PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENTA SA FRAKTUROM BEDRENE KOSTI

Milčetić, Anamarija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:875959

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Anamarija Milčetić

PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENTA S FRAKTUROM BEDRENE KOSTI

Završni rad

Rijeka, 2020.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Anamarija Milčetić

PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENTA S FRAKTUROM BEDRENE KOSTI

Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Anamarija Milčetić

THE PROCESS OF NURSING CARE IN A PATIENT WITH A FEMUR FRACTURE

FINAL WORK

Rijeka, 2020.

Mentor rada : Saša Uljančić, mag.med.techn., prof.reh.

Rad ima 25 stranica, 7 slika, 0 tablica.

Pregledni rad obrađen je dana _____ u/na _____,

pred povjerenstvom u sastavu :

1.

2.

3.

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	
Studij	Dodiplomski studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Anamarija Milčetić
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENTA S FRAKTUROM BEDRENE KOSTI
Ime i prezime mentora	Saša Uljančić
Datum zadavanja rada	10.02.2020.
Datum predaje rada	29.8.2020.
Identifikacijski br. podneska	1377508768
Datum provjere rada	01.9.2020.
Ime datoteke	PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE KOD PACIJENTA S FRAKTUROM BEDRENE KOSTI
Veličina datoteke	566,92K
Broj znakova	45310
Broj riječi	6875
Broj stranica	37

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	14%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	Rad zadovoljava uvjete izvornosti
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

Rijeka, 01.9.2020.

Potpis mentora

SAŽETAK

Modernoj medicini potrebno je suvremeno sestrinstvo. Čovjekovo tijelo se s vremenom mijenja, te dolazi do promjena u funkciji, aspektu i djelovanju. Organske promjene zabilježene su na svim mehanizmima. Modifikacije koje se događaju na mišićno-koštanom sustavu jesu u vidu opadanja mišićne mase, ograničene pokretljivosti i osteoporoze zapravo demineralizacije kosti. Takva stanja povećavaju rizik od pada, a shodno tome i od prijeloma. Fraktura bedrene kosti i njezin tijek liječenja zahtjevaju najvišu razinu sestrinske skrbi i medicinske rehabilitacije kako bi se osoba povratila u najbolje moguće izdanje. Do tog ostvarenja postavljenog cilja veliku ulogu u tretiranju potrebitih ima i sam proces zdravstvene njege koju pružaju medicinske sestre kao članovi tima. Suvremeni aspekti sestrinstva te novi izazovi stavljaju pred sestrinstvo nove bitno drugačije potrebe za zdravstvenom njegom u novim uvjetima. Svrha suvremenog sestrinskog rada je argumentiranje, unaprjeđenje, i poticanje kontinuiteta u pružanju zdravstvene skrbi. Povezanost između utvrđivanja potreba, planiranja, provedbe i evaluacije provedene zdravstvene njege predstavlja sestrinsku dokumentaciju odnosno proces zdravstvene njege. Vođenje sestrinske dokumentacije po procesu zdravstvene njege služi i kao dokument pravne zaštite kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućih komplikacija. Napredak u sestrinstvu je neprestano prisutan i neophodan u cilju osiguranja visokokvalitetne zdravstvene skrbi.

Ključne riječi : proces, zdravstvena njega, fraktura, bedrena kost, medicinska sestra

SUMMARY

Modern medicine needs modern nursing. The human body changes over time, resulting in changes in function, aspect and function. Organic changes were recorded by all mechanisms. The modifications that take place on the musculoskeletal system are in the form of a decline in muscle mass, limited mobility and osteoporosis, in fact bone demineralization. Such conditions increase the risk of falls and consequently of fractures. The fracture of the femur and its course of treatment require the highest level of nursing care and medical rehabilitation to bring the person back to the best of their ability. Until that goal is achieved, the very process of nursing care provided by the nurses as team members plays a major role in treating the needy. The contemporary aspects of nursing and the new challenges put the nursing community in a new and significantly different need for health care in new conditions. The purpose of contemporary nursing work is to argue, improve, and encourage continuity in health care delivery. The link between the identification, planning, implementation and evaluation of health care provided is nursing documentation or the nursing process. Keeping nursing records through the nursing process also serves as a legal protection document confirming facts and claims in the event of possible complications. Progress in nursing is constantly present and necessary to ensure high quality health care.

Keywords: process, nursing care, fracture, femur, nurse

ZAHVALA

Ovaj završni rad posvećujem svojim roditeljima,suprugu, braći i sestri koji su uložili strpljenje i potporu u mojem obrazovanju.Posebno se zahvaljujem svojoj majci bez čijeg beskonačnog strpljenja,razumjevanja i ljubavi danas ne bih bila ovdje.Hvala i mojem sinčiću na beskrajnoj vjeri u mene da skupa danas bacimo kapicu.

Hvala vam na velikom srcu , u kojem znam da imam posebno mjesto.VOLIM VAS.

Zahvaljujem se mentorici Saši Uljančić, mag.med.techn., prof.reh. na pruženoj potpori i pomoći prilikom izrade završnog rada.

SADRŽAJ

1.UVOD 1

2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA DONJIH EKSTREMITETA 2

3. FRAKTURA BEDRENE KOSTI 4

3.1.Epidemiologija frakture bedrene kosti 5

3.2.Klinička slika frakture bedrene kosti 6

3.3.Dijagnostički postupci 7

3.4. Liječenje frakture bedrene kosti 9

4. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE 10

4.1. Faze procesa zdravstve njege 12

4.2. Sestrinske dijagnoze kod frakture bedrene kosti 14

4.3. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja 19

4.4. Prikaz slučaja fiktivnog bolesnika 20

5. REHABILITACIJA 23

6. ZAKLJUČAK 25

7. LITERATURA 26

POPIS KRATICA 27

PRILOZI 28

ŽIVOTOPIS 29

1.UVOD

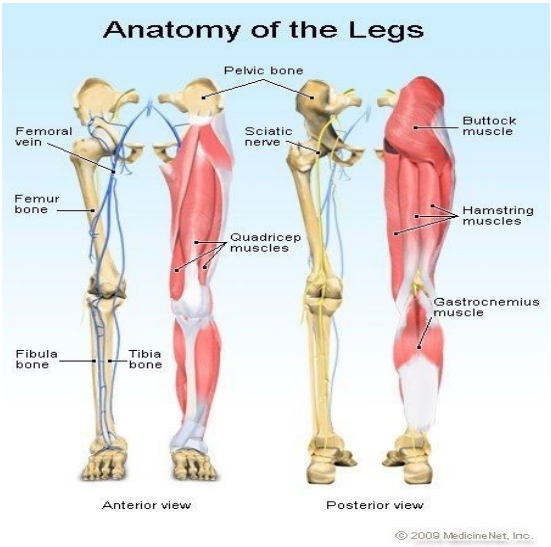
Fraktura bedrene kosti označava ozbiljnu ozljedu koja može imati mnogobrojne komplikacije, te povećanje rizika za nepovoljne ishode u starijoj životnoj dobi. Frakture ovoga tipa češće su kod starijih osoba jer u procesu starenja opada i čvrstoća, gustoća te kvaliteta strukture koštanog sustava pa tako i bedrene kosti što je čini manje otpornom na određenu traumu. Povećanjem trenda starije populacije produljivanjem očekivanog trajanja života kod starijih osoba incidencija frakture bedrene kosti uvelike raste. (1)

Što se tiče troškova, frakture bedrene kosti važan je problem koji treba uzeti u obzir kroz više točaka gledišta: ekonomskog, socijalnog, zdravstvenog. Smanjeno samopoštovanje, socijalna izoliranost, promjena osobnog i obiteljskog blagostanja važni su čimbenici koji utječu na oporavak. Procjenjuje se da mali broj pacijenta,njih oko 30% ostaje neovisan o svojoj obitelji, dok većina drugih slučajeva završava potrebom za povećanom skrbi ili čak i smrtnošću. Rizik od frakture povezan je s rizikom nastanka pada u starije osobe. Najčešći uzroci pada jesu povezani s degenerativnim bolestima, neurološkim, oštećenjem vida, komplikacijama dijabetes melitusa, hipertenzije te srčanih bolesti.

