

Specifičnosti zdravstvene njege nakon prijeloma bedrene kosti

Vulić, Domagoj

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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:144:044891>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

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



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR. 90/SES/2015.

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE
NAKON
PRIJELOMA BEDRENE KOSTI**

DOMAGOJ VULIĆ

Bjelovar, lipanj 2016.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR. 90/SES/2015.

**SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE
NAKON
PRIJELOMA BEDRENE KOSTI**

DOMAGOJ VULIĆ

Bjelovar, lipanj 2016.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Vulić Domagoj**

Datum: 26.11.2015.

Matični broj:000647

JMBAG: 0314006350

Kolegij: **ZDRAVSTENA NJEGA ODRASLIH 3**

Naslov rada (tema): **Specifičnosti zdravstvene njege nakon prijeloma bedrene kosti**

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

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

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

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 90/SES/2015

Student će u svome završnom radu na temelju prikaza slučaja iz prakse objasniti specifičnosti zdravstvene njege kod pacijenta koji su zbrinjavani u bolnici nakon prijeloma bedrene kosti. Detaljno će biti prikazani razlog dolaska u bolnicu, uzrok prijeloma, mogući pristup liječenju obzirom na dijagnozu, rehabilitacija i na kraju rezultati. Poseban osvrt biti će na cjelovit pristup u zdravstvenoj njezi koja uključuje sve aspekte koje prate Proces zdravstvene njege.

Zadatak uručen: 26.11.2015.

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 kao i na izrazitoj motivaciji.

Najveća zahvala ide mojoj obitelji koja mi je bila neizmjerne podrška kroz cijelo školovanje. Hvala kolegama koji su mi kroz sve tri godine studija pomagali na sve načine i učinili da školovanje prođe i ostane u što ljepšem sjećanju.

Putovati iz Splita na predavanja i ispite u Bjelovar nije bilo lako, ali uz podršku obitelji i prijatelja taj dio života uspješno je odrađen.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Općenito o prijelomu	2
1.1.1. Klasifikacija prijeloma	2
1.2. Anatomija i fiziologija bedrene kosti	4
1.3. Epidemiologija prijeloma bedrene kosti	6
1.4. Klinička slika prijeloma bedrene kosti	8
1.5. Dijagnoza prijeloma bedrene kosti	8
1.6. Liječenje prijeloma bedrene kosti	9
1.7. Zdravstvena njega prijeloma bedrene kosti	10
1.8. Hitna medicinska pomoć	12
1.9. Bolnička skrb	13
1.9.1. Obrada na hitnom kirurškom prijemu	13
1.9.2. Fizička priprema za operativni zahvat	14
1.9.3. Psihološka priprema za operativni zahvat	14
1.9.4. Anestezija i premedikacija	15
1.9.5. Postoperativne poteškoće	16
1.9.6. Postoperativne komplikacije	18
1.10. Komplikacije prijeloma bedrene kosti	19
1.11. Prognoza bolesti	20
2. Cilj rada	22
3. Ispitanici i metode	23
4. Rezultati	24
4.1. Prikaz slučaja	24
4.2. Sestrinske dijagnoze kod zdravstvene njege bolesnika nakon prijeloma bedrene kosti	27
5. Rasprava	32
5.1. Prijeoperativna priprema	32
5.1.1. Psihička priprema bolesnika za operaciju	33
5.1.2. Fizička priprema bolesnika za operaciju	33
5.2. Postoperativna zdravstvena njega	34
6. Zaključak	35

7. Literatura	36
8. Sažetak	37
9. Summary	38
10. Prilozi.....	39
10.1. Prilog 1	39
10.2. Prilog 2	40

1. UVOD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), treća životna dob dijeli se na: ranu stariju životnu dob (65-74 godine), srednju stariju životnu dob (75-84), duboku starost (preko 85 godina). Starija životna dob obilježena je visokim rizikom za pad i visokim rizikom za ponovnim padom. Ponovljeni padovi često su puta praćeni prijelomima donjih ekstremiteta.

Lom je udružena ozljeda mekih tkiva ekstremiteta i prekid kontinuiteta kosti koji nastaje djelovanjem vanjske sile, koja je dovoljno jaka da nadjača fiziološku razinu elastičnosti kosti (0). Cilj liječenja prijeloma jest ponovno uspostavljanje funkcije uda te koštano cijeljenje.

Cilj i svrha liječenja prijeloma nije samo cijeljenje kosti, već i uspostavljanje pune funkcije ozlijeđenog segmenta sustava za kretanje. Kod prijeloma koji se liječe operacijskim zahvatom, imobilizacija gipsom je nepotrebna. Neposredno nakon operativnog zahvata, počinje se s vježbama, čime se održava gibljivost zglobova i sprječava propadanje mišića.

Prijelom natkoljenice (lat. *fractura femoris*), može nastati na svim dijelovima bedrene kosti. Na proksimalnom dijelu bedrene kosti razlikuju se prijelom glave (lat. *fractura caput femoris*), prijelomi vrata bedrene kosti (lat. *fractura collum femoris*), velikog obrtača (lat. *trochanter major*) i pertrohanterni prijelom (2).

Fraktura vrata bedrene kosti većinom nastaje u starijih ljudi nakon neznatne traume, zbog osteoporoze. Poznati su nam medijalni intrakapsulni, lateralni ekstrakapsulni, a prema mehanizmu abdukcijski (valgus-prijelom s vanjskom rotacijom glavice) kod kojeg je moguća aktivna pokretljivost i adukcijski (varus-prijelom sa skraćanjem i vanjskom rotacijom noge) gdje aktivne i pasivne kretnje nisu moguće.

Prijelom dijafize može biti suptrohanterni, srednji i distalni. Prijelom distalnog dijela femura može biti metafizni i transkondilni, jednostavni suprakondilni, unikondilni (u mladih osoba), tangencijalni ili dorzalni prijelomi kondila, interkondilni, suprakondilni T-prijelom ili Y-prijelom i više iverni

bikondilni kombinirani (2). Komplikacije prijeloma jesu: smetnje u prokrvljenosti ulomaka kosti, pneumonija, embolija, tromboza, pseudoartroza.

Liječenje prijeloma ovisi o udru, mjestu prijeloma, smjeru prijeloma, je li prijelom otvoren ili zatvoren, je li prijelom jednostruk ili višestruk. Liječenje prijeloma može biti konzervativno ili operativno, s ciljem idealne repozicije i fiksacije ulomaka (3).

U radu će se obraditi tema prijeloma bedrene kosti. Najvažnija uloga medicinske sestre/tehničara u liječenju prijeloma bedrene kosti svakako jest sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja.

1.1. Općenito o prijelomima

Razlikujemo traumatski i spontani lom.

- Traumatski lom uzrokuje jaka sila koja može biti direktna (neposredna) ili indirektna (posredna) sila. Djelovanje sile može biti statičko zbog sile teže ili dinamičko zbog akceleracije mase. Moguća je i kombinacija ta dva čimbenika (1).
- Spontani lom može nastati nakon minorne traume zbog promjene koštane strukture koja je uvjetovana patološkim procesom u kosti (1).

1.1.1. Klasifikacija prijeloma

Postoje razne klasifikacije prijeloma koje se određuju ovisno o određenim čimbenicima.

1) Prema uzroku - razlikujemo spontani prijelom (prekid kontinuiteta kosti kao posljedica bolesti, npr. osteomijelitis, osteoporoza, maligni tumori, itd.) i traumatski prijelom (prijelom zdrave kosti izazvan djelovanjem mehaničke sile).

2) Prema složenosti – razlikujemo jednostavni prijelom (kod kojeg ne dolazi do odvajanja slomljenih dijelova kostiju) i složeni prijelom (kada je kost oštećena na više mjesta).

3) Prema djelovanju mehaničke sile – lom može biti neposredni ili posredni. Neposredni lom nastaje djelovanjem direktne sile koja uzrokuje lom na mjestu ranjavanja ili udara, dok djelovanje indirektna sile uzrokuje lom na udaljenom mjestu od mjesta djelovanja sile.

4) Prema stanju kontinuiteta kosti – razlikujemo potpuni i nepotpuni prijelom. Potpuni prijelom je onaj kod kojeg dolazi do potpunog prekida kosti u cijeloj njezinoj debljini ili duljini, dok kod nepotpunog kost nije u cijelosti prekinuta, pa govorimo o pukotini ili napuknuću.

5) Prema međusobnom položaju fragmenata kosti – razlikujemo impaktirane prijelome (gdje su lomni ulomci utisnuti jedan u drugog) (1) i prijelome s dislokacijom (u širinu, u dužinu, po osovini ili s rotacijom).

Progresivni rast broja trauma u vidu prijeloma u zadnjih 50-ak godina dovodi i do temeljitijeg istraživanja svih elemenata loma. Kada govorimo o prijelomu bedrene kosti koji je već sam po sebi specifičan i zahtijeva posebnu i dugotrajnu skrb, važno je istaknuti da se lom ove kosti najčešće događa u predjelu vrata. Događaju se i prijelomi u predjelu trupa i distalnog dijela, ali u znatno manjem broju.

Prijelom bedrene kosti je najčešća dijagnoza u mortalitetu unutar skupine ozljeda u Hrvatskoj (2014). Prema Zavodu za statistiku 2014. godine u Hrvatskoj je 675 osoba umrlo zbog prijeloma bedrene kosti (4).

Prosječna dužina liječenja nakon prijelom bedrene kosti je 12,3 dana i broj dana se povećava kako se povećava i dob pacijenta (4).

Prema podacima iz godišnje baze hospitalizacija Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo najčešća somatska dijagnoza iz skupine ozljeda u stacionarnom bolničkom liječenju na razini države (2014.) bio je prijelom bedrene kosti s ukupno 6.567 hospitalizacija i udjelom od 15,2% u ukupnim hospitalizacijama od ozljeda (4).



Slika 1: Vanjski prijelom bedrene kosti

Izvor: <http://reha.hr/cms/category/oboljenja/>

Pristup stranici: 10. lipnja 2016.

