

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

**ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S POŠKODBO  
OBEH NADLAHTNIC: ŠTUDIJA PRIMERA**

**NURSING CARE OF PATIENT WITH HUMERUS INJURY: CASE  
STUDY**

**Študent: JANJA HONOMIHL**

**Mentor: IGOR KARNJUŠ, mag. zdr. neg.**

**Somentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg.**

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI  
PROGRAM**

**Študijska smer: Zdravstvena nega**

Izola, julij, 2011

## KAZALO VSEBINE

Kazalo vsebine.....	I
Kazalo slik.....	II
Povzetek.....	III
Povzetek.....	III
Abstract.....	IV
1 Uvod.....	1
1.1 Značilnosti travmatološkega pacienta s poškodbo nadlahtnice.....	2
1.2 Poškodbe nadlahtnice.....	2
1.2.1 Zdravljenje zloma nadlahtnice.....	3
1.2.2 Zgodnja rehabilitacija.....	6
1.3 Vloga medicinske sestre pri operativnem zdravljenju pacienta s poškodbo nadlahtnice.....	7
1.3.1 Priprava pacienta na operativni poseg.....	7
1.3.2 Nadzor pacienta v pooperativnem obdobju.....	8
1.4 Značilnosti sodobne zdravstvene nege.....	9
1.4.1 Značilnosti procesne metode zdravstvene nege.....	11
1.5 Model Marjory Gordon.....	15
2 Namen naloge.....	20
3 Materiali in metode.....	21
4 Študija primera pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic.....	22
5 Razprava.....	32
6 Zaključek.....	35
7 Literatura.....	36
Zahvala.....	39
Priloge.....	40

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Rentgenski posnetek zloma desne in leve nadlahtnice.....	3
Slika 2: Rentgenski posnetek operacijsko zdravljenega desnega in levega zloma nadlahtnice.....	6

## **POVZETEK**

Zlomi nadlahtnice predstavljajo 5 % vseh zlomov. S starostjo vse bolj naraščajo, ženske pa so za takšne zlome dovzetne celo dvakrat bolj kot moški. Takšni zlomi so najbolj pogosti pri starejših poškodovancih, predvsem pri ženskah z osteoporozo zaradi slabše kvalitete kosti. Zaradi tega je bil namen naloge predstaviti bolnišnično obravnavo pacienta s poškodbo nadlahtnice, obenem pa poudariti vlogo medicinske sestre pri kakovosti izvajanja zdravstvene nege pri takšnem pacientu.

Uporabili smo kvalitativno metodo – študijo primera pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic v predoperativnem obdobju. Podatke smo pridobili s pomočjo opazovanja, izvajanja meritev, strukturiranega intervjuja s pacientom ter nam dostopne zdravstvene dokumentacije. Na podlagi negovalne anamneze so bile oblikovane ključne negovalne diagnoze ter cilji in aktivnosti zdravstvene nege. Študija primera je slonela na modelu Majory Gordon in njenih enajstih funkcionalnih vzorcih zdravega obnašanja.

Preko potreb po zdravstveni negi pri pacientu s poškodbo obeh nadlahtnic smo pridobili pet ključnih negovalnih diagnoz, ki so značilne za takšne paciente v predoperativnem obdobju. S študijo primera smo uspešno vplivali na uvajanje sodobne zdravstvene nege iz teorije v prakso. Upoštevali smo elemente zdravstvene nege, saj prispevajo k temu, da se sodobna zdravstvena nega razvija, kar v praksi pomeni zavzetost za pacienta v vseh pogledih, ne samo v fizičnem.

**Ključne besede:** travmatološki pacient, zlom nadlahtnice, vloga medicinske sestre, proces zdravstvene nege, model Marjory Gordon

## **ABSTRACT**

Humerus fractures represent 5 % of all fractures. The occurrence of these fractures increases with age, moreover women are twice as more prone to suffer such a fracture than men. Such fractures mostly occur in older injured persons, above all in women with osteoporosis, caused by decreased bone quality. Therefore the aim of this thesis was to present the hospital treatment of a patient with a humerus injury, while stressing the role of a nurse, affecting the quality of the nursing care provided to such a patient. For the purposes of this thesis the qualitative method was used – a case study of a patient with injuries to both humeri in the pre-operative period. Information was gained by observation, performing measurements, structured interview with the patient and accessible medical records. On the basis of the nursing medical history, the key nursing diagnoses, the aims and activities pertaining to nursing care were defined. The case study drew on the Marjory Gordon model and her eleven functional health patterns. Based on the needs regarding the nursing of a patient with injuries to both his humeri, five key nursing diagnoses were established, all of them are characteristic of such patients in the pre-operative period. By means of this case study and the consideration of nursing care elements we have successfully influenced the introduction of modern nursing care from theory to practice. Nursing care elements contribute to the development of the modern nursing care, meaning patient concern in all respects, not only in terms of bodily functions.

**Key words:** trauma patient, humerus fracture, the role of a nurse, the nursing care process, the Marjory Gordon model

## 1 UVOD

Poškodba je vzrok približno vsakega desetega obiska v ambulanti splošne prakse. Kot vzrok smrti je na prvem mestu v prvi polovici življenja, v drugi polovici življenja pa na tretjem. Ponavadi so poškodbe takšne, da prizadenejo več telesnih delov oziroma organskih sistemov. Največkrat so to mehanične poškodbe, oz. padec na trdo podlago. Obravnava tovrstnih primerov zahteva multidisciplinarni pristop s strani tima, v katerega spada medicina, zdravstvena nega in fizioterapija (1). Roka ima številne pomembne funkcije, med drugim nam omogoča samostojnost pri dnevnih aktivnostih, kar je izredno pomembno za človekovo samozavest in samospoštovanje. Vsaka poškodba roke, ki zmanjša njeno funkcijo, prizadene človeka kot celoto. Če je poškodba zelo huda in oseba izgubi funkcionalnost dominantne roke, se kažejo posledice na vseh področjih delovanja (2). Podatki Inštituta za varovanje zdravja kažejo, da je bilo v Sloveniji leta 2009 število vseh hospitalizacij zaradi nenamernih poškodb in zastrupitev po regijah bivališč in starostnih skupinah 28965 primerov, od tega 2341 primerov poškodb rame in nadlahti (3). Zlomi nadlahtnice predstavljajo 5 % vseh zlomov (4). S starostjo vse bolj naraščajo, ženske pa so za takšne zlome dovzetne celo dvakrat bolj kot moški (5, 6). Takšni zlomi so najbolj pogosti pri starejših poškodovancih, predvsem pri ženskah z osteoporozo zaradi slabše kvalitete kosti (4). Na izid zdravljenja vplivajo mnogi dejavniki. Pravilna indikacija in izbira operativne tehnike ter dobra zgodnja in nadaljnja rehabilitacija so skupek pomembnih dejavnikov, ki odločajo o prognozi in končnem izidu zdravljenja poškodb nadlahtnice (4). Izbira tehnike osteosinteze je odvisna od številnih dejavnikov, kot so: tip zloma, kakovost kosti (prisotnost osteoporoze) in mehkih tkiv, biološka starost pacienta, raven življenjskih aktivnosti pacienta pred poškodbo, zmožnost pacienta za sodelovanje pri rehabilitaciji, prisotnost operacijskih kontraindikacij (kronične bolezni), alkoholizem (7). Kostna kirurgija je danes usmerjena v novejša načina zdravljenja zlomov kosti z novimi biološkimi metodami, ki naj bi dolgoročno pomenile boljšo prognozo za pacienta. Na ta način je zdravstvena nega postavljena pred nove izzive, saj je čas obravnave pacienta po operaciji vedno krajši (8). Vsak primer poškodbe nadlahtnice predstavlja izziv za medicinsko sestro. Medicinska sestra skrbno dodela načrt predoperativne in pooperativne zdravstvene nege za pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic po procesu zdravstvene nege, ki omogoča sistematično reševanje problemov (9).

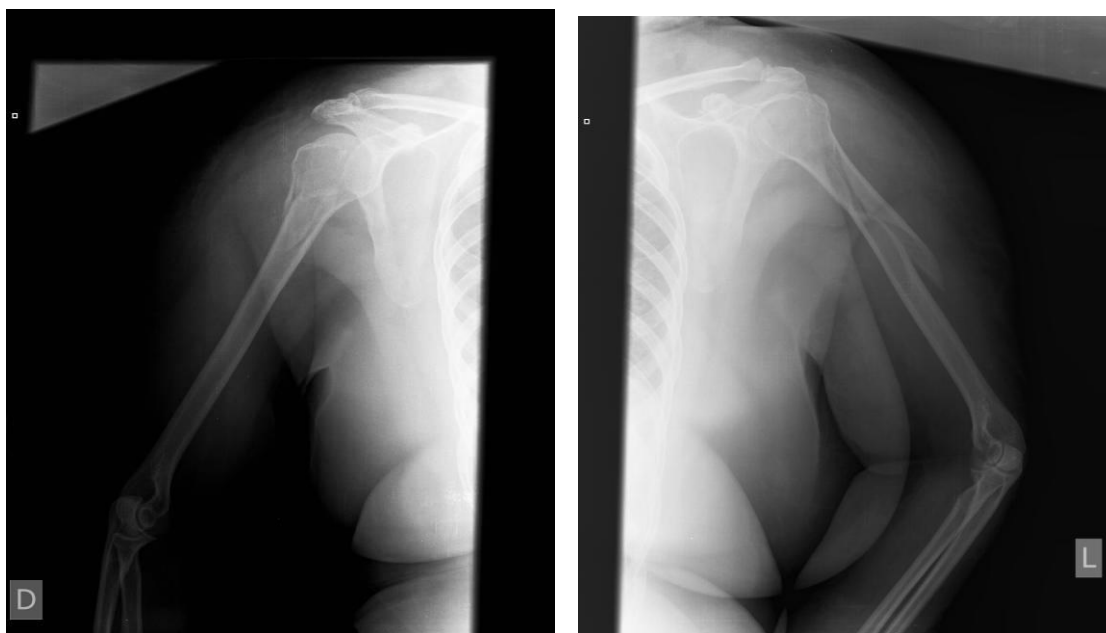
## 1.1 Značilnosti travmatološkega pacienta s poškodbo nadlahtnice

Značilnosti travmatoloških pacientov so poškodbe mišic in/ali tetiv in/ali sklepov in/ali kosti. Teh poškodb je lahko več hkrati in pacienta v tem primeru obravnavamo kot politravmo. Politravma predstavlja poškodbo več organov ali organskih sistemov, kjer ena poškodba ali vsota poškodb ogroža poškodovančevo življenje. S takimi poškodbami se ukvarja travmatologija. Travmatologija je kirurška disciplina, ki se ukvarja s proučevanjem vzrokov in mehanizmov nastanka poškodb ter z njihovim zdravljenjem. Namen je čim bolj razumeti vpliv poškodbe na organizem in s tem nastale posledice čim uspešneje zdraviti. Poškodbe so lahko različnih vrst, nastanejo pa kot posledica delovanja mehanične, kemične, termične, električne ali radiacijske sile. Pri poškodbi obeh nadlahtnic gre za mehanično poškodbo, ki je posledica delovanja mehanične sile na organizem. Pri tem je potrebno upoštevati obliko mehanične sile, oddaljenost, smer, kot, intenziteto, trajanje delovanja sile, velikost stične površine ter značilnosti tkiva, na katerega sila deluje (1).

