēšanas standartos.

Vairāk bīstama asiņošanas iespējamība no lielām artērijām pašas kaniles vai uzpūšamās manšetes spiediena rezultātā. Biežāk rodas brahiocefālās artērijas erozija (34.).

Problēma var attīstīties stundām, izpaužoties kā minimāla asiņošana, un pēkšņi var sākties masīva asiņošana. Tā ir dzīvībai bīstama situācija, un lēmumi jāpieņem nekavējoties. Šādās situācijās ir liels mirstības risks, īpaši pacientiem ar onkoloģiskām galvas un kakla slimībām, - šiem pacientiem ārstēšana ir paliatīva pēc apspriešanas ar pacientu un viņa ģimeni, skaidri jābūt dokumentētam pacienta slimības vēsturē (25.).

Darbība:

- pasaukt ārstu, kas kompetents traheostomas jautājumos, anesteziologu;
- atkārtoti apskatīt pacientu;
- turpināt instrukciju lielo agrīno asiņošanu gadījumā;
- asiņošanu var īslaicīgi mazināt vai apturēt, piespiežot kakla pamatni jūga ieroba rajonā vai papildus uzpūšot manšeti (ja tā ir) ar gaisu, izmantojot 50 ml šļirci. Manšetes uzpūšana jāveic lēni, lai izvairītos no manšetes plīsuma. Atkarībā no kaniles veida var būt nepieciešams 10 – 35 ml gaisa;
- tagad nepieciešama ķirurģiska brūces revīzija akūtā kārtā, ja tā līdz šim nav bijusi (2,13,32).

Ir dažādi sarežģījumi uzliekot un, aprūpējot traheostomu, bet lai no tiem izvairītos, jābūt sterilitātei un jāseko līdzi kaniles stāvoklim, ādai ap traheostomu un sekrēta stāvoklim. Lai izvairītos no komplikācijām, redzot kādas izmaiņas, nekavējoties jāziņo ārstam.

7. APRŪPES VISPĀRĒJIE PRINCIPI

Pacienta aprūpe sevī ietver vispārējo, adekvātas ventilācijas un oksigenācijas nodrošināšanu, papildus lietojot O₂ vai mākslīgo plaušu ventilāciju. Jānovērtē elpošanas skaņa ik pēc divām stundām, ja parādās pastiprinātas sekrētu atdalīšanās pazīmes, kā trokšņi, burbuļošana, jāveic sekrēta atsūkšana. Jānodrošina pietiekama gaisa mitrināšana. Svarīgi ir nodrošināt mutes dobuma kopšanu, lai mazinātu aspirācijas risku un samazinātu mutes dobuma patogēno mikrofloru. Viens no galvenajiem aspektiem ir ievērot antiseptiku Jāuztur tīrība mutes dobumā ar lietojot mīksto zobu suku vai sūklišus, lietojot antiseptisko skalojamo līdzekli. Pacientam jāatrodas pussēdus, pacienta stāvoklis ir jāmaina ik pēc divām stundām, lai nodrošinātu visu plaušu segmentu ventilāciju, un novērstu atelektāzes veidošanos, ko var izraisīt pastiprināta sekrēta izdalīšanās.

Bieži pacienti ar traheostomas caurulīti nav pie samaņas, tāpēc perorāla barošana ir kontrindicēta. Lai novērstu neērtības, pacientam, kas ir pie samaņas ēšanas laikā izmanto nazogastrālo zondi. Perorāli pacientu var barot, ja manšete ir piepūsta. Tas pasargā elpceļus no ēdiena aspirācijas un vienlaikus rada izvelvējumus trahejas sienā, kas iespiežas barības vadā, apgrūtinot norīšanas procesu. Lai pacientam pasargātu elpceļus, svarīgi ir pareiza pacienta pozicionēšana un tas ir vertikāli.

Svarīgs aprūpes nodrošināšanas princips ir uzturēt traheostomas manšeti pastāvīgi piepūstu, jo īpaši ja pacients ir pievienots mākslīgai plaušu ventilācijai. Ieteicams novērot spiedienu manšetē ik pēc četrām stundām.

Traheostomas vietas aprūpe jāveic regulāri – vismaz reizi astoņās stundās, lietojot ūdeņraža pārskābi un fizioloģisko šķīdumu. Vajadzētu traheostomas pārsējus mainīt reizi dienā, lai izvairītos no infekcijas riska. Turiet pie gultas tuvumā rezerves kanili, obturatoru un sekrēta atsūkšanas aprīkojumu.

Māsai jāpalīdz psiholoģiski pacientam tikt galā ar elpošanas problēmu. Jāatrod kopīga valoda ar samaņā esošu pacientu, lai varētu komunicēt, piemēram, zīmju valoda, papīrs ar zīmuli. Jāatzīmē, ka šādā stāvoklī pacienti ir ļoti nobažījušies par smakšanu, elpošanas grūtībām, tāpēc vajadzētu atstāt pacientam ierīci, ar kuras palīdzību viņš varētu pasaukt palīgā, piemēram, zvana poga.

Pacienti, kuri nav pie samaņas, svarīgākie aprūpes principi ir traheostomas aprūpe, pacienta un kaniles stāvokļa novērtēšana. Pacientiem ar skaidru apziņu galvenais aprūpes princips ir informētība un izglītošana (19.).

8. PRAKTISKĀ DAĻA

8.1. Pētījuma metodoloģija

Bakalaura darba pētījums tika veikts vienā no Latvijas slimnīcām, X slimnīcā, intensīvās terapijas nodaļās, laika posmā no 2016. gada 17. aprīļa līdz 20. maijam. Pirms pētījuma saņemta X slimnīcas valdes priekšsēdētāja atklājumu veikt pētījumu, kā arī nodaļas galvenās māsas piekrišanu. (skat. 3. pielikumu). Atļauja pētniecībai apstiprināta 05.04.2016.g.

Pētījums veidots pamatojoties uz literatūras analizē iegūtiem secinājumiem.

Bakalaura darba pētījumā tika izmantota kvalitatīvā pētniecības metode – intervija un novērošana. Pētījuma instruments ir strukturēta intervija un novērošanas protokols. Pētījumā iekļauto dalībnieku skaits 11, bet kļūdaini ierakstītās intervijas dēļ, atbilda tikai 10. Dalībnieku grupa viendabīga. Visi dalībnieki bija stacionārā praktizējošas māsas. Pētījuma datu iegūšanai tika izmantoti 6 empīriski strukturēti novērojumi pēc iepriekš sastādīta plāna. Novērotas tika māsas, kuras strādāja novērojuma dienās. Vienīgais nosacījums – pētījuma dalībnieka darbs ir praktiski saistīts ar pacientu aprūpi. Tas autorei ļāva precīzāk novērtēt māsu darbu un zināšanas par traheostomas aprūpi.

