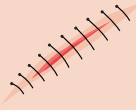


SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KIRURGIJI



HOTEL THERMANA
PARK LAŠKO,
10.–11. 3.
2023

SODOBNA ZDRAVSTVENA NEGA KIRURŠKEGA PACIENTA

Zbornik prispevkov

SODOBNA ZDRAVSTVENA NEGA KIRURŠKEGA PACIENTA – Zbornik prispevkov

Izdala in založila:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA STROKOVNIH
DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

Ob železnici 30 a

1000 Ljubljana

Glavna in odgovorna urednica: Adrijana Debelak

Programski odbor: Adrijana Debelak, Tjaša Kladnik, Zorica Panič, Lidija Fošnarič,
Lucija Rebernik, Karmen Spacal Jakomin, Igor Robert Roj, Mateja Košak Gregorič,
Doris Štuhec

Organizacijski odbor: Adrijana Debelak, Lucija Rebernik, Doris Štuhec, Lidija Fošnarič,
Tjaša Kladnik

Recenzentka: pred. dr. Mirjam Ravljen

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v
Ljubljani

COBISS.SI-ID 144309251

ISBN 978-961-95775-2-3 (PDF)

Oblikovanje in tisk: Barbara Kralj, PRELOM d. o. o.

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2023

Program strokovnega srečanja z učnimi delavnicami

Petek, 10. 3. 2023

08.00–09.00	Registracija udeležencev
09.00–09.10	POZDRAVNI GOVOR
09.10–09.30	SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KIRURGIJI SKOZI ŠTIRI DESETLETJA RAZVOJA • Adrijana Debelak, dipl. m. s., univ. dipl. org.
09.30–11.00	V SVETU, KJER SI LAHKO KARKOLI, BODI VIR OPTIMIZMA! • Helena Zajec, NLP trianer, Jungian Coach, OHTC Hipnoterapevtka
11.00–11.20	ČUSTVENA STABILNOST ZDRAVSTVENEGA DELAVCA JE DOPRINOS K KVALITETNEJŠI IN VARNEJŠI OBRAVNAVI PACIENTA • Tjaša Kladnik, dipl. m. s.
11.20–11.30	SIMPOZIJ
11.30–11.40	MINUTE ZA DISKUSIJO
11.40–12.00	<i>Odmor</i>
12.00–12.20	URGENTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA PACIENTA S TRIMALEOLARNIM ZLOMOM GLEŽNJA • Maja Zalokar, dipl. m. s.
12.20–12.40	SPREJEM PACIENTA Z OBSEŽNO OPEKLINSKO POŠKODBO • Sladjana Cimirotić, dipl. m. s., mag. vzg. in menedž. v zdr.
12.40–13.00	IZBOLJŠANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA KOT POSLEDICA SPREMEMBE ŽIVLJENJSKEGA SLOGA IN BARIATRIČNEGA POSEGA • Petra Fužir Andonovska, dipl. m. s.
13.00–13.10	SIMPOZIJ
13.10–13.20	MINUTE ZA DISKUSIJO
13.20–14.30	<i>Kosilo</i>

V ČASU KOSILA SE BODO IZVEDLE VOLITVE PREDSEDNIKA SEKCIJE TER VSEH OSTALIH ČLANOV IZVRŠNEGA ODBORA SEKCIJE

14.30–14.50	ZDRAVLJENJE PACIENTA S POMOČJO ECMO • Boris Robič, dr. med., spec. kardiološke kirurgije
14.50–15.10	VLOGA PERFUZIONISTA PRI ZDRAVLJENJU PACIENTA Z ECMO • Gregor Cvilak, dipl. zn., perfuzionist
15.10–15.30	ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA PO OPERACIJI ANEVRIZME ABDOMINALNE AORTE • Ines Dujc, dipl. m. s.
15.30–15.50	OPERACIJE VRATNIH ARTERIJ- VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE • Jelena Prodić, dipl. m. s., Lara Čižmašija, dipl. m. s.
15.50–16.10	TIMSKI PRISTOP PRI OSKRBI KRONIČNE RANE • Miloš Podkonjak, dr. med, specializant splošne kirurgije
16.10–16.30	BOLEČINA- PRIJATELJICA ALI SOVRAŽNICA • mag. Rešetič Jožica
16.30–16.40	SIMPOZIJ
16.40–16.50	MINUTE ZA DISKUSIJO
19.00	<i>Večerja</i>

RAZGLASITEV REZULTATOV VOLITEV NOVEGA PREDSEDNIKA IN ČLANOV IZVRŠNEGA ODBORA SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KIRURGIJI

Sobota, 11. 3. 2023

08.15–09.00	Registracija udeležencev
09.00–09.20	REKONSTRUKCIJE V PLASTIČNI KIRURGIJI Ana Katarina Vujkovic Mahmutović, dr. med.
09.20–09.40	SPREJEMANJE VIZUALNIH IN FUNKCIONALNIH SPREMENB PO OPERACIJI V PREDELU OBRAZA • Dr. Marjeta Logar Čuček, dipl. m. s., spec. manag.
09.40–10.00	CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA PO TOTALNI ENDOPROTEZI KOLKA • Tjaša Ribaš, dipl. m. s., Brigita Kovačec, dipl. m. s.
10.00–10.10	SIMPOZIJ
10.10–10.20	MINUTE ZA DISKUSIJO

UČNE DELAVNICE (vsaka učna delavnica se ponovi 3x)

	UČNA DELAVNICA 1
10.20–11.20	SODOBNI PRISTOPI PRI OSKRBI AKUTNE IN KRONIČNE RANE • Hubert T. Terseglav Tomazin, dipl. zdrav., ET in Anita Rošič, dipl. m. s., ET
	UČNA DELAVNICA 2
11.20–12.20	MERJENJE PERFUZIJSKIH TLAKOV, DOLOČITEV GLEŽENJSKEGA INDEKSA TER KOMPRESIJSKA TERAPIJA Z NAMEŠČANJEM KOMPRESIJSKIH NOGAVIC PACIENTU PO OPERACIJI KRČNIH ŽIL • Lidija Fošnarič, mag. zdr. nege
12.20–13.00	<i>Odmor</i>
	UČNA DELAVNICA 3
13.00–14.00	MOČ NEVERBALNE KOMUNIKACIJE • Adrijana Debelak, dipl. m. s., univ. dipl. org.
14.00–14.20	ZGODBE IZ ZAVETIŠČA: LJUDJE Z OBROBJA SODOBNE DRUŽBE • Mateja Rožman, dipl. m. s., ET
14.20–15.20	KAKO BITI V REDU • Aljoša Bagola
15.20–15.30	MINUTE ZA DISKUSIJO
15.30	Zaključek izobraževanja

SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V KIRURGIJI SKOZI ŠTIRI DESETLETJA RAZVOJA

Adrijana Debelak, dipl. m. s., univ. dipl. org.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Služba za koordinacijo specialistične ambulantne dejavnosti
adrijana.debelak@gmail.com

IZVLEČEK

1.10.2022 smo se s slavnostno akademijo poklonili 40-letnici delovanja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, ki deluje pod okriljem Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Obletnico smo v Portorožu proslavili s posebnimi in hkrati realističnimi in aktualnimi temami življenja. Darinka Klemenc, dipl. m. s., nam je kirurško zdravstveno nego v luči poklicne etike predstavila teoretično kot s slikovitimi primeri iz prakse podprta etična načela. Ksenija Benedetti, vodja Akademije za poslovni protokol, je poudarek predavanja namenila primerni komunikaciji v zdravstveni ustanovi. Obe predavanji sta nam priklicali nasmeh na obraz, hkrati pa smo zelo hitro spoznali, da imamo v klinični praksi zelo veliko prostora za izboljšave. Igor Robert Roj, dipl. zn., univ. dipl. org., je predstavil področje transplantacijske dejavnosti v Sloveniji z naslovom Darovati ali ne darovati, to je zdaj vprašanje. Dr. Aleksander Zadel, specialist klinične psihologije, nas je ponesel v razmišljanje Živeti, pomeni sprejemati odločitve. Večinoma smo se odločili, da bomo živeli.

Dogodek smo nadaljevali v slogu slavnostne akademije s podelitvijo priznanj vsem nekdanjim predsednicam Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji.

Velika množica strokovnjakinj in strokovnjakov, ki poleg pacientov »neguje« tudi lastno organizacijo in udejanja svoje poslanstvo, si praznovanje več kot zasluži. Izvajalci zdravstvene in babiške nege in oskrbe, ki predstavljamo več kot polovico vseh zdravstvenih delavcev v državi, smo ključni za sistem zdravstva in stebri vsake zdravstvene, socialnovarstvene in sorodne institucije, kjer je govora o zdravju ali bolezni. Praznujemo torej s ponosom, z zavedanjem, da se razvoj stroke in organizacije ob takšnih prelomnicah ne ustavlja, kvečjemu obratno, dogodek nam daje novih moči in idej za nadaljnjo rast in razvoj, poglobljeno razvijanje profesionalne skrbi za človeka,

bolnega ali zdravega, v vseh življenjskih obdobjih, situacijah in okoliščinah.

Razvoj sekcije si zasluži pogled skozi prizmo zgodovine, pogled za nazaj, tudi za soočanje s sedanostjo in postavljanje vizije za naprej.

Ključne besede: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, 40 let

Sedanja Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji je bila ustanovljena pod tedanjim okriljem Zveze društev medicinskih sester z nazivom Sekcija kirurških medicinskih sester. Pobudnica za ustanovitev je bila Greta Zver 1. oktobra 1982, torej pred 40 leti.

GRETA ZVER je bila predsednica sekcije med leti 1982–1986, 1988–1990 in 1993–2001.

Ustanovitev sekcije je sovpadala s prvim izobraževanjem, na katerem so bile predavane teme iz kirurgije v smislu timskega pristopa. Predavali so zdravnik specialist predavanega področja in medicinska sestra, ki je delovala na omenjenem področju ali medicinski tehnik, pa tudi fizioterapevti zaradi timskega pristopa. Prisotnih je bilo 117 poslušalcev, kotizacija je bila 400 din.

Že decembra istega leta je bilo organizirano drugo izobraževanje, ki ga je pripravil Pediatrični oddelek kirurških strok Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana.

V svojih mandatih je Greta Zver vsako leto poskrbela za eno izobraževanje spomladi in eno jeseni, običajno za dvodnevno izobraževanje, vedno na drugi lokaciji v Sloveniji.

Predavanja so bila organizirana tako, da ne samo, da so se dotikala kirurških tem, izobraževanja so potekala tudi na temo bolnišničnih infekcij, medosebnih odnosov in timskega dela. Strokovni program je bil popestren z medicinsko razstavo ter modno revijo. V sklopu izobraževanj je sekcija organizirala tudi ekskurzije in ogleda novih kirurških oddelkov kot ogleda

novoustanovljenih ali strokovno naprednih oddelkov slovenskih bolnišnic.

Na rednih sestankih in občnih zborih so v času njenega predsedovanja govorili o delu in naprednih znanjih sekcije, pa tudi finančnem stanju.

Sekcija je skušala ujeti enotno metodo dela na kirurškem področju po celi Sloveniji.

Ves čas njenega predsedovanja se je sodelovalo tudi s predstavniki delovnih organizacij farmacevtske in kemične industrije, ki so jih tako sprotno seznanjali z novostmi na tem področju.

19. novembra 1990 Greta Zver v letnem poročilu zapiše:

»Človeku je toplo pri srcu, ko malo utrujen predaš delo, ki si ga ustanovil na lastno iniciativo, ga opravil z vsem žarom in nazadnje slišiš od kolegic: »Še več takšnih seminarjev sekcije kirurških medicinskih sester si želimo.«

Z zadovoljstvom moram priznati, da je sekcija resnično dosegla svoj cilj, cilj, ki si ga je zadala ob ustanovitvi, in sicer strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, da bi nudili zdravstveno nego na najvišji stopnji svoje pristojnosti, da bi se z vsem elanom trudili za ohranjanje življenja, ki je tako dragoceno in na žalost samo eno.«

18. maja 1993 je v poročilu strokovnega seminarja zapisano:

» ... Vsi predavatelji so bili z Onkološkega inštituta Ljubljana in s Klinike za plastično kirurgijo in opeklino Ljubljana.

Predavanja so bila podana na visoki strokovni ravni, zelo dobra, izčrpna in na koncu predavanja so bile živahne diskusije.

Udeležba na seminarju je bila ogromna, dvorana je bila polno zasedena (360 udeležencev).«

V letu 1994 so predavanja zajela tudi mejna področja kirurgije, da so s tem zainteresirali večji avditorij. Povprečno je bilo na izobraževanjih 200 pasivnih udeležencev.

V letu 1995 je vsebina na dvodnevem seminarju poleg kirurških tem zajemala, tudi kako vzpostaviti dobre medsebojne odnose v timu, nego umirajočega bolnika ...

Leta 1996 je sekcija Greto Zver predlagana za zlati znak Zbornice zdravstvene nege Slovenije.

Leta 1997 je bil na sestanku sprejet sklep, da člani izvršnega odbora sekcije na strokovnih seminarjih ne bodo plačevali kotizacije. V času njenega tretjega mandata je bil izdan drugi zbornik predavanj s prispevki predavateljev. Prvi zbornik predavanj pa so izdali ob 10. obletnici delovanja sekcije leta 1992.

Vse od leta 1997 do danes je tako vsako leto ob izobraževanju izdan zbornik vseh predavanj.

Naj omenim še letnico 2000, ki jo zaznamuje preimenovanje Sekcije kirurških medicinskih sester v Sekcijo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji.

Greta Zver od ustanovitve pa do leta 2001 ostaja zelo aktivna članica sekcije, tudi ko ni bila predsednica je veliko predavala tako v Sloveniji kot tujini.

MIRJANA MILOŠEVIČ je bila predsednica sekcije med letoma 1986 in 1988. Nadaljevala je vodenje sekcije v stilu rdeče niti Grete Zver, ki ji je bila v veliko pomoč, saj je ostala članica izvršnega odbora.

Iz zapisnikov je mogoče v obdobju njenega predsedovanja razbrati prvič omenjeni izvoljeni širši odbor sekcije, ki ga je sestavljalo 12 članov (iz vsake slovenske bolnišnice po en član).

Izobraževanja so potekala na temo povezovanja vseh sodelavcev kirurškega tima, na temo bolečine, psihičnih stanj pacienta na kirurških oddelkih.

V poročilu je Mirjana Milošević leta 1988 zapisala:

»Na seminarjih se seznanjamo z novostmi na področjih kirurgije in zdravstvene nege kirurških bolnikov. Sekcija se trudi, da sistematično obdeluje celotno kirurško področje. Podobno se zavedamo, da medicinske sestre in tehniki moramo biti široko strokovno razgledani, da lahko nudimo zdravstveno nego na najvišji stopnji svoje pristojnosti. S tako zdravstveno nego bomo pomagali bolniku za čimprejšnje okrevanje, od zdravnika pa si pridobimo še tako potrebno znanje. Predvsem so pestre diskusije pri vsakem predavanju, saj ravno v diskusijah menjamo svoje izkušnje, mnenja in navade. Po napornem dnevu pa se priliježe družabni večer, v katerem sestre rade pokramljamo.«

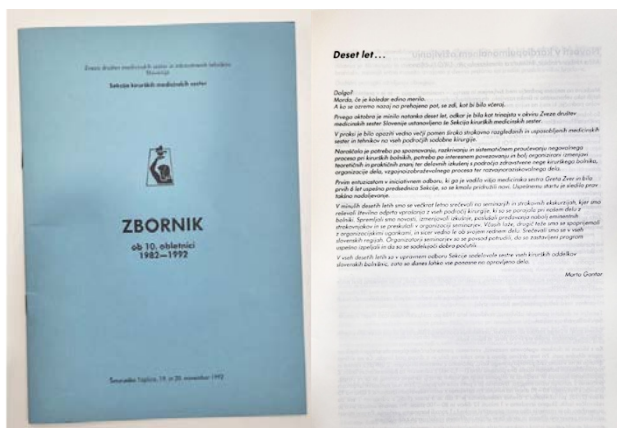
MARTA GANTAR je bila predsednica sekcije med letoma 1990 in 1992. Marta Gantar se je leta 1970 zaposlila v Splošni bolnišnici Novo mesto na kirurškem oddelku kot srednja medicinska sestra. Po nekaj letih dela se je vpisala na Višjo šolo za zdravstvo v Ljubljani in jo 1983 končala. V 36 letih delovne dobe je spoznala delo na različnih enotah kirurgije. Začela je v enoti intenzivne nege, nadaljevala v operacijski sobi kot operacijska medicinska sestra in nato na oddelkih kirurgije kot glavna sestra kirurškega oddelka, kjer je delala vse do odhoda v pokoj.

Aktivno se je vključila v Društvo medicinskih sester Novo mesto, bila po en mandat predsednica Sekcije kirurških medicinskih sester v letih 1990–1992 in kasneje Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Sodelovala je pri ustanavljanju Društva za oskrbo ran DORS in v njem aktivno delala do upokojitve.

Vso delovno dobo je stremela k pridobivanju strokovne izobrazbe tako zase kot tudi za vse sodelavce v zdravstveni negi. Obiskovala je šolo za enterostomalno terapijo in si tako pridobila naziv enterostomalna terapevtka. Skozi njene dejavnosti

jo je pot pripeljala tudi do Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Novo mesto, ki jo je leta 1996 predlagalo za zlati znak, ki ga je tudi prejela.

Marta Gantar zase pravi, da je ponosna na prehojeno pot. *»Vsaka pot je predstavljala nove izzive, drugačno delo in prinašala nove sodelavce. Še danes ne vem, ali so bile moje odločitve prave ali ne. Vem pa zagotovo, če bi se danes odločala za poklic, bi bila moja odločitev ista in če bi imela možnost, bi si izbrala isto pot in iste sodelavce.«*



Vir: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

Odsek uvodnega besedila prvega izdanega zbornika sekcije ob 10. obletnici delovanja:

»V minulih 10 letih smo se večkrat letno srečevali na seminarjih in strokovnih ekskurzijah, kjer smo reševali številna odprta vprašanja z vseh področij kirurgije, ki so se porajala pri našem delu z bolniki. Spremljali smo novosti, izmenjevali izkušnje, poslušali predavanja najbolj eminentnih strokovnjakov in se preskušali v organizaciji seminarjev. Včasih laže, drugič težje smo se spoprijemali z organizacijskimi ugankami, in sicer vedno le ob svojem rednem delu. Srečevali smo se v vseh slovenskih regijah. Organizatorji seminarjev so se povsod potrudili, da so zastavljeni program uspešno izpeljali in da so se sodelujoči dobro počutili. V vseh 10 letih so v upravnem odboru sekcije sodelovale sestre vseh kirurških oddelkov slovenskih bolnišnic, zato so danes lahko vse ponosne na opravljeno delo.«

Gospa Marta Gantar je ob prejemu svečane zahvale povedala:

»V kolikor bi imela možnost še enkrat stopiti po tej poti, bi z veseljem stopila vsem izzivom na proti.« Z nasmeškom na obrazu pa dodala, da bi vse te obveznosti sprejela, če bi imela ob sebi tako krasne sodelavce, kot jih je imela v času predsedovanja.

Ponosna je, da je v času njenega mandata ob deseti obletnici kirurške sekcije izšel prvi zbornik. Pove, da je le-ta bil v primerjavi s sedanjimi zborniki zelo skromen, ampak za kirurško sekcijo neprecenljive vrednosti.

Takratno praznovanje desete obletnice je potekalo v Šmarjeških Toplicah, udeležba je bila neverjetno velika. Na prisrčen način opiše in pove, kako je na veliko množico obiskovalcev reagiral njen takratni sodelavec predstojnik dr. Morela, povzela ga je z besedami *»Ja, kaj si pa dala tem ljudem, da jih je toliko prišlo.«*

V zaključnih besedah večkrat tankočutno doda, da je bilo v času predsedovanja lepo in da brez podpore vseh kirurških sester slovenskih bolnišnic ne bi bila tako uspešna pri svojem delu, kot je bila.

LILJANA WIGELE je bila predsednica sekcije med letoma 1992 in 1993. Zaradi subjektivnih razlogov gospe Wigele so 18. maja 1993 na izobraževanju soglasno izvolili novo predsednico Greto Zver.

IRMA RIJAVEC je bila predsednica sekcije med leti 2001 in 2011. Irma Rijavec se je izobraževala na Višji šoli za zdravstvene delavce v Ljubljani in leta 1984 diplomirala. Od leta 1987 je delala na kirurgiji Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca v Šempetru pri Gorici. Čez deset let je prevzela naloge glavne medicinske sestre kirurške službe in to delo opravljala do leta 2019.

Od leta 1989 je bila članica kirurške sekcije in v njej aktivno sodelovala, tudi z organizacijo seminarja in s pripravo predavanja v Novi Gorici, kasneje od leta 2001 do leta 2011 je bila predsednica Sekcije kirurških medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. S profesionalnim delovanjem na področju kirurške zdravstvene nege ter organizacijo strokovnih izobraževanj je kar 10 let povezovala kirurške medicinske sestre in zdravstvene tehnike vse Slovenije.

Z usmerjenostjo k strokovnemu razvoju zdravstvene nege kirurškega področja svoje znanje in izkušnje podaja dijakom in študentom še danes.

Številne strokovne teme s kirurškega področja je uredila in zbrala v zbornikih predavanj ob vsakoletnih srečanjih sekcije. Z načelnim delovanjem skrbi še danes za učinkovito, predvsem pa varno zdravstveno nego kirurških pacientov. Njeno vodilo pri organiziranju in delu v zdravstveni negi je kakovostna in na pacienta osredotočena zdravstvena nega. Je skromna in predana stroki zdravstvene nege, je zagovornik pacienta in v bolnišnici že vrsto let članica etične komisije. Zavzema se za prepoznavnost in razvoj poklica medicinske sestre.

V 25 letih delovanja v Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji se je trudila uresničevati naloge Zbornice – Zveze in se vedno borila za pravice medicinskih sester in za njihovo kompetentnost in enakovrednost znotraj zdravstvenega tima.

Preden je Irma Rijavec postala predsednica sekcije, je bila članica njenega upravnega odbora kot po končanem predsedovanju do leta 2013.



Vir: <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/zlati-znaki/dobitniki-zlatega-znaka-za-let-2012/> (17.10.2022)

Pod predsednikovanjem Irme Rijavec je bilo vsako leto organizirano eno ali dvodnevno dobro obiskano izobraževanje, ki ga je spremljal zbornik predavanj.

Za svoje predano strokovno delo v zdravstveni negi kirurškega pacienta je Irma Rijavec leta 2009 prejela srebrni znak Društva medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov.

Irma Rijavec je leta 2012 prejela še zlati znak, ki ga podeljuje Zbornica – Zveza.

Gospa Irma Riivec je govor začela z zahvalo življenju, da ji je namenilo to pot, saj verjame, da ima vsak izmed nas nekje zapisano svojo pot. Pravi, da je vlogo predsednice dobila s strani ljudi, ki so v njej videli potencial in ji zaupali, saj je že po naravi človek, ki »deluje« in ne pusti stvari napol. Pove, da je nadaljevala cilj predhodnice gospe Grete Zver z željo, da bi nenehno izobraževali medicinske sestre. Posebno tiste, ki so že imele določena znanja in izkušnje z namenom, da bi usvojeno znanje predajale skozi predavanja, praktične delavnice ter skozi napisane tekste v zbornikih na naslednje, mlajše generacije.

Poudari, da nikoli ne smeš izgubiti vodila v življenju, temveč vedno delovati po najboljših močeh.

Tekom delovanja se je ves čas trudila, da bi v mlajših kolegih prebudila empatijo v želji in upanju, da bi pacient postal naša vrednota.

Hvaležna je za podporo kolegic, sodelavk in družine, ki so jo na tej poti predsedovanja podpirali. Doda, da ni bilo vedno lahko,

saj se je kirurška sekcija prebijala skozi težke čase, vendar je tudi takrat zbrala moči in se obrnila na ljudi, za katere je vedela, da ji ne bodo obrnili hrbta.

Zahvalo je zaključila na svojstven način, opomnila nas je, da je zdravje največja vrednota življenja in človeka ter dodala »Saj ko imaš zdravje, zmoreš vse«.

LIDIJA FOŠNARIČ je bila predsednica sekcije med leti 2011 in 2019. Gospa Lidija Fošnarič je srednjo zdravstveno šolo obiskovala v Celju, šolanje nadaljevala na Visoki zdravstveni šoli v Mariboru ter maja 2001 uspešno zagovarjala diplomsko delo in si pridobila naziv diplomirana medicinska sestra. Leta 2010 je magistrirala na Fakulteti za zdravstvene vede v Mariboru in pridobila strokovni naslov magistrica zdravstvene nege.

Leta 2001 se je zaposlila v Splošni bolnišnici Celje na Oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo v enoti za intenzivno nego. Leta 2010 je prevzela vodenje Centra za bolezni ožilja v Splošni bolnišnici Celje, kjer so oblikovali združeno (kirurško in internistično), usklajeno, multidisciplinarno zdravstveno obravnavo pacientov z žilnim obolenjem. Leta 2020 pa je sprejela velik izziv vodenja tima zdravstvene nege v Splošni bolnišnici Trbovlje. Je habilitirana predavateljica za področje zdravstvene nege in oskrbe na Univerzi v Mariboru, Fakulteti za zdravstvene vede, kjer poučuje študente s področja zdravstvene nege. V kliničnem okolju pa je mentorica številnim dijakom srednje zdravstvene šole kot tudi študentom ostalih fakultet za zdravstvene vede, ki prihajajo na klinično

usposabljanje. V njenem profesionalnem delovanju so v ospredju empatičnost, strokovnost in natančnost.

Ves čas svoje poklicne in akademske poti je še vedno aktivna članica Zbornice – Zveze in sledi njenim vrednotam. Je članica SLODA in članica komisije za strokovne nadzore Zbornice – Zveze za področje kirurške zdravstvene nege.

Lidija Fošnarič je leta 2011 zapisala: »Z namenom prepoznavnosti je strokovna sekcija pridobila logotip, ki ga je oblikovala članica izvršnega odbora Jana Lavtižar. Logotip predstavlja kirurško rano, ki zaobjema in povezuje vse kirurške stroke in s tem tudi medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki delujejo na kirurškem področju.« Na sestanku izvršnega odbora sekcije 17. oktobra 2020 je bilo sklenjeno, da se obstoječi logotip osveži, torej preoblikuje v novejšo obliko.

Izdelali sta ga Ana Vedlin in Adrijana Debelak marca 2022 in ga prvič predstavili na strokovnem izobraževanju 11. maja 2022 v Laškem.

V času predsedovanja Lidije Fošnarič v letih od 2011 do 2019 je sekcija vsakoletno organizirala eno dvodnevno izobraževanje z izdanim zbornikom predavanj z recenzijo. Teme izobraževanj so bile tako ozko kot širše usmerjene v kirurško področje, ki je zajemalo timsko in celostno obravnavo pacienta v kirurški zdravstveni negi.

Ne nazadnje kot pomembno je dejstvo, da je v vseh letnih poročilih 40 let, torej v času predsedovanja vseh šestih predsednic, sekcija vedno delovala finančno pozitivno.

LITERATURA

1. Dokumentacija arhiva Zbornica-Zveza
2. Dokumentacija arhiv sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji



Vir: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji



*Dobitnice zahval na ožjem strokovnem področju: Irma Rijavec, Marta Gantar, Lidija Fošnarič
(Vir: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji)*



*Izvršni odbor Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji v mandatnem obdobju 2019-2023: Igor Robert Roj, Adrijana Debelak, Karmen Spacal Jakomin, Mateja Košak Gregorič, Tjaša Kladnik, Doris Štuhec, Lidija Fošnarič, manjka Zorica Panič
(Vir: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji)*

ČUSTVENA STABILNOST ZDRAVSTVENEGA DELAVCA JE DOPRINOS K KVALITETNEJŠI IN VARNEJŠI OBRAVNAVI PACIENTA

Tjaša Kladnik, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Brežice, Kirurški oddelek

Tjasa.kladnik@sb-brezice.si

IZVLEČEK

Skoraj vsak človek se rodi s prirojeno zmožnostjo za čustveno inteligenco. Čustveno inteligentna oseba je v različnih življenjskih okoliščinah svoja čustva in razpoloženje sposobna obvladati. Čustveno inteligenco tvorijo štiri združene sposobnosti; samozavedanje, samoupravljanje, družbeno zavedanje ter upravljanje medsebojnih odnosov. Usvajanje čustvene inteligence je pomembno, saj resnično deluje in pripomore k obvladovanju stresa ter dobremu počutju. Če želimo biti uspešni in izpopolnjeni, se moramo kolikor se le da naučiti izkoriščati te sposobnosti, saj najboljše rezultate dosegajo prav tisti, ki uporabljajo mešanico razuma in občutkov.

Čustveno inteligentni ljudje doživljajo svet skozi »rožnata očala«. V odnose vstopajo s pozitivnim pristopom, z načinom delovanja pa uspejo stikati pristnejše medsebojne vezi. Pri svojem delu so uspešnejši, saj se ne ukvarjajo z nepomembnimi stvarmi, vendar svojo energijo raje usmerijo v pozitivne aspekte delovnega procesa. Namen članka je prebuditi ali dodatno spodbuditi posameznika, da dela na sebi, saj je to edina prava naložba za vse življenje.

Ključne besede: čustvena inteligenca, osebna rast, zdravstvena nega

Čustvena inteligenca je pogoj za čustveno stabilnost

Čustva so duševni procesi ali stanja, ki odražajo vrednostni odnos do zunanjega sveta ali sebe samega. Izrazijo se v situacijah, ki se nam zdijo pomembne. Čustveno inteligentna oseba je v različnih življenjskih okoliščinah, svoja čustva in razpoloženje sposobna obvladati (Vrbanc, 2021). Opisi čustvene inteligence, so stari toliko, kolikor ocene človeškega vedenja. Ljudje, ki negujejo čustveno inteligenco uspevajo tam, kjer se drugi spotikajo. Čustvena inteligenca je v nas nekaj »neotipljivega« (Bradberry in Greaves, 2008). Pomembno je, da čustveno

inteligentnost razvijamo, nadgrajujemo in povečujemo. To ni lastnost, ki nam je dana ali ne. Čustvena inteligenca nam omogoča, da smo optimistični in odločni, hkrati pa tudi sočutni, pravični in razumevajoči (Pejić in Zagorc, 2014).

Pri nas v Sloveniji se pomen čustvene inteligence uveljavlja počasneje, saj smo jo v praksi razlagali ravno za tisto kar ni. Čustveno inteligentni ne pomeni samo, da si prijazen in pomehkužen kot ženska. Prav tako čustvena inteligenca ni podedovan talent. Čustvene inteligence se učimo vse življenje. Za napredovanje in razvoji čustvene inteligence poznamo lep star izraz zrelost (Bahat Kmetič, 2019).

Skoraj vsak človek se rodi s prirojeno zmožnostjo za čustveno inteligenco. Nikakor ne moramo trditi, da je čustvena inteligenca del vseh, saj se pojavljajo polemike, glede posameznikov, kot na primer pri ljudeh z motnjami avtističnega spektra. Prirojena čustvena inteligenca se s časom lahko razvija ali upada zaradi življenjskih izkušenj, vpliv na to imajo čustvene izkušnje v otroštvu in obdobju odraščanja. Otrok do tretjega leta starosti ima le malo nadzora nad svojimi čustvi. Otrokom radi govorimo, naj se vedejo primerno – naj ne kažejo svojih čustev z jezo ali jokom. Nenehno opominjanje otroka, naj svoje čustva spremeni v sprejemljiva za okolico, lahko inteligentnega otroka privede do tega, da svoja čustva potlači (Wharam, 2012).

Hiter tempo življenja je ohromil tisti del človeka, zaradi katerega naj bi človek bil človek v pravem pomenu besede. Čustveno inteligenco zaokrožijo človekove čustvene potrebe, pobude, vrednote in oblikovanje človeškega vedenja. Od čustvene inteligence je odvisno, kako bo posameznik delal, v kolikšni meri bo uspešen na delovnem mestu in v odnosih do drugih. Pozitivne lastnosti, kot so odgovornost, družabnost, dobrotamernost krepijo odnose, medtem ko sebičnost, negativna naravnost, zahrbtnost, sovražnost slabijo medsebojne odnose in v njih delajo nepotrebno in nemalokrat nepopravljivo škodo. Lahko smo zelo inteligentni, visoko izobraženi, imamo delovne izkušnje in veselje do dela pa vendar v službi doživimo

neuspeh, če po čustveni inteligentnosti ne ustrezamo delovnemu mestu (Pejić in Zagorc, 2014).

Ljudje, ki ne uporabljajo svojih sposobnosti čustvene inteligence, so nagnjeni k temu, da bodo zelo verjetno uporabili druga, manj učinkovita sredstva za obvladovanje razpoloženja. Možnost, da postanejo zaskrbljeni, depresivni, odvisni od zdravil in da pomislijo na samomor je pri njih dvakrat večja. Čustvena inteligenca močno vpliva na posameznikov pozitiven pogled na življenje, njegovo srečo in zadovoljstvo. Ljudje, ki uporabljajo čustveno inteligenco, lažje sprejemajo okolje in se bolje počutijo v svoji koži. Neposredna povezava med čustveno inteligenco in dobrim počutjem je trden dokaz, kako pomembno je, da svoja čustva zaznamo, jih upoštevamo in z njimi nadziramo svoje vedenje. Bolj kot uporabljamo sposobnosti čustvene inteligence, več imamo od življenja. Bradberry in Greaves (2008) v svoji knjigi opozarjata na povezavo med čustveno inteligenco in dovzetnostjo za bolezen. Stres, zaskrbljenost in depresija slabijo imunski sistem in tako povečajo možnost, da zbolimo za katero koli boleznijo, od prehlada do raka. Bradberry in Greaves (2008) v literaturi poudarjata da v resnici obstaja povezava med čustveno napetostjo in resnimi oblikami bolezni, kakršna je rak. Avtorja Bradberry in Greaves (2008) dodajata, da s sposobnostmi čustvene inteligence, lahko pospešimo okrevanje telesa po bolezni. Ljudje, ki sposobnosti čustvene inteligence razvijejo med zdravljenjem, hitreje okrevajo po različnih boleznih. Pri ljudeh z življenjsko nevarnimi boleznimi, ki se učijo sposobnosti čustvene inteligence je dokazano, da se bolezen v manj primerih ponovi, pospeši se čas okrevanja in stopnja smrti je manjša.

Obstajajo različni testi za merjenje čustvene inteligence. Za posameznike, ki dosegajo večje število točk od povprečja velja (Wharam, 2012, str.16):

- imajo razvitejšo stopnjo samozavedanja,
- se zavedajo, kaj sproža njihova čustva,
- vedo, kaj jih motivira,
- njihovo splošno razpoloženje je vedrejšje in bolj optimistično,
- so prilagodljivi in zadovoljni s spremembami,
- imajo manj čustvenih izbruhov,
- premorejo več samodiscipline,
- na splošno so prijaznejši in bolj naklonjeni,
- imajo večje samospoštovanje,
- njihovo življenje je pristnejše kot življenje večine drugih.

Čustveno inteligenco tvorijo osebne spretnosti in družbene spretnosti

Čustveno inteligenco tvorijo štiri združene sposobnosti; samozavedanje, samoupravljanje, družbeno zavedanje ter upravljanje

medsebojnih odnosov. Samozavedanje in samoupravljanje, razkrivata kakšni smo, medtem ko družbeno zavedanje in upravljanje medsebojnih odnosov, razkrivata kakšni smo v odnosu do drugih.

Osebne spretnosti pomenijo zmožnost uporabe dveh pomembnih sposobnosti – samozavedanje in samoupravljanje. Omenjeni dve sposobnosti, se bolj dotikata človeka samega in ne toliko medsebojnih odnosov z drugimi.

Samozavedanje je zmožnost pravilnega dojemanja lastnih čustev v danem trenutku in razumevanja hotenj ob različnih dogodkih. Samozavedanje pomeni, da se znamo kar največkrat najustrezneje odzvati na tipične izzive, dogodke ali celo ljudi. Pomembno je globoko razumevanje nagnjenj, kar omogoča zmožnost hitrega razumevanja lastnih čustev. V kolikor strmimo k visoki stopnji samozavedanja, moramo biti pripravljeni na občutke nelagodja, ko se osredotočimo na morebitna negativna čustva. Vsekakor pa je treba razumeti tudi pozitivna čustva. Če želimo resnično razumeti lastna čustva, moramo o njih dovolj dolgo razmišljati in ugotoviti njihov izvor, ter zakaj so nas prevzela. Čustva imajo vedno nek namen. Ker se z njimi odzivamo na življenjske izkušnje, vedno od nekod izvirajo. Zdi se nam, da se zgodijo iznenada, zato je potrebno razumeti, zakaj so trenutne okoliščine dovolj pomembne, da v nas sprožijo nek odziv. Dogodki, ki sprožijo močna čustva, vedno zahtevajo globlji razmislek.