2. ANATOMIJA I FIZIOLOGIJA BEDRENE KOSTI

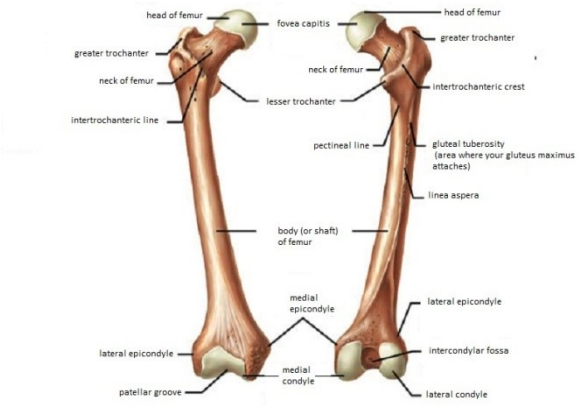
Bedrena kost je najduža, najteža i najjača kost u ljudskom tijelu. Na proksimalnom kraju, vrat u obliku piramide pričvršćuje sfernu glavu na vrhu i cilindričnu osovinu na dnu. Postoje i dva istaknuta koštana izbočenja, veći trohanter i manji trohanter koji se pričvršćuju na mišiće koji pomiču kuk i koljeno. Kut između vrata i osovine, također poznat kao nagib kuta, je kod prosječne odrasle osobe oko 128 stupnjeva. Međutim, kut nagiba opada s godinama. Kuk je zglobni zglob koji se sastoji od acetabuluma zdjelice koji obuhvaća glavicu femura. Glava je usmjerena u srednjem, superiornom i blago prednjem smjeru. *Ligamentum teres femoris* povezuje acetabulum s *fovea capitis femoris*, što je jama na glavi. Osovina ima blagi prednji luk. Na distalnom bedru, osovina iskače u obliku stožaca na kuboidnoj bazi koju čine medijalni i bočni kondil. Medijalni i bočni kondil spajaju bedrenu kost do tibije, tvoreći zglob koljena. Oba kuka i koljena su sinovijalni zglobovi koji su prekriveni hrskavicom kako bi se smanjilo trenje i optimizirao raspon pokreta. Koštane značajke su orijentiri za mjerenje osi duž femura. Glavna funkcija femura je nosivost i stabilnost hodanja. Težina gornjeg dijela tijela sjedi na glavi dvaju bedara. Kapsularni ligament je jak debeli omotač koji se omotava oko periosta acetabuluma i proksimalnog bedra. Drži glavu femura unutar acetabuluma zdjelice. Kapsularni ligament ograničava unutrašnju rotaciju, ali omogućava vanjsku rotaciju. Koljeno je zglobni zglob između distalne butne kosti i proksimalne tibije. Medijalni i lateralni menisk stabiliziraju i ublažavaju artikulaciju tibiofemorala. Medijalni i bočni ligamenti sprječavaju deformaciju valgusa ili varusa. Unutar zgloba koljena, prednji i stražnji križni ligament omogućavaju neko rotacijsko pomicanje koljena, istovremeno sprečavajući pomicanje prednjeg i stražnjeg dijela tibije. Patelofemoralni zglob koristi se u produženju koljena. Mišići bedara podijeljeni su na prednji, medijalni i stražnji i glutealni odjeljak. Femura sjedi u prednjem odjeljku. Prednji pretinac sastoji se od mišića koji se uglavnom koriste za fleksiju kuka i produženje koljena. Saloni kuka uključuju pektineus, iliopsoas i sartorius mišić. Femoralni živac inervira sve fleksore kuka osim iliopsoasa. Iliopsoasni mišić najmoćniji je fleksor kuka, a čine ga *psoas major* i *iliacus*. *Psoas major* potječe od stražnje trbušne stijenke i pridružuje se *iliacus* mišiću zdjelice koji se pričvršćuje na manjem trohanteru femura. Mišići stražnjeg pretinca su uglavnom ekstenzori kuka i fleksori koljena. Sastoji se od *bicep femoris*, semitendinoznih i polumembranskih mišića. Tibijalna podjela išijasnog živca inervira većinu stražnjih mišića bedara, osim bicep femoris. Bicep femoris ima 2 glave, dugu i kratku glavu. Duga glava je inervirana tibialnom granom išijasnog živca. Kratka glava je inervirana zajedničkom peronealnom (fibularnom) odjelom išijas.

Površni i duboki slojevi mišića organiziraju gluteus. Površinski sloj sastoji se od *gluteus maximus, medius i minimus.* Produženje kuka te unutarnja rotacija su glavna funkcija površnog gluteusa. Gornji glutealni živac inervira *gluteus medius i minimus*. *Inferior gluteal* inervira *gluteus maximus*. Duboki sloj čine *piriformis, obturator internus, quadratus femoris* te superiorni i inferiorni gemellus. Išijatični živac je najduži i najveći živac u tijelu. Prolazi između piriformis i superiornih gemelli. Ovi kraći i dublji glutealni mišići pomažu pri vanjskoj rotaciji kuka. Funkcija medijalnog pretinca uglavnom je adukcija nogu. Uključuje *adduktor longus*, *adductor brevis, adductor magnus, gracilis i obturator externus*. Glavna nervacija živca medijalnog presjeka je obturatorni živac iz lumbalnog pleksusa. (2)



Slika 1. Prikazuje anatomiju donjih ekstremiteta

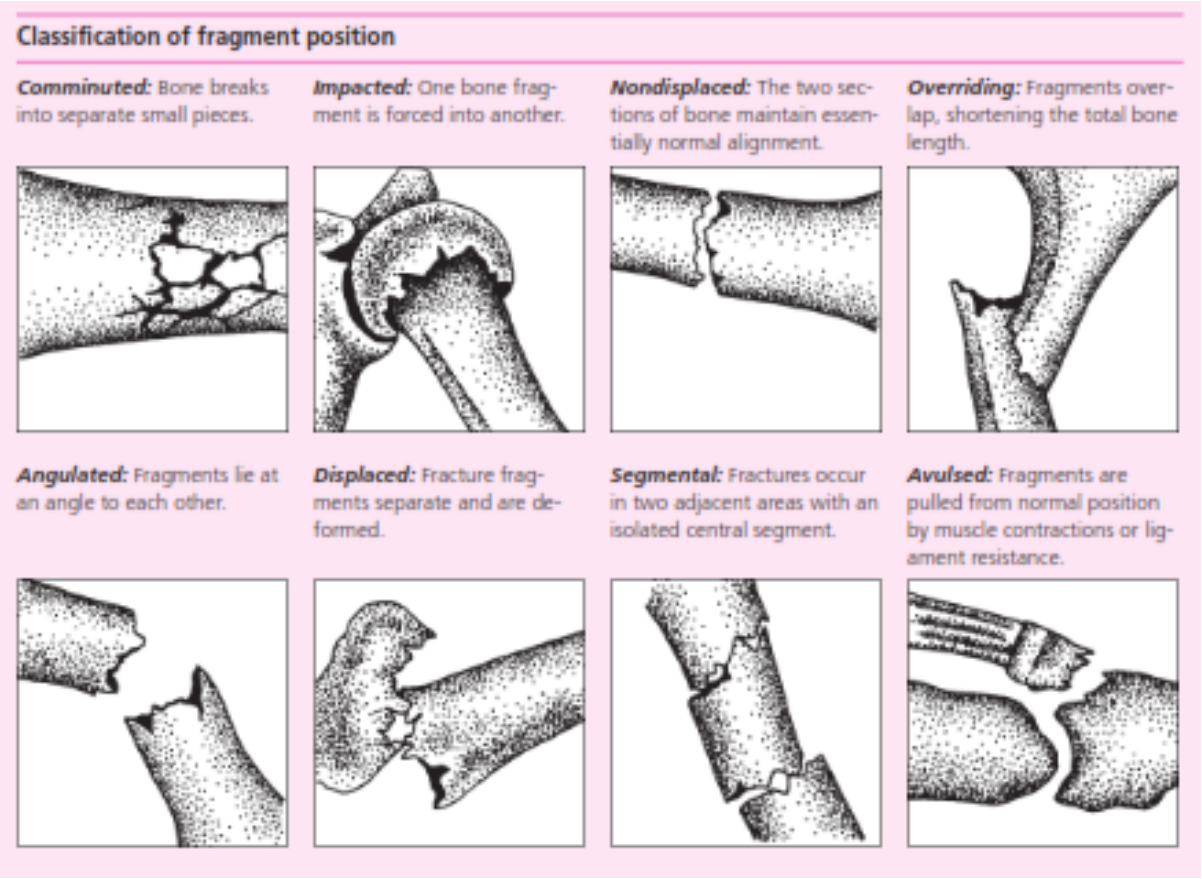
*Izvor (*https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532982/*)*



