

Sveučilište u Mostaru
Fakultet zdravstvenih studija
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

Đenita Hasanagić-Kozić

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE
U KUĆNOM LIJEČENJU**

Diplomski rad

Mostar, studeni 2011.

Mjesto studije :

Odsjek za kućno liječenje
Odjel obiteljske medicine
Dom zdravlja mostar

Mentor:

Prof. dr. sc. Žarko Šantić

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Kućna njega i kućno liječenje.....	1
1.2. Djelatnost kućnog liječenja.....	4
1.3. Indikacije za kućno liječenje.....	4
1.4. Vrste zdravstvenih usluga u kućnom liječenju.....	6
1.5. Procjena potreba za zdravstvenom njegom.....	8
1.6. Uloga medicinske sestre u provedbi kućnog liječenja.....	9
2. CILJ RADA.....	12
3. ISPITANICI I POSTUPCI.....	13
3.1. Mjesto i vrijeme studije.....	13
3.2. Statistička raščlamba podataka.....	13
3.3. Ispitanici i parametri istraživanja.....	13
4. REZULTATI.....	14
5. RASPRAVA.....	21
6. ZAKLJUČAK.....	24
7. SAŽETAK.....	25
8. SUMMARY.....	26
9. LITERATURA.....	27
9. ŽIVOTOPIS.....	29

1. UVOD

Ako se osvrnemo u prošlost, vidjet ćemo da je liječenje bolesnika u njegovom domu prvobitni oblik medicine, jer je u počecima medicine liječnik bio taj koji je posjećivao pacijenta. Tek s razvojem medicine počeo je prevladavati više institucionalizirani oblik provođenja zdravstvene skrbi, koji se izvodi u ordinacijama, poliklinikama, bolnicama i domovima za umirovljenike. Tijekom kućne posjete zdravstveni djelatnik i bolesnik se susreću na najneposredniji način, a ujedno je i prisutna mogućnost prikupljanja mnogih dodatnih podataka o bolesniku, socijalnom i ekonomskom statusu njegove obitelji, odnosno ljudi koji skrbe o njemu, kao i o njihovom načinu života. Poznavanje pacijentovog okoliša važna je značajka koja utječe na skrb bolesnika. Kućne su posjete vrlo važan dio skrbi za starije, posebice slabije pokretne ili nepokretne bolesnike (1).

Krajem sedamdesetih godina razvija se polivalentna patronažna djelatnost koja podrazumijeva organiziran i programski sproveden zdravstveno-odgojni rad u obitelji, kao i pomoć u rješavanju njenih zdravstvenih problema. Cilj rada polivalentne patronaže je očuvanje i unapređenje zdravlja, rano otkrivanje, sprječavanje i suzbijanje bolesti i povreda, kao i pravovremeno liječenje i rehabilitacija oboljelih. Obiteljska medicina ima svoje začetke u našoj zemlji u osamdesetim godinama prošlog stoljeća. Tada se počeo razvijati koncept obiteljske medicine s timom koji su činili liječnik specijalista, patronažna medicinska sestra i medicinska sestra. Naročito snažan razvoj obiteljska medicina doživljava zadnjih decenija, kada se uvodi specijalizacija iz obiteljske medicine, osnivaju se katedre na medicinskim fakultetima, kasnije i fakultetima zdravstvenih studija, uspostavlja se program za dodatnu edukaciju liječnika i medicinskih sestara i tehničara (2).

1.1. Kućna njega i kućno liječenje

U suvremenoj medicini, obzirom da se značajno skraćuje boravak pacijenata u bolnici, a kod određenih stanja ili bolesti više i ne dolazi do hospitalizacije, sve veći značaj ima liječenje pacijenata u njihovim domovima (stanovima ili kućama). Važnu ulogu u kućnom

liječenju i njezi pacijenata ima tim obiteljske medicine. Međunarodna iskustva pokazuju da zdravstveni sustavi koji su orijentirani prema dobro razvijenoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, i obiteljskoj medicini kao njenom temelju, osiguravaju mnogo jeftiniju i klinički ispravniju zaštitu svojih klijenata (3).

Zdravstvena njega u kući je djelatnost u sustavu zdravstva koju samostalno obavljaju medicinske sestre u suradnji i pod stručnim nadzorom liječnika. Sastavni je dio primarne zdravstvene zaštite i nastavak zdravstvene njege bolesnika po otpustu iz bolnice, lječilišta i drugih ustanova. Temelji kućne njege i liječenja oboljele osobe ispred su njenog organiziranog angažmana. No, kućno je liječenje imperativ današnjice, osmišljeni iskorak u skrbi za oboljele, ako im hospitalizacija nije nužno rješenje, osobito kad se ambulantnu kontrolu može nastaviti i medicinskim postupcima u kući bolesne osobe. To je čak dodatna kategorija medicinskim kvalifikativima. Takva se transformacijska medicinska kretanja problematiziraju i multifaktoralno rješavaju. Tu pokretačku misao nameće veliki broj raznolikih bolesnika, pa uz opće priznate i poznate principe rada u kućnom liječenju izranjaju i specifičnosti pojedinih kliničkih segmenata. Zadržan je kreativni kontinuitet s matičnom jezgrom struke, koristeći iskustva svakodnevne prakse u izvanstacionarnim uvjetima i prihvaćajući i dodatni radijus infektoloških zbivanja u koja ta struka zadire (2).

Prihvatanje bolesnika svih uzrasta na kućnu njegu, traži komunikativni oprez, psihološku podlogu za pristanak oboljelog i njegove sredine za takav odnos, u kome vrlo važnu ulogu ima i emocionalna povezanost. Neophodno je poštivanje medicinskih uputa za njegu, terapiju i eventualne druge specifične mjere koje su dio redovitih poslova oko bolesnika. Treba uvažiti da kuća i nastavak diferentnog liječenja nose opasnost da bolesnik sam prekine ordiniranu terapiju. Nadalje, mora se računati s mogućim pogoršanjem liječene bolesti. Postupci u kući bolesnika često se korigiraju, ovisno o kliničko-laboratorijskim analizama.