1.2. Anatomija i fiziologija bedrene kosti

Bedrena kost (lat. *femur*) jedina je natkoljениčna kost i pripada skupini dugih cjevastih kostiju. Bedrena kost najduža je kost u ljudskom tijelu, a ujedno je i najjača. Duga je od 43 do 53 cm pa čini jednu četvrtinu ukupne visine čovjeka (2).

Femur dijelimo na tri osnovna dijela:

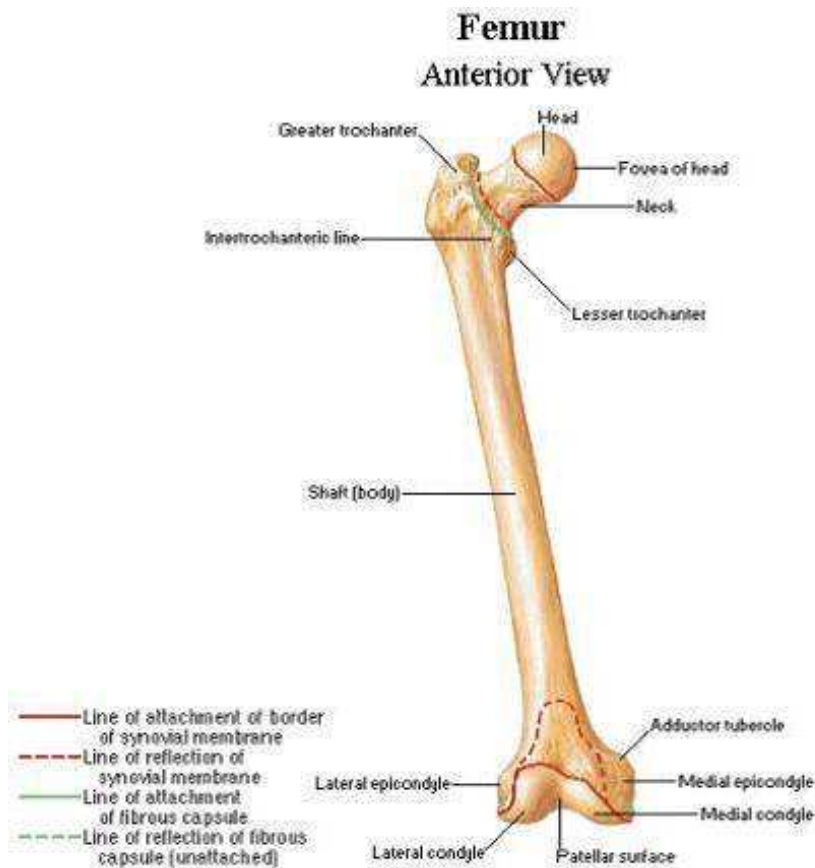
- 1) proksimalni
- 2) trup
- 3) distalni dio.

Proksimalni dio bedrene kosti započinje glavom (lat. *caput femoris*). Odmah ispod glave nalazi se vrat (lat. *collum femoris*) i on je mjesto prijelaza proksimalnog dijela kosti u trup kosti. Dug je oko 3 cm, uzak je u blizini glave te se širi prema trupu. Na tom se mjestu nalaze još i veliki i mali obrtač (lat. *trochanter major et minor*). Između velikog i malog obrtača, posteriorno, nalazi se greben (lat. *crista intertrochanterica*). Na anteriornoj se strani vrata nalazi i koštana pruga (lat. *linea intertrochanterica*) koja se spušta od velikog obrtača

inferiorno i medijalno. Ona prolazi ispod malog obrtača te se nastavlja na stražnjoj strani trupa kao medijalna usna hrapave koštane pruge (lat. *labium mediale linea easperae*) (2).

Trup bedrene kosti (lat. *corpus femoris*) na stražnjoj strani ima grubu liniju (lat. *linea aspera*) koja se sastoji od dviju pruga, medijalne i lateralne pruge (lat. *labium mediale et labium laterale*). Medijalna pruga (lat. *labium mediale*) nastavak je intertrohlearne linije, dok lateralna na proksimalnom dijelu zakreće prema velikom obrtaču te posteriorno ispod njega stvara hrapavost (lat. *tuberositas glutea*) za koju se hvata dio vlakana najvećeg stražnjičkog mišića (lat. *m. gluteus maximus*). Na proksimalnom dijelu trupa se između ove dvije linije nalazi treća, grebenska linija (lat. *linea pectinea*) koja se spušta od ruba malog obrtača, a na nju se hvata grebenski mišić (lat. *m. pectineus*). Na distalnom djelu trupa lateralna i medijalna pruga razilaze se svaka prema svom epikondilu te između sebe i distalnog dijela epikondila na posteriornom dijelu trupa oblikuju plohu, tzv. potkoljena ploha (lat. *facies poplitea*) (2).

Distalni dio kosti čine dva kondila (lat. *condylus medialis et lateralis*). Na medijalnoj strani medijalnog i lateralnoj strani lateralnog nalaze se dvije male koštane izbočine, medijalna i lateralna izbočina (lat. *epicondylus medialis et lateralis*). Iznad medijalnog epikondila smještena je kvržica (lat. *tuberculum adductorium*). Između prednjih krajeva kondila nalazi se zglobna ploha za iver (lat. *facies patellaris*), dok se sa stražnje strane nalazi udubina, potkoljena udubina (lat. *fossa poplitea*), koja je anteriorno ograničena prugom (lat. *linea intercondylaris*) (2).



Slika2: Anatomski prikaz bedrene kosti

Izvor: http://perpetuum-lab.com.hr/wiki/plab_wiki/anatomija-covjeka-enciklopedija/bedrena-kost;-natkoljeniena-kost-r139/

Pristup stranici: 10. lipnja 2016.

1.3. Epidemiologija prijeloma bedrene kosti

Prijelomi bedrene kosti postali su danas jako česti, osobito u starijim dobnim skupinama, dijelom zahvaljujući raznim koštanim oboljenjima koji djeluju na elastičnost i konzistenciju kosti. Prijelomi kostiju u starijoj životnoj dobi predstavljaju rizik za preživljavanje zbog komplikacija. O ovoj tvrdnji svjedoče brojna istraživanja i ankete provedene u ustanovama za njegu starijih i nemoćnih osoba diljem svijeta. Frakture bedrene kosti kod starijih osoba većinom su rezultat pada. Neke od ustanova pokušale su s provođenjem preventivnih mjera ne bi li se smanjio broj padova, a s tim i često

fatalnih fraktura. Tako je najveća njemačka kuća za zdravstveno osiguranje (AOK) odlučila financirati provođenje studije za prevenciju padova i fraktura (*The Bavarian Falland Fracture Prevention Study*). U ovoj studiji sudjelovalo je 256 ustanova koje brinu o starijima. Provodile su se sljedeće preventivne mjere: redovita tjelovježba prilagođena zdravstvenom stanju korisnika, redovito vođenje statistika o padovima i frakturama, prilagodba okoliša, ponovna procjena terapije svakog korisnika i uvođenje vitamina D u istu, nošenje štitnika za kukove te dodatna edukacija medicinskog osoblja. Studija je rezultirala izrazito pozitivnim ishodom. Incidencija padova i lomova smanjena je za čak 18% tijekom godine u kojoj su se preventivne mjere koristile (5).

S druge strane, uzroci loma bedrene kosti kod ostatka populacije nerijetko su drugačije prirode. Radi se o raznim nezgodama u igri, kada je riječ o djeci, ili prometnim nesrećama. Naime, vjerojatnost frakture kosti općenito se povećava kako čovjek stari. Iako su djeca iznimno aktivna, pa je i vjerojatnost za nezgodu veća, elastičnost kosti u djece je također veća što smanjuje vjerojatnost za lom.

Najozbiljnije ozljede događaju se prilikom prometnih nesreća. Prema rezultatima istraživanja *Globalno opterećenje bolestima* vodeći uzrok opterećenja ozljedama izraženo pokazateljem *DALY's* (disability-adjusted life years – prilagođene godine života s disabilitetom) prometne su nesreće s udjelom od 24% (6). Tada je i vjerojatnost za otvorenu frakturu femura povećana. Kod ovakvih ozljeda unesrećena osoba može u vrlo kratkom periodu izgubiti i do 1,5l krvi što je i vodeći uzrok smrtnosti kod prijeloma bedrene kosti (7).

1.4. Klinička slika prijeloma bedrene kosti

Pri sagledavanju kliničke slike, važno je prije svega uočiti i nesigurne znakove prijeloma bedrene kosti.

Neposredno nakon ozlijede javlja se jaka bol. Pacijent se ne može osloniti na povrijeđenu nogu, niti se kretati. Vidljiva je deformacija noge, odnosno ozlijeđena noga vidljivo je kraća od neozlijeđene noge. Ukoliko je riječ o otvorenom prijelomu, kost će probiti kožu i bit će vidljiva. Uz prijelom bedrene kosti često dolazi i do ozlijede krvnih žila i živaca, a tada se u nozi gubi osjet i javlja se utrnulost.

Nesigurni znakovi prijeloma bedrene kosti jesu: edem, bol na dodir, bol pri pokušaju pomicanju noge, nemogućnost oslanjanja na ozlijeđenu nogu, promjene u boji kože (u vidu krvnih podljeva), grč mišića.

Sigurni znakovi prijeloma bedrene kosti jesu: konstantna bol u stanju mirovanja, fizički pregled praćen jakim bolovima, vidljiva deformacija uzdužne osovine na mjestu prijeloma.

1.5. Dijagnoza prijeloma bedrene kosti

Dijagnostika se u slučaju prijeloma bedrene kosti postavlja na osnovu više čimbenika. Po zaprimanju pacijenta potrebno je u prvom redu učiniti opći pregled i rendgensku snimku. Ovim se korakom brzo i učinkovito procjeni položaj i težina ozljede. Točno će se odrediti lokacija prijeloma, a s tim i mogući utjecaj na susjedne zglobove (koljeno i kuk).