## 1.2 Poškodbe nadlahtnice

Poškodbe delimo na zaprte (tope) in odprte (ostre) poškodbe. Groba razlika med njima je v mehanični sili, ki pri ostrih poškodbah prekine kontinuiteto kože ali sluznice in nastane rana. Kadar govorimo o zlomu oz. prelomu (lat. fractura), govorimo tudi o naslednjih kliničnih znakih, ki vključujejo: deformacijo, patološko gibljivost, škrtanje, bolečino, oteklino ter zmanjšano funkcijo poškodovanega uda. Velikokrat so poškodovane tudi okolne strukture, kot so žile, živci, mišice in kite, ki lahko predstavljajo večji problem kot sam zlom (1, 8). V trenutku nastanka zloma se takoj začne proces, ki ga imenujemo celjenje kosti. Po zlomu se poškodovano kostno tkivo nadomesti z istovrstnim, enakovrednim tkivom. Pomembno je, da se doseže enako stanje kot pred poškodbo (1). Nadlahtnica (lat. humerus) je dolga kost nadlahti roke. Zgornji del (proksimalni del – bliže trupu) in spodnji del (distalni del – oddaljeno od trupa) nadlahtnice imenujemo epifiza, ki se v zgornjem delu stika z lopatico v ramenskem sklepu, v spodnjem delu pa s podlahtnico in koželjnico v komolcu. Na proksimalni epifizni se nahaja glava, dve grčici in žleb. Kirurški vrat loči epifizo od diafize. Diafizni del nadlahtnice je cevast. Distalna epifiza vsebuje grčico in glavico za sklep s koželjnico ter valček za sklep s podlahtnico. Sprednji

del nadlahtnice (anteriorni del) obdajajo dvoglava nadlahtna mišica, nadlahtna mišica, nadlahtno-koželjnična mišica, brahialna arterija in vena ter mediani, muskulokutani in podlahtnični živec. Na zadnji strani nadlahtnice (posteriorni del) ležijo troglava nadlahtna mišica in koželjnični živec (8, 10, 11). Zlom lahko povzroči različne zaplete znotraj poškodovanega dela, kot je na primer poškodovano ožilje nadlahtične glave (12). Zaradi zloma je velikokrat poškodovan koželjnični (radialni) živec, še večjo problematiko pa povzročata poškodovani podlahtnični in mediani živec (6). Zanimivo je, da je 40 % vseh zlomov nadlahtnic poškodovanih na kirurškem vratu (glej sliko 1) (5, 7). Prav zaradi tega so zlomi nadlahtnice zahtevni v smislu diagnostike in zdravljenja. Uporabljajo se različne klasifikacije zlomov, indikacije za kirurško oskrbo se spreminjajo, uporabljajo se številne različne tehnike učvrstitve, od katerih pa nobena ni idealna za vse tipe zlomov. Vsak primer je treba upoštevati kot svojstven primer, saj ni pravila, kako zdraviti takšne zlome (7).



Slika 1: Rentgenski posnetek zloma desne in leve nadlahtnice

### 1.2.1 Zdravljenje zloma nadlahtnice

Pri zdravljenju zlomov nadlahtnice je potrebno upoštevati tri različne pojme ne glede na vrsto zdravljenja. Zlom je potrebno naravnati (lat. repositio), odlomke moramo zadržati v ugodnem položaju do zacelitve (lat. retentio), kar pri konzervativnem zdravljenju



dosežemo z imobilizacijo, pri operacijskem pa s stabilizacijo, s pomočjo osteosintetskega materiala ter poškodovani del telesa vrniti v stanje, čim bolj podobno prejšnjemu (lat. rehabilitatio) (1).

Neposredno po zlomu nadlahtnice se bomo najverjetneje srečali s prepoznavanjem poškodbe roke, katere klinične znake smo že omenili v naslovu 1.2 Poškodbe nadlahtnice. Če se osredotočimo na samo poškodbo nadlahtnice, je v prvi meri potrebno opraviti postopek imobilizacije. Imobilizacija sodi med temeljne postopke nujne medicinske pomoči, nudene ponesrečeni osebi v predbolnišničnem okolju. S pomočjo imobilizacije se preprečuje nastanek različnih komplikacij, kar v nekaterih primerih rešuje celo življenja ali vsaj preprečuje nastanek trajnih okvar ali težko odpravljivih posledic (13). Zdravljenje zloma nadlahtnice delimo na konzervativno zdravljenje zlomov in operacijsko zdravljenje zlomov. Velikokrat pomislimo, da je operacijsko zdravljenje boljše od konzervativnega, vendar temu ni tako. Predvsem ni jasno, katera od oblik zdravljenja daje boljše rezultate (5). Konzervativno zdravljenje pomeni celovit pristop k obravnavi poškodbe. Gre za izbiro oblike zdravljenja, ki bo za poškodovanca in njegovo poškodbo najboljša izbira. Statistike kažejo, da zdravimo le okoli 25 % zlomov operativno, vse ostale pa konzervativno. Konzervativno zdravljenje poteka z različnimi oblikami imobilizacije, z ramenskimi opornicami, mavčevim Desaultom in zgodnjo rehabilitacijo. Konzervativno zdravljenje pri poškodbah nadlahtnice je indicirano v primerih, ko je nadlahtnica minimalno dislocirana oz. nedislocirana. Metode konzervativnega zdravljenja so repozicija in imobilizacija v mavcu ali na opornici, zdravljenje z vlekrom in funkcionalno zdravljenje brez mavca (7). Repozicija ne razprši frakturnega hematoma, dodatno ne okvari mehkih tkiv in nima nevarnosti infekcije. Repozicijo naredi strokovna oseba. Reponira se ob analgeziji (splošna ali spinalna) in ob kontroli rentgena. Po repoziciji se naredi mavec ali opornica, da se vzdržuje imobilizacija in s tem proces zdravljenja. Mavce razdelimo v dve skupini: klasične in plastične mavce. Klasičen mavec (Plaster of Paris) je najpogostejša oblika mavca. Povoje je impregniran s hemihidratom kalcijevega sulfata, ki v stiku z vodo kristalizira in se strdi. Med kožo in mavcem namestimo medicinsko nogavico ali pa vato, še bolje pa oboje, saj s tem dosežemo, da vata ne drsi ali draži kože. Nogavica in vata morata biti nameščeni pet do deset cm dlje od proksimalnega in distalnega roba mavčne imobilizacije. Nato namestimo mavčne povoje ali povoje iz fibreglassa (mavčevi povoji, odporni na vodo, ki se hitreje strdijo). Zavijamo vato in nogavico in učvrstimo z zadnjim

povojem mavca ali fiberglassa. Temu lahko sledi še namestitev longete in preko le-te mavčni povoji (14). Pri obravnavi pacienta z mavcem mora medicinska sestra polagati posebno pozornost nekaterim nevarnostim in o tem poučiti tudi samega pacienta. Mavec se praviloma suši do dva dni, zato mora pacient po mavčanju poškodovanega uda mirovati. Medicinska sestra opravlja nadzor, izvaja aktivnosti v zvezi zdravstveno nego pacienta z mavcem in daje navodila pacientu. Zamavčena roka ali noga ne sme viseti ob telesu, prsti naj bodo v višini srca, saj s tem preprečimo otekanje roke. Pri počitku naj bo roka podložena z blazino, prav tako v višini srca. Pri oteklini razgibavamo poškodovani ud. Pozorni smo na barvo prstov (če postanejo modri oz. če mavec tišči), na prisotno močno bolečino, na nezmožnost premikanja prstov, na mravljinčenje itd. Mavca ne smemo zmočiti. Pomagamo si tako, da ga zavijemo v vrečko. Pod mavcem se ne smemo praskati ali podlagati predmete, saj s tem lahko povzročimo rano zaradi pritiska. Pri mavcu brez pete na nogi poučimo pacienta o hoji z berglami (vključena je tudi fizioterapija) (9). Skeletni vlek omogoča stabilizacijo zloma med pripravo pacienta na operacijsko zdravljenje. Čez žico ali žebelj, vstavljen skozi kost, s pomočjo vrvice in uteži izvajamo vlek in s tem naravnamo zlom (1). Skeletni vlek je zunanji fiksator kosti. Omogoča repozicijo in retenco zloma. Kot samostojna metoda je primerna za ob sklepne zlome v kombinaciji z minimalno invazivno osteosintezo, pa tudi za znotraj sklepne zlome. Je edina metoda, ki je primerna pri odprtih zlomih in zlomih v sklopu politravme. Slabost te metode je preraztegnitev in možnost okužbe ob vijakih (7). Pri funkcionalnem zdravljenju takoj začnemo z razgibavanjem poškodovanega dela, vendar morajo zlomi oz. prelomi biti stabilni. Takšno zdravljenje se uporablja na primer pri zdravljenju zloma vratu nadlahtnice, prelomih hrbtenice, abdukcijskem prelomu stegenice, zlomih reber, prsnice, lopatice (14, 1). Imobilizacijo odstranimo, ko so prisotni klinični in rentgenski znaki zacelitve. Sledi razgibavanje in postopno stopnjevanje aktivnosti, dokler ne dosežemo najboljšega končnega rezultata (1). V osmih do desetih tednih v več kot 90 % primerov dosežemo uspešno zdravljenje zloma (8). Operativno zdravljenje je primarna tehnika zdravljenja kosti, če zato ne obstajajo kontraindikacije. Pri operacijskem zdravljenju gre za odprto repozicijo. Kirurg odlomke med seboj pritrdi z osteosintetičnim materialom (glej sliko 2). Izbira osteosintetskega materiala je odvisna od poškodbe same. Med osteosintetični material spadajo: ploščice in vijaki, intramedularna učvrstitev zloma z žicami, palicami in

žebli ter zunanjim fiksatorjem. Z operacijskim zdravljenjem omogočimo v idealnih pogojih takojšnje razgibavanje, ki je pogoj za uspešno rehabilitacijo (1,8).



Slika 2: Rentgenski posnetek operacijsko zdravljenega desnega in levega zloma nadlahtnice.

### 1.2.2 Zgodnja rehabilitacija

Pri konzervativnem zdravljenju takih poškodb velja splošno načelo, da je z razgibavanjem potrebno pričeti takoj po kratkotrajnem počitku (največ sedem dni). Ob istočasni analgetični terapiji je potrebno začeti z razgibavanjem in drugimi fizikalnimi metodami zdravljenja. Do dveh tednov po poškodbi naj bo razgibavanje predvsem pasivno in asistirano. Po dveh tednih začnemo z aktivnim razgibavanjem (15). Pri operacijskem zdravljenju z razgibavanjem lahko pričnemo že naslednji dan, izjema so le nestabilne osteosinteze. Začnemo s pasivnim in asistiranim razgibavanjem, nato pa kirurg določi, kdaj lahko pričnemo z aktivnimi vajami za posamezne gibe (15). Medicinska sestra je oseba, ki je najprej v stiku s pacientom, zato je poleg fizioterapije tudi ona vključena v ta proces. Za pacienta je dobro, če vaje, ki se jih je naučil s pomočjo fizioterapije, ponavlja skozi dan. Je pa treba ločiti gibe, ki so osredotočeni na poškodovani del telesa (na primer razgibavanje kolena) in gibe, s katerimi se pacient osredotoči z vidika zdravstvene nege (na primer ležanje in obračanje v postelji, posedanje in vstajanje s postelje, hoja do stranišča itd.). Medicinska sestra je oseba, ki pacienta pouči in mu nudi pomoč ter nadzor nad izvedenimi

aktivnostmi. Te aktivnosti so ključnega pomena pred odhodom pacienta domov iz bolnišnice, saj ga nehote spremljajo na vsakem koraku.