Medicinska sestra se prezentira kao integralni dio obitelji. Tako se postiže optimalni broj kućnih posjeta, lakša je izmjena informacija, a ukupna atmosfera pogoduje oboljeloj osobi. Istovremeno se utječe na higijenske navike ukućana, osobito relevantnih kod bolesnika, te na ukupnu zdravstvenu kulturu bolesnika i njegove okoline. Tehnika rada prilagođena je zatečenom situacijom. Uz to je neophodno temeljno poznavanje

subjektivnih, objektivnih, manje poznatih i »hitnih« simptoma bolesti. Ne mogu ostati po strani osnovne dijagnostičke i terapijske procedure, kao i neželjeni laboratorijski podaci, moguće komplikacije ili novi klinički momenti. Tada je dobro došla kombinirana veza s rajonskom ambulantom, gdje će se nastaviti s traženjem najpovoljnijeg rješenja za bolesnika. Sve se to može postići odgovarajućom nadogradnjom znanja, praktičnim radom, vještinom i snalažljivošću i brzim odgovorom na trenutačnu situaciju (4).

Danas ima sve više ustanova za njegu i rehabilitaciju u kući, a mnoge od njih kao oblik privatne prakse osnivaju sestre. Sestre koje su zaposlene u tim ustanovama rade u bolesnikovu domu. Njihov je posao vrlo sličan poslu bolničkih sestara, uključujući i mnoge postupke koji su se nekada provodili isključivo u bolnicama – injekcije, infuzije, liječenje kisikom itd. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti zaposlene su patronažne diplomirane medicinske sestre. One posjećuju svoje pacijente u njihovu domu. Poučavaju njih i članove obitelji o zdravlju i bolesti, skrbi za bolesne i nemoćne u krugu obitelji itd. Surađuju s obiteljskim liječnikom i drugim zdravstvenim osobljem te ključnim ljudima i organizacijama u zajednici na rješavanju javnozdravstvenih problema.

Kućna njega i kućno liječenje spadaju u domenu šireg djelokruga rada polivalentne patronažne medicinske sestre. Ovaj segment aktivnosti polivalentna patronažna medicinska sestra obavlja u suradnji s ostalim članovima obiteljskog zdravstvenog tima. Domena njene aktivnosti je zdravstvena njega u kući oboljelih članova obitelji, koji su nakon uspostavljanja akutne dijagnoze oboljenja i stanja ostavljeni na kućnom liječenju i kućnoj njezi, a nisu takve težine stanja da bi ih trebalo hospitalizirati (3).

S druge strane, studije pokazuju da je kućno liječenje i kućna njega mnogo jeftiniji način rješavanja bolesti i stanja nego što je to bolnički tretman, i da kućno liječenje ima svoje brojne prednosti u odnosu na bolničko (bolesnik je u svom normalnom svakodnevnom okružju, članovi njegove obitelji su mu stalni pomoć u svakom pogledu, porodični komfor je važan čimbenik stabilnosti pacijenta, higijensko-dijetetski režim i dr. u kućnom okružju su mnogo povoljniji). Kućnu njegu i kućno liječenje provode visokoeducirane medicinske sestre u suradnji s liječnicima, a uključuju sve postupke u domenu obiteljskog liječnika, i njegovog tima, a također i polivalentne patronažne medicinske sestre (3).

1.2. Djelatnost kućnog liječenja

Djelatnost službe kućnog liječenja je liječenje nepokretnih, teško bolesnih i hendikepiranih osoba ili pak kao nastavak bolničkog liječenja pacijenata otpuštenih sa stacionarnog liječenja, ali kojima je nastavak započete terapije neophodan. Rad se osniva u kući bolesnika. Osoblje u timu dužno je stvoriti takav odnos s bolesnicima koji će poticati pozitivne oblike zdravstvenog ponašanja bolesnika. Kod starijih osoba treba, kao i kod drugih osoba s posebnim potrebama, omogućiti što dulji kvalitetni život i samostalnost, životni smisao, i korisne društvene funkcije.

Uz nadzor i kontrolu naglasak je na potpori, edukaciji i motivaciji radi što bolje prilagodbe, smanjenja komplikacija i kvalitetnijeg življenja i tada kada je zdravlje narušeno. Iskustvo je pokazalo da takve zadatke sestre mogu provoditi ako rade kao polivalentne patronažne sestre. Polivalentni oblik rada patronažne sestre je takav u kojem ona uzima u skrb čitavu obitelj. Sestra je dio tima u kojem se liječnik i sestra međusobno nadopunjuju u stvaranju međuljudskih odnosa s bolesnikom, koji će ga motivirati da se redovito obraća zdravstvenoj službi, da surađuje u liječenju bolesti i da se pridržava zdravstvenih savjeta i uputa (5).

1.3. Indikacije za kućno liječenje

Zdravstvena njega i rehabilitacija u kući nastavak je zdravstvene njege i rehabilitacije nakon izlaska bolesnika iz bolnice, lječilišta i drugih ustanova. Spada u primarnu zdravstvenu zaštitu. Zdravstvena njega je djelatnost u sustavu zdravstva koju samostalno obavljaju medicinske sestre u suradnji sa liječnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima.

Indikacija za prijem pacijenata u sustav kućnog liječenja je njegova nemogućnost da samostalno ili uz pomoć druge osobe dođe do najbliže ambulante. O prijemu, učestalosti obilazaka i duljeg trajanja liječenja u sistemu kućnog liječenja odlučuje liječnik obiteljske medicine. Zdravstvena njega provodi se u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja i sprječavanja pogoršanja zdravstvenog stanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i

poduku osigurane osobe i članova njezine obitelji u provođenju mjera zdravstvene njege.

Pravo na zdravstvenu njegu ostvaruje se na osnovi utvrđenih sljedećih stanja:

- nepokretnosti i slabije pokretnosti
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani liječnik istodobno provodi liječenje u kući, a indicira i zdravstvenu njegu
- prolazna ili trajna stanja u kojima nije moguće samozbrinjavanje
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te skrb za anus praeter i ostale stome
- kod terminalnog bolesnika.

Prijedlog za zdravstvenu njegu osigurane osobe daje izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvenu njegu osigurane osobe predlaže izabrani liječnik nakon izvršenog pregleda i utvrđenog medicinskog stanja osobe, te uvida u medicinsku dokumentaciju. U obrazloženju prijedloga za zdravstvenu njegu, izabrani liječnik predlaže postupke u skladu s popisom dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima, a prema navedenim stanjima i određuje vremensko razdoblje provođenja zdravstvene njege (6).

