

**UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA**

**ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA PO OPERACIJI
KOLKA**

**HEALTH CARE OF THE PATIENT FOLLOWING THE HIP
SURGERY**

Študent: MARTINA FRANČEŠKIN

Mentor: mag. DANICA ŽELEZNIK

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

IZOLA, OKTOBER, 2005

KAZALO

1	UVOD	6
2	ANATOMIJA KOLČNEGA SKLEPA IN PROKSIMALNEGA DELA STEGLENICE	8
2.1	Arterijska preskrba proksimalnega dela stegnenice	9
2.2	Razdelitev zlomov	10
2.2.1	Zlomi glave stegnenice	10
2.2.2	Zlomi vratu stegnenice	11
3	VZROKI ZA NASTANEK ZLOMOV KOLKA	14
3.1	Osteoporoza	14
3.2	Padec	14
3.3	Pridružene bolezni in motnje	16
4	ZDRAVLJENJE ZLOMOV KOLKA	17
4.1	Konzervativno zdravljenje	17
4.2	Operativno zdravljenje	18
4.2.1	Položaj pacienta z zlomljenim kolkom na ekstenzijski mizi	19
4.2.2	Operativni postopek	19
5	ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z ZLOMOM KOLKA	21
5.1	Teoretična izhodišča	21
5.2	Sprejem bolnika z zlomom kolka	22
5.2.1	Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi	22
5.2.2	Analiza podatkov in oblikovanje negovalnih diagnoz	24
5.3	Načrtovanje zdravstvene nege	26
5.3.1	Določanje prednostne negovalne diagnoze	27
5.3.2	Pričakovani uspehi	27
5.3.3	Bolnikove zmožnosti in sodelovanje	28
5.3.4	Izbira negovalnih intervencij	28
5.3.5	Kadri, materiali, prostor, čas	28
5.4	Izvajanje zdravstvene nege	28
5.5	Vrednotenje zdravstvene nege	29
5.6	Priprava pacienta z zlomom kolka na operacijo	30
5.6.1	Psihična priprava	30
5.6.2	Fizična priprava	32
5.6.2.1	Priprava organov in organskih sistemov	32
5.6.2.2	Priprava prebavnega trakta	32
5.6.2.3	Priprava respiratornega trakta	32
5.6.2.4	Priprava kardiovaskularnega sistema	33
5.6.2.5	Priprava uropoetskega trakta	33
5.6.3	Vzpostavitev homeostaze	34

5.6.4	Nega bolnika na dan pred operacijo	34
5.6.4.1	Ocena bolnikovega stanja	34
5.6.4.2	Higienska oskrba	35
5.6.4.3	Priprava operativnega polja	35
5.6.4.4	Ureditev dokumentacije	35
5.6.5	Zdravstvena nega bolnika na dan operacije	35
5.6.5.1	Ocena stanja	35
5.6.5.2	Jutranja nega	35
5.6.5.3	Priprava operativnega polja	36
5.6.5.4	Opravila z bolnikovimi osebnimi predmeti	36
5.6.5.5	Označitev bolnika	36
5.6.5.6	Transport bolnika	36
5.7	Zapleti povezani z zlomom in operativno oskrbo	36
5.8	Zdravstvena nega bolnika z zlomom kolka-študija primera	37
5.8.1	Negovalna anamneza	38
5.8.2	Socialna anamneza	38
5.8.3	Psihična priprava	38
5.8.4	Gibanje	38
5.8.5	Skrb za čistočo in urejenost	39
5.8.6	Odvajanje	40
5.8.7	Prehranjevanje	40
5.8.8	Dihanje	41
5.8.9	Telesna temperatura	41
5.8.10	Spanje in počitek	41
5.8.11	Komuniciranje	42
5.8.12	Koristno delo in rekreacija	42
5.8.13	Rehabilitacija	42
5.9	Zdravstvena vzgoja	43
6	REHABILITACIJA	45
6.1	Rehabilitacijski cilji	45
6.2	Vloga medicinske sestre v rehabilitaciji	46

SKLEP

VIRI IN LITERATURA

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz spremembe kolodafiznega kota od novorojenčka do starosti.	8
Slika 2: Žilna anatomija glave in vratu stegenice.	9
Slika 3: Zlomi glave stegenice po Pikinu.	11
Slika 4: Zlomi vratu stegenice.	11
Slika 5: Zlomi stegneničnega vratu po Gradenu.	12
Slika 6: Zlom stegneničnega vratu po Pawelsu.	12
Slika 7: Razdelitev zlomov vratu stegenice po Bohlerju.	13

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

O zlomih govorimo, kadar gre za prekinitev kontinuitete kostnega tkiva. Zlomi se zdravijo s konzervativnimi in operativnimi metodami. O zlomu kolka največkrat govorimo, kadar gre za zlom proksimalnega dela stegenice. Zaradi značilnih kostnih sprememb v starosti, so ti zlomi značilni za starostnike.

Zlomi kolka se redko zdravijo konzervativno, da bi dobo zdravljenja skrajšali, je terapija teh zlomov največkrat operativna. Bistvenega pomena je predoperativna priprava bolnika, saj nam ta zagotavlja dober uspeh operacije. Operativno zdravljenje zlomov kolka se zaključi s skrbno postoperativno zdravstveno nego bolnika.

Diplomska naloga predstavlja zdravstveno nego bolnika po operaciji kolka po sodobni metodi dela in izpostavlja najpogostejše negovalne diagnoze pri pripravi bolnika na operacijo, kakor tudi po operativnem posegu.

Ključne besede: kolk, zlom, zdravstvena nega.

ABSTRACT AND KEYWORDS

We can speak about fractures in case of disconnection of continuity of bony tissue. Fractures are treated by conservative and operative methods. Due to distinctive bony changes in old age, these fractures are typical for elderly people. The preoperative preparation of the patient is of essential importance, since it guarantees a successful operation.

The purpose of this dissertation is to present the health care of a patient after the operation of the hip joint, his rehabilitation and health education. The main purpose of health education is mostly instructing, informing and educating the active population about the healthy way of life, as well as informing and educating them about the risk factors.

This paper treats the health care of the patient that follows the hip surgery using modern working methods while focusing on the most common nursing diagnosis for preparing the patient for surgery as well as on postoperative course of treatment.

Keywords: hip, fracture, health care

1 UVOD

Zdravstvena nega je znanost o tem, kako pomagati in skrbeti za človeka v stanju zdravja in bolezni, v času neodvisnosti in v času, ko potrebujemo pomoč pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Zdravstvena nega je edina disciplina, katere osrednja in temeljna naloga je skrb za človeka in po tej nalogi se razlikuje od drugih disciplin (17). Skrb postavlja v jedro svojih aktivnosti, kar ji daje pravico do obstanka, in sicer ne glede na specifične zdravstvene potrebe.

Zdravstvena nega je kreativna disciplina, saj zdravstveno nego individualiziramo in jo prilagodimo posameznemu varovancu. Medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege, ki po metodi procesa zdravstvene nege ugotavlja, načrtuje, izvaja, nadzira in vrednoti (14). Na področju zdravstvene nege ima medicinska sestra samostojno funkcijo pri zdravstveni negi zdravih in bolnih posameznikov, družin in skupin ter soodvisno funkcijo, ko sodeluje v diagnostično terapevtskem procesu.

V diplomski nalogi sem predstavila pripravo na operacijo kolčnega sklepa, prednostne negovalne diagnoze, zdravstveno nego po operaciji, rehabilitacijo ter zdravstveno vzgojo.

Pri pripravi bolnika na operacijo kolka je zelo pomembna psihična priprava, priprava posameznih organov in organskih sistemov, vzpostavitev homeostaze, zdravstvena nega na dan pred operacijo ter zdravstvena nega na dan operacije. Zlom kolka je nenadna poškodba, katere ni mogoče vnaprej predvideti, zato moramo biti še posebej pozorni na bolnikovo reakcijo na stres, saj duševni stres pogojuje in spodbuja že prisotne bolezni.

Za lažjo predstavitev negovalnih diagnoz sem izbrala praktičen primer, katerega sem opisala v nadaljevanju.

Poglaviten cilj zdravstvene nege po operaciji je doseči najboljšo možno raven zdravja. Zdravstvena nega po operaciji kolka poudarja lastno oskrbo, saj je bolnik v veliki meri odgovoren za vzdrževanje lastnega zdravja. Za doseganje zastavljenih ciljev lahko medicinska sestra nudi pomoč na različne načine. Če medicinska sestra ugotovi, da je motena ali nezadovoljiva lastna oskrba bolnika, mu na tem področju nudi pomoč, lahko mu svetuje, ga motivira ter poučuje glede zdravstvene nege.

Za takšno temo diplomskega dela sem se med drugim odločila tudi zato, ker predstavlja staranje prebivalstva vedno večji zdravstveni problem in s tem posledično vedno več posledičnih padcev, zlomov, itd. Raziskave so pokazale, da se zlom kolka najpogosteje pojavlja pri ženskah po 65. letu starosti in je dvakrat pogostejši pri svetlopoltih ženskah kot pri temnopoltih. Pomemben vzrok za pogostejši zlom kolka pri starejših in še posebno pri ženskah je osteoporozna. Pri osteoporozi je pomembno zgodnje odkrivanje ter preprečevanje, še posebej pri ženskah v menopavzi ter po njej, saj imamo ženske 13% kostne mase manj kot moški, ter po 50 letu izgublamo 1% kostne mase letno, medtem, ko moški le 0,4% letno (23). Zaradi tako jasno izraženih dejstev je zdravstvena vzgoja aktivne populacije bistvenega pomena za zmanjševanje posledičnih padcev.

Zlome kolka se zdravi konzervativno in operativno. Za kateri način zdravljenja se odločijo je odvisno od vrste in lokalizacije zlomov, od psihofizičnega stanja in starosti poškodovanca ter od stanja kolčnega sklepa. Pri poškodbah kolka se je pokazalo, da je konzervativno zdravljenje združeno s toliko zapletmi, da kratkotrajna operativna travma poškodovanca prizadene manj, kot zdravljenje z opornico in 6-8 tedensko ležanje v postelji. Konzervativno zdravljenje zahteva dolgotrajno ležanje, ki sproži veliko zdravstvenih zapletov z visokim odstotkom smrtnosti in slabimi rehabilitacijskimi rezultati. Takojšnje operativno zdravljenje je poglaviti način, da rešimo starostnika bolečin in dolgotrajnega ležanja.

Kljub razvitim in zapletenim operativnim procesom zlomov kolka, doseže stanje gibljivosti in funkcionalne neodvisnosti pred zlomom le 12-23% poškodovancev. Smrtnost v prvih 12 mesecih po zlomu je 12-20% višja kot pri primerjalni skupini enake starosti in spola širše populacije (27).

Za uspešno zdravljenje zlomov in učinkovito postoperativno rehabilitacijo je zelo pomembno, da ima medicinska sestra osnovo anatomsko in fiziološko znanje o poznavanju vrste in mehanizme poškodbe. Medicinska sestra mora poznati najbolj pogoste kirurške postopke zdravljenja sklepnih bolezni in deformacij.

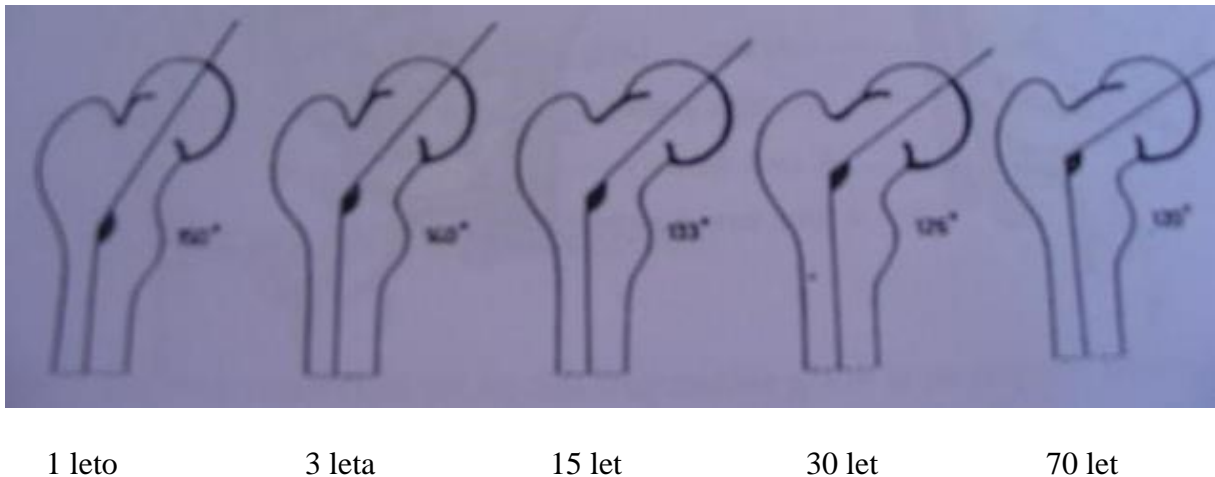
2 ANATOMIJA KOLČNEGA SKLEPA IN PROKSIMALNEGA DELA STEGNEENICE

Stegnenica je najdaljša in najmočnejša kost v telesu. Sega od kolka do kolena. Kost je cevasta, ima deblo in dve končavi. Stegnenica ima na proksimalnem delu glavico. Glavo veže z deblom kosti dolg, poševen vrat. Glava z vratom tvori proti diafizi kot. Ob stiku debla in vratu je na lateralni strani stegenice trohanter maior (velika grča), ki jo razločno tipljemo pod kožo na lateralni strani kolka. Na dorzalni strani stika vratu z deblom štrli trohanter minor (mala grča). Glavica stegenice artikulira v acetabulumu in tvori kolčni sklep.

Articulatio coxae sestavljata glava stegenice in sklepna ponev kolčnice, ki jo povečuje labrum acetabulare in ligamentum transversum acetabuli. Sklepna ovojnica je krepka in je pripeta na rob acetabula, spredaj se na stegenico prirašča v intertrohanterni liniji, zadaj pa na sredini vratu. Na stegenici je ovojnica zadebeljena kot zona orbicularis. Sklepno ovojnico ojačujejo iliofemuralni, ishiofemuralni in pubofemoralni ligament.

Na veliko grčo so naraščeni tetivni deli mišic gluteus medius, gluteus minimus, piriformis, obturator internus, quadratus femoris in gemelli. Na malo grčo se narašča tetiva mišice ileopsoas, med obema grčama na zadnji strani pa je narastišče mišice gluteus maximus.

Glava in vrat stegenice oblikujeta z diafizo stegenice kolodiafizami kot, ki se spreminja glede na starost (slika 1). Tako pri dojenčkih meri 150° , pri odraslem običajno ni manjši od 120° in ne večji od 135° , pri starostnikih pa lahko meri celo 120° (18).



SLIKA 1: Prikaz spremembe kolodiafznega kota od novorojenčka do starosti. (Vir: Kozina S, Smrke D, 1999.)

Kolčni sklep je kroglast sklep. Takšna struktura sklepa omogoča gibe v vse smeri. Možni gibi v kolčnem sklepu:

- fleksija ali upogibanje naprej,

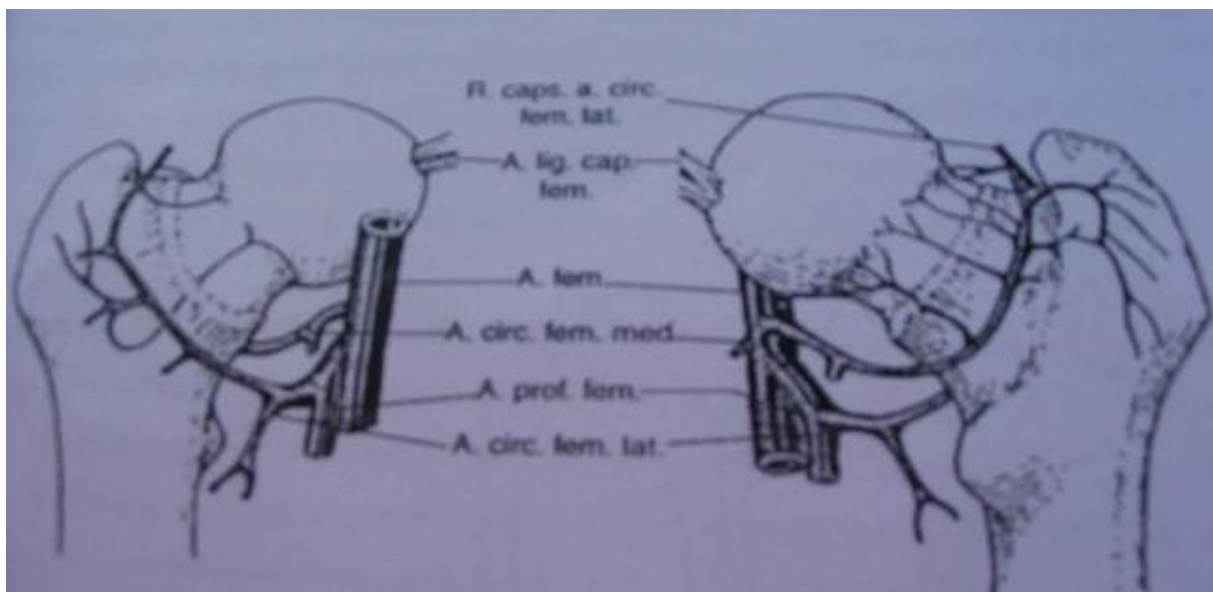
- ekstenzija ali upogibanje nazaj,
- abdukcija ali odmikanje,
- addukcija ali primikanje,
- rotacija ali obračanje okoli vzdolžne osi.