### **1.3 Vloga medicinske sestre pri operativnem zdravljenju pacienta s poškodbo nadlahtnice**

Zdravstveno nego pacienta pri operacijskem zdravljenju delimo na predoperativno in pooperativno zdravstveno nego. Obe vključujeta aktivnosti, ki so značilne za vsako zdravstveno nego posebej. Tako se prva nanaša na pripravo pacienta na operacijo in anestezijo, druga pa na intervencije, namenjene obdobju po operaciji.

#### **1.3.1 Priprava pacienta na operativni poseg**

Pripravo pacienta na operacijo delimo na psihično in fizično. Dobra psihična priprava pomeni informiranost pacienta, ki mora biti seznanjen z boleznijo, kako bo operacija potekala in kakšne bodo posebnosti glede zdravstvene nege po operaciji. Z dobro psihično pripravo pacienta pomirimo, zmanjšamo mu strah, stres in bolečino ter mu pojasnimo negotovosti glede same priprave na operacijo in aktivnosti v obdobju po njej (16). Fizična priprava pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic zajema organizacijske priprave, predoperativne priprave, priprave prebavnega trakta in higienske priprave. Predoperativne preiskave pomenijo rutinske preiskave: meritve krvnega tlaka, pulza, temperature, laboratorijske preiskave krvi in urina, rentgen pljuč in srca, elektrokardiogram ter infuzijske priprave (na primer pacient dobi pred operacijo antibiotik). Medicinska sestra sodeluje pri vseh preiskavah in pacientu nudi pomoč, če je to potrebno. Priprava prebavnega trakta pri pacientu pomeni, da na dan pred operacijo dobi normalen zajtrk, za kosilo pa samo juho, potem pa ničesar več razen tekočine. Po polnoči ne sme več piti, kaditi, žvečiti žvečilni gumi, lizati bombon ali nič per os (NPO) (17). Pri poškodbi nadlahtnice velja pravilo NPO od šest do osem ur. Medicinska sestra razloži pacientu pomen NPO in opravlja nadzor. Pacientu razloži, da lahko zaradi anestezije pred, med in po operaciji pride do bruhanja in s tem posledično do aspiracije vsebine v dihalne poti, kar bi lahko v najslabšem primeru pomenilo zastoj dihanja. Higienska priprava zahteva celotno

higienizacijo telesa (posteljna kopel ali tuširanje z umito glavo in postrizženimi nohti), predvsem pa dobro pripravljeno operativno polje (roke, pazduha, prsni koš, popek). Medicinska sestra pacientu, ki rabi pomoč, nudi pomoč pri higienski pripravi, pri pomičnemu pacientu pa opravi nadzor te aktivnosti. Namen higienske priprave pacienta pred operativnim posegom je zmanjševanje števila mikroorganizmov, prisotnih na koži pacienta. Higienizacija kože sodi namreč v enega izmed korakov priprave operativnega polja, s katerim zmanjšujemo možnost nastanka infekcije operativne rane. Ena izmed pglavitnih nalog medicinske sestre pri pripravi pacienta na operacijo je zagotavljanje njegove varnosti. Med ta ukrep sodijo številne intervencije, kot so: namestitev identifikacijske zapestnice, odstranitev lasnic, lasulje, odstranitev nakita, odstranitev laka z nohtov, odstranitev protez (zobne, očesne ...), odstranitev očal, kontaktnih leč. V primeru, da ima pacient slušni aparat, le-ta lahko ostane v ušesu, da pacient lahko komunicira z zdravstvenim osebjem v operacijski dvorani in sliši vsa potrebna navodila pred uvodom v anestezijo in sam operativni poseg. V primeru večjih operacij, predvsem v predelu medenice, je pacientom potrebno namestiti elastične povoje ali nogavice zaradi nevarnosti nastanka trombembolije kot ene izmed pooperativnih komplikacij. Pred operativnim posegom medicinska sestra mora poskrbeti tudi, da pacient izprazni mehur preden dobi premedikacijo (9). Premedikacija pomeni priprava na anestezijo. Pacient lahko dobi zvečer pred operacijo in 45 do 90 minut pred operacijo (odvisno od vrste in oblike zdravila) sredstvo, ki omogoči pomiritev in zaspanost pacienta. Namen premedikacije je zmanjšati pacientov strah pred anestezijo in ga psihično pripraviti na operacijo (14). Po aplikaciji premedikacije je potrebno zagotavljati varnost pacienta zaradi vpliva pomirjeval in ga varno predati v operacijsko dvorano, kamor ga odpeljemo z ležečim vozičkom ali s posteljo.

### **1.3.2 Nadzor pacienta v pooperativnem obdobju**

Zdravstveni negi pacienta v pooperativnem obdobju moramo nameniti še posebno pozornost. To je kritično obdobje, ko moramo pacienta skrbno nadzorovati, dokler še učinki anestetika ne popustijo. Značilnosti pacienta neposredno po operaciji so zaspanost, psihomotorični nemir, motnje v dojetanju, motnje v motoričnih funkcijah, bolečina, nauzea in bruhanje. Najpomembnejše intervencije zdravstvene nege v pooperativnem

obdobju so vzdrževanje dihanja, cirkulacije, elektrolitskega in tekočinskega ravnovesja, kontrola stanja zavesti, rane, drenaž, zagotavljanje varnosti in podpiranje dobrega počutja pacienta. Pri nadziranju dihanja smo posebej pozorni na frekvenco, globino, ritem, kvaliteto in pojav laringospazma. Vzdržujemo prosto dihalno pot, položaj pacienta, uporabo ustnega ali nosnega tubusa, dokler se ne povrne požiralni refleks, preprečujemo hipoventilacijo in dovajamo kisik ali spodbujamo pacienta k izvajanju dihalnih vaj. Cirkulatorno stabilnost ocenjujemo z meritvami pulza, krvnega tlaka in dihanja. Najpogostejši kardiovaskularni zaplet je hipotenzija. Cilj je, da preprečimo nastanek šoka. Eden od pomembnih nadzorov je tudi vzdrževanje tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja. Nadzorujemo vrsto tekočine, dodana zdravila, hitrost pretoka. Opravimo nadzor nad rano in drenažami. Pri rani ugotavljamo, če je suha ali krvavi, pri drenih pa vrsto drena, na primer dren v rani, dren v trebušni votlini in posebnost drenaže, aktivna ali pasivna. Posebej pozorni smo na prisotnost bolečine. Običajno dobi pacient takoj po operaciji analgetik. Analgetiki in narkotiki delujejo depresivno na dihanje, zato moramo še posebej biti pozorni na cirkulacijo in centralni živčni sistem, šele nato na zdravljenje bolečine. Če ima pacient mavec ali ekstenzijo, nadzorujemo vrsto ekstenzije, lokacijo, položaj, uteži, lokacijo mavčeve opornice, položaj pacienta ali uda, prekrvavljenost uda. Pri premeščanju pacienta na oddelek morajo biti vitalne funkcije stabilne, pacient zbujen, da lahko pokliče pomoč ter ponovno vzpostavljene motorične in senzorične funkcije v predelu anestezije (9).

#### **1.4 Značilnosti sodobne zdravstvene nege**

Ključno leto ali prelomno obdobje zdravstvene nege je leto 1950. Takrat se je zdravstvena nega začela razvijati v samostojno in avtonomno stroko. V Združenih državah Amerike so nastale prve akademske študije zdravstvene nege, kar je medicinske sestre vzpodbudilo, da so začele raziskovati o zdravstveni negi. Rezultate so objavljale v takratni prvi strokovni reviji *Nursing research* in razvile sodoben metodološki pristop k zdravstveni negi – proces zdravstvene nege. Objavljeni so bili tudi prvi modeli in teorije zdravstvene nege (Peplau 1952, Henderson 1955, Johnson 1958). Vsa ta dejanja so prisostvovala k temu, da je zdravstvena nega začela pridobivati nove dimenzije. Sodobna zdravstvena nega je sestavljena iz temeljnih elementov, ki omogočajo kakovostno, kontinuirano in avtonomno

stroko. Medtem ko medicina odkriva in zdravi bolezni, zdravstvena nega v okviru svojih pristojnosti preprečuje, odkriva in rešuje probleme pacientov oziroma varovancev, ki so lahko posledica bolezni ali pa drugih vzrokov. Elementi sodobne zdravstvene nege so: filozofija, terminologija, proces zdravstvene nege, modeli in teorije, klasifikacija, empirični indikatorji, kategorizacija, komuniciranje, dokumentiranje, organiziranje, izobraževanje, strokovno izpopolnjevanje, raziskovanje, poklicni kodeks, poklicna združenja, zakonodaja (19). Na podlagi teh elementov zdravstvene nege medicinska sestra zadovoljuje pacientove biološke, sociološke, psihološke in duhovne potrebe. Te potrebe mora najprej prepoznati in oceniti in nato naprej po določenem načrtu – procesu zdravstvene nege (v nadaljevanju PZN) tudi opraviti (20). Predpogoj za sodobno zdravstveno nego je vsekakor znanje ter povezovanje teorije in prakse. Praksa mora upoštevati teoretična izhodišča, teorija pa mora slediti potrebam prakse (21). Zato je zdravstvena nega tako zapletena in zahtevna (20). V sodobni zdravstveni negi je poudarek na terapevtski komunikaciji med medicinsko sestro in pacientom ter njegovimi svojci, saj taka komunikacija uspešno vpliva na pacientovo počutje, sprejetost in zaupanje med medicinsko sestro in pacientom. Prav tako je pogoj za uspešnost zdravljenja. Da pa si ne bi napačno predstavljali, da je medicinska sestra »rešiteljica« vseh problemov pri pacientu (v okviru zdravstvene nege), je treba poudariti aktivno vlogo pacienta. Pacient je bistvo sodobne zdravstvene nege, saj je le-ta usmerjena k njemu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna, saj oseba, ki potrebuje pomoč, ne sme biti samo pasivni udeleženec v PZN, ampak naj v tem procesu sodeluje kolikor je največ možno, glede na to, kaj zmore, sme in zna. Že Virginia Henderson je leta 1957 ubesedila definicijo zdravstvene nege in v njej omenila, da naj pacient aktivnosti, ki jih lahko opravi samostojno, če bi imel za to voljo, moč in znanje, opravi sam. Zato se moramo vedno vprašati, kaj lahko pacient še stori sam (19).

Element sodobne zdravstvene nege predstavlja tudi model oz. teorija zdravstvene nege. Nekateri strokovnjaki opredeljujejo model ločeno od teorije, spet drugi predstavljajo model kot sinonim za teorijo zdravstvene nege (19). Model oz. teorija zdravstvene nege je pogoj, da lahko v njega vključimo PZN. Tradicionalna zdravstvena nega predstavlja funkcionalni model, po katerem se delo opravlja rutinsko (22). Sodobna zdravstvena nega pa predstavlja model zdravstvene nege kot konkretno vsebino, torej kaj zdravstvena nega je in kaj naj bi bila. Govorijo o tistem področju zdravstvene nege, kjer je stroka suverena

in se jasno razlikuje in razmejuje od drugih strok, saj predstavljajo in opredeljujejo njene posebnosti in značilnosti. Modeli oz. teorije so univerzalni, če so združljivi s filozofijo zdravstvene nege tega prostora, v katerem se uporablja. Razlika med njimi je le v uporabnosti za posamezno strokovno področje zdravstvene nege (19). Omogočajo dvig zdravstvene nege iz intuitivne v predhodno načrtovano dejavnost, učinkovitejšo in kakovostnejšo zdravstveno nego, boljše poznavanje pacientov, uspešnejše reševanje problemov ter samostojno in odgovorno zdravstveno nego (23).