Pētījumā tika analizēta literatūra par pagaidu traheostomu, tās aprūpes principiem.

Tika ievākti dati par traheostomas aprūpi. Dati tika ievākti, novērojot intensīvas terapijas darbiniekus pēc vienlīdzīgas informācijas iegūšanas metodes – ar vienādas formas novērošanas protokolu un intervijas jautājumiem (skat. 1. un 2. pielikumu). Novērošanas protokolu un intervijas jautājumus sastādījusi pētījuma veicēja, pamatojoties uz analizēto literatūru.

Tika veikts pilotpētījums, lai pārliecinātos vai intervijas jautājumi ir saprotami un aktuāli, kurā tika intervētas divas respondentes un novērotas trīs respondentes. Pilotpētījums norisinājās pirms pētījuma uzsākšanas. Pēc pilotpētījuma veikšanas tika secināts, ka intervijas jautājumiem nepieciešams veikt vēl dažas korekcijas, jo nebija saņemtas korektas atbildes uz jautājumiem.

Pirms pētījuma veikšanas tika noskaidrots, vai respondentes gatavas piedalīties pētījumā atbildot uz intervijas jautājumiem.

Informācijas iegūšanai intervijas laikā tika izmantota jau iepriekš, patstāvīgi sagatavoti, jautājumi (skatīt 1. pielikumu), kas sagatavoti, vadoties pēc autores izvirzītā darba mērķa. Intervija tika veikta latviešu valodā, un intervijai tika uzaicināti respondenti, kuri brīvi var izteikt domas latviešu valodā. Pirms intervijas uzsākšanas tika lūgta respondentu piekrišana, respondentu informēšana par intervijas konfidencialitāti, nolūku, veidu, laiku un rezultātu izmantošanu.

Intervijai ar māsām, kas strādā intensīvās terapijas nodaļā, tika izvēlēta atsevišķa telpa, māsu atpūtas telpa.

Sākoties intervijai, autore iepazīstināja respondentus ar sevi, izskaidroja, kā notiks intervija un kāds ir mērķis šai interviju, kā arī par konfidencialitātes ievērošanu, ņemot vērā visus ētikas un personas datu aizsardzības principus.

Intervijas ar katru respondentu norisinājās vidēji no 20-30 minūtēm. Trīs no 11 respondentēm piekrita, sniegtās intervijas atbildes ierakstīt diktofonā, bet pēc atkārtotas noklausīšanās viena tika atzīta par nederīgu, savukārt pārējās respondentes atteicās no intervijas ierakstīšanas diktofonā, tāpēc viņu sniegtās atbildēs autore veica, pierakstot manuāli.

Pirmais jautājums dod iespēju uzzināt par respondentu stāžu intensīvās terapijas nodaļā. Otrais jautājums bija vērsts uz papilddarbiem. Vai respondenti strādā vēl cita profila nodaļās vai tikai intensīvās terapijas nodaļā. Intervijas trešais jautājums ļāva izvērtēt, cik pacientu ar traheostomu vidēji ir nodaļā un cik bieži māsām nākas viņus aprūpēt. Ceturtais jautājums tika vērsts uz pacientu aprūpi, lai noskaidrotu, ar kādām traheostomas caurulītēm respondentiem ir nācies satapties, aprūpējot pacientus. Piektais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu, kā tiek veikta sekrēta atsūkšana no traheostomas, kā arī kā tiek kopta traheostomas kanīle. Sestais jautājums tika uzdots ar mērķi, noskaidrot, kādi ir svarīgākie aprūpes principi, atsūcot sekrētu no kanīles. Intervijas septītais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu, kādi aprūpes principi tiek ievēroti, veicot ādas kopšanu un brūces apstrādi, traheostomijas vietā. Septītais jautājums ļāva izvērtēt gadījumus, kad pacientiem tiek nomainītas traheostomas kanīles. Intervijas pēdējā jautājumā tika iegūta informācija par māsu, kuras veic pacientu ar traheostomu aprūpi, informācijas iegūšanas avotus, savu zināšanu papildināšanai. Intervija noritēja mierīgā, intervijā piemērotā vidē, no darba brīvajā laikā.

Darbā tika izmantota kvalitatīvā iegūto datu analīze.

8.2. Intervijas rezultāti un to analīze

Pētījumā tika intervētas 10 māsas. Respondentu atlasē tika izvēlētas māsas, kas strādā intensīvās terapijas nodaļā.

Visi pētījumā iesaistītie respondenti tika dalīti pēc kodiem A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9 un A10.

Visi respondenti pētījuma laikā tika intervēti individuāli, veidojot tiešo kontaktu. Pirms intervijas katrs respondents tika iepazīstināts ar pētījuma mērķi, tika informēts par konfidencialitāti un par anonimitāti pētījuma laikā. Pētījuma iesaistītie respondenti – māsas bija atvērtas un atklātas, un ļoti labprāt sadarbojās.

Intervijas pirmais jautājums “Jūsu darba stāžs intensīvās terapijas nodaļā?” tika uzdots, lai noskaidrotu pētījumā respondentu profesionālo pieredzi. Aprakstošās statistikas dati parāda, ka darba stāžs intensīvas terapijas māsām ir robežās starp 1-25 gadiem. Visvairāk ir respondenti ar 3 gadu un 10 gadu darba stāžu intensīvās terapijas nodaļā, 3 gadu stāžs ir 4 respondentiem, 10 gadu stāžs 2 respondentiem.

Respondents A3 atbildēja: *“Diemžēl mana pieredze nav tik liela, ir tikai viens gads, jo nedaudz mazāk, kā gadu atpakaļ pabeidzu koledžu. Bet šeit sāku strādāt, kā sanitāre, kamēr mācījos trešajā kursā. Arī praksi izgāju šeit. Patīk ļoti intensīvā terapija, jo šeit ir vienmēr kustība un maiņas beigās ir patīkams nogurums.*

Respondents A8 atbildēja: *“Šādā profila nodaļā strādāju visu savu dzīvi. Drīz jau būs 40 gadi, kā ieguvu māsas izglītību un sāku strādāt. Bet pirms 25 gadiem sāku strādāt tieši šajā nodaļā, un pat nedomāju mainīt darbu.”*

Savukārt atlikušajā divām respondentēm attiecīgi divu un četru gadu stāžs intensīvās terapijas nodaļā. Respondentes, kuru darba stāžs ir viens gads un viens līdz trīs gadu darba stāžs, atzina, ka tieši intensīvā terapija ir viņu pirmā darba vieta uzreiz pēc izglītības iegūšanas. Respondente, ar četru gadu stāžu atzina, ka intensīvās terapijas nodaļa ir ļoti smaga, bet “darbs ir darbs”. Respondente ar lielāko darba stāžu atzina, ka slimnīca X, kurā notika intervija, nav pirmā darba vieta.