2.1 Arterijska preskrba proksimalnega dela stegenice

Pri zlomih vratu stegenice ima arterijska preskrba zelo pomembno vlogo, saj prekinitvev teh žil pripelje do avaskularne nekroze glave stegenice.

Arterijska preskrba tega področja je razdeljena v tri skupine (18):

- Eksrakapsularni arterijski obroč, ki se nahaja na bazi vratu stegenice. Zadaj ga tvori arteria circumflexa femoris medialis, spredaj pa arteria circumflexa femoris lateralis. Obe arteriji sta veji arterie profunde femoris, ki je glavna stranska veja arterie femoralis.
- Ascendirajoče vratne veje, ki izhajajo iz eksrakapsularnega arterijskega obroča in potekajo na vratu stegenice. Spredaj prehajajo skozi kapsulo v intertrohanterni liniji, zadaj pa pod orbikularno cono. Ob roku sklepnega hrustanca tvorijo te veje subsinovijski intraartikularni arterijski obroč, iz katerega izhajajo epifizne arterie za prehrano glave stegenice.
- Arteria ligamenti teretis (ligament capitis femoralis) je veja arterie obturatoriae in je odgovorna le za del arterijske preskrbe glave stegenice. Anastomozira z drugimi arterijami, ki prehranjujejo proksimalni del stegenice.



SLIKA 2: Žilna anatomija glave in vratu stegenice.
(Vir: Kozina S, Smrke D, 1999.)

2.2 Razdelitev zlomov

Zlom kolka, največkrat zlom proksimalnega dela stegenice, nastane pri padcu na bok ali ud. Pri mlajših je vzrok največkrat padec z višine. Največ zlomov proksimalnega dela stegenice pa je pri starejših osebah in so posledice tako imenovane male travme npr. padec iz stola, s postelje ali korak v prazno. Pri starejših osebah je velikokrat vzrok padca nek endogeni faktor npr. cerebrovaskularni insult, oslabljen vid, diabetes, katerega posledica je padec in s tem poškodba kolka. Eden zelo pomembnih faktorjev, ki vplivajo na nastanek zloma je tudi osteoporoza, za katero je značilno, da kosti postanejo manj elastične in bolj krhke. S tem v zvezi je tudi podatek, da je zlom kolka pogostejši pri ženskah kot pri moških in sicer v razmerju 80:20. Osteoporoza je pri ženskah pogostejša zaradi porušenega hormonskega ravnovesja v meniju.

Z izboljšanjem življenjskih razmer narašča povprečna starost prebivalstva in s tem se viša število ljudi starejših od 60 let. Zaradi tega tudi incidenca zlomov kolka iz leta v leto narašča.

Zlome zgornjega dela stegenice razdelimo na več načinov (19):

- A. Glede na anatomsko sestavo skeleta zgornjega dela stegenice:
 1. zlomi glave
 2. zlomi vratu
 3. zlomi v trohanternem predelu:
 - pertrohanterni (skozi oba trohantra)
 - intertrohanterni (med trohantrama)
 - subtrohanterni (pod trohantrom)
- B. Glede na odnos med sklepno ovojnico in lokalizacijo zloma:
 1. znotraj sklepni zlomi (zlomi glave in vratu)
 2. zunajsklepni zlomi (zlomi v trohanternem predelu)
- C. Glede na prekinitev kortikalne kosti:
 1. popolni zlom (če sta prekinjene obe lamini kortikolis)
 2. nepopolni zlom (če je prekinjena le ena)
- D. Glede na medsebojni odnos zlomljenih delov kosti:
 1. nepremaknjen zlom (ni premika delov kosti)
 2. premaknjen zlom (deli kosti so med seboj premaknjeni)
- E. Glede na število delov kosti:
 1. dvodelni zlom (dva dela kosti)
 2. zdobljen zlom (najmanj trije deli kosti)

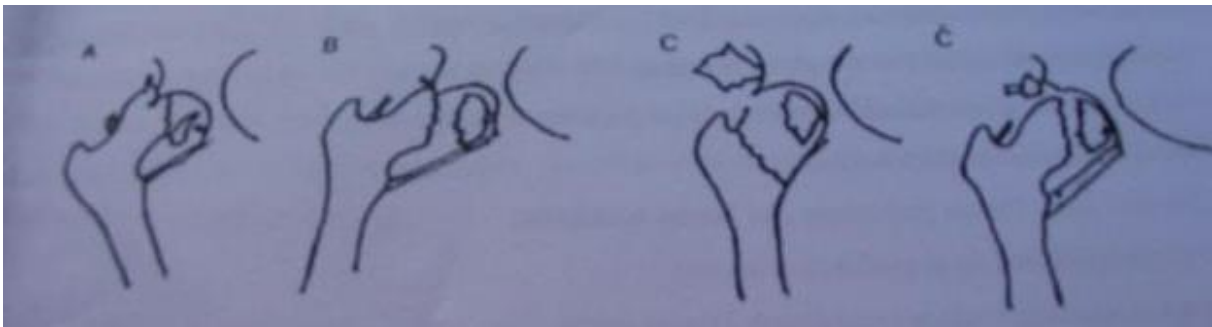
2.2.1 Zlomi glave stegenice

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

Zlom dela glave nastane vedno pri izpahu glave in udarca te ob rob acetabula, zato je vedno poškodovana tudi sklepna ovojnica in vezi okoli sklepa (19). Zlom glave z raztrganino

sklepne ovojnice je prvič opisal Birket leta 1896, Pikin je te zlome leta 1957 razdelil v štiri tipe:

- A. Izpah v kolku z odtrganjem (obrupcijo) spodnjega dela glave stegenice, medialni delec kosti se ponavadi v sklepu obrne za 180°.
- B. Stanje po izpahu v kolku s sagitalno potekajočim zlomom v sredini glave. Ob pregledu je ponavadi izpah že naravnan (reponiran). Medialni delec kosti je na pravem mestu.
- C. Stanje po izpahu v kolku z izbitim delom vratu. Medialni del kosti je na pravem mestu.
- Č. Stanje po izpahu v kolku s sagitalno potekajočim zlomom glave in odbito streho acetabuluma.



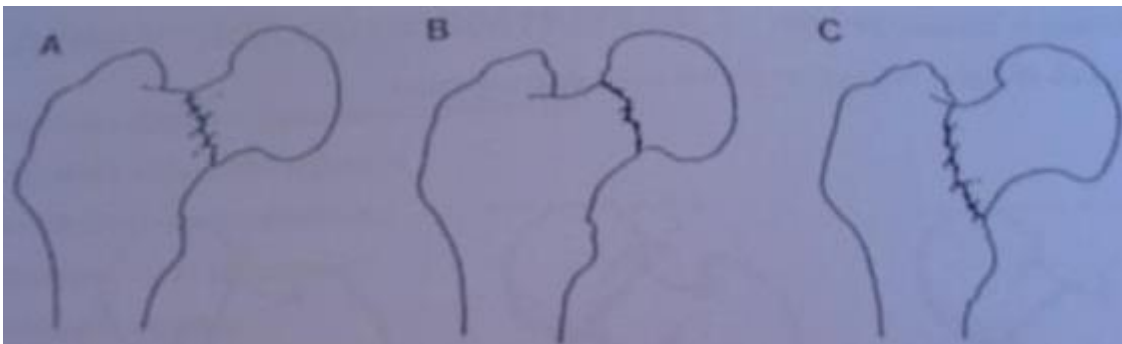
SLIKA 3: Zlomi glave stegenice po Pkinu.
(Vir. Smrkolj V. 1989)

2.2.2 Zlomi vratu stegenice

Ločimo več razdelitev zlomov vratu stegenic:

1. Glede na mesto zloma na vratu stegenice jih delimo na:

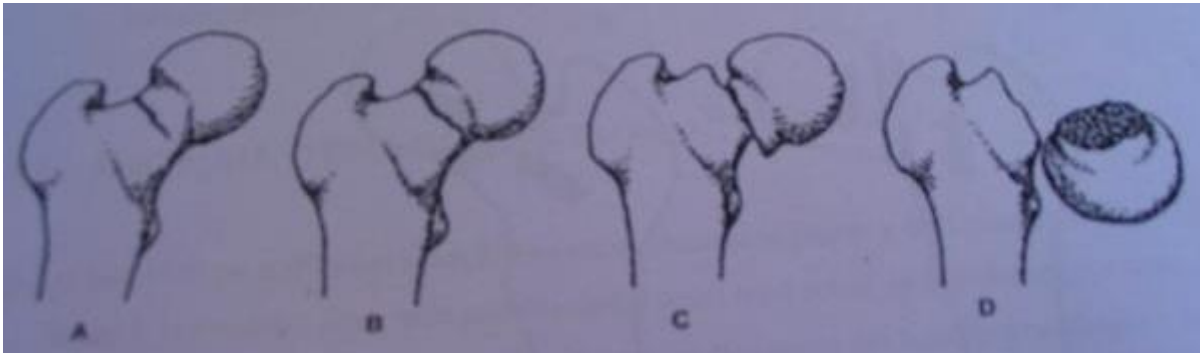
- A. transcervikalne,
- B. medialne ali subkapitalne, ki se nahajajo tik pod glavo stegenice,
- C. lateralne ali bazicervikalne.



SLIKA 4: Zlomi vratu stegenice
(Vir: Kozina S, Smrke D, 1999)

2. Glede na premik glave stegenice delimo zlome po Gardnu (18):

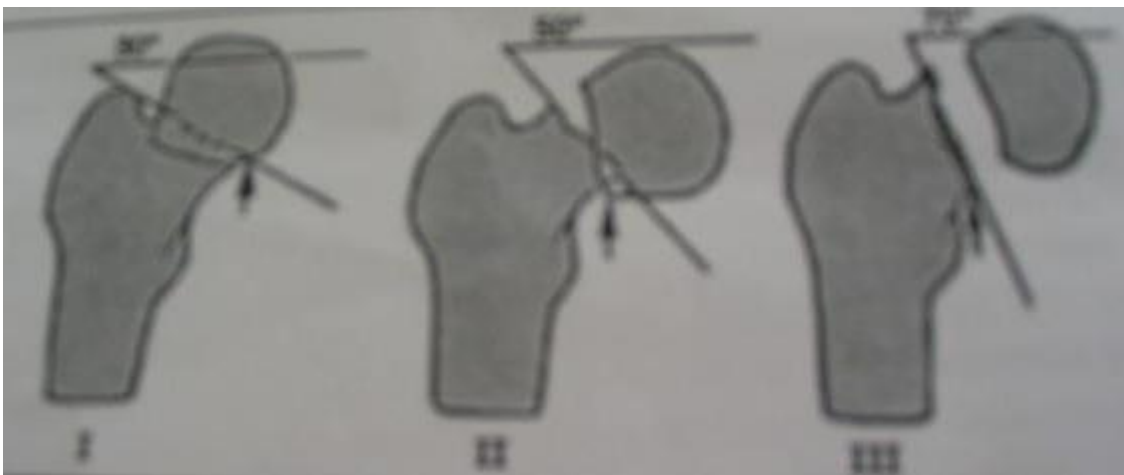
- A. nepopoln zlom, kjer je prelomljena le ena kortikalna kost,
- B. popoln zlom brez premika odlomka,
- C. zlom z delnim premikom glave stegenic, tako, da je njena lomna ploskev vzporedna z vzdolžno osjo stegenice,
- D. zlom z zasukanjem glave stegenice, tako, da je njena lomna ploskev pravokotna na vzdolžno os stegenice.



SLIKA 5: Zlomi stegneničnega vratu po Gardenu.
(Vir:Kozina S, Smrke D, 1999)

3. Glede na kot, ki ga oblikuje smer zloma s črto, ki poteka skozi najbolj proksimalno točko na glavi stegenice, delimo zlome po Pawelsu (7):

- A. kot je manjši od 30° in vlek mišic zlom zaklini, impaktira,
- B. kot meri $30^\circ - 70^\circ$,
- C. kot je večji od 70° in vlek mišic zlom premakne,

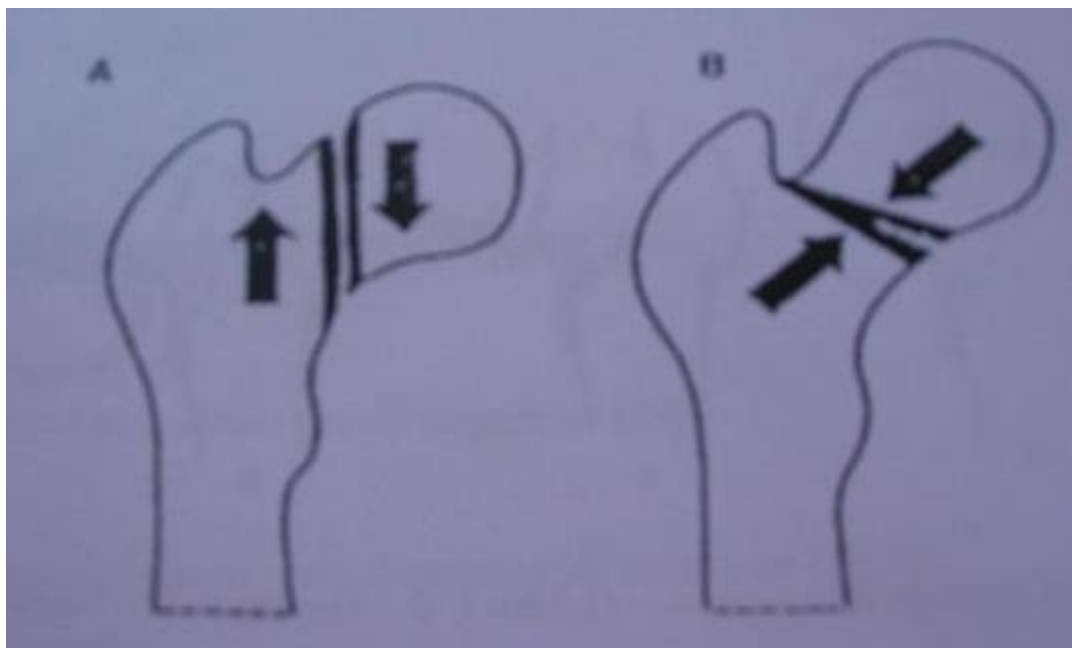


SLIKA 6: Zlomi stegneničnega vratu po Pawelsu.
(Vir:Marm Vukadinović D, 2003)

4. Leta 1938 je Bohler razdelil zlome vratu na dve vrsti (19):

A. Abdukcijske, kjer je zlom vkleinjen, noga je abducirana in se nahaja v valgus položaju,

B. Addukcijske, kjer se proksimalni del stegenice v varus položaju.



SLIKA 7: Razdelitev zlomov vratu stegenice po Bohlerju.
(Vir: Smrkolj V, 1989)

3 VZROKI ZA NASTANEK ZLOMA KOLKA

3.1 Osteoporoza

Osteoporoza je motnja kostne presnove za katero je značilno zmanjšanjem kostne mase v prostorski enoti kosti (23). Pri osteoporozi je manj kostne mase v prostorski enoti kosti. O osteoporozi govorimo, kadar se količina kostnega tkiva tako zmanjša, da se že pri normalni obremenitvi pojavi nevarnost preloma. Osteoporoza je bolezen z velikim tveganjem, saj lahko pri 4 od 10 žena po 50 letu pričakujemo zlom kosti zaradi osteoporoze (23). Ženske zbolevajo pogosteje, ker imajo v povprečju 13% manj kostne mase kot moški. Po 50 letu izgublja moški cca. 0.4% , medtem ko ženska izgubi 1% kostne mase letno. Bolnik z osteoporozo si najpogosteje zlomi zapestje, hrbtencična vretenca in stegnenični vrat. Samo 10%, zmanjšanje kostne gostote poveča tveganje za zlom hrbtencičnih vretenc za 100%, na stegneničnem vratu pa kar za 150% (23).

