



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI
SPREMLJANJU OTROKA S PRIROJENO
SRČNO NAPAKO**

**NURSE'S ROLE IN MONITORING
CHILDREN WITH CONGENITAL HEART
DISEASE**

Mentor: Sanela Pivač, pred.

Kandidat: Sandra Đorđević

Somentor: Jožica Trstenjak, strok. sod.

Jesenice, november, 2015

ZAHVALA

Zahvaljujem se mag. Katji Skinder Savić, pred., za pomoč pri sestavi in oblikovanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi mentorici Saneli Pivač, pred., in somentorici Jožici Trstenjak, strok. sod., za prevzem mentorstva, vso pomoč, usmeritve in nasvete pri diplomskem delu.

Hvala recenzentoma dr. Saši Kadivec, viš. pred., in Petru Najdenovem, pred., za recenzijo diplomskega dela.

Zahvala gre tudi lektorici Aleksandri Gačić in Nejcju za pomoč pri statistični obdelavi podatkov.

Zahvaljujem se tudi Splošni bolnišnici Novo mesto in Splošni bolnišnici Jesenice, še posebej medicinskim sestram na otroškem oddelku, ki so sodelovale pri izvedbi anketiranja, Splošni bolnišnici Dr. Franca Derganca Nova Gorica in staršem, ki so privolili v sodelovanje pri anketiranju.

Posebna zahvala gre mojim prijateljem, ki so mi stali ob strani, ter družini, sestri, mami in očetu za vso pomoč, podporo in spodbudne besede.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Otroci s prirojenimi srčnimi napaki imajo velikokrat težave z dihanjem in prehranjevanjem, zato mora medicinska sestra starše vključiti v zdravstveno nego njihovega otroka in jih poučiti o otrokovi bolezni.

Cilj: Namen diplomskega dela je prikazati vlogo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi otroka s prirojeno srčno napako in vključevanje staršev v proces zdravstvene nege njihovega otroka.

Metoda: Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop, deskriptivno metodo dela. Vzorec je bil neslučajni nenamenski. V raziskavo smo vključili zaposlene v zdravstveni negi in starše otrok s prirojeno srčno napako. Raziskava je bila izvedena v Splošni bolnišnici Novo Mesto in Jesenice ter v pediatrični kardiološki ambulanti v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko in Pearsonovo korelacijo. Demografski podatki medicinskih sester so prikazani na podlagi frekvenčne (F) in odstotne porazdelitve (%).

Rezultati: Statistično pomembna povezava se je pokazala med trditvijo, da medicinske sestre staršem pokažejo določene intervencije zdravstvene nege in da medicinske sestre starše spodbujajo, da sodelujejo pri procesu zdravstvene nege ($r = 0,603$; $p = 0,004$). Naslednjo statistično pomembno povezavo smo ugotovili med trditvijo, da medicinske sestre starše naučijo opazovanja drugih pomembnih znakov za prepoznavanje srčnega popuščanja in da medicinske sestre staršem pokažejo določene intervencije zdravstvene nege ($r = 0,672$; $p = 0,001$).

Razprava: Ugotovili smo, da bi starši pri zdravstveni negi otroka najpogosteje samostojno opravljali intervencije, kot so: kopanje, hranjenje, previjanje in opazovanje otroka. Medicinske sestre pa bi poleg osebne higiene otroka od staršev pričakovale tudi skrb za varnost otroka, čiščenje nosu in sodelovanje pri intervencijah. Ugotovitve naše raziskave temeljijo na majhnem vzorcu, zato v prihodnje priporočam obsežnejšo raziskavo med Splošnimi bolnišnicami v Sloveniji na pediatričnih oddelkih.

Ključne besede: prirojena srčna napaka, medicinska sestra, starši, dihanje, prehranjevanje.

ABSTRACT

Theoretical background: Children with congenital heart defects often experience difficulties with breathing and eating, therefore, the parents need to be included in their child's health care and educated about the child's illness.

Objective: The purpose of this diploma thesis is to show the role of the nurse in the medical treatment of children with congenital heart defects and involving parents in the process of their child's health care.

Method: We applied quantitative research approach, a descriptive method of work. The sample was non-accidental, unintended. The study included employees in health care and the parents of children with congenital heart defects. The research was conducted at the General Hospital Novo mesto and Jesenice as well as in pediatric cardiology clinic at the Dr. Franc Derganc General Hospital of Nova Gorica. Data were analysed using descriptive statistics and Pearson correlation. Demographic data of nurses are presented based on frequency (F) and percentage distribution (%).

Results: Statistically relevant relationship was found between the claim that medical nurses show specific health care interventions to parents and that medical nurses encourage parents to participate in the health care process ($r = 0,603$; $p = 0,004$). The following statistically significant connection was found between the claim that medical nurses teach parents how to observe other important signs for identifying heart failure and that medical nurses show parents how to implement specific health care interventions ($r = 0,672$; $p = 0,001$).

Discussion: We found that parents would most frequently independently perform the following interventions as regards the health care of their child: bathing, feeding, changing diapers and observing the child. In addition to personal hygiene of a child, medical nurses would expect their parents also to provide concern for child's safety, cleaning the nose and participate in performance of interventions. The findings of our study are based on a small sample, so I therefore recommend a conduction of a more extensive survey between General Hospitals in Slovenia on pediatric wards in the future.

Keywords: Congenital heart defect, nurse, parents, breathing, nutrition.

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	2
2.1 ZNAČILNOSTI PRIROJENIH SRČNIH NAPAK.....	3
2.1.1 Cianotične prirojene srčne napake	3
2.1.2 Acianotične prirojene srčne napake	4
2.2 VZROKI ZA NASTANEK PRIROJENIH SRČNIH NAPAK	6
2.3 KLINIČNA SLIKA OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO	7
2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO, KI IMA TEŽAVE Z DIHANJEM IN PREHRANJEVANJEM	8
2.4.1 Dihanje	8
2.4.2 Prehranjevanje	9
2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VKLJUČEVANJU STARŠEV V PROCES ZDRAVSTVENE NEGE OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO	10
2.5.1 Prisotnost staršev pri hospitaliziranem otroku	11
3 EMPIRIČNI DEL	13
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	13
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	13
3.3.2 Opis merskega instrumenta	14
3.3.3 Opis vzorca.....	16
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	17
3.4 REZULTATI	18
3.5 RAZPRAVA	23
4 ZAKLJUČEK	29
5 LITERATURA	30
6 PRILOGE	
6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE	

6.2 ANKETNI VPRAŠALNIK ZA STARŠE

KAZALO SLIK

Slika 1: Odstotna porazdelitev prirojnih srčnih napak	3
---	---

KAZALO TABEL

Tabela 1: Cianotične in acianotične prirojene srčne napake	2
Tabela 2: Najpogostejši vzroki za nastanek prirojnih srčnih napak in primer bolezni... 6	
Tabela 3: Znaki in simptomi pri posamezni prirojeni srčni napaki	7
Tabela 4: Zanesljivost vprašalnika po sklopih	15
Tabela 5: Demografske značilnosti medicinskih sester	16
Tabela 6: Primerjava odgovorov med medicinskimi sestrami in starši v odnosu do izvedbe intervencij zdravstvena nege	18
Tabela 7: Aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveni negi otroka s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem.....	19
Tabela 8: Aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveno negi otroka s prirojeno srčno napako, ki ima težave s prehranjevanjem	20
Tabela 9: Prikaz Pearsonove korelacije med odgovori staršev in medicinskimi sestrami v sklopu sodelovanje med starši in medicinskimi sestrami.....	20
Tabela 10: Intervencije zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre pričakujejo, da bodo starši hospitaliziranega otroka samostojno opravljali.....	22
Tabela 11: Predlogi za boljše sodelovanje med medicinskimi sestrami in starši.....	23

SEZNAM KRAJŠAV

PSN – Prirojena srčna napaka

MS – Medicinska sestra

ZN – Zdravstvena nega

VSD - Ventrikularni septum defekt

ASD – Atrijski septum defekt

PDA – Odprt Botallov vod

TGA – Transpozicija velikih žil

NGS – Nazogastrična sonda

1 UVOD

Prirojene srčne napake so ena od najpogostejših pomembnih prirojenih napak. Večina kritičnih prirojenih srčnih napak se klinično razkrije tekom prvega meseca življenja, pogosto v prvih dneh življenja (Pavčnik Arnol, et al. 2011, p. 80). Podatki za Slovenijo v letu 2011 kažejo, da se vsako leto rodi okrog 200 otrok s prirojenimi srčnimi napakami. Ocenjujemo, da v Sloveniji danes živi okrog 17.000, skupaj v Evropi pa okrog 5 milijonov ljudi s prirojenimi srčnimi napakami (Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2011). Deklice in dečki, rojeni s prirojeno srčno napako, se pojavljajo v enakem številu, vendar se nekatere prirojene srčne napake bolj pogosto pojavljajo pri samo enem spolu. Npr: Transpozicija velikih žil in koarktacija aorte sta bolj pogosti pri dečkih, atrijski septum defekt pa se pogosteje pojavlja pri deklicah (Debord, et al., 2007, p. 214). Podatki za leto 2011 prav tako kažejo, da prirojene srčne napake povzročajo več kot 20 % smrti v prvem mesecu življenja otroka (Yoshikane, et al. 2011, p. 775).

Pri 37 % otrok s prirojeno srčno napako se v prvih 24 urah pojavijo težave z dihanjem (Da Silva, et al. 2007, p. 134). Pomemben, vendar pogosto spregledan znak hude prirojene bolezni srca, so težave pri hranjenju, kar je običajno prvi znak srčnega popuščanja. Otroci s prirojeno srčno napako imajo zmanjšan apetit, aktivnost hranjenja jim predstavlja fizični napor. Prehranjevanje je energetsko najbolj zamudna telesna dejavnost za dojenčke, saj ne zmorejo zaužiti ustrezne količine materinega mleka ali mlečnih formul, ker se zelo hitro utrudijo (Cantrell, 2011, pp. 194–210). Prirastek telesne teže je lahko posledica edemov, ki se pri dojenčku pojavljajo na obrazu, rokah in stopalih, pri večjih otrocih pa okoli gležnjev (Zorec, 2005, pp. 148–149).

Medicinska sestra nastopa v vlogi izvajalke zdravstvene nege, zagovornice otrokovih pravic in pravic njegovih staršev. Njeno delo je vedno usmerjeno na otroka in na odnos do njegovih staršev, ki temelji na: spoštovanju otroka, zaščiti otroka, celovitosti otroka, ustvarjanju sproščenega vzdušja, dobrem počutju otroka, staršev in medicinske sestre (Lawoko & Soares, 2003, p. 177).

2 TEORETIČNI DEL

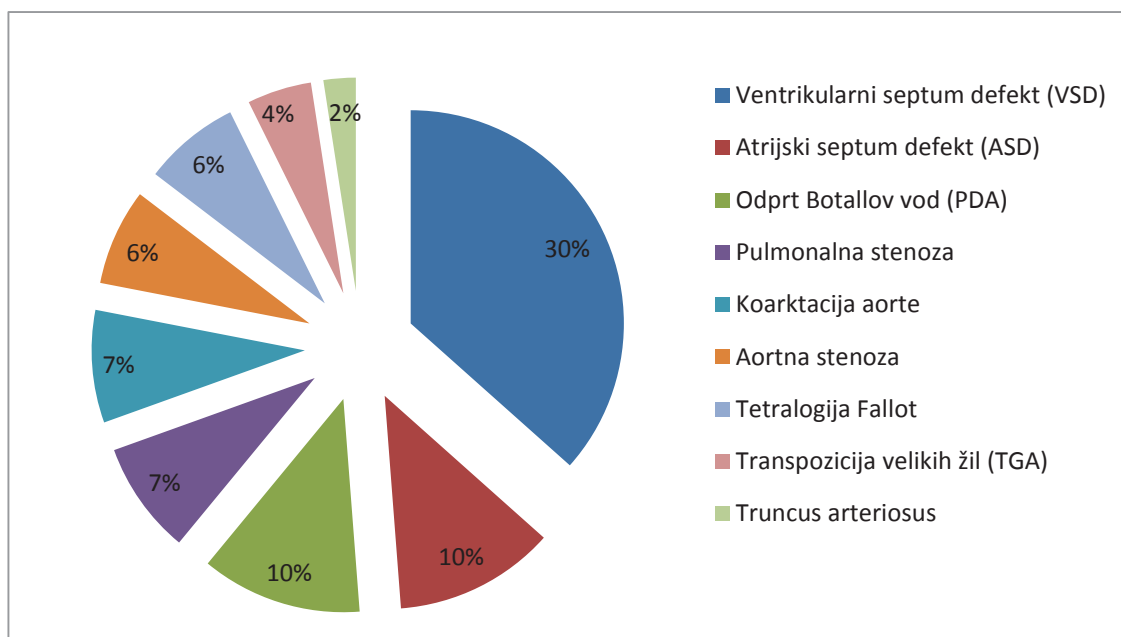
Prirojena srčna napaka obstaja od rojstva in je posledica motenega razvoja srca in/ali velikih žil (Koželj, 2006). Cianotične srčne napake predstavljajo 46,7 %, acianotične pa 53,3 % (Da Silva, et al. 2007, p. 134).