Otrais jautājums bija uzdots, lai noskaidrotu vai respondentām ir profesionālā pieredze darbā cita profila nodaļās Sešas no respondentēm strādā citā profila nodaļā, divas no tām slimnīcā, kur tika veikts pētījums, četras citās slimnīcās. Trīs apmierina šī darbavieta..

Respondents A8 atbildēja: *“Protams, ka nē. Neesmu vairāk tik jauna, lai skraidītu pa nodaļām. No vienas diennakts dežūras uz otru. Jā, agrāk strādāju trijās darba vietās, bet kur tie laiki!”*

Respondents A6 atbildēja: *“Jā, strādāju. Jo daudzas māsas apvieno darbu dažādās profila nodaļās vai pat dažādās slimnīcās. Šajos laikos nav tas ekonomiskais stāvoklis. Lai izdzīvotu, ar vienu darba vietu nepietiek, jo algas nav tik lielas, kā visi vēlētos. Un arī katrā nodaļā ir sava specifika un daudz ko var iemācīties, strādājot dažāda profila nodaļās.”*

Biežākas respondentu atbildes bija darba attiecību apvienošana ķirurģiskā profila un internās medicīnas profila nodaļās

Tikai viena no respondentēm papildus strādā neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā. Dažas no respondentēm atzina, ka strādā divos vai vairākos darbos, jo Latvijā nav tā finanšu situācija, lai strādātu vienā darba un saņemtu labu atalgojumu, izņemot protamu privāto sektoru.

Trešajā jautājumā tika noskaidrots, kāda ir respondentu pieredze pacientu ar traheostomu aprūpē. No 10 aptaujātajām respondentēm tikai viena respondente atzina, ka nav iepriekšējas pieredzes šādu pacientu aprūpē, jo ir pirmais gads pēc koledžas un zināšanas ir tikai teorētiskas.

Respondents A3 atbildēja: *“Uzskatu, ka esmu vēl “zaļa” šajā jomā. Tikai gadu atpakaļ ieguvu māsas izglītību un pieredze ir tik liela, cik kolēģes pastāstīja un apmācīja, un cik zināšanas, teorētiskās, palika no koledžas laikiem.”*

Pārējās respondentes aprūpē pacientus ar traheostomu vismaz vienu reizi nedēļā vai biežāk. Kas liecina, ka māsām pacientus ar traheostomu savā profesionālajā darbībā nākas aprūpēt samērā bieži.

Ceturtais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu, kāda veida kanīles ir sastopamas pacientiem, kuriem ir izveidotas traheostomas. Viena no respondentēm, kurai nebija pieredzes traheostomas aprūpē, nesniedza atbildi uz šo jautājumu. Pārējās respondentes atzina, ka lielākai daļai pacientu ir specializētās plastmasas caurulītes. Tikai divām no respondentēm ir gadījies aprūpēt pagaidu traheostomas. Lai gan aprūpe īpaši neatšķiras, respondentes atzīst, ka katram pacientam aprūpei ir individuāla pieeja, jo katram pacientam var būt atsevišķa fizioloģija un dažādi faktori, kā svars, iedzimti defekti vai kādas dzīves laikā, vai nesen gūtas traumas.

Piemēram, atšķiras kanīles izmērs, tāpēc mainās sanācijas katetra lielums, ar kuru atsūkt sekrētu. Bet aprūpes princips, kas ietver sevī, sterilitāti, ādas un brūces novērtēšanu, aprūpi un dokumentēšanu visiem pacientiem ir vienāds.

Piektais jautājums tika uzdots, lai noskaidrotu kādu sanācijas tehniku māsas pielieto sekrēta atsūkšanai no elpceļiem caur traheostomu un kā tiek kopta traheostoma kanīle.

Sekrēta atsūkšana no elpceļiem pietiekamā daudzumā ir saistīta ar trahostomas kaniles caurejamības uzturēšanu un kopšanu. Sekrēta atsūkšanu respondentes pēc nepieciešamības nosaka katram pacientam individuāli, atkarībā no sekrēta izdalīšanās, asiņošanas stiprumu. Visi respondenti atzīst, ka sekrēta atsūkšanu veic pēc vajadzības, bet ne retāk kā reizi 8 – 10 stundās.

A2 respondents atbildēja: *“Protams, ka tas ir katram pacientam individuāli. Tas ir atkarīgs no pacienta stāvokļa, sekrēta izdalīšanās, asiņošanas. To precīzi nevar pateikt. Vienam tās būs desmit stundas, citam sekrēta atsūkšana jāveic ik pēc pāris stundām”*

Indikācijas sekrēta atsūkšanai visbiežāk tika minētas, ja pacientam ir apgrūtināta elpošana, sakrājušās krēpas vai asinis. Gadījumos kad māsas uzskata, ka viņu kompetence nav pietiekama, tiek pieaicināts ārsts.

Sestajā intervijas jautājumā tika iegūtas respondentu atbildes, lai noskaidrotu aprūpes principus, kurus nepieciešams ievērot, lai veiktu sekrēta sanāciju, ievērojot sterilitāti un neradot kaitējumu pacientam. Visas respondentes atzina, ka galvenais faktors, kas ietekmē sekrēta atsūkšanas tehniku, ir atsūktā sekrēta konsistence un krāsa. Jebkādas izmaiņas var liecināt, vai par infekciju, vai asiņošanu, tāpēc uzreiz par šīm izmaiņām jāziņo ārstam. Lielākā daļa respondentu pievērš uzmanību, atsūcot sekrētu, arī kaniles un kaniles pārsēja stāvoklim, vai kanile ir stabili nostiprinātas un nepastāv izslīdēšanas draudi un vai pārsējs ir tīrs un pareizi novietots, jo, nepareizi novietojot pārsēju, nepiemērota biezuma tas var radīt pacientam diskomfortu, kas var novest pat pie izgulējumu veidošanās. Diemžēl jāatzīst, ka tikai divas no respondentiem atzīst, ka veicot šo manipulāciju ir arī jānovērtē ādas stāvoklis, vai tā nav apsārtusi, iekaisusi. Un ka ādas, brūces stāvokļa novērtēšana ir svarīgs aprūpes procesa nosacījums traheostomētiem pacientiem.