Samoupravljanje se zgodi, kadar ukrepamo ali ne ukrepamo. Odvisno je od samozavedanja. Predstavlja drug najpomembnejši del osebnih spretnosti. Samoupravljanje je zmožnost, da se z zavedanjem lastnih čustev znamo prilagajati in usmeriti vedenje v pozitiven izid. To pomeni, da čustvene odzive upravljamo glede na dogodke in ljudi. Neka čustva vzbujajo strah, le ta nas ohromi, tako razmišljanje postane zmedeno in nikakor ne moremo ukrepati na pravi način – če doumevamo, da moramo nekaj storiti. To so primeri, ko se samoupravljanje razkrije kot naša zmožnost, da dopustimo raziskovanje lastnih čustev. Ko enkrat razumemo obseg svojih čustev in jih sprejememo, se najboljša pot za ukrepanje pokaže kar sama (Bradberry in Greaves, 2008).

Družbene spretnosti

Družbene spretnosti pomenijo zmožnost razumevanja drugih ljudi in upravljanja *medosebnih odnosov*. Družbeno zavedanje pomeni, da pravilno ocenimo čustva drugih in razumemo kaj se v resnici z njimi dogaja. Pogosto to pomeni, da dojemamo, kaj drugi mislijo in čutijo, četudi sami čutimo drugače. Ker je najlažje obtičati v lastnih čustvih, pozabimo pogledati na zadevo še z druge perspektive. V upravljanju medosebnih odnosov so združene tri sposobnosti čustvene inteligence: samozavedanje, samoupravljanje in družbeno zavedanje. To je zmožnost uporabe, tako lastnih čustev, kot tudi čustev drugih,

da bi uspešno upravljali vzajemne odnose. Zagotavlja jasno komunikacijo in učinkovito obvladovanje sporov. Upravljanje medsebojnih odnosov je tudi vez, ki ljudi povezuje dolgoročno. Ljudje, ki tkejo dobre medsebojne odnose, se zavedajo njihove vrednosti in prepoznajo prednosti povezovanja z različnimi ljudmi, tudi s tistimi, ki jim niso všeč. Trdni odnosi so koristni, po njih bi morali hrepeneti in jih negovati. So plod našega razumevanja drugih, odnosa do njih in skupne preteklosti (Bradberry in Greaves, 2008).

Da bi izboljšali svoje življenje, se moramo naučiti aktivno poslušati in biti pripravljeni pogledati širše iz več zornih kotov. Naš način razmišljanja določajo geni. Lastno osebnost in izkušnje smo si začeli kopiciti v otroštvu. Večinoma smo prepričani, da se poznamo, zato je toliko bolj presenetljivo, ko ob reševanju nekaterih težav odkrijemo, da nam vse do danega trenutka ni uspelo prepoznati številnih moči in slabosti, ki jih nosimo v sebi (Pejić in Zagorc, 2014).

Čustvena inteligenca zmore več kot umska inteligenca

Čustvena inteligenca se dotika temeljnega elementa človeškega vedenja, ki se razlikuje od razuma. Ni opredeljeno, da bi bili čustvena in razumska inteligenca povezani, saj čustvene inteligence ni mogoče predvideti na osnovi tega, kako je nekdo pameten. Če ne pride do travmatskega dogodka, kakršna je poškodba možganov, inteligenčni kvocient ostane enak skozi vsa obdobja življenja, vse od rojstva. Inteligenca je naša zmožnost, da se učimo in je enaka ko smo stari šestnajst in šestdeset let. Čustvena inteligenca je prilagodljiva sposobnost, katere se zlahka naučimo. Drži da so nekateri ljudje po naravi bolj čustveno inteligentni kot drugi, vendar lahko visoko stopnjo inteligence razvijamo tudi, če je ob rojstvu nimamo.

Del nas je tudi osebnost, to je »slog«, ki določa vsakega izmed nas. Naša osebnost rezultira naše lastnosti, kakršno je naše nagnjenje k introvertiranosti in ekstravertiranosti. Tako, kot razumska inteligenca, niti osebnost, ni merilo napovedi čustvene inteligence. Tako kot razumska inteligenca se tudi posameznikova osebnost v življenju ne spreminja. Človek, začne razvijati osebnostne lastnosti zgodaj v otroštvu in ne izginjajo. Predvideva se, da ekstrovertiranost pripomore k višji ravni čustvene inteligence. Vendar družabni ljudje niso nič bolj čustveno inteligentni od ljudi, ki čas raje preživljajo sami s seboj. Osebnost nam lahko pomaga pri razvoju čustvene inteligence, vendar slednja ni odvisna od prve. Ob skupni oceni razumske inteligence, čustvene inteligence in osebnosti dobimo jasnejši vpogled v osebo. V kolikor vse tri izmerimo v enem posamezniku, vidimo, da se kaj dosti ne prekrivajo. Vsaka od njih pa pokriva edinstveno področje (Bradberry in Greaves, 2008).

Čustveno inteligenco bi lahko opisali kot sposobnost nekoga, da občuti. IQ, pa kot sposobnost nekoga da misli, z drugimi besedami bi lahko rekli, kar je čustvena inteligenca za srce, je IQ za možgane.

Ljudje z visoko čustveno inteligenco znajo prepoznati lastna čustva in čustva drugih. Boljši so v izražanju čustev, upravljanju čustev, predvsem v povezavi z mišljenjem in vedenjem. Učenje čustvene inteligence je pomembno, saj resnično deluje in pripomore k obvladovanju stresa ter dobremu počutju. Učenje čustvene inteligence je naraven proces osebne rasti (Wharam, 2012).

Čustvena inteligenca je tako kot splošna inteligenca pomembna v vsakdanjem življenju, tako v službi, kot doma. Za razliko od stopnje splošne inteligence je čustvena inteligenca toliko bolj pomembna pri delu z ljudmi, saj omogoča uspešno komunikacijo, sodelovanje, reševanje konfliktov ter znanja na področju samomotivacije in motivacije drugih (Vrbanc, 2021).

Čustvena inteligenca v zdravstveni negi

Od zaposlenih v zdravstveni negi se pričakuje, da bomo vedno prijazni in profesionalni do pacientov, njegovih bližnjih, sodelavcev in ostalimi ljudmi s katerimi vstopamo v kontakt. Samo z osebno integriteto in čustveno stabilnostjo bomo lahko rešili marsikateri spor, omilili nezadovoljstvo ter zgladili nesporazum. Vse navedeno pa je sestav čustvene inteligence. Se pravi, da je ravno čustvena inteligenca odločilen člen, ki lahko prevesi tehtnico v smer zadovoljstva ali nezadovoljstva (Nikolić, 2011). Čustveno inteligentni zaposleni, so pomemben kapital za ustanove, saj se zavedajo samih sebe, razumejo svoje razpoloženje, poznajo svoja čustva in motivacijske vzvode. Poznajo učinke svojega delovanja na druge ljudi, znajo realno oceniti svoje sposobnosti. To so ljudje, ki se zavedajo samega sebe in so sposobni nadzorovati impulzivne izbruhe, so temelj zaupanja in poštenosti na delovnem mestu (Pejić in Zagorc, 2014).

Izkoriščanje čustvene inteligence ni več smiselno imeti kot stvar izbire. Če želimo biti uspešni in izpopolnjeni, se moramo kolikor se le da naučiti izkoriščati te sposobnosti, saj najboljše rezultate dosegajo prav tisti, ki uporabljajo mešanico razuma in občutkov (Bradberry in Greaves, 2008). Nekoč je bilo za zaposlenega dovolj, da je imel ustrezno izobrazbo in strokovno usposobljenost. V današnjih časih, ko je v ospredju timsko delo, pa so pomembne tudi osebne lastnosti zaposlenega. Visok inteligenčni kvocient ni več odločilno merilo uspešnosti, je pa res, da je marsikje temeljni pogoj za vstop v visoko storilnostno naravnano okolje (Pejić in Zagorc, 2014). Čustvena inteligenca je dobrodošla tako v zasebnem življenju kot tudi na delovnem mestu, saj lahko zaposleni pomaga graditi čustveno inteligentno organizacijo, v kateri vsak posameznik prevzame odgovornost za rast čustvene inteligence in njeno uporabo v odnosih s sodelavci.

Čustvena inteligenca ima posebno mesto tudi v zdravstveni negi pri delu medicinske sestre. Izrednega pomena je komunikacija med medicinsko sestro in pacientom, ter odgovornost na njegova vprašanja. Nerazčističena vprašanja, lahko pri pacientih stopnjujejo strah, negotovost in negativna predvidevanja. Dobro obveščeni pacient, ki razume medicinske izraze in pozna svojo bolezen je lahko enakovreden partner zdravniku in medicinski sestri. Medicinske sestre s sposobnostjo empatije v kombinaciji s sposobnostmi čustvene inteligence nudijo boljšo zdravstveno oskrbo, saj znajo z njimi vzpostaviti dobro komunikacijo in odnos, ki temelji na potrebah pacienta. Takšne odnose je treba v zdravstveni negi spodbujati, izobraževanje medicinskih sester pa usmeriti v zavedanje sebe in spretnosti, kot sta empatija, poslušnost za pacienta, razumevanje pacientovih želja in čustev ter primeren odziv nanje. Čustvena inteligenca ni pomembna samo za delo medicinske sestre, temveč tudi za dobro počutje pacientov, ki v težkih situacijah življenja najbolj potrebujejo nekoga, ki mu zna prisluhniti in z veliko mero empatije vpliti moč (Vrbanc, 2021).

Delo medicinske sestre je zelo raznoliko in zahtevno, vsakodnevno je v interakciji z različnimi situacijami, v katerih je znanje čustvene inteligence prednost. Primerna uporaba in prepoznavanje čustev sta zato bistveni sestavni del dela medicinske sestre. Medicinska sestra je dolžna pacientom nuditi kakovostno in celostno oskrbo, v času kritičnih odločitev, pa mora ostati zbrana in profesionalna. Ohranjati mora trden odnos s pacientovimi bližnjimi, ter uspešno sodelovati s sodelavci. Pri opravljanju svojega dela mora ostati empatična, organizirana in motivirana. Oskrba pacienta zahteva široko bazo negovalnega znanja in zmožnosti sprejemanja odločitev, ki neposredno vplivajo na pacienta in njegove bližnje. Ob vključevanju čustvene inteligence v prakso, lahko ta sposobnost pomaga pri vseh naštetih vidikih zdravstvene nege. Čustvena inteligenca je povezana s spretnostjo reševanja problemov, zmanjševanjem stresa in ohranjanjem duševnega zdravja medicinskih sester.

Al-Hamdan et al., 2016; Vahidi et al., 2016; Perez- Fuentes et al., 2018 v Vrbanc (2021) navajajo pozitivne povezave med čustveno inteligenco in delom medicinske sestre. Dokazani so bili pozitivni vplivi na organizacijske odločitve, delovno uspešnost, večje zadovoljstvo z delom, večja delovna zavzetost, povezava s preprečevanjem izgorelosti, večjo varnostjo pacientov, učinkovitejšim sprejemanjem odločitev in obvladovanjem čustev v delovnem okolju. Čustvena inteligenca se kaže tudi kot kreativnost pri delu medicinske sestre v nevsakdanjih okoliščinah, v katerih mora medicinska sestra znati povezati različna znanja in jih uporabiti v novi situaciji.

Če medicinske sestre dojemajo, da se z njimi ravna pošteno, dostojanstveno in spoštljivo, jim to prinaša večje zadovoljstvo pri delu. Zadovoljstvo z delom pa je tesno povezano z delovno storilnostjo, uspešnostjo in kakovostjo dela ter z boljšo

organizacijo. Raziskave kažejo, da se posamezniki z visoko stopnjo čustvene inteligence lažje prilagajajo spremembam. Prav čustvena inteligenca ima velik vpliv na samomotivacijo in motivacijo drugih. Če sami nismo motivirani je težko motivirati druge, zato je pomembno, da so medicinske sestre na vodilnih položajih dovolj motivirane za uspešno motiviranje tudi drugih. Vodja z dobro razvito čustveno inteligenco, lahko z znanjem o čustveni inteligenci prepoznavajo stopnjo čustvene inteligence pri zaposlenih ter tako izboljšajo strokovne kompetence medicinskih sester z ustreznimi nalogami in načrtovanjem ter izvajanjem izobraževalnih programov v okviru dela. Tako se izboljša zadovoljstvo z delom, odnosi na delovnem mestu in lažje reševanje konfliktov. Posledično se zvišuje uspešnost in kakovost dela, ter nenazadnje zdravstveno stanje pacientov (Vrbanc, 2021).

Predolgo so bili vodilni delavci in zaposleni prepričanja, da izražanje čustev ne sodi v delovno okolje in da je bolje delati »z glavo«, saj ukvarjanje s čustvi sodelavcev vzame preveč časa. Ugotovitve kažejo, da lahko ravno pomanjkanje srčnosti pokoplje celotno organizacijo. Znamenja, ki kažejo čustveno pomanjkanje pri delu so: prestrašeni delavci, nemotivirani delavci, arogantni šefi in vse kar prinaša nezdravo ozračje (Pejić in Zagorc, 2014).

Brez lastnega dobrega počutja, tako psihičnega, kot fizičnega medicinska sestra težko nudi kakovostno oskrbo drugim. Čustvena inteligenca ponuja platformo za medicinske sestre za boljše spoprijemanje s stresom, saj medicinske sestre znajo dostopati do virov uspešnih strategij spoprijemanja. Vse to ustvarja pozitivno čustveno zdravje in prispeva k splošnemu izboljšanju duševnega zdravja.

Zavedati se moramo pomembnosti čustvene inteligence pri delu medicinskih sester in se nagibati k vključevanju le-te v zdravstveno nego in vsa področja dela medicinske sestre. Ker se učenje zdravstvene nege začne pred klinično prakso, se je v prihodnje treba na prvem mestu osredotočiti na vključevanje čustvene inteligence v izobraževalni program zdravstvene nege. Ker so medicinske sestre z visoko stopnjo čustvene inteligence boljše pri opravljanju svojega dela, bi bilo smiselno že na stopnji zaposlovanja ocenjevati čustveno inteligenco osebe (Pejić in Zagorc, 2014).

Medicinskim sestram pa ves čas zaposlitve nuditi možnost izobraževanja na področju čustvene inteligence. Medicinske sestre bi tako lahko širile znanje o čustveni inteligenci in prispevale k razvoju tega koncepta v zdravstveni negi.

Medicinske sestre s starostjo in delovnimi izkušnjami so zmožne prilagajanja in lažjega reševanja problemov, vendar je treba izpostaviti, da so lahko nekateri elementi čustvene inteligence zamenjani z osebnostnimi lastnostmi in izkušnjami, ki pa niso del čustvene inteligence. V študiji Vahidi in sodelavcev (2016), ki jo v literaturi navaja Vrbanc (2021) opomni, da je

pomembna pozornost pri razumevanju in ocenjevanju čustvene inteligence, saj so medicinske sestre, ki so podkrepjene z znanjem o čustveni inteligenci veliko bolj kompetentnejše in uspešnejše, kot tiste, ki delo opravljajo rutinsko in so tako pri svojem delu dobre (Vrbanc, 2021).

Čustvena inteligenca pozitivno vpliva na odnose med pacienti in medicinskimi sestrami. Oseba z visoko stopnjo čustvene inteligence je sposobna hitro zaznati razpoloženje ljudi okoli nje, zna se živeti v doživljajski svet drugih in se temu primerno tudi odzvati. Ta večšina je pri opravljanju dela medicinske sestre zelo pomembna, saj mora biti pri svojem delu mnogokrat empatična. Empatija je sestavni del čustvene inteligence s pomočjo katerega se vzpostavi zaupen, razumljiv odnos, ki je temelj podpore, pomoči, spodbujanja in sodelovanja (Pejić in Zagorc, 2014). Visoka stopnja čustvene inteligentnosti posameznika je ena pomembnejših lastnosti, potrebnih na delovnem mestu, vse bolj postaja prioritarna lastnost, ki posameznika izvzema iz povprečja, v odnosu do dela pa ga vodi po poti samopreseganja in delovne uspešnosti. Prav lastnosti izhajajoče iz čustvene inteligentnosti so razlog, zakaj z nekaterimi ljudmi raje delamo kot drugimi ter delo opravimo hitreje in bolje. Ti ljudje izžarevajo posebno energijo, imajo karizmo in posebej občutke zaupanja, ljubeznivosti, spoštljivosti, poštenosti in zanesljivosti (Pejić in Zagorc, 2014). Človek za uspešno delo in kariero potrebuje tako tehnično znanje kot tudi spretnosti, sposobnosti ter razvite veščine, ki izvirajo iz njega samega. Na delovnem mestu nadpovprečno uspešnega od povprečnega poleg znanja in inteligenčnega kvocienta pomembno loči predvsem čustvena inteligenca (Bahat Kmetič, 2019).

Čustvena inteligenca je za zdravstvenega delavca ena najpomembnejših veščin. Ljudje z višjo stopnjo inteligence: (Grm, 2018):

- imajo močan čustveni besednjak in lahko čustva identificirajo takoj ko se pojavijo,
- so radovedni do drugih in empatični,
- se znajo prilagoditi spremembam,
- so dobri sodniki človekovega značaja,
- so stežka užaljeni,
- imajo samokontrolo,
- pustijo napake za sabo,
- dajejo, brez da pričakujejo kaj v zameno,
- se ne obremenjujejo z goljufijo in se tako izognejo stresu,
- ne iščejo popolnosti, saj se zavedajo da ne obstaja,
- so hvaležni za to kar imajo,
- prekinejo stike, ki jim povzročajo stres,
- poskrbijo za dovolj spanca, da se zbudijo spočiti in bistrimi misli,
- se izognejo negativnim mislim in govoru,
- ne dovolijo, da bi kdo omejil njihovo veselje.

»Čustvena inteligenca nam daje možnost, da na novo pogledamo in popravimo preteklost.

Daje nam življenjsko moč za sedanjost in moč da preusmerimo prihodnost.« (Bahat Kmetič, 2019, str.15).

ZAKLJUČEK

Pomembno se je zavedati, da nam nadgrajevanje znanja na področju čustvene inteligence prinaša radost na vseh ravneh življenja, ne samo v odnosu do dela. Za tovrstno delo na sebi se odločimo zato, ker nam bo vpogled v lastna čustva prinesel notranji mir po katerem vsi tako zelo hrepenimo. Smo v poklicu, kjer je interakcija z ljudmi neizogibna, zato nam bo čustvena inteligenca prava pomočnica na vsakem koraku in nas nikoli ne bo pustila na cedilu.

LITERATURA

1. Bahat Kmetič, V., 2019. *Čustvena inteligenca izvajalcev zdravstvene nege v osnovnem . zdravstvenem varstvu spodnje posavske in dolenske regije: magistrsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 1-15.
2. Bradberry, T., Greaves, J. 2008. *Čustvena inteligenca*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, pp. 25-73.
3. Grm, V., 2018. *Čustvena inteligenca in komunikacijske veščine medicinskih sester pri vzpostavljanju medsebojnih odnosov s pacientom: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 1-6.
4. Nikolić, K., 2011. *Čustva in vodenje v zdravstveni negi: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 1-37.
5. Pejić, M. & Zagorc, N., 2014. Emocionalna inteligenca v medsebojnih odnosih na delovnem mestu. In: Nose, B., et al. eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov*. 6. dnevi Marije Tomšič, 23. januar 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 35-46.
6. Vrbanc, P., 2021. *Pomen čustvene inteligence pri delu medicinskih sester: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta zdravstvena nega, 1. stopnja, pp. 1-23.
7. Wharam, J. 2012. *Čustvena inteligenca. Potovanje v središče samega sebe*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, pp. 12-43.

URGENTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA PACIENTA S TRIMALEOLARNIM ZLOMOM GLEŽNJA

Maja Zalokar, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Brežice, Kirurški oddelek

majci.slovinc@gmail.com

IZVLEČEK

Poškodba ali operacija je za vsakega posameznika nekaj novega, neznanega in nepričakovanega. Pri tem se pojavijo razni strahovi, stres in nemočnost. Zato je v zdravstvenem okolju pomemben empatičen pristop do pacienta, komunikacija, celostna obravnava v sklopu zdravstvene nege, sodelovanje zdravstvenega tima in individualni pristop do pacienta in njegovih potreb. Učinkovitost lajšanja akutne post operativne bolečine je torej odvisna od samega pacienta, zdravnika, medicinske sestre in rehabilitacijskega tima, ki s pomočjo številnih pristopov k zdravljenju pacienta pripomorejo k njegovemu hitrejšemu okrevanju, boljšemu počutju in uspešnemu zdravljenju.

Ključne besede: zlom, operacija, zdravljenje, bolečina, zdravstvena nega

UVOD

Bolečina je pojav, s katero se medicinska sestra vsakodnevno srečuje na svojem delovnem področju v odnosu do pacienta. Za samega pacienta pa je bolečina nekaj najbolj neprijetnega in zastrašujočega, naloga medicinske sestre pa je, da mu pomaga pri lajšanju bolečine in izvaja vsakodnevni načrt zdravstvene nege, ki pacientu omogoča lažje in hitrejše okrevanje, boljše počutje in sodelovanje.

Zlom gležnja je pogosta poškodba, ki se jo lahko uspešno pozdravi z konservativnim zdravljenjem ali pa operativno metodo, ki je dandanes postala že rutinska ob pravilni obravnavi in prepoznavi poškodbe, rehabilitacija pa se lahko prične že naslednji dan po operaciji, v kolikor ta poteka brez večjih posebnosti. Rezultati uspešne operacije so pogosto dobri, kadar je uporabljen pravilen pristop zdravljenja poškodbe, primerna in individualna obravnava pacienta v sklopu zdravstvene nege ter sodelovanje pacienta pri okrevanju.

Zlom gležnja

Kost je živa snov, močna in prenese velike obremenitve. In ko pride do zloma kosti, pride do delne ali popolne prekinitev hrustančnega ali kostnega tkiva. Pri tej vrsti poškodbe ne pride samo do zloma kosti ampak so prizadeta lahko tudi priležna mehka tkiva, kot so pokostnica, kite ali mišice telesa. Ob tem lahko pride tudi do prekinitev ožilja, ki oskrbljuje oziroma prehranjuje kost, do raztrganin podkožja ali kože, kadar je prisoten odprti zlom kosti. Vse to pa lahko pomembno vpliva na samo zdravljenje zloma kosti (Ahčan, 2007, p. 461).

Gleženj je kompleksen sklep, sestavljen iz golenice, mečnice in skočnice. Zlom gležnja zna biti izredno boleča poškodba, vendar redko ogroža življenjske funkcije telesa. Je predstavljen kot najpogostejši zlom v spodnjem udu telesa »Available at: <https://medicofit.si/zlom-gleznja-simptomi-in-rehabilitacija/>« [12.1.2023].

Ločimo več oblik zlomov gležnja, od preproste razpoke kosti do raznih kompleksnih zlomov, ki lahko vodijo do neodložljivega operativnega posega. Pri zlomu je prisotna v največji meri lahko bolečina, ki se ji pridružijo otekline in pomodrelost kože, zmanjšan obseg gibljivosti uda in nezmožnost obremenjevanja noge »Available at: <https://medicofit.si/zlom-gleznja-simptomi-in-rehabilitacija/>« [12.1.2023].

Vrste zlomov gležnja

Zlom gležnja lahko opredelimo na odprti zlom, takrat pride do predrtja kože, ki zahteva nujen operativni poseg, prepusti zlom, kadar operacija ni potrebna, saj kosti ostanejo na svojem mestu in pa kompleksen zlom, pri katerem pride do premika kosti in je potreba po operativnem posegu neizbežna »Available at: <https://medicofit.si/zlom-gleznja-simptomi-in-rehabilitacija/>« [12.1.2023].

Zlome gležnja pa posebej delimo na »Available at: <https://medicofit.si/zlom-gleznja-simptomi-in-rehabilitacija/>« [12.1.2023]:

Zlom zunanjega dela gležnja - zlom kosti mečnice. Kadar pride do kompleksnega zloma, da je zraven še pretrgan ligament, je potrebna operacija.

Zlom notranjega dela gležnja – drugi najpogostejši zlom gležnja, ki se zgodi na spodnjem delu golenice. Če pride do kompleksnega zloma, da se golenica fizično premakne je potrebna operacija.

Bimaleolarni zlom gležnja – pri tej vrsti poškodbe sta zlomljeni obe kosti zunanjega in notranjega dela gležnja (golenice in mečnice). Zlom običajno povzroči nestabilnost v gležnju, zato zahteva operativni poseg, saj v primeru nepravilne zacelitve lahko vodi do nestabilnosti sklepa, kar povzroči kasnejši artritis ali obrabo gležnja.

Trimaleolarni zlom gležnja – pri zlomu se poleg zunanjega in notranjega dela gležnja (golenica in mečnica) zlomi tudi zadnji del kosti mečnice.

Zlom zadnjega dela gležnja – ta vrsta zloma je zelo redka oblika, najpogosteje pa se zgodi ob travmatski poškodbi, ki jo spremljata zlom zunanjega in notranjega dela gležnja.

Maisonneuvov zlom – redek zlom gležnja, pri katerem pride do poškodbe notranjega dela notranjega gležnja, ki prizadene tudi ligament, ki povezuje mečnico in golenico. Zlom je nestabilen in tako zahteva operativni poseg.

Prva pomoč pri zlomu gležnja

Kadar pri človeku pride do poškodbe gležnja, bodisi pri prometnih nesrečah ali drugih travmatskih poškodbah je najprej pomembno stabilizirati ud in priskrbeti pomoč, pa naj bo to klic reševalne službe ali lasten prevoz do bolnišnice oziroma urgence. Kadar pride na pomoč urgentno vozilo, bodo te namestili ustrezno imobilizacijo uda in preverili samo cirkulacijo krvi; primerjava temperature in barve kože z drugim gležnjem, občutek na dotik in možen obseg gibljivosti uda.

Pri stabilizaciji uda se uporablja trda opora, kot je na primer deska, ob tem pa je pomembno, da se hkrati stabilizira tudi koleno in stopalo zlomljenega uda, saj vsak nepravilen gib lahko povzroča dodaten pritisk na zlomljeno kost »Available at: <https://medicofit.si/zlom-gleznja-simptomi-in-rehabilitacija/>« [12.1.2023].

Vsak pacient pri katerem predpostavljamo, da je prišlo do zloma gležnja, napotimo na rentgensko slikanje, vsako kost slikamo v dveh projekcijah – od spredaj navzad (anteroposteriorno) in od strani (lateralno). Pri bolj kompleksnih zlomih včasih rentgensko slikanje ne prikazuje dovolj natančno določenega zloma kosti, zato se v teh primerih včasih poslužujemo CT slikanja, ki nam omogoči prikaz zloma sklepa v seriji prereзов.

Pri poškodovanem pacientu natančno določimo mesto bolečine, pregledamo sosednje sklepe, pozorni smo pa tudi na rane

in odrgnine, saj so lahko pridružene kakšne poškodbe sosednjih žil ali živcev (Ahčan, 2007, p. 468).

Posledica zloma je močna bolečina, ki jo lahko omilimo z imobilizacijo gležnja, lokalnim hlajenjem in medikamentoznimi protibolečinskimi sredstvi. Pri tem je pomembno, da se izogibamo analgetikov na osnovi acetilsalicilne kisline (aspirin), ker ta lahko povzroča motnje strjevanja krvi. Seveda je potrebna tudi anamneza jemanja rednih zdravil, ki bi lahko vključevala anti-koagulantna zdravila, ki lahko bistveno vplivajo na pozitiven ali negativen razplet same uspešnosti operacije in kasnejših nezahelenih krvavitev po operativnem posegu (Ahčan, 2007, p. 468).

S pravilno imobilizacijo gležnja dosežemo zmanjšanje bolečin in preprečimo tudi kakšno dodatno poškodbo ali premik odlomkov sklepa (Ahčan, 2007, p. 468).

Zdravljenje zloma gležnja

Kadar pride do zloma gležnja je cilj zdravljenja doseči stabilno in čvrsto kostno zaraščenost zloma ob tem pa povrniti funkcijo prizadetega področja. Pomembno je tudi, da dosežemo dobro uravnano odlomkov kosti, posebej natančna mora biti pri sklepnih in obsklepnih zlomih kosti, ker le tako lahko dosežemo dobro delovanje uda (Ahčan, 2007, p. 470).

Poznamo dve možnosti zdravljenja, ki sta seveda odvisni od vrste zloma gležnja.

Poznamo konzervativno zdravljenje zloma o katerem govorimo takrat, kadar nam uspe odlomke kosti dobro naravnati in zadržati v takem položaju, brez operativnega posega. Pri uravnavi si pomagamo s pomočjo vleka oziroma sile, ki delujejo v nasprotni smeri kot tiste, zaradi katerih je prišlo do poškodbe. V pomoč so nam lahko tudi posebni pripomočki, ali pa tudi rentgenski ojačevalec. Po uspešni naravnavi gležnja zlom zadržimo v ustreznem položaju s pomočjo opornic ali mavca (Ahčan, 2007, p. 470).

Druga možnost zdravljenja pa je operativno zdravljenje, za katerega se odločimo glede na podlagi kompleksnosti zloma gležnja in nam drugače ne uspe doseči trajno dobrega položaja odlomkov. Govorimo o operacijskem povezovanju zlomljenih delov kosti sklepa, operativna učvrstitev zloma ali drugače poimenovano osteosinteza zloma (Ahčan, 2007, p. 470).

Pri notranji učvrstitvi zloma gležnja je v večini primerov potreben rez kože in podkožja, nekatere vrste zlomov pa lahko učvrstimo preko drobnih rezov, ne da bi pri tem prikazali zlom, tako imenovana perkutana tehnika (Ahčan, 2007, p. 470).

Rehabilitacija po zlomu gležnja

Pravilna in zgodnja rehabilitacija je ključna za dober izid zdravljenja. Pomembno je, da se rehabilitacija prične takoj

po operaciji. Pomembno je pasivno in aktivno razgibanje poškodovanega gležnja, krepitev mišic in primerna obremenitev poškodovanega področja, ustrezna oziroma pravilna hoja in samo razbremenjevanje stopala ter hkrati privajanje na vsakodnevna osnovna opravila. Pri tem je potrebna tudi primerna protibolečinska podpora z zdravili, saj je rehabilitacija pogosto dolgotrajna, bolečina pa še dolgo zatem prisotna ali neizbežna. V nekaterih primerih je potrebna ali zaželena tudi dodatna fizioterapija ali zdraviliško zdravljenje poškodbe, ko se bolniška obravnava zaključi (Ahčan, 2007, p. 472).

Zapleti pri zlomih

Zaplete pri zlomih delimo v zgodnje in pozne.

Zgodnji zapleti (Ahčan, 2007, p. 472 – 473):

Krvavitev – krvavitev po poškodbi lahko resno ogrozi življenje poškodovanca, posebej pri pacientih, ki doma redno uživajo antikoagulantna zdravila. Pri številnih zlomih je izguba krvi v mehka tkiva v okolici zloma ustrezno večja in lahko privede do ogrožajočega stanja pacienta.

Poškodbe žil in živcev – kostni odlomki lahko povzročijo poškodbe večjih žil in živcev. Poškodba žil se redko popravi po zaprti uravnavi zloma sklepa in je za to potreben operativen poseg. Poškodbe živcev pa so v večini prehodne narave in se po daljšem časovnem intervalu lahko popravijo.

Maščobna embolija – kadar pride do zloma kosti, lahko delci maščobe iz kostnega mozga vstopijo v krvni obtok, zaprejo drobne pljučne žile in povzročijo motnjo delovanja manjših delov pljuč. Delci, ki kasneje uidejo iz pljuč pa lahko povzročijo spremembe v koži, ledvicah, možganih, očeh in drugje. Najuspešneje jo preprečujemo s hitro učvrstitvijo zlomov, primernimi dihalnimi vajami in nadomeščanjem tekočin.

Utesnitveni sindrom – v tem primeru se zaradi otekline, izliva krvi ali zunanjega pritiska poveča pritisk v zaprtih mišičnih ložah. Ud močno oteče, je boleč na dotik, v kasnejši fazi pa lahko pride do pomanjkanja utripa arterij, pojavi se prizadetost živcev. Prepoznamo ga na osnovi izkušenj s kliničnim pregledom uda. Pri visokih tveganjih se zdravnik odloči za takojšnjo operativno sproščanje mišičnih lož imenovano; fasciotomija.

Venska tromboza – zaradi upočasnjenega pretoka krvi ob ležanju pacienta pride lahko do poškodbe žilne stene, motenj strjevanja krvi in izsušenosti ter do čezmernega strjevanja krvi v venah. V tem primeru pride do oteklosti uda, bolečine poškodovanem predelu, nabrekliosti ven, vročina in pospešen utrip. Trombozo tako preprečujemo z zdravili (nizkomolekularni heparin) ter ukrepi kot so: dvig poškodovanega stopala, povijanje nog z elastičnimi povoji in pa redno gibanje v mejah zmožnosti.

Pozni zapleti (Ahčan, 2007, p. 472 – 473): te se pojavijo kot posledica neustrezne prve pomoči in dokončne oskrbe zloma.

Vnetje – lahko pride do povrhnjega vnetja kože in podkožja zlomljenega sklepa, ki je večinoma ozdravljiv, kadar pa pride do vnetja kosti pa temu pravimo osteitis. Izvor vnetja je lahko odprti zlom ali okužena operativna rana. Zdravljenje osteitisa je vedno kirurško, hkrati pa zahteva podporno antibiotično zdravljenje pacienta, in je pogosto dolgotrajen proces.

Motnje zaraščanja kosti – kadar se zlom celi počasneje kot pričakujemo, govorimo o počasnem zaraščanju. Kadar zlom po 3-6 mesecih še ni kostno premoščen, pravimo temu zakasnelo zaraščanje. O psevdootrozi ali nepravem sklepu pa govorimo takrat, kadar se zlom ne zaraste po več kot 6 mesecih.

Zaraščanje v slabem položaju – nepravilni položaj kosti vodi v omejeno gibljivost in nepravilno obremenitev sklepa, kar vodi do neskladnosti sklepnih površin, prisotnosti kronične bolečine, obrabe sklepa in slabe funkcije uda.

Odmrtje kosti zaradi slabe prekrvavitve – poškodba žil, ki prehranjujejo kost. Kost postane mehka, se seseda in vodi do bolečin, motenj sosednjih sklepov in osteoartroze.

Težave povezane z osteosintetskim materialom – osteosintetski materiali so v telesu tujek, lahko povzročajo različne težave v motnji delovanja ožilja ali živcev, pritiskajo na kožo in v prizadetem območju vodijo do odmrtja poškodovanega predela.

Poškodbe zaradi pritiska – Poškodba ali razjeda kože običajno nastane na izpostavljenih delih telesa, kjer je mehko tkivo stisnjeno med kost in zunanjo podlago.

Bolečina in zdravstvena nega

Bolečina je vsakodnevni pojav pri pacientih, s katerim se medicinska sestra dnevno srečuje na področju svojega delovanja. Za pacienta je najbolj neprijetna izkušnja v času bivanja v bolnišnici in mu predstavlja strah, negotovost in trpljenje. Na zunanaj se lahko kaže z individualnimi bolečinskimi vedenji preko govora, držo telesa, mimika obraza, odklanjanja sodelovanja in podobno. Vsa bolečinska obnašanja pa so resnična, zato je naloga medicinske sestre, da pravočasna prepozna in oceni stopnjo pacientove bolečine ter jo tako ustrezno zmanjša ali odpravi (Ščavničar, 2004).

Akutna pooperativna bolečina nastane zaradi kirurške poškodbe tkiva, je pričakovana, posebej v času pooperativnega zdravljenja in z ozdravitvijo operiranih tkiv sčasoma mine, zato jo lahko uspešno zdravimo (Krčevski – Škvarč, 1997).

Podporno analgetično zdravljenje ugodno prispeva pri pooperativnem poteku zdravljenja poškodbe zloma gležnja brez zapletov, omogoča hitrejše okrevanje pacienta in njegovo zgodnjo rehabilitacijo (Pirc, 2005).

Načrtovanje zdravstvene nege pri pacientu z bolečino vključuje negovalne intervencije, ki upoštevajo pacientove potrebe in želje, zahteve stroke, diagnostično terapevtski program, kadrovske ter materialne zmožnosti (Ščavničar, 2004).

Načrt zdravstvene nege pacienta po operativnem posegu, pri katerem je prisotna bolečina zagotavlja neprekinjeno zdravstveno nego in je osnova za neprekinjeno vrednotenje dela ter dosežkov v zdravstveni negi. Načrt zdravstvene nege mora biti razumljiv negovalnemu timu kakor tudi pacientu (Pajnkihar, 1999).