#### **1.4.1 Značilnosti procesne metode zdravstvene nege**

PZN deluje kot krog kibernetičnih pravil, katerega odlikujejo naslednje značilnosti: sistematičnost, spremenljivost – dinamičnost, prilagodljivost – fleksibilnost, usmerjenost k pacientu, upoštevanje pacientove celovitosti in individualnosti, upoštevanje aktivne vloge pacienta in upoštevanje enakovrednosti v medosebnem odnosu. Obstaja več definicij, ki želijo predstaviti PZN. Izpostavili bomo tri definicije po različnih avtorjih.

PZN je sodobni metodološki pristop v zdravstveni negi, ki temelji na sistematični, logični in racionalni metodi dela za ugotavljanje in reševanje težav in problemov posameznikov in skupin, za katere je pristojna in odgovorna medicinska sestra (19).

PZN je sodobna metoda dela, ki jo odlikuje visoka stopnja organiziranosti. Omogoča sistematično reševanje problemov zdravstvene nege. Gre za metodo dela, ki celovito in celostno obravnava posameznika, družine in širše družbene skupnosti (9).

PZN predstavlja teoretični okvir, znotraj katerega medicinska sestra ugotavlja pacientovo zdravstveno stanje in mu pomaga pri zadovoljevanju potreb, ki so povezane z zdravjem. Gre za predpisana, vendar fleksibilna navodila pri načrtovanju, izvajanju in vrednotenju učinkovite individualizirane zdravstvene nege (22).

Vse tri definicije govorijo o PZN kot o metodi dela, s katero sistematično ter holistično rešujemo probleme pri pacientu, družini in širši družbeni skupnosti. Lidija Hall je bila prva ameriška teoretičarka, ki je to metodo dela poimenovala proces zdravstvene nege. Sledile so ji številne druge teoretičarke in PZN oblikovale v različne definicije ter uporabljale različno število faz (tri ali štiri). Osnovna ideja je bila pri vseh enaka, in sicer odkrivanje



problemov in težav posameznika oziroma skupine, načrtovanje intervencij za njihovo reševanje ter vrednotenje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene nege (19). Te faze so bile ocenjevanje, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje. Po letu 1990 so številni teoretiki ugotovili pomembnost še ene faze PZN – negovalne diagnoze. Tako je leta 1991 Ameriško združenje medicinskih sester ANA (American Nurses Association) objavilo PZN, predstavljen v petih fazah: ocenjevanje, negovalna diagnoza, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje. Od leta 1998 in vse do danes PZN obravnava šest faz, pri tem pa cilji niso vključeni več v fazo načrtovanja, ampak predstavljajo samostojno fazo (19). V nadaljevanju je predstavljen PZN v šestih fazah.

## **1. FAZA – OCENJEVANJE**

Vloga medicinske sestre v tej fazi je, da vedno znova ocenjuje pacientovo stanje od prihoda do odpusta. Tekom hospitalizacije se podatki spreminjajo in služijo za vrednotenje že nastalih problemov in odkrivanje novih. Medicinska sestra mora imeti temeljito osnovno znanje, da lahko dobro opazuje pacienta. V osnovno znanje je vključeno tudi poznavanje medicinske diagnoze, diagnostike (vzroki, dejavniki tveganja, simptomi, znamenje, potek obolenja in zdravljenje) in terapije (9). Medicinska sestra oceni stanje pacienta, tako da ga sprašuje, fizično pregleda, opazuje, merljive podatke izmeri, se pogovori s svojci ali z drugimi osebami, pregleda medicinsko dokumentacijo in oceni podatke – sestavi negovalno anamnezo. Podatke dokumentira in s tem zagotovi njihovo natančnost in uporabnost (9). Pomembno je, da se negovalna anamneza dokumentira pred samim začetkom zdravljenja pacienta. Podatki, ki so navedeni v nadaljevanju, se nanašajo na samo poškodbo. Različne ustanove uporabljajo svoj način sprejema pacienta, na primer uporaba Morsejeve lestvice padcev, shema Waterlow, shema za ugotavljanje inkontinenčnega dermatitisa ipd.

Nekateri subjektivni podatki, ki so pomembni za nadaljevanje zdravljenja

- Prejšnja obolenja (poškodbe, zlomi, bolezni, povezane s kostmi) so pomembna za nadaljevanje zdravljenja, saj nam povedo zdravstveno stanje pacienta pred poškodbo, ki bi lahko vplivalo na zdravljenje zdajšnje poškodbe.
- Jemanje zdravil (kortikosteroidi, analgetična terapija) vpliva na celjenje ran, preprečevanje krvavitev, preprečevanje alergij ...
- Operacije ali druge oblike zdravljenja (prva pomoč, zdravljenje zloma) nam povedo dosedanje operacije, anestezije in obliko prve pomoči, ki lahko vpliva na zdravljenje zloma predvsem v smislu imobilizacije.
- Dojemanje in skrb za zdravje (estrogensko nadomestno zdravljenje, kalcijevi nadomestki) je pomembno za pacienta samega – bolj bo dovzeten, bolj bo razumel in sodeloval v procesu zdravljenja.
- Izguba fizične aktivnosti oz. šibkosti prizadetega dela nam lahko pove mišično-skeletne okvare in prisotnost nevroloških okvar.
- Kognitivno zaznavanje (nenadna ali močna bolečina prizadetega dela, dremavica, mravljinčenje, izguba občutka distalno od poškodbe) v smislu prisotne bolečine in bolečine, ki bi lahko ogrozila stanje pacienta (16).

Nekateri objektivni podatki, ki so pomembni za nadaljevanje zdravljenja

- Splošen izgled poškodbe in izgled poškodovanega dela (raztrgana koža, bleda in hladna koža, rdeča in vroča koža distalno od zloma, prisotnost hematoma, edema) nam pove, da je v okolici poškodbe prišlo do prekinitve arterije, kar pomeni arterijsko insuficienco. Rdeča in vroča koža nam pove slabo vensko prekrvavitev v okolici poškodbe.
- Kardiovaskularna ocena (zmanjšan ali odsoten pulz distalno od zloma, znižana temperatura kože, polnjenost kapilar) nam povedo prisotnost pretoka krvi distalno od poškodbe.
- Nevrološke okvare (prisotne parestezije, zmanjšana ali odsotna sensorika) nam povedo možnost prekinitve oz. odsotnost delovanja živčevja.

- Mišično-skeletne okvare (omejena ali izgubljena funkcija poškodovanega dela, deformacija kosti, nenormalna pozicija uda, rotacije uda, krepitacije, oslABLJENA mišična moč).
- Morebitne ugotovitve (lokalizacija in obseg poškodbe s pomočjo rentgena, računalniške tomografije, magnetne resonance) nam omogočajo hitrejšo in natančnejšo diagnostiko (16).

## **2. FAZA – NEGOVALNA DIAGNOZA**

V anamnezi pridobljeni podatki nam služijo za identifikacijo negovalnih problemov, ki so podlaga za postavitve negovalnih diagnoz in omogočajo natančno opredelitev problema ter kasnejši negovalni načrt. Medicinska sestra negovalne diagnoze razporedi po pomembnosti problemov.

## **3. FAZA – CILJI**

Medicinska sestra opredeli cilje na podlagi negovalnih diagnoz. Oblikovanje ciljev pomeni pričakovane rezultate. Če je možno, jih postavlja skupaj s pacientom. Cilji so želeni in realni rezultati zdravstvene nege, ki se odražajo v stanju ali obnašanju pacienta. Potrebno je razlikovati med cilji, ki so vezani na medicinsko sestro in cilji, vezanimi na pacienta. Cilji, vezani na medicinsko sestro, opredelijo, kaj mora medicinska sestra storiti, da doseže zelene rezultate zdravstvene nege. Cilji, vezani na pacienta, pa so podlaga za vrednotenje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene nege pri posameznem pacientu (19).

## **4. FAZA – NAČRTOVANJE in 5. FAZA – IZVAJANJE**

Načrtovanje zdravstvene nege zajema dosedanje negovalne diagnoze, ki jih moramo razvrstiti glede na prioriteto. Fiziološke potrebe in potrebe po varnosti imajo prednost pred potrebami, kot so na primer potreba po ljubezni. Najprej se je treba lotiti problemov, ki ogrožajo življenje. Medicinska sestra mora v naprej predvidevati pričakovane uspehe, ki pa morajo biti merljivi, imeti morajo posebno vsebino in čas, in biti dosegljivi. Treba je

upoštevati pacientovo zmogljivost za izvajanje posameznih aktivnosti in zmožnosti za sodelovanje. Izbrana negovalna intervencija mora biti najbolj učinkovita in uspešna, najmanj nevarna, najmanj boleča in najmanj neprijetna. Načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege mora biti neprekinjeno, ves kader, ki sodeluje pri njej, pa mora natančno poznati načrt in pričakovane rezultate. Poučevanje, svetovanje, nadzor in motiviranje pacienta so najpomembnejše aktivnosti zdravstvene nege (9).

## **6. FAZA – VREDNOTENJE**

Vrednotimo izvedene intervencije, ki nam omogočajo pregled nad uspešnostjo izvedenih del. Če v določenih delih nismo bili uspešni, nam to omogoča, da znova razmislimo o nastalem problemu in ga poskušamo popraviti oz. rešiti ter morda vključiti ostali zdravstveni tim v sodelovanje.

### **1.5 Model Marjory Gordon**

Marjory Gordon je ameriška profesorica zdravstvene nege in pedagoške psihologije. Je avtorica številnih negovalnih diagnoz, ki jih je objavilo združenje severnoameriških medicinskih sester za negovalne diagnoze North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (19). Leta 2009 je bila s strani ameriške akademije za zdravstveno nego American Academy of Nursing (AAN) imenovana za »živo legendo«, saj je pripomogla k razvoju zdravstvene nege na področju standardov, kurikulumov, raziskovanja in internacionalnosti kot poenotenosti zdravstvene nege po vsem svetu. S svojo izdajo žepnih negovalnih diagnoz je povzročila revolucijo in tako vplivala na medicinske sestre na vseh šestih kontinentih (24). Ljudje se moramo stalno prilagajati spremembam okolja, zato je izhajala iz enajstih funkcionalnih vzorcev človekovega obnašanja. Vsak funkcionalen vzorec zdravega obnašanja je izraz bio-psiho-socialne enkratnosti in celovitosti posameznika in je pod vplivom bioloških, razvojnih, kulturnih in socialnih ter religioznih dejavnikov (19). V te vzorce je vključila vse starostne skupine. Tako so nastale negovalne anamneze za odraslega, dojenčka oz. otroka, družino, lokalno skupnost in življenjsko ogroženega pacienta. Funkcionalni vzorci zdravega obnašanja so zapisani kot vprašalnik in

so rezultat verbalnega poročila, ki ga razdelimo na anamnezo in preiskavo. V prvem delu – anamnezi – pridobimo podatke o preteklem in sedanjem zdravstvenem stanju in o obvladovanju zdravstvenih problemov. V drugem delu – preiskavi – pa nam opazovanje omogoča podatke na osnovi kazalcev in s tem verifikacijo informacij, ki so bile posredovane ob anamnezi. Uporabnost tega modela se kaže v tem, da so negovalne diagnoze koristne za klinično presojo zdravstvenega stanja, predvidevanje rezultatov in načrtovanje aktivnosti. Z enajstimi vzorci tako ugotovimo negovalno anamnezo oz. ugotovimo potrebe pri pacientu.

