

Specifičnosti zdravstvene njege i procjena kvalitete života bolesnika s prijelomom kuka

Lučić, Valentino

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:144:555897>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

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



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE I PROCJENA
KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA S PRIJELOMOM
KUKA**

Završni rad br. 18/SES/2017

Valentino Lučić

Bjelovar, listopad. 2017.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE I PROCJENA
KVALITETE ŽIVOTA BOLESNIKA S PRIJELOMOM
KUKA**

Završni rad br. 18/SES/2017

Valentino Lučić

Mag. med. techn.
Goranka Rafaj

Bjelovar, listopad. 2017.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Lučić Valentino**

Datum: 15.03.2017.

Matični broj:001115

JMBAG: 0314010451

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI**

Naslov rada (tema): **Specifičnosti zdravstvene njege i procjena kvalitete života bolesnika s prijelomom kuka**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo** Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., mentor**
3. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 18/SES/2017

Prijelom kuka predstavlja tešku tjelesnu ozljedu koja posebno kod starijih osoba može izazvati brojne komplikacije i može biti opasna po život. Prijelomi kuka se u većini slučajeva tretiraju operativno. Nakon liječnika koji zbrinjavaju sam prijelom, veliku ulogu u skrbi za bolesnika ima medicinska sestra/tehničar.

Cilj rada je kritička analiza specifičnosti zdravstvene njege i kvalitete života među ispitivanim bolesnicima radi što kvalitetnijeg utvrđivanja zdravstvenih potreba bolesnika s prijelomom kuka s aspekta procesa zdravstvene njege.

Zadatak uručen: 15.03.2017.

Mentor: **Goranka Rafaj, mag.med.techn.**



ZAHVALA

Posebna zahvala mentorici Goranki Rafaj, mag. med. techn. na ljubaznom pristupu, stručnoj pomoći i podršci tijekom svih faza izrade ovog završnog rada kao i tijekom studiranja. Zahvalan sam joj na brojnim korisnim savjetima, raspravama i idejama.

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima na studiju sestrinstva u Bjelovaru na prenesenom znanju.

Zahvaljujem svim dragim radnim i školskim kolegicama, kolegama i prijateljima na bezuvjetnoj pomoći i podršci tijekom svih mojih godina školovanja i na svim lijepim trenucima.

Također, posebno se zahvaljujem svojim „šeficama“ koje su mi izlazile u susret tijekom studiranja, bez kojih mnogi izlasci na ispite i predavanja ne bi bili mogući.

Na kraju bih se zahvalio svojoj obitelji na strpljenju i moralnoj podršci, te povjerenju koje su mi ukazali tijekom studiranja.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. ANATOMSKO – FIZIOLOŠKE KARAKTERISTIKE KUKA	3
3. KLINIČKA SLIKA I VRSTE PRIJELOMA KUKA	5
3.1. Dijagnostika prijeloma kuka	7
3.2. Liječenje prijeloma kuka	8
3.3. Skrb za bolesnika prilikom prijama na operativno liječenje	10
3.3.1. Zadaci medicinske sestre prema bolesnicima prilikom prijama	12
3.3.2. Skrb za bolesnika u sobi za buđenje.....	12
3.3.3. Skrb za bolesnika u ranom razdoblju nakon operacije.....	13
3.4. Sestrinske dijagnoze	15
3.4.1. Komplikacije bolesnika u ranom razdoblju nakon operacije	16
4. CILJEVI	19
5. ISPITANICI I METODE	20
5.1. Ispitanici	20
5.2. Metode istraživanja	20
5.3. Analiza podataka	20
6. REZULTATI.....	21
7. RASPRAVA.....	29
8. ZAKLJUČAK	31
9. LITERATURA.....	32
10. SAŽETAK.....	33
11. SUMMARY	34
12. PRILOZI.....	35

1. UVOD

Prema javno publiciranim demografskim podacima osobe starije životne dobi zastupljenije su u našem društvu, a populacija mlađih stagnira. Suvremeni stil života uvelike određuje način skrbi mlađih članova obitelji o starijima pa su nažalost stariji prepušteni sami sebi. To u svakom slučaju uključuje nedostatnost vremena koje se posvećuje skrbi za pomoći u situacijama svakodnevnog života.

Starenjem se ljudski organizam mijenja, slabe biopsihosocijalne funkcije te dolazi do nepovratnih promjena u cjelovitom funkcioniranju organizma. Aspekti tjelesnih promjena mogu se uočiti na svim organskim sustavima, posebice na mišićno skeletnom, vaskularnom te respiratornom sustavu (1). Promjene koje se odražavaju na mišićno koštano sustavu očituju se smanjenjem mišićne mase do 30%, smanjenjem pokretljivosti, pojavom kroničnih i degenerativnih promjena, odnosno demineralizacije kosti, što u konačnici dovodi do većeg rizika za pad, a vezano uz to i do različitih prijeloma kosti (2).

Osobe starije dobi su radi svega toga nepobitno rizična skupina u pojavnosti prijeloma kuka što je tema ovoga rada. Prijelomi bilo koje vrste se ne mogu tipizirati samo za staru populaciju, budući i mlađe osobe, različito od načina i mehanizma nastanka ozljede, mogu npr. tijekom različitih trauma zadobiti prijelom kuka. I u ovome radu je prikazano, a inače je dokumentirano u brojnim drugim istraživanjima, kako je ova vrsta prijeloma ipak svojstvena u starijoj dobi.

Demografi govore o tome kako udio starijeg stanovništva ima tendenciju porasta. Postoje pretpostavke da će do sredine 21. stoljeća udio starijih osoba u ukupnom broju stanovništva iznositi gotovo jednu četvrtinu ukupne populacije (2).

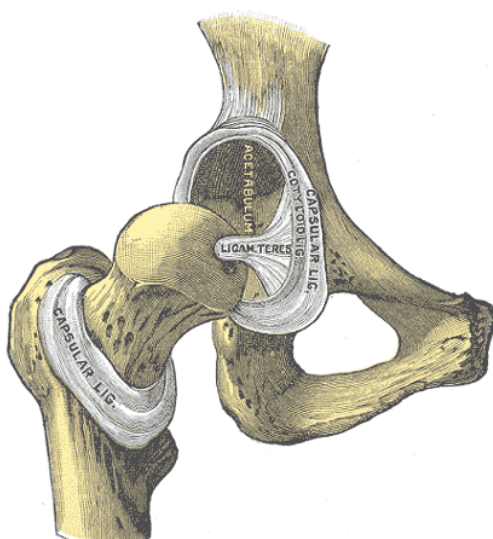
Prevenција je inače ključni dio zdravstvene njege i medicine općenito pa je vezano uz ovaj problem osobito važna edukacija o važnosti prevencije ranog nastanka degenerativnih oboljenja kako bi se u starijoj dobi eventualno mogle spriječiti potencijalne komplikacije u vidu prijeloma. Prijelom kuka i skrb za takvog bolesnika zahtjeva adekvatnu njegu i poslije rehabilitaciju kako bi se nakon liječenja restituirala mogućnost samostalnog funkcioniranja u svakodnevnom životu koliko je god to moguće. U tome svakako ključnu ulogu o skrbi za takvog pacijenta ima i zdravstvena njega koju pružaju medicinske sestre kao članovi cjelokupnog zdravstvenog tima.

U ovome radu opisati će se osnovni anatomske – fiziološki pojmovi kuka, što je nužno poznavati svakoj medicinskoj sestri kako bi se pacijentu pružila adekvatna zdravstvena njega. Nadalje navesti će se klasifikacija vrsta prijeloma, klinička slika, dijagnostika koja se uobičajeno provodi, te sestrinske intervencije prilikom dijagnostike te na kraju prikazati rezultati provedenog istraživanja.

U cjelokupnoj skrbi medicinska sestra zauzima važnu ulogu u prijeoperacijskoj pripremi, intraoperacijskom periodu te poslijeoperacijskoj zdravstvenoj njezi. Za svaki segment toga posla izdvojene su specifičnosti u sestrinskoj skrbi. Poslije operacije moguća je pojavnost i nastanak komplikacija pa su potrebne konkretne intervencije kako bi se minimizirao njihov nastanak. Osim zdravstvene njege medicinska sestra je nerazdvojni član s drugim medicinskim profilima, kao što su fizioterapeuti, za poslove koji se tiču rehabilitacije i restitucije pacijenta za život kakav je imao prije takve zdravstvene poteškoće. Uspješnost ostvarenja takvog cilja zdravstvene njege određena je poštovanjem svih protokolarnih i profesionalnih postupaka u liječenju koje treba provesti stručno i kvalitetno, o čemu se također raspravlja u daljnjem dijelu ovog završnog rada.

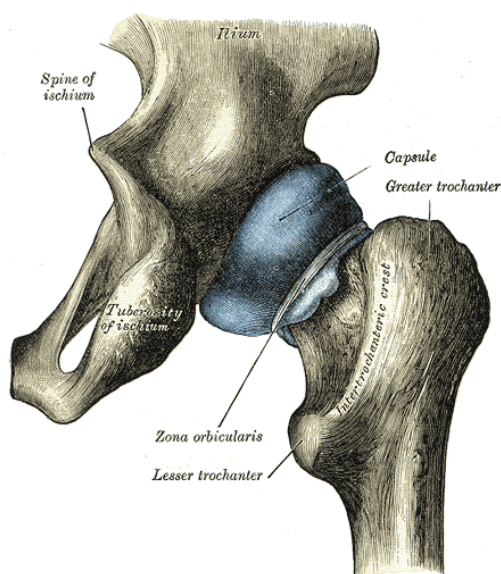
2. ANATOMSKO – FIZIOLOŠKE KARAKTERISTIKE KUKA

Koštano tkivo (lat. *textus osseus*) građeno je od nepravilnih koštanih stanica, osteocita koje su smještene u koštanim šupljinama i povezane s cjevčicama (3). Između stanica se nalazi međustaničnu tvar koju tvore kolagen i kolagenska vlakana, a u koje se deponira kalcij, fosfor i magnezij (3). Zglob kuka (lat. *articulatio coxae*) anatomski je spoj dviju kosti; zdjelične kosti (lat. *os coxae*) te bedrene kosti (lat. *femur*) što je prikazano na slici 2.1 i 2.2.



