



## TEMA BROJA

Zatvoreni  
sustav  
pripreme  
citostatika

10

## INTERVJU

Marija Schonberger,  
bacc.med.techn.

15

## PREDSTAVLJAMO

Odjel za hematologiju i  
koagulaciju

13

BROJ  
16

## AKTUALNO

6 Organizacijski modeli  
zdravstvene njege

16 Tenzijske glavobolje

Zdravstvena njega bolesnika  
s moždanim udarom

23

Riječ urednika	3
Riječ pomoćnice ravnatelja	4
Tanjin blog	5
Organizacijski modeli zdravstvene njegе	6
Zatvoreni sustav pripreme citostatika	10
Predstavljamo: Odjel za hematologiju i koagulaciju	13
Intervju: Marija Schönberger, bacc.med.techn.	15
Tenzijske glavobolje	16
Proces zdravstvene njegе kod pacijenata nakon cystectomy i derivacije po Hautmannu sa komplikacijom ileusa	20
Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom	23
Izvješćа	31
Odjećа za dušу	39

## UREDNIŠTVO

**Glavni urednik: Tomislav Maričić, bacc.med.techn.**

*Voditelj tima na odjelu koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti*

**Vesna Konjevoda, dipl.med.techn.**

*Glavna sestra Zavoda za abdominalnu kirurgiju, Klinika za kirurgiju*

**Tanja Lupieri, mag.med.techn.**

*Glavna sestra za edukaciju*

**Jadranka Ristić, dipl.med.techn.**

*Glavna instrumentarka na Klinici za ginekologiju*

**Ana Zovko, primalja**

*Primalja na odjelu rodilja i babinjača, Klinika za ginekologiju*

**Marina Fulir, bacc.med.techn.**

*Medicinska sestra na Zavodu za gastroenterologiju i hepatologiju*

**Marina Kos, bacc.med.techn.**

*Glavna sestra Zavoda za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju, Klinika za neurologiju*

**Štefanija Kolačko, mag.med.techn.**

*Instrumentarka u očnoj operacijskoj sali, Klinika za očne bolesti*

Mjesto objavlјivanja: Zagreb

Godina objavlјivanja: 2011.

Nakladnik: KB „Sveti Duh“, Sveti Duh 64, 10000 Zagreb

Učestalost objavlјivanja: tromjesečno

Kontakt: moj.glas@kbsd.hr

## Tomislav Maričić, bacc. med. techn.

Voditelj tima na odjelu koronarne i postkoronarne skrbi, Klinika za unutarnje bolesti

Poštovane čitateljice i čitatelji, pred Vama je ljetni, 16-ti, broj stručno informativnog glasnika „Moj glas“, glasnika medicinskih sestara/tehničara i primalja Kliničke bolnice „Sveti Duh“.

Ovaj 16-ti broj uz stručne članke, predstavljanje odjela i izvešća sa kongresa, za temu broja donosi „Zatvoreni sustav pripreme citostatika“. U sklopu predstavljanja Odjela za hematologiju i koagulaciju, Klinike za unutarnje bolesti, gošća u intervju nam je glavna sestra istog, Marija Schönberger, bacc.med.techn.

Dana 12. srpnja 2016. godine Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ održana je Izborna skupština **Podružnice Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS-a), KB „Sveti Duh“**. Dosadašnja predsjednica Podružnice **Tanja Lupieri**, mag.med.techn. i potpredsjednica **Vesna Konjevoda**, dipl.med.techn., zahvalile su se na dosadašnjem radu. Na Izbornoj skupštini za **predsjednicu** Podružnice izabrana je **Željka Klobučar**, bacc.med.techn., Glavna sestra Zavoda za traumatologiju na Klinici za kirurgiju, KB „Sveti Duh“, a za **potpredsjednicu** Podružnice izabrana je **Ivana Presečki**, bacc.med.techn., Glavna sestra Zavoda za kirurgiju glave i vrata.

## Najsestra 2016.

Zadovoljstvo mi je najaviti drugi po redu izbor Najsestre KB „Sveti Duh“. Uredništvo Glasnika, uz Pomoćnicu ravnatelja za sestrinstvo, u idućem broju (prosinac 2016.) izabrat će Najsestru KB „Sveti Duh“ u 2016. godini.



Svečana dodjela Nagrade za „Najsestru“ održati će se na tradicionalnom Božićnom koncertu KB „Sveti Duh“, u atriju bolnice. Cilj nam je javno i dodatno nagraditi rad medicinskih sestara/tehničara i primalja naše bolnice.

U natječaj ulaze svi navedeni zaposleni u KB „Sveti Duh“. Prijave uredništvu sa kratkim obrazloženjem i životopisom šaljite na mail uredništva [moj.glas@kbsd.hr](mailto:moj.glas@kbsd.hr) do 10. prosinca 2016. Kriteriji ocjenjivanja objavljeni su na web stranici KB „Sveti Duh“. Još jednom napominjem kako se radi o izboru za Najsestru u 2016. godini, a broj prijava sa svakog odjela je neograničen.

Na kraju, kao i svaki put, podsjećam Vas na rubriku Moj glas, u kojoj želimo čuti i Vas, medicinske sestre/tehničare, primalje, suradnike, osobe drugih medicinskih i nemedicinskih djelatnosti te građane. Pišite nam, pitajte, komentirajte; šaljite nam stručne radove, informativne članke, fotografije i druge sadržaje

Naš kontakt mail: [moj.glas@kbsd.hr](mailto:moj.glas@kbsd.hr)

Časopis „Moj glas“ osim u tiskanom obliku

čitajte i na službenoj Internet stranici KB „Sveti Duh“:

[www.kbsd.hr](http://www.kbsd.hr)

## Marina Rukavina, dipl. med. techn.

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo  
Glavna sestra bolnice

Poštovane kolegice i kolege,

vrijeme godišnjih odmora bliži se kraju i svi se pomalo vračamo u kolotečinu svakodnevnog života.

Nadam se da ste svi odmorili duše i tijela i da ste napunjeni pozitivnom energijom koja će Vas držati do nekog "novog" godišnjeg odmora.

Ljetni mjeseci uvijek donose malo mirnije radno okruženje iako ne i lakši rad, jer se u to vrijeme uobičajeno brinemo o izuzetno teškim i zahtjevnim bolesnicima.

Velika pomoć su naši pripravnici koji nadomještaju nedostatan broj medicinskih sestara i marljivo rade na svim radilištima.

Ministarstvo zdravlja suglasilo se i odobrilo naš zahtjev za zapošljavanje zdravstvenih djelatnika na neodređeno vrijeme. Tako će petnaest medicinskih sestara/tehničara i četiri primalje asistentice potpisati Ugovor o radu na neodređeno vrijeme.

Glavne sestre Klinika i Zavoda procijenile su njihov rad i zalaganje i smatramo da su zaslužili da postanu stalni članovi našeg tima.

Zahtjev za raspisivanje natječaja za zapošljavanje zdravstvenih djelatnika na određeno vrijeme ponovo je odobren i biti će raspisan do kraja mjeseca kolovoza.

Iako smo ove godine u nekoliko navrata raspisivali natječaje, zbog čestih bolovanja i odlazaka djelatnika, još uvijek nismo u

mogućnosti popuniti radna mjesta sukladno Pravilniku o unutarnjem ustroju i sistematizaciji radnih mjesta.

Već dugo vremena se problemi sestrinstva sporo prepoznaju i rješavaju u krovnim organizacijama, stoga se nadam da će izbor novih ljudi na čelne pozicije Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara i HUMS-a dovesti do pozitivnih pomaka.

Čestitam medicinskim sestrama djelatnicama naše Bolnice Brankici Grgurić, dipl.med.techn. koja je izabrana na mjesto Predsjednice Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara- medicinskih tehničara, i Tanji Lupieri, mag.Sestrinstva, izabranoj na mjesto Predsjednice HUMS-a.

Poznavajući Brankicu Grgurić i Tanju Lupieri sigurna sam da će svojim radom i upornošću svoja mandatna razdoblja opravdati na najbolji način.

U nadi da će se sve posložiti baš kako bismo željeli i kako planiramo lijepo Vas pozdravljam.

Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo  
Glavna sestra Bolnice  
Marina Rukavina, dipl.med.techn.



Folnegovićeva 1c/VIII, 10000 Zagreb  
Tel: 01 55 08 999, Fax: 01 61 77 217  
[www.stoma-medical.hr](http://www.stoma-medical.hr)

Unomedical  
A Convatec Company



## Tanjin blog

### Mobing medicinskih sestara/tehničara na radnom mjestu

Tanja Lupieri, magistra setrinstva

Vrlo često se u našim radnim sredinama upotrebljava naziv mobing. Znamo li što je to mobing i jesmo li žrtve mobinga, a da toga nismo svjesni?

Posljednjih dvadesetak godina u psihologiji rada i organizacijskoj psihologiji postoji veliki interes za sustavnim proučavanjem zlostavljanja u radnoj okolini. U postojećoj literaturi mogu se pronaći različiti termini kojima se označavaju ponašanja kojima kolege, nadređeni ili podređeni sustavno zlostavljaju zaposlenika na radnom mjestu. U skandinavskim zemljama i Njemačkoj preferira se mobing, dok se u Engleskoj koriste terminom bullying, a u Kanadi i SAD-u prevladavaju termini zlostavljanje i radna trauma. U Republici Hrvatskoj mobing se prevodi kao psihičko zlostavljanje, psihičko maltretiranje, psihički teror ili moralno zlostavljanje.

U literaturi se najčešće citira Leymannova definicija, prema kojoj se mobing definira kao neprijateljska i neetična komunikacija koja je sustavno usmjerena od jednoga ili više pojedinaca prema, uglavnom, jednom pojedincu koji se zbog mobinga našao u poziciji u kojoj je bespomoćan i u nemogućnosti obraniti se, te držan u njoj pomoći stalnih mobilizirajućih aktivnosti. Te aktivnosti izvode se s visokom učestalošću (barem jedan put u tjednu) i u duljem razdoblju (najmanje 6 mjeseci). Učestalost i trajanje su dvije ključne dimenzije mobinga, a zbog visoke učestalosti i duljeg trajanja maltretiranje može rezultirati značajnim mentalnim, psihosomatskim i socijalnim posljedicama. Na velikim i reprezentativnim uzorcima u Švedskoj, Norveškoj i Njemačkoj utvrđeno je da je prosječno trajanje mobinga od 15 do 18 mjeseci. Neki od načina uzinemiravanja i zlostavljanja na radnim mjestima su: širenje zlobnih tračeva, uvrede, ismijavanja, objavljivanje osobnih podataka o osobi koje drugi ne moraju znati, davanje zadataka za koji se zna da ih osoba ne može izvršiti, ignoriranje, izoliranje, nepozivanje na sastanke... Razlikuje se šest oblika mobinga: organizacijski, socijalna izolacija, napadi na privatnu sferu života, verbalna i fizička agresija te širenje glasina. Aktivnosti simptomatične za mobing su: napadi na mogućnost adekvatnog komuniciranja (npr. ograničavanje mogućnosti izražavanja žrtve), napadi na mogućnost održavanja socijalnih odnosa (npr. prema žrtvi se ponaša kao da ne postoji, ne poziva se na zajedničke sastanke), napadi na osobnu reputaciju (npr. ogovaranje, ismijavanje, vrijedanje, ponižavanje i sl.), napadi na kvalitetu rada (npr. stalne kritike i prigovori, pretjerana kontrola, zatrpanjanje zadacima i određivanje kratkih rokova i sl.), napadi na zdravlje žrtve (npr. negiraju se godišnji odmor i slobodni dani, fizički napadi, seksualno zlostavljanje i sl.).

Istraživanja potvrđuju i veću pojavnost mobinga u zdravstvenim institucijama, obrazovnim ustanovama i neprofitnom sektoru. U zdravstvenom sektoru medicinske sestre su izlagane mobingu više nego drugi profesionalci. Rastuća kompetitivnost zdravstvenih radnika, izmijenjena dinamika rada i „macho“ stil rukovođenja u zdravstvu kreiraju



kulturu ponašanja koja pogoduje razvoju mobinga.

U ispitivanju provedenom na većem uzorku od 1.354 medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u sustavu zdravstvenih ustanova različitog tipa, na teritoriju 21 županije u Republici Hrvatskoj, pokazalo se da se skoro polovina ispitanika požalila na doživljena negativna iskustva. Najviše se ispitanika požalilo kolegama s posla i članovima obitelji, a najučestaliji oblici ponašanja u njihovom radnom okolišu su: omalovažavanja, vikanja, vrijedanja, ignoriranje mišljenja i stavova, privilegiranja pojedinih članova tima unutar raspodjele poslova, komentiranje privatnog života, te neosiguravanje zamjene za odsutne djelatnike i negativan odnos prema njihovom radu. Dobiveni rezultati također ukazuju da negativna ponašanja proizlaze iz stresnih uvjeta rada i organizacijskih problema, kao i manjkavih komunikacijskih vještina.

Studije također ukazuju na raširenost seksualnog uzinemiravanja medicinskih sestara.

Za zdravstvene smetnje uzrokovane mobingom najčešće se postavljaju dijagnoze poremećaja prilagodbe i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).

Istraživanja pokazuju da su osjećaj umora i stresa, glavobolje, gastrointestinalni simptomi i različite emocionalne reakcije najčešće reakcije na mobing. Kako bi izbjegle mobing medicinske sestre rade teže i napornije, koriste se privremenom spriječenošću za rad (bolovanjem), a ponekad razmišljaju o suicidu zbog doživljenog mobinga.

Podrška obitelji se najčešće traži kada je riječ o napadu na radnu domenu, dok je podrška kolega značajno povezana sa seksualnim uzinemiravanjem. O ovom problemu se razgovara i svjesni smo da postoje u sredini u kojoj radimo, ali se ne prijavljuju. Zašto?

Ukoliko se Vama ili nekome u Vašoj okolini događa verbalni ili fizički oblik zlostavljanja na radnom mjestu ili ste sudionici navedenih situacija postoji mogućnost da ih prijavite i evidentirate kroz obrazac o neželjenim događajima u sustavu za kvalitetu.

Mobing se možda danas događa nekom drugom, a sutra će se možda dogoditi Vama. Spriječite pojavu mobinga na Vašem radnom mjestu i radite u „zdravoj“ radnoj sredini!

#### Literatura

N. Šimić, L. Rupić, Lj. Gregov, M. Nikolić: *Suočavanje i percepcija i percepcija mobinga kod medicinskih sestara različite dobi i radnog iskustva. Sigurnost.* 57(4) 305-318(2015).



# Organizacijski modeli zdravstvene njegе – prednosti i nedostaci

Ivana Vučetić, bacc. med. techn., Zavod za ortopediju

## Uvod

Organizacija je, jednostavno rečeno, potreba za udruživanjem ljudi radi realiziranja određenih ciljeva. U današnjem vremenu modernizacije, kada se pred svako zanimanje i profesiju postavljuju određeni kompleksni ciljevi, svakako se javlja potreba za organizacijom rada pa je tako i u radu medicinskih sestara potrebna primjena organizacije čija uspješnost predstavlja postizanje kvalitetne zdravstvene njegе u skladu s mogućnostima zdravstvene ustanove.

Organizacijski modeli zdravstvene njegе neizostavan su i bitan dio cjelokupnog sustava potpore u zdravstvenoj njegi koji utječe na kvalitetan i produktivan rad medicinskih sestara. Odabir određenog modela organizacije ovisi o različitim čimbenicima, a kako bi bio osiguran prikladan organizacijski model u zdravstvenoj njegi, za svaki je potrebno utvrditi njegove prednosti i nedostatke.

## Organizacija i sestrinstvo

Sestrinstvo je prolazilo dugačak razvojni put čiju je povijest nemoguće pratiti odvojeno od povijesti medicine sve do pred kraj 19. stoljeća kada se te dvije discipline kreću razdvajati uz zadržavanje komplementarnog odnosa. O razvoju sestrinstva može se govoriti i u prezentu jer pod utjecajem razvoja znanosti i tehnologije, društvenih zbivanja te odnosa u društvu, sestrinstvo i danas doživljava stalni razvoj i promjene zbog čega se javlja potreba za organizacijom. Naime, cilj je djelovanja medicinske sestre pružanje kvalitetne zdravstvene njegе, a taj će cilj biti uspješno postignut jedino ako se uz minimalan napor i uz minimalno trošenje određenih resursa postigne najoptimalniji rezultat. U današnjem je društvu još uvijek većinski zastupljeno mišljenje kako sestrinsko obrazovanje podrazumijeva isključivo pružanje zdravstvene njegе, međutim, iako će prethodno navedeno uvijek biti temelj sestrinstva, sestrinsko obrazovanje danas objedinjuje tehnička umijeća, umijeće ophođenja s ljudima te konceptualna umijeća, odnosno sve komponente koje omogućuju medicinskoj sestri uspješno organiziranje rada u svim vrstama radnih organizacija te je time definirana i nova uloga u sestrinstvu – medicinska sestra menadžer koja, koristeći stečena teorijska i praktična znanja, organizira i upravlja sa svrhom postizanja najviših standarda prakse u vezi sa zdravljem pojedinca, grupe ili društvene zajednice.