Zlomi kosti zaradi osteoporoze potrebujejo kirurško oskrbo in dolgotrajno rehabilitacijo, kar je zelo drago, saj v teku življenju pride pri več kot polovici žensk in tretjini moških vsaj enkrat do zloma kosti prav zaradi osteoporoze (16).

Pri osteoporozi je najpomembnejše preprečevanje. Izredno pomembno je to pri ženskah v menopavzi in po njej. Eden od najpomembnejših dejavnikov je ustrezna telesna in duševna aktivnost. Pri telesni aktivnosti so poleg fizičnega dela pomembne tudi posebne telesne vaje, ki skrbijo za obremenitev celotnega okostja. Primerna je prehrana z dovolj kalcija, zmerno sončenje, vitamini in oligoelementi in zmerna beljakovinska prehrana. Za ženske, ki so nagnjene k osteoporozi, je primerno estrogensko zdravljenje.

3.2 Padec

Padanje in zanašanje je pogost onesposablajoč sindrom, ki ogroža predvsem starostnike. Padce pogosto spremlja izguba neodvisnosti in institucionalizacija. Približno ena četrtnina do ena tretjina ljudi, starih nad 65 let, ki bivajo v svojih domovih v določeni skupnosti in skoraj polovica institucionaliziranih starostnikov, pade najmanj enkrat letno. Pogostost je največja pri zelo starih in tistih, ki so večstransko prizadeti. Padci so glavni vzrok smrti zaradi poškodb pri moških in ženskah, starejših od 65 let. Letni strošek zaradi poškodb, povezanih s padci, je ocenjen na 12.6 milijarde dolarjev. Posledica približno 4 do 6 % padcev so zlomi, od katerih jih je kar ena četrtnina zlomov kolka. Padci ponavadi povzročijo strah pred naslednjim padcem, potrtnost, notranja krvavitev, aspiracijsko pljučnico in poškodbe mehkih tkiv. Približno 50% ljudi, ki padejo se po padcu ne more dvigniti, čemu sledi posledični upad funkcij. Skoraj 25% ljudi, ki padejo omeji svoje aktivnosti zaradi strahu pred ponovnim padcem. Retrospektivne študije poročajo, da je posledica padca v 57% zlom kolka, 13% je drugih zlomov spodnje ekstremitete, ostalo pa so zlomi drugih delov telesa in poškodbe mehkih tkiv (4).

Padec je vzrok za tri vrste obolevnosti: poškodbo, zmanjšano gibljivost ter psihološki stres. Starejšemu človeku lahko padec v veliki meri ogrozi zdravje in neodvisnost. Med ljudmi kroži predsodek, da je padec pri starejših ljudeh nekaj pričakovanega in neizogibnega.

Čeprav večina padcev ne povzroči resnejših poškodb, ima lahko nezaželene posledice. Psihološka travma ali bojazen pred ponovnim padcem lahko povzroči zmanjšanje samospoštovanja, omejitev fizične aktivnosti in s tem tudi zmanjšanje samostojnosti ter celo izoliranost.

Padec je pomemben problem med starejšimi zaradi njegove pogostosti in zaradi njegovih fizikalnih, psiholoških ali socialnih posledic. Potrebno je spoznati vzroke padcev, da lahko uveljavljamo uspešna načela preventive.

Vzroke padcev razdelimo v različne skupine (4):

1. intrinzični ali patološki dejavniki,
2. vrsta aktivnosti, ki jih oseba opravlja,
3. ekstrinzični ali dejavniki okolja.

Pri različnih padcih sodelujejo vzroki v različnih razmerjih.

1. Patološki padec je nenamerna sprememba položaja v razmerah, pri katerih bi normalni homeostatski mehanizmi morali obdržati položajno stabilnost. Zato je padanje ponavadi kazalo neke osnovne bolezni.

Glavne skupine intrinzičnih dejavnikov:

- prizadetost ravnotežja in hoje,
- zmanjšana mišična moč spodnjih udov,
- prizadetost vidne zaznave,
- prizadetost sluha,
- posturalna hipotenzija,
- prizadetost kognitivnih funkcij ali depresija,
- periferna nevropatija, motnje propriocepcije,
- inkontinenca,
- prizadetost stopala,
- prizadetost sklepov in hrbtenice,
- jemanje določenih zdravil in uživanje alkohola,
- tahikardija.

2. Dejavniki tveganja glede na vrsto aktivnosti, ki jih oseba opravlja. Večina starejših ljudi pade med opravljanjem vsakodnevnih aktivnosti, kot sta hoja ali sprememba položaja. Le približno 5 % starejših pade med nevarnejšimi situacijami, kot so plazenje na stol ali na lestev, oziroma pri ukvarjanju s športnimi aktivnostmi. Približno 10% padcev se zgodi po stopnicah, hoja navzdol pa je pri tem nevarnejša kot hoja navzgor.

3. Dejavniki tveganja okolja:

Čimbolj je bolehnata starejša oseba, tembolj je občutljiva že za majhna tveganja. Pri zelo prizadeti osebi lahko že predolge hlačnice ali prevelika obutev povzročijo padec. Kolikšno stopnjo tveganja za padec predstavlja določen dejavnik okolice, je odvisno tudi od prizadete osebe. Tako je lahko prestop na preprogo problem za osebo, ki ima zmanjšano višino koraka. Izkušnja, oziroma poznavanje dejavnikov okolice je najvažnejše pri modificiranju tveganja. Za starejšo osebo, ki je redno uporabljala stopnice, predstavljajo le te manjše tveganje, kot za osebo, ki uporablja stopnice le redko. Najpogostejši dejavniki okolja za padec so predmeti, ob katere se lahko spotakne, nezadostna osvetlitev, drseče površine ali neprimerno pohištvo.

3.3 Pridružene bolezni in motnje

Veliko študij poroča, da so pri zlomu kolka pridruženi zdravstveni problemi. Najpogostejše pridružene bolezni in motnje pri poškodbi kolka so:

- kronična okvara centralnega živčnega sistema,
- sladkorna bolezen,
- parkinsonova bolezen,
- bolezni srca in ožilja,
- revmatoidni artritis,
- možganska kap.

4 ZDRAVLJENJE ZLOMOV KOLKA

Namen zdravljenja zlomov kolka ni le kostna premestitev zloma v najboljšem anatomske položaju, zelo je pomembno funkcionalno okrevanje.

Ne glede na način zdravljenja moramo biti za uspešno zdravljenje zlomov izpolnjeni trije pogoji:

- dobra repozicija,
- retencija (zadržanje kostnih odlomkov v pravilni legi) in
- rehabilitacija.

Pravilna izbira načina zdravljenja zloma je izredno pomembna za končni uspeh zdravljenja. Izbrati moramo način, ki najbolj ustreza vrsti zloma, starosti in stanju poškodovanca in končno materialnim zmožnostim in znanju ležečega zdravnika.

Zdravljenje zlomov zgornjega dela stegenice je večinoma operativno z vstavljanjem osteosintetskega materiala. Prognostično najslabši so znotrajsklepni zlomi v predelu glave in vratu stegenice zaradi prekinjenega obtoka v zgornjem delu kosti, kar povzroča avaskularno nekrozo. Intertrohanterni in sub trohanterni zlomi se načeloma dobro zaraščajo ne glede na izbrano operativno metodo, če je izvedena pravilno.

Zlome kolka zdravimo konzervativno in operativno. Za kateri način se bomo odločili je odvisno od vrste in lokalizacije zloma, od psihofizičnega stanja in starosti poškodovanca ter stanja kolčnega sklepa (18).

4.1 Konzervativno zdravljenje

Konzervativno zdravljenje zlomov kolka z ekstenzijo je povezana z večmesečnim ležanjem v postelji, kar bolniku poslabša psihično stanje, postane odvisen, poveča se nevarnost nastanka preležanin, zaprtja, urinarne in fekalne inkontinence, pljučnice, trombembolije, ortostatske hipotenzije, itd. (19). Zaradi terapevtskega položaja, ki ga zahteva skeletna trakcija, je potrebna nega bolnika v postelji. Postelja mora imeti trdo ležišče, okončina nameščena na skeletni trakciji mora biti vzporedna z osjo vrvi. Uteži morajo biti prosto viseče, opornica dobro obložena in fiksirana na posteljo. V takšnem položaju se vrši stalna vleka in tako doseže terapevtski učinek skeletne trakcije. Peta poškodovane noge mora biti prosta, koleno na pregibu opornice. Opornica na površini ne sme imeti gub, da ne bi prišlo do razjede zaradi pritiska. Stegno mora biti primerno podprto, da ne visi v zraku, saj to povzroča bolečine.

Posebno pozornost moramo posvečati mestu, kjer je skozi nogo nameščena žica. Opazujemo, če je morebiti prišlo do rdečine, otekline, gnojnega izcedka ali katerega koli drugega znaka vnetja. O vseh spremembah moramo sproti obveščati zdravnika.

Ker je bolnik vezan na posteljo, je s tem omejena njegova aktivnost, zato bolnika spodbujamo k sodelovanju, kjerkoli je to mogoče (naj se čim več umije sam, dviguje se naj s pomočjo trapeza, sam naj je).

Vse te aktivnosti so pomembne tudi za ohranjanje gibljivosti. Gibljivost je pri skeletni trakciji zelo omejena. Bolnik se ne more obrniti na trebuh, na bok se obrne le toliko, da je možno podlaganje z blazinami. Za preprečevanje motenj gibljivosti, ki so posledica ležanja, je potrebno tudi izvajanje dihalnih vaj, razgibavanje zdravih okončin in druge oblike fizioterapije. Z vajami za krepitev mišic pa pacienta že pripravljamo na rehabilitacijo po operaciji.

Posebno pozornost moramo nameniti tudi negi kože, kajti le tako se bomo lahko izognili nastanku rane zaradi pritiska. Čas, ko je bolnik na skeletni trakciji, je najprimernejši čas, da bolnika psihično in fizično pripravimo na operativni poseg.

Pri poškodbah kolka se je pokazalo, da je konzervativno zdravljenje združeno s toliko zapleti, da kratkotrajna operativna travma poškodovanca prizadene manj kot zdravljenje z opornico in s 6 do 8 tedenskim ležanjem v postelji. Dokler so zdravili poškodbe kolka konzervativno, se pravi na ekstenziji, je bila smrtnost zelo velika, veliko poškodovancev pa po končanem zdravljenju ni nikdar več hodilo.

Konzervativno zdravljenje zahteva dolgotrajno ležanje, ki sproži veliko zdravstvenih zapletov z visokim odstotkom smrtnosti in slabimi rehabilitacijskimi rezultati.

Za konzervativno zdravljenje se odločijo pri hudo ogroženih bolnikih, to so bolniki s slabim srcem in ožiljem, z grozečo srčno odpovedjo, s koagulopatijami nevarnostjo pljučne tromboembolije, z možgansko aterosklerozo in demenco. Pri vklinjnih zlomih, kot so Garden I. in II., Pauwels I. in abdukcijskimi zlomi je primerno konzervativno zdravljenje (7).

Poškodovancu namestimo opornico brez skeletnega vleka, morebitne bolečine pa lajšamo z nesteroidnimi antitrevmatiki. Potrebno je nekaj dnevno mirovanje v postelji, nato hoja z berglami brez obremenjevanja prizadetega spodnjega uda, sčasoma pa poškodovanec lahko prične s postopnim obremenjevanjem do bolečine.

Za konzervativno zdravljenje pa se odločimo tudi pri drugih tipih zlomov pri tistih poškodovancih, kjer bi že sam kirurški poseg ogrozil njihovo življenje (19).

4.2 Operativno zdravljenje

Takojšnje operativno zdravljenje je poglavitni način, da rešimo starostnika bolečin in dolgotrajne nepomičnosti. Razvoj novih operativnih tehnik in novih pripomočkov za osteosintezo je tako napredovala, da je danes terapija zlomov v kolčnem predelu predvsem operativna.

Namen operativnega zdravljenja je uravnati zlom, napraviti notranjo imobilizacijo ali najpogosteje oboje.

Indikacije za operativno zdravljenje zlomov so:

- zlomi, ki jih ni mogoče uravnati po zaprti metodi,
- sklepni in prisklepni zlomi,
- zlomi, kjer s konzervativnim načinom težko zadržimo odlomke v pravilnem položaju,
- odprti zlomi in
- zlomi s poškodbami žil in živcev.

Znanih je mnogo različnih operativnih metod, zato je pri izbiri potrebno upoštevati (26):

- lokacijo zloma,
- nagib lomne ploskve,
- medsebojni položaj obeh delov zlomljene kosti,
- starost poškodovanca,
- splošno stanje poškodovanca in
- stanje v kolčnem sklepu.

Operativne metode razdelimo na:

- osteosintezo in
- vstavitev endoproteze (delne ali popolne).

Osteosintezo lahko izvedemo z odprto repozicijo ali zaprto repozicijo na ekstenzijski mizi pod nadzorom rentgenskega ojačevalca. Endoproteza je metoda izbire v primerih, ko primarno zdravljenje ni bilo uspešno in bi bila reosteosinteza prav tako brez učinka ter pri starejših bolnikih z biomehansko neugodnimi zlomi (26).

Razen zgoraj omenjenih zlomov (pri konzervativnem zdravljenju) vse ostale zlome vratu stegenice zdravimo operativno. V manj kot pet % pride do zaklinjenih zlomih do premaknitve glave stegenice, pri čemer je tudi nujno potreben kirurški poseg. Nekateri avtorji se na podlagi primerjalnih študij med konzervativnim in operativnim zdravljenjem poškodovanca z vklinjnimi zlomi zavzamejo za primarno operativno zdravljenje zlomov. Prednost operativnega zdravljenja je predvsem v takojšnji mobilizaciji poškodovanega spodnjega uda.

Za operacijo se odločajo glede na tip zloma, subjektivne težave in tudi zato, da se poškodovanca čim prej mobilizira. Za čas od poškodbe do operativnega posega zlom imobilizirajo s skeletnim vlekom z obtežitvijo spodnjega uda na Baraunovi opornici. Poškodovanec ves čas bivanja v bolnišnici prejema parenteralno antikoagulantno zaščito.

Od preoperativnih preiskav so pomembne naslednje:

- rentgen pljuč,
- elektrokardiogram,
- laboratorijske preiskave.

Načeloma naj bi operativni poseg izvedli na dan poškodbe ali vsaj naslednji dan, saj je poleg dobre naravnave odlomkov za uspeh operacije pomemben tudi čas od poškodbe do operacije.

4.2.1 Položaj pacienta z zlomljenim kolkom na ekstenzijski mizi

Po aplikaciji spinalne anestezije se pacienta namesti na ekstenzijsko mizo. Ekstenzijska miza mora biti stabilna in čim bolj preprosta. Kirurgu, anesteziistu, rtg tehniku mora omogočati neoviran pristop do pacienta.

Pacient leži na hrbtu in sicer tako, da je podprt le zgornji del telesa, noge pa so podprte le pri vznožju in sicer vsaka noga v svojem opornikom. Tak položaj nog omogoča ekstenzijo poškodovane noge, ki je potrebna pri izvedbi osteosinteze. Z ekstenzijo omogočamo repozicijo dislociranih fragmentov pred operacijo. Položaj fragmentov je potrebno pred operacijo kontrolirati s rtg slikanjem in nogo po potrebi premikati dokler niso fragmenti v pravi poziciji. Poškodovana noga je tudi nameščena v naravni rotaciji in abdukciji 20° in z nategom ves čas operacije. Zdrava noga je fiksirana v naravni rotaciji, abdukciji 40° in brez natega.

Fiksirani sta tudi roki in sicer ob telesu, pomen fiksacije zdravih ekstremitet je, da se preprečijo nekontrolirani gibi med operacijo in s tem dodatne poškodbe. Operativno polje se nato razkuži in pokrije s sterilnimi kompresami.