Slika 2.1. Prednji prikaz zgloba kuka

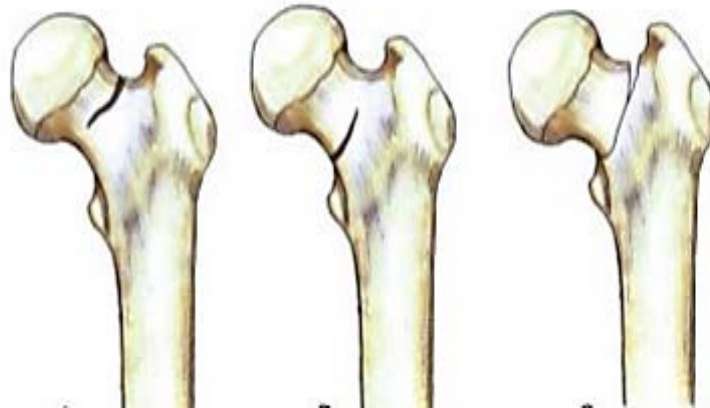
Izvor: Bartleby.com: Gray's Anatomy, str. 342 (preuzeto 21.08.2017.)



Slika 2.2. Stražnji prikaz zgloba kuka

Izvor: Bartleby.com: Gray's Anatomy, str. 342 (preuzeto 21.08.2017.)

Ispupčeno zglobno tijelo čini glavu bedrene kosti, a zdjelčna čašica dio zglobnog tijela koji je udubljen (3). Na slici 2.3. prikazuje se gornji dio bedrene kosti koju čine tzv. glava i vrat bedrene kosti, a ujedno je to dio na kojem vrlo često nastaje prijelom (4).



Slika 2.3. Gornji dio bedrene kosti s tipičnim frakturnim mjestima

Izvor: <http://emedicine.medscape.com/article/87769-overview> (preuzeto 21.08.2017.)

Kuk spada u skupinu kuglastih zglobova što omogućava veliku pokretljivost, mada su funkcionalne kretnje u zglobu ograničene zbog ligamenata između zdjelice i trupa (3). Zglob kuka omogućuje anterofleksiju, te povratak u okomiti položaj, odnosno ekstenziju. Pored toga omogućena je adukcija bedra. Odmicanje i primicanje bedra u stojećem položaju fiziološki je ograničeno na 10° (mjereno goniometrijski) što omogućava posturalno uspravni stav. U zglobu kuka, kao kuglastog zgloba, moguće su kretnje rotacije ili okretanje bedra prema van i unutra (3).

3. KLINIČKA SLIKA I VRSTE PRIJELOMA KUKA

Prijelom se definira kao prekid kontinuiteta kosti popraćen ozljedom mekog tkiva ekstremiteta, a koji je nastao kao posljedica djelovanja vanjske sile koja je nadjačala maksimalnu fiziološku elastičnost kosti (4). Način i vrsta prijeloma uvjetovani su silom koja svojom jačinom razori kost. Djelovanje sile (5):

- direktno ili neposredno - na kostima prouzrokuje ozljedu,
- indirektno ili posredno - dovodi do ozljede na mjestu koje je u putanji sile udaljeno od mjesta djelovanja sile,
- minimalna sila – prouzrokuje spontani lom koji nastaje uslijed djelovanja minimalne sile na kost ako je struktura kosti izmijenjena uslijed bolesnih stanja: osteoporoze, maligne bolesti ili osteomijelitisa,
- trajna sila - uzrokuje stresni lom radi duljeg vremenskog naprezanja što izaziva zamor kosti i posljedično tome prijelom.

Kako bi se kod bolesnika posumnjalo na prijelom, od ključne je važnosti poznavati sve signifikantne specifične i nespecifične znakove prijeloma.

Znakovi prijeloma mogu biti:

- Sigurni - znakovi koji gotovo sigurno upućuju na prijelom kosti primjerice bol i postojanje patološke gibljivosti na mjestu prijeloma, tzv. „krckanje“ ili kreptacije koje se mogu čuti prilikom pomicanja ekstremiteta te najčešće uočljivo izobličenje na mjestu nastanka prijeloma. Najčešći je uzrok pad; prikazano na slici 3.1. (6).
- Nesigurni - znakovi upućuju na moguće postojanje prijeloma, a uključuju oteklinu na mjestu ozljede, bol prilikom pritiska na mjesto mogućeg prijeloma, bol prilikom pokretanja ekstremiteta na mjestu na kojem se sumnja na mogućnost nastanka prijeloma, fleksija mišića te promjene na boji kože koje se mogu javiti kao posljedica krvarenja na mjestu prijeloma (6).



Slika 3.1.. Tipični prijelom kuka uslijed pada

Izvor: <https://poliklinika-irac.ba/2017/01/27/prijelomi-kostiju-u-starijoj-zivotnoj-dobi>
(preuzeto 21.08.2017.)

Vrste prijeloma također se razlikuju ovisno o statusu integriteta kože, proširenosti lomne linije te odnosu položaja koštanih ulomaka (5). Prijelom koji se vezuje uz status integriteta kože i okolnog tkiva može biti zatvoreni s popratnom kontuzijom kože, te otvoreni kod kojeg je prisutno oštećenje integriteta kože i okolnog tkiva uz prisustvo uočljive rane u vidu razderotine koja najčešće krvari. Na slici 3.2. prikazuju se prijelomi s obzirom na status integriteta kože.

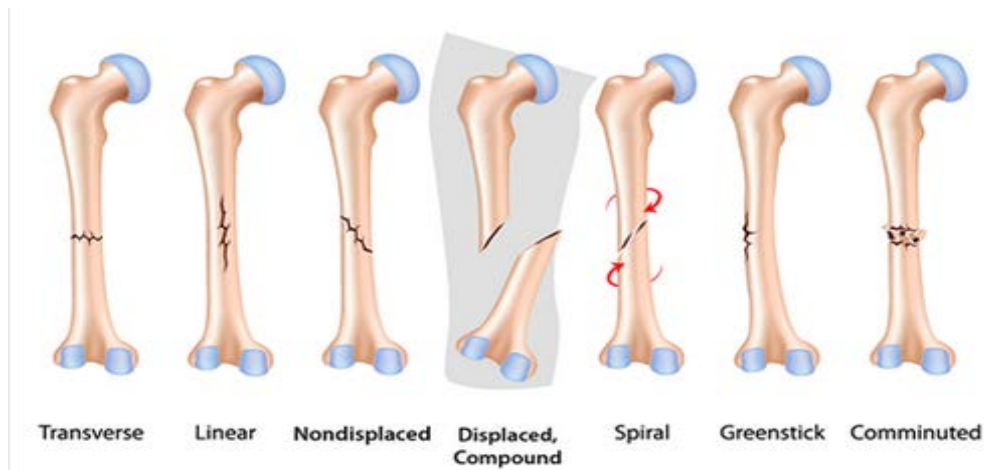


Slika 3.2. Otvoreni i zatvoreni prijelom

Izvor: <http://emedicine.medscape.com/article/8569-overview> (preuzeto 21.08.2017.)

Vezano uz proširenosti lomne linije klinički se razlikuju nepotpune prijelomne linije, kod kojih se vidi lomna linija, ali nije prisutan prekid kontinuiteta kosti, te potpune gdje je kontinuitet kosti u potpunosti prekinut.

Prijelomi se još klinički mogu razlikovati i s obzirom na status koštanih fragmenata, pa u tom smislu mogu biti impaktirani prijelomi te oni s dislokacijom koštanih fragmenata. Na slici 3.3. prikazani su svi tipovi prijeloma.



Slika 3.3. Različiti tipovi kliničkih manifestacija prijeloma kosti

Izvor: <http://emedicine.medscape.com/article/87439-overview> (preuzeto 21.08.2017.)

3.1. Dijagnostika prijeloma kuka

Prijelom kuka predstavlja ozbiljnu povredu s mogućnošću mnogih komplikacija zbog čega je brza i efikasna dijagnostika od ključnog značaja. Dijagnostika prijeloma može se provesti na temelju korištenja nekoliko dijagnostičkih metoda koje su uobičajeni protokol kliničke prakse na gotovo svim kirurškim odjelima.

Dijagnostičke metode prijeloma:

- Klinički pregled bolesnika i klinička slika
- RTG obrada bolesnika
- Tomogrami ili slojevne snimke koje se rade pod određenim kutom
- Kompjutorizirana tomografija (CT)
- Magnetska rezonancija (MR).

Kod sumnje na prijelom kuka uobičajena dijagnostička pretraga je RTG obrada, odnosno dijagnostička metoda koja nije invazivna, a provodi tako da se ozlijeđeni dio tijela izlaže propisanim dozama zračenja (5). Uz pozitivnu kliničku sliku i pregled bolesnika te usporedbu s RTG snimkom zdravog ekstremiteta donosi se konačna klinička dijagnoza. Osim ove osnovne dijagnostike ponekad je moguće ordinirati i slojevne snimke ili tomograme, kompjutoriziranu tomografiju kojom se slojevito prikazuje dio tijela koji se snima, magnetsku rezonanciju koja daje mogućnost dijagnostike ne samo ozljede kosti nego i okolnog mekog tkiva, što nije moguće utvrditi na RTG snimci.

Zadaće medicinske sestre prilikom dijagnostike prijeloma kuka ovise o vrsti dijagnostike koju je liječnik propisao i koja se planira provesti. Prilikom pregleda bolesnika uklanja se imobilizacija ako je postavljena prije primitka pacijenta u bolnicu.

Po obavljenom pregledu, pacijenta se upućuje uobičajeno na dijagnostičku pretragu koja se smatra potrebitom. Važno je pripremiti svu prateću dokumentaciju, a transport pacijenta se provodi u pratnji medicinske sestre do dijagnostičkog odjela. Ponekad je potrebno, a ovisno o stanju pacijenta po primitku, otvoriti i periferni venski put budući da prijelom u području kuka i bedrene kosti može sekundarno uzrokovati povrede krvnih žila u području bedra i s tim u svezi krvarenje. Za slučaj da se pregledom utvrdi kako se kod pacijenta razvija stanje šoka zbog krvarenja, stanje šoka se prvenstveno zbrinjava nadoknadom volumena fiziološkim otopinama. Nerijetko je tijekom pregleda prisutna jaka bol, koja se po odluci liječnika sanira medikamentoznom terapijom.

Kod pripreme bolesnika za dijagnostičku pretragu, važno je da medicinska sestra uputi bolesnika u postupak radi smanjenja čimbenika neizvjesnosti i straha.

Prisustvo straha, bolnosti i neizvjesnosti uslijed samog stanja zbog kojeg je bolesnik zaprimljen u bolnicu, svako novo događanje i radnja potrebna tijekom zbrinjavanja bolesnika, koja mu je strana, može produbiti osjećaj straha i bespomoćnosti.