## Sustavi potpore u zdravstvenoj njegi

Danas postoji niz faktora koji osiguravaju produktivan i kvalitetan rad medicinskih sestara, a oni najbitniji jesu: faktori kompetencije, faktori motivacije i sustavi potpore. Posljednji navedeni u zdravstvenoj se njegi mogu podijeliti na:

sustav potpore u upravljanju ljudskim potencijalima i sustav potpore u procesu provođenja zdravstvene njegе. Za razumijevanje organizacijskih modela u zdravstvenoj njegi bitan je sustav potpore u procesu provođenja zdravstvene njegе koji se dijeli na: tehničku potporu i strukturu potporu, a strukturalna je potpora ona komponenta koja uključuje organizacijske modele u zdravstvenoj njegi.

## Organizacijski modeli zdravstvene njegе

Postoje tri osnovna modela organizacije zdravstvene njegе, a to su funkcionalni model, timski model i primarni model, ali isto tako postoje i napredniji modeli, a to su model cjelovite sestrinske skrbi, pacijentu usmjeren model i model upravljanja slučajem.

## Funkcionalni model

Riječ funkcija dolazi od latinske riječi functio što u hrvatskom prijevodu znači obavljanje službe. Iz toga proizlazi da se funkcionalni model zdravstvene njegе temelji na ustrojavanju funkcije službe. Ovaj je model dominanta u Hrvatskoj zbog velikog broja stacionarnih ustanova.

Ono što ovaj model karakterizira po pitanju obrazovne strukture osoblja jest mali broj sestara s višom ili visokom stručnom spremom, dok dominantu preuzima osoblje sa srednjom stručnom spremom. Specifičnost ovog modela jest usmjerenost na zadatke, intervencije i postupke.

Naziv modela govori u prilog tome da svaki član radne organizacije ima svoju određenu funkciju. Osoblje organizira glavna medicinska sestra koja je najčešće jedina medicinska sestra na odjelu koja ima višu ili visoku stručnu spremu. Njezina je funkcija zaduženje osoblja za izvršavanje zadataka i planiranje rada.

Prednosti ovog modela proizlaze iz činjenice da svaki član radne organizacije ima svoju funkciju. Na temelju prethodno navedene činjenice može se pretpostaviti da se učestalom ponavljanjem jednakе vrste posla dovodi do svojevrsne specijalizacije u istom, a ako je netko specijaliziran u onome što radi znači da će biti omogućena brža, kvalitetnija i efikasnija provedba posla. Ekonomičnost je također jedna od prednosti ovoga modela. S obzirom da u ovom modelu prevladava osoblje sa srednjom stručnom spremom, znači da će doći do financijske uštede pri zapošljavanju istih. Do uštede može doći i na samome odjelu gdje je potreban mali broj opreme i pomagala, odnosno potreban je onoliki broj koliko je i osoblja čija je funkcija za korištenje istih.

Nedostatak je ovog modela činjenica da se dodjeljivanjem funkcije svakom članu radne organizacije gubi cjeloviti uvid u pacijentovo stanje i probleme.

Kada ne postoji cjeloviti uvid u pacijentovo stanje, tada ne postoji ni orientacija na pacijenta, nego je orientacija usmjerena isključivo na posao, odnosno funkciju koja se provodi. Konstantno izvršavanje samo jednog posla dovodi osoblje u monotoniju, a ta monotonija može izazvati i gubitak interesa za posao.

## Timski model

Temeljna organizacijska kategorija timskog modela organizacije zdravstvene njegе jest tim, odnosno skupina onih ljudi koji u svom radu imaju jednake zajedničke ciljeve i zajednički pristup. Ono po čemu je ta skupina ljudi prepoznatljiva jest činjenica da su unutar tima svi članovi ravноправni, od svakoga se člana očekuje angažman na području kojega ima najveću sposobnost, mišljenje se svakog člana tima uvažava i svi rade u korist zajedničkog cilja. Svaki tim ima svog vođu koji ih usmjerava u njihovim aktivnostima. Ukoliko vođa nije kompetentan za obavljanje svoje funkcije tada ni tim ne može pravilno funkcionirati.

Obrazovnu strukturu timskoga modela čini osoblje s višom i/ili visokom stručnom spremom te srednjom stručnom spremom koje dominira. Dakle, postoji glavna medicinska sestra koja stvara timove, svaki pojedinačni tim ima svoga vođu, a zadaća mu je zbrinjavanje određenog broja pacijenata. Vođa tima povjerava članovima provođenje zdravstvene njegе po unaprijed i zajednički dogovorenom planu.

Prednost timskog modela zdravstvene njegе prvenstveno leži u tome što je orientacija usmjerena na bolesnika, a ne na provođenje zadataka, čime se postiže bolja kvaliteta u više kategorija. Naime, prisutna je mogućnost iskorštavanja znanja medicinskih sestara što kao rezultat daje zadovoljstvo osoblja u njihovom radu, ali isto tako i bolju skrb za pacijenta jer se provodi sveobuhvatna zdravstvena njega. Također, pacijent brže i lakše pronalazi osobu kojoј će se obratiti za pomoć što je u funkcionalnom modelu drukčije.

Nedostatak timskog modela jest smanjena efikasnost iz razloga što na planiranju zdravstvene njegе radi više članova radne organizacije pa i planiranje traje dulje. Vođa tima do pojedinih informacija o pacijentu dolazi posredstvom članova tima što može negativno utjecati na kvalitetu zdravstvene njegе. Isto tako, nedosljednost u samoj primjeni, otpor glavnih sestara na odjelu, nesposobnost vođa timova te neupućenost drugih suradnika u timski model komponente su koje čine nedostatke ovoga modela. U teoriji, timski je model izvrsno osmišljen, no svaki se zaposlenik treba podudarati s ulogom koju mu njegovo radno mjesto donosi. Ukoliko vođa tima nije kompetentan za posao koji obavlja, ni tim neće djelovati u skladu s očekivanjima, stoga sve prednosti automatski postaju nedostatci. S ekonomskog gledišta, sama potražnja za medicinskim sestrama više ili visoke stručne spreme koje bi trebale biti vođe timova zahtijeva i veće novčane izdatke pri zapošljavanju.

## Primarni model

Primarni model organizacije zdravstvene njegе jest model karakterističan po obrazovnoj strukturi osoblja unutar koje sve medicinske sestre imaju višu ili visoku stručnu spremu. U Hrvatskoj je ovaj model pronašao svoju primjenu jedino na razini primarne zdravstvene zaštite i to u patronažnoj djelatnosti medicinskih sestara. Osnovna postavka modela jest ta da jedna, odnosno primarna medicinska sestra zbrinjava određeni broj pacijenata. Ulogu u ovom modelu ima i sekundarna medicinska sestra koja također ima višu ili visoku stručnu spremu i koja pruža pomoć pacijentu u slučaju odsutnosti primarne medicinske sestre. Ukoliko pacijentovo stanje to zahtijeva, sekundarna medicinska sestra ima ovlast za izmjenu plana zdravstvene njegе. Cjelokupnim osobljem upravlja glavna medicinska sestra, što podsjeća na funkcionalni model, no ta se dva modela razlikuju u tome što u funkcionalnom modelu svaka sestra izvršava svoju funkciju, a u primarnom modelu medicinska sestra izvršava apsolutno sve funkcije na jednom pacijentu odnosno pruža mu kompletну zdravstvenu njegu. Dakle, u ovoj vrsti modela orientacija je na pacijenta, a ne na funkciju.

Prednost primarnog modela nalazi se u činjenici kako je prisutna kvalitetna i kontinuirana zdravstvena njega zbog potpune orientacije medicinske sestre na kompletno zbrinjavanje pacijenta. Komunikacija između medicinske sestre i pacijenta olakšana je zato jer pacijent zna tko je njegova primarna sestra. Ovaj model stavlja naglasak na samostalnost i kreativnost medicinskih sestara, a može se istaknuti i njegova ekonomska prihvatljivost.

Nedostatak se nalazi u osnovnoj karakteristici da se o jednom pacijentu brine samo jedna primarna sestra. Naime, primarne medicinske sestre jednake su po pitanju stupnja obrazovanja, međutim, jednak stupanj obrazovanja ne znači imati i jednak stupanj sposobnosti, znanja i iskustva pa iz te činjenice proizlazi zaključak da kvaliteta skrbi primarnih sestara ne mora nužno biti jednaka. Također, sekundarna sestra ima pravo promjene plana zdravstvene njegе zbog različitih stavova o istome, što može dovesti do zbunjivanja pacijenta i narušavanja tijeka zdravstvene njegе. Primarna medicinska sestra mora izvršavati niz različitih funkcija što može izazvati njezino nezadovoljstvo.

## Model cjelovite sestrinske skrbi

Kao i što sam naziv modela kaže, sestra pruža cjelovitu skrb pacijentu. Dakle, medicinska sestra jest osoba koja je odgovorna za svaki segment zdravstvene njegе, odnosno, ona je osoba koja planira, organizira i provodi cjelokupnu zdravstvenu njegu tijekom svoje smjene. Ovaj model svoj razvitak bilježi u 19. stoljeću kada su medicinske sestre započele s provođenjem zdravstvene njegе u bolesnikovom domu, a danas se primjenjuje i u pojedinim jedinicama intenzivnog liječenja.



Također, ovaj je model baš zbog svoje sveobuhvatnosti i cjelovitosti prikladan za naobrazbu studenata za vrijeme stručne prakse te pruža mogućnost savladavanja određenih vještina u području zdravstvene njegе.

Prednost ovog modela leži u njegovoj osnovnoj karakteristici, a to je cjelovitost. Naime, samo jedna medicinska sestra tijekom svoje smjene pruža bolesniku cjelovitu i kontinuiranu zdravstvenu njegu. Pri primopredaji službe medicinske sestre mogu jednostavno komunicirati i raspravljati o planu zdravstvene njegе za pacijente te time osigurati kontinuiranu skrb.

Nedostatak modela cjelovite sestrinske skrbi činjenica je kako je za pružanje kvalitetne zdravstvene njegе i primjenu samog modela potrebno visokoobrazovano osoblje što, naravno, predstavlja financijsku potporu koju nije moguće osigurati.

## Pacijentu usmjeren model

Ovaj je model jedan od novijih modела u zbrinjavanju bolesnika. Glavno obilježje jest usmjerenost na bolesnika, a ne na zadatok. Postoji mnogo članova zdravstvenog tima čiji je zajednički cilj osiguravanje najbolje skrbi za pacijenta. Osim zdravstvenih djelatnika, članovima tima smatraju se i sam bolesnik te njegova obitelj. Bolesnik je u centru zbivanja od same izrade plana zdravstvene njegе pa sve do organizacijske skrbi. Pacijentu usmjeren model koristi interdisciplinarni pristup.

Prednost ovoga modela jest povećana kvaliteta skrbi i zadovoljstvo bolesnika koje je rezultat potpunog uključivanja bolesnika u skrb. Medicinska je sestra osoba koja je odgovorna za niz aktivnosti oko pacijenta i može konzistentnije osigurati skrb.

Nedostacima se može smatrati zahtjev za velikim organizacijskim promjenama i promjeni funkcije u odnosu na dosadašnji način organiziranja skrbi. Uključivanje brojnih disciplina i djelatnika u skrb za pacijenta povećava rizik za pojavu konflikta, a sve to od medicinske sestre zahtijeva dobru sposobnost organiziranja.

## Model upravljanja slučajem

Model upravljanja slučajem jest nastao kao potreba određenih osiguravajućih društava za praćenjem i kontroliranjem troškova liječenja svojih osiguranika, a nešto je kasnije postao prihvaćen i od strane zdravstvenih ustanova. Osnovna karakteristika modela jest usmjerenost na postizanje visoke kvalitete zdravstvene njegе, u najkraćem mogućem vremenu, ali isto tako i primjena svih dostupnih resursa uz prihvatljive troškove. Ovaj se model može protumačiti kao nadopuna drugim modelima. Najčešće se primjenjuje kao nadopuna kod kritično bolesnih bolesnika, čija su liječenja karakterizirana visokim troškovima. Medicinska sestra koja u ovom slučaju ima ulogu "case managera" organizira i koordinira zdravstvenu njegu od prijema do otpusta.

Ovaj model objedinjuje pet komponenti, a to su procjena, planiranje, provođenje, evaluacija i interakcija.

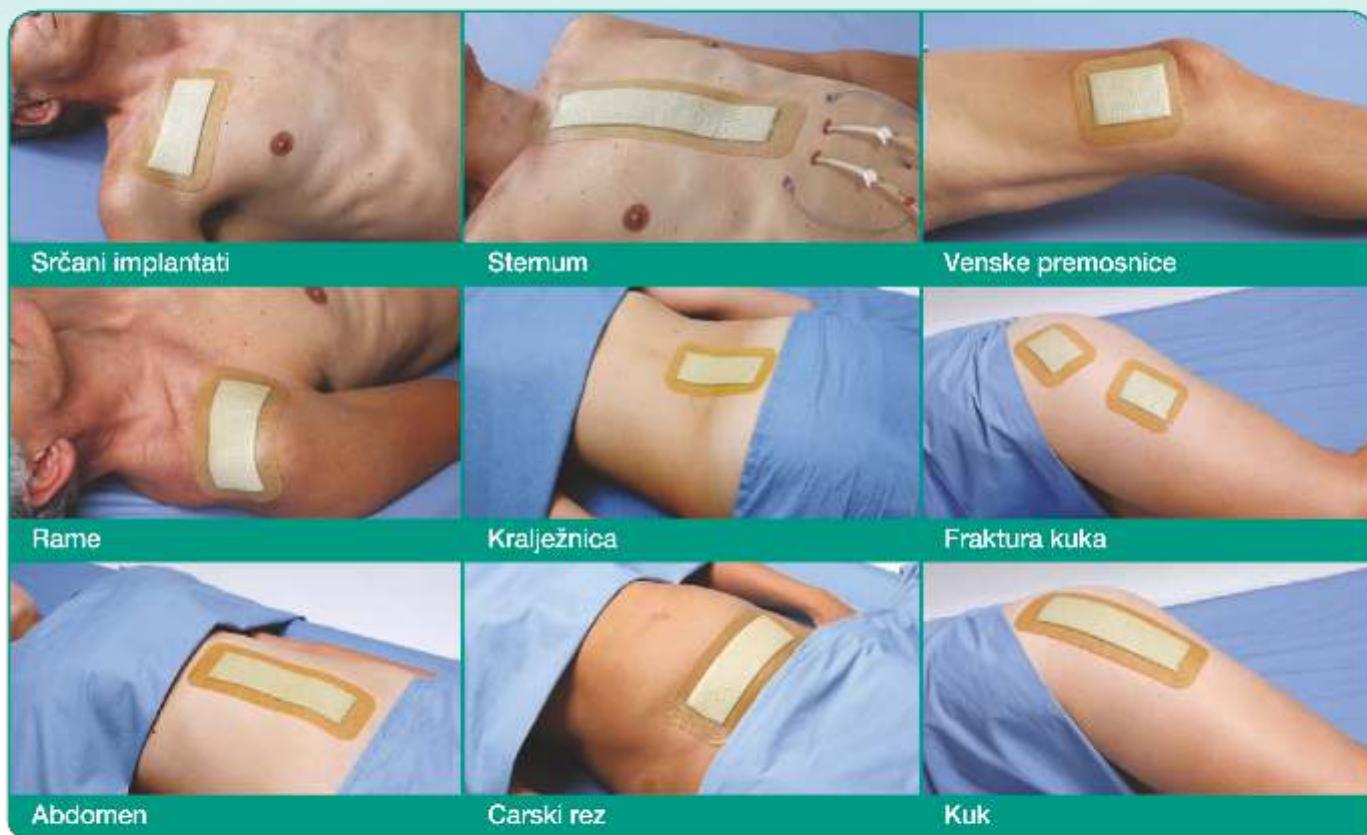
## Zaključak

Organizacijski modeli zdravstvene njegе imaju svoje prednosti i nedostatke, a oni su proizašli iz niza čimbenika koji su presudni za odabir određenog organizacijskog modela. Čimbenici koji određuju u kojem će trenutku koji model biti primijenjen ovisi o tome koliko je zdravstvena njega kompleksna, o obrazovanju osoblja za zdravstvenu njegu i broju istoga te o procesu zdravstvene njegе. Također, prihvatljivost određenog modela ovisi i o vrsti zdravstvene ustanove u kojoj se zdravstvena njega provodi te o razini zdravstvene zaštite. Često dolazi do situacije kada je određeni model nemoguće primijeniti u izvornom obliku stoga se isti modificiraju i prilagođavaju nizu čimbenika, ali temeljni zaključak jest taj da je najbolji model organizacije zdravstvene njegе onaj model koji se može primijeniti.

## Literatura

1. Kalauz Sonja (2013.). *Načela administracije.* Hrvatska komora medicinskih sestara. Zagreb
2. Kalauz Sonja (2011.). *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma.* Pergamena. Zagreb
3. Patricia S. Yoder - Wise (2000.). *Leading and Managing in Nursing.* Mosby. St. Louis, Missouri. USA
4. Kourtroubas Theodoros. *Obećavajuće karijere u sestrinstvu.* Plavi fokus 2013.; godina X/ broj 1/ ISSN: 1845 - 8165
5. Fučkar Gordana (1995.). *Proces zdravstvene njegе.* Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb
6. Majstorović Zorka i suradnici (2004.). *Sestrinstvo u zajednici.* Visoka zdravstvena škola. Zagreb

## Postoperativna zaštita kirurških rana\*



**Prava obloga može napraviti razliku.**

AQUACEL® Ag Surgical prekrivna obloga, pruža slijedeće prednosti:

- Vodonepropusnost
- Antimikrobnu zaštitu<sup>1-3†</sup>
- Udobnost i savitljivost
- Ugodnost za kožu

\* Indicirana za rane koje primarno cijele. Za više podataka, molimo proučite upute za uporabu.