Tabela 1: Cianotične in acianotične prirojene srčne napake

Cianotične prirojene srčne napake	Acianotične prirojene srčne napake
Tetralogija Fallot	Ventrikularni septum defekt
Transpozicija velikih žil	Atrij septum defekt
Truncus arteriosus	Aortna stenoza
Ebsteinova anomalija	Pulmonalna stenoza
Hipoplastično levo srce	Koarktacija aorte
	Ductus arteriosus

Vir: Zipes & Bonow (2009 cited in Prislan, 2013, p. 9)

Prirojene srčne napake so si med seboj zelo različne in bolezen se pogosto razvije pri vsakem pacientu drugače. Prav tako je individualizirano tudi zdravljenje. Na možnost preživetja otroka s prirojeno srčno napako, kakovost življenja ter fizični in duševni razvoj vplivajo različni dejavniki. Nekateri otroci s prirojenimi srčnimi napakami se razvijajo počasneje, nekateri pa imajo dolgotrajne motnje v razvoju ali motnje v koncentraciji. Večina jih lahko obiskuje običajne šole, z le malo omejitvami se lahko športno udeležujejo, potujejo in imajo bolj ali manj normalno vsakodnevno življenje z nekoliko prilagojenim življenjskim stilom. Pogosto otroci s prirojenimi srčnimi napakami navzven niso videti bolni. Lahko se hitro zadihajo ali se slabše hranijo, vendar vsi nimajo modrikastih ustnic in konic prstov. Zaradi napredka medicine vse več otrok s prirojenimi srčnimi napakami, ki pred 20 leti ne bi preživel, danes doživi odraslo dobo (Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2011, pp. 4–10).



Slika 1: Odstotna porazdelitev prirojenih srčnih napak

Vir: Felc (2011, p. 124).

Slika 1 prikazuje, da je najpogostejša prirojena srčna napaka ventrikularni septum defekt (30 %), sledita atrijski septum defekt (10 %) in odprt Botallov vod (10 %). Najmanj pogosti prirojeni srčni napaki sta transpozicija velikih žil (4 %) in Truncus arteriosus (2 %).

2.1 ZNAČILNOSTI PRIROJENIH SRČNIH NAPAK

2.1.1 Cianotične prirojene srčne napake

Tetralogija Fallot je najpogostejša cianotična srčna napaka. Vključuje štiri večje anomalije, ki se pojavljajo skupaj: ventrikularni septum defekt, pulmonalna stenoza, desno ležeča aorta in hipertrofija desnega prekata (Swaby, 2011, p. 1).

Transpozicijo velikih žil imenujemo zamenjano povezavo aorte in pljučne arterije s srcem. Kri, ki se vrača iz telesa v srce in je na svoji poti porabila kisik, normalno teče iz desnega prekata skozi pljučno arterijo v pljuča, s kisikom obogatena kri pa iz levega

prekata skozi aorto po telesu. Pri transpoziciji velikih arterij teče kri, ki se vrača iz telesa iz desnega prekata v aorto in nato nazaj po telesu. S kisikom osiromašena kri tako zaobide pljuča, medtem ko s kisikom obogatena kri teče le skozi pljuča, ne pa tudi po preostalem telesu. Otroci preživijo le zaradi odprtine med levim in desnim predvorom, ki zagotavlja še zadovoljivo količino oksigenirane krvi (Felc, 2011, p. 126).

Pri razvoju otrokovega srca v maternici se velika srčna žila, imenovana Truncus arteriosus, razdeli in iz nje nastaneta dve glavni arteriji: aorta in pljučna arterija. V primeru, da do delitve ne pride, se otrok rodi s skupnim arterijskim deblom (persistent truncus arteriosus). Zaradi ventrikularnega septum defekta se v skupno žilo stekata tako kri iz pljuč, obogatena s kisikom, kot tudi kri, ki priteče iz telesa (Felc, 2011, p. 126).

Ebsteinova anomalija je redka prirojena srčna napaka in lahko združuje več različnih anatomskih in funkcionalnih okvar trikuspidalne zaklopke. V najhujše izraženih primerih Ebsteinove anomalije pride do smrti plodu v maternici zaradi fetalnega hidropsa. V otroštvu se bolezen razkrije z zaostalim telesnim razvojem in srčnim popuščanjem. V adolescenci so prvi simptomi pogosto dispneja in/ali palpitacije. Osnovni način zdravljenja je kirurški (Dolenc, et al., 2009, pp. 578–9).

Sindrom hipoplastičnega levega srca (HLHS) je najtežja prirojena srčna napaka, ki jo je še mogoče kirurško zdraviti. Otrok ima ob rojstvu nezadostno razvito levo polovico srca (ki omogoča pretok krvi po telesu) in minimalno razvito glavno žilo – aorto, po kateri teče kri iz srca po celem telesu. Napaka je brez več operacij (vsaj treh) in invazivnih diagnostičnih posegov nezdružljiva z življenjem. Pri nekaterih bolnikih lahko pride kasneje do končne odpovedi srca in potrebujejo transplantacijo srca (Pleskovič, 2013, p. 1).

2.1.2 Acianotične prirojene srčne napake

Ventrikularni septum defekt je odprtina v prekatnem pretinu, mišični pregradi med levim in desnim prekatom, ki potiska kri po telesu. Oksigenirana kri, ki prehaja iz pljuč, se meša

s krvjo, ki prehaja iz telesa. Ta mešanica krvi se nato ponovno vrača v pljuča, namesto da bi vsa s krvjo obogatena kri potovala po telesu (Felc, 2011, p. 124).

Atrijski septum defekt označuje napako v preddvornem pretinu, mišični pregradi med levim in desnim preddvorom, iz katerega kri priteče v srce. Kri, obogatena s kisikom, ki prihaja iz pljuč, se meša s krvjo, ki prihaja iz telesa. Ta mešanica krvi se nato ponovno vrača v pljuča, namesto da bi vsa s krvjo obogatena kri potovala po telesu (Felc, 2011, p. 124).

Aortna stenoza je zožitev aortne zaklopke, ki se pri zdravem srcu odpre, da lahko kri teče iz levega prekata v aorto in naprej po telesu. Zožitev obremenjuje levi prekat srca, ki mora delovati močnejše, da skozi zoženo zaklopko porine kri po telesu (Felc, 2011, p. 124).

Pulmonalna stenoza pomeni zožitev pljučne zaklopke, ki se pri zdravem srcu odpre, da lahko kri teče iz desnega prekata v pljuča. Skozi zoženo zaklopko steče le malo krvi. Zožitev povzroči, da je desni prekat srca, ki poriva kri v pljuča, bolj obremenjen (Felc, 2011, p. 124).

Koarktacija aorte je zožitev aorte, ki oskrbuje telo s krvjo, obogateno s kisikom. Zožitev se po navadi pojavi na mestu Botallovega voda. Zaradi koarktacije je moten dotok krvi v spodnje dele telesa, kjer je krvni tlak zmanjšan, medtem ko je tlak v zgornjem delu telesa povečan (Felc, 2011, p. 124).

Ductus arteriosus (arterijski vod) je ime za vod, ki prenaša kri med aorto in pljučno arterijo pri zarodku. Stalen ductus arteriosus (PDA) je vod, ki še vedno obstaja, tudi ko je otrok že rojen. Pri novorojenčkih se ductus arteriosus po navadi zapre ob ali kmalu po rojstvu (Children Heart Association, 2009, p. 1).

2.2 VZROKI ZA NASTANEK PRIROJENIH SRČNIH NAPAK

Prirojene srčne napake se pojavijo kot posledica različnih dejavnikov, vključno z genetskimi in okoljskimi. Incidenca prirojenih srčnih napak je nekoliko povečana pri otrocih, ki imajo starše, brata ali sestro s prirojeno srčno napako (Deborn, et al. 2007, p. 214). Podatki za leto 2009 kažejo, da ima samo od 5 % do 10 % prirojenih srčnih napak vzrok v kromosomskih nepravilnostih in posamezni napaki genov. Prirojeno srčno napako pri otroku lahko povzročijo fenilketonurija, vročinska stanja in gripa pri nosečnici, visoka vsebnost vitamina A, uporaba nekaterih terapevtskih zdravil med nosečnostjo, še posebej antikonvulzivov, sulfasalazinov in retinoidov (Nembhard, et al. 2009, p. 184). Nosečnice z diabetesom lahko preprečijo nastanek prirojene srčne napake pri otroku tako, da ohranijo nadzor nad ravniyo glukoze v krvi. Ostala priporočila zajemajo tudi, naj se nosečnica vzdrži alkohola in naj se cepi proti rdečkam (Deborn, et al. 2007, pp. 214–5).

Tabela 2: Najpogostejši vzroki za nastanek prirojenih srčnih napak in primer bolezni

Vzrok	Primer bolezni
Sladkorna bolezen	TGA, VSD in stenoza pulmonalne zaklopke
Rdečke	ASD, VSD in koarktacija aorte
Fenitoin	ASD, VSD, koarktacija aorte in stenoza aortne zaklopke
Litij	Eisenmengerjev sindrom
Alkohol	VSD, koarktacija aorte in stenoza pulmonalne zaklopke
Pesticidi in herbicidi	TGA
Kromoskomske nepravilnosti	ASD, VSD, Downov in Turnerjev sindrom

(legenda): TGA – transpozicija velikih žil, VSD-ventrikulami septum defekt, ASD – atrijski septum defekt

Vir: Deborn, et al. (2007, p. 215)

V tabeli 2 so predstavljeni različni vzroki, ki povzročajo nastanek prirojenih srčnih napak. Nekateri izmed njih so različne bolezni matere med nosečnostjo, kot sta sladkorna bolezen ali rdečke, ali jemanje zdravil, kot sta fenitoin in litij. Škodljiva sta tudi uživanje alkohola in prekomerna izpostavljenost pesticidom in herbicidom matere med nosečnostjo. V desnem stolpcu tabele so predstavljeni tudi primeri bolezni, ki jih povzročajo različni vzroki.

2.3 KLINIČNA SLIKA OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO

Za novorojenčke s cianotično srčno napako je značilna centralna cianoza. Cianozo pri novorojenčku lahko včasih težje prepoznamo zaradi policitemije, hiperbilirubinemije ali anemije. Cianotično srčno napako lahko spremlja tahipneja, običajno brez izrazitejšega dihalnega napora. Če napake dlje časa ne prepoznamo, se lahko razvije kardiogeni šok. Novorojenčki so bledi in sivi, imajo slabo periferno prekrvavitev in podaljšan kapilarni povratek (Grošelj Grenc, et al. 2012, pp. 92–3). Cianoza je oznaka za modro obarvanost sluznice in kože zaradi pomanjkanja kisika, ki se najbolje vidi na konicah prstov in okoli ust (Zorec, 2005, pp. 148–9).