3.2. Liječenje prijeloma kuka

Liječenje prijeloma kuka ovisi o vrsti prijeloma. Najčešće, stanje pacijenta određuje hitnost u tijeku liječenja, a time i vrstu sanacije prijeloma. Konačnu odluku o načinu liječenja donosi liječnik temeljem procijene stanja bolesnika. Na to utječe stanje bolesnika, vrsta prijeloma i mogućnosti ustanove u kojoj je bolesnik zbrinut. Stanje bolesnika procjenjuje se prema općem stanju i vrijednosti vitalnih funkcija, statusu prijašnjih bolesti koje bi mogle utjecati na odluku o vrsti liječenja, neurološkom statusu i bolesti zbog kojih se pacijent trenutno liječi (6). Potrebno je ustanoviti ima li edema na ekstremitetu ili vidljivih varikoziteta te procijeniti periferni puls jer odluka o vrsti liječenja ovisi i o tim čimbenicima. Dob pacijenta ima svakako značajnu ulogu u izboru načina liječenja. Budući da je prijelom kuka vrlo čest u starijoj životnoj dobi, takvi pacijenti se zaprimaju s popratnim dijagnozama koje mogu imati utjecati na ishod liječenja. Sam prijelom vrata bedrene kosti bez pomaka koštanih ulomaka, a koji se može smatrati skoro tipičnim u području kuka, najčešće se liječi konzervativnim metodama (4).

Primjenjuju se dvije osnovne vrste liječenja prijeloma kuka, i to konzervativno koje ne zahtjeva operativni zahvat te operacijsko liječenje (6).

Liječenje konzervativnim metodama temelji se na principima koje je postavio Bohler (5):

- Repozicija
- Retencija
- Rehabilitacija.

Rotacijsko iskrivljenje, odnosno znakovita angulacija ispravlja se repozicijom. Repozicija je postupak vraćanja odnosno namještanje koštanih ulomaka u položaj koji je anatomski najprikladniji, s tim da se omogući cijeljenje prijeloma i vraćanje funkcije ekstremiteta (7).

Repozicija se može izvoditi uz pomoć privremene ekstenzije koja omogućava održavanje ekstremiteta u položaju koji onemogućava daljnje ozljeđivanje okolnog tkiva do trenutka izvođenja operacije (7). Osim privremene repozicije, moguće je izvesti repoziciju uz primjenu sile primjenom posebnih kolotura, pri čemu je bolesnik smješten na ortopedskom ekstenzijskom stolu (6).

Retencija podrazumijeva zadržavanje reponiranih dijelova u položaju koji je zadovoljavajući (6), a najbolji način za to je imobilizacija. Imobilizacija mora ispuniti određene uvjete (prema Watson Jonesu): mora biti adekvatna, dovoljno duga, potpuna i neprekidna (6).

Pri tome razlikujemo nekoliko vrsta imobilizacije:

- Imobilizacija gipsanim zavojem
- Trajnom ekstenzijom
- Vanjskom fiksacijom koštanih ulomaka
- Funkcijskom imobilizacijom.

Kod prijeloma kuka u vidu konzervativnog liječenja može se koristiti imobilizacija gipsanim povojem koji se naziva koksofemoralni gipsani povoj (5). Važno je istaknuti kako konzervativno liječenje ima svojih prednosti ali i nedostataka. Prednost se očituje kao mala ili gotovo nikakva mogućnost razvoja infekcije, a isto tako nema popratnog oštećenja tkiva koje se događa kod operativnog zahvata. Među nedostatke konzervativnog načina liječenja i oporavka spada dug period, uslijed čega je kretanje u zglobovima ograničeno pored gipsanog

povoja pa se može dogoditi da izostane točna anatomska dužina i osovina koja je kasnije osnova za pravilan hod (3).

Zbrinjavanje i liječenje prijeloma kuka uz korištenje trajne ekstenzije koja uključuje svladavanje retrakcije mišićne mase (6), koja bi prirodno mogla utjecati na pomicanje koštanih ulomaka, isto tako spada među konzervativni način liječenja. Koristi se u slučajevima kada sama ozljeda ne iziskuje hitno operacijsko liječenje. Ekstenzijom se koštani fragmenti dovode u položaj koji je fiziološki povoljan za daljnje liječenje, odnosno za stavljanje vanjske imobilizacije.

Samo operacijsko liječenje prijeloma uključuje fiksaciju i spajanje fragmenata kosti uz ponekad, aplikaciju implantata koji su izrađeni od posebne vrste čelika ili drugih legura, poput titanskih (5). Postupak takvog liječenja naziva se osteosinteza.

Osteosinteza omogućava zadržavanje koštanih ulomaka u trajnom položaju kako bi cijeljenje kao i oporavak bio što brži. Kako je već prethodno spomenuto kod prijeloma kuka vrlo često dolazi do prijeloma u području vrata bedrene kosti što predstavlja indicaciju za operativni zahvat. Upravo je osteosinteza jedna od metoda liječenja prijeloma kuka.

Operacijsko liječenje nužno je u bolesnika kod kojih je nastala ozljeda krvnih žila ili živca uslijed prijeloma, kod bolesnika kod kojih je očito da konzervativni način liječenja neće omogućiti pravilno zarastanje kosti, te za slučaj ako se želi ubrzati ishod liječenja i smanjiti nastanak kontraktura u području zglobova uslijed dulje imobilizacije (5).

3.3. Skrb za bolesnika prilikom prijama na operativno liječenje

Ukoliko je operativno liječenje planirano nakon konzervativne sanacije frakture, prijam bolesnika se obavlja na prijamnom šalteru traumatološkog odjela ili objedinjenog hitnog centralnog prijama. Prilikom prijama bolesnika treba pripremiti potrebitu medicinsku dokumentaciju i nalaze zatraženih pretraga prema popisu koji je bolesnik dobio.

Uobičajene i osnovne pretrage za operacijski zahvat su: krvne pretrage, KG, urin (sediment i mikrobiološki), RTG pluća, EKG srca, nalaz interniste i anesteziologa. Anesteziolog potpisuje pristanak za operacijski zahvat. Anesteziološki pregled i mišljenje je važno jer anesteziolog nadzire vitalne funkcije (rad srca, cirkulaciju, funkciju disanja i stanje svijesti) tijekom izvođenja operacijskog zahvata. Bolesnik se, u pravilu, s anesteziologom dogovara o vrsti anestezije. Anesteziolog može predložiti vrstu anestezije koja je najprimjerenija i koja najmanje ugrožava zdravlje bolesnika. Rizici za bolesnika tijekom operacije ovise o brojnim

čimbenicima koji se vezuju na opće zdravstveno stanje, životnu dob, navike, preboljele bolesti i sadašnje bolesti.

Ukoliko se radi o hitnom prijemu kada postoji potencijalna životna ugroženost bolesnika, prijam se radi po sličnom protokolu uz najčešće reduciranu predoperativnu obradu samo na nužne pretrage da bi se operativni zahvat mogao obaviti.

Od izuzetne je važnosti da pacijent ili njegov skrbnik, ako se radi o malodobnom pacijentu ili osobi kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, potpiše obrazac pristanka na liječenje.

Priprema bolesnika za operacijski zahvat uobičajeno se sastoji od psihičke i fizičke pripreme.

Fizička priprema za operaciju se vrši dan prije i na dan operacijskog zahvata. Fizička priprema bolesnika dan prije operacije obuhvaća (7):

- Tuširanje i obavljanje osobne higijene bolesnika
- Priprema operacijskog područja
- Dezinfekciju operacijskog područja
- Tromboprofilaksu.

Fizička priprema bolesnika na dan operacije obuhvaća (7):

- Kontrolu krvnog tlaka
- Mjerenje tjelesne temperature
- Preventivnu antibiotsku terapiju
- Kateterizaciju bolesnika
- Premedikaciju.

Psihička priprema prije operacijskog zahvata se sastoji od razgovora medicinske sestre s bolesnikom. Bolesnici na različit način pokazuju strah i tjeskobu. Neki bolesnici postavljaju puno pitanja i otvoreni su, dok su neki tihi i ne postavljaju puno pitanja ili uopće ne pitaju. Razumljivo je da ih sve muče ista pitanja vezana uz oporavak i konačan ishod operacije, a nakon toga povratak u životnu svakodnevicu. Medicinska sestra mora omogućiti bolesniku da iznese svoje probleme, saslušati ga i pokazati empatiju. Razgovorom treba umanjiti anksioznost i pripomoći bolesniku što bolju psihičku pripremu za operaciju. Poticajna i suportivna komunikacija o operaciji i optimističan stav medicinske sestre može bitno utjecati na cjelokupan ishod liječenja.

3.3.1. Zadaci medicinske sestre prema bolesnicima prilikom prijama

Medicinska sestra treba dati informacije bolesnicima isključivo iz područja zdravstvene njege i u okvirima svojih kompetencija. Bolesnike je važno informirati, savjetovati ih, dati im upute i pružiti podršku tijekom liječenja kroz sve oblike zdravstvene skrbi i to samo u okviru svojih kompetencija. Medicinska sestra mora usvojiti načela timskog rada i djelovati timski te sukladno tome primjenjivati znanja i vještine u provođenju aktivnosti koje su u njenom djelokrugu rada.

Medicinska sestra pruža zdravstvenu njegu sukladno s postavljenim standardima i procedurama u zdravstvenoj njezi; i to (7):

- Prihvaća i preuzima delegirane zadatke, prikupljanje zdravstvenih podataka unutar plana zdravstvene njege
- Prepoznaje i dokumentira sve zdravstvene promjene kod bolesnika
- Prikuplja podatke za izradu plana zdravstvene njege
- Sudjeluje u postavljanju prioriteta zdravstvene njege s nadređenom medicinskom sestrom i bolesnikom
- Provodi planirane postupke prema prihvaćenim standardima.

3.3.2. Skrb za bolesnika u sobi za buđenje

Nakon učinjenog operativnog zahvata bolesnik se premješta u sobu za poslijeanestezijsko praćenje gdje boravi do stabilizacije vitalnih funkcija. Iz sobe za poslijeanestezijsko praćenje premješta se na odjel ukoliko su zadovoljeni kriteriji (7):

- Dobra respiratorna funkcija
- Stabilan krvni tlak
- Stabilni vitalni znakovi
- Mučnina i povraćanje pod kontrolom
- Bol niskog intenziteta.

Sestrinski postupci u sobi za poslije-anestezijsko praćenje uključuju slijedeće medicinsko-tehničke zahvate (7):

- Kontrola i mjerenje vitalnih znakova
- Fizikalni pregled bolesnika
- Primjena terapije kisikom putem nosnog katetera
- Opažanje i evidentiranje stanja svijesti (koristeći se ljestvicama – GCS)
- Procjena rizika oštećenja kože zbog pritiska (koristeći se Braden skalom)
- Kontrola drenaže i krvarenja iz rane
- Evidencija unosa i izlučivanja tekućine
- Mjerenje diureze
- Procjena razine boli (skala boli)
- Priprema i primjena lijekova
- Provođenje mjera sprječavanja infekcije
- Evidentiranje svih sestrinskih postupaka u sestrinsku dokumentaciju.

