

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO

DIPLOMSKA NALOGA

Veliki Vrh, maj 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO

**ZDRAVSTVENA NEGA IN HOSPITALNA  
REHABILITACIJA STAROSTNIKA PO ZLOMU  
KOLKA**

**HEALTH CARE AND HOSPITAL REHABILITATION AMONG  
ELDERLY PEOPLE AFTER HIP FRACTURE**

Študentka: MARTINA KNAVS

Mentorica: mag. MAJA FORTUNAT, pred.

Somentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Veliki Vrh, maj 2011



UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO

**ZDRAVSTVENA NEGA IN HOSPITALNA  
REHABILITACIJA STAROSTNIKA PO ZLOMU  
KOLKA**

**HEALTH CARE AND HOSPITAL REHABILITATION AMONG  
ELDERLY PEOPLE AFTER HIP FRACTURE**

Študentka: MARTINA KNAVS

Mentorica: mag. MAJA FORTUNAT, pred.

Somentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg.

Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI PROGRAM

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Veliki Vrh, maj 2011

## KAZALO VSEBINE

1	Uvod.....	1
2	Starost in staranje .....	2
2.1	Zdravstvene težave starostnika .....	2
2.2	Fizične spremembe starostnika .....	2
3	Zdravstvena nega in oskrba starostnika ter s tem povezana kakovost življenja .....	4
3.1	Teoretični model Virginie Henderson .....	5
3.2	Komunikacija s starostnikom.....	8
3.2.1	Prilagajanja načina komunikacije.....	8
3.3	Bolečine pri starostnikih .....	9
3.3.1	Akutna in kronična bolečina.....	9
3.4	Anatomija kolčnega sklepa .....	10
3.4.1	Zgradba kosti .....	10
3.4.2	Anatomija kolčnega sklepa in proksimalnega dela stegenice .....	10
3.4.3	Razdelitev zlomov vratu stegenice .....	11
3.4.4	Posebnosti zloma vratu stegenice .....	13
3.4.5	Osteoporoza .....	13
3.4.6	Klinična slika pri zlomu vratu stegenice .....	15
3.4.7	Zdravljenje.....	15
3.5	Zapleti po zlomih .....	17
4	Rehabilitacija.....	19
4.1	Delitev.....	19
4.2	Rehabilitacijski cilji .....	20
4.3	Rehabilitacijska skupina .....	20
4.4	Takojšnji rehabilitacijski pristop pri zlomih pri starostnikih.....	21
4.4.1	Respiratorna fizioterapija .....	21
4.4.2	Lokomotorna fizioterapija .....	22
4.5	Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji.....	23
4.5.1	Pomen telesne aktivnosti .....	26
4.5.2	Rehabilitacija starejšega pacienta v domačem okolju .....	26
5	Zdravstvena nega starostnika po zlomu kolka – študija primera .....	28
5.1	Namen in cilj raziskave.....	28
5.2	Materiali in metode .....	28

5.3	Ocena trenutnega stanja na dan 9. 1. 2011 .....	28
5.4	Načrt zdravstvene nege .....	30
6	Razprava.....	42
7	Sklep.....	47

## KAZALO SLIK

Slika 1: Žilna anatomija glave in vratu stegenice (15) .....	11
Slika 2: Zlomi stegneničnega vratu po Gardenu. A – Garden I, B – Garden II, C – Garden III, D – Garden IV (15).....	12
Slika 3: Zlomi stegneničnega vratu po Pauwelsu. A – Pauwels I, B – Pauwels II, C – Pauwels III (15) .....	13

## **POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE**

Zlom kolka je ena od zelo pogostih poškodb v starosti. Kompleksna obravnava starostnikov po zlomu kolka v okviru rehabilitacijske skupine z aktivnostmi zdravstvene nege poteka v Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo in v nekaterih specializiranih zdraviliščih po državi. Pacienti pridejo po poškodbi kolka na zdravljenje v bolnišnico. Pomembno je, da medicinska sestra pozna stanje ob zlomu kolka, saj lahko le tako pacientu nudi ustrezno zdravstveno nego. Pacienti in svojci v času zdravljenja in rehabilitacije pričakujejo medicinsko obravnavo in kakovostno zdravstveno nego. Izrednega pomena je tudi rehabilitacija pacienta, saj različni rehabilitacijski postopki pomagajo pri ohranjanju pacientovih sposobnosti. Namen tega je dolgoročno ohraniti pacientovo neodvisnost in preprečiti drugotne okvare.

Namen diplomske naloge je prikaz problematike poškodb in zlomov kolka pri starostnikih, pomen kakovostne zdravstvene nege in prikaz pomembne vloge medicinske sestre kot izvajalke zdravstvene nege, hkrati pa tudi pomen rehabilitacijske obravnave pacienta po zlomu kolka.

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela. Na podlagi ključnih besed – zdravstvena nega, rehabilitacija, starostnik, zlom kolka, osteoporoza – je bil opravljen pregled literature. Za namen raziskave je bila narejena študija primera pri starostniku po zlomu kolka, ki se je zdravil v kliničnem oddelku za travmatologijo v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani.

Pri obravnavi pacienta po zlomu kolka je bilo ugotovljeno, da se je kakovost njegovega življenja spremenila in da potrebuje pomoč druge osebe pri zadovoljevanju osnovnih življenjskih potreb. Starostniki po zlomu kolka se morajo prilagoditi novemu načinu življenja in se odreči določenim aktivnostim, vendar lahko kljub temu živijo kakovostno življenje.

**Ključne besede:** zdravstvena nega, rehabilitacija, starostnik, zlom kolka, osteoporoza



## **ABSTRACT AND KEYWORDS**

Hip fracture is a common injury among the elderly. A complex treatment of elderly people after hip fracture takes place in the University Rehabilitation Institute, the Republic of Slovenia as well as in several specialized spa centres throughout the country. Patients suffering from a hip fracture receive hospital treatment. It is of crucial importance that a hospital nurse recognizes the patient's condition of a hip fracture, since this is the only way to provide adequate patient care. During the treatment and rehabilitation, patients and their relatives expect to receive quality nursing and medical care. Since various rehabilitation procedures assist in maintaining the patient's abilities, the rehabilitation of a patient is of paramount importance. The aim of this process is to maintain a patient's functional independence and to prevent secondary damage.

The purpose of this diploma research is not only to highlight the issues of injuries and hip fractures in the elderly, but also to lay open the importance of rehabilitation treatment of the patient after hip fracture, especially the importance of quality nursing care and the role of nurses, providers of nursing care.

Throughout the research process the descriptive method was used. On the basis of key words – nursing care, rehabilitation, elderly, hip fracture, and osteoporosis – a literature review has been performed. Moreover, a case study of the elderly patient that after hip fracture was treated in the Department of Traumatology at the University Clinical Centre in Ljubljana was observed.

When treating a patient after hip fracture, it was established that the quality of their life has changed and therefore they need help of other people in their daily routine activities. After suffering a hip fracture, elderly person is obliged to adapt to a new life style and give up certain activities; however, they can still live a full and high-quality life.

**Key words:** nursing care, rehabilitation, elderly person, hip fracture, osteoporosis

# 1 UVOD

Zlom kolka je poškodba, značilna za starejše prebivalce. Povprečna starost pacientov je od 70 do 80 let, odvisno od vrste zloma. Ženske so dvakrat bolj izpostavljene kot moški, vzrok za to pa pripisujejo osteoporozi in daljši življenjski dobi. Pri več kot polovici pacientov je pred poškodbo prisotna dodatna bolezen ali bolezensko stanje (1).

Večino zlomov kolka zdravijo z operacijo. Trajanje hospitalizacije po zlomu kolka je v slovenskih bolnišnicah povprečno 18,3 dneva in se s starostjo podaljšuje. Po uspešnem kirurškem posegu sledi rehabilitacija (2). Hospitalna rehabilitacija poteka na kirurških oddelkih, del pacientov nadaljuje rehabilitacijo na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo v Ljubljani ali v naravnem zdravilišču.

Zlom kolka ima pri starostnikih pomemben vpliv na dolžino in kakovost življenja. Po poškodbi tretjina ljudi postane pri vsakdanjih življenjskih aktivnostih odvisnih od druge osebe ali potrebuje dolgotrajno zdravstveno nego (3).

Vsaka poškodba poruši psihično, fizično in socialno ravnovesje posameznika, zato naloga medicinske sestre ni samo pomagati pacientu pri povrnitvi v prejšnje zdravstveno stanje, ampak tudi omiliti pacientovo srčno bolečino, saj to omogočajo znanje, naklonjenost in zaupanje.

Zdravljenje zloma vratu stegenice obsega oskrbo in rehabilitacijo, ki ima pomemben vpliv na izid zdravljenja in na zmanjševanje življenjske ogroženosti. Z optimalno pooperativno rehabilitacijo se zmanjša možnost nastanka pooperativnih zapletov. Pacienti začnejo z rehabilitacijo že takoj naslednji dan po operativnem posegu, ko se posedejo. Drugi ali tretji dan lahko vstanejo ter hodijo s pomočjo bergel ali hodulje, če objektivno zdravstveno stanje to dopušča. Cilji takojšnje rehabilitacije so preventiva respiratornih komplikacij, venske staze, edema, kontraktur sklepov in splošne oslabelosti (27).

## 2 STAROST IN STARANJE

### 2.1 Zdravstvene težave starostnika

Staranje organizma je fiziološki proces, zato ga ne moremo preprečiti, lahko pa ga upočasnimo, predvsem z odstranjevanjem dejavnikov, ki povzročajo bolezensko staranje. Starost ni bolezen, temveč le programirani fiziološki proces, ki je zapisan v dedni zasnovi (4). Ta proces lahko pospešijo različni vplivi okolja, predvsem bolezni, ki lahko povzročijo bolezensko ali prezgodnje staranje organizma. Osnovna značilnost sprememb v procesu staranja je upočasnitev različnih procesov in posledično zmanjšanje delovanja različnih organskih sistemov ter s tem delovanja celotnega organizma. V procesu staranja se telo, čustva, mišljenje in reakcije spremenijo. Telesno se spremembe kažejo v zmanjšanju mišične moči, refleksi so počasnejši, prav tako tudi gibanje, postava se skrči (5).

### 2.2 Fizične spremembe starostnika

V starosti se pojavijo številne spremembe, ki lahko vplivajo na samozavest, samospoštovanje in zmožnost komuniciranja. Fizične spremembe starostnika se lahko obvladuje z optimističnim razpoloženjem, telesno aktivnostjo in z zdravo prehrano, a to ne pomeni, da je obvladovanje fizičnih sprememb pri vseh starostnikih uspešno (6).

Pečjak (6) opisuje najopaznejše telesne spremembe posameznika. Stara se organizem, čeprav posamezni deli in organi različno hitro. Hitrost staranja je odvisna od genetske podlage, življenjskih izkušenj in poklicne aktivnosti. Na splošno lahko rečemo, da se v življenju vsi organi spreminjajo, eni bolj kot drugi, pri nekaterih ljudeh hitreje, pri drugih počasneje. V starosti se pojavijo spremembe, poslabšanje vida in sluha. Mnogi starostniki postanejo dovzetnejši za razne bolezni: kardiovaskularne bolezni, rak, respiratorne bolezni in degenerativne spremembe kosti. Veliko dejavnikov vpliva na zmanjšanje precejšnje fizične zmožnosti, kar lahko vpliva na videz in vodi do ponovnega preverjanja samozavesti, kar pa je odvisno od pomembnosti sprememb pri posamezniku (6).

V starosti je prisotnih veliko sprememb, ki potekajo že dolgo, v zadnjih letih hitreje; telo izgublja svojo maso, kosti so lažje in krhkejše, mišice postanejo mlahave, obraba sklepov in zmanjšana prožnost je pogosta, koža je manj voljna in postane tanjša, vezivno tkivo izgubi prožnost. Spremembe mišičnega tkiva in kostne mase povzročajo neobičajno držo in hojo,

---

posledično lahko sprožijo bolečine, ki so eden od vzrokov za omejeno gibanje starejših. Z leti upada količina mineralov v kosteh, kosti slabše absorbirajo kalcij, kostna masa se zmanjša; kosti postanejo šibkejše, fizične obremenitve in udarci jih hitreje nalomijo ali zlomijo. Proces poteka hitreje pri ženskah kot pri moških (6). Pojavlja se neobnovljivo izpadanje las in občutljivost lasišča. Pri moških je plešavost pogojena dedno. Lasje v starosti postanejo beli, tanjši in redkejši. Na raznih delih telesa začnejo rasti nove dlake, predvsem na obrveh in ušesih, pri ženskah pa na obrazu, kar je povezano z izgubo nekaterih hormonov v meni (6).

Z leti se spremenijo tudi čuti, ki jih upravlja centralni živčni sistem. Najpogostejša sprememba v čutnem sistemu se kaže v spremembi vida. Leča in roženica postaneta manj prozorni, oči se počasneje privajajo na svetlobne spremembe, zaradi degeneracije viskozne steklovine slabše vidimo točke pred očmi. Skrči se vidno polje, ostrina vida se poslabša, če mrena preraste oči pa te izgubijo barvo. Prav tako se poslabša tudi slušna občutljivost, posebno za višje valovne dolžine. Slušne težave se kažejo pri poslušanju govora, posebno kadar ga je treba razločiti med drugimi zvoki. Slabijo tudi telesni čuti in čut za okus. To pomanjkljivost kompenzirajo z močnejšimi začimbami in počasnejšim žvečenjem hrane (6).

S staranjem se zmanjšuje teža možganov. V malih možganih, ki uravnavajo gibe in hojo, v življenju propade približno 25 odstotkov celic. Fini motorični gibi postanejo manj natančni. Ustaljene teorije miselnega razvoja in najbolj razširjeni načini določanja intelektualnega delovanja dokazujejo, da človek doseže svoj vrh v mladostnem obdobju ali v zgodnjih 20. letih. Nekaj časa se lahko obdrži na najvišji ravni intelektualne sposobnosti, nato pa začne drseti navzdol (7).

### **3 ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA STAROSTNIKA TER S TEM POVEZANA KAKOVOST ŽIVLJENJA**

Pomembno vlogo pri kakovosti življenja starostnikov imajo tudi medicinske sestre, nosilke zdravstvene nege, saj se pri svojem delu srečujejo z ljudmi v vseh obdobjih človekovega življenja, od rojstva do smrti. Na kakovostno življenje v starosti torej vpliva življenje posameznika v vseh obdobjih življenja, ne samo v starosti. Da bodo medicinske sestre svoje poslanstvo še naprej dobro opravljale, potrebujejo ustrezno strokovno izobrazbo na vseh ravneh, potrebno je seveda tudi zadostno število izvajalcev zdravstvene nege (7).

Priznani slovenski psiholog Vid Pečjak tretje življenjsko obdobje deli na štiri podskupine:

- od 50–60 let – pozna srednja leta,
- od 60–70 let – mlajša starost,
- od 70–80 let – srednja starost,
- od 80 let naprej – visoka starost (6).