U težim slučajevima moguće je snimiti i:

- 1) kompjuteriziranu tomografiju, tj. CT (metoda slojevitog snimanja poprečnih presjeka tijela u rendgenskoj dijagnostici) (6),
- 2) magnetsku rezonancu – MR (tehnika snimanja tankih slojeva tkiva iz različitih smjerova pomoću radiofrekvencijskih valova u elektromagnetnom polju) (6),

3) scintigrafiju kostiju – pretraga koja predstavlja metodu snimanja kostiju pri kojoj se intravenski ubrizgava sredstvo obilježeno radioizotopom uz praćenje njegova nakupljanja u tkivima gama kamerama (6).

Koristeći navedene suvremene metode dijagnostike, pacijentu je omogućena brza, učinkovita i temeljita procjena stanja ne bi li se naposljetku došlo do što detaljnijih podataka o zdravstvenom stanju, a s tim i skratio postupak liječenja, ukoliko je to moguće.

1.6. Liječenje prijeloma bedrene kosti

Prijelomi bedrene kosti gotovo se uvijek tretiraju operativno. Operacija se sastoji od namještanja prelomljene kosti te njene fiksacije pomoću metalne šipke. Nakon operacije noga se imobilizira pomoću gipsa. Nakon skidanja gipsa potrebno je provesti rehabilitacijski program. Cilj rehabilitacije je povrat opsega pokreta i jakosti ozlijeđenoj nozi. (8)

Dvije su vrste liječenja lomova. Konzervativno liječenje, odnosno liječenje loma koji ne zahtijeva operaciju, te operativno liječenje loma. Potrebno je navesti i treću opciju liječenja loma, koja se nalazi između konzervativnog i operativnog liječenja, a to je liječenje trajnom ekstenzijom.

Liječenje trajnom ekstenzijom je nekada, kao jedini način liječenja, imalo veliko indikacijsko područje. Razvojem metode stabilne osteosinteze loma smanjeno je indikacijsko područje trajne ekstenzije te je ona danas u uporabi samo za one slučajeve gdje je operacijski rizik velik, odnosno postoji apsolutna ili relativna kontraindikacija za operacijski zahvat (srčani bolesnici) (1). Svrha trajne ekstenzije je neutralizirati mišićni tlak, zadržati dobar odnos među ulomcima, što prije postići oporavak svih funkcija te spriječiti skraćenje okrajine. Najveći nedostatak tog postupka je dugotrajno ležanje u bolnici i vezanost bolesnika uz krevet. Prednost ovog pristupa u odnosu na pojedine vrste gipsane imobilizacije jest u manjoj vjerojatnosti nastanka komplikacija dugotrajno ležanja iz razloga što je bolesnik djelomično pokretan. Trajna ekstenzija postavlja se kroz kondile femura, tuberositas tibije ili kroz

kalkaneus. Za lomove acetabuluma postavlja se ekstenzija u dva pravca, kroz kondile femura i kroz veliki trohander. Trajna ekstenzija je početak konzervativnog liječenja jer nakon nje slijedi imobilizacija cirkularnim sadrenim zavojem (1).

Po dolasku na hitni kirurški prijem, u slučaju sumnje na prijelom bedrene kosti, potrebno je što prije učiniti osnovne pretrage (navedene u poglavlju 1.5.). Po dobivanju rezultata pretraga, liječnik specijalist odlučuje o daljnjim postupcima. Kriteriji po kojima liječnik odlučuje o metodi liječenja jesu stanje bolesnika (opće i lokalno stanje bolesnika), vrsta loma te tehničke mogućnosti (opremljenost bolnice i educirano osoblje).

Po završetku bolničkog liječenja također je prijeko potrebna i fizikalna terapija, o čemu će pravovremeno odlučiti nadležni liječnik. Dakako, važno je napomenuti kako najveću ulogu u prijeoperativnim i postoperativnim radnjama ima upravo medicinska sestra koja provodi proces zdravstvene njege.

1.7. Zdravstvena njega prijeloma bedrene kosti

Po definiciji Florence Nightingale, zdravstvena njega je dijagnosticiranje i tretiranje problema pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa očuvanja zdravlja i ozdravljenja (9). Bit sestrištva je skrb za čovjeka, a bit procesa sestriinske skrbi je način na koji sestra pruža tu skrb. Sestriinska skrb zahtijeva intervencije koje se ne temelje na intuiciji nego na namjernom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema (9).

Virginia Henderson naglašava kako je uloga medicinske sestre pomoći pojedincu, bio on bolestan ili zdrav, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti). To su aktivnosti koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu volju, snagu ili znanje (9).

Medicinska sestra prati bolesnika 24 sata po primitku u bolnicu, čak i prije toga, za vrijeme hitne obrade. Ona brine o cjelokupnom stanju pacijenta, odnosno njegovim potrebama. Sukladno tome planira i provodi zdravstvenu njegu. U odnosu pacijent-medicinska sestra važno je izgraditi povjerenje kako bi pacijent mogao otvoreno izraziti svoje strahove i postavljati pitanja. Ova

psihička komponenta od presudne je važnosti i njom se u određenoj mjeri skraćuje čak i vrijeme hospitalizacije.

Specifičnost zdravstvene njega kod prijeloma bedrene kosti temelji se na sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja i sprječavanju infekcije operativnog polja. Uz sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja prioritet kod njege bolesnika nakon operacije bedrene kosti je smanjivanje razine boli. Nakon svakog operativnog zahvata javlja se bol te je potrebno uključiti potrebnu analgeziju kako bi se bol smanjila. Kirurški pacijent se od ostalih pacijenata razlikuje po tome što je jedan period nepokretan i ima veći rizik za nastanak komplikacija dugotrajnog ležanja. Pacijenta je potrebno, ako je moguće, okrenuti svakih 30 minuta do 2 sata radi prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja. Dekubitus je jedna od najčešćih komplikacija dugotrajnog ležanja i najvažnija je zadaća medicinske sestre prepoznati vanjske i unutarnje činitelje koji uzrokuju dekubitus i provoditi mjere kako ga spriječiti. Potrebno je više puta dnevno promatrati mjesta na tijelu koja su sklona dekubitusu i procijeniti stupanj ugroženosti bolesnika. Prije svega treba spriječiti infekciju operativnog polja provođenjem pravila asepsa i antiseptike.

Asepsa je način kod kojeg se koriste sterilni instrumenti i sav pribor pa je isključena mogućnost vanjske kontaminacije rane. Mnogi postupci kojima se ostvaruju potrebni uvjeti aseptičkog rada mogu se sažeti u pet osnovnih pravila asepsa: priprema bolesnika, priprema prostora, priprema osoblja, priprema pribora i postupak s ranom. Sprječavanje infekcije zadaća je i izazov svake medicinske sestre, stoga ona u svom radu mora provoditi postupke koji sprječavaju rast i razvoj, odnosno uništavaju razmnožavanje mikroorganizama. To su postupci dezinfekcije i sterilizacije. Bitno je educirati kompletno osoblje odjela da pravilno provode aseptične uvjete rada kako bi se broj infekcija smanjio i doveo do minimuma.

Pri sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja veliku ulogu imaju medicinska sestra i fizioterapeut. Bolesnik koji je operirao bedrenu kost nakon 24 sata uz pomoć fizioterapeuta i ortopedskih pomagala ustaje na noge i radi prve korake. Velik broj bolesnika i nakon odlaska doma iz bolnice nije u stanju obavljati samostalno sve dnevne aktivnosti (osobnu higijenu, obavljanje nužde, oblačenje i kretanje), stoga je glavni cilj fizikalne terapije i rehabilitacije u što kraćem roku osamostaliti bolesnika, smanjiti neosposobljenost i

poboljšati kvalitetu života. Bitno je i prije same operacije objasniti bolesniku kako će izgledati rehabilitacija te educirati obitelj kako najlakše pomoći oboljelom te kako prepoznati i na vrijeme spriječiti moguće komplikacije. Većina pacijenata koji su operirali bedrenu kost nakon sedmog dana u bolnici šalje se na rehabilitaciju u rehabilitacijske centre gdje ih čeka poseban tim stručnjaka i tamo ostaju od 14 do 21 dana.

Kompetencije medicinske sestre su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege medicinske sestre. Kompetencije su razina provođenja koja prikazuje učinkovitu upotrebu svih tih elemenata (10), jasno određuju razinu prava, odgovornosti i dužnosti u radnom području medicinskih sestara – zdravstvenoj njezi, a sadrže sljedeće komponente: odgovornost, etičku praksu, promociju zdravlja, načela pružanja zdravstvene njege, procjenu, planiranje zdravstvene njege, provedba postupaka i edukacije. Kompetentne medicinske sestre razumiju da sve usluge zdravstvene skrbi moraju biti usmjerene prema pacijentu, da je pacijent glavni predmet u procesu odlučivanja i provedbi procesa zdravstvene njege.

1.8. Hitna medicinska pomoć

Uloga hitne medicinske pomoći u primarnom zbrinjavanju od velike je važnosti. Dispečer prijavno-dojavne jedinice Zavoda za hitnu medicinu (ZHM) zaprima poziv, uzima potrebne podatke (ime i prezime ozlijeđene osobe, simptome, točnu adresu) te obavještava tim hitne medicinske pomoći o zaprimljenoj dojadi. Nakon intervencije tima hitne medicine, pacijent se prevozi do hitnog bolničkog prijema te se nastavlja daljnje bolničko liječenje.

1.9. Bolnička skrb

Po prijemu s pacijentom je prije svega ključno ostvariti pozitivan prvi kontakt, odnosno stvoriti odnos povjerenja. Medicinska sestra će pacijenta pratiti svo vrijeme boravka na bolničkom liječenju. Ona je ta koja će pacijentu po dolasku objasniti postupke koji ga očekuju.

1.9.1. Obrada na hitnom kirurškom prijemu

Obrada na hitnom kirurškom prijemu treba biti obavljena u što kraćem roku. Pacijent sa sumnjom na prijelom natkoljenice treba proći osnovnu obradu (fizički pregled, uzimanje anamneze, uzimanje krvi i urina za laboratorijske pretrage, napraviti rendgen) i ući u postupak liječenja. Dežurni liječnik upućuje pacijenta na rendgensko snimanje kako bi se utvrdilo točno mjesto i vrsta prijeloma. Kada se dobije slika prijeloma, liječnik odlučuje o daljnjim postupcima.