Izabrani liječnik obvezan je svaku propisanu i odobrenu zdravstvenu njegu prijaviti mjerodavnoj patronažnoj službi, te voditi brigu da zdravstvenu njegu provodi ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse koje je odredio. Patronažna služba obvezna je tijekom razdoblja pružanja njege obići osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana, te izvijestiti izabranog liječnika o njezinom stanju, učincima dotad provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljnjeg provođenja, odnosno potrebi obavljanja kućne posjete.

1.4. Vrste zdravstvenih usluga u kućnom liječenju

Stupnjevi zahtjevnosti zdravstvene njege (7)

Naziv postupka	Opis postupka
1. stupanj - minimalna zdravstvena njega	Potrebna minimalna zdravstvena njega teško pokretnog pacijenta, uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i. m. i s. c. injekcije, zdravstvenu njegu stome (ileostoma, kolostoma, urostoma, traheostoma, gastrostoma).
2. stupanj. - pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	Podrazumijeva kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (sa ili bez inkontinencije) uz provjeru vitalnih znakova, previjanje rane, hranjenje putem nazogastrične sonde.
3. stupanj - opsežna zdravstvena njega	Opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika uključuje stavke iz 1. i 2. stupnja, previjanje rane, primjenu oksigenoterapije.
4. stupanj - zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	Zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), uključujući i sve stavke iz 1., 2. i 3. stupnja

Medicinske sestre u stanu/kući pacijenta obavljaju slijedeće medicinsko tehničke radnje:

- Održavanje osobne higijene bolesnika i njegove okoline
 - kupanje bolesnika u postelji / kupaonici
 - priprema postelje, presvlačenje i smještaj bolesnika u odgovarajući položaj
- Sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja i komplikacija smanjene pokretnosti
 - očuvanje cjelovitosti kože - prevencija dekubitusa
 - vježbe disanja
 - vježbe aktivnog i pasivnog razgibavanja

- Briga o prehrani bolesnika
 - hranjenje bolesnika
 - prijedlog izbora namirnica i načina pripreme obroka u skladu s bolesnikovim potrebama

- Pomoć pri eliminaciji
 - pomoć kod smetnji u eliminaciji mokraće i stolice
 - pomoć pri opskrbi pomagalicama za inkontinenciju

- Zbrinjavanje rana
 - obrada i previjanje svih vrsta rana po uputi liječnika uz primjenu najsuvremenijih ovoja za rane

- Primjena terapije na traženje i po uputi liječnika
 - aplikacija injekcija
 - davanje infuzije uz nadzor liječnika
 - provođenje inzulinske terapije i poduka o samodavanju
 - primjena masti, otopina, kapi, obloga
 - nadzor nad uzimanjem propisane terapije

- Mjerenje i registracija vitalnih funkcija
 - praćenje vrijednosti tlaka, pulsa, tjelesne temperature...
 - mjerenje šećera u krvi i urinu
 - mjerenje razine kolesterola u krvi

- Pomoć, poduka i potpora obitelji u skrbi za:
 - bolesnog člana obitelji
 - člana obitelji s posebnim potrebama
 - člana obitelji treće životne dobi

- Izvođenje medicinsko-tehničkih zahvata prema preporuci liječnika
 - zbrinjavanje stoma: traheostoma (toaleta i promjena kanile), urostoma, nefrostoma, gastrostoma, ileostoma, kolostoma
 - kateterizacija mokraćnog mjehura
 - klizma
 - postavljanje i izmjena nazogastrične sonde
 - primjena terapije kisikom
 - uzimanje materijala za laboratorijske pretrage (krv, urin, stolica, brisevi i sl.)

- Zdravstvena njega umirućeg bolesnika

- Ostale usluge:
 - dogovaranje specijalističkih pregleda
 - komunikacija s izabranim liječnikom
 - pomoć pri opskrbi lijekovima, sanitetskim materijalom i ortopedskim pomagalicama - dostava u kuću
 - iznajmljivanje raznih pomagala potrebnih za zbrinjavanje bolesnika u kući (bolesnički krevet, toaletna kolica, hodalice itd.)

1.5. Procjena potreba za zdravstvenom njegom

Različiti su uzroci nastanka bolesti, a time i nastanak ovisnosti ljudi o zdravstvenoj njezi i tuđoj pomoći. To su tjelesna neaktivnost, psihičke promjene, tjelesni poremećaji, debljina, pothranjenost i nepravilna prehrana, poremećaj osjetila, stanje zubala, ovisnost (pušenje, alkohol i dr.), nepravilna uporaba lijekova, nepoštivanje propisa liječenja i uputa zdravstvenih djelatnika, loša osobna higijena i higijena okoliša, izlaganje vanjskim utjecajima (hladnoća, vrućina). Individualna procjena temelji se na anamnestičkim podacima i procjeni funkcionalnog stanja, učestalosti i kakvoći samobriga za zdravlje, na

informacijama i dokumentaciji zdravstvenog tima. Individualizirani pristup svakom pojedincu i problemu kroz logičan i sustavan slijed radnji garancija su profesionalnog, na znanju utemeljenog pristupa (8).

To su:

- procjena zdravstvenog statusa i potreba za zdravstvenom njegom,
- planiranje sestrinske skrbi,
- pružanje sestrinske skrbi,
- evaluacija ciljeva i rezultata skrbi.

Procjena uključuje: korisnika doživljaj vlastitog zdravlja, i aktivnosti koje poduzima u zdravlju i bolesti, prehrambeno-metaboličku procjenu, eliminaciju, aktivnost i vježbanje, kognitivne i perceptivne funkcije, spavanje i odmor, percepciju samoga sebe i odnosa s drugima, procjenu seksualno reproduktivne funkcije, sučeljavanje sa stresom, vjerovanja i uvjerenja.

Procjena patronažne sestre uključuje prepoznavanje, pronalaženje i pomoć u rješavanju sljedećih grupa problema:

- okolišni (higijenski, materijalni, sigurnosni uvjeti življenja)
- psihosocijalni (komunikacija, međuljudski odnosi, način ponašanja, razvoj čovjeka)
- fiziološki (disanje, cirkulacija, neuromuskularna i skeletna funkcija, probavna funkcija, reprodukcija, funkcija kože, sluh, vid, govor, svijest, bol),
- problemi zdravstvenog ponašanja u odnosu na prehranu, spavanje i odmor, fizičku aktivnost, osobnu higijenu, primjenu terapijskog režima i dr.

