

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, junij, 2010

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

**ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA PO ZLOMU
KOLKA**
NURSING CARE OF ELDERLY PEOPLE AFTER HIP FRACTURE

Študentka: MAŠA ROMŠK

Mentorica: predavateljica GORDANA LOKAJNER, univ. dipl. org, dipl. m. s

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, JUNIJ 2010

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila svojim staršema za finančno in moralno podporo v času študija. Zahvalila bi se tudi svojemu fantu Luki in njegovi družini, mentorici Gordani Lokajner, Nataši Kuhelj Rožac ter Martini Šoštarič.

Vsem iskrena hvala!

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNE OSNOVE	3
2.1	STAROST IN STARANJE	3
2.1.1	Biološke spremembe	4
2.1.1.1	Čutila	4
2.1.1.2	Srce in ožilje (kardiovaskularni sistem)	4
2.1.1.3	Koža.....	5
2.1.1.4	Kostni in vezivni sistem	5
2.1.1.5	Živčni sistem	6
2.1.2	Psihične spremembe	7
2.1.3	Socialne spremembe.....	7
2.2	ANATOMIJA KOLČNEGA SKLEPA.....	9
2.2.1	Sklepna ovojnica in kolčni ligamenti	9
2.2.2	Kolčne mišice	9
2.2.3	Kolčno ožilje	10
2.3	ZLOM IN VRSTE ZLOMOV (razdelitev)	12
2.3.1	Ugotavljanje	12
2.3.2	Vrste zlomov kolka.....	13
2.4	ZDRAVLJENJE ZLOMOV	16
2.4.1	Zapleti.....	16
2.4.2	Rehabilitacija.....	17
2.4.2.1	Rehabilitacijski tim.....	17
2.4.2.2	Specifičnost rehabilitacije starostnika	20
2.4.2.3	Cilji rehabilitacije	21
2.4.2.4	Rehabilitacija po operaciji.....	22
2.4.3	Zdravilišča	23
2.5	KRATEK PREGLED ZGODOVINE IN TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE	25
2.5.1	Zdravstvena nega.....	25
2.5.1.1	Proces zdravstvene nege.....	25
2.5.1.2	Razvoj procesnega pristopa v zdravstveni negi.....	26
2.5.2	Izbrani modeli in teorije zdravstvene nege.....	27
2.5.3	Rehabilitacijska zdravstvena nega.....	27
2.5.3.1	Teoretični model Virginie Henderson	28
3	ŠTUDIJA PRIMERA	30
4	RAZPRAVA.....	43
5	SKLEP	45
6	VIRI IN LITERATURA.....	47

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Zlom kolka je ena izmed najpogostejših poškodb v starosti. Starostnik se znajde v novo nastali življenjski situaciji, ki je zanj stresna. Zato je pomembna celostna obravnava starostnika. Medicinska sestra opravlja delo, ki je najintimneje povezano s telesom in z duševnostjo pacienta. Vpliva lahko na njegova pričakovanja, če pozna zmožnosti in raznolike postopke sodobne rehabilitacije. Pacient gre po poškodbi kolka na zdravljenje v bolnišnico, kasneje pa v Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo in še v nekatera specializirana zdravilišča po Sloveniji. V teh ustanovah je poskrbljeno za kvalitetno zdravstveno nego in rehabilitacijsko terapijo. Različni rehabilitacijski programi pripomorejo k izboljšavi pacientovih sposobnostih, ki dolgoročno ohranjajo pacientovo samostojnost. V teoretičnem delu diplomske naloge so predstavljene osnovne lastnosti starosti in staranja, anatomija kolčnega sklepa, vrste in zdravljenje zlomov kolka ter zdravstvena nega. V empiričnem delu pa je predstavljena kvalitativna metoda raziskovanja - študija primera. Opravljena je bila študija primera, v kateri je sodeloval 93-letni starostnik. Podatke sem pridobila z intervjujem. Na podlagi dobljenih podatkov pa je predstavljena socialna in negovalna anamneza, ocena trenutnega stanja po življenjskih aktivnostih, potencialne in aktualne negovalne diagnoze, cilji, načrtovanje in vrednotenje.

Ključne besede: poškodba kolka, rehabilitacija, zdravstvena nega

ABSTRACT AND KEY WORDS

Hip fracture is one of the most common injuries in old age. Elderly people are faced with the new situation in life which seems to cause distress. Complete treatment of elderly people is therefore very important. A nurse carries out the work which is most intimately associated with the body and mental state of a patient. She may have impact on patient's expectations if she is familiar with diverse capacities of modern rehabilitation procedures. Patients with hip fracture first come to a hospital in order to get proper treatment, after that visit the Institute for Rehabilitation of the Republic of Slovenia and some of the specialized health resorts around the country. All institutions provide with quality health care and rehabilitation therapy. Various rehabilitation programs help to improve patient's capabilities. With these procedures, we want to maintain the patient's independence. The theoretical part of this diploma presents the basic characteristics of the old age and ageing, anatomy of hip joint, types and treatment of hip fractures, and health care. On the other hand, the empirical part presents the qualitative research method – case studies. A case study of a 93 year-old patient was conducted. Based on data gathered in the interview, the nursing and social anamnesis is presented, the evaluation of the patient's current condition as regards his life activities, the current and potential nursing diagnosis, and finally goals, planning, nursing interventions and ratings.

Key words: hip fracture, rehabilitation, health care

1 UVOD

Delež starejših ljudi se hitro veča po vsem svetu, tudi v Sloveniji. S starostjo narašča tudi pogostost padcev. Eden od možnih zapletov pri padcu je zlom kolka, ki je huda poškodba. Povzroči takojšnjo nepomičnost, ki je zaradi zapletov lahko usodna. Posledice zloma so okvara telesnih funkcij (slaba gibljivost, oslabeledost mišic) in telesne zgradbe (prikrajšava).

Posledice okvar so težave pri opravljanju aktivnosti (nezmožnost ali težave pri hoji po ravnem in neravnem, pri hoji po stopnicah, težave pri dnevnih aktivnostih, kot so oblačenje, obuvanje, uporaba stranišča). Če okolje ni prilagojeno, imajo osebe po zlomu kolka težave pri ponovnem vključevanju v družinsko, družbeno in delovno okolje. Pri mlajših je zlom kolka praviloma posledica večjih sil (npr. prometne nesreče pri velikih hitrostih, padec z višine).

Padci so pri starejših pogostejši, ti pacienti imajo pogosteje osteoporozo, tudi posledično večjo verjetnost za zlom kolka. Tveganje za zlom kolka pri obeh spolih eksponentno raste s starostjo nad 50 let. Doživi ga ena od štirih žensk in eden od osmih moških do starosti 90 let (1).

Rehabilitacija starostnika po poškodbi je zahtevna in pogosto ne doseže želenih razsežnosti. Vloga medicinske sestre v obravnavi starostnika v fazi rehabilitacije s fiziatrom in fizioterapevti v ospredju pogosto ostaja nevidna, čeprav je starostniku neprestano v pomoč pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti na poti k ponovni samostojnosti.

Zdravljenje zlomov je danes napredovalo do te mere, da so poškodovanci ne glede na starost operirani v najkrajšem času po poškodbi. Zgodnja rehabilitacija po operaciji zmanjšuje sekundarne komplikacije. Usmerjena je v vertikalizacijo, s tem se zmanjšuje nepomičnost in se zmanjšuje ležalna doba v bolnišnici (2).

Plan rehabilitacije se načrtuje na osnovi predhodno opravljenih testov funkcionalne zmogljivosti, splošnega zdravstvenega stanja starostnika in njegovih intelektualnih oziroma kognitivnih sposobnosti. Vsak najmanjši napredek ima velik pomen za starostnika, saj odloča o tem, ali bo lahko živel v domačem okolju, kjer ga čakajo arhitektonske in tudi druge psihične ovire (3).

Namen in cilj diplomske naloge je prikazati specifičnost zdravstvene nege v rehabilitaciji starostnika. Problematiko zlomov in poškodb kolka pri starejših ljudeh, pomen kvalitetne zdravstvene nege in vlogo medicinske sestre.

2 TEORETIČNE OSNOVE

2.1 STAROST IN STARANJE

Starost je pojem nečesa statičnega, staranje pa dinamičen proces, ki poteka z najrazličnejšimi spremembami v strukturi organizma. Starost je neko življenjsko obdobje v procesu in času staranja. Starosti ne smemo istovetiti z boleznijo, kot včasih slišimo, kajti starost je naraven pojav vsakega živega bitja. Na splošno lahko strnemo znamenja staranja v prav preprosto ugotovitev: z leti opazujemo zmanjšanje velikosti tako posameznih organov kakor tudi organskih sistemov v celoti, opazujemo upadanje telesne teže, zmanjšajo se funkcijske sposobnosti organov in organskih sistemov, spremeni se prilagodljivost na fizične ali psihične dražljaje (4).

Proces staranja poteka pravzaprav že od rojstva naprej, vendar ga ne opazimo, ker pri rastočem organizmu gradnja novih tkiv prevladuje nad propadanjem izrabljenih tkiv.

Kdaj se začne pravo staranje? To je pravzaprav težko opredeliti; najbrž bo držala teza, ki trdi, da se staranje začne takrat, ko procesi propadanja že začno prevladovati nad rastjo in gradnjo novih tkiv ter organov, torej ob koncu rastnega obdobja (4).

Staranje je proces, kjer je končni rezultat znan, medtem ko specifični mehanizem, ki ga povzroča, ostaja vztrajno neznan, kljub temu da je veliko znanega o naravi in napredovanju specifičnih motenj, ki so povezane z leti, in kljub več kot stoletnemu raziskovanju staranja (5).

Kljub številnim raziskavam znanstvenikom še ni uspelo določiti »biomarkerje« za merjenje biološke starosti posameznika. Med obetavnimi kandidati za biološke označevalce starosti sta obseg glikozilacije kolagena in delež CD4 limfocitov –T (6).

2.1.1 Biološke spremembe

Na starost najbolj upade interes za napore telesne aktivnosti in za aktivnosti, ki so v nasprotju z ustaljenimi navadami.

Starejše osebe spremljajo različne kronične bolezni, ki posledično vodijo v padec in zlom kolka. Najpogostejši vzroki za poškodbo so degenerativna obolenja mišično-skeletnega sistema, nevrološka obolenja, motnje ravnotežja, obolenja srca in ožilja, pljučna obolenja, pešanje sluha in vida, uživanje pomirjeval in drugih zdravil ter splošna fizična mobilnost in kondicija v tretjem starostnem obdobju (7).

Pri ogledovanju starejšega človeka najdemo niz sprememb, ki jih vrednotimo kot pojave staranja oziroma starosti. Znaki, ki jih bomo našli, se pri vseh starostnikih ne pojavijo enako izrazito. Opisane so le tiste spremembe, ki imajo za posledico možnost nastanka zloma kolka pri starejših ljudeh.

2.1.1.1 Čutila

Čutila, ki jih vodi centralni živčni sistem, se z leti precej spremenijo. Med prve spremembe sodi vid. Leča in roženica postaneta manj prozorni. Oči se počasneje privajajo na svetlobne spremembe. Ker se viskozna steklovina (želatina v zrklu) degenerira, slabše vidimo točke pred očmi. Vidno polje se skrči, poslabša se tudi ostrina vida.

Poslabša se tudi slušna občutljivost, posebno za višje valovne dolžine.

