

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Špela Špehar**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI  
PACIENTA PO OPERACIJI KOLKA S Poudarkom  
NA IZPOSTAVITVI NEGOVALNIH DIAGNOZ**

diplomsko delo

**THE ROLE OF THE NURSE IN THE TREATMENT  
OF THE PATIENT AFTER HIP OPERATION WITH  
AN EMPHASIS ON THE MAKING OF NURSING  
DIAGNOSES**

diploma work

**Mentorica: pred. dr. Mirjam Ravljen**

**Somentor: viš. pred. Robert Sotler**

**Recenzentka: pred. Andreja Mihelič Zajec**

**Ljubljana, 2020**



## ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici, predavateljici dr. Mirjam Ravljen, za vso podporo in pomoč pri pisanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi somentorju, višjemu predavatelju na področju zdravstvene nege, Robertu Sotlerju, za hitro odzivnost in usmerjanje in recenzentki, predavateljici Andreji Mihelič Zajec, za recenzijo diplomskega dela. Zahvaljujem se prijateljici Katji Kuder za prevod izvlečka v angleščino.

Iz srca se zahvaljujem svojim staršem, mami Mateji in očetu Alojzu, ki sta me naučila, da za vsakim dežjem posije sonce. Hvala, da sta me vodila za roko, ko sem korakala v neznano, in me spustila, ko so bila tla pod nogami dovolj trdna, da sem zakorakala na svojo življenjsko pot. Ves čas sta mi bila v oporo in največji vzor. Hvala, mami in ati, ker sta vedno verjela vame in mi vlivala voljo, ko mi je je primanjkovalo. Vedno sta bila in vedno bosta moja največja heroja.

Zahvaljujem se bratu Mateju in njegovi ženi Sandri za vse, kar sta storila, da mi je bilo v času študija lažje, ter nečakoma Timoteju in Sari, ki sta mi s svojo razigranostjo in ljubeznijo popestrila težke dneve. Zahvaljujem se tudi Gregorju, ki mi je ves čas stal ob strani, verjel vame in z mano preživeljal lepe in hude trenutke. Brez tebe bi bila leta študija veliko težja. Hvala ti. Iskreno se zahvaljujem tudi tastu Vasji in tašči Dragici, ki sta me odprtih rok sprejela in mi bila vedno pripravljena priskočiti na pomoč. Hvala vama.

Za konec namenjam posebno zahvalo babici Ivanki in dedku Albinu. Odraščala sem z vajino srčnostjo in ljubeznijo in za vsak dan, ki sem ga preživela z vama, sem vama neizmerno hvaležna. Hvala, da sta mi s svojo dobro voljo lepšala dneve in mi dajala zagon. Diplomsko delo posvečam vama, angela moja.



## IZVLEČEK

**Uvod:** Zlom kolka je zelo pogosta poškodba v okviru starejše populacije in velikokrat znatno poslabša kakovost življenja starostnikov, saj naenkrat postanejo odvisni od pomoči drugih. Pri okrevanju po operacijskem zdravljenju zloma je vloga medicinske sestre nadvse pomembna, saj večino časa preživi s pacientom, mu pomaga pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih in ga spodbuja, da si čim prej opomore. **Namen:** Namen diplomskega dela je opredeliti vlogo medicinske sestre pri pacientu z zlomom kolka v pooperativnem obdobju. Cilj diplomskega dela je predstaviti zdravstveno nego pacienta po operaciji kolka glede na izbrane temeljne življenjske aktivnosti in izpostaviti nekatere negovalne diagnoze, ki jih je oblikovalo internacionalno združenje za razvijanje negovalnih diagnoz (NANDA-I). **Metode dela:** V diplomskem delu je bila uporabljena opisna metoda dela s pregledom domače in tuje literature s področja zdravstvene nege. Pri iskanju strokovne in znanstvene literature smo si pomagali s podatkovnimi zbirkami Cinahl, Medline in ScienceDirect ter s spletnim brskalnikom Google Učenjak. Iskali smo tudi strokovne revije v slovenskem in tujem jeziku, ki so dosegljive prek dostopa na daljavo knjižnice Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Iskanje literature je potekalo od oktobra 2019 do marca 2020. Na podlagi prebranih izvlečkov in naslovov smo izbrali 16 tujih in 24 slovenskih člankov, ki smo jih podrobno analizirali in vključili v diplomsko delo. **Rezultati:** Pri obravnavi pacienta so v ospredju negovalne diagnoze pri temeljnih življenjskih aktivnostih, ki so povezane z varnostjo in jih pacient zaradi bolečine, omejitve gibanja ali vpliva anestezije in analgetikov ter splošnega slabega počutja ni sposoben samostojno izvesti. **Razprava in zaključek:** Natančna ocena trenutnega stanja in oblikovanje negovalnih diagnoz sta v obdobju po operaciji zelo pomembni, saj tako medicinske sestre lažje izpostavimo življenjske aktivnosti, pri katerih pacient potrebuje našo pomoč, in učinkoviteje načrtujemo delo, kar posledično pripomore k hitrejšemu okrevanju in preprečevanju morebitnih pooperativnih zapletov.

**Ključne besede:** zlom kolka, pooperativna zdravstvena nega, pooperativni zapleti, NANDA-I



## ABSTRACT

**Introduction:** Hip fractures are a very common injury in the elderly population and often severely worsen the quality of life of the elderly, as they suddenly become dependent on the help of others. With recovery after surgical treatment of a fracture, the role of the nurse is very important since she spends most of her time with the patient and helps him with all the basic activities of life, and encourages him to return to the pre-injury state as soon as possible. **Purpose:** The purpose of the thesis is to define the role of the nurse in a patient with a hip fracture in the postoperative period. The aim of the diploma work is to present the nursing care of the patient after hip surgery according to the selected ones basic life activities and highlight some of the nursing diagnoses it has formed by the National Association for the Development of Nursing Diagnoses (NANDA-I). **Methods:** In the diploma work, a descriptive method of work with a review of domestic and foreign was used for literature in the field of nursing. We are looking for professional and scientific literature help with the CINAHL, MEDLINE and ScienceDirect databases and with the web Google Scholar browser. We were also looking for professional magazines in Slovene and foreign languages, which are accessible through remote access to the library of the Faculty of Medicine of the University of Ljubljana. The literature search took place from October 2019 to March 2020. Based on reading Abstracts and titles, we selected 16 foreign and 24 Slovenian articles, which we have detailed analyzed and included in the thesis. **Results:** They are at the forefront when treating a patient, nursing diagnoses in basic safety-related life activities and related to the basic life activities performed by the patient due to pain, restriction of movement or the effects of anesthesia and analgesics and general malaise are not able to perform on their own. **Discussion and conclusion:** Accurate assessment of the current situation and formulation of nursing diagnoses is very important in the postoperative period, as it makes it easier for nurses to expose, at which life activities the patient needs our help and we plan work more efficiently, which in turn helps to speed up recovery and prevent possible postoperative complications.

**Keywords:** hip fracture, postoperative nursing care, postoperative complications, nursing diagnoses, NANDA-I





# KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Teoretična izhodišča.....	2
2	NAMEN .....	6
3	METODE DELA.....	7
4	REZULTATI.....	8
4.1	Izpostavitve možnih negovalnih diagnoz pri izbranih temeljnih življenjskih aktivnostih po operaciji kolka .....	8
4.1.1	Dihanje in krvni obtok .....	8
4.1.2	Izločanje in odvajanje .....	10
4.1.3	Prehranjevanje in pitje .....	11
4.1.4	Gibanje in ustrezna lega.....	13
4.1.5	Vzdrževanje normalne telesne temperature.....	14
4.1.6	Izogibanje nevarnostim v okolju .....	15
4.1.7	Učenje in skrb za lastno zdravje .....	17
4.1.8	Sporazumevanje, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb.....	17
5	RAZPRAVA.....	20
6	ZAKLJUČEK.....	23
7	LITERATURA IN VIRI.....	24



## KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz zadetkov pri iskanju literature v podatkovnih zbirkah.....	7
Tabela 2: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti dihanje in krvni obtok. ....	9
Tabela 3: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti dihanje in krvni obtok. ....	9
Tabela 4: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje.....	10
Tabela 5: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje. ....	11
Tabela 6: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje.....	12
Tabela 7: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje.....	12
Tabela 8: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega.....	13
Tabela 9: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega.....	14
Tabela 10: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti vzdrževanje normalne telesne temperature. ....	14
Tabela 11: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti vzdrževanje normalne telesne temperature. ....	15
Tabela 12: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izogibanje nevarnostim v okolju. ....	16
Tabela 13: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izogibanje nevarnostim v okolju.....	16
Tabela 14: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti učenje in skrb za lastno zdravje. ....	17
Tabela 15: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti sporazumevanje, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb. ....	18



