

# Specifičnosti zdravstvene njege osobe s psihičkim poteškoćama nakon obostranog otvorenog prijeloma natkoljenice

---

Džaferović, Zlatan

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:579469>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE OSOBE S  
PSIHIČKIM POTEŠKOĆAMA NAKON OBOSTRANOG  
OTVORENOG PRIJELOMA NATKOLJENICE**

Završni rad br. 64/SES/2016

Zlatan Džaferović

Bjelovar, travanj 2017.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE OSOBE S  
PSIHIČKIM POTEŠKOĆAMA NAKON OBOSTRANOG  
OTVORENOG PRIJELOMA NATKOLJENICE**

Završni rad br. 64/SES/2016

Zlatan Džaferović

Bjelovar, travanj 2017.



**Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

**Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar**

**1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA**

Kandidat: **Džaferović Zlatan**

Datum: 22.07.2016.

Matični broj:000851

JMBAG: 0314008558

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA ODRASLIH 4**

Naslov rada (tema): **Specifičnosti zdravstvene njege osobe s psihičkim poteškoćama nakon obostranog otvorenog prijeloma natkoljenice**

Mentor: **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., mentor
3. Mirna Žulec, dipl.med.techn., član

**2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 64/SES/2016**

Student će u ovome radu prikazati osobitosti pristupa i zbrinjavanja bolesnika s teškim psihičkim oboljenjem nakon obostranog prijeloma natkoljenice. Slučaj će se prezentirati na temelju dostupne medicinske dokumentacije.

Zadatak uručen: 22.07.2016.

Mentor: **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn.**



## ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici Kseniji Eljuga, dipl. med. techn., na stručnoj pomoći tijekom izrade ovoga rada.

Najveća zahvala ide mojoj supruzi i obitelji koji su mi bili neizmijerna podrška kroz cijelo školovanje.

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1. Shizofrenija.....	1
1.1.1. Epidemiologija.....	2
1.1.2. Etiologija.....	2
1.1.3. Klinička slika i simptomi .....	3
1.1.4. Suicidalnost.....	4
1.1.5. Dijagnoza .....	4
1.1.6. Terapija .....	5
1.1.7. Prognoza bolesti.....	6
1.2. Vrste prijeloma bedrene kosti.....	6
1.3. Klinička slika prijeloma bedrene kosti .....	8
1.4. Dijagnoza prijeloma bedrene kosti .....	9
1.5. Liječenje prijeloma bedrene kosti.....	10
1.6. Komplikacije prijeloma bedrene kosti.....	13
1.7. Uloga medicinske sestre u skrbi za bolesnika koji ima psihičke poteškoće.....	14
1.8. Uloga medicinske sestre nakon prijeloma bedrene kosti.....	16
1.8.1. Komplikacije dugotrajnog ležanja .....	16
1.8.2. Zadaće sestre u sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja .....	17
1.9. Ustanova za skrb osoba s psihičkim poteškoćama .....	17
2. CILJ RADA.....	20
3. PRIKAZ SLUČAJA .....	21
3.1. Anamnestički podaci .....	21
3.2. Klinička slika i tijek liječenja .....	21
3.3. Proces zdravstvene njege.....	22
3.3.1. Sestrinske dijagnoze kod zdravstvene njege nakon prijeloma bedrene kosti .....	23
4. RASPRAVA.....	31
4.1. Deinstitutionalizacija domova socijalne skrbi .....	32
5. ZAKLJUČAK .....	34
6. LITERATURA.....	35
7. OZNAKE I KRATICE.....	36
8. SAŽETAK.....	37
9. SUMMARY .....	38

# 1. UVOD

Psihički poremećaj (shizofrenija), emocionalni stres, izostanak odgovarajuće podrške obitelji i socijalne zajednice su rizični čimbenici za suicidalno ponašanje. Pri pokušaju suicida skakanjem s visine nerijetko se dogodi da pacijent preživi i dođe do prijeloma kostiju.

Prijelom kosti (fraktura) silom je izazvani prekid kosti, koji može nastati zbog izravnog i posrednog djelovanja sile(1). Mehanička je sila najčešći uzrok ozljeđivanja u svakodnevnoj traumatološkoj praksi. Ozljeda nastaje udarom čvrstog predmeta u tijelo ili padom na čvrstu podlogu (2). Učestalost samoubojstava kod shizofrenih bolesnika iznosi 10 – 25 posto. Omjer muškaraca prema ženama izvršiteljima samoubojstva kod shizofrenih bolesnika je podjednak. Shizofreni muškarci češće nego žene izvrše samoubojstvo u ranijoj fazi bolesti. U odnosu na opću populaciju, shizofreni muškarci češće učine samoubojstvo trovanjem lijekovima i utapanjem, a žene trovanjem lijekovima i skakanjem s visine. U usporedbi shizofrenih muškaraca i žena, muškarci češće izvrše samoubojstvo vješanjem i vatrenim oružjem, a žene skakanjem s visine i trovanjem lijekovima (3).

## 1.1. Shizofrenija

Shizofrenija (F20) je skupina duševnih poremećaja kojima je zajedničko postojanje različitih kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih disfunkcija. Etiologija je nepoznata, iako najviše podataka upućuje na genetičke čimbenike u nastanku bolesti. Tijek bolesti i prognoza su varijabilni. Suvremeno liječenje uključuje psihofarmakološke, psihoterapijske i psihosocijalne intervencije (4).

Shizofreniju je prvi opisao njemački psihijatar Emil Kraepelin 1893. godine u četvrtom izdanju udžbenika psihijatrije „Lehrbuch der Psychiatrie“. Kraepelin je postavio temelje deskriptivne psihijatrije i budućih klasifikacija u psihijatriji. Poremećaju je Kraepelin dao naziv „dementiapræcox“ (preuranjena demencija) smatrajući temeljnom odrednicom prerano gubljenje kognitivnih sposobnosti (5).

Paul Eugen Bleuler, švicarski psihijatar, 1911. godine u svom radu „Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenien“ predložio je za bolest novi naziv „shizofrenija. Simptome shizofrenije Bleuler je podijelio na fundamentalne (temeljne) i akcesorne (sporedne) (5).

Za daljnji napredak u razumijevanju psihopatologije shizofrenije zaslužan je Kurt Schneider. On je 1959. godine izdvojio karakteristične simptome shizofrenije i druge simptome koji mogu biti prisutni te ih podijelio na simptome prvog i drugog reda. Simptomi prvog reda (Schneider's first rank symptoms) su: ozvučenje (echo) misli, emitiranje misli, čitanje misli, oduzimanje (krađa) misli, umetanje misli (insercija, uvjerenje da su misli nametnute izvana), nametanje ili kontroliranje osjećaja, volje i nagona (od strane drugih, vanjskih sila), cenestetske halucinacije, slušne halucinacije u obliku dva ili više glasova koji razgovaraju i glasova kojima se komentiraju bolesnikove misli i postupci, sumanuto opažanje(5).

### **1.1.1. Epidemiologija**

Shizofrenija je prisutna u različitim kulturama, rasama i etničkim skupinama diljem svijeta. Prosječan životni rizik za shizofreniju u općoj populaciji je 1% što znači da će 1 od 100 osoba tijekom života razviti shizofreniju (5).

Shizofrenija je bolest s visokom incidencijom. Stopa incidencije iznosi od 10 do 70 na 100000 ljudi godišnje i uglavnom je konstantna. Prevalencija shizofrenije u svijetu kreće se prema većini studija između 3 i 10 na 1000 tijekom jednogodišnjeg razdoblja. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u Hrvatskoj od shizofrenije boluje 18000 osoba (stopa je 3,94/1000), od kojih je 15120 osoba bolnički liječeno, a 5000 je u invalidskoj mirovini. Prevalencija shizofrenije jednaka je u muškaraca i žena. U muškaraca se shizofrenija javlja u ranijoj dobi. Prva hospitalizacija u muškaraca nastupi uglavnom prije 25. godine života (u više od 50 % slučajeva), a u žena između 25. i 35. godine života (5).

### **1.1.2. Etiologija**

Etiologija shizofrenije nije dovoljno razjašnjena. Glavne hipoteze o etiologiji shizofrenije su promjena genetske ekspresije, neuroimunološka teorija, hipotoksično oštećenje mozga prenatalno i perinatalno, što uključuje neurorazvojnu teoriju te neurodegenerativnu teoriju mozga. Činjenica je kako se danas sa sigurnošću može reći da se shizofrenija češće pojavljuje u krvnih srodnika, pa to upućuje na genetičke čimbenike. Prije dvadesetak godina pojavio se veći broj stručnjaka koji su zastupali virusnu teoriju. To su tumačili najčešće virusnom infekcijom tijekom ili neposredno poslije porođaja. Danas je opravdano smatrati da je shizofrenija neurorazvojna, ali i neurodegenerativna bolest. U nedovoljno jasnom utvrđivanju etiologije treba razmotriti i mogućnost neodgovarajuće klasifikacije i dijagnostike. Sasvim je nezaobilazna i mogućnost psihodinamičkog i psihosocijalnog etiološkog čimbenika u čemu bi psihotrauma



(izravna ili kao posljedica već determiniranoga biološkog stanja) u najranijoj dobi imala za posljedicu duboki poremećaj ega uz korištenje najprimitivnijih obrambenih mehanizama (6).

### **1.1.3. Klinička slika i simptomi**

Opravdano je istaknuti da su se kliničke slike shizofrenije posljednjih nekoliko desetljeća znatno izmijenile. U klasičnim opisima shizofrenih bolesnika su predominirali bizarnost u mišljenju, ponašanju, prepoznatljiva derealizacija i depersonalizacija. Često su shizofreni bolesnici bili „generali, kraljice, predsjednici vlada, Napoleoni, Marije Terezije, ljubavnici ili ljubavnice poznatih ličnosti, podvojene i višestruke ličnosti“. Neki su pak shizofreni bolesnici satima i danima šutjeli, bili u istim položajima, ili satima izvodili iste pokrete (6).