Tudi okus in vonj se z leti slabšata. Vse to pa lahko vpliva na nezadostno prehrano. Med drugim se zmanjša tudi funkcija dotika, ki pa skupaj s poslabšanim vidom in sluhom vodijo do nepravilne ocenitve položaja telesa (8).

2.1.1.2 Srce in ožilje (kardiovaskularni sistem)

S staranjem postanejo naše arterije ožje, manj prožne in vedno bolj zamašene z mnogimi snovmi, ki ovirajo krvni obtok. Srce mora delati več, čeprav zaradi zatrdlin na zaklopkah in zaradi drugih

sprememb srčnega tkiva ni več tako učinkovito. Zvišan krvni pritisk v ožjih, manj prožnih arterijah je večja nevarnost za infarkt in možgansko-vaskularne poškodbe (8).

Med najpogostejše bolezni srca in ožilja štejemo angino pectoris, atrijske fibrilacije, povišan krvni pritisk, infarkt. Na funkcijo kardiovaskularnega sistema lahko vplivamo z ustreznimi vajami, s prehrano in z načinom življenja. S temi ukrepi lahko upočasnimo proces staranja (9).

2.1.1.3 Koža

Z leti nastanejo v koži spremembe, ki so posledica dveh dejavnikov: normalnega staranja in škodljivega delovanja UV-žarkov. Zaradi pomanjkanja beljakovine filagrina je koža suha in se rada lušči. Atrofije žilja prizadenejo termoregulacijo, izločanje kožnih žlez, rast las (sivenje in izpadanje) in celjenje ran. Pojavijo se motnje v presnovi kolagenih in elastičnih vlaken, kar dodatno ovira celjenje. Absolutni volumen podkožnega maščevja se s starostjo zmanjšuje, njegov delež pri celotnem volumnu telesa pa narašča. Z leti se prerazporedi podkožno maščevje (6).

Maščoba se pri moških intenzivno nalaga v predelu zatilja in v predelu trebuha, medtem ko najdemo čezmerno nalaganje maščobe pri ženskah v predelih prsi, kolkov, stegen in trebušnega podkožja. Izguba maščobnega tkiva spremeni obraz starostnika, izstopijo kostne strukture obraza, oči so vdrte, zgornja veča je lahko spuščena (4).

2.1.1.4 Kostni in vezivni sistem

Tudi telesna višina se v starosti spreminja; starejši ljudje postajajo manjši, kot so bili v svoji zreli življenjski dobi. Takšno upadanje telesne višine opazamo že od 50. leta starosti dalje. Vzrokov, da postaja človek v starosti manjši, je več. Okostje atrofira, sploščijo se medvretenčne ploščice, stanjšajo se hrustanci, zelo pogosto, posebno v pozni starosti se ukrivi tudi hrbtenica v prsnem delu, kar človeka nasploh v celoti zmanjša. To zmanjšanje je sicer res znamenje staranja, vendar pa ga s primernimi telesnimi vajami že od mladosti naprej lahko zaviramo (4).

Mišičje postane ohlapno, se manjša, zmanjša se moč, zato je slabotno. Mišična vlakna izginjajo, nadomesti jih vezivo, ki ni več prožno. Mnogokrat se med mišična vlakna vriva tudi maščoba (4).

Kosti z leti izgubljajo kalcij, postanejo tanjše in bolj krhke. Nevarnost poškodb je zato večja, možnost za hitro in popolno okrevanje pa omejena. Ena najbolj vsakdanjih starostnih nezgod je padec in zlom kolka. Naše telesno ogrodje obdaja vrsta veznih tkiv, ki so gibljivejša od kosti in omogočajo telesno delovanje. Ko so raziskovali vezno tkivo kolagen, so ugotovili, da z leti izgubi velik del razteznosti in prožnosti. Zato se stari ljudje s težavo hitro in enakomerno gibajo (8).

2.1.1.5 Živčni sistem

Osrednje živčevje

Osebe brez znakov bolezni ohranijo kognitivne sposobnosti vsaj do 80. leta. Hitrost miselnih procesov pa začne pomembno padati po 70. letu starosti. V tem obdobju so starostnim kognitivnim funkcijam (npr. raztresenost, pozabljivost, otežena koncentracija) pogosto pridružene tudi bolezenske spremembe (npr. demenca), zato je včasih težko ločiti med starostnimi in bolezenskimi spremembami. Po 20. letu starosti se začne zmanjševati tako število živčnih celic kot tudi pretok krvi v možganih. Čeprav so opisane številne starostne spremembe, ni jasno, katere spremembe so pomemben kazalec upadanja možganskih funkcij. Možgani imajo vsaj tri pomembne kompenzacijske mehanizme, ki lahko upočasnijo vpliv starostnih sprememb na možganske funkcije: (i) preštevilnost živčnih celic in njihovih povezav, (ii) plastičnost stikov med živčnimi celicami in (iii) prenos živčnih funkcij med levo in desno polovico možganov ali med malimi in velikimi možgani. Pri obsežnih starostnih ali bolezenskih spremembah lahko zdravi deli možganov vsaj delno prevzamejo naloge prizadetih delov. Pri obsežnih poškodbah malih možganov lahko del nalog prevzamejo motorični centri možganske skorje. Vlogo poškodovanega centra za govor pa lahko vsaj delno prevzamejo celice nasprotne možganske oble (6).

Periferno živčevje

S starostjo se upočasnjuje prevajanje po živčnih celicah, vendar pa ta sprememba nima pomembnega vpliva na funkcijo. Sposobnost regeneracije ostane vse življenje, z leti pa se upočasnjuje hitrost in učinkovitost obnove. Starostno padanje mišične moči je predvsem posledica izgube mišičnih vlaken in ne denervacije (10).

2.1.2 Psihične spremembe

Do psihičnih sprememb privedejo spremembe v možganih starostnika.

Na splošno lahko rečemo, da so starejši ljudje manj prilagodljivi. Težko se znajdejo v povsem novih socialnih situacijah. Prav tako so starejši bolj starokopitni, dogmatični, previdni in nič kaj radi ne tvegajo ali se podajajo v neznano. Znano je tudi, da s starostjo rastejo razni predsodki, zmanjšujeta pa se spontanost in neposrednost. Na starost najbolj upade interes za naporene telesne dejavnosti in aktivnosti, ki so v nasprotju z ustaljenimi navadami. Zelo zmotno je misliti, da se s starostjo zaostrijo predvsem negativne poteze osebnosti ali da pride do hudega upada interesov. Mnogi dolgo ohranijo stabilnost osebnostnih potez, pri marsikaterem starostniku pa opazimo celo določeno osebnostno rast (11).

2.1.3 Socialne spremembe

Z izgubami duševnih sposobnosti se zmanjšuje občutek lastne vrednosti, zadovoljnosti in zaupanja vase. Starejšim so ti občutki ravno tako pomembni kot drugim, če hočejo dejavno in zadovoljno uživati življenje. Porajajo se številna vprašanja o lastnih sposobnostih v prihajajočem obdobju in strah pred morebitno nesamostojnostjo ter odvisnostjo od drugih. V takih kritičnih trenutkih je pomoč svojcev nenadomestljiva. Starejši se soočajo s številnimi izgubami:

- smrt partnerja, prijatelja (Starejšim se njihovo okolje neizogibno oži. Vedno bolj sami ostajajo ob umiranju vrstnikov, prijateljev, sorodnikov. Ko umre partner, s katerim je človek preživel večji del življenja, z njim vzgajal otroke, žel uspehe in osebnostno rasel,

je taka izguba še hujša. Zlasti, če ostane človek ob tem sam, če nima otrok ali pa stiki z njimi niso zadovoljujoči in mu ne vlivajo zaupanja. Družina predstavlja osnovni okvir življenja in smrti. Za vse člane je pomembno, da se počutijo sprejeti, da so obkroženi z ljubeznijo in s spoštovanjem. Razširjene družine, v katere so vključeni tudi stari starši, so vedno redkejšje. Starejši pri tem ostajajo sami, počutijo se nepotrebni, odvečni, osamljeni ali zavrženi. Zgodi se tudi, da včasih kakšna družina odločno zavrne skrb za bolnega starejšega) (9);

- odhod otrok (Važen vir zadovoljstva v starosti je možnost ekspanzije, npr. želja po večanju števila prijateljev in znancev. Poročene žene, ki zadovoljujejo svojo željo po ekspanziji zlasti v družini, morajo zato v času, ko začnejo otroci zapuščati družino, najti nov vir ekspanzije, če hočejo ohraniti občutek pomembnosti. Zato nas ne sme čuditi, če so take žene pri petdesetih letih najbolj aktivne v raznih organizacijah. Poenotenje z otroki tudi lahko ohrani občutek ekspanzije pri starejših) (11);
- telesne bolezni, slabljenje sluha in vida, slabša gibljivost;
- spominske motnje, težave mišljenja, izguba zaupanja vase, izguba samospoštovanja;
- upokojitev (Psihološko bi morali pripraviti ljudi na starost vsaj pet let pred upokojitvijo. Nekateri predlagajo, da bi morali ustrezni strokovnjaki ljudem svetovati in jih pripraviti na razne aktivnosti, ki naj bi jih posamezniki po upokojitvi »gojili«. Ti razgovori naj bi se morajo ponavljali vsakih šest mesecev vse do upokojitve in po potrebi še po njej) (11);
- manjši dohodki;
- problemi v spolnosti;
- spremembe bivališča, preselitev v dom starejših občanov (Sprememba bivališča je za starejšo osebo hud stres. Največkrat se starostniki umaknejo v svojo počitniško hišico, rezervno stanovanje ali pa najamejo manjšo enoto, da bi dali prostor družini svojega otroka. Vzdrževanje stanovanja lahko postane za starostnika z nizkimi dohodki velik problem. Stanovanje v višjih nadstropjih bloka, kjer ni dvigal, lahko predstavlja že za zdravega starostnika veliko oviro. Še težje pa je pri ljudeh po poškodbi ali operativnem posegu na nogah, saj jim je onemogočen odhod iz stanovanja) (12).

Ni čudno torej, da se starostniki pogosto znajdejo v stiski. Osebnostne lastnosti, družinsko in širše socialno okolje ter telesno zdravje pomembno vplivajo na odziv starostnika v stiski.

2.2 ANATOMIJA KOLČNEGA SKLEPA

Kolk je med hojo obremenjen sklep, in to je osnovna biomehanična značilnost kolčnega sklepa. Klinični značilnosti kolčnega sklepa sta pogosta razvojna prizadetost in pojavljanje primarne kot tudi sekundarne artroze (nevnetna obraba sklepa). V kolčnem sklepu je mogoče gibanje v treh ravninah in izvajanje rotacij. Stabilnost mu omogoča sama oblika (kroglični sklep), močni ligamenti in mišice (13).

Kolčni sklep je enarthosis spherioidea, večosni sklep, vendar z omejeno gibljivostjo. Skrajni naklon znaša 130° . Zaradi napenjanja ileofemoralne vezi je zaklon možen le za dvanajst stopinj, abdukcija znaša okoli 140° , addukcija pa je možna še čez medialno raven. V kolčnem sklepu je izvedljiva tudi rotacija navznoter in navzven ter cirkumdukcija s kombinacijo gibov (14).