† Kako je dokazano *in vitro*

## Zatvoreni sustav primjene citostatika

Marija Schönberger, Višnja Besednik

### Sažetak

Kemoterapija je liječenje tumora citostaticima koji uništavaju tumorske stanice, sprječavaju njihov rast i diobu, sa svrhom izlječenja, sprječavanja širenja tumora i olakšavanja tegoba.

Osnova primjene citostatika jest da oni djeluju na molekulu DNA tumora. Budući se tumorske stanice dijele sporije od zdravih, kemoterapija se primjenjuje u ciklusima. Tako je omogućen oporavak zdravih stanica, koje se brže dijele, a oporavak tumorskih stanica još nije dovršen, te ih možemo „eliminirati“ u novom ciklusu kemoterapije.

Priprema citostatika zadnjih se godina radi u tzv. „zatvorenom“ sustavu. To je sustav sigurnog rukovanja citotoksičnim lijekovima i otpadom kojem je namjena smanjenje kontaminacije okoline, zaštita medicinskih sestara koje rukuju lijekovima i zaštita okoline pacijenata koji primaju citostatike, kao i ostalog osoblja koje se nađe u blizini bolesnika.

**Ključne riječi:** kemoterapija, citostatiki, digestor, zatvoreni sustav

### Uvod

Kemoterapija je liječenje tumora citostaticima koji uništavaju tumorske stanice, sprječavaju njihov rast i diobu, sa svrhom izlječenja, sprječavanja širenja tumora i olakšavanja tegoba.

Utemeljitelj kemoterapije je njemački istraživač Paul Ehrlich (1854.-1915.), koji je prvi primijenio kemijska sredstva u liječenju zaraznih bolesti, salvarasan u liječenju sifilisa (1). Prvo moderno kemoterapijsko sredstvo u liječenju tumora bio je bojni otrov dušikov plikavac, primijenjen 1943. godine u liječenju Hodgkinove bolesti.(1) Posljednjih desetljeća više od 50 vrsta citostatika koristi se u liječenju preko 200 različitih zločudnih tumora.(1)

Osnova primjene citostatika jest da oni djeluju na molekulu DNA tumora. Budući se tumorske stanice dijele sporije od zdravih, kemoterapija se primjenjuje u ciklusima.

Tako je omogućen oporavak zdravih stanica, koje se brže dijele, a oporavak tumorskih stanica još nije dovršen, te ih možemo „eliminirati“ u novom ciklusu kemoterapije.

Citostatiki na različite načine zaustavljaju stanični ciklus, te se radi boljeg antitumorskog učinka često istovremeno daju dvije ili više vrsta lijekova – polikemoterapija ili kombinirana kemoterapija. U liječenju nekih tumora koriste se druge vrste terapije, poput hormonske ili imunološke, često u kombinaciji s kemoterapijom, upravo zbog različitog načina djelovanja na zločudne stanice. Imunoterapija koristi imunološki sustav organizma u borbi protiv raka. Imunološki sustav može prepoznati razliku između zdravih i zločudnih stanica i

eliminirati zločudne iztijela (1).

Jedan je od oblika imunoterapije je uporaba tzv. monoklonalnih protutijela koja se vežu na specifične antigene tumorskih stanica. Najpoznatije monoklonalno protutijelo u nas je Mabthera ili rituximab, djeluje tako da blokira receptore na stanicama tumora, te zaustavlja prijenos signalâ s površine stanice u staničnu jezgru zaustavljajući tako rast.(slika 1).



Slika 1: Lijek rituximab, monoklonalno protutijelo

Doze citotoksičnih lijekova iskazuju se u miligramima ili gramima po kilogramu tjelesne težine ili po kvadratnom metru površine tijela.(1) Liječnici određe dozu i put primjene, te otopinu i vrijeme kroz koje određeni citostatik mora biti primijenjen. Medicinska sestra, educirana u tu svrhu, lijekove priprema i primjenjuje, nadzire tijek infuzije ili bolusne injekcije, promatra opće stanje bolesnika, kontrolira vitalne parametre, primjenjuje antiemetike po pisanoj odredbi liječnika ili educira bolesnika o tehnikama za smanjenje nuspojava, nadzire mjesto insercije lijeka, uočava promjene, dokumentira učinjeno.

Citostatike dijelimo na nekoliko osnovnih skupina, a to su:

- Alkilirajuća sredstva - stvaraju kovalentne veze s DNA i tako sprječavaju replikaciju DNA
- ciklofosfamid, klorambucil, melfalan, busulfan, karmustin, dakarbazin, cisplatin
- najčešće izazivaju mučnine i povraćanja

- ciklofosfamid - njegov aktivni oblik akrolein oštećuje mokračni mjehur (hemoragijski cistitis) i ima izraženo djelovanje na T – limfocite, stoga se koristi kao imunosupresiv u nekim autoimunim bolestima
- Antimetaboliti – blokiraju jedan ili više metaboličkih putova uključenih u sintezu DNA
- metotreksat, merkaptopurin, tiogvanin, fludarabin, kladribin, citarabin, 5-fluorouracil, gencitabin
- antagonisti folne kiseline i analozi pirimidina i purina
- Djeluju u S fazi staničnog ciklusa i koče djelovanje staničnih enzima koji su neophodni za sintezu DNA i diobu stanice
- izazivaju depresiju koštane srži i oštećuju sluznicu GI trakta
- Citotoksični antibiotici – lijekovi podrijetlom iz mikroorganizama koji sprječavaju staničnu diobu
- antraciklini (doksorubicin, idarubicin, mitoksantron), bleomicin, prokarbazin, hidroksiurea
- imaju izravan učinak na DNA, inhibiraju sintezu DNA i RNA, lome DNA i sintezu slobodnih radikalja
- vrlo su kardiotoksični, ekstravazacije malih količina izazivaju lokalno nekroze i u pojedinim slučajevima zahtijevaju intervencije kirurga plastičara
- Proizvodi biljaka (vinka alkaloidi, taksani, kampotekini) – oštećuju funkciju mikrotubula i posljedično stvaranje diobenog vretena
- vinkristin, vinblastin, paklitaksel, etopozid, irinotekan, topotekan
- ne primjenjuju se LT



Slika 2: Citostatici prema skupinama, korišteni na odjelu

## Digestor

Digestor je stakleno-metalni zatvoreni prostor s posebnom ventilacijom (protok zraka) na negativni tlak, s filtrima i otvorima samo za ruke. Jednom godišnje potrebno je provjeriti ispravnost filtra i po potrebi ga promjeniti. Često se koriste HEPA filtri čija je učinkovitost 99,97% za lebdeće čestice veličine 0,3 nanometra i veće. Zrak neprestano struji digestorom i filtriraju se štetne čestice. Digestor štiti osobu koja priprema lijek od prskanja lijeka, a negativan zrak usisava štetne čestice i one se zadržavaju u filtrima. Nakon svake pripreme citostatika potrebno je prebrisati digestor s alkoholom, a na kraju radnog dana 5% natrijevim hipokloritom (2).

## Priprema citostatika u zatvorenom sustavu

Priprema citostatika zadnjih se godina radi u tzv „zatvorenom“ sustavu. To je sustav sigurnog rukovanja citotoksičnim lijekovima i otpadom kojem je namjena smanjenje kontaminacije okoline, zaštita medicinskih sestara koje rukuju lijekovima i zaštita okoline pacijenata koji primaju citostatike, kao i ostalog osoblja koje se nađe u blizini bolesnika.

Osnovni postupci kojima se služe medicinske sestre da bi pripremile citostatike su:

- pet pravila – pravi lijek, prava doza, pravi pacijent, pravi put i pravo vrijeme
- tri provjere – provjeriti bočicu lijekom pri uzimanju iz ormarića, provjeriti bočicu s lijekom tijekom pripreme lijeka i provjeriti bočicu s lijekom prilikom pospremanja u ormarić (hladnjak) ili prilikom odbacivanja prazne boćice u za to predviđen kontejner
- priprema otopina i pribora kao što su infuzijske boce (PVC), specijalni sistemi za infuziju ili infuzomat, konektori, igle
- priprema medicinske sestre prije ulaska u komoru, podrazumijeva oblačenje zaštitnog mantila, nitrilnih rukavica, naočala i postavljanje zaštitne podloge u digestor na kojoj se pripremaju lijekovi

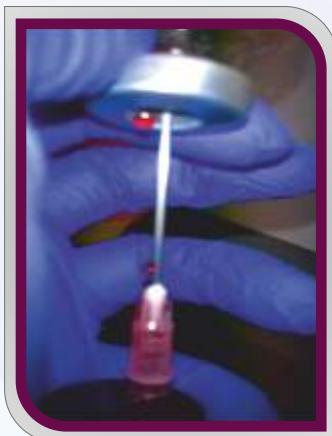
Otopine i pribor pripremaju se na slijedeći način:

- Otopine prije stavljanja lijeka propustiti kroz sistem koji sprečava curenje
- Otopine za bolus pripremiti u štrcaljki
- Oslobođiti lijekove od sve ambalaže prije polaganja u komoru
- Obući zaštitnu opremu
- Pet pravila, tri provjere
- Zdravstveni djelatnik koji priprema lijek, lijek primjenjuje i nadzire protok



**Slika 3. Otopine i pribor za pripremu i primjenu citostatske terapije**

Svaki lijek i svaka otopina imaju svoj konektor koji sprječava istjecanje lijeka u okolinu, kao i raspršivanje aerosoli koje zdravstveni djelatnik može unijeti u svoj organizam inhalacijskom ingestijom, što je citotoksično. Stoga je klasična manipulacija citotoksičnim lijekovima opasna po zdravstvene djelatnike i okolinu.(slika 4)



**Slika 4: Klasična priprema citostatika**



**Slika 5: Priprema citostatika uz konektor**

Lijek se u otopinu ubrizgava putem konektora koji sprječava istjecanje lijeka u okolinu, također lijek se iz lagene izvuče putem konektora koji sprječava istjecanje lijeka u okolinu. (slika 5)



**Slika 6. Pripremljena otopina lijeka**

### Zaključak

Implementacija zatvorenog sustava kod pripreme citostatika u procesu rada uvelike povećava standarde kvalitete rada, sigurnost manipulacije citotoksičnim lijekovima, te zadovoljstvo medicinskih sestara zbog sigurnog načina rukovanja istim. Sa ovim načinom rada uvelike se postiže sigurnost zaštite osoblja, aseptički uvjeti rada, sigurnost zaštite pacijenata, kao i sigurnost zaštite radne okoline (smanjena mogućnost izlijevanja lijeka).

Uvođenje standarda zaštite kod pripreme citostatika organizacijski je pomak koji smanjuje neželjene događaje i povećava kvalitetu zaštite na radu.Također smanjuje troškove ustanove jer nema neželjenih događaja kada se osoblje pridržava standarda.

### Literatura

1. Bogeljić Patekar, M.(2016).Osnove farmakologije djelovanja citostatika, nastavni tekstovi, Zdravstveno veleučilište, Mlinarska cesta 38, 10000 Zagreb
2. Čukljek,S.,(2014).Zdravstvena njega onkoloških bolesnika,nastavni tekstovi,Zdravstveno veleučilište,Mlinarska cesta 38,10000 Zagreb

## Odjel za hematologiju i koagulaciju

Voditelj odjela: dr. sc. Dubravka Županić Krmek, prim. dr.med.  
Glavna sestra odjela: Marija Schönberger, bacc. med.techn.



### Organizacijske jedinice:

- Odjel za hematologiju i koagulaciju
- Specijalizirana jedinica za intenzivno liječenje hematoloških bolesnika (obrnuta izolacija)

### Specijalističko-poliklinička zdravstvena zaštita

- Ordinacija za hematologiju i koagulaciju
- Dnevna bolnica
- Ordinacija za ultrazvuk perifernih krvnih žila

Odjel za hematologiju i hematološki laboratorij osnovao je 1963. godine prim. dr. Viktor Boić, gdje su rađene prve citološke punkcije i analize, te liječenje hematoloških bolesti. Početkom 70-ih godina prim. dr. Tomislav Boras uvodi dijagnostiku koagulacijskih poremećaja, te konzilijarnu službu za prevenciju i liječenje tromboembolija. Tih godina prvi put je primijenjena streptokinaza u liječenju plućne embolije. Dolaskom dr. Nade Lang (1974. godine) razvija se hematološka citodijagnostika.

Za potrebe liječenja bolesnika agresivnim kemoterapijskim protokolima i bolesnika s neutropenijom. 1985. godine osnovana je Jedinica za obrнутu izolaciju.

Odjel raspolaže sa 12 kreveta za stacionarno liječenje te dvije jedinice za liječenje bolesnika u obrnutoj izolaciji, te odgovarajuće polikliničke prostore za ambulante i dnevnu bolnicu.

Odjel za hematologiju i koagulaciju obuhvaća stacionarno liječenje bolesnika s bolestima krvotvornih organa i poremećajima u zgrušavanju krvi, što podrazumijeva bolesnike s anemijama, trombocitopenijama, mijeloproliferativnim i limfoproliferativnim bolestima, te hemoragičnim sindromima i trombofilijom, uključujući tromboze vene.

Na odjelu se liječe odrasli bolesnici, svih dobnih skupina, uključujući i akutne leukemije osoba starije životne dobi, a u slučaju indikacije za liječenje transplantacijom krvotvornih maticnih stanica, bolesnici se premještaju u KBC Zagreb ili KB Merkur.

U hematološkoj ambulanti se obrađuju bolesnici iz cijele Hrvatske, a u dnevnoj bolnici se primjenjuje kemoterapija, transfuzijska terapija i ostala suportivna terapija kod bolesnika boljeg općeg stanja.

U Ordinaciji za ultrazvuk perifernih krvnih žila provodi se dijagnostika bolesti arterija i vena.

Leukopenični, neutropenični bolesnici, kao i bolesnici kod kojih se primjenjuju visoke doze citostatika smještaju se u obrnuta izolaciju. Takve bolesnike štitimo od infekcija, nas samih, kao i od drugih bolesnika. Svaki ulazak medicinske sestre u obrnuta izolaciju zahtjeva oblaćenje (kapa, maska, ogrtač, rukavice, nazuvci za noge), kao i dezinfekciju ruku. Posebna pažnja kod takvih bolesnika usmjerena je na sterilnu prehranu. Iz naše centralne kuhinje dolazi nam hrana koja je zatvorena i zagrijana na 200°C. Bolesnici ne smiju uzimati ništa što nije termički obrađeno (ne sirovo voće, povrće), a sve što ulazi u izolaciju prethodno se dezinficira.(slika 1a,b)



Slika 1a: Obrnuta izolacija



Slika 1b: Prostor ulaska

### Na Odjelu hematologije i koagulacije radi:

- glavna sestra odjela
- jedanaest sestara na odjelu

- 1) Višnja Besednik, med.sestra
- 2) Andrea Đurinski, med.sestra
- 3) Ivana Grabas, med.sestra
- 4) Sanja Grgić, med.sestra
- 5) Jasmina Inkret Miljan, bacc.med.techn.
- 6) Zvjezdana Jangjel, med.sestra
- 7) Ivana Lužanac, med.sestra
- 8) Gordana Štoos, med sestra
- 9) Branka Vlahović, med.sestra
- 10) Ivana Vrca Kuprešak, med.sestra
- 11) Cvijeta Žarić, med.sestra

Sestra u Ordinaciji za hematologiju i koagulaciju

Štefica Terzić, med. sestra, koja ujedno radi i u Ordinaciji za opću internu medicinu

Sestra u Ordinaciji za ultrazvuk perifernih krvnih žila

Janja Zeba, med.sestra

Na odjelu rade dvije sestre prvostupnice i dvije sestre su trenutno na edukaciji.

U bolničkim sustavima nekih klinika RH unazad nekoliko godina (npr. OB Varaždin, KBC Zagreb), uvedena je centralna priprema citostatske terapije, gdje se pripremom i distribucijom lijeka na odjele bave farmaceutski tehničari i magistri farmacije. Priprema lijeka u Centralnim jedinicama uvelike poboljšava kvalitetu pružene zdravstvene skrbi (medicinske sestre bave se drugim poslovima, postoji sustav

dvostrukog nadzora nad terapijom, povećava se sigurnost bolesnika), te se smanjuju troškovi liječenja (iskoristivost doza lijeka ekonomičnija).

Na Odjelu hematologije i koagulacije KB Sveti Duh pripremu citostatske terapije rade medicinske sestre u za to posebnoj prostoriji. Citostatici se naručuju u ljekarni bolnice na mjesечноj razini. Lijekovi se čuvaju ovisno o specifikaciji bilo na sobnoj temperaturi ili na temperaturi od 2-8 C. Citostatski otpad sakuplja se u posebno označene posude za sakupljanje otpada koje se mogu kompletno zatvoriti. Zaposlenici koji rade u procesu rada s citostaticima rukuju potencijalno s kancerogenim, mutagenim lijekovima. S obzirom na sve rizične faktore uz ovakvo radno mjesto, osoblje mora biti uključeno u redovite liječničke pregledе.