1.6. Uloga medicinske sestre u provedbi kućnog liječenja

U dogovoru s liječnikom i po obavljenim pripremama, medicinska sestra odlazi u kućni posjet. Prvi posjeti uvijek su od posebnog značenja jer se dolaskom u obitelj otvaraju vrata koja moraju ostati za patronažnu sestru uvijek otvorena, s jasnom porukom što je bio cilj posjeta i zašto su potrebni svi sljedeći. Planiranje posjeta ovisi o procjeni potreba svakog

pojedince i obitelji pa se na osnovi toga planiraju sestrinski ciljevi i intervencije. Prvenstveno se to odnosi na edukativne programe, ali i na suradnju sa stručnjacima iz drugih područja, odnosno svim članovima multidiscipliniranog tima na razini jedne zajednice (9).

Osoblje u timu dužno je stvoriti takav odnos s bolesnicima koji će poticati pozitivne oblike zdravstvenog ponašanja bolesnika. Kod starijih osoba treba, kao i kod drugih osoba s posebnim potrebama, omogućiti što dulji kvalitetni život i samostalnost, životni smisao, i korisne društvene funkcije. Uz nadzor i kontrolu naglasak je na potpori, edukaciji i motivaciji radi što bolje prilagodbe, smanjenja komplikacija i kvalitetnijeg življenja i tada kada je zdravlje narušeno. Iskustvo je pokazalo da takve zadatke sestre mogu provoditi ako rade kao polivalentne patronažne sestre.

Polivalentni oblik rada patronažne sestre je takav u kojem ona uzima u skrb čitavu obitelj. Sestra je dio tima u kojem se liječnik i sestra međusobno nadopunjuju u stvaranju međuljudskih odnosa s bolesnikom, koji će ga motivirati da se redovito obraća zdravstvenoj službi, da surađuje u liječenju bolesti i da se pridržava zdravstvenih savjeta i uputa.

Medicinska sestra ima veoma odgovornu i moglo bi se reći glavnu ulogu u komunikaciji s bolesnicima. Razlog je taj što bolesnici imaju puno bliskije odnose s medicinskom sestrom nego s liječnikom. Oni sestri lakše iznose svoje probleme i naravno očekuju da ih ona bolje poznaje i razumije. Ona je osoba od koje se očekuje posredništvo i kojoj će se povjeriti.

Znajući koliko je važno pridržavati se dobivenih savjeta i uputa, nakon stoje bolesniku određena dijagnoza i terapija, medicinska sestra može bolesniku najbolje objasniti kako treba provoditi liječenje i propisanu terapiju. Razgovor s bolesnikom veoma je važan. Bolesniku se treba obraćati s dužnim poštovanjem, naći dovoljno vremena, posvetiti mu pažnju, govoriti razumljivim jezikom. Bolesnik ne opisuje stručnost i iskustvo medicinske sestre, on primjećuje kako je primljen i pozdravljen. Ljubazan nastup veoma je važan u postupku ozdravljenja, kao i lijekovi i naši zahvati (9).

Prisutnost, samopouzdanje, pažljivo slušanje bolesnika, a nadalje stručnost, omogućuje medicinskoj sestri da prikupi bitne, cjeloviti i točne podatke o bolesnikovom problemu, odagna strah i tjeskobu, zadobije bolesnikovo povjerenje i omogući dobru suradnju u daljem liječenju. Medicinska sestra obavlja sve poslove iz programa zdravstvene njege s obzirom na specifičnost stanja bolesnika: održavanje osobne higijene, pomoć pri kretanju, prevencija dekubitusa, toaleta i previjanja rana, toaleta stoma, kontrola krvnog tlaka, davanje terapije, hranjenje na sondu, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, promjena urinarnog katetera, izvođenje klizmi, aktivno i pasivno razgibavanje, sve ostale poslove zdravstvene njege kod kroničnih bolesnika koji ne trebaju bolničko liječenje, kontakti s izabranim liječnikom i ostalim službama u zdravstvenoj zaštiti i dr. Zdravstvena njega može se provoditi svakodnevno ili u manjim vremenskim razmacima (dva do tri puta tjedno).

2. CILJ RADA

- Ustanoviti broj pacijenata koji su u tretmanu kućnog liječenja
- Ustanoviti najčešće bolesti i stanja koja su povod njihovo za kućno liječenje
- Ustanoviti vrstu i tip najčešćih sestrinskih intervencija

3. ISPITANICI I POSTUPCI

3.1. Mjesto i vrijeme studije

U Odsjeku za kućno liječenje Odjela obiteljske medicine u Domu zdravlja Mostar provedeno je istraživanje u razdoblju od 1. kolovoza do 30. listopada 2011. godine.

3.2. Ispitanici i parametri istraživanja

Analizirane su kućne posjete pacijentima u razdoblju 1.01. do 31.12. 2010. godine. Podaci su prikupljeni iz protokola Odsjeka za kućno liječenje Doma zdravlja Mostar. Iz zdravstvenih kartona pacijenata koji su obuhvaćeni kućnim liječenjem, retrospektivno su prikupljeni podaci o kućnim posjetima u 2010. godini. Analizirane su posjete u odnosu na dob i spol pacijenta, kao i posjete vezane za zdravstvenu problematiku, akutna i kronična stanja, te u odnosu na skupine bolesti pacijenata. Broj ispitanika iznosio je 386.

3.3. Statistička raščlamba podataka

Za razliku razdioba nominalnih i ordinarnih varijabli korišten je hi-kvadrat test.

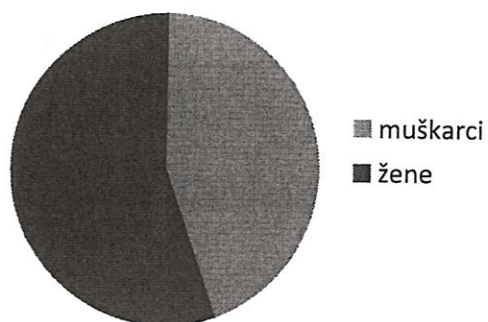
Za statističku analizu rabljen je programski sustav SPSS for Windows

4. REZULTATI

Odsjek za kućno liječenje Doma zdravlja Mostar je u tijeku 2010. godine u svom registru djelovanja obuhvatio ukupno 386 pacijenata. U 172 slučaja radilo se o muškarcima te u 214 slučajeva o ženama, što se pokazalo statistički značajnim ($\chi^2=4,570$; d.f. 1; $P=0,032$).