Dispneja pri otrocih s srčno okvaro opozarja predvsem na nezadostno zmogljivost srca (insuficienco). Na insuficienco srca opozarja tudi izstopanje vratnih ven. Frekvenca srca je povišana – tahikardija. Pri otrocih s srčno okvaro, ki jo spremlja cianoza, so zelo skrb vzbujujoča ponavljajoča se stanja znižane koncentracije kisika v krvi – hipoksemije ali omedlevice, ki se kaže kot nenadna kratkotrajna nezavest zaradi možganske ishemije (kardialne sinkope). Edemi so znaki insuficience srca. Pri dojenčkih se pojavljajo na obrazu, rokah in stopalih, pri večjih otrocih pa okoli gležnjev. Prsti na rokah so lahko na koncu zadebeljeni-betičasti (pri Fallotovi tetralogiji). Otroci pogosto obolevajo za ponavljajočimi se infekcijami dihal, zaostajajo v telesnem razvoju, se prekomerno potijo, ob telesnem naporu pa se hitro utrudijo (Zorec, 2005, pp. 148–9).

Tabela 3: Znaki in simptomi pri posamezni prirojeni srčni napaki

Srčna napaka	Znaki in simptomi
Tetralogija Fallot	Hipercianotični napadi (pospešeno in globoko dihanje, razdražljivost, neutolažljivi jok in cianoza). Pri težkem napadi lahko pride do konvulzij in smrti.
Transpozicija velikih žil	Znaki popuščanja srca.
Truncus arteriosus	Bleda in hladna koža, prisotna je cianoza, tahipneja, dispneja, slabo pridobivanje na teži, utrujenost in nezainteresirano prehranjevanje.
Ebsteinova anomalija	Pojavi se cianoza in srčno popuščanje. Pri blagi obliki opazamo dispnejo in cianozo ob naporu.
Hipoplastično levo srce	Pojavijo se v prvih urah otrokovega življenja. Simptomi vključujejo: cianozo, slab pulz, slab sesalni refleks in hranjenje, tahipnejo in zasoplost ter razbijanje srca.

Srčna napaka	Znaki in simptomi
Ventrikularni septum defekt	Zasoplost, tahipneja, dispneja, bledica, hujšanje, tahikardija, potenje med hranjenjem in pogosti respiratorni infekti.
Atrij septum defect	Dispneja, pogosti respiratorni infekti, palpitacije in zasoplost pri aktivnostih.
Aortna stenoza	Pojavijo se pozno in vključujejo zasoplost pri aktivnostih, bolečino v prsih, utrujenost, slabotnost, omotico pri aktivnostih, ob naporu se hitro utrudijo, slabše prehranjevanje.
Pulmonalna stenoza	Otroci se pri zmerno hudi in hudi pulmonalni stenozii hitreje utrudijo in ob naporu postanejo dispnoični. Pri zelo hudi obliki pulmonalne stenozee lahko pride do srčnega popuščanja, pri blagi stenozii pa otroci načeloma nimajo težav.
Koarktacija aorte	Pojavijo se v prvih dneh njihovega življenja, Pojavi se bolečina v prsih, mrzle noge ali roke, krvavitev iz nosu, nazadovanje v rasti, vrtoglavica ali omedlevica, krči v nogah.
Ductus arteriosus	Tahipneja, slabe prehranjevalne navade, tahikardija, zasoplost, potenje med hranjenjem, nazadovanje v rasti in utrujenost.

Vir: Robida (1998); Fraser, et al. (2011); Webb, et al. (2011); Bonow, et al. (2012); Marelli, et al. (2012 cited in Prisljan, 2013, p. 215).

2.4 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO, KI IMA TEŽAVE Z DIHANJEM IN PREHRANJEVANJEM

2.4.1 Dihanje

Pri dihanju merimo frekvenco ter opazujemo ritem, globino in kakovost dihanja, barvo kože, kašelj, sputum, zadah ter poslušamo šume. Pri dihanju opazujemo tudi barvo kože. Rožnata koža pomeni dobro oskrbo s kisikom, pri modrikasto obarvani koži in sluznicah pa govorimo o cianozi. Ločimo centralno cianozo, pri kateri so trup, ustnice in usta modrikasti in pomeni pomanjkanje kisika v krvi ter periferno cianozo (akrocianozo), kjer so modrikasti končni členki okončin in konica nosu, pomeni pa lahko tudi slab obtok krvi ali podhladitev. Cianozna je lahko stalno prisotna (npr. zaradi srčne napake) ali pa se pojavi le ob telesnem naporu. Pri nezadostni oksigenaciji je otrok tudi vedenjsko spremenjen: bolj se poti, slabo pije, je nerazpoložen, nemiren, zaspan, utrujen in brez volje za igro (Filipič, 2010, p. 5). V otroštvu frekvenca srca naglo narašča pri telesnih aktivnostih in razburjenju, večja je popoldan in po obroku kot zjutraj in pred jedjo (Zorec, 2005, p. 149). Frekvenco dihanja merimo, ko je otrok umirjen ali spi. Upoštevamo, da na frekvenco vplivajo nemir in jok, povišana telesna temperatura, pretesno povite plenice ali pretesna oblačila (Filipič, 2010, p. 7).

Kožno merjenje nasičenja s kisikom je pri dihalni stiski pri novorojenčkih pod 85 % in pri večjih otrocih pod 90 % (Roškar, 2014, p. 27). Ob dajanju kisika in inhalacij je treba vključiti starše, ki na otroka vplivajo pomirjajoče. Kisik, ki ga dajemo preko obrazne maske, mora biti navlažen. Vsi otroci z dihalno stisko potrebujejo kisik z visokim pretokom preko obrazne maske. Če ima otrok ob manjšem pretoku saturacijo nad 94 %, lahko po naročilu zdravnika damo kisik preko nosnih katetrov s pretokom manj kot 2 l/min (Roškar, 2014, pp. 19–29).

2.4.2 Prehranjevanje

Za dojenčka s prirojeno srčno napako je značilno, da se težje prehranjuje, ima slab tek in počasneje pridobiva telesno težo kot njegovi zdravi vrstniki. Dojenje je za dojenčka s prirojeno srčno napako naporno. Mati si mleko izbrizgava in ga otroku ponudi po steklenički ali nazogastrični sondi (NGS). Odločitev za NGS pride na vrsto šele, ko so izčrpane vse možnosti hranjenja skozi usta. Otrok počasneje jé, ne kaže želje po hrani, pri prehranjevanju se hitro utruja, ali pa je nagnjen k bruhanju. Opazimo, da težko uskladi sesanje in požiranje. Obstaja velika možnost aspiracije hrane ali izbruhanine. Pri aktivnosti hranjenja dojenčka s prirojeno srčno napako je vidik varnosti zelo pomemben. Enako velja za dojenčka, ki je hranjen po NGS (Ostanek, 2007, p. 58).

Novorojenca s prirojeno srčno napako hranimo v naročju pod kotom 45°. Obrok ne sme trajati dlje kot 40 minut, ker je tudi prehranjevanje lahko za novorojenca stresno. Medicinska sestra mora biti pri hranjenju otroka pozorna tudi na tek otroka, količino hrane, ki jo otrok zaužije, tip diete (dieta brez maščob, diabetična dieta, hrana brez mleka ...), na kakšen način se otrok hrani (v naročju, za mizo, v stolčku za hranjenje), katera hrana mu je všeč in katere ne mara (npr.: kosmiči, kečap, obrok brez omake itd.), ali otrok pri obroku uporablja jedilni pribor, se hrani sam, ali potrebuje pomoč in nadzor (Smith, 1995, p. 72).

Na negovalni list zabeležimo čas hranjenja, količino, kaj je otrok pojedel (materino ali prilagojeno mleko, sadne ali zelenjavne kašice ipd.), kako je pojedel (utrujenost,

zadihanost, potenje, zavračanje hrane), kdo ga hrani (starši, osebje) in koliko časa potrebuje, da poje obrok (Mudrinić & Torkar, 2011 cited in Prislan, 2013, p. 38).

Na podlagi otrokovih potreb po zdravstveni negi si medicinska sestra postavi naslednji cilj, da bo otrok, kolikor mu dopušča obolenje, napredoval pri telesni teži. Medicinska sestra beleži količino prejete tekočine in vsakodnevno spremlja telesno težo. (Skinder Savić, 2009, p. 54). Večji prirastek na teži gre lahko na račun edemov. V primeru odstopanja je obvešččen zdravnik (Ostaneč, 2007, p. 58).

2.5 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI VKLJUČEVANJU STARŠEV V PROCES ZDRAVSTVENE NEGE OTROKA S PRIROJENO SRČNO NAPAKO

Vključevanje staršev v zdravstveno nego hospitaliziranega otroka je rastoč trend v današnji pediatrični zdravstveni negi. Ta razvoj pomembno vpliva na delovne razmere medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev ter ne nazadnje na kakovost zdravstvene nege (Ygge, et al. 2006, p. 535). Sodobna zdravstvena nega je zasnovana na konceptu individualizirane in k otroku ter staršem usmerjene zdravstvene nege. Cilj kakovostne pediatrične zdravstvene nege je vzpostaviti partnerski odnos med medicinsko sestro, otrokom in starši. V procesu zdravstvene nege je potrebno aktivno sodelovanje otrok, staršev in seveda vseh članov zdravstvenega in negovalnega tima. Najpomembnejša vloga, ki jo ima medicinska sestra kot zagovornica otroka in staršev, se opisuje kot humani člen in le-to se izkazuje v ljubezni, zaupanju, dostojanstvu in varnosti do otroka (Kegl & Brumec, 2007, p. 18).

Smith (1995) opisuje teoretični model (Nottinghamov model), kateri temelji na dveh konceptih, in sicer otrok in njegova družina v središču zdravstvene obravnave in enakovredno partnerstvo med zdravstvenimi delavci in otrokom ter njegovimi starši. Cilji teoretičnega modela:

- otrok in njegovi starši lahko svobodno izražajo svoje potrebe na svoj način;
- otrok in njegovi starši imajo pravico sodelovati v procesu odločanja, ki je povezano z zdravstveno obravnavo otroka;

- spodbujanje staršev in otroka, da sodelujejo pri načrtovanju in izvajanju intervencij zdravstvene nege;
- spodbujanje staršev, da ostanejo ob otroku v bolnišnici;
- spodbujanje pogostih obiskov članov družine in učinkovite komunikacije, ki jo otrok in starši razumejo;
- ohranjanje dostojanstva in spoštovanja otroka;
- pravica otroka do nadaljevanja procesa učenja v času bivanja v bolnišnici.

Ena od glavnih intervencij zdravstvene nege v kliničnih okoljih podpreti starše otrok s prirojenimi srčnimi napakami z izobraževanjem, zagotavljanjem zdravstvene nege in razvojem načrtov za zdravstveno nego (Bayramova & Karadakovan, 2004 cited in Yildiz, et al., 2005). Medicinska sestra staršem nudi čustveno podporo in jih usposablja za zdravstveno nego njihovega otroka v domačem okolju. Nauči jih opazovati otroka, tako da bodo pravočasno prepoznali znake popuščanja srca. Pomembno je, da starši svojega otroka sprejmejo takšnega, kot je, z vsemi njegovimi potrebami. Zavedati se morajo svoje vloge in pridobiti zaupanje ter samozavest. V proces zdravstvene nege se morajo vključiti že ob samem začetku zdravstvene obravnave (Skinder Savić, 2009, p. 56).

2.5.1 Prisotnost staršev pri hospitaliziranem otroku

V zadnjem času ves čas narašča število staršev, ki med hospitalizacijo bolnih otrok sobivajo z njimi na oddelku. Od 1. 1. 2009 je sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno pet let pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Način dela zdravstvenega osebja se je seveda v tem času prilagodil novim razmeram. Mnogi zunanji opazovalci so mnenja, da ima zdravstveno osebje s prisotnostjo staršev manj dela, kar pa večinoma ne drži. S strani zdravstvenega osebja so starši seveda dobrodošli, saj je bivanje v bolnišnici za otroka tako manj stresno. Med hospitalizacijo starše ves čas seznanjamo o stanju otroka, načinu zdravljenja in medicinskih postopkih. Večkrat jim tudi pokažemo, kako naj nadaljujejo zdravljenje doma (Trstenjak & Ahačič, 2010, p. 30).