Respondents A5 atbildēja: *“Viens no galvenajiem faktoriem, kam jāpievērš uzmanība, ir atsūktā sekrēta krāsa un konsistence. Tas var liecināt par daudziem sarežģījumiem, piemēram, par infekciju. Infekcijas risks ir arī ādai, ap kanili, kam arī jāpievērš uzmanība.”*

Intervijas septītajā jautājumā tika noskaidrots respondentu viedoklis par brūces kopšanu un izmantojamajiem līdzekļiem. Respondentes jau atbildot, uz iepriekšējo jautājumu sniedza atbildes, ka bieži vien ādas stāvoklim un brūcei nemaz nepievērš uzmanību, veicot rutīnas manipulācijas, kas saistās ar traheostomas aprūpi. Bet uz konkrēto jautājumu par izmantojamajiem līdzekļiem ādas un brūces apstrādē, visu respondentu atbildes bija identiski vienādas, norādot, ka tiek izmantots fizioloģiskais šķīdums un ūdeņraža 3% pārskābe.

Astotajā jautājumā respondenti tika izjautāti par pārsiešanā lietotajiem pārsējiem to nomaiņas indikācijām.

Lielākā daļa aptaujāto respondentu atzina, ka pārsēju maiņu viņas veic katram pacientam individuāli, izvērtējot pārsēja stāvokli un pārsēja nomaiņas biežumu, ir atkarīgs no tā vizuālā izskata, no izdalījumu daudzuma un pārsienamā materiālā stāvokļa. Lielākā daļa aptaujāto respondentu arī atzina, ka brūces apstrādei pirmajās diennaktīs aprūpi veic vismaz ik pēc astoņām stundām, bet, sākot ar trešo diennakti, pārsējs tiek nomainīts vidēji vienu reizi dienā. Sekrēts, kas sakrājas virs manšetes, izdaloties caur stomu, vai brūci rada mitru vidi, kas veicina inficēšanas risku.

Respondents A9 atbildēja: *“Protams, ka arī pievērsšam uzmanību pārsējiem ap traheostomu. Pēc vajadzības un izmantojam pārsējam sterilas salvetes un brūces apstrādājam ar Sol. NaCl 0.9%, bet tas arī ir jāveic, ja ir nepieciešamība.”*

Ikdienas pārsiešanām respondenti izmanto plānas sterilas neaustas salvetes.

Devītajā jautājumā respondentes dalījās savā pieredzē par traheostomas kaniles nomaiņu, nomaiņas indikācijām, ievēroto laika periodu.

Gandrīz visi respondenti norādīja, ka viendabīgās kaniles jāmaina ik pēc 7 – 14 dienām, bet gadījumos, kad ir izteikti daudz sekreta un nav iespējams pieturēties pie šiem ieteikumiem, kanili mainīt tikai pēc 7 – 10 dienām. Traheostomas caurules ar iekšējo kanili kalpo līdz 30 dienām, un pat ilgāk, atkarībā no kāda materiāla kanile ir izgatavota. Lielākā daļa respondentu norāda, ka kaniles maiņa tiek veikta nekavējoties pie kaniles bojājumiem, asiņošanas pacientam no kaniles vietas un nosprostojumu ar sekretu.

Respondents A10 atbildēja: *“Jāmaina ir vidēji pēc 7 – 14 dienām. Bet, protams, jāpievērš vērība arī citiem faktoriem, kā, piemēram, kaniles bojājums. Tad nomaiņa notiek nekavējoties, tiklīdz tas tiek konstatēts. Tā var izvairīties no dažādām komplikācijām. Tāpēc ir uzmanīgi jāseko ne tikai ādas un gļotu stāvoklim, bet arī kanilei.”*

Vienam no respondentiem bija situācija, ka pacientam ar traheostomu, bija tikko tā nomainīta, bet pēc neliela laika, pusstundas vai stundas (respondents precīzi pateikt nevar) sāka krāties sekrets, un pacientam sākās apgrūtināta elpošana. Sekreta viskozitāte un daudzums īsā laika periodā nosprostoja traheostomas kanili un bija nepieciešama kaniles nomaiņa.

Intervijas noslēdzošajā jautājumā respondentes sniedza atbildes par to, kādā veidā viņas iegūst papildu zināšanas par traheostomas kaniņu parūpi. Lielākā daļa respondentu atzīst, ka latviešu valodā informācija par trehostomu, tās ievietošanu, aprūpi un kopšanu nav daudz, tā ir minimāla. Septiņi respondenti atzīst, ka vajadzīgo informāciju apguva specializētos tālākizglītībasursos. Bet lielākā daļa informāciju meklē interneta tīklos, krievu un angļu valodā.

Respondents A5 atbildēja: *“Nesen pati centos atrast informāciju par traheostoma aprūpi, bet, atverot internetu, sāku lasīt un sapratu, ka latviešu valodā ir nepilnīga informācija, sāki meklēt angļu valodā, tur bija daudz informācijas. Būtu labi, ja kāds to informāciju sakopotu un izveidotu labu grāmatu latviešu valodā.”*

Respondents A9 atbildēja: *“Nesen biju uz kursiem par šo tēmu. Par tiem uzzināju nejauši, draudzene, kolēģe, pastāstīja. Es domāju, ka tiem kursiem ir jābūt pieejamiem visām māsām un jāinformē, tā, lai tos varētu atrast.”*

8.3. Novērošanas rezultāti un to analīze

Novērošanas mērķis bija noskaidrot, kā medicīnas māsas aprūpē pacientus ar tracheostomu. Novērotas tika 6 respondentes, kuras, turpmāk, tika apzīmētas kā 1., 2., 3., 4., 5. un 6. respondente. Visām respondentēm bija pacienti ar traheostomas kanili, kura bija ar manžeti un kaniles izmērs bija 8 mm. Brūces tika apstrādātas ar Sol. Na Cl 0,9%, pēc katras sekrēta atsūkšanas.