3.3.3. Skrb za bolesnika u ranom razdoblju nakon operacije

Prilikom premještanja bolesnika iz sobe za poslijeanestezijsko praćenje na odjel, medicinska sestra mora dobiti na uvid dokumentaciju u kojoj je prikazano cjelokupno stanje bolesnika i svi postupci koji su provedeni u sobi za poslijeanestezijsko praćenje.

Dokumentacija uključuje (7):

- Anesteziološko mišljenje i nalaz nakon operacije
- Vrstu anestezije
- Vitalne znakove
- Krvarenje
- Bol
- Primjenu analgetika i ostalih lijekova
- Količinu drenaže
- Diurezu
- Provedenu transfuziju
- Provedenu kontrolu krvnih nalaza (KKS, rutinske biokemijske pretrage).

Neposredno nakon preuzimanja bolesnika iz sobe za poslijeanestezijsko praćenje, a prije povratka na odjel, provodi se RTG kontrola za vrijeme operacije. Nakon učinjenog RTG-a bolesnik se vraća na odjel i smješta u bolesničku sobu.

Prilikom prijama na odjel potrebno je nastaviti pratiti status vitalnih funkcija, promatrati vanjski izgled bolesnika, razinu svijesti, neurološki status, vršiti kontrolu položaja operiranog ekstremiteta, stanja drenaže i boli.

Učestalost procjene ovisi o stabilnosti bolesnika i vremenu proteklom od operacije. Položaj bolesnika mora biti na leđima, a između nogu bolesnika se stavlja abdukcijaska udloga. Intraoperacijski postavljena drenaža u potkožju i operacijsko polje, sprječava formiranje hematoma koji može biti uzrok infekcije.

Očekivana količina drenaže u prvih 24 h iznosi oko 300-500 ml krvavog sadržaja, a prvi dan nakon operacije količina se smanjuje (serozni sadržaj). Vađenje drenaže se provodi 24 h a kod opsežnih krvarenja 48 h nakon operacije.

Zadaća medicinske sestre kod vađenja drenaže je dvostruka (psihička i fizička) priprema bolesnika. Psihička priprema se sastoji od razgovora i edukacije bolesnika, a fizička od pripreme i smještaja bolesnika u udoban položaj.

Prije vađenja drenaže bolesniku se daje propisani analgetik. Medicinska sestra priprema potreban pribor i okolinu.

Pribor potreban za drenažu (7):

- Kirurški set s peanom
- Skalpel
- Dezinficijens
- Zavojni materijal
- Sterilne rukavice
- Bubrežasta zdjelica ili veća posuda za nečisto.

Drenažu uklanja liječnik, a medicinska sestra sudjeluje u postupku. U daljnjoj skrbi za bolesnika medicinska sestra provodi niz standardiziranih postupaka, u okviru svojih kompetencija. Standardizirani postupci jesu pravila prema kojima su medicinske sestre dužne postupati. Standardi bi trebali predstavljati korak prema unaprjeđenju zdravstvene njege i parametara koji omogućavaju kontrolu kvalitete zdravstvene njege. Medicinske sestre, u

okviru svojih kompetencija, provode nekoliko stotina postupaka iz područja zdravstvene njege, dijagnostike, primjene lijekova i različitih terapijskih rehabilitacijskih postupaka (9).

3.4. Sestrinske dijagnoze

Sestrinske dijagnoze se definiraju kao klinička prosudba onoga što su pojedinac, obitelj ili zajednica pružili kao odgovor na aktualne ili potencijalne zdravstvene probleme/životne procese (9). Razgovorom i fizikalnim pregledom bolesnika medicinska sestra prikuplja anamnestičke podatke, postavlja sestrinsku dijagnozu i izrađuje plan zdravstvene njege.

Uz svaku sestrinsku dijagnozu nužno je postaviti ciljeve i intervencije prikladne bolesniku. Možemo kazati da su one bitan faktor za uspješnu, na dokazima utemeljenu i profesionalno vođenu zdravstvenu njegu.

Oštećenje integriteta kože, poremećaj periferne cirkulacije, bol, smanjena mogućnost brige za sebe, ograničena pokretljivost, neupućenost i tjeskoba su problemi koji su karakteristični gotovo za svakog bolesnika. Medicinska sestra ih uočava promatrajući bolesnika i prikupljajući podatke. Iz navedenih problema se formiraju sestrinske dijagnoze.

Najčešće sestrinske dijagnoze kod bolesnika u ranom periodu nakon operacije endoproteze kuka su (7):

- Bol u/s operacijskim zahvatom
- Visok rizik za infekciju
- Smanjena mogućnost brige za sebe (hranjenje, higijena, eliminacija, oblačenje/dotjerivanje) u/s operacijom kuka
- Mogućnost komplikacija: duboka venska tromboza u/s mirovanja
- Anksioznost u/s odvojenosti od obitelji, nepoznatom okolinom, medicinskim postupkom, što se očituje povlačenjem u sebe
- Smanjena pokretljivost u/s operacijom
- Oštećenje integriteta kože u/s dugotrajnim mirovanjem, operacijskim zahvatom
- Visok rizik za opstipaciju u/s zatamljivanja podražaja, nelagoda i smanjeno kretanje.

3.4.1. Komplikacije bolesnika u ranom razdoblju nakon operacije

Rani period nakon operacije prate i određene poslije-operacijske tegobe kao što su bol različitog intenziteta, mučnina i povraćanje, abdominalna distenzija i štučavica. Ovo su jednostavne komplikacije i one su prolazne.

Mnogo ozbiljnije komplikacije koje nastaju kao rezultat operacije, ležanja i mirovanja bolesnika su (6):

- Hemoragijski šok-krvarenje
- Hematom
- Infekcija rane
- Respiratorne komplikacije
- Duboka venska tromboza
- Tromboflebitis
- Urinarne infekcije
- Dekubitus.

1. Hemoragijski šok- krvarenje

Hemoragijski šok nastaje kao posljedica gubitka krvi za vrijeme operacije ili u postoperativnom razdoblju. Znakovi krvarenja i hemoragijskog šoka su: poremećaji krvnog tlaka, pulsa, respiracije, lučenja mokraće, promjene boje kože i stanja svijesti. Medicinska sestra treba učestalo provjeravati zavoje, količinu drenaže i pratiti vitalne znakove kako bi na vrijeme prepoznala znakove krvarenja i hemoragijski šok. Jedna od najvažnijih metoda kontrole krvarenja je vađenje CKS-a bolesniku 2 sata, 12 sati i 24 sata nakon operacije. Kod uočavanja bilo kojeg znaka krvarenja, potrebno je hitno obavijestiti operatera i poduzeti potrebne korake (2).

2. Hematom

Hematom kod bolesnika može nastati kao posljedica operacijskog zahvata. On predstavlja strano tijelo u lokomotornom sustavu i ometa njegovu funkciju. Svrha vakuum drenaže kod operacije kuka je prevencija formiranja hematoma koji može biti uzrok infekcije. Ako se nakon operacijskog zahvata razvije opsežan hematom, postavlja se krioterapija na područje

hematoma. Većinu hematoma tijelo malo po malo samo resorbira. Taj proces može biti vrlo dug, a ponekad zbog smještaja samog hematoma i njegovog oblika nije moguće potpuno ga resorbirati (2).

3. Infekcija rane

Dvije su vrste čimbenika za nastanak infekcije: lokalni (kontaminacija rane, strano tijelo u rani, neprimjerena tehnika šivanja rane, devitalizirano tkivo, hematoma) i opći (šećerna bolest, urinarna infekcija, prekomjerna tjelesna težina, malnutricija, dehidracija, anemija, šok, visoka starosna dob i dr.). Do infekcije rane može doći uslijed nepoštivanja aseptičnih uvjeta rada tijekom operacije ili previjanja mjesta operacijske rane. Najčešće se simptomi infekcije javljaju 36-48 sati od početka razvoja upalnog procesa, ali mogu se pojaviti i nakon više godina poslije operacije. Rani znakovi infekcije su: ubrzan puls, povišena temperatura i intenzivna bol u predjelu reza s crvenilom, otokom i povišenom temperaturom kože. Nastankom infekcije produžuje se hospitalizacija i otežava rehabilitacija (2).

4. Respiratorne komplikacije

Respiratorne komplikacije se često javljaju kod bolesnika koji dugo miruju, posljedica su smanjene ventilacije pluća, zastoja sekreta ili infekcija. Kao komplikacije su česte upale bronha, pneumonija i atelektaze. Prevencija respiratornih komplikacija uključuje zauzimanje položaja u krevetu koji će poboljšati ventilaciju pluća, promjena položaja u krevetu svakih dva sata (disanje se olakšava i produbljuje) te provođenje vježbi disanja (2).

5. Tromboflebitis i duboka venska tromboza

Tromboflebitis je upalni proces koji često zahvaća venski sustav i uglavnom se pojavljuje na donjim ekstremitetima. Kod bolesnika koji ima tromboflebitis postoji visoki rizik za nastanak duboke venske tromboze. Duboka venska tromboza je ozbiljan problem koji može dovesti do plućne embolije koja je opasna po život.

Prevencija tromboflebitisa uključuje ležanje na leđima s elevacijom ekstremiteta, primjena elastičnog zavoja ili čarapa, što ranije ustajanje iz kreveta, uzimanje tekućine 1,5 l u 24 sata

radi sprječavanja hemokoncentracije, aktivno provođenje vježbi nogu i stopala, tromboprofilaksa (niskomolekularni heparin), intermitentna pneumatska kompresija (2).

6. Urinarne infekcije

Urinarne infekcije su infekcije mokraćnog sustava. Simptomi upale mokraćnog sustava mogu varirati od blagih, jedva primjetnih do vrlo jakih i neugodnih. Bolno mokrenje, bolovi u donjem dijelu trbuha, pritisak u zdjelici i pečenje prilikom mokrenja se najčešće javljaju kao simptomi upale. Kateterizacija mjehura je jedan od rizičnih čimbenika za nastanak upale mjehura, čest uzrok intrahospitalnih infekcija i predisponirajući faktor u nastanku gram – negativne sepse. Kod većine bolesnika se preoperativno postavlja urinarni kateter, a odstranjuje se 24 - 48 sati nakon operacijskog zahvata (2).

7. Dekubitus

Dekubitus predstavlja lokalno oštećenje kože i/ili potkožnog tkiva nastalo zbog pritiska, trenja ili njihovom kombinacijom. Bitan čimbenik njegova nastanka je i vlažnost kože. Najčešće se javlja na regijama tijela koje su izložene pritisku na tvrdu, mokru i/ili neravnu podlogu, odnosno na područjima izbočenja koje stvara slabinski dio kralježnice, sjedna kost, zglob kuka, gležanj, koljena i laktovi (2).