V nadaljevanju sta predstavljeni anamneza potreb pri odraslem in delno anamneza potreb pri življenjsko ogroženem pacientu, ki bosta v drugem delu naloge združeni. Negovalna anamneza je razdeljena po sklopih, sestavljenih iz različnih vprašanj, ki jih medicinska sestra ob sprejemu postavlja pacientu.

Anamneza potreb pri odraslem pacientu:

#### Odnos do lastnega zdravja

Opisuje odnos do lastnega zdravja, splošno zdravstveno stanje in stil življenja posameznika. Sprašuje po aktualnih problemih in potrebah posameznika.

#### Prehrambeni in metabolični procesi

Ta sklop vprašanj je osredotočen na stil prehranjevanja posameznika. Sprašuje po tipičnem vzorcu prehranjevanja in pitja ter o morebitnih problemih s telesno težo. Vključuje tudi morebitne težave v zvezi s prehranjevanjem in pitjem oz. težave gastrointestinalnega sistema.

#### Izločanje

Sprašuje po tipičnem vzorcu izločanja urina, odvajanja blata in znojenja. Zajema vprašanja, s katerimi lahko ugotovimo težave in potrebe posameznika.

### Fizična aktivnost

Ta sklop je osredotočen na vzorce dnevnih fizičnih aktivnosti, kot so na primer splošna mobilnost, osebna nega, gospodinjstvo. Zajema aktivnosti, ki so potrebne pri respiratornem, kardiovaskularnem in mišičnoskeletnem sistemu.

### Počitek, spanje

V tem sklopu pridobimo podatke o tipičnem vzorcu spanja in počitka posameznika ter morebitne probleme.

### Kognitivni procesi

Sprašuje po miselni percepciji oz. senzorični funkciji ter morebitne nevrološke okvare posameznika. Vključuje morebitno bolečino.

### Zaznavanje samega sebe

Opisuje, kako posameznik dojema sebe in svoje telo. Sprašuje po morebitnih spremembah v funkcioniranju tako fizičnem kot psihičnem.

### Družbena vloga in medsebojni odnosi

Vprašanja so osredotočena na to, kako se posameznik vključuje v medosebne odnose v družini, družbi oz. širši skupnosti.

### Spolni – reproduktivni sistem

Vključuje zadovoljstvo v spolnem in reproduktivnem življenju posameznika ter z njimi povezane probleme.

### Obvladovanje stresnih situacij

Zajema vprašanja, s katerimi pridobimo podatke, kako je posameznik podvržen oz. dovzeten za stres in kako ga premaguje.

### Vrednostni sistem

Sklop opisuje posameznikov vrednostni sistem, postavljanje prioritet ali načrtov v življenju. Sprašuje tudi o pomembnosti religije v življenju pri posamezniku.

Anamneza potreb pri življenjsko ogroženem pacientu:

#### Odnos do lastnega zdravja

Opisuje o možnosti infekcije pri pacientu splošno, preko kože, respiratornega sistema ali uropoetičnega sistema. Zajema tudi možnost poškodbe zaradi morebitne nesposobnosti dojemanja in razumevanja lastnega zdravstvenega stanja.

#### Prehrambeni in metabolični procesi

Vključuje možnost podhranjenosti, razjede zaradi pritiska, neučinkovite termoregulacije, pomanjkanja tekočin, aspiracije.

#### Fizična aktivnost

V tem sklopu pridobimo podatke o možnosti nesposobnosti fizične aktivnosti, neučinkovitega čiščenja dihalnih poti, neučinkovitega dihanja, kontraktur sklepov, nesposobnosti samonege, oslabeledosti oz. nesposobnosti funkcioniranja.

#### Počitek – spanje

Opisuje morebitne motnje v spanju, kot so na primer strah, ropot, zakasnela možnost spanja.

#### Kognitivni procesi

Vključujejo senzorične probleme, morebitne konflikte v odločanju v odnosu pacient/družina, nepopolne miselne procese, preobremenjenost senzoričnega sistema ali zanemarjanje le-tega, prisotne bolečine in zadovoljivo znanje za zmanjševanje strahu.

#### Zaznavanje samega sebe

Opisuje strah, nemoč, upanje in samospoštovanje.

#### Družbena vloga in medosebni odnosi

Zajema komuniciranje, družinske procese, žalovanje, izpolnjevanje lastne vloge in konflikte v starševski vlogi.

Spolni – reproduktivni sistem

Opisuje možno odsotno funkcijo zaradi stanja pacienta (25).



## **NAMEN NALOGE**

Namen naloge je bil na podlagi pregleda tuje in domače literature predstaviti bolnišnično obravnavo pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic, predstaviti značilnosti obravnave pacienta s tovrstno poškodbo ter poudariti vlogo medicinske sestre pri kakovosti izvajanja zdravstvene nege po procesni metodi dela na podlagi študije primera.

## **CILJI NALOGE**

Preko študije primera smo želeli:

- predstaviti potrebe po zdravstveni negi pri pacientih s poškodbo obeh nadlahtnic,
- postaviti najpomembnejše negovalne diagnoze in načrt aktivnosti zdravstvene nege.

## **RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšno vlogo ima medicinska sestra pri izvajanju negovalnih intervencij v procesu obravnave pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic?
- V kolikšnem obsegu potrebuje pacient s poškodbo obeh nadlahtnic pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti in rehabilitaciji?

## **2 MATERIALI IN METODE**

Raziskavo smo izvedli s pomočjo kvalitativne metode študije primera. Vzorec študije primera predstavlja pacientka s poškodbo obeh nadlahtnic. Raziskava temelji na podatkih, ki smo jih pridobili s pomočjo opazovanja, izvajanja meritev, strukturiranega intervjuja s pacientom ter nam dostopne zdravstvene dokumentacije. Na podlagi ugotovitev so oblikovane negovalne diagnoze ter cilji in aktivnosti zdravstvene nege. Študija primera sloni na modelu Marjory Gordon in njenih enajstih funkcionalnih vzorcih zdravega obnašanja (priloga 1).

Anamneza pacienta temelji na ugotavljanju potreb pri odraslem in življenjsko ogroženem pacientu. V študiji primera je pacientka bila obravnavana le v obdobju pred operacijo zato se celoten načrt zdravstvene nege in izpostavljene negovalne diagnoze nanašajo izključno na prej omenjeno obdobje.

### **3 ŠTUDIJA PRIMERA PACIENTA S POŠKODBO OBEH NADLAHTNIC**

Obravnavana je študija primera pacientke s poškodbo obeh nadlahtnic, ki je dne 30. 12. 2010 padla po stopnicah v službi in bila z reševalnim vozilom ob pol tretji uri popoldan pripeljana v Splošno bolnišnico dr. Jožeta Potrča Ptuj, na kirurški oddelek. Pacientka je stara 52 let in prihaja s Ptuja. Zaposlena je na banki. Strukturirani intervju je bil opravljen na dan poškodbe ob 16. uri, v sobi kirurškega oddelka Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj. Ugotavljanje potreb pri pacientki je predstavljeno po enajstih vzorcih zdravega obnašanja (priloga 1). Po opravljenih preiskavah (rentgen in računalniška tomografija zgornjih okončin, laboratorijske preiskave), ki so bile nujne zaradi postavitve medicinske diagnoze, je bila negovalna anamneza pridobljena približno eno uro od sprejema pacientke na oddelek. V tem času so se zdravniki odločili, da bodo pacientko operirali, zato je prešla v postopek priprave pacienta na operacijo, ki je bila predvidena ob 20. uri zvečer istega dne. Po navodilih zdravnika je prejela tudi parenteralno analgetično terapijo. Ker je pacientka obravnavana v predoperativnem obdobju, smo v študiji primera razdelali tiste negovalne diagnoze, ki jih lahko v tem obdobju obravnavamo.

#### Odnos do lastnega zdravja

##### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka pove, da se na splošno počuti zdravo, že več let pa se zdravi za arterijsko hipertenzijo, zaradi česar jemlje tudi zdravila. Poleg tega se zdravi zaradi povišanega holesterola in serumskih lipidov ter prejema antikoagulantno terapijo. Kljub prekomerni teži živi dokaj »zdravo«. Pri osemnajstih letih je prebolela pljučnico, zaradi katere se je zdravila v bolnišnici na Pohorju. Bila je operirana na slepiču in žolčnih kamnih. Redno si pregleduje dojke, ne kadi in (razen ob redkih priložnostih) ne pije alkohola. Nasvete zdravnikov in medicinskih sester vedno sprejme dobronamerno. Poskuša živeti v zdravem življenjskem slogu, o njem tudi veliko bere, posluša in gleda televizijo. Pove, da prej ni bila nikoli poškodovana. Pacientka si želi obojestranskega sodelovanja. Hvaležna je za nasvete oz. navodila osebja, saj razume, da bo s tem pomagala sebi. Pripravljena je sodelovati v procesu zdravljenja. Koža po padcu ni bila poškodovana, prisoten je hematoma in edem prizadetega mesta. Zaradi narave poškodbe pacientka ni sposobna uporabiti klicne

naprave. Zaradi imobilizacije in poškodbe same je možna nevromuskulatorna disfunkcija. Po Morsejevi lestvici padcev je ocena tveganja za padeč petinštirideset točk, kar pomeni zmerno tveganje za padeč.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Nevarnost nevromuskulatorne okvare	Imobilizacija zgornjih okončin oz. mehanična kompresija, poškodba oz. zlom, neznanje	/

### **Negovalna diagnoza**

Nevromuskulatorna disfunkcija, nevarnost periferne nevromuskulatorne disfunkcije.

Opredelitev: Prisotnost dejavnikov tveganja za motnje v krvnem obtoku, za motnje v občutenju ali v gibanju okončin (25).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Pri pacientki ne bo prišlo do nevromuskulatorne okvare v predoperativnem obdobju.
- Pacientka bo seznanjena z možnostmi nastanka nevromuskulatorne okvare oz. dodatnih poškodb in bo navodila upoštevala.

### **Negovalne intervencije**

- Oceniti znake in simptome periferne nevromuskulatorne okvare.
- Položiti led na okončini.
- Ohranjati imobilizacijo zgornjih okončin.
- Obvestiti zdravnika ob hudo prisotni bolečini, tudi če analgetična terapija ne pomaga.
- Spremljati izgled in barvo kože ter dokumentirati.
- Poučiti pacientko o znakih periferne nevrovaskularne okvare.

### Vrednotenje

- Pri pacientki ni prišlo do nevro-muskulatorne okvare v predoperativnem obdobju.
- Pacientka je seznanjena z možnostmi nastanka nevro-muskulatorne okvare oz. dodatnih poškodb in je navodila upoštevala.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Nevarnost padca	Poškodba oz. zlom, imobilizacija zgornjih okončin, bolečina	/

### Negovalna diagnoza

Nevarnost padcev.