- U slučaju otvorenog prijeloma, pacijent se hitno upućuje u operacijsku dvoranu (prethodno mu se napravi kompletna krvna slika, biokemija, krvna grupa, faktori koagulacije i Rh-faktor te se obavi kratki pregled anesteziologa).
- U stanjima prijeloma bedrene kosti koja ne zahtijevaju hitni operativni zahvat, pacijent se upućuje na odjel traumatologije. U ovakvim slučajevima operativni zahvat obično se obavi u roku od 24 do 48 sati.

Tijekom navedenih postupaka, medicinska sestra prati pacijenta, upoznaje ga sa svime što će se događati prilikom pretraga. Upoznaje pacijenta s protokolom određenim za njegovu dijagnozu, ohrabruje ga, pomaže pacijentu pri obavljanju pretraga. Uz svu medicinsku dokumentaciju medicinska sestra će pacijenta otpratiti do mjesta gdje će obaviti pretrage. Pacijentu je potrebna i pratnja medicinske sestre do rendgena te je dužna biti uz pacijenta na pregledu kod anesteziologa.

1.9. 2. Fizička priprema za operativni zahvat

Fizička priprema pacijenta objedinjuje nekoliko segmenata: pretrage, edukaciju i pripremu probavnog trakta. Uloga medicinske sestre je pripremiti medicinsku dokumentaciju i pacijenta za ordinirane pretrage:

Opće pretrage i pripreme pacijenta uključuju:

- pretrage krvi: kompletna krvna slika (KKS) kojom se kontroliraju: eritrociti (E), leukociti (L) i diferencijalna krvna slika, sedimentacija (S), glukoza u krvi (GUK)
- pretrage urina: obični urin, sediment urina (se), urea (u), kreatinin (ke)
- jetrene probe: AST, ALT, bilirubin ukupni i direktni
- elektroliti: Na, K, Ca, Cl
- mali koagulogram: vrijeme zgrušavanja i vrijeme krvarenja te protrombinsko vrijeme (PV)
- markeri hepatitisa i AIDS-a
- krvna grupe i Rh faktor
- elektrokardiogram (EKG), rendgenski snimak pluća i srca.

Bazirajući se na fizičkom pregledu, laboratorijskim nalazima, ali i anamnezi, kirurg će donijeti odluku može li se izvesti kirurški zahvat, a anesteziolog vrstu anestezije. Uloga medicinske sestre je biti potpora pacijentu, pokušati postići što bolju psihičku, fizičku spremnost pacijenta za operativni zahvat, uključiti i obitelj te i njima biti potpora.

1.9. 3. Psihološka priprema za operativni zahvat

Psihološka priprema bolesnika počinje se provoditi neposredno nakon spoznaje za potrebom operacijskog liječenja.

Medicinska sestra treba procijeniti psihološko i emocionalno stanje pacijenta. Dugotrajna ograničenja pokretljivosti, neizvjesnost, kao i bol, mogu

dovesti do negativnog odjeka u psihološkom i emocionalnom stanju pacijenta. Često je prisutan osjećaj bespomoćnosti i strah (npr. od smrti ili od boli).

Kako bi izbjegla navedeno, medicinska sestra treba zadobiti bolesnikovo povjerenje. Ona će o planovima i postupcima pravovremeno izvještavati pacijenta, uvažavati njegove primjedbe i zabrinutost, pokušati smanjiti njegov strah i nedoumice, tretirati ga s poštovanjem. Potrebno je također uključiti pacijenta u planiranje i provođenje zdravstvene njege, educirati ga o prijeoperativnom i postoperativnom tijeku liječenja, dati mu do znanja da je otvorena za pitanja i daljnju komunikaciju.

1.9.4. Anestezija i premedikacija

Anestezija je posvemašnja odsutnost svih vrsta osjeta. U kliničkoj medicini pojam se odnosi najčešće na postupak kojim se stanje anestezije postiže privremenom depresijom svijesti do dubine pri kojoj bolesnik tolerira bolne podražaje, blokiranjem centralnih receptora bola ili prekidanjem puta bolnog podražaja na određenim mjestima osjetnih živaca (2).

Opća anestezija dovodi do gubitka bola (analgezije), sna i relaksacije mišića. Lokalna anestezija dovodi do neosjetljivosti za bol prekidom provođenja osjeta boli na jednom određenom dijelu tijela, dok je svijest pri tome očuvana (5).

Premedikacija je neposredna predanestatička medikacija, čija je svrha olakšati uvod i podržati opću anesteziju psihičkim smirenjem bolesnika, ublažavanjem nuspojava, prigušenjem neželjenih refleksa te osiguranjem izvjesnog stupnja analgezije i retrogradne amnezije (2).

Uloga medicinske sestre u predoperativnoj pripremi pacijenta jest smanjenje anksioznosti pacijenta tako da ga educira o operativnom zahvatu i tijeku istoga, o premedikaciji i anesteziji. Promatranje pacijenta ukazuje na njegovo psihičko stanje, potrebno je otvoreno komunicirati s pacijentom, davati mu podršku i uvažavati njegovu zabrinutost. Također je obvezna edukacija pacijenta o potencijalnim postoperativnim poteškoćama i komplikacijama te o prevenciji istih.

Predoperativna priprema bolesnika završava ulaskom u operacijsku dvoranu, premještanjem bolesnika na operacijski stol te davanjem anestezije.

1.9.5. Postoperativne poteškoće

Postoperativne poteškoće javljaju se kao smetnje pri izvođenju radnji kao što su disanje ili gutanje. Također ih možemo tumačiti kao ometanje funkcije termoregulacije ili probavnog sustava.

Javljaju se kao:

- *Drhtavica* – nevoljne kretnje mišića. Nastaje zbog pothlađenosti bolesnika, odnosno zbog razlike u temperaturi operacijske sale i sobe za buđenje, čemu pridonosi i ogoljenost bolesnika.
- *Bol* – „Bol je neugodni osjetilni i emotivni doživljaj povezan sa stvarnim ili mogućim oštećenjem tkiva ili opisima u smislu takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna.“ (SZO, 1986.) Bol je očekivana u prvih 48 sati, a najčešći uzrok pojavnosti boli je prestanak djelovanja anestezije. Ostali uzroci pojavnosti boli mogu biti prenategnuta zavoj, krivo stavljena udloga ili gips, hematoma operativne rane, neudoban položaj. Uloga medicinske sestre je prepoznavanje lokalizacije i uzroka boli, određivanje jačine boli, primjena ordinirane terapije.
- *Grlobolja* – javlja se zbog oroparingealnog tubusa koji je bio postavljen za vrijeme operacije, a koji služi za očuvanje i prohodnost dišnog puta. Uloga

medicinske sestre je da objasni zbog čega se javlja grlobolja i kada će nestati, provjeriti znanje o stečenim vježbama disanja i iskašljavanja.

- *Mučnina i povraćanje* – javljaju se kao posljedica djelovanja anestetika. Medicinska sestra potiče na vježbe dubokog disanja, osigurava privatnost, mir. Potiče na uzimanje tekućine na usta u manjim količinama.
- *Žeđ* – svjesna želja za pijenjem vode (2). Mnogo je čimbenika koji dovode do žeđi. Primjerice, premedikacija ili jednostavno, predoperativno prestajanje uzimanje tekućine. Medicinska sestra potiče na uzimanje tekućine, *per os*, vlaži usnice mokrom gazom i obavlja njegu usne šupljine.
- *Štucavica* – ponavljano nevoljno grčevito kontrahiranje dijafragme praćeno naglim zatvaranjem glotisa što izaziva karakteristične zvukove (2). Uzrok može biti meteorizam ili peritonitis. Kod nepoznatog uzroka štucavice 5 min udisati i izdisati u papirnatu vrećicu i zadržati dah. Pacijent koji postoperativno smije piti treba zadržati dah dok uzima veliki gutljaj vode.
- *Poteškoće s mokrenjem* – mokrenje je odstranjivanje suvišnih i štetnih tvari topljivih u vodi, putem urogenitalnog sustava. Mokrenje, nakon operativnog zahvata, javlja se unutar osam sati. Javlja se u obliku oligurije koja je posljedica predoperativne pripreme. Pacijent je imao uveden urinarni kateter za vrijeme operacije, a koji je izvađen dan nakon operacije kada je uz pomoć medicinske sestre i ortopedskog pomagala pacijent mogao doći do toaleta i obaviti nuždu. Medicinska sestra treba poticati na mokrenje te evidentirati količinu, boju, bistrinu, miris.
- *Poteškoće sa stolicom* – otpadni proizvodi probavnog sustava. Stolica se normalno javlja kroz 48 sati od operativnog zahvata. Poteškoće se javljaju u obliku nadutosti, a zbog sporog uspostavljanja peristaltike zbog djelovanja anestezije. Medicinska sestra svakodnevno bilježi eliminaciju otpadnih tvari, a pri opstipaciji obavještava liječnika koji potom ordinira daljnje postupke.

1.9.6. Postoperativne komplikacije

Postoperativne komplikacije mogu nastati kao rezultat primarne bolesti, operacije ili drugih nepovezanih faktora. Opasne su za sve operirane bolesnike jer produžuju boravak u bolnici. Tijekom samog operativnog zahvata i nakon njega smanjena je otpornost organizma što dosta često dovodi do komplikacija.

- *Respiratorne komplikacije* –česte su u bolesnika koji dugotrajno miruje, posebno u operiranih, a posljedica su smanjene ventilacije pluća ili zastoja sekreta i infekcije (11). Najbitnije mjere sprječavanja komplikacija usmjerene su na dobro održavanje ventilacije pluća. Najbolja prevencija respiratornih komplikacija jest poticati bolesnika na duboko disanje i iskašljavanje. Zadaća je medicinske sestre educirati bolesnika kako pravilno izvoditi aktivne i pasivne vježbe disanja, smjestiti ga u pravilan položaj u krevetu. Sestra treba kod bolesnika redovito provoditi osobnu higijenu (pranje, kupanje, masažu), čime poboljšava cirkulaciju, postiže lokalnu hiperemiju te indirektno sprječava respiratorne komplikacije (11).
- *Komplikacije na srcu i krvnim žilama* – kolaps, tromboflebitis, duboka venska tromboza. Kolaps je kratkotrajan gubitak svijesti zbog nedostatka kisika u mozgu. Do kolapsa dolazi kad je bolesnik u stojećem ili sjedećem položaju, traje od nekoliko sekundi do nekoliko minuta, a bolesnik pri tom osjeća vrtoglavicu, oblije ga hladan znoj, ubrzano i plitko diše.