Tablica 1. Pacijenti u skrbi kućnog liječenja prema spolu

Spol	Broj (%) pacijenata
muški	172 (44,6)
ženski	214 (55,4)
Ukupno	386 (100,0)

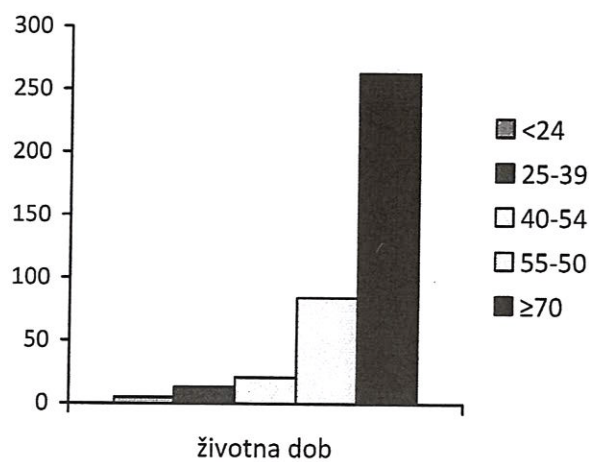


Grafikon 1. Prikaz pacijenata u skrbi kućnog liječenja prema spolu

U najvećem broju slučajeva radilo se o osobama u životnoj dobi od preko 65 godina, dok je najmanje bilo onih u životnoj dobi do 24 godine, što se pokazalo statistički značajno ($\chi^2=609,596$; d.f. 4; $P<0,05$).

Tablica 2. Pacijenti u skrbi kućnog liječenja prema životnoj dobi

Životna dob (godine)	Broj (%) pacijenata
<24	5 (1,2)
25-39	13 (3,3)
40-54	21 (5,4)
55-69	84 (21,7)
≥ 70	263 (68,1)
Ukupno	386 (100,0)

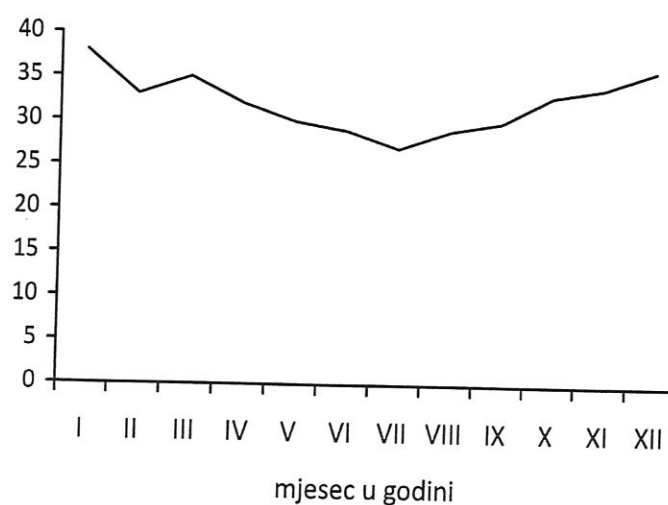


Grafikon 2. Prikaz pacijenata u skrbi kućnog liječenja prema životnoj dobi

Najveći broj pacijenata evidentiran je u siječnju i prosincu, dok ih je najmanje bilo u srpnju. Nije se pokazala statistički značajna razlika u broju pacijenata u odnosu na doba godine. ($\chi^2=2,242$; d.f. 11; $P=0,987$).

Tablica 3. Pacijenti u skrbi kućnog liječenja po mjesecima

Mjesec	Broj (%) pacijenata
Siječanj	38 (9,8)
Veljača	33 (8,5)
Ožujak	35 (9,2)
Travanj	32 (8,2)
Svibanj	30 (7,8)
Lipanj	29 (7,5)
Srpanj	27 (6,9)
Kolovoz	29 (7,5)
Rujan	30 (7,8)
Listopad	33 (8,6)
Studeni	34 (8,8)
Prosinac	36 (9,4)
Ukupno	386 (100,0)