2.2.1 Sklepna ovojnica in kolčni ligamenti

Kolčna ovojnica izhaja iz koščenege roba acetabuluma. Ojačana je s kito mišice rektus femuris in tremi močnimi ligamenti, to so iliofemuralni (črevnično-stegnenični), pubofemuralni (sramnično-stegnenični) in ishiofemuralni (sednično-stegnenični). Ligamenti obkrožajo vrat in tvorijo tako imenovano zono orbicularis, priraščeni pa so tudi na bazo vratu. Ilio-femuralni ligament je najmočnejši ligament človeškega telesa, ki vzdrži nateg do 350 kilogramov. Ilio-femuralni ligament je napet med ekstenzijo in hiperekstenzijo kolka in tako preprečuje zdrs medenice v posteriorno smer. Pubofemuralni ligament omejuje abdukcijo, ishiofemuralni ligament pa notranjo rotacijo. Kolčni ligamenti so pri fleksiji kolka ohlapni z istočasno zunanjo rotacijo (13).

2.2.2 Kolčne mišice

Kolčne mišice so zelo pomembne za kolk, saj pomagajo pri upogibu kolčnega sklepa, iztegujejo kolčni sklep, obračajo stegnenico in premikajo stegno (13).

Mišice, ki so nameščene okrog kolčnega sklepa, so najmočnejše mišice spodnje ekstremitete. Zadaj so glutealne mišice. Največja je velika zadnjična mišica – musculus gluteus maximus, ki poteka od križnice in črevnice na femur. Mišica izteza kolčni sklep. Pod veliko zadnjično mišico so manjše glutealne mišice, ki aducirajo in rotirajo stegnenico. Manjše glutealne mišice so:

- musculus gluteus minimus
- musculus gluteus medius.

Addukcijo sklepa omogočajo mišice:

- musculus opturatorius,
- musculus pektineus,
- musculus adductor longus,
- musculus adductor brevis,
- musculus adductor magnus,
- musculus gracilis (15).

Mišice imajo izhodišče na zunanji strani medenice, nasadišče pa na stegnenici. Izjema je mišica - musculus gracilis, ki ima nasadišče na golenici in mečnici. Spodaj poteka preko kolčnega sklepa musculus iliopsoas, ki sega od hrbtenice in črevesnice na stegnenico. Omogoča pa fleksijo v kolčnem sklepu (15).

Usklajeno delovanje kolčnih mišic omogoča normalno fizično aktivnost. V območju normalne hoje obstajajo individualne variante, tako da lahko človeka spoznamo po hoji (13).

2.2.3 Kolčno ožilje

Glavno oskrbo zagotavljata cirkumfleksni femuralni arteriji (lateralna in medialna), ki sta veji globoke femuralne arterije. Acetabularno fosso oskrbuje acetabularna arterija, ki je veja obturatorne arterije. Cirkumfleksni arteriji tvorita obroč anastomoz (retinakularne arterije) na stegneničnem vratu, kjer se narašča sklepna ovojnica. Retinakularne arterije in spremljajoče vene, ki prehajajo v glavico stegenice, ležijo na femoralnem vratu in jih pokrivata le periost in sinovialna membrana. Žile vstopajo v glavico na meji kosti in hrustanca. Lateralna cirkumfleksa

pri odraslih oskrbuje sprednji del vratu in veliki trohanter; ne preskrbuje pa glavice stegenice. Glavico stegenice, posteriorni, medialni in lateralni del vratu oskrbuje le medialna cirkumfleksa (13).

Pomembne veje medialne cirkumflekse so:

- posteriorna veja, ki vstopa v lateralni del vratu (in v epifizo med rastjo),
- posteroinferiorna veja (13).

Pri odraslem ožilju epifizna ploščica izgine in žilje iz vratu se počasi vrašča v glavico, kjer nastajajo anastomoze z retinakularnimi žilami in ligamentum teresom. V ožilju nastajajo velike individualne razlike (15).

2.3 ZLOM IN VRSTE ZLOMOV (razdelitev)

Zlom je popolna ali delna prekinitvev kostnega ali hrustančnega tkiva, kadar sila, ki deluje na kost ali hrustanec, preseže njuno trdnost. Zlom pa ni le poškodba kostnega tkiva, temveč sta prekinjena tudi periost in endost, s tem pa tudi žile, ki kost prehranjujejo. Trdnost kosti je odvisna od njene gostote, debeline in zgradbe. Trdnost pomeni odpornost proti stisku in raztegu. Raztežno odpornost kosti daje kolagen, odpornost proti stisku pa mineralni del kosti (kalcijev hidroksiapatit). V grobem razlikujemo spongiozno in kortikalno kostno zgradbo, razlika med njima je v poroznosti. Čim manj je porozna, tem bolj trdna je kost. Kostni so debele od milimetra do nekaj centimetrov. Čim debelejša je kost, tem bolj je trdna. Najtrdnejša kost je torej najdebelejša kortikalna kost. V človeškem telesu je to stegnenica, kjer je npr. kritični tlak za njeno stisnjenje in zlom v vzdolžni smeri 200 MPa, v prečni smeri pa 130 MPa. V primerjavi z drugimi materiali je trdnost kortikalne kosti zdravega mladega človeka približno 1/10 trdnosti jekla istih mer, trdnost spongiozne kosti pa 1/100 trdnosti jekla (16).

2.3.1 Ugotavljanje

Zlom zdravnik diagnosticira z avto – ali heteroanamnezo, s pregledom in z RTG -preiskavami.

Anamneza mora vsebovati natančne podatke o mehanizmu poškodovanja in o delovanju poškodovanega dela po poškodovanju.

Pri pregledu zdravnik išče zanesljive in nezanesljive znake zloma. Nezanesljivi znaki so: bolečina, omejena in boleča gibljivost zlomi sosednjih sklepov in oteklina. Med zanesljive znake zloma štejemo: nenaravnano gibljivost, ki je tam sicer ni, nenavadne položaje uda, krepitacije med zlomljenima odlomkoma in vidno odlomljeno kost pri odprtih zlomih.

Temeljna preiskava za ugotovitev zloma je rentgensko slikanje predela, kjer zdravnik najde znake zloma. Navadno se slika v dveh smereh, in sicer od spredaj, od zadaj (AP- anterioposteriorna projekcija) in od strani (stranska projekcija). Na obeh slikah morata biti prikazana tudi sosednja sklepa, sicer se lahko kak zlom tudi prezre. Pri slikanju nekaterih zlomov se napravi tudi posebne projekcije (polstranske, poševne) ali pa se slika v plasteh (tomografija). Dandanes se za

ugotavljanje zlomov pogosto uporablja tudi računalniška tomografija. Magnetna resonanca se uporablja le v primerih, ko želimo hkrati prikazati poškodbe mehanskih delov kosti (npr. poškodbe hrbtenice in hrbtenjače) (16).

2.3.2 Vrste zlomov kolka

Zlome razdelimo po obliki, po delu kosti, kjer je zlom, po položaju kostnih odlomkov, po načinu nastanka in glede na povezanost zloma s površino kože ter poškodb okolnih tkiv (16).

Zlomi zgornjega dela stegenice

Zgornji del stegenice obsega glavo, vrat, veliki trohanter in mali trohanter ter zgornjo četrtno diafize. Zlomi glave in vratu so vedno anatomsko omejeni, zlomi v trohantnem predelu pa se včasih nadaljujejo v subtrohanтни predel (16).

Zlomi glave stegenice

Ti zlomi nastanejo največkrat pri izpahu stegnenične glave in so pogosto združeni z zlomi roba kolčne sklepne ponvice. Pri teh zlomih gre skoraj vedno za odkrhnjenje spodnjega notranjega kvadranta stegenice. Odlomki so različno veliki in le redko so tako veliki, da bi bil prizadet nosilni del glave stegenice. Prav tako so lahko zlomi stegenice združeni z zlomi vratu stegenice. Zlome glave stegenice delimo po Pipkinu.

- Pipkin 1: odbit je manjši del glave,
- Pipkin 2: odbit je del glave z narastiščem ligamenta capitis femoris,
- Pipkin 3: zlom glave in zlom vratu stegenice,
- Pipkin 4: zlom glave in zlom kolčne ponvice z delnim izpahom (16).

Pri pregledu zdravnik ugotovi le bolečo in zavrto gibljivost ter nenavaden položaj noge (zvrnjena navzven ali navznoter). Rentgensko slikanje (RTG) ponavadi pokaže vse večje zlome, majhna odkrhnjenja glave pa lahko ostanejo skrita za kostjo sklepne ponvice, zato je potrebna CT-preiskava (16).

Zlomi stegneničnega vratu

Pri starih ljudeh z osteoporozo že majhna sila zadostuje, da se vrat stegenice zlomi.

Drugače je pri mladih ljudeh, kjer je za to potrebna velika sila (16).

Glede na premik glave stegenice delimo zlome po Gardenu:

- Garden 1: nepopoln zlom, zlomljena le ena kortikalna kost,
- Garden 2: popoln zlom brez premika odlomkov,
- Garden 3: zlom z delnim premikom glave stegenice,
- Garden 4: zlom z zasukanjem glave stegenice (16).

Po kotu, ki ga oblikuje smer zloma s črto, ki veže vrha obeh trohantov, ločimo tri vrste zlomov :

- Pauwels 1: kot manjši od 30° -dobra prognoza zdravljenja z osteosintezo,
- Pauwels 2: kot, velik od 30° do 70° ,
- Pauwels 3: kot, večji od 70° -slaba prognoza zdravljenja z osteosintezo (16).

Pri pregledu navajajo poškodovanci bolečino v kolku in niso sposobni hoditi. Značilna je prikrajšava noge, ki je še zvrnjena navzven. Poskus pasivne ali aktivne gibljivosti je boleč (16).

Intertrohanterni zlomi

Te vrste zlomov so značilne za stare ljudi. So zlomi zgornjega dela stegenice. Mehanizem nastanka je največkrat padec, kost je skoraj vedno osteoporotična. Po obliki so zlomi različni, in sicer od fisur do zdrobljenih zlomov (16).

Pri pregledu vidimo nogo zasukano navzven ali navznoter, v kolku je skoraj negibna. Na pritisk je trohanterni predel boleč. Z rentgenskim slikanjem v dveh projekcijah potrdimo diagnozo (16).

Zlom velikega trohanta

Osamljeni zlomi velikega trohantra stegenice nastajajo največkrat zaradi delovanja neposredne sile nanj, razmik odlomka pa nastane zaradi vleka glutealnih mišic. Navado je vzrok zloma padec na kolk. Lokalno sta izraženi bolečina in nekoliko zavrta gibljivost v smeri fleksije in abdukcije. Za končno diagnozo je potrebno rentgensko slikanje. Zdravljenje je ponavadi funkcionalno;

zadostuje nekajdnevno mirovanje. Operacijsko zdravljenje je redko potrebno. Zapletov navadno ni (16).

Subtrohanterni zlomi

Za te vrste zloma je značilno, da pogosto nastane pri mladih in zdravih ljudeh. Na zgornji del stegenice delujejo velike sile upogiba in vrtenja. Vzrok so ponavadi padci z višine in prometne nesreče (16).

Pri sprejemu v bolnišnico so velikokrat izraženi znaki hemoragičnega šoka, značilne bolečine v zgornjem delu stegna, pogosto oteklina in deformacija, prikrajšava spodnjega uda in popolnoma zavrta gibljivost (16).