U opisu kliničke slike danas se, za razliku od razdoblja prije 30 do 40 godina, mora voditi računa da treba razlikovati različite faze bolesti. I danas su shizofreni bolesnici u stanju akutne shizofrene epizode, kao ključne simptome gotovo uvijek imaju nemogućnost testiranja realiteta, osjećaj da su sumanutosti ili halucinacije hijerarhijski važniji i realniji nego što je realitet koji zdravi percipiraju. Činjenica je da je njihov doživljaj realiteta iskrivljen, i ta distorzija percepcije može dovesti i do distorzije emocija, afekta, ponašanja, pažnje, zaključaka, životnog stila i ponašanja. Često mu je i vlastita ličnost podijeljena (otuda naziv shizofrenija, što znači rascjep duše) na jednu ili više ličnosti (6).

Pozitivni simptomi shizofrenije su: sumanutosti, halucinacije, distorzije jezika i komunikacije, dezorganiziran govor, dezorganizirano ponašanje, katatonija i agitacija. Sumanutosti u shizofreniji najčešće su progonstvene, ali mogu biti i somatske, religiozne i grandiozne. Halucinacije u shizofreniji mogu biti bilo kojeg osjetnog modaliteta, dakle auditorne, vizualne, olfaktorne, gustatorne i taktilne s tim da su auditorne najčešće (5).

Negativni simptomi shizofrenije su: zaravnjen afekt, emocionalna udaljenost i hladnoća, oslabljen emocionalni odgovor, pasivnost, asocijalnost (socijalno povlačenje), manjak spontaniteta, poteškoće apstraktnog mišljenja, stereotipno mišljenje, alogija (smanjena fluentnost i produktivnost govora), avolicija (oslabljena želja, motivacija i ustrajnost u započinjanju cilju usmjerenog ponašanja i postizanja željenih ciljeva), anhedonija (smanjena mogućnost postizanja osjećaja zadovoljstva) i oštećenje pažnje (5).

#### **1.1.4. Suicidalnost**

Suicidalnost je česta pojava u shizofrenih bolesnika, smatra se da je po učestalosti na drugom mjestu među psihijatrijskim bolesnicima (odmah poslije depresije). Prema epidemiološkim podacima različitih populacija, zna se da više od 10 % shizofrenih bolesnika završi samoubojstvom. Najveći broj suicida koje učine shizofrene osobe proizlazi iz njihove psihopatologije, tj. zbog sumanutih, najčešće persekutivnih misli, halucinacija (često imperativnih), ambivalentnosti i distorzije mišljenja te percepcije. Dio bolesnika počinu suicid u relativno dobroj remisiji, obično u stanju s dobrim uvidom u bolest i realitet. To su obično suicidi koji se učine nakon što bolesnici spoznaju da su ih napustili članovi obitelji, „da ih se obitelj srami“, da su ostali bez posla, materijalnih dobara, posljedica su doživljene stigme i slično (6).

U prevenciji suicidalnosti važno je provoditi specifične mjere, prije svega razlučiti radi li se o suicidalnosti zbog postojeće specifične psihopatologije ili tzv. bilansnog suicida. U prvom slučaju potrebno je uz skrb i nadzor ordinirati odgovarajući lijek u odgovarajućoj dozi. U slučaju bilansne suicidalnosti, tj. one koja proizlazi iz uvida u težinu stanja koje je rezultat shizofrenije, potrebno je provoditi individualnu i obiteljsku psihoterapiju (ako bolesnik ima obitelj) te socijalnu podršku(6).

#### **1.1.5. Dijagnoza**

Uz sav napredak znanosti i dostupnosti objektivnih dijagnostičkih pretraga shizofrenija se i dalje dijagnosticira klinički: temeljem iskaza bolesnika, opažanja psihijatra i prisutnosti pojedinih simptoma i grupa simptoma uz zadovoljenje kriterija minimalno potrebnog vremenskog trajanja simptoma. Dijagnostički kriterij za shizofreniju prate Schneiderove simptome prvoga reda te izdvajaju dvije skupine simptoma (G1 i G2). Za dijagnozu shizofrenije zahtijeva se prisutnost barem jednog od prva četiri simptoma ili najmanje dva od slijedeća četiri simptoma. Ne postoje dijagnostičke metode niti nalazi koji bi potvrdili ili u potpunosti isključili dijagnozu shizofrenije, no neke od pretraga se preporučuju u akutnoj fazi bolesti odnosno u prvoj psihotičnoj epizodi. Preporučeno je učiniti: rutinske laboratorijske pretrage (SE, KKS, glikemija, parametri bubrežne funkcije, serumski elektroliti, hepatogram, lipidogram), hormonski status štitnjače (TSH i FT4), analizu urina na psihoaktivne supstance. U prvoj psihotičnoj epizodi preporuča se učiniti EEG te CT ili MRI (5).

Prema MKB-10 razlikuju se paranoidna shizofrenija, hebefrene shizofrenija, katatona shizofrenija, nediferencirana shizofrenija, postshizofrena depresija, rezidualna shizofrenija i shizofrenija simplex (5).

### 1.1.6. Terapija

Posljednjih desetljeća jako je uznapredovala terapija shizofrenih bolesnika, a time su se prognoza i tijek bolesti poboljšali. U psihijatrijskoj praksi govori se o nužnosti komplementarnosti psihološke, sociološke i biološke terapije. Kod prodromalne faze shizofrenih bolesnika vrlo je značajan psihoterapijski rad s bolesnicima i članovima njihovih obitelji. Kod shizofrenih bolesnika u akutnoj fazi što ranije treba započeti s farmakoterapijom. Socioterapijske intervencije su se pokazale posebno dobrim u razvoju bolje suradljivosti bolesnika, ali i sprječavanju izolacije. U liječenju shizofrenih bolesnika primjenjuje se skupina lijekova pod nazivom antipsihotici [Tablica 1], tj. lijekovi koji ublažavaju ili otklanjaju psihotične simptome shizofrenije(6).

**Tablica 1.** Klasifikacija antipsihotika registriranih u RH

Razred	Ime
konvencionalni D2 antagonisti (konvencionalni AP)	haloperidol (Haldol), flufenazin (Moditen), promazin (Prazine, Liorin, Promazin), levomeprazin (Nozinan), zuklopentiksol (Clopixol)
atipični serotoninско-dopaminski antagonisti (SDA)	klozapin (Leponex, Clozapine), risperidon (Rispolept, RispoleptConsta, Prospera, Risset, Risdonal, Risnia, Rispen, Rispolux, Torendo), paliperidon (Xeplion), olanzapin (ZyprexaVelotab, Zyprexa, Zypadhera, Zalasta Q-Tab, Olandix, Olanzapin, Vaira), kvetiapin (Seroquel, Seroquel XR, Volqer, Volqer XR, Loquen, Kventiax, Q-Pin, Quelapin), ziprasidon (Zeldox, Pramaxima), sertindol (Serdolect)
dopamin 2 parcijalni agonisti (DPA)	sulpirid (Sulpirid, Eglonyl), amisulpirid (Solian, Aktiprol)

U tablici 1. su prikazani antipsihotici prema mehanizmu djelovanja

### **1.1.7. Prognoza bolesti**

Suvremeno liječenje shizofrenije omogućuje da 90 % bolesnika živi izvan institucije. U razdoblju od deset godina nakon prve psihotične epizode 15 do 20 % bolesnika se ne oporavi, oko 50 % bolesnika ima remisije u trajanju od 2 i više godina. U shizofrenih bolesnika postoji povećan rizik od prerane smrti zbog suicida, homicida ili tjelesnih bolesti (4).

## **1.2. Vrste prijeloma bedrene kosti**

Prijelome možemo razvrstati prema očuvanosti kože iznad mjesta prijeloma, te ih dijelimo na otvorene i zatvorene. Prema položaju linije loma dijelimo ih na spiralni, kosi i poprečni prijelom.

Otvoreni ili komplicirani prijelom kod kojeg uz frakturu postoji otvorena rana u mekim dijelovima [Slika 1]. To znači da postoji mogućnost unošenja infekcije izvana u područje prijeloma, jer rana predstavlja ulazna vrata za infekciju.

Zatvoreni ili jednostavni prijelom kod kojeg nema ozljede mekih tkiva iznad prijeloma.

Prema položaju linije loma (frakturna linija) razlikujemo:

Spiralni prijelom – kad je frakturna linija zavinuta u obliku spirale.

Kosi prijelom– kad je ta linija koso položena.

Poprečni prijelom – kad linija loma ide poprijeko kroz kost.

Prilikom prijeloma može nastati pomicanje (dislokacija) koštanih ulomaka:

- a) u stranu (ad latera)
- b) prema uzdužnoj osi (ad axim)
- c) okretanjem oko uzdužne osi (ad peripheriam)
- d) prema dužini (ad longitudinem)

Kominutivni je prijelom onaj kod kojeg ima više od dvaju ulomaka (fragmenata). Fisure ili infrakcije nazivaju se nepotpuni prijelomi bez dislokacije. Impaktirani prijelom označava da su koštani ulomci utisnuti jedan u drugi (1).



**Slika 1.** Vanjski prijelom bedrene kosti

Izvor: <http://www.anatomyatlases.org/firstaid/ThighInjury.shtml>

Pristup stranici: 19. ožujak 2017.

### 1.3. Klinička slika prijeloma bedrene kosti

Prijelom vrata bedrene kosti (fractura coli femoris) najčešći je prijelom femura koji se javlja u starijih osoba, ali i u mladosti, pa i kod djece prilikom teških ozljeda.

