

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

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, julij 2011

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

**PRIPRAVA PACIENTA NA ODPUST IZ BOLNIŠNICE
PO OPERACIJI KOLKA**

**PREPARING PATIENT TO DISCHARGE FROM THE HOSPITAL AFTER
HIP REPLACEMENT SURGERY**

Študentka: SUZANA VAJKIĆ

Mentorica: viš. pred. mag. IRENA TROBEC, prof. zdr. vzg.

Somentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, julij 2011

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

**PRIPRAVA PACIENTA NA ODPUST IZ BOLNIŠNICE
PO OPERACIJI KOLKA**

**PREPARING PATIENT TO DISCHARGE FROM THE HOSPITAL AFTER
HIP REPLACEMENT SURGERY**

Študentka: SUZANA VAJKIĆ

Mentorica: viš. pred. mag. IRENA TROBEC, prof. zdr. vzg.

Somentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, julij 2011

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
2	STAROSTNIK IN STARANJE	3
2.1	Vrste staranja.....	3
2.2	Zlom kolka pri starostniku	4
2.2.1	Anatomija kolka	4
2.2.2	Zlom kolka in dejavniki tveganja	5
2.2.3	Zdravljenje	6
2.3	Zdravstvena nega pacienta na kirurškem oddelku	8
2.3.1	Značilnosti kirurškega pacienta	8
2.3.2	Vloga medicinske sestre.....	8
2.3.3	Zdravstvena nega pacienta pred operacijo	10
2.3.4	Zdravstvena nega pacienta med operacijo	13
2.3.5	Zdravstvena nega pacienta po operaciji	16
2.4	Priprava pacienta na odpust	19
2.4.1	Vloga medicinske sestre pri odpustu pacienta	20
2.5	Rehabilitacija.....	22
2.6	Kakovost življenja po operaciji.....	23
3	NAMEN IN HIPOTEZE	27
4	MATERIALI IN METODE	28
4.1	Preiskovani vzorec	28
5	REZULTATI	29
6	RAZPRAVA.....	35
7	ZAKLJUČEK	38
8	LITERATURA IN VIRI.....	39

KAZALO SLIK

Slika 1: Pomoč pri opravilih po odpustu.....	29
Slika 2: Seznanjenost s potekom operacije	30
Slika 3: Prejeta navodila o okrevanju doma.....	30
Slika 4: Oblika prejetih navodil.....	31
Slika 5: Seznanjenost s simptomi bolezni	32
Slika 6: Seznanjenost s simptomi, na katere morajo biti pacienti pozorni doma	33
Slika 7: Kam po pomoč in dodatne informacije v primeru težav	33
Slika 8: Informacije glede okrevanja doma.....	34

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Vsebina podanih navodil.....	31
---	----

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Staranje je značilno za vse generacije. Je dogajanje, ki poteka vse življenje. Po 60. letu se povečuje incidenca zlomov, kar je posledica kombinacije zmanjševanja gostote kosti in povečanja pogostosti padcev. Zlom kolka močno vpliva na življenje posameznika in njegove družine. Prej samostojen človek zdaj potrebuje pomoč pri opravilih. Zdravljenje zloma kolka je lahko konzervativno ali operativno. Pacient, ki bo operiran, potrebuje veliko informacij in razumevanja. Zdravstveno osebje mu podaja informacije in nudi pomoč pri vsakodnevnih aktivnostih. Informacije o zdravstvenem stanju in poteku bolezni pacient dobi že pred operacijo. Po operaciji pa zdravstveno osebje pacienta že pripravlja na odhod v domače okolje. Medicinska sestra ima pri tem pomembno vlogo. Zlom kolka vpliva na kakovost življenja starostnika. Informacije, ki jih je pacient prejel v bolnišnici, vplivajo na kakovost življenja v domačem okolju.

V diplomski nalogi smo ugotavljali, ali pacienti dobijo dovolj informacij za uspešno okrevanje v domačem okolju. Postavili smo naslednjo hipotezo: *Pacienti med hospitalizacijo dobijo dovolj informacij za uspešno okrevanje v domačem okolju.* Raziskava je pokazala, da so pacienti dobro obveščeni o poteku svoje bolezni in o nadaljnjem okrevanju.

Ključne besede: starostnik, zlom kolka, zdravljenje, vloga medicinske sestre, obveščenost

ABSTRACT AND KEYWORDS

Aging is a process, typical for all generations. It is a period that is passing for all life. In maturity period there is increased incidence for fractures. It is result of two common combinations, reduction of density of bones and increased frequency of declines. A hip fracture has a strong impact on a life of individual and his family. An individual, that was independent, now requeres help with the sipmle tasks. A treatment of a hip fracture can be conservative or oprative. A patient that will be operated, needs to get all the informations and understanding. Medical staff provides all the necessary and also provides assistants at simple tasks. Informations about health and course of the disease patient gets before the operation. After surgery medical staff prepares patient for adaptation in his home enviroinment. Nurse has a big part in that process. A hip fracture has a big impact on a quality of a life of an elderly.

In diploma work we determined if the patient get enough information for successfull recovery in home enviroinment. For that purpose we placed a hypothesis: Patients, in the period of hospitalization get enough information for successfully recovering in home enviroinment. The research showed, that the patients included in research are informed about course and futher recovery.

Key words: elderly, hip fracture, treatment, the role of nurse, informed

1 UVOD

Staranje prebivalstva, ki ga povzročata zmanjšanje umrljivosti in s tem daljšanje življenjske dobe ter zmanjšanje rodnosti, je najznačilnejši demografski pojav sodobne družbe. Za staranje prebivalstva je značilno povečanje deleža prebivalcev, starejših od 65 let.

Starostno specifična stopnja hospitalizacije raste s starostjo poškodovancev, kar je posebej izrazito po 65. letu starosti, glavni vzrok so poškodbe zaradi padcev. Trajanje hospitalizacije se povečuje s starostjo poškodovancev do 90. leta, potem pa pada (1).

Zlom kolka je najpogostejša poškodba starih ljudi zaradi padcev in je vzrok za tretjino hospitalizacij zaradi padcev pri starejših od 65 let. Starostno in po spolu specifična stopnja hospitalizacije začne močno naraščati po 65. letu starosti in je v starosti nad 65 let skoraj dvakrat večja pri ženskah kot pri moških. Incidenca zlomov se s starostjo povečuje, kar je posledica kombinacije zmanjševanja mineralne gostote kosti in povečevanja pogostnosti padcev. Zlomi kolka močno vplivajo na kakovost življenja, zmanjšajo samostojnost in mobilnost pacienta. Po poškodbi veliko ljudi postane odvisnih od druge osebe pri vsakdanjih življenjskih opravilih ali pa potrebujejo dolgotrajno zdravstveno nego (2).

Naloga diplomirane medicinske sestre (v nadaljevanju medicinska sestra) je, da pouči pacienta o vsem, kar mora vedeti pred operacijo, predstavi pa mu tudi aktivnosti, ki jih bo izvajal po operaciji, da bo zmanjšal možne pooperativne zaplete. Načrtovanje pacientovega odpusta se začne že ob sprejemu. Cilj načrtovanega odpusta je zagotoviti pacientu najboljšo možno kakovost zdravstvene nege tudi po odpustu. Načrtovanje pacientovega odpusta olajša premestitev pacienta v novo okolje, z ene stopnje zdravstvene nege na drugo. Vsi, ki bodo skrbeli za pacienta po odpustu, naj bi sodelovali pri njegovem načrtovanju (3).

Posledice padcev pri pacientu pogosto povzročajo tudi strah in zaskrbljenost, kako naprej, ter vplivajo na njegovo socialno mrežo. Posledično slabša kakovost življenja lahko vodi do slabe samopodobe in depresije (1). Družina, samostojnost posameznika, finančno stanje,

zdravje in socialno varstvo posameznika so pomembni dejavniki, ki vplivajo na to, da je kakovost življenja dobra. Pomembno pa je tudi, da so zadovoljene vse potrebe posameznika (3).

2 STAROSTNIK IN STARANJE

Avtorji (4, 5, 6) opisujejo, da starost ni bolezen, kot mislijo nekateri, ampak je fiziološki pojav živih bitij. Ramovš (4) trdi, da je starost v današnjem svetu tabuizirana tema, tako kot je sta bila spolnost in porod tabuizirani temi v preteklosti. Avtor (4) nadaljuje, da je tabuizacija starosti patološki družbeni pojav, ki škoduje vsem trem generacijam. Mlajši se namreč nezavedno zgledujejo po starejših. Ker je starost tabu, jo ljudje izrinejo iz svoje zavesti, nanjo ne mislijo in je sploh ne zaznavajo, zlasti pri sebi ne. Vsekakor pa je ne sprejmejo tako, kot bi jo morali, kajti staranje je normalen življenjski proces, ki ga doživljamo vsa živa bitja (4).

Staranje je dogajanje, ki poteka vse življenje, največji pomen pa ima v starosti. Besedo staranje uporabljamo, kadar govorimo o tem dogajanju pri posameznem človeku ne glede na to, koliko je star, in kadar govorimo o sožitjih vseh generacij z vidika njihovega staranja. Starost je tretje življenjsko obdobje, ki je opredeljeno s kronološkega, funkcionalnega in z doživljajskega vidika. Starajo se vse generacije, saj nam vsem teče čas enako hitro. Vse generacije se gibljejo proti starosti, zato smo pozornejši na staranje v tretjem življenjskem obdobju (4). Starostne spremembe se pokažejo na celotnem organizmu kot zmanjšana sposobnost preživetja pod stresom, na posameznem organu kot zmanjšana delovna rezerva, nato pa kot motena oskrba organizma ter na stopnji posamezne celice kot spremenjena presnova beljakovin, lipidov, ogljikovih hidratov, DNA in RNA (5).

2.1 Vrste staranja

Starostne spremembe niso enake bolezenskim, tudi če so podobne in sočasne. Hitrost staranja je odvisna od zunanjih in notranjih dejavnikov. Pomembni zunanji dejavniki so stres, življenjski slog (prehrana, telesna aktivnost, kajenje ...), vplivi škodljivih dejavnikov iz okolja (pitna voda, onesnažen zrak) in zdravstveno varstvo. Med notranje dejavnike pa spadajo pojav starostnih sprememb v prvih dveh letih življenja ter nagnjenost k boleznim (sladkorni boleznimi, astmi, hipertenziji) (5).

Pri človeku ločimo biološko in kronološko starost. Dejstvo je, da se kronološka (koledarska) starost ne ujema vedno z biološko. Biološka starost označuje stanje organizma in je določena z upadom določenih duševnih in telesnih funkcij. Različni ljudje se starajo različno hitro. Ljudje zelo vplivamo na biološko starost z načinom življenja (4).

Kronološka starost pa je določena z rojstnim datumom in nanjo ne moremo vplivati. Pove nam, koliko smo dejansko stari, in poteka pri vseh ljudeh, v vsakem obdobju življenja enako hitro. Ramovš (4) govori tudi o doživljajski starosti. Ta se kaže v tem, kako človek sprejema in doživlja svojo trenutno starost in vse, kar je povezano z njo.