Pečjak (6) pravi, da so za prvo obdobje značilni stres, za drugo obdobje prilagajanja na nove razmere, v tretjem prihaja do hitrejšega spreminjanja življenjskih funkcij, v četrtem pa se kaže že oslabelost in nemoč.

Starost torej ni bolezen in ni ovira, da teh življenjskih potreb starostniki ne bi bili sposobni samostojno opravljati. Delo z ljudmi, predvsem starejšimi in starimi, od medicinske sestre zahteva ne le visoko strokovno usposobljenost, temveč tudi širino njene osebnosti, da izražajo empatijo, potrpežljivost, razumevanje, prijaznost in zadovoljstvo. Vse to vpliva na kakovost našega dela in na zadovoljstvo uporabnikov (6).

Zdravstvena nega je temeljna sestavina zdravstvenega varstva kot celovitega sistema. Je profesionalna disciplina, ki se dopolnjuje z drugimi zdravstvenimi strokami. Opremo jo lahko kot skrb za zdravje celotne populacije, aktivnost, katere naloga je, da posamezniku, družini in skupnosti pomaga v vseh stanjih zdravja in bolezni. Neločljivo povezano z zdravstveno nego je spoštovanje življenja, dostojanstva in pravic človeka (8).

Bistvo sodobne zdravstvene nege, ki se pomembno razlikuje od tradicionalne, je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna in po svojih zmožnostih in sposobnostih pri zdravstveni negi sodeluje. Sodobna

---

zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje (8). Najnazorneje jo lahko opredelimo z njenimi temeljnimi značilnostmi oziroma dejavniki. Temeljni dejavniki sodobne zdravstvene nege namreč omogočajo kakovostno, nepretrgano in predvsem avtonomno stroko s svojim specifičnim delovanjem, saj v skrbi za zdravje posameznika, skupine in družbe zapolnjuje tiste vrzeli, ki jih medicina in druge znanosti ne morejo učinkovito pokrivati. Medtem ko medicina odkriva in zdravi bolezni, zdravstvena nega v okviru svojih pristojnosti preprečuje, odkriva in rešuje težave pacientov oziroma varovancev, ki so lahko posledica bolezni ali pa drugih vzrokov. To reakcije posameznikov na njihovo boljše ali slabše zdravstveno stanje in počutje; to je področje samostojnega delovanja zdravstvene nege (8).

### **3.1 Teoretični model Virginie Henderson**

Teoretični model Virginie Henderson je v svetu najbolj poznano teoretično delo zdravstvene nege. Tudi v tem delu so v ospredju fiziološke potrebe človeka, vendar so v njenem delu poleg teh že predstavljene psihološke in socialne potrebe, kajti le zadovoljevanje potreb z vseh treh področij po njenem mnenju omogoča razvoj zdrave osebnosti (8). Medicinskim sestram njihov edinstveni položaj omogoča, da ljudem ne pomagajo le izboljševati zdravja, ampak lahko vplivajo tudi na spremembo njihovega odnosa do zdravja. Medicinske sestre vsak dan in v različnih okoljih dokazujejo svojo predanost humani in zaupanja vredni zdravstveni negi (9). Zdravstveno nego kot strokovno disciplino je utemeljila Virginia Henderson, ki je tudi razvila teorijo zdravstvene nege, katere cilj je pomoč posamezniku pri izvajanju aktivnosti, ki pripomorejo k zdravju, ozdravljenju ali mirni smrti, s ciljem doseči neodvisnost, samostojnost pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Izhaja iz osnovnih človekovih potreb in je izoblikovala 14 temeljnih življenjskih aktivnosti:

1. dihanje,
2. prehranjevanje in pitje,
3. odvajanje,
4. gibanje in ustrezna lega,
5. spanje in počitek,
6. oblačenje,
7. vzdrževanje telesne temperature,

- 
8. osebna higiena,
  9. izogibanje nevarnostim v okolju – skrb za varnost,
  10. komuniciranje – odnosi z ljudmi, izražanje čustev, občutkov,
  11. izražanje verskih čustev in potreb,
  12. koristno delo,
  13. razvedrilo in rekreacija,
  14. učenje zdravega načina življenja (9).

Po teoriji Virginije Henderson ima medicinska sestra predvsem vlogo podpiranja pri zadovoljevanju potreb. Aktivnosti, ki jih pri tem izvaja, sta pomoč in spodbuda, včasih posamezno aktivnost izvaja namesto pacienta. Kadar človek ne more sam zadovoljiti ene ali več osnovnih potreb, je naloga medicinske sestre, da z aktivnostmi zdravstvene nege pripomore k njihovem zadovoljevanju (8).

Na osnovi specifičnih znakov ali simptomov medicinske sestre prepoznajo negovalne težave pacienta. Sledi načrtovanje ciljev, ki so usmerjeni v razrešitev težav, načrtovanje negovalnih posegov in drugih aktivnosti za povrnitev zdravja, povečane stopnje samostojnosti, neodvisnosti in v skrajnem primeru pomoč pri procesu umiranja. Vse postopke v zvezi z izvajanjem te metode dela je treba nadzorovati, vrednotiti in dokumentirati. Ta metoda dela je torej usmerjena v ugotavljanje negovalnih potreb pri vseh 14 temeljnih življenjskih aktivnosti, vendar si zelo počasi utira pot v prakso, bi pa zelo pripomogla h kakovosti življenja starostnikov tako doma kot v institucijah. Vsaka od naštetih življenjskih aktivnosti je zelo pomembna in potrebna, da človek lahko živi. Pri starostnikih gre lahko velikokrat za upad življenjskih aktivnosti samo zaradi starosti, ki je naraven pojav in ne bolezen (8).

Zato mora medicinska sestra dobro poznati starostnika, po procesni metodi dela oceniti, koliko je sposoben predvsem pri opravljanju fizioloških potreb, in z zdravstveno vzgojo, svetovanjem in učenjem varovanca ter svojcev doseči, da bo posameznik samostojen pri izvajanju življenjskih aktivnosti kar se da dolgo in ga pri tem tudi spodbujati (8).

### **Prehranjevanje in pitje**

Pri prehranjevanju in pitju se dogaja, da starostnik velikokrat odklanja ali opušča potrebo po hrani in tekočini iz različnih razlogov. Starostnik ima velikokrat težave z zobovjem, ni

---

navajen na hrano, ki jo dobi, če preveč pije mora večkrat na stranišče, kar pa zaradi slabe gibljivosti težko stori (8).

### **Izločanje in odvajanje**

Izločanje in odvajanje je vsakodnevna fiziološka potreba, za starejšega pa velikokrat neprijetna nadloga. To je nekaj, o čemer neradi govorijo, posebno če se začnejo še težave z nesposobnostjo zadrževanja urina ali blata (10).

### **Starostnik in čistoča**

Opustitev navad v zvezi s čistočo, manjša natančnost občutek za estetski videz so pogost znak pešanja določenih sposobnosti (10).

### **Gibanje in ustrezna lega**

Gibalne sposobnosti starostnik ohranja, če skrbi za redno telesno aktivnost in vadbo. Nepomičnemu starostniku pomagamo pri spremembi položajev v postelji, tako da udobno leži brez nevarnosti, da bi padel ali da bi ga kaj tiščalo (10).

### **Spanje in počitek**

Spanje pri starostniku predstavlja večjo težavo. Največkrat težko zaspi, po kratkem spancu se zopet hitro zbudi in ne more več zaspati, pogosto se zbuja, vstaja ali zaspi proti jutru. Starostniku moramo tako zagotoviti primerno posteljo, prijetno posteljnino, soba mora biti prezračena in primerno ogreta. Pri sebi mora imeti telefon, da lahko pokliče svojce, če se slabo počuti, v institucijah pa klicno napravo, da se počuti varnega (10).

### **Razvedrilo, rekreacija, koristno delo, izražanje čustev, občutkov**

Veliko starostnikov izgublja svoje najbližje, tudi odnosi s svojci, prijatelji in znanci se slabijo, nimajo dovolj družabnih stikov, zato se čutijo odtujene, nepotrebne, odmaknjene in osamljene. Pojem pripadnosti in samouresničevanja je pri starostnikih zelo pomemben in lahko velikokrat pripelje do slabe kakovosti življenja, to se odraža v poslabšanju zdravstvenega stanja in pospeševanja psihičnega, fizičnega in socialnega propada. Starostniku moramo omogočiti izražati čustva, občutke, doživljaje, duhovne, socialne ali spolne potrebe in mu dati tudi občutek pomembnosti (11).

### **Starostnik in družba**

Pri obravnavi starejših oseb smo pri nas še vedno polni predsodkov in stereotipov (da so vsi starejši ljudje enaki, nemočni, senilni, konservativni, rigidni, trmasti, egoistični,



---

neproduktivni, izkoriščevalski in da propadajo vse duševne funkcije enakomerno) in ne upoštevamo dovolj njihovih potreb, želja in sposobnosti (11).

Medicinske sestre se pri svojem delu, izvajanju zdravstvene nege, srečujejo z ljudmi v vseh obdobjih človekovega razvoja – od rojstva do smrti – tako v institucijah kot doma. Prav zaradi tega imajo veliko možnost vplivati na dejavno, zdravo in kakovostno življenje v vseh obdobjih življenja, kar pa vpliva na kakovost življenja tudi v starosti. Medicinske sestre se pojavljajo kot konkretne izvajalke storitev (negovalnih postopkov, medicinskotehničnih posegov), ko človek ni več sposoben skrbeti sam zase. Druga pomembna naloga je zdravstveno-vzgojno delo, kjer medicinske sestre nastopajo kot učiteljice ali svetovalke, saj svetujejo in učijo uporabnike zdravstvenih storitev in njihove svojce, kako živeti, da bodo ohranili svoje zdravje in si tako zagotovili zdravo starost (11).

Prav zaradi tako širokega področja dela se morajo medicinske sestre kot nosilke stroke, zdravstvene nege, dejavno vključevati v iskanje in izvajanje najrazličnejših oblik pomoči in aktivnosti, ki bi starostnikom omogočale človeka vredno življenje tudi v pozni starosti oziroma ko nimajo več moči in volje ter znanja za dejavno življenje (11).

### **Staranje in kognitivne spremembe**

S staranjem povezane spremembe v kognitivnosti so za zdravega starostnika majhne. Brez hude bolezni se starostniku ne zmanjša inteligenca, potrebuje pa več časa, da se česa spomni ali prikliče spomin (12).

## **3.2 Komunikacija s starostnikom**

Za razumevanje dela profesionalca – posameznika ali skupine – je nujno z vso natančnostjo razmisliti o pomenu komunikacije in etike v zdravstveni negi. Obstajajo določeni pogoji, da medicinska sestra lahko dela ustvarjalno. Predvsem mora biti izobražena, mora premišljevati, biti rahločutna, uporabljati empatijo, znati komunicirati in etično presojati. Od medicinske sestre se pričakuje, da se zna pogovarjati, zna poslušati in slišati, zna ugovarjati, izrekati mnenja, oblikovati ideje in ideale, predvsem pa izražati veliko razumevanja do pacienta, njegovih svojcev ter pomembnih drugih. Če hoče medicinska sestra obvladati svoje delo, je potrebna zavzetost, ta pa določa njeno prizadevanje (12).

### **3.2.1 Prilagajanja načina komunikacije**

Medicinska sestra kot profesionalka z različnimi komunikacijskimi sposobnostmi naj bi obvladala različne načine komuniciranja in jih znala prilagajati posamezniku. Prav tako naj bi

---

obvladala najpomembnejše veščine za učinkovito komuniciranje v negovalni skupini. Med te veščine prav gotovo sodijo izmenjava običajnih in strokovnih informacij, obvladovanje in reševanje konfliktov, komuniciranje v manjših in večjih skupinah ter poučevanje. Profesionalna komunikacija in ustrezni medsebojni odnosi so tisti, ki medicinski sestri omogočajo, da pomaga pacientu in sodelavcu, če je njegova integriteta porušena. Medicinske sestre pri svojem delu pogosto uporabljajo posebno obliko komuniciranja s starostniki, z otroki, z osebami s posebnimi potrebami in s pacienti s psihičnimi težavami. Uspešnost komunikacije je odvisna tudi od zunanjih pogojev in notranjih presoj. Medicinska sestra se mora zavedati stopnje pacientove zmožnosti razumevanja, saj bo na tak način ustrezno sprejela povratno informacijo oziroma pacientovo sporočilo, zato mora poznati pacientov način komuniciranja (12). Medicinska sestra se mora zavedati svojih pravic in odgovornosti v zvezi s komunikacijo, prav tako pa mora spoštovati pravice sogovornika in mu omogočiti enakopravno sodelovanje. Težave pri komunikaciji s starostnikom doživlja veliko medicinskih sester, saj fizičnih sprememb pri starostnikih zaradi neustreznega in pomanjkljivega znanja glede komunikacije in etike pogosto ne prepoznavajo. Tudi čutilne sposobnosti pri starostniku slabijo, posebno sluh in vid (12).

### **3.3 Bolečine pri starostnikih**

Bolečina je neprijetna osebna izkušnja in pri starostnikih pogosto predstavlja veliko težavo, saj je velikokrat povezana z dolgotrajnimi kroničnimi boleznimi. Za starostnika je bolečina lahko hudo obremenjujoča, vendar včasih premalo opažena ter pri nekaterih prepogosto podcenjena. Izkušnja bolečine je zelo subjektivna in ljudje se pri njenem doživljanju zelo razlikujemo, kar dokazuje tudi širok razpon vrednosti, določenih pri določanju naših normativnih vrednot (13).

#### **3.3.1 Akutna in kronična bolečina**

Kronične bolečine so pri starostnikih pogostejše kot pri mladih, akutnih pa je pri mladih več. Akutne bolečine imajo zaščitno vlogo, pozornost usmerjajo na dejansko ali možno tkivno okvaro. Trajajo tako dolgo kot patološki proces, a manj kot tri mesece. Pri starostnikih lahko otežujejo diferencialno-diagnostični postopek. Če je le mogoče, zdravimo vzrok, včasih pa je potrebno tudi simptomatsko zdravljenje. Slabo zdravljena akutna bolečina povzroča nepotrebno trpljenje in omogoča razvoj kronične (13). Starostnikovo doživljanje bolečine je zelo pogosto povezano s strahom pred smrtjo, zato mora biti terapevt pri ravnanju z njim še posebej previden (13). Na bolečino vplivajo mnogi duševni dejavniki, zato smo pogosto

---

uspešni z vedenjskim, spoznavnim ali kombiniranim vedenjsko-spoznavnim zdravljenjem (13). Bolečina je pogosta spremljevalka staranja, ni pa to nujno. O njenih značilnostih pri starostnikih vemo še zelo malo. Nanjo vplivajo telesni, duševni in socialni dejavniki, ki so obarvani še z izkušnjami in pričakovanji. Bolečina pri starostnikih ima svoje posebnosti, od bolečin v drugih življenjskih obdobjih pa se ne razlikuje dovolj, da bi upravičeno uporabljali izraz geriatrična bolečina, razen če želimo posebej opozoriti na to težavo (13).