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

<b>DHS</b>	Dinamični kolčni vijak (ang. dynamic hip screw)
<b>MS</b>	Medicinska sestra
<b>NANDA-I</b>	Severnoameriška zveza za diagnosticiranje zdravstvene nege (ang. North American Nursing Diagnosis Association International)
<b>ND</b>	Negovalna diagnoza
<b>PCA</b>	Protibolečinska črpalka, s katero upravlja pacient (ang. patient-controlled analgesia)
<b>PEP</b>	Delna endoproteza (ang. partial endoprosthesis)
<b>TEP</b>	Popolna endoproteza (ang. total endoprosthesis)
<b>TŽA</b>	Temeljna življenjska aktivnost
<b>VAL</b>	Vizualna analogna lestvica



# 1 UVOD

Vse daljša življenjska doba in staranje prebivalstva s seboj prinašata potrebo po najrazličnejši zdravstveni oskrbi in nova tveganja, med katera spada tudi zlom kolka. Poleg drugih bolezenskih stanj namreč s starostjo narašča tudi pojav degenerativnih sprememb na sklepnih površinah, še posebej na dveh največjih sklepih – kolku in kolenu. Do poškodbe kolka lahko pride v katerem koli življenjskem obdobju, vendar pa se najpogosteje pojavlja pri populaciji, starejši od 65 let (Laharnar et al., 2011).

Zlomi kolka v poznem življenjskem obdobju povzročajo visoko stopnjo obolevnosti in umrljivosti. Ta je bila leta 2011 na svetovni ravni 10-odstotna. Presečna študija, ki so jo izvedli Su in sodelavci (2018) in v katero je bilo vključenih 191 angleških bolnišnic in 62.844 pacientov s poškodbo kolka, je pokazala, da v Angliji tretjina pacientov po zlomu kolka umre v enem letu po operaciji. Pri tem so bile ženske dvakrat bolj izpostavljene kot moški, vzrok pa pripisujemo daljši življenjski dobi žensk.

Pojavnost zlomov narašča iz leta v leto. Ocenjujejo, da naj bi se do leta 2050 v Evropi pojavilo šest milijonov pripadnikov starejše populacije, ki naj bi utrpelo zlom kolka. Kljub temu, da so v večini primerov operacije kolkov uspešne, je smrtnost pri tej poškodbi še vedno zelo visoka (Filipov, 2014).

Vzrok smrti pri poškodbi so predvsem zapleti, ki se pojavljajo po operaciji, in posledica pridruženih obolenj. V prvih treh mesecih po poškodbi kolka je smrtnost od 5 do 8 % višja kot pri osebah iste starosti, ki te poškodbe niso utrpeli, in je bila še leta 2016 kar 30-odstotna (Filipov, 2014).

Vloga medicinske sestre (MS) je v času okrevanja po operaciji kolka usmerjena v ugotavljanje in ocenjevanje, pri katerih temeljnih življenjskih aktivnostih (TŽA) pacient potrebuje pomoč, in v postavljanje negovalnih diagnoz (ND). Poleg tega je pomembna naloga prepoznavanja in preprečevanja morebitnih pooperativnih zapletov (Kos et al., 2014).

V času hospitalizacije MS pacientu pomaga in ga uči vsakodnevnih dejavnosti, da bi čim prej postal samostojen pri oblačenju in slačenju, umivanju in presedanju ter pri vseh ostalih TŽA (Kos et al., 2014).

## 1.1 Teoretična izhodišča

Vzroki zloma kolka so nevrološke bolezni, kot sta Parkinsonova bolezen in polinevropatija, zmanjšane kognitivne sposobnosti, slabo ravnotežje in slabovidnost. Poleg naštetih okoliščin, ki večajo možnost padca, je pogosti vzrok zloma tudi osteoporoza (Kim et al., 2018; Ivanovski et al., 2017).

Zlome kolka delimo na ekstraartikularne in intraartikularne. Prvi se nanašajo na trohanter, intertrohanterno linijo in področje pod malim trohanтром (Komadina et al., 2012).

Ekstraartikularne vrste zlomov kolka zdravijo z naslednjimi metodami (Komadina et al., 2012):

- stabilne zlome z dinamičnim kolčnim vijakom (dynamic hip screw – DHS),
- nestabilne zlome z žebljanjem ali DHS s podporno ploščo,
- s skeletno trakcijo: predoperativno, kadar je operacija prestavljena zaradi daljše priprave nanjo, ali pa jo uporabljamo kot obliko konservativnega zdravljenja.

Zlom glave in vratu stegenice spada pod intraartikularne zlome kolka. Te zlome zdravijo na tri načine, in sicer (Komadina et al., 2012):

- z osteosintezo: nedislocirane zlome in vse zlome pri mlajših starostnikih, ki imajo dobro kostno gostoto;
- z delno endoprotezo (partial endoprosthesis – PEP): pri starostnikih, ki so v slabši telesni pripravljenosti in pri katerih je pričakovana krajša življenjska doba;
- s popolno endoprotezo (total endoprosthesis – TEP): pri starostnikih, ki so v dobri telesni pripravljenosti in pri katerih je pričakovana daljša življenjska doba.

Zdravljenje je lahko kirurško ali konservativno. Kirurško po navadi zdravijo zlome vratu stegenice s premikom kostnih fragmentov, ki jih oskrbijo z osteosintezo ali delno oziroma popolno endoprotezo (Jobber et al., 2010).

Pri pacientih, pri katerih ni prišlo do premika kostnih fragmentov, se kirurgi lahko poslužujejo konservativne oblike zdravljenja poškodbe. Te oblike zdravljenja pa se kirurgi poslužujejo tudi pri pacientih, ki so v tako slabi fizični pripravljenosti, da bi operativni poseg še dodatno znatno poslabšal njihovo zdravstveno stanje (Strniša, 2012).

Vrsta operacije vpliva tudi na sam potek okrevanja po njej. Pacienti lahko po vstavitvi delne



ali popolne endoproteze obremenjujejo nogo v polni meri, medtem ko je pacienti, pri katerih je bila opravljena osteosinteza, še kar nekaj časa ne smejo (Strniša, 2012).

Zdravstvena nega pacienta po operaciji kolka se razdeli na obdobje neposredno po operaciji in na obdobje po pacientovi premestitvi na oddelek. Neposredno po operaciji pacient potrebuje stalni nadzor in opazovanje, dokler učinki splošne anestezije ne popustijo ter je popolnoma zavesten, vitalno stabilen in premeščen na oddelek. V prvem obdobju je pomembno ocenjevanje MS, ki ugotavlja, pri katerih TŽA je pacient že samostojen in pri katerih potrebuje pomoč (Algarni, Almalki, 2018).

Zapleti, ki jih opredelimo kot zgodnje, se najpogosteje pojavljajo v obdobju neposredno po operaciji. Mednje vključujemo bolečino, tesnobo, pomanjkanje tekočine oziroma preobremenitev z njo, znižano telesno temperaturo ter pljučno in/ali maščobno embolijo (Krajnc, Narandža, 2010).

Poleg zapletov, ki se pojavljajo v obdobju neposredno po operaciji, lahko pa tudi kasneje, prihaja do zapletov, med katere vključujemo krvavitev iz rane, popuščanje šivov, zamašitev ene ali več ven s strdkom, globoko vensko trombozo, izpahljivost in zlom endoproteze ter obsežne kalcinacije, ki nastanejo zaradi nabiranja kalcija v pooperativnem hematomu. Omenjeni zgodnji ali pozni zapleti lahko podaljšajo čas bivanja v bolnišnici, spremenijo potek zdravljenja in ogrozijo življenje pacienta. Zato je pomembno redno spremljanje in opazovanje njegovega zdravstvenega stanja po operaciji ter postavljanje ND, saj tako MS lažje opazijo spremembe in prepoznajo morebitne zgodnje ali pozne zaplete (Whittaker et al., 2020; Brodnik, Moličnik, 2010; Krajnc, Narandža, 2010).