Med zmanjšanje postoperativne bolečine pri pacientu prištevamo tudi (Ščavničar, 2004):

- pogovor s pacientom o bolečinski toleranci,
- zagotavljanje mirnega okolja in počitka pacienta, kar mu omogoča boljše počutje,
- namestitve v ustrezni položaj, s čimer zmanjšamo mišično napetost,
- upoštevanje pacientove sposobnosti za aktivno sodelovanje pri rehabilitaciji,
- zaposlitev pacienta in odvrčanje od bolečine,
- lokalno hlajenje bolečega predela,
- pravočasna aplikacija analgetičnih sredstev po navodilu zdravnika, preden postane bolečina nevzdržna,
- ocenjevanje pacientove bolečine po VAS lestvici.

Aplikacija analgetične terapije lahko poteka na več različnih načinov in sicer: oralno, parenteralno, lokalno ali v spinalni prostor. Kadar je bolečina lažja oziroma zmerno izražena se najpogosteje poslužujemo oralne analgezije. Kadar pa je bolečina bolj izražena, še posebej v prvih dneh po operaciji, je najbolj pogosta parenteralna analgetična izbira zdravil, bodisi v veno, subkutano, intramuskularno ali pa neposredno v sklep ali rano (Lahajnar Čavlovič, 2005).

Vedno več pa se v pred in postoperativnem obdobju poslužujemo lokalnih anestetikov, katere učinkovine v terapevtskih odmerkih reverzibilno blokirajo prevodnost živca. Uporablja se v večini za področno analgezijo, kot so: epiduralna in spinalna analgezija ter periferna blokada živcev, za katere so raziskave pokazale, da je kombinacija lokalnega anestetika z opioidom bolj učinkovita kot uporaba samo lokalnega anestetika (Pisk, 2010).

RAZPRAVA

Torej, zlom gležnja boli in vsaka bolečina je zapletena in neznanka pacientu, ki je utrpel nepričakovano poškodbo. Ljudje smo si med seboj različni, zato tudi bolečino dojemamo lahko drugače, za nikogar ni prijetna, vsakdo pa si želi, da bi čimprej

prenehala oziroma izginila. Bolečino lahko povzročajo različni dejavniki, kot so bolezni ali poškodbe, lahko so akutne ali kronične, na njeno doživljanje in trajanje pa močno vplivata okolje, duševno zdravje človeka, medicinska in zdravstvena oskrba ter sodelovanje pacienta v samem procesu zdravljenja poškodbe in zmanjševanja bolečine. Pri sami poškodbi zloma gležnja je torej najbolj pomembna pravočasna imobilizacija sklepa, pravilna obravnava in zdravljenje zloma ter ustrezna rehabilitacija po poškodbi gležnja. Le tako zagotovimo čim boljše zacelitev zloma in vrnitev gibljivosti sklepa brez trajnih posledic.

ZAKLJUČEK

Naše delo medicinske sestre zahteva velik del empatije, razumevanje pacientovih potreb in dojemanja njihovih bolečin v procesu zdravljenja. Vsaka poškodba pacienta je za njih resno stanje, bolečina pa jim povzroča veliko nelagodje in strah. Naša naloga zdravstvenega delavca je, da v tem procesu znamo prepoznati težave pacienta, jih pravilno zdraviti in obravnavati v skladu z medicinsko etiko in upoštevanjem načel kompletnega in individualnega zdravstvenega načrta. Ta nam pomaga obravnavati pacienta celostno in v skladu z njegovimi potrebami, lajšanjem bolečin in morebitno rehabilitacijo po zaključenem bolnišničnem zdravljenju.

LITERATURA

1. Ahčan, U. 2007. *Prva pomoč: priročnik s praktičnimi primeri*. 1. izd. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 461.
2. Krčevski – Škvarč, N. 1997. *Kronična bolečina*. V: Podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije. Portorož: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za anesteziologijo in intenzivno medicino.
3. Lahajnar Čavlovič, S. 2005. *Obvladovanje bolečine pri bolniku z rakom, ki je napredoval*. V: Zbornik predavanj Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, Rogla, 15. in 16. april. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege in babiške nege, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 26 – 30.
4. Pajnkihar, M. 1999. *Teoretične osnove zdravstvene nege*. Maribor, Slovenija: Visoka zdravstvena šola.
5. Pirc, J. 2005. *Prepoznavanje, ocenjevanje in merjenje bolečine*. V: Krčevski Škvarč, N. Zbornik predavanj, 9.seminar o bolečini, Maribor, 10. in 11. junij. Maribor.
6. Pisk, N. 2010. *Vloga lekarniškega farmacevta pri zdravljenju z opioidi*. 13. Seminar o bolečini. Maribor: Slovensko združenje za zdravljenje bolečine, pp. 147 – 153.
7. Svilenkovič, V. 2009. *Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 3 – 13.
8. Smrkolj, V., & Zavrnik, Č. (Eds.). (2014). *Kirurgija*. Grafika Gracer: 1516-20
9. Ščavničar, E. 2004. *Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi*. Obzornik zdravstvene nege; 38, pp.101 – 106.
10. Zlom gležnja – simptomi in rehabilitacija. Available at: <https://medicofit.si/zlom-gleznja-simptomi-in-rehabilitacija/> [12.1.2023].

SPREJEM PACIENTA Z OBSEŽNO OPEKLINSKO POŠKODBO

Sladjana Cimirotić, dipl. m. s., mag. vzg. in menedž. v zdr.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino
sladjana.cimirotic@kclj.si

IZVLEČEK

Opekline so poškodba tkiva, ki jo povzroči neposredno delovanje toplotne, kemične in električne energije ali sevanje. Najpogostejše vrste opeklin so toplotne opeklino, nato sledijo še kemične in električne. Polovica vseh opeklin pri odraslih se zgodi zaradi stika s plamenom, običajno je pridružena še inhalacijska poškodba, opekline rane so navadno globoke.

Hospitalizacijo vedno potrebujejo:

Otroci < 2 let ne glede na površino opeklino,

Otroci z opeklinami >10% celotne telesne površine (CTP),

Odrasli s površino opeklino >od 10% CTP,

Odrasli z globoko opekline > od 5%,

Pacienti s prizadetostjo funkcionalnih delov telesa, z opeklinami dihal ali pacienti z kroničnimi boleznimi ali poškodbami.

Stopnjo opekline poškodbe opredelimo glede na površino in globino rane, inhalacijsko poškodbo, prizadetost funkcionalnih delov telesa ter spremljajoče bolezni in poškodbe.

Opekline poškodba je lahko blažja, zmerno huda in kritična.

V enoti intenzivne terapije opeklinekega centra se zdravijo kritično opečeni poškodovanci z poškodbo, ki zajema več > 25% CTP (oz. >20% v skrajni starosti) ali > 10%, pri subdermalni opekline. V kritične opeklino sodijo tudi opeklino obraza, vratu in funkcionalnih delov, inhalacijske poškodbe in vsi opečenci s pridruženimi kroničnimi boleznimi.

Sprejem obsežne opeklineke poškodbe poteka preko urgentnega kirurškega bloka. Pri sprejemu je pomembno multidisciplinarno sodelovanje anesteziologa, travmatologa in plastičnega kirurga. Običajno se že v centralnem urgentnem bloku vzpostavi umetna dihalna pot, opravi se tudi vstavev arterijskih in venskih katetrov, urinskega katetra, nazogastrična sonda, prav tako poteka intenzivno nadomeščanje tekočin.

O sprejemu na Klinični oddelek za opeklino je potrebno obvestiti diplomirano medicinsko sestro, intenzivista, pediatra, inštrumentarko in ostale specialiste. Postopek sprejema na Kliničnem oddelku za opeklino poteka na podlagi protokola Sprejem opečenca in protokola Prva oskrba opeklineke rane.

Za sprejem je potrebno pripraviti sobo za intenzivno terapijo (IT) in prevezovalno sobo. V sobi za prvo oskrbo opekline se med toaletno opeklineke rane odvzamejo nadzorni brisi, brisi ran, pacienta se stehta. V kolikor niso bile predhodno odvzete laboratorijske preiskave jih odvzamemo. Odvzame se vzorec za določitev virusnih markerjev in za določitev krvne skupine. Po toaleti se oceni površina in globina opekline, izpolni se opeklineka shema in opravi fotografiranje pacienta za potrebe zdravljenja. Naredi se tudi esharotomija, katera je indicirana pri globoki opekline udov, prsnega koša in trebuha. Esharotomija mora biti zadostna, do podkožnega maščevja po potrebi tudi fasciotomija. Po esharotomiji se namesti absorptivni obkladek, ki ga sestavlja: vazelinska mrežica, zloženci prepojeni z 0,9% NaCl, suhi zloženci in opeklineki vatiranec. Po esharotomiji je potrebno imobilizirati okončine, jih elevirati in opazovati. Če je poškodovanec bil izpostavljen ognju ali eksploziji v zaprtem prostoru, če je prisotna opekline obraza, sajast izpljunek, hripavost zdravnik opravi laringoskopijo in fiberoptično bronhoskopijo s katerimi potrdi inhalacijsko poškodbo. Pri takšni poškodbi obraza in vratu ali pri obsežnimi dermalnimi in subdermalnimi opeklinami, pri katerih se načrtuje dolgotrajno zdravljenje se opravi takojšnja traheostomija. Po toaleti in oskrbi v prevezovalni sobi otorinolaringolog opravi traheostomijo v operacijski sobi na opeklinekem oddelku. Ob sprejemu se naredi tudi RTG pljuč, ki je običajno na začetku v mejah normale.

Po opravljeni traheostomiji pacienta v spremstvu anesteziologa namestimo v pripravljeno in ogreto sobo za IT. Anesteziolog preda pacienta zdravniku intenzivista in medicinskim sestram v IT. Po smernicah za obravnavo opeklinekega pacienta, sprejem otroka z obsežno opeklineko poškodbo poteka enako. Med toaletno ran se pri otrocih mlajših od 5 let odvzame bris ran za izločanje TSST-1 toksina. Prva oskrba opeklineke rane pri otroku poteka na oddelku za opeklino, zdravljenje se nadaljuje EIT na pediatriji. Vodi ga pediater v sodelovanju s plastičnim kirurgom.

Pri sprejemu obsežne opekline je zelo pomembno sodelovanje multidisciplinarnega tima, ki ga sestavljajo: plastični kirurg, anesteziolog, intenzivist/ pediater, DMS, ORL specialist, inštrumentarka (KOPREKO, 2016).

IZBOLJŠANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA KOT POSLEDICA SPREMEMBE ŽIVLJENJSKEGA SLOGA IN BARIATRIČNEGA POSEGA

Petra Fužir Andonovski. dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo
petra.fuzir@gmail.com

IZVLEČEK

Debelost postaja množična bolezen moderne dobe. Vedno več ljudi se bori s prekomerno telesno težo, zaskrbljujoč pa je tudi podatek, da se bolezen pojavlja pri vse več otrocih in mladostnikih, kot tudi pri starejših ljudeh.

V zadnjih dvajsetih letih se je izjemno povečal delež prekomerno težkih prebivalcev v Sloveniji. Prekomerna telesna masa postaja eden ključnih problemov sodobnega sveta, saj močno poslabša zdravstveno stanje posameznika ter posledično družbe kot celote.

Ljudje se spopadajo z odvečno telesno težo, prihaja do bolezenskih stanj, ki so posledica prekomerne telesne teže.

Debelost je bolezen. To dejstvo je leta 1997 potrdila tudi Svetovna zdravstvena organizacija.

Takšni ljudje nemalokrat zaman iščejo razumevanje in pomoč pri zdravnikih in specialistih. Poslušujejo se diet in hujšanja vendar neuspešno. Statistike, kažejo, da samo 4% ljudi, ki sami shujšajo to telesno težo kasneje tudi uspešno zadržijo. Debelost, slabša kvaliteto življenja in poslabšuje tudi nekatere spremljajoče bolezni.

Zadnji od načinov kako se spopadati s takšnim problemom, ko odpade konservativno zdravljenje, je tudi kirurško zdravljenje. Bariatrična operacija je takšna oblika kirurškega zdravljenja debelosti.

V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec že vrsto let deluje ambulanta za zdravljenje prekomerne debelosti, kjer pomagamo pacientom izboljšati zdravstveno stanje in spremeniti življenjski slog s pomočjo bariatričnega posega.

Obstaja več vrst kirurških posegov. Sama izbira vrste bariatričnega posega je odvisna od različnih dejavnikov, kot so na primer:

-indeks telesne mase ITM (debelost 1. stopnje 30-35, debelost 2. stopnje 35-40, bolezenska debelost 40-50, ekstremna debelost ITM >50), starost, spol, rasa, telesna konstitucija, spremljajoče bolezni, prehranske navade, pacientova dovtornost razumevanja podrobnosti, sposobnost sodelovanja, operacijska varnost). Kriteriji primernosti za bariatrično operacijo, ki ga je določila Mednarodna zveza bariatrične kirurgije (I.F.S.O.) je: ITM večji od 40, oziroma ITM večji od 35, zraven pa so prisotne tudi spremljajoče bolezni, ki resno ogrožajo življenje posameznika.

Pred samim posegom morajo pacienti z prekomerno telesno težo in tisti z zelo visokim ITM poskušati do same operacije čim več shujšati, saj je tako operacija bolj varna. Prav tako pa mora pacient pred samo operacijo opraviti tudi preglede pri drugih specialistih. Na podlagi pregleda pri endokrinologu, gastroenterologu, dietetičarki, psihologu (ki je zelo pomemben del v bariatrični ekipi, saj pacienta spremlja tudi po operaciji na klubu operiranih), internistu in seveda pred samo operacijo še pregled pri anesteziologu.

V naši ambulanti pacienti prejmejo pred operativno pripravo in podporo, pred samim posegom. Prav tako jih vodimo tudi po samem posegu do življenjsko. (spremljanje telesne teže preko telefona, e pošte, redni kontrolni pregledi, podporni klub operiranih po samem posegu 1x mesečno). Prvi pregled obsega prvo skupni predavanje z diplomirano medicinsko sestro ki traja nekaj od 30-45 minut in kasneje še pregled pri zdravniku.

Medicinska sestra je zelo pomemben člen bariatrične ekipe, saj pacienta spremlja od prvega obiska v ambulanti, pa vse tja do rednega spremljanja po operaciji.

Pacienta na prvem pregledu seznanimo z postopkom in preiskavami, ki jih bo moral opraviti do same operacije. Razložimo mu osnovne stvari, ki so v njeni kompetenci. Vzame anamnezo, pacienta stehta, zmeri. Pacient že domov dobi vprašalnik o

njegovem zdravstvenem stanju, ki ga izpolnjenega prinese na prvi pregled. Pogovori se z njim o dosedanjih življenjskih in prehranjevalnih navadah. Pomembno je, da ga pouči o pravilnem prehranjevanju že pred samo operacijo, mu da literaturo, ki mu bo v pomoč pri sami pripravi na operacijo in ga pouči kje se lahko dodatno informira. Razloži mu, katere vse preglede bo moral opraviti in kam se lahko obrne. Nudi mu psihološko podporo, saj pacienti na pregled prvič pridejo prestrašeni, nepripravljeni, pridejo po informacije, pomoč, ker sami ne zmorejo shujšati. Velika večina si še na prvem pregledu zatiska oči, da ne vejo kje bi bil vzrok njihove povečane telesne teže. Počutijo se nelagodno, ker morajo tujcu govoriti o svojih težavah in povečani telesni teži, skrivajo se za »masko«. Tako je tisti prvi kontakt med medicinsko sestro in pacientom zelo pomemben, da mu pove, da ga razume ter mu objasni, da ni edini s takšnimi težavami, saj ga pred pregledom in pogovorom z

zdravnikom prav ona prva seznanjena z začetnimi postopki. Ti pacienti so še posebej občutljivi, ranljivi in imajo nizko samozavest. Težko si priznajo, da potrebujejo pomoč, zato je pristop medicinske sestre zelo pomemben. Le ta mu ponudi pomoč in podporo tudi po samem posegu. Lahko telefonsko, preko e-maila in pa seveda na rednih kontrolah po samem posegu ali pa v podporni skupini na ti.»klubu operiranih«, ki poteka enkrat mesečno. Tam lahko dobi veliko informacij in podpore, saj klub vodi psihologinja, ki je del bariatrične ekipe. Prisotni so dietetičarka, medicinski sestri, ki delata v bariatrični ambulanti in po potrebi tudi zdravnik kirurg. Predvsem pa mora biti medicinska sestra strpna do pacientov, nesebična, strokovna in vestna, vedno pripravljena pomagat.

Ključne besede: hujšanje, bariatrična operacija, kvaliteta življenja, vloga medicinske sestre, podpora

ZDRAVLJENJE S POMOČJO ZUNAJTELESNE MEMBRANSKE OKSIGENACIJE IN VLOGA PERFUZIONISTA PRI ZUNAJTELESNI MEMBRANSKI OKSIGENACIJI

asist. dr. Anže Djordjević, dr. med., Boris Robič, dr. med., Gregor Cvilak, dipl. zn., doc. dr. Miha Antonič, dr. med.

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za kardiokirurgijo
anze.djordjevic@ukc-mb.si

IZVLEČEK

V zadnjih dvajsetih letih je prišlo do eksponentnega porasta uporabe zdravljenja z zunajtelesno membransko oksigenacijo. To velja tudi za zdravljenje postkardiotomijskega kardiogenega šoka. Kljub računalniško podprti tehnologiji, oksigenatorjem zadnje generacije, uporabi magnetne levitacijske črpalke in s heparinom obdanih notranjih površin, se preživetje bolnikov s postkardiotomijskim kardiogenim šokom v zadnjih letih ni izboljševalo, saj jih do odpusta iz bolnišnice preživi le okoli 30-35%. O postkardiotomijskem kardiogenem šoku govorimo, kadar gre za nastanek kardiogenega šoka v času od 0 do 48 ur po koncu zunajtelesnega krvnega obtoka, največkrat zaradi odpoved enega ali obeh prekatov, redkeje zaradi težke respiratorne insuficience. Vzroki so največkrat že predoperativno zmanjšana srčna funkcija, znotrajoperativna poškodba srčne mišice, nepopolna revaskularizacija, miokardni »stunning« ali hibernacija ali različni tehnični faktorji. Pri bolnikih po zunajtelesnem krvnem obtoku je incidenca postkardiotomijskega kardiogenega šoka ocenjena na 1%-1,4%. Zapleti pri zdravljenju kardiogenega šoka z zunajtelesno membransko oksigenacijo so pogosti. Najpogostejši zapleti so krvavitev, odpoved ledvic, okužbe, zapleti prebavnega trakta, nevrološki zapleti in ishemija okončin.

Ključne besede: zunajtelesna membranska oksigenacija, postkardiotomijski kardiogeni šok, srčno-žilna kirurgija

UVOD

Zunajtelesna membranska oksigenacija (ZTMO; angl. Extra-Corporeal Membrane Oxygenation- ECMO) je bila kot zdravljenje prvič opisana leta 1972, ko so jo v njeni veno-venski različici

uspešno uporabili pri 24-letni poškodovanki z ARDS (Hill, et. al., 1972). Zaradi sporadičnih začetnih uspehov je bila leta 1975 v ZDA opravljena multicentrična raziskava, v kateri so bolnike z ARDS randomizirali v zdravljenje z ZTMO ali s standardno mehansko ventilacijo (Zapol, et. al., 1979). Smrtnost je ne glede na obliko zdravljenja dosegla 90%, kljub pomembno višjim stroškom in porabi sredstev v ZTMO skupini. Takšni rezultati so vnesli močan dvom v smiselnost uporabe ZTMO in zato se v naslednjih desetletjih takšno zdravljenje ni širše uveljavilo. Trideset let pozneje, v obdobjih velikih pandemij gripe med leti 2007 in 2009, je terapija z ZTMO ponovno pričela vzbujati zanimanje in doživljati eksponentni razmah (Whitman, 2017). Z razvojem oksigenatorjev zadnje generacije, magnetnih levitacijskih črpalk in s heparinom obdanih notranjih površin, se je uveljavila z 50%-60% preživetjem, kar je bil bistven napredek glede na raziskavo iz leta 1975.

Implantacija in kanilacija

Z ozirom na organ, kateremu želimo nuditi podporo, ZTMO delimo na: veno-venski (V-V ZTMO) za izolirano pljučno odpoved in veno-arterijski (V-A ZTMO) za pljučno in/ali kardiocirkulatorno odpoved. Glede na mesto kanilacije ločimo centralni ZTMO (kanile postavljene centralno- npr. torakalna aorta, desni atrij) in periferni ZTMO (npr. femoralna arterija). Z razvojem ZTMO pri respiratorni odpovedi se je širila uporaba ZTMO tudi pri kardiogenem šoku, ne glede na njegov osnovni vzrok, vključno s postkardiotomijskim kardiogenim šokom (PKKŠ; angl. Post-Cardiotomy Cardiogenic Shock; PCCS). Indikacije za V-A ZTMO poleg postkardiotomijskega kardiogenega šoka (Elsharkawy, et. al., 2010; Rastan, et. al., 2010; Wu, et. al., 2010) vključujejo tudi fulminantno potekajoč miokarditis (Hsu, et. al., 2011; Pozzi, et. al., 2016), akutni koronarni sindrom (Kim, et. al., 2012), poslabšanja miokardiopatij, kot premostitev na

dolgotrajnejšo mehansko cirkulatorno podporo ali presaditev srca, refraktarni srčni zastoj med kardiopulmonarnim oživiljanjem in primarno odpoved srca po presaditvi. Pri odločitvi za uporabo V- A ZTMO je pomembno poznati cilj, do katerega bo ZTMO služil kot premostitev.

Indikacije

V zadnjih dvajsetih letih je prišlo do eksponentnega porasta uporabe zdravljenja z zunajtelesno membransko oksigenacijo. To velja tudi za zdravljenje postkardiotomijskega kardiogenega šoka. PKKŠ ob konzervativnem zdravljenju predstavlja stanje s praktično 100- odstotno umrljivostjo. Nasprotno pa pravočasna uvedba podpore z ZTMO lahko reši bolnikovo življenje. Kljub temu je preživetje teh bolnikov do odpusta iz bolnišnice še vedno le okoli 30-35 % (Biancari, et. al., 2010; Khorsandi, et. al., 2017; Wang, et. al., 2018). PKKŠ tako ostaja indikacija za ZTMO z najvišjo umrljivostjo. Analiza enega največjih svetovnih registrov ZTMO (registra ELSO - Extracorporeal Life Support Organization) pa ne kaže samo visoke umrljivosti teh bolnikov, pač pa tudi, da se izidi zdravljenja bolnikov s PKKŠ z ZTMO v zadnjih 20 letih niso nič izboljšali. Nasprotno, opazen je celo trend povečevanja umrljivosti. To si lahko do neke mere razložimo s tem, da je v zdravljenje z ZTMO vključenih vedno več najtežjih in najbolj tveganih bolnikov, ki bi brez ZTMO umrli (Whitman, et. al., 2017; Chen, et. al., 2018). Delno pa gredo omenjeni rezultati verjetno tudi na račun tega, da večina današnjega znanja o zdravljenju PKKŠ z V- A ZTMO izvira iz posameznih retrospektivnih opazovalnih študij in njihovih meta-analiz, pri tem pa nimamo nobene kontrolne kohorte bolnikov. Povedano z drugimi besedami, do danes nimamo niti ene prospektivne raziskave, ki bi bolnike s PKKŠ randomizirala v zdravljenje z ali brez ZTMO. Takšne raziskave verjetno tudi nikoli ne bo, saj bi bila etično zelo težko sprejemljiva. Pri vrednotenju rezultatov zdravljenja PKKŠ z ZTMO se moramo torej zanašati na večinoma manjše, eno-centrske, retrospektivne analize in meta-analize. Glavna pomanjkljivost omenjenih meta-analiz je dokaj velika heterogenost vključenih raziskav. Poleg tega se posamezne metaanalize z vključenimi raziskavami tudi precej prekrivajo. Dodaten problem je tudi, da trenutno ni enotne definicije postkardiotomijskega kardiogenega šoka, ne v časovnem in ne v kvalitativnem smislu (McCarthy, et. al., 2015; Chen, et. al., 2018). Na splošno govorimo o PKKŠ, kadar gre za nastanek kardiogenega šoka v času od 0 do 48 ur po koncu zunajtelesnega krvnega obtoka (Chen, et. al., 2018), največkrat zaradi odpovedi enega ali obeh prekatov, redkeje dihalne odpovedi. Vzroki za nastanek so največkrat že predoperativno okrnjena srčna funkcija, intraoperativne poškodbe miokarda, nepopolna revaskularizacija, miokardni »stunning« ali hibernacija, in tehnični faktorji (Fukuhara, et. al., 2016; Pieri, et. al., 2016). Med bolniki, operiranimi s pomočjo zunajtelesnega krvnega obtoka, je incidenca PKKŠ ocenjena na 1% -1,4% (Beiras-Fernandez, et. al., 2011; Borisenko, et. al., 2014; Pieri, et. al., 2016).

Rezultati

Tehnologija ZTMO je v zadnjih 20 letih močno napredovala. Vse naprednejše in uporabnikom prijaznejše naprave so omogočile vedno širšo in pogostejšo rabo, zato je število bolnikov, zdravljenih s tehnologijo ZTMO v zadnjih letih eksponentno naraščalo. Kljub temu se preživetje bolnikov s PKKŠ v zadnjih letih ni izboljšalo in glede na številne meta-analize še vedno znaša le okoli 30 do 35% (Biancari, et. al., 2010; Khorsandi, et. al., 2017; Wang, et. al., 2018). V retrospektivnih analizah samo 30% vseh centrov poroča o preživetju nad 40% (19), medtem ko je 6-mesečno preživetje še bistveno slabše-okoli 18% (Rastan, et. al., 2010). Leta 2017 je Khorsandi s sodelavci (2017) v meta-analizi 24 retrospektivnih študij med leti 1992 in 2016, ki so zajemale skupno 1.926 bolnikov, ugotovil, da je eden od pomembnejših dejavnikov tveganja za umrljivost bolnikov s PKKŠ, zdravljenih z ZTMO, starost nad 70 let. Podobno ugotavljata tudi Biancari (2010) (meta-analiza 31 študij na 2.986 bolnikih) in Wang (2018) (meta-analiza 20 študij na 2.877 bolnikih). Drug pogosto opisan dejavnik tveganja za slab rezultat zdravljenja PKKŠ z ZTMO je tudi čas, ki ga bolnik preživi na ZTMO podpori (Wu, et. al., 2010; Slottosch, et. al., 2013). Ostali pomembnejši dejavniki tveganja za umrljivost so še pojav akutne ledvične odpovedi in potreba po dializi (Rastan, et. al., 2010; Kielstein, et. al., 2013), sladkorna bolezen (Smedira, et. al., 2001; Rastan, et. al., 2010) in naraščanje vrednosti laktata med priključitvijo na ZTMO (Rastan, et. al., 2010; Slottosch, et. al., 2013; Li, et. al., 2014). Zanimiva je tudi analiza preživetja glede na čas začetka mehanske podpore z ZTMO. Rastan in ostali (2010) v svoji retrospektivni študiji na 517 s bolnikih s PKKŠ ugotavlja, da je bilo zdravljenje z ZTMO pri 60% bolnikov uvedeno šele po sprejemu v enoto intenzivne terapije, in sicer v povprečju 2,5 dni po sprejemu. Samo pri 40% bolnikov je bil ZTMO indiciran intraoperativno zaradi nezmožnosti odklopa od zunajtelesnega obtoka. Čeprav je bilo nato približno dve tretjini vseh bolnikov uspešno odklopljenih od ZTMO v roku 3 do 4 dni, jih je med njimi do odpusta iz bolnišnice preživela manj kot polovica. Kar preseneča je to, da celokupno 25% preživetje do odpusta ni bilo odvisno od tega, ali je bila podpora z ZTMO uvedena intraoperativno ali šele kasneje v enoti intenzivne terapije, vendar pa je bilo v kohorti bolnikov z ZTMO uvedenim po sprejemu v enoto intenzivne terapije odlašanje z uvedbo ZTMO podpore povezano s slabšo prognozo.

LITERATURA

1. Beiras-Fernandez, A., Deutsch, M.A., Kainzinger, S., Kaczmarek, I., Sodian, R., Ueberfuhr, P., et al., 2011. Extracorporeal membrane oxygenation in 108 patients with low cardiac output – a single-center experience. *The International Journal of Artificial Organs*, 34(4), pp. 365-373.
2. Biancari, F., Perrotti, A., Dalen, M., Guerrieri, M., Fiore, A., Reichart, D., et al., 2010. Meta-analysis of the outcome after postcardiotomy venoarterial extracorporeal membrane oxygenation in adult patients. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 25(4), pp. 442-454.
3. Borisenko, O., Wylie, G., Payne, J., Bjessmo, S., Smith, J., Firmin, R., et al., 2014. The cost impact of short-term ventricular assist devices and

- extracorporeal life support systems therapies on the National Health Service in the UK. *Interdisciplinary CardioVascular and Thoracic Surgery*, 19(1), pp. 41-48.
4. Chen, M., Evans, A., Gutsche, J., 2018. Post-cardiotomy Shock Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(5), pp. 2094-2095.
 5. Elsharkawy, H.A., Li, L., Esa, W.A., et al., 2010. Outcome in patients who require venoarterial extracorporeal membrane oxygenation support after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 22(4), pp. 946-951.
 6. Fukuhara, S., Takeda, K., Garan, A.R., Kurlansky, P., Hastie, J., Naka, Y., et al., 2016. Contemporary mechanical circulatory support therapy for postcardiotomy shock. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 64(4), pp. 183-191.
 7. Hsu, K.H., Chi, N.H., Yu, H.Y., Chih, H.W., Shu, C.H., Shoei, S.W., et al., 2011. Extracorporeal membranous oxygenation support for acute fulminant myocarditis: analysis of a single center's experience. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 40(3), pp. 682-688.
 8. Hill, J.D., O'Brien, T.G., Murray, J.J., Dontigny, L., Bramson, M.L., Osborn, J.J., et al., 1972. Prolonged extracorporeal oxygenation for acute post-traumatic respiratory failure (shock-lung syndrome). Use of the Bramson membrane lung. *The New England Journal of Medicine*, 286(12), pp. 629-634.
 9. Kielstein, J.T., Heiden, A.M., Beutel, G., Gottlieb, J., Wiesner, O., Hafer, C., et al., 2013. Renal function and survival in 200 patients undergoing ECMO therapy. *Nephrol Dial Transplant*, 28, pp. 86-90.
 10. Kim, H., Lim, S.H., Hong, J., You, S.H., Cheol, J.L., Joon, H.J., et al., 2012. Efficacy of veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in acute myocardial infarction with cardiogenic shock. *Resuscitation*, 83(8), pp. 971-975.
 11. Khorsandi, M., Dougherty, S., Bouamra, O., Vasudev, P., Philip, C., Steven, T., et al., 2017. Extra-corporeal membrane oxygenation for refractory cardiogenic shock after adult cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 12(1), pp. 55.
 12. Li, C.L., Wang, H., Jia, M., Ma, N., Meng, X., Hou, X.T., 2015. The early dynamic behavior of lactate is linked to mortality in postcardiotomy patients with extracorporeal membrane oxygenation support: a retrospective observational study. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 149(5), pp. 1445-1450.
 13. McCarthy, F.H., McDermott, K.M., Kini, V., Gutsche, J.T., Wald J.W., Xie, D., et al., 2015. Trends in U.S. extracorporeal membrane oxygenation use and outcomes: 2002- 2012. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 27(2), pp. 81-88.
 14. Meng, Y.W., Pyng, J.L., Ming, Y.L., Feng, C.T., Jaw, J.C., Yu, S.C., et al., 2010. Using extracorporeal life support to resuscitate adult postcardiotomy cardiogenic shock: treatment strategies and predictors of short-term and midterm survival. *Resuscitation*, 81(9), pp. 1111-1117.
 15. Pieri, M., Belletti, A., Monaco, F., Pisano, A., Musu, M., Dalessandro, V., et al., 2016. Outcome of cardiac surgery in patients with low preoperative ejection fraction. *BMC Anesthesiology*, 16(1), pp. 97.
 16. Pozzi, M., Banfi, C., Grinberg, D., Koffel, C., Bendjelid, K., Robin, J., et al., 2016. Veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation for cardiogenic shock due to myocarditis in adult patients. *Journal of Thoracic Disease*, 8(7), pp. 495-502.
 17. Rastan, A.J., Dege, A., Mohr, M., 2010. Early and late outcomes of 517 consecutive adult patients treated with extracorporeal membrane oxygenation for refractory postcardiotomy cardiogenic shock. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 139(2), pp. 302-311.
 18. Roberto Lorusso, R., Raffa, G.M., Alenizy, K., Sluijpers, N., Makhoul, M., Brodie, D., et al., 2019. Structured review of post-cardiotomy extracorporeal membrane oxygenation: part 1 - Adult patients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 38(11), pp. 1125-1143.
 19. Slottoch, I., Liakopoulos, O., Kuhn, E., Deppe, A.C., Scherner, M., Mader-shahian, N., et al., 2013. Outcomes after peripheral extracorporeal membrane oxygenation therapy for postcardiotomy cardiogenic shock: a single-center experience. *Journal of surgical research*, 181(2), pp. 47-55.
 20. Smedira, N.G., Moazami, N., Golding, C.M., McCarthy, P.M., Apperson-Hansen, C., Blackstone, E.H., et al., 2001. Clinical experience with 202 adults receiving extracorporeal membrane oxygenation for cardiac failure: survival at five years. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 122(1), pp. 92-102.
 21. Wang, L., Wang, H., Hou, X., 2018. Clinical outcomes of adult patients receiving extracorporeal membrane oxygenation for postcardiotomy cardiogenic shock: A systematic review and meta analysis. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(5), pp. 2087-2093.
 22. Wu, M.Y., Lin, P.J., Lee, M.Y., Tsai, F.C., Chu, J.J., Chang, Y.S., et al., 2010. Using extracorporeal life support to resuscitate adult postcardiotomy cardiogenic shock: treatment strategies and predictors of short-term and midterm survival. *Resuscitation*, 81(9), pp. 1111-1116.
 23. Whitman, G.J.R., 2017. Extracorporeal membrane oxygenation for the treatment of postcardiotomy shock. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 153(1), pp. 95-101.
 24. Zapol, W.M., Snider, M.T., Hill, J.D., Fallat, R.J., Bartlett, R.H., Edmunds, L.H., et al., 1979. Extracorporeal membrane oxygenation in severe acute respiratory failure. A randomized prospective study. *Journal of the American Medical Association*, 242(20), pp. 2193-2196.

VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI POOPERATIVNEM NADZORU PACIENTA PO OPERACIJI ANEVRIZME ABDOMINALNE AORTE V ENOTI INTENZIVNE TERAPIJE

Ines Dujc, dipl. m. s., Anet Rožnik, dipl. m. s., Anika Božič, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Izola, Enota intenzivne terapije-kirurški oddelek
ines.dujc@gmail.com

IZVLEČEK

Anevrizma abdominalne aorte je življenjsko nevarno stanje, ki zahteva zdravstveno obravnavo. Paciente z majhnimi anevrizmami se običajno zdravi konzervativno s spremljanjem rasti anevrizme in vplivanjem na dejavnike tveganja. Ko pa konzervativno zdravljenje ni dovolj, je potrebno invazivno kirurško zdravljenje, s katerim se prepreči nadaljnje širjenje anevrizme in zmanjša tveganje za njeno rupturo. Slednja je najpogostejši in najnevarnejši zaplet anevrizme abdominalne aorte, ki zahteva takojšnje ukrepanje. Pacienti z rupturo so običajno hipotenzivni, v hipovolemičnem šoku, s hudo bolečino v trebuhu ali ledvenem predelu. Oskrba po operativnem posegu pacienta z rupturo ali po načrtovanem operativnem posegu anevrizme abdominalne aorte zahteva od medicinske sestre veliko znanja in obvladovanje različnih intervencij. Prav tako je pomembno, da pravočasno prepozna negovalne probleme in odstopanja od kliničnih parametrov ter v skladu s tem načrtuje proces zdravstvene nege.