### **3.4 Anatomija kolčnega sklepa**

#### **3.4.1 Zgradba kosti**

Kostno tkivo je sestavljeno iz dveh sestavin; iz zunanje trdne kompaktne ali kortikalne kosti in notranjega mrežja krhkih kostnih trabekul – spongiozne kosti. Osemdeset odstotkov volumna predstavlja kortikalna kost, ki hkrati predstavlja le trideset odstotkov površine kosti. Preostali volumen sestavlja labirint kostnih gredic, ki so med seboj povezane in usmerjene predvsem v smeri delovanja sil. Spongioza celotnega skeleta ima površino deset kvadratnih metrov. Vsi presnovni procesi v kosti se odvijajo na površini trabekul (5).

Osnovna gradbena in funkcionalna enota kompaktne kostnine je osteon. Prečno prerezani osteon ima v sredini Haversov kanal z žilami in živci (5). Biokemično je kost sestavljena iz organskih in anorganskih snovi. Organske snovi dajejo kostem prožnost, anorganske pa trdoto in togost. Pravilno razmerje organskih in anorganskih snovi kostem omogoča elastičnost. S starostjo kosti izgubljajo organske snovi, nalagajo se kalcijeve soli, zato kosti izgubljajo prožnost in postanejo krhke ter lomljive (14).

#### **3.4.2 Anatomija kolčnega sklepa in proksimalnega dela stegenice**

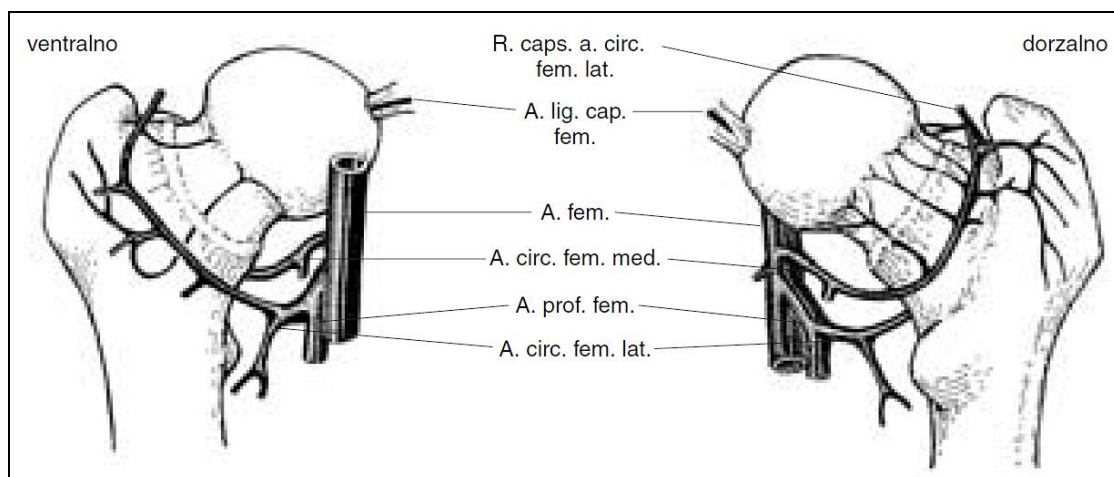
Kolčni sklep sestavljata glava stegenice in sklepna ponev kolčnice. Sklepna ovojnica je krepka in je pripeta na rob *acetabula*, spredaj se na stegenico prirašča v intertrohanterni liniji, zadaj pa na sredini vratu. Na stegenici je sklepna ovojnica zadebeljena kot *zona orbicularis*. Sklepno ovojnico krepijo ileofemoralni, ishiofemoralni in pubofemoralni ligamenti. Glava in vrat stegenice oblikujeta z diafizo stegenice kolodiazarni kot, ki se spreminja glede na starost. Tako pri dojenčkih meri 150 stopinj, pri odraslem običajno ni manjši od 120 stopinj in ne večji od 135 stopinj, pri starostniku pa lahko meri celo 120 stopinj (15).

### 3.4.2.1 Arterijska preskrba proksimalnega dela stegenice

Pri zlomih vratu stegenice ima arterijska preskrba zelo pomembno vlogo, saj prekinitev teh žil pripelje do avaskularne nekroze glave stegenice. Arterijska preskrba tega področja je razdeljena v tri skupine:

- Ekstrakapsularni arterijski obroč, ki se nahaja na bazi vratu stegenice. Zadaj ga tvori *circumflexa femoris medialis*, spredaj pa *a. circumflexa femoris lateralis*. Obe arteriji sta veji *a. profunde femoris*, ki je glavna stranska veja *a. femoralis*;
- Ascendirajoče vratne veje, ki izhajajo iz ekstrakapsularnega arterijskega obroča in potekajo na vratu stegenice. Spredaj prehajajo skozi kapsulo v intertrohanterni liniji, zadaj pa pod orbikularno cono. Ob robu sklepnega hrustanca tvorijo te veje subsinovijski intraartikularni arterijski obroč, iz katerega izhajajo epifizne arterije za prehrano glave stegenice;
- *Arteria ligamenti teretis (lig. capitis femoris)* je veja *arterie obturatoriae* in je odgovorna le za del arterijske preskrbe glave stegenice. Anastomozira z drugimi arterijami, ki prehranjujejo proksimalni del stegenice (15).

Slika 1: Žilna anatomija glave in vratu stegenice (15)



### 3.4.3 Razdelitev zlomov vratu stegenice

Ločimo več razdelitev zlomov vratu stegenice. Glede na mesto zloma na vratu stegenice jih delimo na:

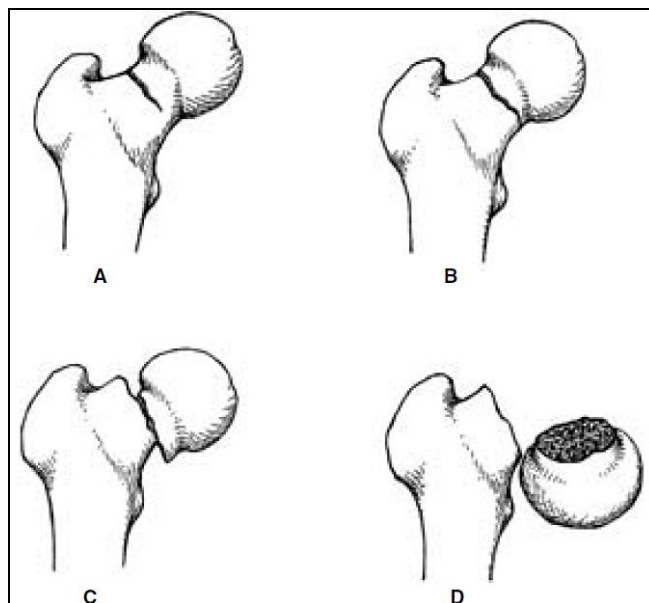
- medialne ali subkapitalne, ki se nahajajo tik pod glavo stegenice,

- transcervikalne in
- lateralne (15).

Glede na premik glave stegenice delimo zlome po Gardnu:

- Garden I: nepopoln zlom, kjer je prelomljena le ena kortikalna kost;
- Garden II: popoln zlom brez premika odlomkov;
- Garden III: zlom z delnim premikom glave stegenice, tako da je njena sklepna ploskev vzporedna z vzdolžno osjo stegenice;
- Garden IV: zlom z zasukanjem glave stegenice tako, da je njena lomna ploskev pravokotna na vzdolžno os stegenice (15).

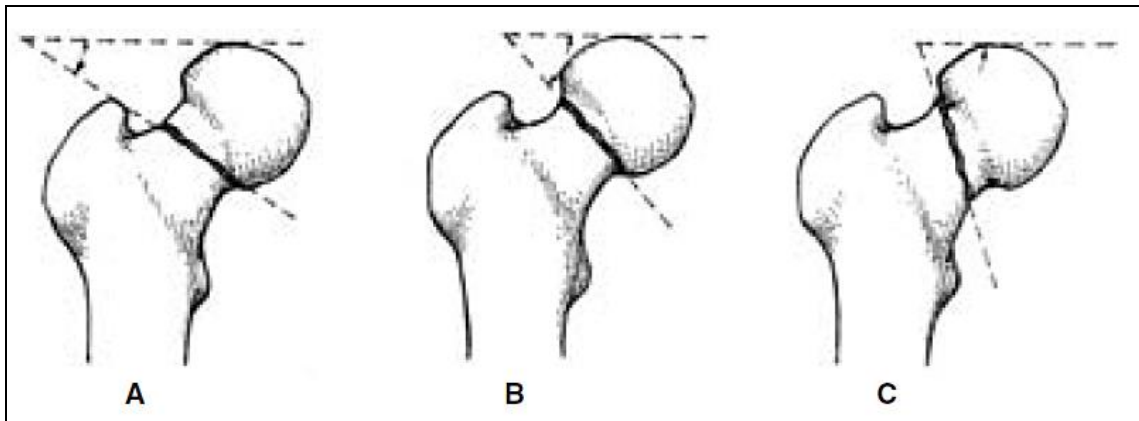
**Slika 2: Zlomi stegeničnega vratu po Gardenu. A – Garden I, B – Garden II, C – Garden III, D – Garden IV (15)**



Glede na kot, ki ga oblikuje smer zloma s črto, ki poteka vodoravno skozi najbolj proksimalno točko na glavi stegenice, delimo zlome po Pauwelsu:

- Pauwels I: kot je manjši od 30 stopinj in vlek mišic zlom zaklini, impaktira;
- Pauwels II: kot meri 30–70 stopinj;
- Pauwels III: kot je večji od 70 stopinj in vlek mišic zlom premakne (15).

Slika 3: Zlomi stegneničnega vratu po Pauwelsu. A – Pauwels I, B – Pauwels II, C – Pauwels III (15)



Po nezgodnem mehanizmu deli klasifikacija AO (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese Fragen/Association for the Study of Internal Fixation) zlome na:

- abdukcijske, zlom je v klinjen in je za zdravljenje ugodnejši od addukcijskega zloma; noga je abducirana in se nahaja v položaju valgus;
- addukcijske, proksimalni del stegenice se nahaja v položaju varus (15).

#### 3.4.4 Posebnosti zloma vratu stegenice

Zlom vratu stegenice le redko povzroča smrt, lahko pa povzroča težko invalidnost. Zaradi samih anatomskih značilnosti lahko pride pri zlomu do zapletov in podaljšanega zdravljenja, kar je še posebej pomembno za starostnika. Pri starejših ljudeh zadostuje že majhna sila za zlom vratu stegenice, medtem ko je pri mlajših ljudeh potrebna veliko večja sila. Najpogostejši mehanizem poškodbe je padec, ki prizadene predvsem starejše ljudi, pri mlajših pa je največkrat vzrok zloma prometna nesreča. Eden izmed dejavnikov tveganja za proksimalne zlome stegenice je osteoporoza (15).

#### 3.4.5 Osteoporoza

Osteoporoza je presnovna bolezen kosti, za katero so značilni: zmanjšana mineralna kostna gostota, spremenjena kostna zgradba in posledično tveganje za zlome (26). Pri starostnikih osteoporotični zlomi zato nastajajo pri manjših poškodbah, kot je na primer padec s stojne višine. Osteoporoza je primarna involutivna bolezen ljudi (25). Ko se začne izgubljanje kostne mase, je ta proces enako intenziven pri obeh spolih (5). Po menopavzi (včasih že nekaj mesecev pred njo), ko preneha delovanje jajčnikov in se količina estrogenov izrazito zmanjša, je izguba kosti, predvsem trabekularnega dela, pri ženskah mnogo večja kot pri moških. V starosti je izguba trabekularne kostne mase pri ženskah približno 0,5 odstotka letno, tri do pet

---

let po menopavzi pa tri odstotke. Moški izgubljajo približno 0,5 odstotka kostne mase letno. Propada tudi kortikalni del kosti, vendar počasneje in v poznejšem življenjskem obdobju (14).

### 3.4.5.1 Oblike osteoporoze

Ločimo dve skupini osteoporoze: primarno in sekundarno. Pogostejša je primarna, sekundarna se razvije kot posledica raznih bolezni. Primarno osteoporozo delimo na osteoporozo tipa 1, kjer pride do pospešene kostne resorpcije zaradi zmanjšane koncentracije estrogenov. Primer je pomanjkanje polnih hormonov, še zlasti, ko gre za zgodnjo menopavzo, sekundarno amenorejo in hipogonadizem pri moškem (14).

Osteoporozna tipa 2 je bolj povezana s slabšo aktivnostjo osteoblastov (senilna osteoporozna). Sekundarno osteoporozo lahko povzročijo:

**Endokrine bolezni:** hipogonadizem, hipertiroza, hiperparatiroidizem, heperkorticizem, Cushingov sindrom.

**Bolezni prebavil:** subtotalna gastrektomija, malabsorpcijski sindrom, kronični obstruktivni ikterus, huda malnutricija, primarna biliarna ciroza, alaktazija, anoreksija nervoza.

**Bolezni kostnega mozga.**

**Drugi vzroki:** KOPB, revmatoidni artritis, presaditev organov, kronična ledvična odpoved (14).

### 3.4.5.2 Dejavniki tveganja za nastanek osteoporoze

Tveganje za osteoporozo je v veliki meri odvisno od največje kostne mase, dosežene v mladosti, in od hitrosti izgube kostne mase med staranjem. Glavni dejavniki tveganja za razvoj osteoporoze so:

- **genetski** (bela in azijska rasa, ženski spol, majhna telesna masa),
- **zdravljenje z glukokortikoidi,**
- **podaljšana skeletna imobilizacija,**
- **zdravljenje s heparinom, antacidi, antikonvulzivna zdravila,**
- **telesna neaktivnost,**
- **kajenje, alkohol,**
- **prehrana, ki ne vsebuje dovolj kalcija** (14).

---

### 3.4.6 Klinična slika pri zlomu vratu stegenice

Klinična slika je značilna za zlom vratu stegenice. Pri dislociranih zlomih je prisotna prikrajšava noge, ki je zvrnjena navzven. Zaradi hudih bolečin je motena aktivna in pasivna gibljivost v predelu kolka. Pri impaktiranih zlomih je gibljivost zaradi manjše bolečine ohranjena in ni prikrajšave noge. Pri starejših poškodovancih z bolečinami v predelu kolka, ki imajo v anamnezi poškodbo ali padec, se le-te obravnava kot zlom, dokler z diagnostičnimi postopki to ne izključi.