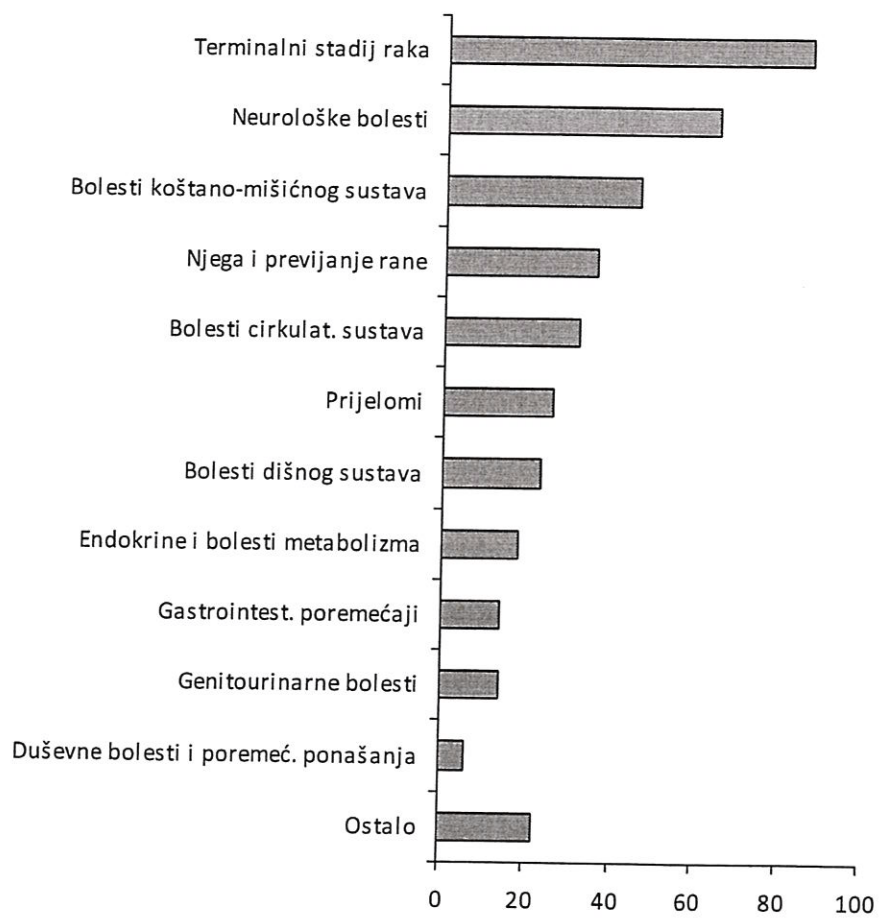


Grafikon 3. Prikaz pacijenata u skrbi kućnog liječenja po mjesecima

Terminalna stanja malignih bolesti su bila najveći uzrok kućnog liječenja u pacijenata, što se pokazalo statistički značajnim ($\chi^2=146,916$; d.f. 11; $P<0,05$). Na drugom mjestu su neurološke bolesti i stanja te oboljenja koštano-mišićnog sustava i vezivnog tkiva.

Tablica 4. Pacijenti u kućnom liječenju po dijagnozama

Vrste bolesti i stanja	Broj (%) pacijenata
Terminalni stadij maligne bolesti	87 (22,5)
Neurološke bolesti	65 (16,8)
Oboljenja koštano-mišićnog sustava i vezivnog tkiva	46 (11,9)
Njega rane i previjanje	36 (9,3)
Bolesti cirkulatornog sustava	32 (8,3)
Prijelomi	26 (6,7)
Bolesti dišnog sustava	23 (5,9)
Endokrine bolesti i bolesti metabolizma	18 (4,6)
Gastrointestinalni poremećaji	14 (3,7)
Genitourinarne bolesti	11 (2,8)
Duševne bolesti i poremećaji ponašanja	6 (1,5)
Ostalo	22 (5,7)
UKUPNO	386 (100,0)

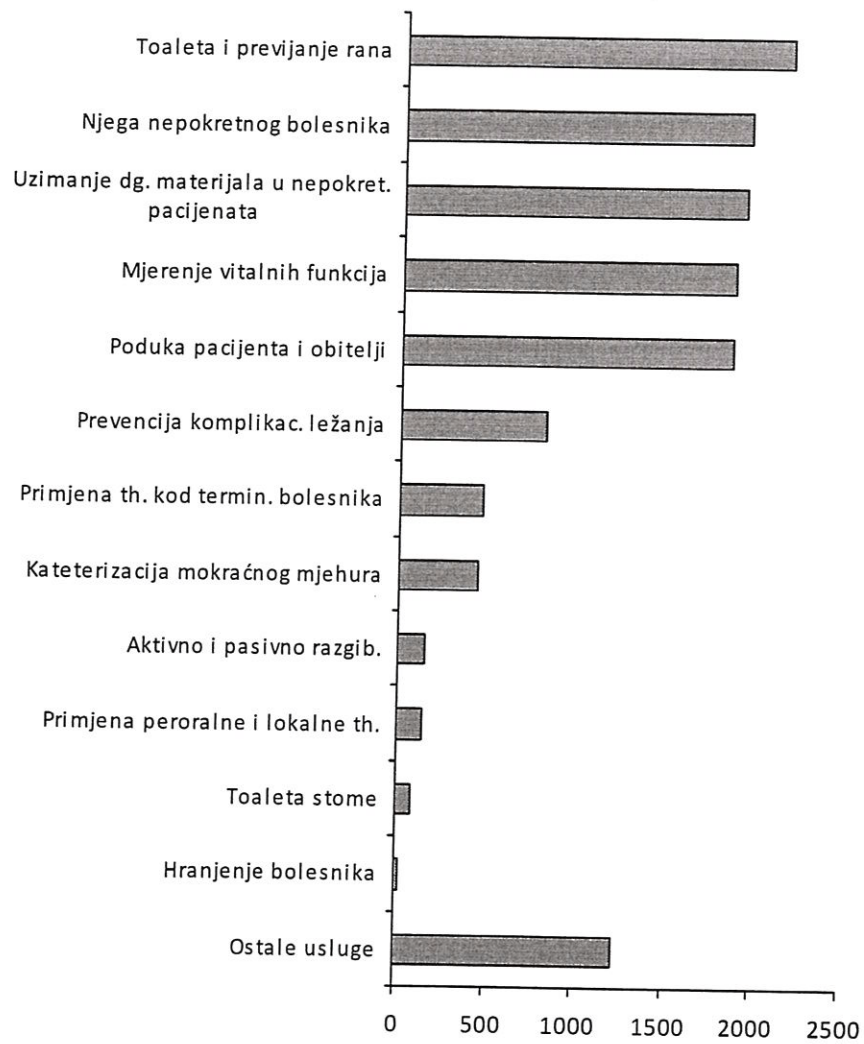


Grafikon 4. Raspodjela pacijenata u kućnom liječenju po dijagnozama

Najveći broj pruženih usluga u kućnom liječenju odnosio se na toaletu i previjanje rana te na njegu nepokretnih bolesnika.

Tablica5. Vrsta i broj pruženih zdravstvenih usluga u kućnom liječenju

Vrsta zdravstvene njege u kući	Broj (%) usluga
Toaleta i previjanje rana (ulcus cruris, dekubitus, gangrena postoperativne rane, opekotine, tumorozni infiltrati)	2184 (16,6)
Kompletna njega nepokretnog i teško pokretnog bolesnika	1956 (14,9)
Uzimanje dijagnostičkog materijala kod nepokretnih bolesnika	1932 (14,7)
Mjerenje i registracija vitalnih funkcija	1872 (14,2)
Poduka pacijenata i obitelji za samozbrinjavanje	1859 (14,1)
Prevenција komplikacija dugotrajnog ležanja (dekubitus, pneumonija, tromboza, kontrakture)	816 (6,2)
Primjena terapije kod terminalnog bolesnika (infuzijske otopine uz prisutnost izabranog liječnika)	468 (3,6)
Kateterizacija mokraćnog mjehura	445 (3,4)
Aktivno i pasivno razgibavanje	156 (1,2)
Priprema i primjena peroralne i lokalne terapije (klizma, O ² , kapi, masti)	147 (1,1)
Toaleta stoma (kanila, anus preter, urostoma)	85 (0,6)
Hranjenje bolesnika na usta ili putom postavljene sonde	25 (0,2)
Ostale usluge	1224 (9,3)
Ukupno	13169 (100,0)