2.4 ZDRAVLJENJE ZLOMOV

Zlom se ob ugodnih razmerah zaceli s kostnim kalusom, zdravljenje zloma pa pomeni omogočanje takšnih razmer, da bo zlomljena kost po zaraščanju kar najbolj podobna nepoškodovani kosti. Zlome lahko zdravimo na tri načine: konservativno, funkcionalno in operacijsko. Način zdravljenja je odvisen od vrste in lokacije zloma, stanje kolčnega sklepa, psihofizičnega stanja in starosti poškodovanca. Zdravnik izbere način zdravljenja, ki najbolj ustreza vrsti zloma, starosti in stanju poškodovanca ter končno materialnim možnostim in znanju lečečega zdravnika (17).

Poznamo več vrst zdravljenja :

- konservativno
- funkcionalno
- operacijsko

2.4.1 Zapleti

Starostnik je dovzetnejši za številne zaplete, med katerimi je treba poudariti zastočno pljučnico, obstipacijo, motnje odvajanja urina, venotrombozo z možnostjo pljučne embolije in možganskih infarktov, kontrakturo in razjed zaradi pritiska, splošno dekonicioniranje kardiorespiratornega in gibalnega sistema. Rizik anestezije je pri starostnikih večji, vendar operativna oskrba načeloma omogoča hitro vertikalizacijo, mobilizacijo in aktivacijo, s čimer se prepreči marsikateri možen zaplet. Slab žilni status pri starejših lahko vpliva na počasno celjenje in vnetne zaplete. Starejši poškodovanci so slabovidni, imajo osteoporozo, srčne motnje, nevrološke izpade in druge motnje. Njihovi rehabilitacijski potenciali so zmanjšani, a možnost poškodb je večja. V rehabilitacijski obravnavi poškodovancev z zlomi na spodnjih udih smo usmerjeni predvsem v redukcijo prizadetosti hoje (s pomočjo različnih pripomočkov za hojo) in premagovanje stopnic (18).

2.4.2 Rehabilitacija

Zdravljenje zlomov je danes napredovalo do te mere, da so poškodovanci ne glede na starost operirani v najkrajšem času po poškodbi. Zgodnja rehabilitacija po operaciji zmanjšuje sekundarne komplikacije. Usmerjena je v vertikalizacijo, s tem pa zmanjšuje nepomičnost in bistveno skrajšuje ležalno dobo v bolnišnici (2).

Po definiciji je rehabilitacija aktiven proces, s pomočjo katerega prizadeti zaradi poškodbe ali bolezni dosežejo polno okrevanje. Če pa to ni možno, uveljavijo svoj optimalni fizični, mentalni in socialni potencial ter se vključijo v sebi najprimernejše družbeno okolje (18).

Šele dobrih 50 let je minilo, odkar se je uveljavilo spoznanje, da je rehabilitacija kot aktivna oblika obravnave bolnika po bolezni, poškodbi ali operaciji bistveno učinkovitejša od nenadzorovanega, praviloma povsem pasivnega okrevanja. (6).

Zelo počasi, vendar nezadržno, je prodrlo mnenje, da rehabilitacijska medicina (RM) predstavlja 3. segment v celostni medicinski oskrbi bolnika, pri čemer je:

- segment – preventivna medicina,
- 2. segment – kurativna medicina,
- 3. segment – rehabilitacijska medicina (6).

Pri starostniku je uspešna rehabilitacija po poškodbi stvar preživetja in/ali kakovosti življenja v obdobju, ki mu je še ostalo (18).

2.4.2.1 Rehabilitacijski tim

Zdravstveni tim je multidisciplinarna skupina strokovnjakov, v kateri vsak s svojega strokovnega področja pripomore k reševanju težav. Vsi člani tima so enakopravni, praviloma imajo enako strokovno raven. Vodja tima je določen glede na vrsto vprašanja, ki ga obravnavajo, in glede na cilj, ki ga želijo doseči (19).

Zastavljene rehabilitacijske cilje izvaja skupina strokovnjakov z različnih področjih. Uspeh zagotavlja le dobro organizirano in kontinuirano timsko delo. Multidiscipliniran rehabilitacijski tim sestavljajo :

Specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine, ki opravlja zdravniške preglede in celovito funkcijsko oceni paciente, kar predstavlja izhodišče za načrtovanje rehabilitacije. Predpisuje rehabilitacijske postopke in je vodja tima (18).

Medicinska sestra

Je pogosto tisti član tima, ki je največ v stiku s pacientom in tako najbolj pozna njegove stiske, težave in strahove. Opravlja delo, ki je najintimneje povezano s telesom in z duševnostjo pacienta. Vpliva lahko na njegova pričakovanja, če pozna zmožnosti in raznolike postopke sodobne rehabilitacije. Skupaj s pacientom se veseli napredka v njegovih sposobnostih opravljanja vseh dnevnih aktivnosti in mu svetuje za dodatna izboljšanja. Ostalim članom tima lahko posreduje dragocene informacije o pacientovih težavah pri opravljanju aktivnosti. Svetuje tudi pacientom in svojcem, na katere ustanove in strokovnjake se lahko obrnejo za ustrezno pomoč med rehabilitacijo. Seveda pa mora pri tem poznati osnove rehabilitacije, njeno organizacijo in naloge vsakega člana rehabilitacijskega tima (18).

Medicinska sestra deluje profesionalno s specifičnim znanjem in izkušnjami. Deluje podporno v interakciji s pacientom, odkriva njegove potrebe, vrednote in doživljanja. Biti mora občutljiva za emocionalne vidike v medosebnih odnosih, imeti sposobnost empatičnosti, znati vzpostaviti spoštljiv, pristen vljuden, zaupljiv, a ustrezno profesionalen – distanciran odnos. Medicinske sestre v rehabilitaciji so pogosto v stiku s starejšimi pacienti, ki jim pomagajo aktivirati zunanje in notranje sposobnosti posameznika za pozitivno samopodobo. Upoštevati mora prepričanja, pričakovanja in potrebe posameznika med zbiranjem, ocenjevanjem, načrtovanjem ter izvedbo aktivnostih zdravstvene nege po standardih. Nujno potrebno je dokumentiranje v vseh fazah procesa zdravstvene nege. Medicinska sestra zagotavlja kontinuiteto in koordinacijo dela v zdravstveni negi. Odkriva vzroke in za določene vedenjske vzorce, izvaja promocijo maksimalne neodvisnosti in slediti ter uporabljati znanstvene podatke. Slehernemu pacientu individualno pomaga in si prizadeva za doseganje najboljše ravni fizičnega, psihičnega, socialnega in duhovnega zdravja (20).

Če vse skupaj strnemo ugotovimo, da je vloga medicinske sestre razširjena, saj se pojavlja v vlogi:

- Terapevta (pomaga pri nesposobnosti, vzpodbuja preostale sposobnosti),
- Negovalca (sodeluje v procesu zdravljenja in ozdravitve),
- Vzgojitelja (poučuje kako ohranjati zdravje, kako zaznati nevarnost),
- Zagovornika (zagovarja stališča pacienta, ko to sam ne zmore več ter znati timsko in multidisciplinarno sodelovati),
- Raziskovalca (raziskuje možnost kakovostnega življenja po poškodbi, kakovostne zdravstvene nege)

Kirurg operater

Kirurgova vloga se ne konča z operacijo. Kirurg operater je pomemben in odgovoren član rehabilitacijskega tima, saj samo on pozna dejansko obsežnost poškodbe, kakovost kosti, mehkih tkiv in stabilnost osteosinteze ter določa obremenitev poškodovanega uda. Zato mora pri pripravi rehabilitacijskega programa obvezno sodelovati. (3).

Fizioterapevt

Izvaja predpisano fizikalno terapijo, izvaja meritve gibljivosti sklepov in funkcijske teste, pacienta poučuje o transferju, pacienta uči hoditi, uporabljati pripomočke za hojo ali gibanja s pomočjo sodobnega in terenskega vozička (18).

Za dober izid rehabilitacije je ključna učinkovita in pravilna fizioterapija. Pri starostniku rehabilitacijo v veliki meri lahko ovirajo številne kronične bolezni in akutni zapleti, kar pa je potrebno upoštevati pri fizioterapevtski obravnavi. Zato se v takšnih primerih doba fizioterapije podaljša, s tem pa tudi ni zagotovljeno, da se dosežejo prvotni cilji. Bolje je, da si fizioterapevt skupaj s pacientom postavi več ciljev, ki si časovno sledijo in so kljub možnim težavam dosegljivi (2).

Delovni terapevt

Izvaja delovno in okupacijsko terapijo, ocenjuje kognitivne izpade, izdeluje razne individualno prilagojene ortoze, testira in priporoča pripomočke za lažje izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti (18).

Logoped

Ocenjuje in se ukvarja z odpravljanjem motenj govora, gibanja jezika in požiranja ter testira in vzpodbuja neverbalno komuniciranje pri afazičnih pacientih (18).

Klinični psiholog

Ocenjuje kognitivne motnje in motivacijo pacienta za rehabilitacijo. Izvaja psihološka testiranja, sodeluje pri diagnostiki in zdravljenju reaktivnih depresij, vodi družinsko terapijo in terapijo obnašanja (18).

Socialni delavec

Ocenjuje družinsko in socialno okolje pacienta, sodeluje pri reševanju finančnih problemov, organizira sodelovanje z delovno organizacijo, če je pacient še zaposlen in premestitev v varovano okolje bivanja, če se pacient ne more vrniti v svoje okolje (18).

Sestava tima se lahko spreminja, odvisno od potreb pacienta in specifičnosti rehabilitacijskih ciljev. K sodelovanju se lahko povabi tudi druge strokovnjake, kot npr. različne pedagoge, bioinženirje, računalničarje ... Po sodobnih rehabilitacijskih načelih je pacient tudi enakopraven član tima (18).

2.4.2.2 Specifičnost rehabilitacije starostnika

V starosti človeka pestijo bolj ali manj številne bolezenske nadloge, ki povzročajo nastanek poškodb (motnje ravnotežja, omotice, vrtoglavice, motnje vida, upad gibalnih sposobnosti, nekatera zdravila), obsežnost (osteoporoza), način zdravljenja in, kar je za nas še posebej zanimivo, način rehabilitacije.

Poškodbe gibal pri starostnikih zdravimo konservativno ali operacijsko (18).

2.4.2.3 Cilji rehabilitacije

Cilj rehabilitacije starostnika po takšnem ali drugačnem zdravljenju je obnovitev čim bolj normalne in neboleče funkcije. Doseči želimo seveda optimalen funkcionalni rezultat, kar pomeni vzpostaviti stanje, kakršno je bilo pred poškodbo (status que ante), to pa je za konkretnega starostnika:

- primerna hoja,
- primerna in neboleča gibljivost poškodovanega telesnega dela,
- ustrezna mišična moč,
- ustrezna koordinacija gibanja (6).

Če nam to uspe, starostniku omogočimo, da se ponovno vključi v običajen tok svojega dotedanjega vsakodnevnega življenja (6).

To pa ni vedno mogoče, in sicer zaradi:

- narave poškodbe,
- kakovosti poškodovanih kosti in mehkih tkiv,
- izbire in (ne)uspešnosti kirurške oskrbe,
- splošnega stanja starostnika,
- motivacije starostnika za rehabilitacijo (6).

Starostnikovo osebnost je potrebno upoštevati že pri načrtovanju vrste zdravljenja, ki mora upoštevati tudi možnosti in voljo za rehabilitacijo. Že od vsega začetka izrazito negativen odnos pacienta do rehabilitacije je za končni uspeh zanesljivo neugoden (6).