2.2 Zlom kolka pri starostniku

S starostjo kosti postajajo vedno krhkejše in bolj lomljive, zato si kolk najpogosteje zlomijo osebe, starejše od 65 let, kljub temu pa se tovrstna poškodba lahko pojavi tudi pri mlajših osebah. Dolgotrajna rehabilitacija pa tem osebam bistveno zmanjša kakovost življenja. Ravno zaradi končnega funkcionalnega izida je pomembna pravilna obravnava oziroma način zdravljenja.

2.2.1 Anatomija kolka

Kolčni sklep sestavljata glava stegenice in sklepna ponev kolčnice, ki jo povečujeta labrum acetabulare in ligamentum transversum acetabuli. Sklepna ovojnica je pripeta na rob acetabula, na stegenici se spredaj narašča v intertrohanterni liniji, zadaj pa na sredini vratu, odebeljena je kot zona orbikularis. Sklepno ovojnico ojačujejo iliofemoralni, ishiofemoralni in pubofemoralni ligament. Glava in vrat stegenice oklepata z diafizo kot, ki se s starostjo spreminja, pri dojenčku je 150 stopinj, pri odraslem pa med 120 in 150 stopinj. Na bazi vratu stegenice je ekstrakapsularni arterijski obroč, zadaj pa ga tvori arteria circumflexa femoris medialis, spredaj arteria circumflexa lateralis, ki sta veji arteria profunde femoris, glavne veje arteriae femoralis. Iz arterijskega obroča na bazi potekajo v sklepni ovojnici ascendirajoče vratne veje. Ob robu sklepnega hrustanca tvorijo te veje intraartikularni arterijski obroč, od koder izhajajo epifizne arterije za prehrano glave stegenice. Arteria ligamenti capitis femoralis je veja arteriae obturatoriae, prehranjuje pa

le del glave stegenice in anastomazira z drugimi arterijami. Pri zlomih vratu stegenice lahko pride do prekinitve arterijske preskrbe in avaskularne nekroze glave stegenice (2).

2.2.2 Zlom kolka in dejavniki tveganja

Zlom kolka je poškodba, značilna za starejše. Poškodbe kolka pri starostniku so med poškodbami, ki starostnika življenjsko ogrožajo (6). Za starostnika predstavlja hudo poškodbo, ker pomembno vpliva na kakovost življenja in umrljivost (2). Ženske so dvakrat bolj izpostavljene kot moški, vzrok za to pripisujemo osteoporozi in sorazmerno daljši življenjski dobi. Do zloma pride že pri delovanju razmeroma majhnih sil, npr. pri padcu z nizke višine, ki pri mladih in zdravih osebah ne povzroči poškodbe, padec s stola, v kopalni kadi. Incidenca zlomov se s starostjo povečuje, kar je posledica kombinacije zmanjšane mineralne gostote kosti in povečanja pogostnosti padcev. (2)

Zlomi v področju kolka starostnika prizadenejo zaradi močnih bolečin, izgube krvi in nepokretnosti. Če temu dodamo še predhodno prizadetost zaradi drugih obolenj in oslabelosti, nastane splet težav, ki zahteva posebno ukrepanje. Način zdravljenja izbere zdravnik glede na splošno stanje bolnika in vrsto zloma (6). V razvitih državah so med vzroki za poškodbe starih ljudi padci največji problem. Tudi v Sloveniji so najpogostejši vzrok za veliko hospitalizacij. Tako kot v drugih državah je tudi v Sloveniji zlom kolka najpogostejša poškodba starih ljudi zaradi padca in je vzrok za tretjino hospitalizacij zaradi padcev in glavni vzrok smrti zaradi poškodb pri starejših od 65 let (2).

Avtor v svoji knjigi (2) opisuje, da je vzrok za padce in poškodbe kombinacija bioloških, vedenjskih, socialno-ekonomskih dejavnikov in dejavnikov okolja.

Dejavnike tveganja za zlom kolka delimo v dve skupini, in sicer na zunanje dejavnike tveganja (socialno-ekonomske in dejavnike fizičnega okolja) ter notranje dejavnike tveganja (biološke in vedenjske dejavnike).

Biološki dejavniki so vezani na naravni proces staranja, na posledice kroničnih in akutnih obolenj (oslabiljenega vida, upočasnjenih obrambnih refleksov, zmanjšane mišične moči, osteoporoze). Starost in spol sta pomembna dejavnika, ki povečata tveganje za padec. Med

vedenjske dejavnike štejemo človekove aktivnosti, čustva in izbiro v določenih situacijah. Terapevti veliko prispevajo k zmanjšanju tveganja s pravilno uporabo pripomočkov za hojo.

Najpogostejši zunanji dejavnik tveganja za zlom kolka je starostnikovo fizično okolje. Dejavniki fizičnega okolja so prisotni v 30 do 50 odstotkih primerov padcev. Odsevajo urejenost, varnost objektov in bivalnega okolja. Najnevarnejše so stopnice, ležeči objekti, pločniki, slaba osvetljenost, ovire na prehodih, drseče površine (2).

2.2.3 Zdravljenje

Zlome lahko zdravimo konzervativno ali operativno. Način je odvisen od vrste in lokalizacije zloma, splošnega stanja in starosti poškodovanca.

Konzervativno zdravljenje

Konzervativno zdravimo impaktirane oz. vklinjene zlome; to so zlomi, pri katerih je glava stegenice rahlo v položaju valgus in retroverziji glede na vrat. V takih primerih je možno takojšnje obremenjevanje do bolečine. Za konzervativno zdravljenje se odločimo tudi pri drugih tipih zlomov, pri katerih bi lahko kirurški poseg ogrozil življenje poškodovanca. Zaplet konzervativnega zdravljenja je sekundarna nestabilnost, ki zahteva operativno zdravljenje. Tveganje za sekundarno nestabilnost je povečano pri starosti nad 70 let in pri slabem splošnem stanju, pri mlajših pa se pojavlja pri nevroloških boleznih (2).

Operativno zdravljenje

Za običajne operativne posege v starosti velja, da se poskušamo, če je le možno, izogniti operativni terapiji, da starostnikov ne bi z operacijo dodatno ogrozili. Pri poškodbi kolka pa se je pokazalo, da je konzervativno zdravljenje združeno s toliko zapleti, da kratkotrajna operativna travma poškodovanca prizadane manj kot zdravljenje z opornico in dolgotrajno ležanje v postelji (6). Operativno zdravljenje je lahko osteosinteza ali kolčna endoproteza.

Pri lateralnih zlomih se pogosteje uporablja osteosinteza, pri medialnih pa se odločimo za kolčno protezo.

Za osteosintezo se odločimo, če je (2):

- poškodovanec po operaciji zmožen razbremenjevati okončino;
- zlom iz dveh fragmentov;
- zlom po Pauwlesu I in II;
- možna osteosinteza v 12 urah po poškodbi.

Osnovna principa osteosinteze sta anatomsko naravna (zaprta naravna na ekstenzijski mizi, če ta ni zadovoljiva, pa odprta naravna) in stabilna osteosinteza, ki dovoljuje delovanje kompresijskih sil na zlom, saj te prispevajo k celjenju.

Če poškodovanec ne ustreza omenjenim kriterijem za osteosintezo, se odločimo za kolčno protezo. Pri zdravljenju z osteosintezo začne poškodovanec hoditi z razbremenjevanjem poškodovane noge (da se osteosinteza ne podre), pri vstavljenih kolčnih protezah pa nogo lahko takoj obremenjuje do bolečine.

Popolno kolčno protezo vstavimo pri mlajših poškodovancih in pri artrotičnih spremembah kolčnega sklepa. Bipolarna delna kolčna endoproteza je metoda izbora za zdravljenje dislociranih medialnih zlomov pri poškodovancih, starejših od 70 let, in zelo zahtevnih zlomih pri mlajših poškodovancih. Prednosti so krajši operativni poseg in manjša poškodba tkiv, saj se acetabulum in kapsula skoraj v celoti ohranita, manjše krvavitve in hitra rehabilitacija. Prednosti kolčnih endoprotez sta takojšnja mobilizacija operirane noge in hitra rehabilitacija. Zmanjša se nevarnost pooperativnih zapletov, kot so venska tromboza, preležanine in pljučnica.

Zapleti operativnega zdravljenja so:

- površinske in globoke okužbe;
- omajanje oziroma izpah endoproteze;
- razpad osteosinteze;
- poslabšanje splošnega stanja (2).

2.3 Zdravstvena nega pacienta na kirurškem oddelku

Zdravstvena nega kirurškega pacienta obsega zdravstveno nego pacienta, ki zaradi patofizioloških motenj potrebuje kirurški nadzor, zdravljenje in zdravstveno nego ter rehabilitacijo. Cilj zdravstvene nege je doseči najboljšo možno raven zdravja in delovanja pacienta. Zdravstvena nega poudarja lastno oskrbo, saj je pacient tisti, ki je v največji meri odgovoren za svoje zdravje (3).

2.3.1 Značilnosti kirurškega pacienta

Pri starejših ljudeh je sposobnost za operativni poseg odvisna od obsega fizioloških sprememb, ki so nastale zaradi staranja, od obsega in trajanja operacije in od prisotnosti enega ali več kroničnih obolenj. Na potek operacije in pooperativno okrevanje vplivajo obolenja srca, ledvic, pljuč in bolezni lokomotorne sistema. Čim obsežnejše so te spremembe, tem večja je nevarnost za pooperativne zaplete. Spremembe v srčnem ritmu so pri starejših počasnejše kot pri mladih, prav zato frekvenca srčnega utripa ni dober kazalnik za ugotavljanje šoka; prav tako tudi dalj časa traja, da se srčni utrip stabilizira po aktivnostih. Trajanje operacije lahko pri starejših ljudeh slabi fiziološko odzivnost med operacijo. Kratkotrajne operacije starejši ljudje lažje prenašajo. Kronična obolenja podaljšajo čas okrevanja ali pa celo povečajo nevarnost smrti (3).

2.3.2 Vloga medicinske sestre

Medicinska sestra je nosilka zdravstvene nege, ki po metodi procesa zdravstvene nege ugotavlja, načrtuje, izvaja, nadzira in vrednoti zdravstveno nego. Medicinska sestra vodi negovalni tim in pomožno osebje, ki se vključuje na področje oskrbe pacienta. Dobro strokovno znanje, natančnost, spretnost, sposobnost reševanja problemov in komunikativnost so pogoji za dobro opravljanje dela (3).

Medicinska sestra preživi največ časa ob pacientu in tako zagotavlja največ podatkov članom zdravstvenega tima z opazovanjem pacienta, z izvajanjem aktivnosti, ki jih pacient sam ne more izvesti, in z vrednotenjem zdravstvenega stanja pacienta (3).

Medicinska sestra ima v zdravstveni negi kirurškega bolnika pomembno vlogo, saj pomaga pospeševati zdravlje in preprečuje posledice dolgotrajnega ležanja, obolenja ali poškodb. Te aktivnosti mora vključevati v načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege med pripravo na operacijo, med samo operacijo, po operaciji in pri načrtovanju bolnikovega odpusta. (7).