Diagnozo zlom stegeničnega vratu se postavi že na podlagi anamneze in klinične slike. Dokončno diagnozo se postavi na podlagi rentgenske slike kolka v anteroposteriorni (AP) in stranski projekciji. Pri vklinjenih zlomih je potrebno tudi magnetnoresonančno slikanje (MR). MR je občutljiva in specifična preiskavna metoda pri razločevanju med vnetjem mehkih tkiv, sinovitisom, novotvorbo, okužbo, stresnim zlomom in avaskularno nekrozo glave stegenice. Težave pri postavitvi diagnoze lahko nastanejo v primerih, če gre za spontani zlom brez padca ali če so bile bolečine v kolku prisotne že pred padcem. Diferencialno diagnostično se izključi zlom kolčne sklepne ponvice, zlom glave stegenice in pertrohanterni zlom (15).

### 3.4.7 Zdravljenje

Zlome se lahko zdravi konzervativno in operativno. Način je odvisen od vrste in lokalizacije zloma, splošnega stanja in starosti poškodovanca (15).

#### 3.4.7.1 Konzervativno zdravljenje

Sodobno zdravljenje zlomov vratu stegenice je praviloma operativno. Rezultati konzervativnega zdravljenja so obremenjeni s 30- do 60-odstotno smrtnostjo (5). Ob sodobnih možnostih anesteziologije so starostniki operirani v čim krajšem času po poškodbi, večinoma prvi dan po sprejemu. Pri onemoglih starostnikih se operacijsko zdravljenje ne more izvesti. Konzervativno se zdravi impaktirane oziroma vklinjene zlome; to so zlomi, pri katerih je glava stegenice v rahlem položaju valgus in retroverziji glede na vrat. V takšnih primerih je možno takojšnje obremenjevanje do bolečine. Za konzervativno zdravljenje se odloča tudi pri drugih tipih zlomov, pri katerih bi lahko kirurški poseg ogrozil življenje (5).

**Skeletni vlek** je posebna oblika konzervativnega zdravljenja. Čez žico ali žebelj, vstavljen skozi kost, s pomočjo vrvice in uteži izvajamo vlek in s tem se naravnava zlom. Gre za začasno metodo, z njo se doseže stabilizacijo zloma med pripravo starostnika na operativno zdravljenje (5).



---

Neoperirani pertrohanterni zlomi imajo boljšo prognozo, zacelijo se tudi sami, vendar so starostniki izpostavljeni številnim zapletom respiratornega in uropoetičnega sistema (5).

Zaplet konzervativnega zdravljenja je sekundarna nestabilnost, ki zahteva operativno zdravljenje. Tveganje za sekundarno nestabilnost je povečano pri starosti nad 70 let in pri slabšem splošnem stanju, pri mlajših pa se pojavlja pri nevroloških težavah (5).

### **3.4.7.2 Operativno zdravljenje**

Pri operativnem zdravljenju vratu stegenice je več možnosti: fiksacija s spongioznimi vijaki, osteosinteza s 130-stopinjsko rigidno ploščo, s teleskopskim vijakom, parcialno ali totalno endoprotezo, endomedularno fiksacijo. Osnovni princip osteosinteze je anatomska naravnava (zaprta naravnava s pomočjo ekstenzijske mize, če pa ta ni zadovoljiva, pa odprta naravnava) in stabilna osteosinteza, ki dovoljuje delovanje kompresijskih sil na zlom, saj te pripomorejo k celjenju. Za osteosintezo se uporabljajo vijaki, ki so med seboj vzporedni, a pravokotni na zlom.

Pri operativnem zdravljenju pertrohanternih zlomov se te najprej naravna na ekstenzijski mizi, zatem sledi osteosinteza z dinamičnim kolčnim vijakom na ploščo ali pa z intramedularnim žebljem. Vseh tipov zlomov ni mogoče zdraviti po isti metodi in idealne metode še danes ni (5).

Od predoperativnih preiskav so pomembne naslednje: rentgen pljuč, EKG in laboratorijske preiskave. Za vsakega poškodovanca se na Zavodu za transfuzijo rezervira, glede na izvid hemograma, od 500 do 1000 mililitrov krvi le za nujno potrebno nadomestitev izgubljene krvi med operacijo in po njej. Sicer pa se količina rezervirane krvi prilagaj vrsti operacije, predoperativni anemiji in izgubi krvi med operacijo (15).

Načeloma naj bi operativni poseg izvedli na dan poškodbe ali vsaj naslednji dan, saj je poleg dobre naravnave odlomkov za uspeh operacije pomemben tudi čas od poškodbe do operacije. Po določenih študijah naj bi pri addukcijskem zlomu izvedli osteosintezo v prvih šestih urah po poškodbi, ker je potem nevarnost trombozacije žil, ki niso pretrgane, večja in s tem tudi nevarnost avaskularne nekroze glave stegenice (15).

---

### 3.5 Zapleti po zlomih

- **Kožni zapleti:** tatuji zaradi abrazij, razjeda zaradi pritiska (ležanje), mavčeva imobilizacija;
- **žilni zapleti:** trakcijske okvare ali okvare zaradi pritiska, Volkmannova ishemija in kompartment sindromi, gangrena in plinska gangrena, venska tromboza in pljučna embolija;
- **nevrološki zapleti** zaradi traktij ali pritiskov;
- **zapleti v sklepu:** vnetje, septični artritis;
- **kostni zapleti:** vnetje (osteomielitis, osteitis) (15).

Starostniki so dovzetnejši za številne zaplete, med njimi je treba poudariti zastočno pljučnico, obstipacijo, motnje odvajanja vode, venotrombozo z možnostjo pljučne embolije in možganskih infarktov, kontraktura in razjede zaradi pritiska, splošno dekonkondicioniranje srčno-dihalnega in gibalnega sistema. Tveganje pri anesteziji je pri starostnikih večje, vendar operativna oskrba načeloma omogoča hitro vertikalizacijo, mobilizacijo in aktivacijo, s tem se prepreči marsikateri možni zaplet. Slab žilni status pri starejših lahko vpliva na počasno celjenje ran in vnetne zaplete. Starejši poškodovanci so slabovidni, imajo osteoporozo, srčne motnje, nevrološke izpade in druge motnje. Njihovi rehabilitacijski potenciali so zmanjšani, a možnost novih poškodb je večja. V rehabilitacijski obravnavi poškodovancev z zlomi na spodnjih udih se usmerja predvsem v zmanjšanje prizadetosti hoje (s pomočjo različnih pripomočkov za hojo) in premagovanje stopnic. Kinezioterapija je vsekakor najpomembnejši del kompleksnega programa fizikalne terapije (16).

#### **Pozni zapleti, povezani z zlomom in operativno oskrbo zloma**

- Zapleti v povezavi z osteosintetskim materialom, kot so preboj vijaka ali plošče v acetabul, odstop, premik plošče ali vijaka, zlom vijaka, žebnja, plošče, porušenje celotne osteosinteze;
- avaskularna nekroza glave stegenice;
- artroza kolčnega sklepa kot posledica neugodnih biomehanskih razmer (zvišan kolčni sklepni tlak) ali pri vsaditvi delne endoproteze kot posledica obrabe acetabularnega hrustanca;
- psevdartroza (*non-union*);

- 
- omajanje endoproteze, tako acetabularnega kot stegneničnega dela;
  - protruzija kolčne endoproteze;
  - obsepnje kalcinacije (*myositis ossificans*);
  - kontrakture (15).

## 4 REHABILITACIJA

Po definiciji je rehabilitacija dejaven proces, s pomočjo katerega prizadeti zaradi poškodbe ali bolezni dosežejo polno okrevanje, ali če to ni možno, uveljavijo svoj optimalni fizični, mentalni in socialni potencial ter se vključijo v sebi najprimernejše družbeno okolje. Osnovni cilj vsake rehabilitacije je zmanjšanje prizadetosti in oviranosti na najmanjšo možno mero (16).

Rehabilitacija je zapleten proces, ki se ukvarja s težavo invalidnosti in invalidnih oseb. Beseda invalid ima latinski koren *in-validus* in pomeni ne-vreden, ne-sposoben. Po definiciji pa invalidnost označuje stanje organizma, nastalo kot posledica bolezni, poškodbe ali prirojene hibe, ki ima kot posledico trajno, delno ali popolno zmanjšanje sposobnosti človeka za normalno življenje. V procesu rehabilitacije skušamo vplivati na stopnjo prizadetosti in oviranosti ter pacienta usposobiti za normalno življenje. Rehabilitacija vključuje medicinsko, profesionalno, vzgojno in socialno obravnavo invalida (16).

### 4.1 Delitev

Glede na vrsto obravnave rehabilitacijo delimo na:

- medicinsko,
- poklicno,
- psihosocialno in
- izobraževalno (16).

Prva stopnja rehabilitacije je medicinska. **Naloge medicinske rehabilitacije** so:

- zmanjševanje fizičnih in psihičnih posledic bolezni, poškodb ali prirojenih motenj,
- razvijanje kompenzatornih mehanizmov,
- spodbujanje obnovitve prizadetih tkiv ali organov,
- preprečevanje patoloških vzorcev fizičnega in psihičnega odzivanja na prizadetost (16).

---

## 4.2 Rehabilitacijski cilji

Rehabilitacijski cilji morajo biti stvarni in natančno ter sprotno opredeljeni v vsaki stopnji rehabilitacije. Rehabilitacija je razgiban proces, zato moramo tudi rehabilitacijske cilje prilagajati glede na izhod posameznih stopenj rehabilitacije. Namen opredelitve rehabilitacijskih ciljev je, da vsi sodelujoči vedo, kam je usmerjena obravnava, in spodbujanje motivacije ob doseganju zastavljenih ciljev (16).

### Ločimo dve vrsti ciljev:

- dolgoročne in
- kratkoročne (16).

**Dolgoročni cilji** opredeljujejo izhod rehabilitacije, ki ga načrtujemo ob zaključku obravnave. Določamo jih glede na vrsto funkcijske prizadetosti pacienta, ki je lahko: **začasna, trajna**.

Pomembno je, da dolgoročne rehabilitacijske cilje uskladimo s sposobnostmi in željami pacienta ter da upoštevamo tudi stvarna pričakovanja družine ali sorodnikov, ki jih nameravamo vključiti v rehabilitacijo. Gonilna sila vseh rehabilitacijskih postopkov je namreč motiviranost vseh sodelujočih. Več **kratkoročnih** ciljev določamo znotraj zastavljenega dolgoročnega cilja. Njihovo postopno uresničevanje vodi do končnega rehabilitacijskega cilja. Prezahtevni kratkoročni cilji slabo vplivajo na motiviranost pacienta in zavirajo posamezne stopnje rehabilitacije, zato je bolje opredeliti lažji cilj in ga po potrebi prilagajati (16).

## 4.3 Rehabilitacijska skupina

Sestava skupine se lahko spreminja, odvisno od potreb pacienta in svojevrstnosti rehabilitacijskih ciljev. K sodelovanju se lahko povabi tudi druge strokovnjake, npr. različne pedagoge, bioinženirje, računalničarje. Po sodobnih rehabilitacijskih načelih je pacient enakopraven član skupine.

**Specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine** opravlja zdravniške preglede in celovito funkcijsko oceni pacienta, kar predstavlja izhodišče za načrtovanje rehabilitacije. Predpisuje rehabilitacijske postopke in je vodja skupine.

**Fizioterapevt** izvaja predpisano fizikalno terapijo, izvaja meritve gibljivosti sklepov in funkcijske teste, pacienta uči transferjev, hoje in uporabe pripomočkov za hojo ali gibanja s pomočjo sodobnega in terenskega vozička.

---

**Delovni terapevt** izvaja delovno in okupacijsko terapijo, ocenjuje kognitivne izpade, izdeluje razne posamezniku prilagojene ortoze, preizkuša in priporoča pripomočke za lažje izvajanje osnovnih življenjskih aktivnosti.

**Logoped** ocenjuje in se ukvarja z odpravljanjem motenj govora, gibanja jezika in požiranja ter preizkuša in spodbuja neverbalno komuniciranje pri afazičnih pacientih.

**Klinični psiholog** ocenjuje kognitivne motnje in motivacijo pacienta za rehabilitacijo. Izvaja psihološka preizkušanja, sodeluje pri diagnostiki in zdravljenju reaktivnih depresij, vodi družinsko terapijo in terapijo obnašanja.

**Socialni delavec** ocenjuje družinsko in socialno okolje pacienta, sodeluje pri reševanju finančnih težav, organizira sodelovanje z delovno organizacijo, če je pacient še zaposlen, in premestitev v varovano okolje bivanja, če se pacient ne more vrniti v svoje okolje.

**Medicinska sestra** opravlja zdravstveno nego in preventivo ter koordinira odpust iz bolnišnice. Patronažne medicinske sestre nadaljujejo rehabilitacijo na domu (16).

#### **4.4 Takojšnji rehabilitacijski pristop pri zlomih pri starostnikih**

Zlomi, ki prevladujejo v starosti, zahtevajo takojšnjo pooperativno ali poimobilizacijsko rehabilitacijo, ker gibalna sposobnost večine sklepov pri starostnikih upada in ker pogosteje nastajajo kontrakture, povezane z neaktivnostjo mišic. Pri nepomičnih pacientih zgodnja rehabilitacija praviloma prepreči nastanek razjed zaradi pritiska na atrofični koži. Če vzamemo popoškodbeno rehabilitacijo najširše, sodi vanjo tudi morebitno operacijsko zdravljenje in tudi za to velja pravilo, da mora biti opravljeno pri starostnikih čim prej po poškodbi. V primerjavi z mladimi traja rehabilitacija pri enakih poškodbah dlje časa in je končni uspeh slabši, velikokrat prav zaradi poznega začetka rehabilitacijskih postopkov (17).

##### **4.4.1 Respiratorna fizioterapija**

Pacienti po zlomu kolka običajno nimajo težav z dihanjem. Lahko pa se pojavijo pri starostnikih, ki so imeli že pred poškodbo težave z dihanjem ali pa imajo kronično pljučno bolezen (18). Namen respiratorne fizioterapije je izboljšanje življenjskih aktivnosti in učinkovitosti porabe energije za dihalno delo ter preprečevanje respiracijskih zapletov, ki grozijo pacientu zaradi bolezni ali poteka zdravljenja (19). Namen dihalnih vaj je izboljšati pljučno ventilacijo, preprečevati in zdraviti atelektaze ter zmanjšati dihalno delo in izboljšati učinkovitost izkašljevanja. Indikacije za dihalne vaje so vsa dogajanja, zaradi katerih pacient

---

plitko diha in slabše izkašljuje. Do tega lahko pride zaradi bolečine po poškodbi ali kirurških posegov (20, 21).

#### **4.4.2 Lokomotorna fizioterapija**

**Pred operacijo** – rehabilitacija se začne takoj po sprejemu v bolnišnico. Če pacientovo psihično stanje to dopušča, mu moramo razložiti naravo njegove poškodbe in pomen zgodnje rehabilitacije. Naučimo ga dihalnih vaj, pravilnega izkašljevanja in vaj z vensko črpalko ter spodbujamo, da bo naučeni program ponavljal vsaki dve uri. Zelo pomembno je, da ga naučimo uporabljati trapez in spreminjati položaj telesa v postelji, predvsem sedala. Že od vsega začetka mora delati vaje za moč rok.