Respondentei nr.1 novērošanas laikā bija divi pacienti ar traheostomu. Pacientam nr.1 vispārējais stāvoklis bija gana smags, un respondente veica gan kaniles kopšanu, gan sekrēta atsūkšanu, gan ādas un brūces kopšanu. Traheostomas kanile bija ar manžeti, un tās izmērs bija 8 mm. Pacienta nr. 2 veselības stāvokļi bija atlabšanas stadijā, ka tika pieņemts lēmums dienas gaitā pacientu pārvietot uz vispārējās aprūpes nodaļu māsu un ārstu uzraudzībai un ārstēšanai. Pirms pacienta pārvešanas respondente veica pārsēja nomaiņu traheostomas kaniles vietā.

Vērojot respondentes darbības, autore konstatēja, ka, veicot kaniļu aprūpi, respondente procedūras veikšanas laikā, ar steriliem cimdiem, pieskārās nesterilām vietām, kas paaugstināja infekcijas risku. Atsūkšanai tika ņemts sterils katetrs. Brūce tika apstrādāta rūpīgi ar Sol.Na Cl 0.9%. Un tika pārsiets ar sterilu pārsiešanas materiālu. Pacienta gultas augstums netika pareizi noregulēts, jo respondente ir gara auguma, kā rezultātā respondentei, veicot aprūpi, nācās ieņemt neērtu un nepareizu ķermeņa pozu, kas apgrūtināja redzamības lauku, turklāt garie mati netika sasieti astē, bet brīvi plivinājās uz pleciem, kas atkal paaugstina infekcijas risku. Darba uzdevumu, kaniļu aprūpi un sekrēta atsūkšanu respondente veica nepilnās 5 minūtēm. Pēc sekrēta atsūkšanas viņa novērtēja sekrēta krāsu, konsistenci. Veikto procedūru māsa dokumentēja. Dokumentēja arī vitālos rādītājus. SpO2 un pulsu.

Respondentei 2., kura dežūra bija pāris dienas vēlāk, konkrētajā dienā nodaļā gulēja 3 pacienti. Pacients, kurš, iepriekšējā reizē, bija smags un ar traheostomas kanili, stāvoklis bija stabils un gatavojās pārvešanai uz nodaļu tālākai ārstēšanai. Tas bija vienīgais pacients ar kanili.

Novērojot māsas darbību, kas bija autore secināja, ka respondente veicot traheostomas aprūpi, pirms procedūras veikšanas rokas nedezinficēja un tika uzvilkti cimdi parastie ne sterilie. Respondente piepacēla nedaudz pacienta gultu, lai viņai būtu ātrāk darboties ar pacienta kanili, lai nebūtu jāliecas. Kaniles sekrēta atsūkšanas procedūra tika veikta ar sterilu katetru un brūces apstrādei izmantots Sol. NaCl 0,9%. Brūce bija nedaudz apsārtusi, bet, operatīvi pasaucot ārstu, viss izrādījās normas robežās. Pēc ārsta konsultācijas tika pārsieta traheostoma ar sterilu materiālu. Procedūra tika veikta vidēji 5 – 7 minūšu laikā un pēc darba uzdevuma izpildes respondente aizpildīja dokumentāciju. Sekrēta krāsa un konsistence netika novērota un netika arī dokumentēti vitālie rādītāji.

Respondentei nr. 3, kura attiecīgajā dienā dežūrēja, nodaļā gulēja 3 pacienti, no kuriem nebija neviena pacienta ar traheostomas kanili.

Respondentei nr. 4., kad autore veica novērošanu, nodaļā gulēja 12 pacienti. Visu pacientu vispārējais stāvoklis bija vērtējams, kā apmierinošs.

Tieši novērošanas sākumā tika ievests pacients smagā stāvoklī, kuram bija indicēta traheostomas kaniles uzlikšana.

Kamēr ārsts gatavojās, medmāsa, uzvelkot parastos cimdus, veica traheostomas veikšanas vietas aprūpi, tika noskūta bārda un dezinficēta kaniles vieta, pēc tam pacients tika aizvests uz operācijas zāli. Pirms pārvešanas pacientam tika novēroti vitālie rādītāji un pārbaudīts, vai nav kontraindikācijas traheostomas kaniles ievietošanai, kuri nebija. Pārējie pacienti nodaļā bija bez traheostomas caurulītēm.

Pēc traheostomas uzlikšanas pacients tika pārvests atpakaļ uz intensīvās terapijas palātu. Ik pa laikam respondente novēroja pacientu, dokumentēja vitālos rādītājus, klausījās elpošanas skaņās, vai nav sakrājis sekrēts. Pēc vidēji 8 stundām tika aprūpēta traheostomas kanile. Respondente uzvilka sterilus cimdus un sāka ar brūces apskati, kura bija nedaudz apsārtusi, kas bija normāli, jo tikko tika veikta traheostomija. Respondente nolaida nedaudz zemāk gultu, lai viņai būtu ērtāk parūpēt kanili. Sekrēts tika atsūkts ar sterilu katetru, un tika novērtēta krāsa un konsistence. Krāsa bija ar asins piejaukumu, bet, pasaucot ārstu, tika konstatēts, ka tā ir norma. Brūce tikai apstrādāta ar Sol. NaCl 0,9% un uzlikts sterils pārsējs. Procedūra tika veikta vidēji 5 – 7 minūšu laikā, pēc darba uzdevuma izpildes tika aizpildīta dokumentācija, vitālie rādītāji, kas bija normas robežās.

Respondentei nr. 5, kura dežūrēja novērošanas dienā, pacientu skaits nodaļā bija 6 pacienti. Divi no tiem bija ar traheostomas caurulītēm, stāvoklis vidēji smags, bet stabils. Respondentei vajadzēja veikt sekrēta atsūkšanu un aprūpi. Pirms un pēc manipulācijas, tika veikta roku dezinfekcija un uzvilkti sterili cimdi. Pirmajam pacientam tika atsūkts sekrēts ar sterilu katetru, tā konsistence un krāsa bija norma, tā tika novērtēta.

Brūce bija tīra un tika apstrādāta ar Sol. NaCl 0,9% un uzlikts sterils pārsējs. Tika dezinficētas rokas un nomainīti cimdi. Otrajam pacientam sekretā bija asins piejaukums, kas norādīja uz sarežģījumiem. Ļoti ātri tika pasaukts ārsts, kas apskatot pacientu, secināja, ka kanile ir nedaudz dislocējusies un satraumējusi ādu. Tas tika ātri novērsts. Procedūra tika veikta vidēji 10 minūšu laikā un pēc darba uzdevuma izpildes respondente aizpildīja dokumentāciju. Tika arī dokumentēti abu pacientu vitālie rādītāji, kas bija normas robežās.