Grafikon 5. Prikaz vrste i broja pruženih zdravstvenih usluga u kućnom liječenju

5. RASPRAVA

Posao medicinske sestre u kućnom liječenju je vrlo zahtijevan i odgovoran. Medicinska sestra iz obiteljske medicine jedan je od glavnih nositelja zdravstvene zaštite za populaciju opredijeljenih joj osoba. Skrbi o njihovom zdravlju i to daje pacijentima dodatnu psihološku sigurnost, jer im je zdravstvena pomoć uvijek pri ruci kada je zatrebaju. To je osobito važno za udaljene, osamljene i stare obitelji. Saznanje da je medicinska sestra spremna doći u njihov dom i pružat sestrinsku zdravstvenu skrb, pruža pacijentu dodatnu sigurnost i osjećaj da nije napušten i sam u starosti i bolesti. Kroničnim bolesnicima, a njih je najviše, medicinska sestra u timskoj suradnji osigurava neophodnu zdravstvenu skrb u njihovom domu.

U ovom istraživanju uočljiva je razlika u pacijentima korisnicima usluga kućnog liječenja obzirom na njihov spol. Budući su korisnici usluga kućnog liječenja u većini osobe starije životne dobi, i kako u toj dobnoj skupini prevladavaju žene, može se objasniti veći broj usluga kod žena. Žene općenito duže žive, u prosjeku sedam godina. Prosječno očekivano trajanja života za 2004. za muškarce je iznosilo 72,13 godina, a za žene 79,08 godina. U istraživanju Kersnika u Sloveniji, liječenje u kući je češće kod starijih pacijenata, osobito kod žena (10). Prema istraživanju koje je provedeno u 60 odjela obiteljske medicine (349.505 pacijenata) u Engleskoj i Wales-u, tijekom jedne godine kućne posjete su češće kod starijih pacijenata, a isto tako su češće kod žena nego kod muškaraca (11).

Više od dvije trećine pacijenata u skrbi kućnog liječenja je u životnoj dobi od 75 i više godina života, što je u skladu i s rezultatima drugih istraživanja. Mogući razlog tome leži u većem postotku žena u toj dobnoj skupini. Promjene u demografskoj strukturi stanovnika ukazuju na povećavanje udjela starijih ljudi u sveukupnom pučanstvu. Posljedično raste i broj kroničnih bolesnika, pa se javlja potreba za sve većim brojem liječenja u kući. Stariji pacijenti imaju specifične zdravstvene potrebe vezane za svoju dob, nosioci su nekoliko kroničnih bolesti, pa su i češći korisnici usluga obiteljske medicine u svome domu (12). Kod kroničnih bolesnika moguće je provoditi aktivne, planirane kućne posjete, jer su oni već dijagnostički obrađeni i njihovi su zdravstveni problemi već poznati. Oni iziskuju dulji zdravstveni nadzor u neograničenom vremenu. Smatra se da je i do 80% indikacija za

kućnim liječenjem u izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti upravo u vezi s kroničnim bolestima. Mnoge bolesti, osobito kronične, zahtijevaju promjenu načina života i primjenu novih vještina nakon otpuštanja iz bolnice. Zato sestre moraju pripremiti bolesnike za samostalan život kod kuće – poučavaju ih, primjerice, pravilnoj prehrani, samokontroli glukoze, načinu uzimanja lijekova i mnogočemu drugome, ovisno, dakako, o bolesti.

U većini slučajeva, uzrok kućnog liječenja bio je terminalni stadij malignih bolesti. Maligne bolesti su u porastu, a pacijenti su zadnju godinu dana više 90% vremena u svom domu u skrbi obitelji i obiteljske medicine (13). Razumljivo je da su ovi bolesnici bili česti korisnici kućnog liječenja, posebice u posljednjim mjesecima života. Članovima obitelji tim obiteljske medicine je psihološki oslonac i učitelj u postupanju s bolesnikom. Izbor i dostupnost mnogobrojnih lijekova za suzbijanje boli u različitim oblicima su znatno olakšali patnju bolesnika te zamijenili prijašnje učestalo davanje parenteralne analgetske i opijatske terapije i tako pridonijeli smanjenju broja kućnih posjeta radi parenteralne terapije (13). Druge po učestalosti dijagnoze pacijenata u kućnom liječenju, u ovom su radu neurološke bolesti bolesti koštano-mišićnog sustava i vezivnog tkiva te bolesti cirkulatornog sustava. To su stanja koja često prouzrokuju nepokretnost pacijenta a samim tim povećan rizik za nastup mnogobrojnih komorbiditetnih bolesti. Upravo u potvrdu te činjenice u velikom broju ispitanika radilo se o posljedičnim stanjima nakon pretrpljenog CVI. Te su bolesti posljedica starenja populacije i vjerojatno nedovoljno aktivno otkrivanje i zbrinjavanje bolesnika s kardiovaskularnim rizikom ili bolesnika s razvijenom bolesti. Te su bolesti najčešći uzroci mortaliteta i morbiditeta danas (14). Visoki broj zauzimaju bolesti koštano-mišićnog sustava koje su također vezane za stariju dob, raniju artrozu i probleme s kretanjem, ozljedama i operativnim korekcijama koštanozglobnog sustava, ali i zbog poljskih radova i nefiziološkog položaja tijela.

Od sestrijskih zdravstvenih usluga u najvećem broju slučajeva radilo se o toaleti i njegovanju rana. Kronične rane velik su problem za bolesnike jer im znatno umanjuju kvalitetu života, a i veliko su opterećenje za zdravstveni sustav zbog čestih hospitalizacija i intenzivnog liječenja. Ovisno o uzročnom čimbeniku, u kronične rane ubrajaju se dijabetički ulkus i dijabetičko stopalo, dekubitalni ulkus, venski i arterijski potkoljenski ulkus i radijacijski ulkus.