Slika 2. Prikazuje anatomiju bedrene kosti

*Izvor(*https://www.google.com/search?q=anatomy+of+femur+bone&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi9uPb3vu7lAhWJZVAKHYx9ChYQ_AUIEigB&biw=1366&bih=657#imgrc=_ *)*

3. FRAKTURA BEDRENE KOSTI



Slika 3. Prikazuje klasifikaciju prijeloma

*Izvor (*Springhouse - Diseases _ a nursing process approach to excellent care-Lippincott Williams & Wilkins (2006))

Na temelju kliničkog iskustva klasificiramo destruktivne prijelome u dvije metode. Prema tome da li je mjesto loma povezano s vanjskim okoliš, oni se mogu podijeliti u otvorene destruktivne prijelome i zatvorene destruktivne prijelome. Dok se prema položaju prijeloma mogu podijeliti u destruktivni prijelom dijafize (tip a, prijelom mjesto iznad ili ispod zglobne površine najmanje 5 cm); destruktivni prijelom zgloba (tip b, mjesto prijeloma unutar 5 cm od površine zgloba); mješovit destruktivni prijelom (tip c, oštećena ne samo dijafiza, već i zglob. Kombinacija između dvije metode dalje smo podijelili na destruktivne prijelome u 6 podtipova: a1 tip, destruktivni prijelom zatvorene dijafize; a2 tip, otvorena dijafiza destruktivnog loma; b1 tip, zatvoreni zglob uključeni destruktivni lom; b2, otvoreni zglobni destruktivni prijelom; c1, zatvoreni, miješani destruktivni prijelom; c2 tip, otvoreni mješoviti destruktivni prijelom. (3)

3.1. Epidemiologija frakture bedrene kosti

Prijelomi bedrene kosti uzrokovani su visokoenergetskom ozljedom, poput prometne nesreće, osim ako je patološki prijelom u bolesnika s osteoporozom ili metastatskom bolesti. Često su povezane ozljede kuka, zdjelice, koljena i drugih dijelova tijela. Prijelomi se razlikuju u stupnju i složenosti, ovisno o stupnju sile koja je uključena. Oni mogu biti: poprečni (vodoravno preko osovine), kosi, spiralni (zbog sile uvijanja), zgužvani (kada postoje tri ili više rezultirajućih kostiju kosti), otvoreni ili zatvoreni. Učestalost prijeloma bedrene kosti zabilježena je kao 1-1,33 prijeloma na 10 000 stanovnika godišnje u SAD-u. U Sjedinjenim Državama i Europi učestalost prijeloma bedrene kosti u djece iznosi 20 na 100.000 godišnje. U pojedinaca mlađih od 25 godina i onih starijih od 65 godina stopa prijeloma bedrene kosti je 3 prijeloma na 10 000 stanovnika godišnje.

Njihova učestalost je u stalnom porastu, vjerojatno zbog demografskih modifikacija i neprekidnog povećanja prosječnog života stanovništva, a time i zbog prisutnosti većeg broja starijih bolesnika. Smanjenje BMD-a povezano sa starošću glavni je čimbenik koji izlaže starije ljude većem riziku od fraktute bedrene kosti. Prijelomi kuka snažno su povezani s BMD-om u proksimalnom bedru, ali postoje i brojni klinički prediktori rizika od prijeloma kuka koji nisu ovisni o gustoći kostiju. Učestalost frakture kuka bila je 17 puta veća kod 15% žena koje su imale pet ili više faktora rizika, bez koštane gustoće, u usporedbi sa 47% žena koje su imale dva ili manje rizična čimbenika. Međutim, žene s pet ili više faktora rizika imale su još veći rizik od frakture bedrene kosti ako im je vrijednost gustoće kostiju bila na najnižoj razini. Nekoliko čimbenika povezano je s povećanim rizikom od frakture bedrene kosti. Starije osobe (starije od 70 godina) imaju veću učestalost frakture femura.
Prijelom proksimalne bedrene kosti često je kod starijih osoba, s posebnim naglaskom na intrakapsularno(vrata bedrene kosti) i ekstrakapsularno (trantrohanterično i subtrohanterično). Osobe s osteoporozom također imaju veću vjerojatnost da će se dogoditi fraktura bedrene kosti. Rizik od ovih frakture eksponencijalno raste s porastom dobi i veći je kod žena (omjer muškaraca i žena). Budući da žene imaju veći gubitak i pad gustoće kostiju od muškaraca, njihova učestalost frakture bedrene kosti otprilike je dvostruka nego kod muškaraca bilo koje dobi u SAD-u i Europi. Nadalje, žene žive duže od muškaraca, tako da se više od tri četvrtine svih fraktura bedrene kosti događa u žena. Stopa morbiditeta i smrtnosti smanjena je kod frakture bedrene kosti, uglavnom kao rezultat promjena u metodama imobilizacije frakture. Postojeće terapije koje omogućuju ranu mobilizaciju, čime se smanjuje rizik od komplikacija povezanih s produljenim mirovanjem u krevetu. (4)

3.2. Klinička slika frakture bedrene kosti

Fraktura bedrene kosti gotovo je uvijek vrlo očita. Znakovi prijeloma uključuju jaku bol, nemogućnost pomicanja noge ili stajanja na njoj, izrazito ograničenje pokreta kuka, lokalno oticanje, modrice na koži, krckanje koje se može čuti tijekom vršenja pokreta u donjim ekstremitetima. Tipično za frakture vrata bedrene kosti i trohantera je vanjska rotacija i skraćeni donji ekstremitet, ali oba su znaka manje izražena kod frakture vrata bedrene kosti. Prijelomi trohantera često uzrokuju veću bol. Bol u predjelu trohantera govori u prilog trohanternoj frakturi, dok je bol u preponama tipična za frakturu vrata bedrene kosti.

Kod frakture vrata ili trohantera može biti prisutan anteriorni ugao na mjestu frakture. Odsutnost vanjske rotacije se radije vidi kod impaktirane frakture, skraćena noga sugerira da su koštani ulomci pomaknuti. Ipak, skraćivanje udova nije vidljivo kod fakture pomaknutih koštanih ulomaka u valgusu, a ekstremitet može biti i malo duži. Također može doći do gubitka krvi u femuru, a može doći i do hematoma u okolnom mekom tkivu. U slučaju otvorenog prijeloma: otvoreni prijelomi dodaju mogućnost infekcije. Česte su i ozljede ligamenta koljena, poput ozljeda bočnih kolateralnih ligamenta ili ozljeda prednjeg križnog ligamenta i moraju se procijeniti nakon fiksacije prijeloma. (5)

3.3. Dijagnostički postupci

Fraktura bedrene kosti dijagnosticira se uz pomoć više radioloških pretraga :
- rendgenološka obrada (RTG)
- kompjutorizirana tomografija (CT)
-magnetska rezonancija (MR)
- scintigrafija skeleta

Osnovna radiološka dijagnostička metoda za utvrđivanje frakture je rendegensko snimanje. Rendegensko snimanje se smatra kao neinvazivna najmanje škodljiva pretraga. Ukoliko se rendgenskim snimanjem ne može utvrditi prijelom podliježe se određenim slojevitijm pretragama.
Kod slojevitih pretraga kao što su magnetska rezonanca i kompjutorizirana tomografija prisutna je i aplikacija kontrastnih sredstava da se omogući kvalitetnije snimanje određenog dijela koji se pregledava. Magnetska rezonanca je metoda ispitivanja s većom razlučivošću kontrasta, koja može otkriti rani edem i krvarenje uske kosti, uvijek prisutna čak i u minimalnim ozljedama kostiju; iako manje neposredan zbog ograničene dostupnosti i troškova, MRI omogućava procjenu ne samo koštanih, već i eventualno povezanih lezija mišića, tetiva i hrskavice.