Respondentei nr. 6, kura konkrētajā dienā dežūrēja, nodālā bija 5 pacienti, un divi bija ar traheostomas caurulītēm. Abiem bija vidēji smags stāvoklis, bet stabils.

Pacienta nr. 1 veselības stāvokļi bija atlabšanas stadijā, ka tika pieņemts lēmums dienas gaitā pacientu pārvietot uz vispārējās aprūpes nodaļu māsu un ārstu uzraudzībai un ārstēšanai. Pirms pacienta pārvešanas respondente veica pārsēja nomaiņu traheostomas kaniles vietā.

Pacientam nr.2 vispārējais stāvoklis bija vidēji smags, un respondente veica gan kaniles kopšanu, gan sekretā atsūkšanu, gan ādas un brūces kopšanu.

Vērojot respondentes darbības, autore konstatēja, ka, veicot kaniņu, aprūpi, respondente procedūras veikšanas laikā, bija ar nesteriliem cimdiem, ar šiem cimdiem bija veikusi i/v injekciju citam pacientiem.. Atsūkšanai tika ņemts sterils katetrs. Brūce tika apstrādāta rūpīgi ar Sol.Na Cl 0.9%. Un tika pārsiets ar sterilu pārsiešanas materiālu. Pacienta gultas augstums tika pareizi noregulēts, bet garie mati netika sasieti astē, bet brīvi plivinājās uz pleciem, kas atkal paaugstina infekcijas risku. Darba uzdevumu, kaniņu aprūpi un sekretā atsūkšanu respondente veica apmēram 7 minūtes. Pēc sekretā atsūkšanas viņa novērtēja sekretā krāsu, konsistenci. Veikto procedūru māsa dokumentēja. Dokumentēja arī vitālos rādītājus. SpO2 un pulsu.

Analizējot pētījumā iegūtos datus pēc atbildēm, kas sniegtas intervijās, un, veicot respondentu novērošanu praktiskā vidē, aprūpējot pacientu ar traheostomas kanili, tika iegūta atbilde uz jautājumu, Kāda ir aprūpe pacientiem ar traheostomu stacionārā? Iegūtie rezultāti diemžēl pierāda, ka māsām, pacientu ar traheostomu aprūpē, nav vienotas pieejas. Tam par iemeslu ir gan nepietiekamas zināšanas, gan pieredzes trūkums. Māsas uzsver, ka arī pieejamā literatūra ir pārsvarā angļu valodā un tas ir iemesls, kas traucē māsām izglītoties.

SECINĀJUMI

1. Atbildot uz pētījuma jautājumu, aprūpi stacionārā pacientiem ar traheostomu galvenie aprūpes pamatprincipi ir ādas un brūces regulāra kopšana, piemērots pārsējs un tā regulāra nomaiņa. Laicīga sekrēta atsūkšana un tā novērtēšana.

2. Aprūpējot pacientus ar traheostomas kanili, katram pacientam tiek izvērtēta individuāla pieeja saglabājot vienotus galvenos aprūpes pamatprincipus.

3. Mūsu profesionālā pieredze ietekmē aprūpi pacientiem ar traheostomu. Ilgstoša profesionālā pieredze pozitīvi ietekmē pacientu ar traheostomu aprūpi. Augstas kvalitātes līmeni aprūpes procesā medicīniskais personāls spēj nodrošināt tikai sadarbība ar pacientiem vai to radniekiem. Personāls, kas ir laipns un ar vēlmi palīdzēt pacientu aprūpes procesā, spēj pielietot savas teorētiskās un praktiskās zināšanas. Tādam personālam, pacienta radniekiem var uzticēties un abpusējas sadarbības dēļ, var sasniegt augstāko aprūpes līmeni.

4. Māsām ir nepieciešamas tālākizglītības programmas, lai pilnveidotu savas zināšanas un prasmes pacientu ar traheostomas kanili aprūpē. Daļu informācijas māsas apgūst no dažādiem informācijas avotiem, piemēram, medicīniskiem žurnāliem/laikrakstiem, interneta vides. Medicīniskajam personālam ir jānodrošina, gan savus kolēģus, gan pacientus un arī pacientu radniekus ar svarīgo informāciju par aprūpes īpatnībām un traheostomas kopšanu.

Iegūtie rezultāti ir attiecināmi tikai uz pētījumā iesaistīto stacionāru, nelielā pētījuma respondentu skaita dēļ.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

1. **Лебединский К.М., Мазурок В.А., Нефедов А.В.** *Основы респираторной поддержки.* Sankt – Pēterburga, 2006. 206 lpp.
2. **Мухина С.А., Тарновская И.И.** *Основы сестринского дела.* Maskava, 2002, 353 lpp.
3. **Сатишур О.Е.** *Механическая вентиляция лёгких.* Maskava, Medicīnas literatūra, 2006, 334 lpp.
4. **Кассиль В.Л., Выжигина М.А., Лескин Г.С.** *Искусственная и вспомогательная вентиляция лёгких.* Maskava, „Medicīna”, 2004, 478 lpp.
5. **Фокин М.С., Горячев А.С., Савин И.А., Горшков К.М., Щепетков А.Н.** *Трахеостомия у нейрохирургических больных.* Maskava, 2007, 60 lpp.
6. **Priede Kalniņa Z.** *Māsas prakse pamatota teorijā* WI USA, 1998. 79.-81.lpp.
7. **VIRGINIJA HENDERSSON AND HER TIMELESS WRITING**
<http://www.unc.edu/~ehallora/henderson.htm> [aplūkots 08.03.2016]
8. **Plakane L., Aivars J., Ozoliņa-Moll L., Sviķis I., Eglīte K.** *Fizioloģija: Praktiskie darbi (3. papildinātais izdevums), / J.Aivara redakcijā.- Rīgā: Latvijas Universitāte, 2008,*
9. **Valtneris A.,** *Cilvēka fizioloģija”, 1995, 35 lpp*
10. **Aberberga-Augškalne L., Koroļova O.,** *Fizioloģija ārstiem”, Rīga, Nacionālais apgāds, 2007, 8-36 lpp*
11. **Greenwood JC, Winters ME.** *Tracheostomy care. In: Roberts JR, ed. Roberts and Hedges Clinical Procedures in Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014.g. 38 – 41 lpp*
12. **Манучарян К.Г.** *Основы сестринского дела. Уход за стомой.* Metodiskie materiāli, Belorečenska medicīnas koledža, 2010, 56 lpp.
13. **Claudia Russell, Basil Matta** *Tracheostomy A Multiprofessional Handbook* Cambridge University Press; 1 edition 2004.g. 18-32 lpp
14. **Голенков А.В., Ашмарин М.П.** *Медицинская сестра, 2010.-N 2, 15-18.lpp.*
15. *Tracheostomy Care Guidelines, Nepean Hospital, 2005. 33 lpp.*
16. *Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas pamatspecialitāte, mācību materiāli. Nacionālais Apgāds, 2009. 471 lpp.*