Opredelitev: Zvišano tveganje za padce, ki bi lahko povzročili poškodbo (25).

### Cilji zdravstvene nege

- Pacientka bo obvarovana pred padcem do odhoda v operacijski blok.
- Pacientka bo poznala vzroke za nastanek padca.

### Negovalne intervencije

- Poučiti pacientko o možnosti padca.
- Namestiti klicno napravo na doseg rok oz. pustiti odprta vrata bolniške sobe.
- Namestiti ograjice na obe strani bolniške postelje.
- Nadzorovati pacientko.

### Vrednotenje

- Pacientka je bila obvarovana pred padcem do odhoda v operacijski blok.
- Pacientka pozna vzroke za nastanek padca.

### Prehrambeni in metabolični procesi

#### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka opiše tipično hrano svojega dne. Za zajtrk ob sedmi uri ponavadi poje kos kruha, namazanega z različnimi namazi, in popije kavo z mlekom. Ob deseti uri v službi malica sadje. Za kosilo ob trinajsti uri poje skledo solate. Ob osemnajstih za večerjo poje sadje in kruh. Ob vikendih kuha močna kosila, saj ima zelo rada meso. Pove, da ni sladkosnedna. Popije približno dva litra tekočine na dan. Pije ledene čaje, vodo in cedevito. Pove, da je nazadnje jedla kosilo ob pol drugi uri. Tehta 96 kg kilogramov. Zaveda se svoje teže, skrbi, da jo vsaj obdrži, če že ne zmanjša. Appetit ima vedno. Pove, da če bi se zavestno odločila, bi lahko shujšala. Zaveda se, da je za hujšanje potrebno spremeniti življenjski slog.

### Izločanje

#### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka navaja, da nima težav z odvajanjem blata. Odvaja redno enkrat na dan. Ne jemlje odvajal. Izloča približno šestkrat čez dan, ponoči pa trikrat. Pri izločanju nima težav. Zdi se ji, da se pretirano ne znoji, prav tako znoj nima specifičnega vonja.

### Fizična aktivnost

#### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka pove, da ima dovolj energije za vsakodnevne aktivnosti. Pove, da je nagle narave. Fizičnih aktivnosti ne izvaja redno, občasno hodi v toplice in na sprehode. Pove, da ji pred poškodbo nobena od naštetih aktivnosti ni povzročala težav in da je vse aktivnosti opravljala sama brez pomoči drugih: prehranjevanje, kopanje, osebna nega, mobilnost v postelji, oblačenje, česanje, splošna mobilnost, kuhanje, gospodinjstvo, nakupovanje. Zaradi imobiliziranih rok je mobilnost v postelji omejena. Imobilizirana je začasno, torej do operacije, s trikotno ruto. Zmožna je hoditi, vendar ima zaradi fizične imobilizacije in terapevtske odredbe prepoved vstajanja.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptom</b>
Nezmožnost opravljanja vseh aktivnosti v zvezi s telesno potrebo	Poškodba oz. zlom, zmanjšana fizična mobilnost – imobilizacija zgornjih okončin, bolečina	Nezmožnost hoje do stranišča oz. sobnega stranišča, nezmožnost opravljanja intimne higiene

### **Negovalna diagnoza**

Samonega, pomanjkljiva zmožnost samostojnega opravljanja telesne potrebe III. stopnje.

Oprelitev: Nepopolna sposobnost opravljanja vseh aktivnosti v zvezi s telesno potrebo (25).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Pacientka bo v predoperativnem obdobju, odvajala in izločala v posteljno posodo.
- Anogenitalni del bo v času pred odhodom na operacijo čist in nepoškodovan.

### **Negovalne intervencije**

- Namestiti klicno napravo na dosego rok, pustiti odprta vrata sobe, opravljati skrben nadzor nad pacientko ali povedati, da naj verbalno pokliče.
- Poučiti pacientko, kako se obnašati z imobilizacijo zgornjih okončin.
- Namestiti in odnesti nočno posodo.
- Pacientu zagotoviti intimnost.
- Opraviti anogenitalno nego.

### **Vrednotenje**

- Pacientka je v predoperativnem obdobju, odvajala in izločala v posteljno posodo.
- Anogenitalni del je bil v predoperativnem obdobju čist in nepoškodovan.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptom</b>
Nesposobnost oblačenja in osebne urejanja	Poškodba oz. zlom, zmanjšana fizična mobilnost – imobilizacija zgornjih okončin, bolečina	Nesposobnost prenašanja oblačil, nesposobnost oblačenja in slačenja zgornjih in spodnjih delov obleke, nesposobnost obuvanja nogavic ali čevljev, nesposobnost zapiranja oblek in uporabe zadrževalnikov

### **Negovalna diagnoza**

Samonega, zmanjšana zmožnost samostojnega oblačenja in osebne urejanja III. stopnje.

Opredelitev: Nepopolna sposobnost oblačenja in osebne urejanja (25).

### **Cilj zdravstvene nege**

- Pacientka bo urejena in oblečena v preklano srajco do odhoda na operacijo.

### **Negovalne intervencije**

- Poučiti pacientko o previdnem obnašanju z imobilizacijo zgornjih okončin.
- Pacientko pokriti s preklano srajco in odejo ali rjuho, odvisno od temperature okolja.
- Poskrbeti za ustrezno mikroklimo okolja.

### **Vrednotenje**

- Pacientka je urejena in oblečena v preklano srajco do odhoda na operacijo.



### Počitek in spanje

#### **Ugotovljeno stanje**

Pove, da se vsak dan zbudi spočita in pripravljena na dnevne aktivnosti. Po osemnajsti uri, ko pride domov, se ponavadi uleže k počitku in gleda televizijo. Zaspi težko, okrog dvaindvajsetih. Ne jemlje uspaval. Težave s spanjem ima takrat, ko je polna luna oz mlaj. Izraža skrb nad prognozo, pove, da jo je malo strah, tudi kako bo spala in kdaj bo zaspala.

### Kognitivni procesi

#### **Ugotovljeno stanje**

Težav s sluhom ne navaja. Očala nosi pri delu. Nazadnje je bila pri okulistu dve leti nazaj. Pove, da nima težav s spominom in s sprejemanjem odločitev. Z logičnim mišljenjem in s praktičnimi izkušnjami se stvari hitro nauči. Pacientka pove, da zdaj ko je imobilizirana (roke so v fiziološkem položaju ob telesu z dlanmi rahlo na trebuh), je ne boli, pred imobilizacijo pa je bolečino po VAS (vizualna analogna skala) ocenila s petimi točkami. Takoj po padcu je čutila občutek neugodja, zavedala se je, da se to ne bo pozdravilo čez noč. Na bolečino se je odzvala tudi z jokom. Bolečina se izraža pri premikanju in transferju.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptom</b>
Bolečina	Poškodba oz. zlom, prisilni položaj zaradi imobilizacije, nezadostna protibolečinska terapija	Verbalno poročanje o bolečini, ocena VAS 5 točk, močnejša napetost mišic, izražena bolečina oz. neugodje na obrazu

#### **Negovalna diagnoza**

Bolečina zgornjih okončin (posttravmatska bolečina)

Oprelitev: Verbalno poročanje o močnem neugodju (bolečina) (25).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Bolečina bo učinkovito obvladana v predoperativnem obdobju.
- Po VAS bo ocena manjša od 5.

### **Negovalne intervencije**

- Poskrbeti za imobilizacijo zgornjih okončin po navodilih zdravnika in preprečiti premikanje teh.
- Sproti ocenjevati bolečino z VAS.
- Po naročilu zdravnika aplicirati analgetik (Tramal 100 mg v 100 ml fiziološke raztopine).
- Položiti led na okončini.
- Ob hudi bolečini obvestiti zdravnika.
- Namestiti pacientko v hrbtni položaj z rahlo vzdignjenim vzglavjem.

### **Vrednotenje**

- Bolečina je učinkovito obvladana v predoperativnem obdobju.
- Po VAS je ocena manjša od 5.

### Zaznavanje samega sebe

#### **Ugotovljeno stanje**

Sebe vidi kot pozitivno osebo. Opiše se kot trmasto osebo, ki vztraja pri svojih stališčih, je natančna, sistematična in oseba, ki skrbi, da je vedno urejena. Pove, da se ne razjezi hitro, ni nejevoljna, prestrašena ali zaskrbljena, kaj šele depresivna. Z eno besedo se opiše kot »dobrovoljček«. Pove, da ni nikoli izgubila upanja in vere vase.

Trenutno doživlja spremembe v smislu funkcioniranja. Zaveda se, da je posledica poškodbe velik problem. Počuti se onespobljena, vendar hkrati optimistična, saj zaupa medicinskemu osebju. Zato je tudi ob tem dogodku optimistična. Za padec ne krivi sebe niti drugih. Izraža strah in zaskrbljenost, o poteku zdravljenja veliko sprašuje.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptom</b>
Strah pred operacijo	Poškodba oz. zlom, bolečina, neznanje	Pacientka verbalno izraža strah in nervozo, opisuje žarišče svoje bojazni, sprašuje in išče informacije, je zaskrbljena.

### **Negovalna diagnoza**

Strah pred operacijo

Oprelitev: Občutek ogroženosti zaradi znanega vzroka z identificiranim virom nevarnosti (strah pred prognozo, izidom kirurškega posega, strah pred smrtjo in invalidnostjo) (25).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Pacientka bo pred odhodom na operacijo poročala o zmanjšanem strahu.

### **Negovalne intervencije**

- Razložiti pacientki potek zdravljenja predvsem v okviru zdravstvene nege.
- Omogočiti pogovor z zdravnikom.
- Pomiriti pacientko s pogovorom, z dotikom roke.
- Spodbujati pacientko k izražanju čustev.
- Povedati oz. omogočiti pacientki, da lahko vedno kaj vpraša, če bo želela.

### **Vrednotenje**

- Pacientka je pred odhodom na operacijo poročala o zmanjšanem strahu.

### Družbena vloga in medosebni odnosi

#### **Ugotovljeno stanje**

Živi z možem. Starejša hči živi s partnerjem in otrokom na svojem. Mlajša hči še študira, vendar prav tako s partnerjem živita na svojem. Komunikacijo v družini opiše kot zelo dobro, saj stvari rešujejo sproti in imajo odprt odnos. Probleme rešujejo s pogovori. Pove,

da je sodelavcem zaradi poškodbe verjetno težje kot njej sami. Družina pa se je dogodka zelo ustrašila, posebej hčeri, saj so zelo povezana družina. Pacientka ni vključena v nobeno socialno skupino, na to računa, ko bo v pokoju. Na svojem delovnem mestu je zelo zadovoljna, saj ima zelo rada delo, ki ga opravlja, prav tako se dobro razume s sodelavci. Pove, da ni konfliktna oseba. Njen osebni dohodek ji zadošča za vse potrebe, ki jih ima. Pove, da se prav tako dobro počuti v okolici, kjer živi.

#### Spolni – reproduktivni sistem

##### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka pove, da z možem nikoli nista imela težav s spolnimi odnosi. Pove, da sta se o tem veliko pogovarjala. Meni, da je v spolnosti potrebna enakopravnost. Pri enajstih letih je dobila prvo mesečno perilo, zadnje pa, ko je bila stara petdeset let. Zaveda se, da bo zaradi poškodbe ta funkcija kar nekaj časa odsotna.