**Po operaciji** – še isto popoldne po operaciji mora biti operirani starostnik zajet v program respiratorne terapije (RT) in tromboprolifakse (TP). Spodbujamo ga, da dela vaje za vensko črpalko, pri zelo oslabeledih pacientih pa za aktivacijo venske črpalke uporabimo funkcionalno električno stimulacijo. S tem zmanjšamo nevarnost za nastanek zapletov na dihalih in ožilju. Takoj naslednji dan skušamo pacienta aktivirati in mobilizirati. Spodbujamo ga, da se s pomočjo trapeza in zdrave noge poskusi prestaviti v postelji in poiskati hladnejši del za sedalo, kar zelo ugodno vpliva na počutje, še bolj pomembno pa je za preprečevanje sakralne razjede zaradi pritiska.

Po odstranitvi drenov, običajno je to drugi ali tretji pooperativni dan, je treba takoj začeti z razgibavanjem operiranega kolka ob zadostni analgeziji. Prve dni po operaciji z analgetiki ne smemo varčevati. Še bolj pomembna je pravilna izbira. Če pacientova kondicija to dopušča, naj čim prej začne delati vaje za moč rok, saj bo močne roke rabil za dvigovanje s trapezom, za pomoč pri vstajanju, pri vseh transferjih in za hojo z berglami. Pri naslednji stopnji dodamo vaje za stegenske mišice in poskusimo z dejavnim razgibavanjem. Pri tem dajemo glavni poudarek fleksiji in ekstenziji v kolku, poskušamo z nežno obdukcijo, rotacij pa sploh ne vadimo. Naš cilj je vsaj 90 stopinj in največ 110–120 stopinj fleksije in normalne ekstenzije kolka. Druga gibljivost nas ne zanima, saj starostniku za kakovostno preživljanje zadostuje od 90–110 stopinj fleksije v kolku, da lahko normalno sedi in vstane tudi iz nekoliko nižjega naslonjača. Obremenitev poškodovanega kolka vedno določi operater, odvisno od tega, ali je bil zlom stabiliziran s ploščico ali z vijaki, ki ne dovoljujejo obremenjevanja, ali pa je bila vstavljena takšna endoproteza, ki omogoča takojšnjo polno obremenitev. Temu ustrezno poskušamo pacienta učiti hoje z razbremenitvijo s pomočjo bergel ali hodulje. Žal to neredko predstavlja nerešljiv problem, ker se včasih pacient zaradi

---

neustrezne psihofizične kondicije nikakor ne more naučiti razbremenilne hoje in pristane v vozičku, dokler se zlom ne zaraste v tolikšni meri, da je možna polna obremenitev. Takrat pa zaradi dolgotrajnega sedenja v vozičku že ima takšno flektorno kontrakturo v kolkih in kolenih, da hoja ni več možna. Zato tudi kirurgi vse bolj spoznavajo, da pri postavljanju indikacij za vrsto operativnega posega pri zlomu stegneničnega vratu (ZSV) igra pomembno vlogo tudi pacientova sposobnost za bolj zahtevne oblike rehabilitacije.

Če ima pacient vsajeno ustrezno endoprotezo, ga po možnosti že naslednji dan po operaciji učimo hoje s polno obremenitvijo, pri čemer mu bergle ali hodulja služijo le za boljši občutek varnosti in za ravnotežje. Pacienti pogosto negodujejo, zakaj jih mučimo z razgibavanjem in jih silimo k vstajanju. Vedno znova jim je treba razložiti, da vse to počnemo izključno in samo v njihovo dobro. Če hoče starostnik z ZSV preživeti in ozdraveti, mora čim prej pokonci. Če pa mora starostnik z ZSV iz takšnih ali drugačnih razlogov dalj časa ležati, je potrebno skrbno paziti na pravilen položaj kolkov, kolen in stopal. Kolka in kolena morajo biti iztegnjeni, stopali pa oprti ob posteljno stranico ali kocko. Potrebno je pogosto obračanje in če pacientova dihala to dopuščajo, ga polagamo tudi na trebuh. Vsekakor ostaja glavni cilj rehabilitacije starostnika z ZSV, da ga čim prej spravimo pokonci (22).

Zagotavljanje upravljanja bolečin in zadovoljevanje fizičnih in psiholoških potreb pri zdravstveni negi za paciente pri odpustu iz bolnišnice ter zagotavljanje ustrezne kakovosti življenja so ključni dejavniki pri razvoju zdravstvene nege. Pri tem je treba upoštevati okoliščine za okrevanje in se truditi za izboljšanje življenja po odpustu iz bolnišnice (23).

#### **4.5 Vloga medicinske sestre pri rehabilitaciji**

Zdravstvena nega predstavlja prvi korak medicinske rehabilitacije, posebno pri nepomičnih in težko pomičnih pacientih. Zdravstveno nego izvaja in koordinira medicinska sestra. Čim večja je nepokretnost, tem večja je potreba po negi. Pravilno izvajana nega lahko prepreči invalidnost, slaba pa je vzrok vrsti komplikacij (kontrakture sklepov, razjede zaradi pritiska, infekcije itd.), ki predstavljajo večji riziko za nastanek invalidnosti. Medicinska sestra je poleg negovalke tudi prva inštruktorica, koordinatorica in osnovna psihoterapevtka (16). Vpliva lahko na njegova pričakovanja, če pozna zmožnosti in raznolike postopke sodobne rehabilitacije. Skupaj s pacientom se veseli napredka v njegovih sposobnostih opravljanja vseh dnevnih aktivnosti in mu svetuje dodatne ukrepe na nadaljnja izboljšanja. Ostalim članom skupine lahko poda dragocene informacije o pacientovih težavah pri opravljanju aktivnosti. V obliki patronažne službe se približa tudi pacientovemu domačemu okolju, kjer



---

lahko svetuje različne spremembe za izboljšanje pacientovega delovanja, k sodelovanju pa pritegne tudi svojce prizadetega. Svetuje lahko pacientu in svojcem, na katere ustanove in strokovnjake se lahko obrnejo za ustrezno pomoč med rehabilitacije. Seveda pa mora pri tem poznati osnove rehabilitacije, njeno organizacijo in naloge vsakega člana rehabilitacijske skupine (16).

### **Medicinska sestra kot negovalka**

- skrbi za osnovno higieno pacienta, postelje, sobe in pripomočkov;
- skrbi za preprečevanje razjed zaradi pritiska (redno obračanje, opazovanje in nega kože);
- skrbi za preprečevanje motenj venske cirkulacije (podlaganje nog, kompresivni zavoji);
- skrbi za izločanje in odvajanje pri nepomičnih pacientih (nadzor, ocena in higiena);
- Skrbi za preprečevanje kontraktur in deformacij sklepov (pravilno nameščanje).

Medicinska sestra uči pacienta samostojnega izvajanja osebne nege in ga v sodelovanju s fizioterapevtom in delovnim terapevtom usposablja za izvajanje dnevnih aktivnosti (16). Medicinska sestra kot koordinatorica skrbi za izvajanje dnevnega načrta rehabilitacije, usklajuje urnik programa in ga prilagaja dnevnemu ritmu pacienta. Medicinska sestra kot osnovna psihoterapevtka nastopa neposredno v dnevnem stiku s pacienti, saj je praviloma tisti član skupine, ki je dnevno najdlje v njihovi bližini. Pri procesu rehabilitacijskega programa je vloga medicinske sestre zelo pomembna, kajti pacient je postal stekališče mnogih strokovnih tokov. Naloga medicinske sestre v stopnjah intenzivnega, diagnostičnega, terapijskega in rehabilitacijskega prizadevanja je, da ohrani celovitost njegove osebnosti. Kakovost njenega dela je odvisna predvsem od stopnje njene osebnostne zrelosti in strokovnega znanja. Na to vplivajo njene osebnostne in značajske lastnosti, na primer čustvena toplina, obzirnost, nesebičnost, primerna inteligenca, razgledanost, interesi, čustvena zrelost, sposobnost samokontrole, življenjski optimizem, sposobnost opazovanja, čut za odgovornost, iznajdljivost, prilagodljivost, dober spomin, sposobnost poučevanja ljudi, organizacijska sposobnost, redoljubnost itd. (16).

Prav je, da vsakemu pacientu, ne glede na starost, šibko zdravstveno stanje, psihično stanje in splošno kondicijo, damo upanje na ponovno usposobljenost za hojo in samostojno življenje.

---

Vsaka sprememba okolice je velik stres za starostnika. Ker zelo težko sprejema novo okolje, moramo biti še posebno pazljivi in pozorni ob njegovem sprejemu (16). Prvi kontakt medicinska sestra-pacient je za rehabilitacijo izrednega pomena. Prav od medicinske sestre je veliko odvisno, kako se bo pacient počutil in vživel v novo okolje in koliko bo napredoval v rehabilitacijskem procesu.

Na kaj mora biti medicinska sestra še posebej pozorna ob sprejemu starostnika oziroma rehabilitanta:

- zunanji videz (urejenost, bolezensko stanja, izsušenost itd.),
- higienske navade,
- ohranjenost vida in sluha,
- prizadetost okončine (zatekanje, operativna rana),
- turgor kože, razjede zaradi pritiska,
- prehranske navade – dieta,
- vitalne funkcije – pulz, krvni tlak, telesna temperatura,
- samostojnost pri dnevni aktivnosti in hoji,
- možna kronična obolenja,
- zdravila, ki jih redno uživa.

Tem prvim opazanjem medicinska sestra prilagodi načrt zdravstvene nege pacienta in potrebo po pripomočkih (invalidski voziček). Cilj rehabilitacije starostnika je, da ga čim prej osamosvojimo, zlasti pri opravljanju dnevnih aktivnosti (slačenje, oblačenje, uporaba stranišča, hranjenje), da je čim manj odvisen od tuje pomoči (16).

Pri svojem delu ne smemo gledati na to, česa ti ljudje ne zmorejo več, ampak predvsem na tisto, kar še zmorejo, izkoristiti moramo preostale zdrave dele telesa in neizkoriščene skrite moči v telesu. Spoznati moramo tudi posledice, ki jih je poškodba ali bolezen povzročila in zapustila na rehabilitantovi ali starostnikovi duševnosti in jih pri svojem delu upoštevati. Zato imamo organizirane prostočasne aktivnosti (16). Izkušnje sodobnih rehabilitacijskih ustanov v svetu kažejo, da ima ustrezno organiziran način preživljanja prostega časa pacientov velik vpliv na njihovo čim hitrejšo psihosocialno rehabilitacijo, preko tega tudi na njihovo sodelovanje pri rehabilitacijskih postopkih in s tem tudi na uspešnost njihove celovite

---

rehabilitacije nasploh (16). Starostnika moramo postopoma pripravljati na odpust z zdravstveno vzgojo, s pogovori s svojci in s posredovanjem socialne službe, če je to potrebno. Pacientu damo napotke o rehabilitaciji doma, napotke o pravilni prehrani za ohranjanje čim boljše kondicije. Seznanimo ga o kontrolnih pregledih itd. Medicinska rehabilitacija pri gerontologiji ima namen, da starejšega človeka vrne v življenje in ga rehabilitira tako, da bo v vsakdanjem življenju zmožen osnovnih življenjskih opravil brez pomoči drugih (16).

#### **4.5.1 Pomen telesne aktivnosti**

Dolgotrajna hospitalizacija lahko pri starostniku povzroči številne zaplete, ki niso v neposredni zvezi z boleznijo, zaradi katere je bil hospitaliziran, vendar vplivajo na potek zdravljenja in slabijo njegovo psihofizično zmogljivost. Te zaplete označujemo s skupnim imenom hospitalizacijski sindrom (hospitalizem). Vzroki za razvoj tega sindroma so predvsem trije: sprememba fizičnega okolja, sprememba socialnega okolja in imobilizacija. Posledice se kažejo v obliki depresivnega razpoloženja, ki sčasoma prehaja v zmedenost, vse večji nesamostojnosti pri gibanju in opravljanju vsakdanjih opravil, kar lahko povzroči popolno odvisnost od tuje pomoči. Za preprečitev nastanka tega sindroma je zlasti pomembno, da je hospitalizacija čim krajša in da takoj, ko opazimo prve znake, začnemo izvajati preventivni rehabilitacijski program. Zelo pomembno je, da v ta program vključimo tudi ožje sorodnike. Preko te kontaktne osebe je vzpostavljena povezava z novim okoljem, tako da se lažje prilagodijo in sprejmejo hospitalizacijo (7).

#### **4.5.2 Rehabilitacija starejšega pacienta v domačem okolju**

Osnovni cilj rehabilitacije v osnovnem zdravstvu je doseganje najboljšega možnega delovanja starejšega pacienta v njegovem okolju. Zato je potreben celosten pristop k pacientu in kakovostno sodelovanje različnih ljudi: pacienta in njegovih bližnjih, različnih profilov zdravstvenih (zdravniki, fizioterapevti, patronažne sestre, delovni in govorni terapevti) ter nezdravstvenih delavcev (negovalci starejših, prostovoljci, socialni delavci), kakovostna podpora vladnih, nevladnih ter profitnih in drugih organizacij ter servisov.

#### **Pacientova okolica**

Zdravstveni delavci svojcem dajo navodila in jih naučijo osnovnih aktivnosti v zvezi z rehabilitacijo starega svojca. Zelo pomembno je tudi, da se, preden se pacient vrne v domače okolje, pripravi vse potrebno za njegov prihod. Pohvalno je, da marsikdaj bolnišnična zdravstvena skupina že svetuje pacientom in svojcem, kaj je potrebno pripraviti (na primer

---

hodulja, bergle, voziček, prostostoječi trikotnik, bolniška postelja, blazina proti razjedam zaradi pritiska in podobno) za uspešno nadaljevanje rehabilitacije. V skladu z navodili in napotnicami za tehnične pripomočke lahko pripravimo za pacienta najprimernejše okolje. To so na prvi pogled ne preveč nujni pripomočki, ki pa pomembno zvišajo raven samostojnosti pacienta in s tem tudi zmanjšajo potrebno po človeški pomoči (22).

## **5 ZDRAVSTVENA NEGA STAROSTNIKA PO ZLOMU KOLKA – ŠTUDIJA PRIMERA**

### **5.1 Namen in cilj raziskave**

Namen in cilj diplomske naloge je na teoretični ravni predstaviti problematiko zlomov kolka pri starostnikih, predstaviti pomen kakovostne zdravstvene nege, vlogo medicinske sestre kot izvajalke zdravstvene nege in pomen bolnišnične rehabilitacijske obravnave starostnika po zlomu kolka. Namen študije primera je oblikovanje negovalnih diagnoz, ki so bile prisotne pri obravnavanem pacientu v času zdravljenja na kliničnem oddelku za travmatologijo.