### Kod same pripreme potrebna je zaštita osoblja:

- Zaštitni ogrtač za rad s citostaticima
- Zaštitne rukavice za rad s citostaticima
- Maska, četveroslojna sa vizirom
- Cito-kape
- Pokrivala za cipele
- Zaštita za oči (slika 2,3)



Slika 2: Priprema citostatske terapije na odjelu

Kod primjene citostatske terapije važno je informirati bolesnika o načinu liječenja, ulozi kemoterapije, kako djeluje, što očekivati tijekom terapije, koliko učestalo i kako dugo će se primati, na koji način se daje i koje su njezine nuspojave. Kod bolesnika oboljelih od maligne bolesti, uloga medicinske sestre je važna: ne samo pri aplikaciji citostatske terapije bolesniku, već pri davanju podrške njemu i njegovoj obitelji. Komunikacija sa bolesnikom, neophodni savjeti, kao i edukacija o nuspojavama za vrijeme i nakon citostatske terapije od velike je važnosti. Ti savjeti uvelike će pomoći da razdoblje dobivanja kemoterap srednju medicinsku školu ije prođe sa što manje neugodnosti i da se time poboljša njihova kvaliteta življena.

## Intervju: Marija Schönberger, glavna sestra Odjela za hematologiju i koagulaciju, KB „Sveti

Razgovarala: Vesna Konjevoda

*Draga kolegice, pozdravljam Vas u ime uredništva časopisa Moj glas. Eto tradicionalno u svakom broju predstavljamo jedan od naših bolničkih odjela, zavoda ili kliniku. Upravo iz tog razloga molila bih vas da nam se ukratko predstavite s par rečenica i da nam predstavite svoj odjel.*

*Srednju medicinsku školu pohađala sam u Centru za odgoj i usmjereno obrazovanje u Bjelovaru. Studij sestrinstva završila sam na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu. Specijalistički diplomski studij, menadžment u sestrinstvu, upisala sam na Zdravstvenom veleučilištu (2015.) gdje završavam diplomski rad kojem ću se posvetiti u jesenskom periodu.*

*Na Odjelu hematologije i koagulacije radim 25 godina. Glavna sestra odjela sam od 12-og mjeseca 2015.godine.*

**Možete li nam reći kako je organiziran vaš odjel?**

Na odjelu trenutno radi dvoje liječnika i liječnica u Ordinaciji za hematologiju i koagulaciju. Što se medicinskih sestara tiče na odjelu uz mene radi jedanaest sestara, jedna prvostupnica, a dvije medicinske sestre su trenutno na dalnjem školovanju. Sam odjel ima četrnaest kreveta i ujedno pokrivamo i rad u dnevnoj bolnici.

U obradi hematoloških bolesnika neophodna nam je suradnja sa citološkim laboratorijem. U zadnjih godina povećan je intenzitet rada u dnevnoj bolnici, gdje također obrađujemo pacijente, primjenjujemo citostatsku terapiju, kao i svu ostalu terapiju koju liječnici ordiniraju.

**S kojim najčešćim i najvećim problemima se medicinske sestre susreću na vašem odjelu?**

S obzirom da je naš odjel specifičan po primjeni citostatske terapije, pa je samim tim zahtjevnost u radu time veća. Naši bolesnici dolaze na mjesечne cikluse kemoterapije. Citostatska terapija zahtijeva veću kontrolu u samom tijeku primjene da bi se izbjegle neželjene nuspojave. Suočavanje s dijagnozom maligne bolesti nikome nije lagano ni jednostavno i izaziva u svakom čovjeku različite psihičke reakcije. Komunikacija s takvim bolesnikom je važna, potrebno ih je razumjeti, ohrabriti, kao i podržati u suočavanju s bolešću.



**Smatrate li da su medicinske sestre zadovoljne radom na Odjelu hematologije?**

Jesu li medicinske sestre zadovoljne? Rekla bih da jesu. Nastojim organizacijski olakšati rad koliko je to moguće s obzirom na sve okolnosti (bolovanja, godišnji odmori, slobodni dani).

**Imate li neke planove za budućnost vezane uz sestrinstvo i vaš Odjel?**

Na Odjelu hematologije i koagulacije noću radi jedna sestra i to bi bilo nužno promijeniti u skorijoj budućnosti.

**Što po vama predstavlja najveći izazov u sestrinstvu RH danas?**

Edukacija sestara u uzlaznoj je putanji zadnjih godina, a s druge strane nailazimo na probleme i neprepoznatljivost u radnim sredinama. Probleme sestrinstva u RH svakako trebaju rješavati predstavnici naših krovnih udrug HKMS i HUMS.

**I za kraj, koju poruku biste uputili sestrama naše bolnice ali i šire?**

Kroz proces cjeloživotnog učenja stječemo znanja i vještine. Stoga nam je nužna kontinuirana edukacija kroz certificirane tečajeve trajne edukacije, kroz razna stručna društva, putem simpozija, kongresa...

**Želite li još nešto poručiti ili naglasiti?**

U vremenu smo godišnjih odmora, želim svim djelatnicima da ga iskoriste na najbolji moguće način, a oni koji se vraćaju ugodan početak radnog tjedna.

*Draga Marija, zahvaljujem se još jednom. Želim Vama i vašim kolegicama puno uspjeha u dalnjem radu i usavršavanju.*



# Tenzijske glavobolje

Emanuela Ptčar, studentica sestrinstva, Zdravstveno veleučilište Zagreb

## Sažetak

Svakog trenutka u svijetu više osoba osjeća glavobolju. Glavobolja je jedan od najčešćih i vodećih simptoma s kojima se susrećemo u svakodnevnom životu. Glavobolja podrazumijeva bol u glavi koja može biti trajna ili povremena, rijetka ili učestala, lokalizirana ili difuzna koja zahvaća cijelu glavu, ponekad se može javiti i glavobolja kod koje bolno područje zahvaća i gornji dio vrata. Diljem svijeta epidemiološke studije pokazuju da u odrasloj dobi, više od 11% stanovništva pati od migrena, 42% pati od glavobolja tenzijskog tipa i 3% stanovništva pati od dnevne glavobolje. Više od 90% glavobolja su tenzijskog tipa. Tenzijska glavobolja uz migrenu najčešća je primarna glavobolja. Obje su među primarnim oblicima glavobolje, jer su nezavisne bolesti, a ne sekundarni simptom bolesti. Užurbaniji život, stres na poslu, svakodnevne obaveze, emocionalna napetost, pritisci, novi problemi koji se javljaju dan za danom dodatno stvaraju i utječu na osjećaj napetosti u tijelu, te samim time potenciraju nastanak tenzijske glavobolje. Tenzijska glavobolja kao vodeća glavobolja uz ostale glavobolje koje su svakodnevno prisutne kod ljudi ubraja se među 10 najčešćih simptoma s kojima se liječnici obiteljske medicine, ali i ostali liječnici najčešće susreću. Tenzijska glavobolja kao i sve ostale glavobolje može se pojaviti kod savršeno zdravih osoba. Ona utječe na zdravlje osoba kod kojih se javlja i bitno smanjuje kvalitetu života. Može ozbiljno utjecati na obiteljski, društveni i profesionalni život. Suvremenim pristup liječenju koji je prvenstveno medicinsko, ali može biti i psihološko, te alternativno doprinijeli su smanjenju tenzijskih glavobolja i njihovoju učestalosti u budućnosti.

**Cilj:** Sistematičnim pregledom literature, dostupnih istraživanja i preglednih radova opisati tenzijsku glavobolju i njezin utjecaj na zdravlje i život ljudi. Procijeniti koji oblici i vrste liječenja pridonose što bržem prestanku boli koja se javlja kod tenzijskih glavobolja. Obratiti pozornost na glavobolje kao važan problem svakidašnjice.

Metode: Pretraživanjem literature i baze podataka pronađeni su originalni i pregledni članci koji su se odnosili na temu tenzijskih glavobolja. U radu je prikazana tenzijska glavobolja kao jedan od problema i dijagnoza koje se uz ostale dijagnoze mogu pojaviti kod pacijenta.

**Ključne riječi:** tenzijske glavobolje, klinička slika, dijagnoza, liječenje

## Uvod

Glavobolja je jedan od najčešćih simptoma i dijagnoza, koji je svakodnevno prisutan kod ljudi i problem s kojim se liječnici najčešće susreću.

Više od 90% odraslih osoba ima barem jednu glavobolju godišnje, a od toga tešku, onesposobljavajuću glavobolju ima oko 40% osoba godišnje. Glavobolja je najčešće benigni simptom, ali može biti i simptom ozbiljnih bolesti. Većina ljudi povremene glavobolje prihvata kao sastavni dio života i ne konzultira se s liječnikom o njima. Glavobolja može nastati samo u onim tkivima i strukturama glave koje imaju osjetljive završetke za bol (koža, potkožno tkivo, mišići, aponeuroze, pokosnica, oko, zubi, sluznica nosne i usne šupljine, velike arterije, velike vene i venski sinus, dijelovi tvrde moždane ovojnica, sinusi i duplikature, osjetni moždani živci te korijeni i pripadajući gangliji). Ostale strukture kao kosti, meke moždane ovojnice, motorni živci te najveći dio moždanog tkiva ne mogu reagirati pojmom boli (1). Međunarodna udruga za glavobolje je krajem 80-ih godina izradila službenu podjelu glavobolja. Time je liječnicima olakšano dijagnosticiranje pojedinih oblika glavobolja, jer se svaka liječni na svoj način. Podjela glavobolja je 2004. godine proširena. Iz klasifikacije je vidljivo koliko je mnoštvo uzroka glavobolja i koliko mnogo raznih bolesti i stanja može uzrokovati glavobolju, te kolika je raznolikost pojedinih vrsta glavobolje (2). Prema toj podjeli sve glavobolje dijele se na primarne (ne može se otkriti uzrok glavobolja) i sekundarne (posljedica nekih drugih bolesti). Najčešće susrećemo primarne glavobolje u koje spadaju migrena, glavobolja tenzijskog tipa i cluster glavobolja.

## Tenzijska glavobolja

Tenzijska glavobolja najčešći je oblik glavobolje. Prema službenoj klasifikaciji glavobolja svrstava se u primarne glavobolje. Oblici u kojima se može pojaviti su rijetka epizodična glavobolja, česta epizodična glavobolja, kronična glavobolja i vjerljivatna glavobolja tenzijskog tipa. Može biti povremena i kronična, tijekom života javlja se kod 27 do 93% ljudi. Smatra se da gotovo i nema osobe koja barem jedanput u životu nije imala glavobolju. Određena istraživanja pokazala su da između žena i muškaraca nema razlike u učestalosti tenzijske glavobolje, dok druga istraživanja navode da je glavobolja češća kod žena. Pretpostavlja se da će se tenzijska glavobolja poput migrene s godinama prorijediti, a jačina samih napadaja postati mnogo slabija nego u mlađih osoba (3, 4). Glavobolju tenzijskog tipa obilježuje tupa bol poput pritiska ili stezanja koja nije pulsirajuća i nije unilateralna. Bol može trajati satima ili dana. Ovaj oblik glavobolja ne prati aura, kao ni mučnina i povraćanje, što je karakteristično za migrene. Mirovanje ne pomaže na ublažavanje bolova, već ono pripomaže intenziviranju bolova. Stariji nazivi za tenzijsku glavobolju bili su glavobolja uzrokovana mišićnom kontrakcijom, stresna glavobolja ili jednostavno obična glavobolja.

Kako bi se smanjio broj različitih naziva, Međunarodno društvo za glavobolju 1988. godine usvojilo je službeni naziv „glavobolja tenzijskog tipa“. Glavobolja tenzijskog tipa vrlo je heterogeni poremećaj. Pojedini autori smatraju da se primarne glavobolje mogu promatrati u rasponu od migrene na jednom kraju do glavobolja tenzijskog tipa na drugome kraju.

## Epidemiologija tenzijske glavobolje

Glavobolja tenzijskog tipa najčešća je glavobolja. Učestalost glavobolje tenzijskog tipa tijekom života iznosi čak do 78%, a godišnja je učestalost do 38%. Žene češće imaju glavobolju tenzijskog tipa nego muškarci, što je posebno naglašeno u kroničnoj glavobolji tenzijskog tipa. Najviša učestalost takve glavobolje je u dobi između 30. i 40. godine života. Gotovo trećina osoba ima glavobolje tenzijskog tipa više od 14 dana godišnje, ali većina ne traži medicinsku pomoć što otežava prikupljanje podataka o učestalosti. Učestalost glavobolje tenzijskog tipa korelira s razinom obrazovanja i sa socioekonomskim statusom, a najčešća je u fakultetski obrazovanih ljudi (2).

## Patogeneza tenzijske glavobolje

Dugi niz godina smatralo se da je tenzijska glavobolja posljedica produljenog grča u mišićima glave i vrata do kojega dolazi zbog emocionalne napetosti ili reakcije na bol. Zahvaljujući rezultatima brojnih istraživanja danas se zna da su u mehanizme nastanka tenzijske glavobolje uključeni i neki drugi mehanizmi koji zasad u cijelosti nisu jasni (5, 6). Pretpostavlja se da je tenzijska glavobolja posljedica promjena u koncentraciji određenih tvari poput serotoninina, endorfina, enkefalina koji prenose bolne podražaje između živaca. U mozgu onih koji pate od tenzijske glavobolje povećane su koncentracije kemijskih tvari koje pojačavaju prijenos bolnih impulsa, a manje je tvari čija je uloga spriječiti širenje bolnog podražaja prema mozgu. Značajnu ulogu u mehanizmu nastanka boli u osoba s kroničnom tenzijskom glavoboljom ima dušikov oksid. Pretpostavlja se da dugotrajna kontrakcija mišića dovodi do poremećaja mikrocirkulacije i do posljedične lokalne ishemije mišića, što dovodi do povećane osjetljivosti kranijalnih mišića. Prolongirana nociceptorna stimulacija iz kranijalnih mišića uzrokuje centralnu senzitizaciju nociceptivnih puteva na razini stražnjih rogova kralježnične moždine, jezgre trigeminusa ili na oba mjesta i dovodi do povećane osjetljivosti na bol (1, 2). Povećana centralna senzitizacija uzrokovana dušikovim oksidom dovodi do povećane osjetljivosti središnjeg živčanog sustava na osjetne podražaje, što povećava simpatičku aktivnost koja može dovesti do periferne vazokonstrikcije. Time se smanjuje protok krvi kroz mišiće, a to dovodi do daljnje ishemije mišića i tako uzrokuje još jače bolne podražaje. Ostali čimbenici koji mogu prouzročiti tenzijsku glavobolju su psihološki čimbenici, tjeskobna i depresivna raspoloženja, emocionalna napetost,

stres, nedostatak sna, neudoban položaj, nepravilno držanje, glad i naprezanje očiju. U zadnje je vrijeme vrlo popularna teorija prema kojoj su tenzijska glavobolja i migrena isti oblik glavobolje, a razlika među njima je samo u jačini bolova (7, 8). Povećanjem boli tenzijska glavobolja prelazi u migrenu.

## Klinička slika tenzijske glavobolje

Kod tenzijske glavobolje prisutna je tupa bol poput pritiska ili stezanja. Tipičan opis tenzijske glavobolje je „bol poput obruča oko glave“. Bol nije pulsirajući i nije unilateralna. Bol je najčešće bez mučnine, povraćanja, fonofobije i fotofobije. U glavobolji tenzijskog tipa nema prodromalnih simptoma ni aure. Intenzitet bola je blag do osrednjeg, a ne pojačava se uobičajenim tjelesnim aktivnostima. Intenzitet bolova može se pojačavati s učestalošću glavobolja. Lokacija boli je najčešće bilateralna ili se bol pojavljuje na raznim mjestima glave. Bol se može širiti prema vratu, leđima, ramenima i u temporomandibularne zglobove. Kod mnogih osoba s glavoboljom tenzijskog tipa pojačana je osjetljivost kranijalnih mišića na pritisak i palpaciju. Palpacijom se mogu pronaći osjetljive točke ili čvorići, pritisak na njih može uzrokovati lokaliziranu bol, a dugotrajniji pritisak može dovesti i do udaljene boli. Osjetljivost kranijalnih mišića na palpaciju nije specifična, ona može postojati i kod migrene, ali je osjetljivost izraženija kod osoba s tenzijskom glavoboljom. Ostali simptomi koji se mogu pojaviti kod tenzijske glavobolje su umor, poremećaji spavanja, iscrpljenost i osjećaj ošamućenosti. Somatizacija, anksioznost i depresija česta su komorbidna stanja kod osoba s tenzijskim glavoboljama (5). Čimbenici koji otpočinju glavobolju rjeđe su zastupljeni u glavobolji tenzijskog tipa. Nedostatak spavanja, psihološki i emocionalni stresovi te mjesecnica mogu dovesti do pojave ili pogoršati glavobolje tenzijskog tipa. Relaksacija može olakšati glavobolju (1,2).