4.2.2 Operativni postopek

Ko je operativno polje očiščeno in pokrito s sterilnimi kompresami in pripravljeno za aseptično delo, se operacija začne. Rez kože se naredi s skalpelom. Rez se naredi na zunanji strani stegna v »astero lateralni smeri« od trohanterja proti kolenu. Rez je dolg deset do petnajst centimetrov. V isti smeri se prereže fascija. Prikaže se prostor med mišicama

musculus gluteus medius in minimus in musculus tensara fasciae latae z druge strani. Živec musculus tensorae fasciae latae se ohrani. Osvobodi se intertrohanterna regija s L-incizijo prijemališča musculus vastus lateralis. Kost se deperiostira.

Nato se začne z nameščanjem fiksacijskega materiala. Pri osteosintezi proksimalnega dela stegenice se največkrat uporablja ploščice. Kirurg si pri namestitvi ploščic največkrat pomaga z različnimi pripomočki (svedri, vijaki, dleto).

Med Samim postopkom je največkrat potrebno narediti kontrolo položaja fragmentov in plošče z rtg-jem. Ko je poseg končan, je potrebno v rano namestiti dren, rano po plasteh zašiti in jo sterilno pokriti.

5 ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z ZLOMOM KOLKA

Zdravstvena nega je skrb za ljudi; je pomoč ljudem, da skrbijo sami zase; je primarno usmerjena k bolniku kot posamezniku, ki je del družine in družbe kot celote (25).

Medicinska sestra pomaga bolnemu ali zdravemu v tistih življenjskih aktivnostih, ki pripomorejo k ohranitvi zdravja, vrnitvi zdravja in mirni smrti, ki bi jih le ta opravil samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje. Na tem področju je medicinska sestra ekspert in ima pravico pobude in nadzora.

Pri zdravstveni negi je zelo pomemben pogovor z bolnikom, v katerem mu predstavimo postopke zdravstvene nege pred in po operaciji. Skušamo ga spodbuditi za sodelovanje z izražanjem svojih čustev. Pacientu pojasnimo, da bo po operaciji njegovo počutje boljše, ker se bo lahko več gibal. Pojasnimo mu tudi, da bo po operaciji prisotna bolečina, ki bo najmočnejša prvih 48 ur in da bo prejel predpisane analgetike.

Pacienta poučimo o načinu gibanja po operaciji, povemo mu, da bo prvih 24 ur moral ležati z ravnim vzglavjem, saj s tem položajem preprečimo glavobol, ki lahko nastane kot posledica spinalne anestezije, če je bila operacija izvršena v spinalni anesteziji. Pacienta seznanimo tudi z izgledom rane in mu povemo, da bo po operaciji v predelu rane nameščen drenažni sistem, za nadomeščanje izgubljene tekočine pa bo dobival infuzijo. Hkrati mu zagotovimo, da bomo takoj po operaciji tik ob njemu.

Do bolnika pristopamo z empatijo, dokazati mu moramo, da za nas ni le objekt.

5.1 Teoretična izhodišča

Cilj zdravstvene nege je pomagati tistemu, ki pomoč potrebuje. Zdravstvena nega mora biti kvalitetna. Predpogoj za kvalitetno in uspešno zdravstveno nego pa je; teoretično in praktično strokovno znanje, ki vsebuje:

- enotno doktrino zdravstvene nege,
- enotno dokumentacijo,
- enotno terminologijo,
- timski pristop.

Enotno doktrino bomo dosegli le tako, da upoštevamo skupna teoretična izhodišča. Le na dobrih teoretičnih izhodiščih lahko sloni praktično delo in razvoj zdravstvene nege v znanstveno in interdisciplinarno vedo.

Sestrsko teorijo predstavljajo štiri koncepti, ki so vsebinsko neodvisni drug od drugega, med seboj pa se povezujejo v celoto. Ti koncepti so (26):

- koncept posameznika,
- koncept zdravja,
- koncept okolja,
- koncept zdravstvene nege.

Prva je opredelila teorijo zdravstvene nege Florence Nihtingale, pri nas pa smo sprejeli teoretična izhodišča Wirginije Henderson.

Wirginija Henderson v svoji teoriji upošteva vse štiri koncepte. V središče postavi koncept zdravstvene nege, ki temelji na pomoči pri izvajanju življenjskih aktivnostih, ki ji prizadeti v določenem obdobju ne more izvajati. Najbolj je W. Henderson predstavila koncept

zdravstvene nege z definicijo zdravstvene nege in določitvijo 14-ih življenjskih aktivnosti, ki so za življenje bistvenega pomena.

Koncept posameznika zajema posameznika iz psihičnega, fizičnega in socialnega vidika. W. Henderson opredeljuje koncept zdravja kot možnost ali nezmožnost izvajanja življenjskih aktivnosti. Koncept okolja pa posebej ne poudarja (27).

5.2 Sprejem bolnika z zlomom kolka

Bolnikove potrebe in njihova zahtevnost vplivajo na potek zdravstvene nege že ob sprejemu (13). Pri zlomu kolka je sprejem nujen, saj je ogroženo bolnikovo življenje.

Splošni postopki ob sprejemu bolnika v zdravstveno ustanovo (14):

- odločiti se moramo o mestu namestitve bolnika (ustrezni oddelek, soba),
- oceniti bolnikovo zdravstveno stanje in njegove potrebe po zdravstveni negi,
- ugotoviti ustreznost bolnikovega zdravstvenega zavarovanja,
- seznaniti se s predpisanimi diagnostičnimi in terapevtskimi intervencijami,
- zagotoviti dokument o pravicah bolnikov med hospitalizacijo in pravila hišnega reda,
- seznaniti se z uvodnimi diagnostičnimi in terapevtskimi intervencijami,
- izdelati individualni načrt zdravstvene nege,
- če bolnik ne more govoriti in odločati, vključiti v proces bolnikovega zdravljenja in zdravstvene nege svojca ali druge pooblaščen osebe.

Posebnosti pri sprejemu bolnika v bolnišnico so naslednje (14):

- če je bolnik sprejet nezavesten, ga morajo identificirati svojci, prijatelji ali znanci,
- če ne poznamo bolnikovega imena ga moramo kako drugače označiti (npr. s številko),
- bolnik, svojci ali skrbniki morajo dovoliti zdravljenje in ga tudi pisno potrditi,
- če je možno, naj bo bolnik nameščen v sobo tako, da ne bo motil drugih med spanjem in počitkom,
- kadilci morajo biti pravočasno obveščeni o možnostih kajenja .

5.2.1 Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi

Ugotavljanje bolnikovih potreb po zdravstveni negi pomeni zbiranje podatkov o bolniku, ki so v pristojnosti medicinske sestre. Zdravnik in medicinska sestra zbirata podatke od bolnika z različnima namenoma. Zdravnik potrebuje podatke o bolniku za medicinsko diagnozo in zdravljenje bolezenskega procesa in bolečine. Medicinska sestra pa potrebuje podatke, da podpira terapevtske cilje zdravnika in pomaga bolniku doseči najvišjo možno stopnjo dobrega počutja .

Pomembno je, da medicinska sestra pridobi informacije že ob sprejemu ali premestitvi bolnika, saj so začetni podatki temelj za načrtovanje zdravstvene nege. Posebne podatke pridobimo s pogovorom z bolnikom, s fizičnim pregledom in opazovanjem bolnika ter merjenjem vitalnih funkcij (14).

V tej fazi ugotavljamo specifične potrebe varovanca ter možnosti za zagotovitev potreb. Medicinska sestra zbira informacije od prvega stika z varovancem. Ugotavljanje potreb po

zdravstveni negi zahteva poklicno znanje, spretnost in sposobnost strokovne presoje. Začetno ugotavljanje potreb in načrtovanje zdravstvene nege mora opraviti ista oseba. Pomembno je, da svoje strokovno delo organizira tako, da bo imela vedno čas za ugotavljanje potreb. Od kvalitete ugotovljenih potreb je odvisna kvaliteta načrtovanja in izvajanja zdravstvene nege.

Stopnje zbiranja potreb so:

- zbiranje informacij o bolniku,
- interpretacija zbranih podatkov,
- opredelitev oziroma poimenovanje potreb na osnovi zbranih podatkov,
- vrednotenje potreb skupaj z bolnikom,
- razvrščanje potreb glede na prednosti v zdravstveni negi.

Način ugotavljanja potreb:

- pogovor z bolnikom,
- pogovor s svojci bolnika,
- pogovor s člani zdravstvenega in negovalnega tima,
- opazovanje bolnika,
- pregled medicinske dokumentacije.

Za pogovor z bolnikom moramo izbrati primeren kraj, čas pogovora ter zagotovitev diskretnosti. Na uspešnost pogovora vpliva sposobnost komuniciranja medicinske sestre in bolnikova pripravljenost za sodelovanje. Bolniku moramo razložiti namen zbiranja podatkov. Vprašanj ne postavljamo tako, da bi izzvenela kot zaslišanje. Pogovor začnemo s splošnimi vprašanji in postopoma postavljamo bolj specifična.

Podatki, ki jih dobimo od svojcev bolnika so posebej koristna, če bolnik ni sposoben vzpostaviti verbalne komunikacije ali pri otrocih.

Informacije, ki jih posredujejo člani zdravstvenega in negovalnega tima vplivajo na strokovne odločitve v zvezi z zdravstveno nego bolnika.

Opazovanje bolnika je lahko splošno in specialno. Splošno opazovanje je hitra orientacijska seznanitev s stanjem bolnika in delovanjem vseh organskih sistemov. Pri splošnem opazovanju opazujemo bolnika po shemi možiček. Opazujemo splošni izgled bolnika (stanje kože, sluznic, opazujemo psihično stanje bolnika, počutje, razpoloženje in obnašanje). Počutje je rezultat delovanja organizma. Razpoloženje je psihični odziv na počutje, obnašanje je odvisno od razpoloženja. Specialno opazovanje je poglobljeno in natančno opazovanje. Usmerjeno je na organ ali organski sistem, kjer je lociran patološki proces. Lahko je usmerjeno tudi v opazovanje sprememb, ki smo jih zaznali pri splošnem opazovanju bolnika. S pomočjo zbranih podatkov dobimo negovalno anamnezo in oblikujemo negovalno diagnozo.

Negovalna anamneza vsebuje podatke o bolniku in njegovem zdravstvenem stanju. Ti podatki so pomembni za spoznavanje bolnika in njegovih zdravstvenih problemov. Zbrani podatki odločilno vplivajo na vsebino, obseg in metodo zdravstvene nege bolnika.

Negovalna anamneza obsega:

- demografske podatke (priimek in ime, starost, spol, stan, bolnika),
- bolnikovo poznavanje sedanje bolezni in diagnostično terapevtskega programa,
- pretekle izkušnje z boleznimi in hospitalizacijami,
- izobrazba in intelektualne sposobnosti,
- poklic, zaposlitev, hobiji,
- življenjske navade,

- kulturne in religiozne značilnosti,
- poznavanje jezika, če je bolnik tujec,
- način kako se spoprime s stresom,
- stanovanjske prilike.

Negovalna diagnoza je identifikacija ali poimenovanje obstoječega negovalnega problema. Narava problema je takšna, da ga medicinska sestra na podlagi svojih kompetenc lahko ugotovi in reši.

5.2.2 Analiza podatkov in oblikovanje negovalnih diagnoz

Ko zberemo in analiziramo podatke, ki smo jih dobili z ugotavljanjem potreb pri kirurškem bolniku, oblikujemo in poimenujemo negovalne diagnoze.

Negovalna diagnoza je rezultat sistematičnega zbiranja podatkov in njihove analize o potrebah po zdravstveni negi za posameznika, družino ali krajevno skupnost. Negovalna diagnoza daje osnovo za tisti del zdravstvene obravnave, ki je v odgovornosti medicinske sestre. Negovalna diagnoza je sestavljena iz zdravstvene težave ali dejavnikov, ki kažejo na težavo; iz vzrokov, zaradi katerih je težava nastala, in iz znamenj ali simptomov, ki označujejo značilnosti težave (15).

Analiza zbranih podatkov lahko odkrije naslednje negovalne diagnoze (16):

- nevarnost infekcije,,
- nevarnost poškodbe,
- nevarnost nastanka razjede zaradi pritiska,
- nesposobnost obvladovati bolečino,
- zmanjšana možnost za samostojno osebno higieno,
- zmanjšana možnost za osebno urejanje,
- nevarnost za obstipacijo,
- socialna izoliranost.

Vzroki so individualni in temeljijo na bolnikovem zdravstvenem stanju ali njihovih potrebah (14).

Prva postoperativna faza

Pri operativnem zdravljenju sta predoperativna priprava in postoperativna oskrba enako važni kot operacija sama, tako da vse tri faze predstavljajo celoto.

Smisel postoperativne nege je, da se čim hitreje stabilizirajo normalne funkcije organov ter da dosežemo postavljeni cilj brez zapletov (28).

Medicinska sestra ob pacientu preživi največ časa, zato je njena naloga, da pacienta opazuje, je pozorna na znake morebitnih komplikacij, da izvaja razne meritve in o stanju bolnika sproti obvešča zdravnika.

Naloge medicinske sestre:

- sprejem pacienta iz operacijskega bloka,
- naredi oceno stanja pacienta,
- naredi plan zdravstvene nege.

Po končani operaciji medicinska sestra prevzame operiranca iz operacijske sobe, ga preloži v čisto in ogreto posteljo. Premestitev na oddelek je možen takoj, ko je operiranec sposoben za prevoz. Namestimo ga v mirnejšo bolniško sobo, po možnosti skupaj z bolniki, ki imajo podobne poškodbe (28).

Ne glede na to v kakšni anesteziji je bil bolnik operiran, je potrebno v prvi postoperativni fazi nadzirati bolnikove vitalne funkcije. S kontinuiranim nadzorom vitalnih funkcij lahko medicinska sestra opazi številne znake komplikacij (28). Meritve neposredno po operaciji izvajamo na petnajst minut, kasneje pa glede na stanje bolnika prilagajamo časovni interval med merjenji.

Operacija je poseg v organizem in zanj predstavlja stres. Organizem veliko krat na ta stres odgovori z nekoliko povišano temperaturo. Do 37.5°C še lahko govorimo o odgovoru organizma na stres, kar pa je višje je lahko znak infekcije, zato moramo obvestiti zdravnika in ustrezno ukrepati.

Operacija za kardiovaskularni sistem predstavlja veliko breme, zato je tudi po operaciji možno, da pride do komplikacij.

Pomembno je, da po operaciji nadaljujemo preventivne ukrepe proti trombozi in tromboflebitisu z aplikacijo antikoagulantnih sredstev, s katero smo pričeli že v predoperativni pripravi.

Anemičnim bolnikom in tistim, ki so med operacijo izgubili veliko krvi, je potrebno kri nadomeščati s transfuzijo. Proti šoku in emboliji se borimo tudi z uravnavanjem elektrolitskega ravnotežja in preprečevanjem dehidracije in sicer s parenteralno aplikacijo tekočin (vsaj 3000 ml.). Bolniku moramo ponuditi tudi tekočino za pitje (28).

Pri bolnikih, ki so bili operirani v splošni anesteziji, lahko po operaciji pride do zastoja dihanja zaradi oslabelosti dihalne miškulature. Po operaciji so pogosta tudi pljučna obolenja, ki ogrožajo predvsem stare in oslabele osebe. Da bi obolenja preprečili, bolnika še naprej spodbujamo k izvajanju dihalnih vaj, k izkašljevanju, nadaljujemo z inhalacijsko terapijo, po potrebi pa mora zdravnik predpisati antibiotike. 24 ur po operaciji je priporočljivo, da je bolnik v postelji v pol sedečem položaju. Tak položaj bolniku olajša dihanje in izkašljevanje.

V prvi postoperativni fazi moramo nadzirati tudi rano, ta mora biti naša prva skrb, da preprečimo infekcijo. Hematom, ki po operaciji nastane v okolici rane, je idealno gojišče za bakterije. Zato tekočino, ki se nabira v rani iz rane odstranimo s pomočjo drenaže z negativnim tlakom. Tekočina se zbira v steklenički, ki je povezana z drenom. Naloga medicinske sestre je, da zapisuje količino tekočine in da po potrebi večkrat vzpostavi vakuum v steklenički.