Vsakega pacienta je pred operacijo strah in mučijo ga številni dvomi in vprašanja. Zato mora medicinska sestra k pacientu pristopiti z veliko mero razumevanja za stisko, prijaznosti, topline, pozornosti, spoštljivosti, sprejemanja drugačnosti in hkrati odločnosti, vztrajnosti in doslednosti. Poglavitnega pomena pa je odločnost, kajti ta v pacientih vzbudi občutek varnosti. Pacientu mora zagotoviti varno, podporno in strukturirano (postaviti mora meje) okolje (varnost in podporo). V pogovoru mora pacienta spodbujati in mu pomagati pri vseh življenjskih aktivnostih. To delo zahteva od medicinske sestre aktivno poslušanje, pogovarjanje in prisotnost. Le tako si pridobi pacientovo zaupanje za sodelovanje med zdravljenjem.

Pomembna naloga medicinske sestre pa je tudi zdravstvena vzgoja pacienta med hospitalizacijo. Že pred operacijo pacienta pouči, da je po operaciji potrebna disciplina pri vsakodnevnih opravilih. Pomembni so pravilno obračanje v postelji, pravilno vstajanje iz postelje, sklanjanje in način izognitve oviram na poti (3).

2.3.3 Zdravstvena nega pacienta pred operacijo

Zdravstvena nega kirurškega pacienta zajema zdravstveno nego pred in med operacijo ter po njej. Predoperativno obdobje se začne, ko se zdravnik in pacient odločita za operativni poseg, konča pa se, ko pacient pride v operacijsko sobo. V tem času medicinska sestra zbira podatke o psiholoških, fizioloških in socialnih potrebah pacienta. V načrtu zdravstvene nege je določena tudi priprava pacienta na operacijo in pooperacijsko obdobje (3). Priprava pacienta na operacijo obsega oceno pacientovega stanja, pacientovo znanje o zdravljenju ter psihično in fizično pripravo na operacijo.

Medicinska sestra mora s primernim pristopom in ravnanjem pacientu že ob sprejemu na oddelek zmanjševati strah in negotovost ter mu pomagati, da se bo vživel v novo okolje. Že ob sprejemu pacienta na oddelek medicinska sestra začne pridobivati pacientove podatke.

Pri ugotavljanju pacientovih potreb po zdravstveni negi medicinska sestra ocenjuje pacientovo:

- znanje o zdravljenju, kaj se bo z njim dogajalo, kakšen poseg bo opravljen;
- psihično pripravljenost na operacijo;
- fizično stanje pred operacijo.

Naloga medicinske sestre je, da pouči pacienta o vsem, kar mora vedeti pred operacijo, predstavi pa mu tudi aktivnosti, ki jih bo izvajal po operaciji, da bo zmanjšal možne pooperativne zaplete (3).

Fizična priprava pacienta na operativni poseg

Fizična priprava pacienta na anestezijo in operativni poseg pomeni čim boljše doseganje kondicije za predviden operativni poseg in anestezijo. Pacienti, ki so izsušeni zaradi bruhanja ali diareje, dobivajo tekočino, hrano in elektrolite v obliki infuzije. Slabo hranjeni pacienti imajo posebno dieto, ki vsebuje veliko beljakovin, ogljikovih hidratov in

vitaminov. Če tako hrano slabo prenašajo, pa dobijo popolno parenteralno prehrano. Debelejši ljudje dobijo redukcijsko dieto.

Pacienti s kroničnimi obstruktivnimi pljučnimi obolenji potrebujejo energično respiratorno fizioterapijo, ki jim pomaga, da dobro predihajo pljuča, in se tako čim bolj izognejo respiratornim zapletom po operaciji. Taka terapija običajno vključuje drenažni položaj, inhalacije in antibiotike. Pacienti morajo opustiti kajenje ali ga vsaj zmanjšati, kar še posebej velja za pljučne paciente (3).

K fizični pripravi pacienta na operativni poseg spadajo še (3):

- Pregled kirurga

Kirurg pacientu predstavi celoten potek zdravljenja in odredi določene preiskave za odkrivanje določenih obolenj, ki bi lahko poslabšala potek operacije.

- Pregled anesteziologa

Pacient anesteziologa obišče dan ali dva pred operacijo.

- Predoperativne preiskave

Pri vsakem pacientu se opravijo rutinske preiskave (merjenje krvnega tlaka, srčnega utripa in temperature). Pacienta je treba stehtati in izmeriti njegovo višino. Opravijo se tudi običajne laboratorijske preiskave (pregled krvi in urina).

- Dieta

Pri vseh pacientih pred operacijo (izjema so operacije črevesja) je dovoljeno normalno uživanje hrane – pacient mora biti brez hrane le od šest do osem ur pred operacijo, odvisno od navodil zdravnika, oddelka ali ustanove. Tekočine ne sme uživati vsaj štiri ure pred operacijo, saj lahko hrana ali tekočina v želodcu med anestezijo povzroči aspiracijo želodčne vsebine, ki je lahko vzrok aspiracijske pljučnice. Če je pacient kljub opozorilom užival hrano ali tekočino, je treba o tem obvestiti zdravnika.

- Priprava prebavnega trakta

Priprava prebavnega trakta je odvisna od vrste in lokacije operativnega posega. Za operacijo mora biti prebavni trakt prazen. S tem ublažimo nevšečnosti v prebavilih po operaciji. Za operacije, ki niso na prebavilih, je dovolj, da je pacient tešč vsaj šest ur, pred posegom pa sprazni mehur in črevo.

- Priprava kože

Namen priprave pacientove kože je zmanjšati število mikroorganizmov na operativnem polju. Običajno je dovolj čiščenje operacijskega polja z umivanjem ali s tuširanjem kože z milom. Pri nekaterih operacijah (npr. ortopedskih) zdravnik odredi poseben način čiščenja in zaščite operativnega področja. Tako imajo nekateri oddelki izdelana navodila za pripravo operativnega polja.

Priprava operativnega polja vključuje tudi odstranjevanje dlak ali las. Določen predel je treba obriti, pri čemer je možno, da kožo ranimo. Britje je zato primernejše neposredno pred posegom ali eno uro pred njim (bakterije imajo manj časa za razvoj v ranjeni koži). Brijemo vedno v smeri rasti dlak in le tiste predele, ki jih je določil operater.

Pisni pristanek na operacijo

Vsak medicinski poseg mora pacient ustno in pisno dovoliti, prav tako kot intervencije, ki so povezane z operacijo. Pacientov pristanek pomeni, da lahko pacient po svoji presoji odloča o svojem zdravljenju, potem ko je bil o tem na njemu razumljiv način natančno poučen. Podpisan pacientov pristanek pa ščiti tudi zdravnika kirurga in medicinsko sestro ter ustanovo pred tem, da bi bil pacient neprosto voljno podvržen določenemu načinu zdravljenja. Preden pacient podpiše izjavo o pristanku, ga zdravnik seznanj s tveganjem in posledicami ter z morebitno invalidnostjo po operaciji (3).

Pisni pristanek pacienta pomeni, da je seznanjen na njemu razumljiv način z (8):

- vrsto in namenom operacije in zdravljenja;
- razpoložljivimi možnostmi;
- nevarnostjo vsake operacije.

Po seznanitvi pacienta zdravnik dokumentira, da je pacient seznanjen z zdravljenjem. Če pristanka na zdravljenje ne more podpisati sam, to storijo starši, skrbniki ali svojci. Vloga medicinske sestre pri pacientovem pristajanju na operacijo je, da podpira izjave zdravnika in uporabi vso spretnost poučevanja, da pacientu pojasni potrebo po operaciji in mu tako olajša pravilno odločitev (3).

Psihična priprava na operativni poseg

Psihična priprava pacienta na operacijo je timsko delo. Sodelujejo zdravnik operater, anesteziolog, oddelčna medicinska sestra, anestezijska medicinska sestra, zdravstveni tehnik, fizioterapevt, svojci, socialni delavec in drugi, ki jih pacient želi za pomoč pri obvladovanju strahu pred operacijo (8).

Medicinska sestra ugotavlja stopnjo pacientovega strahu pred operacijo. Ker pacienti velikokrat ne povedo, kaj jih pred operacijo skrbi, mora sestra glede na njihovo vedenje in ravnanje sama ugotoviti vzroke za njihovo zaskrbljenost.

Medicinska sestra je med pripravo na operacijo s pacientom največ časa, zato ima pomembno vlogo pri psihični pripravi pacienta na poseg. Pacient v tem času doživlja strah pred operacijo, pred neznanim. Medicinska sestra lahko s primernim pristopom že na oddelku zmanjša strah in negotovost ter mu pomaga, da bo sprejel svojo bolezen in vse potrebno za operativno terapijo (3).

2.3.4 Zdravstvena nega pacienta med operacijo

Perioperativna zdravstvena nega se začne, ko pacienta pripeljejo v operacijsko sobo, in traja do sprejema pacienta v sobo za zburjanje. Glavna naloga kirurške medicinske sestre je, da varuje in ščiti pacienta – zato mora imeti ustrezno znanje in izkušnje ter sposobnost, da se povezuje z drugimi člani zdravstvenega in negovalnega tima. Tako lahko zagotavlja pacientu med kirurškim zdravljenjem uspešno, varno in učinkovito zdravstveno nego (3).

V knjigi Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika (3) avtorici opisujeta, da delo v operacijski sobi mora biti usklajeno, če hočemo dosežati želene cilje. Vsak član mora svoje delo poznati in ga obvladati. Operacijski tim sestavlja »sterilno« in »nesterilno« osebje. Sterilno osebje je oblečeno v sterilne plašče, imajo sterilne rokavice in izvajajo operacijo.

Sprejem pacienta v operacijsko sobo

Sprejem pacienta v operacijsko sobo mora biti urejen po pravilih operacijskega oddelka. V nekaterih ustanovah imajo prostor za neposredno pripravo pacienta na operacijo in narkozo. Pacientu nastavijo infuzijo, dobi spinalno anestezijo, ga obrijejo itd., pacient pa je lahko sprejet v operacijsko sobo.

Ne glede na to, kje pacienta pripravljajo na operacijo, pa mora medicinska sestra (3):

- ugotoviti ime in priimek pacienta, ali ima identifikacijski trak;
- preveriti, ali je pacient tešč;
- seznaniti se z nevarnostmi alergije pri pacientu;
- preveriti pacientov pristanek na operacijo;
- seznaniti se z mestom in s potekom operacije;
- pregledati dokumentacijo;
- preveriti, ali ima pacient nakit, zobno protezo, uhanje itd.;
- seznaniti se s predpisano terapijo, tekočino, krvjo, ki jo mora pacient dobiti med operacijo.

Ko se pacient pripravlja na operacijo in anestezijo, je v ospredju strah, ki ga je mogoče zmanjšati z zdravili. Od šestdeset do devetdeset minut pred operacijo pacient prejme premedikacijo. Medicinska sestra mu mora pojasniti (glede na svoja pooblastila) potek operacije in anestezije.