## Dijagnoza tenzijske glavobolje

Dijagnoza glavobolje tenzijskog tipa postavlja se klinički. Ne postoji niti jedna specifična pretraga kojom bi se postavila dijagnoza tenzijske glavobolje. Postoje brojni upitnici i skale za analizu i procjenu boli. Dijagnoza se najčešće postavlja na temelju neurološkog pregleda i uzete anamneze, a samo se mali broj dijagnoza postavlja dodatnom dijagnostičkom obradom, kako bi se isključila postojanost sekundarnih glavobolja. Potrebno je razlikovati epizodičnu glavobolju od kronične glavobolje tenzijskog tipa. Epizodična glavobolja tenzijskog tipa označuje tenzijsku glavobolju koja traje od 30 minuta do 7 dana, a učestalost je definirana s manje od 180 dana godišnje, to jest manje od 15 dana mjesечно (1). U kroničnoj glavobolji tenzijskog tipa moraju biti prisutne karakteristične glavobolje barem 15 dana mjesечно, odnosno barem 180 dana godišnje, a većina glavobolja ako se ne liječi, traje više od 4 sata (2).



## Diferencijalna dijagnoza tenzijske glavobolje

U diferencijalnoj dijagnostici glavobolje tenzijskog tipa potrebno je isključiti sve strukturne i metaboličke uzroke glavobolje, kao i sve ostale primarne glavobolje. U diferencijalnoj dijagnostici glavobolje tenzijskog tipa svakako treba uzeti u obzir i ulogu komorbidnih i koegzistentnih stanja. Potrebno je razlikovati tenzijske glavobolje od migrena i ostalih glavobolja (2,3).

## Tijek tenzijske glavobolje

Tijek epizodične glavobolje tenzijskog tipa može biti raznolik. Porast učestalosti napadaja epizodične glavobolje tenzijskog tipa može dovesti do prelaska u kroničnu glavobolju tenzijskog tipa. Tada se glavobolja može pojavljivati svakodnevno ili gotovo svakodnevno. Smatra se da je prekomjerna uporaba analgetika jedan od glavnih čimbenika u prelasku epizodične u kroničnu glavobolju tenzijskog tipa. Povremena tenzijska glavobolja obično traje nekoliko sati do dana (2). Osobitost ove glavobolje je da prilikom tjelesnih naporu ili aktivnosti ne dolazi do pogoršanja. Kod nekih osoba može se javiti preosjetljivost na svjetlost i buku. Povremena tenzijska glavobolja najčešće je posljedica stresa, stoga odmor ili spavanje u tijeku zamraćenog sobi pomoći će osobi da se opusti, pa se tako očekuje i brže popuštanje glavobolje. Ako se glavobolja javlja svakodnevno i traje dulje od 15 dana mjesечно zadnjih 6 mjeseci, tada je riječ o kroničnoj tenzijskoj glavobolji. Simptomi po kojima se prepoznaje su napeti mišići vrata i glave tijekom duljeg razdoblja, osjećaj koji podsjeća na stezanje obruča oko glave, bolno područje glave osjetljivo na pritisak, neprekidna bol koja nije pulsirajuća i bolovi koji se najčešće javljaju u području sljepoočnog i zatiljnog dijela glave. Česti su i poremećaji spavanja, umor, gubitak koncentracije, vrtoglavice, palpitacija, opstipacija, mučnina, gubitak tjelesne težine, poremećaji prehrane i isprekidani dah (1,5,6).

## Liječenje tenzijske glavobolje

U liječenju tenzijskih glavobolja primjenjuju se farmakoterapijske i druge metode liječenja. Kod akutne tenzijske glavobolje primjenjuju se analgetici kao što su acetilsalicilna kiselina i paracetamol, te nesteroidni antireumatici poput ibuprofena, ketoprofena i naproksena. Vrlo je važno uzeti dovoljno visoku dozu lijeka u početku glavobolje. Popularni su kombinirani pripravci acetilsalicilne kiseline, paracetamola i kofeina. Za neuspjeh terapije uglavnom je odgovorna neadekvatna, to jest premala doza lijeka. Važno je naglasiti da svakodnevno i prekomjerno uzimanje analgetika može smanjiti učinkovitost djelovanja samog lijeka, a prestankom uzimanja lijeka može doći do takozvane rebound glavobolje. Osim analgetika u liječenju primjenjuju se sedativi i miorelaksansi kao što su benzodiazepini (1,2).

Svakako je potrebno liječiti i prateće bolesti koje mogu uzrokovati ili pogoršati glavobolju tenzijskog tipa. Najznačajnije bolesti su anksioznost i depresija pa se u liječenju često primjenjuju anksiolitici i antidepresivi. Važno je naglasiti da se ti lijekovi moraju uzimati uz strogi liječnički nadzor jer neki od njih mogu dovesti do ovisnosti (8, 9). Uz farmakoterapiju se primjenjuju i drugi načini liječenja kao što su psihoterapija, metode relaksacije, fizikalna terapija, biofeedback, masaža, akupunktura, bihevioralna terapija, autogeni trening, ritmičko disanje, postupci buđenja mašte i distrakcija, zamišljanje opuštajućeg okruženja i injiciranje anestetika u bolne točke (5, 6, 10). Osobe s tenzijskom glavoboljom vrlo su sklone primjeni raznih metoda alternativne medicine.

## Zaključak

Tenzijska glavobolja najčešći je oblik glavobolje. Prema službenoj klasifikaciji glavobolja svrstava se u primarne glavobolje. Oblici u kojima se može pojaviti su rijetka epizodična glavobolja, česta epizodična glavobolja, kronična glavobolja i vjerljiva glavobolja tenzijskog tipa. Može biti povremena i kronična, tijekom života javlja se kod 27 do 93% ljudi. Može se javiti u svakoj životnoj dobi. Smatra se da gotovo i nema osobe koja barem jedanput u životu nije imala glavobolju. Kod tenzijskih glavobolja prisutna je tupa bol, poput pritiska ili stezanja u području glave. Bol nije pulsirajuća i unilateralna, nema mučnine, fonofobije i fotofobije, nema prodromalnih simptoma ni aure. Intenzitet boli je blag do osrednji, kod kroničnih glavobolja jak, a glavobolja se ne pojačava uobičajenim tjelesnim aktivnostima. Kod mnogih osoba prisutna je pojačana osjetljivost kranijalnih mišića na pritisak i palpaciju. U liječenju se primjenjuju farmakoterapijske i druge metode liječenja. U farmakoterapiji se primjenjuju analgetici, nesteroidni antireumatici, anksiolitici i antidepresivi. Uz farmakoterapiju se primjenjuju i drugi načini liječenja kao što su psihoterapija, metode relaksacije, fizikalna terapija, biofeedback, masaža, akupunktura, autogeni trening, ritmičko disanje, postupci buđenja mašte i distrakcija, zamišljanje opuštajućeg okruženja i injiciranje anestetika u bolne točke. Važno je napomenuti da zdrav način života koji uključuje pravilnu prehranu, redovitu tjelesnu aktivnost, nepušenje, nekonzumiranje droga, izbjegavanje sjedilačkog načina života te postizanje odmora i dovoljno sna, pomoći će u smanjivanju i učestalosti glavobolja, a time će se i smanjiti sama potreba za uzimanjem prekomjerne količine lijekova.

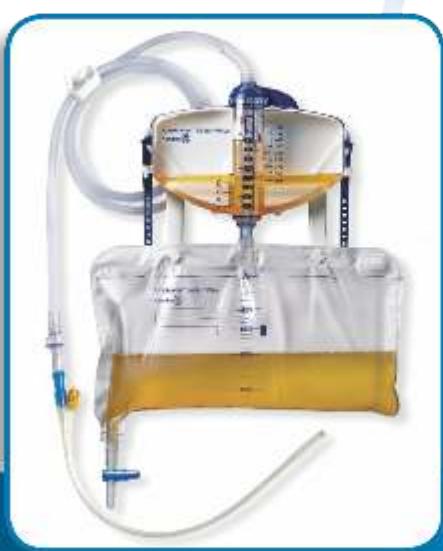
## Literatura

- Demarin, V., Trkanjec, Z. *Neurologija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
- Demarin V. i suradnici. *Pobjedimo migrenu i druge glavobolje*, Naklada Zadro, Zagreb, 2007.
- Prakash, S. *Patients with tension-type headaches feel stigmatized*, Ann Indian Acad Neurol. 2016 Jan-Mar; 19 (1): 112-114. doi: 10.4103/0972-2327.168640
- Genizi, J., Matar, A., Schertz, M., Zelnik, N., Srugo, I. *Pediatric mixed headache -The relationship between migraine, tension-type headache and learning disabilities - in a clinic-based sample*, The Journal of Headache and Pain Official Journal of the "European Headache Federation" and of "Lifting The Burden - The Global Campaign against Headache" 2016;17:42. DOI: 10.1186/s10194-016-0625-x
- Ivanec, D. *Psihološki čimbenici akutne boli*, Suvremena psihologija, Zagreb, 2004.
- Havelka, M. *Zdravstvena psihologija*, Naklada Slap, Zagreb, 1998.
- Monzani, L., Espi-Lopez, G., Zurriaga, R., Andersen, L. *Manual therapy for tension-type headache related to quality of work life and work presenteeism: Secondary analysis of a randomized controlled trial*, Complementary Therapies in Medicine, April 2016 Volume 25, Pages 86-91
- Smith, A. *Acute Tension-Type Headaches Are Associated with Impaired Cognitive Function and More Negative Mood*, Front Neurol. 2016; 7: 42. Published online 2016 Mar 29. doi: 10.3389/fneur.2016.00042
- Omidi, A., Zargar, F. *Effects of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and psychological health in patients with tension headache*, Journal of Research in Medical Sciences, Year : 2015, Volume : 20, Issue : 11, Page : 1058-1063
- Linde, K., Allais, G., Brinkhaus, B., Fei, Y., Mehring, M., Shin, B., Vickers, A., White, A. *Acupuncture for the prevention of tension-type headache*, Cochrane Library, First published: 19 April 2016, DOI: 10.1002/14651858.CD007587.pub2

# PREVENCIJA retrogradne kontaminacije.<sup>1,2</sup>

DOKAZANA *in vitro*.

Infekcije urinarnog trakta  
iznose do 40% svih u bolnici  
stečenih infekcija.<sup>3</sup>



Predstavljamo UnoMeter™ Safeti™ Plus  
Zaštitite svoje pacijente

Convatec 



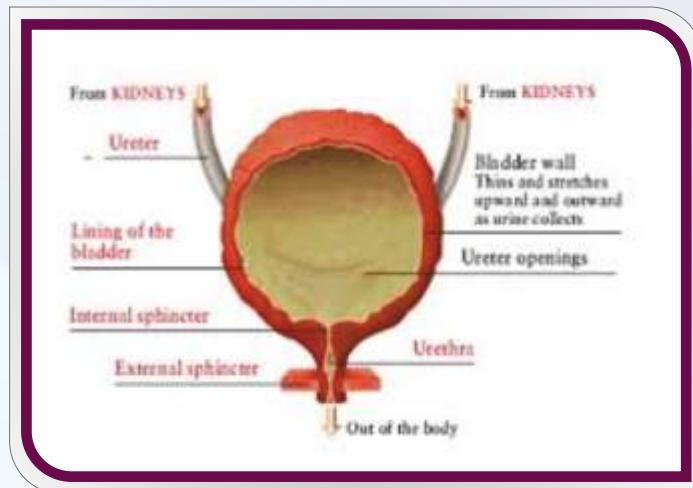
# Proces zdravstvene njega kod pacijenata nakon cystectomie i derivacije po Hautmannu sa komplikacijom ileusa

Milena Vuković

## Uvod

Mokračni mjeđur spremnik je urina, a glavni dio stijenke čine snopovi glatkog mišića isprepleteni poput košare. Nalazi se u zdjelici iza preponske kosti i pokriven je potrbušnicom. U mokračni mjeđur može stati i više od litre tekućine. Na izlazu iz mokračnog mjeđura nalazi se mišić stezač koji zadržava urin.

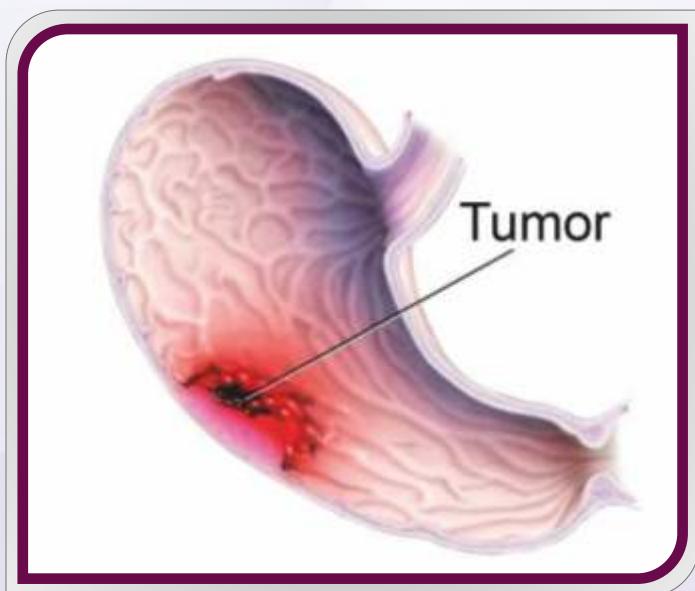
Tvari koje tijelo više netreba nastale metabolizmom izlučuju se uglavnom urinom i znojem. Kod zdravog čovjeka mokrenje je refleksna pojava. Kad se mokračni mjeđur dostačno napuni rastezanje njegove stijenke podraži receptore u njemu te se signal šalje u sakralni dio kralježične moždine. Iz kralježične moždine se vraćaju parasympatička vlasta u mokračni mjeđur i uzrokuju sticanje mišića mokračnog mjeđura. Ako mokrenje izostane refleksna kontrakcija neko vrijeme prestaje, no uskoro se opet ponavlja. Mokrenje može nastupiti samo kod popuštanja vanjskoga sfinktera koji je pod nadzorom naše volje.



Rak mokračnog mjeđura najčešći je tumor mokračnog sustava. Trostruko je češći u muškaraca nego kod žena. Razlikujemo površinske i infiltrativne karcinome mokračnog mjeđura. Kad se dokaže o kojem se tipu radi (najčešće se napravi TUR kojim se u potpunosti ili djelomično odstrani postojeći tumor) određuje se dinamika liječenja. Površinski karcinom mjeđura - maligna je bolest koja zahvaća površinske slojeve stjenke mjeđura. Dakle, ne prodire u mišićni sloj, a najčešće je riječ o stanicama niskog (G1) ili srednjeg (G2) stupnja malignosti. Oko 70% svih slučajeva karcinoma mjeđura pripada ovoj skupini, u kojoj je načelno prognoza mnogo bolja u usporedbi s grupom infiltrativnih tumora. Početno dobroj prognozi kvari samo spoznaja kako ti tumori imaju veliku stopu recidiva.

Infiltrativni karcinom mjeđura - prodire u mišićni sloj, probija cijelu stjenku mjeđura ili infiltrira (prožima) okolne strukture.

Takov tumor ušao je u zonu obilne limfne i krvožilne drenaže mokračnog mjeđura, što mu omogućava metastaziranje u zdjelične limfne čvorove te udaljene organe. Ako histološka analiza tkiva nakon TUR-a pokaže da je riječ o infiltrativnom tumoru (on je obično srednje ili visoke malignosti - G2 ili G3), postoji apsolutna indikacija za cistektomiju i derivaciju mokrače.



## Dijagnostika

1. Dokazivanje makro- ili mikrohematurija
2. Bol u zdjelici
3. Cistoskopija s biopsijom
4. MR

Većina bolesnika se javlja zbog makro- ili mikrohematurije. Neki su anemični, pa se hematurija otkrije pri obradi slabokrvnosti. Česti su i simptomi nadražaja polakisurija i piurijski. Bolovi u zdjelici javljaju se kod uznapredovalog tumora, kad se može napipati rezistencija u maloj zdjelici. Sumnju na rak mjeđura pobuđuje klinička slika. Za stupnjevanje očito površinskih novotvorina (70–80% svih tumora) dovoljna je cistoskopija s biopsijom. Za druge neoplazme treba snimiti abdominopelvični CT i radiogram prsnog koša, kako bi se utvrdila proširenost tumora i eventualne presadnice. Koristan je bimanualni pregled u anesteziji, kao i MR. Primjenjuje se standardno TNM stupnjevanje.

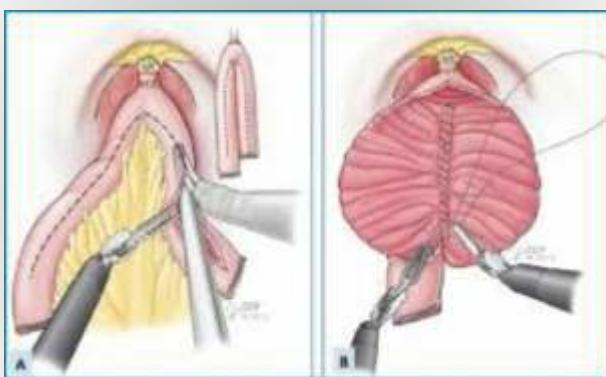
Dijagnostika ove bolesti temelji se na simptomima, a nasljednost nije potvrđena. Svaka bezbolna makrohematurija iziskuje daljnju urološku dijagnostiku makar se pojavljivala povremeno pa spontano prestajala, što i je tipično za krvarenje zbog tumora.