Klinička slika:

- a) Noga je skvrčena i rotirana prema van.
- b) Bolesnik ne može ustati na ozlijeđenu nogu.
- c) Pojavljuju se boli u kuku koji se pojačavaju zbog napetosti u zglobu zbog krvarenja.
- d) Pasivni su pokreti bolni.
- e) Na koži kuka se vide ekhimoze, ali oteklina nije vrlo izražena.

Prijelom dijafize bedrene kosti nastaje u svakoj životnoj dobi.

Klinička slika:

- a) Javlja se jaka bol u bedru, koja se pojačava pri pokušaju pokretanja.
- b) Noga je skraćena.
- c) Izražena je abnormalna pokretljivost na mjestu prijeloma.
- d) Javlja se jaka oteklina na bedru.

Suprakondilarni i intrakondilarni (Y ili T) prijelomi nastaju pri padu ili udarcu na koljeno većinom kod automobilskih sudara, ozljeda pješaka i sličnih nesreća.

Klinička slika:

- a) Javljaju se bol i oteklina u predjelu koljena.
- b) Deformacija zbog dislokacije i angulacije distalnog fragmenta.
- c) Pokreti u koljenu nisu mogući.
- d) Javlja se abnormalna pokretljivost na mjestu prijeloma.
- e) U nekih bolesnika izražena je samo slika izljeva u koljenu.

Distalni je fragment dislociran prema natrag pa mogu biti ozlijeđeni živci i krvne žile, a zato se prilikom pregleda bolesnika moraju kontrolirati puls na stopalu i pokretljivost prstiju stopala (1).

## 1.4. Dijagnoza prijeloma bedrene kosti

Dijagnoza prijeloma postavlja se na temelju kliničkog i radiološkog pregleda.

Klinički pregled započinje uzimanjem podataka o ozljedi (anamneza): kada, kako i gdje je ozljeda nastala. Vrijeme proteklo od nastanka ozljede govori o mogućem nastanku opsežnijih lokalnih komplikacija (veći podljevi, dulji prekid krvnoga protoka zbog pritiska na krvne žile, mogućnost jače kontaminacije ili infekcije rane kod otvorenih prijeloma).

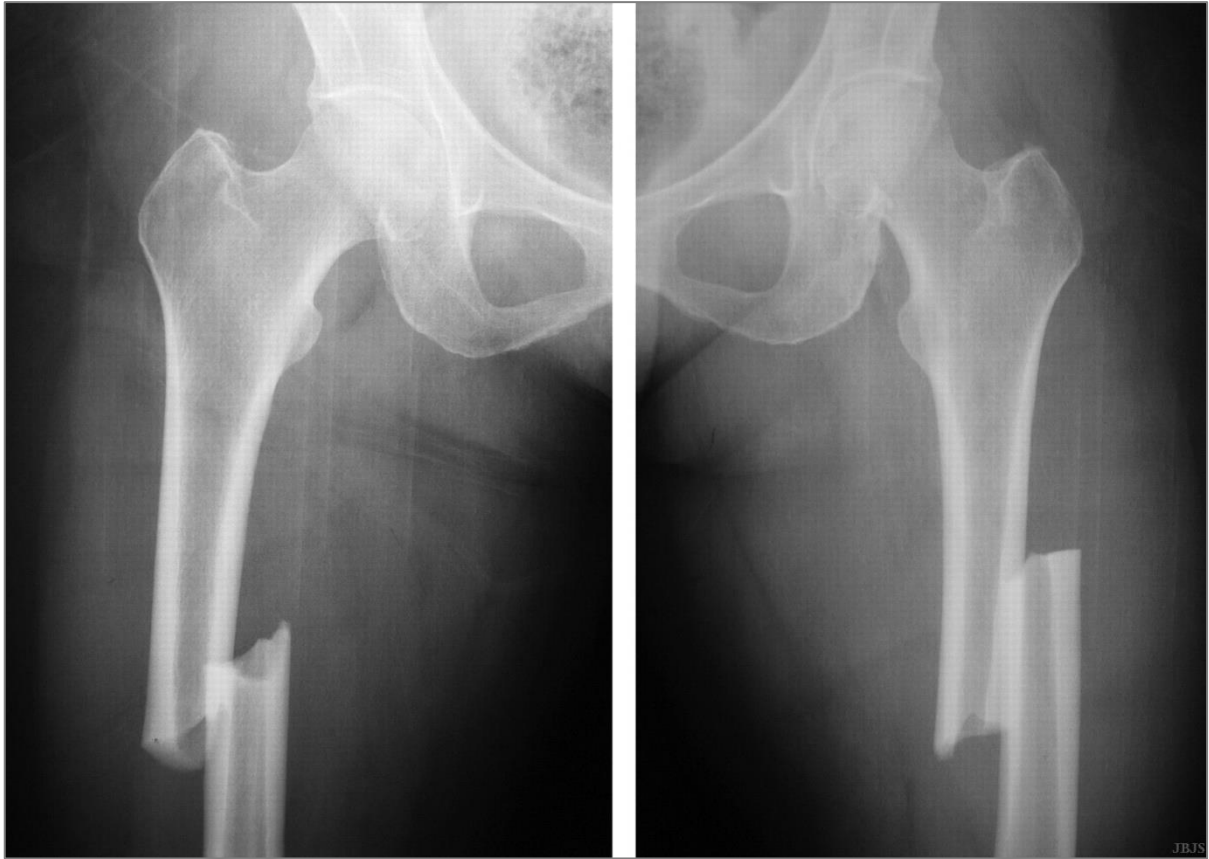
Mehanizam nastanka prijeloma govori o snazi djelovanja sile (visina kod pada, nalet vozila, udarac). Mjesto udarca na tijelu govori o mogućem nastanku prijeloma na mjestu samoga kontakta, ili pak o udaljenom prijelomu zbog prijenosa sile (npr. pad na noge može dovesti do prijeloma kralješka). Slijedi inspekcija (pregled) mjesta ozljede u svrhu ustanovljavanja veličine otekline, deformacije, boje kože.

Palpacijom (pipanjem) ustanovljavaju se jačina bolnosti, kakvoća otekline, te patološka pokretljivost.

Nakon kliničkog pregleda kojim ustanovljavamo jasne vanjske znakove prijeloma, radiografski pregled potvrđuje dijagnozu te upućuje na vrstu prijeloma. Rendgenološka obrada podrazumijeva standardne snimke: a-p (anteroposteriorni smjer), te l-l (laterolateralni smjer ili profil). Katkad su potrebne posebne projekcije snimanja (kose snimke), i to: kod nejasnih standardnih snimki, pri nekim prijelomima koji zahvaćaju zglob, te pri prijelomima koji zahvaćaju mjesta većih zakrivljenosti kosti i sl. [Slika 2] (2).

Ostale metode snimanja su:

- Slojevne slike ili tomogrami
- Kompjuterizirana tomografija
- Magnetska rezonancija
- Scintigrafija (2)



**Slika 2.** RTG prikaz obostranog vanjskog prijeloma bedrene kosti

Izvor:

<http://journals.lww.com/jbjsjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2009&issue=11000&article=0004&type=Fulltext>

Pristup stranici: 19. ožujak 2017.

## 1.5. Liječenje prijeloma bedrene kosti

Cilj liječenja prijeloma jest omogućiti zdravo spajanje slomljene kosti bez izobličenja (deformacije) i potpuni povrat funkcije (radne i športske aktivnosti). Taj cilj treba postići što je brže moguće i s najmanjim rizikom od nastanka bilo kakvih komplikacija. Pri pružanju prve pomoći bitno je postaviti imobilizaciju (transportnu) bez pokušaja namještanja ulomaka. Time smanjujemo bolove i otklanjamo mogućnost pomicanja ulomaka, te dodatnoga ozljeđivanja okolnih struktura (živaca, krvnih žila) (2).

Postoje dvije vrste liječenja loma:



- 1) konzervativno liječenje, liječenje bez operacije, te
- 2) operacijsko liječenje loma.

Konzervativno liječenje temelji se na tri principa 3R koje je postavio Bohler. To su:

- 1) repozicija
- 2) imobilizacija (retencija), te
- 3) vježbe (rehabilitacija) bolesnika.

Repozicija je namještanje lomnih ulomaka u što povoljniji anatomske položaj, koji omogućuje cijeljenje loma te uspostavu normalne funkcije ekstremiteta.

Repoziciju izvodimo postepenim povećavanjem veličine sile a ne naglo da se spriječi sekundarno oštećenje okolnog mekog tkiva i relevantnih anatomske živčano-krvožilnih struktura. Pravilo repozicije je da se periferni lomni ulomak mora reponirati prema položaju centralnog ulomka. Repozicija mora biti izvršena što ranije i što savršenije. Rana repozicija garantira bolji uspjeh liječenja.

Imobilizacija je dugotrajna retencija lomnih ulomaka u reponiranom položaju.

Razlikujemo 4 vrste imobilizacije lomnih ulomaka:

- 1) imobilizacija gipsanim povojem
- 2) imobilizacija trajnom ekstenzijom
- 3) imobilizacija vanjskom fiksacijom ulomaka.
- 4) funkcijska imobilizacija i liječenje ranim gibanjem ekstremiteta.

Primjena gipsa je jedan od najrasprostranjenijih terapijskih postupaka liječenja loma kostiju ekstremiteta. Kemijski gips je kalcijev sulfat ( $\text{CaSO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$ ). Priprema se u toploj vodi od 35 stupnjeva C. Postepeno se skrutnjava u vremenu od 5-45 minuta. Ne smije se opteretiti 24 sata nakon postavljanja da ne pukne. Debljina gipsa ovisi o dijelu tijela koji se imobilizira, građi ozljeđenika, te vrsti gipsa koji se upotrebljava. U tehnici gipsanja razlikujemo primjenu tzv. vatiranog i nevatiranog pivoja.