ND je klinična presoja o človekovih odzivih na zdravstveno stanje ali življenjske procese oziroma o dovetnosti posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za te odzive. V Severnoameriški zvezi za diagnosticiranje zdravstvene nege (North American Nursing Diagnosis Association International – NANDA-I) so ND razporejene v trinajst domen (promocija zdravja, prehrana, izločanje in izmenjava, aktivnost/počitek, zaznavanje/spoznavanje, samozaznavanje, vloge in odnosi, spolnost, obvladovanje/toleranca na stres, življenjska načela, varnost/zaščita, udobje, rast/razvoj) (Herdman, Kamitsuru, 2017). Ločujemo:

- diagnozo, usmerjeno k problemu: klinična presoja nezaželenih človeških odzivov na zdravstveno stanje ali življenjski proces posameznika, družine, skupine ali lokalne

skupnosti;

- potencialno diagnozo: klinična presoja dovzetnosti posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za razvoj nezaželenega človeškega odziva na zdravstveno stanje ali življenjski proces;
- diagnozo promocije zdravja: klinična presoja motivacije in želje po večjem blagostanju ter uresničitvi zdravstvenega potenciala ljudi; ti odzivi so izraženi s pripravljenostjo na sprejetje določenega zdravstvenega vedenja in jih je mogoče uporabiti v kateremkoli zdravstvenem stanju;
- sindromsko negovalno diagnozo: klinična presoja določene skupine negovalnih diagnoz, ki se pojavijo istočasno in jih je najbolje obravnavati skupaj ter s podobnimi posegi.

Vedeti moramo, da ima vsaka ND jasno definicijo in oznako, nujno pa je, da MS pozna definicijo ND, ki jih uporablja. Poleg tega mora poznati tudi diagnostične kazalce, ki služijo kot znaki ali simptomi določene ND, in spremljajoče dejavnike, ki so sestavni del vseh ND in jih pridobimo s pregledom pacientovih anamnestičnih podatkov (Herdman, Kamitsuru, 2017).

Pomembno je tudi poznavanje dejavnikov tveganja za posamezno ND, saj gre za vplive, ki povečajo dovzetnost posameznika, družine, skupine ali lokalne skupnosti za zdravju škodljive okoljske, genetske ali psihološke dogodke (Herdman, Kamitsuru, 2017).

Kot navajata avtorici Hajdinjak in Meglič (2017), delo po procesu zdravstvene nege poteka po posameznih fazah, ki se povezujejo in nadgrajujejo. Sledijo si zaporedoma ali pa se prepletajo, običajno pa potekajo v naslednjih šestih fazah:

- ocenjevanje: dinamičen proces, ki se začne ob prvem stiku s pacientom in poteka skozi vse naslednje faze, zajema zbiranje in strukturiranje informacij, identifikacijo splošnih problemov, analiziranje podatkov ter oblikovanje in preizkus diagnostičnih hipotez;
- ND: oblikovanje točnih ND;
- cilji: razvrstitev ND po nujnosti in oblikovanje ciljev; ti so v procesu zdravstvene nege želeni, realni rezultati, ki se odražajo v stanju ali obnašanju pacienta;
- načrtovanje: zajema izbor in načrtovanje posegov MS za razreševanje težav pacienta;
- izvajanje: vsebuje ponovno preverjanje stanja in obnašanja pacienta z vidika sprememb in ustreznosti načrtovanih posegov ter oceno pogojev za izvajanje

- posegov ob sprotnem vrednotenju njihovega vpliva na stanje in obnašanje pacienta;
- vrednotenje: ocena pacientovega stanja, vrednotenje postavljenih ciljev in posegov zdravstvene nege.

## **2 NAMEN**

Namen diplomskega dela je predstaviti vlogo medicinske sestre pri obravnavi pacienta z zlomom kolka v pooperativnem obdobju.

Cilj diplomskega dela je:

- predstaviti zdravstveno nego pacienta po operaciji kolka glede na izbrane življenjske aktivnosti,
- izpostaviti nekatere negovalne diagnoze, ki jih določa NANDA-I.

### 3 METODE DELA

V diplomskem delu je uporabljena opisna metoda s pregledom domače in tuje literature s področja zdravstvene nege. Za iskanje strokovne in znanstvene literature smo si pomagali s podatkovnimi zbirkami Cinahl, Medline in Science Direct ter s spletnim iskalnikom Google Učenjak. Iskali smo tudi strokovne revije v slovenskem in tujem jeziku, ki so dosegljive prek dostopa na daljavo knjižnice Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Literaturo smo iskali s ključnimi besedami v slovenskem jeziku: zlom kolka, pooperativna zdravstvena nega, pooperativni zapleti, negovalne diagnoze, NANDA-I, in v angleškem jeziku: hip fracture, postoperative nursing care, postoperative complications, nursing diagnoses, NANDA-I. Pri iskanju smo uporabili iskalna operatorja AND in OR. Število rezultatov iskanja v podatkovnih zbirkah z naštetimi kombinacijami je prikazano v Tabeli 1. Izbor literature smo opravili po določenih vključitvenih kriterijih. Iskali smo med članki v slovenskem in angleškem jeziku, s celotnim dostopom, s področja zdravstvene nege in medicine ter mlajšimi od 20 let. Izključitveni kriterij so bili ostali tuji jeziki, dostop le do povzetka in obravnava katerihkoli drugih področij. Iskanje literature je potekalo od oktobra 2019 do marca 2020.

*Tabela 1: Prikaz zadetkov pri iskanju literature v podatkovnih zbirkah.*

<b>Ključne besede/key words</b>	<b>Medline</b>	<b>Science Direct</b>	<b>Cinahl</b>
Hip fracture AND postoperative nursing care	165	42	281
Hip fracture AND nursing diagnoses	1	0	19
Hip fracture AND postoperative complications	1304	210	1329
<b>Skupno število v posameznih podatkovnih zbirkah</b>	<b>1470</b>	<b>252</b>	<b>1629</b>
<b>Skupno število vseh identificiranih enot literature</b>	<b>3351</b>		

Na podlagi prebranih izvlečkov in naslovov smo izbrali 16 tujih in 24 slovenskih enot literature, ki smo jih podrobno analizirali in vključili v diplomsko delo.

Za opredelitev možnih negovalnih diagnoz pri pacientu po operativnem zdravljenju zloma kolka so nam služile negovalne diagnoze, navedene v izdaji NANDA-I 2015–17.

## **4 REZULTATI**

V rezultatih smo izpostavili potencialne negovalne diagnoze, in sicer na podlagi klinične presoje glede ogroženosti pacienta za razvoj morebitnega zdravstvenega problema in glede na v problem usmerjene negovalne diagnoze. Slednje smo izpostavili na podlagi klinične presoje neželenih človeških odzivov na zdravstveno stanje posameznika po NANDA-I 2015–2017, pri izbranih TŽA (Herdman, Kamitsuru, 2017).

### **4.1 Izpostavitve možnih negovalnih diagnoz pri izbranih temeljnih življenjskih aktivnostih po operaciji kolka**

V obdobju po operaciji kolka smo izpostavili ND, ki so povezane s pacientovo varnostjo, in TŽA, ki jih pacient zaradi bolečine, omejitve gibanja, vpliva anestezije in analgetikov ali splošnega slabega fizičnega stanja ni zmožen izvesti samostojno.

#### **4.1.1 Dihanje in krvni obtok**

Pri pacientu se lahko po operaciji pojavijo znaki dihalne stiske, zapora dihalne poti, znižana vsebnost kisika v krvi in plitvo dihanje zaradi anestezije. Dejavniki tveganja, ki lahko vplivajo na spremembo dihanja, so bolečina, starost, bolezni pljuč, dolgotrajno kajenje, zdravila in sprememba položaja ležanja na postelji. V obdobju neposredno po operaciji je zaradi zgoraj naštetih dejavnikov tveganja občasno potrebno dovajanje kisika (Fink, Kobilšek, 2013).

V Tabelah 2 in 3 so prikazane ND, ki se lahko po operaciji kolka pojavijo pri TŽA dihanje in krvni obtok.