Medicinska sestra mora opazovati tudi obvezilni material, okolico rane, biti pozorna na morebitne znake infekcije. Če iz rane izteka gnoj, ali je obvezilni material zelo krvav, se rana sterilno previje že prvi dan po operaciji. V drugih primerih se rana ne odkriva, dokler ni potrebno, da se odstrani dren. Dren se odstavlja približno 48 ur po operaciji.

Prevez rane dan po operaciji opravi zdravnik s pomočjo medicinske sestre (28).

Prvih 24 urah po operaciji morajo bolniki, ki so bili operirani v spinalni anesteziji, ležati z ravnim vzglavjem. Po 24 urah pa jim vzglavje lahko dvignemo. Operirana noga naj bo v distalnem delu nekoliko podložena z blazino.

Ker so poškodovanci z zlomom kolka predvsem starejši ljudje in ker so pred operacijo zaradi skeletne trakcije ležali le na hrbtu, moramo biti pri njih še posebej pozorni na preventivo razjede zaradi pritiska. Osem do dvanajst ur po operaciji začnemo bolnike spodbujati z obračanjem, če pa so slabotni, jim je treba pomagati.

Bolečina je po operaciji najmočnejša prvih 24 ur, nato pa počasi izginja. Nanjo smo bolnika že pred operacijo pripravili, vendar je starejšim bolnikom večkrat potrebno tudi po operaciji povedati, koliko časa bo trajala.

V prvi postoperativni fazi je zelo pomembno, da merimo bilanco tekočin, ki jo je bolnik prejel (infuzija, per os) in izločeno tekočino (uriniranje, znojenje, bruhanje, drenaža...). Pozorni moramo biti kdaj po operaciji bolnik prvič urinira. Zastajanje urina pri bolniku lahko zelo hitro povzroči infekcijo urotrakta. Če bolnik ne urinira prvih 6 ur po operaciji, kar pa je zelo pogosto zaradi anestezije, moramo bolniku pomagati. Začnemo s preprostimi metodami, kot je odpiranje vode na pipi, ogrevamo nočno posodo. Če to ne pomaga, zdravnik predpiše ustrezna zdravila ali celo katetrizacijo.

V postoperativnem obdobju ne smemo pozabiti tudi na bolezni ki jih je imel bolnik pred operacijo, bodisi kronične (diabetes), bodisi akutne. Vse te bolezni je potrebno zdraviti tudi po operaciji, če pa so bile pred operacijo pozdravljene, jih moramo po operaciji preventivno obravnavati.

Druga postoperativna faza

V tej fazi z ukrepi zdravstvene nege, ob sodelovanju zdravnika, fizioterapevta in drugih sodelavcev, skušamo bolniku omogočiti kar najhitrejšo možno povrnitev samostojnosti in neodvisnosti.

Bolniki s poškodovanim kolkom so pretežno starejši, njihova sposobnost zadovoljevanja svojih potreb pa je precej zmanjšana. Naloga medicinske sestre je, da tem bolnikom pomaga in jih spodbuja k izvajanju dnevnih aktivnosti. Pri bolnikih po operaciji kolka je predvsem zmanjšana sposobnost gibanja, izvajanja osebne higiene, ne čutijo lakote, potrebe po varnosti, spanje in počitek sta motena, moteno je izločanje in odvajanje, psihično stanje pa je zelo labilno.

Glede na ugotovljene potrebe medicinska sestra naredi individualni plan zdravstvene nege in se z izvajanjem le tega skuša čim bolj približati zastavljenim ciljem (28).

5.3 Načrtovanje zdravstvene nege

Načrtovanje zdravstvene nege in postavljanje ciljev zdravstvene nege začnemo, ko ugotovimo potrebe po zdravstveni negi. Načrtujemo postopke s katerimi bomo izvajali zdravstveno nego, določimo pa tudi cilje, ki jih s postopki zdravstvene nege želimo doseči.

Cilji v zdravstveni negi predstavljajo opis fizičnega, psihičnega in socialnega stanja, ki ga želimo doseči v največji možni meri. Medicinska sestra skupaj z varovancem predvidi, kaj je mogoče doseči, pri tem pa soodločajo poklicne izkušnje, pričakovanja varovanca in dane možnosti. Cilji morajo biti realni in varovancu ne smejo dajati lažnega upanja. Cilji so lahko splošni in specialni, kratkoročni, srednjeročni in dolgoročni.

Ko glede na varovančeve potrebe določimo cilje zdravstvene nege začnemo načrtovati postopke. Če je potreb veliko se moramo odločiti, katerim potrebam bomo pri izvajanju dali prednost, zato je pravilni vrstni red načrtovanih postopkov izrednega pomena. Načrt zdravstvene nege mora biti narejen tako, da zagotovimo kontinuirano zdravstveno nego, zato poleg bolnikovih potreb upoštevamo tudi:

- zahteve stroke,
- splošno delavno shemo,
- materialne in personalne možnosti,
- diagnostično terapevtski program.

Vsi postopki zdravstvene nege morajo biti personalno, krajevno, časovno in materialno opredeljeni. Bolnikove potrebe se tudi spreminjajo, zato je načrt zdravstvene nege potrebno prilagoditi novim potrebam, ga spreminjati in mu dodajati nove elemente.

Učinkovito zdravstveno nego lahko medicinska sestra le redko načrtuje sama, zato načrtovanje terja timski pristop in sicer sodelovanje negovalnega in zdravstvenega tima.

Načrtovanje zdravstvene nege zajema(15):

1. določanje prednostnih negovalnih diagnoz, kadar jih je več,
2. pričakovane uspehe, ki so izboljšanje zdravstvenega stanja ali ozdravitev,
3. bolnikove zmožnosti in sposobnosti, njegovo sodelovanje,
4. izbiro posebnih negovalnih intervencij,
5. kadre, materiale, prostor in čas.

5.3.1 Določanje prednostne negovalne diagnoze

Kadar ima bolnik več negovalnih diagnoz, moramo določiti tisto, ki ima prednost pred drugimi potrebami. A. Maslow priporoča naslednji vrstni red zagotavljanja potreb: fiziološke potrebe in potrebe po varnosti imajo prednost pred potrebami po ljubezni, pripadnosti ali samopotrjevanju. Prednost lahko določimo tudi glede na nevarnost, ki grozi posamezniku, in sicer tako, da je najpomembnejša težava, ki (1) ogroža življenje posameznika (slaba oksigenacija), sledi (2) nevarnost fizioloških ali psiholoških motenj, zaradi katerih je posameznik v veliki nevarnosti, nato (3) nevarnost za fiziološko in psihološko celovitost posameznika, zaradi katerih je posameznik v manjši nevarnosti .(nevarnost nastopi, če aktivnost ni izvršena), nazadnje pa gre za (4) vzdrževanje zdravja (14).

Ta prednostni sistem ne podcenjuje zdravja, ampak izhaja iz spoznanja, da je najprej potrebno rešiti težave, ki ogrožajo življenje. Prednost pomeni, da med velikim številom težav ugotovimo najpomembnejšo (14).

5.3.2 Pričakovani uspehi

Medicinska sestra bolniku olajšuje okrevanje in mu pomaga pri vrnitvi ter vzdrževanju zdravja. To bo lažje dosegla, če ji bo bolnik zaupal in bo z njo tudi sodeloval. Pričakovani uspehi imajo naslednje kriterije: biti morajo izmerljivi, imeti morajo posebno vsebino in čas, biti morajo dosegljivi. Čas lahko opišemo, če je potrebno (sprehod po sobi)- bolj točne opise lažje vrednotimo. Kakovost izvedbe morajo določati standardi (14).

5.3.3 Bolnikove zmožnosti in sodelovanje

Bolnik mora po svojih močeh in zmožnostih aktivno sodelovati pri določanju pričakovanih uspehov, pri tem pa je potrebno upoštevati tudi njegove želje in potrebe (14). Pomembno je tudi, da je bolnik na vsako intervencijo psihično in fizično pripravljen. Vključevanje bolnika in svojcev v načrt zdravstvene nege pomeni dobro pripraviti neprekinjeno zdravstveno nego, preden je bolnik premeščen ali odpuščen iz ustanove.

5.3.4 Izbira negovalnih intervencij

Izbrana negovalna intervencija mora biti taka, da je za bolnika (14):

- najbolj učinkovita in uspešna,
- najmanj nevarna,
- najmanj boleča,
- najmanj neprijetna.

5.3.5 Kadri, materiali, prostor, čas

Načrt zdravstvene nege mora zagotavljati neprekinjeno zdravstveno nego. Vsi, ki sodelujejo pri zdravstveni negi, morajo natančno spoznati njen načrt in pričakovane uspehe.

Materialne in prostorske možnosti so osnova za izvedbo intervencije. Če je možno, uporabljamo tudi bolnikove materiale. Načrtovanje časa je za bolnika in osebje zelo pomembno in ga je potrebno racionalizirati. Vsi naštetih dejavniki zagotavljajo učinkovito in racionalno izvajanje načrta zdravstvene nege (14).

5.4 Izvajanje zdravstvene nege

Medicinska sestra lahko pomaga bolniku pri doseganju ciljev zdravstvene nege na različne načine. Cilj zdravstvene nege je namreč doseči najboljšo možno raven zdravja in delovanja bolnika. Zdravstvena nega poudarja lastno oskrbo, saj je bolnik tisti, ki je v največji meri odgovoren za vzdrževanje svojega zdravja. Tako so poučevanje, svetovanje in motiviranje najpomembnejše aktivnosti pri zagotavljanju zdravstvene nege. Če je bolnikova lastna oskrba nezadovoljiva ali neprimerna, mu mora medicinska sestra pomagati. Nadzor nad bolnikom je prav tako pomembna aktivnost medicinske sestre, vrsta in stopnja pa odvisna od bolezenskega stanja ali obolenja.

Vse aktivnosti, ki jih izvajamo pri bolniku, morajo biti dokumentirane (14).

Osnova za izvajanje zdravstvene nege sta prvi dve fazi procesa zdravstvene nege (ugotavljanje potreb in načrtovanje).

V tej fazi medicinska sestra izvaja posege, ki vodijo k zastavljenim ciljem. Izvajanje obsega vse kar medicinska sestra stori za varovanca, varovanec in svojci varovanca pa pri tem po svojih možnostih sodelujejo.

Pri izvajanju postopkov se medicinska sestra drži prej pripravljenega načrta, vendar je v tej fazi potrebno še:

- eventualno korigiranje programa dela, glede na spremenjene varovančeve potrebe,

- sprotno vrednotenje,
- usklajevanje dela z drugimi službami,
- medicinska sestra je odgovorna za rezultate dela,
- dokumentiranje vseh opravljenih postopkov.

Dokumentiranje ni samostojna faza zdravstvene nege, ampak spremlja vsako fazo in je nepogrešljiv del procesa zdravstvene nege, kajti vsako sistematično delo je zasnovano na dobri dokumentaciji. Ustno poročanje je lahko neobjektivno, ker je odvisno od občutkov posameznega človeka. Različne medicinske sestre nam bodo dajale različne informacije o istem varovancu, zato je ustna informacija le delna in se mora nujno dopolnjevati s pisnim dokumentiranjem. Če želimo organizirati kvalitetno zdravstveno nego, mora imeti vsak delavec v negovalnem timu zanesljive informacije, zato proces zdravstvene nege zahteva dobro organiziran sistem dokumentiranja, ki je na razpolago vsem članom tima.

Razlogi za dokumentacije zdravstvene nege so :

- zapisano in dostopno imamo vsako informacijo v zvezi z varovančevimi potrebami, potrebno nego, označen imamo tudi vsak napredek,
- dokumentacija zagotavlja neprekinjenost nege,
- daje nam kronološki pregled nege in njenih rezultatov,
- daje možnost vpogleda v prejšnje postopke,
- olajša predajo nege drugi osebi,
- je pomemben vir podatkov, ki pripomorejo k razvoju zdravstvene nege.

Dokumentacija mora biti prilagojena potrebam zdravstvene nege v bolnišnici ali zunaj nje, za porodništvo, za psihiatrijo. Na vsakem področju lahko razvijemo svoj dokumentacijski sistem, vendar morajo ugotovitve povsod biti razumljive, natančne in popolne, nikoli dvoumne. Pisna informacija mora biti čitljiva, uporabljajo se le splošne rabljene krajšave. Informacije oziroma ugotovitve zapisujemo na posebne obrazce.

5.5 Vrednotenje zdravstvene nege

Vrednotenje je četrta in zadnja faza procesa zdravstvene nege (14). Brez vrednotenja je proces zdravstvene nege nepopoln, ker ne moremo ugotoviti, če smo z nego sploh dosegli cilje, ki smo jih postavili. Čeprav je vrednotenje zdravstvene nege četrta faza procesa zdravstvene nege, je povezujoči del celote in je nujno že od ugotavljanja potreb po zdravstveni negi pa do odpusta varovanca iz zdravstvene oskrbe.

Vrednotenje zdravstvene nege je zelo pomemben del procesa zdravstvene nege, po katerem se sodobna zdravstvena nega loči od tradicionalne zdravstvene nege. Zdravstveno nego vrednotimo v vsaki fazi procesa posebej, npr. v fazi načrtovanja in postavljanja ciljev vrednotimo prednost posameznih ciljev. Tako vrednotenje imenujemo sprotno vrednotenje.

Končno vrednotenje nege pa opravimo ob odpustu varovanca iz zdravstvene oskrbe, ko ne načrtujemo nobenega postopka več. Končno vrednotenje vedno opravi tista medicinska sestra, ki je pripravila načrt za posameznega varovanca, o tem pa razpravlja tudi z ostalimi člani negovalnega tima.

Vrednotenje je potrebno tudi iz naslednjih razlogov:

- ob morebitnem ponovnem sprejemu varovanca bomo o njem več vedeli,

- daje nam priložnost za pogovor z varovancem, saj nikoli ne vrednotimo brez varovanca,
- pomeni zaključek sistematične nege,
- širi strokovno znanje negovalnega tima, povečuje delovne izkušnje,
- je zelo uporabno za delo s študenti zdravstvenih šol.

5.6 Priprava bolnika z zlomom kolka na operacijo

Za uspeh operacije in s tem zdravljenja je zelo pomembna priprava poškodovanca na operacijo. V predoperativni pripravi moramo zajeti poškodovančovo celotno psihofizično stanje. Dejstvo, da je zlom kolka najpogostejši pri starejši populaciji ne smemo kar zanemariti, kajti ne smemo pozabiti, da je pri tej populaciji skoraj dve tretjini prisotna ena ali več kroničnih bolezni. Kronične bolezni velikokrat predstavljajo oviro za uspešno izvedbo operativnega posega. Ravno iz tega razloga je potrebna večdnevna priprava poškodovanca na operativni poseg, s katero izboljšujemo pogoje za uspeh operacije in istočasno učimo varovanca o izvajanju aktivnosti po operaciji.

V pripravi na operacijo je potrebno sodelovanje celotnega zdravstvenega tima od operaterja, internista, anesteziologa, fizioterapevta in negovalnega osebja. Vsak s svojim znanjem pripomore, da je poškodovanec v čim boljši psihofizični kondiciji, da se poseg lahko izvede čim prej, s čim manj rizika in s čim manj postoperativnih komplikacij in zapletov kot so zastojna pljučnica, embolija, tromboza, razjeda zaradi pritiska, uroinfekt, obstipacija itd.

Predoperativna priprava obsega:

- 5.6.1 Psihična priprava,
- 5.6.2 Fizična priprava,
- 5.6.3 Vzpostavitev homeostaze,
- 5.6.4 Nega bolnika na dan pred operacijo,
- 5.6.5 Nega bolnika na dan operacije.

5.6.1 Psihična priprava

Je pri pacientu z zlomljenim kolkom zelo pomemben del celotne predoperativne priprave. Večina poškodovancev je bila pred poškodbo zdrava in doma v svojem znanem okolju, zato hospitalizacija in operacija pomenita za prizadetega hudo duševno obremenitev. Duševni stres pogojuje že prisotnost bolezni, nezmožnost za delo, srečanje s tujimi ljudmi in okoljem, strah pred bolečino, strah pred operacijo samo in končnim izidom le te. Zato je cilj psihične priprave, da omejimo bolnikov strah, dosežemo zaupanje in dobro sodelovanje bolnika.