Trajna ekstenzija kao jedini način zbrinjavanja kostoloma imala je nekad široko indikacijsko područje. Razvojem metode stabilne osteosinteze loma smanjeno je indikacijsko područje trajne ekstenzije. Svrha je bila neutralizirati mišićni tlak te zadržati zadovoljavajući odnos među lomnim ulomcima, spriječiti skraćivanje okrajine i što prije postići funkcijski oporavak. Prednost postupka u odnosu na određene vrste gipsane imobilizacije je u manjoj

vjerojatnosti nastanka dekubitusa, jer je bolesnik djelomično pokretan u krevetu, te pokreće sakralni dio zdjelice.

Princip imobilizacije sastoji se u tome da se po dva ili više čavla (pinova) uvedu u proksimalni i distalni lomni ulomak, učini se repozicija, te se zatim postavi okvir (šipka) vanjskog fiksatora, na koji se učvrste čavli (pinovi) i lomni ulomci te se tako postiže retencija lomnih ulomaka.

Funkcijska imobilizacija i liječenje ranim gibanjem objedinjuje dobru repoziciju, neprekinutu imobilizaciju te rani aktivan pokret ozlijeđenog ekstremiteta. Cijeli se koncept temelji na što kraćem trajanju potpune imobilizacije.

Rehabilitacija bolesnika s ciljem uspostave što bolje funkcije ekstremiteta sastoji se u vršenju:

- 1) Aktivnih vježbi
- 2) Pasivne vježbe
- 3) Izometričke vježbe – aktivne vježbe bez pokreta zglobova
- 4) Koordinacijske vježbe, učenje hodanja, ustajanja, uporaba ruke šake.
- 5) primjena topline, mialgija, grčevi mišića, degenerativne bolesti zglobova.  
Kontraindikacija su osteomijelitis, akutna upala.
- 6) Krioterapija
- 7) Kupke
- 8) Elektroterapija

Osteosinteza je operacijski zahvat kojim se izvodi spajanje i učvršćivanje fragmenata kosti nakon loma pomoću implantanata od specijalne vrste čelika ili legura (oslabljen titan) radi postizanja trajnog položaja istih. Omogućuje cijeljenje prijeloma uspostavljenjem normalnih anatomskih odnosa te brzi povrat funkcije ozlijeđenog ekstremiteta. Osnovno načelo osteosinteze je da sile vlaka, kompresije, savijanja i striženja pretvara u tlačne aksijalne sile na mjestu loma.

AO metoda operacijskog liječenja utemeljena je 1958. godine u Švicarskoj a i danas predstavlja opće prihvaćenu metodu liječenja koštanih prijeloma osteosintezaom.

Indikacije za operacijsko liječenje su:

- 1) Lomovi dijafize dugih cjevastih kostiju, u kojih su repozicija te retencija ulomaka otežane zbog djelovanja jakih sila suprotnih skupina miškulature, koje dovode do dislokacije lomnih ulomaka nakon repozicije i imobilizacije

- 2) Intraartikularni te djelomično artikularnih lomova u kojih je potrebna idealna anatomska repozicija zbog očuvanja funkcije zgloba (nožni zglob, koljeno, kondili tibije, zglob lakta, lomovi vrata bedrene kosti)
- 3) Ekstraartikularni- metafizarni lomovi (suprakondilarni lom femura i lom pertrohanterne regije, lom humerusa, lom radijusa)
- 4) Lomovi udruženi s oštećenjem živaca (primjer humerusa te n. radijalisa)
- 5) Lomovi udruženi s oštećenjem krvnih žila (sportska povreda lakta)
- 6) Kosi, poprečni lomovi u kojih je kontaktna zona među ulomcima mala
- 7) Lomovi sa slobodnim trokutastim ulomkom
- 8) Kompleksni lomovi
- 9) Otvoreni lomovi
- 10) Amputacije dijelova ekstremiteta

Operacijsko liječenje može biti hitno kada postoji lezija krvne žile, živca ili se radi o otvorenom prijelomu. Prijelom vrata bedrene kosti u mlađih osoba zahtijeva hitno operacijsko liječenje zbog ugrožene cirkulacije glavice bedrene kosti. Neizbježno je gdje se bez osteosinteze zbog suprotnog djelovanja pojedinih mišićnih skupina ne mogu lomni ulomci zadržati u anatomsom položaju nakon repozicije, te se iz tog razloga ne može očekivati dobro cijeljenje loma i kasnija funkcija ekstremiteta. Preporučljivo je kada se skraćuje vrijeme cijeljenja loma, sprječava se atrofija muskulature te izbjegavaju kontrakture zglobova ranim pokretom ekstremiteta nakon operacije. Operacijsko liječenje indicirano je u svih bolesnika s komplikacijama zatvorene ili otvorene metode liječenja loma (7).

## **1.6. Komplikacije prijeloma bedrene kosti**

Komplikacije u zbrinjavanju prijeloma neželjena su, ali ipak prisutna pojava u kirurgiji. U osnovi komplikacije mogu biti:

- 1) Infekcije (kosti i mekih tkiva)
- 2) Produženo cijeljenje kosti
- 3) Pseudoartroza
- 4) Refraktura
- 5) Sudeckova distrofija (morbus Sudeck)
- 6) Artroza

Infekcija kosti ili osteomijelitis u traumatologiji je vrlo ozbiljna komplikacija. Unos uzročnika infekcije pri otvorenim prijelomima najčešći je uzrok gnojne upale koštanog tkiva, dok manji broj infekcija susrećemo nakon operacijskog zahvata zatvorenih prijeloma.

Produljeno cijeljenje kosti stanje je pri kojem ne dolazi do srastanja kosti u uobičajenom očekivanom vremenu. Najčešće se produženim cijeljenjem smatra vrijeme do 8 – 9 mjeseci.

Pseudoartroza je stanje pri kojemu prijelom nije zacijelio niti nakon 9 mjeseci. Nema znakova nastajanja kalusa koji premošćuje prijelomnu pukotinu, nego se između ulomaka stvorilo vezivno tkivo koje ne daje čvrstoću.

Refraktura je stanje ponovnoga prijeloma kosti na istome mjestu. Događa se zbog nedostatnoga cijeljenja kosti i preranoga opterećivanja.

Sudeckova distrofija (morbus Sudeck) očituje se na kostima, ali i mekim tkivima u području prijeloma. Nemir ulomaka, edem, bolnost i dugotrajna imobilnost okrajine dovode do djelovanja na vegetativni živčani sustav koji nepovoljno utječe na lokalni milje prokrvljenosti svih tkiva: kože, potkožja, mišića i kosti.

Artroza je kasna posljedica prijeloma koja se odnosi na obližnje zglobove. Očituje se u ograničenoj i bolnoj funkciji zgloba, a na rendgenogramu su vidljive promjene u koštanoj strukturi unutar zgloba, te suženje zglobne pukotine(2).

## **1.7. Uloga medicinske sestre u skrbi za bolesnika koji ima psihičke poteškoće**

U psihijatrijskoj skrbi medicinska sestra ne brine samo o tjelesnom stanju bolesnika već prati promjene u njegovom psihičkom statusu. Medicinska sestra je u stalnom kontaktu s bolesnikom i prvi registriraju svaku promjenu. Znanje i sposobnost opažanja pomažu procijeniti da li je neophodno pozvati liječnika ili su sposobni sestrinskim intervencijama (npr. razgovorom) smiriti ili pomoći bolesniku.

Bolesna osoba koja ima psihičke tegobe teško će se sama povjeriti medicinskoj sestri i zatražiti pomoć. Budući da su shizofreni bolesnici često u svijetu svojih halucinacija, promijenjenog su ponašanja i mišljenja, često sumnjičavi a ponekad čak i agresivni, medicinska sestra mora posjedovati razvijene komunikacijske vještine (slušanja, postavljanja pitanja, utjecanja, pregovaranja). Da bi određeni problem riješili potrebno je u prvom kontaktu s

bolesnikom steći njihovo povjerenje, ublažiti neugodu dolaska u ustanovu jer o tome u dosta slučajeva ovisi daljnja suradljivost pacijenta. Rad medicinske sestre sa shizofrenim bolesnikom iziskuje veliko znanje i strpljivost te provođenje procesa zdravstvene njege čiji je cilj podizanje kvalitete života bolesnika na najveću moguću razinu.

Planiranje i provođenje zdravstvene njege oboljelog od shizofrenije ovisit će o: fazi bolesti, prisutnosti i intenzitetu pojedinih simptoma, suradljivosti i stupnju samostalnosti bolesnika, terapijskom odgovoru i podršci obitelji (8).

Ciljevi u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od shizofrenije su: promicati i unaprjeđivati interakciju između bolesnika i njegove okoline, nastojati povećati i ojačati psihološku stabilnost, osigurati zaštitu, poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom (9).