Zavedati se moramo, da starostnik, ki postane nepomičen ali zelo slabo pomičen in/ali z dominantno roko ne dosega svojih telesnih odprtih, ne zmore več sam skrbeti za svojo osebno in intimno higieno. Zato vedno bolj postaja odvisen od pomoči tretje osebe, to pa pomeni izgubo intimnosti, osebne celovitosti, samospoštovanja, samozavesti in socialnih stikov, kar predstavlja začetek konca. Pri rehabilitaciji starostnikov moramo upoštevati štiri pomembne postavke.

1. Pri rehabilitaciji starostnikov želimo doseči optimalne cilje rehabilitacije, če pa to ni možno, si zastavimo vsaj minimalne realne cilje, da ohranimo bolnikovo neokrnjenost.
2. Temeljni pogoj za uspešno rehabilitacijo je takšna kirurška oskrba poškodovanega starostnika, ki omogoča:
 - zgodnjo vertikalizacijo,
 - zgodnjo mobilizacijo poškodovanega uda,
 - hojo z vsaj delno obremenitvijo. Boljša je polna obremenitev.
3. Pri rehabilitaciji starostnikov je nujno potrebno upoštevati, da starostniki najbolje funkcionirajo v domačem okolju, zato naj bo kirurška oskrba taka, da omogoča čim krajšo hospitalizacijo in čimprejšnjo ambulantno rehabilitacijo.
4. Upoštevati moramo, da rehabilitacijski program starostnikov načrtujemo umirjeno in previdno, za bolnika si moramo vzeti dovolj časa, delati potrpežljivo in počasi ter motivirati bolnika za samostojno ponavljanje programa doma (6).

Bistven kvalitativni premik za uspešno popoškodbeno rehabilitacijo starostnika bi storili, če bi se travmatologi in fiziatri več pogovarjali o izbiri najustrežnejšega načina zdravljenja ustrezne poškodbe za vsakega posameznega starostnika, in sicer na možnosti čim uspešnejše rehabilitacije (6).

2.4.2.4 Rehabilitacija po operaciji

Glavni namen fizioterapevtskega programa je povrniti funkcijo poškodovanega spodnjega uda na nivo pred poškodbo. Tako ima v zgodnji rehabilitaciji pomembno vlogo respiratorna fizioterapija, tromboprofilaksa, zgodnja kinezioterapija in zgodnja vertikalizacija. Upoštevati moramo tudi vrsto anestezije in bolnikovo stanje ter počutje. Spodbujamo ga, da dela vaje za vensko črpalko, pri zelo oslabeledih bolnikih pa za aktivacijo venske črpalke uporabimo funkcionalno električno stimulacijo. S tem zmanjšamo nevarnost za nastanek zapletov na dihalih in ožilju. Pri slabo pomičnih starostnikih program respiratorne terapije in tromboprofilakse izvajamo ves čas bivanja v bolnišnici. Takoj naslednji dan poskušamo bolnika aktivirati in imobilizirati. Spodbujamo ga, da se s pomočjo trapeza in zdrave noge poskusi malo prestaviti v postelji in poiskati hladnejši del

za hrbet in sedalo, kar ugodno vpliva na počutje, še bolj pomembno pa je za preprečevanje sakralne razjede zaradi pritiska (3).

Posebej pazimo na pravilen položaj poškodovanega uda. Prve dni po operaciji bolniku dajemo zadostno količino analgetikov. Če bolnikova zmogljivost to dopušča, naj čim prej začne delati vaje za moč rok, saj bo močne roke rabil za dvigovanje na trapezu, pomoč pri vstajanju pri vseh transferih in za hojo z berglami (6).

Bolnika čim prej poskusimo posaditi na posteljo ali v voziček in ga postaviti pokonci. Spodnja uda od prstov do dimelj obvezno povijemo z elastičnim povojem. (3).

2.4.3 Zdravilišča

S svojimi naravnimi zdravilnimi dejavniki in programi za aktivno krepitev zdravja ponujajo obilo možnosti za krepitev telesne zmogljivost in obrambnih sposobnosti organizma. Prednost zdravilišča je v tem, da vse to omogoča v obliki zabave in rekreacije. Osnova programov krepitev zdravja je ugotavljanje pozitivnega zdravja, ugotavljanje napovednih dejavnikov za razvoj bolezni in izobraževanje v učnih delavnicah za ohranjanje in krepitev zdravja. S programi za odpravljanje škodljivih vedenjskih vzorcev ali dejavnikov tveganja krepimo zdravje in zmanjšamo tveganje za razvoj bolezni. Med številnimi komercialnimi programi okrepitve zdravja vsak posameznik lahko izbira med programi za ugotavljanje zdravstvenega stanja, splošnimi programi za krepitev in pospeševanje zdravja ali specialnimi programi za odpravljanje dejavnikov tveganja. Med slednjimi so programi za odpravljanje posledic po operacijah, programi za debelost, za kajenje, za obvladovanje škodljivih stresov ali programi nefarmakoloških zdravljenj motenj presnove maščob, sladkorne bolezni in zvišanega krvnega tlaka. Krepitev zdravja je prvi korak v preprečevanju bolezni. To je tudi temeljno poslanstvo naravnega zdravilišča, ki se s trženjem programov krepitev zdravja priključuje globalnemu gibanju za zdravo in kakovostno življenje. Zdravilišče je idealno mesto za uresničevanje teh programov. S širjenjem svojih dejavnosti v neposredno okolico pa prispeva k regijski populacijski strategiji ohranjanja zdravja. Populacijska strategija za preprečevanje posledičnih

bolezni temelji na spodbujanju zdravega načina življenja pri prebivalstvu in poudarja pomen zdravega okolja za vse ljudi. S tem zdravilišče uresničuje širše družbeno poslanstvo in prispeva k izboljšanju zdravja prebivalcev širšega območja (9).

Naravna zdravilišča predstavljajo specifične ustanove z možnostjo stacionarne oskrbe pacientov, pri katerih naravni faktor pomembno pripomore k zdravljenju in medicinski rehabilitaciji. Terapevtski program izvajajo fizioterapevti in delovni terapevti pod vodstvom zdravnika – fiziatra z dopolnilno balneoterapevtsko usmeritvijo. Tako je zagotovljena obravnava pacientov in poškodovancev, ki pa je časovno omejena na 14 ali največ 21 dni (18).

2.5 KRATEK PREGLED ZGODOVINE IN TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE

2.5.1 Zdravstvena nega

Zdravstvena nega je stroka, ki deluje v okviru zdravstvena varstva. Obsega splet vseh družbeni aktivnosti, ukrepanj in ravnanj posameznikov in skupin, ki so usmerjeni v ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja. Družba v najširšem smislu skrbi za posameznika v vsakdanjem življenju, v primeru bolezni ali kakšne druge potrebe v povezavi z zdravjem pa posameznik to skrb uresničuje preko zdravstvenega varstva in v njem organizirane zdravstvene nege (20).

Bistvo sodobne zdravstven nege, ki jo pomembno razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebi. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna, saj v okviru svojih zmožnosti in sposobnosti sodeluje pri zdravstveni negi. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje (20).

Glavna naloga medicinske sestre je, da varuje in ščiti pacienta, zato mora imeti ustrezno znanje in izkušnje ter sposobnost, da se povezuje z drugimi člani zdravstvenega in negovalnega tima; tako zagotavlja pacientu uspešno, varno in učinkovito zdravstveno nego (22).

2.5.1.1 Proces zdravstvene nege

Proces zdravstvene nege je sodobni metodološki pristop v zdravstveni negi, ki temelji na sistematični, logični in racionalni metodi dela za ugotavljanje in reševanje težav ter problemov posameznikov in skupin, za katere je pristojna in odgovorna medicinska sestra. Pod pojmom problema in težave razumemo enkratne reakcije posameznika ali skupine na aktualne (obstoječe) in potencialne (grozeče) probleme, povezane z zdravjem. Ta metodološki pristop narekuje in obvezuje način delovanja ter omogoča individualno in celovito obravnavo posameznika in skupine (20).

2.5.1.2 Razvoj procesnega pristopa v zdravstveni negi

Pomembna vzpodbuda za drugačno razmišljanje o poklicni vlogi je bila precejšnja avtonomnost ameriških medicinskih sester med 2. svetovno vojno in v začetku po vojni. Tako se je po letu 1950 začelo novo obdobje razvoja zdravstvene nege. Najprej z zamislijo o procesu zdravstvene nege kot metodi dela oziroma načinu delovanja. Vsebino delovanja v zdravstveni negi pa so dali modeli in teorije, ki so jih medicinske sestre razvijale vzporedno s procesno metodo dela, v katerih so predstavile nov pogled na zdravstveno nego oziroma novo filozofijo zdravstvene nege (20).

Ameriška teoretičarka Liliya Hall je bila prva, ki je to metodo dela poimenovala proces zdravstvene nege. Leta 1955 je metodo predstavila v reviji Nursing research kot novost v zdravstveni negi. Leta 1967 sta Helen Yura in Mary Walsh izdali knjigo z naslovom Proces zdravstvene nege (20).

Vse teoretičarke zdravstvene nege priznavajo in sprejemajo proces zdravstvene nege kot sodobni metodološki pristop za prakso.

Prednosti procesne metode dela:

- omogoča sistematično, organizirano in kontinuirano zdravstveno nego,
- zagotavlja kakovostno zdravstveno nego,
- povečuje zadovoljstvo medicinskih sester ob spoznanju učinkovitosti in uspešnosti svojega dela,
- obvezuje dokumentiranje, ki omogoča vidnost in razpoznavnost aktivnosti zdravstvene nege in vpogled vpisanih informacij vsem članom tima zdravstvene nege in zdravstvenega tima ob vsakem času,
- vzpodbuja k sodobnejši organizaciji zdravstvene nege,
- vpliva na izobraževanje in strokovno izpopolnjevanje medicinskih sester,
- pomaga pri profesionalizaciji stroke,
- omogoča individualno in celovito obravnavo pacienta,

- izboljšuje komunikacijo s pacientom, z njegovimi svojci ter sodelavci, vzpodbuja pacienta k aktivnemu sodelovanju, kar mu daje občutek upoštevanja njegove individualnosti, pomembnosti in odgovornosti (20).

2.5.2 Izbrani modeli in teorije zdravstvene nege

Modeli in teorije so pomemben element sodobne zdravstvene nege. Poimenujemo jih tudi konceptualni modeli, teoretični modeli ali teoretični okviri zdravstvene nege. V strokovni literaturi in praksi zdravstvene nege se ta poimenovanja (teorije, modeli, konceptualni modeli) pogosto uporabljajo kot sinonimi. Nekateri teoretiki pa opozarjajo, da so med teorijami in modeli bistvene razlike, in je potrebna doslednost pri njihovem razlikovanju ter poimenovanju (20).

Korenine razvoja teoretičnih znanj o zdravstveni negi segajo v prvo polovico 19. stoletja, in sicer v čas delovanja Florece Nightingale, ki je prva dala teoretične osnove v zdravstveni negi (20).

2.5.3 Rehabilitacijska zdravstvena nega

Glede na obsežno zdravstveno in negovalno problematiko invalidov bi v rehabilitacijski zdravstveni negi morali uporabljati več modelov zdravstvene nege:

- model samooskrbe - Dorothee Orem,
- adaptacijski model - s. Calista Roy,
- model medosebnih odnosov - Hildegard Peplau (23).