Kompjutorizirana tomografija, koja je danas uobičajena u hitnim slučajevima, metoda je istraživanja s većom prostornom razlučivosti i može dokazati čak i suptilni prekid kortikalne kosti u slučaju prijeloma spoja. (6)

Zadaća medicinske sestre/tehničara osim što priprema dokumentaciju za pretrage da pripremi bolesnika fizički i psihički (i.v.kanila, razgovor).
Ako je tijekom provođenja fizikalnog pregleda prisutna bol kao simptom, ista se po odluci liječnika tretira analgeticima.



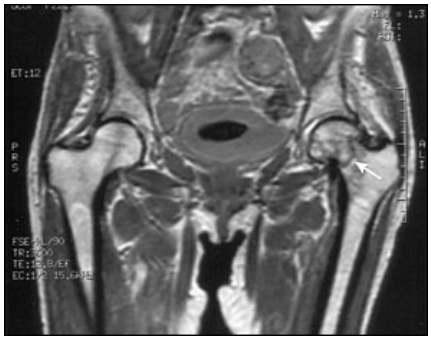
Slika 4. Prikazuje frakturu bedrene kosti dijagnostičkom metodom rendgena

*Izvor (*https://commons.wikimedia.org/wiki/File:X-ray_of_subtle_compressive_hip_fracture,_labeled.jpg*)*



Slika 5.Prikazuje frakturu bedrene kosti dijagnostičkom metodom CT-a

*Izvor (*https://www.researchgate.net/figure/Radiograph-and-CT-scan-of-hip-joint-and-proximal-femur-a-preoperative-showing-the_fig2_309748693*)*



Slika 6. Prikazuje frakturu bedrene kosti dijagnostičkom metodom MR-a

*Izvor (*https://www.aafp.org/afp/2003/0201/p537.html preuzeto 24.01.2020.)

3.4. Liječenje frakture bedrene kosti

Dijagnoza frakture bedrene kosti veoma je jasna. Rendgenski pregled potvrđuje dijagnozu i karakterizira prijelom frakture bedrene kosti i/ili intertrohanteričnog prijeloma (onaj koji uključuje gornji kraj femura neposredno ispod glave femura). Mjesto prijeloma utječe na liječenje i prognozu. Intertrohanterični prijelomi mogu biti složeni, a oštećenje kosti može spriječiti zamjenu protetskim uređajem. Od 1930-ih godina operacija je bila preferirana metoda liječenja frakture bedrene kosti. Operativno liječenje frakture na neki se način pokazalo da osim što umanjuje dužinu hospitalizacije, već i značajno smanjuje stopu smrtnosti i poboljšava šanse pacijenta da se vrati životnom stilu prije frakture. U ovom je trenutku ne kirurško liječenje rezervirano za one pacijente koji zbog medicinskih razloga ne mogu izdržali operativni zahvat. Nakon svakog izvedenog zahvata vrši se rendgenska kontrola položaja proteze odnosno uspjeha operacije.

U početku su se frakture kuka liječile kirurškim putem, unutarnjim fiksiranjem prijeloma pločom, vijcima ili nekim drugim sredstvom za držanje koštanih krajeva zajedno. Kako se koštani krajevi često nisu uspjeli spojiti, uvedena je proteza koja će zamijeniti glavu femura. Nakon toga, ukupna zamjena kuka korištena je za liječenje određenih fraktura kuka.

U ovom trenutku nije uspostavljen idealan tretman za frakturu kuka. Metoda koja se koristi ovisi o preferencijama pojedinog kirurga. Do neke mjere i ekonomija ulazi u sliku. Jednostavno popravljanje prijeloma vijkom ili pločom nosi ranije spomenuti rizik od nevezanja ili gubitka položaja prelomljenih fragmenata. Zamjena glave femura protezom ponekad je povezana s trajnom boli u kuku i postupnom erozijom kosti zdjelice metalnom glavom femura. Ukupna zamjena kuka nešto je složeniji postupak i skuplja je, kako u pogledu vremena rada, tako i troškova i opreme. Postoji definitivna potreba za ishodnim studijama kako bi se razjasnile relativne prednosti i nedostaci svake metode liječenja. Takve bi ishodne studije uključivale duljinu hospitalizacije, bolničke komplikacije, brzinu ponovne operacije i ukupni oporavak pacijenta. (7)

4. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces zdravstvene njege predstavlja pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema iz područja zdravstvene njege. Najvažniji izraz u procesu zdravstvene njege je problem. Problem kao pojam označava stanje koje odudara od očekivanog i zahtjeva reakciju medicinske sestre. Zdravstvena njega je područje rada medicinske sestre u kojem je ona samostalna i stručna. Svaki čovjek ima osnovne ljudske potrebe no bitno je shvatiti da se one bitno razlikuju od osobe do osobe. Virginija Henderson 1966.godine je definirala kroz definiciju ulogu medicinske sestre,te osnovne ljudske potrebe svrstala u 14.točaka :

a) disanje
b) unos hrane i pića
c) eliminacija otpadnih tvari
d) kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja
e) odmor i spavanje
f) odijevanje
g) održavanje tjelesne temperature
h) održavanje osobne higijene
i) izbjegavanje štetnih utjecaja okoline
j) komunikacija
k) vjerske potrebe
l) svrsishodan rad
m) rekreacija
n) učenje i istraživanje

Osobine procesa zdravstvene njege :

- sustavnost (u tradicionalnom načinu rada problemi kod pacijenta otkrivaju se slučajno, a mnogi ostanu neotkriveni)
- dinamičnost (medicinska dijagnoza je relativno stabilna, za razliku od problema iz područja zdravstvene njege koji se često mijenjaju i to s obzirom na broj, vrstu i intenzitet)
- fleksibilnost (proces zdravstvene njege je primjenjiv na svim razinama zdravstvene zaštite, u radu s pojedincem, grupom, zajednicom, bez obzira na dob, zdravstveno stanje i druga obilježja populacija, primjenjiv je na svim modelima zdravstvene njege, a moguća je i neophodna uzastopna i istodobna primjena pojedinih faza)

Načela procesa zdravstvene njege su :

- usmjerenost na pacijenta
- uvažavanje pacijenta kao subjekta
- cjelovitost zbrinjavanja pacijenata (holistički pristup)

Svaka intervencija medicinske sestre usmjerena je rješavanju pacijentovih/klijentovih problema. Proces donošenja odluka može biti različiti :

- intuitivno odlučivanje
- prihvaćanje savjeta drugih
- iskustveno odlučivanje
- logično, racionalno, utemeljeno na znanju – osoba donosi odluku koju je u stanju obrazložiti

4.1. Faze procesa zdravstvene njege

- utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
- planiranje zdravstvene njege
- provođenje zdravstvene njege
- evaluacija zdravstvene njege

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom

Prva faza procesa zdravstvene njege uključuje prikupljanje podataka, analizu i definiranje problema odnosno dijagnoze. Izvori podataka mogu biti primarni (pacijent osobno), sekundarni (pacijentu bliska osoba) i tercijarni (medicinska dokumentacija). Tehnike prikupljanja podataka jesu : intervju, promatranje, mjerenje i analiza dokumentacije.

Intervju je planiran razgovor dviju osoba koje se međusobno dopunjuju. Prema namjeni intervju može biti informativni i terapijski ovisno što želimo postići dobivenim i pruženim informacijama. Bazični smisao intervjua je specifičnost podataka o potrebitome u svrhu pravovremenog prepoznavanja problema i što uspješnijeg rješavanja istog. Podatke prikupljene intervjuom potrebno je zabilježiti u pacijentovu dokumentaciju. Promatranje u procesu zdravstvene njege (uključuje i fizikalni pregled) zasniva se na stručnom znanju, a vrši se sistematično i cjelokupno.