4. CILJEVI

Ciljevi ovog istraživanja su:

- Ispitati specifičnosti zdravstvene njege bolesnika kod operacije kuka.
- Utvrditi i procijeniti kvalitetu života nakon operacije prijeloma kuka.

5. ISPITANICI I METODE

5.1. Ispitanici

Uzorak ispitanika sačinjava 58 bolesnika hospitaliziranih na Klinici za traumatologiju, Kliničke bolnice „Sveti Duh“. Uvjeti uključivanja bili su dobrovoljnost bolesnika za sudjelovanje, te bolesnici kod kojih nije postojao kvalitativni niti kvantitativni poremećaj svijesti i percepcije. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva KB „Sveti Duh“.

5.2. Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno na Klinici za traumatologiju KB „Sveti Duh“ Zagreb, od ožujka do lipnja 2017. Za istraživanje je sačinjen anketni upitnik (Prilog 1) koji se sastojao od nekoliko skupina pitanja. Prva skupina pitanja odnosila se na sociodemografske podatke o dobi i spolu ispitanika te podatke o trajanju liječenja i razlogu hospitalizacije.

Drugi dio upitnika odnosi se na stavove bolesnika o informiranosti o statusu svoje bolesti, odnosu osoblja, uvjetima okoline, zadovoljstvo pružanjem zdravstvene skrbi te kvaliteti prehrane. Treći dio upitnika čini modificirani EQ – 5D – 5L Upitnik o zdravlju – verzija za Hrvatsku (8) koji se sastoji od pet domena pitanja koje se odnose na skrb o sebi, razinu uobičajenih aktivnosti (vezanih uz posao, obavljanje kućanskih poslova, aktivnosti u obitelji i slobodno vrijeme), razinu boli/nelagode, razinu tjeskobe/potištenosti i razinu zabrinutosti za buduće zdravlje.

Od ispitanika se tražilo da unesu oznaku „X“ u polje ispod odgovora s kojim su suglasni. Ispitanici su u drugom i trećem dijelu upitnika izrazili svoje slaganje s ponuđenim tvrdnjama na Likertovoj skali od jedan do pet stupnjeva, a dobiveni veći rezultat odgovarao je većoj razini zadovoljstva.

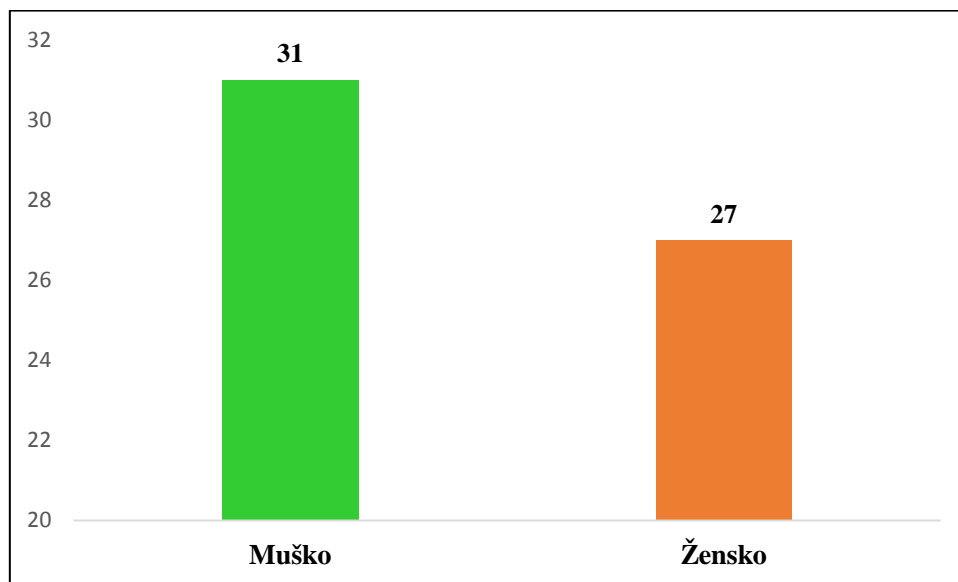
5.3. Analiza podataka

Za analizu podataka korišten je program SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Podaci su opisani metodama deskriptivne statistike.

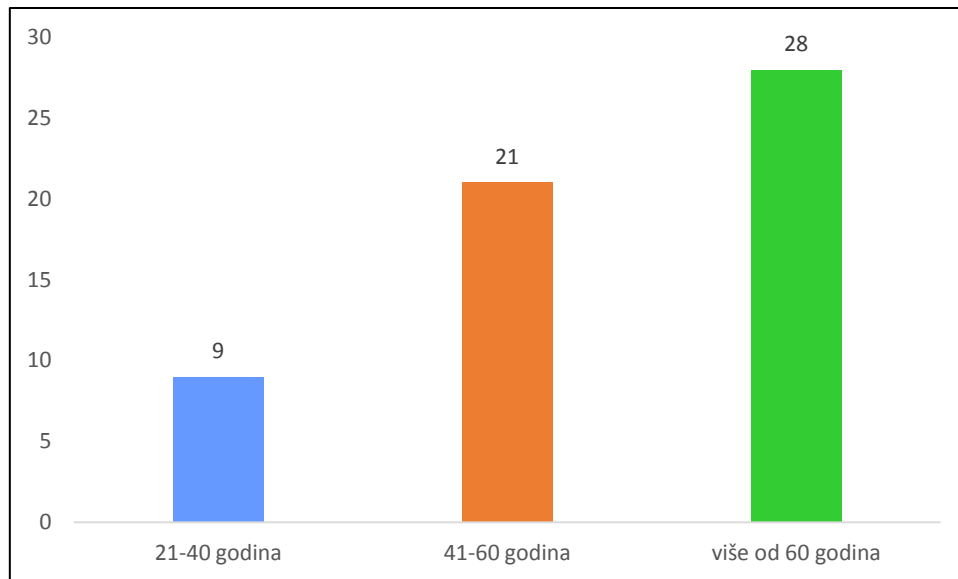
6. REZULTATI

Rezultati istraživanja grupirani su i interpretirani prema područjima koja su ispitana upitnikom.



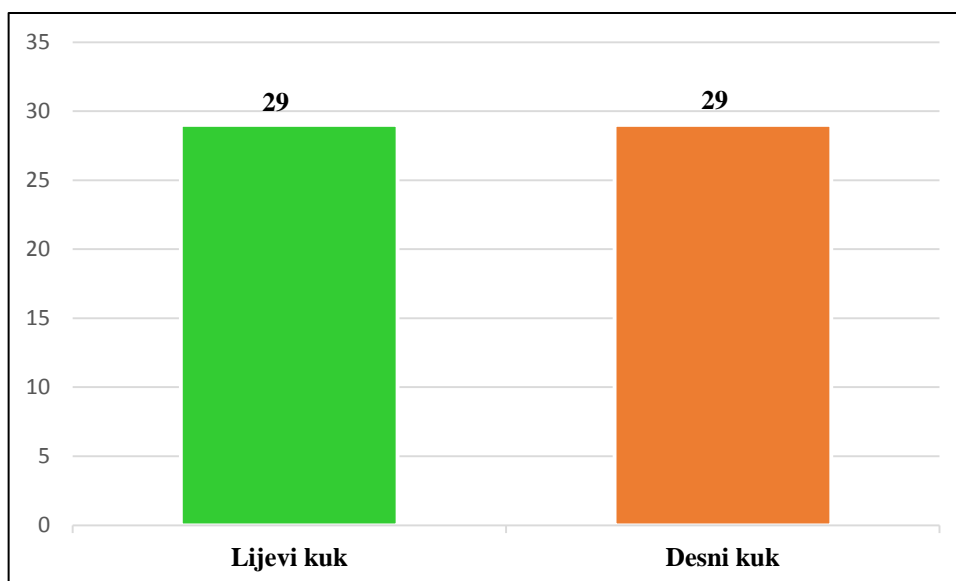
Grafikon 6.1. Raspodjela ispitanika s obzirom na spol

Prema prikazanim podacima o spolu ispitanika (Grafikon 6.1.) može se uočiti kako je 53,4% (31) ispitanika muškog spola, dok je 46,6% (27) ispitanika ženskog spola.



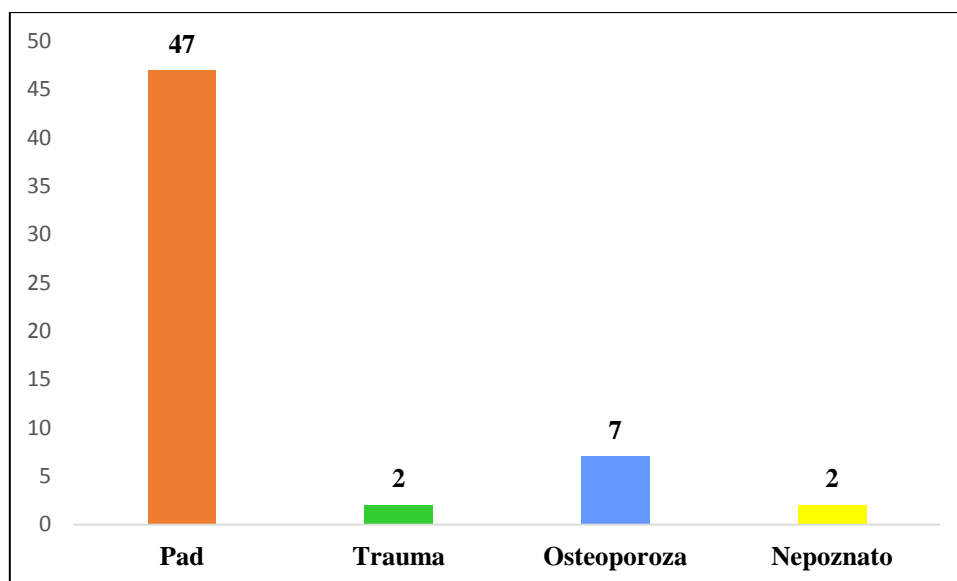
Grafikon 6.2. Raspodjela ispitanika s obzirom na dob u godinama

Prema prikazanim podacima za dob u godinama (Grafikon 6.2.) možemo uočiti kako je 15,5% ispitanika u rasponu dobne skupine od 21-40 godina, 36,2% ispitanika od 41-60 godina, dok je najviše ispitanika unutar dobne skupine iznad 60 godina 48,3%.