Hospitalizacija je lahko za otroka in starše zelo neprijetna izkušnja, saj se otrok in starši borijo s strahom, ker ne vedo, kaj jih čaka za zidovi bolnišnice. Bivanje v bolnišnici postavlja otroka in njegove starše v izredno stresno situacijo. Medicinska sestra lahko že ob prvem stiku s primerno komunikacijo vzpostavi dobre medsebojne odnose. Motivirane in zaupljive starše lahko bolje vključimo v zdravstveno nego, saj se bolan otrok zaradi tega počuti veliko varneje (Rožman, 2012, p. 66).

Bolan otrok ob odhodu in sprejemu v bolnišnico najbolj potrebuje podporo staršev, zato je zelo pomemben odziv staršev ob sprejemu otroka v bolnišnico. Starši naj otroka pomirijo, spodbujajo in mu dajejo pogum. Pomembno je, da so z njim iskreni, da ustvarijo tak odnos, da jim bo otrok zaupal in se bo ob njih počutil varno. Majhni otroci oblikujejo svoj odnos do zdravja in bolezni preko odnosa, ki ga ob tem izražajo njihovi starši. Zato pogosto ocenjujejo svojo ogroženost po načinu vedenja staršev. Če so starši ob otrokovi bolezni zmedeni in se panično odzovejo na njegov odhod v bolnišnico, je razumljivo, da bo prestrašen tudi otrok (Zavod Republike Slovenije za šolstvo, 2009, p. 20).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Pregled domače in tuje literature je pokazal, da imajo otroci s prirojeno srčno napako težave z dihanjem in prehranjevanjem, zato se bomo v diplomskem delu osredotočili na ti dve aktivnosti. Namen diplomskega dela je prikazati vlogo medicinske sestre pri zdravstveni obravnavi otroka s prirojeno srčno napako in vključevanje staršev v proces zdravstvene nege njihovega otroka.

Cilji diplomskega dela:

C1: ugotoviti dejavnosti medicinske sestre pri otroku s prirojeno srčno napako.

C2: ugotoviti način sodelovanja med medicinsko sestro in starši.

C3: ugotoviti odnos med stopnjo izobrazbe, delovnimi izkušnjami medicinskih sester in načinom vključevanja staršev v proces zdravstvene nege.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo si postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Katere aktivnosti zdravstvene nege medicinska sestra načrtuje pri otroku s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem?

RV2: Kako medicinska sestra vključuje starše v proces zdravstvene nege otroka in kako na to gledajo starši?

RV3: Kako so stopnja izobrazbe in delovne izkušnje medicinskih sester povezane z načinom vključevanja staršev v proces zdravstvene nege?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo kvantitativni raziskovalni pristop, in sicer deskriptivno metodo dela. Pregled literature je potekal v vzajemni bibliografski kataložni bazi podatkov (COBISS),

mednarodnih bazah podatkov, in sicer Cinahl, Springer Link, ProQuest, EBSCOhost, Medline in PubMed. Uporabili smo naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: zdravstvena nega otroka s prirojeno srčno napako, vloga medicinske sestre pri otroku s prirojeno srčno napako, dihalna stiska pri otrocih, znaki dihalne stiske pri otrocih, ukrepi medicinske sestre pri dihalni stiski pri otroku, malnutricija in ukrepi medicinske sestre pri malnutriciji pri otroku, role of nurse in observing a child, pediatric health care, congenital heart disease and role of nurse, pediatric nurse, health care in a child with congenital heart disease, malnutrition in children with congenital heart disease, role of nurse in malnutrition in children, the nurse's role in nutritional care, breathing problems in children with congenital heart disease, role of nurse in respiratory distress in children, respiratory distress, ineffective breathing pattern in children with congenital heart disease, parental involvement in paediatric hospital care.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskavo smo razvili dva merska instrumenta, in sicer za medicinske sestre in za starše otrok s prirojeno srčno napako. Vprašalnik za medicinske sestre smo oblikovali na podlagi pregleda naslednje literature: (Urh, 1999), (Reed & Bragadottir, 2002), (Lawoko & Soares, 2003), (Young, 2006), (Coyne, 2007), (Skinder Savič, 2009) in (Tran, Medhurst & O'Connell, 2009). Vprašalnik za starše pa smo povzeli po naslednji literaturi: (Reed & Bragadottir, 2002), (Lawoko & Soares, 2003), (Young, 2006) in (Tran, Medhurst & O'Connell, 2009).

Vprašalnik za medicinske sestre je sestavljen iz treh vsebinskih sklopov:

- demografski podatki,
- sodelovanje med starši in medicinsko sestro,
- aktivnosti medicinske sestre pri otroku s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem.

Vprašalnik za medicinske sestre je skupno vseboval 26 vprašanj. V vsebinskem sklopu »Demografski podatki« smo s pomočjo štirih zaprtih vprašanj s ponujenimi odgovori pridobili podatke o spolu, starosti, izobrazbi in delovni dobi. Vsebinski sklop

»Sodelovanje med starši in medicinsko sestro« je vseboval osem trditev, s katerimi smo s pomočjo uporabe 5-stopenjske Likertove lestvice (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) ugotavljali načine sodelovanja med starši in medicinsko sestro pri zdravstveni negi otroka, in dve odprti vprašanji, kjer smo pustili možnost dopisa odgovora. Vsebinski sklop »Aktivnosti medicinske sestre pri otroku s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem« vključuje 12 trditev, s katerimi smo s pomočjo uporabe 5-stopenjske Likertove lestvice ugotavljali, katere aktivnosti medicinske sestre izvajajo pri otroku s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem.

Vprašalnik za starše je sestavljen iz enega vsebinskega sklopa »Sodelovanje med starši in medicinsko sestro«. Vsebuje osem trditev, s katerimi smo s pomočjo uporabe 5-stopenjske Likertove lestvice (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) ugotavljali načine sodelovanja med starši in medicinsko sestro pri zdravstveni negi otroka, in dve odprti vprašanji (nanašata se na intervencije zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre pričakujejo od staršev, ter predloge za boljše sodelovanje med starši in medicinskimi sestrami), kjer smo pustili možnost dopisa odgovora.

Zanesljivost obeh merskih instrumentov je bila preverjena s pomočjo koeficienta Cronbach alfa.

Tabela 4: Zanesljivost vprašalnika po sklopih

Sklop	Število vprašanj	Cronbach alfa
Sodelovanje med starši in medicinsko sestro	8	0,772
Aktivnosti medicinske sestre pri otroku s PSN, ki ima težave z dihanjem	6	0,789
Aktivnosti medicinske sestre pri otroku s PSN, ki ima težave s prehranjevanjem	6	0,720
Sodelovanje med medicinsko sestro in starši	8	0,670

Najvišja zanesljivost je v sklopu '*Aktivnosti medicinske sestre pri otroku s PSN, ki ima težave z dihanjem*' (0,789), najnižja zanesljivost pa v sklopu '*Sodelovanje med medicinsko sestro in starši*' (0,670).

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajni nenamenski vzorec. V raziskavo smo vključili zaposlene v zdravstveni negi na otroškem oddelku z različno stopnjo izobrazbe, starosti, delovne dobe in spola. V Splošno bolnišnico Novo mesto in Splošno bolnišnico Jesenice je bilo skupno poslanih 40 vprašalnikov, od katerih je bilo skupno vrnjenih 21, kar pomeni 52,5-odstotno realizacijo vzorca. Iz Splošne bolnišnice Novo mesto smo prejeli osem izpolnjenih vprašalnikov, iz Splošne bolnišnice Jesenice pa 13 izpolnjenih vprašalnikov.

Vprašalnike za starše smo osebno razdelili v pediatrični kardiološki ambulanti v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica. Razdelili smo 21 vprašalnikov. Anketiranje smo izvedli v enem dnevu. Nobeden od staršev ni zavrnil sodelovanja pri anketiranju, tako da je realizacija vzorca 100-odstotna.

Tabela 5: Demografske značilnosti medicinskih sester

Anketiranci (n=21)		F	%
Spol	Ženski	21	100
Izobrazba	Srednješolska	10	47,6
	Višješolska/visokošolska	11	52,4
Delovna doba	0-10 let	7	33,3
	11-20 let	6	28,6
	21-30 let	7	33,3
	31-40 let	1	4,8
Starost	20-30 let	7	33,3
	31-40 let	6	28,6
	41-50 let	7	33,3
	51-60 let	1	4,8

N = velikost vzorca, F = frekvenca, % = odstotni delež

V raziskavi med medicinskimi sestrami je sodelovalo 21 žensk. Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ (11) anketiranih medicinskih sester z višješolsko/visokošolsko izobrazbo, kar predstavlja 52,4 %, s srednješolsko izobrazbo (10) pa 47,6 %. Samo ena anketiranka je bila zaposlena več kot 30 let (4,8 %), sedem anketirank je bilo zaposlenih 10 let ali manj (33,3 %), sedem anketirank pa je navedlo, da so bile zaposlene med 21 in 30 let (33,3 %), šest anketirank pa je bilo zaposlenih med 11 in 20 let (28,6 %). Sedem anketirank je navedlo, da spadajo v starostno skupino 20–30 let (33,3 %), isto število anketirank je navedlo, da spadajo v starostno skupino 41–50 let (33,3 %), šest anketirank

je navedlo, da spadajo v starostno skupino 31–40 let (28,6 %), samo ena anketiranka pa je navedla, da spada v starostno skupino več kot 50 let (4,8 %), starejših od 60 let ni bilo.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila po predhodni pridobitvi soglasja s strani Splošne bolnišnice Novo mesto in Splošne bolnišnice Jesenice izvedena na otroških oddelkih med zaposlenimi medicinskimi sestrami. Raziskava v Splošni bolnišnici Novo mesto je potekala v mesecu januarju in deloma mesecu februarju 2014, v Splošni bolnišnici Jesenice pa v mesecu aprilu in deloma v mesecu maju 2014. Vprašalnike smo poslali po pošti, ki jih je nato glavna medicinska sestra oddelka razdelila med ostale medicinske sestre. Vprašalnik za starše smo po predhodni pridobitvi soglasja s strani Splošne bolnišnice Dr. Franca Derganca Nova Gorica in ustni pridobitvi soglasja s strani staršev osebno razdelili v pediatrični kardiološki ambulanti. Pridobili smo tudi soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko.

Pri zbiranju in prikazu vseh dobljenih rezultatov raziskave je bila zagotovljena anonimnost. Podatke, pridobljene na podlagi anketnega vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS Statistics version 21. S pomočjo računalniškega programa Microsoft Word 2007 in Excel smo izdelali tabele.

Demografske značilnosti medicinskih sester so prikazane na podlagi frekvenčne (F) in odstotne porazdelitve (%). Primerjava odgovorov v sklopu '*Sodelovanje med medicinsko sestro in starši*' je prikazana na podlagi frekvenčne (F) in odstotne (%) porazdelitve, izračunani so bili povprečna vrednost (PV) in standardni odklon (SO). V tabeli '*Aktivnosti medicinske sestre pri otroku, ki ima težave s prehranjevanjem in dihanjem*' smo podatke uredili s pomočjo frekvenčne (F) in odstotne (%) porazdelitve, navedena sta tudi povprečna vrednost (PV) in standardni odklon (SO). S Pearsonovo korelacijo smo ugotavljali statistično značilno povezanost med trditvami iz sklopa '*Sodelovanje med starši in medicinsko sestro*'. Za preverjanje povezav med izobrazbo in delovno dobo medicinskih sester smo želeli uporabiti Hi kvadrat test, vendar ga zaradi premajhnega vzorca populacije nismo mogli. Prav tako nismo zadostili kriteriju predpostavk, da so vse

pričakovane frekvence večje od 5, zato ni bilo možno izvesti Hi kvadrat testa in na tretje raziskovalno vprašanje nismo odgovorili.

3.4 REZULTATI

V poglavju so prikazani rezultati raziskave, ki smo jo izvedli v Splošni bolnišnici Jesenice in Splošni bolnišnici Novo mesto med zaposlenimi na otroškem oddelku in Splošni bolnišnici Dr. Franca Derganca Nova Gorica. Prikazani so rezultati primerjave odgovorov med medicinskimi sestrami in starši otrok s prirojeno srčno napako iz sklopa sodelovanje med starši in medicinskimi sestrami. Na trditve so anketiranci odgovarjali po Likertovi lestvici (od 1 – sploh se ne strinjam do 5 – popolnoma se strinjam).