Tromboza. Površinski tromboflebitis je upala vene stvaranjem tromba. Učestalija je kod žena i zahvaća osobe starije dobi. Liječenje tromboze ide lokalno s antikoagulacijskim kremama uz obavezno mirovanje s podignutim ekstremitetom.

Duboka venska tromboza izrazito se teško dijagnosticira, a javlja se od 4. do 14. dana nakon operativnog zahvata. Obično počinje u dubokim venama lista potkoljenice. Počinje osjećajem težine i boli u listu kod stezanja mišića.

Tjelesna temperatura može biti povišena. Liječenje duboke venske tromboze provodi se mirovanjem u krevetu, zabranom masiranja i aktivnih pokreta. Provodi se mjerenje obujma zdrave i bolesne noge, daje se antikoagulantna terapija

- *Komplikacije probavnog trakta* uz kontrolu koagulacije. Vježbe i ustajanje po odredbi liječnika uz elastični zavoj. Najčešće su akutna dilatacija želuca, povraćanje, regurgitacija, postoperativna paraliza crijeva
- Akutna dilatacija želuca je naglo proširenje želuca koji je izgubio svoju mišićnu napetost. Izuzetno teška komplikacija koja se javlja 2 do 3 dana nakon operativnog zahvata nakupljanjem velike količine tekućeg sadržaja tamno smeđe boje. Pacijentu se zabranjuje unos tekućine i hrane na usta.
- Povraćanje je aktivni proces vraćanja želučanog sadržaja. Najveća opasnost je aspiracija povraćanog sadržaja.
- Regurgitacija je pasivan događaj izlivanja želučanog sadržaja. Teško se primjećuje pa je samim tim i teža klinička slika.
- Paralički ileus, stanje funkcionalne paralize crijeva. Nastaje zbog podražaja peritoneuma tijekom operacije i operativne manipulacije s crijevima. Moguć je razvoj peritonitisa. Simptomi paraličkog ileusa jesu distendiran abdomen, ne čuje se peristaltika, apsolutni zastoj vjetrova i stolice, nema abdominalnih bolova, javlja se povraćanje, dehidracija i opće loše stanje. Za postavljanje dijagnoze koristi se RTG nativna snimka abdomena u stojećem položaju ili na boku. (12)

1.10. Komplikacije prijeloma bedrene kosti

Kod starije životne dobi rizični čimbenici za kirurški zahvat jesu komplikacije dugotrajnog ležanja (dekubitus, tromboza, tromboflebitis, nesvjestica, kontraktura i respiratorne komplikacije) i sporo zarastanje rana. Komplikacije dugotrajnog ležanja nastaju zbog smanjene pokretljivosti koja dovodi do usporene cirkulacije i smanjene ventilacije pluća. Zadaće su sestre

provoditi mjere za sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja: dekubitusa, tromboflebitisa, respiratornih komplikacija, nesvjestice i kontraktura (11).

Postoperativne komplikacije produžuju bolesnikov boravak u bolnici i čine ozbiljne poteškoće ljudskom organizmu.

- Respiratorne komplikacije nastaju zbog smanjene ventilacije pluća, infekcije ili zastoja sekreta. Javljaju se u obliku bronhitisa, atelektaze, pneumonije, plućne embolije, parotitisa.
- Komplikacije krvožilnog sustava nastaju zbog smanjene pokretljivosti i prokrvljenosti organizma. Javljaju se u obliku kolapsa, gubitka svijesti, tromboze i duboke venske tromboze.
- Komplikacije dugotrajnog ležanja. Dekubitus se javlja zbog otežanog protoka krvi prilikom čega dolazi do manjka kisika i hranidbenih tvari, te do poremećaja metabolizma u tkivu izloženom pritisku (11). Kontrakture koje se pri prijelomu bedrene kosti javljaju kao skvrčavanje mišića zbog dugotrajnog prisilnog položaja (11).

Najčešća i najopasnija komplikacija loma bedrene kosti jest krvarenje iz operativne rane. Također s ovim možemo direktno povezati i iznimno visok rizik za infekciju. Najčešći uzrok infekcija, koji znatno produljuje bolničko liječenje i oporavak, je *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA). Ova bakterija dovodi čak i do bakterijemije te do razvoja septičnog šoka. Kod imunokompromitiranih bolesnika može izazvati i smrt.

1.11. Prognoza bolesti

Prognoza bolesti je predviđanje odnosno određivanje budućeg toka, trajanja i završetka bolesti u nekog bolesnika. Najčešće se temelji na poznavanju uobičajenog toka bolesti u drugih bolesnika te na procjeni općeg stanja, eventualnih drugih bolesti i na dosadašnjem terapijskom uspjehu u bolesnika o kojem je riječ. Često značajno ovisi o dobi, katkada i o spolu bolesnika (2).

Nakon uspješne operacije za potpuno izliječene potrebna je fizikalna rehabilitacija kako bi pacijent izbjegao posljedice. Kod manjeg broja pacijenata, zbog raznih faktora tijekom oporavka ili općeg stanja bolesnika

prije operativnog zahvata, može se razviti potreba za određenim ortopedskim pomagalicama kao što su štap, štike ili hodalica.

Pristup pacijentu treba biti holistički kako bi liječenje i rehabilitacija bili što potpuniji. Potrebno je temeljito pristupiti svakom segmentu liječenja. Također je iznimno važno bolesniku detaljno objasniti svaka pravila kojih se valja pridržavati. Pacijentu treba objasniti pravila ponašanja na bolesničkom odjelu, pravilo privatnosti ostalih pacijenata u bolesničkoj sobi te ga upoznati s kućnim redom bolnice i odjela.

2. CILJ RADA

Ovaj rad prikazuje slučaj pacijenta J. R. kojem je dijagnosticiran prijelom bedrene kosti, a liječen je operativno, s osvrtom na kompetencije medicinske sestre/tehničara u procesu zdravstvene njege.

Cilj ovog rada je prikazati važnost uloge medicinske sestre/tehničara u svim segmentima zbrinjavanja, praćenja i liječenja pacijenta od trenutka zadobivanja ozljede pa do izlječenja. Posebno će ovaj rad prikazati specifičnosti zdravstvene njege kod prijeloma bedrene kosti.

3. ISPITANICI I METODE

U *Kliničkom bolničkom centru Split* na odjelu traumatologije, u periodu od 1. ožujka do 3. Ožujka 2016.godine izvršen je uvid u medicinsku dokumentaciju pacijenata s dijagnozom prijeloma bedrene kosti te je na temelju dostupne dokumentacije, bolničkog kartona, izabran pacijent koji će najvjerodostojnije prezentirati rad. Uvidom u bolesničku dokumentaciju i kroz razgovor s pacijentom učinjen je prikaz slučaja.

4. REZULTATI

4.1. Prikaz slučaja

Pacijent J. R. (1934.), dana 27. veljače 2016. godine, u 16:50, dovezen je na hitni kirurški prijem od strane tima hitne medicinske pomoći (HMP), sa sumnjom na prijelom desnog kuka. Ozljeda je zadobivena padom u razini.

- Anamneza: u 16:20h, pri izlasku iz obiteljske kuće spotaknuo se i pao, osjetio je jaku bol u predjelu desne natkoljenice te više nije mogao ustati nakon pada, a svijest nije gubio. Drugih ozljeda nije bilo. 1988. godine operirao tumor desnog bubrega. Desni bubreg odstranjen. 1990. godine, navodi operaciju tankog crijeva. Ima protezu desnog koljena.
- Funkcije i navike: apetit, stolica i mokrenje uredni. Nepušač, ne konzumira alkohol. Alergije na lijekove negira. Pije diuretik Fursemid 2x1, zna za malo povišene masnoće.
- Sadašnja bolest: padom u istoj razini na dan prijema zadobio prijelom desnog kuka. Tijekom transporta od mjesta nezgode do hitnog kirurškog prijema nije bilo pogoršanja niti bilo kakvih promjena stanja pacijenta.
- Status preasens: pri svijesti, orijentiran, Glasgow koma skala 15 (GCS 15), eupnoičan, uredne prokrvljenosti kože i vidljivih sluznica.

Glava: bez znakova traume, palpacijski je bezbolna.

Vrat: bez vidljivih znakova traume, palpacijski bezbolan, uredne aktivnosti i pasivne pokretljivosti.

Prsni koš: bez vanjskih znakova traume, bezbolan na kompresiju i palpaciju, auskultacijski obostrano uredan šum disanja.

Srce: auskultacijski akcija pravilna, jasnih tonova, bez šumova.

Trbuh: bez vidljivih znakova vanjske traume, bezbolan na palpaciju, mekan, lumbalna sukusija obostrano negativna. Vidljiv ožiljak od operacije tankog crijeva.

Kralježnica: bez znakova traume, bezbolna na palpaciju, uredne pokretljivosti.

Zdjelica: bezbolna na distrakciju i kompresiju.

Udovi: desna noga u vanjskoj rotaciji i skraćena. Ostalo bez odstupanja.

Neurološki: orijentacijski nalaz uredan, bez znakova neurološkog deficita.