Temeljna usmeritev v rehabilitacijski zdravstveni negi je usposobitev za samooskrbo (Dorothea Orem). Človeka opazujemo v njegovem stalnem iskanju ravnovesja med sposobnostjo skrbeti zase in potrebami oziroma zahtevami, ki jih predenj postavlja življenje. Zdrav posameznik ima zadovoljive sposobnosti za ohranjanje ravnovesja med potrebami in sposobnostmi. Bolezen ali poškodba porušita ravnovesje, ker se potrebe povečajo, zato mora človek uporabiti svoje rezervne sposobnosti, da ponovno vzpostavi ravnovesje. Če pa pacient kljub uporabi rezervnih sposobnost ne more vzpostaviti ravnovesja, mora intervenirati medicinska sestra (23).

Teoretičarka Calista Roy pravi, da je pri nekaterih pacientih bolj izražen primanjkljaj prilagajanja na spremenjeno telesno podobo. Medicinska sestra mora zaznati to potrebo in pomagati pacientu, da bo zvišal svojo adaptacijsko sposobnost (23).

Teoretičarka Hildegard Peplau meni, da če želimo v rehabilitacijski zdravstveni negi doseči maksimalno sodelovanje pacienta, moramo z njim vzpostaviti dober kontakt. Zaupanje v negovalno osebje in zavest, da se oba trudita za doseg cilja, bosta motivirala pacienta za večji napor (23).

2.5.3.1 Teoretični model Virginie Henderson

Teorija Virginie Henderson je najbolj poznano teoretično delo zdravstvene nege v svetu. Je prva, ki nakazuje na posebno, enkratno, specifično vlogo medicinske sestre, kar opisuje v svoji definiciji zdravstvene nege. Prepričana je, da je vloga medicinske sestre neodvisna na tistem področju, na katerem pomaga pacientu zadovoljevati osnovne življenjske potrebe, za katere mu manjka moč volje ali znanje. Poudarja, da je funkcija zapletena, kreativna, medicinski sestri pa nudi razvijanja zdravstvene nege. Pri tem mora uporabiti vsa sodobna znanja s zdravstvene nege ter tudi spoznanja iz drugih, predvsem humanističnih in družboslovnih znanosti (20).

Definicija zdravstvene nege po Virginiji Henderson razlaga, da medicinska sestra pomaga zdravemu ali bolnemu v tistih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranjanju zdravja, vrnitvi zdravja ali mirni smrti. Človek bi jih in bi jih opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra strokovnjak in ima pravico pobude ter do nadzora (25).

Človekove osnovne potrebe predstavlja po naslednjem vrstnem redu:

1. normalno dihanje,
2. ustrezno prehranjevanje in pitje,
3. izločanje telesnih izločkov,
4. gibanje in zavzemanje zelenega položaja,
5. spanje in počitek
6. izbira ustreznih oblačil, oblačenje in slačenje

7. vzdrževanje normalne telesne temperature s primernim oblačenjem in prilagajanjem okolja,
8. vzdrževanje normalne telesne čistoče in urejenosti,
9. izogibanjem nevarnostim v okolju in preprečevanju ogrožanj drugih,
10. komuniciranje z drugimi, to pomeni izražanje čustev, potreb in mnenj,
11. verovanje glede na osebno prepričanje,
12. opravljanje dela, ki nudi zadovoljstvo in uspeh,
13. igranje ali vključevanje v različne oblike rekreacije,
14. učenje, odkrivanje novega, kar vodi v normalen razvoj in zdravje (20).

Hendersova razume človeka kot celovito - integrirano osebnost, kot psiho - fizično in socialno celoto. Zato poudarja, da ga je potrebno obravnavati celostno in upoštevati vse njegove potrebe (20).

3 ŠTUDIJA PRIMERA

NAMEN IN CILJI

Z diplomskim delom želimo prikazati problematiko poškodb in zlomov kolka pri starostnikih, pomen kvalitetne zdravstvene nege in vlogo medicinske sestre kot izvajalke zdravstvene nege, kot tudi pomen rehabilitacijske obravnave pacienta po zlomu kolka.

METODOLOGIJA

V teoretičnem delu je uporabljena deskriptivna-opisna metoda dela, s pomočjo slovenske in tuje literature smo predstavili zdravstveno nego po zlomu kolka pri starostniku. V empiričnem delu diplomskega dela je uporabljena kvalitativna metoda raziskovanja-študija primera.

Vzorec študije primera je bil starostnik po zlomu kolka.

Podatke za študijo primera sem pridobila z intervjujem s pacientom, z merjenjem vitalnih funkcij, z intervjujem z ostalimi člani tima s preučevanjem negovalne dokumentacije.

ANAMNEZA

- Intervju s pacientom
- Intervju z člani tima
- Merjenje vitalnih funkcij
- Podatki iz negovalne in zdravniške dokumentacije

Podatke za študijo primera sem pridobila z intervjujem s pacientom. Povedal mi je o svojem življenju pred in po poškodbi. Pogovor je potekal tekoče, v prijetnem vzdušju, tako da sva nekajkrat zaobšla glavno temo pogovora. Na podlagi pridobljenih podatkov sem oblikovala socialno in negovalno anamnezo. Zastavila sem negovalne diagnoze, cilje in intervencije. Na koncu sem tudi vrednotila. Negovalne diagnoze sem oblikovala po principu: problem, etiologija, znaki in simptomi.

Pacient je pred poškodbo kolka živel polno in aktivno življenje. Živi v hiši skupaj s hčerko, vendar v lastnem gospodinjstvu. Vse obroke si je pripravljala sam. Jedel je zelo raznoliko prehrano. Zaradi resekcije 2/3 želodca je užival več manjših obrokov. Z različnimi čajnimi mešanici iz domačega vrta pa je v telo vnesel zadostno količino tekočine. V domačem okolju ni imel težav z izločanjem blata in urina. Prav tako je ponoči dobro spal, po kosilu pa je tudi večkrat počival. Razen kronične obstruktivne pljučne bolezni in slabšega sluha v levem ušesu posebnih zdravstvenih težav ni imel. Večkrat na dan je naredil tudi nekaj telovadnih vaj, pogosto pa se je razgibal med urejanjem vrta. Pred leti mu je umrla žena, zato je še bolj gojil vez z bratom. Z javnim prevozom se je pogosto odpeljal k njemu, kjer so se družili in igrali tarok.

Ugotovila sem, da je pacient kljub visoki starosti živel polno in kvalitetno življenje.

Kvalitetno življenje je živel vse do dne, ko se mu je med noge zapletel domači pes in mu omajal ravnotežje. Padec je povzročil zlom levega kolka. Način in kvaliteta življenja se je pacientu spremenila iz popolnoma neodvisne osebe do odvisne.

Probleme, negovalne diagnoze, intervencije in vrednotenje prikazujemo po modelu Virginie Henderdson po 14 življenjskih aktivnostih.

1. DIHANJE

1.1 Stanje ob prihodu

V mirovanju enakomerno, primerna globina, 19 vdihov na minuto. Ob naporu neenakomerno in hitro, slišijo se hropci, izkašljeje spotum in si z inhalatorji lajša dihanje.

1.2 Aktualna negovalna diagnoza

Neučinkovito čiščenje dihalnih poti v povezavi z osnovno medicinsko diagnozo KOPB (kronična obstruktivna pljučna bolezen).

1.2.1 Cilji:

- pacient bo imel očiščene dihalne poti,
- pacient bo lažje dihal,

- pacient se bo boljše počutil,
- pacient bo ob naporu lažje dihal,
- pacientu bomo pravočasno aplicirali ustrezne inhalatorje, in sicer po naročilu zdravnika.

1.2.2 Intervencije

Zdravstveno vzgojno delo:

- pacienta smo poučili o učinkovitem izkašljevanju in čiščenju dihalnih poti,
- zagotovili smo dobro mikroklimo (vlaženje in zračenje prostora),
- pacientu smo pravočasno aplicirali ustrezne inhalatorje, in sicer po naročilu zdravnika.

1.2.3 Vrednotenje

- pacient upošteva nasvete o učinkovitem čiščenju dihalnih poti,
- na pacientovo dihanje je ugodno vplivala tudi dobra mikroklima,
- pacient ob naporu še vedno težko diha,
- pacientu apliciramo, po naročilu zdravnika, ustrezne inhalatorje.

1.3 Stanje ob odhodu

Pacient se je naučil učinkovito izkašljevati spotum. Ob naporu še vedno težko diha.

2. PREHRANJEVANJE IN PITJE

2.1. Stanje ob prihodu

Zaradi resekcije 2/3 želodca zaužije na dan več manjših obrokov; približno od šest do osem. Ne uživa mleka. Dnevno spi 3 litre mešanice čaja.

2.2 Potencialna negovalna diagnoza

Nevarnost nezadostnega vnosa hranil zaradi odstranitve dela želodca.

2.2.1 Cilji

- Pacient se bo ustrezno prehranjeval.

Zdravstveno-vzgojno delo:

- pacienta smo poučili o pomembnosti pravilnega prehranjevanja,
- pacient bo zaužil 6-8 načrtovanih, polnovrednih in uravnoveženih obrokov.

2.2.2 Intervencije

Pacientu smo ponudili 6- 8 obrokov na dan.

2.2.3 Vrednotenje

Pacient dnevno zaužije vsaj 6 načrtovanih obrokov.

2.3 Stanje ob odhodu

Pacient je v času bivanja v zdravilišču zaužil vsaj 6 ustrezno polnovrednih in uravnoveženih obrokov.

3. IZLOČANJE

3.1 Stanje ob prihodu

Blato izloča 2-3 krat tedensko. Nameščen ima pripomoček za inkontinenco, saj ne želi opravljati potrebe na posteljni posodi. Menjava se izvaja trikrat dnevno, po potrebi večkrat. Gospod kontrolirano izloča blato in urin.

3.2. Aktualna negovalna diagnoza

Motnje pri izločanje urina in blata zaradi stanja po zlomu kolka, ki se kažejo v nesmoterni zavestni odločitvi uporabe pripomočkov za inkontinenco.

3.2.1 Cilji

Kratkoročni cilj:

- pacient bo z ustreznim alarmom (zvončkom) poklical MS, da mu zamenja pripomoček za inkontinenco (pleničko) oz. bo opravljal potrebo na posteljni posodi,

Dolgoročni cilj:

- pacient ne bo uriniral in odvajal v pripomoček za inkontinenco (pleničko),
- pacient bo pravočasno prišel do toaletnih prostorov,
- pacient bo samostojno ali z našo pomočjo prišel do toaletnih prostorov,
- pacient bo potrebo opravljal na posteljni posodi.

3.2.2 Intervencije

Zdravstveno-vzgojno delo:

- pacienta smo poučili o rokovanju z alarmno napravo (zvonček),
- pacienta smo vzpodbujali, da pokliče zdravstveno osebje,
- motiviranje pacienta k uporabi posteljne posodi,
- pacientu smo trikrat dnevno ali večkrat zamenjali pripomoček za inkontinenco.

3.2.3 Vrednotenje:

- pacient je v primeru uriniranja ali odvajanja v pripomoček za inkontinenco (pleničko) poklical zdravstveno osebje,
- pacient pravočasno pride do toaletnih prostorov,
- pacient z ortopedskim pripomočkom (hodulja) prehodi pot do toaletnih prostorov.