### **5.2 Materiali in metode**

V diplomski nalogi je uporabljena deskriptivna ali opisna metoda dela s pregledom literature. Literaturo je izbrana iz različnih strokovnih publikacijah in člankov, ki obravnavajo tovrstno tematiko.

Predstavljena je študija primera, ki vključuje pacienta – starostnika po zlomu kolka, ki se je zdravil na kliničnem oddelku za travmatologijo v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani. Sodelovanje pacienta je bilo prostovoljno, čemur priča podpisana izjava Privolitev za sodelovanje. Soglasje ni priloženo zaradi anonimnosti pacienta, je pa dostopno pri avtorici diplomskega dela. Obravnava je potekala po teoretičnem modelu Virginie Henderson, opravljena je bila ocena trenutnega stanja pacienta na dan sprejema, 9. 1. 2011, negovalne diagnoze in cilji so bili postavljeni drugi dan po operativnem posegu, vrednotenje pa četrty dan po operativnem posegu. Operativni poseg je bil 11. 1. 2011. Negovalne diagnoze so bile povzete po priročniku avtorice Marjory Gordon, zaslužne profesorice zdravstvene nege in psihologije, avtorice večine negovalnih diagnoz, ki jih je objavila NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). S pridobljenimi podatki sem želela ugotoviti, kakšen vpliv ima ustrezen pristop na rehabilitacijo (24).

### **5.3 Ocena trenutnega stanja na dan 9. 1. 2011**

Petinosemdesetletna gospa S. D. je ponoči padla doma, ko je šla na stranišče. Zavrtelo se ji je, spotaknila pa se je tudi ob preprogo. Po sprejemu v urgentni kirurški blok Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani so ji po rentgenskem slikanju postavili diagnozo *Fractura colli femoris dex*. Pacientka živi v hiši skupaj z možem, ima sina in hčer, sin živi v isti hiši v

---

ločenem gospodinjstvu. Ima dva vnuka, je upokojena delavka. Pacientka je bila do 70. leta dokaj zdrava, potem so se ji začele pojavljati zdravstvene težave, ki so ji spremenile način življenja. Pet let se zdravi zaradi arterijske hipertenzije, hiperlipidemije in depresije. Prejema naslednjo terapijo:

**Asentra 50 + 100 mg**

Asentra je zdravilo za zdravljenje depresivnih motenj s tesnobo ali brez nje, paničnih motenj (kratka obdobja velike tesnobe ali paničnih napadov), obsesivno-kompulzivnih motenj (prisilne misli, rituali pri vedenju) (28).

**Loram 2,5 mg, zvečer**

Loram je zdravilo, ki spada v skupino benzodiazepinov in zmanjša psihično napetost ter uravnava ritem budnosti in spanja. Zdravilo loram se uporablja za kratkotrajno zdravljenje nespečnosti, ki je povezana s strahom in tesnobo (28).

**Coupet 10 mg, zvečer**

Coupet je zdravilo za zmanjšanje ravni holesterola in serumskih lipidov (28).

**Anaton 20 mg/12,5 mg, zjutraj**

Anaton je zdravilo za zdravljenje hipertenzije (visokega krvnega tlaka) (28).

**Enap 20 mg, zjutraj**

Enap je zaviralec angiotenzijske konvertaze. Uporablja se za zdravljenje hipertenzije (28).

Pacientka kontrolne preglede izvaja pri izbranem zdravniku. Z odvajanjem in izločanjem doma ni imela težav, na blato je šla enkrat na dan, na vodo je čutila in šla približno pet- do šestkrat na dan. Doma se je sama primerno oblekla in poskrbela za ustrezno mikroklimo. Dnevno je pojedla tri glavne obroke, sadje, popila je liter in pol čaja, vode ali kompota. Doma kuha sama. Pred poškodbo je hodila samostojno brez pomoči. Že od doma prejema terapijo za spanje, ker težko zaspi. Pove, da zvečer popije toplo mleko in vzame tableto, nato zaspi in se ne prebuja, razen če mora na stranišče. Doma spi od 23. do 6. ure zjutraj. Sama poskrbi za osebno higieno, je higiensko in estetsko urejena. Pri oblačenju in slačenju doma ni imela težav, uredila se je sama. Pred poškodbo je živela umirjeno življenje, rada je opravljala gospodinjska dela in kuhala za svoje bližnje. V poletnih mesecih je dneve preživljala zunaj na vrtu, pozimi veliko bere in gleda televizijo. Svoje zaskrbljenosti in depresivnega stanja ne zna točno definirati oziroma opisati, pove samo, da je bila zaskrbljena zaradi bolezni, ki so se pojavile pred petimi leti. Je zelo komunikativna, verskih potreb ne izraža.

---

## 5.4 Načrt zdravstvene nege

### 1. Izločanje in odvajanje

#### Ugotovljeno stanje

Pacientka z izločanjem in odvajanjem blata doma ni imela težav, na blato je šla enkrat na dan. Na vodo je šla štiri- do petkrat na dan. Pri tem ni navajala nobenih težav. Pacientka je ob sprejemu v bolnišnico dobila stalni urinski kateter. Z uvedbo se je strinjala in je celo sama prosila za to rešitev, saj zaradi bolečin v nogi ni bila sposobna sedeti na posteljni posodi

Problem	Vzrok	Simptomi
Nevarnost infekcije sečil	Prisotnost umetne poti (stalni urinski kateter)	

#### Negovalna diagnoza

Nevarnost infekcije (24).

#### Cilji zdravstvene nege

- Pacientka bo izločala urin preko stalnega urinskega katetra.
- Urin bo bister in brez primesi.
- Diureza bo vsaj 1500 ml v 24 urah.
- Koža v anogenitalnem predelu bo suha brez rdečine.
- Urinski kateter bo odstranjen četrty dan po operaciji.
- Pacientka bo četrty dan po operaciji čez dan s spremstvom hodila na stranišče, ponoči bo poklicala za nočno posodo.

#### Negovalne intervencije

- Spodbujati k pitju tekočine.
- Meriti bilance tekočin in dokumentiranje.
- Prazniti urinske vrečke, ko je v njej dve tretjini urina.
- Namestiti urinske vrečke nižje od mehurja na posteljno ogrodje.
- Namestiti varovala za stalni urinski kateter na stegno pacientke, kar preprečuje poškodbe sečnice.
- Opazovati (preprečiti upognjenost ali stisnjenost drenažne cevi).
- Izvajati anogenitalno nego trikrat na dan oziroma po vsakem odvajanju.

- Mazati anogenitalni predel s hladilnim mazilom.
- Pred odstranitvijo urinskega katetra utrjevati mehur.
- Zagotoviti dostop do tekočine.

#### **Samostojne aktivnosti**

- Večkrat ponuditi tekočine.
- Nadzorovati in beležiti količino zaužite tekočine.

#### **Kolaborativne aktivnosti**

- Poročati zdravniku v primeru prenizkega vnosa tekočine.

#### **Vrednotenje**

- Pacientka izloča urin preko stalnega urinskega katetra.
- Urin je bister in brez primesi.
- Diureza je od 1500–1700 ml v 24 urah.
- Koža v anogenitalnem predelu je suha.
- Urinski kateter je odstranjen četrty dan zjutraj.
- Preko dneva na stranišče hodi s spremstvom, ponoči enkrat do dvakrat pokliče za nočno posodo.

## **2. Prehranjevanje in pitje**

### **Ugotovljeno stanje**

V bolnišnici ima predpisano osnovno bolnišnično prehrano. Pacientka pravi, da nima najboljšega apetita, potrebuje veliko spodbude pri prehranjevanju in pitju.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Pacientka nima apetita in odklanja hrano	Depresivno stanje, bolečina	Neješčnost, odklanjanje hrane, hujšanje

### **Negovalna diagnoza**

Neuravnovešena prehrana, manj kot telo potrebuje, prehrambni deficit (24).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Pacientka bo poučena o pomembnosti zadostnega prehranjevanja in pitja.
- Pacientka bo pojedla vsaj tri obroke dnevno: zajtrk v celoti, kosilo in večerjo, za malico bo pojedla sadje ali jogurt.



- 
- Pacientka ne bo izgubljala teže.
  - Pri hranjenju bo aktivno sodelovala.
  - Preko dneva bo zaužila vsaj 1500 ml tekočine per os.
  - Po hranjenju se bo počutila dobro.
  - Četrty dan bo jedla samostojno za mizo v sobi.

### **Negovalne intervencije**

- Poučiti o pomenu ustrezne prehrane in pitju tekočin ter jo spodbujati.
- Meriti bilanco tekočin, nadzorovati zaužito hrano in dokumentirati.
- Tri dni po operaciji pacientki servirati obroke na posteljno mizico ter zagotoviti mirno in spodbudno okolje.
- Ponuditi tekočino in vrste pijače prilagoditi pacientkinim željam.
- Pomagati, da si umije ali razkuži roke.
- Pomagati pri namestitvi zobne proteze.
- Namestiti v udoben položaj (sedeči), mizico namestiti v višini komolcev.
- Četrty dan servirati obroke za mizo v sobi.

### **Samostojne aktivnosti**

- Četrty dan ji povijemo noge in jo pospremimo, da glavne obroke poje za mizo v bolniški sobi.

### **Kolaborativne aktivnosti**

- V primeru neješčnosti ali hujšanja obvestiti zdravnika.
- Vključitev drugih služb – služba za bolnišnično prehrano.

### **Vrednotenje**

- Pacientka četrty dan samostojno za mizo poje tri obroke.
- Zaužije 1500 ml čaja.
- Za dopoldansko in popoldansko malico poje sadje ali jogurt.
- Pacientka se zaveda pomembnosti prehranjevanja in pitja. Po hranjenju se dobro počuti.
- Pacienta ni izgubila telesne teže.

---

### 3. Gibanje in ustrezna nega

#### Ugotovljeno stanje

Pacientka potrebuje delno pomoč pri spreminjanju lege v postelji, pri posedanju in hoji..

Problem	Vzrok	Simptomi
Nezmožnost samostojne hoje	Bolečina, pooperativno stanje, zmanjšana moč desne noge, strah pred padcem	Uporaba pripomočka za hojo, potreba po drugi osebi pri hoji, nesigurna počasna hoja, nemotiviranost za gibanje, bolečine VAS je 4

#### Negovalna diagnoza

Mobilnost, nepopolna telesna mobilnost (III. stopnja, potrebuje pomoč tretje osebe in otropejske pripomočke) (24).

#### Cilji zdravstvene nege

- Pacientka bo obvarovana pred padcem pri hoji in vstajanju iz postelje.
- Med hojo se bo počutila varno.
- Pacientkina bolečina bo zmanjšana na VAS 2.
- Pacientka bo pravočasno vzela analgetik.
- Pacientka bo četrty dan samostojno ob spremstvu medicinske sestre s hoduljo hodila do stranišča in do jedilne mize, ko bo poklicala.
- Pacientka bo sama spreminjala lego v postelji in bo upoštevala pravilne tehnike posedanja in obračanja.

#### Negovalne intervencije

- Drugi dan po operaciji sedeti s povitimi nogami čez posteljni rob dvakrat dnevno ob nadzoru medicinske sestre v dopoldanskem in popoldanskem času po malici.
- Sodelovati s fizioterapijo pri poučitvi vstajanja iz postelje (vstajanje na strani operirane noge).
- Sodelovati s fizioterapijo pri poučitvi o pravilni tehniki uporabe hoduljice (hodulja, bolna noga, polaganje do bolečine, zdrava noga).
- Tretji dan po operaciji hoditi ob spremstvu medicinske sestre do roba postelje dvakrat dnevno v dopoldanskem in popoldanskem času po malici.

- 
- Četrty dan po operaciji pacientko ob spremstvu odpeljati do stranišča.
  - Posteljo znižati na višino, da se bo pacientka dotaknila tal.
  - Spodbujati pacientko k samostojni hoji ob spremstvu.
  - Poučiti pacientko o pravilnem obračanju in posedanju v postelji s pomočjo trapeza in posteljne ograjice.
  - Spodbujati k izvajanju fizioterapije po programu.

#### **Samostojne aktivnosti**

- Pomoč pri obračanju v stranski položaj, tako da gleda proti medicinski sestri in je obrnjena na neoperirani kolk.
- Pomoč pri dviganju.
- Spremljevanje pacientke in poučitev o pravilni tehniki hoje oziroma obremenjevanju noge (hodulja, bolna noga, polaganje do bolečine, zdrava noga).
- Spodbujanje k izvajanju vaj v postelji, kar jo je naučil fizioterapevt.

#### **Vrednotenje**

- Pacientka gre samostojno ob spremljavi medicinske sestre do stranišča in do jedilne mize.
- Pacientkina bolečina je zmanjšana na VAS 2.
- Pacientka pravočasno vzame analgetik.
- V dopoldanskem času dejavno sodeluje s fizioterapijo, popoldne sama telovadi v postelji.
- Pacientka sama spreminja lego v postelji in se zaveda pomena pravilnih tehnik obračanja in posedanja in hoje.

### **4. Spanje in počitek**

#### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka pove, da s spanjem doma ni imela težav, če je zvečer vzela predpisano terapijo (loram, 2,5 mg) Ponavadi je pred spanjem spila še kozarec toplega mleka. Spala je neprekinjeno od 23. do 6. ure zjutraj, zbudila se je samo, če je morala na stranišče. V bolnišnici navaja težave s spanjem, pogosto se prebuja, zjutraj se zbudi nenaspana.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Pacientka se ponoči večkrat prebuja	Bolečine, hrup na oddelku, neudobna lega, zaskrbljenost	Zjutraj vidni podočnjaki okoli oči, poročala o zaskrbljenosti in nespečnosti, spanje preko dneva

### **Negovalna diagnoza**

Spanje, motnje spanja (24).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Preko dneva bo preko dneva bolj aktivna.
- Pacientka bo v času hospitalizacije spala neprekinjeno vsaj pet ur na noč.
- Pacientka bo zjutraj poročala o naspanosti in spočitosti.

### **Negovalne intervencije**

- Zaposlitev pacientke čez dan z različnimi aktivnostmi (telovadba v postelji, večkratno vstajanje in posedanje preko dneva čez posteljni rob).
- Higienško oskrbeti pred spanjem.
- Pred spanjem pacientki ponuditi kozarec toplega mleka.
- Zagotoviti mir v bolniški sobi.
- Zatemniti prostor.
- Urediti mikroklimo.
- Pomiriti pacientko s pogovorom.
- Namestiti v udoben položaj.
- Aplicirati predpisano terapijo po naročilu zdravnika.
- Zagotoviti mir na oddelku (zmanjšati ropot, utišati govorjenje).
- V primeru nespečnosti in kljub vsem izvedenim aktivnostim ter predpisani terapiji obvestiti zdravnika.

### **Samostojne aktivnosti**

- Spodbujanje in pomoč pri dnevni aktivnosti.
- Osvežilna kopel, ustna nega.
- Zračenje sobe.