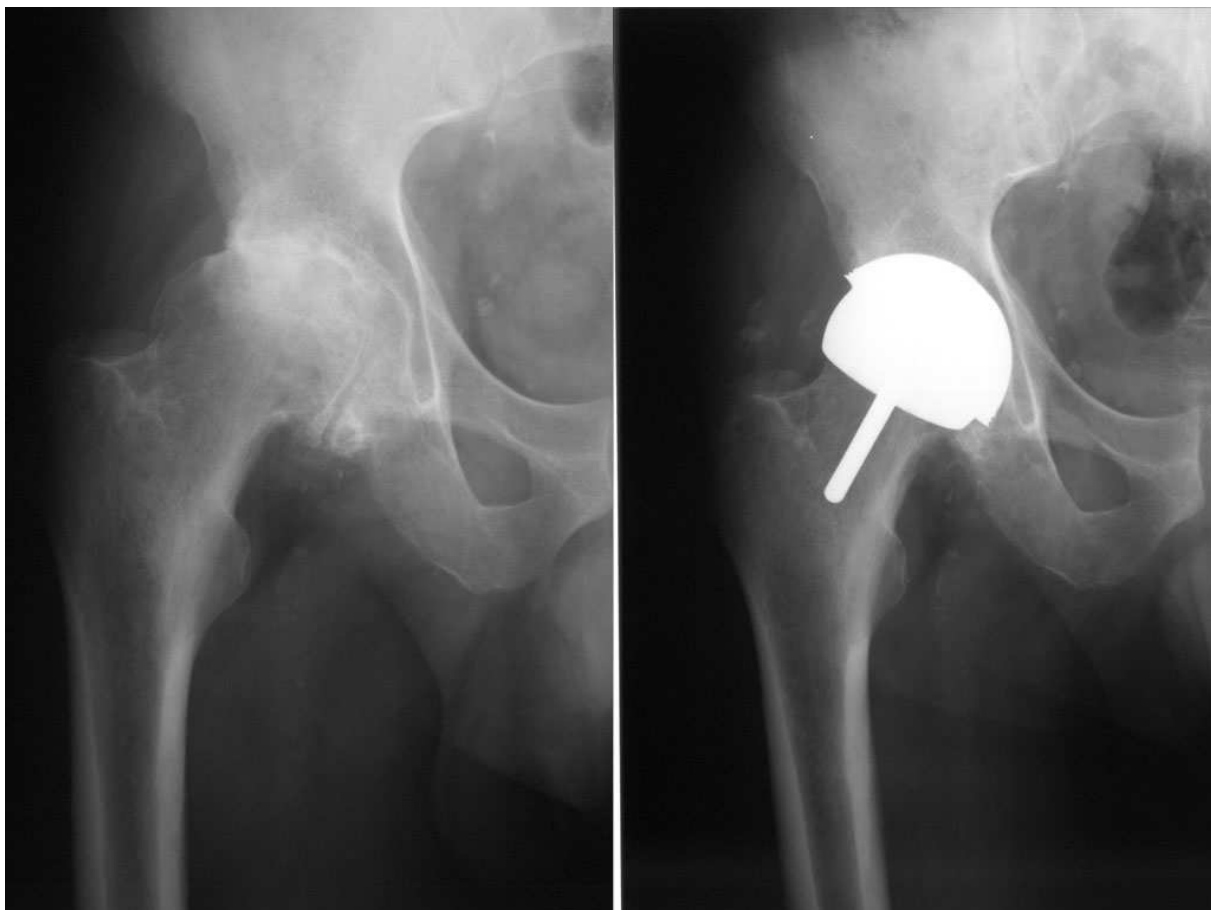
Dežurni kirurg utvrđuje da pacijent nije vitalno ugrožen, stoga je operacijski zahvat dogovoren za ponedjeljak, 29. veljače 2016.

Na dan zakazanog termina utvrđuje se oslabljena funkcija lijevog bubrega stoga se zakazuje novi datum operacije, 01. ožujka 2016.

Od primitka pa sve do operacije pacijent je boravio na kirurškom odjelu gdje je određeno strogo mirovanje. Bazirajući se na fizičkom pregledu, laboratorijskim nalazima, ali i anamnezi, kirurg će donijeti odluku može li se izvesti kirurški zahvat, a anesteziolog o vrsti anestezije. Uloga medicinske sestre je biti potpora pacijentu, pokušati postići što bolju psihičku, fizičku spremnost pacijenta za operativni zahvat. Uključiti obitelj i njima biti potpora. Kod pacijenta J. R. primijenjena je lokalna spinalna anestezija koja se postiže primjenom lokalnih anestetika u spinalni prostor. Bolesnik je intramuskularno (i.m.) primio 5 mg Dormicuma 10 minuta prije početka operativnog zahvata. Pacijent je tijekom operacije bio na lijevom boku.

Kod pacijenta J.R. učinjena je ugradnja potpune bescementne proteze kuka. Pacijent je za vrijeme operativnog zahvata ležao na lijevom boku, kako bi oslobodio kompletno operativno polje i kirurgu olakšao pristup operativnom polju. Isključiv razlog ugradnje proteze je prijelom kuka te nemogućnost nastavka normalnog života. Za vrijeme operativnog zahvata pacijentovo stanje nije se pogoršavalo.

Ishod operacije je pozitivan te je pacijent zadržan u prostorijama intenzivne njege, a prvi postoperativni dan vraćen na odjel.



Slika 3: RTG prikaz implantata kod pacijenta nakon operativnog zahvata prijeloma vrata bedrene kosti

Izvor: <http://www.akromion.hr/ortopedija/kuk/dosezi-u-zamjeni-zgloba-kuka/112>

Pristup stranici: 10. lipnja 2016.

4.2. Sestrinske dijagnoze kod zdravstvene njege nakon prijeloma bedrene kosti

Tablica 1. *Primjer sestrinske dijagnoze i liste (Narodne novine br.79, srpanj 2011.)*

Bol u/s osnovnom bolešću

Problem	bol		
Etiologija	osnovna bolest		
Simptom			
Ime i prezime: J.R.	Datum rođenja: 1934.	Odjel: Traumatologija, KBC Split	Matični broj: X

Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Bol u/s osnovnom bolešću		Cilj po prioritetu: Intenzitet boli nakon jednog sata bit će podnošljiv pacijentu
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA
X	<ul style="list-style-type: none"> - procjena boli pomoću skale - primjena ordiniranih analgetika - promatranje pacijenta - evidentiranje postupaka 	Cilj je postignut, pacijent nakon jednog sata od primjene terapije bol ocjenjuje s 3 na ljestvici.

Tablica 1. pokazuje nam kako je bol vodeći problem nakon operacije te na vrhu liste prioriteta u rješavanju sestrinskih dijagnoza. Zadaća medicinske sestre je procijeniti bol, promatrati bolesnika te dati propisanu terapiju kako bi se intenzitet boli smanjio.

Tablica 2. *Primjer sestrinske dijagnoze i liste (Narodne novine br. 79, srpanj 2011.)*

Visok rizik za nastanak infekcije operativne rane

Problem	visok rizik za infekciju		
Etiologija	operativna rana		
Simptom			
Ime i prezime: J.R.	Datum rođenja: 1934.	Odjel: Traumatologija, KBC Split	Matični broj: X

Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Visok rizik za infekciju u/s operativnom ranom.	Cilj po prioritetu: Pacijent će znati prepoznati znakove i simptome infekcije.
---	--

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA
X	<ul style="list-style-type: none"> - mjeriti vitalne znakove - pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima - pratiti izgled izlučevina - učiniti brisove: operativne rane, vrha endovenoznog katetera - održavati higijenu ruku prema standardu - koristiti rukavice - primijeniti mjere izolacije - educirati posjetitelje kućnom redu, higijenskom pranju ruku <ul style="list-style-type: none"> - ograničiti širenje mikroorganizama u okolinu zrakom (prašina, rastresanje postelnog rublja, održavanje filtera klima-uređaja) - prikupiti i poslati uzorke za analizu prema pisanoj odredbi liječnika (urin, krv, sputum, drenaža, brisovi i sl.) te evidentirati i izvijestiti o nalazu - podučiti pacijenta važnosti održavanja higijene ruku - pomoći oprati ruke pacijentu - održavati higijenu perianalne regije nakon eliminacije prema standardu - provoditi higijenu usne šupljine prema standardu - održavati drenažne katetere prema standardu - aseptično previjanje rana - zbrinuti infektivni i oštri materijal prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP) - pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije - održavati setove i instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP) 	Pacijent nabraja simptome infekcije.

U Tablici 2. opisano je da kod svake operativne rane postoji rizik od nastanka infekcije. Zadaća medicinske sestre je educirati pacijenta da prepozna rane znakove i simptome infekcije kako bi se spriječio nastanak infekcije.

Tablica 3. *Primjer sestrinske dijagnoze i liste (Narodne novine br.79, srpanj 2011.)*

Visok rizik za nastanak dekubitusa uslijed dugotrajnog ležanja

Problem	visok rizik za nastanak dekubitusa		
Etiologija	dugotrajno ležanje nakon operacije		
Simptom			
Ime i prezime: J.R.	Datum rođenja: 1934.	Odjel: Traumatologija, KBC Split	Matični broj: X

Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Visok rizik za nastanak dekubitusa u/s dugotrajnim ležanjem.	Cilj po prioritetu: Pacijent će sukladno svojim sposobnostima sudjelovati u provođenju mjera prevencije nastanka dekubitusa.
--	--

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA
X	<ul style="list-style-type: none"> - procjenjivati postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala (Braden Q) - upisati rizike čimbenika sukladno broju bodova Braden skale - djelovati na rizike čimbenika sukladno bodovima Braden skale - dokumentirati ranija oštećenja kože i sadašnje stanje - osigurati optimalnu hidraciju pacijenta - pratiti znakove i simptome hidracije: CVT, diurezu, specifičnu težinu urina i stanje sluznice usne šupljine - pojačati unos bjelančevina i ugljikohidrata - sukladno bodovima - uvesti u prehranu suplemente: vitamin B i C i ostale nutrijente - sukladno bodovima Braden skale - nadzirati pojavu edema - održavati higijenu kože - prema standardu - održavati higijenu kreveta i postelnog rublja, - izraditi algoritam mijenjanja položaja pacijenta 	Pacijent i obitelj nabrajaju i pokazuju mjere prevencije nastanka dekubitusa prvog stupnja.

Opis Tablice 3. Svaki operativni zahvat iza sebe nosi mirovanje. Izuzetno je važno educirati pacijenta o aktivnim i pasivnim vježbama u krevetu te čim prije uključiti tim fizioterapeuta kako bi pacijent što prije stao na svoje noge i time spriječio nastanak dekubitusa.