Tabela 6: Primerjava odgovorov med medicinskimi sestrami in starši v odnosu do izvedbe intervencij zdravstvena nege

	Trditev	N	PV	SO
MS	Staršem dovolim, da so prisotni pri različnih invazivnih posegih, npr.: odvzem venozne krvi otroku.	21	4,7	0,46
Starši	Medicinska sestra mi dovoli, da sem prisoten/a pri različnih invazivnih posegih, npr.: odvzem venozne krvi otroku.	21	3,6	0,98
MS	Staršem pokažem določene intervencije zdravstvene nege (hranjenje, kopanje ...).	21	4,9	0,3
Starši	Medicinska sestra mi pokaže določene intervencije zdravstvene nege (hranjenje, kopanje...).	21	3,95	1,0
MS	Starši izvajajo intervencije zdravstvene nege, kot so osebna higiena, hranjenje,... pri otroku.	21	4,6	0,5
Starši	Izvajam intervencije zdravstvene nege kot so: osebna higiena in hranjenje otroka.	21	4,5	0,6
MS	Vzamem si dovolj časa za pogovor s starši.	21	4,6	0,5
Starši	Medicinska sestra si vzame dovolj časa za pogovor z mano.	21	3,1	1,2
MS	Starše in otroka psihično pripravim na različne diagnostične in terapevtske intervencije.	21	4,7	0,5
Starši	Medicinska sestra mene in mojega otroka psihično pripravi na različne diagnostične in terapevtske preiskave.	21	3,8	1,1
MS	Starše spodbujam, da sodelujejo pri procesu zdravstvene nege otroka.	21	4,7	0,5
Starši	Medicinska sestra me spodbuja, da sodelujem pri zdravstveni negi otroka.	21	4,1	0,9
MS	Starše naučim merjenja otrokovih vitalnih znakov (dihanje, pulz, krvni tlak in telesna temperatura).	21	4,1	0,9
Starši	Merim otrokove vitalne funkcije (dihanje, pulz, krvni tlak in telesna temperatura).	21	2,9	1,3
MS	Starše naučim opazovanja drugih pomembnih znakov za prepoznavnje srčnega popuščanja (barva kože in sluznic, prisotnost edemov, fizični napor med hranjenjem).	21	4,7	0,6
Starši	Pri otroku opazujem druge pomembne znake za prepoznavnje srčnega popuščanja (barva kože in sluznic, prisotnost edemov, fizični napor med hranjenjem).	21	3,7	1,1

N = število anketirancev, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon; MS = medicinska sestra

Tabela 6 prikazuje primerjavo odgovorov med medicinskimi sestrami in starši v odnosu do izvedbe intervencij zdravstvene nege. Pri vseh trditvah so medicinske sestre navedle višje strinjanje kot starši. Medicinske sestre ($PV = 4,71$, $SO = 0,46$) so se višje strinjanje kot starši ($PV = 3,6$, $SO = 0,98$) navedle pri trditvi, da dovolijo, da so starši prisotni pri različnih invazivnih posegih. Prav tako pri trditvah, da medicinska sestra staršem pokaže določene intervencije zdravstvene nege ($PV_{MS} = 4,9$; $SO_{MS} = 0,3$; $PV_{starši} = 3,95$; $SO_{starši} = 1,0$), da si medicinske sestre vzamejo dovolj časa za pogovor s starši ($PV_{MS} = 4,6$; $SO_{MS} = 0,5$; $PV_{starši} = 3,1$; $SO_{starši} = 1,2$), da medicinska sestra starše in otroka psihično pripravi na različne diagnostične in terapevtske intervencije ($PV_{MS} = 4,7$; $SO_{MS} = 0,5$; $PV_{starši} = 3,8$; $SO_{starši} = 1,1$).

Tabela 7: Aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveni negi otroka s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem

Trditev	N	PV	SO
MS poskrbi, da otroka ne vznemirja preveč, ker jok in nemir velikokrat poslabšata dihanje.	21	4,6	0,6
MS večkrat na dan izmeri saturacijo kisika, saj tako pridobi pomembne informacije o funkcijskem statusu respiratornega trakta.	21	4,8	0,5
Aplikacija kisika ob saturaciji, nižji od 94% in po naročilu zdravnika.	21	4,7	0,5
Dvig vzglavja tako, da sta glava in prsni koš v višjem položaju kot trebuh (tak položaj olajša dihanje).	21	4,8	0,4
MS pri otroku vzdržuje proste dihalne poti.	21	4,8	0,4
MS pri dihanju kontinuirano opazuje, meri in beleži frekvence dihanja, pulza, krvnega tlaka in odzivnost otroka na zunanje dražljaje.	21	4,8	0,4

N = število anketirancev, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon

Tabela 7 prikazuje rezultate aktivnosti, ki jih medicinska sestra načrtuje pri zdravstveni negi otroka s PSN, ki ima težave z dihanjem. Skupne povprečne ocene trditve se gibljejo med 4,6 in 4,8 ter kažejo na enotno, stabilno in pozitivno mnenje anketiranih medicinskih sester o načrtovani izvedbi aktivnosti medicinskih sester pri zdravstveni negi otroka s PSN. Največje strinjanje so medicinske sestre izrazile pri trditvah, da večkrat na dan izmerijo saturacijo kisika, saj tako pridobijo pomembne informacije o funkcijskem statusu respiratornega trakta ($PV = 4,8$, $SO = 0,5$), da je dvig vzglavja tak, da sta glava in prsni koš v višjem položaju kot trebuh ($PV = 4,8$, $SO = 0,4$), da pri otroku vzdržujejo proste dihalne poti ($PV = 4,8$, $SO = 0,4$) in da pri dihanju kontinuirano opazujejo, merijo in beležijo frekvence dihanja, pulza, krvnega tlaka in odzivnost otroka na zunanje dražljaje ($PV = 4,8$, $SO = 0,4$).

Prav tako so visoko strinjanje izrazile pri trditvah, da aplicirajo kisik ob saturaciji, nižji od 94 % in po naročilu zdravnika (PV = 4,7, SO = 0,5), in da poskrbijo, da otroka ne vznemirja preveč, ker jok in nemir velikokrat poslabšata dihanje (PV = 4,6, SO = 0,6).

Tabela 8: Aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveno negi otroka s prirojeno srčno napako, ki ima težave s prehranjevanjem

Trditev	N	PV	SO
MS spremlja pridobivanje telesne teže otroka z vsakodnevnim tehtanjem in informira zdravnika od izgubi telesne teže, ki presega 2%.	21	4,8	0,4
MS otroku hrano večkrat ponudi v manjših obrokih, saj otroci večkrat hrano polivajo ali bruhamo.	21	4,8	0,4
MS spremlja, kako pogosto otrok hrano poliva ali bruha. Opazuje način bruhanja, količino in videz izbruhane vsebine.	21	4,9	0,3
Kadar otrok ne zaužije potrebne količine hrane, da MS dohrani preko NGS/orogastrične sonde.	21	4,1	1,3
MS vodi natančno evidenco količine in vrste aplicirane tekočine intravenozno ter evidenco količine zaužite ali aplicirane hrane per os.	21	4,9	0,4
MS oceni prehrabene navade otroka.	21	4,8	0,5

N = število anketirancev, PV=povprečna vrednost, SO=standardni odklon

Tabela 8 prikaže aktivnosti, ki jih medicinska sestra načrtuje pri zdravstveni negi otroka s PSN, ki ima težave s prehranjevanjem. Skupne povprečne ocene trditev se gibljejo med 4,1 in 4,9. Zelo visoko strinjanje so anketirane medicinske sestre navedle pri trditvah, da medicinska sestra otroku hrano ponudi večkrat v manjših obrokih, saj otroci hrano večkrat polivajo ali bruhamo (PV = 4,8, SO = 0,4), da ga spremlja pri pogostosti polivanja ali bruhanja hrane ter opazuje način bruhanja, količino in videz izbruhane vsebine (PV = 4,9, so = 0,3). Trditev, da MS otroka, kadar ne zaužije potrebne količine hrane, dohrani preko NGS/orogastrične sonde, so ocenile s PV = 4, 1 (SO = 1,3).

Tabela 9: Prikaz Pearsonove korelacije med odgovori staršev in medicinskimi sestrami v sklopu sodelovanje med starši in medicinskimi sestrami

	1	2	3	4	5	6	7	8
1a Pearsonova korelacija	0,158	0,181	-0,205	-0,012	-0,315	-0,089	-0,135	0,029
p-vrednost	0,495	0,433	0,372	0,957	0,164	0,701	0,561	0,900
N	21	21	21	21	21	21	21	21

		1	2	3	4	5	6	7	8
2b	Pearsonova korelacija	0,024	-0,015	-0,013	-0,096	-0,213	0,018	-0,289	0,067
	p-vrednost	0,917	0,947	0,955	0,679	0,354	0,937	0,204	0,771
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
3c	Pearsonova korelacija	0,115	-0,041	-0,281	0,023	-0,431	-0,065	-0,145	0,040
	p-vrednost	0,619	0,859	0,217	0,922	0,051	0,779	0,530	0,863
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
4d	Pearsonova korelacija	-0,029	0,145	-0,039	-0,124	-0,354	-0,172	-0,229	-0,079
	p-vrednost	0,902	0,529	0,868	0,592	0,115	0,455	0,319	0,732
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
5e	Pearsonova korelacija	0,106	0,371	0,401	0,000	-0,032	-0,200	-0,137	0,000
	p-vrednost	0,648	0,098	0,071	1,000	0,890	0,386	0,554	1,000
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
6f	Pearsonova korelacija	0,489*	0,603**	-0,026	0,250	-0,115	-0,089	0,037	0,029
	p-vrednost	0,024	0,004	0,912	0,275	0,621	0,701	0,874	0,900
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
7g	Pearsonova korelacija	0,337	0,500*	0,098	0,305	-0,137	0,254	0,053	-0,076
	p-vrednost	0,136	0,021	0,673	0,178	0,555	0,267	0,819	0,743
	N	21	21	21	21	21	21	21	21
8h	Pearsonova korelacija	0,404	0,672**	0,127	0,206	0,071	0,029	-0,040	-0,145
	p-vrednost	0,070	0,001	0,583	0,370	0,760	0,899	0,862	0,531
	N	21	21	21	21	21	21	21	21

Legenda:

- 1 - MS mi dovoli, da sem prisoten-a pri različnih invazivnih posegih, npr: odvzem venozne krvi otroku
1a - Staršem dovolim, da so prisotni pri različnih invazivnih posegih
2 - MS mi pokaže določene intervencije ZN (hranjenje, kopanje...)
2b - Staršem pokažem določene intervencije ZN
3 - Samostojno izvajam intervencije ZN kot so : osebna higiena in hranjenje otroka
3c - Starši izvajajo intervencije ZN, kot so osebna higiena, hranjenje..pri otroku
4 - MS si vzame dovolj časa za pogovor z mano
4d - Vzajem si dovolj časa za pogovor s starši
5 - MS mene in mojega otroka psihično pripravi na različne diagnostične in terapevtske preiskave (npr: pregled srca z UZ)
5e - Starše in otroka psihično pripravim na različne diagnostične in terapevtske intervencije
6 - MS me spodbuja, da sodelujem pri ZN otroka
6f - Starše spodbujam, da sodelujejo pri procesu ZN otroka
7 - Samostojno merim otrokove vitalne funkcije (dihanje, pulz, krvni tlak in telesna temperatura)
7g - Starše naučim merjenja otrokovih vitalnih znakov (dihanje, pulz, krvni tlak, temperatura)
8 - Samostojno pri otroku opazujem druge pomembne znake za prepoznavanje srčnega popuščanja (barva kože in sluznic, prisotnost edemov, fizični napor med hranjenjem...)
8h - Starše naučim opazovanja drugih pomembnih znakov za prepoznavanje srčnega popuščanja

S pomočjo Pearsonovega korelacijskega koeficienta smo ugotavljali statistično značilno povezanost med posameznimi trditvami iz sklopa sodelovanje med starši in medicinsko sestro. Iz Tabele 9 je razvidna statistično pomembna povezava med trditvijo, da

medicinske sestre starše spodbujajo, da sodelujejo pri procesu zdravstvene nege otroka in da staršem dovolijo, da so prisotni pri različnih invazivnih posegih, npr.: odvzem venozne krvi otroku ($r = 0,489$; $p = 0,024$). Naslednja statistično pomembna povezava se je pokazala med trditvijo, da medicinske sestre staršem pokažejo določene intervencije zdravstvene nege (hranjenje, kopanje ...) in da starše spodbujajo, naj sodelujejo pri procesu zdravstvene nege ($r = 0,603$; $p = 0,004$). Statistično pomembno povezavo smo dokazali tudi med trditvijo, da medicinske sestre starše naučijo merjenja otrokovih vitalnih funkcij (dihanje, pulz, krvni tlak, temperatura) in da staršem pokažejo določene intervencije zdravstvene nege ($r = 0,500$; $p = 0,021$). Rezultati nam podajo tudi statistično pomembno povezavo med trditvijo, da medicinske sestre starše naučijo opazovanja drugih pomembnih znakov za prepoznavanje srčnega popuščanja in da staršem pokažejo določene intervencije zdravstvene nege ($r = 0,672$; $p = 0,001$). Ostalih statistično pomembnih povezav nam ni uspelo dokazati.