- Namestitev klicne naprave na doseg rok.
- Pogovor in pomiritev.
- Aplikacija terapije (uspavalo in po potrebi analgetik).
- Ponuditi toplo mleko
- Pomoč pri namestitvi v udoben položaj.

#### **Kolaborativne aktivnosti**

- Po potrebi vključitev psihiatra.

#### **Vrednotenje**

- Pacienta je preko dneva bolj aktivna.
- Pacienta je spala neprekinjeno pet ur.
- Pacienta zjutraj poroča o naspanosti in spočitosti.

### **5. Izogibanje nevarnostim v okolju**

#### **Ugotovljeno stanje**

Pacientka je seznanjena in se zaveda, da lahko zaradi nestabilne hoje ponovno pade, zato vedno prosi za pomoč pri hoji. Tudi na postelji ima nameščeno zaščitno ograjico. Pacientka ima strah pred samostojno hojo.

<b>Težava</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Nevarnost padca	Nepravilna uporaba hodulje, pooperativno stanje	

#### **Negovalna diagnoza**

- Nevarnost padcev (24). Nevarnost poškodbe zaradi nestabilne hoje po zlomu kolka.

#### **Cilj zdravstvene nege**

- Pacientka bo obvarovana pred ponovnim padcem.
- Pacientkin strah bo zmanjšan.
- Pacientka ne bo poškodovana.
- Pacientka bo pravilno uporabljala ortopedski pripomoček (hoduljo).

#### **Negovalne intervencije**

- Poučiti o pomenu varnosti.
- Pomagati pri hoji.

- Poučiti o pravilni uporabi hodulje.
- Skrbeti za varnost pacientke pri hoji.
- Obuti neдрseče copate.
- Namestiti ograjice.

### **Samostojne aktivnosti**

- Poučitev pacienta o pomenu varnosti, zagotovitev suhih tal, uporaba ustrezne obutve, ki ne drsi in se oprime noge ter nima visoke pete.
- Odstranitev motečih dejavnikov (npr. stol).
- Poučitev pacienta o pravilni uporabi hodulje (hodulja mora na tleh vedno stati na vseh štirih nogah, pacient mora stati na sredini hodulje in se čvrsto držati za držala, hoduljo premika naprej za 15–20 centimetrov ali pa jo pomika na eni in nato na drugi strani, bolno nogo postavlja naprej in se pri tem opre na roke in zdravo nogo).

### **Kolaborativne aktivnosti**

- O morebitnih zapletih (huda bolečina, ki ob analgetiku ne popusti, zvrnjenost noge navzven itd.) obvestiti zdravnika.

### **Vrednotenje**

- Pacientka je obvarovana pred ponovnim padcem.
- Pacientkin strah je zmanjšan.
- Pacientka pravilno uporablja ortopedski pripomoček.

## **6. Osebna higiena in urejenost**

### **Ugotovljeno stanje**

V bolnišnici potrebuje pomoč pri vzdrževanju osebne higiene. Sama si umije zgornji del telesa, naredi ustno nego in si uredi lase. Spodnji del telesa in anogenitalno nego izvaja medicinska sestra. Pacientka ima suho kožo, vendar se vsako jutro namaže z mlekom za telo, obraz si namaže s kremo, rada poskrbi za svoj videz. Pacientka ima zgornjo in spodnjo protezo.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Nezmožnost samostojnega izvajanja osebne higiene	Pooperativno stanje	Neprijeten vonj

---

### **Negovalna diagnoza**

- Samonega, zmanjšana zmožnost samostojnega oblačenja in osebne urejanje spodnjega dela telesa, III. stopnja (24).

### **Cilji zdravstvene nege**

- Pacientka bo sodelovala po svojih najboljših močeh.
- Pacientka bo čista in urejena (koža bo čista, brez sprememb).
- Pacientka si bo sama umila zgornji del telesa in obraz.
- Pacientka si bo samostojno umila zobe (ustna votlina bo čista, navlažena, neobložena in nepoškodovana. Zobna proteza bo čista.
- Pacientka se bo sama počesala.
- Pacientkino počutje bo dobro.

### **Negovalne intervencije**

- Dnevno oceniti pacientove sposobnosti in zmožnosti izvajanja osebne higiene.
- Spodbujati pri samooskrbi.
- Pomagati pri izvajanju osebne higiene (pacientki pripraviti umivalnik, vrč s toplo vodo, krpice za umivanje, brisačo).
- Izvajati anogenitalno nego trikrat na dan oziroma po vsakem odvajanju.
- Pripraviti pripomočke za ustno higieno trikrat na dan.
- Vzdrževati suho kožo v kožnih gubah, kožo mazati s hladilnim mazilom.
- Menjavati posteljno peril zjutraj po umivanju, preko dneva po potrebi.
- Dnevno v dopoldanskem času ocenjevati ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska po Waterlow shemi in upoštevati preventivne ukrepe.
- Opazovati mesta, ogrožena za nastanek razjede zaradi pritiska.

### **Samostojne aktivnosti**

- Zagotovitev zasebnosti v sobi.
- Zagotovitev vseh pripomočkov, ki jih potrebujemo za nego.
- Opazovanje kože.
- Spodbujanje pacientke k samostojnemu izvajanju osebne higiene

---

## Kolaborativne aktivnosti

- /

## Vrednotenje

- Pacientka sodeluje po najboljših močeh.
- Sama si umije zgornji del telesa.
- Sama si umije zobe.
- Ustna votlina je čista.
- Pacientkino počutje je dobro.

## 7. Odnosi z ljudmi in izražanje čustev

### Ugotovljeno stanje

Pacientka ima bolečine v desnem kolku, ki ob obremenitvi postanejo močnejše, pogosto občuti strah, ker ne ve, kako bo zase skrbela doma. Izraža zaskrbljenost pred ponovnim padcem. Pacientka je časovno in krajevno orientirana in zelo komunikativna.

Problem	Vzrok	Simptomi
Zaskrbljenost	Pooperativno stanje	Žalost, ponavljajoča vprašanja glede odpusta iz bolnišnice

### Negovalna diagnoza

- Strah (24).
- Zaskrbljenost zaradi negotovosti o prihodnosti.

### Cilji zdravstvene nege

- Pacientka bo razumela informacije, ki jih bo dala medicinska sestra.
- Pacientka ne bo izražala velike zaskrbljenosti glede prihodnosti.
- Seznanjena bo z odpustom in poučena o morebitni pomoči doma.
- Vzpostavljen bo zaupljiv odnos med pacientom in medicinsko sestro.
- Pacientka bo motivirana in izražala bo svoje želje.

### Negovalne intervencije

- Pogovoriti se s pacientko in upoštevati njene želje.
- Tolažiti pacientko.



- Vzpostaviti zaupljiv odnos s pacientko in njenimi svojci.
- Dajanje navodil v pisni in ustni obliki pacientki in svojcem o tem, kam se obrniti za dodatno strokovno pomoč.

#### **Samostojne aktivnosti**

- Vzpostavitev prijetnega odnosa med pacientko in medicinsko sestro.
- Odgovarjanje na vprašanja pacientke.
- Informiranje pacientke o njeni poškodbi, napredku zdravljenja in spodbujanje.
- Razjasnitev morebitnih nejasnosti.

#### **Kolaborativne aktivnosti**

- Vključevanje klinične psihologinje v proces zdravljenja.

#### **Vrednotenje**

- Vzpostavljen je zaupljiv odnos med pacientko in medicinsko sestro.
- Pacientka razume informacije, ki jih je dobila od medicinske sestre.
- Pacientka izraža svoje želje in potrebe, glede svoje prihodnosti in odpusta iz bolnišnice je manj zaskrbljena.

### **8. Bolečina**

#### **Ugotovljeno stanje**

V bolnišnici pogosto toži za bolečinami v kolku. Bolečina je bila večkrat ocenjena VAS 5.

<b>Problem</b>	<b>Vzrok</b>	<b>Simptomi</b>
Bolečina	Pooperativno stanje	Trpeč pogled, nezadostno sodelovanje s fizioterapijo

#### **Negovalna diagnoza**

- Bolečina (VAS 5) (24).
- Izraz bolečine na obrazu, trpeč pogled, spremenjen mišični tonus.

#### **Cilji zdravstvene nege**

- Pacientkina bolečina bo zmanjšana na vsaj VAS 2.
- Pacientka bo pravočasno vzela analgetik.
- Pacientka se bo znala sama namestiti v udoben položaj, ki ji bo zmanjšal bolečino.
- Pacientka bo ustno poročala o zmanjšani bolečini.

---

### **Negovalne intervencije**

- Pomagati pri namestitvi v udoben položaj za zmanjšanje bolečin.
- Namestiti hladne obloge na bolečo nogo (kriopak).
- Preusmeriti bolečino z branjem, gledanjem televizije.
- Poučiti o pomenu jemanja analgetične terapije pred fizioterapijo.
- Aplicirati analgetik po naročilu zdravnika.

### **Samostojne aktivnosti**

- Pomoč pacientki pri namestitvi v udoben položaj.
- Zagotoviti, da pravočasno dobi analgetično terapijo (pred fizioterapijo).
- Ocenjevanje bolečine enkrat v turnusu in pred aplikacijo analgetika.

### **Kolaborativne aktivnosti**

- /

### **Vrednotenje**

- Bolečina je zmanjšana na VAS 2 oziroma v mirovanju ni prisotna.
- Pacientka pravočasno vzame analgetik.
- Pacientka se zna sama namestiti v udoben položaj, ki ji zmanjša bolečino.
- Pacientka poroča o zmanjšani bolečini.

## 6 RAZPRAVA

Uspešna rehabilitacija starostnikov po zlomih kolka je zanje življenjskega pomena. Je zahtevna in uspešna samo, če so izpolnjeni vsi pogoji – ustrezna kirurška oskrba, pravilno načrtovana in izvedena rehabilitacija, motivacija pacienta in sodelovanje njegove neposredne okolice (1).

Poškodovani starostniki so težji kirurški pacienti, a ne toliko zaradi težkega operativnega zdravljenja kot zaradi težav pri vseh drugih vidikih: priprava na operacijo, nega in rehabilitacija. V literaturi lahko zasledimo veliko teoretičnih zasnov o zdravstveni negi pacienta po zlomu kolka, vendar je vsak človek edinstven in svoje težave sprejema različno, zato za vsakega pacienta drugače oblikujemo proces zdravstvene nege, čeprav je medicinska diagnoza enaka. Iz opisanega je razvidno, da je poškodba kolka pacientki zelo spremenila življenje, saj pri določenih aktivnostih ni več povsem samostojna, vendar je stanje po poškodbi sprejela, v rehabilitacijskem procesu je sodelovala in s pomočjo rehabilitacijske skupine povečala tudi stopnjo samooskrbe. Pri obravnavani pacientke so bile izpostavljene negovalne diagnoze s področja izločanja in odvajanja, prehranjevanja in pitja, spanja in počitka, gibanja, izogibanja nevarnostim v okolju, izražanja čustev, bolečin, osebne higiene in urejenosti, saj so se le pri teh izkazale potrebe po pomoči medicinske sestre.

### **Osebna higiena in urejenost**

Osebna higiena je izrednega pomena za dobro počutje in delovanje človeka. Telesna čistoča in urejenost je aktivnost, ki omogoča zadovoljevanje osebne higiene in urejenosti, kar je pogoj za ohranitev zdravja in dobrega počutja (29).

Pri načrtovanju zdravstvene nege medicinska sestra upošteva pacientovo sposobnost samooskrbe, motiviranost za sodelovanje, prisotnost bolečine, predpisani položaj in omejitve pri gibanju (30).

Koža potrebuje posebno pozornost. Največja nevarnost so razjede zaradi pritiska, ki lahko nastopijo kot zelo zgoden zaplet. Razjede zaradi pritiska nastanejo zaradi oslabiljenega perifernega krvnega obtoka in slabše oksigenacije tkiv in kože, dolgotrajnega ležanja, slabe prehranjenosti pacienta in inkontinence (31).

---

Pacientka si je sicer umila zgornji del telesa, uredila lase in umila zobe, pomoč je potrebovala pri anogenitalni negi in umivanju spodnjega dela telesa. Intervencije zdravstvene nege so bile usmerjene k ohranjanju intaktnosti kože in sluznice.

### **Prehranjevanje in pitje**

Hrana in pijača sta za človekovo preživetje nujno potrebni, saj omogočata rast in razvoj organizma, regeneracijo celic, sintezo hormonov, produkcijo energije in nenazadnje splošno dobro počutje. Vse omenjeno bistveno prispeva k okrevanju po poškodbi in operativnem posegu. Glede na to, da je pacientka navajala slabši apetit, je bilo vitalnega pomena poučiti jo o pomenu ustreznega vnosa hrane in tekočine. S tem se je pozitivno naravnala in se zavedala pomembnosti zadostnega prehranjevanja in pitja. Telesne teže ni izgubila, znakov izsušenosti ni imela, bilanca tekočin je bila sorazmerna glede na vnos.

### **Gibanje in ustrezna lega**

Gibanje je kot telesna aktivnost večplastna in zapletena življenjska funkcija. Vpliva na druge funkcije človeka in je tudi sama odvisna od mnogih vplivov. Razen telesne konstitucije, starosti in drugega, vpliva na človeka in njegovo gibanje tudi njegovo psihično, duševno stanje (32).

Pri pacientki je bilo gibanje omejeno zaradi bolečine in zmanjšane moči desne noge zaradi bolečine po operativnem posegu. Posledično se je gospa bala ponovnega padca. Naloga medicinske sestre je, da se z vzgojnimi ukrepi spodbuja pacientko k večji telesni aktivnosti in se ji predstavi prednost rekreacije. Telesna aktivnost naj bo prilagojena pacientovim zmožnostim. Gibanje je že samo po sebi sredstvo za krepitev zdravja, včasih pa je tudi sestavni del zdravljenja. Zato je treba omogočiti pripomočke za hojo, spremstvo pri hoji in motivacijo za gibanje. Problem je bila tudi bolečina, a je tudi ta ob jemanju analgetikov in namestitvi v udoben položaj popustila oziroma je bila zmerna pri hoji, v mirovanju pa ni bila prisotna. Z zgodnjo imobilizacijo preprečimo tudi dodatne zaplete, kot sta razjeda zaradi pritiska in pljučnica. Pri gibanju, spreminjanju položaja v postelji in hoji je potrebovala delno pomoč in spremstvo, vendar je kljub strahu pred ponovnim padcem aktivno sodelovala pri fizioterapiji.

### **Izločanje in odvajanje**

Pogostokrat motnje v kontroli nastopijo, kadar je človek priklenjen na posteljo in ne more urinirati v normalnem položaju (30).