Planiranje zdravstvene njege

Prva faza procesa zdravstvene njege (utvrđivanje potreba) je faza dijagnosticiranja odnosno otkrivanja problema dok su ostale faze usmjerene njihovom ublažavanju ili potpunom uklanjanju. Rješavanje problema počinje planiranjem zdravstvene njege koja obuhvaća : utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva, planiranje intervencija te izradu plana zdravstvene njege.

Analizirajući podatke medicinske sestra može zaključiti nepostojanje problema ili postojanje jednog ili više njih. Ukoliko se ustanovi više problema potrebna je procjena važnosti i težine kako bi se postavio pravilan redoslijed izvršenja istog. Prioritete utvrđuje medicinska sestra kojoj je povjerena skrb za pacijenta zajedno s njim, po potrebi članovima obitelji i drugim članovima tima uključenim u njegovo cjelokupno zbrinjavanje. Konačnu odluku donosi na osnovi pacijentove percepcije, važnosti i težine problema, hijerarhije osnovnih ljudskih potreba i medicinskih spoznaja te mogućnosti za rješavanje pojedinih problema.

Provođenje zdravstvene njege

Predposljedna faza je provođenje, a uključuje nekoliko aktivnosti : validaciju plana i analizu uvjeta za njegovu primjenu što čini svojevrsnu pripremu za kreativnu i kritičku realizaciju koja osim provođenja intervencija obuhvaća stalnu procjenu pacijentovog stanja, reviziju plana, neformalnu edukaciju i primjenu etičkih načela. Validacija je ocjena valjanosti i točnosti plana te odobrenje njegove primjene. Pri planiranju zdravstvene njege potrebno je uvažavati objektivne okolnosti, a istodobno trajnim utvrđivanjem uvjeta smanjuju se ograničenja pri izradi planova. Neki od značajnijih činitelja odnose se na modele organizacije, osoblje za zdravstvenu njegu i opremljenost zdravstvene ustanove. Planovima zdravstvene njege predviđeno je što i tko u pojedinoj smjeni treba učiniti što omogućava medicinskim sestrama da si dobro organiziraju posao, izbjegnu prazan hod i dupliciranje poslova. Neformalno se prate različiti aspekti pacijentovog stanja uglavnom s ciljem uočavanja novih nepredvidljivih problema i to nije izričito navedeno u planu zdravstvene njege i dio je kontinuirane evaluacije. Odnosi se na praćenje pokazatelja već utvrđenih potencijalnih i aktualnih ili vjerojatnih problema.

Evaluacija zdravstvene njege

Evaluacija u procesu zdravstvene njege se navodi kao završna faza iako se konstantno isprepliće s drugim fazama od samog početka pa do završetka. Evaluacija plana je složen postupak, a sastoji se u ponovnoj primjeni procesa zdravstvene njege od prikupljanja podataka do evaluacije. Ponovno planiranje i korekcija planova zdravstvene njege potrebni su ako je problem još uvijek prisutan, postoji mogućnost ponovnog javljanja već riješenog problema, utvrđeni su novi problemi. Kada se cilj odnosi na tjelesno stanje pacijenta medicinska sestra će pretežno promatranjem, fizikalnim pregledom i analizom dokumentacije prikupiti podatke za procjenu uspješnosti. Kada se cilj odnosi na znanje način provjere uspješnosti treba pažljivo odabrati uvažavajući razinu znanja koju je pacijent trebao usvojiti. (8)

4.2. Sestrinske dijagnoze kod frakture bedrene kosti

Tijekom desetljeća zdravstvena njega je napravila veliki zamah na području sestrinske prakse, edukacije, istraživanja i sa svim tim povezane sestrinske informatike. Značajnije postignuće jesu razvoj sestrinskih dijagnoza. Početak razvoja dijagnoza krenuo je u Sjedinjenim Američkim državama. Sestrinske dijagnoze se prvi puta spominju pedesetih godina, a intenzivnije bavljenje istim započinje 1973.godine nakon prve održane konferencije o sestrinskim dijagnozama. Dijagnosticirati znači pomno ispitati i analizirati činjenice radi razumijevanja ili lakšeg objašnjenja nečega. Sestrinska dijagnoza je naziv za probleme koje medicinske sestre samostalno prepoznaju i tretiraju, te kao takva je jednaka medicinskoj dijagnozi koju dijagnosticira i liječi liječnik specijalizaran za određenu problematiku. (9)

Smanjena mogućnost brige o sebi

Smanjena mogućnost brige o sebi je stanje u kojem pojedinac zbog oštećenja tjelesne ili kognitivne funkcije i drugih razloga nije u stanju samostalno održavati osobnu higijenu, oblačiti se, jesti ili samostalno zadovoljavati eliminacijske potrebe.
Naziv briga za sebe ili samozbrinjavanje odnosi se na širok raspon svakodnevnih aktivnosti odnosno na sve što čovjek radi da bi zadovoljio svoje osnovne potrebe. Sve se te aktivnosti uče od ranog djetinjstva te postaju životne navike i specifične su za svakog ponaosob. Razlike među ljudima ne proizlaze iz onoga što rade već kako, kada, gdje i na koji način rade. Upravo to zdravstvenu njegu čini specifičnom i individualnom za svakog bolesnika.
Medicinska sestra mora razvijati osjetljivost i uvažavati osobitosti i razlike među ljudima kako bi što kvalitetnije mogla procijeniti bolesnikove potrebe te mu pružiti odgovarajuću skrb.

Ova dijagnoza prati brojne bolesti lokomotornog i živčanog sustava, osjetila poremećaja u kognitivnom funkcioniranju promjene koje nastaju pod utjecajem dobi i medicinskih postupaka. Ovisno o uzroku ono može biti prolazna, privremena ili trajna.
Prolazna je posljedica nove i nepoznate okoline, privremena akutna bolest, trajna je povezana sa kroničnim bolestima. Ovisnost o tuđoj pomoći ima negativan utjecaj na psihičko stanje, osoba gubi dostojanstvo i samopouzdanje postaje tjeskobna, zbog toga je veoma važna procjena stupnja samostalnosti i ovisno o procijenjenom pružiti adekvatnu skrb.

Procjenu stupnja samostalnosti provodi medicinska sestra na temelju intervjua, fizikalnog pregleda te promatranjem bolesnika u bolnici.

Na taj način utvrđuje se SMBS, uzroke i navike kako bi se mogla planirati bolesniku prilagođene intervencije. S obzirom na tumačenje zdravstvene njege M.Gordon stupanj samostalnosti se određuje za svaku aktivnost posebno jer bolesnik može biti samostalan u jednoj, a potpuno ovisan o pomoći u drugoj aktivnosti. Zato je važno uz svaku dijagnozu iz područja smanjene mogućnosti brige o sebi navesti stupanj samostalnosti.

Stupnjevi samostalnosti po M.Gordon

a) 0– osoba je samostalna
b) 1 – osobi je potrebno osigurati pomoćni pribor i pomagala
c) 2 – osobi je potrebna pomoć druge osobe
d) 3 – osobi je potreban pribor i pomagala, te pomoć druge osobe
e) 4 – osoba je potpuno ovisna o pomoći druge osobe i pomagalima

Pregled i procjena pacijentovog svakodnevnog života :

a) da li pacijent opisuje uobičajne aktivnosti barem jedan dan u tjednu ili jedan dan vikenda

b) pitanje u vezi bilo kakvih poteškoća

c) osobna skrb (hranjenje, kupanje, kućanski poslovi)

d) pokretljivost (bol, paraliza, ukočenost)

e) funkcije crijeva i mjehura (retencija urina, urinski kateter, konstipacija)

Procjena

a) skupljanje podataka dobivenih intervjuom i pregledom te trajnim promatranjem

b) smanjena mogućnost brige o sebi izražava se na skali od 0-4 stupnjeva

Visok rizik za pad je vrlo često problem koji predstavlja mogućnost dodatnih materijalnih opterećenja za ustanovu gdje se dogodio incident, a isto tako mora se pratiti i dokumentirati na posebnom obrascu u suradnji s liječnikom, bolesnikom i osobama koje su bile prisutne kada se incident dogodio.