Med operacijo anesteziolog nadzoruje njegove življenjske funkcije in homeostazo. Pacientovo stanje se med operacijo neprekinjeno nadzira in ocenjuje, da se pravočasno odkrijejo težave in se ustrezno ukrepa. Klinični nadzor opravljata anesteziolog in anestezijski tehnik. Med operacijo opazujemo zavest in dihanje, merimo krvni tlak in srčni

utrip ter ocenjujemo uspešnost blokade. Po končani operaciji mora pacient ostati pod nadzorom anesteziologa in anestezijskega tehnika še od 30 do 60 minut, nato pacienta premestimo na oddelek (3).

Ko se operacija končuje, medicinska sestra usklajuje številne aktivnosti za premestitev pacienta iz operacijske sobe v zbujevalnico ali na oddelek. Pred premestitvijo pacienta je treba namestiti obveze na operacijsko rano, se dogovoriti za sprejem z medicinsko sestro v zbujevalnici (ali oddelčno sestro) in pripraviti pacientovo dokumentacijo (3).

Obveze in dreni

Po končani operaciji je treba na rano namestiti obveze, ki absorbirajo sekrecijo iz rane, ščitijo rano pred okužbo, dajejo oporo in preprečujejo krvavitev. Sterilna medicinska sestra na rano namesti prve obveze in priključi drene na sukucijo (3).

Dokumentiranje in vrednotenje

Dokumentiranje med operacijo je pomembna informacija o poteku operacije, stanju pacienta med operacijo in končnem izidu. Dokument posreduje podatke osebju, ki skrbi za pacienta po operaciji in tako zagotavlja neprekinjeno zdravstveno nego.

Pacientovo stanje vrednotimo pred in med operacijo ter po končani operaciji. Medoperacijski standardi zdravstvene nege omogočajo individualno obravnavanje fizioloških in psiholoških odzivov pacienta na operacijo. Vrednotenje se nanaša na to, kako pacient razume operacijo, ali ga je strah, kakšno psihično podporo dobi pred začetkom anestezije, ali je v rani ostal kak material itd. (3).

Premestitev pacienta iz operacijske sobe

Po končani operaciji in anesteziji leteča medicinska sestra skrbi za prevoz pacienta iz operacijske sobe. Pacientova koža mora biti čista, elektrode in drugi pripomočki pa

odstranjeni. Pacient mora biti pokrit s svežo rjuho. Infuzija, dreni, sonda in kateter morajo biti nameščeni tako, da ne ovirajo premestitve in transporta (8).

Pri premeščanju morajo biti prisotne vsaj štiri osebe. Premestitev mora biti počasna in previdna, da ne povzroči motenj v cirkulaciji, poškodbe operacijske rane in bolečine. Medicinska sestra skrbi za pravilno namestitev in nemoteno delovanje infuzije in drugih pripomočkov. Zdravnik operater, anesteziolog in medicinska sestra predajo pisno in ustno poročilo o pacientu medicinski sestri, ki prevzema pacienta, in tako zagotavljajo neprekinjenost zdravstvene nege (3).

2.3.5 Zdravstvena nega pacienta po operaciji

Za operiranca je kritično obdobje neposredno po anesteziji, ko ga moramo natančno opazovati, dokler glavni učinki anestetika na popustijo in se celotno pacientovo stanje ne stabilizira. Anesteziolog, anestezijski tehnik in drugo operacijsko osebje spremljajo pacienta v sobo za zbujanje. Medicinska sestra v zbujevalnici sprejme pacienta, poročilo o njegovem stanju, njegovo medicinsko dokumentacijo in dokumentacijo o poteku anestezije (3).

Zdravstveno nego pacienta po operaciji delimo na dve obdobji. Neposredno po operaciji je obdobje zbujanja iz narkoze v zbujevalnici, ki traja od prihoda pacienta iz operacijske sobe v zbujevalnico do trenutka, ko je pacientovo zdravstveno stanje ustaljeno in je lahko premeščen na oddelek.

Drugo obdobje pacientovega okrevanja se nadaljuje po uspešnem zbujanju. Traja od prihoda pacienta na oddelek do njegovega odpusta iz bolnišnice. Zdravstvena nega je usmerjena v neprekinjeno pomoč pacientu pri okrevanju, spremljanje in zmanjševanje nevarnosti morebitnih zapletov in pripravo pacienta na odpust. Okrevanje traja pri vsakem pacientu različno dolgo. V tem času je treba pacienta in svojce pripraviti na samostojno oskrbo, zagotoviti dodatno pomoč in sredstva, ki jih bo pacient potreboval pri negi (3).

Značilnosti pacienta v pooperacijskem obdobju so zaspanost, psihomotorični nemir, motnje v dojetanju, motnje v motoričnih funkcijah, navzea in bruhanje.

Medicinska sestra mora imeti znanje in sposobnost, da prepozna spremembe in pravočasno ukrepa (9).

Zdravstvena nega je odvisna od posebnosti operacije, vendar pa so nekatere intervencije enake za vse paciente: vzdrževanje dihanja, cirkulacije, elektrolitskega in tekočinskega ravnovesja; kontrola stanja zavesti in stanja rane, drenaž; zagotavljanje varnosti in podpiranje pacientovega dobrega počutja (9).

Nadzor dihanja

Pri pacientih sta po anesteziji najpogostejša vzroka dihalne stiske zapora dihalne poti in plitvo dihanje. Pri dihanju, ki ga kontroliramo na 15 minut, opazujemo frekvenco, ritem, globino, kakovost in pojav laringospazma (3).

Vzdrževanje cirkulacije

Znižan krvni tlak in aritmija sta najpogostejša kardiovaskularna zapleta po anesteziji. Medicinska sestra pri pacientu meri in oceni vitalne funkcije vsakih 15 minut, in sicer tako dolgo, da se stabilizirajo. Ko se stabilizirajo, medicinska sestra meri vitalne funkcije še dve uri na vsake pol ure, pozneje pa na štiri ure (če zdravnik ne odredi drugače – v mnogih bolnišnicah kontrolirajo vitalne funkcije na 15 minut tako dolgo, dokler je pacient v zbujevalnici, pozneje pa vsako uro, dokler zdravnik ne odredi drugače) (3).

Vzdrževanje tekočinskega in elektrolitskega ravnovesja

Mnogi pacienti, ki so sprejeti v zbujevalnico, prejemajo infuzijske tekočine, ki pomagajo vzdrževati tekočinsko in elektrolitsko ravnovesje. Skrbno spremljanje tekočine je pomembno zaradi primerne nadomeščanja izgubljene tekočine (3).

Nadzor nad rano in drenažami

Ob prihodu pacienta v zbujevalnico je treba ugotoviti stanje operacijske rane. Pri rani ugotavljamo, ali je suha, ali krvavi, ali je drenirana. Obveze so lahko suhe, premočene ali nepremaknjene. Dokler je pacient v zbujevalnici, preverjamo stanje rane na 15 minut. Če so obveze premočene, je dovolj, da rano dodatno pokrijemo s sterilnimi obvezami (3).

Pri drenažah moramo ugotoviti vrsto drenaže (drene v rani ali trebušni votlini, urinski kateter) in posebnosti drenaže (aktivna ali pasivna/redivak, vrečka). Pri drenaži kontroliramo delovanje drenaže, vsebino, količino in barvo. Pazimo, da si pacient ne odstrani drenaže in da ne leži na drenih. Preverimo, ali so dreni prosti in dobro pritrjeni. Zbirne posode ali vrečke morajo biti 50 cm pod ravnjo pacienta. Pri morebitnih spremembah pri drenažah obvestimo zdravnika (3).

Kontrola zavesti pacienta

Po anesteziji je pacient lahko nezavesten ali semikomatozen, večinoma pa so pacienti pri zavesti. Zavest ugotavljamo na podlagi pacientove krajevne, časovne in osebnostne orientacije. Pri pacientu preverjamo tudi odziv zenic in stanje refleksov (3).

Zagotavljanje varnosti in dobrega počutja pacienta

Po končani anesteziji moramo pacienta zavarovati pred morebitnimi poškodbami. Med zbujanjem lahko padejo iz postelje, si odstranijo medicinske pripomočke ali obveze. Za dobro počutje pacienta je pomembno previdno prelaganje pacienta iz operacijske mize na posteljo. Pri tem morajo sodelovati vsaj štiri osebe. Anesteziolog skrbi za pravilno držo in položaj glave. Po operaciji so pacienti pogosto prestrašeni. Psihična podpora je nujna za pacientovo fizično in čustveno dobro počutje. Med zbujanjem potrebuje pacient pogosto pojasnila o tem, kje je, in zagotovilo, da ni sam. Pacientu pojasnimo, da je operacija končana in da je stanje zadovoljivo. Ves čas zbujanja mora biti pacientu zagotovljena zasebnost (3).

Premestitev pacienta iz sobe za zbujanje

Pacienta premestimo iz zbujevalnice, ko so doseženi naslednji kriteriji (3):

- Vitalne funkcije so stabilne.
- Pacient je zbujen in lahko pokliče na pomoč, če je treba.
- Pooperacijski zapleti so bili natančno ovrednoteni in so kontrolirani.
- Po regionalni anesteziji ima pacient ponovno vzpostavljene motorične in senzorične funkcije v predelu anestezije.

Pacienta, ki je imel nujno operacijo, premestimo po operaciji v enoto intenzivne nege ali terapije. Večina pacientov je premeščena na oddelek. Medicinska sestra v zbujevalnici mora oddelčno medicinsko sestro podrobno seznaniti s stanjem pacienta (3).

2.4 Priprava pacienta na odpust

V literaturi (3, 8) zasledimo, da se načrtovanje pacientovega odpusta začne že ob sprejemu. Cilj načrtovanega odpusta je zagotoviti pacientu najboljšo možno kakovost zdravstvene nege tudi po odpustu.

Uspešno načrtovan odpust pacienta iz bolnišnice je usklajen multidisciplinarni proces, ki zagotavlja neprekinjeno zdravstveno nego tudi potem, ko pacient zapusti zdravstveno ustanovo. Vsi, ki bodo skrbeli za pacienta po odpustu, morajo sodelovati pri njegovem načrtovanju. Treba je razvijati načrt, pomembni pa so skupni pogovori o pacientovem nadaljnjem izboljševanju. Pacientova vrnitev v domače okolje bo neuspešna, če ne bodo ozdravljene bolečine pred razgibavanjem, če ne bomo upoštevali njegove potrebe po počitku ali če socialni delavec ne bo pomagal pri urejanju njegovih ustreznih gmotnih razmer (3).

2.4.1 Vloga medicinske sestre pri odpustu pacienta

Načrtovanje pacientovega odpusta olajša premestitev pacienta v novo okolje, z ene stopnje zdravstvene nege na drugo.

Medicinska sestra spremlja pacientove potrebe po zdravstveni negi, zato da lahko načrtuje odpust. Izpolni negovalno anamnezo, oceni pacientove fizične zmožnosti in njegovo dojemanje. Potrebe pacienta in svojcev ugotavlja z informacijami, ki so povezane z jemanjem zdravil, omejitvami gibanja, oskrbo rane, dieto. Medicinska sestra s pacientom in svojci ugotavlja dejavnike v domačem okolju, ki lahko ovirajo oskrbo (stopnice, kopalna kad). Pri ugotavljanju pacientovega stanja medicinska sestra sodeluje z zdravnikom in osebjem drugih strokovnih služb (s fizioterapevtom, socialnim delavcem, z osebnim zdravnikom). Ugotavlja, kako pacient sprejema zdravstvene težave in omejitve, posvetuje se s patronažno službo glede strokovne pomoči in oskrbe. Pacient in svojci dobijo pisna in ustna navodila ter različne brošure (3).