U takvoj je situaciji potrebno učiniti cistoskopiju, osobito u vrijeme krvarenja kako bi se vidjelo radi li se o krvarenju iz mokraćnog mjehura (najčešće tumor mjehura) ili pak krvarenje nastaje u bubregu ili bubrežnom kanalu. U slučaju da se uzrok krvarenja ne može utvrditi cistoskopijom potrebno je učiniti citološki pregled urina. Novije metode koje mogu konkurirati citološkoj analizi uključuju razne testove mokraće kojima otkrivamo maligne stanice ili njihove produkte u izlučenom urinu. Treba napomenuti kako ove specijalizirane pretrage u nas još nisu u širokoj upotrebi.

## Mokračni mjehur nakon opearcije po Hautmannu

Cystectomy po Hautmannu je operacija poznata kao pouch-metoda. Od uzdužno otvorenog segmenta crijeva učini se "novi mjehur" koji se spaja na mokračnu cijev (ortotopična derivacija), a kontinenciju omogućuje kružni mišić na otvoru mokračne cijevi. Izolira se segment proksimalnog ileuma dužine oko 60 cm. Posebnom tehnikom detubularizacije taj crijevni segment priprema se i prekraja na točno određen način kako bi se mogao kreirati sferičan oblik neovesice koja se pozicionira u malu zdjelicu i spaja s mokračnom cijevi. Mokraćovodi se spajaju s nevesicom u završnim odsjećcima reseceriranog / izoliranog crijeva. Pražnjenje neovesice obavlja se prirodnim putem, kroz mokračnu cijev.

Za razliku od prirođenog mokačnoga mjehura kod novoga mjehura ne postoji podražaj na mokrenje te sam čin više nije refleksan nego se odvija prema satu. Osim toga, zbog različite osnovne grade stijene crijeva od prirođenog mokačnog mjehura, potrebno je dnevno piti minimalno 2-3l tekućine kako nebi došlo do prekomjernoga nakupljanja sluzi u novom mjehuru, nemogućnosti mokrenja te ponovne kateterizacije.



## Proces zdravstvene njegе

Pojam „proces zdravstvene njegе“ označava pristup u otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njegе.

Pod pojmom problem podrazumjevamo svako stanje koje odstupa od normalnoga ili poželjnoga i zahtjeva intervenciju medicinskih sestara bez obzira na poteškoće koje se s tim u vezi mogu pojaviti. Proces je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se kroz četiri osnovne faze:

1. Utvrđivanje potrebe za zdravstvenom njegom
2. Planiranje zdravstvene njegе
3. Provođenje zdravstvene njegе
4. Evaluacije provedene zdravstvene njegе

Medicinska sestra prikuplja podatke i pri tome primjenjuje tehnike intervjuja, promatranja, mjeranja te analize dokumentacije. To čini planski, sustavno, namjerno, samoinicijativno i svjesno. Potpuno točni i značajni podatci, nužan su, premda ne i dovoljan uvijet za dobar plan zdravstvene njegе.

## Prikaz slučaja

P.V., rođen 26.07.1951.god. Bolesnik tjelesne težin 86kg, visine 187cm, RR 110/70, puls 80`-90`, subfebrilan i febrilan.

Koža topla na dodir, suha.

Pacijent je na kontinuranom monitoringu, vitalni parametri se prate kroz 24h i bilježe.

Izrazito strpljiv pacijent, svejstan situacije u kojoj se nalazi slijedi dane upute i surađuje tijekom provođenja zdravstvene njegе, dijagnostičkih postupaka te primjene ordinirane terapije.

Žali se na mučinu nakon uklanjanja nazogastrične sonde, koja je zbog obilnog povraćanja ponovo postavljena. Nadoknada elektrolita, tekući i enteralna prehrana se vrši preko centralnog venskog katetera postavljenoga u v. jugularis. Pacijent negira osjećaj gladi. Žali se na suha usta i jezik.

Derivacija urina nakon operativnog zahvata se obavlja preko trajnog katetera, paucno stome, te lijeve i desne proteze. Stolicu nije imao nakon zahvata, nema vjetrove. Zbog trenutne situacije abdomen pacijenta je distandiran, pri palpaciji bolan, auskutatorno se ne čuje peristaltika. Došlo je do pojave ileusa.

Pacijent vrlo malo spava, aktivnosti tijekom obavljanja standardnog posla u JIL-u ga ometaju te svi izvodi koje ima na sebi mu onemugućavaju pronalaženje odgovarajućeg položaja. U 22h mu se daje ordinirana terapija kako bi barem djelomično noć proveo mirno.

Kod pacijenta se primjećuju znakovi anksioznosti i potištenosti.

Nije gubio nadu prije zahvata, ali zbog trenutnog stanja ima osjećaj kako ništa neće biti bolje. Žali se na bol u abdomenu i to ga najviše smeta.



## Moguće sestrinske dijagnoze:

Mnogo manji uređaj je nanočestica, molekula koja dostavlja lijek protiv raka do određenog cilja.

Nanočestice se mogu zamisliti kao pametne bombe zamišljene da pogode određenu metu kemijskim punjenjem i smanje štetu zdravim stanicama. Rade tako da se nanočestica pušta u krvožilni sustav dok ne pronađe određenu destinaciju na kojoj pušta lijek.

Ključna veličina tih nanočestica je između 10 i 100 nanometara, prevelike su da uđi u krvne stanice.

Tako se one bez opasnosti odbijaju od normalnih krvnih stanica.

Stanice raka su drukčije, jer njihove membrane imaju velike nepravilne pore. Nanočestice mogu neometano ući u stanice raka i dostaviti lijek bez da oštete zdravo tkivo.

Liječnici ne trebaju složene sustave vođenja da upravljaju nanočesticama do mete, jer one će se prirodno skupljati u određenim tipovima tumora/raka.

1. Opstipacija u/s operaivnim zahvatom 2° cystectomy po Hautmannu
2. Bol u/s distandiranim abdomenom (izostanak vjetrova i stolice)
3. Insomnia u/s 24h monitoringom i kontrolom vitalnih parametara
4. Anksioznost u/s neizvjesnim ishodom bolesti
5. SMBS u/s operativnim zahvatom
6. VR za infekciju
7. Mučnina i povraćanje u/s komplikacijom operativnog zahvata 2° ileus
8. Poremećaj tekućine i elektrolita u/s mučninom i povraćanjem
9. Neadekvatno sučeljavanje s bolešću u/s izostankom vjetrova i stolice
10. Održavanje prohodnosti trajnog urinarnog katetera u/s pojačanim lučenjem sluzi 2° cystectomy po Hautmannu

### 1. Opstipacija u/s operativnim zahvatom 2° cistectomia po Hautmannu

#### Ciljevi:

- Pacijent će nakon operativnog zahvata imati stolicu i vjetrove
- Pacijent će imati redovitu eliminaciju meke stolice nakon primjene klizme, ili čepića, ili laksativa.
- Pacijent će imati formiranu stolicu 3 puta tjedno.
- Pacijent neće osjećati pritisak u ampuli recti

#### Intervencije:

- Osigurati privatnost.
- Auskultirati peristaltiku.

- Palpirati fekalne mase.
- Procijeniti prisutnost bola (u abdomenu, ili prisutnost bola koji može utjecati na nesmetano obavljanje defekacije).
- Primijeniti ordinirani oralni laksativ.
- Primijeniti ordiniranu klizmu.
- Primijeniti ordinirani supozitorij.

#### Evaluacija:

- Pacijent ima eliminaciju meke, formirane stolice nakon primjene klizme.
- Pacijent ne iskazuje nelagodu tijekom defekacije.
- Pacijent ima formiranu stolicu svaki treći dan.
- Pacijent izvještava o pritisku u ampuli recti.

### 2. Bol u/s distandiranim abdomenom (izostanak vjetrova i stolice)

#### Ciljevi:

- Pacijent neće osjećati bol
- Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu боли od početne
- Pacijent će nabrojati uzroke boli
- Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli

#### Intervencije:

- Prepozнати znakove boli
- Izmjeriti vitalne funkcije
- Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio
- Izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja
- Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- Ublažiti strah prisustvom i razgovorom
- Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
- Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli.

#### Evaluacija:

- Pacijent na skali boli iskazuje nižu jačinu boli od početne
- Pacijent zna nabrojati uzroke boli
- Pacijent zna prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli

#### Zaključak:

Bolest mijenja svakog čovjeka i povećava mu osjećaj slabosti, naročito kad se radi o tumorskim oboljenjima gdje je tijek liječenja neizvjestan. Svaki susret sa medicinskim osobljem, njegova gesta i lijepa riječ za bolesnika su na neki način lijek. Komunikacija i nedostatak empatije su često najveći problemi i kamen spoticanja u provođenju terapijsko-dijagnostičkih postupaka.

Uspješna komunikacija je temelj razumjevanja, povjerenja i obostranog zadovoljstva između bolesnika i medicinskog osoblja.

# Zdravstvena njega bolesnika s moždanim udarom

Marina Kos

## Sažetak

Moždani udar ili cerebrovaskularni inzult (CVI) označava naglo nastali poremećaj moždane cirkulacije koji traje dulje od 24 sata. Bolest nastaje naglo, ali uvjeti za njezin nastanak pripremaju se godinama, ponekad i desetljećima. Mnoga stanja ili bolesti, koja se u život ušljaju još u mladost, tijekom godina postupno oštećuju stjenke krvnih žila dok one ne puknu te dođe do izljeva krvi u mozak (hemoragijski moždani udar). Može se dogoditi i da krvne žile izgube protočnost zbog taloženja masnoća iz krvi na unutrašnjoj strani njihovih stjenki, a to dovodi do potpunog začepljenja, odnosno ishemijskog moždanog udara. Dio mozga tada ostaje bez krvi koja ga opskrbljuje kisikom. Većina moždanih udara uzrokovana je aterosklerotskim promjenama na zidovima arterija te bolestima srca. Okarakteriziran je kao naglo nastali neurološki poremećaj uzrokovani poremećajem cirkulacije u mozgu što dovodi do nedovoljne opskrbe određenih dijelova mozga kisikom i hranjivim tvarima. Zbog nedostatka kisika i hranjivih tvari dolazi do oštećenja i odumiranja živčanih stanica u zahvaćenim dijelovima mozga što se manifestira oštećenjem funkcija kojima ti dijelovi mozga upravljaju.

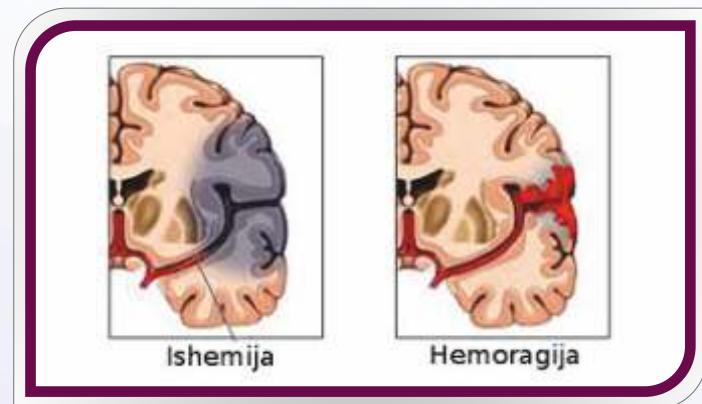
## Uvod

Moždani udari dijele se na:

1. Ishemijski moždani udar koji ima najveći postotak, a nastaje uslijed okluzije krvne žile trombom (obično na egzulceriranom plaku) ili uslijed pokretanja embolusa (iz srca, luka aorte, ekstrakranijskih velikih arterija). Smrtnost je 20-40%.
2. Hemoragijski moždani udar koji nastaje uslijed rupture krvne žile i izljeva krvi u moždani parenhim (intracerebralni hematom) i likvorske prostore (subaraknoidalna hemoragija). Prognoza je nepovoljnija, smrtnost je 60-90%.
3. TIA (tranzitorna ishemijska ataka) traje nekoliko minuta do nekoliko sati, a zatim spontano prolazi. Nastaje zbog prolaznog začepljenja moždane krvne žile ugruškom koji se brzo razgradi.

Oko 85% moždanih udara su ishemijski koji mogu biti posljedica stvaranja ugruška u oštećenoj arteriji koja možak opskrbljuje krvlju (tromboza) ili otkidanjem komadića ugruška koji je nastao na drugom mjestu (npr. bolesni srčani zalisci), a krvnom strujom doputuje i zaglavi se u moždanoj arteriji (embolija). Oko 15% moždanih udara su hemoragijski.

Ako se krv iz oštećene krvne žile izlije u mozak radi se o intracerebralnom hematu, a ako se krv izlije u likvorske prostore onda se radi o subaraknoidalnom krvarenju.



**Slika 1. Razlika ishemijskog i hemoragijskog moždanog udara**

Najčešći uzrok oštećenja krvnih žila u mozgu je ateroskleroza koja dovodi do stvaranja naslaga masnoća, veziva, kalcija i drugih tvari u stjenci krvne žile što uzrokuje sužavanje i slabljenje stjenke krvne žile.

Moždani udar treći je uzrok smrtnosti u svijetu, prvi uzrok invalidnosti u Republici Hrvatskoj i drugi uzrok smrtnosti. Bolest uglavnom nastupa u produktivnoj dobi opće populacije između 45. i 59. godine.

## 15 MILIJUNA LJUDI DILJEM SVIJETA NA GODINU DOŽIVI MOŽDANI UDAR, A NJIH SKORO 6 MILIJUNA UMRE OD POSLJEDICA MOŽDANOG UDARA

- **SVAKE 2 SEKUNDE NETKO DOŽIVI MOŽDANI UDAR**
- **SVAKIH 6 SEKUNDI 1 OSOBA UMRE OD MOŽDANOG UDARA**
- **1 OD 6 OSOBA U DOBI OD 15 DO 60 GODINA DOŽIVJET ĆE MOŽDANI UDAR**

Epidemiološki podaci zapadnih zemalja pokazuju smanjivanje morbiditeta i mortaliteta od moždanog udara u zadnjim desetljećima prošloga stoljeća što je izravna posljedica preventivnih aktivnosti.

Ipak, podaci za Hrvatsku pokazuju porast morbiditeta i mortaliteta od moždanog udara. **10.000 Hrvata svake godine umire od posljedica moždanog udara, bolesti koja je već godinama prvi uzrok smrti i invaliditeta u našoj zemlji.**

Ova je bolest populaciju Republike Hrvatske dovela na visoko četvrtu mjesto u svijetu po stopi smrtnosti. Osim toga, moždani udar više nije rezerviran isključivo za treću životnu dob, posljednjih se godina javlja i kod ljudi mlađe dobi koji su još radno aktivni.



## Obrada teme:

Danas je za ishemijski moždani udar moguće primijeniti hitnu terapiju, tzv. trombolizu kojom se otapa ugrušak u moždanoj krvnoj žili. Ipak, ta se terapija može provesti samo kod pacijentata koji su stigli u bolnicu unutar četiri i pol sata od početka prvi simptoma. Kod izljeva krvi u mozak zbog prsnuća žile lijekovima je moguće smanjiti širenje hematoma u moždanom tkivu, ali i tu je potrebna hitna intervencija. Nažalost, vrlo mali broj ljudi stiže u bolnicu na vrijeme jer uglavnom ne prepoznaju ili ne shvaćaju dovoljno ozbiljno prve znakove moždanog udara.

Kada se govori o moždanom udaru, postoji primarna i sekundarna prevencija. U primarnu prevenciju ubrajaju se mjere koje se poduzimaju s ciljem sprječavanja razvoja moždanog udara, a to se u prvom redu odnosi na promjenu načina života.

Cilj primarne prevencije usmjeren je na smanjivanje rizika od razvoja moždanog udara kod zdravih asimptomatskih osoba. Primarna je prevencija usmjerenica na redovite kontrole i liječenje krvnog tlaka, kontrolu tjelesne težine, prestanak pušenja, pravilnu prehranu, kontrolu povišenog šećera i masnoća u krvi, smanjivanje pretjerane konzumacije alkohola te redovitu tjelesnu aktivnost. Kako bi se smanjio rizik nastanka moždanog udara treba prijeći na zdrav način prehrane: prehrana u kojoj dominiraju nezasićene masti - ulja, pogotovo maslinovo ulje, mnogo voća i povrća u hrani, prehrana bogata neprobavljivim bilnjim vlaknima, mnogo ribe u prehrani, pogotovo plava riba. U cilju prevencije moždanog udara treba svakako prestati pušiti jer pušenje može i do šest puta povišiti rizik nastanka moždanog udara, a rizik raste s brojem popušenih cigareta. Srećom, već 5 godina nakon prestanka pušenja rizik se izjednačava s rizikom nepušača. Alkoholna pića treba konzumirati umjereni. Prekomjernu tjelesnu težinu treba smanjiti.

Sekundarna se prevencija odnosi na identifikaciju čimbenika rizika koji su doveli do bolesti te određivanje najboljeg mogućeg načina liječenja. Potrebna je suradnja i drugih specijalista (kardiolog, endokrinolog, kirurg) te nakon toga individualno provođenje primjerene terapije. Sekundarnom prevencijom sprječava se nastanak moždanog udara kod osoba koje su ga već ranije preboljele.