Faktori nastanka visokog rizika za pad jesu : demografski (dob, rasa, skrbništvo), pstofiziološke (hipoksija, sinkopa, vrtoglavica, oštećen vid i sluh, gubitak ravnoteže),lijekovi, produženo mirovanje, kognitivni deficit i situacijski (sklizav pod)

Procjena :

a) općeg fizičkog stanja

b) kognitivno – perceptivnih funkcija

c) eventualnih nuspojava lijekova koje pacijent koristi moguću nepravilnu upotrebu pomagala

d) koristi li pacijent odgovarajuću obuću

e) pati li pacijent od ortostatske hipotenzije

f) potencijalno rizičnih okolišnih čimbenika

Visok rizik za ozljede opisuje se kao povećan rizik pacijenta od ozljede uslijed psiholoških i perceptivnih poremećaja i nedostatka straha od opasnosti, a koje mogu biti povezane s patofiziološkim dijagnozama (hipoksija, sinkopa, depresija, hipoglikemija, napadaji, elektrolitski poremećaji i sl.), liječenjem (fenotiazini, diuretici, hipoglikemici, sedativi, vazodilatatori), osobnim faktorima (alkohol, droga, stres) i dobi.

Ozljede su na četvrtom mjestu vodećih uzroka smrti u razvijenim zemljama, a dodatna edukacija iz područja prve pomoći, sigurnosti u domu, sigurnosti u prometu mogu uvelike smanjiti broj tih ozljeda, a najučestalije su kod djece i vrlo često uzrok bolovanja kod radne populacije.

Obuhvaćene su četiri kategorije :

a) rizik za aspiraciju : rizik od ulaska stranih tijela u traheobronhalne putove pacijenta, a povećava se sa stupnjem demencije, ozljedama glave, Parkinsonove bolesti, konzumacijom alkohola ili droga

b) rizik od trovanja : pacijent pod povećanim rizikom slučajnog unosa lijekova, otrova ili drugih štetnih tvari u organizam

c) rizik od gušenja : stanje u kojem pacijent ne može udahnuti dostatnu količinu kisika

d) rizik od trauma : slučajna ozljeda tkiva koja obuhvaća rane, opekline i lomove

Visok rizik za dekubitus je problem koji predstavlja višestruke čimbenike rizika za oštećenje tkiva.

Dekubitus je oštećenje kože koje nastaje zbog nedostatka krvnog protoka i zbog nadražaja kože iznad kosti gdje je koža bila duže vrijeme izložena pritisku kreveta, invalidskih kolica, sadrenog zavoja, udlage ili drugih tvrdih predmeta.

Prikupljanje podataka

a) medicinska sestra će svakodnevno procjenjivati stanje na Braden, Knoll i Norton skali

b) medicinska sestra će prikupljati podatke o ranijim oštećenjima kože

c) medicinska sestra će učiniti fizikalni pregled i pregled predilekcionih mjesta

d) medicinska sestra će procijeniti mogućnost samozbrinjavanja

e) medicinska sestra će prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima

f) medicinska sestra će prikupiti podatke o utvrđenim medicinskim dijagnozama

g) medicinska sestra će prikupiti podatke o socioekonomskom statusu pacijenta

h) medicinska sestra će procijeniti razumijevanje novonastale situacije

i) medicinska sestra će procijeniti sposobnost usvajanja novih znanja

Visok rizik za infekciju je stanje u kojem se pacijent izlaže velikom riziku nastanka infekcije uzrokovane bakterijama, virusima itd.

Prikupljanje podataka:

a) medicinska sestra će učiniti fizikalni pregled i procijeniti stanje postojećih oštećenja na koži i sluznicama

b) medicinska sestra će izmjeriti vitalne znakove

c) medicinska sestra će svakodnevno procijenjivati stupanj svijesti

d) medicinska sestra će prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti

e) medicinska sestra će prikupiti podatke o kognitivnom i senzornom deficitu

f) medicinska sestra će prikupiti podatke o terapiji i liječenju

g) medicinska sestra će prikupiti podatke o mogućim izvorima infekcija

h) medicinska sestra će procijeniti druge faktore rizika

i) medicinska sestra će prikupiti podatke o vrsti i intenzitetu boli procjenom na skali za bol

Visok rizik za opstipaciju je rizik za smanjenu učestalost ili izostanak stolice za (manje od učestalih navika pojedinca koje je naveo u sestrinskoj anamnezi) praćeno otežanim ili nepotpunim pražnjenjem crijeva.

Prikupljanje podataka:

a) medicinska sestra će prikupiti podatke o posljednjoj defekaciji i karakteristikama stolice

b) medicinska sestra će prikupiti podatke o uobičajenim navikama vezano uz defekaciju

c) medicinska sestra će prikupiti podatke o uporabi lijekova i laksativa;

d) medicinska sestra će prikupiti podatke o prehrambenim navikama i unosu tekućine

e) medicinska sestra će procijeniti razinu pokretljivosti

f) medicinska sestra će prikupiti podatke o mogućim neurološkim bolestima

g) medicinska sestra će prikupiti podatke o stanju perianalne regije (11)

4.3. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja

Obrasce zdravstvenog funkcioniranja osmislila je Marjory Gordon da bi se medicinske sestre koristile u procesu zdravstvene njege kako bi pružile sveobuhvatnu zdravstvenu njegu.

Obrasci zdravstvenog funkcioniranja :

- percepcija i održavanje vlastitog zdravstvenog stanja (opće zdravstveno stanje, izostanci iz posla, što čini da očuva zdravlje, nesreće i ozljede, što misli da je uzrokovalo sadašnju bolest, što je učinio kad su se pojavili simptomi i sl.)
- prehrana – metabolizam (uobičajeni način prehrane, dodaci, zamjene, uzimanje tekućine, promjene tjelesne težine, apetita)
- eliminacija (učestalost osobine, nelagoda, laksativi, diuretici)
- aktivnost (ima li dovoljno snage za izvođenje željenih aktivnosti, vježbe, vrsta i redovitost, stupanj samostalnosti od 0 – 4 osobna higijena, odijevanje, eliminacija, hranjenje, opća pokretljivost, premještanje, obavljanje kućanskih poslova)
- odmor i spavanje (osjećaj odmorenosti i spremnosti za dnevne aktivnosti nakon spavanja, raspored spavanja i dnevnih aktivnosti, problemi sa spavanjem)
- kognitivno – perceptivne funkcije (poteškoće u slušanju – slušni aparat, vid – naočale, promjene u sjećanju – zaboravljivost, bol – primjenjivi postupci uspješnog ublažavanja boli)
- samopercepcija (kako bi se opisao, što misli o sebi dobro ili loše, ima li osjećaj da može utjecati na tijek događaja, što mu pomaže, promjene u izgledu, tjeskoba)
- uloge i odnosi u obitelji (s kim živi, odnosi u obitelji, problemi u užoj i široj obitelji, reakcije bolesnika i obitelji na njegovu bolest i hospitalizaciju, usamljenost)
- seksualna aktivnost i reprodukcija (zadovoljstvo seksualnim odnosom, promjene, poteškoće, kod žena podaci o menstruaciji, problemima u trudnoći)
- sučeljavanje i tolerancija na stres (značajni događaji i krize, tko pomaže u teškim trenucima, uobičajeno ponašanje kod većih problema)
- vrijednosti i stavovi (životna htijenja, značajni planovi za budućnost, religija, vjerovanja)
- potreban nakon razgovora fizikalni pregled
- dopustiti bolesniku da postavlja pitanja i da dodaje još neke podatke koje mi možda nismo obuhvatili (12)

4.4. Prikaz slučaja fiktivnog bolesnika N.N. 1960.godište

Pacijent je primljen zbog prijeloma desne bedrene kosti. Tjekom obavljanja svoje radne dužnosti, poskliznuo se te mu je deblo palo na desnu nogu. Sadašnje stanje ,navodi uzrokovao je trenutak nepažnje, te nakon nastupa ozljede kolege su pozvale tim HMP koji ga je hitno prevezao na OHBP Sušak. Navodi da je veomo zadovoljan komunikacijom liječnik – pacijent, te navodi kako je obaviješten ishodom trenutnoga stanja.