3.3. Stanje ob odhodu

Pacient s pomočjo hodulje prehodi razdaljo do toaletnih prostorov. Ne potrebuje več pripomočkov za inkontinenco (pleničko).

4. GIBANJE

4.1 Stanje ob prihodu

Po navodilih zdravnika levo nogo manj obremenjuje, zato pri transferju z vozička na posteljo in obratno potrebuje pomoč medicinske sestre. Na fizioterapijo in do jedilnice ga vozijo medicinske sestre.

4.2 Aktualna negovalna diagnoza

Nesposobnost samostojnega gibanja zaradi zloma kolka in predpisane manjše obremenitve leve noge, kar se kaže z nestabilno hojo in s pomanjkanjem moči za hojo.

4.2.1 Cilji

Kratkoročni cilji:

- pacient bo aktivno sodeloval na fizioterapiji,

Dolgoročni cilji:

- pacient bo hodil samostojno ali z našo pomočjo,
- pacient bo prehodil pot do jedilnice.

4.2.2 Intervencije

Zdravstveno- vzgojno delo:

- pacienta smo vzpodbujali, za sodelovanje na fizioterapiji,
- pacientu smo pomagali pri hoji,
- pacienta smo nadzorovali med hojo od njegove sobe do jedilnice.

4.2.3 Vrednotenje:

- pacient je aktivno sodeloval na fizioterapiji,
- pacient hodi s pomočjo ortopedskega pripomočka (hodulje),
- pacient ne prehodi poti s hoduljo, od sobe do jedilnice, peljemo ga z invalidskim vozičkom.

4.3 Stanje ob odhodu

Pacient ob odhodu s hoduljo prehodi manjše razdalje.

5. SPANJE IN POČITEK

5.1. Stanje ob prihodu

Spanec ni kakovosten, ponoči se večkrat zbudi. Nепrekinjeno spi manj kot 3 ure.

5.2 Aktualna negovalna diagnoza

Prekinjeno trajanje ali kvaliteta spanca, kar se kaže z zaspanostjo in utrujenostjo.

5.2.1 Cilji:

- pacient bo spal neprekinjeno vsaj 3 ure na noč,
- pacient bo zjutraj spočít in naspan,
- pacient čez dan ne bo spal.

5.2.2 Intervencije:

- pred spanjem smo se s pacientom pogovorili,
- aplicirali smo mu zdravila po naročilu zdravnika,
- poskrbeli smo za dobro mikroklimo (zračenje in vlaženje zraka).

5.2.3 Vrednotenje:

- pacient se je po pogovoru boljše počutil,
- pacient spi ponoči neprekinjeno vsaj 3 ure,
- pacient je zjutraj spočit in naspan,
- pacient ne spi čez dan.

5.3. Stanje ob odhodu

Pacient spi ponoči neprekinjeno vsaj 3 ure.

6. OBLAČENJE, SLAČENJE

6.1 Stanje ob prihodu

Potrebuje pomoč pri oblačenju in slačenju, vendar sodeluje.

6.2. Aktualna negovalna diagnoza

Nezmožnost samostojnega oblačenja in slačenja hlač in nogavic, kar se kaže z bolečino kolku v omejeni gibljivosti.

6.2.1 Cilji

Kratkoročni cilji:

- pacient bo aktivno sodeloval pri oblačenju in slačenju hlač in nogavic.

Dolgoročni cilji:

- pacient bo samostojno oblekel in slekel oblačila,
- pacient se bo samostojno osebno uredil.

6.2.2 Intervencije:

- pacientu smo pomagali pri oblačenju in slačenju,
- pacientu smo pomagali pri osebnem urejanju.

6.2.3 Vrednotenje

Pacient si samostojno obleče in sleče oblačila.

6.3 Vrednotenje ob odhodu

Pacient se uredi samostojno. Obleče si zgornje in spodnje dele oblačil, prav tako nogavice in čevlje.

7. OHRANJANJE NORMALNE TELESNE TEMPERATURE

7.1 Stanje ob prihodu

Je v mejah priporočene vrednosti (do 37°). Na ta dan je bila telesna temperatura 36,8°, merjena aksilarno.

7.2 Potencialna negovalna diagnoza

Povišana telesna temperatura

7.2.1 Cilji:

- pacient v času bivanja v zdravilišču ne bo imel povišane telesne temperature.

7.2.2 Intervencije:

- poskrbeli smo za ustrezno mikroklimo (temperatura s sobi 20-20 °C, zračenje),
- poskrbeli smo za ustrezna oblačila.

7.2.3 Vrednotenje:

- pacient ni imel povišane telesne temperature.

7.3 Stanje ob odhodu

Pacient v času bivanja v zdravilišču ni imel povišane telesne temperature.

8. VZDRŽEVANJE TELESNE ČISTOČE

8.1. Stanje ob prihodu

Pacient rabi pomoč pri vzdrževanju telesne čistoče. Sam si umije obraz, roke in zobe. Spodnji del telesa in anogenitalno nego izvaja medicinska sestra. Potrebuje pomoč pri tuširanju. Koža je tanka in suha, na dotik hrapava. Sluznice so rožnate in primerno prekrvavljene.

8.2. Aktualna negovalna diagnoza

Nezmožnost samostojnega izvajanja osebne higiene zaradi slabše gibljivosti, kar se kaže v zmanjšani sposobnosti umivanja intimnega predela in nog ter nezmožnosti tuširanja.

8.2.1 Cilji

Kratkoročni cilji:

- pacient bo aktivno sodeloval pri izvajanju osebne higiene.

Dolgoročni cilji:

- pacient bo samostojno opravil osebno higieno pod nadzorom medicinske sestre,
- pacient se bo samostojno stuširal.

8.2.2 Intervencije:

- pacientu smo izvajali osebno nego,
- pacientu smo prinesli pripomočke (brisače, vodo, milo) za izvajanje intimnega predela telesa,
- pacienta smo nadzorovali med izvajanje osebne higiene.

8.2.3 Vrednotenje:

- pacient se samostojno uredi,
- pacient rabi nadzor med tuširanjem.

8.3. Stanje ob odhodu

Pacient samostojno izvaja celotno osebno nego. Potrebuje nadzor med tuširanjem.

9. IZOGIBANJE NEVARNOSTIM

9.1 Stanje ob prihodu

Zaveda se, da lahko zaradi nestabilnosti pade in se ponovno poškoduje, zato za pomoč pokliče medicinsko sestro.

Zaradi prejetja antikoagulantne terapije je nevarnost nastanka krvnih strdkov.

Pacientova kirurška rana je vstopno mesto mikroorganizmov, zato lahko pride do okužbe kirurške rane.

9.2 Potencialna negovalna diagnoza

Nevarnost poškodbe zaradi nestabilne hoje po zlomu kolka

9.2.1 Cilji:

- pacient se ne bo poškodoval,
- pacient bo prosil za pomoč,
- pacientu bomo pomagali pri transferjih,
- prilagodili bomo okolje (nedrseča tla).

9.2.2 Intervencije:

- pacientu smo namestili posteljno ograjico,
- pacientu smo pomagali pri transferjih,
- pacientu nas je prosil za pomoč, če jo je rabil,
- poskrbeli smo, da niso bila tla drseča.

9.2.3 Vrednotenje:

- pacient se ni poškodoval,
- pacient je poklical za pomoč.

9.2.4 Stanje ob odhodu

Pacient se med bivanjem v zdravilišču ni poškodoval.

9.3 Potencialna negovalna diagnoza

Nevarnost nastanka krvnega strdka zaradi operacije kolka in s tem slabša gibljivost.

9.3.1 Cilji:

- pri pacientu ne bo prišlo do nastanka krvnega strdka.

9.3.2 Intervencije:

- pacientu smo povijali noge z elastični povojem,
- pacientu smo, po naročilu zdravnika, aplicirali subcutano antikoagulantno terapijo.

9.3.3 Vrednotenje:

- pri pacientu se niso pojavili krvni strdki.

9.3.4 Stanje ob odhodu

Pri pacientu se niso pojavili krvni strdki.

9.4 Potencialna negovalna diagnoza

Nevarnost infekcije zaradi kirurške rane.

9.4.1 Cilji:

- ne bo prišlo do infekcije kirurške rane,
- kirurško rano bomo opazovali in negovali.

9.4.2 Intervencije:

- kirurško rano smo opazovali in jo ustrezno negovali.

9.4.3 Vrednotenje:

- ni prišlo do infekcije kirurške rane

9.4.4 Stanje ob odhodu

Ni prišlo do okužbe kirurške rane.

10. KOMUNIKACIJA

10.1 Stanje ob prihodu

Je zelo komunikativna oseba in dobro komunicira z osebjem in s sostanovalcem. Zaradi slabšega sluha je treba govoriti glasneje.

10.2 Potencialna negovalna diagnoza

Otežena komunikacija zaradi slabšega sluha levega ušesa

10.2.1 Cilji:

- pacient bo nemoteno komuniciral.

10.2.2 Intervencije

Zdravstveno - vzgojno delo :

- pacientu razložimo, da naj pred pričetkom komunikacije sogovorniku pove, da na levo uho slabše sliši,
- pacient prosi za ponovitev besed, ki jih ni slišal.

10.2.3 Vrednotenje:

- pacient je upošteval naša navodila,
- pacient nemoteno komunicira.

10.3. Stanje ob odhodu

Pacient je, kljub slabšemu sluhu, z vsemi osebami v svoji okolici dobro komuniciral.

11. OPRAVLJANJE VERSKIH OBREDOV

11.1 Stanje ob prihodu

Pacient pove, da je krščen, vendar ne opravlja verskih obredov.

12. DELO, USTVARJALNA ZAPOSLOVANJE

12.1 Stanje ob prihodu

Zaradi trenutne nastavitve v zdravilišču, ne more opravljati nobenega dela.

12.2 Stanje ob odhodu

Pacient je aktivno sodeloval na fizioterapiji.

13. REKREACIJA, RAZVEDRILO

13.1 Stanje ob prihodu

Pacient pove, da rad poslušata poročila, bere časopis, se družita s svojci in prijatelji ter igra karte tarok.

13.2 Stanje ob odhodu

Pacient je v času bivanja v zdravilišču bral časopis, poslušal poročila, se družil s svojci in družinskimi prijatelji ter se aktivno udeleževal vaj na fizioterapiji.

14. UČENJE

14.1 Stanje ob prihodu

Pove, da se je pripravljen učiti novih veščin.

14.2 Stanje ob odhodu

Pacient je, kljub visoki starosti, zainteresirano upošteval navodila in si jih tudi zapomnil.

4 RAZPRAVA

V starosti postajajo kosti zaradi različnih razlogov in dejavnikov krhkejše in šibkejše. Vsak padec je nevaren, saj lahko posledično povzroči zlom kosti. Več kot polovica žensk in četrtnina moških starejših od 50 let doživi zlom kosti. Posledice so zelo resne, še posebej pri zlomu kolka. Kot je pokazala švedska raziskava, lahko za svoje zdravje veliko naredimo sami. Z ustrezno in redno fizično dejavnostjo lahko vplivamo na krepitev skeleta in povečanje mišične mase. Telo na ta način ohrani gibljivost in ravnotežje, hkrati pa so močne kosti tudi odpornejše za nastanek travmatskih zlomov.