17. *Tracheostomy a multiprofessional handbook edited by Claudia Russel.* Basil Malta Greenwich Medical Media Limited, 2004, 404 lpp.
18. *Tracheostomy Care Guidelines.* St. James's hospital Nursing Administration, 2008, 49 lpp.
19. *Medicīniskās aprūpes rokasgrāmata.* Jumava, 2001, 1413 lpp.
20. *Стандарты ухода за взрослыми больными с временной трахеостомой*
Подготовлено от имени Совета Общества Интенсивной терапии: Simon Mackenzie, Paul Murphy, Andrew Bodenham, Dominic Bell, Steve Bonner, Fiona Branch, Deborah Dawson, Paul Morgan, Одобрено советом ICS: 2008 43 lpp.
21. *Sydney West area health service. Tracheostomy care guidelines. Nepean Hospital. April 2005*
22. Guidelines for Care of patients with a Tracheostomy tube Pieejams:
<http://www.nhsggc.org.uk/about-us/professional-support-sites/shock-team/guidelines-for-care-of-patients-with-a-tracheostomy-tube/> [apskatīts 11.10.2016]
23. Tracheostomy: care and management review. Pieejams:
<http://www.gosh.nhs.uk/health-professionals/clinical-guidelines/tracheostomy-care-and-management-review> [apskatīts 11.10.2016]
24. **Morris Dr.L., Dr. Afifi. M.S.** *Tracheostomies* Springer Publishing Company 2010.g. 12- 245 lpp
25. Tracheostomy management Pieejams:
http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Tracheostomy_Management_Guidelines/ [aplūkots 13.10.2016]
26. Tracheostomy Care Guidelines Guidelines Number: SJH:N(G):009 Pieejams :
[http://www.stjames.ie/GPsHealthcareProfessionals/ConferencesCourses/TracheostomyTalks/Tracheostomy%20Guidelines%20\(2013\).pdf](http://www.stjames.ie/GPsHealthcareProfessionals/ConferencesCourses/TracheostomyTalks/Tracheostomy%20Guidelines%20(2013).pdf) [aplūkots 13.10.2016]
27. Tracheostomy Care and Complications in the Intensive Care Unit. Pieejams:
<http://www.aacn.org/wd/Cetests/media/C135.pdf> [aplūkots 14.10.2016]
28. **Dr. McGrath B.A.** *“Comprehensive Tracheostomy Care: The National Tracheostomy Safety Project Manual”* WILEY Blackwell 2014.g. 12 lpp
29. Tracheostomy care & management. Pieejams:
[http://www.nygh.on.ca/cerner/bt/files%5CCONTENT_Day_2%5CTracheostomy%5CTracheostomy%20Care%20&%20Management,%20%20revised%20jan%202015%20\(3\).pdf](http://www.nygh.on.ca/cerner/bt/files%5CCONTENT_Day_2%5CTracheostomy%5CTracheostomy%20Care%20&%20Management,%20%20revised%20jan%202015%20(3).pdf)
[apskatīts 14.10.2016]

30. Traceostomy care. Pieejams:
<http://my.clevelandclinic.org/services/head-neck/treatments-services/tracheostomy-care>
[apskatīts 14.10.2016]
31. A New Model of Tracheostomy Care: Closing the Research–Practice Gap.
Pieejams: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol3/clair.pdf> [apskatīts 14.10.2016]
32. Уход за трахеостомой, алгоритм. Pieejams :
<http://sestrinskoe-delo.ru/manipulyatsii/uchod-za-tracheostomoy-algoritm>
[apskatīts 14.10.2016]
33. Уход за трахеостомической трубкой. Pieejams:
<http://www.medkv.ru/traheostomicheskie-trubki-uhod-zamena.html> [apskatīts
15.10.2016]
33. *«Трахеостома? Жизнь продолжается!»*. Sankt-Peterburga, 2014, 48 lpp.

PIELIKUMI

Intervijas protokols

5. Jūsu darba stāžs intensīvās terapijas nodaļā?
6. Vai Jūs strādājat vēl kāda cita profila nodaļā, ja jā tad kādā?
7. Jums nodaļā bieži nākas aprūpēt pacientus ar traheostomu?
8. Pacientus ar kāda veida traheostomas caurulītēm Jums nākas aprūpēt?
9. Kādos gadījumos un cik reizes dienā Jūs veicat sekretā atsūkšanu caur traheostomu?
10. Kam Jūs pievēršat uzmanību, veicot sekretā atsūkšanu caur traheostomas?
11. Kādu šķīdumu Jūs izmantojat ādas apstrādei ap traheostomu?
12. Cik reizu dienā Jūs veiciet pārsēja maiņu ap traheostomu un kādu materiālu izmantojat?
13. Kādos gadījumos pacientiem tiek mainīta traheostomas kanīle?

Pamatojiet savu atbildi!
14. Kādā veidā / vai no kādiem avotiem Jūs iegūstat nepieciešamo informāciju par traheostomas aprūpi?

Novērošanas protokols**Datums** _____**Novērojuma uzsākšanas laiks** _____**Novērojuma beigu laiks** _____

Traheostomas kanile	Jā	Nē	Piezīmes
Ar manšeti			
Ar dubulto maināmo iekšējo kanili			
Kaniles izmērs			
8 mm			
9 mm			
Sekrēta atsūkšana			
Sterils katetrs			
Atsūkšanas ilgums			
10 sekundes			
15 sekundes			
Ilgāk par 15 sekundēm			
Brūces kopšana: apstrādei izmantotais šķīdums			
Sol. Na Cl 0,9%			
Sol. Hlorhexidīni			
Pārsiešanas materiāls			
Sterils materiāls			
Brūces izskats			
Apsārtums			
Asiņošana no brūces			
Tīra brūce			

Pacienta vitālie rādītāji			
SpO2			
Pulss			

SIA “ X Slimnīcas ”
X slimnīcas valdes priekšsēdētājam

Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes
Profesionālās augstākās izglītības
Bakalaura studiju programmas
“Māszinības” studentes

iesniegums.