Ciljev pa ne bomo dosegli, če bomo bolnika le tolažili z besedami,« saj bo vse dobro ali nič ne se ne bojte, nič ne bo bolelo, itd.« To so besede laikov, zdravstveno osebje pa mora do psihične priprave zavzeti strokoven odnos. Pomembno je ugotoviti bolnikove osebne značilnosti, njegovo doživljanje stanja in specifične reakcije (močno izražen strah). Bolnikove osebne značilnosti pozitivno in negativno vplivajo na uspešnost psihične priprave (11).

Bolnikove pozitivne lastnosti so:

- vera v ozdravitev,
- inteligentnost,

- vednost, optimizem,
- pripravljenost za sodelovanje,
- zaupanje v svoje sposobnosti,
- pozitiven odnos do zdravstvenega osebja.

Negativne bolnikove lastnosti so:

- depresivno razpoloženje,
- brezbržnost in otopelost,
- agresivnost,
- nesodelovanje, nediscipliniranost,
- odklonilen odnos do zdravstvenega osebja,
- pretirana odvisnost od zdravstvenih delavcev in svojcev.

Pri psihični pripravi sodeluje celoten zdravstveni tim. Najpomembnejšo vlogo pa imata zdravnik, ki bo bolnika operiral in medicinska sestra, katera izvaja zdravstveno nego. Zdravnik obvesti pacienta, da bo potrebna operacija, razloži mu nujnost operacije oziroma kakšne prednosti ima operativno zdravljenje zlomov kolka pred konzervativnim zdravljenjem. Zdravnik bolniku opiše potek operacije, ga seznani z morebitnimi posledicami, če jih predvideva. Bolnika pouči o pomembnosti sodelovanja v predoperativnem in pooperativnem obdobju. Zdravnik odgovarja na bolnikova vprašanja v zvezi z operativnim posegom.

Pomembno je tudi, da bolniku pove, da je po operaciji prisotna bolečina, ki je najmočnejša prvih 48 ur, ter da mu bo predpisal ustrezno proti bolečinsko terapijo. Zdravnik mora tudi poskrbeti, da bolnik na operacijo pristane in da pristanek tudi podpiše.

Medicinska sestra, ki varovanca neguje, seznani pacienta z aktivnostmi pred operacijo in stanjem po operaciji. V zvezi z vsemi diagnostičnimi ter terapevtskimi postopki, ki jih bomo pred operacijo opravljali, mora biti pacient seznanjen (o pomembnosti, o izvedbi posegov ter o postopku izvedbe).

Pacientu moramo povedati (11):

- da ga bomo skopali,
- da bo dobil klistir, oziroma čistilne svečke za izpraznitev črevesja,
- seznaniti ga moramo, da bo moral na dan operacije ostati tešč,
- da mu bomo obrili operativno polje,
- da mu bomo vzeli kri za hematološke preiskave, za določanje krvne grupe,
- da bomo vzeli urin za urinske preiskave, da bomo posneli elektrokardiogram.

Pacienta seznanimo tudi z aktivnostmi in stanjem po operaciji:

- povedati mu moramo, da bo bolečina najmočnejša prvih osemindeset ur po operaciji in da bo dobil predpisane analgetike za lajšanje bolečine,
- povemo mu, da bo morda imel nekaj časa težave z obstipacijo,
- opisati mu moramo videz rane, ga seznaniti z drenažo in zakaj je potrebna,
- medicinska sestra seznani pacienta z pomenom zgodnje aktivnosti po operaciji in pacientu razloži, kako se bo v začetku dvigoval in obračal,
- razložimo mu, da se s pravočasnim pričetkom izvajanja gibalnih vaj preprečuje nastanek postoperativnih komplikacij.

5.6.2 Fizična priprava

Fizična priprava bolnika obsega; pripravo organov in organskih sistemov, pripravo prebavnega trakta, pripravo respiratornega trakta, pripravo kardiovaskularnega sistema ter pripravo uropoetskega trakta.

5.6.2.1 Priprava organov in organskih sistemov

S pripravo posameznih organov in organskih sistemov na operacijo se izognemo komplikacijam med operacijo samo in postoperativnim komplikacijam.

5.6.2.2 Priprava prebavnega trakta

Bolnik mora imeti na dan operacije prazen prebavni trakt, biti mora tešč. S tem preprečimo bruhanje med operacijo in odvajanjem blata na operacijski mizi. Pri bolnikih z zlomom kolka ni potrebna že večdnevna priprava prebavnega trakta z dietami, ampak prebavni trakt začnemo pripravljati na operacijo en dan pred operacijo.

Bolnik dobi na dan pred operacijo vse tri obroke normalno, prepovedano je le uživanje hrane, ki črevo napenja, priporočljivo je piti večje količine čaja. Po polnoči pa bolnik ne sme zaužiti ničesar per os, do operacije mora ostati tešč. Po večerji na dan pred operacijo naredimo čistilno klizmo. Način čiščenja črevesja prilagodimo stanju bolnika, kljub vsemu pa se izognemo uporabi drastičnih odvajal in s tem preprečimo poškodbo črevesne sluznice.

Največkrat uporabljamo:

- odvajalne svečke,
- čistilne klizme,
- odvajalni čaj,
- odvajalni sirup.

Učinek čistilne klizme opazujemo ter zabeležimo na temperaturni list. Pri pripravi prebavnega trakta na operacijo in v postoperativnem obdobju se spremeni ustaljeni vzorec prehranjevanja, zaradi operacije pa se poviša tudi metabolizem in s tem poraba glukoze. Pri zdravem človeku to ne predstavlja večjega problema, pacienti z zlomljenim kolkom pa so pretežno starejši ljudje, pri katerih diabetes ni redkost. Na diabetes pa operativni poseg in vsi posegi, ki ga spremljajo, lahko vplivajo zelo negativno. Da bi se izognili komplikacijam, že nekaj dni pred operacijo, pri vseh diabetikih, ki svojo bolezen uravnavaajo z dieto, pričnemo z insulinsko terapijo. Ta terapija je le začasna in jo prekinemo, ko se stanje pacienta po operaciji normalizira.

5.6.2.3 Priprava respiratornega trakta

Pri pripravi respiratornega trakta je najprej treba ugotoviti stanje dihalnega sistema narediti je potrebno:

- klinični pregled,
- merjenje vitalnih funkcij v zvezi z dihanjem,
- rtg slikanje pljuč.

Pri starejših bolnikih velikokrat lahko pričakujemo akutno pljučno infekcijo, ki jo je pred operacijo potrebno pozdraviti. Posebno pozornost je potrebno nameniti kroničnim pljučnim obolenjem, katerih sisteme moramo pred operacijo kar se da omiliti. Predvsem pri bolnikih s kroničnimi obolenji dihal je važno, da jih pred operacijo naučimo dihati globoko, izkašljevati, da jim zmeščamo sputum in očistimo pota obilne in viskozne sekrecije. Če ni respiratornih terapevtov, lahko medicinska sestra nauči bolnika, da vsako uro šest krat globoko vdihne, izdihne, nato pa izkašlja.

Pri bolnikih z obilno bronhialno sekrecijo je zelo dobro uporabljati inhalacijo terapevtskih aerosolov, bodisi z mukolitikami, bodisi bronhodilatatorji in položajno drenažo.

Z ukrepi zdravstvene nege je zelo pomembno odstranjevati tiste dejavnike, ki na dihanje negativno vplivajo (primerna klima prostora). Med negativne dejavnike spada tudi kajenje. Bolniki, ki kadijo se morajo tej razvadi odpovedati že nekaj dni pred operacijo.

Z vsemi ukrepi moramo nadaljevati tudi v postoperativnem obdobju, kajti le z kontinuiranim delom se bomo izognili postoperativnim komplikacijam (11).

5.6.2.4 Priprava kardiovaskularnega sistema

Pri pripravi kardiovaskularnega sistema je potrebno je potrebno ugotoviti vse patološke spremembe na srcu in ožilju. V ta namen je potrebno narediti:

- klinični pregled,
- elektrokardiogram,
- kontrolirati pulz in krvni pritisk,
- odvzem vzorca krvi za hematološko preiskavo, ugotoviti krvno skupino in odvzem specifičnih krvnih vzorcev za ugotovitev določenih bolezni, npr. diabetes

Posebno pozornost v predoperativni pripravi je potrebno posvetiti preventivi tromboze globokih ven in preventivi pljučne tromboze. Ker gre v večini primerov za pacienta z rizičnimi faktorji (starost, razširjene vene, prebolela tromboza), se danes pred vsako operacijo kolka rutinsko izvaja tromboprofilaksa. Izvaja se medikamentozno in z fizikalno terapijo.

Aplikacija majhnih doz heparina predstavlja preventivno medikamentozno terapijo. Med metode fizikalne terapije pa spada izvajanje izometričnih kontrakcij mišic, vaje zdravih ekstremitet, dvigovanje na trapezu in drugo. Vse te vaje izboljšujejo cirkulacijo. Fizikalna terapija pa je pomembna tudi zato, da se ohranja funkcija gibanja aparata in za preprečevanje ran zaradi pritiska.

V okviru predoperativne priprave kardiovaskularnega sistema je zelo pomembna tudi priprava krvi oziroma krvnih nadomestkov za primer, da bo med operacijo ali po njej potrebna transfuzija. V ta namen se pacientu odvzame kri iz prsta za kontrolo krvne grupe na ploščici in odvzem krvi iz vene. Kri iz vene se pošlje skupaj z naročilnico za kri na Zavod za transfuzijo krvi. Tam določijo grupo, RH faktor, naredijo navzkrižni test in pripravijo primerno kri za bolnika.

5.6.2.5 Priprava uropoetskega trakta

Pred operacijo je potrebno opraviti vse rutinske preiskave urina (količina urina, makroskopski videz, pH urina, sladkor v urinu, žolčna barvila).

Vse uroinfekcije je treba pred operacijo medikamentozno zdraviti. Pri starejših poškodovancih, ki so inkontinentni je indicirana nastavitev urinskega katetra zaradi lažje kontrole bilance tekočin, zmanjšanja nevarnosti nastanka razjede zaradi pritiska in infekcije operativne rane.

5.6.3 Vzpostavitev homeostaze

Vzpostavitev homeostaze pri bolnikih pomeni doseči uravnovešeno delovanje organov in organskih sistemov. Skladno delovanje vseh organov in organskih sistemov dosežemo s sistematično pripravo organov in organskih sistemov v predoperativnem obdobju in s tem tudi ustvarimo pogoje, ki so potrebni za aplikacijo anestezije.

V vsaki pred operativni pripravi mora sodelovati tudi anesteziolog, ki pacienta temeljito pregleda in se odloči za vrsto anestezije in po potrebi predpiše ustrezno premedikacijo.

Kronične bolezni, ki so prisotne pri starejših bolnikih (diabetes, tromboza, kronična pljučna bolezen, pa tudi veliko akutnih obolenj), v večini primerov niso kontraindikacija za splošno anestezijo, predvsem zaradi temeljite predoperativne priprave. Vendar te bolezni lahko vplivajo na izid anestezije in povečujejo možnost komplikacij med anestezijo in v pooperativnem obdobju.

Pri bolnikih z zlomom kolka se iz teh razlogov poseg raje opravi v regionalni anesteziji (spinalni anesteziji) (11).

Prednosti spinalne anestezije so:

- zmanjšan je avtonomni in endokrini odgovor na stres,
- omogoča dobro analgezijo med operacijo,
- omogoča enakomerno mišično relaksacijo,
- ni velikega padca krvnega pritiska,
- analgezija še več ur po operaciji,
- omogoča hitro pooperativno okrevanje.

Pacientu pred operacijo anesteziolog opiše potek anestezije, opozoriti pa je potrebno pacienta tudi na kasnejši postoperativni glavobol. Glavobol bomo preprečili, omilili če bo bolnik štiriindvajset ur po operaciji ležal na ravnem ležišču brez vzdignjenega vzglavja.

5.6.4 Zdravstvena nega bolnika na dan pred operacijo

5.6.4.1. Ocena bolnikovega stanja

Z opazovanjem in pogovorom z bolnikom ugotavljamo bolnikovo stanje na dan pred operacijo. Ugotavljanje stanja je zelo pomembno in nikakor ga ne smemo izpustiti. Kajti lahko ugotovimo spremembe, ki bi vplivale na odločitev operativnega posega ali pa bi zahtevale posebno pripravo bolnika na operacijo (11).

Takšne spremembe so na primer: akutna dihalna obolenja, kožne spremembe, izrazit strah, menstruacija pri ženskah,...

Vse spremembe moramo sporočiti zdravniku.

5.6.4.2 Higienska oskrba bolnika

Z dobro higienko pripravo bolnika pred operacijo vplivamo na preprečevanje pooperacijskih komplikacij. Z dosledno higienizacijo odstranimo poleg umazanije iz kože tudi mikroorganizme in preprečimo njihovo rast. Higienske ukrepe je potrebno pred operacijo poostriti.

Na dan operacije je potrebno izvesti posteljno kopel, urediti lasišče, poostriti ustno nego, postriči nohte in odstraniti lak iz nohtov pri ženskah in sicer odstraniti vsa ličila. Kolikor je le mogoče naj medicinska sestra spodbuja bolnika pri sodelovanju. Medicinska sestra mora tudi poučiti o pomenu čistoče pred in po operaciji. Pri vseh postopkih osebne higiene moramo biti pozorni, da ne poškodujemo kože.

5.6.4.3 Priprava operativnega polja

Operativno polje je tisti predel, kjer je narejen operativni rez, način priprave operativnega polja pa je odvisen od mesta, kjer bo le-ta narejen. Predel kolka je predvsem pri moških precej poraščen, zato je potrebno ta predel natančno obriti. Britje čim bolj približamo času operacije.

5.6.4.4 Ureditev dokumentacije

Na dan pred operacijo je potrebno zbrati in urediti tudi vso bolnikovo dokumentacijo:

- temperaturni list,
- izvide laboratorijskih preiskav,
- izvide specialistov,
- rtg slike,
- negovalni list,
- list na katerem je zabeležena krvna skupina bolnika,
- popis bolnika.

5.6.5 Zdravstvena nega bolnika na dan operacije

5.6.5.1 Ocena stanja

Tudi na dan operacije je potrebna temeljita ocena psihofizičnega stanja, z namenom ugotavljanja morebitnih sprememb, ki bi lahko vplivale na odložitev operativnega posega. Pozorni smo na morebitno telesno temperaturo, izmerimo vitalne funkcije, opazujemo kožo, zelo pomembno je ugotoviti ali je bolnik ostal tešč. O vseh spremembah obvestimo zdravnika.

5.6.5.2 Jutranja nega

Naredimo jutranjo kopel, potrebna je temeljita anogenitalna nega. Pri ustni negi pazimo, da pacient ne pije tekočine, če ima pacient zobno protezo jo odstranimo in shranimo v posebno posodico, ki je opremljena z bolnikovim imenom in priimkom. Bolnika oblečemo v preklano spalno srajco. Odstranimo tudi očala, kontaktne leče, slušni aparat in nakit.

5.6.5.3 Priprava operativnega polja

Pri britju operativnega polja moramo paziti, da kože ne poškodujemo. Pri suhem britju je nevarnost poškodbe večja, britje pa je natančnejše. Mokro britje ne omogoča velike natančnosti, nevarnost poškodb je manjša in britje za bolnika ni tako neprijetno (13).

Operativno polje se ne brije le tam, kjer je predviden rez, ampak je potrebno obriti še deset do dvanajst centimetrov od mesta predvidenega reza, za primer, da bi bilo med operacijo potrebno rez podaljšati(13).

Obrito mesto po britju temeljito umijemo, razkužimo in pokrijemo s sterilnim zložencem.

5.6.5.4 Opravila z bolnikovimi osebnimi predmeti

Vse bolnikove osebne predmete (denar, nakit), ki ga med operacijo ne sme nositi, in druge vredne predmete opišemo na ustrezen formular in spravimo v sef. Vedno napišemo tri izvode potrdila in prvega damo v sef z bolnikovimi osebnimi predmeti, drugega damo bolniku in tretjega osebi, ki je bila še prisotna (11).

5.6.5.5 Označitev bolnika

Vsakega bolnika je potrebno označiti z zapestnico, ki jo nosi okoli zapestja. Napišemo ime in priimek bolnika, letnico rojstva, bolniški oddelek in številko sobe. Označimo tudi posteljo, če predvidevamo, da se bo bolnik vrnil na postelji.

5.6.5.6 Transport bolnika

Bolnika v operacijsko dvorano spremlja ena medicinska sestra ter en transportni delavec. S tem je zagotovljena varnost bolnika.