Opće zdravstveno stanje inače je u redu, kako navodi, do sad nije imao teža oboljenja već lagane prehlade. Navodi kako mu je ovo prvi izostanak s posla radi zdravstvenog stanja. Nesreće i ozljede na radu ili u kući negira, te navodi da obzirom da radi u Hrvatskim šumama, ima rizik pada svaki dan. Trenutno pacijent ima rizik za pad zbog smanjene pokretljivosti desne noge. Navodi alergiju na penicilin. Konzumaciju cigareta i narkotika negira, te navodi konzumaciju alkohola u malim količinama prilikom rođendana i drugih važnijih proslava.

Navodi kako se inače pokušava pridržavati uputa liječnika i medicinskih sestara, ali tih uputa navodi bilo je malo do sada, jer ne posjećuje liječnika obiteljske medicine tako često. Tijekom hospitalizacije navodi kako bi htio da bude u sobi s komunikativnim osobama da mu ne bude dosadno, te da bude upućen u svoje zdravstveno stanje.

Navodi konzumaciju obroka uvijek u isto vrijeme. Ujutro čim ustane navodi popije samo kavu, doručkuje u 10.00h (sendvič šunka-sir), ručak je u 15.30h (varivo od raznovrsnog povrća te meso, većinom piletina ili svinjetina). Večera mu je navodi u 19.00h (tost ili pečena jaja). Dodatke i zamjene za obroke negira. Specijalne dijete negira. Poteškoće i bol pri gutanju i žvakanju negira. Probleme sa zubima negira, jer navodi često posjećuje stomatologa. Navodi kako tekućinu konzumira u velikim količinama (2000ml, nekad i više), pretežno za vrijeme svog radnog vremena i navečer uz TV. Navodi kako najviše voli kavu i vodu.

Navodi urednu i redovnu stolicu jednom dnevno (najčešće nakon jutarnje kave) bez osobitosti. Poteškoće i nelagodu pri defekaciji negira. Uporabu laksativa negira. Zadnja stolica bila je jutros prije odlaska na posao.

Znojenje navodi normalno. Urin i mokrenje je navodi uredno i redovno bez osobitosti. Nelagodu pri mokrenju negira. Uporabu diuretika negira. Navodi kako se osjeća bolje i poletnije kad pije više tekućine.

Navodi kako inače ima dosta snage za izvođenje željenih i zahtjevanih aktivnosti, ali trenutno zbog bolova navodi da ima manjak snage. Navodi kako mu je jedina vježba njegov posao te 1-2x mjesečno prošeće rivom. Svoje slobodno vrijeme navodi provodi sa svojim unucima u glavnini, a kad njih nema onda je kod prijatelja na kartanju.

Inače samostalno obavlja aktivnosti poput hranjenja, kupanja, odijevanja, češljanja. Trenutno navodi kako se zbog bolova ne može samostalno odijenuti. Navodi kako osobnu higijenu najviše voli obaviti prije večere, ali kad to ne stigne onda prije samog odlaska na spavanje.

Pacijent navodi kako inače ima osjećaj odmorenosti i spremnosti za dnevne aktivnosti nakon spavanja. Navodi odlazak na spavanje u 22.00h, a buđenje u 06.00h zbog posla; preko vikenda navodi buđenje u 08.00h. Odmor za vrijeme aktivnosti negira, ali navodi obaveznih pola sata sna nakon ručka. Probleme u svezi spavanja negira, te navodi kako mu je potrebno 10-ak minuta usnivanja. Nesanicu negira, rano buđenje negira. Noćne more negira.

Navodi kako prije odlaska na spavanje obavezno gleda televiziju, te prije samog odlaska u krevet 10 minuta posveti higijeni zuba.

Poteškoće u slušanju negira, čuje šapat. Nošenje slušnog aparata negira. Negira poteškoće s vidom, čita novinski tekst. Nošenje naočala negira. Pregled okuliste negira. Promjene u sjećanju negira. Negira probleme i poteškoće u donošenju odluka jer navodi sve probleme riješava uz savjet supruge i kćeri. Navodi kako najbolje uči kad dobije pisane upute, razumljivo napisane. Poteškoće u učenju negira.

Navodi kako ima visok prag boli, te je do sada odbijao piti analgetike. Sada navodi kako trenutno ima jake bolove pa bi volio popiti analgetik.

Opisuje se kao vedru osobu uvijek spremnu pomoći. Većinom o sebi misli dobro. Navodi kako ne gubi nadu, već se uvijek pronalazi najbolje iz problema. Navodi kako osjeća da svojom pozitivom i snagom može utjecati na daljnji tijek oporavka. Navodi kako mu najviše pomažu razgovori s obitelji. Navodi kako je prije 10-ak godina imao problema s pretilošću, to nije mogao podnijeti pa je regulirao prehranu te u godini dana došao na trenutnu kilažu te navodi da se od tada nije mjenjala. Navodi kako je pretežito pozitivnog raspoloženja, te navodi kako niti jedan problem to ne može pokvariti. Ljuti ga navodi trenutna situacija u državi, ne može shvatiti kako vlada nema obzira prema mladeži i svojim ponašanjem iste tjera u Europu. Tjeskobu negira. Potištenost negira.

Navodi kako živi sa svojom suprugom M.M. (kontakt: 091/123-45-67). Ima jednu kćer (35 g.) koja živi u blizini rodne kuće sa suprugom i dvoje djece. Navodi kako ga posjećuje svaki dan netko od obitelji. Navodi kako su uvijek dostupni i prijatelji i obitelj. Navodi odlične odnose u obitelji. Probleme u užoj obitelji negira, ali navodi kako je u svađi sa svojim bratićem (razlog ne navodi). Navodi kako mu je obitelj oslonac s kojima dogovorno riješava probleme. Obitelj se navodi prilagođava na trenutnu situaciju. Usamljenost negira. Negira pripadnost grupama. Prijatelja navodi ima malo, ali su vrijedni prijateljstva. Probleme na poslu negira, te negira umanjivanje simptoma zbog dijece.

Navodi rijetke ali zadovoljene seksualne odnose. Promjene i poteškoće negira. Negira upotrebu sredstava i postupaka za sprečavanje začeća. Spolne bolesti negira. Navodi heteroseksualnost kao orijentaciju. Navodi kako trenutno zbog ozljede neće moći imati seksualne odnose, ali navodi da će supruga napokon imati malo mira.

Značajne događaje ili krize u zadnjih dvije godine negira. U teškim trenutcima uz njega je uvijek njegova uža obitelj koja je u svako vrijeme dostupna. Osjećaj napetosti negira. Uporabu lijekova za smirenje negira. Kada su u pitanju veliki problemi, navodi ne uzrujava se mnogo jer zna da će uz pomoć obitelji prebroditi i najveći problem. Ishod je uglavnom navodi željeni. Navodi kako se stresa riješava na način da uzme sjekiru i cijepa drva te da je uspješnost sto postotna.

Navodi kako mu je najveće životno htijenje kupiti si barku, ali zbog slabije financijske situacije to do sada nije mogao učiniti. Najveći plan za budućnost mu je kupiti tu barku, kako bi u trenutku odlaska u mirovinu imao zanimaciju. Kao religijsko opredjeljenje navodi kršćanstvo, značajno mu pomaže u krizi. Navodi kako obavezno jednom tjedno ide u crkvu. Nesklad hospitalizacije i liječenja s vjerovanjem negira. Navodi kako ima pozitivan stav prema bolestima, invaliditetu i liječenju jer čovjek nikad ne zna što mu se u životu može dogoditi.