Splošne zahteve načrtovanega odpusta

- Pacient in svojci morajo biti seznanjeni z diagnozo, s programom zdravljenja in zdravstvene nege med hospitalizacijo in po odpustu.
- Čas odpusta in program zdravstvene oskrbe po odpustu je treba predvideti.
- Vsi, ki skrbijo za pacienta med hospitalizacijo, morajo sodelovati pri načrtovanju odpusta.
- Odpust je treba načrtovati tako, da pacienta in svojce poučimo o negovalnih potrebah, ki jih bo moral pacient izvajati po odpustu: o gibanju in omejitvah pri gibanju; o higieni; o jemanju zdravil; o prevezah rane; o preprečevanju okužbe, prepoznavanju znamenj in simptomov bolezenskih sprememb, o tem, koga naj prosijo za pomoč.
- Načrtovanje odpusta mora upoštevati zmožnosti pacienta za lastno nego ali možnosti oskrbe v okolju, kjer bo pacient živel po odpustu.
- Načrtovanje odpusta mora potekati tako, da je dovolj časa za ustrezno zunajbolnišnično zdravstveno oskrbo in nego pacienta.

- Pacient in svojci morajo dobiti tudi pisna navodila (9).

Priprava pacienta med hospitalizacijo (dan pred odpustom)

Med hospitalizacijo medicinska sestra pacientu ali svojcem čim prej razloži znake zapletov in jih nauči, kdaj jemati zdravila, kako uporabljati pripomočke, kako preprečiti okužbe, kako poteka nega in katere omejitve se bodo pojavile zaradi bolezni ali operacije. S svojci se posvetuje, kako urediti domače okolje, da bo primerno za pacienta. Pacienta in svojce seznanjajo z možnostmi patronažne službe in drugih služb v krajevni skupnosti (9).

Priprava pacienta na dan odpusta

Medicinska sestra se s pacientom in svojci pogovori in jim odgovori tudi na dodatna vprašanja. Pregleda zdravnikova naročila glede odpusta – vedno ga odreja zdravnik, medicinska sestra pa mora biti o tem pravočasno obveščena, da lahko izvede vse potrebne postopke v zvezi s pacientovim odpustom (glede ureditve dokumentacije, izpisa iz evidenčne knjige, odjave hrane). Medicinska sestra ugotovi, kakšne možnosti imajo svojci glede prevoza, ki je odvisen od pacientovega zdravstvenega stanja. Pacientu pomaga pri preoblačenju in urejanju njegove lastnine, pregleda vse predale in omare, da preveri, ali ni pacient česa pozabil. Pacientu pripravi vso potrebno dokumentacijo, recepte, napotnico za prevoz z reševalnim vozilom in pomaga urejati končne obveznosti do ustanove. Če je treba, pomaga spremljati pacienta do prevoznega sredstva. Če gre pacient v drugo ustanovo, je to treba sporočiti po telefonu, da se tam pripravijo za sprejem (9).

Značilnosti uspešno načrtovanega odpusta so:

- Medicinska sestra pozna predviden čas odpusta, program zdravljenja in zdravstvene nege po odpustu.
- Pacient in svojci razumejo diagnozo, predvideno raven delovanja, poznajo zdravila, ki jih bo moral pacient jemati po odpustu, in predvideno nadaljnje zdravljenje.
- Pacient in svojci so teoretično in praktično poučeni in pripravljeni za izvajanje nadaljnje nege doma.

- Odpust pacienta in možnosti strokovne pomoči zagotavljajo neprekinjeno nadaljevanje zdravstvene nege na ustrezni ravni (3).

2.5 Rehabilitacija

Rehabilitacija je postopek, s katerim poskušamo pri operiranem pacientu, poškodovancu ali pacientu s kroničnim obolenjem doseči stanje, kakršno je bilo prej, oziroma ga usposobiti za samostojno fizično, psihično, družbeno, družinsko in ekonomsko življenje (3).

Uspešna rehabilitacija pri mladem pacientu precej skrajša čas med odsotnostjo z dela in vrnitvijo v službo, kar je za zdravstveno zavarovalnico s finančnega stališča seveda najzanimivejše.

Pri starostniku pa je uspešna rehabilitacija po poškodbi stvar preživetja in (ali) kakovosti življenja v obdobju, ki mu je še ostalo. Cilj rehabilitacije starostnika po takem ali drugačnem zdravljenju je obnovitev čim običajnejše in čim bolj neboleče funkcije. Doseči želimo optimalen funkcionalni rezultat, kar pomeni vzpostaviti stanje, kakršno je bilo pred poškodbo, to pa za konkretnega starostnika pomeni primerno hojo, primerno in nebolečo gibljivost poškodovanega telesnega dela, ustrezno mišično moč in ustrezno koordinacijo gibanja (1).

Pri rehabilitaciji starostnikov si zastavimo realne cilje rehabilitacije, kot so (1):

- samostojno gibanje s pripomočki ali brez njih;
- samostojnost pri dnevni aktivnosti;
- samostojnost pri osebni in intimni negi.

Usmeritev hospitalizacije je splošna in specialna. Splošna rehabilitacija je del zdravstvene nege in se začne takoj, ko se pacientovo zdravstveno stanje stabilizira. Rehabilitacija vzdržuje vsakdanje življenjske aktivnosti, preprečuje zaplete po dolgotrajnem ležanju, pomaga pri povrnitvi in vzdrževanju funkcij nekaterih organov, ki so bili prizadeti zaradi

bolezni ali poškodbe. Specialna rehabilitacija pa poskuša povrniti in vzdrževati specifične funkcije, ki so bile okvarjene pri nevroloških, ortopedskih in travmatoloških pacientih (3). Rehabilitacija obravnava človeka v celoti in aktivira njegove še neizkoriščene zmožnosti in sposobnosti tako, da doseže optimalno samostojnost.

Pri izvajanju rehabilitacije morajo sodelovati številni strokovnjaki, ki pacientu in svojem pomagajo pri doseganju ciljev. Program rehabilitacije pogosto izvajajo pacient, svojci, zdravnik in medicinska sestra, pri nekaterih pacientih pa mora sodelovati širši tim, v katerem so običajno zdravnik, medicinska sestra, fizioterapevt, socialni delavec, logoped, psiholog in drugi. Timsko delo zahteva, da znajo člani uporabiti svoja znanja, spretnosti in razumejo vrednosti svojega prispevka pri oskrbi pacienta – poznati morajo tudi funkcijo in prispevek drugih članov. Potrebna so redna srečanja, na katerih ocenijo in vrednotijo pacienta in njegove zmožnosti. Tak način omogoča, da pacient in člani tima oblikujejo načrte za lažje prilagajanje, kompenziranje in učenje novih načinov izvajanja lastne nege in potreb vsakdanjega življenja. Zaradi nege pacienta v domačem okolju in trenutnih pacientovih potreb je pomembno k sodelovanju pritegniti svojce (3).

2.6 Kakovost življenja po operaciji

V današnjem času je kakovost življenja prepogosto zelo povezana le z življenjskim standardom. Kakovost življenja je povezana z občutkom o sebi in zadovoljstvom z lastnim življenjem. Poleg življenjskega standarda na kakovost življenja vplivajo še osebne lastnosti, vedenje, samokontrola posameznika in vpliv družbe (10).

Vemo, da sta pogoja za izboljšanje kakovosti življenja vseh, tako mlajših kot starejših, medgeneracijsko sodelovanje in sožitje. Človekovo tretje življenjsko obdobje je neločljivo povezano z njegovimi srednjimi leti in mladostjo. Prav tako je tretja generacija neločljiva od mlade in srednje, če hočemo govoriti o njeni kakovostni starosti in o kakovostnem staranju obeh mlajših generacij. Če starejši ljudje prezrejo mlado in srednjo generacijo v njihovi lastni radosti in težavah, izgubijo pod seboj stvarna socialna tla, njihovo življenje se izgublja čedalje bolj v socialni praznini, tako da njihova starost ne more biti kakovostna.

Kakovostna starost torej vključuje povezanost in hkratno kakovostno staranje obeh mlajših generacij (10).

Seveda pa so pri uspešnem staranju pomembni različni dejavniki. Pomembni so družina, samostojnost posameznika, finančno stanje in zdravje, da so zadovoljene vse potrebe starostnika. Pomembno je tudi socialno varstvo posameznika (10).

Ramovš (4) meni, da je zdravje ena največjih vrednot v življenju posameznika, v starosti pa še posebej. Za svoje zdravje mora človek skrbeti in ga zavestno krečiti. S staranjem pa se človeku pridruži ta in ona bolezen ali poškodba. Zavestna in uravnovešena skrb za krepitev zdravja človekovemu življenju po navadi doda precej let, vedno pa letom doda tudi več življenja, to je boljše kakovost. Vedeti pa moramo, da se bolezni na stara leta ne moremo izogniti. Pomembno je, da se učimo odkriti smisel in nekaj vrednosti tudi v bolezni in onemoglosti.

Skrb za zdravje pa je povezana z osnovno materialno varnostjo. Osnovna materialna varnost je temeljnega pomena za kakovostno staranje. Revščina je v starosti še toliko večji vzrok za obolenje in druge težave, ki ovirajo kakovostno življenje.

Zdravje, ustvarjalnost in zmožnost samostojnega življenja se ohranjajo v starosti tem bolj in tem dalj, čim bolj je človek sam dejaven, z upokojitvijo pa lahko veliko ljudi postane pasivnih in zožijo svoj krog dejavnosti, glede zdravja pa se začnejo zanašati na ustanove. Starostnik mora starost sprejeti kot obdobje, ki je drugačno od mladosti in srednjih let, toda nič manj smiselno (4).

Zaradi omenjenih dejavnikov je zelo pomembno, da se rehabilitacija po operaciji kolka začne takoj, ko je mogoče, oz. že drugi dan po operaciji. Kako dolgo traja okrevanje po operaciji, je odvisno od vsakega posameznika in od vrste operacije. Zdravstveno osebje poskrbi za nego in spodbudo, ki jo pacienti potrebujejo med rehabilitacijo v bolnišnici. Pacient skupaj s fizioterapevtom vsakodnevno izvaja vaje, kot so prešedanje s postelje na stol, vstajanje s postelje in pravilna hoja s pripomočki. Pri vseh vajah pa mora pacient paziti, koliko obremeni operirano nogo. Ko pacient samostojno hodi z berglami in je poučen o izvajanju vaj, odide domov. Navodila o izvajanju vaj dobi tudi pri odpustu iz

bolnišnice. Hospitalizacija traja od pet do sedem dni. Ko se rehabilitacija zaključi, je pacient v večji meri zmožen z malo ali nič pomoči opravljati vsakodnevna opravila.