Bolesnika je potrebno poticati na održavanje osobne higijene (samostalno ili uz pomoć sestre). Bolesnici zapuštaju svoj izgled, nezainteresirani su za predmete, pojave i zbivanja u stvarnom svijetu, nemaju potrebu za održavanjem osobne higijene i brige o vanjskom izgledu. Bolesnici nerado uzimaju terapiju ili odbijaju terapiju pa je potrebna stroga kontrola da lijek popiju pred medicinskom sestrom (dužnost je prekontrolirati usnu šupljinu). Zbog paranoidnih ideja može biti prisutan strah od trovanja hranom pa je potrebna kontrola prehrane (nadzirati hoće li pojesti obrok). Medicinska sestra može mogu pred bolesnikom kušati hranu kako bi ga uvjerila da hrana nije otrovana. Kao posljedica poremećaja psihomotorike i motoričkog neaktiviteta (hipokinezije ili akinezije) bolesnik može imati edematozne i cijanotične ekstremitete te ga je potrebno poticati na aktivne vježbe ekstremiteta (fleksija koljena i stopala i slične jednostavne vježbe donjih ekstremiteta). Mogu biti prisutne stereotipije i manirizmi (bolesnici izvode neprirodne pokrete tijelom). Zbog mogućeg katatonog ponašanja i katatone ukočenosti potrebno je obratiti pažnju na moguće povrede ili dekubitus. Shizofreni bolesnik se često izrazito jako boji različitih dijagnostičkih postupaka (EEG) zbog straha da će mu tijekom pretrage „nešto ugraditi“ u glavu ili neki drugi organ ili „izvaditi iz njega“. Dužnost je bolesniku objasniti o kakvoj se dijagnostičkoj pretrazi radi i nastojati ga umiriti. Posebnu pažnju treba obratiti suicidalnosti shizofrenog bolesnika. Dva su razloga suicidalnosti shizofrenih bolesnika: psihotični razlog u akutnoj fazi bolesti kao rezultat autodestruktivnih impulsa, sumanutih misli ili imperativnih halucinacija i bilansni razlog koji se javlja zbog djelomične ili potpune kritičnosti kao odgovor na realno sagledavanje svoga stanja. Bolesnici postaju svjesni da su teško bolesni i počine suicid (10).

## 1.8. Uloga medicinske sestre nakon prijeloma bedrene kosti

Svaka medicinska sestra u provođenju postupaka zdravstvene njege, bilo predoperativne ili postoperativne mora imati i određene kompetencije, one su rezultat razine obrazovanja u sestriinstvu, a imaju za pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege. Kompetencije su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege medicinske sestre (11).

Cilj je postoperativne njege rano otkrivanje i sprječavanje nastanka mogućih postoperativnih komplikacija, opservacija te praćenje motorike i senzornih funkcija, kontrola vitalnih funkcija, laboratorijskih parametara te kontrola ravnoteže tjelesnih tekućina.

Prvo previjanje obično se provodi drugi postoperativni dan. Ako pacijent ima postavljenu drenažu, treba pratiti stanje i količinu drenažnog sadržaja. Vrijeme za vađenje šavova ovisi o obliku, veličini i lokalizaciji zašivene incizije, te cijeljenju rane (*per primam* ili *per secundam*), a konačnu odluku donosi liječnik.

Fizikalna terapija započinje prvog postoperativnog dana. Cilj je rehabilitacije da se pacijent što prije vrati u stanje u kakvome je bio prije kirurškog liječenja. To podrazumijeva početak terapije prvi ili drugi dan nakon operativnog zahvata, ovisno o vrsti anestezije. Fizikalna terapija provodi se tijekom cijelog boravka u bolnici, a nakon napuštanja s bolničkog odjela, fizikalna terapija i rehabilitacija nastavljaju se (12).

### 1.8.1. Komplikacije dugotrajnog ležanja

Komplikacije dugotrajnog ležanja nastaju zbog smanjene pokretljivosti, koja dovodi do usporene cirkulacije i smanjene ventilacije pluća. Zadaće su sestre da provodi mjere za sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja: dekubitusa, tromboflebitisa, tromboze, respiratornih komplikacija, nesvjestice i kontraktura. Dekubitus je ograničeno oštećenje kože i/ili potkožnog tkiva uslijed dugotrajnog pritiska. Zbog otežanog protoka krvi dolazi do manjka kisika i hranidbenih tvari, te do poremećaja metabolizma u tkivu izloženom pritisku. Nakupljanjem trombocita, fibrina i eritrocita nastaje ugrušak (flebotromboza), a ako je stjenka vene upaljena (tromboflebitis), koža iznad nje je crvena i bolna. Postoji opasnost otkidanja tromba i plućne embolije. Respiratorne komplikacije su česte u bolesnika koji dugotrajno miruje, posebno u operiranih, a posljedica su smanjene ventilacije pluća ili zastoja sekreta i infekcije.

Nesvjestica (sinkopa, kolaps) je nagli, kratkotrajni gubitak svijesti, najčešće zbog hipoksije mozga. Kontraktura je ograničena gibljivost zgloba u svim ili samo u nekim smjerovima (13).

### **1.8.2. Zadaće sestre u sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja**

Ako su prisutni činitelji koji pogoduju nastanku dekubitusa, zadaće sestre su: održavanje osobne higijene, promatrati mjesta sklona dekubitusu, promjena položaja bolesnika, primjena pomagala (antidekubitalni madrac), pravilna prehrana i edukacija bolesnika. Mjere za sprječavanje tromboze vena usmjerene su poboljšanju cirkulacije, zadaće sestre su: provoditi pasivne i aktivne vježbe donjih ekstremiteta, vježbe dubokog disanja, pravilan namještaj bolesnika u krevetu, ležanje na leđima s povišenim nogama olakšava i poboljšava cirkulaciju u venama, rano ustajanje iz kreveta. Mjere za sprječavanje respiratornih komplikacija usmjerene su na: vježbe disanja, pravilan položaj u krevetu i promjenu položaja, iskašljavanje. Za sprječavanje nesvjestice važna je postupnost pri promjeni iz ležećeg položaja u sjedeći i iz sjedećeg u uspravni, što ublažava ortostatsku hipotenziju. Pravilan položaj i redovita promjena položaja, vježbe mišića i zglobova bitan su čimbenik u sprječavanju kontraktura. Ovisno o bolesnikovu stanju primjenjuju se pasivne, aktivne potpomognute i aktivne vježbe (13).

## **1.9. Ustanova za skrb osoba s psihičkim poteškoćama**

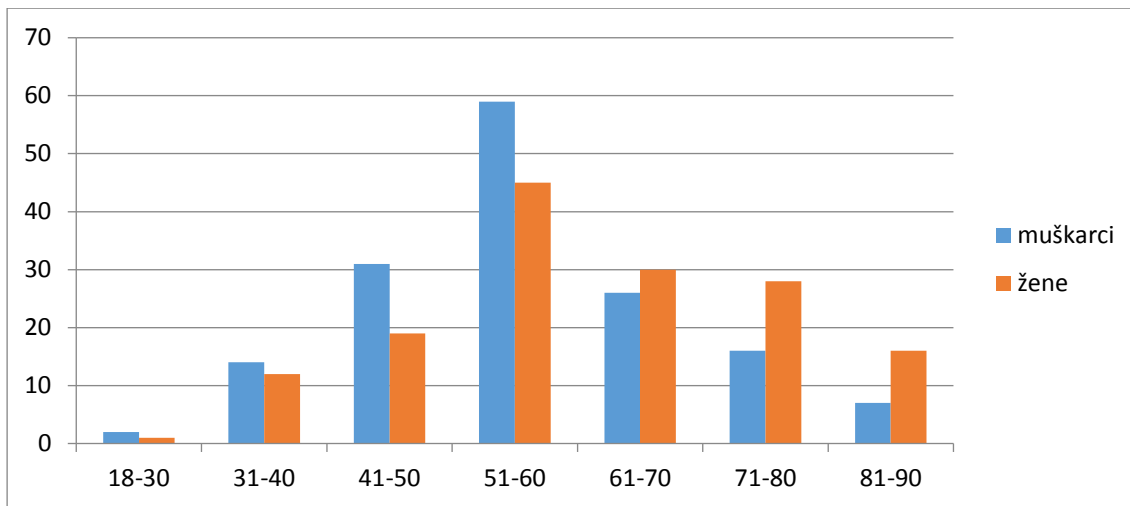
Dom za psihički bolesne odrasle osobe Ljeskovica osnovan je od strane Ministarstva socijalne politike i mladih i u potpunosti se financira iz državnog proračuna Republike Hrvatske. U Domu je trenutno smješteno 285 korisnika što ga čini drugim po veličini u Republici Hrvatskoj. Djelatnost Doma je pružanje usluga skrbi izvan vlastite obitelji psihički bolesnim odraslim osobama kojima nije potrebno bolničko liječenje, a skrb im se ne može pružiti u vlastitoj obitelji ili osigurati na drugi način [Slika 3, 4]. U okviru smještaja Dom pruža slijedeće usluge: stanovanje i prehranu, brigu o zdravlju, njegu, održavanje osobne higijene, usluge socijalnog rada, radno – okupacijske terapije, fizioterapije, usluge organiziranja slobodnog vremena, pratnje i organiziranog prijevoza, pomoć pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti, savjetodavnog rada, a u cilju poboljšanja kvalitete života psihički bolesnih odraslih osoba.