Ključne besede: žilna kirurgija, laparoskopna operacija, intenzivna nega, prikaz primera, ruptura

UVOD

Žilna kirurgija je v zadnjih dvajsetih letih doživela izjemen premik v postopkih invazivnega zdravljenja žilnih bolezni, med drugim tudi na področju kirurškega zdravljenja anevrizme abdominalne aorte (AAA) (Crimi & Hill, 2014). Primarni cilji v enoti intenzivne nege (EIT) po omenjenem operativnem posegu so usmerjeni v takojšnjo vzpostavitev predoperativne hemodinamike in homeostaze ter zgodnje prepoznavanje in obvladovanje pooperativnih zapletov (Papia et al., 2006). Prav s tem namenom smo v članku želeli predstaviti osnovna teoretična izhodišča o abdominalni aorti, dejavnikih tveganja za nastanek AAA, klinični sliki in diagnostiki, načinih zdravljenja in

rupturi anevrizme aorte. Prav tako je bil namen opisati poglavite intervencije zdravstvene nege v EIT Splošne bolnišnice Izola pri pacientu z AAA in predstaviti primer iz klinične prakse.

Teoretična izhodišča

Arterije so prevodne žile, ki vodijo kri iz srca proti tkivom, največja med njimi pa je aorta. Aortna stena je sestavljena iz elastičnih vlaken, ki z leti vse bolj slabijo, posledica česar je popustitev aortne stene in njena razširitev (Blinč, 2020). O anevrizmi aorte govorimo, ko je največji normalni premer arterije presežen za vsaj 50 % (Flis et al., 2014; Kozak et al., 2015). Premer aorte je odvisen od spola, starosti in telesne konstitucije posameznika, vendar pa premer infrarenalnega dela abdominalne aorte običajno ne presega 2 cm, tako da pri večini pacientov o anevrizmi tega dela abdominalne aorte govorimo pri razširitvi na več kot 3 cm (Flis et al., 2014).

Dejavniki tveganja

Dejavniki tveganja za nastanek, razpočenje in večanje aorte so številni. Gordon & Toursarkissian (2014) in Levy et al. (2022) navajajo slednje:

- zgodovina kajenja (vsaj 100 cigaret v življenju);
- moški, stari 65 let in več;
- ženske, stare 55 let in več;
- spol (moški so bolj nagnjeni kot ženske);
- ateroskleroza;
- hipertenzija;
- bela rasa;
- družinska anamneza anevrizme aorte;
- nenaden porast krvnega tlaka kot posledica uživanja energijskih pijač ali prepovedanih substanc (kokain, ekstazi);
- nosečnost in porod.

Klinična slika in diagnostika

Večina pacientov z AAA je asimptomatskih, zato jih največ odkrijemo naključno z ultrazvočno preiskavo trebuha zaradi drugih razlogov (Gračner, 2014). V primeru simptomatskega poteka pacienti navajajo bolečine v hrbtu, trebuhu, ledvenem predelu ali medenici. Bolečina se lahko širi v dimlje ali stegna in je neodvisna od premikanja ali spreminjanja pacientovega položaja (Gordon & Toursarkissian, 2014; Kozak et al., 2015). Lahko se pojavi tudi utripanje, polnost in nelagodje v epigastriju, prebavne motnje (Gračner, 2014) ali ishemija spodnjih udov (Kozak et al., 2015). V primeru nenadne hude bolečine pa le to spremljajo še slabost, omotica, bruhanje ter hladna in vlažna koža (Gordon & Toursarkissian, 2014).

Poleg ultrazvočne preiskave trebuha za potrjevanje diagnoze opravimo še natančnejše slikovne preiskave, kot sta računalniškotomografska angiografija (CTA) ali magnetnoresonančna angiografija (MRA) (Gračner, 2014). S CTA lahko natančno izmerimo dolžino in premer anevrizme, prisotnost obstenskega tromba in širino vratu anevrizme ter njen odnos do okoliških organov. MRA pa uporabljamo pri pacientih, pri katerih pričakujemo ponavljajoče se preiskave in pri tistih, ki imajo slabšo ledvično funkcijo in je zato uporaba kontrastnega sredstva zanje kontraindicirana (Kozak et al., 2015).

Zdravljenje

Paciete z majhnimi AAA brez izraženih simptomov se običajno zdravi konzervativno in sicer s skrbnim spremljanjem rasti anevrizme z ultrazvočno preiskavo (Gračner, 2014) ter z vplivanjem na dejavnike tveganja (Kozak et al., 2015). Pomembno je, da se paciete spodbudi k opustitvi kajenja, urejenemu krvnemu tlaku, uravnanim krvnim lipidom, redni telesni dejavnosti in izogibanju tekmovalnim telesnim dejavnostim ter večjim obremenitvam (Blinc, 2020).

Ko konzervativno zdravljenje ni dovolj, se odločimo za invazivno kirurško zdravljenje, s katerim preprečimo nadaljnje širjenje anevrizme in zmanjšamo tveganje za njeno rupturo (Paravastu et al., 2014). Navadno se za operativni poseg odločimo pri asimptomatskih pacientih, ki imajo premer anevrizme aorte večji od 6 cm in pri pacientih s ponavljajočimi se bolečinami v trebuhu ali križu (Gračner, 2014). Pri kirurškem zdravljenju se anevrizmo izključi iz obtoka in na njeno mesto všije žilno protezo, nato pa ponovno zašije anevrizemsko spremenjeno žilno steno okoli všite proteze (Paravastu et al., 2014; Kozak et al., 2015; Blinc, 2020).

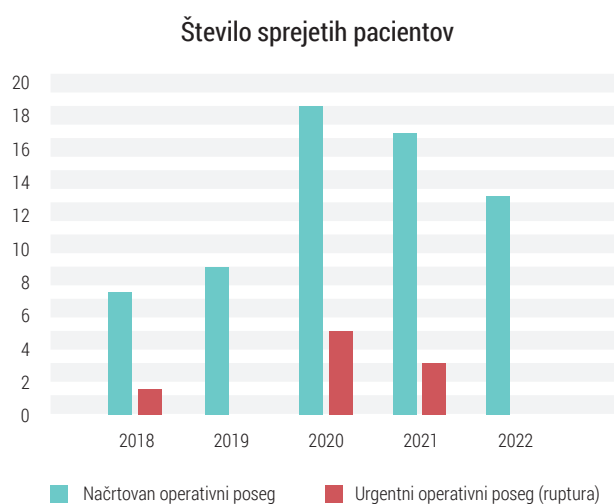
Ruptura abdominalne aorte

Najpogostejši in najnevarnejši zaplet AAA je ruptura, ki je življenje ogrožajoče stanje in zahteva takojšnje ukrepanje. Do rupture pride zaradi razslojitve stene aorte, kar je posledica

raztrganja intime, vdor krvi v prostor med intimo in medio pa omogoči nadaljnje razslojevanje stene (Levy et al., 2022). Največkrat pride do razpoka, ko premer anevrizme doseže 8-10 cm (Gračner, 2014). Kaže se z značilnimi simptomi – anamnestično znana, z ultrazvočno preiskavo ugotovljena ali klinično jasna anevrizma, bolečina, sinkopa, hipotenzija ali hipovolemični šok. Paciente z navedenimi simptomi se nemudoma operira (Gračner, 2014; Levy et al., 2022).

Statistični podatki

Na Sliki 1 je predstavljeno število pacientov z AAA, ki so bili med letoma 2018 in 2022 sprejeti v EIT Splošne bolnišnice Izola. Ločeno je prikazano število načrtovanih operativnih posegov AAA ter tistih, pri katerih je prišlo do rupture abdominalne aorte in je bil zato potreben urgentni sprejem.



Slika 1: Prikaz števila pacientov z AAA v EIT Splošne bolnišnice Izola

Zdravstvena nega pacienta z načrtovanim operativnim posegom AAA

Ko je pacient pripravljen na operativni poseg, se ga pripelje v centralni operacijski blok, kjer se mu nastavi osrednji venski kanal, arterijsko linijo za spremljanje krvnega tlaka (Gračner, 2014; Chaikof et al., 2018), aplicira široko spektralni antibiotik (navadno amoksisicilin ali cefazolin) (Chaikof et al., 2018) in infuzijo raztopine, uvede urinski kateter in pacienta priključi na monitor. Sledi priprava operacijskega polja in uvajanje v anestezijo (Gračner, 2014). Operativni poseg zahteva daljši čas operacije (štiri do pet ur ali več) ter velik kirurški rez vzdolž abdomna (Gordon, 2014).

Po opravljenem operativnem posegu je zaradi visoke stopnje umrljivosti in povečanega tveganja za pooperativne zaplete potrebno invazivno spremljanje in opazovanje hemodinamike v EIT (Crimi & Hill, 2014). Med najpogostejše zaplete uvrščamo

akutni miokardni infarkt, pljučnico, ledvično insuficienco, krvavitev, okužbo operativne rane, ishemijo noge, globoko vensko trombozo, ishemijo debelega črevesja, možgansko kap, pojavi pa se lahko tudi potreba po dializi (Gordon & Toursarkissian, 2014; Chaikof et al., 2018). Kot pomemben razlog za sprejem pooperativnih pacientov v EIT Crimi & Hill (2014) navajata tudi uravnavanje tekočin, ki zahteva zelo natančno obravnavo.

Oskrba pacienta po operativnem posegu AAA v EIT poteka po načelih splošne pooperativne kirurške oskrbe, skupaj s specifičnimi posegi, spremljanjem in podporo, ki so posledica stanja in narave same operacije (Irwin, 2007). Spremljanje vitalnih znakov in prepoznavanje odstopanj je ključnega pomena pri opazovanju pacientov po operaciji AAA, zato je ob sprejemu pacienta iz centralnega operacijskega bloka v EIT najprej potrebna ocena stanja, ki je prva stopnja načrtovanja in vodenja zdravstvene nege (Hockstein & Barie, 2008).

Ob sprejemu pacienta se takoj prične s spremljanjem vitalnih funkcij (srčni utrip, elektrokardiogram, arterijski krvni tlak, dihanje, nasičenost periferne arterijske krvi s kisikom, telesna temperatura), urne diureze, tekočinske bilance, stanje zavesti ter zunanji izgleda pacienta (Kodila, 2008). Po naročilu zdravnika medicinska sestra odvzame laboratorijske preiskave in nadzorne brise. V EIT se nato izvede še rentgensko slikanje pljuč, za potrditev primerne pozicije centralnega venskega katetra (Hockstein & Barie, 2008). Pacientu se zagotavlja normotermijo z uporabo toplih rjuh ali grelne blazine, saj so zaradi dolžine operativnega posega ob sprejemu podvrženi nižji telesni temperaturi (Stoneham et al., 2000; Hockstein & Barie, 2008; Chaikof et al., 2009). Za hipotermijo so še posebej dovzetni pacienti po laparotomijski operaciji aorte zaradi izpostavljenosti trebušne votline nižji temperaturi okolja, znatne izgube tekočine in zmanjšane perfuzije v spodnjem delu telesa (Stoneham et al., 2000). Pacientu se aplicira infuzijske tekočine po naročilu zdravnika, nadaljuje s profilaktično terapijo, se ga uredi, zagotovi udobje in poskrbi tudi za ustrezen psihološki vidik oskrbe (Hockstein & Barie, 2008).

Ena izmed poglavitnih nalog medicinske sestre v EIT je spremljanje vitalnih funkcij v povezavi s cirkulacijo. Vrednost krvnega tlaka se meri invazivno z arterijsko linijo, kar omogoča njegovo neprestano spremljanje (Chaikof, et al., 2009; Chaikof et al., 2018). Pri tem je potrebno biti pozoren na pojav hipotenzije, saj ta lahko nakazuje na rupturo aorte, prav tako pa se preprečuje hipertenzijo, ki lahko povzroči poškodbe na mestu vstavljene proteze (Irwin, 2007; Shaw et al., 2022). Ključno je vzdrževanje srednjega arterijskega tlaka nad 70mmHg, kar zagotavlja primerno perfuzijo v organih (Irwin, 2007). Specifično značilna aktivnost zdravstvene nege pri pacientu z AAA je tipanje distalnih pulzov na nogi, ki se ga v prvih 24 urah po sprejemu izvaja vsako uro (Chaikof et al., 2018; Shaw et al., 2022). Poleg tega se pozorno spremlja tudi temperaturo in barvo okončin (Woodrow, 2011), kar se skupaj s prej omenjeno

intervencijo izvaja z namenom nadzora zadostne perfuzije perifernih tkiv (Chaikof et al., 2009; Shaw et al., 2022).

Povečano pozornost se nameni tudi področju operativne rane, ki mora biti za ustrezno celjenje čisto in suho (Shaw et al., 2022). V primeru vstavljenih sukcij, medicinska sestra nadzoruje količino in barvo sekrecije ter ob kakršnihkoli odstopanjih opozori odgovornega zdravnika (Colwell et al., 2004).

Pri pacientu je potrebno skrbeti za redno spremljanje lokacije, intenzivnosti, pogostosti ter trajanje bolečine, pri čemer je potrebna dodatna previdnost predvsem v primeru bolečine v predelu abdomna ali v ledvenem predelu hrbtenice (Shaw et al., 2022). Pooperativno bolečino se lahko nadzoruje na številne načine, najpogosteje pa se po operaciji AAA uporablja epiduralna analgezija (EDK) (Chaikof et al., 2018).

Za paciente po vaskularnem operativnem posegu, ki so sprejeti v EIT, je priporočljiv čim hitrejši začetek hranjenja (v primeru dobro slišne peristaltike že prvi dan po operaciji), saj se funkcija črevesja povrne v 48 urah po posegu (Ksienski idr., 2013; Crimi & Hill, 2014). Pacienti z obsežnimi žilnimi operacijami, kot je AAA, imajo namreč večjo incidenco pooperativne podhranjenosti v primerjavi z drugimi kirurškimi pacienti (Ksienski et al., 2013).

Najpogostejši pooperativni zaplet v povezavi z gastrointestinalnim traktom je paralični ileus, ki se ga, poleg čim hitrejšega začetka prehranjevanja, preprečuje tudi z zgodnjo mobilizacijo pacientov in dnevno aplikacijo odvajala vse do prve defekacije (Fleming et al., 2016). Pri pacientih se spremlja tudi urne diureze, ki naj bi bile višje od 0,5ml/kgTT/h (Woodrow, 2011). Cilj je vzdrževanje ničelne ali negativne 12-urne tekočinske bilance, saj lahko pozitivna bilanca vodi v številne zaplete (Crimi & Hill, 2014).

Medicinska sestra v EIT mora znati prepoznati tudi znake, ki nakazujejo na rupturo abdominalne aorte in o tem pravočasno obvestiti odgovornega zdravnika. Ruptura je nevaren pooperativni zaplet po operaciji AAA in se najpogosteje kaže z naslednjimi znaki (Shaw et al., 2022):

- hipotenzija,
- izguba distalnih pulzov na nogah,
- pojav občutljivosti trebuha,
- pojav pegavosti ali ekhimoz okoli trebuha,
- zasoplost,
- nenadne bolečine v trebuhu ali hrbtu,
- znaki ishemije (možganska kap, miokardni infarkt),
- pulzirajoč občutek v trebuhu.

Tudi v EIT se ne sme pozabiti na zdravstveno-vzgojno delo, s katerim pričnemo že takoj po operativnem posegu. Pacienta se lahko pouči o pomenu uporabe kilnega pasu, izvajanja

dihalnih vajah in pravilne tehnike izkašljevanja (Irwin, 2007; Hockstein & Barie, 2008) ter osnovne nege in oskrbe operativne rane ob odpustu v domače okolje. Opozori se ga tudi, da mora osebnega zdravnika obvestiti v primeru pojava neprijetnega vonja, otekline, rdečice, izcedka iz rane ali dehiscence (Shaw et al., 2022). Prav tako se lahko pacientu svetuje opustitev kajenja (Woodrow, 2011; Shaw et al., 2022), redno jemanje predpisanih antihipertonicov in opozori, da mora v primeru nenadne bolečine v predelu trebuha ali spodnjem delu hrbta takoj poiskati medicinsko pomoč (Shaw et al., 2022).

Opis primera

85-letni pacient je bil po padcu in zlomu L1 sprejet v urgentni center Splošne bolnišnice Izola. Po sprejemu se je pojavila hipotenzija in začel je tožiti o hudih bolečinah v trebuhu. Opravili smo CTA abdominalne aorte in trebuha, ki je pokazal veliko AAA (8x7 cm) in obsežen retroperitonealni hematoma. Pacient je postajal hemodinamsko nestabilen, zato je bil takoj intubiran, uvedena je bila vazoaktivna podpora (noradrenalin), nastavljena radialna arterijska linija, centralni venski kateter, nazogastrična sonda in trajni urinski kateter. Nato je bil pacient takoj prepeljan v centralni operativni blok, kjer so mu nastavili še dve intravenski kanili, dializni kateter in opravili operativni poseg (endoanevrizmografija). Med operativnim posegom je prejel traneksaminsko kislino, fibrinogen, koncentrirane eritrocite, svežo zmrznjeno plazmo, 20 % humane albumine, 20 % manitol, 0,9 % NaCl in raztopino za infundiranje z elektroliti (Plaslyte); tako je bil postopno stabiliziran. Prejel je tudi antibiotično profilakso s cefazolinom.

Pacient je bil po končanem operativnem posegu premeščen v enoto intenzivne terapije. Ostal je intubiran in sediran (fentanil, midazolam), bil je cirkulatorno stabilen, na minimalni vazoaktivni podpori (noradrenalin) in hipotermičen (31°C), zaradi česar smo ga greli z grelnimi blazinami. Tri urne diureze so bile primerne, spodbujene s kontinuirano infuzijo furosemda. Ob sprejemu je imel napet trebuh brez slišne peristaltike. Femoralni pulzi so bili tipni, pulzi arterije poplitee in arterije dorsalis pedis ne. Pacientu smo merili tudi intraabdominalni pritisk (vsakih 8 ur), zaradi kontinuirane aplikacije inzulina smo merili vrednosti glukoze v kapilarni krvi (vsake 3 ure) in zaradi anamneze padca preverjali reaktivnost ter velikost zenic (vsake 3 ure). Zaradi poškodbe ledvene hrbtenice smo pacienta obročali v osi.

Prvi pooperativni dan smo ukinili sedacijo z midazolamom in pacient je začel kazati znake smiselnega zburjanja. Zaradi težav z ventilacijo (večje potrebe po kisiku) smo pacienta ponovno sedirali s propofolom. Še vedno je bil na vazoaktivni podpori z noradrenalinom. Trebuh je bil še vedno nekoliko napet, peristaltika ni bila slišna. Pričeli smo s parenteralno prehrano ter aplikacijo odvajal (bisakodil).

Drugi do četrti pooperativni dan) je bil pacient analgosediran s fentanilom in propofolom, intubiran in mehansko ventiliran. Še vedno je potreboval vazoaktivno podporo z noradrenalinom. Trebuh je imel napet, peristaltika ni bila slišna. Nadaljevali smo s parenteralnim prehranjevanjem in uvedli še enteralno prehranjevanje, prokinetike, ulkusno zaščito ter nadaljevali z aplikacijo odvajal (laktuloza in bisakodil). Po tem je pacient pričel z rednim kašastim odvajanjem. Zaradi porasta vnetnih parametrov smo pacientu odvzeli kužnine in uvedli nov antibiotik (piperacilin/tazobaktam). Uvedli smo tudi nogavice z intermitentno pnevmatično kompresijo, kasneje pa heparin v terapevtskem odmerku. Ob bolečinskem dražljaju je pričel s premikanjem glave in rok, na klic je odprl oči. Zaradi slabo tipnih pulzov arterije poplitee in arterije dorsalis pedis na levi nogi, je bila 25.5. opravljena embolektomija poplitealne arterije in golenjih arterij.

Peti pooperativni dan smo ukinili sedacijo, vazoaktivno podporo in kontinuirano aplikacijo furosemda ter inzulina. Po ukinitvi sedacije je postal hipertenziven, zaradi česar je do odpusta prejemal antihipertionike (lacidipin). Še naprej smo aplicirali parenteralno in enteralno prehrano. Pacient je imel nogi topli, a slabo tipne pulze.

Šesti pooperativni dan je bil pacient ekstubiran, zadovoljivo je dihal na 40% Venturi maski. Uvedli smo per os tekočino po požirkih, prekinili s parenteralnim hranjenjem in nadaljevali z enteralnim. Peristaltika je bila dobro slišna. S pacientom je bil možen smiseln kontakt, a je bil občasno zmeden in nemiren, zato je potreboval anksiolotike (diazepam) in fizično oviranje. Nogi sta bili topli, dobro tipni pulzi pa le do a. poplitee, nižje ne.

Sedmi do enajsti pooperativni dan je pri pacientu zaradi atelektaz prišlo do težav z dihanjem in je glede na rezultate plinske analize arterijske krvi in vrednosti nasičenost periferne arterijske krvi s kisikom dihal s podporo 40% in 60 % Venturi maske, OHIO maske in CPAP maske. Ukinjena je bila parenteralna prehrana, pacient je užival kašasto hrano ter redno odvajal. Bil je zbujen, a občasno zmeden, nemiren, zato smo mu po potrebi aplicirali antipsihotike (kventiapin, haloperidol). Slabo je sodeloval pri dnevnih aktivnostih, a se je kljub temu vsakodnevno posedal s fizioterapijo.

Dvanajsti pooperativni dan smo pacienta premestili na vaskularni oddelek, kjer je dihal s pomočjo 6l O2 po nosnem katetru. Pred odpustom na oddelek smo pacientu odstranili dializni kateter in centralni venski kateter (konici obeh katetrov sta bili poslani v mikrobiološki laboratorij) ter arterijsko linijo. Užival je lahko prehrano in tekočino per os ter še naprej odvajal spontano. S fizioterapijo je vstal in naredil nekaj korakov; med vstajanjem je imel nameščen kilni pas ter tritočkovni steznik.

Štirinajsti pooperativni dan je bil pacient premeščen v bolnišnico v drugi regiji. Ob odpustu je za dihanje potreboval 2l O2 po nosnem katetru, samostojno se je prehranjeval, pri drugih

življenjskih aktivnostih je potreboval pomoč. Ob premestitvi sta bili obe spodnji okončini topli, kapilarni povratek na prstih je bil primeren, stopalni pulzi pa niso bili tipni. Trebuh je bil mehak in na otip neboleč, operativna rana na trebuhu je bila suha.

ZAKLJUČEK

Na vse večji pojav srčno-žilnih bolezni vplivata sodoben način življenja in daljša življenjska doba. Pacienti z AAA so lahko v bolnišnično okolje sprejeti urgentno, zaradi že nastale rupture aorte ali za načrtovan operativni poseg. Medicinska sestra je vključena v celoten proces obravnave pacienta, in sicer pri sprejemu, operativnem posegu, zdravljenju v EIT in na bolnišničnem oddelku ter pri odpustu pacienta v domače okolje. Oskrba pacienta po operaciji AAA v EIT od medicinske sestre zahteva ustrezno znanje in obvladovanje različnih intervencij, da se zagotovi ustrezna oskrba pacienta takoj po operaciji in v naslednjih dneh. Pomembno je, da medicinska sestra prepozna negovalne probleme in zaplete ter odstopanja od kliničnih parametrov in v skladu s tem načrtuje proces zdravstvene nege pacienta.

LITERATURA

1. Blinc, A., 2020. Arterijske anevrizme. *Za srce*, 29(1–2), pp. 9–12.
2. Chaikof, E. L., Brewster, D. C., Dalman, R. L., Makaroun, M. S., Illig, K. A. & Sicard, G. A., 2009. The care of patients with an abdominal aortic aneurysm: The Society for Vascular Surgery practice guidelines. *Journal of Vascular Surgery*, 50(Suppl 4), pp. S2–S49. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.07.002>
3. Chaikof, E. L., Dalman, R. L., Eskandari, M. K., Jackson, B. M., Lee, W. A., Mansour, M. A. et al., 2018. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *Journal of Vascular Surgery*, 67(1), pp. 2–77. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2017.10.044>
4. Colwell, A. S., Donaldson, M. C., Belkin, M. & Orgill, D. P., 2004. Management of early groin vascular bypass graft infections with sartorius and rectus femoris flaps. *Annals of Plastic Surgery*, 52(1), pp. 49–53. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000099960.68038.53>
5. Crimi, E. & Hill, C. C., 2014. Postoperative ICU Management of Vascular Surgery Patients. *Anesthesiology Clinics*, 32(3), pp. 735–757. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2014.05.001>
6. Fleming, I. O., Garratt, C., Guha, R., Desai, J., Chaubey, S., Wang, Y. et al., 2016. Aggregation of Marginal Gains in Cardiac Surgery: Feasibility of a Perioperative Care Bundle for Enhanced Recovery in Cardiac Surgical Patients. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 30(3), pp. 665–670. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2016.01.017>
7. Flis, V., Božidar, M., Štirn, B., Milotič, F., Kobilica, N. & Bergauer, A., 2014. Vaskularni bolnik v enoti za intenzivno nego po načrtovanem invazivnem posegu na ožilju. In: Flis, V. eds. *Kirurški bolnik v enoti intenzivne terapije*. Maribor: Univerzitetni klinični center, Kirurška klinika.
8. Gordon, P. A. & Toursarkissian, B., 2014. Treatment of Abdominal Aortic Aneurysms: The Role of Endovascular Repair. *AORN Journal*, 100(3), pp. 241–259. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.01.025>
9. Gračner, R., 2014. Anevrizme. In Smrkolj, V. eds. *Kirurgija*. Celje: Grafika Gracer.
10. Hirsch, A. T., Haskal, Z. J., Hertzler, N. R., Bakal, C. W., Creager, M. A. & Halperin, J. L., 2006. Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric and abdominal aortic). *Circulation*, 113(11), pp. 463–654. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526>
11. Hockstein, M. J. & Barie, P. S., 2008. General Principles of Postoperative Intensive Care Unit Care. In *Critical Care Medicine* (pp. 735–751). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-032304841-5.50038-8>
12. Irwin, G. H., 2007. How to protect a patient with aortic aneurysm. *Nursing*, 37(2), pp. 36–42. <https://doi.org/10.1097/00152193-200702000-00033>
13. Kodila, V., 2008. Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja: Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Kirurška klinika, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok.
14. Kozak, M., Polanec, B., Gasparini, M., Krevel, B., Ključevšek, T., Flis, V. et al., 2015. Smernice za obravnavo bolnikov z anevrizmo trebušne aorte. *Zdravniški Vestnik*, 84(9), pp. 583–590.
15. Ksienski, M. R., Fenton, T. R., Eliasziw, M., Zuege, D. J., Petrusek, P., Shahpori, R. et al., 2013. A Cohort Study of Nutrition Practices in the Intensive Care Unit Following Abdominal Aortic Aneurysm Repair. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(2), pp. 261–267. <https://doi.org/10.1177/0148607112464654>
16. Levy, D., Goyal, A., Grigoroza, Y., Farci, F. & Le, J. K., 2022. *Aortic Dissection*. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441963/>
17. Papia, G., Klein, D. & Lindsay, T. F., 2006. Intensive care of the patient following open abdominal aortic surgery. *Current Opinion in Critical Care*, 12(4), 340. <https://doi.org/10.1097/01.ccx.0000235212.86859.54>
18. Paravastu, S. C. V., Jayarajasingam, R., Cottam, R., Palfreyman, S. J., Michaels, J. A. & Thomas, S. M., 2014. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004178.pub2>
19. Shaw, P. M., Loree, J., Gibbons, R. C. & McCoy, T. M., 2022. *Abdominal Aortic Aneurysm (Nursing)*. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568681/>
20. Stoneham, M., Howell, S. & Neill, F., 2000. Heat loss during induction of anaesthesia for elective aortic surgery. *Anaesthesia*, 55(1), pp. 79–82. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2000.01116.x>
21. Woodrow, P. (2011). Abdominal aortic aneurysms: Clinical features, treatment and care. *Nursing Standard*, 25(50), pp. 50–57. <https://doi.org/10.7748/ns2011.08.25.50.50.c86657>

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PO OPERACIJI KAROTIDNE ARTERIJE

Jelena Prodić, dipl. m. s., Lara Čizmešija, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Izola, kirurški oddelek

jelena.prodic@gmail.com, cizmesija.lara@gmail.com

IZVLEČEK

Operacija vratnih žil je ena izmed vrst zdravljenja pri bolezni ožilja, ki se s starostjo prebivalstva in nezdravim načinom življenjskega sloga v svetu povečuje. Najbolj izpostavljeni tveganju so pacienti starejši od 60 let. Za potrebe prispevka so bili analizirani podatki iz člankov pridobljenih na svetovnem spletu, predvsem iz specializiranih baz podatkov PubMed, Embase, Cochrane Library in Cobiss ter letnih poročil in kazalnikov kakovosti Splošne bolnišnice Izola za obdobje 2017-2022. Pridobljeno je bilo le število operacij pacientov s karotidno boleznijo v Splošni bolnišnici Izola, medtem ko njihovih podrobnejših podatkov ni bilo mogoče pridobiti, ker se ne vodi posebna statistika. Ugotovljeno pa je bilo, da se je število tovrstnih operacij zelo povečalo v zadnjih šestih letih. V kazalnikih kakovosti so tovrstne operacije uvrščene skupaj z ostalimi operacijami. Iz pridobljenih podatkov je razvidno, da je operacija pacientov s karotidno boleznijo pogosta v svetu. V Splošni bolnišnici Izola je bilo ugotovljeno, da je teh operacij manj kot en odstotek. Vsekakor je pomembna zgodnja diagnostika in zdravstvena nega pred, med in po operaciji, ki jo medicinske sestre izvajajo strokovno skladno s standardi zdravstvene nege.

Ključne besede: karotidna stenoza, preventiva, stentiranje karotidne arterije, možganska kap.

UVOD

Bolezni srca in ožilja so vodilni vzroki smrti v mnogih državah sveta, ki se kažejo z zožitvijo (stenoza) ali razširitvijo (anevrizma) žile. Bolezen lahko prizadene vsak del arterijskega sistema, ko pride do lipidnih oblog, vidnih v obliki maščobnih prog v žilni steni, vendar se najpogosteje pojavijo na srčnih arterijah (koronarne), vratnih arterijah (karotidne) in perifernih arterijah nog. Pri tem nastajajo plaki, ki so trdni, ovalni, stožčaste oblike, štrlijo in so prekriti s fibromuskularno kapico, sestavljeni iz lipidov, holesterola, vezivnega tkiva in kalcija. Zrela lezija napreduje do stopnje z fibrozno kapico, kjer razjede počijo in

povzročijo tromboze. Naravni potek nezdravljene bolezni lahko povzroči srčni infarkt, možgansko kap in ishemijo nog (Hopkins, 2023). Zgodnja diagnoza je bistvenega pomena, da se prepreči nastanek hujših bolezni, kot je npr. možganska kap, ki je pomemben javnozdravstveni problem in tretji najpogostejši vzrok smrti, po srčnih boleznih in raku (Milošević, Žvan, Zaletel in Šurlan, 2002).

Pri stenozi karotidni bolezni gre za dolgotrajen in zahrbtn proces, ki traja več let preden se pojavijo klinični simptomi. Stenoza karotidne arterije je zoženje velikih arterij na obeh straneh vratu, ki prenašajo kri v glavo, obraz in možgane. To zoženje je običajno posledica kopičenja oblog v arterijah oz. do ateroskleroze, ki je najpogostejši in najpomembnejši vzrok bolezni srca ter ožilja. Je progresivna, večfaktorska, kronična, vnetna bolezen, kjer pride do motenj žilnega, imunskega in presnovnega sistema. Stenoza se lahko sčasoma poslabša in popolnoma blokira arterijo, saj onemogoči dovajanje dovolj krvi in kisika v možgane kar povzroči odmiranje celic in možgansko kap (Sobieszczyk in Beckman, 2006).

Pri obravnavi pacientov s karotidno boleznijo je Evropsko združenje za vaskularno kirurgijo (ang. European Society for Vascular Surgery – ESVS) leta 2010 izdalo prve smernice. Leta 2018 so smernice bile posodobljene in razvrščene po sistemu Evropskega kardiološkega združenja s stopnjo dokazov od A do C. Kot ugotavlja Eckstein (2018) je to bilo nujno, saj so obstajala različna mnenja o zdravljenju karotidne bolezni. V skupino A so uvrščena priporočila, pri katerih je bilo doseženo splošno strinjanje, v skupini B, kjer je prihajalo do razhajanj mnenj in kjer ni bilo dovolj dokazov o učinkovitem zdravljenju, v skupini C pa je obstajalo splošno strinjanje, da je določeno zdravljenje nekoristno oz. celo škodljivo. V smernicah za obravnavo pacientov s simptomatsko in asimptomatsko boleznijo karotidne arterije so poseben poudarek namenili izboru najboljše operativne terapije, karotidne endarterektomije (ang. Carotid endarterectomy - CEA) in stentiranju karotidne arterije (ang. Carotid angioplasty and stenting - CAS). S tem je ESVS želelo urediti polemike o asimptomatski karotidni stenozi,

kjer je treba upoštevati priporočila o presejanju za karotidno bolezen, zdravljenju zapletov po CEA in/ali CAS ter zdravljenju pacientov z okluzivno boleznijo proksimalne skupne karotidne arterije, neimenovane arterije ali ekstrakranialna vretenčna arterija (Eckstein, 2018).

Pacienti s simptomatsko boleznijo karotidne arterije si želijo karotidnih posegov, takoj ko se pojavijo simptomi, kar je razumljivo glede na to, da je že v prvih dveh tednih večje tveganje za ponovno možgansko kap, če so je že utrpeli v zadnjih 6 mesecih (Naylor, 2018). Poleg tega je pri 70 - 99 % pacientih s simptomatsko karotidno stenozo karotidna endarterektomija še vedno priporočljiva. Čeprav gre pri operaciji za nizko stopnjo zapletov, nekateri pacienti kljub temu zavračajo operacijo toliko časa, dokler se ne pojavijo simptomi. Glede na to ESVS priporoča uporabo slikovnih meril za ocenjevanje stopnje tveganja za možgansko kap za karotidne bolnike (Eckstein, 2018), saj lahko operacija povzroči dolgotrajno invalidnost in smrt. Tveganje smrti zaradi prve možganske kapi je med 15 - 35 %, nato se poveča na 69 % pri naslednji možganski kapi, ki se pogosto pojavi v enem letu po prvi možganski kapi (Orrapin in Rerkasem, 2017). Glede na to karotidna endarterektomija zmanjša tveganja za možgansko kap.

Tveganja za nastanek karotidne bolezni

Dejavniki tveganja za nastanek karotidne bolezni je več, kot so npr. starost, spol (moški) kajenje, visok krvni tlak, visoke holesterol, sladkorna bolezen, prekomerna telesna masa, družinska zgodovina, genetski dejavniki, neaktiven življenjski slog in prehranjevanja z visoko vsebnostjo nasičenih maščob (Greco et al., 2013). Prav tako naj bi pacienti z koronarno arterijsko boleznijo, pacienti imeli večje tveganje tudi za karotidno aterosklerozo. Raziskavo o tem, ali obstaja povezava med koronarno in karotidno aterosklerozo, so opravili Bytocy, Shenouda, Wester in Henein (2021) z analizo 89 dokumentov, ki so zajele 22.683 pacientov. Rezultati so pokazali, da obstaja zmerena povezanost med obema arterijskima sistemoma, kar lahko služi tudi pri napovedovanju hude bolezni. Zato naj bi ti pacienti potrebovali optimalen nadzor. Ti dejavniki so pomembni pri odkrivanju bolezni in so ključni dejavniki tveganja za možgansko kap.

Čeprav ti dejavniki povečajo tveganje za bolezen, vendar vedno ne povzročijo bolezni. Vsekakor pa je poznavanje dejavnikov tveganja pomembno, saj pomaga spremeniti življenjski slog. Kot je pokazala kohortna študija, ki je vključevala 2.885.257 posameznikov je pri 50 odstotkih oseb bilo ugotovljeno tveganje za nastanek karotidne arterije, kot posledice, visokega krvnega tlaka, visokega holesterol in sladkorne bolezni. Glede na to je smiselno, da vsak bolnik skupaj s svojim zdravnikom poskrbi za pravočasne preglede in s tem zmanjša možnosti, da zbolijo (Greco et al., 2013). Nadzor krvnega tlaka in sladkorne

bolezni ter zdravljenje z zdravili za zniževanje lipidov, so preventivni ukrepi pri zmanjšanju mikroembolizmov. S tem se posledično zmanjša tudi tveganje nastanka karotidne bolezni. Poleg tega tudi opustitev kajenja, vzdrževanje zdrave telesne mase in zmerena telesna vadba preprečujejo arterijske bolezni (Reiff et al., 2021).