5.7 Zapleti povezani z zlomom in operativno oskrbo zloma

Zgodnja in seveda pravočasna mobilizacija bolnika je zelo pomembna, saj lahko z njo preprečimo postoperativne zaplete, ki se lahko pojavijo zaradi dolgotrajnega ležanja. Zaplete delimo na zgodnje in pozne.

Med zgodnje spadajo (11):

- zgodnje in površinske in globoke okužbe v predelu kolčnega sklepa, ki lahko v 2-20% povzročijo sepso,
- embolije,
- izpah endoproteze,
- razni nevrološki izpadi,
- zapleti s strani srca in ožilja,
- zapleti z zavestjo,
- razjede zaradi pritiska,

- zmanjšanje pljučne ventilacije in nevarnost za nastanek pljučnice.

Pozni zapleti:

- zapleti v povezavi z osteosintetskim materialom, kot so preboj vijaka ali plošče v acetabul, odstop, premik plošče ali vijaka, zlom vijaka, plošče, porušenje celotne osteosinteze,
- avaskularna nekroza glave stegenice,
- artroza kolčnega sklepa kot posledica neugodnih biomehanskih razmer (zvišan kolčni sklepni tlak) ali pri vsaditvi delne endoproteze kot posledica obrabe acetabularnega hrustanca,
- psevdartroza,
- omajanje endoproteze, tako acetabularnega kot stegneničnega dela,
- protruzija kolčne endoproteze,
- ob sklepne kalcinacije,
- kontrakture,
- deformacije,
- pri veliko starejših osebah zaradi dolgotrajnega ležanja prihaja do propadanja intelektualnih, emocionalnih in drugih psihičnih sposobnosti. Depresija se lahko pogloblja, zmanjša se sodelovanje,
- splošna oslabelost- atrofija mišic,
- omejena gibljivost sklepov,
- lokalna in ali generalizirana osteoporoza,
- prikrajšava poškodovanega uda, šepanje,
- bolečina v kolčnem sklepu,
- inkontinenca blata in urina.

5.8 Zdravstvena nega bolnika z zlomljenim kolkom- študija primera

Negovala sem bolnika z zlomom kolka. Star je bil 90 let. V Splošno bolnišnico Izola so ga sprejeli iz doma upokojencev Ilirska Bistrica. Iz zdravniške dokumentacije sem izvedela, da je bolnik padel v domu upokojencev, kjer je živel že nekaj let.

Zdravnik je po kliničnem pregledu in rtg slikanju postavil diagnozo: fractura femoris dexter. Zdravljenje so začeli najprej z namestitvijo skeletne traksije.

5.8.1 Negovalna anamneza

Bolnik je v domu Upokojencev delno skrbel za čistočo in urejenost, ker pa je večji del dneva preživel v postelji, mu je pri tem pomagalo negovalno osebje. Kljub vsemu je bila njegova koža nekoliko zanemarjena.

Prehrana bolnika je bila urejena in redna. Pri aktivnosti gibanja je bil bolnik omejen, saj je potreboval za gibanje bergle. Veliko časa je bolnik preživel v postelji, velikokrat je čez dan zadremal, zato je imel ponoči težave s spanjem.

Bolnik ima nameščen stalni urinski kateter zaradi inkontinence urina. V zadnjih časih ima težave tudi z inkontinenco blata.

Bolnik je imel do zdravljenja pozitiven odnos, zavedal se je pomembnosti aktivnosti, vendar jih zaradi svoje onemoglosti in odvisnosti od drugih ni mogel zadovoljivo opravljati.

5.8.2 Socialna anamneza

J.F. je bil brez poklica. Delal je kot kmetovalec na lastnem posestvu. Sedaj dobiva kmečko pokojnino, katera mu zadošča za kritje stroškov doma. Je vdovec, ostalih svojcev nima.

5.8.3 Psihična priprava

Bolnik je zaradi zloma kolka zelo prizadet. Boji se zdravljenja, še posebno operacije, saj je to njegova prva operacija. Vse posege sprejema na videz hladnokrvno in z besedami češ, naj delajo kar hočejo.

Bolnik je prizadet zaradi osamljenosti in zaradi menjave okolja.

Cilji:

- vera v ozdravitev in življenje,
- razumeti nujnosti operativnega posega,
- zmanjšati strah pred operacijo,
- bolnik bo seznanjen s stanjem po operaciji.

Načrtujemo pogovor z bolnikom v katerem mu predstavimo postopke zdravstvene nege pred in po operaciji. Skušamo ga motivirati za sodelovanje in ga spodbujamo z izražanjem svojih čustev. Bolniku pojasnimo, da bo po operaciji njegovo zdravljenje lažje, ker se bo lahko več gibal.

Bolniku povemo, da bo po operaciji prisotna bolečina, ki bo najmočnejša prvih 48 ur in da bo po potrebi dobil predpisane analgetike. Pacienta poučimo o načinu gibanja po operaciji, povemo mu, da bo prvih 24 ur moral ležati z ravnim vzglavjem. Povemo mu, da s tem položajem preprečimo glavobol, ki lahko nastane kot posledica spinalne anestezije. Pacienta seznanimo tudi z izgledom rane in mu povemo, da bo po operaciji v predelu rane nameščen drenažni sistem, za nadomeščanje izgubljene tekočine pa bo dobival infuzijo. Do bolnika pristopamo z empatijo, dokazati mu moramo, da za nas ni le objekt in da njegovo stanje ne vodi v smrt, ampak da ima možnosti, da se zlom pozdravi.

Vrednotenje

Bolnik je postopke zdravstvene nege razumel in pri njih tudi sodeloval. Strah pred operacijo je bil delno zmanjšan, saj mu je bil razložen potek operacije. Tudi na zdravljenje je gledal optimistično, čeprav si je na trenutke še vedno želel umreti, še posebej, ko je pomislil na vrnitev v dom.

Pogovor s svojci nisem opravila, saj jih omenjen nima.

5.8.4 Gibanje

Potreba po gibanju je pri človeku izražena celo življenje. Zmanjšana sposobnost gibanja zmanjšuje tudi zadovoljevanje drugih potreb, s tem pa pri bolniku nastanejo fizične, psihične in socialne razmere. Pri ugotavljanju potreb po gibanju, moramo pri bolniku najprej ugotoviti obseg gibanja, kaj lahko in kaj ne more storiti sam in poiskati vzrok omejenega gibanja.

Skeletna trakcija, ki je nameščena pri bolniku, zahteva terapevtski položaj, gibanje je vezano na posteljo. Pri bolniku je gibanje omejeno tudi zaradi visoke starosti in bolečine, ki je prisotna zaradi poškodbe. Bolnik se s težavo dviguje na trapezu, na bok se ne more obrniti. Bolniku je terapevtski položaj zelo neprijeten.

Po operaciji smo bolnika obrnili na bok, zaradi preventive nastanka razjede zaradi pritiska, vendar bolnik ni želel ležati na boku.

Cilji:

- sodelovanje bolnika,
- ohranjena normalna funkcija lokomotornega aparata,
- preprečen nastanek komplikacij razjede zaradi pritiska,
- zmanjšana bolečina,
- zmanjšan glavobol po operaciji.

Intervencije

- bolnika spodbujamo, da se čim večkrat dviguje na trapezu in izvaja vaje z zdravimi udi,
- izvajamo preventivo za preprečevanje razjed zaradi pritiska (podlaganje križnice z ovčko),
- pred operacijo ga poučimo o pomenu ravnega vzglavja,
- po operaciji distalni del uda podložimo,
- aplikacija analgetika po naročilu zdravnika,
- obračamo bolnika.

Pri bolniku smo dosegli sodelovanje, bil je poučen o pomenu terapevtskega položaja pred in po operaciji in je ves čas ležal v terapevtskem položaju. Obračanju na bok se je kljub pogovoru upiral in je želel ležati predvsem na hrbtu. Kljub težavam nam je uspelo preprečiti nastanek razjede zaradi pritiska. Z aplikacijo analgetika smo zmanjšali bolečino. Bolnik se je tudi večkrat malo dvigoval na trapezu in delal različne gibe z rokami. Do glavobola po operaciji ni prišlo.

5.8.5 Skrb za čistočo in urejenost

S čistočo in urejenostjo skrbimo za dobro počutje in prijeten videz. Pri oceni stanja ugotavljamo njihovo motiviranost, stopnjo samooskrbe in njihovo urejenost. Bolnik osebne higijene ne more opravljati samostojno, čeprav je potreba po osebni higieni močno izražena.

Cilji

- čist in urejen bolnik,
- dobro počutje bolnika,
- poučen bolnik o pomenu higijene pred operacijo,
- bolnik higiensko pripravljen na operacijo.

Intervencije

- jutranja nega telesa, 3x dnevno ustna nega,
- spodbujamo, da si sam umije obraz ter vrat,
- razložimo mu pomen predoperativne higijene,
- pri izvajanju osebne higijene po operaciji opazujemo rano in okolico rane.

Bolnik je čist in urejen, dobro se počuti. Poučen je o pomenu higienske oskrbe pred operacijo. Bolnik sodeluje pri izvajanju osebne higiene.

5.8.6 Odvajanje

Razvoj aktivnosti se nanaša na zavestno kontrolo defekacije, ki se tekom življenja spreminja. Pri bolniku v zvezi z odvajanjem ugotavljamo pogostost, makroskopski izgled, morebitne patološke simptome.

Pri ocenjevanju aktivnosti v zvezi z mikcijo pa ocenjujemo izločanje, diurezo, makroskopski izgled, patološke spremembe. Bolnik ima težave pri kontinenci blata, namestili smo mu pleničko saj nima občutka za kontinenco blata. Uveden ima tudi stalni urinski kateter zaradi inkontinence urina.

Cilji:

- urejeno odvajanje po operaciji,
- zamenjava urinske vrečke,
- doseženo sodelovanje bolnika,
- bolnik bo kontinenten za blato.

Intervencije:

- poučiti bolnika o pomembnosti uživanja tekočin,
- dnevno merimo količino urina,
- po vsakem izločanju blata izvajamo anogenitalno nego

Bolnik je poučen o pomembnosti pitja tekočin. Po vsakem odvajanju blata smo izvedli anogenitalno nego. Koža v anogenitalnem predelu je zdrava brez rdečin.

5.8.7 Prehranjevanje

S pravilno prehrano želimo vzdrževati pravilno presnovo in odpornost proti škodljivostim. Za samostojno izvajanje te aktivnosti sta pomembni intelektualna in fizična komponenta. Bolnik je sicer podhranjen, kaže se na zmanjšani telesni teži, slabem turgorju kože. Pri hranjenju in pitju potrebuje pomoč.

Cilji:

- vzdrževanje normalne prehranjenosti bolnika,
- preprečimo dehidracijo.

Intervencije:

- bolniku postrežemo hrano, pomoč pri hranjenju, ter spodbujanje k samostojnem hranjenju,
- namestimo pijačo v njegovo neposredno bližino,
- poučimo ga o pomembnosti hranjenja in pitja,

Bolnik je poučen o pomembnosti pitja tekočin, bolnik potrebuje delno pomoč pri hranjenju in pitju.

5.8.8 Dihanje

Dihanje je proces plinske izmenjave. Na porabo kisika vplivajo starost, velikost, spol, telesna temperatura, hormoni, telesna aktivnost. Frekvenca dihanja je od 14 do 16 vdihov in izdihov na minuto.

Cilji:

- čista dihalna pot,
- preprečene pljučne komplikacije.

Intervencije:

- poučimo bolnika o pravilnem dihanju,
- učimo pravilno tehniko dihanja, izkašljevanja
- poskrbimo za staničevino in vrečke za odpadke,
- spodbujamo k izvajanju dihalnih vaj.

Bolnik je poučen o pomenu pravilnega dihanja. Bolnik veliko pije in lepo izkašljeje. Dihalna pot je čista.

5.8.9 Telesna temperatura

Telesna temperatura je izmerjeno toplotno stanje telesa. Temperatura bolnika aksilarno je 36.6°C.

Cilji:

- normalna telesna temperatura,
- pravočasno odkritje odstopanj.

Intervencije:

- dvakrat dnevno merjenje telesne temperature,
- primerno oblečen, pokrit bolnik.

V času moje obravnave bolnika je bila telesna temperatura med 36.2-36.8°C.

5.8.10 Spanje in počitek

Spanje je človeška fiziološka potreba. Medicinska sestra mora ugotoviti bolnikove navade glede spanja in počitka, ter ugotoviti vse dejavnike ki onemogočajo zadovoljiti to potrebo. Bolnik čez dan drema, ponoči ne spi dobro.

Cilj:

- spočit in naspan bolnik.

Intervencije:

- poučimo bolnika o pomenu zadostnega spanja za dobro počutje,
- čez dan spodbujamo bolnika k aktivnostim,
- osvežimo ga pred spanjem,
- prezračimo sobo, uredimo posteljno enoto.

Bolnik kljub intervencijam spi 5-6 ur dnevno.

5.8.11 Komuniciranje

Komunikacija je izrednega pomena za uspešno življenje v družbi, človeku omogoča ljubiti, delati, učiti se, ustvarjati, itd. Komuniciranje je verbalno in neverbalno. Verbalna oblika komuniciranja je pogovor, neverbalno komuniciranje pa se izraža z govoricom telesa in obnašanjem. Neverbalna oblika se pojavlja neprestano. Medicinska sestra mora pri svojem delu znati uporabljati obe obliki komuniciranja, kajti le tako bo lahko spoznala bolnika in ugotovila njegove resnične potrebe.

Cilj:

- doseči dobro komunikacijo.

Intervencije:

- z bolnikom se čimveč pogovarjamo,
- spodbujamo bolnika k pogovoru.

Z bolnikom sem se veliko pogovarjala, z ostalimi zdravstvenimi delavci pa mu ni uspelo vzpostaviti uspešne komunikacije. Sobolnik se počasi vključuje v pogovor z bolnikom.

5.8.12 Koristno delo in rekreacija

Koristno delo in rekreacija sta spontan odraz človekovih želja, da se loti aktivnosti po lastni želji. V bolnišnici je veliko krat ta aktivnost ovirana zaradi bolezni, bolnikove fizične in psihične prizadetosti.

Bolnik se počuti osamljenega, nima možnosti za kakršno koli zaposlitev, zaposli ga in mu skrajša čas le delo, ki ga opravljamo pri njem. Bolnik občasno rad posluša radio.

Cilji:

- zmanjšana bolnikova pasivnost,
- preprečeno dremanje čez dan.

Intervencije:

- z bolnikom se veliko pogovarjamo,
- spodbujamo ga k sodelovanju pri postopkih zdravstvene nege,
- spodbujamo ga k aktivnejšem poslušanju radia.

Bolnik se pogovarja, pri izvajanju zdravstvene nege sem si vzela čas in bolnik je lažje aktivnejše sodeloval.

5.8.13 Rehabilitacija

Rehabilitacija je postopek s katerim skušamo bolnika čim bolj usposobiti za samostojno življenje. Pri rehabilitaciji ne gre le za ozdravljenje, ampak pri bolniku skušamo razviti psihične in fizične sposobnosti do take mere, da se lahko vrne v normalno življenje. Cilj

rehabilitacije v starosti je doseči čim manjšo odvisnost posameznika od okolice. Pri oceni stanja v zvezi z rehabilitacijo je potrebno upoštevati psihično stanje starostnika, spremembe na organih in organskih sistemih ter njegov socialni in ekonomski status.

Bolnik že pred poškodbo ni samostojno hodil, zato bo rehabilitacija potekala v smeri, da bi se bolnik lahko gibal v invalidskem vozičku.

Cilji:

- preprečiti invalidnost,
- doseči sodelovanje bolnika,
- gibanje bolnika s pomočjo invalidskega vozička.

Intervencije:

- program rehabilitacije sestavi in vodi fizioterapevt, medicinska sestra pa pri izvajanju aktivno sodeluje,
- izvajamo dihalne vaje,
- razgibavanje zdravih sklepov,
- izometrične kontrakcije mišic,
- navajanje pacienta na gibanje v invalidskem vozičku.

Bolnika že pred operacijo seznanimo s programom, ga spodbujamo k izvajanju vaj in k sodelovanju pri rehabilitaciji.

Bolnik je v času mojega negovanja izvajal le vaje z zdravimi udi in izometrične vaje mišic.