Medicinska sestra tijekom 24 sata prati bolesnikovo stanje, njegovo ponašanje i promjene ponašanja kroz dnevne aktivnosti, tijekom uzimanja terapije, u odnosu prema osoblju i drugim bolesnicima, posjetiteljima, u poštivanju kućnog reda i sl. Rad na psihijatrijskom odjelu zahtjeva

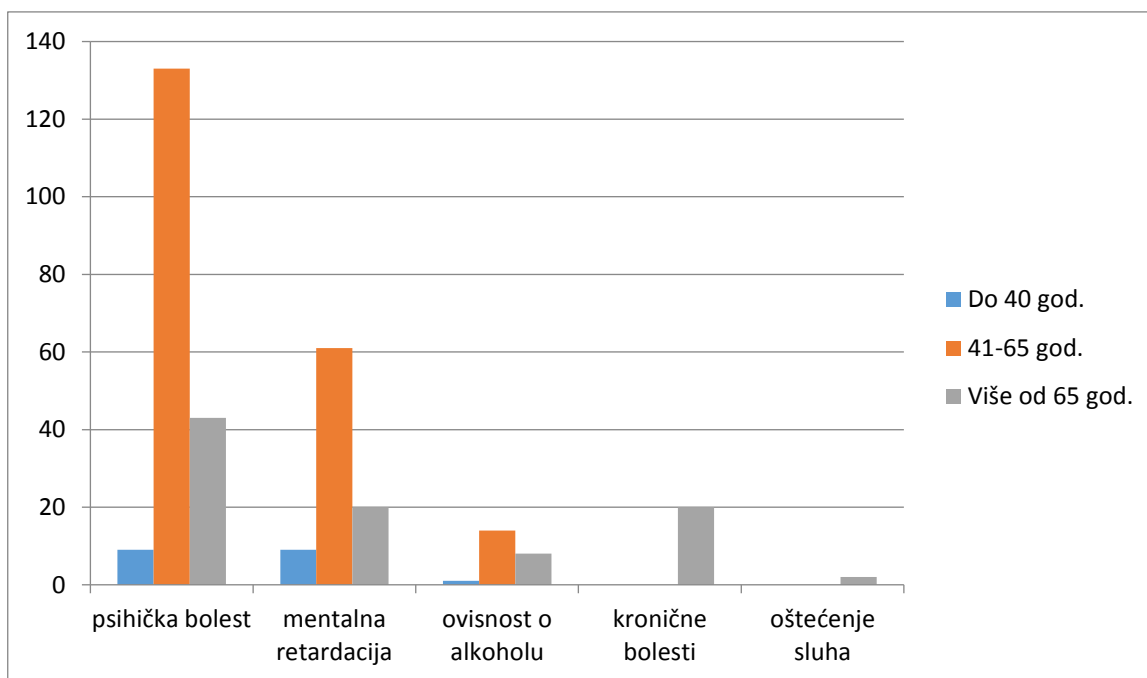
od cijelog medicinskog tima veliko znanje, zalaganje, snalažljivost, spretnost i nadasve želju da se pomogne bolesniku. Medicinska sestra je ta koja najviše boravi uz bolesnika, pa je njezin udio u skrbi vrlo velik i značajan. Prilikom prijema, smještaja i provođenja zdravstvene njege prema svakom psihijatrijskom bolesniku treba postupiti individualno, jer nas svaki bolesnik doživljava drukčije, ovisno o svom psihičkom stanju. Medicinska sestra treba zauzeti profesionalan stav i bolesniku dati do znanja da je ona tu kako bi mu dala podršku, kako će prihvatiti sve ono što on podijeli s njom, te adekvatno reagirati i pokušati zajedno s njim naći načina kako se nositi s bolešću. U rješavanju problema djeluje više struka zajedno (socijalni radnik, radni terapeut, fizioterapeut i medicinska sestra).

Dom svojim radom nastoji uključiti korisnike u društvene tokove i zbivanja van kruga ustanove na različite načine. Organiziraju se više puta godišnje u ljetnom periodu izleti na kupanje u Orahovicu, odlazak na planinarske događaje (Papučki jaglaci u Velikoj i dr.). Također se odlazi na sajmove (Obrtnički sajam Požega, Katarinski sajam Slavonski Brod) i predstavljaju se radovi korisnika umjetničke radionice. U samom domu se organiziraju proslave rođendana, Dana obitelji, Valentinova, Dani kruha, Božićne proslave s prigodnim programom učenika OŠ Stjepan Radić iz Čaglina, dočeka Nove godine. Organizira se maskenbal za korisnike s prigodnim programom i izborom najljepše i najoriginalnije maske. Za Uskrs se organiziraju Svete mise i ispovijedi za korisnike, te se ugošćuju srednjoškolci iz Požege koji upoznaju život u ustanovi i družu se s korisnicima. U okviru nastavnog plana dolaze i studenti medicine. Korisnici sudjeluju na natjecanjima u plesu (Domoples), kao i na natjecanju u pjevanju (Domosong). Također korisnici sudjeluju i na nogometnim turnirima.





**Slika 3.** Broj korisnika prema dobi i spolu



**Slika 4.** Broj korisnika prema primarnoj vrsti oboljenja i dobi

## **2. CILJ RADA**

Ovaj rad prikazuje slučaj pacijentice L. K. nakon obostranog otvorenog prijeloma natkoljenice koja boluje od shizofrenije.

Cilj ovoga rada je prikazati važnost uloge medicinske sestre u zbrinjavanju korisnika na trajnom smještaju u domu za odrasle osobe poslije 13.11.2015, tj. otpusta iz bolnice.

## 3. PRIKAZ SLUČAJA

### 3.1. Anamnestički podaci

Pacijentica L. K. (1950.g.), dana 25. listopada 2015. godine pokušala je učiniti samoubojstvo skočivši kroz prozor svoje sobe s visine oko 5,5 metara u 06:05 sati. Pacijentica je bila u šoku, imala je obostrani otvoreni prijelom bedrene kosti. Pri svijesti, blijede i hladne kože, pothlađena. Pogledom prati i reagira na podražaje, nemjerljiv tlak, ubrzanog pulsa do 110 otkucaja u minuti, GCS 13, respiracija 18 u minuti. Pozvan je dežurni liječnik opće medicine, te je pozvana hitna medicinska pomoć. Odvedena je na objedinjeni hitni bolnički prijem.

### 3.2. Klinička slika i tijek liječenja

Kliničkom i radiološkom obradom ustanove se hipovolemijski šok i obostrane otvorene frakture bedrene kosti. Učinjen je hitni operativni zahvat (*revisio vulneris et repositio cruenta, transfixatio femorotibialis unilateralis bill.*), a pacijentica se smješta u jedinicu za intenzivno liječenje. Konzilijarno je pregledana od strane psihijatra. U razgovoru s psihijatrom potvrđuje kako povremeno ima glasove te je pod utjecajem glasova skočila kroz prozor, premda ih trenutno negira. Na upit da li bi to ponovila odgovara dva puta negativnim odgovorom. Trenutno je dobrog raspoloženja, dobro spava i jede. Boravi u JIL-u od 25.10. do 02.11.2015. g., vitalne funkcije su uredne pa se pacijentica premješta na odjel traumatologije. Rani postoperativni tijek i daljnji tijek boravka na odjelu protječu uredno, rane se redovno previjaju. Kontrolna rendgenska snimka pokazuje zadovoljavajući položaj ulomaka. Provodi se početna fizikalna rehabilitacija u krevetu. Otpušta se 13. 11. 2015. g. u dobrom općem stanju i urednog lokalnog nalaza uz preporuku provođenja antidekubitalnih mjera te uzimanja analgetika po potrebi. Pacijentica je otpuštena sa postavljenim trajnim urinarnim kateterom, potrebno je nastaviti uroprofilaksu norfloksacinom 2x400 mg uz probiotik, te promijeniti kateter idući tjedan. Po preporuci transfuziologa uzimati varfarinnatrij dvije tablete dnevno, subotom i nedjeljom jednu tabletu dnevno. Kontrola PV 16. 11. 2015. g., po potrebi ranije. Preporučena terapija po otpustu: tramadol pp, pantoprazol 40 mg, promazin 25 mg 0,0,1-2 drag plpp, promazin 50 mg ampula i.m. pp, kalijev citrat 2x1. Kontrola traumatologa za tri mjeseca sa kontrolnim RTG snimkom obadvije bedrene kosti.

### 3.3. Proces zdravstvene njege

Pacijentica L. K. rođena 1950. godine. Smještena je u Domu za odrasle osobe od 2001. g. Po zanimanju je domaćica, završila je osnovnu školu i prvi razred gimnazije, te se iznenada razboljela u drugom razredu gimnazije. Boluje od shizofrenije. U potpunosti je lišena poslovne sposobnosti. Poznate alergije na lijekove nema, za ostalo ne zna. Komunikacija je moguća, djelomično je suradljiva, djeluje sniženog raspoloženja, sada negira suicidalnost, orijentirana. Pacijentica je nepokretna, leži u krevetu. Potrebna je pomoć druge osobe kod obavljanja osobne higijene, oblačenja, presvlačenja. Appetit je dobar. Nije u stanju samostalno jesti, potrebna je pomoć kod prehrane, gutati može, posebna dijeta nije potrebna. Mokrenje ne kontrolira, 25. 10. 2015. g. je postavljen trajni urinarni kateter. Stolicu ne kontrolira, datum zadnje stolice 11. 11. 2015. g. Nema oštećenje sluha. Bol u području operativne rane. Spava dobro. Svijest je očuvana. Nepušač je, alkohol ne uzima. Tjelesna temperatura je 36,0°C, puls 90/min, RR 105/65 mmHg [Tablica 2]. Koža i vidljive sluznice uredno prokrvljene. Dekubitus nije prisutan. Na natkoljenicama operativne rane od reza veličine oko 20 cm, sekrecija je minimalna. Od lijekova uzima tramadol pp, pantoprazol 40 mg, promazin 25 mg 0,0,1-2 drag plpp, promazin 50 mg ampula i.m. pp, kalijev citrat 2x1 [Tablica 3]. Pacijentici druga osoba treba davati lijekove, potreban nadzor nad uzimanjem lijekova.