Zdravljenje

Dolga leta so karotidno bolezen nevrologi zdravili konzervativno. Pred tridesetimi leti, ko je prišlo do večjega razumevanja patologije možgan, se je odprlo področje karotidne kirurgije. Zdravljenje karotidne bolezni temelji na ideji popravljanja sprememb na karotidnih arterijah. Zaradi zožitev arterije ali neravnine notranje površine karotidne žile, ko nastajajo neravni plaki z razjedami in trombovi pride do manjšega pretoka krvi v možganih, posledično tudi do možganske kapi. Ker gre za manjše lezije v določenih conah jih bolnik ne zazna. V primeru, da je blokada karotidne arterije blaga do zmerena se pacientu najprej priporoči spremembo življenjskega sloga z jemanjem zdravil, ki bi upočasnila napredovanja ateroskleroze. To vključujejo opustitev kajenja, hujšanje, spremembe prehrane z vključitvijo zdrave hrane, zmanjšanje soli in redno vadbo. Poleg tega naj bi pacient dnevno jemal aspirin ali druga zdravila za redčenje krvi in s tem preprečil nastajanje krvnih strdkov. V kolikor je blokada huda pa se priporoča operacijsko zdravljenje s CEA ali CAS (Eckstein, 2018; Reiff et al. (2021)

V osemdesetih letih 20. stoletja je prišlo do polemik ali ima CEA kakršnokoli korist pred najboljšo medikamentozno terapijo pri pacientih s karotidno stenozo. Danes tako evropska, kot ameriška združenja za vaskularno kirurgijo za zdravljenje karotidne bolezni priporočajo CEA, ki se je izkazala precej varna v primerjavi z medikamentoznim zdravljenjem ali postopki karotidnega stentiranja (Naylor, 2018). CEA je zelo učinkovita in varna operacija za preprečevanje tveganja možganske kapi pri pacientih s simptomatsko stenozo karotidne arterije, hkrati pa lahko pride do tveganja za zaplete neposredno pred, med in po operaciji, vključno z možgansko kapjo in smrtjo. Kot navajata Orrapin in Rerkasem (2017) obstaja 7 odstotno tveganje za možgansko kap in smrt v 30 dneh po endarterektomija

Pri CEA se lahko uporabljajo več različnih tehnik, vendar sta najpogostejši konvencionalna karotidna endarterektomija in everzijska karotidna endarterektomija, ki je tudi bolj uspešna in ugodnejša v primerjavi s konvencionalno, kot sta ugotovila Uçak in Özsöyler (2021) med 43 pacienti operiranimi zaradi simptomatske karotidne stenoze. Po operaciji navedenih pacientov ni bilo pri njih zaznati simptomov možganske kapi. Vsekakor pa je takšno zdravljenje še posebej koristno pri starejših, ki imajo več različnih sočasnih bolezni (Naylor, 2018).

Pomembno je, da operacijo izvaja le izkušen kirurg, ki operira bolnike primerne za operacijo in z nizko stopnjo tveganja.

Glede na to kirurgi posvečajo veliko pozornost tehnikam operiranja. Že med samo operacijo se ugotavljajo spremembe, da bi preprečili morebitne zaplete (Šikovec, 2004). Pri everzijski karotidni endarterektomiji, pride do prereza kože na vratu, ko se vratno arterijo začasno zapre. Če pride do slabšega delovanja možganov se ustavi začasni znotrajžilni obvod (šant). Plake znotraj notranje karotidne arterije se odstranijo in se rano zašije ali zapre s pomočjo sterilnega materiala. Na koncu karotidne operacije se vstavi presadek, ki je narejen iz sintetičnega materiala, pacientove vene ali drugih naravnih materialov, kot npr. goveji perikard. Venski presadki se pogosto uporabljajo, saj so odporni na okužbe. Največje tveganja za okužbo imajo sintetični materiali, vendar še vedno obstaja negotovost katera vrsta materiala je najboljša izbira za presadek (Orrapin in Rerkasem, 2017).

CAS je bil uveden kot alternativna strategija zdravljenja za bolnike s karotidno stenozo. Raziskave kažejo, da je CEA boljša za zdravljenje kot CAS, saj naj bi to predstavljalo večje periproceduralno tveganje za možgansko kap še zlasti pri starejših pacientih. Poleg tega je tudi operativno zdravljenje uspešnejše od zdravljenja z zdravili (Schermerhorn et al., 2019).

Obravnavanje pacientov s karotidno stenozo v Splošni bolnišnici Izola

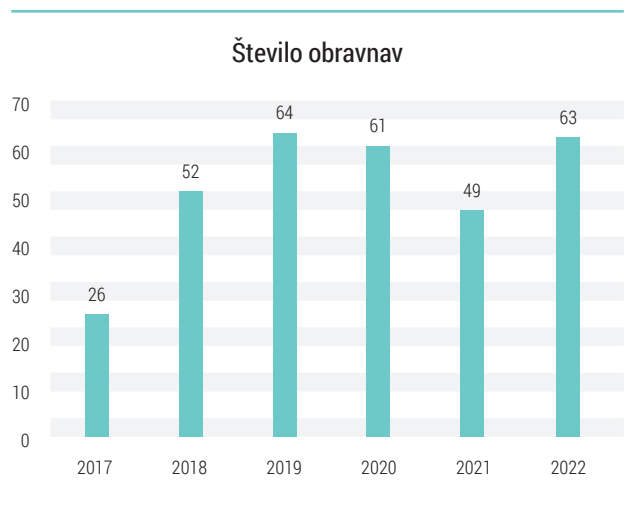
V SB Izola je vsak pacient postavljen v središče dogajanja in deležen celostne obravnave skladno z najnovejšimi strokovnimi smernicami. Največja oddelka bolnišnica sta splošna kirurgija in interna medicina (SB Izola, 2022). V SB Izola se izvaja tudi endarterektomijo karotidne arterije. Bolnik je mora opraviti krvne preiskave, EKG in druge preiskave, ki jih določi zdravnik. Preden se zdravnik odloči za operacijo naredi različne teste za stenozo. Poleg zdravstvene anamneze in fizičnega pregleda zdravnik posluša karotidni arterijo, in sicer tako, da s stetoskopom nad karotidno arterijo posluša zvok, imenovan bruit. Ta zvok nastane, ko kri teče skozi zoženo arterijo. Zgodi se lahko tudi, da se zvoka ne sliši, pa je arterija že bolna, zato je treba narediti tudi druge preiskave. Da bi ocenil pravilno diagnozo se opravijo še naslednji raziskave:

- Duplex skeniranje karotidne arterije s katerim se opravi ocena pretoka krvi v karotidnih arterijah. Sonda, imenovana pretvornik, oddaja ultrazvočne zvočne valove. S tem, ko je ta nameščen na karotidnih arterijah na določenih mestih in kotih, se ultrazvočni zvočni valovi premikajo skozi kožo in druga telesna tkiva do krvnih žil, kjer valovi odmevajo od krvnih celic. Pretvornik pošilja valove v ojačevalnik, tako da lahko zdravnik sliši zvočne valove. Odsotnost ali šibkost teh zvokov lahko pomeni, da je pretok krvi blokiran.
- Magnetna resonanca (MR), kjer gre za rutinski diagnostični slikovni pregled določenih delov telesa z uporabo

kombinacij velikih magnetov, radiofrekvenčne energije in računalnika za izdelavo podrobnih slik organov in struktur v telesu. Pri tem testu bolnik leži v veliki cevi, medtem ko magneti potujejo okoli pacientovega telesa. Takšen postopek je zelo glasen.

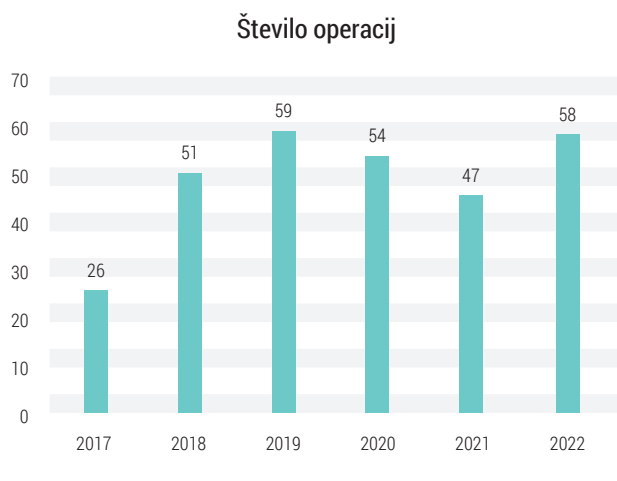
- Magnetna resonančna angiografija (MRA), kjer se uporablja tehnologija magnetne resonance (MRI) in intravensko (IV) kontrastno barvilo, da postanejo krvne žile vidne. Kontrastno barvilo povzroči, da so krvne žile na MRI sliki trdne, tako da jih lahko zdravnik vidi.
- Računalniška tomografska angiografija (CTA) je test z uporabo rentgenskih žarkov in računalniško tehnologijo skupaj s kontrastnim barvilom za izdelavo vodoravnih ali aksialnih slik (pogosto imenovanih rezine) telesa. CTA prikazuje slike krvnih žil in tkiv ter je v pomoč pri prepoznavanju zoženih krvnih žil. Ta test je zelo uporaben za bolnike s srčnimi spodbujevalniki ali stenti.
- Angiografija se uporablja za oceno, kako zamašene so karotidne arterije, z rentgenskimi slikami, medtem ko se vbrizga kontrastno barvilo. Kontrastno barvilo pomaga zdravniku videti obliko in pretok krvi skozi arterije, ko so narejene rentgenske slike.

V SB Izola letno obravnavajo v povprečju 52 kliničnih postopkov endarterektomijo karotidne arterije, kot je vidno iz grafa 1.



Graf 1: Obravnavanje pacientov s karotidno stenozo za obdobje 2017-2022

Iz grafa 1 razberemo, da se je v letih od 2017 do 2019 število obravnavanih pacientov s karotidno stenozo povečevalo, in sicer za 60 %. Nato je prišlo do vpada, kar lahko pripišemo epidemiji Covid-19, ki je ohromilo tudi delo na kirurgiji. Od vseh 315 pacientih pa je bilo v enakem obdobju opravljenih manj operacijskih posegov, in sicer 295 oz. v povprečju 49, kot prikazuje graf 2.



Graf 2: Operacija pacientov s karotidno stenozo za obdobje 2017-2022

Število operacij pacientov s karotidno stenozo je od leta 2017 do 2019 naraslo, in sicer za 56 %, kar je manj kot pri obravnavanih pacientih.

Kazalniki kakovosti za leto 2022 so pokazali le skupno število posegov za celotno kirurgijo, ne pa posebej za endarterektomijo karotidne arterije. Od povprečnega števila operacij (6386 letno) je le 0,76 operacij karotidne arterije.

V SB Izola nimajo posebnih informacij, ki bi bile v pomoč medicinskim sestram pri obravnavi pacientov s karotidno stenozo pred operacijo. Na podlagi znanja in izkušenj, ki jih imajo medicinske sestre delajo strokovno in v dobro pacienta.

Zdravstvena nega pacienta skarotidno stenozo

Pred operacijo mora biti bolnik s karotidno stenozo podrobno seznanjen s potekom operacije. Podpisati mora soglasje tako za operacijo, kot anestezijo. Na dan sprejema v bolnišnico medicinske sestre bolniku izmeri krvni pritisk, srčni utrip ter se z njim pogovori. Bolnik opravi tudi pogovor z anesteziologom, ki bo prisoten pri operaciji in bo dal narkozo. Po operaciji bolnik prejme še infuzijo in zdravila, nekateri pa tudi kisik. Ko je bolnik premeščen na intenzivno nego, mu medicinska sestra dvigne vzglavje, da se bo ta boljše počutil, hkrati pa preprečilo otekanje ali neprijetne občutke v vratu. Ves čas bolnika spremlja ter mu meri srčni utrip, pritisk in saturacijo.

Diskusija

Stenoza in anevrizme so velik problem v svetu. Raziskave kažejo, da je zelo pomembno, da se bolezen čimprej odkrije, da ne bi prišlo do hujših zapletov in možganske kapi. Zdravljenje pacientov poteka na več načinov, ko pa se bolnik in zdravnik dogovorita za operativni poseg je ta sicer nevaren, vendar enostaven. Kot navaja Naylor (2018) morajo vsi pacienti biti primerno zdravstveno obravnavani. Operacija se izvaja v splošni

anestezija, ko bolnik prejme tudi heparin v odmerku 5000-6000 enot/kg med operacijo. Vedno bolj prihaja v ospredje tudi lokalna anestezija, saj budnost bolnika lahko bolj zanesljivo pokaže na hipoperfuzijo možganov in potrebo za uporabo začasnih obtokov. Prednosti takšne anestezije so pri uspešnejšem odkrivanju bolnika, ki potrebuje začasni obtok. Poleg tega obstaja manjše tveganje za srčne zaplete in ohranja možganske avtoregulacije (Šikovec, 2004).

Poleg tega je tudi okrevanje zelo hitro. Vsakega bolnika se po operaciji rutinsko spremlja vsaj 24 ur na oddelku za intenzivno nego žilne kirurgije, občasno so ti deležni nevrološkega pregleda in opravljenega ultrazvoka. Poleg tega prejema tudi antibiotike in so spremljani še 30 dni, da ne bi prišlo do kakšnih zapletov. Medicinska sestra mora biti zelo pozorna na pojav morebitnih zapletov po operaciji, ki se kažejo kot oteženo dihanje zaradi otekline v predelu vratu, krvavitve, vnetje obušesne žleze ali rane, poškodbe ali nadraženost živca, ishemična možganska kap (TIA) ali pljučnica (Praznik, b. d.). Simptomi TIA in možganske kapi so podobni: paraliza ali otrplost na eni strani telesa, zamegljen vid, glavobol, težave z govorom in težave pri odzivanju na druge. TIA je običajno kratka in ne pušča trajne škode. To je posledica začasne okluzije majhne arterije in je pogosto opozorilni znak za možgansko kap, ki je pogosto povezana s trajno poškodbo dela možganov zaradi izgube oskrbe s krvjo, kar lahko povzroči blago do hudo invalidnost ali smrt.

ZAKLJUČEK

Medicinska sestra je ključna oseba pri obravnavi pacienta s karotidno arterijo. Da bi delo bilo čim bolj kakovostno je treba najprej pripraviti pacienta in vse potrebne raziskave, ki bodo potrdile karotidno bolezen in s tem omogočilo operacijo brez oz. s čim manjšimi zapleti. Medicinska sestra je ob bolniku prisotna pred, med in po operaciji. S svojo strokovnostjo in pozitivno komunikacijo lahko pomaga bolniku, da se znebi morebitnega strahu. Po operaciji bolnika spremlja, mu meri vitalne funkcije in mu stoji ob strani. Da bi kakovost zdravstvene nege bila čimbolj učinkovita bi bilo smiselno beležiti podatke o morebitnih zapletih posebej za tovrstne operacije. Kot smo ugotovili v raziskavi SB Izola opravlja endarterektomijo karotidne arterije, vendar jo v poročilih in kazalnikih kakovosti ne izpostavljajo posebej, zato so tudi podatki s tega področja pomanjkljivi.

LITERATURA

1. Bytci, I., Shenouda, R., Wester, P. In Henein, M. Y., 2021. Carotid Atherosclerosis in predicting coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 41(4), pp. e224-e237.
2. Eckstein, H. H., 2018 European Society for Vascular Surgery Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease. *Editorial*, 5(1), pp. 1-2

3. Greco, G., Egorova, N. N., Moskowitz, A. J., Gelijns, A. C., Kent, K. C., Mangano, A. J., Zwolak, R. M. & Riles, T. S., 2013. A model for predicting the risk of carotid artery disease. *Annals of surgery*, 257(6), pp. 1168-1173. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827b9761.
4. Hopkins, J., 2023. *Carotid Artery Stenosis*. Available at: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/carotid-artery-disease> [10. 1. 2023].
5. Milošević, Z., Žvan, B., Zaletel, M. & Šurlan, M., 2002. Carotid angioplasty with cerebral protection. *Radiology and oncology*, 36(1), pp. 5-12.
6. Naylor, A. R., 2018. Endarterectomy versus stenting for stroke prevention. *Stroke and Vascular Neurology*, 3(2), pp. 101-106.
7. Orrapin, S. & Rerkasem, K. 2017. *Operacija karotida za liječenje pacijenata koji imaju simptome zbog suženja karotidne arterije*. Available at: https://www.cochrane.org/hr/CD001081/STROKE_operacija-karotida-za-ljecenje-pacijenata-koji-imaju-simptome-zbog-suzenja-karotidne-arterije [11. 1. 2023].
8. Praznik, N. b. d. *Tea aci – trombendarterektomija notranje vratne arterije*. Available at: https://www.sb-celje.si/media/files/dokumenti/Nasveti_%C5%BEilna/Zilna%20kg_TEA%20ACL_internet.pdf [11. 1. 2023].
9. Reiff, T., Eckstein, H. H., Mansmann, U., Jansen, O., Fraedrich, G., Mudra, H., Hacke, W. & Ringleb, P. A. 2021. SPACE-2 study group. Successful implementation of best medical treatment for patients with asymptomatic carotid artery stenosis within a randomized controlled trial (SPACE-2). *Neurological Research and Practice*, 3(1), pp. 62.
10. Schermerhorn, M. L., Cronenwett, J. L., Nolan, B. W., Kashyap, V. S., Wang, G. J. Motaganahalli, R. L. & Malas, M. B., (2019). Association of Transcarotid Artery Revascularization vs Transfemoral Carotid Artery Stenting With Stroke or Death Among Patients With Carotid Artery Stenosis JAMA. 322(23), pp. 2313-2322.
11. Sobieszczyk, P. & Beckman, J., 2006 Carotid Artery Disease. *Circulation*, 114(7), pp. e244–e247.
12. Splošna bolnišnica Izola (2022). Letno poročilo Splošna bolnišnica Izola za leto 2021. Available at: <https://www.sb-izola.si/si/predstavitev/po-slovna-porocila/> [12. 1. 2023].
13. Šikovec, A. 2004. Operativno zdravljenje zožitve (endarterektomija) notranje karotidne v lokalni anesteziji. *Zdravstveni vestnik*, 73, pp. 915-919.
14. Uçak, H. A. & Özsöyler, I. 2021. Comparison of conventional surgical method and eversion technique in carotid endarterectomy operations. *Journal of Surgery and Medicine*, 5(5), pp. 400-403.

TIMSKI PRISTOP PRI OSKRBI KRONIČNE RANE

Miloš Potkonjak, dr. med.

Splošna bolnišnica Novo mesto- kirurški sektor/oddelek za žilno kirurgijo

milospotkonjak@gmail.com

IZVLEČEK

Rane, ki se ne celijo, postajajo čedalje bolj pomemben problem v zdravstvenih sistemih v celem svetu. Vse daljša življenska doba oziroma staranje prebivalstva postaja precejšnje družbeno breme in postopoma v ospredje postavljata oskrbo in zdravljenje kroničnih ran.

Za učinkovito zdravljenje kronične rane je zelo pomembno timsko delo in pravilen prisotop k celjenju.

Ključne besede: kronična rana, faze celjenja, timski pristop k zdravljenju, prihodnost kroničnih ran

UVOD

Kronične rane so že od nekdaj izjemno velik izziv za zdravstvene delavce in velik problem za zdravstvene sisteme. Težave se začnejo že pri ugotavljanju vzroka njihovega nastanka nato pa se nadaljujejo pri zdravljenju. Že v prazgodovini so se srečali z ranam k so se slabo celile in so jih poskušali sanirati s številnimi metodami lokalnega zdravljenja. Danes obstaja več kot tisoč različnih izdelkov in veliko metod za zdravljenje kroničnih ran. Da bi celjenje kroničnih ran bilo učinkovito, je potreben sodoben pristop k celjenju in sicer timsko delo, znanje o samem nastanku rane, pozanti je treba možnosti celjenja in imeti veliko potrpljenja.

Opredelevitev kronične rane

Izraz » kronična rana « je bil v literaturi prvič uporabljen v 50. letih prejšnjega stoletja za označevanje ran, ki so se težko zacelile ali niso sledile normalnemu procesu celjenja. Sprva je izraz naletel na kritike zaradi svoje negotovosti glede trajanja kroničnosti. Predlagane so bile različne alternativne terminologije, kot so težko zaceljene rane, rane, ki se ne celijo in kompleksne rane. Čeprav ni posebnega časovnega okvira, ki bi jasno razlikoval akutno od kronične rane, nekateri menijo, da pomanjkanje približno 15-odstotnega zmanjšanja na teden ali

približno 50-odstotnega zmanjšanja površine rane v obdobju enega meseca kaže na kronično stanje.

Vsekakor je kronična rana, rana, ki se ne celi v urejenem nizu stopenj in v predvidljivem času, kot se zdravi večina ran. Kronične rane so zadržane v eni ali več fazah celjenja ran. Najpogosteje kronične rane predolgo ostanejo » ujete « v vnetni fazi.

Da bi premagali stopnjo in pospešili proces celjenja, je treba obravnavati številne dejavnike, kot so zaviranje bakterij, odstranitev nekrotičnega tkiva, ravnovesje vlage v celotni rani in zadostna raven kisika v tkivu. Za pomoč pri hitrejšem celjenju kroničnih ran, lahko veliko naredimo z uvajanjem kisika, sistemsko (HBOT) kot tudi z lokalnim dovajanjem kisika (sodobne obloge).

Interdisciplinarno timsko delo

Staranje prebivalstva, porast kroničnih bolezni, kot so sladkor na bolezen, rak in bolezni srca, so prisilili medicinsko osebje k multidisciplinarnemu pristopu k zdravstveni oskrbi.

Timsko delo v zdravstvu je opredeljeno kot dve ali več oseb, ki soodvisno sodelujejo s skupnim namenom in si prizadevajo pomagati bolniku. Kot pove že ime, timsko delo v zdravstvu uporablja prakse sodelovanja in izboljšane komunikacije za razširitev tradicionalnih vlog zdravstvenih delavcev in sprejemanje odločitev kot enota, ki deluje v smeri skupnega cilja to pa je zdravje bolnika.

Interdisciplinarno timsko delo je pomemben model zagotavljanja zdravstvene oskrbe bolnikom še posebej za oskrbo pacientov z kroničnimi ranami.

Zdravstvene time pogosto sestavljajo različni strokovnjaki – imenovani kadri v zdravstvu – vsak s posebnim znanjem in odgovoren za različne naloge oz. za reševanje zdravstvenih težav.

Timsko delo je postalo pomembna zdravstvena intervencija iz več razlogov. Eden od razlogov je, da klinična oskrba postaja vse bolj zapletena in specializirana, kar sili medicinsko osebje, da poskuša izvajati zapletene zdravstvene storitve in se hitro

nauči novih metod. Drugo, raziskovalci so ugotovili, da skupno delo zmanjša število zdravniških napak in poveča varnost bolnikov. Tretjič, ker je timsko delo osredotočeno na trdno komunikacijo, se pacienti in njihove družine včasih počutijo bolj sproščene in poročajo, da sprejemajo zdravljenje ter so bolj zadovoljni s svojo zdravstveno oskrbo. Tudi zdravstveni delavci so bolj zadovoljni s svojim delom.

Prihodnost kroničnih ran

Kronična rana je pojav, ki zaradi staranja splošne človeške populacije in podaljšanja pričakovane življenjske dobe vse bolj ogroža sodobnega človeka in predstavlja zdravstveni in socialni problem posameznikov in celotne družbe. Več svetovnih študij predvideva, da se bo število kroničnih ran vsako leto povečevalo, kar že zdaj čutimo v ambulantah za kronične rane. Predvideva se, da bo do leta 2040, na svetovni ravni kar 19% populacije starejše od 65 let. Veliki del te populacije se bo srečal tudi z kronično rano.

Celjenje kroničnih ran in pomembnost poznavanja kronične rane

Za učinkovito celjenje kronične rane je potrebno znanje o samem nastanku rane. Zelo pomembna je tudi prvotna klinična ocena rane, kamor spadajo velikost, globina, lokacija, barva same rane in okolice, vonj in izcedek iz rane. Pomembno je poznati faze celjenja ran in sodobne metode, ki veliko pripomorejo k hitrejšemu celjenju rane. Kljub vsem sodobnim oblogom in metodam, še zmeraj ostajata najbolj pomembni redne preveze oz. toaleta rane in kvaliteten debridman rane, ki ima namen osvežitev rane.

Kronične rane so kompleksne in zato je potreben tudi multidisciplinarni timski pristop, vendar kronično rano, vedno spremlja in zdravi če se le da ena oseba (zdravnik, sestra, patronažna sestra).

ZAKLJUČEK

Kronične rane so bile, so in bodo čedalje večji izziv vseh zdravstvenih sistemov na svetu. Prebivalstvo se neprekinjeno številčno veča, življenjska doba se povečuje in moderni način življenja tvorijo zelo dobre pogoje za nastanek kroničnih ran. V »borbi«
proti nastanku kroničnih ran oziroma preventivi in začetnemu celjenju ran, kot društvo ne naredimo veliko, kot stroka dostikrat zamudimo, tudi zaradi ne znanja primarnega zdravstva in prav tako zaradi preobremenjenosti celotnega zdravstvenega sistema.

Z zelo majhnimi sredstvi in nekaj znanja o ranah na primarnem nivoju, bi lahko veliko ran preprečili z pravočasnimi naporitvami k specialistom oziroma na diagnostiko.

LITERATURA:

1. A Brief History of Wound Healing. Oxford clinical communications. Yardley, PA: OrthoMcNeil Pharmaceuticals and Janssen-Cilag; 1998.
2. Ackerknecht E.H. John Hopkins University Press; Baltimore, MD: 1982. A Short History of Medicine.
3. Carmichael A.G., Ratzan R.M., editors. Medicine: A Treasury of Art and Literature. Hugh Lauter Levin; New York, NY: 1991.
4. Brown H. Wound healing research through the age. In: Cohen I.K., Diegelmann
5. Farrar R.D. Early history of wound treatment. J R Soc Med. 1982;75:198–205.
6. Moues C.M., Heule F., Legerstee R., Hovius S.E. Five millennia of wound care products—what is new? A literature review. Ostomy Wound Manage. 2009;55(3):16–18. 20, 22.

BOLEČINA – PRIJATELJICA ALI SOVRAŽNICA

Mag. Jožica Rešetič, pred.

Splošna bolnišnica Novo mesto

jozica.resetic@gmail.com

IZVLEČEK

V članku bomo govorili o bolečini in poskušali odgovoriti na vprašanje, ali je bolečina naša prijateljica ali sovražnica. Bolečina nas spremlja od rojstva do smrti in je dober pokazatelj, da je z nami nekaj narobe.

Naloge vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege so, da svoje delo opravljajo strokovno, vestno, odgovorno, varno in kakovostno. Že več let se vse slovenske bolnišnice zavedajo, da kakovostna zdravstvena oskrba pomeni predvsem zadovoljstvo pacienta in njegovih svojcev. Posledično s tem pa raste tudi osebno zadovoljstvo zaposlenih. Pacienti pogosto kakovostno oskrbo vrednotijo glede na čas odziva zaposlenih do nujenja potrebne storitve, zato v izbrani bolnišnici pri uvajanju procesa kakovosti izhajajo iz dejstva, da je pacient v središču dogajanja.

Glede na naslov smo si za predmet raziskave izbrali lajšanje pooperativne bolečine pri pacientih po operacijah na oddelkih za travmatologijo, plastično kirurgijo in žilno kirurgijo kirurškega sektorja izbrane bolnišnice.

Namen prispevka je predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi pooperativne bolečine pri operiranih. Vsi zaposleni na področju zdravstvene nege morajo biti dobro poučeni o znakih pooperativne bolečine, pravilnem ukrepanju v primeru njene prisotnosti, o posredovanju informacij, o načinu zdravljenja in nujenju ustrezne predpisane terapije. Osnovni namen nadzora pete vitalne funkcije- bolečine- je dosežen, če ga izvajajo za to strokovno usposobljeni delavci s področja zdravstvene nege- medicinske sestre. Medicinske sestre se morajo zavedati, da v njihov delokrog dela spada tudi obravnavanje in lajšanje pooperativne bolečine pri operiranih. Naloga medicinske sestre je, da pooperativno bolečino pri operiranju prepozna in uspešno ukrepa v skladu s svojimi znanji in pristojnostmi, predvsem zato, ker vemo, da nezdravljena pooperativna bolečina lahko vodi do zdravstvenih zapletov, poslabšanja pacientovega počutja in posledično do podaljšanja ležalne dobe in večjih finančnih stroškov. Navsezadnje učinkovito lajšana pooperativna bolečina predstavlja kakovost zdravstvene oskrbe v posameznem zavodu.

Cilj prispevka je ugotoviti potek obravnave pooperativne bolečine pri operiranih s strani medicinskih sester glede na izvedeno anketo med pacienti in podati predloge za izboljšavo procesa.

Gljučne besede: pacient, bolečina, zdravstvena nega

UVOD

Vsak posameznik se v svojem življenju sreča s pojmom bolečine. Bolečina je pomemben ekonomski, medicinski, socialni in družbeni problem (Žižek in Saje, 2011). Bolečino lahko v določenih primerih definiramo kot koristen pojav ali celo kot nujnost človekovega preživetja (Rešetič, 2012). Po ženevski konvenciji ima vsak posameznik pravico, da živi brez bolečine. Nezdravljena bolečina pri pacientu lahko škodljiv učinek na organizem, zato je pomembno, da jo vsi zdravstveni delavci prepoznajo in ustrezno ukrepajo. Samo z odpravo vzroka najlažje vplivamo na omilitev bolečine (Rešetič, 2015).

Spremljanje bolečine pri pacientu je delo medicinske sestre, ki sodeluje pri obravnavi pacienta z bolečino, saj prav ona kontinuirano spremlja njegovo stanje, ga ocenjuje in meri. Z dobro komunikacijo mu je v veliko oporo pri določanju in pojasnjevanju le-te. Medicinska sestra (MS) mora biti sposobna prepoznati tako vedenjski kot tudi fiziološki odziv na bolečino, saj jo le tako lahko prepozna tudi po pacientovem izrazu na obrazu (Pungartnik in Janiš, 2013).

Bolečina

Bolečina je varovalni mehanizem (Rebula in Prebeg, 2019), ki naj bi človeka ozaveščal o življenjsko pomembni ogroženosti, ki zahteva pozornost in odziv. Ker smo celostna bitja, se bolečina oglašuje na vseh področjih našega doživljanja, saj smo lahko bistveno ogroženi na mnogih različnih ravneh in vsaka deluje na ostale ter predstavlja nevarnost za fizično, čustveno ali duhovno preživetje. Bolečine zato prehajajo z ene ravni na drugo in mejo je zelo težko zarisati. Vsak posameznik lahko bolečino opredeli kot izjemno, subjektivno izkušnjo. Bolečina je čustvena in čutna, sila neprijetna in, kar še najbolj opazimo,

vpliva na človekovo socialnost, psihično vedenje ter fizično pripravljenost. Obstajajo pa nekatere okoliščine, pod vplivom katerih bolečina še naraste in se stopnjuje: kadar je posameznik izčrpan, anksiozen, prestrašen, napet, nesproščen in drugi dejavniki povečanja bolečine. Torej, pacientova bolečina ni pogojena le z operativnim posegom, boleznijo in poškodbo, temveč tudi s starostjo, spolom, okoljem, v katerem človek živi, vrednotami, spoprijemanji z bolečino ter seveda z bolečinskim pragom, ki pa je popolnoma individualen od človeka do človeka, saj nekdo, ki se vreže z nožem, bolečine ne dojema kot strašansko močne, nekdo bo pa doživel majhen udarec v nogo, pa bo njegova bolečina neznosno velika. Tega se medicinske sestre moramo zavedati in ob stiku s pacientom to tudi upoštevati. Šele ko zbolimo, se zavedamo, kako neprijetna je bolečina in življenje z njo (Dolžan Lindič, Selan in Pergarec Žansky, 2008).

Za pacienta je bolečina najbolj neprijeten simptom in če ni ustrezno zdravljena, povzroča pacientu trpljenje. Učinkovito zdravljenje bolečine v pooperativnem obdobju ima velik vpliv na preprečevanje in prepoznavanje zapletov po operaciji ter na hitrejšo okrevanje pacienta po posegu (Ravnikar, 2013).

Zaradi pravice pacientov do lajšanja bolečine je potrebno načrtno in sistematično k temu tudi pristopiti. Bolečina je prisotna kjerkoli in kadarkoli to posameznik navede, jo doživlja in čuti ter opredeli njeno jakost (Svilenković, 2007). Pacient lahko opiše tudi, kako dolgo bolečina traja, kdaj se je pojavila, ali se bolečina med gibanjem ali mirovanjem poveča ali zmanjša (Rešetič, 2012). Bolečino lahko razvrščamo po različnih merilih. Najpomembnejša razdelitev je po času trajanja bolečine - ločimo akutno in kronično bolečino. Po izvoru bolečinskega dražljaja je bolečina lahko somatska in visceralna. Po pomenu pa jo delimo na fiziološko in patološko (Božić, 2014).

Akutna bolečina

O akutni bolečini govorimo takrat, ko je ta nepredvidena ter hitra, traja določen ter omejen čas. Glede na jakost ločimo hudo in blago bolečino. Akutna bolečina nas opozarja na neko nenadno hitro spremembo v telesu. Akutna bolečina nam pokaže tudi območje razvoja ter čutenja bolečine. Za akutno bolečino je značilno, da pacient večino časa govori, bolečino izraža na različne načine: pogosto joka in kaže na boleč predel, kjer ga boli. Najboljše zdravljenje za akutno bolečino je tisto (Kurtić, 2015), ki odpravi vzrok oziroma vzročno zdravljenje.

Nastanek akutne bolečine se začne s poškodbo tkiva. Največkrat nastane problem pri ugotavljanju njenega začetka. Do nje lahko pride zaradi različnih poškodb ter bolečin po operaciji. Strah je pacientov spremljevalec, saj se vsak posameznik boji, kakšna je poškodba, kako resna je, do česa je pravzaprav prišlo, koliko časa ga bo še bolelo ter ali lahko sam kaj stori, da si pomaga. Simptomi, ki opredeljujejo akutno bolečino,

so (Saje, 2014): agitacija ali nemirnost, tahipneja, dražljivost, transpiracija. Pogosto se zgodi, da akutno bolečino spremlja še nekateri znaki depresivnosti, anksioznosti, kar pa lahko privede do poslabšanja stanja (Požlep, 2009). Med akutno bolečino štejemo še pooperativno bolečino.

Pooperativna bolečina

Pooperativno bolečino umeščamo med okrilje akutne bolečine. Ta nastane zaradi poškodbe tkiva, bolezenskega stanja ali vnetnega procesa. Dokler se tkivo popolnoma ne zaceli lahko ta bolečina traja. Ko pa se pooperativne rane zacelijo, se le-ta umiri, posledično manj boli ali pa bolečina popolnoma izgine. Pacienti v svoji hospitalizaciji po operativnem posegu kot najbolj neugodno doživetje ocenjuje prav bolečino, ki je zelo neželena in neugodna zaznava ter huda čustvena izkušnja (Obran, 2000).

Pooperativno bolečino pacient začuti že takoj, ko se zbudi iz narkoze, ali pa ko začne narkoza popuščati. Med najbolj neprijetno izkušnjo med hospitalizacijo pacienta prištevamo prav pooperativno bolečino. Pooperativna bolečina lahko povzroča veliko škodo pri pacientu, saj ga omejuje pri njegovih življenjskih aktivnostih in funkcijah (Šmitek, 2008). Dobro lajšanje pooperativne bolečine ima lahko poleg osebnega dobrega počutja in zadovoljivega izražanja pacienta tudi nekatere pozitivne fizične učinke, kot so (Šmitek, 2008): hitrejšo okrevanje, boljše pljučna funkcija, manj srčno-žilnih in pljučnih zapletov, okrepitev delovanja srčno-žilnega sistema.

Podatki kažejo, da kar 75 % pacientov po operativnem posegu še vedno čuti zmerno bolečino in kar 90 % pacientov začuti bolečino vsaj enkrat med hospitalizacijo (Rešetič, 2012).

Ocenjevanje in merjenje bolečine

Ocena bolečine in dokumentacija vseh ukrepov sta temeljni načeli uspešnega obvladovanja bolečine (Božić, 2014). Znano je (Ravnikar, 2013), da ima bolečina velik vpliv na pacientovo počutje in zadovoljstvo z zdravljenjem v bolnišnici, a žal se pogosto srečujemo s primeri pacientov, ko pooperativna bolečina ni ustrezno zdravljena. Ocenjevanje, merjenje in spremljanje bolečine je delo medicinske sestre, ki sodeluje pri obravnavi pacienta z bolečino, saj prav ona kontinuirano spremlja njegovo stanje, mu je v veliko oporo in komunicira z njim (Bahč in Mlinar, 2013).

Ocenjevanje bolečine

Ravnikar (2013) meni, da pri prepoznavanju bolečine ni pomembno le poznavanje lestvic za ocenjevanje bolečine, temveč tudi medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom. Medicinska sestra mora biti sposobna prepoznati tako vedenjski kot tudi fiziološki odziv na bolečino, saj lahko le tako bolečino prepozna po pacientovem izrazu na obrazu.