Lūdzu atļaut veikt bakalaura darba pētījumu par tēmu “Pacientu ar traheostomu aprūpe stacionārā” Jūsu vadītajā X slimnīcā laika periodā no 05.04.2016. līdz 20.05.2016.

Iegūtie dati būs anonīmi, konfidenciāli un tiks izmantoti tikai manā bakalaura darbā.

05.04.2016.

KONTENTANALĪZE

Iegūto datu kontentanalīze

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
1. Jūsu darba stāžs intensīvās terapijas nodaļā?		
<p>„25 gadi, jo man patīk šī profila nodaļas”</p> <p>„Viens gads, jo tikko pabeigta izglītības iestāde”</p> <p>„Četri gadi, jo salīdzinoši nesen pārcēlos uz šo pilsētu”</p> <p>„Trīs gadi”</p> <p>„Desmit gadi, patīk man šis darbs, kustība un patstāvīga darba esamība.”</p> <p>„Divi gadi, jo tikko iznākusi esmu no dekrēta.”</p>	<p>Māsas darba kvalitāte</p> <p>Māsas kompetence</p> <p>Informācijas zināšanas</p>	<p>Pieredze un profesionalitāte</p> <p>Personīgā izaugsme</p> <p>Atbildības sajūta</p>
2. Vai Jūs strādājat vēl, kāda cita profila nodaļā, ja jā tad kādā?		
<p>„Protams, jo vienā profila darbā nevar iegūt pietiekamas zināšanas, kas noder tālākai izaugsmei.”</p> <p>„Nē, jo nav jau tas vecums, lai strādātu vairākās darbavietās”</p> <p>„Jā, jo ir daudz māsu, kas apvieno darbu dažādu profilu nodaļās.”</p>	<p>Māsas darba kvalitāte</p> <p>Māsas kompetence</p> <p>Māsas motivācija</p>	<p>Personīgā izaugsme</p> <p>Motivācija</p>

3. Jums nodaļā bieži nākas aprūpēt pacientus ar traheostomu?		
<p>„Nesanāk bieži, jo šajā profilā strādāju nesen”</p> <p>„Jā, pacientus ar traheostomu sanāk aprūpēt arvien biežāk”</p> <p>„Protams, traheostomas ir neatņemama intensīvās terapijas daļa.”</p>	<p>Māsas darba kvalitāte</p> <p>Zināšanu pareiza pielietošana.</p> <p>Kvalitatīvāks aprūpes process un aprūpes nodrošinājums</p>	<p>Darba vide</p> <p>Pieredze un profesionalitāte</p>
4. Pacientu ar kāda veida traheostomas caurulītēm Jums nākas aprūpēt?		
<p>„Biežāk tie ir pacienti ar specializētām plastmasas caurulītēm.”</p> <p>„Ar patstāvīgajām traheostomām ir biežāk, bet retos gadījumos sanāk arī aprūpēt ar pagaidu traheostomām.”</p> <p>„Neesmu vēl saskārusies ar traheostomas kanilēm.”</p>	<p>Māsas darba kvalitāte</p> <p>Kvalitatīvas aprūpes nodrošinājums.</p> <p>Zināšanu pareiza pielietošana</p>	<p>Aprūpe</p> <p>Pieredze un profesionalitāte</p>
5. Kādā gadījumā un cik reizes dienā Jūs veicat sekrēta atsūkšanu caur traheostomu?		
<p>„To nosaka katram pacientam individuāli.”</p> <p>„Katram pacientam ir savādāk, jo tas ir atkarīgs no pacienta stāvokļa, sekrēta izdalīšanās, asiņošana.”</p>	<p>Pareiza aprīkojuma lietošana</p> <p>Pacienta aprūpes nodrošinājums</p> <p>Atbildības sajūta pret slimnieku</p>	<p>Aspirācijas risks</p>
6. Kam Jūs pievēršat uzmanību, veicot sekrēta atsūkšanu caur traheostomu?		
<p>„Galvenais faktors ir atsūktā sekrēta krāsa un konsistence.”</p> <p>„Arī jāpievērš vērība ādas stāvoklim.”</p>	<p>Pareiza aprīkojuma lietošana</p> <p>Zināšanu pielietošana</p> <p>Atbildības sajūta pret slimnieku</p> <p>Aprūpes nodrošinājums.</p>	<p>Asiņošanas risks</p> <p>Infekcijas risks</p>

7. Kādu šķīdumu Jūs izmantojat ādas apstrādei ar traheostomu?		
„Protams, ka Sol. NaCl 0.9%”	Pareiza zināšanu pielietošana Māsas kompetence	Infekcijas risks
8. Cik reižu dienā Jūs veiciet pārsēja maiņu ap traheostomu un kādu materiālu izmantojat?		
„Pēc vajadzības.” „Atkarīgs no pacienta stāvokļa, bet vismaz reizi 8 stundās.” „Pēc vajadzības un izmantojam pārsējam sterilas salvetes un brūces apstrādājam ar Sol. NaCl 0.9%”	Zināšanu pielietošana praksē Māsas kompetence Aprūpes nodrošinājums.	Infekcijas risks
9. Kādā gadījumā pacientiem tiek manīta traheostomas kanīle?		
„Apmēram, ik pēc 7-14 dienām” „Atkarīgs no pacienta stāvokļa, jo ja daudz sekrēta, tad nomainīta, tiks ātrāk.”	Māsas kompetence Zināšanu pielietošana Atbildības sajūta pret slimnieku	Infekcijas risks
10..Kādā veidā / vai no kādiem avotiem Jūs iegūstat informāciju par traheostomas aprūpi?		
„Lasu pieejamos materiālus internetā.” „Apguvu visu informāciju specializētosursos.” „Meklēju papildu materiālus ārzemju literatūrā.”	Jaunu zināšanu iegūšana Kvalifikācijas paaugstināšana Personāla kompetence	Informācijas iegūšana

DOKUMENTĀRĀ LAPA

Bakalaura darbs „Pacientu ar traheostomu aprūpe stacionārā” 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: _____
(personiskais paraksts) _____
(vārds, uzvārds)

Rekomendēju/nerekomendēju darbu aizstāvēšanai

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

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

Darbs iesniegts LU Medicīnas fakultātē _____
(datums)

Lietvede Anita Jankovska _____
(paraksts)

Bakalaura darbs aizstāvēts bakalaura gala pārbaudījumu komisijas sēdē _____ 2016.,
prot. Nr. _____.

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