#### Obvladovanje stresnih situacij

##### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka v zadnjih dveh letih ni doživela kakšnih velikih stresnih situacij. Stvari sprejme kot so, družina se o njih dosti pogovarja, potem pa jih nekako sprejmejo. Najlažje se pogovori s hčerama. Za obvladovanje stresa ne jemlje nobenih zdravil in ne pije alkohola.

#### Vrednostni sistem

##### **Ugotovljeno stanje**

Z življenjem je zadovoljna. Kadar se ji zgodi kakšna stvar, ki ji ni ravno pogodu, se prilagodi in živi naprej. Ne verjame, da ji religija lahko pomaga v težavah, poudarja, da si lahko pomagaš samo sam.

## 4 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo želeli predstaviti zdravstveno nego pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic in poudariti vlogo medicinske sestre pri bolnišnični obravnavi takšnega pacienta. V začetku smo si zastavili raziskovalna vprašanja:

- Kakšno vlogo ima medicinska sestra pri izvajanju negovalnih intervencij v procesu obravnave pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic?
- V kolikšnem obsegu potrebuje pacient s poškodbo obeh nadlahtnic pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti in rehabilitaciji?

Preko študije primera smo si zastavili cilje:

- predstaviti potrebe po zdravstveni negi pri pacientih s poškodbo obeh nadlahtnic,
- postaviti najpomembnejše negovalne diagnoze in načrt aktivnosti zdravstvene nege.

Pri pacientki smo na podlagi negovalne anamneze izpostavili ključne probleme, ki so bili osredotočeni predvsem v zdravstveno nego pacienta pred operacijo. Ključne negovalne diagnoze so:

- nevarnost periferne nevromuskulatorne disfunkcije,
- nevarnost padcev,
- bolečina zgornjih okončin,
- samonega, pomanjkljiva zmožnost samostojnega opravljanja telesne potrebe III. stopnje,
- samonega, zmanjšana zmožnost samostojnega oblačenja in osebne urejanja III. stopnje,
- strah pred operacijo.

Glede na postavljene negovalne diagnoze smo realizirali vse postavljene cilje, kar pomeni, da je pacientka bila pripravljena na operacijo tako psihično kot fizično vse do predaje pacientke v operacijski blok. Ugotovili smo, da je vloga medicinske sestre pri pacientu s poškodbo obeh nadlahtnic po PZN najprej preko negovalne anamneze prepoznati negovalne probleme pri pacientu, jih ubesediti v negovalne diagnoze, narediti načrt, izvesti intervencije in vse to tudi vrednotiti. Da pa lahko medicinska sestra svoje delo opravlja po PZN, mora imeti širok spekter strokovnega znanja, saj lahko le s takim znanjem omogoča pacientu učinkovito oskrbo. Negovalna anamneza po modelu Marjory Gordon nam je omogočala, da smo pri pacientki ugotovili ključne probleme, ti pa predstavljajo

značilnosti takšnega primera. Model je bil podlaga za presojanje, predvidevanje rezultatov in načrtovanje aktivnosti ter nam nudil hitro in učinkovito pot od anamneze do negovalne diagnoze (25). Ugotovili smo tudi, da je možno uporabiti več negovalnih anamnez, ki nam jih omogoča model. Pri obravnavi pacientke smo oceno stanja oblikovali tako na podlagi negovalne anamneze pri odraslem pacientu, kot pri ogroženem pacientu, saj je študija primera predstavljala oz. kazala tudi nekatere znake ogroženega pacienta. Tako smo v pridobivanju negovalne anamneze pri ogroženem pacientu ugotovili, da se stanje pacientke nanaša samo na poškodbo, kar nam je omogočalo hitrejšo in učinkovitejšo pot do oblikovanja nekaterih negovalnih diagnoz (25).

PZN je sodoben metodološki pristop (19), zato lahko z študijo primera potrdimo, da je primeren pristop pri obravnavi pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic. S pomočjo negovalne anamneze smo pridobili najpomembnejše negovalne diagnoze in ugotovili, da je največji problem pri pacientu poškodba, ki lahko privede do nastanka nevromuskularne okvare, bolečine in s tem prizadete fizične mobilnosti. Imobilizacija je medicinsko tehnični poseg, ki ga izvedemo s ciljem, da onemogočimo premikanje, zmanjšamo bolečino in preprečimo nastanek dodatnih poškodb. Je eden najpomembnejših posegov, saj s tem poskrbimo za negibljivost enega ali več delov telesa (13). Pridobljene negovalne diagnoze, v naši študiji primera, lahko primerjamo z naslednjim primerljivim virom, ki opisuje tri najverjetnejše in najpogostejše negovalne diagnoze pri pacientu s poškodbo obeh nadlahtnic:

- nevarnost za nastanek periferne nevrovaskularne okvare,
- akutna bolečina,
- zmanjšana fizična mobilnost (22).

Predstavili smo delni, a ključni obseg dela pri pacientu s poškodbo obeh nadlahtnic. Z zdravstveno nego naše pacientke bi lahko nadaljevali po operaciji. Naše najpomembnejše negovalne intervencije bi bile predvsem v okviru samonege, lajšanja bolečine, preprečevanja nastanka infekcije zaradi prisotnosti operativne rane in vzpostavitve zgodnje rehabilitacije. Zdravstveno vzgojno delo bi bilo usmerjeno predvsem v samonego in fizično vzpostavitev prejšnjega stanja. Ponavadi imajo pacienti s tako poškodbo še možnost rehabilitacije na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje.

Upoštevali smo elemente zdravstvene nege, saj prispevajo k temu, da se sodobna zdravstvena nega razvija, kar v praksi pomeni zavzetost za pacienta v vseh pogledih, ne

samo v fizičnem. Z diplomsko nalogo smo uspešno vplivali na uvajanje sodobne zdravstvene nege iz teorije v prakso.

## 5 ZAKLJUČEK

S študijo primera smo predstavili obravnavo pacienta s poškodbo obeh nadlahtnic v predoperativnem obdobju. Želeli bi poudariti, da smo s študijo primera uspešno vplivali na razvoj zdravstvene nege iz teorije v prakso. Študija primera nam je nudila kvalitativen rezultat dela. Teorije so podlaga v marsikateri stroki, še posebej v zdravstveni negi, s katerimi lahko šele s konkretnimi primeri vidimo njihovo uporabnost. Menimo, da je model oz. teorija Marjory Gordon dobro zasnovana, čeprav ni nikjer zaslediti, da se lahko posamezne negovalne anamneze prepletajo med seboj, kot smo to dokazali v našem primeru. Teorija oz. model je zasnovan po nekem vzorcu, konkretni primeri pa lahko prikazujejo prepletanje več različnih negovalnih anamnez in rušijo napisana pravila. Vsak pacient ima individualne potrebe, zato je nujno da negovalne anamneze omogočajo prepletanje in s tem prilagajanje negovalnega načrta posamezniku.



## 6 LITERATURA

1. Pandurovič D, Frank A. Travmatologija. V: Miksić K, Flis V, (ur.). Izbrana poglavja iz kirurgije. 1. izd. Maribor: Obzorja, 2003: 249-271.
2. Plaskan L, Demšar A. Rehabilitacija po zlomih zapestja. V: Kersnik J, (ur). V. Kokaljevi dnevi: Poškodbe v osnovnem zdravstvu: zbornik predavanj. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2005: 88-91.
3. Inštitut za varovanje zdravja RS (2010) Bolnišnične obravnave – poškodbe in zastrupitve.  
[http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&\\_5\\_id=54&\\_5\\_PageIndex=1&\\_5\\_groupId=185&\\_5\\_newsCategory=&\\_5\\_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0.#pripeto](http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=46&pi=5&_5_id=54&_5_PageIndex=1&_5_groupId=185&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=46-5.0.#pripeto). <27. 3. 2010>
4. Vlahovič M. Poškodbe proksimalnega dela nadlahtnice in zlomi ključnice. V: Kersnik J, Turk H, (ur). VI. Kokaljevi dnevi: Poškodbe rame in boleča rama, tenditisi in druga kirurška stanja roke, hude poškodbe na terenu, anksioznodepresivne motnje, epilepsija, motnje razpoloženja, bolezni ščitnice, uporaba računalnikov in vaje iz oživljanja: zbornik predavanj. Ljubljana, 2006: 23-26.
5. Handoll H. et al (2009) Biomed Central. In: Musculoskeletal disorders. Dostopno na: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/140>. <16.11.2009>
6. Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA. Interventions for clients with musculoskeletal trauma. V: Ignatavicius DD, (ur). Medical – surgical nursing across the health care continuum. 3rd ed. Philadelphia /etc./: W.B. Saunders company. 1999: 1277-1309.
7. Štefančič F. Zlomi proksimalnega dela humerusa pri starostnikih. V: Vukadinovič DM, (ur). Obravnava starostnika po osteoporoznem zlomu: smernice. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 2003: 57-60.

8. Košir R, Čretnik A. New horizons in fracture treatment. V: Čretnik A, Košir R, Kobilica N, (ur). Intramedullary fracture fixation: postgraduate school of surgical techniques. Maribor: University Clinical Centre, 2007: 19-24.
9. Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika: izbrana področja. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2000: 25-169.
10. Cör A. Anatomija [Interno gradivo]. Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola, Univerza na Primorskem, 2006.
11. Wikipedija, prosta enciklopedija (2002) Nadlahtnica.  
<http://sl.wikipedia.org/wiki/Nadlahtnica>. <2.10.2010>
12. Sanchez-Sotelo J. Proximal Humerus Fractures. Clin Anat 2006; 19(7): 588-598.
13. Fink A. Imobilizacija poškodovanca v predbolnišničnem okolju. V: Naka S, (ur). Zdravstvena nega poškodovanca: zbornik predavanj. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, 2007: 10-33.
14. Dolenc I, Koglot F. Imobilizacija z mavci – načela. V: Smrkolj V, (ur). 2. Goriški travmatološki dnevi, Konzervativno zdravljenje poškodb lokomotorne aparata: Podiplomska šola kirurških tehnik. Nova Gorica: Splošna in učna bolnišnica Dr. F. Derganca Nova Gorica, 2006: 21-37.
15. Senekovič V. Zgodnja rehabilitacija po poškodbah ramenskega sklepa. V: Kersnik J, (ur). II. spominsko srečanje dr. Janija Kokalja, Poškodbe v osnovnem zdravstvu: zbornik predavanj. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2003: 57.
16. Kunkleu CE. Musculoskeletal Trauma and orthopedic surgery. V: Geen K, (ur). Medical – surgical nursing assessment and management of clinical problems. 6th edition. St Louis, Missouri: Mosby, 2004: 1650-1691.
17. Mezek M, Mertelj O. Priprava bolnika na operativni poseg. V: Kersnik J, (ur.) I. spominsko srečanje dr. Janija Kokalja: Obravnava poškodb v osnovnem zdravstvu: zbornik povzetkov. Kranjska Gora: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko zdravniško društvo, 2000: 11.