Pomembna sta tudi empatija in sočutje, ki bi morala biti centralna vidika zdravstva. Za posledico imata namreč pozitivne izide, tako za pacienta kot tudi za osebje (Poljanec, 2019). Med ugotavljanjem potreb po zdravstveni negi je temeljno vodilo v našem primeru prav ocenjevanje bolečine in je naša osnova za pomoč, ki jo nudimo pacientu. Medicinska sestra je pri tem samostojna. Ker lahko lajšanje bolečine vpliva na potek bolezni in na zadovoljstvo pacienta, mora medicinska sestra pacientu nuditi socialno ter psihofizično ugodje, ki pa se lahko ob pojavu bolečine spreminja. Medicinska sestra mora biti vedno na razpolago in se je dolžna ob vsaki spremembi tudi odzvati (Pungartnik in Janiš, 2013).

Merjenje bolečine

Ne glede na merljivost bolečine je rezultat pri merjenju njene jakosti pri posamezniku zelo subjektiven. Pacient mora biti vključen v ocenjevanje in merjenje bolečine in pri tem tudi sodelovati, mora biti aktivni udeleženec pri obvladovanju svoje bolečine in z nami sodelovati. Pri tem postopku ne ocenjujemo le jakosti bolečine, temveč tudi psihološko stanje pacienta in učinek zdravljenja (Obran, 2000).

Vsi vemo, da se mora bolečina meriti, preden se zdravilo aplicira in po določenem času po aplikaciji zdravila. Zavedati se moramo, da je podatek, ki nam ga poda pacient, verodostojen in da ga moramo upoštevati, vključno s posredovanjem podatkov s strani medicinskih sester, ki je najbolj realen pokazatelj bolečine. Vsak posameznik v timu se mora zavedati, da se mora pri bolečini ukrepati takoj in da ne smemo dovoliti, da se bolečina razvije, saj obstaja velika možnost, da je ne bomo mogli obvladovati, s tem bo povečana možnost porabe analgetikov in ob tem je seveda več možnih zapletov, ki se lahko pripetijo med samim razvojem bolečine (Rešetič, 2012).

Ocenjevanje bolečine je pri našem delu izrednega pomena in je pomembno za kakovostno in varno obravnavo pacientov, pomaga nam pri diagnostiki, pri lažji izbiri zdravljenja ter pri oceni učinkovitosti določenega izbranega zdravljenja. Včasih se je težko izraziti in bolečino opredeliti z eno besedo, zato jo pacienti pogostokrat opisujejo z že znanimi občutki bolečine. Vse poglede bolečine je zelo težko oceniti, zato se odločimo za tisto, ki je trenutno najbolj pomembna. Kadar je pri pacientu komuniciranje oteženo, bodisi zaradi pomirjeval ali slabega zdravja, kontroliramo vedenjske in fiziološke pokazatelje bolečin. Največ uporabljena ocenitev je jakost bolečine. Res je, da je jakost bolečine pacientov subjektiven izraz, vendar je najbolj zadosten in zanesljiv dokaz za prisotnost bolečine. Medicinska sestra mora k pacientu pristopiti vztrajno in potrpežljivo (Pavič, Mrkič in Škerjanec-Hodak, 2014).

Za ocenjevanje bolečine se uporabljata enodimenzionalne ali multidimenzionalne lestvice, največkrat se poslužujemo kar enodimenzionalne, ki vključuje ocenjevanje po VAS lestvici in ocenjevanje po lestvici obrazov (Rešetič, 2012).

Lestvice za ocenjevanje bolečine

Enodimenzionalne lestvice so najprimernejše za merjenje bolečine pri odraslih osebah. Z njimi merimo jakost bolečine ter kako je določeno zdravilo prispevalo k zmanjšanju bolečine. Vsem znana in najbolj uporabljena je VAS lestvica, vendar poleg nje poznamo še lestvico, ki je besedno opisna in lestvica števil, s katero merimo bolečino (Žižek in Saje, 2011). Multidimenzionalne lestvice pa so: McGillov vprašalnik in Kratka oblika McGillovega vprašalnika. Najbolj zanesljiva primarna metoda ocenjevanja bolečine je besedna oblika komunikacije, saj nam tako pacient najlažje izrazi jakost bolečine. Sem spada vizualna analogna skala (VAS), kjer številka 0 pomeni, da bolečina ni prisotna, številka 10 pa opredeli nezno bolečino. Bolečino ocenjujemo vedno in sicer v tednih, mesecih, dnevih, takrat, ko je najbolj močna in kadar je zelo malo ali pa nič prisotna. Za lažje razumevanje pri nekaterih bolnikih lahko ponudimo opcijo, da si bolnik recimo na del telesa, kjer najmočnejše čuti bolečino, nariše krogec (Klošič Spevak, 2003). Velikokrat se uporablja tudi numerična analgetična lestvica ali NAL, kjer se bolečina ocenjuje od 1 - 10 in razne druge lestvice. Pomembno je omeniti tudi McGillov vprašalnik, kjer lahko pacient bolečino opiše večdimenzionalno in sicer kot čustveno, senzorno ter spoznavno-vrednotenjsko (Faganeli, 2012).

Vloga medicinske sestre pri lajšanju bolečine

Kadar nam pacient potoži o svoji bolečini, to stori takrat, kadar ga nekaj boli, zato je pomembno, da se medicinska sestra podrobno pozanima o njegovi bolečini. Njene naloge so, da izve lokacijo zelo hude bolečine, intenziteto, kam se bolečina širi, naravo (ostra, topa, pekoča...), čas trajanja bolečine ter vzroke vplivanja na bolečino. Zato se pri pacientu najprej pozanimamo, kaj je bolečino povzročilo, šele tedaj se odločimo za korak naprej in sicer korak k lajšanju bolečine (Rešetič, 2012). Najpomembnejše vloge medicinske sestre pri lajšanju bolečine so (Svilenkovič, 2007): bolečino dovolj zgodaj odkriti in pravočasno prepoznati, merjenje in ocenjevanje bolečine v rednem časovnem obdobju, izbira primerne lestvice za ocenjevanje intenzitete bolečine, dokumentiranje, varno in pravilno delo pri apliciranju analgetikov (po navodilu zdravnika), prepoznati neželene učinke protibolečinske terapije in uvajanje ukrepov za preprečevanje neželenih učinkov analgezije. Medicinska sestra pri ugotavljanju bolečine ves čas pacienta spremlja in ga opazuje. Če smo večji pri opazovanju pacienta, lahko marsikateri pojav bolečine preprečimo, zmanjšamo ali pa ustrezno zdravimo (Dolžan Lindič, Selan in Pergarec Žanksy, 2008). Medicinska sestra mora prepoznati nebesedne znake izražanja bolečine pri starostniku in s pacientovim opisom bolečine oceniti njegovo zdravstveno stanje, da bi lahko učinkovito načrtovala potrebno zdravstveno nego (Lukač, 2002).

Učinkovitost protibolečinske terapije se zabeleži v dokumentacijski list, s tem pa prispevamo k večjemu vrednotenju dela

medicinske sestre pri obravnavi bolečine. Podatek o zapisu jakosti bolečine pri pacientu je za nas zelo pomemben, saj nam pomaga pri kontinuiranem delu zdravstvene nege in prenosu podatkov (Rešetič, 2012). Z urejeno in berljivo dokumentacijo najlažje in najboljše dokažemo, da smo pri pacientu izvajali najboljšo zdravstveno oskrbo. Takšna dokumentacija je naše najboljše orodje pri pravni zaščiti v primeru morebitne tožbe. Dandanes so zahtevne uporabnikov zdravstvenih storitev izjemno visoke. Medicinske sestre moramo pri svojem delu delovati kakovostno in strokovno, prav zato je tako zelo pomembna dejanska, čitljiva in popolna dokumentacija zdravstvene nege (Blažič, 2013).

Raziskava

Namen in cilji raziskave

Namen prispevka je predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi bolečine s poudarkom akutne bolečine pri pacientih. Cilj prispevka je ugotoviti potek obravnave akutne bolečine pri pacientih s strani medicinskih sester glede na izvedeno anketo med pacienti na oddelkih za travmatologijo in plastiko, ortopedijo in žilno kirurgijo kirurškega sektorja izbrane bolnišnice.

Metode in tehnike zbiranja podatkov

V kvantitativni raziskavi smo uporabili deskriptivno metodo dela. Primarni viri so pridobljeni z anketiranjem. Pri raziskovanju, odkrivanju in sistematični obdelavi dejstev so bile uporabljene naslednje metode: metoda analize in sinteze, metoda konkretizacije, metoda opisovanja, primerjalna metoda in statistična metoda. Sekundarni viri so bili zbrani s pomočjo pregleda relevantne strokovne literature in virov (baze podatkov, COBISS, CINAHL in drugi viri).

Opis instrumenta

Kot instrument za pridobivanje podatkov smo uporabili polstrukturiran anketni vprašalnik. Vprašalnik je sestavljen iz treh delov. Prva dva dela anketnega vprašalnika sta sestavni del predpisanih standardiziranih instrumentov za ocenjevanje kooperativne bolečine v izbrani bolnišnici. Prvi del omogoča pridobivanje splošnih podatkov o anketirancu. Z vprašanji drugega dela pridobimo strokovne podatke o anketiranem pacientu. V tem delu pri reševanju sodeluje odgovorna medicinska sestra in pacientu po potrebi pomaga s pojasnili. Tretji del pacient izpolni samostojno. Sestavljajo ga štirje sklopi. V njih anketiranci izrazijo svoja stališča o vlogi medicinske sestre pri lajšanju akutne bolečine. V tem delu smo uporabili Likertovo petstopenjsko lestvico. Anketni vprašalnik je bil razdeljen 30 pacientom, od tega jih je bilo 25 v celoti rešenih in uporabljanih v raziskavi. Anonimnost pacientov je bila zagotovljena, prav tako tudi anonimnost institucije, v kateri se je anketni vprašalnik izvajal.

Opis obdelave podatkov

Anketiranje smo izvajali v mesecu novembru 2022. Anketni vprašalnik je bil razdeljen pacientom na oddelku za travmatologijo, plastiko, ortopedijo in žilno kirurgijo kirurškega sektorja izbrane bolnišnice. Anketni vprašalnik je pacientu vročila medicinska sestra, zaposlena na tem oddelku. Medicinske sestre so dobile za sodelovanje pri anketiranju ustrezna navodila. Anketiranci so bili ustno seznanjeni s potekom anketiranja. Prav tako so bili seznanjeni z možnostjo odklonitve sodelovanja v raziskavi. Pri izpolnjevanju drugega dela anketnega vprašalnika je anketirancu s pojasnili pomagala medicinska sestra. Tretji del anketnega vprašalnika so anketiranci izpolnili samostojno. Izpolnjene anketne vprašalnike so pacienti oddali medicinski sestri, ki jih je odložila na predhodno dogovorjeno mesto na oddelku v zbiralnik z napisom ANKETE.

Možnost vpogleda v rezultate raziskave je omogočena tako instituciji, v kateri je raziskava potekala, kot anketirancem, ki so v raziskavi sodelovali.

Rezultati

Od 25 anketiranih pacientov je bilo 8 pacientov starih 86 let, po en pacient pa je bil star 59, 85, 64, 39, 66, 56, 58, 45, 73, 77, 35, 25, 68, 79, 33, 72 in 47 let. V raziskavi je sodelovalo 10 pacientov ženskega spola in 15 anketiranih pacientov moškega spola. Kot lahko vidimo, je v raziskavi sodelovalo več moških kot žensk.

Analiza podatkov je pokazala, da je vloga medicinskih sester pri lajšanju bolečine v izbrani bolnišnici zelo uspešna, saj je po VAS lestvici povprečna ocena vseh anketirancev pred aplikacijo terapije znašala 3. Povprečna ocena bolečine po aplikaciji terapije per os je bila ocenjena z 2. Po aplikaciji opioidne terapije je povprečna ocena bolečine po VAS znašala 2. Njihova ocena bolečine po VAS lestvici je bila med hospitalizacijo ravno toliko visoka, kot si bolnišnica prizadeva in se trudi, da bi bila.

Štiriindvajset pacientov se je strinjalo, da je protibolečinska terapija predpisana redno. Samo en pacient je menil, da protibolečinska terapija ni bila predpisana redno.

Deset pacientov je zaužilo protibolečinske terapije per os (oralno). Petnajstim pacientom se je bolečina lajšala preko intravenozne terapije oziroma kapalne infuzije.

Osem pacientov je po vizualno analogni lestvici označilo svojo bolečino, po aplikaciji terapije per os, s številko 2, eden s 3 in eden z 1. Nihče ni označil svoje bolečine po aplikaciji terapije per os z več kot 3. Pet pacientov je svojo bolečino po aplikaciji opioida na VAS lestvici označilo s številko 1, šest z 2, trije s 3, eden s 4.

Dvanajstim pacientom je medicinska sestra dobro predstavila VAS lestvico, šest se jih ni moglo opredeliti, trije so se delno

opredelili in štirje se niso strinjali s trditvijo. Medicinska sestra je predstavila tudi druge lestvice za merjenje bolečine šestim pacientom, pet se jih ni opredelilo, dva sta se delno strinjala in dvanajst pacientov se ni strinjalo.

Šestnajstim pacientom je podala dovolj informacij o bolečini, pet se jih ni opredelilo in štirje se delno niso strinjali. Kar petnajstim pacientom je razumljivo podala informacije o bolečini, sedem se jih ni opredelilo in le trije pacienti se delno niso strinjali s trditvijo. Kar šestnajstim pacientom je dovolj zgodaj podala informacije, šest se jih ni moglo opredeliti in devetim pacientom ni podala informacij. Pri enajstih pacientih je bila medicinska sestra dovolj komunikativna pri podajanju informacij, trije se delno niso strinjali s trditvijo in kar štirje se sploh niso strinjali.

Osemnajst pacientov je menilo, da je medicinska sestra prisluhnila njihovim težavam in sedem se ji ni opredelilo. Na trditev, da je bila medicinska sestra odgovorna pri obravnavi njihovih težav, je pozitivno odgovorilo dvaindvajset pacientov, trije anketiranci pa se niso mogli opredeliti.

S trditvijo, da je bila medicinska sestra dosegljiva pri obravnavi njihovih težav, se je v celoti strinjalo dvajset pacientov in samo pet pacientov se ni opredelilo. S podano trditvijo, da je medicinska sestra ustrezno ukrepala, ko so ji potožili o svojih težavah, se je v celoti strinjalo dvaindvajset pacientov in samo trije pacienti se delno niso strinjali.

Triindvajset pacientov se je s trditvijo o sodelovanju medicinske sestre z ostalimi člani tima pri lajšanju bolečine v celoti strinjalo, dva pacienta pa se nista mogla opredeliti. Da je bila medicinska sestra samostojna pri lajšanju bolečine, je trditev, s katero se je šestnajst pacientov v celoti strinjalo, osem se jih ni moglo opredeliti in le eden od anketirancev se s tem le delno ni strinjal.

S trditvijo, da jim je medicinska sestra z ustreznim položajem lajšala bolečino, se je v celoti strinjalo šestnajst pacientov, šest se jih ni moglo opredeliti, dva sta se s trditvijo delno strinjala in eden se ni strinjal.

Štiriindvajset pacientov se je v celoti strinjalo s trditvijo, da je medicinska sestra s predpisanim zdravilom po navodilu zdravnika lajšala bolečino, en pacient pa je se s trditvijo delno strinjal.

Dvajset pacientov se je v celoti strinjalo s tem, da je medicinska sestra s pogovorom pripomogla k zmanjšanju bolečine, trije pacienti so se trditvijo delno strinjali in le dva se nista strinjala.

Razprava

Od 25 anketiranih pacientov je bilo 10 pacientk in 15 pacientov. Iz podatkov izvedene ankete je razvidno, da kar 14 anketirancev spada v skupino starejših pacientov.

Kot je razvidno iz raziskave, je doslednost oziroma merljivost bolečine pri pacientih zelo dobra, saj je kar 24 pacientov na zastavljeno vprašanje o merljivosti bolečine odgovorilo z DA in samo 1 pacient je podal odgovor NE. Pomembno je, da je podatek o jakosti bolečine zabeležen, saj nam pomaga, da pri pacientu opravljamo kontinuirano delo in lažje prenašanje podatkov o bolečini (Rešetič, 2012).

Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja pomemben element zagotavljanja kakovostne oskrbe pacienta in izvajanje zdravstvene nege po njenem celovitem procesu. Z dokumentiranjem medicinske sestre zbiramo, urejamo in beležimo dobljene podatke o bolečini pri pacientu. Velikokrat pa se zgodi, da medicinske sestre podvomijo o pacientovih besedah ob izražanju doživljajoče bolečine (Dolžan Lindič, Selan in Pergarec Žansky, 2008).

Na vprašanje o redno predpisani protibolečinski terapiji smo dobili skoraj enoten odgovor, saj je kar 24 pacientov odgovorilo, da je protibolečinska terapija bila redno (na ure) aplicirana in samo 1 anketiraneec je na zastavljeno vprašanje odgovoril z NE. Medicinske sestre učinkovitost protibolečinske terapije beležijo na temperaturni list, s tem pa se omogoča sledljivost in vrednotenje dela medicinskih sester pri obravnavi bolečine. Nekateri analgetiki se predpisujejo na ure, drugi pa se vzamejo, kadar pacienti začitijo potrebo po tem. Nekateri strokovnjaki so mnenja in prisegajo na apliciranje protibolečinske terapije »na uro«, vsaj v neposrednem kooperativnem obdobju (Žižek in Saje, 2011). Med zdravljenjem bolečine je tudi pacient dolžan sodelovati z nami, nam na pravilen način izraziti bolečino in nam dati podatke o oceni svoje bolečine, ko ga za to zaprosimo ali pa ko sam začuti bolečino.

Med celotnim procesom zdravstvene nege in ocenjevanjem stopnje bolečine medicinska sestra pacienta opazuje in z opazovanjem ugotavlja prisotnost in stopnjo bolečine, po določeni shemi aplicira analgetično terapijo, preverja njeno učinkovitost in po potrebi tudi dodaja, če ji zdravnik tako naroči. Med vsemi intervencijami je dolžna spremljati prisotnost neželenih stranskih učinkov in beležiti podatke v negovalno dokumentacijo oziroma na posebne liste, ki so namenjeni nadzoru bolečine po operativnem posegu. Kadar je potrebno, o tem obvesti zdravnika (Šmitek, 2008).

Da je medicinska sestra omogočala nefarmakološke načine lajšanja bolečine, je razvidno iz raziskave, saj se pacienti s trditvijo o lajšanju bolečine z ustreznim položajem strinjajo v kar 16 primerih, 9 pacientov se z dano trditvijo delno strinja. Vloga medicinskih sester pri lajšanju bolečine je zelo pomembna, saj lahko s tem vpliva na kakovostnejše življenje pacientov. Velikokrat se znajdemo v vlogi ugotavljanja stanja in potreb pri posamezniku. Pomembno pri našem delu je, da z intervencijami zdravstvene nege ne povečamo bolečine, skozi pogovor in opazovanje smo dolžne spremljati stanje pacienta, mu nuditi podporo za

samostojno lajšanje bolečine, mu zagotavljati zdravstveno vzgojo v zvezi z njegovo bolečino in vsakodnevno izvajati določene alternativne ukrepe, s katerimi bi pripomogle odpraviti ali vsaj omiliti bolečino (Ščavničar, 2004). Idealna rešitev bi bila povezati farmakološke in nefarmakološke načine lajšanja bolečine. Medicinska sestra pacientom zagotavlja 100 % udobje v času hospitalizacije in jo vključuje v vsako intervencijo dela. Medicinske sestre si morajo prizadevati za kontinuirano spremljanje pacienta in mu ne glede na vse nuditi vse možne nefarmakološke načine oziroma sredstva lajšanja bolečine (Svilenkovič, 2007).

Podatki iz raziskave kažejo, da se 24 anketiranih pacientov v celoti strinja s trditvijo, da jim je medicinska sestra s predpisanim zdravilom lajšala bolečino po navodilu zdravnika, s trditvijo se delno strinja samo 1 pacient. Če se bolečina ne zdravi pravočasno, lahko na telesu pusti dolgotrajne posledice in ima zelo škodljiv učinek, lahko poveča invalidnosti, umrljivost ter poslabša kakovost življenja pacientov (Sredanović, 2013). Eden izmed najboljših načinov lajšanja bolečine je, če s tem začnemo, še preden se razboli. Velikokrat se zna zgoditi, da akutne (pooperativne) bolečine ne moremo predvideti, zato se preventivno odločimo in po navodilu zdravnika apliciramo analgetik že ob prvem pojavu bolečine (Jagodic in Urbančič, 2005).

Da je medicinska sestra s pogovorom pripomogla k zmanjšanju bolečine, se v celoti strinja 20 pacientov, trije se niso opredelili in dva se ne strinjata. Medicinske sestre imamo pomembno vlogo pri komunikaciji s pacientom. Velikokrat opažamo, da pacienti iz strahu ne zaupajo pomembnih podatkov zdravniku, ampak jih v večini zaupajo medicinskim sestram. Moramo se zavedati, da se bo pacient najprej obrnil na nas, kadar bo naletel na kakšno oviro ali težavo, me pa moramo počakati, da pacienti zberejo dovolj poguma in moči, da se nam zaupajo (Šepetavc, 2004). Pomembna pa je še komunikacija v obliki dajanja čim bolj preprostih navodil, predvsem pacientom, ki čutijo hude oblike pooperativne bolečine (Seničar, 2006).

Analiza vprašanja o oceni bolečine po vizualno analogni lestvici pred aplikacijo terapije prikazuje, da je trinajst pacientov odgovorilo in označilo svojo bolečino po vizualno analogni lestvici s številkami od 1 do 3. S številka med 4 in 5 je svojo bolečino označilo šest pacientov, od 6 do 8 je svojo bolečino označilo šest pacientov. Pomembno pa je dejstvo, da nihče od pacientov ni opredelil svoje bolečine po VAS lestvici višje od 8. Dober nadzor nad pooperativno bolečino je ključna in prvotna skrb vseh medicinskih sester. Cilj vseh medicinskih sester je doseči takšno stopnjo bolečine, ki jo bi pacient lahko zlahka prenašal. Če bi bolečino ocenili po VAS lestvici, bi ta znašala na ravni črti, označeno s številkami od 1 do 10, nekje med 1 in 3, kar pomeni lažjo do največ zmerno bolečino. Če bi pacient ocenil bolečino s številko več kot 3, bi to že pomenilo nujno zdravljenje bolečine z analgetiki. Po najboljših močeh se trudimo vzdrževati bolečino na lestvici številke 3 in manj. Naše temeljno delo in cilj je zadovoljen pacient (Svilenkovič, 2007).

Na podano vprašanje o oceni bolečine po aplikaciji terapije per os je ocena bolečine po VAS lestvici znašala med 1 in 3. Ko pacient začuti bolečino, ima vso pravico, da mu jo lajšamo, pomembno pa je tudi dejstvo, da se mora za njeno lajšanje tudi sam potruditi in sodelovati s celotnim timom zdravstvene nege. Vsak pacient, hospitaliziran v bolnišnici, ima pravico do ocenjevanja in zmanjševanja bolečine na najmanjšo možno raven (3 ali manj), da je ne bi čutil oziroma da bi bila vsaj znošna (Rešetič, 2015).

Na vprašanje o oceni bolečine po aplikaciji opioidne terapije je ocena bolečine vseh anketiranih pacientov po VAS lestvici znašala med 1 in 4. Zdravljenje bolečine po operativnem posegu je v Sloveniji doseglo vrhunec, saj opažamo, da je vse več ljudi ozaveščenih o pravicah in načinih lajšanja bolečine (Golouh, 2013). Premalo znanja, netočne razlage pooperativne bolečine, strpnost pacientov, nezadostno ocenjevanje bolečine in prevelika obremenjenost medicinskih sester so največkrat vzrok za močno akutno pooperativno bolečino (Svilenkovič, 2009).

Sedemnajst pacientov se v celoti strinja s trditvijo, da je medicinska sestra prisluhnila njihovim težavam, medtem ko se osem pacientov ni opredelilo. Vsak podatek, ki nam ga pacient poda, je verodostojen. Dolžne smo prisluhniti pacientom in podatke, ki nam jih ti podajo, upoštevati, vključno s posredovanjem podatkov s strani medicinskih sester, kar pa nam najbolj realno prikaže oceno bolečine. Pacient se bo počutil sprejetega in varnega, medicinska sestra pa bo pridobila njegovo zaupanje (Rešetič, 2012).

Da je bila medicinska sestra odgovorna pri obravnavani njihovih težav, se v celoti strinja dvaindvajset pacientov. Tri anketiranci se niso opredelili. Medicinska sestra mora biti odgovorna pri ugotavljanju in lajšanju bolečine, saj z njo vpliva na kakovost življenja pacientov. Največkrat se najdemo v vlogi ugotavljanja stanja pri pacientih, da z intervencijami zdravstvene nege ne povečamo bolečine. Zmanjševanje bolečine je pomemben in odgovoren del vsakdanjega dela medicinskih sester. Zaseda tudi pomembno vlogo v timu zdravstvene nege, saj je pacientova zagovornica in koordinatorica (Ščavničar, 2004).

Da je bila medicinska sestra dosegljiva pri obravnavi težav pacientov, se v celoti strinja dvajset pacientov. Pet anketirancev se ni opredelilo. Ravno iz razloga, ker bolečina lahko vpliva na potek bolezni in na njeno lajšanje, mora medicinska sestra pacientu nuditi socialno ter psihofizično ugodje, to pa se lahko ob pojavu bolečine tudi spreminja. Medicinska sestra mora biti pacientom in njihovim svojcem vedno na razpolago, njena ključna naloga pa je tudi odziv na vsako morebitno spremembo pri pacientu (Pungartnik in Jasniš, 2013).

S trditvijo, da je medicinska sestra ustrezno ukrepala, ko so ji potožili o svojih težavah, se v celoti strinja triindvajset pacientov, dva pacienta pa se s to trditvijo delno strinjata. Medicinska sestra je dolžna upoštevati informacije, ki ji jih pacient zaupa,

ob tem pa je njena dolžnost obvestiti tudi svoje sodelavce. Kar dar ji pacient potoži o jakosti svoje bolečine, mora medicinska sestra v sodelovanju s pacientom na bolečino tudi odreagirati in ukrepati s pravilnim načinom lajšanja bolečine (Saje, 2014).

Triindvajset pacientov se na trditev o sodelovanju medicinske sestre z ostalimi člani tima pri lajšanju bolečine v celoti strinja, dva pa se nista opredelila. Timski pristop je zelo pomemben pri zdravljenju bolečine. Povezovanje, izmenjava različnih mnenj in izkušnje medicinskim sestram predstavljajo ključ do kakovostne in celostne obravnave pacientov, ki se uporabljajo na vseh ravneh zdravljenja (Bahč in Mlinar, 2013). Medicinska sestra mora pacienta obravnavati celostno, svoje ugotovitve pri njem je dolžna zabeležiti v proces zdravstvene nege, se po njem ravnati in o spremembi obvestiti tudi svoje sodelavce, nadrejene ter vse, ki delujejo v timu zdravstvene nege (Ščavničar, 2004).

»Medicinska sestra je bila samostojna pri lajšanju bolečine,« je trditev, s katero se šestnajst pacientov v celoti strinja, osem se jih ni opredelilo in le en pacient se s tem le delno strinja. Pri akutni bolečini je zelo pomembno njeno lajšanje in delo medicinske sestre, ki jo je sposobna na več načinov tudi lajšati. Pri tem je medicinska sestra tudi samostojna. Individualen pristop pri lajšanju akutne bolečine je prvotnega pomena, saj se moramo zavedati, da vsak posameznik bolečino sprejema in čuti individualno in ravno iz tega razloga jo moramo tudi na ustrezen način lajšati (Žižek in Saje, 2011).

ZAKLJUČEK

Bolečina je ena najpogosteje uporabljenih besed pri pacientih na kirurških oddelkih. Z njo se srečujemo zaposleni na področju zdravstvene nege vsakodnevno, ne glede na vrsto zaposlitve (na primarni ravni, sekundarni ravni ali terciarni ravni). Pri našem raziskovanju smo opazili, da je vloga medicinske sestre pri lajšanju akutni bolečini pri pacientih zelo pomembna in odgovorna. V svojem delu smo prišli do spoznanja, da so pacienti v izbrani bolnišnici zelo dobro seznanjeni z bolečino in s pravico do njenega lajšanja. Ne glede na razvoj tehnologije, sodeč po svetovnih številkah, še vedno opažamo preveliko število prisotnosti bolečine pri pacientih.

Izbrana bolnišnica je ustanovila in uvedla poseben protokol lajšanja bolečine, ki so se ga dolžni držati vsi zdravstveni delavci, tako medicinske sestre kot zdravniki in ga dosledno izpolnjevati. Rezultati dosedanjih raziskav na tem področju kažejo, da je izbrana bolnišnica na pravi poti, kljub temu pa je potrebno še vedno vlagati veliko truda in si prizadevati, da se bi stvari še izboljševale, oziroma stremeti k temu, da ne bi prišlo do upada že odlično doseženih rezultatov.

Kot kažejo nekatere raziskave, je odstotek pacientov, pri katerih je bolečina še vedno prisotna v času hospitalizacije, ogromen. Tudi iz podatkov iz izvedene ankete med pacienti na oddelkih za travmatologijo, plastiko, ortopedijo in žilno kirurgijo

kirurškega sektorja izbrane bolnišnice je razvidno, da je kar trinajst pacientov pred aplikacijo predpisane terapije navajalo bolečine po VAS lestvici nad številko 3, medtem ko si izbrana bolnišnica prizadeva in se trudi, da bi bolečina še naprej ostala znosna oziroma da pacient ne bi čutil bolečine.

Naša naloga je, da strmimo k temu, da v bolnišnici pacienti ne čutijo bolečine oziroma naj bi bila ta minimalna/znosna. S tem izpolnjujemo svoje poslanstvo in omogočamo vsem pacientom, da se v bolnišnicah kljub zdravljenju bolezenskega stanja počutijo kar se da dobro. Da pacienti iz bolnišnice odidejo zadovoljni, jih mora celoten kolektiv zdravstvene nege obravnavati celostno in v skladu z etičnimi načeli.

Zaključimo naj z mislijo, da je bolečina naša prijateljica, ker nas opozarja, da je z nami nekaj narobe. Lajšanje bolečine je božansko delo, kar jo opredeljuje veliko število avtorjev, zato smo tudi mi takšnega mnenja. Medicinska sestra bolečine ne lajša le po zdravnikovem navodilu, ravno obratno, njene naloge zajemajo širši spekter lajšanja bolečine in ne le apliciranje protibolečinske terapije. Na vse mogoče načine se trudimo pacientom lajšati bolečino, jim stati ob strani, jim nuditi oporo in biti empatične ob obravnavi njihovih težav.

LITERATURA

1. Bahč, L. & Mlinar, Š., 2013. Spremljanje in lajšanje akutne kooperativne bolečine v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. V A. Buhvald (ur.), 40 let zdravstvene nege v enoti Intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec, pp. 30-37.
2. Blažič, M., 2013. Z dokumentiranjem se preprečijo napake v zdravstveni negi. V A. Podhostnik (ur.), Napake v zdravstveni negi. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, pp.11-14.
3. Božič, J., 2014. Uspešnost preprečevanja in lajšanja kooperativne bolečine v hrvaških bolnišnicah. (Magistrsko delo). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, Jesenice.
4. Dolžan Lindič, H., Selan, N. in PergarecŽansky, I., 2008. Kakovostno vodenje bolečine – vloga medicinske sestre. V Z. Kramar in A. Kraigher (ur.), Dnevi Angele Boškin – Dejstvo za kakovost. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp.146-149.
5. Faganeli, N., 2012. Zdravljenje in vodenje akutne kooperativne bolečine. Farmacevtski vestnik, 63(1-64), pp.10-13.
6. Golouh, L., 2013. Kako uspešno obvladujemo kronično bolečino v Sloveniji. V Z. Klemenc-Ketiš in M. Drešček (ur.), VIII Kokaljjevi dnevi. Bolečina in vrtoglavica, sistemsko protivnetno zdravljenje s fitoterapijo, aktualnosti-depresija & ED & BHP, okužbe s pnevmokoki, alkoholizem, BHP, sodelovanje s farmacevti, Ažmanov simpozij, praktične veščine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 3-12.
7. Klopčič Spevak, M. 2003. Ocenjevanje bolnikov z bolečino v vratu. V H. Burger in N. Goljar (ur.), Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji (str. 75–86). Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.
8. Jagodic, V. in Urbančič, A., 2005. Lajšanje bolečine pri bolniku v enoti intenzivne terapije Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja v Ljubljani. Obzornik zdravstvene nege, 39, pp. 215–219.
9. Kurtić, I. 2015. Vloga medicinske sestre pri lajšanju akutne bolečine (Diplomska naloga). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
10. Lukač, V., 2002. Bolečina in starostnik. V V. Lukač, S. Bizjak, M. Kotnik, I. Novosel in S. Renčel (ur.), Zdravstvena nega težko bolnega in umirajočega varovanca v socialnem zavodu. Kranjska gora: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 5-8.

11. Obran, S., 2000. Ocenjevanje in merjenje akutne pooperativne bolečine. *Obzornik zdravstvene nege*, 34, pp. 215-220.
12. Pavič, K., Mrkič, N. in Škerjanec-Hodak, A., 2014. Ocena in obvladovanje bolečine pri invazivno mehansko predihavanih pacientih. V C. Gregorc, K. Peternej, R. Kočevar in D. Doberšek (ur.), *Z znanjem in sodelovanjem rešujemo življenje*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, pp. 218-222.
13. Poljanec, A., 2019. Bolečini pripadajo rahločutni odnosi. Bolečina tiha epidemija sodobnega časa. *Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor*.
14. Požlep, G., 2009. Akutna bolečina v klinični praksi. *Farmaceutski vestnik*, 60 (2), pp. 95–97.
15. Pungartnik, J. & Janiš, M., 2013. Zdravljenje bolečine v enoti intenzivne medicine. V A. Buhvald (ur.), *40 let zdravstvene nege v enoti Intenzivne medicine operativnih strok Splošne bolnišnice Slovenj Gradec*. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica, pp.38-45.
16. Ravnikar, T., 2013. Zdravstvena nega pacienta z akutno bolečino po operativnem posegu (Diplomska naloga). *Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice*.
17. Rebula, A & Prebeg, J., 2019 Bolečina telesa, čustev in duha: viri trpljenja v sodobnem človeku in pot v olajšanje. *Organske in psihoterapevtske osnove posluha, stika in podpor*. K. Pirš in B. Donik (ur.), *Bolečina tiha epidemija sodobnega časa*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, pp.10-18.
18. Rešetič, J., 2012. Odgovornost medicinske sestre pri lajšanju pacientove bolečine na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Novo mesto. V M. Berkopec (ur.), *Odgovornost v zdravstveni negi*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto v sodelovanju z Društvom medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto in Visoko šolo za zdravstvo v Novem mestu, pp. 25-31.
19. Rešetič, J., 2012. Bolečina kot peta vitalna funkcija. V L. Fošnarič (ur.), *Urgentna stanja v kirurgiji – Vloga in pomen zdravstvene nege*. Celje: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 67-74.
20. Rešetič, J., 2015. Vpliv demingovega kroga na proces lajšanja akutne bolečine v Splošni bolnišnici Novo mesto. *Jesenice: Dnevi Angele Boškin*.
21. Saje, M., 2014. Vloga medicinske sestre pri zdravljenju bolečine v paliativni oskrbi. V M. Blažič (ur.), *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso*. Novo mesto: Fakulteta zdravstvene vede Novo mesto, pp. 248-259.
22. Seničar, A., 2006. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. V M. Rebernik Milič (ur.), *Zagotovimo varnost pacienta*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp.7-18.
23. Sredanović, A., 2013. Raziskava o vodenju pooperativne bolečine na primeru kirurškega oddelka (Diplomsko delo). *Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, Jesenice*.
24. Svilenković, V., 2007. Prepoznavanje in ocenjevanje akutne bolečine. V A. Kvas (ur.), *Interdisciplinarna obravnava bolnika pred, med transplancijo srca in po njej*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, pp. 55-62.
25. Svilenković, V., 2009. Ocenjevanje bolečine kot element kakovosti oskrbe bolnika (Diplomska naloga). *Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede*.
26. Ščavničar, E., 2004. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38 (2), pp.101-111.
27. Šmitek, J., 2008. Zdravljenje bolečine-epiduralni kateter. V J. Šmitek in A. Krist (ur.), *Venski pristopi, odvzemi krvi in dajanje zdravil*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 186-212.
28. Žižek, A. in Saje, M., 2011. Naloge medicinske sestre pri nadzoru bolečine. V M. Lahe in A. Lovrenčič (ur.), *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 138-145.