Tablica 4. *Primjer sestrinske dijagnoze i liste (narodne novine br.79, srpanj 2011.)*

Nemogućnost samostalne eliminacije

Problem	nemogućnost eliminacije		
Etiologija	osnovna bolest		
Simptom	smanjena mogućnost brige o sebi		
Ime i prezime: J.R.	Datum rođenja: 1934.	Odjel: Traumatologija, KBC Split	Matični broj: X
Sestrinska dijagnoza po prioritetu: . Smanjena mogućnost brige o sebi - eliminacije u/s osnovnom bolešću.		Cilj po prioritetu: Pacijent će biti suh i uredan.	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI		EVALUACIJA
X	<ul style="list-style-type: none"> - procijeniti stupanj samostalnosti - napraviti plan izvođenja aktivnosti: s pacijentom utvrditi metode, vrijeme eliminacije i načine pomoći - dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju - biti uz/neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije - pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu: pelene, kondom kateteri, guska, nepropusna podloga, noćna posuda - osigurati dovoljno vremena, ne požurivati pacijenta - osigurati privatnost - ukloniti prostorne barijere – sigurna okolina 		Pacijent je suh, čist, očuvan je integritet kože.

Tablica 4. prikazuje procjenu stupnja samostalnosti pacijenta koja ima za cilj omogućiti sva pomagala kako bi pacijent ostao suh i uredan nakon eliminacije.

Tablica 5. Primjer sestrinske dijagnoze i liste (narodne novine br.79, srpanj 2011.)

Nemogućnost obavljanja osobne higijene.

Problem	nemogućnost obavljanja osobne higijene		
Etiologija	osnovna bolest		
Simptom	smanjena mogućnost brige o sebi		
Ime i prezime: J.R.	Datum rođenja: 1934.	Odjel: Traumatologija, KBC Split	Matični broj: X

Sestrinska dijagnoza po prioritetu: Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena u/s osnovnom bolešću.	Cilj po prioritetu: Pacijent će razumjeti problem i prihvatit će pomoć medicinske sestre.
---	---

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA
X	<ul style="list-style-type: none"> - procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta - definirati situacije kada pacijent treba pomoć - dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod pacijenta - u dogovoru s pacijentom napraviti dnevni i tjedni plan održavanja osobne higijene - osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi - osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati pacijenta na povećanje samostalnosti - osigurati privatnost - osigurati s pacijentom dogovorenu temperaturu vode - osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena - potreban pribor i pomagala staviti na dohvat ruke te poticati pacijenta da ih koristi - promatrati i uočavati promjene na koži tijekom kupanja - biti uz/u blizini pacijenta tijekom kupanja - osigurati sigurnu okolinu, spriječiti pad 	Pacijent iskazuje zadovoljstvo postignutom razinom samostalnosti, razumije zašto mu se pomaže, traži pomoć medicinske sestre.

Tablica 5. pokazuje da je važno svim pacijentima u bolnici omogućiti da bez obzira na smanjenu mogućnost brige o sebi budu čisti i uredni jer na taj način podiže se razina zadovoljstva.

5. RASPRAVA

5.1. Prijeoperativna priprema

Svrha pripreme bolesnika za operaciju je osiguravanje fizičke, psihičke, socijalne i duhovne pripreme za kirurški zahvat.

Medicinska sestra dužna je informirati pacijenta, savjetovati ga, davati upute i pružati podršku za vrijeme liječenja. Također je dužna prikupiti podatke za izradu *Plana zdravstvene njege*, postaviti prioritete njege i dokumentira provedene postupke (10).

Prijeoperativna priprema radi se dan prije zakazanog operacijskog zahvata i na dan operacijskog zahvata.

Dan prije operativnog zahvata:

- provjera vitalnih funkcija, promatranje općeg stanja, započinjanje pružanja psihološke potpore. Medicinska sestra provjerava jesu li obavljene sve laboratorijske pretrage i provjerava potrebnu dokumentaciju;
- priprema probavnog trakta pacijenta započinje 12 sati prije operacije, odnosno pacijent prestaje uzimati hranu, a 6 sati prije operacije prestaje uzimati i vodu. Potrebno je klistirati pacijenta;
- važna je edukacija bolesnika o vježbama disanja i iskašljavanja te vježbama prevencije tromboze;
- educirati o važnosti uklanjanja leća, zubne i drugih proteza, nakita, šminke i laka za nokte. Objasniti da za vrijeme operacije pacijent mora biti potpuno gol, uredan i čist kako ne bi došlo do kontaminiranja sterilnog područja u sali;
- premedikacija – neposredna predanestetička medikacija čija je svrha olakšati uvod i podržavati opću anesteziju psihičkim smirenjem bolesnika, ublažavanjem nuspojava, prigušenjem neželjenih refleksa te osiguranjem izvjesnog stupnja analgezije i retrogradne amnezije. Potrebni preparati iz reda parasimpatikolitika, sedativa i analgetika daju se intramuskularno, rjeđe peroralno ili intravenski, a u djece i u obliku klizme (2).

5.1.1. Psihička priprema bolesnika za operaciju

Psihička priprema bolesnika provodi se od trenutka kada bolesnik saznaje da će se liječiti kirurškim putem do ulaska u operacijsku salu. Kod pacijenta J.R. psihička priprema počela je na hitnom kirurškom prijemu, kada je kirurg ustanovio da je potreban operacijski zahvat. Odmah je u pripremu uključio i obitelj te im na razumljiv način objasnio neophodnost zahvata i sve što pacijenta čeka nakon operacije. Medicinska sestra na odjelu nastavila je tu pripremu kroz razgovor s pacijentom i obitelji pacijenta. Objasnila je kako će teći fizička priprema prije operacije, stvorila je kod pacijenta odnos povjerenja i sigurnosti te otklonila strah od operacije. Medicinska sestra uključuje obitelj i educira zajednicu kakav će biti period nakon operacije, kako treba uključiti fizikalnu terapiju. Bolesnik je tijekom života imao nekoliko operacija, stoga je znatno smanjen strah od anestezije i u potpunosti vjeruje medicinskom osoblju.

5.1.2. Fizička priprema bolesnika za operaciju

Fizička priprema obuhvaća rutinske pretrage, pretrage koje se rade svakom bez obzira na dijagnozu, a propisane su na svakom pojedinom odjelu uz mala odstupanja. Tu pripadaju one pretrage koje omogućuju procjenu općeg zdravstvenog stanja neophodnog za anesteziju i kirurški zahvat. Pacijentu J.R. učinjene su slijedeće pretrage: krv i urin za laboratorijske pretrage, određivanje krvne grupe i Rh faktora. Pacijentu je snimljen rendgen srca i pluća, te pregled kod specijalista interne medicine gdje je učinjen elektrokardiogram (EKG). Pacijent je uz pratnju medicinske sestre obavio pregled kod anesteziologa i potpisao pristanak na anesteziju. Nije bilo kontraindikacija za operativni zahvat.

Na dan operativnog zahvata:

- provodi se osobna higijena bolesnika. U slučaju pacijenta J. R., provodi se kompletna njega nepokretnog bolesnika, uz posebnu pažnju na pripremu operativnog polja, odnosno brijanje i dezinfekcija kože;
- kontroliraju se vitalni znakovi uz promatranje pacijenta;
- provođenje higijene usne šupljine zbog uvađanja tubusa, koji može izazvati infekciju donjih dišnih puteva;
- provjera bolesnikove medicinske dokumentacije;
- zbog starije životne dobi, pacijent J.R. nije dobio premedikaciju (premedikacija može uzrokovati depresiju respiratornog sustava)
- po odredbi liječnika uvodi se urinarni kateter, nazogastrična sonda, centralni venski kateter (CVK). Kod pacijenta J.R. uveden je urinarni kateter koji je izvađen dan nakon operacije.

5.2. Postoperativna zdravstvena njega

Ciljevi postoperativne zdravstvene njege usmjereni su što prijašnjem pokretanju pacijenta kako bi se prevenirale postoperativne poteškoće i komplikacije. Ukoliko je medicinska sestra dobro odradila predoperativno pripremu, odnosno ako je stručno i s puno pažnje educirala pacijenta o postoperativnim poteškoćama i komplikacijama, postoperativna zdravstvena njega neće predstavljati problem niti pacijentu niti medicinskim sestrama.

Nakon operativnog zahvata bolesnik ide u sobu za buđenje. Tu je pod intenzivnim nadzorom medicinske sestre, sve dok ne postane kontaktibilan i dok vitalne funkcije ne postanu stabilne. Kontrola vitalnih funkcija je svakih 15 minuta. Medicinska sestra kontrolira stanje svijesti, stanje rane/krvarenja i drenaže. Primjenjuje ordiniranu terapiju po odredbi liječnika. Uvidom u medicinsku dokumentaciju saznaje se da tijekom operacije i u sobi tijekom buđenja nije bilo zdravstvenih poteškoća pacijenta J. R. Vitalni znakovi su u granicama normalnosti. Bolesnik se nakon povratka u sobu osjeća dobro, bez osobitih poteškoća.

6. ZAKLJUČAK

Današnji suvremeni zakoni temelje se na sigurnosti, u smislu da postoje pomagala koja omogućuju ljudima da budu sigurni u svoj korak. To su najčešće pomagala koja i ne primjećujemo niti im pridajemo veliku pažnju. Primjerice, rukohvati na stepeništima, ravne, zaglađene podloge po kojima hodamo. Zadaća zdravstvenih djelatnika jest da upozoravamo i educiramo pučanstvo kako ih upotrebljavati da bi bili sigurniji u svoj korak, odnosno, to možemo nazvati edukacijom za prevenciju nastanka prijeloma.

Prijelom bedrene kosti spada u najkompleksnije traumatske ozljede. Bedrena kost je najdulja i najjača kost i samim time njena ozljeda nosi brojne rizike. Uloga medicinske sestre od velike je važnosti u liječenju i rehabilitaciji pacijenta. Prijeoperativna priprema (psihička i fizička), opažanja, sestrinske dijagnoze i intervencije medicinske sestre uvelike olakšavaju i skraćuju liječenje te doprinose osjećaju zadovoljstva pacijenta.