Namen operacije je posamezniku pomagati zmanjšati bolečine in morda izboljšati kakovost življenja, zato starost ne sme biti kontraindikacija operaciji zloma kolka. Pri kakovosti življenja sta za posameznika zelo pomembni bližina in pomoč družine. Za pacienta je zlom kolka problem, saj ni več zmožen sam opravljati vsakodnevnih opravil, ampak pri njih potrebuje pomoč, kar ga prizadene. S pomočjo družine, zdravstvenih delavcev in z lastno voljo po operaciji znova pridobi samostojnost. S tem se kakovost življenja poveča.

Tudi po operaciji in rehabilitaciji imajo pacienti z zlomom kolka veliko težav z mobilnostjo. Take težave in težave pri vsakodnevnih aktivnostih so prisotne tudi po enem letu rehabilitacije. Sicer sta značilna razlika in izboljšanje kot med samo rehabilitacijo, vendar pa pacienti še vedno potrebujejo pomoč pri gibanju in drugih aktivnostih kot pred zlomom kolka.

Funkcionalni status je najboljši dolgoročni pokazatelj, kakšno bo okrevanje posameznika po zlomu kolka po odpustitvi iz bolnišnice. Upoštevati je treba tudi posameznikovo prejšnje zdravstveno stanje, predvsem pa način življenja in njegovo življenjsko okolje (samostojna oskrba, oskrba na domu, institucionalizirana oskrba ipd.).

Odstotek odpustov iz bolnišnice se razlikuje glede na okolje, v katerem so pacienti bivali pred zlomom kolka. Večina pacientov, ki prihaja iz domačega okolja, se po končanem okrevanju vrne domov, manj pa jih odide na podaljšano zdravljenje v ustrezne bolnišnice. To je razvidno tudi iz naše ankete.

Človek je po svojem bistvu družbeno bitje. Medčloveške povezave so zanj nekaj temeljnega, kar nujno potrebuje za preživetje, podobno kakor sta na telesnem področju nujna hrana in zrak. Od spočetja do smrti je za človeka nujna vpletenost v bolj površinska razmerja z mnogimi ljudmi, prav tako pa globoka povezanost z nekaj ljudmi v osebnih medčloveških odnosih.

Medčloveška razmerja in odnosi so za človeka v resnici kot mreža, v katero je ujet vse življenje, če hoče ali ne. V sklopih dejavnosti v družbenih mrežah, ki pomagajo ljudem v tretjem življenjskem obdobju osebno skrbeti za kakovostno staranje, družinam pri njihovi oskrbi starejših, velik del programov poteka v območju civilne družbe, nepogrešljivi pa so tudi državni programi (4).

3 NAMEN IN HIPOTEZE

Namen diplomske naloge je bil ugotoviti, koliko informacij dobi pacient po operaciji kolka in ali je pripravljen na odpust iz bolnišnice. To smo izvedeli na podlagi anketnih vprašalnikov, ki smo jih razdelili med paciente. Prav tako smo želeli izvedeti, ali so pacienti z informacijami, ki so jih prejeli med zdravljenjem, zadovoljni. Z raziskavo, ki je bila izvedena, so tako bolnišnica kot zaposleni v zdravstveni negi dobili povratno informacijo o svojem delu.

Cilji diplomske naloge so bili:

- ugotoviti, ali so pacienti dovolj pripravljeni na odpust iz bolnišnice;
- ugotoviti, koliko so seznanjeni z ovirami v domačem okolju in kako se jim bodo izognili oziroma jih premostili;
- ugotoviti, ali se pacienti počutijo dovolj obveščeni in seznanjeni z nadaljnjim okrevanjem v domačem okolju;
- opisati in poudariti vlogo medicinske sestre pri pripravi pacienta na odpust iz bolnišnice.

Glede na namen naloge je delovna hipoteza naslednja:

H1: Pacienti med hospitalizacijo dobijo dovolj informacij za uspešno okrevanje v domačem okolju.

4 MATERIALI IN METODE

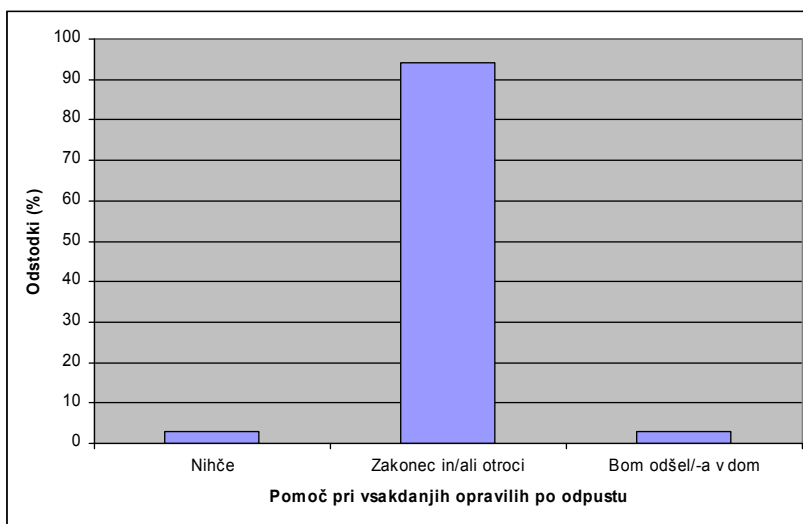
Raziskavo smo izvedli v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, in sicer z anketiranjem pacientov po operaciji kolka. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskave na osnovi anketnega vprašalnika. Anketni vprašalnik je bil anonimen in je obsegal enajst vprašanj. Devet vprašanj je bilo zaprtega tipa ter po eno odprtega, polzaprtega in polodprtega tipa. Pridobljene podatke smo obdelali v programu Microsoft Excel ter jih v Wordu ponazorili z grafi in s preglednico.

4.1 Preiskovani vzorec

Vprašalnik smo razdelili pacientom po operaciji kolka v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Vodstvo bolnišnice je anketiranje pacientov dovolilo. Sodelovalo je 30 anketirancev, od tega je bilo 37 odstotkov oseb moškega in 63 odstotkov ženskega spola. Največ anketirancev je bilo v starostni skupini od 61 do 70 let, teh je bilo 47 odstotkov. Anketirancev iz starostne skupine od 71 do 80 let je bilo 27 odstotkov. Najmanj jih je bilo v starostni skupini od 31 do 40 let in v skupini od 41 do 50 let, teh je bilo za tri odstotke.

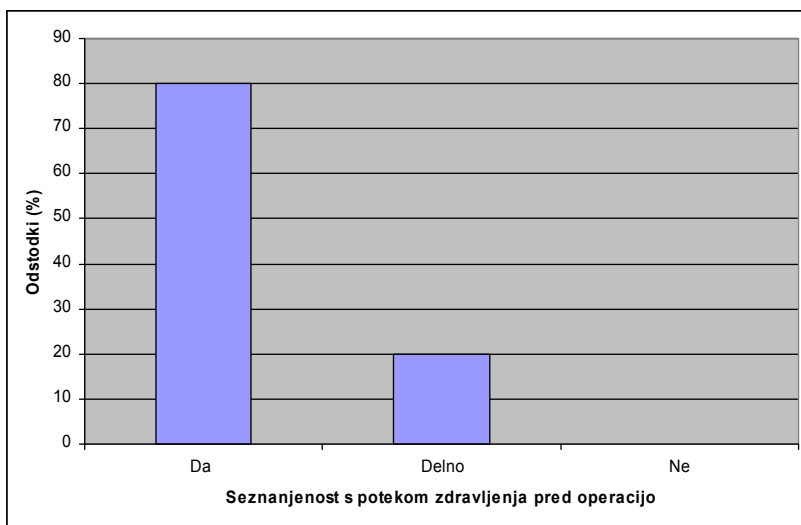
5 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati raziskave. En pacient (3 %) meni, da mu po odpustu iz bolnišnice ne bo nihče pomagal pri vsakodnevni opravih, 28 pacientov (94 %) pa jih meni, da jim bo pomagal zakonec in (ali) otroci (slika 1). S slike 1 je tudi razvidno, da bo en pacient (3 %) odšel v dom za starejše.



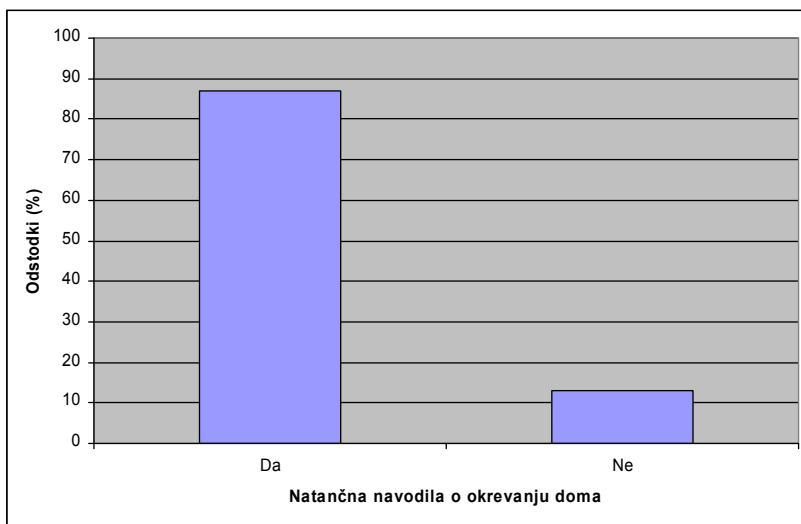
Slika 1: Pomoč pri opravilih po odpustu

Rezultati na sliki 2 prikazujejo, da je s potekom zdravljenja pred operacijo bilo seznanjenih 24 anketirancev (80 %). Delno seznanjenih s potekom zdravljenja pa je bilo šest anketirancev (20 %).



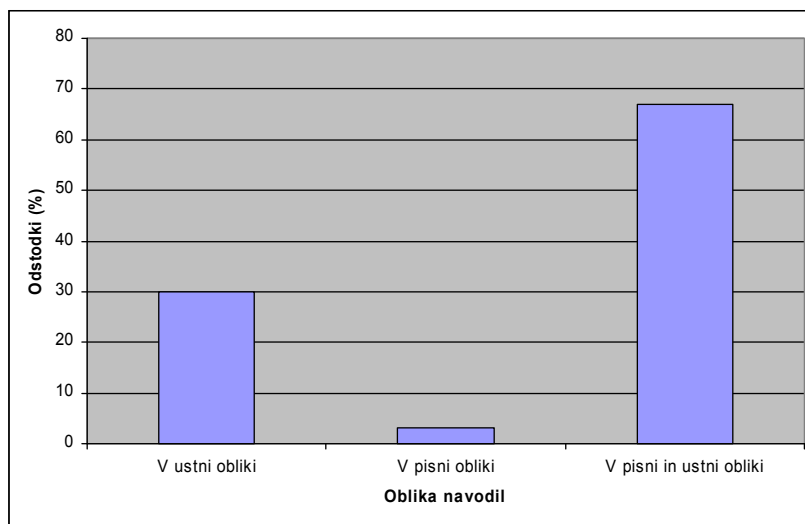
Slika 2: Seznanjenost s potekom operacije

Slika 3 prikazuje seznanjenost pacientov z okrevanjem v domačem okolju. Šestindvajset anketirancev (87 %) trdi, da je dobilo natančna navodila o okrevanju doma, štirje anketiranci (13 %) pa so odgovorili, da natančnih navodil niso prejeli.