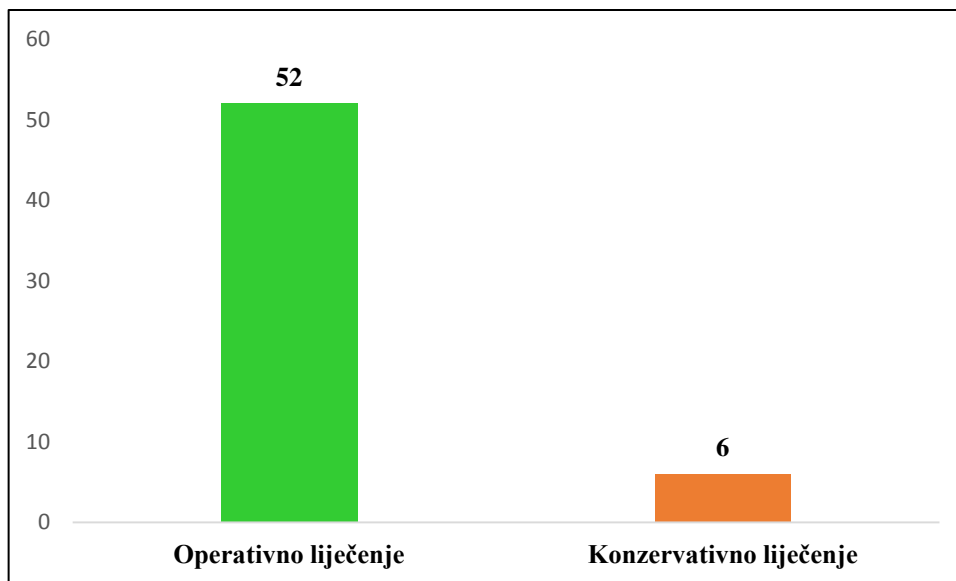
Grafikon 6.3. Raspodjela ispitanika s obzirom na lokalizaciju loma

Prema prikazanim podacima lokalizacije loma (Grafikon 6.3.) uočava se podjednaka distribucija podataka lokalizacije loma 50,0% lijevi i desni kuk.



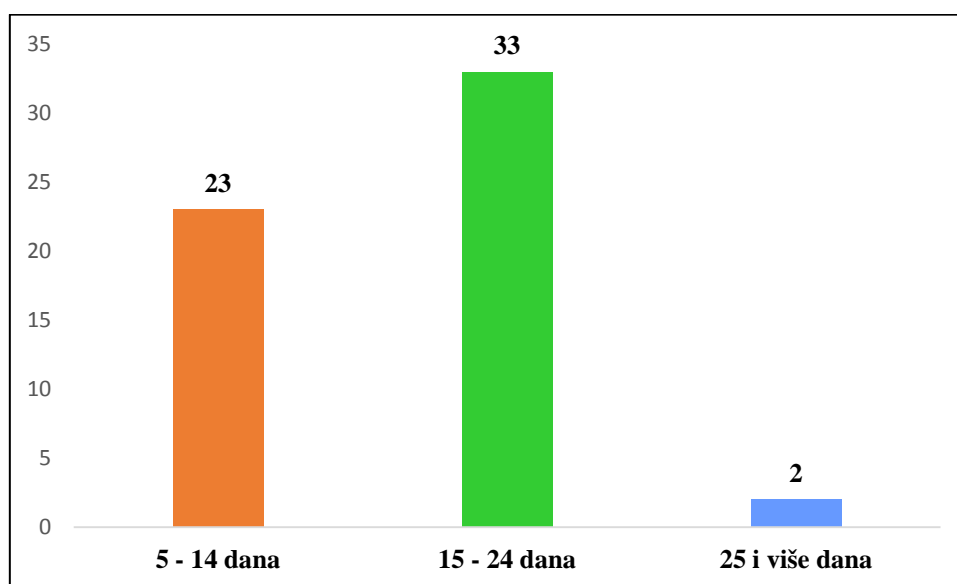
Grafikon 6.4. Raspodjela ispitanika prema uzročnosti loma

Prema prikazanim podacima uzročnosti loma (Grafikon 6.4.) uočava se da je pad (81,0%) najčešći uzrok loma kod ispitanika, nakon toga slijedi osteoporoza 12,1%, dok su trauma i nepoznati uzrok loma jednako zastupljeni 3,4%.



Grafikon 6.5. Raspodjela predviđenog načina liječenja

Prema prikazanim podacima predviđenog liječenja (Grafikon 6.5.) uočava se da je operativno liječenje (89,7%) najčešći izbor terapijske intervencije za frakturu kuka kod ispitanika, dok je samo za 10,3% ispitanika određena konzervativna terapija.



Grafikon 6.6. Trajanje bolničkog liječenja

Prema rezultatima upitnika najkraće trajanje bolničkog liječenja bilo je 5 dana (1,7%), a najduže 30 dana (1,7%). Najčešće trajanje bolničkog liječenja iznosilo je 16 dana 20,7% (12 bolesnika). Srednja vrijednost broja dana bolničkog liječenja među iznosila je $15,05 \pm 4,39$ dana.

Ispitani su stavovi pacijenata o informiranosti o zdravstvenom stanju od strane liječnika kao i o mogućnostima liječenja. Za svako su pitanje prikazani podaci u obliku apsolutnih brojeva i postotnog udjela odgovora ispitanika.

Tablica 6.1. Stavovi pacijenata o odnosu zdravstvenog osoblja i kvaliteti zdravstvene njege

	Tvrdnja	Stav ispitanika	N	%
1	„Liječnik me informirao o zdravstvenom stanju“	Uopće ne	0	0
		Nedovoljno	2	3,4
		Djelomično	2	3,4
		Dovoljno	2	3,4
		Potpuno	52	89,7
		ukupno	58	100
2	„Bio/la sam upoznat/a o mogućnostima liječenja moje bolesti (stanja)“	Uopće ne	0	0
		Nedovoljno	1	1,7
		Djelomično	3	5,2
		Dovoljno	4	6,9
		Potpuno	50	86,2
		Ukupno	58	100
3	„Liječnik se odnosio prema meni...“	Neljubazno	0	0
		Nezainteresirano	1	1,7
		Korektno	5	8,6
		Ljubazno	52	89,7
		Ukupno	58	100
4	„Medicinska sestra se odnosila prema meni...“	Neljubazno	0	0
		Nezainteresirano	1	1,7
		Korektno	4	6,9
		Ljubazno	53	91,4
		Ukupno	58	100
5	„Ostalo osoblje se odnosilo prema meni...“	Neljubazno	0	0
		Nezainteresirano	1	1,7
		Korektno	11	19,0
		Ljubazno	46	79,3
		Ukupno	58	100
6	„jeste li zadovoljni pruženom“	Uopće ne	0	0
		Nezadovoljan	1	1,7

	zdravstvenom uslugom?“	Djelomično	2	3,4
		Dovoljno	3	5,2
		Potpuno	52	89,7
		Ukupno	58	100
8	„Jeste li zadovoljni	Uopće ne	0	0
	zdravstvenom njegom medicinskih sestara?“	Nedovoljno	0	0
		Djelomično	2	3,4
		Dovoljno	2	3,4
		Potpuno	54	93,1
		Ukupno	58	100

Prema dobivenim podacima ispitanika vezanih uz tvrdnju informiranosti o zdravstvenom stanju od strane liječnika, najveći udio odgovara odnosi se na potpunu informiranost (89,7%). Podaci govore da je 86,2% ispitanika potpuno upoznato s mogućnostima liječenja, 6,9% dovoljno upoznato, 5,2% djelomično upoznato i 1,7% nedovoljno upoznato.

Analizom dobivenih rezultata o tvrdnji odnosa liječnika prema pacijentu, najveći udio odgovora odnosi se na ljubazan odnos (89,7%), 8,6% na korektan odnos dok je 1,7% ispitanika izjavilo da je liječnik bio nezainteresiran.

Što se tiče odnosa medicinske sestre prema pacijentu, najveći udio odgovora odnosi se na ljubazan odnos (91,4%), 6,9% na korektan odnos a 1,7% ispitanika je odgovorilo da je medicinska sestra bila nezainteresirana.

Što se tiče odnosa ostalog osoblja prema ispitanicima, 79,3% ih izjavljuje da je ostalo osoblje bilo ljubazno, 19% da je ostalo osoblje bilo korektno, a 1,7% ispitanika smatra odnos ostalog osoblja nezainteresiranim.

U pogledu zadovoljstva ispitanika pruženom zdravstvenom uslugom, rezultati pokazuju najveći udio odgovora u kategoriji potpunog zadovoljstva (89,7%).

U odnosu na tvrdnju o zadovoljstvu pruženom njegom od strane medicinske sestre, ispitanici su u vrlo visokom postotku odgovarali kako su potpuno zadovoljni (93,1%), dok ih je samo 2% djelomično zadovoljno.

Kvaliteta života prema upitniku EQ-5D-5L

Kvaliteta života obuhvaća šest područja: pokretljivost, skrb o sebi, uobičajene aktivnosti, bol ili nelagodu, tjeskobu i potištenost te ocjenu trenutnog zadovoljstva zdravljem.

Tablica 6.2. Kvaliteta života pacijenata prema upitniku EQ-5D-5L

	Tvrđnja	N	%
Skrb o sebi	Nemam problema prati se ili oblačiti	10	17,2
	Imam neznatnih problema kad se perem ili oblačim	12	20,7
	Imam umjerenih problema kad se perem ili oblačim	15	25,9
	Imam velikih problema kad se perem ili oblačim	9	15,5
	Ne mogu se samostalno prati ili oblačiti	12	20,7
	Ukupno	58	100
Uobičajene aktivnosti	Nemam problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti	8	13,8
	Imam neznatnih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti	17	29,3
	Imam umjerenih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti	11	19,0
	Imam velikih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti	7	12,1
	Ne mogu obavljati svoje uobičajene aktivnosti	15	25,9
	Ukupno	58	100
Bol / nelagoda	Ne osjećam bol ili nelagodu	27	46,6
	Osjećam neznatnu bol ili nelagodu	19	32,8
	Osjećam umjerenu bol ili nelagodu	7	12,1
	Osjećam jaku bol ili nelagodu	5	8,6
	Osjećam krajnju bol ili nelagodu	0	0
	Ukupno	58	100
Tjeskoba / potištenost	Nisam tjeskoban ili potišten	19	32,8
	Neznatno sam tjeskoban ili potišten	14	24,1
	Umjereno sam tjeskoban ili potišten	22	37,9
	Jako sam tjeskoban ili potišten	2	3,4
	Krajnje sam tjeskoban ili potišten	1	1,7

	Ukupno	58	100
Zabrinutost za buduće zdravlje	Nisam zabrinut	16	27,6
	Stalno sam zabrinut	15	25,9
	Umjereno sam zabrinut	15	25,9
	Jako sam zabrinut	9	15,5
	Krajnje sam zabrinut	3	5,2
	Ukupno	58	100

U kategoriji skrbi o sebi 17,2 % ispitanika nema nikakvih problema s pranjem i oblačenjem dok se 20,7 % ne može samostalno prati ni oblačiti. Pri obavljanju uobičajenih aktivnosti, 13,8% nema problema, dok 25,9% ispitanika ne može obavljati svoje uobičajene aktivnosti. Bol ili nelagodu ne osjeća 46,6% ispitanika dok nitko od ispitanika ne osjeća krajnju bol ili nelagodu. Tjeskobu i potištenost ne osjeća 32,8% ispitanika, a 1,7% njih je krajnje tjeskobno ili potišteno. Zabrinutost za buduće zdravlje ispitanici su uglavnom ocjenjivali blažim kategorijama između „nezabrinutosti“ pa sve do umjerene zabrinutosti s gotovo ujednačenim rasponom odgovora (25,9 – 27,6%).