*Tabela 2: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti dihanje in krvni obtok.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Neučinkovit vzorec dihanja (00032)	Bradipneja, tahipneja, uporaba pomožnih dihalnih mišic, težko dihanje	Bolečina, mišično-skeletna oslabelost
Nezadostno spontano dihanje (00033)	Zaskrbljenost, dispneja, povišan srčni utrip	Sprememba v metabolizmu
Nepopolna izmenjava plinov (00030)	Cianoza, zmedenost, dispneja, tahikardija, hipoksija	Spremembe alveokapilarne membrane
Neučinkovito čiščenje dihalnih poti (00031)	Cianoza, dispneja, neučinkovito izkašljevanje	Prisotnost umetne dihalne poti

Po operaciji kolka je vloga MS vezana na redno merjenje vitalnih funkcij. Meritve zajemajo ocenjevanje frekvence in kakovosti dihanja, merjenje krvnega tlaka in utripa ter nasičenost krvi s kisikom (Klasinc et al., 2006).

V zgodnjem pooperativnem obdobju je pomembno merjenje krvnega tlaka in utripa vsakih 15 minut ter istočasno opazovanje prekrvavitve, barve in turgorja kože. Če pride pri meritvah do večjega odstopanja od normalnih vrednosti, je pomembno, da MS o tem pravočasno obvesti zdravnika (Klasinc et al., 2006).

*Tabela 3: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti dihanje in krvni obtok.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Dejavniki tveganja</b>
Nevarnost za zmanjšan minutni volumen srca (00240)	Spremenjen utripni volumen srca, sprememba v frekvenci srca, sprememba v srčnem ritmu
Nevarnost za aspiracijo (00039)	Zmanjšanje gastrointestinalne peristaltike, terapevtski režim
Nevarnost za oslABLJENO srčno-žilno funkcijo (00239)	Starost nad 65 let, farmacevtska učinkovina

Pozorni moramo biti tudi na ortostatsko hipotenzijo, ki se pogosto pojavi ob prvem vstajanju, predvsem kot posledica jemanja protibolečinskih sredstev in pomirjeval ter velike količine izgubljene krvi med operacijo in po njej (Victor et al., 2017).

### 4.1.2 Izločanje in odvajanje

Izločanje je eden od osnovnih fizioloških procesov. Iz organizma odpravlja škodljive snovi in odpadne produkte presnove. Na izločanje vplivajo dejavniki, kot so gibanje, zdravila, različna obolenja, psihološki dejavniki in pomanjkanje zasebnosti (Fink, Kobilšek, 2013).

V Tabelah 4 in 5 so prikazane ND, ki se lahko po operaciji kolka pojavijo pri TŽA izločanje in odvajanje.

*Tabela 4: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Moteno izločanje urina (00016)	Disurija, nuja po uriniranju, oklevanje pred začetkom uriniranja	Čutno-motorična oslabeledost
Retencija urina (00023)	Izločanje urina po kapljicah, občutenje polnega mehurja, izločanje majhnih količin urina	Zapora urinarnega trakta

Težave z uriniranjem se po operaciji pogosto pojavljajo neodvisno od vrste narkoze, razlogi za to pa tičijo predvsem v zmanjšanem nastajanju urina in težavah v prilagajanju, ki so največkrat fizične ali psihične narave. V osmih urah po operaciji naj bi pacient uriniral, v kolikor tega ne zmore, pa obstaja veliko možnosti, kako pacientu pomagati. MS se na primer lahko poslužuje učinka točenja vode ali pacientu pomaga do primernejšega položaja za uriniranje. Kadar mu kljub vsem možnim oblikam pomoči ne uspe, MS obvesti zdravnika in ravna po njegovih navodilih (Zhong et al., 2018).

Poleg opisanega je pomembno, da smo pozorni na nevarnost zaprtja, saj analgetiki, premalo gibanja in pomanjkanje zasebnosti velikokrat vodijo vanj. Znanje MS je zato ključnega pomena. Pacienta mora namreč že pred operativnim posegom poučevati, mu svetovati glede pravilnega vzorca prehranjevanja in odvajanja ter tako zmanjšati možnost nastopa zaprtja po operaciji (Trads et al., 2018).



*Tabela 5: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izločanje in odvajanje.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Dejavniki tveganja</b>
Nevarnost za obstipacijo (00015)	Nedavna sprememba okolja, farmacevtska učinkovina, sprememba prehranjevalnih navad
Nevarnost za neustrezno gastrointestinalno peristaltiko (00197)	Sprememba prehranjevalnih navad, farmacevtska učinkovina, imobilnost

Pri odvajanju je vloga MS beleženje pogostosti odvajanja in ocene njegovega normalnega vzorca v temperaturni list in opazovanje izločkov. Pomembno je, da pacient veliko pije (2–3 litre na dan, če nima omejitve tekočin), da uživa hrano, bogato z vlakninami, da so obroki hrane redni in da pacient hrano dobro prežveči. Odvajala ali klistir zdravnik odredi tretji ali četrti dan po operaciji (Klasinc et al., 2006).

### **4.1.3 Prehranjevanje in pitje**

Ustrezna prehranska podpora, s katero pacientu zagotovimo energijske in hranilne potrebe, pomembno vpliva na izid zdravljenja. Pri pacientu z zlomom kolka pogosto pride do podhranjenosti, saj zaradi pomanjkanja teka in/ali slabosti ne je. Motiviranost zdravstvenih delavcev za osvojitve znanja o prehrani pacientov je zato ključna, saj je tudi podhranjenost pogost dejavnik tveganja dolgotrajne rehabilitacije v bolnišnici (Wyers et al., 2013).

MS mora v procesu zdravstvene nege pri pacientu znati prepoznati tveganja za razvoj podhranjenosti in v načrtu zdravstvene nege določiti paciente, pri katerih obstaja veliko tveganje za razvoj podhranjenosti, in tiste, pri katerih so težave s prehranjevanjem že prisotne.

MS si lahko pomaga s prehranskim presejanjem, ki se ga izvede s pomočjo ustreznega vprašalnika v štiriindvajsetih urah po sprejemu pacienta na oddelek. Prehranskemu presejanju pogosto sledi prehranski pregled, ki predstavlja diagnostični proces, s katerim ocenimo dejansko prehransko stanje pacienta. Za oceno slednjega se poslužujemo tudi anamneze, fizičnega pregleda, funkcionalnega stanja, preiskav krvi in pacientovega tekočinskega ravnovesja (Mastnak, 2012).

V Tabelah 6 in 7 so prikazane ND, ki se lahko po operaciji kolka pojavijo pri TŽA prehranjevanje in pitje.

*Tabela 6: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Prenizek volumen tekočine (00027)	Oslabelost, sprememba v turgorju kože, žeja	Aktivna izguba volumna tekočine
Previsok volumen tekočine (00026)	Sprememba v vzorcu dihanja, dispneja, ortopneja, neravnovesje elektrolitov	Prekomeren vnos tekočine, prekomeren vnos natrija
Neuravnotežena prehrana: manj kot telo potrebuje (00002)	Odpor do hrane, nezadostno zanimanje za hrano, nezadostne informacije	Nezadosten vnos hranil, nezmožnost zaužitja hrane

Med operacijo in v času zbujanja pri pacientu vzdržujemo elektrolitsko in tekočinsko razmerje z dovajanjem infuzijskih raztopin. Ob tem je treba upoštevati pacientovo potrebo po vodi in elektrolitih, podatke o prisotnosti pomanjkanja hranil in bolezensko stanje, ki je povzročilo elektrolitsko in tekočinsko neravnovesje (Ivanuša, Železnik, 2000).

Po operaciji lahko pacient je in pije najmanj štiri ure po posegu, v kolikor je povsem buden in ga ne muči slabost. Najprej mora uživati majhne količine čaja in nato stopnjevati z lahko prebavljivo hrano (Ivanuša, Železnik, 2000).

*Tabela 7: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti prehranjevanje in pitje.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Dejavniki tveganja</b>
Nevarnost za elektrolitsko neravnovesje (00195)	Prekomeren/nezadosten volumen tekočine, bruhanje, terapevtski režim
Nevarnost za neuravnovešen volumen tekočine (00025)	Travma, terapevtski režim

Po operaciji zdravniki/kirurzi največkrat predpišejo izotonične raztopine, kot sta 0,9-odstotni NaCl (natrijev klorid) in 5-odstotna glukoza. MS mora pacientu pojasniti, kdaj po operaciji lahko začne piti (Ivanuša, Železnik, 2000).

Približno štiri do šest ur po operaciji, ko slabost mine in se pojavi požiralni refleks, lahko začne pacient po požirkih piti nesladkan čaj ali vodo. Če se slabost vrne, naj spet pol ure počaka in ponovno pije po požirkih (Ivanuša, Železnik, 2000).