5.9 Zdravstvena vzgoja

Zdravstvena vzgoja je kombinacija izobraževalnih in vzgojnih dejavnosti, ki dosežejo, da ljudje želijo biti zdravi, vedo kako ostanejo zdravi, in da naredijo vse, kar je v njihovi moči, za varovanje zdravja, ter da poiščejo pomoč takoj, ko jo potrebujejo.

Zdravstvena vzgoja se ne ukvarja samo s posamezniki, njihovim zdravjem ter tveganim obnašanjem, pač pa tudi s skupinami oz. skupnostjo. Povedano drugače je zdravstvena vzgoja proces, v katerem se posamezniki in skupine učijo ravnati tako, da krepijo zdravje, ga ohranjajo in uveljavljajo. Torej ljudi obvešča o potrebi biti zdrav, vedeti kako doseči zdravje in kako in kdaj poiskati strokovno pomoč.

Kot vidimo je zdravstvena vzgoja izrazito interdisciplinirana. Sodelujejo različni strokovnjaki, vendar predvsem na primarni ravni.

Na primarni ravni se ukvarjamo z zdravimi posamezniki in skupnostjo v nekem prostoru in času. Pomembno je, da jih učimo zdravo živeti, ter da jih opozarjamo na dejavnike tveganja.

Na sekundarni in terciarni ravni so po mojem mnenju nujno potrebni zdravstveni delavci, saj je potrebno poznati razna področja medicine, da smo lahko pri delu z osebami s tveganjem in bolnimi prepričljivi in zaupanja vredni vzgojitelji.

Zdravstvena vzgoja je aktivni proces učenja ob lastnih izkušnjah in ne le informiranje.

Cilji zdravstvene vzgoje so:

- pravilno, pravočasno informiranje ljudi, o škodljivostih, ki ogrožajo zdravje in življenjsko okolje,

- spodbujati posameznika in družbe, da si bo zavestno prizadeval ohraniti lastno zdravje in življenjsko okolje in da bo aktivno sledil sodobnim preventivnim ukrepom,
- razvijanje telesne in duševne sposobnosti za doživljanje vrednote zdravja in zavest o dolžnosti ohranjanja in izboljšanja lastnega zdravja in okolja.

Delovanje zdravstvene vzgoje je usmerjeno k trajni, kvalitetni spremembi varovančevega odnosa do zdravja. Zdravstvena vzgojna dejavnost je usmerjena v primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Pri bolniku se upošteva terciarno preventivno zdravstveno dejavnost, ki je usmerjena k bolnemu človeku.

Pri zdravstvenem vzgojnem delu se moramo zavedati, da osebnosti starostnika ni mogoče več prenoviti ali spremeniti. S pogostimi pogovori in vključevanjem bolnikov v različne aktivnosti pa lahko dosežemo, da starostniki preženejo moreče misli s katerim se obremenjujejo.

Poudarjam, da je zdravstvena vzgoja izredno kompleksna dejavnost. Z njo želimo doseči, da bo bolnik spremenil svoje obnašanje v prid zdravju, oblikoval nova stališča ali spremenil že obstoječa, sprejel vrednoto zdravje kot svojo, saj bo le ta temelj motivacije za zdravo obnašanje. Da bi dosegli ta izjemno zahteven cilj, je pomembno informiranje, učenje, vzgajanje, svetovanje v kombinaciji z različnimi poudarki v različnih fazah vzgojnega procesa.

Imeti veliko informacij, znanja in spretnosti, je šele osnova za vzgojo, torej spremembo in oblikovanje zdravega življenjskega sloga.

6 REHABILITACIJA

Rehabilitacija je aktiven proces s pomočjo katerega prizadeti zaradi poškodbe ali bolezni dosežejo polno okrevanje ali če to ni možno uveljavijo svoj optimalni fizični, mentalni in socialni potencial in se vključijo v sebi najprimernejše družbeno okolje.

Rehabilitacija je postopek s katerim skušamo bolnika ali poškodovanca čim prej ozdraviti in usposobiti za samostojno fizično, družbeno in ekonomsko življenje. Rehabilitacija se začne pravzaprav že s prihodom poškodovanca v bolnišnico in sicer z vajami za izboljšanje kondicije, dihalnimi vajami in vajami prostih ekstremitet in izometričnimi kontrakcijami mišic poškodovane noge. Po operaciji pa je rehabilitacija še važnejša. Bolnik je zaradi starosti, poškodbe in operacije slabo pokreten ali celo nepokreten. Daljše ležanje, zmanjšana gibljivost in bolečina lahko starejšega bolnika pripeljeta v stanje popolne nepokretnosti. Bolniku je zato potrebno z zgodnjo fizioterapijo in pripomočki (trapez, bergle, hodulje) omogočiti čim popolnejšo rehabilitacijo (18). Z zgodnjo fizioterapijo preprečujemo tudi vrsto zapletov kot so zastojna pljučnica, embolija, tromboze, razjede zaradi pritiska, uroinfekti, obstopacije...

Prvi dan po operaciji bolnik že izvaja izometrične vaje mišic, giba s stopali, se dviguje s pomočjo trapeza in sedi v postelji, postopoma iz dneva v dan pa se težavnost vaj in aktivnosti povečuje, dokler bolnik ni sposoben za hojo s pomočjo bergel.

Pri starejših bolnikih pa ni redko, da bolnika ni moč usposobiti za samostojno hojo, zato ga fizioterapevti usposablajo za življenje na invalidskem vozičku.

Pomembna je tudi socialna rehabilitacija. Bolnika in svojce je potrebno pripravljati za življenje doma, ki pa se bo pri starejših bolnikih, zaradi poškodbe, verjetno spremenilo. Svojci pogosto izkoristijo priložnost in skušajo bolnika dati v domsko oskrbo, zato si je treba vzeti čas tudi za svojce in jim skušati pomagati in jih naučiti pravilno skrbeti za bolnika.

6.1 Rehabilitacijski cilji

Rehabilitacijski cilji morajo biti realni in natančno določeni ter sprotno opredeljeni v vsaki fazi rehabilitacije. Rehabilitacija je dinamični proces, zato moramo tudi rehabilitacijske cilje prilagajati glede na izhod posameznih faz rehabilitacije. Namen opredelitve rehabilitacijskih ciljev je, da vsi sodelujoči vedo, kam je usmerjena obravnava in vzpodbujanje motivacije ob doseganju zastavljenih ciljev.

Ločimo dve vrsti ciljev:

- dolgoročne in
- kratkoročne.

Dolgoročni cilji opredeljujejo izhod rehabilitacije, ki ga načrtujemo ob začetku obravnave. Določamo jih glede na vrsto funkcijske prizadetosti bolnika, ki je lahko:

- začasna (npr. stanja po ne kompliciranih zlomih kosti... cilj je vrnitev na stanje pred poškodbo),
- trajna (npr. stanja po amputacijah, paraplegija... cilj je optimalna prilagoditev in preprečevanje prizadetosti in oviranosti),

- progresivno slabša (npr. stanja pri progresivnih nevroloških obolenjih, razne mišične distrofije, Parkinsonova bolezen... cilj je čim dlje ohraniti neodvisnost v izvajanju osnovnih življenjskih potreb).

Pomembno je da dolgoročne cilje uskladimo s sposobnostmi in željami bolnika ter, da upoštevamo tudi realna pričakovanja družine, sorodnikov, ki jih nameravamo vključiti v rehabilitacijo.

Več kratkoročnih ciljev določamo znotraj zastavljenega dolgoročnega cilja. Njihovo postopno uresničevanje vodi do končnega rehabilitacijskega cilja. Cilji morajo opredeliti učenje tistih aktivnosti, ki motivirajo bolnika in tudi okviren čas, v katerem naj bi jih osvojil. Prezahtevni kratkoročni cilji slabo vplivajo na motiviranost bolnika in zavirajo posamezne faze rehabilitacije, zato je bolje opredeliti lažji cilj in ga po potrebi prilagajati.

6.2 Vloga medicinske sestre v rehabilitaciji

Zdravstvena nega predstavlja korak medicinske rehabilitacije, posebno pri nepomičnih in težko pomičnih bolnikih. Zdravstveno nego izvaja in koordinira medicinska sestra. Čim večja je nepomičnost, tem večja je potreba po zdravstveni negi. Pravilno izvajana zdravstvena nega lahko prepreči invalidnost, slaba pa je lahko vzrok vrste komplikacij (kontrakture sklepov, razjede zaradi pritiska, infekcije), ki predstavljajo večji rizik za nastanek invalidnosti. Medicinska sestra je poleg negovalke tudi prva zdravstvena vzgojiteljica, koordinatorka in osnovna psihoterapevtka.

Medicinska sestra kot negovalka:

- skrbi za osnovno higieno bolnika, postelje, sobe in pripomočkov,
- skrbi za preprečevanje razjede zaradi pritiska (redno obračanje, opazovanje in nega kože),
- skrbi za preprečevanje motenj venske cirkulacije (podlaganje nog, kompresivni zavoji),
- skrbi za izločanje nepokretnih bolnikov (nadzor, ocena in higiena)
- skrbi za preprečevanje kontraktur in deformacije sklepov (pravilno nameščanje).

Medicinska sestra kot zdravstvena vzgojiteljica:

- uči bolnika samostojnega izvajanja osebne nege in ga v sodelovanju s fizioterapevtom in delovnim terapevtom usposablja za izvajanje dnevnih aktivnosti.

Medicinska sestra kot koordinatorka:

- skrbi za izvajanje dnevnega plana rehabilitacije,
- usklajuje urnik programa in ga prilagaja dnevnemu ritmu bolnika.

Medicinska sestra kot osnovna psihoterapevtka:

- nastopa neposredno, v dnevnem stiku z bolnikom, saj je praviloma tisti član tima, ki je dnevno najdlje v njihovi bližini.

SKLEP

Zlom kolka je predvsem resna poškodba starejših ljudi, saj je pogostost le-teh razlog za nenadno bistveno poslabšanje kakovosti preostanka življenja, neredko pa povod za različne zaplete in smrt starostnika. Zlomi kolka so najpogosteje pri starejših ljudeh posledica padca, osteoporoze in drugih degenerativnih bolezni, pri mladih ljudeh pa posledica prometnih nesreč ter padcev iz višine.

Obravnava bolnika z zlomom kolka je interdisciplinirano timsko delo, kamor poleg zdravstvenega osebja spadajo tudi bolniki in svojci. Pri starejših bolnikih imajo svojci pomembno vlogo pri okrevanju, zato jih v času hospitalizacije bolnikov poučimo o namenu fizioterapevtskih metod in tehnik. Tako bodo ob odpustu bolnika iz bolnišnice pripravljeni na njihovo stanje. Pomembno vlogo pri starejših bolnikih ima tudi zgodnji odpust iz bolnišnice. Vendar bi bilo potrebno nadaljevati rehabilitacijo na domu, za kar naj bi poskrbela patronažna fizioterapija. S tem bi kadrovsko razbremenili bolnišnične usluge, za bolnika pa bi to pomenilo čimprejšnje psihosocialno in funkcionalno okrevanje na svojem domu.

Ponovne padce preprečujemo z ugotavljanjem in zdravljenjem vzrokov za padce, povečanjem telesne sposobnosti po zlomu, spodbujanjem redne vadbe in prilagajanjem domačega okolja. Ponovne osteoporotične zlome preprečujemo z vadbo in zdravljenjem osteoporoze, takoj ko laboratorijsko izključimo druge vzroke znižane mineralne gostote.

Večina ljudi se premalo giblje in se tega ne zaveda. Dobro priporočilo je, da skoraj nikoli ni prepozno narediti nekaj za to. Za ohranjanje zdravih kosti je pomembno, da izberemo dejavnosti, ki zahtevajo vlek in pritisk na okostje, vertikalno obremenitev, kot so hoja, aerobika, vožnja s kolesom, ples. Najpomembnejše vaje za preprečevanje oziroma zdravljenje osteoporoze so vaje povečanje kostne mase (antigravitacijske, proti upor, aerobne vaje).

V zadnjih letih se tudi vse več medicinskih sester zaveda pomena prebiranja strokovne literature, predvsem tuje, saj vse bolj ugotavljamo, kako so naša spoznanja, do katerih smo prišli po mnogih zmotah, že zdavnaj opisana v tuji literaturi. Zavedati se moramo, da je na tem področju še veliko praznega prostora.

Uvajanje procesne metode dela in teoretičnih modelov, ki so temelj na življenjskih aktivnostih, nas pri ugotavljanju potreb vodijo v razmišljanje o potrebah, kot so izražanje čustev, verovanj, potrebe po koristnem delu, po rekreaciji ter predvsem potrebe po socialnih stikih.

VIRI IN LITERATURA

1. Čretnik A. *Intramedularna učvrstitev zlomov*. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Traumatološki oddelek, 2000: 15-21.
2. Bručan A, Gričar M, Vajt R. *Urgentna medicina izbrana poglavja 2004*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2004: 403-408.
3. Bručan A, Gričar M, Vajt R. *Urgentna medicina izbrana poglavja 2003*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 2003: 291-300.
4. Brejc T, Matoic B, Vukadinović D, Kljajić N. *Priročnik za življenje starejših ljudi po zdravljenju in rehabilitaciji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2003: 7-49.
5. Curk A, Potočnik M, Strižnar D. *Zbornik 3. konference lokalnih akcijskih skupin*. Ljubljana: Urad vlade RS za droge, 2002: 101-106.
6. Roš A, Božjak M. *Zbornik predavanj in posterjev 1. kongresa strokovnih sekcij s področja internističnih strok*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije-Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2002: 65-67, 183-195.
7. Marn D, Vukadinović. *Obravnava Starostnika po osteoporoznem Zlomu*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2003: 37-47, 73-81.
8. Pavlovič V. *Nujna stanja v ortopediji*. Ljubljana: Ortopedska klinika Klinični center, 2001: 141-145.
9. Herman S. *Utesnitveni sindrom v ortopediji*. Ljubljana: Tiskarna Planprint d.o.o., 1997: 123-129.
10. Pavlovič V. *Poškodbe pri športu*. Ljubljana: Ortopedska klinika, Klinični center Ljubljana, 2002: 207-209.
11. *Priprava pacienta na operacijo kolka*. Diplomsko delo. Ljubljana: Višja šola za zdravstvo, 1993.
12. Trampuž R. *Kakovost zdravstvene nege: kako jo prinesiti v prakso*. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, 2004.
13. Železnik D, Ivanuša A. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002.
14. Ivanuša A, Železnik D. *Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2000.
15. Gordon M. *Negovalne diagnoze- priročnik*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2003.

16. Demšar A. *Rehabilitacija starostnikov po tipičnih zlomih zaradi osteoporoze. Ljubljana: Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo, 1999: 167-176.*
17. Kosmina L. *Zbornik Posvetovanj o teoriji in praksi zdravstvene nege. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija pri ZZNS-ZDMSZTS, 2000: 28-32, 61-63, 72.*
18. Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J. *Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2003: 13-40.*
19. Kozina S, Smrke D. *Zlom vratu stegenice. Ljubljana: Med. Razgl., 1999: 103-115.*
20. Smrkolj V. *Zlomi zgornjega dela stegenice. Ljubljana: Med. Razgl., 1989: 28: 395-406.*
21. Miksić K, Flis V. *Izbrana poglavja iz kirurgije. Maribor: Obzorja d.o.o.: Maribor, 2003: 79-81, 256-271.*
22. Lipovec V. *Rentgenske slikovne metode v diagnostiki skeletnih obolenja: Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana, 2001: 131- 152.*
23. Demšar A. *Ortopedija. Maribor: Visoka zdravstvena šola Maribor, 2003.*
24. Fras Z. in sodelavci. *Zbornik prispevkov 46. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za interno medicino: Ljubljana, 2004: 199-206.*
25. Vaughan B., Pillmoor M. *Managing Nursing Work. Implications for Practice, 1989.*
26. Silvester T. *Pogostost odmrtnosti glavične stegneničnega vratu v odvisnosti od časa do osteosinteze: Ljubljana, 1992: 293-313.*
27. Mossey JM, Mutran E, Knott K, Craik R. *Determinants of recovery 12 months after hip fracture: the importance of psychosocial factors. Am J Public health 1989:79.*
28. Škoflanc Z, Rošker D. *Predoperativna priprava in pooperativna zdravstvena nega bolnika s poškodbo kolka. Zdrav Obzor 1989;23:227-231.*
29. Kopic M. *Predoperativna priprava in postoperativna nega pri artroplastičnih posegih na kolkih. Zdrav Obzor 1989;23:251-256.*