Medicinska sestra mora ići u korak s vremenom, usavršavati se i proširivati svoje znanje, vještine, osobito kada je riječ o procesu zdravstvene njege koji se svakodnevno primjenjuje u praksi, kako bi što bolje i brže pridonijela bolesnikovu oporavku te smanjila broj postoperativnih komplikacija.

7. LITERATURA

1. Štalekar, H. Općenito o prijelomima. Integrirani preddiplomski i diplomski studij Medicine; Katedra za kirurgiju. Zagreb, 1998.
2. Jalšovec, D. Sustavna i topografska anatomija čovjeka, Zagreb: Školska knjiga, 2005.
3. <http://www.medicinski-leksikon.info/>
4. Brkić Biloš, I., dr. med., Ćorić, Tanja, dr. med. Prijelom bedrene kosti – vodeći uzrok smrtnosti i hospitalizacija unutar skupine ozljeda, 2014.
5. Kovačević, I., Uvod u kirurgiju sa zdravstvenom njegom kirurških bolesnika, Zagreb, 2003,
6. Brkić Biloš, I., Ozljede u Republici Hrvatskoj. Hrvatski Zavod za Javno Zdravstvo, 2014.
7. <http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ozljede-u-RH.pdf>
8. <http://www.motus-melior.hr/prijelom-bedrene-kosti/>
9. Prlić, N., Zdravstvena njega. Zagreb: Školska knjiga, 2008.
10. Šepec, S., Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011.
11. <http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Ozljede-u-RH.pdf>
12. Samoščanec, S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika. Škola za medicinske sestre Mlinarska, Zagreb, nastavni tekstovi, 2013.

8. SAŽETAK

Bedrena kost je najdulja i najjača kost u ljudskom tijelu. Prijelom bedrene kosti spada u najozbiljnije traumatske ozljede, samim tim što kod ovakvih ozljeda čovjek može izgubiti i do 1.5 l krvi. Liječenje ovakve ozljede je u većini slučajeva operativno.

Medicinska sestra prati bolesnika od trenutka zaprimanja na bolničko liječenje pa sve do otpuštanja na fizikalnu rehabilitaciju. Velika je odgovornost medicinske sestre/tehničara u skrbi za pacijenta s prijelomom bedrene kosti. One potiču na samozbrinjavanje uz pažnju da očuvaju ljudsko dostojanstvo. Kako bi spriječila dugotrajne komplikacije, medicinska sestra/tehničar planira, provodi i evaluira zdravstvenu njegu uz učestalu procjenu, evaluaciju i edukaciju. Medicinska sestra dužna je unapređivati svoje znanje i vještine, svakom pacijentu pristupati holistički kao pojedincu i težiti ka što potpunijoj i kvalitetnijom zdravstvenoj skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: bedrena kost, zdravstvena njega, predoperativna priprema, postoperativna njega, medicinska sestra.

9. SUMMARY

Femur is the longest and strongest bone in a human body. Fracture of the femur is one of the most severe traumatic injuries, since it can cause the loss of up to 1.5 liters of blood. In most cases, treatment of this kind of injury is operational.

Nurse monitors a patient since reception for medical treatment to release for physical rehabilitation. The nurse has a huge responsibility while taking care of the patient with fractured femur. They encourage self-care while paying special attention to preserving human dignity. In order to prevent long-term complications, the nurse plans, carries out, and evaluates medical care, along with frequent assessments, evaluations, and trainings. The nurse is obliged to improve his or her knowledge and skills, treat every patient holistically, as an individual, and strive for even more complete and good-quality medical care.

KEY WORDS: femur, health care, preoperativepreparation, postoperative care, nurse

10. PRILOZI

10.1. Prilog 1

IZJAVA

SUGLASNOST ZA MEDICINSKE INTERVENCIJE

U Splitu, Dana _____

Sukladno članku 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, od liječnika : _____

Sam upoznat-a, na meni razumljiv način, s prirodom mog zdravstvenog problema, vrsti medicinske intervencije i svime što ona uključuje, te rizikom vezanim uz tu intervenciju :

Upoznat-a sam s koristi, mogućim komplikacijama i neugodama predmnijevanih pretraga i liječenja.

Suglasan-na sam s očekivanim medicinskim intervencijama potrebnim u obradi i liječenju moje bolesti.

Liječnik mi je objasnio ostale načine liječenja, što oni uključuju, njihove rizike i moguće posljedice. Liječnik mi je objasnio moju prognozu i rizik u svezi ne-prihvatanja intervencije.

Bilo mi je omogućeno liječnika upitati o mom stanju, intervenciji, mogućem riziku, postojećim načinima liječenja i u svezi s time osobno o mojim zabrinutostima.

Primio/la sam gore navedene informacije. Na moje traženje, dostupna mi je bila usluga tumača.

Razumijem da mi nije dana nikakva garancija da će ova intervencija poboljšati moje stanje.

Liječnik mi je objasnio da, ukoliko tijekom intervencije dođe do vitalnih komplikacija, iste će se tretirati u skladu s važećim medicinskim standardima.

Uobičajeni rizik kod medicinskih intervencija

Medicinska intervencija podrazumijeva invazivne dijagnostičke i terapijske postupke, te operacijske zahvate.

Kod svake medicinske intervencije pojavljuje se određeni rizik odnosno mogućnost komplikacija koje su u osnovi vrlo rijetke. To mogu biti: bakterijemija s lakšom ili težom infekcijom, krvarenje, anafilaktički šok, perforacija tkiva ili organa, poremećaji koronarne odnosno cerebralne cirkulacije.

Procedura i mogući rizik su mi bili objašnjeni kao što je gore navedeno te na konzultacije sa liječnikom, pri punoj svijesti, sposoban-na za rasuđivanje, bez prinude i prisile, kao izraz slobodne volje potpisujem ovu izjavu

.....

(Potpis pacijenta)

Odredbom članka 241. stavak 2. Kaznenog zakona (NN, br. 110/97), koji se primjenjuje od 01.01.1998. god, propisano je da doktor medicine ili stomatologije čini kazneno djelo samovoljnog liječenja ako poduzme kirurški ili drugi medicinski zahvat na tijelu drugog bez njegova izričitog i valjanog pristanka.

10.2. Prilog 2

IZJAVA

SUGLASNOST ZA MEDICINSKE INTERVENCIJE I ANESTEZIJU

U Splitu, Dana _____

Sukladno članku 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, od liječnika : _____

sam upoznat-a, na meni razumljiv način, s prirodom mog zdravstvenog problema, vrstom medicinske intervencije i svime što ona uključuje, te rizikom vezanim uz tu intervenciju

Anesteziju će izvršiti anesteziolog: _____ .

Upoznat-a sam s koristi, mogućim komplikacijama i neugodama predmnijevanih pretraga i liječenja.

Suglasan-na sam s očekivanim medicinskim intervencijama potrebnim u obradi i liječenju moje bolesti.

Liječnik mi je objasnio ostale načine liječenja, što oni uključuju, njihove rizike i moguće posljedice. Liječnik mi je objasnio moju prognozu i rizik u svezi ne-prihvatanja intervencije.

Bilo mi je omogućeno liječnika upitati o mom stanju, intervenciji, mogućem riziku, postojećim načinima liječenja i u svezi s time osobno o mojim zabrinutostima. Primio/la sam gore navedene informacije. Na moje traženje, dostupna mi je bila usluga tumača. Razumijem da mi nije dana nikakva garancija da će ova intervencija poboljšati moje stanje. Liječnik mi je objasnio da, ukoliko tijekom intervencije dođe do vitalnih komplikacija, iste će se tretirati u skladu s važećim medicinskim standardima.

Uobičajeni rizik kod medicinskih intervencija

Medicinska intervencija podrazumijeva invazivne dijagnostičke i terapijske postupke, te operacijske zahvate. Kod svake medicinske intervencije pojavljuje se određeni rizik odnosno mogućnost komplikacija koje su u osnovi vrlo rijetke. To mogu biti: bakterijemija s lakšom ili težom infekcijom, krvarenje, anafilaktički šok, perforacija tkiva ili organa, poremećaji koronarne odnosno cerebralne cirkulacije.

Uobičajeni rizik kod anestezija

Podučen sam u tom da je danas anestezija sigurna. Vrlo rijetko, unatoč stručno i skrbno vođenoj anesteziji nije moguće izbjeći komplikacije, koje u najtežem obliku mogu pacijenta vitalno ugroziti.

Upotrijebit će se jedna od sljedećih vrsta anestezije: opća anestezija ili lokalna anestezija.

Kod zdravih osoba u dobroj fizičkoj kondiciji, komplikacije kod anestezije su vrlo rijetke. Rizik može porasti ako imate infekciju, jaku prehladu ili gripu, ako ste pušač, ako ste predebeli, ako imate šećernu bolest, bolest srca ili bubrega, visoki tlak i druge ozbiljne zdravstvene probleme. Rizik se također povećava kod starijih osoba.

Komplikacije od anestezije su vrlo rijetke i uključuju: slabost s povraćanjem, poteškoće s disanjem, alergijske reakcije, smetnje svijesti, smetnje u funkciji srca i krvnih žila, febrilitet.

Procedura i mogući rizik su mi bili objašnjeni kao što je gore navedeno te nakon konzultacije sa liječnikom pri punoj svijesti, sposoban za rasuđivanje, bez prinude i prisile, kao izraz slobodne volje potpisujem ovu izjavu.

.....
(Potpis pacijenta)

Odredbom članka 241.stavak 2.Kaznenog zakona(NN,br.110/97), koji se primjenjuje od 01.01.1998.god, propisano je da doktor medicine ili stomatologije čini kazneno djelo samovoljnog liječenja ako poduzme kirurški ili drugi medicinski zahvat na tijelu drugog bez njegova izričitog i valjanog pristanka.

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

DOMAGOJ VULIĆ

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, 14. SRPAJ 2016.

Vulić Domagoj