#### 4.1.4 Gibanje in ustrezna lega

Gibanje je pomembno za vsakega izmed nas, saj izboljša telesno in psihično zdravje. Samostojno gibanje omogoča posamezniku neodvisnost pri opravljanju TŽA. Neposredno po operaciji, ko je pacient premeščen na oddelek, mu operirano nogo rahlo podložimo (Kos et al., 2014).

Učimo ga pravilnega obračanja in premikanja v postelji, saj lahko sicer pride do poškodb, kot sta pretrg šivov in razmestitev proteze, v hujših primerih pa tudi do zloma stegenice. Zgodnji začetek rehabilitacije je osnova kakovostne obravnave pacienta s poškodbo kolka in vpliva na krajši čas bivanja v bolnišnici, manj zapletov, ki se lahko pojavijo ob dolgotrajnem ležanju, in hitrejšo vrnitev domov (Kos et al., 2014).

Glavni cilj pooperativne rehabilitacije je pacientova samostojnost pri gibanju. Bolečina je vodilo pri izvajanju vaj in gibanja, preden pa začnemo z obračanjem pacienta na bok, je pomembno, da je hemodinamsko stabilen (Peternel, 2010).

MS spodbuja pacienta, da večkrat dnevno poseda v postelji ter začne vstajati in hoditi, poleg tega pa mu nudi pomoč tudi pri drugih TŽA (Brodnik, Moličnik, 2010).

V Tabelah 8 in 9 so prikazane ND, ki se lahko po operaciji kolka pojavijo pri TŽA gibanje in ustrezna lega.

*Tabela 8: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Oslabljen fizični mobilnost (00085)	Sprememba v hoji, težave pri obračanju, neudobje, upočasnjeno gibanje, nestabilna drža	Nezmožnost izvajanja aktivnosti, imobilnost, bolečina, farmacevtska učinkovina
Oslabljen hoja (00088)	Oslabljen zmožnost premagovanja določene razdalje, oslabiljen zmožnost hoje po klančini navzdol/navzgor	Bolečina, strah pred padcem, oslabiljen ravnotežje

Motnje pri gibanju zaradi operacije vplivajo na druge TŽA. Pojavljajo se težave pri odvijanju in izločanju, pacient izgublja tek, premalo pije, ni se zmožen sam obleči/sleči, obstaja nevarnost za razjede zaradi pritiska in sklepne otrdelosti, lahko pa pride tudi do tromboze. Po operaciji je zato pomembna zgodnja rehabilitacija, kar pomeni čimprejšnje

posedanje v postelji in stanje ob njej, če je pacient v dobri fizični formi, pa tudi hoja (Brodnik, Moličnik, 2010).

*Tabela 9: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti gibanje in ustrezna lega.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Dejavniki tveganja</b>
Nevarnost za razjedo zaradi pritiska (00249)	Farmacevtska učinkovina, primanjkljaj v samooskrbi, strižna sila, oslabljen cirkulacija

MS mora pacienta spodbujati k čim bolj samostojnemu izvajanju pri vseh TŽA, saj so pacienti približno deseti dan po posegu bodisi odpuščeni iz bolnišničnega okolja domov bodisi premeščeni na zdraviliško zdravljenje (Rezar et al., 2010).

#### **4.1.5 Vzdrževanje normalne telesne temperature**

Telesna temperatura je pomemben vitalni znak, saj so od nje odvisni vsi fiziološki procesi v telesu. Gregorčič in Jurčič (2012) navajata, da je več kot 50 % pacientov, ki pridejo iz operacijske dvorane v prebujevalnico, podhlajenih. Vzroki za to so spremenjeni odzivi na izgubo telesne toplote zaradi učinka anestezije, hladilni učinek intravenoznih tekočin in znižana temperatura zaradi zmanjšane aktivnosti presnove. V operacijski dvorani do znižanja telesne temperature najpogosteje pride zaradi štirih razlogov, in sicer izhlapevanja, sevanja, prevodnosti in prenosa toplote, kar pomeni, da se pacientova telesna temperatura prenaša v okolje in na površine, na katerih leži.

V Tabelah 10 in 11 so prikazane ND, ki se lahko po operaciji kolka pojavijo pri TŽA vzdrževanje normalne telesne temperature.

*Tabela 10: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti vzdrževanje normalne telesne temperature.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Hipotermija (00006)	Hipoksija, drgetanje, tahikardija	Travma, farmacevtska učinkovina, prenos toplote, povečana potreba po kisiku

Podhladitev je povezana z veliko večjim številom negativnih rezultatov, in sicer s povečano možnostjo okužbe operativne rane, brezkrvjem, motnjami srčnega ritma, daljšimi in

spremenjenimi učinki zdravil, daljšim prebujanjem iz anestezije, podaljšanim bolnišničnim bivanjem in višjo stopnjo umrljivosti (Maleki et al., 2018).

*Tabela 11: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti vzdrževanje normalne telesne temperature.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Dejavniki tveganja</b>
Nevarnost za neučinkovito regulacijo telesne temperature (00005)	Sedacija, farmacevtska učinkovina, povečanje potrebe po kisiku
Nevarnost za perioperativno hipotermijo (00254)	Kombinacija področne in splošne anestezije, kirurški poseg, nizka temperatura okolja

Pacientu ob sprejemu na oddelek izmerimo telesno temperaturo. Če je ta v mejah normale, jo spet izmerimo čez štiri ure, pri čemer moramo biti pozorni na mesto merjenja, saj so vedno prisotna odstopanja. Če telesno temperaturo na primer izmerimo v ušesu, lahko ta odstopa 0,2–0,5 °C. V primeru povišane ali znižane telesne temperature je naloga MS, da o tem obvesti zdravnika in ukrepa po njegovih navodilih za ohlajanje oziroma segrevanje pacienta (Klasinc et al., 2006).

#### **4.1.6 Izogibanje nevarnostim v okolju**

Izogibanje nevarnostim v okolju je sposobnost prepoznavanja nevarnosti, ki lahko nastanejo v pacientovi bližnji ali daljni okolici. Psihična varnost temelji na zaupanju, ki ga mora MS znati vzpostaviti s pacientom, ko je prvič sprejet na oddelek (Gorenc, Musič, 2014).

Osnovna naloga MS pri obravnavi pacienta je preprečiti morebitne padce, poškodbe in okužbe. Slednje se pogosto pojavijo pri pacientih, ki so bolj dovzetni zanje, tako zaradi slabše imunske odpornosti in izpostavljenosti mikrobom kot tudi zaradi različnih invazivnih posegov in postopkov (Gorenc, Musič, 2014).

V Tabelah 12 in 13 so prikazane ND, ki se lahko pojavijo po operaciji kolka pri TŽA izogibanje nevarnostim v okolju.

*Tabela 12: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izogibanje nevarnostim v okolju.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Podaljšano pooperativno okrevanje (00100)	Oslabljena mobilnost, izguba apetita, podaljšan čas, potreben za okrevanje, neudobje	Bolečina, farmacevtska učinkovina, podaljšan kirurški poseg

Pri pacientu po operaciji kolka bi morala biti varnost v ospredju, tako v času zbujanja kot tudi kasneje, ko je premeščen na oddelek. Pacient je namreč zaradi anestezije, kirurške rane ali izgube krvi izpostavljen okužbi, padcu krvnega tlaka, glavobolu, zastajanju urina, znižani/povišani telesni temperaturi, oteklini, slabosti, bruhanju in bolečini (Klasinc et al., 2006).

Kljub vsemu pa je neeksperimentalna presečna raziskava, ki jo je izvedel Robida (2013), v vseh desetih slovenskih bolnišnicah pokazala, da je varnost pacientov na področju pogostosti sporočanja neželenih dogodkov slaba. Glede podpore vodstva bolnišnic na najvišji ravni rezultati prav tako niso bleščeči, saj je večina slovenskih bolnišnic brez strategije in programov za varnost pacientov.

Kot navaja Robida (2013), je treba vodstvo in zaposlene učiti o metodah, orodjih in pripravi ukrepov za izboljševanje varnosti pacientov ter o sporočanju neželenih dogodkov med zdravljenjem v bolnišnici.

*Tabela 13: Potencialne negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti izogibanje nevarnostim v okolju.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Dejavniki tveganja</b>
Nevarnost za okužbo (00004)	Invazivni poseg
Nevarnost za krvavitev (00206)	Travma
Nevarnost za padce (00155)	Pooperativno obdobje okrevanja, farmacevtska učinkovina, starost nad 65 let

Vloga in naloga MS je poskrbeti za pacientovo psihično in fizično varnost v času okrevanja v bolnišnici ter izogibanje dejavnikom tveganja za morebitne padce, okužbe in krvavitve, saj bo le tako pacient hitreje okreval in odšel domov (Robida, 2013).