## Čimbenici rizika od moždanog udara

- promjenjivi (modifiable) čimbenici rizika koji se mogu kontrolirati
- nepromjenjivi (non-modifiable) na koje se ne može utjecati

Prisutnost jednog ili više čimbenika rizika povećava vjerojatnost moždanog udara jer su oni kumulativni: tako osobe s četiri čimbenika imaju veću vjerojatnost da će dobiti moždani udar nego one koje imaju dva. Osobe s jednim ili više čimbenika rizika koji se ne mogu kontrolirati neće nužno oboljeti od moždanog udara.

Uz pravilno ponašanje prema čimbenicima koji se mogu kontrolirati mogu se smanjiti djelovanja onih na koje se ne može direktno utjecati/kontrolirati.

- Dob - rizik od moždanog udara raste proporcionalno s dobi.
- Spol - u odnosu na žene, muškarci imaju nešto viši rizik od moždanog udara.
- Osobna povijest bolesti - 10-18% onih koji su preživjeli moždani udar najvjerojatnije će dobiti još jedan unutar sljedećih pet godina.
- Povišena trombocitna agregacija, endotelna disfunkcija, hiperkoagulabilnost krvi, hiperinzulinemija, inzulinska rezistencija čimbenici su odgovorni za nastajanje moždanog udara kod osoba sa šećernom bolesti.

## Nepromjenjivi (na koje ne možemo utjecati):

- dob>55 godina
- spol
- rasa
- šećerna bolest
- moždani udar i TIA u obitelji
- prethodni moždani udar u osobnoj povijesti bolesti

## Promjenjivi (na koje možemo utjecati):

- visoki krvni tlak
- visoki kolesterol u krvi
- atrijska fibrilacija
- pušenje cigareta
- ovisnost o alkoholu
- mala fizička aktivnost
- prekomjerna tjelesna težina

Ključnu ulogu u suzbijanju i liječenju faktora ima pojedinac kod kojeg je prisutan jedan ili više faktora rizika i pred kojeg se postavlja zadatak da iz pasivne uloge promatrača koji zatvara oči pred rizikom preuzme aktivnu ulogu i odgovornost za vlastito zdravlje.

Kod više od 40% preživjelih od moždanog udara nastaje veća ili manja ovisnost o pomoći drugih osoba u obavljanju dnevnih aktivnosti, oko 25% bolesnika trajno je hospitalizirano, 10% nije u mogućnosti samostalno se kretati, a 66% više nije radno sposobno.

Kombinacijom pet dokazanih strategija u sekundarnoj prevenciji moždanog udara moglo bi se sprječiti čak do 80% recidiva moždanog udara, a one uključuju:

1. modifikaciju prehrane
2. vježbanje
3. primjenu acetilsalicilne kiseline
4. primjenu antihipertenziva
5. primjenu statina

Karotidna endarterektomija indicirana je u simptomatskim bolesnikama sa stenozom između 70-99%, ali samo u specijaliziranim centrima gdje je stopa perioperativnih komplikacija manja od 6%.

Karotidna endarterektomija može biti indicirana nekim bolesnicima sa stenozom od 50-69% bez ozbiljnog neurološkog deficit-a.

Uspješna skrb o bolesniku s moždanim udarom započinje prepoznavanjem moždanog udara kao hitnog medicinskog stanja. Bolesnici s moždanim udarom trebaju biti upućeni u JLMU. Zbrinjavanjem bolesnika u specijaliziranim jedinicama za liječenje moždanog udara smanjuje se mortalitet bolesnika i njihova ovisnost o tuđoj pomoći.

Najčešći simptomi moždanog udara su:

- utrnulost, slabost ili oduzetost lica, ruke ili noge pogotovo ako je zahvaćena jedna strana tijela
- poremećaji govora: otežano i nerazumljivo izgovaranje riječi, potpuna nemogućnost izgovaranja riječi i/ili otežano, odnosno potpuno nerazumijevanje govora druge osobe
- naglo zamagljenje ili gubitak vida, osobito na jednom oku ili u polovini vidnog polja

#### SIMPTOMI I ZNAKOVI MOŽDANOG UDARA

#### OPSKRBNO PODRUČJE

Kontralateralna hemipareza (najviše u nozi), inkontinencija urina, apatija, smetenost, slabo rasuđivanje, mutizam, Babinskijev znak pozitivan

Prednja moždana arterija

Kontralateralna hemipareza (najviše ruka i lice) dizartrija, hemihipestezija, kontralateralna homonima, hemianopsija, afazija (ukoliko je zahvaćena dominantna hemisfera) ili apraksija i neobaziranje na osjete (ako je pogodjena nedominantna hemisfera), monokularni gubitak vida (ukoliko je zahvaćena unutarnja karotidna arterija)

Srednja moždana arterija

Kontralateralna homonima, hemianopsija, jednostrana kortikalna sljepoća, gubitak memorije, jednostrana pareza N3, hemibalizmi

Stražnja moždana arterija

Jednostrani ili obostrani deficit moždanih živaca (npr. nistagmus, vertigo, disfagija, dizartrija, diplopija, sljepilo), spastička pareza, ukrižen senzorni s motoričkim deficitom\*; poremećaj svijesti, koma, smrt (kod okluzije bazilarne arterije)

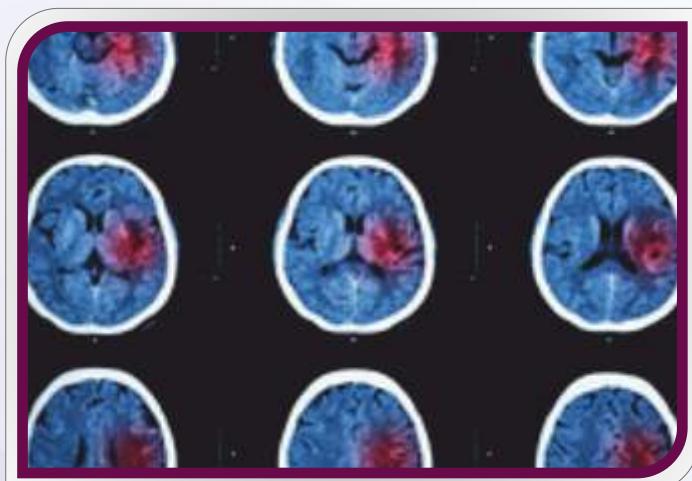
Vertebrobazilarni sliv

Jednostrani čisti senzorni ili motorički kortikalni deficit naglo nastala jaka glavobolja praćena povraćanjem bez jasnog uzroka

gubitak ravnoteže, omaglice ili vrtoglavice, nesigurnost i zanošenje u hodu, iznenadni padovi povezani s drugim simptomima.

Ipsilateralni gubitak osjeta na licu ili motorička slabost uz kontralateralnu hemianesteziju ili hemiparezu znak je lezije ponsa ili kaudalnijih struktura.

Lakunarne lezije



Slika 2. Ishemijski moždani udar



Slika 2.1. Ishemijski moždani udar



Iako su moždani krvarenja rjeđa, njihova prognoza je lošija, smrtnost bolesnika koji dožive neku vrstu moždanog krvarenja veća, a zaostali invaliditet teži.



Slika 3. Hemoragijski moždani udar

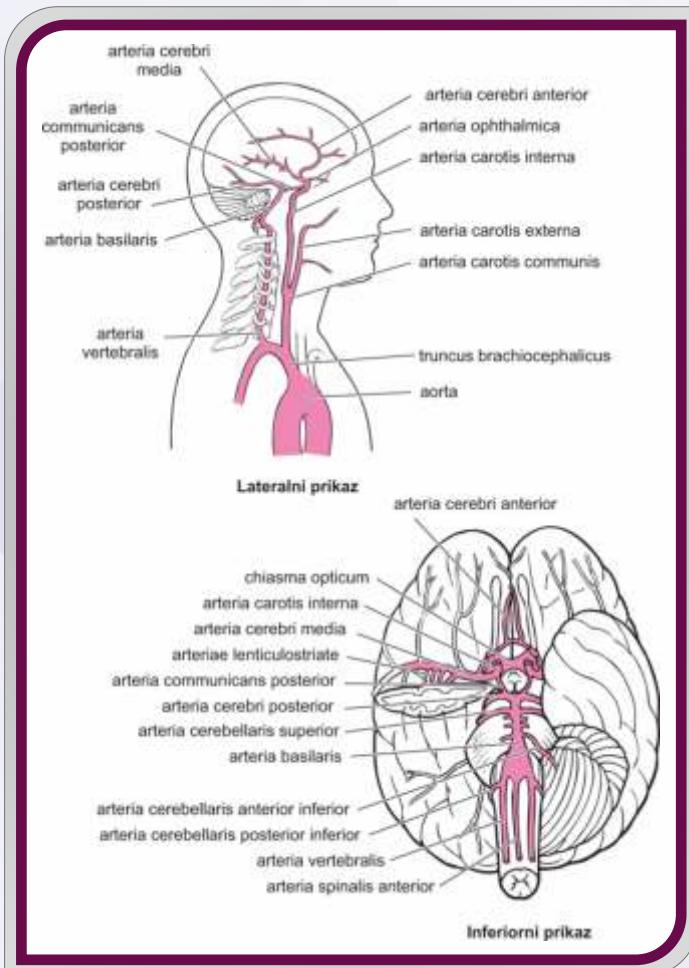
Ako se krv izlije u okolno moždano tkivo, najčešće zbog prsnuća krvne žile uzrokovanih povиšenim krvnim tlakom, govorimo o **intracerebralnom krvarenju ili intracerebralnom hematому**.

Najčešće je riječ o krvarenju koje je smješteno na tzv. **tipičnim mjestima u velikom mozgu u centralnim regijama**, iako je moguće da je krvarenje lokalizirano u drugim dijelovima mozga, u tzv. **netipičnim mjestima ili u malom mozgu**, ili da krvarenje prodre u moždane komore, kad govorimo o **ventrikularnom krvarenju**. Klinički se moždano krvarenje najčešće manifestira oduzetošću ekstremiteta, smetnjama govora, vida, osjetnim ispadima, poremećajem stanja svijest ili različitim oblicima epileptičkih napadaja. Terapija takvog oblika moždanog krvarenja većinom je medikamentozna (primjenom lijekova), a iznimno operativna. U predviđanju neurološkog i kliničkog ishoda važnu ulogu ima obujam krvarenja, odnosno hematoma u mozgu.

## Etiologija i patofiziologija

- Moždani udar zahvaća velike arterije mozga (slika 4.), prednju cirkulaciju koja se sastoji od ograna unutarnje karotidne arterije, te posteriornu cirkulaciju koja se sastoji od ograna bazilarne, odnosno vertebralnih arterija.

- Neurološki ispad (deficit) zapravo je pokazatelj koje područje mozga je zahvaćeno. Oštećenja parenhima u prednjoj cirkulaciji uzrokuju unilateralne smetnje, dok se oštećenja u stražnjoj cirkulaciji manifestiraju bilateralno i stvaraju poremećaje stanja svijesti.
- Neurološki deficit najčešće ne ukazuje o kojoj se vrsti moždanog udara radi, no drugi simptomi na to obično ukazuju. Naglo nastala glavobolja obično ukazuje na subarahnoidalno krvarenje. Poremećaj svijesti praćen glavoboljom, mučninom i nagonom na povraćanje ukazuju na povećanje intrakranijalnog tlaka koje može nastati 48–72 sata nakon masivnog ishemičnog moždanog udara ili u ranoj fazi moždanog krvarenja; može doći i do hernijacije hemisfera mozga i smrtnog ishoda.



Slika 4. Velike arterije mozga

## Dijagnostička obrada:

- Klinički pregled
- MSCT mozga
- MR mozga

## Liječenje:

Ponekad je prije same dijagnoze potrebno najprije stabilizirati bolesnika. Kod bolesnika s poremećajem svijesti potrebno je osigurati prohodnost dišnih putova. Ukoliko se sumnja na porast intrakranijalnog tlaka, potrebno je isti pratiti te po potrebi pristupiti terapiji koja će smanjiti edem mozga. Potrebno je korigirati prateće poremećaje (npr. vrućica, hipoksija, dehidracija, hipertenzija, hiperglikemija) kod akutnog moždanog udara kao i u stadiju oporavka. Specifično liječenje ovisi o vrsti moždanog udara. Tijekom oporavka potrebno je spriječiti mogućnost razvoja aspiracijske pneumonije, duboke venske tromboze i plućne embolije, dekubitusa te paziti na dovoljan unos kalorija u prehrani kod nepokretnih bolesnika. Potrebno je što ranije započeti s izometrijskim vježbama oduzetih ekstremiteta kao bi se spriječio razvoj kontraktura te s vježbama disanja u smislu prevencije razvoja atelektaza i pneumonije. Većini bolesnika potrebna je okupacijska i fizikalna terapija. Neki od bolesnika trebaju i dodatnu terapiju, npr. terapiju govora, hipolipemijsku ili hipoglikemijsku dijetu. Depresija je česta nakon moždanog udara i može kod težih oblika zahtijevati i uvođenje antidepresiva i bihevioralnu terapiju. U rehabilitaciji bolesnika s moždanim udarom najbolji je interdisciplinarni pristup. Potrebna je i promjena štetnih životnih navika.

Nakon završenog liječenja moždanog udara, bolesnici s preboljelim moždanim udarom trebaju započeti program rehabilitacije što je ranije moguće.

Glavni su ciljevi rehabilitacije nakon moždanog udara prevencija kontraktura i embolija, optimalno zbrinjavanje specifičnih medicinskih problema i osiguravanje psihološke pomoći i podrške bolesnicima i njihovim obiteljima.

Do oporavka neuroloških deficitata dolazi najbrže u prva tri mjeseca nakon nastanka moždanog udara, a to je ujedno i optimalno vrijeme za početak rehabilitacije.

Ipak, aktivnu rehabilitaciju treba nastaviti onoliko koliko to zahtijeva stanje bolesnika kao dio dugoročnog rehabilitacijskog programa. Kod više od 40% preživjelih od moždanog udara zaostane veća ili manja ovisnost o pomoći drugih osoba u obavljanju dnevnih aktivnosti, oko 25% bolesnika trajno je hospitalizirano, 10% nije u mogućnosti samostalno se kretati, a 66% više nije radno sposobno.

## Zdravstvena njega

Tijekom planiranja zbrinjavanja bolesnika sa cerebrovaskularnim inzultom potrebno je obratiti pozornost na nekoliko područja:

- zbrinjavanje tijekom akutne faze
- održavanje tjelesnih funkcija i prevencija komplikacija
- psihološke potrebe
- rehabilitacija unutar zdravstvene ustanove
- planiranje otpusta

Akutna faza cerebrovaskularnih bolesti odnosi se na period od prijema bolesnika do stabilizacije, najčešće prvih 24 do 48 sati od hospitalizacije. Tijekom tog perioda sestrinske aktivnosti usmjerene su prema održavanju bolesnikovih vitalnih funkcija.

## Akutna faza:

1. Održavanje bolesnikova dišnog puta, primjena oksigenoterapije prema odredbi liječnika, položaj bolesnika na boku
2. Uklanjanje sekreta iz dišnog puta, uvesti mjere opreza u slučaju povišenog intrakranijalnog tlaka
3. Učestala provjera vitalnih znakova
4. Učestala provjera neurološkog statusa
5. Razina svijesti
6. Zjenice
7. Motorna i senzorna funkcija
8. Pokreti očiju
9. Refleksi
10. Kontrola funkcije urinarnog trakta (postavljanje urinarnog katetera)
11. Provjera ravnoteže tekućine i elektrolita, vođenje dokumentacije o unosu i iznosu tekućine i razine elektrolita u krvi

Kvalitetno sestrinsko zbrinjavanje imat će veliki utjecaj na krajnji ishod za bolesnika u smislu komplikacija i trajnih nesposobnosti. Jednom kada je bolesnik stabilno, stvara se plan zdravstvene njegе bolesnika u postakutnoj fazi, koji je usmjerен na održavanje tjelesnih funkcija i prevenciji komplikacija kako bi bolesnik bio u što boljem fizičkom stanju za rehabilitacijski program.

## Postakutna faza:

1. Provođenje osobne higijene
2. Rutinska provjera neuroloških i vitalnih znakova
3. Provođenje pasivnih vježbi ekstremiteta četiri puta dnevno
4. Njega kože svaka četiri sata
5. Promjena položaja u krevetu svaka dva sata (glava viša od razine laktova, a laktovi u povišenom položaju)
6. Povišeno uzglavlje kreveta za 30 stupnjeva
7. Održavanje prohodnog dišnog puta i uklanjanje sekreta
8. Primjena elastičnog zavoja
9. Dokumentacija unosa i iznosa tekućine
10. Njega urinarnog katetera dva puta dnevno



- 11.** Njega perinealnog područja
- 12.** Primjena bakteriostatskih masti
- 13.** Procjena sposobnosti gutanja (refleks gutanja)
- 14.** Evaluacija komunikacijskog sistema provjerom ekspresivne i receptivne afazije (evaluiranjem bolesnikova odgovora na postavljena pitanja)
- 15.** Prilagodba komunikacije bolesnikovim deficitima (polagani govor normalnim tonom)
- 16.** Pružiti re-orientaciju bolesniku (kalendar, radio, obiteljske fotografije)
- 17.** Pružanje njege očiju
- 18.** Zadovoljavanje nutritivnih potreba (dijeta sa niskim udjelom soli u slučaju retencije tekućine i hipertenzije)
- 19.** Promatranje bolesnika za razvoj komplikacija (paralitički ileus, plućni embolis, infarkt miokarda)
- 20.** Provjera laboratorijskih nalaza

Potrebno je uvesti protokole za zbrinjavanje povišenog intrakranijalnog tlaka.