ODPRTA VPRAŠANJA

Tabela 10: Intervencije zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre pričakujejo, da bodo starši hospitaliziranega otroka samostojno opravljali

Odgovori medicinskih sester	Odgovori staršev
- hranjenje,	- hranjenje,
- kopanje,	- merjenje vitalnih funkcij,
- skrb za otroka,	- previjanje,
- preoblačenje,	- opazovanje,
- osebna higiena otroka,	- kopanje,
- sodelovanje pri vseh intervencijah,	- osebna higiena otroka,
čiščenje nosu,	- menjava pleníc
- menjava pleníc,	
- anogenitalna nega,	
- skrb za varnost in opazovanje otroka	

Tabela 10 prikazuje odprti tip vprašanj. Pri vprašanju, za katere intervencije zdravstvene nege medicinske sestre pričakujejo, da jih bodo starši hospitaliziranega otroka samostojno opravljali, so se tako starši kot medicinske sestre strinjali, da bi starši morali samostojno opravljati naslednje intervencije: hranjenje, kopanje, opazovanje otroka, osebna higiena otroka in menjava pleníc. Medicinske sestre pa so (poleg zgoraj naštetih trditev) od

staršev pričakovale tudi, da bodo sodelovali pri vseh intervencijah, skrbeli za čist nosek otroka in skrbeli za varnost otroka.

Tabela 11: Predlogi za boljše sodelovanje med medicinskimi sestrami in starši

Odgovori medicinskih sester	Odgovori staršev
<ul style="list-style-type: none"> - več komunikacije (obojestranska komunikacija), - več časa za starše, - manj konfliktov, - zdravstvena vzgoja staršev, - spodbujanje, - več informacij, - edukacija staršev, - potrpežljivost, - vztrajnost in razumevanje s strani staršev 	<ul style="list-style-type: none"> - dosegljivost medicinske sestre, - več informacij, - podpora, - svetovanje, - prijaznost, - nežnost do otrok, - potrpežljivost, - razumevanje, - strpnost, - spodbuda, - ustrežljivost, - več časa, - pogovor in spoštovanje

Tabela 11 prikazuje odprti tip vprašanj, kjer smo spraševali po predlogih za boljše sodelovanje med medicinskimi sestrami in starši. Tako medicinske sestre kot starši so se strinjali, da bi za boljše sodelovanje bilo potrebno več časa, več informacij, razumevanje, potrpežljivost, podpora/spodbujanje. Poleg naštetih predlogov so medicinske sestre predlagale tudi izobraževanje za starše/zdravstveno vzgojo staršev, več obojestranske komunikacije in manj konfliktov. Starši pa so navedli še dosegljivost medicinske sestre, svetovanje, prijaznost, nežnost do otrok, strpnost in ustrežljivost.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, katere aktivnosti medicinska sestra načrtuje pri zdravstveni negi otroka s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem, kako medicinska sestra vključuje starše v proces zdravstvene nege otroka in kako na to gledajo starši ter kako so stopnja izobrazbe in delovne izkušnje medicinskih sester povezane z načinom vključevanja staršev v proces zdravstvene nege.

Pri prvem raziskovalnem vprašanju so pri trditvah v sklopu "*Aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveni negi otroka, ki ima težave z dihanjem*" in trditvah v sklopu "*Aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveni negi otroka s prirojeno srčno napako, ki ima težave s*

prehranjevanjem" rezultati raziskave pokazali visoko strinjanje medicinskih sester z navedenimi trditvami. Z raziskovalnim vprašanjem smo želeli ugotoviti dejavnosti medicinskih sester pri izvajanju in načrtovanju ZN otroka s PSN. Prepoznavanje potreb ter ocena stanja otroka in njegove družine ob vsakem stiku, upoštevajoč spremenljivost bolezni, sta temelja za načrtovanje in izvajanje ZN in specifičnih negovalnih intervencij, saj medicinska sestra zagotavlja in izvaja kakovostno ZN (Oštir, 2008, p. 14). Otroci s PSN imajo najpogosteje težave z dihanjem in znižano koncentracijo hemoglobina ter so nagnjeni k okužbam dihal (Da Silva, et al. 2007, p. 132). Filipič (2010, pp. 8–9) navaja, da lahko otroci v dihalni stiski sami ali s pomočjo medicinske sestre poiščejo razbremenilni položaj sedenja ali stoje z naslanjanjem. Ležečega otroka namestimo v ustrezen položaj tako, da mu dvignemo vzglavje. Položaj mu večkrat menjamo. Z izbiro ustreznih položajev dosežemo boljšo predihanost posameznih pljučnih predelov. V raziskavi so Da Silva, et al. (2007, pp. 132–4), v kateri je sodelovalo 45 otrok s PSN, ugotovili, da se je pri več kot tretjini otrok pojavila nepopolna izmenjava plinov v samo dveh dneh, pri manj kot tretjini otrok pa so se pojavili neučinkoviti vzorci dihanja. Filipič (2010, p. 14) pravi, da moramo stalno spremljati nasičenost (saturacijo) krvi s kisikom po neinvazivni metodi s pulznim oksimetrom. Nasičenost krvi s kisikom nam pove, koliko odstotkov eritrocitov je nasičenih s kisikom. Novorojenčku in dojenčku namestimo senzor na prst na roki ali palec na nogi, na zunanjo stran stopala ali dlani in ga po potrebi povijemo ali zalepimo. Pri večjem otroku senzor namestimo na prst na roki ali ušesno mečico. Skinder Savič (2009, p. 43) navaja, da medicinska sestra pri otroku izvaja merjenje saturacije kisika, vzdržuje proste dihalne poti in po naročilu zdravnika aplicira kisik ob saturaciji, nižji od 94 %.

Otroci s PSN imajo zmanjšan tek in aktivnost hranjenja jim predstavlja fizični napor (Skinder Savič, 2009, p. 53). Ugotovitve naše raziskave potrjuje tudi American Heart Association (2010, p. 3), ki navaja, da so otroci s PSN lahko hranjeni tudi z uporabo NGS, če z dojenjem ali hranjenjem po steklenički ne pridobivajo telesne teže. Pri lažjih srčnih napakah medicinska sestra spodbuja dojenje in otroka po potrebi dohrani. Pri dojenju je potrebno tehtanje otroka pred in po hranjenju. Otroku se hrana ponudi v manjših obrokih, saj večkrat hrano polivajo ali bruhajo (Skinder Savič, 2009, p. 54). V raziskavi, kjer je sodelovalo 100 otrok (58 dečkov in 42 deklic) s PSN in so bili operirani na srcu, so

rezultati raziskave pokazali, da je bila tretjina otrok po operativnem posegu hranjena na enteralni način. Otroci so bili najpogosteje hranjeni z materinim mlekom, sojinim mlekom in z mlečnimi formulami (Natarajan, et al. 2010, pp. 331–3).

Na podlagi izvedene raziskave smo ugotovili, da so anketiranke posamezne trditve pri načrtovanju aktivnosti ZN pri otroku s PSN, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem, ocenile visoko. Medicinske sestre so se ocenile, da odlično opazujejo, ocenjujejo, spremljajo, vodijo evidenco, izvajajo in načrtujejo aktivnosti ZN pri otroku s PSN, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo z izvedeno raziskavo želeli ugotoviti in opredeliti vlogo prisotnosti staršev pri ZN otroka, z odprtimi vprašanji pa ugotoviti, katere intervencije ZN bi starši samostojno opravljali in za katere intervencije ZN bi medicinske sestre pričakovale, da jih starši samostojno opravljajo. Rezultati raziskave so pokazali, da so medicinske sestre nekatere trditve ocenile višje kot starši. Jašarević (2010, p. 48) navaja, da k dobrim medsebojnim odnosom pripomore tudi pogovor s starši, kajti v času hospitalizacije se starši znajdejo v stiski, ki je zanje čustveno zelo obremenjujoča. Zelo pomembno je, da imajo medicinske sestre dovolj časa za ustvarjanje odnosa, ki vključuje poleg izvajanja postopkov v ZN tudi pogovor s starši. Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri procesu zdravljenja otroka s PSN in pri aktivnem vključevanju staršev v proces ZN. Rožman (2007, p. 79) navaja, da je staršem treba omogočiti, da so čim več ob otroku v bolnišnici, saj je njihov strah manjši. Pomembno je, da se takrat, ko so obiski pri otroku, zares ukvarjajo z njim in ne s čim drugim. Med obiski lahko medicinske sestre zberejo še dodatne informacije o otroku, izkoristijo čas za zdravstveno vzgojno delo in čustveno pomoč staršem. Med obiski se lahko starši aktivno vključujejo v izvajanje ZN. Medicinska sestra opazuje vitalne (dihanje, pulz, krvni tlak in temperature) in druge pomembne znake za oceno otrokovega stanja (prisotnost edemov, barva kože in sluznic) ter poučuje starše opazovanja in merjenja otrokovih vitalnih funkcij in drugih znakov za pravočasno prepoznavanje popuščanja srca (Skinder Savić, 2009, p. 56). Prislan (2013, p. 65) prikaže rezultate, ki kažejo, da je več kot tretjina medicinskih sester staršem razložila pomen postopkov in posegov, manj kot tretjina staršev pa je ocenila, da so njihovega otroka poskusili tudi pomiriti in mu razložiti, kaj se dogaja. Ostanek (2007, p.

58) ugotavljajo, da je pogost poseg pri otroku odvzem venozne krvi. Poseg se opravlja v posebnem prostoru – intervencijski sobi. Starši z manjšim otrokom pridejo in ga držijo v naročju. Zaradi zagotovitve varnosti pri posegu vedno sodelujeta dve medicinski sestri.