Slika 3: Prejeta navodila o okrevanju doma

Na vprašanje, v kakšni obliki so dobili navodila za okrevanje v domačem okolju, je devet pacientov (30 %) navedlo, da so navodila dobili v ustni obliki. En anketiranec (3 %) je navedel, da je navodila prejel v pisni obliki, 20 anketirancev (67 %) pa je navodila dobilo v pisni in ustni obliki (slika 4).



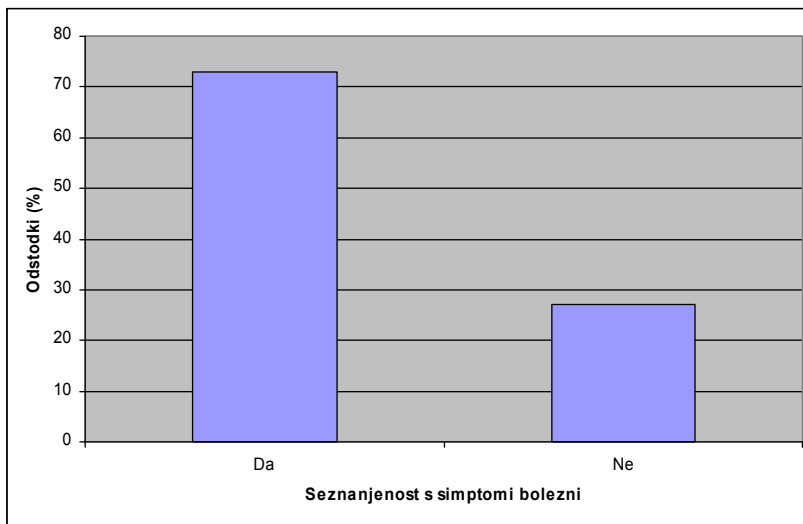
Slika 4: Oblika prejetih navodil

Z naslednjim vprašanjem smo paciente spraševali o vsebini prejetih navodil. Odgovori so prikazani v preglednici 1.

Preglednica 1: Vsebina podanih navodil

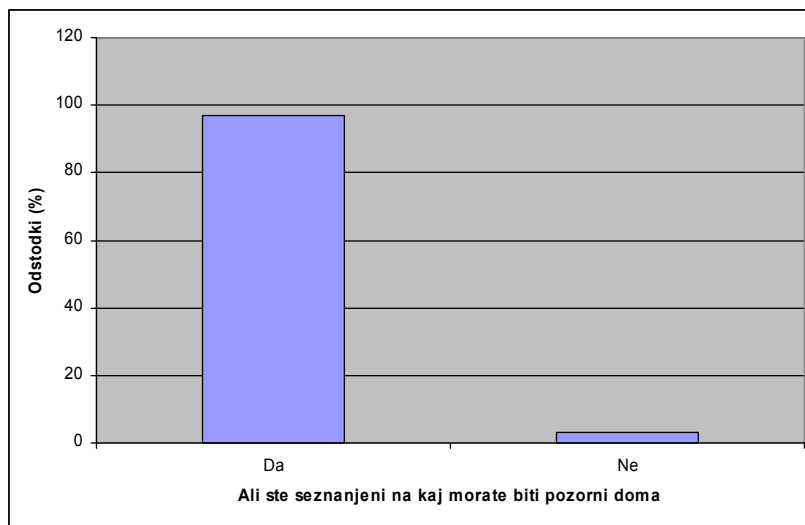
Odgovori	Frekvenca
Ustrezna telesna aktivnost	24
Nadaljnja fizioterapija in rehabilitacija	22
Kontrolni zdravniški pregledi	19
Možnost odhoda v zdravilišče	17
Možni zapleti	11

Slika 5 prikazuje seznanjenost pacientov s simptomi, na katere morajo biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo. Dvaindvajset pacientov (73 %) je odgovorilo, da so seznanjeni s simptomi, na katere morajo biti pozorni, osem pacientov (27 %) pa, da s tem niso seznanjeni.



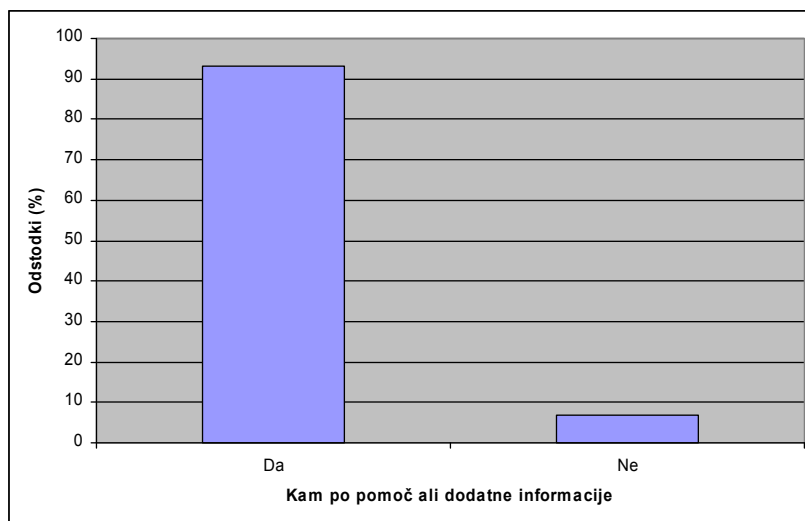
Slika 5: Seznanjenost s simptomi boleznii

Na vprašanje, ali so bili seznanjeni s simptomi, na katere morajo biti pozorni doma (slika 6), je 29 anketirancev (97 %) odgovorilo, da so seznanjeni s tem, na kaj naj bodo pozorni doma, en anketiranec (3 %) pa s tem ni bil seznanjen.



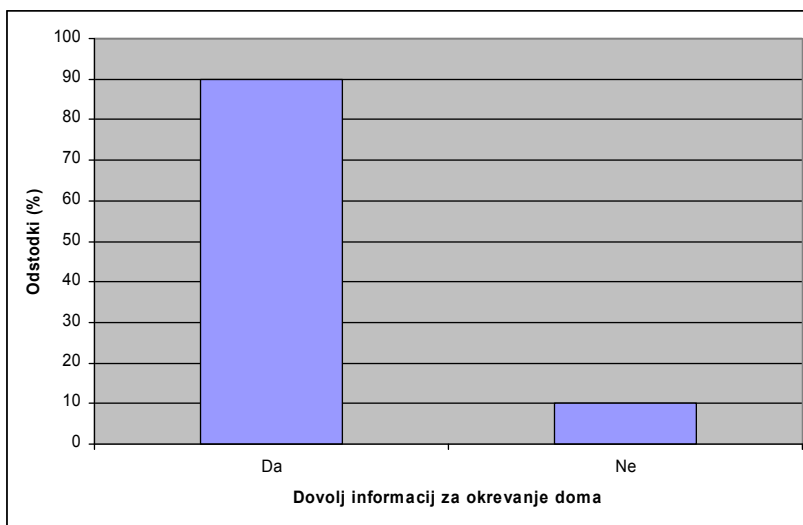
Slika 6: Seznanjenost s simptomi, na katere morajo biti pacienti pozorni doma

Na vprašanje, ali vedo, kam se morajo obrniti po pomoč, če se bodo doma pojavile težave, je 28 anketirancev (93 %) navedlo, da vedo, kam se morajo obrniti po pomoč, dva anketiranca (7 %) pa sta odgovorila, da tega ne vesta (slika 7).



Slika 7: Kam po pomoč in dodatne informacije v primeru težav

Rezultati na sliki 8 kažejo, da je 27 anketirancev (90 %) dobilo dovolj informacij za okrevanje doma, trije anketiranci (10 %) pa menijo, da niso prejeli dovolj informacij.



Slika 8: Informacije glede okrevanja doma

Anketiranci, ki niso prejeli dovolj informacij glede okrevanja doma, so pri naslednjem vprašanju izrazili željo po individualnem pogovoru, kjer bi pridobili informacije glede obremenjevanja sklepa, kaj storiti, če se pojavijo zapleti, kot so povišana telesna temperatura, bolečina in zatekanje.

6 RAZPRAVA

Sorazmerno s staranjem prebivalstva narašča tudi število zlomov kolka. Prizadeta sta oba spola, vendar pa prevladuje ženski spol (2). Podatki naše raziskave so skladni s podatki iz literature, saj je bilo kar triinšestdeset odstotkov anketirancev žensk.

Padec je, poleg različnih dejavnikov, najpogostejši vzrok zloma kolka pri starejših. Vzroka za zlom kolka sta zmanjšana gostota kosti in povečana pogostnost padcev. Ker je zlom kolka problem pri starejših in vpliva na kakovost njihovega življenja, je pomembno, da je pacient deležen pomoči pri vsakodnevni opravi, med hospitalizacijo in tudi po odpustu. Da je zlom kolka poškodba, značilna za starejše prebivalstvo (2), so potrdili tudi naši rezultati. Večina anketirancev spada v starostno skupino od 60 do 71 let. Zlom kolka je za starejše hud problem. Prej samostojni ljudje zdaj potrebujejo pomoč pri vsakodnevni opravi in postanejo odvisni od drugih. Iz rezultatov anketiranja izhaja, da bo po odpustu 94 odstotkov pacientov deležnih pomoči in podpore zakonca in (ali) otrok, torej družine.

Vsak hospitalizirani pacient si želi prejeti kar največ informacij o svojem zdravstvenem stanju, in sicer informacije o poteku rehabilitacije in v zvezi s terapijo, ki jo bo prejemal po odpustu. Osemdeset odstotkov anketirancev je na vprašanje o tem, ali so bili seznanjeni s potekom zdravljenja, odgovorilo pritrdilno. Ti rezultati so skladni s podatki nacionalnega anketiranja o izkušnjah pacientov, ki ga je naročilo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije v Ortopedski bolnišnici Valdoltra leta 2006 (22).

Vsi hospitalizirani pacienti si želijo čimprejšnjo vrnitev v domače okolje. Za uspešno okrevanje doma pa potrebujejo veliko informacij, ki jih večinoma dobijo od zdravstvenega osebja. Teh informacij je veliko in obsegajo različna področja, od prehrane, jemanja zdravil, gibanja, kontrolnih pregledov do težav, ki se lahko pojavijo, itd. Po podatkih iz naše raziskave je 87 odstotkov anketirancev dobilo natančna navodila o okrevanju doma. Tudi ti podatki so skladni z nacionalnim anketiranjem, ki je bilo izvedeno v Ortopedski bolnišnici Valdoltra leta 2006 (22). Ker pa je navodil, ki jih pacienti dobijo, zelo veliko, je pomembno, da jih prejmejo v pisni in ustni obliki. Tako si lahko pacienti navodila

preberejo večkrat tudi pozneje doma. Več kot polovica anketiranih pacientov (67 %) je odgovorilo, da so prejeli navodila v pisni in v ustni obliki.