#### 4.1.7 Učenje in skrb za lastno zdravje

Pri ugotavljanju potreb po zdravstveni negi, v okviru TŽA učenje in skrb za lastno zdravje, MS ocenjuje pacientovo znanje o poškodbah in zdravljenju. Poleg tega v okviru svojih pooblastil pacienta pouči o vsem, kar mora vedeti, in mu predstavi aktivnosti, ki jih bo moral izvajati po operaciji, da bo tudi sam prispeval k zmanjšanju pooperativnih zapletov.

V Tabeli 14 so prikazane ND, ki se lahko po operaciji kolka pojavijo pri TŽA učenje in skrb za lastno zdravje.

*Tabela 14: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti učenje in skrb za lastno zdravje.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Pripravljenost za doseganje višje ravni samooskrbe (00182)	Izražanje želje po doseganju višje ravni samooskrbe	/

Prve dni pacienta učimo hoje s hoduljo, vendar jo hitro zamenjajo bergle. Najpomembnejše pred odhodom domov je učenje hoje po stopnicah s pomočjo pravila fizioterapevtov – *zdravje gor, bolezen dol*. Ko je pacient odpuščen in pride domov, mora svoje domače in delovno okolje prilagoditi potrebam gibanja, uporabi pripomočkov in omejitvam, ki so posledica omejene gibljivosti kolčne proteze. Da se izogne razmestitvi endoproteze, mora do dvanajst tednov po operaciji upoštevati sledeče previdnostne ukrepe (Peternel, 2010):

- pravilno tehniko vstajanja in leganja v posteljo ter vstajanja in posedanja na stol;
- izogibanje nizkim sediščem, prepoved križanja nog, uporabljanje nastavka za stranišče;
- uporabo pripomočkov pri hoji.

#### 4.1.8 Sporazumevanje, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb

Lorber in Skela Savič (2011) navajata, da je medosebno sporazumevanje bistvenega pomena na vseh področjih našega življenja, izpostavljata pa njegovo vlogo v zdravstveni negi. Pri sporazumevanju je pomembno, da se prejemnik in pošiljatelj sporočila razumeta, čemur je treba v zdravstveni negi dodati še dojemanje čustev in govorice telesa. V procesu

sporazumevanja se namreč pogosto zgodi, da si različni ljudje isto sporočilo razlagajo drugače.

V Tabeli 15 so prikazane ND, ki se po operaciji kolka lahko pojavijo pri TŽA sporazumevanje, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb.

*Tabela 15: V problem usmerjene negovalne diagnoze pri temeljni življenjski aktivnosti sporazumevanje, odnosi z ljudmi in izražanje čustev, občutkov in potreb.*

<b>Negovalna diagnoza</b>	<b>Diagnostični kazalniki</b>	<b>Spremljajoči dejavniki</b>
Akutna bolečina (00132)	Sprememba apetita, sprememba fizioloških parametrov, izraz bolečine na obrazu, izrazno vedenje	Fizikalno škodljiv dejavnik (operativni poseg)
Oslabljena verbalna komunikacija (00051)	Nezmožnost očesnega stika, težave v telesnem izražanju, težave pri vzdrževanju komunikacije	Terapevtski režim, ranljivost, ovira v okolju, motnje v čustvovanju

Akutna bolečina je fiziološka in je znak bolezni ali poškodbe ter opozarja na to, da je v telesu nekaj narobe in da je treba ukrepati. Ima nenaden začetek in omejen rok trajanja ter mine, ko je vzrok zanjo odstranjen (Svilenković, 2014).

Ko pride do poškodbe kolka, bolečina ni več fiziološko koristna in postane vzrok za različne zaplete, kot so pospešeno delovanje srca, spremenjene vrednosti krvnega tlaka, napetost mišic in slabšanje dihalne funkcije. Takšne zdravstvene težave pacienta za dalj časa priklenejo na posteljo, saj velikokrat vodijo v nove zaplete, kot so pljučnica, tromboza in odpoved različnih organskih sistemov (Svilenković, 2014).

Zdravljenje akutne bolečine se začne pri pacientovi oceni, ki je v mirovanju  $>3$  po vizualni analogni lestvici (VAL). Bolečino lahko lajšamo farmakološko ali nefarmakološko. Svetovna zdravstvena organizacija za lajšanje bolečine priporoča tristopenjsko shemo, pri kateri izberemo analgetik glede na vzrok, jakost in vrsto bolečine (Požlep, 2009).

Pri večjih operativnih posegih se uporablja nadzorovana analgezija, dozirana s pomočjo protibolečinske črpalke, s katero upravlja pacient (patient-controlled analgesia – PCA), pri čemer si ob močnejši bolečini sam vbrizga dodatni odmerek (Požlep, 2009).

Spremljanje pacienta z akutno bolečino pomeni, da je vloga MS opazovanje in poslušanje pacienta ter posledično zaznavanje njegovih potreb. S pravilnim in pravočasnim ukrepanjem



pacientu vzdržuje jakost njegove bolečine <3 po VAL ter zaznava njegovo zadovoljstvo in boljše počutje. S tem pacient lažje sodeluje v terapevtskem postopku in z manj pridruženimi zapleti hitreje okreva (Svilenković, 2014).

Kot omenjeno, je pomembna naloga MS redna ocena bolečine, saj je pravilno ovrednotenje le-te pogoj za njeno ustrezno obravnavo in obvladovanje, izbiro in oceno učinkovitosti protibolečinskih sredstev in načrtovanje ukrepov ob nezadostnem lajšanju. MS mora izvajati tudi sistematični nadzor pacienta, da tako lahko pravočasno prepozna zaplete protibolečinskih sredstev ali njihove morebitne stranske učinke (Toni, 2012).

Vsa posredovanja in ukrepe mora MS striktno in natančno dokumentirati v negovalno in/ali medicinsko dokumentacijo, kar omogoča tako vpogled v pretekle posege kot tudi nadzor in preverjanje uspešnosti ter kakovosti protibolečinskih sredstev. Poleg tega zagotavlja neprekinjenost dela, saj bi pomanjkljivo dokumentiranje razvrednotilo vsakršno delo MS (Svilenković, 2014).

## 5 RAZPRAVA

Takoj ob sprejemu pacienta z zlomom kolka na oddelek MS zbira podatke o njem in njegovem zdravstvenemu stanju, saj so začetni podatki temelj za nadaljnja načrtovanja zdravstvene nege. Pridobijo jih s pogovorom, opazovanjem in fizičnim pregledom pacienta, z namenom doseganja najvišje možne stopnje njegovega dobrega počutja. Z zbiranjem in strukturiranjem informacij, ugotavljanjem problemov in analiziranjem podatkov MS oblikujejo ND, s pomočjo katerih si postavijo načrt zdravstvene nege in določijo cilje, ki jih želijo doseči (Klančnik Gruden et al., 2019).

Pomembno je, da MS predvidi, katere cilje je mogoče doseči in katere ne, saj morajo biti realni in pacientu ne smejo dati lažnega upanja. Ko je izpostavljenih ciljev veliko, damo prednost pomembnejšim. Načrt zdravstvene nege mora biti zgrajen tako, da zagotavlja neprekinjeno delo zdravstvenih delavcev, obenem pa mora tudi pacient po operaciji kolka po svojih najboljših močeh sodelovati pri doseganju pričakovanih ciljev. Ob tem mora biti na vsako novo posredovanje fizično in psihično dobro pripravljen (Fink, Kobilšek, 2013).

ND so za MS izrednega pomena, saj z njimi določijo obseg znanja zdravstvene nege in se razmejijo od drugih strok v zdravstvu, obenem pa so jim v pomoč za boljše razumevanje zdravstvenega stanja in celostne obravnave pacienta. Ob rednem postavljanju ND po NANDA-I MS neposredno vpliva na organizacijo in učinkovitost dela s pacientom, kot navajata Herdman in Kamitsuru (2017), pa se negovalne diagnoze glede na določila omenjene organizacije definirajo v zvezi z odzivom človeka na zdravstveno stanje ali življenjske procese.