Pri odprtih vprašanjih smo starše in medicinske sestre spraševali po intervencijah ZN, za katere medicinske sestre pričakujejo, da jih bodo starši samostojno opravljali. Tako starši kot medicinske sestre so se strinjali, da bi starši lahko samostojno opravljali naslednje intervencije: osebno higieno otroka, kopanje, hranjenje in menjavo plenice. Coyne (2007, p. 3153) ugotavlja, da morajo medicinske sestre zagotoviti, da starši intervencije ZN izvajajo pravilno. Medicinska sestra jih mora opazovati pri različnih postopkih ZN (kopanje, hranjenje). Kranjec, et al. (2003, p. 190) ugotavljajo, da več kot polovica anketiranih staršev želi, da bi jih medicinske sestre vključile v ZN otroka. Anketirane medicinske sestre so bile mnenja, da lahko starši ob prisotnosti medicinske sestre opravijo 80 % osnovne nege in 85 % zahtevnejših postopkov ZN. Prav tako so navedle, da se morajo starši nege bolnega otroka učiti vsaj teden dni, preden lahko postanejo koristni. Več kot polovica staršev je bila bolj optimistična od medicinskih sester, saj so bili mnenja, da se lahko osnovnih postopkov ZN (kopanje, hranjenje in previjanje) naučijo v eni uri in jih kasneje tudi izvajajo samostojno. Predstavljamo pa še ugotovitve raziskave, izvedene na različnih oddelkih v dveh univerzitetnih bolnišnicah v Iranu in v katero je bilo vključenih 17 medicinskih sester ter 14 mamic (očetom ni bilo dovoljeno, da ostanejo z otrokom, zaradi verskih razlogov), ki so pokazale, da mamice niso imele dovolj znanja za izvajanje ZN pri otroku, prav tako niso želele, da jih medicinske sestre vključujejo v ZN otroka, saj so bile mnenja, da medicinske sestre boljše opravljajo svoje delo in da je to njihova dolžnost. Prav tako so ugotovitve raziskave pokazale, da medicinske sestre niso imele dovolj časa za pogovor z mamicami glede ZN otroka (Aein, et al. 2010, p. 847).

Pri drugem odprtem vprašanju smo medicinske sestre in starše spraševali po predlogih za boljše medsebojno sodelovanje. Ugotovili smo, da so se tako starši kot medicinske sestre strinjali, da bi bilo potrebno več obojestranske komunikacije, potrpežljivosti, spodbude, razumevanja in več informacij. Prislán (2013, p. 62) ugotavlja, da je večji delež anketiranih staršev od medicinskih sester pričakoval, da jim bodo prisluhnile pri njihovih težavah, manj kot polovica anketiranih staršev pa je navedla, da so od medicinskih sester

pričakovali, da jim bodo nudile tudi psihično pomoč in da jih bodo poučile o otrokovi bolezni, jim svetovale, razumele njihovo stisko, pomagale interpretirati zdravniško diagnozo in podale informacije s področja ZN. Ygge, et al. (2006, p. 539) pa so ugotovili, da so medicinske sestre za boljše sodelovanje navedle tudi več časa za pogovor s starši in več komunikacije.

Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo ugotovili, da imajo anketiranci različna mnenja in pogled na to, kako medicinske sestre vključujejo starše v proces ZN otroka, kar smo tudi pričakovali. Medicinske sestre so posamezne trditve visoko ocenile in se v veliki meri strinjale s trditvami. Starši pa so določene trditve ocenili nižje. Mnenja staršev so se pri nekaterih trditvah močno razlikovala od mnenj medicinskih sester. Zaznali smo nekaj nasprotij. Medicinske sestre so v nasprotju s starši menile, da jim dovolijo prisotnost pri različnih invazivnih posegih, npr.: odvzem venozne krvi otroku, da staršem pokažejo določene intervencije ZN, si vzamejo dovolj časa za pogovor s starši, da otroka in starše psihično pripravijo na različne diagnostične in terapevtske preiskave, da starše naučijo merjenja otrokovih vitalnih funkcij in opazovanja drugih pomembnih znakov za prepoznavanje srčnega popuščanja. Zanimivo je, da so medicinske sestre pri intervencijah ZN, za katere bi pričakovale, da jih starši samostojno opravljajo, navedle sodelovanje staršev pri intervencijah ZN in varnost za otroka, medtem ko nobeden od staršev tega ni navedel. Medicinska sestra mora pri načrtovanju ZN vključiti tudi otrokove starše in se dogovoriti, katere aktivnosti bodo starši samostojno opravljali, medicinska sestra pa jih bo pri tem opazovala. Prav tako mora medicinska sestra razvijati svoj odnos s starši, saj se pri kroničnih boleznih otrok in starši večkrat vračajo v bolnišnico. Spodbujati mora redne obiske staršev v bolnišnici, saj se s tem vzdržuje socialni stik med hospitaliziranim otrokom in starši (Skinder Savič, 2009, p. 56). Pomembno je, da medicinska sestra in starši dobro sodelujejo in komunicirajo med seboj, saj bo tako zadovoljstvo večje, pa tudi starši in otrok se bodo v bolnišničnem okolju počutili dobro.

Omejitve raziskave:

Raziskava je bila izvedena na manjšem vzorcu, saj je bila odzivnost anketirancev nizka. Rezultate, ki smo jih dobili v raziskavi, zaradi manjšega vzorca sprejemamo z zadržki.

Ker nismo zadostili kriteriju predpostavke, da so vse pričakovane frekvence večje od 5, nismo mogli izračunati Hi kvadrat testa in tako nismo odgovorili na tretje raziskovalno vprašanje.

4 ZAKLJUČEK

Medicinska sestra pri otroku s PSN, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem, izvaja različne aktivnosti. Večkrat na dan izmeri saturacijo, vzdržuje proste dihalne poti, dvigne vzglavje (saj tak položaj olajša dihanje), vsakodnevno preverja pridobivanje telesne teže otroka, dohrani otroka preko NGS/orogastrične sonde in vodi evidence zaužite in aplicirane hrane per os. Rezultati raziskave so pokazali, da večina medicinskih sester pri svojem delu vse te intervencije tudi izvaja, saj so trditve ocenile visoko.

Ena izmed vlog medicinske sestre je tudi vloga učiteljice, saj mora staršem pokazati določene intervencije ZN (kopanje, hranjenje), merjenje otrokovih vitalnih funkcij in opazovanje pomembnih znakov za prepoznavanje srčnega popuščanja. Z raziskavo smo ugotovili, da večina medicinskih sester staršem pokaže določene intervencije ZN, jih nauči merjenja vitalnih funkcij in opazovanja znakov za prepoznavanje srčnega popuščanja.

Medicinska sestra mora znati določiti meje pri delu, ki ga bodo opravljali starši, in delu, ki ga bodo opravljale medicinske sestre. Podpiramo, da starši pri otroku izvajajo osnovno ZN (skrb za osebno higieno otroka, hranjenje, oblačenje in slačenje, menjava plenice) in da sodelujejo pri intervencijah ZN, saj lahko prisotnost enega izmed staršev pomirjujoče vpliva na otroka, hkrati pa s tem poskrbijo za varnost otroka ter razvedrilo, igro in zabavo otroka v času hospitalizacije. Na podlagi naše raziskave lahko zaključimo, da starši želijo sodelovati pri izvajanju intervencij ZN, kot so: hranjenje, kopanje, menjava plenice in skrb za osebno higieno otroka.

Ugotovitve naše raziskave temeljijo na majhnem vzorcu, zato priporočamo ponovitev raziskave na večjem vzorcu med bolnišnicami v Sloveniji na pediatričnih oddelkih, saj le tako lahko dosežemo boljšo verodostojnost rezultatov. V prihodnje bi bilo treba raziskati še omejitve pri športni aktivnosti otroka s PSN in cepljenje otroka s PSN ter preveriti seznanjenost staršev s PSN, simptomi in morebitnimi zapleti (bakterijski endokarditis).

5 LITERATURA

Aein, F., Kazemneja, A., Alhani, F. & Mohammadi, E., 2010. Struggling to create new boundaries: A grounded theory study of collaboration between nurses and parents in the care process in Iran. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (4), pp. 841–853.

American Heart Association, 2010. *Your Child's special nutritional needs*. [pdf]. American Heart Association. Available at: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@hcm/documents/downloadable/ucm_317608.pdf [Accessed 25 February 2015].

Bragadottir, H. & Reed, D., 2002. Psychometric instrument evaluation: The pediatric Family Satisfaction Questionnaire. *Pediatric Nursing*, 28(5), pp. 475–483.

Cantrell, M.A., ed. 2011. *Professional Case Studies and 122 Review Questions*. *Pediatric Nursing*. United States of America: McGraw-Hill Companies, Inc.

Children Heart Association, 2009. *Persistent Ductus Arteriosus*. [pdf] Children's Heart Federation. Available at: <http://www.chfed.org.uk/how-we-help/information-service/heart-conditions/persistent-ductus-arteriosus-pda/> [19 September 2014].

Children's Heart Federation, 2014. *Truncus Arteriosus*. [pdf] Children's Heart Federation. Available at: <http://www.chfed.org.uk/how-we-help/information-service/heart-conditions/persistent-ductus-arteriosus-pda/> [Accessed 19 September 2014].

Coyne, I., 2007. Disruption of parents participation: nurse strategies to manage parents on children's ward. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), pp. 3150–3158.

Da Silva, V.M., Lopes, V.M. & Araujo, T.L., 2007. Nursing diagnoses in children with congenital heart disease: A survival analysis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 18 (4), pp. 131–141.

Debord, S., Cherry, C. & Hickey, C., 2007. The arterial switch procedure for transposition of the great arteries. *Aorn Journal*, 86(2), pp. 211–226.

Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2011. *Paket prisrčno dobrodošli smo predali pediatrični kliniki*. [online] Available at: <http://zasrce.si/clanek/i454/> [Accessed 27 April 2015].

Društvo za zdravje srce in ožilja Slovenije, 2011. *Smernice za družine z otrokom s prirojeno srčno napako*. Bundesverband Herzkrankte Kinder e. V. [pdf] Available at: http://www.bvhk.de/fileadmin/redaktion/Broschueren-eigene/Downloads/Leitfaden_Slowenisch-Download.pdf [Accessed 29 October 2015].

Dolenc, J., Zver, S., Koželj, M., Fink, M. & Pajič, T., 2009. Ebsteinova anomalija z redko motnjo strjevanja krvi – prikaz primera in pregled literature. *Zdravstveni vestnik*, 78 (10), pp. 576–579.

Felc, Z., 2011. *Osnove pediatrije. Interno učno gradivo*. [pdf] Visoka zdravstvena šola v Celju. Available at: http://www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/2011_8_Ped_FelcKnjiga_A7DC8.pdf [3 November 2015].

Filipič, I., 2010. *Dihanje*. [pdf] Evropski socialni sklad Evropske unije in Ministrstva za šolstvo in šport. Available at: http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/Strukturni_skladi/Gradiva/MUNUS2/MUNUS2_67ZdravstvenaNegaOtrok3.pdf [25 February 2015].

Grošelj Grenc, M., Pavčnik Arnol, M., Kalan, G., Podnar, T & Vidmar, I., 2012. Obravnava novorojenčkov s prirojeno srčno napako, ki potrebujejo zdravljenje s prostaglandinom E1 – Slovenske smernice. *Zdravstveni Vestnik*, 81 (2), pp. 7–9.

Jašarevič, F., 2010. *Medsebojni odnosi med medicinsko sestro, otroki in starši: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Kegl, B. & Brumec, I., 2007. Ali so naši otroci deležni kakovostne zdravstvene nege. In: I. Brumec & A. Černetič, eds. *Komunikacija in kakovost v pediatrični zdravstveni negi. Portorož, 25 in 26 oktober 2007*. Koper: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 18–22.

Koželj, M. 2006. *Prirojene srčne napake pri odraslih*. [online] Available at: <http://zasrce.si/clanek/i77/> [Accessed 27 April 2015].

Kranjec, T., Krašovec, R. & Primožič, J., 2003. Sožitje staršev, otrok in medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v času zdravljenja otrok v bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, 37(3), pp. 190–192.

Lawoko, S. & Soares, J.J.F., 2003. Social support among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases and parents of healthy children. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(1), pp. 177–187.

Natarajan, G., Reddy Anne, S. & Aggarwar, S., 2010. Enteral feeding of neonates with congenital heart disease. *Neonatology*, 98(4), pp. 330–336.

Nembhard, W., Selemi, J., Wang, T., Hauser, K. & Loscalzo, M., 2009. Is the Prevalence of Specific Types of Congenital Heart Defects Different for Non-Hispanic White, Non-Hispanic Black and Hispanic Infants? *Matern Child Health*, 14(2), pp. 184–193.

Ostanek, A., 2007. Varnost dojenčka in otroka s prirojeno srčno napako z vidika zdravstvene nege. In: A. Kvas, ed. *Zagotavljanje varnosti bolnikov z boleznimi srca in ožilja: Jubilejni zbornik ob 10. obletnici delovanja strokovne sekcije*. Maribor, 16. November 2007. 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, p. 57.