**Tablica 2.** Anamnestički podaci

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Medicinska dijagnoza	Shizofrenia F20	Fracturafemorisbill. S72.7	Tentamen suicidi Z91.5
Alergije	NE		
Procjena samostalnosti	3 – ovisan u visokom stupnju		
<b>VITALNI ZNAKOVI</b>			
RR 105/65 mmHg	PULS 90/min	TEMP. 36,0°C	
SVIJEST	Očuvana		

**Tablica 3.** Lista ordinirane terapije

LJJEK	DOZA	NAČIN DAVANJA	UČESTALOST
Tramadol kapsule	50 mg	per os	pp
Pantoprazol tbl.	40 mg	per os	ujutro
Promazin drag.	25 mg	per os	navečer plpp
Promazin amp.	50 mg	i.m.	pp
Kalij citrat prašak	20,5 mg/ml	per os	2x1
Martefarin tbl.	3 mg	per os	2 tbl., sub i ned 1 tbl.
Nolicin tbl.	400 mg	per os	2x1

### 3.3.1. Sestrinske dijagnoze kod zdravstvene njege nakon prijeloma bedrene kosti

Utvrđivanje potreba inicijalni je korak u procesu zdravstvene njege i aktivnosti koja prožima sve njegove faze. U trenutku uzimanja u skrb utvrđene potrebe za zdravstvenom njegom osnova su plana zdravstvene njege dok kontinuirano promatranje pacijentovog stanja omogućava pravodobne revizije plana i njegovu usklađenost s nastalim promjenama.

Prikupljenim podacima napravljeni su planovi zdravstvene njege za slijedeće sestrinske dijagnoze: Dehidracija [Tablica 4], Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena [Tablica 5], Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje [Tablica 6], Visok rizik za opstipaciju u/s smanjenom pokretljivošću [Tablica 7], Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem [Tablica 8], Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom [Tablica 9], Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom [Tablica 10].

**Tablica 4.** Plan zdravstvene njege

Dehidracija – stanje u kojem je prisutan deficit intersticijalnog, intracelularnog ili intravaskularnog volumena tekućine.

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Dehidracija		Cilj po prioritetu: Pacijentica će unositi minimalno 2000 ml tekućine kroz 24 sata Pacijentica će pokazati želju i interes za uzimanjem tekućine	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVAULACIJA	
X	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Osigurati pacijentici 2000 ml tekućine tijekom 24 sata</li><li>2. Pomoći pacijentici ukoliko nije u mogućnosti piti samostalno</li><li>3. Voditi evidenciju prometa tekućina: unos tekućine, mokrenje</li><li>4. Objasniti pacijentici važnost unosa propisane količine tekućine i dogovoriti količinu i vrijeme pijenja tekućine tijekom 24 sata</li><li>5. Ponuditi primjerene posude za pijenje: čaše sa slamkom</li><li>6. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li></ol>	Pacijentica je hidrirana, pije 2000 ml tekućine kroz 24 sata Pacijentica pokazuje želju i interes za uzimanjem tekućine	

**Tablica 5.** Plan zdravstvene njege

Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena. Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena		Cilj po prioritetu: Pacijentica će biti čista, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVAULACIJA	
X	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Procijeniti stupanj samostalnosti</li><li>2. Osigurati privatnost</li><li>3. Održavati higijenu kože, koristiti blagi sapun (neutralni pH) i vodu, obavezno isprati sapun, posušiti kožu i zaštititi sredstvom koje će očuvati vlažnost: krema, mlijeko za tijeloPotreban pribor i pomagala staviti na dohvat ruke, te poticati pacijenticu da ih koristi</li><li>4. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li></ol>	Pacijentica je suha, čista, očuvan je integritet kože	

**Tablica 6.** Plan zdravstvene njege

Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje. Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje		Cilj po prioritetu: Pacijentica će povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVAULACIJA	
X	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta</li><li>2. Prinijeti pacijentici hranu na poslužavniku i staviti na stolić za serviranje</li><li>3. Postaviti zaštitnu kompresu pod bradu</li><li>4. Biti uz pacijenta tijekom hranjenja</li><li>5. Omogućiti pacijentici higijenu ruku prije i nakon obroka</li><li>6. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li></ol>	Pacijent izvodi aktivnosti hranjenja primjereno stupnju samostalnosti	



**Tablica 7.** Plan zdravstvene njege

Visok rizik za opstipaciju u/s smanjenom pokretljivošću. Rizik za izostanak ili smanjenje učestalosti stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno otežanim i / ili nepotpunim pražnjenjem crijeva.

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Visok rizik za opstipaciju u/s smanjenom pokretljivošću		Cilj po prioritetu: Pacijentica će imati redovitu eliminaciju meke, formirane stolice, najmanje svaka tri dana	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVAULACIJA	
X	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Poticati pacijenticu na preporučeni dnevni unos tekućine od 2000 ml tijekom 24 sata</li><li>2. Omogućiti dostupnost tekućine pacijentu nadohvat ruke</li><li>3. Uvrstiti u prehranu namirnice bogate vlaknima,</li><li>4. Nakon defekacije provjetriti sobu</li><li>5. Svaku defekaciju i karakteristike stolice dokumentirati</li><li>6. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li></ol>	Pacijentica nije opstipirana, ima eliminaciju meke, formirane stolice jedan put dnevno	

**Tablica 8.** Plan zdravstvene njege

Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem. Zbog operativnog zahvata pacijentica mora mirovati , a zadaće medicinske sestre su pratiti i uočavati promjene na koži.

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Visok rizik za dekubitus u/s dugotrajnim ležanjem		Cilj po prioritetu: Pacijentova koža će ostati intaktna, integritet kože će biti očuvan	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVAULACIJA	
X	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Procijeniti postojanje čimbenika rizik za dekubitus – Braden skala dva puta tjedno</li><li>2. Promatrati visokorizična mjesta</li><li>3. Održavati higijenu kreveta i postelnog rublja: čiste, suhe, zategnute plahte, bez nabora, ukloniti ostatke hrane</li><li>4. Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svaka 2 sata</li><li>5. Podložiti jastuke između koljena pacijentice</li><li>6. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li></ol>	Pacijentova koža je očuvanog integriteta. Nema crvenila i drugih oštećenja.	

**Tablica 9.** Plan zdravstvene njege

Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom. Pacijent je izložen riziku nastanku infekcije na mjestu oštećenja kože, potrebno je promatrati znakove koji upućuju na infekciju (izgled rane, crvenilo, sekreciju, edem).

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom		Cilj po prioritetu: Kod pacijentice neće biti znakova infekcije	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVAULACIJA	
X	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mjeriti vitalne funkcije</li><li>2. Pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije</li><li>3. Aseptično previjanje rana</li><li>4. Primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika</li><li>5. Održavati instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li><li>6. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li></ol>	Kod pacijentice nema znakova infekcije	

**Tablica 10.** Plan zdravstvene njege

Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom. Infekcije mokraćnog sustava ubrajaju se među najčešće infekcije, stoga je potrebna svakodnevna procjena potrebe za urinarnim kateterom.

Ime i prezime: L. K.	Datum rođenja: 1950	Odjel: Dom Ljeskovica	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Visok rizik za infekciju u/s urinarnim kateterom		Cilj po prioritetu: Kod pacijentice neće biti znakova infekcije - urin će biti makroskopski čist, svjetlo žute boje, bez mirisa i sedimenta	
<b>DATUM</b>	<b>SESTRINSKI POSTUPCI</b>	<b>EVAULACIJA</b>	
X	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vršiti redovitu toaletu ulaznog mjesta kao dio rutinskog održavanja osobne higijene</li> <li>2. U toku svake smjene pregledati kateter i drenažni sistem</li> <li>3. Pratiti izgled urina</li> <li>4. Vrećicu prazniti ili mijenjati u određenim vremenskim razmacima, uz uporabu rukavica i jednokratne pregače</li> <li>5. Kad se prazni urinarna vrećica, upotrebljavati čistu posudu i paziti da drenažni pipac i posuda ne dođu u kontakt</li> <li>6. Primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika</li> <li>7. Održavati instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li> <li>8. Higijena ruku prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)</li> </ol>	Kod pacijentice nema znakova infekcije - urin je bistar svjetlo žute boje bez mirisa i sedimenta	

## 4. RASPRAVA

U ovom radu je prikazan slučaj 67. godišnje korisnice Doma za odrasle osobe koja boluje od shizofrenije. Pacijentica je pokušala je učiniti samoubojstvo skočivši kroz prozor s visine od 5,5 metara te je zadobila otvoreni prijelom bedrene kosti. Bolest se kod pacijentice pojavila u 2. razredu srednje škole kada je se L. K. počela povlačiti u sebe i prestala komunicirati s drugim osobama. Prvi pokušaj samoubojstva je bio skokom u Savu.

Učestalost pokušaja samoubojstava među shizofrenim bolesnicima različit je, a procjenjuje se da samoubojstvo pokuša izvršiti oko 20 – 40 % shizofrenih bolesnika tijekom svog života. U Hrvatskoj je prosječna stopa samoubojstava oko 25 na 100 000 stanovnika, dok u svijetu stopa samoubojstava iznosi 40 na 100 000 stanovnika. Najviše stope samoubojstava imaju skandinavske i pribaltičke zemlje, zemlje istočne Europe, Japan, Švicarska, Njemačka, Austrija. Stopa samoubojstava u sjevernim hrvatskim krajevima je viša od 25 i znatno je viša nego u južnim (manje od 10). Oboljeli od shizofrenije najčešće koriste nasilne metode samoubojstava poput skoka ili lijeganje pred objekt u pokretu, te skoka s visokog mjesta. Učestalost samoubojstava znatno je češća kod osoba već prije pokušale samoubojstvo.

Izraženost simptoma shizofrenije može varirati od osobe do osobe. Također, kod iste se osobe u različitim fazama bolesti mogu javljati simptomi različitog intenziteta i težine. Zdravstvena njega ovisi o intenzitetu poremećaja te ju treba individualno planirati. Potrebno je stvoriti povjerenje i sigurnost, te poticati bolesnika na komunikaciju. Bolesnika treba nastojati koliko je moguće više poticati na događanja i stvari u realnom svijetu, omogućiti kontakt s drugim osobama, gledanje televizije i slušanja radija, probati uključiti u radnu terapiju.