---

Takrat pri uriniranju potrebuje fizično in tudi psihično pomoč medicinske sestre, ki mora v nekaterih primerih pacientu uvesti trajni urinski kateter. Pomembno je tudi beleženje bilance tekočin. Pacientka z izločanjem in odvajanjem doma ni imela težav, v bolnišnici ob sprejemu ni mogla na vodo, saj kljub analgetikom ni mogla sedeti na nočni posodi. Sama je prosila za pomoč, uveden je bil trajni urinski kateter, ki je bil odstranjen četrty dan po operaciji. Pacientka je bila pred tem poučena o pomembnosti izvajanja vaj za krepitev mišic medeničnega dna, ki jih je izvajala na pobudo in nato samostojno. Po odstranitvi trajnega urinskega katetra ni imela težav, na vodo je čutila. Hkrati pa smo se s tem izognili bolečini in sekundarnim zapletom, kot je vnetje zaradi zastoja urina.

### **Spanje in počitek**

Povprečnemu človeku se spanje zdi nekaj samoumevnega, dokler ga zanj ne prikrajšata bolečina ali prizadetost (33).

Mnogi problemi modernega človeka izvirajo iz motenj ritma spanja in budnosti. Človek potrebuje reden počitek s spanjem, da lahko v normalno deluje v budnem stanju. Na ta proces vpliva veliko faktorjev. Ti so: biološki, duševni, socialno-kulturni in faktorji okolja. Med biološke faktorje štejemo potrebo po spanju glede na starost, vpliv hrane in pijače, gibanja in telesne aktivnosti. (34).

Medicinska sestra lahko poleg ustrezne terapije z znanimi metodami poskuša vplivati na kakovost spanja in počitka. Pri svojem delu s pacientom se osredotoča predvsem na dejavnike, kot so:

- hrana in pijača,
- gibanje in telesna aktivnost,
- razpoloženje,
- stres in močna čustva,
- socialno-kulturni dejavniki,
- neposredno okolje,
- hrup,
- obilni obroki,
- kava in alkohol pozno zvečer (34).

---

Pacientka je imela težave s spanjem že doma, prejela je terapijo. V bolnišnici je prve dni spala slabo, veliko je dremala preko dneva, vendar se je tudi ta težava omilila, saj je bilo s prej omenjenimi postopki pacientki omogočeno neprekinjeno spanje vsaj pet ali šest ur. Zjutraj se je zbudila spočita in tudi sama poroča o naspanosti.

### **Izogibanje nevarnostim v okolju**

Izogibanje nevarnostim v okolju je aktivnost prepoznavanja nevarnosti, ki lahko nastanejo v neposrednem pacientovem okolju in je aktivnost preprečevanja ali zmanjševanja njihovega neugodnega vpliva na njegovo zdravje (29).

Varnost pacienta, tako fizična kot psihična, je zelo pomembna iz več vidikov. Fizična varnost je odvisna od strokovnega znanja in spretnosti medicinske sestre, za katero je tudi odgovorna. Psihično varnost pa pogojuje zaupanje, ki ga mora znati medicinska sestra vzpostaviti že ob prvem stiku s pacientom (35).

Medicinska sestra načrtuje glede na ugotovljene težave, pri tem je bistveno natančno sistematično opazovanje in predvidevanje. Pacientka je imela strah pred samostojno hojo, saj se je zavedala, da lahko zaradi nestabilne hoje ponovno pade. Za njeno varnost pri prvih korakih k njenemu samostojnemu gibanju jo poučimo o pravilni uporabi hodulje in ji omogočimo stalno spremstvo. Pozorni smo na ostale dejavnike tveganja, kot so drseči copati, spolzka zla in podobno. Pri gibanju, spreminjanju položaja v postelji in hoji je potrebovala delno pomoč in spremstvo, vendar je kljub strahu pred ponovnim padcem dejavno sodelovala pri fizioterapiji.

### **Odnosi z ljudmi in izražanje čustev**

Zdi se odveč ponavljati splošno znano dejstvo, da sta *psiha* (duša) in *soma* (telo) medsebojno odvisni in neločljivi. Tako lahko »duševna« bolezen prizadene telo in »telesna« bolezen duševnost. Medicinska sestra ima težko nalogo, ko pomaga pacientu pri tem, da razume samega sebe, da odstrani vzroke slabega počutja in sprejme neogibno. To je vloga, ki je medicinska sestra ne deli le s starši in zakonci, ampak tudi s prijatelji, sorodniki in drugimi zdravstvenimi delavci. Ne glede na okoliščine je naloga medicinske sestre, da pomaga pacientu oblikovati in ohranjati ustrezne načine izražanja potreb, zanimanj in želja (33).

V procesu zdravljenja je potrebna terapevtska komunikacija. Pomembne lastnosti, ki so potrebne za boljšo komunikacijo med pacientom in medicinsko sestro, so: potrpljenje,

---

razumevanje, zanimanje za pacienta, empatija, spoštovanje pacienta in sposobnost prenosa zanj pomembnih podatkov (35).

Medicinska sestra načrtuje sprotno in razumljivo informiranje, pogovor s pacientom in njegovimi svojci. Nekateri pacienti in njihovi svojci potrebujejo posredovanje medicinske sestre pri komuniciranju z ostalimi člani zdravstvene skupine. Za vsakega pacienta je poškodba nekaj nenačrtovanega, nenadnega, na kar ni bil pripravljen. Prisoten je strah zaradi izgube motorične funkcije, neznanja in nerazumevanja novonastalega stanja, neznanega okolja, finančnih skrbi in negotove prihodnosti.

Pri pacientki se je kazala zaskrbljenost zaradi negotovosti glede prihodnosti, ker pa je bila vzpostavljena dobra komunikacija med medicinsko sestro in pacientko, je pacientka lahko prosto izražala svoje želje, potrebe in strahove glede svoje prihodnosti. Ob odpustu je bila manj zaskrbljena in ni bilo potrebe po vključitvi kliničnega psihologa.

Druge življenjske aktivnosti izvaja samostojno ali pa potrebuje delno pomoč. Rehabilitacijo je nadaljevala v zdravilišču Laško deseti dan po operaciji, kar je sprejela kot neizogibno, saj poškodba predstavlja veliko oviro pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, v zdravilišču je ostala 14 dni.

Za dober odnos med medicinsko sestro in pacientom moramo zdravljenje in rehabilitacijo razumeti kot proces, ki zahteva sodelovanje, v katerem vsak na svoj način prispeva k boljšemu rezultatu zdravljenja.

## 7 SKLEP

Starost ni bolezen, res pa je, da fiziološko staranje pospešuje nastanek nekaterih bolezni v starosti in obratno, nekatere bolezni pospešujejo staranje. Tako fizioterapevt kot medicinska sestra morata pri obravnavi starostnika upoštevati spremembe, ki se dogajajo v življenju. Upoštevati morata indikacije in kontraindikacije starostnikovega stanja, ga sprejeti takega, kot je, ga postopoma vključiti v telesne aktivnosti in nanj tudi zdravstveno-vzgojno delovati. Zavedati se morata, da so jima v roke prepuščeni telesno, gibalno in duševno slabotni ljudje, zato morata imeti srce, roko in znanje, potrpljenje ter iskreno razumevanje do starostnika. Pacienti, ki so o svojem zdravju in varovanju le-tega dobro poučeni in vedo, kako bo zdravljenje potekalo, dosegajo večjo stopnjo rehabilitacije, prizadevneje sodelujejo v procesu zdravljenja in so bistveno bolj uspešni. Zdravljenje starostnikov je precejšen izziv z negotovim končnim rezultatom kljub vloženemu trudu, popoln uspeh je vrnitev starostnika na raven samostojnosti pred nezgodo in to je prej izjema kot pravilo. Toda že samostojnost pri dnevnih aktivnostih pomeni pomembno kakovost in omogoča večinoma samostojno življenje z manjšo pomočjo svojcev ali negovalnih služb.



## ZAHVALA

Zahvaljujem se vsem, ki so mi pri mojem delu pomagali in me spodbujali na študijski poti. Iskreno se zahvaljujem mentorici mag. Maji Fortunat in somentorici Sabini Ličen, mag. zdr. nege, za strokovno vodenje, pomoč in potrpežljivost med pripravo diplomske naloge. Zahvala je namenjena tudi vsem sodelavkam in sodelavcem za razumevanje ob moji odsotnosti.

Posebna zahvala je namenjena mojim staršem, ki so mi pri študiju pomagali in me spodbujali.

Največja zahvala pa gre mojima bratoma Mihu in Martinu za neizmerno pomoč in potrpežljivost. Zahvaljujem se tudi vsem, ki niso omenjeni, so pa sončni žarki na moji poti.

Hvala!

Če nam uspe, da na staranje ne gledamo kot na propadanje telesa, temveč kot žetveni čas duše, bomo spoznali, da je staranje lahko čas velike moči, pokončne drže in samozavesti.



**LITERATURA**

1. Koglot, F., Šterbenc-Mozetič, M., Beltram, M. Zlom kolka pri starostniku. *Ljubljana: Zdravniški vestnik*, 70, 2001: 661–663.
2. Lukšič-Gorjanc, M., Burger, H. Ocenjevanje izida rehabilitacije po zlomu kolka v zdravilišču dolenske toplice. *Ljubljana: Zdravniški vestnik*, 73, 2004: 933–937.
3. Malovrh, B., Beden, R., Tonin, M. Etiologija in razdelitev zloma kolka pri starostniku. V: *Zbornik predavanj XLII, Podiplomski tečaj kirurgov, Slovensko zdravniško društvo, Združenje kirurgov Slovenije*. Ljubljana: 2.–3. februar 2007, 9–17.
4. Poredoš, P. Zdravstveni problemi starostnikov, starost, staranje in skrb za stare. *Ljubljana: Zdravstveni vestnik*, 73, 2004: 754–756.
5. Smrkolj, V., Komandina, R. *Gerontološka travmatologija*. Celje: Založba grafika Gracer, 2004.
6. Železnik, D., Ivanuša, A. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002.
7. Burger, H. Telesna aktivnost v starosti. V: *Marinček, Č. 10. dnevi rehabilitacijske medicine – rehabilitacijska medicina v starosti*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 1999: 183–187.
8. Hajdinjak, A., Meglič, R. Pomen standardov v sodobni zdravstveni negi. *Ljubljana: Obzornik zdravstvene nege*, 35, 2001: 29–35.
9. Bohinc, M., Cibic, D. *Teorija zdravstvene nege*. Radovljica: Didakta, 1994: 75.
10. Istenič, I. *Zdravstvena nega poškodovanca*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center, oddelek za travmatologijo. Skripta za interno uporabo. 2009: 131–140.
11. Križaj, M. *Zdravstvena nega – pomemben faktor kakovosti življenja v tretjem življenjskem obdobju*. Terme Čatež: Zbornik referatov 7. strokovnega seminarja, 1999: 42–49.
12. Železnik, D. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. V: *Filej, B. idr.: Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2006: 35–42.

- 
13. Meh, D., Denišljč, M. *Bolečine pri starostnikih*. In: Marinček, Č.: *10. dnevi rehabilitacijske medicine – rehabilitacijska medicina v starosti*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 1999: 139–144.
  14. Kocjančič, A. *Osteoporoza*. V: Koncjančič, A., Mrevlje, F., Andolšek, D. *Interna medicina*. Ljubljana: DZS, 1998: 871–876.
  15. Kozina, S., Smrke, D. *Zlom vratu stegenice*. Ljubljana: *Medicinski razgledi*, 38, 1999: 103–115.
  16. Turk, Z. *Fizikalna in rehabilitacijska medicina*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2002: 15–21 in 73–77.
  17. Lukšič - Gorjanc, M., Burger, H. *Ocenjevanje izida rehabilitacije po zlomu kolka v zdravilišču Dolenjske toplice*. Ljubljana: *Zdravniški vestnik*, 73, 2004: 933–937.
  18. Dean, E. *Effects of positioning and mobilization*. V: Pryor JA. *Physiotherapy for respiratory and cardiac problems*, Edinburgh. Churchill Livingstone, 2002: 143–159.
  19. Sakelšek - Jeras, L. *Respiracijska fizioterapija in hospitaliziran pacient*. V: Paver - Eržen: *Respiracija: kontinuirano podiplomsko izobraževanje iz anesteziologije*, 8. tečaj F.E.E.A. Portorož, B & M Povše, 2000: 187–199.
  20. Hobson, L., Hammon, WE. *Chest assessment*. V: Frownfelter DL. *Chest physical therapy and pulmonary rehabilitation*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1987: 147–180.
  21. Frownfelter, DL. *Brathing exercise and retraining chest mobilization exercises*. V: Frownfelter DL. *Chest physical therapy and pulmonary rehabilitation*. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1987: 231–256.
  22. Demšar, A. *Rehabilitacija starostnikov pri tipičnih zlomih zaradi osteoporoze*. V: Marinček, Č. *10. Dnevi rehabilitacijske medicine: Rehabilitacijska medicina v starosti*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 1999: 167–176.
  23. Archibald, G. *Patients' experiences of hip fracture. Issues and innovations in nursing practice*. Bradford: Blackwell Publishing Ltd, 2003: 385.
  24. Marjory, G. *Negovalne diagnoze: priročnik*. Maribor: Zdravstveni dom dr. Antona Drolca, Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2006.

- 
25. Čokolič, M. *Bolezni žlez z notranjim izločanjem in presnove, interna medicina.* Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2000: 289–293.
  26. Pavlin Klemenc, M., Kernik, J., Turk, H., Stepanović, A. *Osteoporoza. Fajdigovi dnevi.* Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006: 75–80.
  27. Košir Logar, P., Lenič, LM. *Prvi koraki po poškodbi kolka. V: Zbornik predavanj VII, strokovna srečanja fizioterapevtov ljubljanske regionalne enote.* Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 2000.
  28. *Abecedni seznam lastniških imen zdravil.* [Http://www.ivz.si/register/RZ\\_IMEE.HTM](http://www.ivz.si/register/RZ_IMEE.HTM), zajeto 24. 5. 2011.
  29. Karčovnik, M. *Zdravstvena nega bolnika po poškodbi hrbtenice. Diplomsko delo.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2009: 50.
  30. Ivanuša, A., Železnik, D. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege, 2. dopolnjena izdaja.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2008: 59–384.
  31. Vidmar, M., Juvan, B. *Zdravstvena nega bolnika s poškodbo hrbtenice. V: Zdravstvena nega poškodovanca II. del (interno gradivo).* Ljubljana: UKC Ljubljana, 2003: 101–109.
  32. Kisner, N., Rozman, M., Klasinc, M., Pernat, S. *Zdravstvena nega.* Maribor: Založba Obzorje, 1998: 27–234.
  33. Henderson, V. *Osnovna načela zdravstvene nege.* Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1998: 28–43.
  34. Hajdinjak, G., Meglič, R. *Sodobna zdravstvena nega.* Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, 2006.
  35. Tušar, H. *Zdravstvena nega bolnika z akutno možgansko kapjo. V: Akutna možganska kap II: učbenik za zdravnike in zdravstvene delavce.* Ljubljana: Boehringer Ingelheim Pharma, Podružnica Ljubljana, 2009: 225–238.