Med letoma 1970 in 1973 so na Švedskem naredili raziskavo o pomenu fizične aktivnosti v prostem času in o nevarnosti zlomov pri moških. Vključenih je bilo 2205 moških, starih med 49 in 51 let. Anketirancem so postavili vprašalnik o fizični aktivnosti izven delovnega časa, poleg tega pa tudi, če uživajo tobak in alkohol. Enaka vprašanja so jim zastavili še pri 60-ih, 70-ih, 77-ih in 82-ih letih. Razvrstili so jih v tri skupine, anketirance, ki veliko sedijo, anketirance, ki v prostem času hodijo na sprehode in kolesarijo, ter anketirance, ki se tri ure na teden aktivno udeležujejo športnih aktivnosti. Od skupno 428 zlomov je bilo od tega 134 zlomov kolka. Zlom je utrpelo 20 % anketirancev, ki so bili v skupini najmanj aktivnih. V skupini srednje aktivnih je zlom utrpelo 13 % anketirancev. Najmanj, 8 % zlomov, so utrpeli anketiranci, ki so bili uvrščeni med visoko aktivne. Raziskava se je zaključila konec leta 2006, ko je bilo živih še 530 udeležencev.

Če vse skupaj povzamemo, lahko presodimo, da se možnost nastanka za zlom kolka zmanjšuje s fizično aktivnostjo (26).

Zdravstveno-vzgojno delo ima pomembno vlogo pri osveščanju in širjenju koncepta, da je preventiva boljša od kurative. Ta se začne že s priporočili o preventivi padcev. Veliko padcev se zgodi ravno v domačem okolju, ki ga starostnik najboljše pozna in ga lahko prilagaja. Zato je potrebno osveščanje o ustrezni obutvi, odstranitvi vseh talnih ovir, o nevarnosti mokrih tal, uporabi pripomočkov za hojo in o pozornosti na domače živali. Svetuje se tudi merjenje kostne gostote, še posebej po sedemdesetem letu.

Prve dni je bil skoraj pri vseh življenjskih aktivnostih odvisen od zdravstvenega osebja. Problem se je pojavil, ker pacient ni hotel opravljati potrebe v nočno posodo, ampak je želel imeti nameščen pripomoček za inkontinenco. Razmere so se uredile že po nekaj dnevih, ko je lahko s hoduljo varno prišel do toaletnih prostorov. Pot do fizioterapije in jedilnice je predolga, da bi jo lahko prehodil s hoduljo, zato smo ga vozili z invalidskim vozičkom. V nekaj dnevih se je uredil tudi vzorec spanja, tako da je pacient neprekinjeno spal vsaj tri ure ali več. Težave je imel tudi pri oblačenju in slačenju spodnjih delov oblačil ter nogavic. Prvotno je bil popolnoma odvisen od naše pomoči, ob odhodu je lahko samostojno skrbel za osebno higieno in osebni urejenosti, rabil je le nadzor med tuširanjem

Poškodba kolka je pacientu spremenila življenje, saj pri določenih aktivnostih ni več popolnoma samostojen. Zaradi omejene gibljivosti bo v domači oskrbi potreboval pomoč pri nakupu hrane, plačevanju računov, pri tuširanju in še nekaterih opravilih. Pacient pa je kljub svoji starosti aktivno sodeloval na fizioterapiji in se naučil vseh veščin za lažje opravljanje osnovnih aktivnosti. Prav tako je obljubil, da bo tudi doma skrbel za rekreacijo. Pacientova fizična aktivnost je veliko pripomogla k relativno hitri rehabilitaciji. Aktivna preteklost in dobro ohranjene kognitivne sposobnosti so bile pomemben dejavnik pri ohranjanju visoke stopnje motiviranosti.

5 SKLEP

Odstotek starostnikov se v primerjavi z ostalo populacijo nenehno povečuje. Starost in z njo povezane tegobe so del vsakdana sodobne družbe. Zlom kolka je ena od pogostih poškodb, ki doleti velik odstotek starostnikov. Travmatska izkušnja starostnika pogosto iztrga iz domačega okolja in aktivnega življenja. Pogosto se povsem nemočen oz. odvisen znajde v bolnišničnem okolju. Tam se kot zelo pomemben element ohranitve in izboljšanja življenjskih aktivnosti ter zdravljenja in rehabilitacije pokaže zdravstvena nega. Medicinska sestra in ostali člani zdravstveno negovalnega tima pacienta spremljamo v vseh fazah zdravljenja in rehabilitacije.

Medicinska sestra je ena izmed prvih oseb, ki ima stik s pacientom že v bolnišnici. Prav tako je njegova koordinatorica v času rehabilitacije. V času okrevanja medicinska sestra zamenja več vlog. Najpogosteje se pojavlja v vlogi učiteljice, zagovornice, zaupnice in tudi psihoterapevke. Je tudi del rehabilitacijskega tima, ki ima največ stika s pacientom in ostalim članom posreduje pomembne informacije. S pomočjo vseh strokovnjakov sproti ocenjuje posameznikov napredek. Moramo se zavedati, da je vsak starostnik edinstven, zato zdravstveno nego načrtujemo vedno individualno, in sicer v skladu z njegovimi dejanskimi potrebami.

Skozi celoten proces zdravstvene nege se od medicinske sestre zahtevajo ustrezne psihofizične sposobnosti in osebnostne lastnosti, ki omogočajo human odnos do pacienta, sodelavcev in družbene skupnosti. Strokovno znanje, natančnost, sposobnost kritičnega presojanja, ustvarjalno reševanje problemov, komunikativnost in primerna stopnja optimizma so pogoj za uspešno opravljanje zdravstvene nege.

Komunikacija med pacientom in medicinsko sestro ima velik pomen. Pomembna sta je prvi stik in vtis, ki ga naredimo na osebo, ko se ta nenadoma znajde v povsem tujem okolju. Z znanjem, izkušnjami in s profesionalnim odnosom moramo biti sposobni vzpostaviti zaupen odnos, skozi katerega bomo spoznali morebitne strahove, dvome in tudi pričakovanja našega pacienta. Starostnik, ki je zelo navezan na domače okolje in pri katerem so njegove kognitivne sposobnosti zaradi starostnih sprememb in načina življenja v upadanju, se ob prihodu v tuje okolje pogosto vede agresivno in odklonilno. Pomembno je, da to zaznamo ob prvem stiku in s toplim odnosom

pridobimo zaupanje. Pri tem je izjemnega pomena neverbalna komunikacija, saj lahko le s pogledom, kretnjo ali korakom izgubimo pacientovo zaupanje in možnost za uspešno sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji. Vodilo naj nam bo rek: »Lepa beseda lepo mesto najde.«

Pacient, ki smo ga obravnavali je v oskrbo prišel povsem odvisen od tuje pomoči. Z dobro rehabilitacijo in zdravstveno nego je ob odhodu potreboval le hoduljo in pomoč pri tuširanju. Kljub svojim 93 letom bo lahko skrbel zase samostojno oziroma le z občasno pomočjo. To je velik dosežek, rezultat učinkovitega odnosa z zdravstvenim osebjem, visoke motivacije in psihofizične kondicije.

S študijo primera sem se odločila prikazati, da je lahko življenje starostnika, kljub poškodbi kolka, kvalitetno. Pacient se je moral prilagoditi novemu načinu življenja in se odpovedati določenim aktivnostim, ki jih lahko opravljajo zdravi ljudje. Vendar mu je ob pomoči strokovnjakov uspelo doseči visoko stopnjo samostojnosti. Iz tega dejstva lahko razberemo, da je kakovostna rehabilitacija zelo pomembna, kljub temu da se je pacient poškodoval pri svojih 93-ih letih.

Pacient, ki sem ga obravnavala me je v prvih dneh rehabilitacije vprašal:« Medicinska sestra ali bom še lahko kdaj hodil?« Žal takrat nisem poznala odgovora na njegovo vprašanje, prav tako ne bi bilo pošteno dajati pacientu lažnega upanja. Zato se velikokrat medicinska sestra znajde v precepu med željo po uspehu in samopotrditvi na eni strani ter med popolno vdajo, obupom in apatijo na drugi strani. Dober odnos, sodelovanje in pacientova motivacija so bili zame uspeh in skupaj s pacientom sem se veselila najmanjšega napredka.

6 VIRI IN LITERATURA

- 1 Članek dostopen na spletni strani: <http://vestnik.szd.si/st4-12/933-937.pdf> <5.12.2009>
- 2 Craik RL. Disability following hip fracture. *Phys Ter* 1994:387-398
- 3 Marn-Vukadinović D. Napotitev za nadaljno rehabilitacijo po zlomu kolka. Zbornik predavanj strokovnega posveta. Laško, 2003:23-27
- 4 Acceto B. Starost in staranje V: Osnove medicinske gerontologije. Ljubljana, 1967
- 5 Pentek M. Značilnosti staranja in možnosti vplivanja na dejavnike tveganja. V: Hojnik-Zupanc I. Dodajmo življenje letom. Gerontološko društvo. Ljubljana, 1997:45-58
- 6 Smrkolj V., Komadina R. Gerontološka travmatologija Celje, 2004
- 7 Andrews K. Rehabilitation of older adult. Repr.London (etc.):Edvard Arnold, 1991: 84-93
- 8 Kastenbaum R. Staranje. Murska Sobota, 1985:26-50
- 9 Bilban M., Turk J. V mladosti misli na starost : [da bodo tudi poznejša leta zdrava in prijetna]. Ljubljana : Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 1998
- 10 Saunders M., Ashworth B. Management of neurological disorders. Butterworth & Co. (Publishers) Ltd, 1985:36-42
- 11 Požarnik H. Kako ohranimo duševno zdravje. Ljubljana, 1978:240-255
- 12 Pečjak V. Psihologija staranja. Bled, 2007:25-45
- 13 Herman S., Bolezni kolka pri odraslem, Ljubljana,1995:13-20
- 14 Kanle W., Leonardth H., Platzer W. Color Atlas /Text of Human Anatomy, Locomotor system. Stuttgart, 1986
- 15 Dahmane R. Ilustrirana anatomija. 2. izdaja. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 2005.

- 16 Smrkolj V. in sod. Kirurgija. Ljubljana, 1995:629-635
- 17 Parker VT. Mc Collum EC. Fracture of hip. In: Saniston DC, editor. Textbook of surgery. Philadelphia:Saunders,1997:13-21
- 18 Turk Z. Fizikalna in rehabilitacijska medicina. Maribor, 2002:11-22
- 19 Cibic D. Mali leksikon terminoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenija - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999
- 20 Hajdinjak A., Meglič R. Sodobna zdravstvena nega, Ljubljana, 2006: 9-61
- 21 Gordon M. Negovalne diagnoze - priročnik. Maribor, december 2003
- 22 Železnik D., Ivanuša A. Standardi zdravstvene nege bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2003
- 23 Hren M., Posebnosti rehabilitacijske zdravstvene nege, Inštitut RS za rehabilitacijo. Ljubljana, 2001: 7-9
- 24 Mandić V. Pristop k rehabilitaciji starejših oseb. Brejc T.ur. Simpozij o rehabilitaciji starejših oseb. Zbornik prispevkov. Ljubljana, 1986: 12-14
- 25 Henderson V., Osnovna načela zdravstvene nege. Ljubljana, 1998
- 26 Članek dostopen na spletni strani:
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040199>.
<15.1.2010>