Prado in sodelavci (2018) ugotavljajo, da uporaba ND MS še bolj približa pacientu, saj zahteva analiziranje simptomov, znakov in vzrokov, ki so jih ugotovile pri fizičnem pregledu in odvzemu anamneze. S pomočjo pravilne razlage naštetega lahko ob usmerjanju in napovedi zelenih rezultatov ugotavljajo pravilnost postavljenih diagnoz in izvedenih posredovanj ter uspeh pri doseganju zelenih ciljev.

V ND se torej odraža zdravstveno stanje pacienta v nekem določenem trenutku, zato omogočajo neposredno povezavo med zdravstvenim stanjem pacienta in fazami obravnave, ki sledijo. To je pri pacientu s poškodbo kolka zelo pomembno, saj se po operaciji pod vplivom splošne anestezije pogosto pojavljajo pooperativni zapleti, ki jih v skladu s skrbnim opazovanjem lahko preprečimo ali vsaj omilimo (Rebec, Pintar Babič, 2018).

Melesse in sodelavci (2020) so izvedli raziskavo, v katero je bilo vključenih 424 pacientov, ki so bili operirani pod vplivom splošne anestezije. Izmed vseh vključenih je bilo 218 žensk in 208 moških. 81,1 % vseh vključenih je bilo starejših od 55 let. Izmed vseh operirancev je imelo po končani operaciji kar 113 pacientov ves čas opazovanja znižano vrednost kisika v krvi. Končna raziskava je pokazala, da je pojavnost smrtnosti, povezane s pooperativnimi zapleti, približno 20-odstotna in da je pojav z delovanjem pljuč povezanih zapletov po operaciji v splošni anesteziji kar 21,7-odstoten. Slednje se odraža tudi v večjem številu možnih ND, povezanih s TŽA dihanje in krvni obtok.

Do zloma kolka, kot že omenjeno, najpogosteje prihaja pri starejši populaciji. To trditev lahko potrdimo tudi z raziskovalnim delom avtorice Strniša (2012), ki je izvedla raziskavo pri 30 pacientih po zlomu kolka. V raziskavo je bilo vključenih 21 žensk in 9 moških, pri čemer je bila povprečna starost žensk 79,8 leta, povprečna starost moških pa 72,6 leta. Tu lahko izpostavimo sindrom krhkosti starostnika, ki je po NANDA-I 2015–2017 (00257) tudi ena izmed ND in se kaže v kroničnih obolenjih, oslabljeni hoji in socialni izolaciji (Herdman, Kamitsuru, 2017).

Sandini in sodelavci (2017) so izvedli 35 raziskav, v katere je bilo vključenih 1.153.684 pacientov. Ugotavljali so povezanost med krhkostjo in pojavnostjo zapletov po operaciji. Rezultati so pokazali, da imajo pacienti s sindromom krhkosti od dva- do štirikrat večjo možnost za razvoj komplikacij po operativnem posegu. Pojav smrtnosti je pri teh pacientih šestkrat večji kot pri tistih brez prisotnosti sindroma krhkosti. Avtor Crossetti in sodelavci (2018) navajajo, da je sindrom krhkosti starostnika večdimenzionalen in narašča pri tistih, ki so po operaciji kolka premeščeni v dom starejših. Pri njih se omenjeni sindrom pojavlja kar v 74,1 %, obenem pa je tveganje za funkcionalno upadanje in slabšo kakovost življenja pri njih veliko večje kot pri starostnikih, ki so po operaciji kolka premeščeni v toplice ali odpuščeni domov (Lin et al., 2016).

Avtorja Čebren in Grosek (2019) v svojem delu ugotavljata, da je sindrom krhkosti povezan predvsem z daljšo hospitalizacijo, obolevnostjo in smrtnostjo. Pri osebah s prepoznano negovalno diagnozo sindrom krhkosti starostnika se po operativnem posegu povečata tudi tveganje za zaplete in možnost za ponovni sprejem v bolnišnico. Iz navedenega lahko sklepamo, kako pomembno je natančno postavljanje negovalnih diagnoz.

Santana in sodelavci (2014) v delu omenjajo pomembnost natančnih ND, saj le-te postanejo pomožno orodje MS pri spodbujanju pacienta v procesu okrevanja.

Po prebrani literaturi smo ugotovili, da je najpomembnejše najprej izpostaviti ND, ki jih tekom hospitalizacije lahko spreminjamo, dodajamo ali ovržemo. Tako lahko v celoti zajamemo zdravstveno stanje pacienta po operaciji in oblikujemo načrt opazovanja in spremljanja pacienta tekom hospitalizacije. Poleg tega ob rednem spremljanju in opazovanju ter vsakodnevni skrbi za pacienta MS ugotavljajo, če pacient napreduje oziroma nazaduje (Herdman, Kamitsuru, 2017).

## 6 ZAKLJUČEK

Do poškodbe kolka lahko pride pri mlajši ali starejši osebi, vsekakor pa so zlomom bolj podvrženi starejši zaradi slabše kostne gostote, slabšega ravnotežja in večje možnosti padca. MS je ena izmed prvih zdravstvenih delavcev, s katero ima pacient stik ob sprejemu v bolnišnico in ga nato spremlja ves čas zdravljenja v njej. V času okrevanja MS pacienta spremlja pri izvajanju TŽA in na podlagi ocenjevanja, opazovanja in morebitne pomoči postavlja ND. Te veljajo za izhodišče, ki vpliva na obravnavo pacienta s poškodbo kolka v procesu zdravstvene nege. Slednjo z dokumentiranjem opaženih ND, MS načrtuje in kakovostno izvaja. Z rednim spremljanjem in postavljanjem ND lahko napovemo čas bivanja v bolnišnici, pacientovo napredovanje oziroma nazadovanje pri posamezni TŽA in zajamemo celotno zdravstveno stanje pacienta. Vključenost MS ter njena strokovnost in natančnost pri pacientu po operaciji kolka pripomorejo tudi k zmanjšanju možnosti pojava morebitnih zgodnjih ali poznih zapletov. Pri okrevanju pacienta po operaciji kolka je vloga MS ključna, saj prav ona večino časa preživi z njim, mu pomaga pri TŽA, pri katerih potrebuje pomoč, in ga spodbuja, da čim prej postane samostojen. Prav tako ravno MS velikokrat prva prepozna, če je s pacientom kaj narobe, in opazi morebiten pojav zapletov.

Pri pisanju diplomskega dela smo ugotovili, da so uporabljeni viri večinoma vezani na medicinski del poškodbe kolka in v manjši meri na zdravstveno negovalni del. Prav tako je le malo virov, ki vsebujejo povezavo med poškodbo kolka in negovalnimi diagnozami.

## 7 LITERATURA IN VIRI

Algarni SS, Almalki MM (2018). Prevalence of factors that can increase the risk of hip fracture and in complications after surgery. *Egypt J Hosp Med* 70(2): 215–22.

doi: [10.12816/0043079](https://doi.org/10.12816/0043079)

Brodnik T, Moličnik A (2010). Endoprotetika kolka. In: Vogrin M, Kuhta M, Narandža J, eds, *Artroza in endoprotetika sklepov: zbornik vabljenih predavanj / VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice*, Maribor, 17. december 2010. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo, 69–79.

Crossetti MGO, Antunes M, Waldman BF, Unicovsky MAR, Rosso LH, Lana LD (2018). Factors that contribute to a NANDA-I nursing diagnosis of risk for frail elderly syndrome. *Rev Gaúcha Enferm* 39(3): e2017–0233. doi: [10.1590/1983-1447.2018.2017-0233](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0233).

Čebren Ž, Grosek J (2019). Pomen prepoznavanja krhkosti starostnika pri abdominalnih kirurških bolnikih. *Gastroenterolog* 23(1): 27–31.

Filipov O (2014). Epidemiology and social burden of the femoral neck fractures. *J of IMAB* 20(4): 516–8. doi: [10.5272/jimab.2014204.516](https://doi.org/10.5272/jimab.2014204.516).

Fink A, Kobilšek PV (2013). Zdravstvena nega pacienta pri življenjskih aktivnosti: učbenik za modul Zdravstvena nega v izobraževalnem programu. In: Korošec Grafenauer E, ed. *Zdravstvena nega za vsebinski sklop: življenjske aktivnosti in negovalne intervencije*. Ljubljana: Grafenauer, 70–259.

Gorenc N, Musič D (2014). Preprečevanje bolnišničnih okužb. In: Krajnc A, ed. *Z dokazi v prakso – obvladovanje simptomov v onkološki zdravstveni negi: zbornik predavanj / Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji*, 41. strokovni seminar, Ljubljana, 3. oktober 2014. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 26–39.