Oštir, M. 2008. Pediatrična zdravstvena nega v Sloveniji – Kje smo in kam gremo? In: D. Ščepanović & A. Černetič, eds. *Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika. Portorož, 23.–25. oktober 2008*. Koper: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 12–18.

Pavčnik Arnol, M., Grošelj Grenc, M. & Kalan, G., 2011. Klinična prezentacija, primarna oskrba in transport novorojenčka s prirojeno srčno napako. In: M. Gričar, & R. Vajd, eds. *Urgentna medicina. Izbrana poglavja. Portorož, 15.–18. junij*. Ljubljana: Slovensko združenja za urgentno medicine, Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 80–83.

Pleskovič, A., 2013. *Informacija v zvezi z objavami, povezanimi s poročilom strokovnega nadzora zdravljenja otroka iz otroškega kardiokirurškega programa*. [pdf]. Univerzitetni klinični center Ljubljana. Available at: http://www.kclj.si/dokumenti/00000604-00000573-informacija_v_zvezi_z_objavami_iz_porocila_strokovne_revizije_11_07.pdf [Accessed 20 October 2014].

Prislan, Š., 2013. *Prirojene srčne napake pri otroku: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Roškar, Z., 2014. Prepoznavna in vzroki dihalne stiske pri otroku. In: I. Šumak, ed. *Zdravstvena nega pri osnovni življenjski aktivnosti – dihanju. Murska Sobota, 11 april*. Murska Sobota: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, p. 27.

Rožman, G., 2007. Komunikacija med izvajalci zdravstvene nege in uporabniki-starši in otroci. In: I. Brumec & A. Černetič, eds. *Komunikacija in kakovost v pediatrični zdravstveni negi. Portorož, 25 in 26 oktober 2007*. Koper: Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, p. 79–80.

Rožman, G., 2012. Odgovornost medicinske sestre in staršev pri zdravljenju otrok. In: M. Berkopec, ed. *4. Dnevi Marije Tomšič – Odgovornost v zdravstveni negi. Dolenjske Toplice, 19.-20. januar 2012*. Novo mesto: Splošna bolnišnica; Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Visoka šola za zdravstvo, p. 66.

Skinder Savič, K., 2009. Zdravstvena nega otroka s prirojeno srčno napako. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(1), pp. 54–56.

Smith, F., ed. 1995. Children's nursing in practice. *The Nottingham Model. Great Britain*. Cambridge: University Press.

Swaby, J.A.M., 2011. *A focus on Tetralogy of Fallot*. [pdf] University of Toronto. Available at: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/31423/1/Swaby_Jodi-Ann_M_201111_MSc_Thesis.pdf [Accessed 29 October 2015].

Tran, C., Medhurst, A. & O'Connell, B., 2009. Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. *Neonatal Pediatric and Child Health Nursing*, 12(2), pp. 12–17.

Trstenjak, J. & Ahačič, T., 2010. Varnost otrok v luči novega zakona o sobivanju. In: Z. Kramar, & A. Kraigher, eds. *3 Dnevi Angele Boškin-Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks: zbornik predavanj, Gozd Martuljek, 22 in 23 april 2010*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, p. 30.

Urh, I., 1999. Zdravstvena nega novorojenca s prirojeno srčno napako. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(1/2), pp. 71–75.

Yildiz, A., Celebioglu, A. & Olgun, H., 2005. Distress levels in Turkish parents of children with congenital heart disease. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (3), pp. 39-46.

Yoshikane, Y., Yoshizato, T., Maeno, Y., Nishibatake, M., Kan, N., Fusazaki, N. & Hirose, S., 2011. Impact and issues of detecting fetal congenital heart defects in Kyushu, Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 37(7), pp. 775–781.

Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R. & Greathead, D., 2006, Negotiation of care for a hospitalised child: nursing perspectives. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 9(3), pp. 7-14.

Ygge, B.M., Lindholm, C. & Arnetz, J., 2006. Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), pp. 534–542.

Zavod Republike Slovenije, 2009. *Koncept dela v bolnišničnih oddelkih vrtca*. [pdf] Available at: http://www.zrss.si/pdf/050711124239_koncept_bpo_7april09.pdf [Accessed 24 April 2015].

Zorec, J., 2005. *Zdravstvena nega zdravega in bolnega otroka: Učbenik za srednje zdravstvene šole za program tehnik zdravstvene nege pri predmetu zdravstvena nega in prva pomoč – zdravstvena nega otroka v 2. in 3. letniku*. Maribor: Obzorja, založništvo in izobraževanje.

6 PRILOGE

6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK ZA MEDICINSKE SESTRE

Spoštovani!

Sem Sandra Đorđević, absolventka na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice rednega študija. Pripravljam diplomsko delo z naslovom: »Vloga medicinske sestre pri spremljanju otroka s prirojeno srčno napako«, pod mentorstvom Ga. Sanele Pivač, pred. in somentorstvom Ga. Jožice Trstenjak, strok. sod. Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila pomembne podatke za svoje diplomsko delo. Z namenom pridobitve rezultatov raziskave, vas prosim, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja. Vprašalnik je anonimen. Na vprašanja odgovarjajte tako, da obkrožite ustrezen odgovor. Najlepša hvala za sodelovanje!

SKLOP 1: DEMOGRAFSKI PODATKI (obkrožite odgovor, ki velja za vas)

1.) Spol:

- a) Ženska
- b) Moški

2.) Starost v letih (dopišite)

_____ let.

3.) Izobrazba (obkrožite odgovor, ki velja za vas)

- a) Srednješolska izobrazba
- b) Višješolska /visokošolska izobrazba
- c) Univerzitetna izobrazba
- d) Strokovni magisterij
- e) Znanstveni magisterij

4.) Delovna doba (dopišite)

_____ let.

SKLOP 2: Sodelovanje med starši in medicinsko sestro

Vsebinski sklop je sestavljen iz 10 trditev, ocenite spodaj navedene trditve po 5-stopenjski Likertovi lestvici, kakor velja za vas na splošno.

Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate strinjate;
- 2, če se s trditvijo ne strinjate;
- 3, če se s trditvijo niti ne strinjate/niti se strinjate (neopredeljeni);
- 4, če se s trditvijo strinjate;
- 5, če se s trditvijo popolnoma strinjate.

TRDITEV	1	2	3	4	5
Staršem dovolim, da so prisotni pri različnih invazivnih posegih, npr.: odvzem venozne krvi otroku.					
Staršem pokažem določene intervencije zdravstvene nege (hranjenje, kopanje ...).					
Starši izvajajo intervencije zdravstvene nege, kot so osebna higiena, hranjenje,... pri otroku.					
Vzamem si dovolj časa za pogovor s starši.					
Starše in otroka psihično pripravim na različne diagnostične in terapevtske intervencije.					
Starše spodbujam, da sodelujejo pri procesu zdravstvene nege otroka.					
Starše naučim merjenja otrokovih vitalnih znakov (dihanje, pulz, krvni tlak in telesna temperatura).					
Starše naučim opazovanja drugih pomembnih znakov za prepoznavnje srčnega popuščanja (barva kože in sluznic, prisotnost edemov, fizični napor med hranjenjem).					

Katere intervencije zdravstvene nege pričakujete, da bodo starši hospitaliziranega otroka, samostojno opravljali?

Vaši predlogi za boljše sodelovanje med medicinskimi sestrami in starši!

SKLOP 3: Aktivnosti medicinske sestre pri otroku s prirojeno srčno napako, ki ima težave z dihanjem in prehranjevanjem.

Vsebinski sklop je sestavljen iz 12 trditev, ocenite spodaj navedene trditve po 5-stopenjski Likertovi lestvici, kakor velja za vas na splošno. Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate strinjate;
- 2, če se s trditvijo ne strinjate;
- 3, če se s trditvijo niti ne strinjate/niti se strinjate (neopredeljeni);
- 4, če se s trditvijo strinjate;
- 5, če se s trditvijo popolnoma strinjate.

DIHANJE	1	2	3	4	5
Medicinska sestra poskrbi, da otroka ne vznemirja preveč, ker jok in nemir velikokrat poslabšata dihanje.					
Medicinska sestra večkrat na dan izmeri saturacijo kisika, saj tako pridobi pomembne informacije o funkcijskem statusu respiratornega trakta.					
Aplikacija kisika ob saturaciji, nižji od 94% in po naročilu zdravnika.					
Dvig vzglavja tako, da sta glava in prsni koš v višjem položaju kot trebuh (tak položaj olajša dihanje).					
Medicinska sestra pri otroku vzdržuje proste dihalne poti.					
Medicinska sestra pri dihanju kontinuirano opazuje, meri in beleži frekvence dihanja, pulza, krvnega tlaka in odzivnost otroka na zunanje dražljaje.					

PREHRANJEVANJE	1	2	3	4	5
Medicinska sestra spremlja pridobivanje telesne teže otroka z vsakodnevnim tehtanjem in informira zdravnika ob izgubi telesne teže, ki presega 2%.					
Medicinska sestra otroku hrano večkrat ponudi v manjših obrokih, saj otroci večkrat hrano polivajo ali bruhamo.					
Medicinska sestra spremlja, kako pogosto otrok hrano poliva ali bruha. Opazuje način bruhanja, količino in videz izbruhane vsebine.					
Kadar otrok ne zaužije potrebne količine hrane, ga medicinska sestra dohrani preko nazogastrične (orogastrične) sonde.					
Medicinska sestra vodi natančno evidenco količine in vrste aplicirane tekočine intravenozno ter evidenco količine zaužite ali aplicirane hrane per os (vrsta, količina, ura aplikacije).					
Medicinska sestra oceni prehrabene navade otroka.					

6.2 ANKETNI VPRAŠALNIK ZA STARŠE

Spoštovani Starši!

Sem Sandra Đorđević, absolventka na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice rednega študija. Pripravljam diplomsko delo z naslovom: »Vloga medicinske sestre pri spremljanju otroka s prirojeno srčno napako«, pod mentorstvom Ga. Sanele Pivač, pred. in somentorstvom Ga. Jožice Trstenjak, strok. sod. Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila pomembne podatke za svoje diplomsko delo. Z namenom pridobitve rezultatov raziskave, vas prosim, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja. Vprašalnik je anonimen. Na vprašanja odgovarjajte tako, da z križcem (x) označite vaše strinjanje s trditvijo. Najlepša hvala za sodelovanje!

SKLOP 2: SODELOVANJE MED MEDICINSKO SESTRO IN STARŠI:

Vsebinski sklop je sestavljen iz 8 trditev, ocenite spodaj navedene trditve po 5-stopenjski Likertovi lestvici, kakor velja za vas na splošno. Posamezno trditev lahko ocenite z:

- 1, če se s trditvijo sploh ne strinjate;
- 2, če se s trditvijo ne strinjate;
- 3, če se s trditvijo niti ne strinjate/niti se strinjate (neopredeljeni);
- 4, če se s trditvijo strinjate;
- 5, če se s trditvijo popolnoma strinjate.

TRDITEV	1	2	3	4	5
Medicinska sestra mi dovoli, da sem prisoten/a pri različnih invazivnih posegih, npr.: odvzem venozne krvi otroku.					
Medicinska sestra mi pokaže določene intervencije zdravstvene nege (hranjenje, kopanje ...).					
Izvajam intervencije zdravstvene nege kot so: osebna higiena in hranjenje otroka.					
Medicinska sestra si vzame dovolj časa za pogovor z mano.					
Medicinska sestra mene in mojega otroka psihično pripravi na različne diagnostične in terapevtske preiskave.					
Medicinska sestra me spodbuja, da sodelujem pri zdravstveni negi otroka.					
Merim otrokove vitalne funkcije (dihanje, pulz, krvni tlak in telesna temperatura).					
Pri otroku opazujem druge pomembne znake za prepoznavnje srčnega popuščanja (barva kože in sluznic, prisotnost edemov, fizični napor med hranjenjem).					

Katere intervencije zdravstvene nege medicinske sestre pričakujejo od Vas, da morate samostojno opravljati pri svojem otroku?

Vaši predlogi za boljše sodelovanje med starši in medicinskimi sestrami!