REKONSTRUKCIJE V PLASTIČNI KIRURGIJI

Ana Katarina Vujkovic Mahmutović, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za plastično, rekonstrukcijsko, estetsko kirurgijo in opeklino
katarina.vujkovic@gmail.com

IZVLEČEK

Rekonstruktivna plastična kirurgija je veja medicine, ki se ukvarja s povrnitvijo funkcije in normalnega estetskega izgleda delov telesa po poškodbah, boleznih ali prirojenih anomalijah. Z uporabo številnih rekonstruktivnih tehnik, predvsem s premikom tkiv z drugega dela telesa, poizkušamo nadomestiti poškodovano ali odstranjeno tkivo ter hkrati povrniti ali izboljšati izgled. S tem ublažimo tako fizični kot tudi psihični vpliv poškodbe.

Zgodovinsko se je pri odločanju o posegih uporabljalo rekonstruktivno lestvico, od enostavnega šiva rane, do kritja defekta s kožnim presadkom, lokalnim režnjem in nazadnje s prostim režnjem. V današnjem času se glede na poškodbo ali lokalno stanje odločimo tudi za več tovrstnih posegov hkrati in ne nujno v zaporedju od preprostejšega k zahtevnejšemu.¹

Rekonstruktivni posegi so sicer tudi del drugih kirurških vej, vendar so v plastični kirurgiji vsakodnevna stalnica.

Ključne besede: rekonstrukcija, plastična kirurgija

Rekonstrukcija dojke z lastnim tkivom

Med najpogostejšimi rekonstrukcijami, ki jih izvajamo v UKC Ljubljana, so rekonstrukcije dojke pri bolnicah z rakom dojke. Vsaka bolnica je predstavljena na konziliju, ki odloča o najbolj ustrezni vrsti rekonstrukcije. Dojko lahko rekonstruiramo s pomočjo tkivnih razširjevalcev in silikonskih prsnih vsadkov, ali pa z lastnim tkivom, odvzetim s trebuha.

V primeru rekonstrukcije z lastnim tkivom (avtologna rekonstrukcija), onkološki kirurgi sprva odstranijo celotno tkivo dojke, vključno z delom kože, kjer je prisotna bradavica. Plastični kirurgi nato odvzamemo tkivo s trebuha skupaj z žilami, ki ga prehranjujejo, kar imenujemo prosti reženj. Žile s pomočjo povečave mikroskopa prišijemo na sprejemno arterijo in veno pod rebrom odstranjene dojke. S tem omogočimo, da tkivo iz trebuha preživi. Reženj nato preoblikujemo tako, da ima obliko odstranjene dojke, s pomočjo tehtanja tkiva pa se prepričamo, da je tudi 'novo oblikovana dojka' primerljive teže kot odstranjena.²

Nekaj mesecev po posegu v lokalni anesteziji rekonstruiramo še bradavico s pomočjo manjših lokalnih režnjev, ko je le-ta zaceljena, pa areolo še tetoviramo s permanentnim pigmentom.³

Takšen način rekonstrukcije dojke omogoča čim bolj naravno spreminjanje tkiva s staranjem in nihanji telesne teže, bolnice pa čutijo manj psihološkega stresa, saj dojko takoj po odstranitvi nadomestimo.⁴

Replantacija

Replantacije so posegi, s katerimi prišijemo nazaj del telesa, ki je bil med poškodbo amputiran, z namenom ohraniti čim boljšo funkcijo poškodovane okončine. Replantiramo najpogosteje prste, lahko pa tudi celotne okončine.

Za uspešno replantacijo je nujno, da tkiva niso zmečkana ali na drug način uničena, saj v tem primeru replantacija ni mogoča. Amputirani del mora biti pravilno shranjen – v neprodušno zaprti vreči zaviti v vlažen zloženec, ki je potopljen v vrečo z ledom. Izjemnega pomena je tudi hitro ukrepanje in čim hitrejši prevoz poškodovanca do bolnišnice, kjer bo replantacija izvedena, saj uspešnost replantacije s časom upada, idealno pa mora biti opravljena v 6-12 urah od poškodbe.⁵

V operacijski dvorani je pri tovrstnih posegih pomembno, da si vse strukture, ki jih bo potrebno zašiti, prikažemo in označimo z mikrokirurškimi šivi. To izvajamo v dveh ekipah, kjer prva pripravi strukture npr. na roki, druga pa na prstu, saj s tem skrajšamo čas do uspešne replantacije. Opravi se osteosinteza zloma, šivi flektornih in ekstenzornih tetiv, anastomoze arterij in ven in šivi živcev. V primeru digitalnih arterij in ven je potrebna uporaba mikroskopa, saj gre za žile, ki imajo premer lumna le 1-2 mm.⁶ Po uspešnih mikrokirurških anastomozah žil, se prst obarva rožnato.

Poleg operativnega posega je funkcija poškodovanega prsta ali okončine po replantaciji odvisna od nivoja poškodbe, stanja mehkih tkiv (zmečkanina/vreznina/friksijska opeklina), po-operativnih zapletov (vnetje, nezaraščenost zloma), reinerivacije živcev, fizioterapije in motiviranosti pacienta.

Kritje vrzeli spodnjih okončin

Defekti mehkih tkiv na spodnji okončini so posledica visoko-energijskih poškodb - odprtih zlomov (prometne nesreče, padec iz višine) ali vnetja po operativnem ali konservativnem

zdravljenju zlomov. S kritjem defekta z mehкими tkivi se lahko izognemo amputaciji spodnje okončine.

V primeru povrhnjih poškodb mehkega tkiva po nekrektomiji - odstranitvi nevitálnih predelov kože, podkožja in mišic, uporabljamo VAC (angl. vacuum assisted closure), ki spodbuja nastanek granulacij, preko katerih položimo kožni presadek delne debeline kože in s tem omogočimo zaceljenje defekta.

Kritje vrzeli z režnjem je potrebno takrat, ko je prisotna izpostavljena kostnina in preko nje mehkih tkiv ni mogoče zašiti. V primeru manjših defektov lahko nepoškodovano mišico 'obr-nemo' v predel defekta in s tem zapolnimo vrzel in prekrijemo kost. Mišice, ki so primerne za vezane režnje, so tiste, katerih funkcija ni bistvenega pomena za funkcionalnost noge, npr. del dvoglave mečne mišice (lat. gastrocnemius), velika mečna mišica (lat. soleus). Pri tovrstnih režnjih si pazljivo prikaže-mo arterijo in veno (žilni pecelj), ki ga ne prekinemo, temveč sprostimo do te mere, da lahko mišico vsijemo v defekt. Preko površine mišičnega režnja nato namestimo kožni presadek. Podobno lahko uporabimo tudi tkivo nad mišico – režnje pa imenujemo fasciokutane, npr. suralni reženj ali propeler reženj.

V primeru večjih vrzeli, poškodbe lokalnih mišic ali poškodb v distalnem delu goleni tudi rekonstrukcija z vezanim ali lokalnim režnjem ne pride v poštev. Pri tovrstnih defektih se že takoj odločimo za rekonstrukcijo s prostimi režnji – najpogosteje odvzetim s stegna. Poseg je zato kompleksnejši ter zahteva znanje mikrokirurgije zaradi žilnih anastomoz, primerne pa morajo biti tudi sprejemne žile na poškodovani nogi, kar predoperativno ugotavljamo s pomočjo CT angiografije.⁷

Pooperativno spremljanje

Bolnika je potrebno po posegu spremljati. Sprva se zagotavlja normotenzivnost z nadomeščanjem tekočin ali krvnih pripravkov. Zelo pomembna je antitrombotična zaščita in antiagregacijsko zdravljenje, saj s tem preprečimo nastanek trombov v zašitih žilah. V primeru, da trombi nastajajo že med posegom, bolniku uvedemo tudi intravensko terapijo s heparinom.

Replantirane prste in režnje po operaciji opazujemo; pri nas se zanašamo na izkušnje medicinskih sester, ki v prvih 72 ur prste/režnje opazujejo na eno uro. Spremlja se kapilarni povratek, temperatura, turgor in barva. Hiter povratek ter cianotična obarvanost pomeni vensko stazo, torej težavo pri pretoku skozi veno. Če je reženj prazen, bled s počasnim povratkom, pa je težava v pretoku skozi arterijo. V obeh primerih medicinska sestra ob spremembi stanja obvesti zdravnika, saj je v večini primerov potrebno reženj revidirati in preveriti kakšen je pretok skozi žile. Ob trombozi žile še enkrat zašijemo, da se ponovno vzpostavi dober pretok.⁸

Tovrstne bolnike v povprečju odpustimo v domačo oskrbo po enem tednu. V tem času se možnost za zaplete, ki bi vodili do odmrtja režnja ali prsta drastično zmanjša.

LITERATURA

1. Simman R. Wound closure and the reconstructive ladder in plastic surgery. *J Am Col Certif Wound Spec.* 2009 May 1;1(1):6-11. doi: 10.1016/j.jcws.2008.10.003. PMID: 24527102; PMCID: PMC3478906.
2. Cubitt J, Barber Z, Khan AA, Tyler M. Breast reconstruction with deep inferior epigastric perforator flaps. *Ann R Coll Surg Engl.* 2012 Nov;94(8):552-8. doi: 10.1308/003588412X13373405386457. PMID: 23131224; PMCID: PMC3954280.
3. Nimboriboonporn A, Chuthapisith S. Nipple-areola complex reconstruction. *Gland Surg.* 2014 Feb;3(1):35-42. doi: 10.3978/j.issn.2227-684X.2014.02.06. PMID: 25083492; PMCID: PMC4115772.
4. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2000 Feb;26(1):17-9. doi: 10.1053/ejso.1999.0733. PMID: 10718173.
5. Maricevich M, Carlsen B, Mardini S, Moran S. Upper extremity and digital replantation. *Hand (N Y).* 2011 Dec;6(4):356-63. doi: 10.1007/s11552-011-9353-5. Epub 2011 Aug 4. PMID: 23204960; PMCID: PMC3213257.
6. Fazan VP, Borges CT, Da Silva JH, Caetano AG, Filho OA. Superficial palmar arch: an arterial diameter study. *J Anat.* 2004 Apr;204(4):307-11. doi: 10.1111/j.0021-8782.2004.00281.x. PMID: 15061757; PMCID: PMC1571293.
7. AlMugaren FM, Pak CJ, Suh HP, Hong JP. Best Local Flaps for Lower Extremity Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020 Apr 30;8(4):e2774. doi: 10.1097/GOX.0000000000002774. PMID: 32440438; PMCID: PMC7209892.
8. Ponticorvo A, Taydas E, Mazhar A, Ellstrom CL, Rimler J, Scholz T, Tong J, Evans GR, Cuccia DJ, Durkin AJ. Evaluating visual perception for assessing reconstructed flap health. *J Surg Res.* 2015 Jul;197(1):210-7. doi: 10.1016/j.jss.2015.03.099. Epub 2015 Apr 4. PMID: 25935469; PMCID: PMC4457570.

SPREJEMANJE VIZUALNIH IN FUNKCIONALNIH SPREMENB PO OPERACIJI V PREDELU OBRAZA

dr. Marjeta Logar Čuček, dipl. m. s., spec. mang.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo
marjetalogar@gmail.com

IZVLEČEK

Obraz je ogledalo našega zdravja in razpoloženja. Videz obraza vpliva na vse vidike posameznikovega življenja, tako funkcionalnega kot psihičnega, in je osrednjega pomena za razvoj odnosov, interakcijo z okoljem in dobro počutje. Človeka označuje v vseh obdobjih življenja, v otroštvu, adolescenci in v času odraslosti. V življenju so prisotne tudi možnosti različnih deformacij obraza, ki lahko zmanjšajo njegovo funkcijo, kot je hranjenje, dihanje, govorjenje, neverbalno izražanje. Iz vsega naštetega sledi, da sprememba videza obraza, poleg tega, da lahko zmanjša podobo posameznika o sebi, znatno vpliva na sposobnosti posameznikov v smislu fizične in socialne funkcionalnosti. Zato je še kako pomembno, da se v procesu zdravljenja poškodb ali prirojene napake v čim večji meri poskrbi za vse motnje in se takó človeku vrne samozavest in kakovost življenja – ne samo kot povrnitev funkcionalnosti, ampak tudi človeškega dostojanstva. K temu veliko pomaga obravnava pacienta na maksilofacialni in oralni kirurgiji, z nenehno razvijajočimi se inovativnimi pristopi v kirurških tehnikah in z multidisciplinarno obravnavo. Sprejemanje vizualnih in funkcionalnih sprememb po operaciji v predelu obraza je odvisno od prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja ali bolezenskega stanja in radikalnosti operativnega posega. Končni uspeh določata dva prevladujoča dejavnika, zadovoljstvo in izboljšanje življenja pacientov. Različne deformacije obraza ne vključujejo samo poškodb, ampak tudi prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja. Ene izmed teh so heilognatopalatoshize, razcepi različnih oblik pri otrocih. Prizadenejo lahko funkcijo ustne in nosne votline. Vplivajo na izgled, rast in razvoj obraza. Zdravljenje je dolgotrajno in zahteva sodelovanje strokovnjakov različnih področij. V najnežnejšem obdobju otroka in v času odraščanja je treba vključiti tudi starše, ki so izpostavljeni dodatnim psihičnim in fizičnim obremenitvam v sprejemanju tako imenovane »drugačnosti« njihovega otroka in je v naši družbi še vedno prisotno. Namen članka je predstaviti potencialne vzroke in

klasifikacijo prirojene nepravilnosti v maksilofacialnem področju pri otrocih, potek zdravljenja in pomoč pri zmanjševanju otrokovih funkcionalnih in psihičnih motenj. Cilj je prepoznati pomen zahtevnosti zdravljenja in zdravstvene nege otroka s shizo v za to specializiranem kliničnem oddelku kirurgije in sodelovalne vloge staršev v procesu zdravljenja ter sprejemanja vizualnih ter funkcionalnih sprememb po končanem zdravljenju. Ugotovljeno je, da otrok s prirojeno napako v oromaksilofacialnem področju s pomočjo operacij, ki potekajo v različnih časovnih obdobjih, lahko zaživi primerljivo z enako starim vrstnikom. Izrednega pomena je v proces zdravljenja vključevati starše. S strani zdravstvenega osebja jih je treba podpreti, permanentno izobraževati in opolnomočiti za spopadanje z različnimi odzivi otrok na njihov – morda nekoliko – spremenjen videz in morebitne stiske, ki jih doživljajo v obdobju odraščanja. V zaključku poudarjamo, da je t. i. drugačnost lahko »drugačna«, in sicer v smislu sprejemanja samega sebe, enakovrednega vključevanja v širšo družbo, družbene koristi in izboljševanja družbenega doživetja privlačnosti, uspeha in zdravja. To je uspeh, ki presega zgolj povrnitev funkcionalnosti.

Ključne besede: prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja, zdravljenje, zadovoljstvo, kakovost življenja

UVOD

Rekonstruktivna kirurgija obraza je namenjena odpravljanju anatomskih napak, reviziji brazgotin, popravilu kranio maksilofacialnih zlomov in raztrganin, zdravljenju malformacij, maksilofacialnih in kraniofacialnih razpok, ortognatski kirurgiji in rekonstrukciji po zdravljenju raka (Rogers, 2012). Končni cilj pri zdravljenju zlomov obraznih kosti je doseči natančno in stabilno zmanjšanje ob hkratnem zmanjšanju zunanjih brazgotin in deformacij (Strong, 2004).

Najpogostejše prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja so heilognatopalatoshize, razcepi različnih oblik. Shiza pomeni prekinitev v zgornji ustnici, v čeljustnem grebenu in

na nebu; zaradi nje je dodatno deformiran nos (Koželj, 2014). Orofacialni razcepi so lahko genetsko pogojeni in/ali nastanejo pod vplivom okolja. Razvijejo se v zgodnji fazi nosečnosti, med petim in osmim tednom nosečnosti. So posledica motenj v združevanju embrionalnih izboklin in gub in lahko nastanejo v vsakem ključnem koraku združevanja. Izpostavljenost škodljivim dejavnikom kasneje ni več usodna za nastanek shize (Koželj, 2014; Watkins, et al., 2014).

Shize, odvisno od oblike in stopnje, združujejo ustno in nosno votlino. Tako je lahko prizadeta funkcija obeh votlin. Takoj po rojstvu so prisotne težave pri hranjenju in požiranju, kasneje se lahko pojavijo težave pri dihanju, sluhu, govoru in nepravilnosti v razporeditvi zob (Koželj, 2014; Jelenc, et al., 2019). Razcep v orofacialnem področju vpliva na izgled, rast in razvoj obraza, posledično močno zniža kakovost otrokovega življenja, prav tako njegovih staršev. Ti v procesu sprejetja in razumevanja diagnoze potrebujejo podporo s strani zdravstvenega osebja (Eberlinc, 2014; Koželj, 2014; Watkins, et al., 2014).

Z upoštevanjem izsledkov dolgoletnih izkušenj, kritičnim presojanjem rezultatov, uvajanjem novosti, shize uspešno zdravijo s pomočjo oralne in maksilofacialne kirurgije. V Sloveniji je obravnava otrok z razcepom ustnice in/ali neba centralizirana na Kirurški kliniki, Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana. Že več kot tri desetletja se spremlja otroke s shizo in tiste, pri katerih je shiza prepoznana kasneje. Vse to pripomore k izboljševanju zdravljenja prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja otrok in načrtovanju kliničnega ter raziskovalnega dela (Koželj, 2015).

Prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja

Etiologija in epidemiologija

Vzroki za nastanek shiz so lahko pogojeni z več dejavniki, genetskimi ali/in vplivi iz okolja. Avtorji Beaty, et al. (2016) v svoji raziskavi navajajo, da so genetski dejavniki še vedno slabo opredeljeni, saj ni jasno, kolikšen in kakšen je vpliv genov na razvoj orofacialnih razcepov. Med vzroke iz okolja spadajo bolezni matere v kritičnem obdobju embriogeneze, kot so infekcijske bolezni in presnovne motnje. K prvim sodijo rdečke, herpes, citomegalija, toksoplazmoza, k drugim pa sladkorna bolezen in fenilketonurija. Med okoljske vplive spada jemanje nekaterih zdravil, kot so učinkovine pri zdravljenju malignomov, antikonvulzivna sredstva, tudi pomanjkanje ali presežek vitaminov, hipoksija in uživanje prevelikih količin alkohola. Kot eden izmed vzrokov za nastanek shiz niso izvzeta niti organska topila niti izpostavljenost različnim oblikam žarčenja (Koželj, 2014; Leslie & Marazita, 2013).

V Sloveniji se v zadnjih 25 letih rodi en otrok s shizo na 600 živorojenih. Incidenca niha, prisoten je trend naraščanja (Koželj, 2014). Pojavnost rojstva otrok s shizo se v Sloveniji razlikuje

glede na geografska območja. Pomembne so že zoznane prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja v družini. Tako je verjetnost za rojstvo otroka z razcepom 20-krat do 25-krat večja, če ima razcep eden od staršev ali če imata starša brez te prirojene nepravilnosti že enega otroka z razcepom ustnice in/ali neba (Koželj, 2014; Jašič, et al., 2014).

Klasifikacija SHIZ

Orofacialne razcepe delimo v štiri skupine. Delitev temelji na embrionalnem razvoju:

- V prvo skupino, ki obsega shize primarnega neba (heiloshize in heilognatoshize) prištevamo razcep ustnice ali ustnice in čeljustnega grebena na eni, desni ali levi strani, ali obeh straneh. Vsaka od naštetih oblik je lahko popolna ali nepopolna.
- V drugo skupino oziroma v skupino shiz primarnega in sekundarnega neba (heilognatopalatoshize) sodijo razcepljena ustnica, čeljustni greben in nebo na eni ali obeh straneh. Lahko so popolne ali nepopolne.
- Tretja skupina orofacialnih razcepov vključuje samo razcepljeno nebo (palatoshiza). Shize sekundarnega neba so omejene samo na mehko oziroma mehko in trdo nebo. Delimo jih na tiste, pri katerih je prekinjeno le mehko nebo, in tiste, pri katerih seže prekinitve tudi v kostni del neba.
- V četrto skupino sodijo redke, netipične oblike orofacialnih razcepov na drugih predelih obraza. So prečne, poševne, sredinske oziroma vse, ki ne spadajo med prej naštetih (Koželj, 2015; Jelenc, et al., 2019).

Zdravljenje

Zdravljenje shiz pri otrocih zahteva timsko obravnavo (Jašič, et al., 2014). Cilj vseh sodelujočih je povrniti otroku funkcijo govora, sluha, odvisno od oblike in stopnje shize ter videz, ki ne bo odstopal od povprečja drugih. V zdravljenje morajo biti vključeni tudi starši, ki ob rojstvu svojega otroka s shizo dobijo potrebno informacijo o naravi okvare in pojasnilo, da je mogoče otroka uspešno zdraviti (Jakomin, 2009). Potek zdravljenja razdelimo na primarno zdravljenje, zdravljenje funkcionalnih motenj in sekundarno zdravljenje, ki odpravi morebitne napake, ki so ostale po primarnem kirurškem zdravljenju (Koželj, 2014).

Organizacija zdravljenja

Zdravljenje shiz pri otrocih poteka ambulatno in bolnišnično. Operativno zdravljenje je odvisno od oblike shize, vendar se praviloma ne prične pred otrokovim šestim mesecem starosti (Koželj, 2014).

Ambulatno zdravljenje. Priporočljivo je, da se zdravljenje otroka s shizo začne zdraviti čimprej oziroma v prvem tednu po rojstvu. Staršem je predstavljen potek in uspeh zdravljenja njihovega otroka. Kontrolni pregledi se izvajajo do šestega meseca, ko se izvede načrtovan operativni poseg.

Novorojenci so po potrebi deležni predoperacijske čeljustno-ortopedske priprave. Ambulantno zdravljenje se nadaljuje po končanem osnovnem operativnem posegu.

Bolnišnično zdravljenje. Na dan sprejema pride otrok s starši v ambulanto z vsemi izvidi opravljenih preiskav. Na oddelku, ki je predstavljen tudi staršem oziroma tistemu, ki otroka spremlja, se pri otroku izmerijo vitalne funkcije, izveden je pogovor s pediatrom in anesteziologom; po potrebi se opravijo dodatne preiskave. Naslednji dan je otrok operiran. Po sedmih dnevih se odstranijo šivi, otrok je odpuščen v domačo oskrbo.

Operativno zdravljenje

Enostranske shize, ki so po klasifikaciji uvrščene v 1. skupino, so operirane pri starosti šestih mesecev. Pri popolni obojestranski heilognatoshizi se operira ustnica in čeljustni greben v enem posegu pri šestih mesecih, sicer pa v dveh posegih, v razmiku devetih mesecev. Po potrebi pri otroku poteka tudi čeljustnoortopedska priprava (Koželj, 2014).

Enostranske heilognatopalatoshize, ki sodijo v 2. skupino, potekajo po naslednjem časovnem zaporedju: operacija ustnice je izvedena pri šestih mesecih otrokove starosti, mehko nebo operirajo pri enem letu, zaporo čeljustnega grebena in trdega neba pa med drugim in tretjim letom starosti. Kirurško obravnavo otrok z obojestransko heilognatopalatoshizo pogojuje otrokov odziv na čeljustnoortopedsko pripravo pred posegom. Če je odziv slabši, ustnice popravljajo prvič pri šestih mesecih in pozneje pri letu in pol otrokove starosti. Prav tako je v tem primeru potreben operativni poseg neba v dveh korakih: mehko nebo operirajo pri enem letu, trdo pa pri poldrugem letu. V primeru prekratke kolumele le-to podaljšajo pred otrokovim vstopom v šolo (Koželj, 2014).

V tretjo skupino shiz sodi izolirana palatoshiza; otroci s to nepravilnostjo so operirani med drugim in tretjim letom starosti. Potrebujemo eno operacijo, in sicer po izrasti mlečnih zob (Koželj, 2014).

Shize, ne glede na njihove oblike, je možno rekonstruirati z lokalnimi tkivi. Več posegov je izvedenih zato, ker bi se sicer lahko zmanjšala prehodnost nosne votline in bi otrok po posegu dihal skozi usta – to pa vodi v nepravilen razvoj prizadetih predelov (Koželj, 2014).

Sekundarni operativni posegi so namenjeni reoperaciji posameznih delov iz estetskih razlogov, zaradi komunikacij med ustno in nosno votlino in posegom na nosu ter skeletu spodnje in zgornje ustnice. Vsi posegi zahtevajo določeno časovno odmaknjenost, ki je pogojena z odraščanjem oziroma z zaključeno rastjo (Jakomin, 2009; Koželj, 2014).

Pooperativno zdravljenje

Ambulantni kontrolni pregledi zajemajo preverjanje dihanja skozi nos, razvijanje obraza ob pravilni funkciji in načrtovanje nadaljnjega zdravljenja. To zahteva sodelovanje

interdisciplinarnega tima. Sestavljajo ga foniater, logoped, zobozdravnik, ortodont, avdiolog, otolog, rinolog, psiholog, ki se v postopek zdravljenja vključujejo v najprimernejši otrokovi starosti in za čim krajši čas. Rehabilitacija namreč zahteva ogromno energije tako od otroka kot njegovih staršev, ki morajo prejemati psihofizično podporo (Koželj, 2014; Jakomin, 2009). Pomembno vlogo igra tudi medicinska sestra, ki spremlja otrokovo obravnavo s prirojeno nepravilnostjo v maksilofacialnem področju od prvega dne po otrokovem rojstvu do končnega zdravljenja.

Zdravljenje funkcionalnih motenj, povezanih z orofacialno shizo

Najpogostejše funkcionalne motnje, pridružene razcepom, so motnje pri hranjenju, govoru, sluhu ter izražanju in razporeditvi zob.

Motnje pri hranjenju. Nekatere oblike shiz dopuščajo dojenje. To so heiloshize, lažje oblike heilognatoshiz in nekatere oblike v predelu mehkega neba. Novorojenci, pri katerih je prisotna enostranska ali obojestranska heilognatopalatoshiza ali samo palatoshiza, ne morejo sesati; dojenje nadomeščajo dudu s primerno veliko odprtino, s pomočjo katere otrok lahko iztisne tekočino (Koželj, 2014).

Motnje pri sluhu. S shizo prizadeto nebo pogosto vodi do prevodne naglušnosti. Tako je serozni izliv v srednje uho najpogostejši patološki izvid pri pregledu ušes, ki se lahko zaradi neustreznega zdravljenja posledično kaže kot vnetje ušes s stalnim ponavljanjem (Koželj, 2014). Ta najdemo pri 97 % otrok z razcepom neba (Taib, et al., 2015).

Motnje pri govoru. Naglušnost ovira otrokov govorni razvoj; le-tega lahko ovira še kratka, brazgotinasta ali slabo gibljiva zgornja ustnica, čeljustne in zobne nepravilnosti, neustrezna dolžina, lega in gibljivost operiranega mehkega neba ter lega in gibljivost jezika (Koželj, 2014).

Motnje pri izražanju in razporeditvi zob. Agenezija zob, mikrodontija, nadštevični in ektopični zobje se pojavljajo najpogosteje. Prisoten je slabši razvoj zgornje čeljusti, k čemur pripomore tudi drža odprtih ust zaradi slabše prehodnosti nosu, predvsem pri shizah iz 2. skupine razcepov. Srednja tretjina obraza je slabše razvita, pride do motenj ugriza in spremenjenega videza otroka. Večina teh otrok in tudi tisti, pri katerih je razcepljeno samo nebo, potrebuje že v otroštvu ortodontsko zdravljenje ali ortognatske posege v odraslosti (Hočevar Boltežar & Šereg Bahar, 2020).

Odziv staršev in otrok na opazne nepravilnosti v predelu obraza

Poleg funkcionalnih težav, kot so prehranjevanje, motnje govora, izguba sluha, razvoj nepopolnih zob, videz, se lahko pri

otročih s prirojenimi napakami v oromaksilofacialnem področju izrazijo tudi druge pomanjkljivosti, vedenjske, čustvene, kognitivne težave (Pratiwi Priyono, et al., 2018).

Pomembno vlogo pri obvladovanju in zdravljenju otrok imajo starši. Starše otroka s prirojeno nepravilnostjo maksilofacialnega področja je treba podpreti in seznaniti z možnostmi uspeha pri zdravljenju z omenjenimi nepravilnostmi že pred rojstvom oziroma takoj po rojstvu njihovega otroka. Večina njihovih vprašanj se nanaša na možnosti hranjenja, dihanja in fizičnega izgleda njihovega dojenčka (Blaži & Kolarič, 2015). Pomembno je, da jim zdravstvena ustanova omogoči tudi stik s starši s podobnimi izkušnjami pri njihovih otrocih in jih pomiri s pogovori, prikazi fotografij pred in po operacijah otrok s shizo (Filipović, 2017).

Staršem, ki iz različnih razlogov težko sprejmejo svojega otroka takšnega, kot je, posledično zadrega, ki jo doživljajo, znižuje tudi njihovo in otrokovo samopodobo in so manj odzivni, posebej matere (Parsons, et al., 2011). Nepriznavanje svojega otroka dodatno vpliva na pojav osebnostnih motenj pri otroku, po drugi strani pa ozaveščenost staršev pomaga pri sprejemanju in podpori v procesu zdravljenja svojih otrok (Pratiwi Priyono, et al., 2018). K ozaveščenosti staršev pomembno vplivajo zdravniki, zdravstveni delavci, različna združenja, družina, sosese in znanje (Pratiwi Priyono, et al., 2018). Ljudje, ki sprejmejo sebe in svojo situacijo, se prilagodijo, nase gledajo pozitivno, pokažejo svojo notranjo moč (Andini, 2013). Takšni starši lahko pomagajo in vplivajo na otrokovo zdravljenje in prihodnji razvoj. V družinskem okolju pomembno prispevajo k različnim stopnjam razvoja osebnosti otroka in vplivajo na njihovo pozitivno podobo (Davita, et al., 2014).

Pomembno vlogo starši odigrajo tudi pozneje, ko se otroci soočajo s svojo samopodobo in doživljajo različne psihološke stiske. Starši z zaupanjem vase, s sprejemanjem otroka kot celostne osebnosti, ki ima vse možnosti vključevanja med sovrstnike, okolje in širšo družbo, lahko pozitivno vplivajo na kakovost otrokovega življenja. S svojo pozitivno samopodobo bodo otroka opolnomočili za vsakdanje spoprijemanje s številnimi izzivi (Pratiwi Priyono, et al., 2018).

Na podlagi rezultatov preteklih raziskav bi pričakovali, da se pri mnogih starših, ki imajo otroke s tem zdravstvenim stanjem, kljub podpori družine, okolja in zdravstvenih delavcev, pojavijo starševski stres in starševske stiske (Dalen, et al., 2021). V preteklosti se je namreč večina raziskav osredotočala na negativen vpliv bolezni na omenjena pojava pri starših, novejša literatura pa poroča o pozitivnih spremembah pri ljudeh, ki so doživeli travmatični dogodek, stres, in sicer vsaj na enem življenjskem področju (Li, et al., 2012; Jayawickreme & Blackie, 2014). Na spremembo odziva lahko vpliva tudi sprememba življenjskih vrednot in cilja staršev, kakovosti življenja (Van Dalen, et al., 2021). Izpostavljena je možnost, da starši, podvrženi procesu prilagajanja na zahteve po rojstvu otroka

z opaznimi razlikami, razvijejo močne sposobnosti obvladovanja težav, ki pomagajo ublažiti dejavnike, povezane s stresom in stiskami staršev.

Ostaja nejasno, ali so otroci z vidno razliko v videzu izpostavljeni tveganju čustvenih in vedenjskih težav. Možno je, da so otroci, ki imajo s strani staršev ustrezno podporo pri avtonomiji in s tem boljšo kakovost življenja, manj izpostavljeni tesnobi in posledično slabšemu vedenju (Crandell, et al., 2018). Druga možnost je, da starši s spremembo odziva v dojetju zdravja in dobrega počutja, mileje dojemajo čustvene in vedenjske težave otrok kot drugi starši. Nenazadnje je to odvisno tudi od starosti otrok, saj obdobje pubertete, ko večina otrok ni zadovoljna s svojim videzom, vpliva na čustvene in vedenjske težave (Dion, 2015). Kljub temu, kot navajajo avtorji raziskave o čustvenih in vedenjskih težavah otrok z eno izmed oblik razcepov, Van Dalen s sodelavci (2022), je treba biti pozoren na otroke s povečanimi učnimi težavami, otroke staršev z negativnim afektom in jim nuditi pravočasno psihološko podporo.

ZAKLJUČEK

Maksilofacialna in oralna kirurgija je pomembno področje kirurgije, ki lahko rešuje življenja in spreminja življenja posameznika in družbe. To je nenehno razvijajoče se področje, ki vodi v inovacije v kirurških tehnikah, tehnološkem in računalniškem napredku, raziskavah biomaterialov ter radikalno ali minimalno invazivno nekirurških in kirurških postopkih za rekonstrukcijo obraza (Chuang et al., 2016).

Leta 1954 je bil v UKC Ljubljana operiran prvi otrok s shizo. Od takrat naprej je ta specialnost ves čas prisotna na Kliničnem oddelku za maksilofacialno in oralno kirurgijo in je v državi Sloveniji edina, ki se z najnovejšimi smernicami – v dobro izida operacije – predvsem pa kakovosti življenja otrok, ves čas razvija.

Zaključimo lahko, da zdravljenje shiz zahteva timsko obravnavo, saj le tovrsten pristop v centrih s primerno velikim številom primerov vodi do celostne rehabilitacije. V proces zdravljenja morajo biti vključeni tudi starši, ki ob rojstvu svojega otroka dobijo potrebne informacije o naravi nepravilnosti in pojasnilo, da je mogoče otroka uspešno pozdraviti. Soočiti se morajo s spremenjenim videzom svojega otroka in morebitnimi njegovimi drugimi zdravstvenimi težavami. Pomembno je, da se lahko oprejo na zdravstveno osebje, poiščejo stike s starši s podobnimi težavami in sami postanejo otroku prva opora in učitelji.

Vsi posegi zahtevajo določeno časovno odmaknjenost, ki je pogojena z odraščanjem oziroma z zaključeno rastjo. Najpogostejše funkcionalne motnje, povezane z orofacialno shizo, so motnje pri hranjenju, govoru, sluhu, pri izražanju in razporeditvi zob; vplivajo tudi na čustvene in vedenjske odzive otrok.

Pomembno vlogo pri pooperativnem zdravljenju ima medicinska sestra, ki spremlja otrokovo obravnavo s tovrstnimi

nepravilnostmi od prvega dne po rojstvu otroka do končnega zdravljenja. Zdravstvena nega in oskrba otroka s shizo poteka po enakih korakih kot pri odraslem, le da so v proces intenzivno vključeni tudi starši. Ti igrajo ključno vlogo pri zdravljenju in kakovosti življenja svojih otrok.