Medicinska sestra u provedbi kućnog liječenja ima odgovornu i, moglo bi se reći, glavnu ulogu. Razlog je taj što bolesnici imaju puno bliskije odnose s medicinskom sestrom nego s liječnikom. Oni sestri lakše iznose svoje probleme i, naravno, očekuju da ih ona bolje poznaje i razumije. Ona je osoba od koje se očekuje posredništvo i kojoj će se povjeriti. Znajući koliko je važno pridržavati se dobivenih savjeta i uputa, nakon što je bolesniku određena dijagnoza i terapija, medicinska sestra može bolesniku najbolje objasniti što je cilj liječenja, imajući u vidu dobnu granicu, sposobnost komunikacije (jezik, osobe s umanjanim sposobnostima, osobe s tjelesnim oštećenjem, specifična stanja). Poznavajući obitelj i socijalni status, može pomoći bolesniku u prilagodbi i sagledavanju bolesti više nego liječnik.

6. ZAKLJUČAK

- Žene su statistički značajno učestaliji korisnici kućnog liječenja kao vida zdravstvene njege
- Statistički najučestaliji korisnici kućnog liječenja su osobe starije životne dobi od preko 75 godina starosti
- Terminalna stanja malignih bolesti i posljedice neuroloških bolesti su najučestaliji uzrok kućnog liječenja u pacijenata
- Statistički najveći broj pruženih usluga sestrinske zdravstvene skrbi u kućnom liječenju odnosio se na toaletu i previjanje rana i njegu nepokretnih bolesnika
- Medicinska sestra u provedbi kućnog liječenja ima jedinstvenu i, može se reći, glavnu ulogu.

7. SAŽETAK

CILJ RADA: Ustanoviti broj pacijenata koji su u tretmanu kućnog liječenja; ustanoviti najčešće bolesti i stanja koja su povod njihovo za kućno liječenje; ustanoviti vrstu i tip najčešćih sestrinskih intervencija

ISPITANICI I POSTUPCI: U Odsjeku za kućno liječenje Odjela obiteljske medicine u Domu zdravlja Mostar provedeno je retrospektivno istraživanje kućnih posjeta u razdoblju od 1.01. do 31.12. 2010. Broj ispitanika iznosio je 386.

REZULTATI: U 172 slučaja radilo se o muškarcima te u 214 slučajeva o ženama, što se pokazalo statistički značajnim ($\chi^2=4,570$; d.f. 1; $P=0,032$). U najvećem broju slučajeva radilo se o osobama u životnoj dobi od preko 65 godina, ($\chi^2=609,596$; d.f. 4; $P<0,05$). Najveći broj pacijenata evidentiran je u siječnju i prosincu. Terminalna stanja malignih bolesti su bila najveći uzrok kućnog liječenja u pacijenata ($\chi^2=146,916$; d.f. 11; $P<0,05$). Najveći broj pruženih usluga u kućnom liječenju odnosio se na toaletu i previjanje rana te na njegu nepokretnih bolesnika.

ZAKLJUČAK: Medicinska sestra u provedbi kućnog liječenja ima jedinstvenu i, može se reći, glavnu ulogu.

8. SUMMARY

AIM: Researching the number of patients who treated in home treatment; researching the most common illness which are reason for their home treatments; researching the kind and type the most common interventions of nurses.

MATERIAL AND METHODS: In Section for home treatment of Department of family medicine Home health Mostar, we realized the retrospective research of home visits in period of 1. January to 31. December. The number of the examinees was 386.

RESULTS: In total of examle, 172 cases was men and 214 was women, as was showed statistical significantly ($\chi^2=4,570$; d.f. 1; $P=0,032$). The most number of cases were persons in life age over 65 ($\chi^2=609,596$; d.f. 4; $P<0,05$). The most number of patients noted in January and December. The terminal stages of cancer were the most reason for home treatment in patients ($\chi^2=146,916$; d.f. 11; $P<0,05$). The most number of interventions in home health was a toalete and work with the hack and care immovable patients.

CONCLUSION: Nurse has a exceptional and capital role in process of home health.

9. LITERATURA:

1. Budak A. Zdravstvena zaštita za stare osobe u Hrvatskoj. U: Budak A i sur. Obiteljska medicina. Udžbenik za studente i priručnik za liječnike. 3. dop. prom. izd. Zagreb: Gandalf; 2000, str 285-90.
2. Šućur M, Šućur Ž. Kućno liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. U Budak A. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb, 1990: 119-37.
3. Tomek-Roksandić S. Javnozdravstveni pristup zaštiti zdravlja starijih ljudi. U: Tomek Roksandić S, Budak A, urednici. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske;1999, str 1-19.
4. Ebling Z. Trajna zaštita i kućno liječenje. U: Jakšić Z, i sur. Obitelj i zdravlje. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (Škola narodnog zdravlja A. Štampar); 1996, str 87-89.
5. Grahović N, Rapić M. Korištenje usluga obiteljskog liječnika od pacijenata starije životne dobi. Med Fam Croat 2007;15:33-42.
6. Vodjerek-Matica Z, Katić M, Soldo D. Utjecaj skrbi za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti na ključne članove obitelji. Med Fam Croat 2006;14:53-60.
7. Pavleković G. Zdravstveni odgoj i zdravstveno prosvjeđivanje u jedinici opće medicine. U Budak A. Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb, 1990: 153-61.
8. Mojsović Z. i sur. Zdravstvena njega u patronaži – priručnik, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 1998.
9. Projekt za razvoj obiteljske medicinske sestre. George Brown College. Toronto. Canada. 2001.
10. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. Fam Pract. 2000;17:383-393.
11. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. BMJ. 1996;313:207-210.

12. Duraković Z. Gerijatrija. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina. 3. izd. Zagreb: Naklada Ljevak; 2003, str 105-9.
13. Parać D, i sur. Palijativna skrb u domu bolesnika – možemo li bolje? U: Zbornik radova. Šesti kongres Hrvatskog liječničkog zbora, Rovinj. 2006. str 271-87.
14. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2006 godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2007.

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNİ PODACI

Ime i prezime: Đenita Hasanagić-Kozić
Datum i mjesto rođenja: 24. 06. 1970. Mostar
Adresa: Karadžobegova 4, Mostar
Telefon: +387 61 106144

OBRAZOVANJE

1977.-1985. VI osnovna škola Mostar
1985.-1989. Srednja medicinska škola Mostar
2008.-2011. Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru
- Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva

ZAPOSLENJE

2000. - Odjel obiteljske medicine, Dom zdravlja mostar

EDUKACIJE

2006. Certifikat Queens University
(program dodatne obuke iz obiteljske medicine)