5. REHABILITACIJA

Rehabilitacija je proces pomaganja pojedincu u postizanju najviše razine funkcioniranja, neovisnosti i kvalitete života. Rehabilitacija ne ukida ili poništava štetu uzrokovanu bolešću ili traumom, već pomaže vraćanju pojedinca u optimalno zdravlje, funkcioniranje i dobrobit. (13)

Kada se planira program rehabilitacije treba uzeti u obzir: vrstu frakture; lokalizacija ostalih ozljeda i način rada fiksacija. Nadalje, bitni su i drugi faktori: dob pacijenta; ukupno stanje pacijenta; prijašnji bolesti i ozljede; i vitalni kapacitet Glavni ciljevi fizikalne terapije i rehabilitacije su: smanjenje težine i pojave boli; sprečavanje atrofija mišića; kardiopulmonalne i vaskularne komplikacije; psihološke promjene; i depresije.
Program rehabilitacije također bi trebao imati za cilj poboljšati maksimalno kretanje raspona u zglobu kuka, snagu mišića u zahvaćenom ekstremitetu i vraćanje koordinacije.

Rana rehabilitacija
Program oporavka obično započinje dan nakon operacije. Tim za rehabilitaciju radit će zajedno na pružanju njege i ohrabrenja potrebnih tijekom prvih nekoliko dana nakon operacije. U ranoj rehabilitaciji najčešće se kreće sa vježbama disanja. Fizioterapeut će pacijentu donijeti uređaj koji se zove poticajni spirometar u koji se vrši inspirij i ekspirij. Uređaj mjeri kapacitet pluća i pomaže pri dubokom udisanju. Ove vježbe smanjuju prikupljanje tekućine u plućima nakon operacije, sprečavajući rizik od upale pluća. Fizioterapeutski tehničar započet će već 1-2 dana nakon operacije. Rehabilitacija započinje jednostavnim vježbama koje se izvode u bolesničkom krevetu, a koje će ojačati mišiće u kuku i donjim ekstremitetima.

Ove vježbe mogu uključivati:

1. glutealni setovi: zategnite i opustite mišiće stražnjice

2. kompleti kvadricepa: zategnite i opustite mišiće bedara

3. pokretanje stopala: savijte i opružite stopalo.

Fizioterapeut će podučiti pacijenta izvoditi pravilnu tehniku za obavljanje tako jednostavnih zadataka kao što su:

a) kretanje gore i dolje u krevetu.

b) prelazak iz ležećeg položaja u sjedeći položaj

c) prelazak iz sjedećeg u stojeći položaj

d) prelazak sa stajanja na sjedenje

e) prelazak iz sjedećeg u ležeći položaj

Iako su to jednostavne aktivnosti, moraju se postepeno dobeo usvojiti da bi se na siguran ančin obavljale kako se bedrena kost ne bi dislocirao ili pretrpio druge teže ozljede. Drugi važan cilj rane fizikalne terapije je da se pacijenta nauči hodati sigurno uz pomoć odgovarajućeg pomoćnog sredstva (obično hodalice ili štaka). Liječnik operater odrediti će koliko se pacijentovu operiranu nogu može opteretiti s obzirom na materijal i vrstu operacije koja je učinjena. Fizioterapeutski tehničar će naučiti pacijenta pravilnim tehnikama hodanja po ravnim površinama i stepenicama uz pomoćni dostupnih ortopedskih pomagala. Nepravilna upotreba pomoćnih ortopedskih pomagala povećava mogućnost nesreće ili ozljede. (14)



Slika 7. Prikazuje rad fizioterapeuta kod pacijenta s frakturom bedrene kosti

*Izvor (*http://hipfracturetreatment.blogspot.com/2011/11/what-happens-after-hip-bone-fracture.html*)*

6. ZAKLJUČAK

Zdravstvena njega je zahtjevna i ponekad iscrpljujuća, no zadovoljstvo se nalazi u svakom uspješno provedenom liječenju i otpustu sa spoznajom da smo učinili najbolje što smo mogli.

Uloga medicinske sestre je veoma važna, od provođenja edukacije i savjetodavnih aktivnosti, do same skrbi prije i nakon operativnog zahvata te daljnje edukacije o važnosti provođenja novog režima funkcioniranja važnosti odlaska na kontrolne preglede.

Medicinska sestra mora pridonijeti povećanju stupnja sigurnosti i kvalitete života bolesnika i njegove obitelji. Potrebna je kontinurana edukacija osoblja i edukacija i podizanje svijesti stanovnika u svrhu promocije zdravlja i prevencije bolesti.

Provođenjem procesa i evaluacijom učinjenog dobivamo izvanredne rezultate upravljajući bolničkim resursima sa većom uštedom raspoloživih sredstava, te povećanjem kvalitete usluge na opće zadovoljstvo korisnika i davatelja usluga.

7. LITERATURA

1. Potočki Karačić T, Kopjar B., 2009., Učestalost prijeloma kuka u Hrvatskoj u pacijenata u dobi od 65 i više godina. Liječnički Vjesnik: 131: 9-13

2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532982/ preuzeto 21.01.2020.

3. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1008127515304478?via%3Dihub preuzeto 04.03.2020.

4. https://www.physio-pedia.com/Femoral_Fractures , preuzeto 25.01.2020.

5.https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/femur-shaft-fractures-broken-thighbone/ preuzeto 25.01.2020.

6. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004454/ preuzeto 25.01.2020.

7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233985/ preuzeto 21.01.2020

8. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu, 1992.

9. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze, Zagreb HUSE, 1996.

10.http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf preuzeto 24.01.2020.

11.https://www.spectrumhealthlakeland.org/medical-services/rehabilitation/what-is rehabilitation preuzeto 04.03.2020.

12.https://en.wikipedia.org/wiki/Gordon%27s_functional_health_patterns preuzeto 23.03.2020

13.https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037309/pdf/ad-5-3-177.pdf preuzeto 05.01.2020. program rehabilitacije

14.https://www.tri-countyortho.com/patient-resources/education/hip-rehabilitation-after-surgery preuzeto 27.05.2020.

POPIS KRATICA

1. BDM – bone mineral density

2. CT – kompjutorizirana tomografija

3. MR – magnetska rezonancija

4. RTG – rendgenska snimka

5. SMBS – smanjena mogućnost brige o sebi

8. PRILOZI

Slika 1. Prikazuje anatomiju donjih ekstremiteta

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532982/ preuzeto 20.12.2019.

Slika 2. Prikazuje anatomiju bedrene kosti

https://www.google.com/search?q=anatomy+of+femur+bone&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwi9uPb3vu7lAhWJZVAKHYx9ChYQ_AUIEigB&biw=1366&bih=657#imgrc=_
preuzeto 02.01.2020.

Slika3.Prikazujeklasifikacijuprijeloma
Springhouse - Diseases _ a nursing process approach to excellent care-Lippincott Williams & Wilkins (2006) preuzeto 05.01.2020.

Slika 4. Prikazuje frakturu bedrene kosti dijagnostičkom metodom rendgena

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:X-ray_of_subtle_compressive_hip_fracture,_labeled.jpg preuzeto 24.01.2020.

Slika 5. Prikazuje frakturu bedrene kosti dijagnostičkom metodom CT-a

https://www.researchgate.net/figure/Radiograph-and-CT-scan-of-hip-joint-and-proximal-femur-a-preoperative-showing-the_fig2_309748693 preuzeto 24.01.2020.

Slika 6. Prikazuje frakturu bedrene kosti dijagnostičkom metodom MR-a

https://www.aafp.org/afp/2003/0201/p537.html preuzeto 24.01.2020.

Slika 7. Prikazuje rad fizioterapeuta kod pacijenta s frakturom bedrene kosti http://hipfracturetreatment.blogspot.com/2011/11/what-happens-after-hip-bone-fracture.html preuzeto 24.01.2020.

ŽIVOTOPIS

Anamarija Milčetić rođena je 28.12.1990. u Rijeci u Republici Hrvatskoj. Osnovnu školu Fran Krsto Frankopan-pš Dubašnica Malinska završava 2004./2005.godine. Srednju medicinsku školu upisuje 2005./2006. i završava 2009./2010. godine. U Kliničkom bolničkom centru Rijeka, na Klinici za kirurgiju, Zavodu za traumatologiju započinje sa radom 2011. godine te prekida radni odnos 2018. godine. Stručni studij sestrinstva upisuje akademske godine 2017./2018., te završava akademske godine 2019./2020.