Osnovni terapijski pristup liječenju shizofrenije predstavljaju antipsihotici. Osim antipsihotika u posljednje vrijeme u liječenju shizofrenije sve se više koriste i lijekovi iz drugih skupina poput anksiolitika, antidepresiva i stabilizatora raspoloženja. Bolesnici koji koriste 4 ili više lijekova su skloniji suicidalnom ponašanju i učestalosti pokušaja ponovljenih pokušaja samoubojstava.

Antipsihotici izazivaju nuspojave na gotove svim organskim sustavima (probavne smetnje, alergijske reakcije, kožne reakcije, ortostatsku hipotenziju, ekstrapiramidni sindrom, amenoreju, impotenciju, ginekomastiju, sindrom parkinsonizma). Zadaća je medicinske sestre prepoznati nuspojave pojedinog lijeka i obavijestiti liječnika kako bi ih se moglo ublažiti, otkloniti i spriječiti.

## 4.1. Deinstitutionalizacija domova socijalne skrbi

Svrha deinstitutionalizacije domova socijalne skrbi je smanjiti ulazak korisnika u institucije i povećati izlazak iz institucija u nove oblike skrbi, posebno stimulirajući obiteljsku reintegraciju. Glavni je cilj deinstitutionalizacije domova do 2018. godine smanjenje broja korisnika stalnog smještaja u domovima za 20%, uz povećanje obuhvata korisnika u izvaninstitucijskim oblicima smještaja. U domovima bi se pružale usluge privremenog smještaja, cjelodnevnog i poludnevnog boravka, te pomoći i njege u kući. Izvan institucija korisnici bi boravili u udomiteljstvu, obiteljskim domovima i organiziranom stanovanju. Na taj način će im se omogućiti dostojanstveniji život.

Nizozemska je zemlja s izuzetno dobro razvijenim izvaninstitucionalnim sustavom zdravstvene skrbi za mentalno bolesne osobe. Usluge su pružene kroz organizaciju krizne službe, mobilnog tima, „Indigo“ programa direktne i bliske podrške, FACT modela (Flexible Assertive Community Treatment) i Social Woning modela.

Krizna služba organizirana je kroz dvadeset četiri sata, svaki dan u tjednu. Tim krizne službe sastoji se od psihijatra, specijalizanta psihijatrije i SPV (medicinska sestra socijalno-psihijatrijskog smjera). Pristup ovoj službi imaju samo pacijenti upućeni od obiteljskog liječnika, policije i krizne službe socijalnih radnika.

Mobilni tim je za kronične psihijatrijske pacijente, a sustav čine: psihijatar, specijalizant psihijatrije, liječnik obiteljske medicine, psiholog, socijalni radnik i pet medicinskih sestara. Tim skrbi za 400 pacijenata.

Indigo nudi podršku mentalnog karaktera kao izravnu i blisku koja se sastoji od savjetovanja, tečajeva prevencije i kratkoročnih tretmana. Indigo pružatelji pomoći (SPV) rade kod liječnika opće prakse i daju psihoedukaciju po školama, društvenim domovima ili tvrtkama. Indigo surađuje i sa zdravstvenom njegom u kući, socijalnim radnicima i drugima.

FACT model je dio mobilnog tima, njihovi članovi tima idu k pacijentu. Oni skrbe od 10 do 25 pacijenata po jednom članu tima.

Social Woning je zajednica smještena u kućama. Čine ju kronični psihijatrijski pacijenti koji bi inače bili smješteni u ustanovama. Ovakav smještaj je puno humaniji, s njima se radi na jačanju socijalnih vještina, po potrebi se pacijentu strukturira cijeli tjedan. O njima brinu medicinske sestre srednje stručne spremne, sestra je s njima i noću. Boravak traje od godinu dana

do dvije ovisno o psihičkom stanju, a nakon toga idu u svoj dom. Skrb o pacijentu se nastavlja kroz FACT model.

## 5. ZAKLJUČAK

Zadaće medicinske sestre u radu sa shizofrenim pacijentima zahtijeva iznimno strpljenje, također treba uspostaviti dobar kontakt s pacijentom kako bi zadobila njegovo povjerenje. U svom radu mora nastojati educirati korisnika o bolesti i terapiji. Kod shizofrenih bolesnika je zabilježen velik postotak pokušaja suicida, bitno je da sestra uspije prepoznati simptome i znakove takvoga ponašanja na vrijeme, te iskoristi sve svoje znanje i vještine kako bi mogla prevenirati samoubojstvo.

Shizofrenija je u većine bolesnika kronična bolest koja zahtijeva česte hospitalizacije ili smještaj u ustanovu za dugotrajnu skrb. Bolesnici lijekove moraju uzimati cijeli život radi sprječavanja ponovne pojave bolesti. Shizofrenija, kao i ostale psihijatrijske dijagnoze su uvelike stigmatizirane u društvu, stoga je cilj medicinskog osoblja bolje upoznati okolinu s psihijatrijskim bolesnicima. Potrebno je omogućiti normalan život izvan institucija, a isto tako onima korisnicima koji su smješteni u ustanove osigurati aktivnosti izvan Doma (planinarenje, odlazak na utakmice, crkvu).



## 6. LITERATURA

1. Prpić I. Kirurgija za više medicinske škole. Zagreb: Medicinska naklada; 1996.
2. Lovrić Z. Traumatologija za studente Zdravstvenog veleučilišta. Zagreb: Školska knjiga; 2008.
3. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
4. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
5. Filaković P (etal). Psihijatrija. Osijek: medicinski fakultet Osijek; 2014.
6. Frančišković T (etal). Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
7. Štalekar H. Općenito o prijelomima. Zagreb: Integrirani preddiplomski i diplomski studij Medicine: Katedra za kirurgiju; 1998.
8. Repovečki S. Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije. U: Bradaš Z (etal). Biologijska psihijatrija. Zagreb: HUMS; 2011. str. 40-55.
9. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
10. Muk B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: udžbenik za peti razred medicinskih škola. Zagreb: Školska knjiga. 2013.
11. Harapin T. Postoperativna zdravstvena njega i medicinska rehabilitacija u bolesnika s prijelomom kuka (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2015.
12. Harapin T, Koščak V, Mesar M. Proces zdravstvene njege bolesnika s prijelomom potkoljenice [Online]. 2015. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/137459>. (13. 1. 2017.)
13. Prlić N. Zdravstvena njega: udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. Zagreb: Školska knjiga; 2009.

## **7. OZNAKE I KRATICE**

AO – njem. Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen

CT – Kompjuterizirana tomografija

EEG – elektroencefalografija

FACT – Flexible Assertive Community Treatment

FT4 – slobodni tiroksin

GCS – Glasgow comascale/score

JIL – Jedinica intenzivnog liječenja

KKS – kompletna krvna slika

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

MR – Magnetska rezonanca

PV – Protrombinsko vrijeme

RTG – Rendgen

SE – sedimentacija eritrocita (brzina taloženja crvenih stanica)

SOP – Standardna operativna procedura

SPV – medicinska sestra socijalno-psihijatrijskog smjera

TSH – hormon koji stimulira štitnjaču (engl. Thyreotropin Stimulating Hormone)

## 8. SAŽETAK

Shizofrenija je bolest koja podjednaka zahvaća muškarce i žene u cijelom svijetu, a u nešto ranijoj dobi kod muškaraca. Simptomi shizofrenije uglavnom se dijele na pozitivne i negativne. Dijagnozu postavlja psihijatar na temelju razgovora (intervjua) s bolesnikom i članovima njegove obitelji. Liječenje se prvenstveno provodi antipsihoticima.

Shizofreni bolesnici često pokušavaju izvršiti samoubojstvo skakanjem s visine prilikom čega nerijetko dođe do prijeloma kosti, a pacijenti prežive. Žene češće pokušaju samoubojstvo skakanjem s visine od muškaraca.

Prijelom bedrene kosti najčešće nastaje izravnim djelovanjem mehaničke sile. Dijagnoza prijeloma postavlja se kliničkim i radiološkim pregledom. Liječenje može biti konzervativno ili operacijsko.

Zadaća medicinske sestre je sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja, prevencija infekcija povezanih s zdravstvenom skrbi, poticanje na samozbrinjavanje uz očuvanje ljudskog dostojanstva. Neke od sestrinskih dijagnoza su: smanjena mogućnost brige o sebi, visok rizik za dekubitus, visok rizik za infekciju. Medicinska sestra planira zdravstvenu njegu uzimajući cjelokupnu anamnezu, provodi i evaluira zdravstvenu njegu, te provodi edukaciju pacijenta.

KLJUČNE RIJEČI: bedrena kost, prijelom, zdravstvena njega, shizofrenija

## 9. SUMMARY

Schizophrenia is an illness that equally affects men and women around the world, but it occurs at a somewhat earlier age in men. The symptoms of schizophrenia are generally divided into positive and negative. It is diagnosed by a psychiatrist based on a conversation (interview) with the patient and their family members. The treatment is primarily administered in the form of antipsychotics.

Patients suffering from schizophrenia often try to commit suicide by jumping from height, which frequently results in bone fracture, while the patient survives. Women attempt suicide by jumping from height more often than men.

Femur fracture happens most frequently by direct application of mechanical force. The fracture diagnosis is made upon clinical and radiological examination. Treatment can be conservative or surgical.

A nurse's task is to prevent the complications of prolonged recumbency, prevent infections related to medical care, and encourage self-care while preserving human dignity. Some of the nursing diagnoses are: decreased ability for self-care, high risk of pressure ulcers, and high risk of infection. A medical nurse plans health care by taking full patient history, implements and evaluates health care and educates the patient.

**KEYWORDS:** femur, fracture, health care, schizophrenia

## IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>13.04.2017</u>	ZLATAN ĐIČIĆ	Đičić Zlatan

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Zlatan Džepović

*ime i prezime studenta/ice*

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 13.04.2017

Džepović Zlatan  
*potpis studenta/ice*