Gregorčič R, Jurčič D (2012). Podhladitev v operacijski zdravstveni negi. In: Požarnik T, Arnautović S, eds. Izzivi v operacijski zdravstveni negi, XXIX zbornik. Ptuj, 16. in 17. november 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 143–50.

Hajdinjak A, Meglič R (2017). Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, 92–3.

Herdman TH, Kamitsuru S, eds. (2017). Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015–2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 19–459.

Ivanovski M, Novak P, Vidmar G (2017). Zapleti v času rehabilitacije po zlomih v predelu kolka in njihova povezanost z izidom rehabilitacije. *Rehabilitacija* 16(2): 32–7.

Ivanuša A, Železnik D (2000). Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 109–69.

Jober P, Peroša D, Burger H (2010). Značilnosti bolnikov z zlomom kolka in njihova zmožnost hoje na oddelku za travmatološko kirurgijo splošne bolnišnice Izola. *Rehabilitacija* 9(1): 10–6.

Kim IH, Lee SU, Jung SH, Lee SJ, Lee SY (2018). Effectiveness of the computerized balance rehabilitation after hip fracture surgery: a study protocol of a prospective and open label clinical trial. *Med* 97(36): e12199. doi: [10.1097/MD.00000000000012199](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012199).

Klančnik Gruden M, Mihelič Zajec A, Lubi T et al. (2019). Negovalne diagnoze NANDA-I v slovenskem prostoru. In: Štemberger Kolnik T, Dvoršak majcen S, Kvas A, Prelec A, eds. 12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2019. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 23–172.

Klasinc M, Rozman M, Kisner N, Vrečko Pernat S (2006). Zdravstvena nega 2, učbenik za 2. letnik srednjega strokovnega izobraževanja za program tehnik zdravstvene nege pri predmetu zdravstvena nega in prva pomoč. Maribor: Pivec, 131–7.

Komadina R, Senekovič V, Dolenc I (2012). Priporočila za zdravljenje kolka v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 81(3): 183–92.

Kos N, Sedej B, Kos B (2014). Klinične smernice za rehabilitacijo poškodovancev po zlomu kolka. *Rehabilitacija* 13(1): 163–67.

Krajnc Z, Naranda J (2010). Peri in pooperativni zapleti pri endoprotetičnih operacijah. In: Vogrin M, Kuhta M, Naranda J, eds, *Artroza in endoprotetika sklepov: zbornik vabljenih predavanj / VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice, Maribor, 17. december 2010*. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo, 126–30.

Laharnar M, Slabe D, Herman S (2011). Poznavanje ukrepov prve pomoči pri zlomu kolka med laiki na Tolminskem. *Obzor Zdr N* 45(1): 49–54.

Lin HS, Watts N, Peel M, Hubbard RE (2016). Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients: a systematic review. *BMC Geriatr* 16(1): 157.  
doi: [10.1186/s12877-016-0329-8](https://doi.org/10.1186/s12877-016-0329-8).

Lorber M, Skela Savič B (2011). Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 45(1): 247–52.

Maleki A, Soltani AE, Goudarzi M et al. (2018). Assessing the effect of warming up the patient with forced air on the body central temperature during general anesthesia on patients aged 20-70 years under eye surgery in Farabi Hospital. *J Family Community Med* 16(1): 48–54. doi: [10.5742/MEWFM.2018.93196](https://doi.org/10.5742/MEWFM.2018.93196).

Mastnak DM (2012). Prehranski pregled bolnika. In: Matič L, Fink A, Vettorazzi R, eds. *Temeljna življenjska aktivnost prehranjevanje in pitje*. Zbornik predavanj, 16. 10. 2012, Srednja zdravstvena šola Ljubljana. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, 70–9.

Melesse DY, Denu ZA, Kassahun HG, Agegnehu AF (2020). The incidence of early post-operative hypoxemia and its contributing factors among patients underwent operation



under anesthesia at University of Gondar comprehensive and specialized referral hospital, Gondar, North West Ethiopia, 2018: a prospective observational study. *Int J Surg Open* 22: 38–46. doi: [10.1016/j.ijso.2019.11.011](https://doi.org/10.1016/j.ijso.2019.11.011)

Peternel M (2010). Zgodnja rehabilitacija po vstavitvi kolčne endoproteze na oddelku za ortopedijo UKC Maribor. In: Vogrin M, Kuhta M, Naranda J, eds. *Artroza in endoprotetika sklepov: zbornik vabljenih predavanj / VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice, Maribor, 17. december 2010.* Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo, 179–86.

Požlep G (2009). Akutna bolečina v klinični praksi. *Farm Vestn* 60(2): 95–7.

Prado PRD, Bettencourt ARC, Lopes JL (2018). Defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis for ineffective breathing pattern. *Rev Bras Enferm* 72(1): 221–30. doi: [10.1590/0034-7167-2018-0061](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0061).

Rebec D, Babič-Pintar M (2018). Diagnostični proces – prikaz postavljanja negovalnih diagnoz NANDA International (NANDA-I) v praksi (primer). *Utrip* 26(1): 15–7.

Rezar H, Lorbek T, Čoh N (2010). Pooperativna zdravstvena nega bolnika na ortopedskem oddelku. In: Vogrin M, Kuhta M, Naranda J, eds, *Artroza in endoprotetika sklepov: zbornik vabljenih predavanj / VI. mariborsko ortopedsko srečanje, interdisciplinarno strokovno srečanje in učne delavnice, Maribor, 17. december 2010.* Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za ortopedijo, 163–7.

Robida A (2013). Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. *Zdrav Vestn* 82(10): 648–60.

Sandini M, Pinotti E, Persico I, Picone D, Bellelli G, Gianotti L (2017). Systematic review and meta-analysis of frailty as a predictor of morbidity and mortality after major abdominal surgery. *BJS Open* 1(5): 128–37. doi: [10.1002/bjs5.22](https://doi.org/10.1002/bjs5.22).

Santana FR, Delphino MT, Henriques NM, Souza AP, Soares TS, Pereira SK (2014). Nursing diagnosis of delayed surgical recovery. *Rev Rene* 15(3): 533–42. doi: [10.15253/2175-6783.2014000300019](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300019).

Strniša N (2012). Izid rehabilitacije pri poškodovancih po zlomu kolka premeščenih iz splošne bolnišnice Celje in univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana na negovalni oddelek thermane Laško. *Rehabilitacija* 10(2): 11–8.

Su B, Newson R, Soljak H, Soljak M (2018). Correction to: associations between post-operative rehabilitation of hip fracture and outcomes: national database analysis (90 characters). *BMC Musculoskelet Disord* 19(1): 340. doi: [10.1186/s12891-018-2194-4](https://doi.org/10.1186/s12891-018-2194-4).

Svilenković V (2014). Spremljanje pacienta z akutno bolečino na kirurškem oddelku. In: Vajd R, Gričar M, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2014*: 21. mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, Slovenija, 19–21. 6. 2014. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, 263–5.

Toni J (2012). Patofiziološki vidiki bolečine. *Farm Vestn* 63(1): 3–5.

Trads M, Deutch SR, Pedersen PU (2018). Supporting patients in reducing postoperative constipation: fundamental nursing care- a quasi-experimental study. *Scand J Caring Sci* 32(2): 824–32. doi: [10.1111/scs.12513](https://doi.org/10.1111/scs.12513).

Victor MAG, Luzia MF, Severo IM et al.(2017). Falls in surgical patients: subsidies for safe nursing care. *J of Nurs* 11(Suppl10): 4027–35.

Whittaker DEJ, McMillan TE, Stevenson IM (2020). Management of surgical complications in fracture fixation of the hip. *Orthop Trauma* 34(2): 73–9. doi: [10.1016/j.mporth.2020.01.003](https://doi.org/10.1016/j.mporth.2020.01.003).

Wyers CE, Reijven PLM, Evers SMAA et al. (2013). Cost-effectiveness of nutritional intervention in elderly subjects after hip fracture: a randomized controlled trial. *Osteoporos Int* 24(1): 151–62. doi: [10.1007/s00198-012-2009-7](https://doi.org/10.1007/s00198-012-2009-7).

Zhong Y, Zeng F, Li J, Yang Y, Zhong S, Song Y (2018). Electroacupuncture for postoperative urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*: 1–17. doi: [10.1155/2018/7612618](https://doi.org/10.1155/2018/7612618).