7. RASPRAVA

Danas je najčešća degenerativna bolest zgloba kuka artroza zgloba kuka koja često može dovesti do frakture, osobito kod starije populacije. Jednako tako, fraktura kuka se može javiti kod bilo kojeg slučaja traume ili politraume bez obzira na dob.

Suvremeno operacijsko liječenje frakture kuka je kirurško liječenje koje se može izvesti različitim kirurškim tehnikama, a nekada je potrebna potpuna ili djelomična zamjena oštećenog zgloba kuka što rezultira značajnim poboljšanjem funkcije zgloba i kvalitete života (10). Operativna sanacija frakture kuka i aloartroplastika zgloba kuka je jedina radikalna operacija s ciljem istovremenog ponovnog uspostavljanja funkcije zgloba (6).

Takva operacija je jedna od najčešćih operacija u ortopedskim klinikama i ortopedskim odjelima. U Sjedinjenim Američkim Državama godišnje se ugradi više od 123.000 totalnih endoproteza zgloba kuka (11).

U zadnjih 18 godina broj operativnih zahvata na zglobu kuka se povećao i iznosi oko 330 zahvata godišnje. Iz ovih podataka moglo bi se zaključiti da je porastao broj bolesnika s artrozom zgloba kuka. Takva degenerativna i kronična promjena je često udružena sa smanjenom gustoćom koštane mase, pa je potencijalna opasnost od frakture kuka kod takvih bolesnika puno veća (11). Kod bolesnika s artrozom zgloba kuka se javlja bol, ograničeni su u kretanjama i narušene su im sve dnevne aktivnosti, a samim time je i smanjena kvaliteta života (11).

U slučajevima kada se fraktura iz nekih objektivnih razloga primarno zbrine konzervativno, uglavnom se nakon nekog perioda „finaliziraju“ oštećeni i postfrakturirani zglob operativno nadajući se da će im kvaliteta života biti poboljšana (10).

Istraživanje autora M. Berggren, i suradnika provedeno je u Švedskoj u trogodišnjem trajanju, kojim su ispitivani uzroci smrtnosti kod bolesnika s prijelom kuka. Istraživanjem se pokazalo kako je 40% bolesnika iz provedenog istraživanja preminulo u sljedeće 3 godine nakon operacije, dok je od 199 ispitanika, njih 144 ukupno ponovilo još 542 pada, a njih 37 zadobilo je ukupno 56 novih prijeloma, od čega je bilo i 13 ponovnih prijeloma kuka (13).

Edukacija i rehabilitacija bolesnika kod prijeloma kuka od izuzetne je važnosti kako bi se bolesnicima omogućio što kvalitetniji život nakon operacije. U Njemačkoj prijelom kuka predstavlja veliki javnozdravstveni problem jer posljedično uzrokuje brojne komplikacije i utječe na kvalitetu života, te isto tako u velikoj mjeri utječe i na troškove unutar zdravstvenog sustava (14).

Tako je u ustanovama za starije i nemoćne u Bavarskoj provedena studija o prijelomima kuka, jer su istraživanja pokazala da se 20% prijeloma kuka događa u takvim institucijama. Istraživanjem se obuhvatilo 1149 staračkih domova, a u njih 256 je provedena edukacija osoblja i uveden preventivni program, dok je njih 893 bilo izabrano kao kontrolna skupina koja nije polazila preventivne programe (14).

Preventivni program uključivao je edukaciju osoblja i bolesnika, trening držanja i održavanja ravnoteže te savjete o modifikacijama u okolini gdje borave starije osobe. Istraživanjem se pokazalo da u periodu prije uvođenja preventivnih programa nije uočena razlika u broju prijeloma između institucija za starije osobe, mada se poslije edukacije i uvođenja preventivnog programa, broj prijeloma kuka među onima koji su prošli edukaciju smanjio što povećalo kvalitetu života (14).

Napredak postignut suvremenim operativnim liječenjima zgloba kuka važan je ne samo za starije nego i za mlađe osobe koje su još radno produktivne. Svrha suvremenog liječenja je postići bezbolan kuk, dovoljno čvrst i pokretan da dozvoljava normalnu funkciju i aktivnost, a samim time se i poboljšava kvalitetu života (10).

Ocjenjujući rezultate dobivene tijekom operacijskog zahvata zgloba kuka, nakon ispitivanja provedenog kod 58 bolesnika operiranih na Klinici za traumatologiju KB „Sveti Duh“, može se zaključiti da je kod bolesnika kod kojih je planirano operativno liječenje, postoperativno bolja kvaliteta u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života.

Bol koja se javlja preoperacijski, poslije operacije se gubi (6). Poboljšanje funkcije hodanja se očituje u samostalnom hodanju, hodu bez šepanja i neograničenom hodanju.

Medicinska sestra je prisutna uz bolesnika od njegovog prijama na odjel do otpusta. Ona skrbi o bolesniku u sobi za poslije-anestezijsko buđenje, a zatim na odjelu, u ranom periodu nakon operacije (9). Prisutna je u svim aktivnostima i postupcima oko bolesnika. Ima mogućnosti vidjeti bolesnikove potrebe i povezati bolesnika s ostalim članovima tima kada je to potrebno. Široko znanje medicinske sestre uvelike pomaže kod sprječavanja postoperacijskih komplikacija bolesnika (2).

U očima bolesnika, medicinska sestra ima veliko značenje, njegov oporavak uvelike ovisi o podršci i pomoći zdravstvenog osoblja i obitelji. Dobra koordinacija i suradnja tima u ranom periodu nakon operacije je važna za oporavak bolesnika i njegovu reintegraciju u zajednicu.

Danas se nastoji poboljšati usluga prema bolesniku smanjenjem vremena čekanja na operaciju, a to je jedno od mjerila kvalitete zdravstvene usluge prema bolesniku.

8. ZAKLJUČAK

Temeljna ljudska potreba, među ostalima, je i potreba za kretanjem. Kretanje čovjeku omogućava provođenje aktivnosti svakodnevnog života. Moderna medicina i suvremeni načini liječenja te moderni lijekovi omogućili su produženje životnog vijeka, pa današnjica donosi sve više i više degenerativnih bolesti, trauma i upalnih reumatskih bolesti koje dovode do disfunkcije zgloba kuka. Posljedično tome, nažalost, često se događa fraktura koja može i vitalno ugroziti pacijenta iz višestrukih razloga, osobito ako se radi o starijoj populaciji.

Disfunkcija zgloba kuka rezultira djelomičnim ili potpunim gubitkom kretanja uz pojavu jakih bolova, što bolesniku dodatno otežava normalan život i funkcioniranje. Takvi bolesnici su skloniji padovima, koji opet mogu dovesti do frakture.

Pored somatskih simptoma čovjekova nesposobnost kretanja se odražava i na psihičke aspekte života. Stvara se osjećaj anksioznosti i straha, pa se pojedinac često nađe u stanju tjeskobe i depresije.

Rješenje se pronalazi u suvremenim metodama liječenja tako da se frakturirani zglob kuka sanira različitim operativnim tehnikama koje su specifično određene za svaku pojedinu situaciju ili se u nekim slučajevima zamjenjuje novim, umjetnim zglobovom, pogotovo ako se radi o starijoj populaciji. Međutim, nije dostatno samo uspješno sanirati frakturu, već pojedinca treba rehabilitirati i uključiti u zajednicu. Jednako tako, boravak bolesnika u bolnici treba učiniti što ugodnijim poštujući sva načela sestrinske struke i holističkog pristupa. Zadaća medicinske sestre u provođenju zdravstvene njege bolesnika temelji se upravo na individualnom i holističkom pristupu.

Prema tome, zadaća sestre u holističkom pristupu koji započinje od trenutka prijama bolesnika u bolnicu, praćenja tijekom obrade, liječenja pa sve do otpusta iz bolnice. Kliničke sestre tu završavaju svoju misiju i sestrinskim otpusnim pismom daju upute bolesniku kako bi što lakše i cjelovitije započeo i uspješno dovršio program rehabilitacije te konačnu integraciju u svakodnevni život sukladan svojim mogućnostima.

9. LITERATURA

1. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.
2. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika sa odabranim specijalnim poglavljima. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 1996.
3. Keros P, Pećina M, Ivančić-Košuta M. Temelji anatomije čovjeka. Zagreb: Medicinska biblioteka; 1999.
4. Ivančević Ž. MSD priručnik dijagnostike i terapije. Split: Placebo; 2010.
5. Štalekar H. Općenito o prijelomima. Zagreb: Integrirani preddiplomski i diplomski studij medicine, Katedra za kirurgiju; 1998.
6. Pećina M. Ortopedija. Zagreb: Naprijed; 1996.
7. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika, nastavni tekstovi. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2000.
8. Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001; (33): 337-43.
9. Šepec S. Sestrinske dijagnoze I. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
10. Šepec S. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
11. Orlić D. Život s umjetnim zglobovom kuka. Zagreb: Nacionalna i Sveučilišna biblioteka; 1993.
12. Erceg M. Bolesti kuka u djece i odraslih. Split: Sveučilište u Splitu; 2003.
13. Bergen M. Comorbidities, complications and causes of death among people with femoral neck fracture. *BMC Geriatr.* 2016;(3):16-120 [Online]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27260196>. (19.09.2017.)
14. Becekre C. Reduction of femoral fractures in long-term care facilities: the Bavarian fracture prevention study. *PLoS One.* 2011;6(8) [Online]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21918688>. (19.09.2017.)

10. SAŽETAK

Cilj: Cilj istraživanja je ispitati elemente specifičnosti zdravstvene njege bolesnika kod operacije kuka te utvrditi i procijeniti kvalitetu života kakvom je pacijenti doživljavaju vezano uz stanje operacijskog liječenja prijeloma kuka.