18. Šmitek J. Celovita priprava bolnikov na operativni poseg. V: Batas R, (ur.) Dobra priprava na operacijo – manj zapletov po njej: zbornik predavanj s strokovnega srečanja. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2006: 9-27.
19. Hajdinjak G, Meglič R. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006: 9-301.
20. Filej B. Zdravstvena nega. V: Skela Savič B, in sod. (ur.) Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbrana poglavja, Jesenice; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2010: 11-16.
21. Filej B. Kaj je sodobna zdravstvena nega. V: Kosina L, (ur.) Posvetovanja o teoriji in praksi zdravstvene nege: zbornik predavanj. Ljubljana: Psihiatrična in nevrološka sekcija pri ZZNS – ZDMSZTS, 2000: 71-76.
22. Trobec I. Zdravstvena nega I [Interno gradivo]. Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola, Univerza na Primorskem, 2007/08.
23. Hajdinjak A. Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. Obzor Zdr N 1999; 33(3-4):137-140.
24. Jones D, Roy C, Avant K. Marjory Gordon PhD, RN, FAAN, Named American Academy Living Legend. Int J Nurs Terminol Classif 2010; 2(2)1: 80-81.
25. Gordon M. Smernice za ugotavljanje funkcionalnih vzorcev zdravega obnašanja, tipologija funkcionalnih vzorcev zdravega obnašanja. V: Šlajmer Japelj M, (ur.) Negovalne diagnoze – priročnik. Radizel: Rogina, 2003: 9-152.
26. Lome B, Stalnaker A, Carlson K, Kline M, Sise M. Nurse practitioners-the core of our trauma service. J Trauma Nurs. 2010; 17(2):80-81.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju Igorju Karnjušu, mag. zdr. neg. in somentorici Sabini Ličen, mag. zdr. neg. za pomoč pri diplomski nalogi.

Moja zahvala pa gre tudi osebi, brez katere verjetno ne bi postala medicinska sestra. Hvala, Branko.

## **PRILOGE**

### Priloga 1

Ugotavljanje potreb pri odraslih – negovalna anamneza

#### Odnos do lastnega zdravja

- Splošno zdravstveno stanje.
- Prehladi v preteklosti; odsotnost od pouka ali z delovnega mesta.
- Najpomembnejše aktivnosti za vzdrževanje zdravja; kaj vpliva na razlike v zdravstvenem stanju (tradicionalna zdravila, samopreiskava dojk, kajenje, droge, problemi s pitjem, kdaj je pacient popil zadnji kozarec alkohola)
- Poškodbe (doma, na delovnem mestu, med vožnjo); padci.
- Ali ste v preteklosti lahko sledili nasvetom zdravnikov in medicinskih sester?
- Kaj mislite, da je povzročilo vašo bolezen? (če je primerno) Kaj ste storili, ko ste opazili prve simptome? Kakšni so bili rezultati? (če je primerno) Kaj je za vas pomembno, dokler ste v naši oskrbi? Kako vam lahko najboljše pomagamo?

#### Prehrambeni in metabolični procesi

- Tipična prehrana vašega dneva – opišite jo; dodatki.
- Tipična zaužita tekočina na dan – opišite.
- Pridobivanje ali izgubljanje na teži (koliko?), pridobivanje na višini ali znižanje višine (za koliko?)
- Apetit.
- Hrana in prehranjevanje: kakšne so težave? požiranje, dietni predpisi, dojenje in problemi z dojenjem.
- Napreduje zdravljenje hitro ali slabo?
- Težave s kožo: poškodbe, suha koža?
- Težave z zobmi?

#### Izločanje

- Izločanje blata, pogostost, oblika, neugodni občutki ob izločanju, težave z nadzorom izločanja, odvajala?

- Izločanje urina: pogostost, neugodje ob izločanju, težave z nadzorom?
- Pretirano znojenje, težave s specifičnim vonjem?

#### Fizična aktivnost

- Imate dovolj energije za potrebne in želene aktivnosti?
- Vzorci fizičnih aktivnosti: vrsta: jih izvajate redno?
- Aktivnosti prostega časa; imate otroka, ali se igrate z njim?
- Zmožnost izvajanja določenih aktivnosti: prehranjevanje, kopanje, osebna nega, mobilnost v postelji, oblačenje, česanje, splošna mobilnost, kuhanje, gospodinjstvo, nakupovanje?

#### Počitek, spanje

- Ali ste spočiti in pripravljeni na dnevne aktivnosti?
- Ali težko zaspate, katere pripomočke uporabljate, sanje (mora); zgodnje prebujanje
- Obdobje počitka in relaksacije?

#### Kognitivni procesi

- Ali slabo slišite? Pripomočki?
- Vid - ali nosite očala? Kdaj ste bili zadnjič pri okulistu?
- Doživljate zadnje čase kakršnekoli spremembe spomina?
- Vam je lahko ali težko sprejemati odločitve?
- Kako se najlažje naučite kaj novega? Imate težave z učenjem?
- Imate občutke neugodja? Bolečine? Kako to obvladujete?

#### Zaznavanje samega sebe

- Kako bi se opisali? Ali imate običajno dobre ali slabe občutke v zvezi s seboj?
- Ali doživljate spremembe v svojem telesu ali sposobnostih funkcioniranja? Je to za vas problematično?
- Kakšne spremembe doživljate s seboj ali s svojim telesom odkar ste oboleli?
- Ali vas pogosto kaj razjezi, ste nejevoljni, prestrašeni, zaskrbljeni, depresivni? Kaj vam pomaga?

- Ali se vam dogodi, da izgubite upanje? Da ne morete več nadzorovati svojega življenja? Kaj vam pomaga?

#### Družbena vloga in medosebni odnosi

- Živite sami? Z družino, v partnerski skupnosti? (narišite sociogram)
- Imate kakšne težave v zvezi z družino? (nuklearna ali širša)
- Kako vaša družina navadno rešuje probleme?
- Ali je družina odvisna od vas? Kako to obvladujete?
- Ali se vključujete v socialno skupino?
- (če je primerno) Kako družina in ostali doživljajo vašo bolezen/hospitalizacijo?
- Če je primerno: Imate probleme z otroki? Jih težko obvladujete?
- Ali se vključujete v kakšno socialno skupino? Imate prijatelje? Ste osamljeni? (pogostost)
- Ali ste v glavnem zadovoljni na delovnem mestu? (v šoli) Če je primerno: Ali dohodek zadošča za vaše osebne potrebe?
- Ali čutite, da ste vključeni v sosesko, v kateri živite? Ste izolirani?

#### Spolni – reproduktivni sistem

- Če je primerno starosti in situaciji: So vaši spolni odnosi zadovoljivi? Spremembe? Problemi?
- Če je primerno: Ali uporabljate kontracepcijska sredstva? Problemi?
- Za ženske: Kdaj ste imeli prvo menstruacijo? Kdaj ste imeli zadnjo menstruacijo? Menstrualne težave, nosečnost, navidezna nosečnost?

#### Obvladovanje stresnih situacij

- Ali ste v zadnjih dveh letih doživeli kakšne velike spremembe, krize?
- S kom najlažje govorite o težavah? So vam ti ljudje sedaj dostopni?
- Ali občutite tesnobo večino časa? Kaj vam pomaga? Medikamenti, alkohol, droge?
- Kadar imate težave v življenju, kako se jih lotevate? Ali je to večinoma uspešno?

### Vrednostni sistem

- Ali na splošno doživljate, kar vam je pomembno? Vaši pomembni načrti za prihodnost?
  - Ali je religija v vašem življenju pomembna? Če je primerno: Ali vam to pomaga v težavah?
  - Če je primerno: Ali bivanje v naši ustanovi kakorkoli moti vaše duhovno življenje?
- (25)

Ugotavljanje potreb pri življenjsko ogroženih pacientih – negovalna anamneza

### Odnos do lastnega zdravja

- Možnost infekcije (poškodovana koža zaradi poškodbe ali kirurškega posega, zmanjšana imunska odpornost, oslabeledost, kronična obolenja, zastajanje telesnih tekočin) Označite rizična področja (splošno, koža, dihalni sistem, uropoetični sistem)
- Možnost poškodbe (nesposobnost presojanja, zmanjšana stopnja zavesti, nepopolne motorične in senzorične funkcije, slabši sluh ali vid, omedlevice, sposobnost, da pacient pozvoni za pomoč medicinski sestri).
- Razumevanje lastnega zdravstvenega stanja (ali so potrebna pojasnila)

### Prehrambeni in metabolični procesi

- Možnost podhranjenosti (parenteralno dovajanje tekočin, beljakovin, vitaminov, rudnin)
- Možnost za razjede zaradi pritiska (mobilnost v postelji, koža nad kostnimi izboklinami, mavčne ovojnice, trakcije)
- Možnost neučinkovite termoregulacije (nedonošenost, poškodbe glave, hipotermija, hipertermija)
- Nevarnost pomanjkanja tekočin (hipermetabolična stanja, premalo uživanja tekočin)
- Možnost aspiracije (zmanjšani refleksi kašljanja in požiranje, stanje zavesti, požiranje, zastajanje hrane v želodcu, traheostomija, endotrahealno intubiranje).



### Fizična aktivnost

- Možnost nesposobnosti fizične aktivnosti (respiratorna, kardialna, cirkulatorni problemi; kratka sapa; dispnea v mirovanju ali ob kakšni koli aktivnosti v postelji)
- Možnost neučinkovitega čiščenja dihalnih poti (pogoste sukcije; hropenje, piskanje, izločanje sluzi; neslišno dihanje, respiratorni problemi)
- Neučinkovito dihanje (plini v krvi, frekvenca in globina vdiha, kompenzacija s specifičnim položajem v postelji)
- Možnost kontraktur sklepov (imobilizacija, ležanje dalj kot 24 ur, pomanjkljiva mobilnost v postelji)
- Nesposobnost samonege( ocena I - IV, popolna ali specificirajte: kopanje, uporaba wc –ja, hranjenje, oblačenje)
- Možnost oslabelosti oziroma nesposobnost funkcioniranja (imobilizacija, paraliza, stopnja zavesti, 24-urno ležanje).

### Počitek – spanje

- Možnost motenj v spanju (skrb, strah, ropot, prekinitve spanja, zakasnela možnost spanja).

### Kognitivni procesi

- Senzorični problemi: motnje v zaznavanju (sluh, vid).
- Konflikti v odločanju v odnosu pacient/družina (potreba po odločanju, sposobnost pacienta za odločitve, prioritete v obravnavi)
- Nepopolni miselni procesi; zmedenost (splošne ali nočne halucinacije)
- Preobremenjenost senzoričnega sistema sli zanemarjanje le- tega (monitorji in izolacija)
- Bolečina (poročila o močnih bolečinah, previdno obnašanje, mišična napetost, zvišan pulz)
- Zadovoljivo znanje za zmanjševanje strahu – anksioznosti (razumevanje trenutne situacije, terapija, zdravstvene nege)

### Zaznavanje samega sebe

- Strah/anksioznost (izjava pacienta, informiranje s strani družinskih članov, vzrok za strah)
- Nemoč (pacient poroča o nezmožnosti ali možnosti nadzora lastne situacije).
- Upanje (izraža upanje ali obup)
- Samospoštovanje/motnje v oceni lastne vrednosti (izražanje občutka krivde, sposobnost obvladovanja krize)

### Družbena vloga in medsebojni odnosi

- Komuniciranje (verbalno, neverbalno, jezik)
- Družinski procesi: obvladovanje, interakcije, prilagajanje lastni vlogi, potreba po informacijah, razumevanje vloge družine.
- Žalovanje (če je primerno: sprejemanje izgube)
- Izpolnjevanje lastne vloge (na primer prevzemanje odgovornosti za nego otroka)
- Konflikti v starševski vlogi (nesprejemanje vloge ali napačno pojmovanje)

### Spolni – reproduktivni sistem

- Večinoma odsotna funkcija zaradi stanja pacienta (25).