LITERATURA

1. Andini, A.S., 2013. Hubungan antara berpikir positif dengan harga diri pada lansia yang tinggal di Panti Jompo di Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), pp. 129–137.
2. Beaty, T.H., Marazita, M.L. & Leslie, E.J., 2016. Genetic factors influencing risk to orofacial clefts: today's challenges and tomorrow's opportunities. Version 1. F1000Res 5: 2800. Published online 2016 Nov 30. doi: 10.12688/f1000research.9503.1.
3. Blažič, A. & Kolarić, B., 2015. Iskustva i zadovoljstvo roditelja djece s orofacialnim rascjepom pruženom skrbi u Republici Hrvatskoj. *Logopedija*, 5(2), pp. 18–24.
4. Chuang, J., Barnes, C. & Wong, B.J.F., 2016. Overview of Facial Plastic Surgery and Current Developments. *The Surgery Journal*, 2(1), pp. 17–25.
5. Crandell, J.L., Sandelowski, M., Leeman, J., Havill, N.L. & Knafel, K., 2018. Parenting behaviors and the well-being of children with a chronic physical condition. *Family, Systems and Health*, 36(1), pp. 45–61.
6. Davita, T.R., Narmada, S., & Soedjana, H., 2014. Permasalahan orangtua peserta bakti sosial operasi bibir dan langit-langit sumbing di Gunung Kidul Yogyakarta. *Jurnal CDK*, 44(9), pp. 606–609.
7. Dion, J., Blackburn, M.E., Auclair, J., Laberge, L. et al., 2015. Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20(2), pp. 151–166.
8. Eberlinc, A., 2014. Estetski problem pri pacientih s heilognatopalatoshizo. In: Kansky, A., ed. *Sodobne metode in nove tehnologije v maksilofacialni kirurgiji in stomatologiji: zbornik predavanj. 16. strokovni seminar ZMOKS, Predoslje 29. 11. 2014*. Ljubljana: Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo, p. 75.
9. Filipović, P., 2017. *Hranjenje dojenčkov s prirojeno napako ustne votline: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 27–28.
10. Hočevar Boltežar, I., Bahar Šreg, M., 2020. *Razcepi v orofacialnem področju in drugi razlogi za artikulacijske motnje: študijsko gradivo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 26.
11. Jakomin, K., 2009. *Spremljanje nekaterih telesnih parametrov po operaciji shize pri otrocih: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13–19.
12. Jašič, M., Trifoni, N., Milevoj Ražem, M., Zupičič, B. & Kalagac Fabric, S., 2014. Epidemiološke karakteristike novorođenčadi s rascjepom usne i/ili nepca u općoj bolnici Pula u 10-godišnjem periodu (2003-2012). *Glasnik pulske bolnice*, 11(11), pp. 34–37.
13. Jayawickreme, E., Blackie, L.E.R., 2014. Post-traumatic growth as positive personality change: evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), pp. 312–331.
14. Jelenc, N., Eberlinc, A. & Hočevar Boltežar, I., 2019. Feeding and swallowing disorders in children with clefts in the orofacial region. *Zdravstveni Vestnik*, 88(9–10), pp. 405–414.
15. Koželj, V., 2014. Prirojene nepravilnosti maksilofacialnega področja. In: Antonič, et al., eds. *Kirurgija*. Celje: Grafika Gracer, pp. 572–598.
16. Koželj V., 2015. Računalniški informacijski sistem za spremljanje orofacialnih shiz v Sloveniji kot vir za epidemiološko analizo obdobja 1973–1993 in 1993–2012. *Zobozdravstveni Vestnik*, 70(3–5), pp. 135–142.
17. Li, Y., Cao, F., Cao, D., Wang, Q. & Cui, N., 2012. Predictors of posttraumatic growth among parents of children undergoing inpatient corrective surgery for congenital disease. *Journal of Pediatric Surgery*, 47(11), pp. 2011–2021.
18. Leslie, E.J. & Marazita, M.L., 2013. Genetics of Cleft Lip and Cleft Palate. *American Journal of Medical Genetics Part C, Seminars in Medical Genetics*, 163(4), pp. 246–258.
19. Parsons, C.E., Young, S.K., Parson, E., Dean, A., Murray, L., et al., 2011. The effect of cleft lip on adult's responses to faces: Cross-species findings. *PLoS ONE* 6(10): e25897.
20. Pratiwi Priyono, G., Rafiyah, I. & Nurhidayah, I., 2018. Parents' Self Esteem of Children with Cleft Lip and Palate. *JNC*, 1(2), pp. 164–170.
21. Rogers, G.M. & Allen, R.C., 2012. Le Fort fractures. In: Black, E.H., et al. eds. *Smith and Nesi's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. New York, NY: Springer, pp. 283–295.
22. Strong, E.B., Kim, K.K. & Diaz, R.C., 2004. Endoscopic approach to orbital blowout fracture repair. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 131(5), pp. 683–695.
23. Taib, B.G., Taib, A.G., Swift, A.C., van Eden, S., 2015. Cleft lip and palate: diagnosis and management. *British Journal of Hospital Medicine* 76(10), pp. 584–591.
24. Van Dalen, M., Leemreis, W.H., Kraaij, V., De Laat, P.C.J., Pasmans, S.G.M.A., Versnel, S.L., et al., 2021. Parenting Children With a Cleft Lip With or Without Palate or a Visible Infantile Hemangioma: A Cross-Sectional Study of Distress and Parenting Stress. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 58(12), pp. 1536–1546.
25. Van Dalen, M., Hermans, M.M., Leemreis, W.H., Kraaij, V., De Laat, P.C.J., Pasmans, S.G.M.A., et al., 2022. Emotional and Behavioral Problems in Children With a Cleft Lip With or Without Palate or an Infantile Hemangioma. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 59(4 Suppl 2), pp. 74–83.
26. Watkins, S.E., Meyer, R.E., Strauss R.P. & Aylsworth A.S., 2014. Classification, epidemiology, and genetics of orofacial clefts. *Clinics in Plastic Surgery* 41(2), pp. 149–63.

CELOSTNA OBRAVNAVA PACIENTA PO TOTALNI ENDOPROTEZI KOLKA

Tjaša Ribaš, dipl. m. s., Brigita Kovačec, dipl. m. s.

Splošna bolnišnica Murska Sobota, Oddelek za ortopedijo

tjasa.ribas@gmail.com, brigita.kovacec@sb-ms.si

IZVLEČEK

Totalna endoproteza (TEP) kolka predstavlja eno najučinkovitejših in uspešnih operacij v ortopediji. Z operacijo zagotavljamo zanesljive rezultate za pacienta, pride do zmanjšane bolečine, funkcionalne obnove in izboljšane kakovosti življenja pacienta. Zadovoljstvo pacientov po totalni endoprotezi kolka je na visoki ravni, tako da beležimo številne pozitivne izkušnje pacientov po totalni endoprotezi kolka. Totalna endoproteza kolka je pred leti bila omejena na starejše paciente, v današnjem času pa postaja poseg izbora, tudi pri mlajših pacientih.

Celostna obravnava pacienta in timsko delo sta ključnega pomena za uspeh. Poseg zahteva usklajevanje oskrbe med različnimi skupinami izvajalcev zdravstvenih storitev, vključno z medicinskimi sestrami, fizioterapevti, farmacevti in zdravniki.

Kot je znano je možno pri vsaki operaciji priti do neželenih tveganj oziroma zapletov. Po vstavitvi endoproteze kolka je možna izguba krvi med operacijo, bakterijska okužba totalne endoproteze kolka, izpah ali zlom endoproteze ter nastanek krvnih strdkov.

Ključne besede: TEP kolka, dejavniki tveganja, vloga medicinske sestre, zdravstvena nega, ortopedija, multidisciplinarni tim

UVOD

Po svetu beležimo visoko število pacientov, ki jih prizadene artroza kolka in s tem povezano zdravljenje (Varacallo, et al., 2022).

Totalna endoproteza kolka je zelo uspešen ortopedski poseg pri končni fazi bolezni ali poškodbi kolka. V zadnjem desetletju so bile uvedene spremembe in izboljšave pri kolčnih protezah, s tem pa izboljšane stabilnosti in fiksacije ter zmanjšana stopnja zgodnjih in poznih okvar (Ferguson, et al., 2018; Karachalios, et al., 2018).

Kljub uspešnim rezultatom so se pojavljale tudi revizije endoprotez kolkov. Najpogostejši vzroki pri katerih je prišlo do revizije je bila obraba, izpah, zlom, nestabilnost in okužba

endoproteze kolka (Karachalios, et al., 2018). Približno 70% dislokacij endoprotez kolkov se pojavi v prvem mesecu po operaciji. Pojavnost periprotetičnih zlomov narašča s splošno povečano pojavnostjo posegov pri mlajših populacijah pacientov. Ne smemo pa pozabiti tudi na en najbolj grozljiv zaplet po operaciji, pljučna embolija, ki je pogostejša pri revizijskih operacijah, kot tudi globoka venska tromboza in pooperativna anemija (Varacallo, et al., 2022).

Dobro je znano, da so določena stanja (npr. sladkorna bolezen) povezana s povečano stopnjo pooperativnih zapletov. Predoperativno obdobje ponuja edinstveno priložnost za optimizacijo vseh spremenljivih dejavnikov tveganja. Tako negovalna kot medicinska anamneza mora identificirati in obravnavati pacientove navade (kot sta kajenje in prekomerno uživanje hrane in alkohola) (Sivaloganathan, et al., 2022). Veliko problematiko v Pomurju predstavlja nezdrav slog življenja, debelost, ter tudi starost pacientov.

Zdravstvena nega po vstavitvi totalne endoproteze in vloga medicinske sestre

Medicinske sestre morajo zagotoviti koordinacijo in spremljanje pacienta pred, med in po operaciji s poročanjem zdravniku o zdravstvenem stanju pacienta. Medicinske sestre bi morale pomagati zdravniku tudi pri informiranju pacienta in svojcev že pred operacijo (Varacallo, et al., 2022). s ciljem izboljšanja znanja pacientov, obvladovanja njihovih pričakovanj in pozitivnega vpliva na izbiro njihovega življenjskega sloga. Pred operacijo je potrebno paciente spodbuditi k optimizaciji spremenljivih dejavnikov tveganja, kot je na primer izboljšanje prehrane ter opustitev kajenja in alkohola. Raziskave povdarjajo tudi pomen zgodnjega vključevanja fizioterapevta za spodbujanje predoperativnih vaj (Sivaloganathan, et al., 2022). Nekatere bolnišnice v Sloveniji imajo že uvedeno predoperativno šolo za paciente pred operacijo totalne endoproteze kolka. Ta poteka približno dva tedna pred predvideno operacijo v manjših skupinah 10 do 15 pacientov. Vključen je multidisciplinarni tim – anesteziolog, ortoped, medicinska sestra koordinatorica

odpusta, vodja zdravstvene nege na ortopedskem oddelku ter fizioterapevt. Cilji predoperativne šole so, da pacienta karseda najbolj optimalno pripravi na operativni poseg; ter zagotoviti poznavanje postopkov obravnave v predoperativnem, med in po operativnem obdobju. Namen predoperativne šole je tudi usposobljenost pacienta za čimprejšnjo samooskrbo, priprava pacienta na odpust in vrnitev v domačo okolje ter zadovoljstvo pacienta, svojcev in članov zdravstveno- negovalnega tima (Stenovec, 2017).

Predoperativno se pacientu preveri tudi dosedanja terapija z zdravili, je vključitev kliničnega farmacevta velikokrat možna le po sprejemu, ne pa že pred sprejemom. Klinični farmacevti pregledajo terapijo na interakcije med zdravili, odmerjanje glede na ledvično/ jetrno funkcijo in lahko pripomorejo k optimizaciji celotne terapije tudi pooperativno. Pomembno vlogo pri obravnavi pacienta po totalni endoprotezi kolka imajo tudi fizioterapevti, saj je pri takšnih operacijah ključna rehabilitacija pacientov. Le usklajeno timsko delo prinaša najboljše rezultate (Varacallo, et al., 2022).

V SB MS smo letos uvedli brezšivno skrb tudi za naše paciente po ortopedskih operacijah. Pravilnik o izvajanju storitev lekarniške dejavnosti v bolnišnični lekarni, Uradni list RS, št. 28/18, 2018 namreč določa, da se mora brezšivna skrb začeti izvajati z letom 2023 v vseh slovenskih bolnišnicah. Po defniciji je brezšivna skrb: zagotavljanje neprekinjene preskrbe pacienta z zdravili in usklajena farmacevtska obravnava pri prehajanju med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. V okviru brezšivne skrbi izvajalci lekarniške dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti zagotovijo medsebojno izmenjavo informacij o zdravljenju z zdravili pri posameznem pacientu, ki omogočajo hitro in učinkovito usklajevanje zdravljenja z zdravili in so pomembne za varno nadaljevanje zdravljenja z zdravili ob sprejemu pacienta v bolnišnico in ob odpustu z nje. (Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1), ki je vstopil v veljavo v Sloveniji 27. 1. 2017) V okviru brezšivne skrbi je pacient obravnavan s strani kliničnega farmacevta in vključuje pregled terapije (pregled interakcij, morebitna prilagoditev odmerkov glede na ledvično funkcijo, pregled uporabe zdravil, drobljenje itd.) ter uskladitev terapije, ki jo pacient prejme za domov. V ta namen farmacevt izdela osebno kartico zdravil, ki pacientu pomaga pri poznavanju njegove terapije in pravilni uporabi zdravil po odpustu. Osebna kartica zdravil pa bo dostopna tudi v portalu eZVEM tudi zdravnikom ter lekarniškimi farmacevtom, da ne prihaja do napak v predpisovanju terapije pri prehodih med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva (Štuhec, 2022).

Trajanje hospitalizacije pacienta pri totalni endoprotezi kolka odvisno od mnogih dejavnikov. V primeru, da pooperativno zdravljenje in rehabilitacija potekata brez zapletov, hospitalizacija traja 4 do 6 dni. Povprečna ležalna doba v letu 2022 po totalni endoprotezi kolka je v SB MS 5 dni. Po operaciji je vsak

pacient premeščen v enoto intenzivne nege, kjer poteka postopen nadzor vitalnih funkcij, pacienti prejemajo infuzijsko raztopino za nadomeščanje tekočin, prejemajo zdravila proti bolečinam, antibiotik, ki preprečuje okužbo in 12 ur po operativnem rezu prvi odmerek antikoagulantne terapije. Na dan operacije že pacienti začnejo z raznimi dihalnimi vajami, ki preprečujejo kardio – vaskularne zaplete in prvi dan po operaciji sledi prvo vstajanje s pomočjo fizioterapevta. Tekom hospitalizacije redno skrbimo za prevezo operativne rane in kontrolo laboratorijskih izvidov. Tekom hospitalizacije tudi paciente educiramo za aplikacijo in jemanje zdravil doma po operaciji.

Preprečevanje okužb

Kajenje, čezmerno uživanje alkohola, sladkorna bolezen lahko vpliva na pooperativne okužbe. Na dan operacije morajo vsi pacienti uporabiti 4% chlorheksidin, z namenom da se koža razkuži, kar narekuje tudi standard za pripravo operativnega polja, kot tudi priporočila SOBO in ZOBO. Izogibati se je treba britju na mestu operacije z britvico, saj mikro odrgnine na koži zagotavljajo področja, kjer bakterije ostanejo in se razmnožujejo v kirurškem polju. 30- 60 minut pred operacijo pacienti dobijo antibiotično terapijo, ki se daje intravenozno (Sivaloganathan, et al., 2022).

Transfuzija krvnih nadomestkov

Totalna endoproteza kolka predstavlja tveganje za perioperativno izgubo krvi. Zgodi se, da taki pacienti potrebujejo transfuzijo koncentriranih eritrocitov ali pa v primeru manjše izgube krvi, nadomeščanje železa v obliki peroralne terapije. Vzdrževanje višje pooperativne ravni hemoglobina bo izboljšalo okrevanje pacienta in zmanjšalo tveganje za ishemične srčne dogodke in potrebo po transfuziji. Zelo pomembno je, da se izognemo hudi anemiji, ko so pacienti odpuščeni takoj po operaciji, saj je ambulantno spremljanje ravni hemoglobina zapleteno (Sivaloganathan, et al., 2022).

Lajšanje bolečine po operaciji

Izboljššan nadzor bolečine je eden glavnih stebrov zadovoljstva pacientov po operaciji. Lajšanje pooperativne bolečine je zelo pomembno. Nekaj neugodja po operaciji je neizogibno, vendar lahko vpliva na funkcionalno okrevanje, zmanjša zadovoljstvo pacienta in podaljša trajanje bivanja v bolnišnici. Za obvladovanje pooperativne bolečine se tradicionalno uporabljajo tudi opioidi, za katere je znano, da povzročajo neželene učinke, kot so zaspanost, slabost, bruhanje in zaprtje (Sivaloganathan, et al., 2022). Običajno prvi pooperativni dan analgetično terapijo apliciramo intravenozno, potem pa sledi prehod na per os terapijo, katero bo pacient jemal tudi po odhodu iz bolnišnice.

Rehabilitacija

K skrajšanju bolnišničnega bivanja pripomoreta zgodnja pooperativna funkcija in mobilizacija pacienta. Pri prvi mobilizaciji pacienta je v večini primerov prisotna slabost in bruhanje

in predstavljata oviro za pacienta. Vzroki za pooperativno slabost so številni, vključno s kombinacijo različnih anestetikov, hipovolemije, anemije in uporabo opioidov (Sivaloganathan, et al., 2022). Po operaciji se pacienti s pomočjo fizioterapevtov naučijo ustrezne hoje, tudi hoje po stopnicah s pomočjo bergel ali hodulje.

Antikoagulantna zaščita

Vsaka večja operacija in dolgotrajna imobilizacija lahko povečata tveganje za nastanek trombotične. Ta neželeni dogodek preprečimo z zgodnjo mobilizacijo in antikoagulantno terapijo (Sivaloganathan, et al., 2022). Z antikoagulantno zaščito pričnemo 12 – ur po operativnem rezu. Tekom hospitalizacije mora medicinska sestra pacienta oziroma svojce poučiti o aplikaciji antikoagulantne terapije (Murar & Russell, 2020).

Preveza rane

V času hospitalizacije skrbimo za redne preveze operativne rane. Pri prvi prevezi rane po operaciji je prisoten zdravnik, ta je običajno drugi post operativni dan, ko se tudi odstrani dren (če je le ta bil nameščen). Izloček iz drene redno spremljamo in beležimo, tako imamo tudi nadzor nad izgubo krvi. Preveze ran izvajamo po aseptični metodi dela, z sterilnim inštrumentom in obvezilnim materialom. Poslužujemo se vodoodpornih obližev s prosojnim oknom, s katerim imamo še dodaten nadzor nad samo rano in morebitnim izločkom iz nje.

Zdravstveno– vzgojno delo medicinske sestre

Zdravstveno– vzgojno delo medicinske sestre je pomemben del pri zdravljenju pacientov po totalni endoprotezi kolka. Medicinska sestra tekom hospitalizacije deluje zdravstveno– vzgojno pri vseh aktivnostih zdravstvene nege. Pacientu natančno in preprosto razložimo informacije in navodila, ki so pomembna pri zdravljenju oziroma rehabilitaciji. V primeru, da pacient težko razume navodila, v proces vključimo svojce oziroma skrbnike.

ZAKLJUČEK

Totalna endoproteza kolka je zelo uspešen ortopedski poseg, ki se ga z leti vedno več izvaja.

Priprava pacienta na operativni poseg je skrbno načrtovana. Medicinske sestre z ustreznim strokovnim znanjem pomembno prispevajo k pooperativnem zdravljenju in rehabilitaciji pacientov.

Temeljni namen delovanja zdravstvene nege Oddelka za ortopedijo naše bolnišnice je strokovna, celostna, kakovostna in varna obravnava pacientov sprejetih na naš oddelek, ob upoštevanju najvišjih strokovnih standardov in moralno etičnih načel.

Zaposleni vsakega pacient obravnavamo kot edinstveno individualno človeško bitje s poudarkom na njegovih specifičnih fizičnih, psihičnih, duhovnih in socialnih potrebah. Upoštevanje pacientovih pravic in potreb je obveza in nam predstavlja jamstvo za razumevanje načel sodobne obravnave.

V letu 2022 je bila v okviru magistrske naloge (avtorica: Urška Prelog, mag. farm., mentorja: izr. prof. dr. Tomaž Vovk, mag. farm. in doc. dr. Alenka Kovačič, mag. farm., spec.) narejena raziskava na oddelku za ortopedijo SB MS, v katero so bili vključeni pacienti, ki so imeli vstavljen totalno endoprotezo kolka ali kolena ali pa operacijo na hrbtenici. V raziskavo so bili vključeni pacienti operirani v obdobju med leti 2017- 2021. Iz rezultatov je bilo ugotovljeno, da pacienti ob odpustu prejmejo pravilne kombinacije analgetikov, najpogosteje so bili predpisani paracetamol, metamizol in paracetamol/ tramadol, ki so varnejši z vidika pooperativnih krvavitev oz. izlivov iz operativne rane. Raziskava je potrdila, da pacienti na oddelku prejmejo tudi primerno antikoagulantno zaščito, kar rezultira v nižji pojavnosti venskih trombotičnih, ti so bili namreč redki in nižji od pričakovane pojavnosti dostopne v pregledani literaturi. Dobri rezultati in malo pooperativnih zapletov nakazujejo na dobro sodelovanje med zdravniki, farmacevti, fizioterapevti in izvajalci zdravstvene nege (Urška Prelog, mag. farm., bolnišnična lekarna SBMS).

Glede na ankete Preme lahko z gotovostjo trdimo, da je Ortopedski oddelek tisti, kjer so bili rezultati najboljši. Namen te raziskave je bil dobiti vpogled v izkušnje z zdravstvenimi obravnavami neposredno s strani pacientov. Zdravstvenim izvajalcem in osebju je tako omogočen vpogled v svoje delo skozi oči pacienta, kar prispeva k prepoznavanju dobrih praks in priložnosti za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Skoraj v vseh kazalnikih smo presegli tako skupno slovensko kot tudi skupno ortopedsko povprečje. Vodi nas delo za pacienta, timsko delo, medsebojno spoštovanje. Posledično tudi zadovoljstvo zaposlenih.

LITERATURA

1. Ferguson, R. J., Palmer, A. J., Taylor, A. & Porter, M. L., 2018. Hip replacement. *The Lancet*, 392(10158), pp. 1662-1671.
2. Karachalios, T., Komnos, G. & Koutalos, A., 2018. Total hip arthroplasty. *Efort open reviews*, 3(5), pp. 232-239.
3. Murar, J. & Russell, K., 2020. Post - operative instructions, total hip arthroplasty. *Twin cities OrthopedicS*.
4. Petrica, D., 2016. Uvedba operativnega postopka za izvajanje storitev klinične farmacije na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Soča: specialistična naloga. s.l.:Lekarniška zbornica Slovenije.
5. Prelog, U., 2022. Ocena zdravljenja z zdravili pri bolnikih po operacijah kolka, kolena ali hrbtenice v Splošni bolnišnici Murska Sobota v letih od 2017 do 2021 magistrsko delo. Univerza v Ljubljani. Pridobljeno s: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=142615> [19 januar 2023].
6. Sivaloganathan, S., Blakeney, W. G. & Vendittoli, P. A., 2022. Modernizing Total Hip Arthroplasty Perioperative Pathways: The Implementation of ERAS-Outpatient Protocol. *Journal of Clinical Medicine*, 11(12).
7. Stenovec, A., 2017. Pomen predoperativne šole za paciente s totalno endoprotezo kolena: diplomsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
8. Štuhec, M., 2022. Brezšivna skrb: Nova farmacevtska storitev, ki spremeni dosedanje delo v zdravstvenem sistemu. *Pomurska obzorja*, 1(17), pp. 29-38.
9. Varacallos, M., Luo, D. T. & Johanson, N. A., 2022. Total Hip Arthroplasty Techniques. s.l.:StatPearls, Treasure Island.

ZGODBE IZ ZAVETIŠČA: LJUDJE Z OBROBJA SODOBNE DRUŽBE

Mateja Rožman, dipl. m. s., enterostomalni terapevt

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za travmatologijo

mateja.rozman@kclj.si

IZVLEČEK

Desetega oktobra obeležujemo Svetovni dan brezdomstva. V svetu se večja neenakost. Ranljive skupine so pogosto odrinjene na rob sodobne družbe in so socialno izključene. Prispevek obravnava zgodbe ljudi, ki so jih pripovedovali na ulici in v kontejnerjih. V sodobni družbi izumira, spoštovanje in načelo pravičnosti. Enakost velja za srce pravičnosti. Vprašanje o moralni enakosti in neenakosti je osrednjega pomena. Diskriminacija onemogoča uveljavljanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Zaradi diskriminacije se večja socialna neenakost. Ljudje brez doma ne postanejo po svoji želji, v to jih prisili sodobna družba. Po svetu je približno 150 milijonov ljudi brez doma. V Evropi in tudi Sloveniji ni zanesljivih podatkov. Govori se o številki sedem tisoč. Širša družba bi se morala osredotočiti na doseganje enakosti, s pomočjo ukrepov, ki so namenjeni zmanjševanju razlik in zagotavljanju enakih možnosti. Včasih z majhnimi stvarmi, odprtim pogledom, lepo besedo in nasmehom odpremo vrata v njihova srca.

Ključne besede: brezdomci, diskriminacija, neenakost

Optiplan®

Vaš zanesljivi partner pri zdravstveni negi in organizaciji dela v bolnišnicah, domovih starejših občanov in drugih zdravstvenih ustanovah

Medicinski vozički

Za reanimacijo, dokumentacijo, nego in preveze bolnikov ter terapijo

Mape

Temperaturne mape in mape za bolnikovo dokumentacijo



Bolnišnice in druge zdravstvene ustanove v Sloveniji, ki že uporabljajo vozičke OPTIPLAN:

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor, Bolnišnica Topolšica, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Porodnišnica Kranj, Splošna bolnišnica Brežice, Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica Izola, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo mesto, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Dom Tisje, Medicinska fakulteta Ljubljana in Zavod za transfuzijsko medicino Ljubljana, Klinika Golnik, Inštitut za rehabilitacijo Soča

Zaupate nam že več kot 33 let!



Pripomočki za oskrbo pri
INKONTINENCI

**NEGOVALNE in
BOLNIŠKE POSTELJE**
lastne proizvodnje

Izdelki za pokrivanje
OPERACIJSKEGA POLJA
in **OSEBNO ZAŠČITO**

Sanitetni izdelki in sodobne obloge
za **OSKRBO RAN**

Širok izbor **MEDICINSKEGA
POTROŠNEGA MATERIALA**
in **APARATOV**

OMARICE, MIZICE, VOZIČKI
in ostali dodatki lastne proizvodnje

KOLESA in MOBILNI SISTEMI
za zdravstvene ustanove in industrijo

Kakovostna negovalna **KOZMETIKA**

SANITETNA CENTRA SIMP'S

- Prodaja MTP ter drugih proizvodov za zdrav življenjski slog
- Izposoja in najem MTP po merah in potrebah uporabnika
- Izdaja MTP na podlagi naročilnice zdravnika

Simps'S[®]
medicinski
pripomočki

SIGVARIS
GROUP

Sigvaris Traditional Post-OP

Za učinkovito in udobno okrevanje po operaciji ven priporočamo Sigvaris Traditional Post-OP medicinske kompresijske nogavice s pasom. Te nogavice so zasnovane tako, da zagotavljajo pravilen pritisk in podporo, ki pomaga pri zmanjšanju otekline, zmanjšanju tveganja za krvne strdke in spodbuja hitrejše celjenje. Pas zagotavlja dodatno stabilnost in udobje, hkrati pa nogavice ostanejo na mestu, ko se premikate.



UVOZNIK IN DISTRIBUTER:

DIAFIT d.o.o.,

Spodnji Slemen 6, 2352 Selnica ob Dravi

T: 02 / 674 08 51, 02 / 674 08 52

E: info@diafit.si, www.diafit.si





SanoPoint

Povezan. Enostaven. Zavzet



IZOBRAŽEVALNI PORTAL O MEDICINSKIH PRIPOMOČKIH

hitro do novih informacij

- **izobraževalne vsebine**
- **ppt prezentacije**
- **video predstavitve izdelkov**
- **celoten seznam artiklov skupaj z identi, ki jih lahko naročite v vaši lekarni in nabavni službi**
- **organizacija webinarjev**
- **kontakti področnih produktnih vodij**

LINK ZA REGISTRACIJO:

[HTTPS://WWW.SANOPOINT.SI/REGISTRATION](https://www.sanopoint.si/registration)

Not all NPWT is V.A.C.[®] Therapy.



MM SURGICAL

3M Science.
Applied to Life.™



3M™ Veraflo™ Therapy

3M™ V.A.C.[®] Therapy

3M™ Prevena™ Therapy

3M™ AbThera™ Open Abdomen
Negative Pressure Therapy

OBLOGE ZA RANE Z MEDICINSKIM KOSTANJEVIM MEDOM

- SPODBUJAJO DEBRIDMENT
- PREPREČUJEJO BIOFILM
- DELUJEJO PROTIVNETNO
- DELUJEJO ANTIMIKROBNO
- ZMANJŠUJEJO NEPRIJETEN VONJ
- POSPEŠUJEJO PROLIFERACIJO



vivamel alginat



ALGINATNA OBLOGA 5 x 5 cm | 10 x 10 cm
Z MEDICINSKIM KOSTANJEVIM MEDOM

Vivamel ALGINAT je primarna vpojna obloga iz kalcijevega alginata, ki je v celoti prepojen z naravno pridelanim nerazredčenim medicinskim kostanjevim medom. Alginat ima visoko sposobnost vpijanja, pri čemer se natrijevi ioni iz rane izmenjujejo s kalcijevimi ioni iz obloge, kar zagotavlja dodaten hemostatski učinek. Alginat ob vpijanju izločka nabrekne in gelira, pri čemer v svojo strukturo veže tudi odmrlo tkivo in mikroorganizme. S tem zagotavlja toplo-vlažno okolje v rani, kar bistveno pospeši celjenje.

Vivamel alginat je obloga, primerna za celjenje ran z zmernim do obilnim izločkom. Predvsem jo priporočamo za rane, kjer prevladuje proces vnetja, pri katerem poteka razgradnja in odstranitev odmrlega tkiva ter obramba pred bakterijami.

vivamel contact



KONTAKTNA MREŽICA 5 x 5 cm | 10 x 10 cm
Z MEDICINSKIM KOSTANJEVIM MEDOM

Vivamel CONTACT je primarna obloga. Kontaktna mrežica je v celoti prekrita z naravno pridelanim nerazredčenim medicinskim kostanjevim medom. Kontaktna mrežica služi kot nosilec za med in ima luknjičasto strukturo, skozi katero prepušča izloček iz rane. Poleg tega preprečuje sprijemanje sekundarne obloge z dnom rane.

Vivamel contact je obloga, primerna za celjenje ran s šibkim izločkom, ki so v procesu dozorevanja novih celic (granulacije) in rasti povrhnjega sloja kože (epitelizacije).

vivamel protect



POLIURETANSKA PENA 10 x 10 cm
Z MEDICINSKIM KOSTANJEVIM MEDOM

Vivamel PROTECT je primarna obloga. Poliuretanska pena je na eni strani v celoti prekrita z naravno pridelanim nerazredčenim medicinskim kostanjevim medom. PU pena služi kot nosilec za med in ima vpojno in izjemno mehko strukturo, v katero dobro vpija izloček iz rane. Poleg tega rani nudi mehansko zaščito.

Vivamel protect je obloga, primerna za celjenje ran z zmernim do šibkim izločkom. Klinično dokazano pospešeno čisti fibrinske obloge z dna rane. Predvsem jo priporočamo za rane, kjer prevladuje proces proliferacije, pri katerem poteka rast, množenje in dozorevanje novih celic. Obloga rani nudi mehansko in toplotno zaščito.

vivamel tuba



MEDICINSKI KOSTANJEV MED 20 g | 50 g

Vivamel TUBA vsebuje v celoti naravno pridelan nerazredčen medicinski kostanjev med. Med na dnu rane deluje kot gel, ki mehča mrtvine v rani - spodbuja debridment in čiščenje. Hkrati pospešuje fazo vnetja, granulacije in epitelizacije. Shranjen je v tubi iz aluminija s pokrovčkom z navojem. Aluminij omogoča, da po stiskanju medu, tuba ostane stisnjena in se zato ne kontaminira z zrakom iz okolja. Izdelek je torej primeren za večkratno aplikacijo (4 mesece po odprtju).

Vivamel tuba – medicinski kostanjev med je primeren za rane s šibkim izločkom ali brez njega. Priporočamo ga tudi za globoke rane, rane s podminiranim robom in za rane z mrtvinami. Lahko ga uporabljamo samostojno ali pa ga dodajamo oblogam Vivamel za intenzivnejše celjenje.

CELOSTNA OBRAVNAVA KRONIČNE RANE

DEBRIDMENT

Ultrazvočni



curasonix
The Wound Clearing Company

PRIPRAVA DNA RANE

Raztopina



Nexodyn™ AOS Wound Care Solution
NEXODYN

OSKRBA DIABTIČNE RAZJEDE

Čiste neokužene



PolyMem®
MEDCu
curea P1
curea P1 duo
curea P2

Močno kolonizirane in okužene



PolyMem® Silver
MEDCu
curea P1 duo active
curea P2 active

RAZBREMENITEV



schein

Post-op začasna
razbremenilna
obutev

 zaloker
zaloker

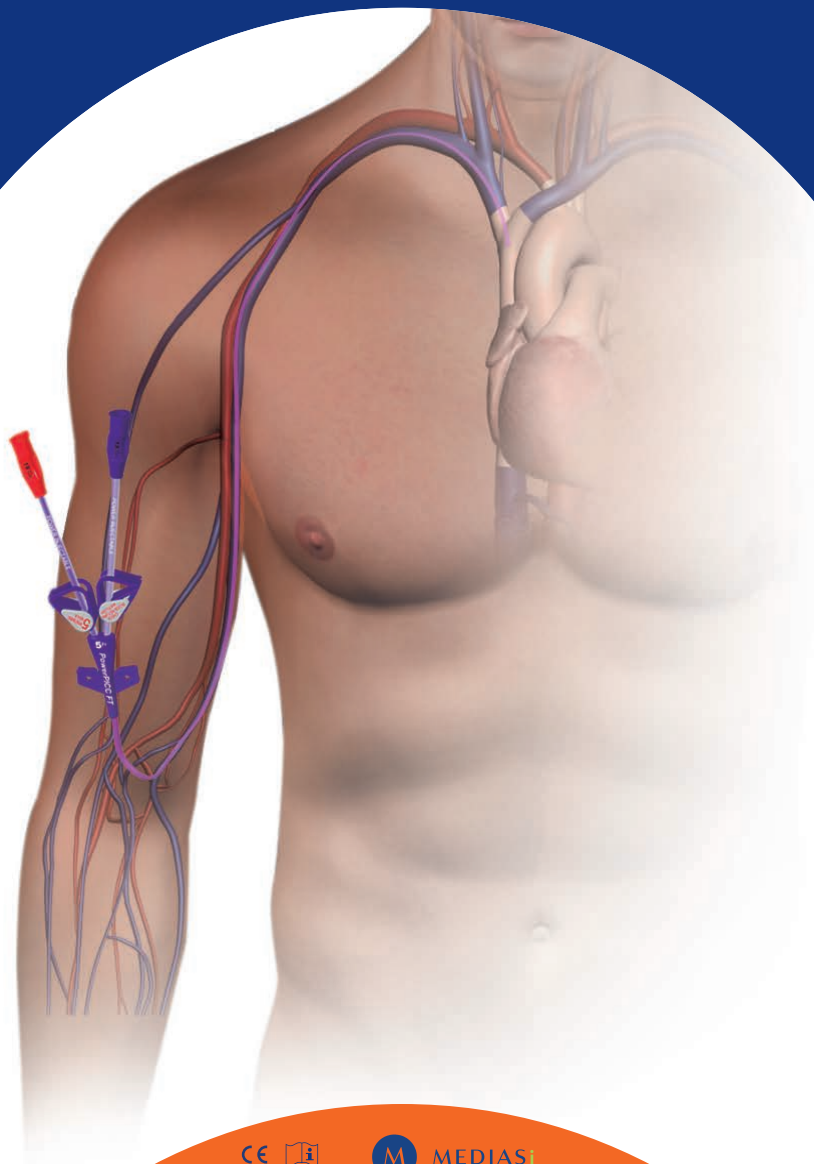


Zaloker & Zaloker d.o.o.
Kajuhova ulica 9, Ljubljana
info@zaloker-zaloker.si
www.zaloker-zaloker.si | rane.si

PICC in Midline

Izberite pravi žilni dostop za pravega bolnika, ob pravem času:

- Periferni katetri
- Midline katetri
- Periferno uvedeni centralni katetri (PICC)



HARTMANN



Mehkoba, ki se ji ni moč upreti

RespoSorb® Silicone Border

Zasnovan za preprečevanje zapletov,
povezanih z eksudatom.

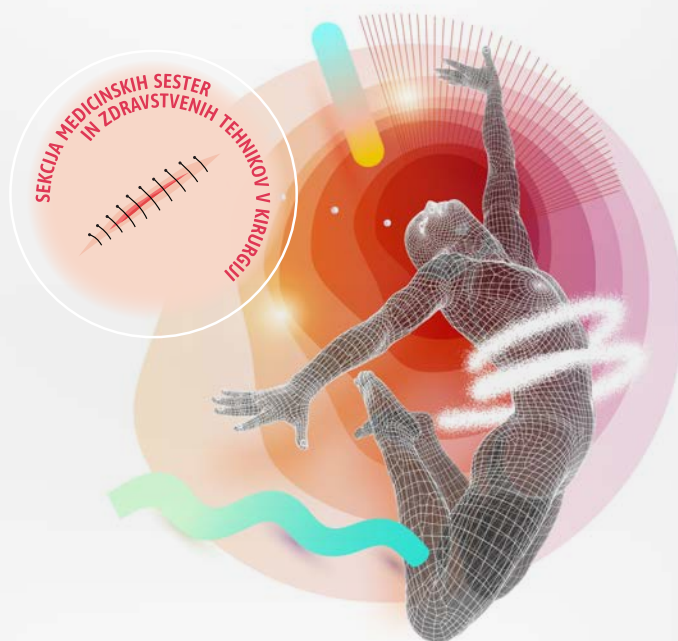
 Mehak

 Vpojen

 Učinkovit

 Koži prijazen





MAREC 2023