Ispitanici i metode: Uzorak ispitanika sačinjavalo je 58 bolesnika hospitaliziranih na Klinici za traumatologiju KB „Sveti Duh“ Zagreb. Istraživanje je provedeno pomoću anketnog upitnika kojeg su ispitanici popunili od ožujka do lipnja 2017.

Rezultati: U istraživanju je sudjelovalo 58 ispitanika (31 muškarac i 27 žena). Najveći broj ispitanika ima više od 60 godina (28 ispitanika). Prijelom lijevog i desnog kuka jednako je zastupljen. Najčešći uzrok loma, u 47 slučajeva, bio je pad. Operativno liječenje bilo je predviđeno za 52 ispitanika, a konzervativno liječenje za njih 6. Trajanje bolničkog liječenja najčešće je iznosilo 16 dana. Potpunu informiranost od strane liječnika o svom zdravstvenom stanju potvrdilo je 87,9 % ispitanika, a 86,2 % njih bilo je potpuno upoznato s mogućnostima liječenja svoje bolesti/stanja. Ljubaznost liječnika prema njima potvrdilo je 89,7 % ispitanika, ljubaznost medicinskih sestara potvrđena je u 91,4 %, a ljubaznost ostalog osoblja u 79,3 % slučajeva. U području zadovoljstva pruženom zdravstvenom uslugom 89,7 % ispitanika je izrazilo potpuno zadovoljstvo, a 93,1 % ih je zadovoljno sa zdravstvenom njegom medicinskih sestara. U kategoriji skrbi o sebi 17,2 % ispitanika nema nikakvih problema s pranjem i oblačenjem dok se 20,7 % ne može samostalno prati ni oblačiti. Pri obavljanju uobičajenih aktivnosti, 13,8% nema problema, dok 25,9% ispitanika ne može obavljati svoje uobičajene aktivnosti. Bol ili nelagodu ne osjeća 46,6% ispitanika, a nitko od ispitanika ne osjeća krajnju bol ili nelagodu. Tjeskobu i potištenost ne osjeća 32,8% ispitanika, a 1,7% njih je krajnje tjeskobno ili potišteno. Nikakvu zabrinutost za buduće zdravlje ne osjeća 27,6 % ispitanika, a stalnu ili umjerenu zabrinutost osjeća 25,9 % njih.

Zaključak: U slučaju prijeloma kuka, osim sanacije ozljede važna je rehabilitacija i uključivanje u zajednicu, a vrijeme hospitalizacije treba biti što ugodnije i bezbolnije za pacijenta. Medicinska sestra treba poštivati načela holističkog i individualnog pristupa pacijentu tijekom pružanja zdravstvene njege i savjetovati ga o rehabilitaciji nakon otpusta.

Ključne riječi: fraktura kuka, kvaliteta života, zdravstvena njega.

11. SUMMARY

Objective: The aim of this study is to examine specific health care elements of the patients after hip operation and to determine and evaluate the quality of life experienced by the patients in relation to the condition of the hip treatment.

Subjects and methods: Study included 58 patients hospitalized at the Clinic for Traumatology KB "Sveti Duh" in Zagreb. The survey was conducted using a questionnaire survey completed by participants from March to June 2017.

Results: The study involved 58 participants (31 males and 27 women). Most of them were over 60 years old (28). The left and right hip fractures are equally represented. Fall was the most common cause of the hip fractures, in 47 cases. Operative treatment was foreseen for 52 participants while 6 of them were in conservative treatment. The most frequent duration of hospital treatment was 16 days. Most participants, 87.9% of them, confirmed that they are completely informed about their health state by their physician, and 86.2% were fully informed about treatment possibilities of their disease / condition. The kindness of the doctor was confirmed by 89.7% participants, the kindness of nurses was confirmed by 91.4% and the kindness of other staff by 79.3%. In the field of satisfaction with the provision of health care, 89.7% of participants expressed their full satisfaction, while 93.1% were satisfied with the nursing care of their nurses. In the category of self-care, 17.2% of participants have no problems with washing and dressing, while 20.7% can't independently wash or dress themselves. When performing normal activities, 13.8% participants have no problems, while 25.9% of them can't perform their usual activities. Pain or discomfort is not felt by 46.6% of the participants, and none of them feel any extreme pain or discomfort. Anxiety and depression are not felt by 32.8% of participants and 1.7% of them are extremely anxious or depressed. No concern for future health is felt by 27.6% of participants and 25.9% of them feel constant or moderate concern.

Conclusion: In the cases of hip fractures, rehabilitation and community involvement are important, in addition to repairing injuries, and hospitalization time should be as comfortable as possible. A nurse should respect the principles of holistic and individual access to the patient while providing health care and advise on rehabilitation after discharge.

Key words: hip fracture, quality of life, nursing care.

12. PRILOZI

1. Spol: <input type="radio"/> muško <input type="radio"/> žensko
2. Vaša dobna skupina: <input type="radio"/> manje od 20 godina <input type="radio"/> 21 - 40 godina <input type="radio"/> 41-60 godina <input type="radio"/> više od 60 godina
3. Lokalizacija loma: <input type="radio"/> lijevi kuk <input type="radio"/> desni kuk
4. Uzrok loma: <input type="radio"/> pad <input type="radio"/> trauma <input type="radio"/> osteoporoza <input type="radio"/> nepoznato
5. Predviđeno liječenje: <input type="radio"/> operativno <input type="radio"/> konzervativno
6. Trajanje bolničkog liječenja : _____ dana
7. Liječnik me informirao o mom zdravstvenom stanju: <input type="radio"/> uopće nije <input type="radio"/> nedovoljno <input type="radio"/> djelomično <input type="radio"/> dovoljno <input type="radio"/> potpuno
8. Bio sam upoznat/a s različitim mogućnostima liječenja moje bolesti: <input type="radio"/> uopće ne <input type="radio"/> nedovoljno <input type="radio"/> djelomično <input type="radio"/> dovoljno <input type="radio"/> potpuno
9. Liječnik se prema meni odnosio: <input type="radio"/> neljubazno <input type="radio"/> nezainteresirano <input type="radio"/> korektno <input type="radio"/> ljubazno
10. Medicinske sestre prema meni su se odnosile: <input type="radio"/> neljubazno <input type="radio"/> nezainteresirano <input type="radio"/> korektno <input type="radio"/> ljubazno
11. Medicinsko osoblje prema meni se odnosilo: <input type="radio"/> neljubaznije nego prema drugima <input type="radio"/> jednako kao prema drugima <input type="radio"/> ljubaznije nego prema drugima
12. Jeste li zadovoljni pruženom zdravstvenom uslugom: <input type="radio"/> uopće ne <input type="radio"/> nedovoljno <input type="radio"/> djelomično <input type="radio"/> dovoljno <input type="radio"/> potpuno
13. Jeste li zadovoljni čistoćom bolesničke sobe i odjela: <input type="radio"/> uopće ne <input type="radio"/> nedovoljno <input type="radio"/> djelomično <input type="radio"/> dovoljno <input type="radio"/> potpuno
14. Jeste li zadovoljni zdravstvenom njegom koju prema vama provode medicinske sestre: <input type="radio"/> uopće ne <input type="radio"/> nedovoljno <input type="radio"/> djelomično <input type="radio"/> dovoljno <input type="radio"/> potpuno
15. Jeste li zadovoljni pruženom prehranom: <input type="radio"/> uopće ne <input type="radio"/> nedovoljno <input type="radio"/> djelomično <input type="radio"/> dovoljno <input type="radio"/> potpuno

16. SKRB O SEBI

- Nemam problema prati se ili oblačiti
- Imam neznatnih problema kad se perem ili oblačim
- Imam umjerenih problema kad se perem ili oblačim
- Imam velikih problema kad se perem ili oblačim
- Ne mogu se samostalno prati ili oblačiti

17. UOBIČAJENE AKTIVNOSTI

- Nemam problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti
- Imam neznatnih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti
- Imam umjerenih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti
- Imam velikih problema u obavljanju svojih uobičajenih aktivnosti
- Ne mogu obavljati svoje uobičajene aktivnosti

18. BOL / NELAGODA

- Ne osjećam bol ili nelagodu
- Osjećam neznatnu bol ili nelagodu
- Osjećam umjerenu bol ili nelagodu
- Osjećam jaku bol ili nelagodu
- Osjećam krajnju bol ili nelagodu

19. TJESKOBA / POTIŠTENOST

- Nisam tjeskoban ili potišten
- Neznatno sam tjeskoban ili potišten
- Umjereno sam tjeskoban ili potišten
- Jako sam tjeskoban ili potišten
- Krajnje sam tjeskoban ili potišten

20. ZABRINUTOST ZA BUDUĆE ZDRAVLJE

- Nisam zabrinut
- Neznatno sam zabrinut
- Umjereno sam zabrinut
- Jako sam zabrinut
- Krajnje sam zabrinut



KLINIČKA BOLNICA "SVETI DUH"
10000 ZAGREB, Sveti Duh 64
ETIČKO POVJERENSTVO

Telefon: 37 12 153
Centrala: 37 12 111
Fax: 37 12 308

Ur. broj: 01- 1095
Zagreb, 23. ožujka 2017.

Valentino Lučić
Klinika za kirurgiju

Etičko povjerenstvo Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u sastavu: mr.sc. Tomislav Hafner, prim.dr.med., predsjednik, prof.dr.sc. Biljana Kuzmanović Elabjer, prim.dr.med., članica, doc.dr.sc. Anton Vladić, prim.dr.med., član, Mladenka Bekavac, prof., mag.bibl., članica, povodom zamolbe Valentina Lučića, ur. broj: 012-5090, od 20. ožujka 2017. godine, na sjednici održanoj dana 23. ožujka 2017. godine, donijelo je sljedeću

ODLUKU

Odobrava se Valentinu Lučiću, med.teh., provođenje istraživanja u isvhu izrade diplomskog rada pod naslovom „Specifičnosti zdravstvene njege i procjena kvalitete života bolesnika s prijelomom kuka“.

Istraživanje će se provoditi na Klinici za kirurgiju Kliničke bolnice „Sveti Duh“.

PREDSJEDNIK ETIČKOG POVJERENSTVA
prim.mr.sc. Tomislav Hafner, dr.med.



DOSTAVITI:

- 1/ Naslovu
- 2/ Ravnatelju bolnice
- 3/ Arhivi

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>31. 10. 2017.</u>	VALENTINO LUCIĆ	Valentino Lucić

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

VALENTINO LUČIĆ

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, 31.10.2017.

Valentino Lučić

potpis studenta ice