Po odpustu iz bolnišnice v domače okolje skrbijo za pacienta in mu nudijo pomoč pri vsakodnevnih opravilih svojci, vendar mora pacient kljub pomoči družine vedeti, na kaj mora biti pozoren v zvezi s svojo boleznijo. Podatki, ki so bili pridobljeni leta 2006 z nacionalnim anketiranjem o izkušnjah pacientov, so pokazali, da je večina pacientov seznanjenih s simptomi, na katere morajo biti pozorni po odpustu iz bolnišnice. Na isto vprašanje je v naši raziskavi pritrdilno odgovorilo 73 odstotkov anketiranih, kar potrjuje dejstvo, da so pacienti na odpust dobro pripravljeni.

Pacient se po vrnitvi v domače okolje srečuje s težavami, ki jih prej ni imel, saj mu okolje, ki ga je prej obvladoval, zdaj predstavlja težave (npr. stopnice, hoja z berglami, spolzka tla, preproge itd.). Na vse te težave naj bi pacienta opozorili že pred odpustom iz bolnišnice ter mu z nasveti in navodili pomagali pri njihovem premagovanju. Z anketiranjem, ki smo ga izvedli, smo želeli ugotoviti, ali so pacienti pripravljeni na te spremembe. Sedemindvetdeset odstotkov anketiranih pacientov je odgovorilo, da je bilo opozorjenih in so pridobili ustrezne nasvete. To dokazuje, da zdravstveno osebje delo opravlja dobro in dosledno. Trije odstotki anketiranih pacientov, ki niso bili opozorjeni, pa si želi dodatnih individualnih informacij v zvezi s simptomi, kot so povišana temperatura, bolečina, zatekanje itd. Za ugotovitev, katere dodatne informacije potrebujejo pacienti pred odpustom iz bolnišnice, bi bilo smiselno izvesti raziskavo med negovalnim osebjem. Zdravstveno osebje pacientu pred odpustom razloži, kam naj se obrne po pomoč oziroma dodatne informacije, če bi jih potreboval. Tako je na vprašanje, ali vedo, kam se obrniti, če se doma pojavijo težave in bi potrebovali pomoč ali dodatne informacije, pritrdilno odgovorilo 93 odstotkov anketiranih.

Med hospitalizacijo pacient pridobi zelo veliko informacij o poteku zdravljenja in rehabilitacije. Prav te informacije so zanj zelo pomembne ob odpustu iz bolnišnice v domače okolje. Pomembno je, da so pacienti na odhod domov res dobro pripravljeni. Devetdeset odstotkov pacientov trdi, da so dobili dovolj informacij za okrevanje doma.

Iz podatkov, ki smo jih pridobili med anketiranjem, lahko hipotezo *Pacienti med hospitalizacijo dobijo dovolj informacij za uspešno okrevanje v domačem okolju* potrdimo. Zdravstveno osebje torej svoje delo dobro opravlja, pacientu posreduje dovolj informacij, ki ga pripravljajo na življenje po operaciji.

7 ZAKLJUČEK

Zlom kolka močno vpliva na kakovost življenja tako posameznika kot tudi družine. Pacient, ki bo operiran, potrebuje veliko informacij in razumevanja družine in tudi zdravstvenih delavcev. Operacija je stresen dogodek in nanjo je treba pacienta dobro pripraviti. Prav tako je treba pacienta pripraviti na odpust iz bolnišnice in okrevanje v domačem okolju. Pacienti morajo pred odhodom v domače okolje dobiti natančna navodila.

V raziskavi, ki smo jo opravili, smo ugotovili, da pacienti dobijo dovolj informacij za odpust iz bolnišnice in za uspešno okrevanje v domačem okolju. Raziskavo smo izvedli v Ortopedski bolnišnici Valdoltra. Rezultati, ki smo jih pridobili, so potrdili našo hipotezo. Pacienti so pripravljeni na odpust iz bolnišnice in na uspešno okrevanje v domačem okolju.

Pri informiranju o odpustu iz bolnišnice in okrevanju v domačem okolju ima medicinska sestra pomembno vlogo. S svojim delom prispeva k temu, da pacient dobi vse informacije, ki jih potrebuje za okrevanje. Medicinska sestra pacienta spodbuja, med hospitalizacijo mu pomaga pri vsakodnevnih opravilih in mu svetuje. Naloga medicinske sestre pa je tudi zdravstvenovzgojno delo. Pacienta uči, kako naj se spopade s težavami, ki se pojavijo po operaciji. Je pomembna oseba za pacienta med okrevanjem.

8 LITERATURA IN VIRI

1. Komadina R., Smrkolj V. Gerontološka travmatologija. Celje: Grafika Gracer, 2004.
2. Arnež Z. M. Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995.
3. Ivanuša A., Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika: izbrana področja. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2000.
4. Ramovš J. Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, 2003.
5. Pečjak V. Psihologija staranja. Bled: 2007.
6. Ocepek I. Poškodba kolka pri starostniku – operativna oskrba. Obzor Zdr N 1994; 28(1-2): 33–34.
7. Galer M. Posebnosti zdravstvene nege kirurškega bolnika [diplomska naloga]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.
8. Accetto B. Starost in staranje: osnove medicinske gerontologije. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1987.

9. Hercan J. Kakovost življenja starostnika po operaciji kolka [diplomska naloga]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.
10. Ivanuša A., Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2002.
11. Hojnik-Zupanc I. Samostojnost starega človeka v družbenoprostorskem kontekstu. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, 1999.
12. Demšar A. Ortopedija: skripta za interno uporabo: povzetek predavanj ortopedije (splošni in specialni del). 3 dop. izd. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2003.
13. Cibic D., Drenik I., Kožuh-Novak M., Ostman A., Pavliha M., Žiberna A. Starejši za starejše: za boljše zdravje in višjo kakovost življenja doma. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS: Zveza društev upokojencev Slovenije, 2006.
14. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 1998; 32(5-6): 221–225.
15. Kisner N., Klasinc M., Pernat S., Rozman M. Zdravstvena nega: učbenik za predmet zdravstvena nega v programu zdravstveni tehnik od 1. do 4. letnika za srednje zdravstvene šole. 2. dop. izd. Maribor: Obzorja, 2000. 235–239.

16. Kogot F., Beltram M., Štrbenc-Mozetič M. Zlom kolka pri starostniku: strokovni prispevek. ZDRAV VESTN 2001; 70: 661–663.
17. Srakar F. Ortopedija. Ljubljana: Sledi, 1994.
18. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. Obzor Zdr N 1992; 26(1-2): 29–32.
19. Vodovnik D. Zdravstvena nega starostnika po operaciji kolka med rehabilitacijo v Termah Zreče [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, 2009.
20. Zorman M. Fizioterapija starejših po zlomu kolka. Obzor Zdr N 1994; 28(1-2): 36.
21. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. Obzor Zdr N 1992; 26: 29–32.
22. Pajnikar M. Teoretične osnove zdravstvene nege. Izbrana področja. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 1999.
23. Krošelj-Naumow S. Učinkovitost komunikacije med člani negovalnega tima v bolnišnici. Obzor Zdr N 1996; 3-4: 109–117.

24. Kobentar R., Kogovšek B., Škerbinek L. Komunikacija – komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. *Obzor Zdr N* 1996; 30: 13–19.
25. Črnc M., Lahe M. Posebnosti starostnika s poudarkom na komunikaciji. *Obzor Zdr N* 2001; 35: 51–55.
26. Cvajdik M. Psihična priprava pacienta na operacijo in anestezijo [diplomska naloga]. Izola: Visoka šola za zdravstvo Izola, Univerza na primorskem, 2007.
27. Levašič V. (2010) Kaj je dobro vedeti o vstavitvi endoproteze kolka ali kolen. <http://www.ob-valdoltra.si/informacije-o-zdravljenju> <13. 5. 2011>.
28. Kavčič G. (2008) Endoproteza kolka. <http://www.ortopedija-kavcic.si/archives/endoproteza-kolka/> <13. 5. 2011>.
29. Ministrstvo za zdravje RS (2006) Nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici leto 2006. http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/anketa_kakovosti_pacienti_2006/NAIP_2006_Bol_Celota_splet.pdf <13. 5. 2011>.
30. Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija operacijskih medicinskih sester. Zbornik XII: Kakovost meodperacijske zdravstvene nege danes za jutri. Portorož 2002. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2002.

31. Buckman R., Hopkins J. Breaking bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: University Press, 1995.

32. Geana M. V., Micu A., Cameron G. T. Nurse-Patient Communication: The Influence of Involvement on the Nurse's Role as a Social Model for Cancer Patients. Annual meeting of the International Communication Association, Dresden International Congress Centre. Dresden, Germany, 2006.



UNIVERZA NA PRIMORSKEM

VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

Sem Suzana Vajkić, študentka Visoke šole za zdravstvo Izola. Pišem diplomsko nalogo z naslovom Priprava pacienta na odpust iz bonišnice po operaciji kolka. Z anketnim vprašalnikom, ki je pred vami, bi pridobila podatke za svojo raziskavo v diplomski nalogi. Zato vas vljudno prosim, da si vzamete nekaj minut časa in odgovorite na zastavljena vprašanja. Anketni vprašnik je anonimen. Rezultate anketiranja bom uporabila izključno za potrebe diplomske naloge.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje.

Suzana Vajkić

1. Spol:

- A moški
- B ženski

2. Starost:

- A do 35 let
- B 36–40 let
- C 41–50 let
- Č 51–60 let
- D 61–70 let
- E 71–80 let
- F nad 80 let

3. Kdo vam bo po odpustu pomagal pri vsakdanjih opravilih?

- A Nihče.
- B Zakonec.
- C Zakonec in (ali) otroci.
- Č Otroci.
- D Odšel/-la bom v dom upokojencev.

4. Ali ste bili pred operacijo seznanjeni s potekom zdravljenja vaše bolezni?

- Da. Delno. Ne.

5. Ali ste dobili natančna navodila o okrevanju doma?

- Da. Ne.

6. V kakšni obliki ste dobili navodila?

- A V ustni obliki.
- B V pisni obliki.
- C V pisni in ustni obliki.

7. Kaj so zajemala navodila?

- A ustrezno telesno aktivnost
- B nadaljno fizioterapijo in rehabilitacijo
- C kontrolne zdravniške preglede
- Č možnost odhoda v zdravilišče
- D možne zaplete
- E ničesar od navedenega

8. Ali ste seznanjeni s simptomi, na katere morate biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo?

Da. Ne.

9. Ali ste seznanjeni s tem, na kaj bodite pozorni doma (na ovire pri hoji, spolzka tla, hojo z berglami, hojo po stopnicah ...)?

Da. Ne.

10. Ali veste, kam se morate obrniti, če se doma pojavijo težave in bi potrebovali pomoč ali dodatne informacije?

Da. Ne.

11. Menite, da ste dobili dovolj informacij za okrevanje doma?

Da. Ne.

Če je odgovor NE, navedite katere informacije bi želeli dobiti.

12. Navedite predloge in želje glede posredovanja informacij in priprave na odpust iz bolnišnice.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje in vam želim lep dan.