Takve mjere uključuju:

- ograničiti aspiraciju bolesnika na 15 sekundi
- povišeno uzglavlje kreveta za 30 stupnjeva
- ograničiti unos tekućine na točno određenu količinu kroz 24 sata, ovisno o vrijednostima intrakranijalnog tlaka.

## Uloga medicinske sestre u pružanju emocionalne i psihološke potpore je:

- objasniti bolesniku i obitelji da je ponašanje uzrokovano ozljedom mozga i da nije namjerno te da će se bihevioralni deficiti poboljšati s vremenom
- ignorirati ponašanja kao što su psovanje, vikanje ili izlaganje bolesnika
- kontrolirati okoliš smanjenjem podražaja koji mogu uzrujati bolesnika
- previdjeti bolesnikove potrebe kako bi se smanjila frustracija
- pružiti pozitivne povratne informacije o bolesnikovim postignućima
- ohrabriti bolesnika u ponovnom učenju vještina
- pružiti bolesniku informacije o orijentaciji (orijentacija o vremenu, mjestu, ljudima...)
- objasniti emocionalne deficite obitelji

Zdravstvena njega usmjerenja je prema pomoći bolesniku u učenju vještina kako bi vratio neovisnost u svakodnevni život.

## Sestrinske dijagnoze

- 1.** SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE (hranjenje, osobna higijena, odijevanje)
- 2.** VISOK RIZIK ZA NASTANAK KOMPLIKACIJA DUGOTRAJNOG LEŽANJA:
  - a)** visok rizik za dekubitus
  - b)** visok rizik za kontrakte
  - c)** visok rizik za nastanak hipostatske pneumonije
- 3.** SOCIJALNA IZOLACIJA
- 4.** VISOK RIZIK ZA NASTANAK INFKECIJE u/s UVEDENIM KATETERIMA (CVK, URINARNI KATETER)
- 5.** OPSTIPACIJA
- 6.** DEHIDRACIJA
- 7.** DISBALANS UNOSA IZNOSA TEKUĆINE
- 8.** INKONTINENCija URINA I STOLICE
- 9.** BOL
- 10.** SLABA POKRETLJIVOST ILI NEPOKRETNOST
- 11.** SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA
- 12.** POREMEĆAJ SVIJESTI
- 13.** NESANICA
- 14.** NEADEKVATAN UNOS HRANE u/s POREMEĆAJEM SVIJESTI
- 15.** NEADEKVATAN UNOS HRANE ZA ZADOVOLJAVANJE NUTRITIVNIH POTREBA
- 16.** DEPRESIJA
- 17.** ANKSIOZNOST
- 18.** OTEŽANA VERBALNA KOMUNIKACIJA u/s UZIMANJEM LIJEKOVA (npr. psihofarmaci)
- 19.** VISOK RIZIK ZA ASPIRACIJU HRANE I VODE u/s HEMIPLEGIJOM JEDNE STRANE TIJELA
- 20.** SMANJENA PROHODNOST DIŠNIH puteva u/s HIPERSEKRECIJOM I NEMOGUĆNOŠĆU ISKAŠLJAVANJA
- 21.** NEMIRI I AGRESIJA
- 22.** POREMEĆAJ U BODY IMAGE-U
- 23.** VISOK RIZIK ZA PAD u/s POREMEĆENOM MOTORIKOM
- 24.** TJSKOBA u/s TRETMANOM I SHODOM BOLESTI
- 25.** NEUPUĆENOST U METODE I CILJEVE LIJEĆENJA
- 26.** OTEŽANO GUTANJE u/s BULBARNOM I PSEUDOBULBARNOM PARALIZOM ŠTO SE OČITUJE ZAGRCAVANJEM HRANE I TEKUĆINE
- 27.** MOTORNA AFAZIJA u/s MOŽDANIM UDAROM ŠTO SE OČITUJE RAZUMIJEVANJEM TUĐEG GOVORA ALI NEMOGUĆNOŠĆU IZGOVARANJA

- 28.** SENZORNA AFAZIJA u/s MOŽDΝIM UDAROM ŠTO SE OČITUJE NERAZUMIJEVANJEM TUĐEG GOVORA ALI MOGUĆNOŠĆU IZGOVARANJA
- 29.** GUBITAK APETITA
- 30.** GLAVOBOLJA u/s SUBARAHNOIDALNIM KRVARENJEM
- 31.** MOGUĆNOST GUŠENJA u/s ASPIRACIJOM SEKRETA ILI HRANE
- 32.** NEMOGUĆNOST ŽVAKANJA I GUTANJA u/s PARALIZOM MIŠIĆA ILI SLABOŠĆU ŽVAKAĆE MUSKULATURE
- 33.** SMANJEN UNOS HRANE u/s TEŠKOĆAMA GUTANJA
- 34.** VISOK RIZIK ZA KOMPLIKACIJU u/s HRANJENJEM PUTEM NAZOGASTRIČNE SONDE

## Zaključak

Bolesnici koji su preboljeli moždani udar i sa težim posljedicama ne trebaju se osjećati sasvim nemoćno jer se njihovo zdravstveno stanje može uvelike poboljšati svakodnevnim trudom i zalaganjem. Od velikog je značenja djelovanje medicinskih sestara i tehničara kako bi bolesnik koji je doživio moždani udar što prije prihvatio svoju bolest, aktivno sudjelovao u liječenju te se što prije vratio u svoju obiteljsku i radnu okolinu. Suvremeno sestrinstvo mora podučiti bolesnika svim vještinama i saznanjima koje će mu pomoći u svladavanju novonastalih poteškoća i voditi brigu o njegovoj rehabilitaciji.

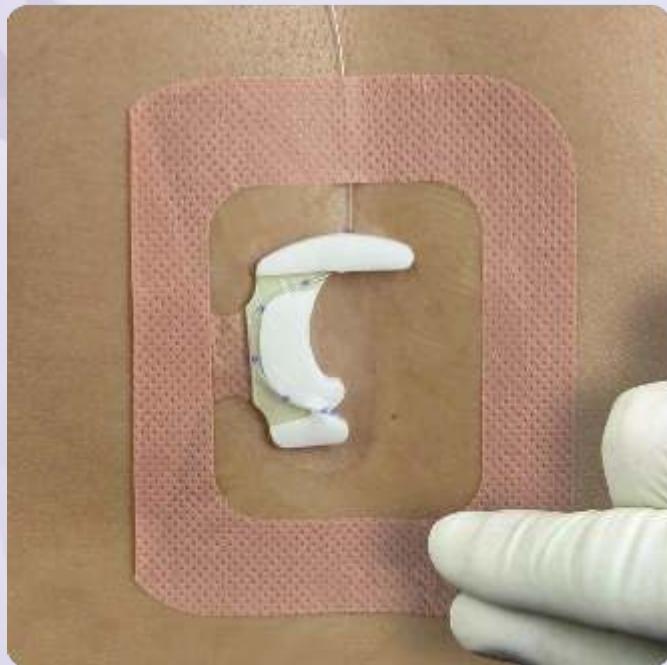
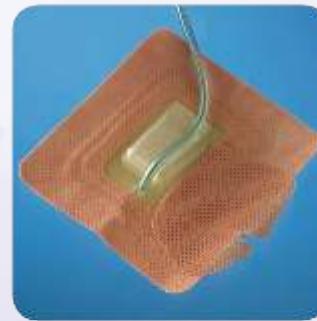
Sestrinska uloga u rehabilitaciji sastavni je dio cijelokupne skrbi i uključuje vještine usmjerene prevenciji, održavanju funkcija i oporavku. Sestrinska skrb usmjerena je prevenciji komplikacija i nesposobnosti koje iz nje proizlaze. Budući da medicinska sestra provodi najviše vremena uz bolesnika u mogućnosti je procijeniti njegovo fizičko, emocionalno i psihološko stanje. Osim s pacijentom, sestra je u kontaktu s njegovom obitelji koja je zainteresirana za plan njege i rehabilitaciju.

Važan segment rada medicinske sestre predstavlja učenje i podučavanje pacijenta i njegove obitelji koji uključuje učenje vještina demonstracijom medicinske sestre, priprema individualnog plana gdje treba uzeti u obzir obrazovanje, dob, intelektualne sposobnosti i razinu neurološkog deficit-a te poticati bolesnika i njegovu obitelj na verbalizaciju svih nedoumica i nejasnoća. Educirana medicinska sestra nezaobilazni je dio tima u Jedinicama za liječenje moždanog udara, u njihovoj rehabilitaciji te u provođenju preventivnih mjera za nastanak moždanog udara.

## Literatura

1. Demarin V.; Bašić Kes V.: *Klinički put za moždani udar*, Medix:2010;(86).13-15.
2. Demarin V.i suradnici: *Priročnik iz neurologije*, Zagreb, 1998.
3. Kurtović B i sur.: *Zdravstvena njega neurokirurških bolesnika*, HKMS 2013: 196-204.
4. Demarin V.i SUR.: *Moždani krvotok-klinički pristup*, Zagreb:Naprijed-Medicinska biblioteka, 1994.
5. Demarin V.: *Ključ za zdrave dane-mozak i žile bez mane*, Zagreb:Medicinska biblioteka, 1995.
6. Brass LM.; Shaker LA.: *Family history in patient with transient ischemic attacks*, Stroke 1991.
7. Sharma JC.; Fletcher S.; Vasallo M.: *Strokes in the elderly-higher acute and 3-month mortality-an explanation*, Cerebrovasc dis 1999.
8. Hankey G.; Jamrozik K.; Broadhurst R.; Forbes S.; Burvill P.; Anderson C.; Stuart-Wynne E.: *Five year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke study*, Stroke 2000.
9. Planjar-Prvan M.: *Nefarmakološke metode prevencije MU*, Acta Medica Croatica 64(2010)3-8
10. Sedić B.: *Zdravstvena njega neuroloških bolesnika* 2005.
11. Premovska G.: *Šećerna bolest i moždani udar*, Medicus 2001.Vol.10, No.1,35-40 Internet:
12. [http://gorila.jutarnji.hr/mozdani\\_udar/nastaje\\_naglo\\_a\\_priprema\\_se\\_godinama](http://gorila.jutarnji.hr/mozdani_udar/nastaje_naglo_a_priprema_se_godinama)
13. [www.pliva\\_zdravlje.hr/Mapa\\_tijela/Mozdani\\_udar](http://www.pliva_zdravlje.hr/Mapa_tijela/Mozdani_udar)
14. [www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/mozdani-udar](http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/mozdani-udar)
15. [www.cybermed.hr/clanci/mozdani\\_udar](http://www.cybermed.hr/clanci/mozdani_udar)

# Pomagala za fiksaciju



**POMAGALA ZA FIKSACIJU**

## "Enterostomalna terapija bez granica"

Pripremila: Vesna Konjevoda



Društvo medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije i tvrtka Coloplast organizirali su Stručni skup pod nazivom "ENTEROSTOMALNA TERAPIJA BEZ GRANICA" koji se prema najavi održao od 21.– 23.travnja u hotelu Trakošćan.



Skup je otvorila predsjednica DMSTDK Vesna Konjevoda. Zahvalila se prisutnima na odazivu i interesu za temu. Također je naglasila važnost enterostomalnog terapeuta u svakodnevnom radu s bolesnicima kojima prethodi postupak izvedbe stome, ili već imaju izvedenu stomu. Enterostomalni terapeuti, osim nazivom jasnog, ne bave se samo skrbi o stomama već i kroničnim ranama i inkontinencijom, što vrlo često bude zanemareno i nedovoljno jasno, čak i među zdravstvenim djelatnicima. Što sve enterostomalni terapeut radi, kako doći do licence, kako ih implementirati u zdravstveni sustav, neka su od pitanja na koja se nastojalo odgovoriti.

Predsjednik Hrvatskog društva digestivnih kirurga doc.dr.sc. Marko Zelić dr. med., pozdravio je skup te naglasio kako podržava aktivnosti medicinskih sestara i DMSTDK u inicijativi pokretanja, implementacije i priznavanja kvalifikacija i važnosti enterostomalnih terapeuta u sustav zdravstva RH. Održao je i predavanje o prednostima i važnosti enterostomalnog terapeuta s konkretnim statističkim podacima dobivenim iz zemalja EU koje već duži niz godina imaju vrlo dobro organiziranu enterostomalnu terapiju. Također je naglasio i podržao inicijativu pokretanja formalnog cijeloživotnog programa obrazovanja enterostomalnih

terapeuta u RH te naglasio kako Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci pokreće isti uz podršku WCET-a (Svjetskog udruženja enterostomalnih terapeuta).

Skup je bio podijeljen tematski na tri vrlo važna i zanimljiva dijela:

1. Iskustva kolegica iz Slovenije: uloga enterostomalnog terapeuta u bolnici, priprema pacijenta za operaciju, zdravstvena njega pacijenta sa stomom nakon operacije i kod komplikacija.
2. Predoperativno obilježavanje mesta stome: kako se to radi u teoriji i praktična radionica.
3. Okrugli stol na temu: Budućnost enterostomalne terapije u Hrvatskoj.



Kolegice iz susjedne Republike Slovenije predivnim predavanjima govorile su o ulozi enterostomalnog terapeuta u RS, prednostima koje terapeut svojim radom pruža pacijentima, sustavu zdravstva. Također su govorile o samoj organizaciji unutar UKC-ate problemima s kojima se susreću u svakodnevnom radu. Svojim nesebičnom željom za prenošenjem znanja i dragocjenim dugogodišnjim iskustvom, ukazale su na probleme s kojima bi se enterostomalna terapija a samim time i enterostomalni terapeuti mogli susresti danas u RH, i na tome im od srca zahvaljujemo.

Radionice na temu Predoperativnog obilježavanja mesta stome (markiranja), vodile su kolegice Ivanka Benčić, back.med.techn., ET, i kolegica Ivanka Gašparić bacc.med.techn.ET, iz KBC "Sestara milosrdnica". Interaktivnim pristupom s puno prikazanih praktičnih savjeta i konkretnih intervencija, radionice su ocijenjene vrlo uspješnima.

Okrugli stol s temom "Budućnost enterostomalne terapije u RH", vodila je Vesna Konjevoda. Sudionici okruglog stola bili su: Željko Gardlo predsjednik HUCUK-a, Ivanka Benčić ET RH, Vanja Vilar ET Republika Slovenija, Mario Gazić ispred HKMS-a, prof.dr.sc. Danijela Malnar dr.med. prodekanica za nastavu



Fakulteta zdravstvenih studija sveučilišta u Rijeci, Marija Pederin pravnica Ministarstva zdravlja, Tanja Lupieri predsjednica HUMS-a i Gordana Mustać pravnica MZ- a. Konkretni zaključci su doneseni i jasno verbalizirani sudionicima okruglog stola.

Vrlo interesantan dio skupa bio je vezan uz predavanje prof. Tatjane Divjak, prvog "Life coacha" u Republici Hrvatskoj. Predavanje uz interaktivno sudjelovanje medicinskih sestara na temu "Kako asertivno reći NE"; i "Jasno postavljanje granica", bilo je vrlo interesantno i jako dobro prihvaćeno. Na ovaj način medicinske sestre naučile su neke od tehnika koje mogu primjeniti u svakodnevnom radu.

Vrlo aktivnim sudjelovanjem jasno su dale do znanja kako problemi asertivnog odbijanja nekog zadatka ili molbe u svakodnevnim situacijama itekako postoje. Prof. Divjak naglasila je važnost postavljanja jasnih granica i pravilnog načina i vježbanja tehnika dobrog komuniciranja, što vrlo često bude vodeći i glavni problem.

Na kraju možemo slobodno reći kako je skup bio izuzetno uspješan, donijeli su se konkretni zaključci i osmisliće aktivnosti u smjeru oživljavanja, priznavanja te implementacije sestara enterostomalnih terapeuta u sustav zdravstva RH.



## Osvrt na održanom 1. sastanku medicinskih sestara o aritmijama i elektrostimulaciji srca, u Opatiji 29.-30.04.2016.

Dora Bedenić & Čepo Jelena Tereza

Dana 29.-30. travnja 2016. održan je 17. hrvatski simpozij o aritmijama i elektrostimulaciji srca s međunarodnim sudjelovanjem u Opatiji.

Prvi put su se sastanku priključile medicinske sestre i tehničari te organizirali zaseban sastanak kako bi objedinili svoje dugogodišnje iskustvo pri ugradnji elektrostimulatora te novosti u elektrofiziološkim ispitivanjima i procedurama u rješavanju različitih oblika srčanih aritmija.

Od predavanja sa našeg sastanka izdvojila bih predavanje dr. Šime Manola KB Sestre Milosrdnice: "Važnost antikoagulatne terapije: mit ili stvarnost" te izlaganje kolegice sr. Marine Klasan iz Rijeke „LAA okluder – revolucionarna alternativa lijekovima za smanjenje rizika moždanog udara u osoba s fibrilacijom atrija.

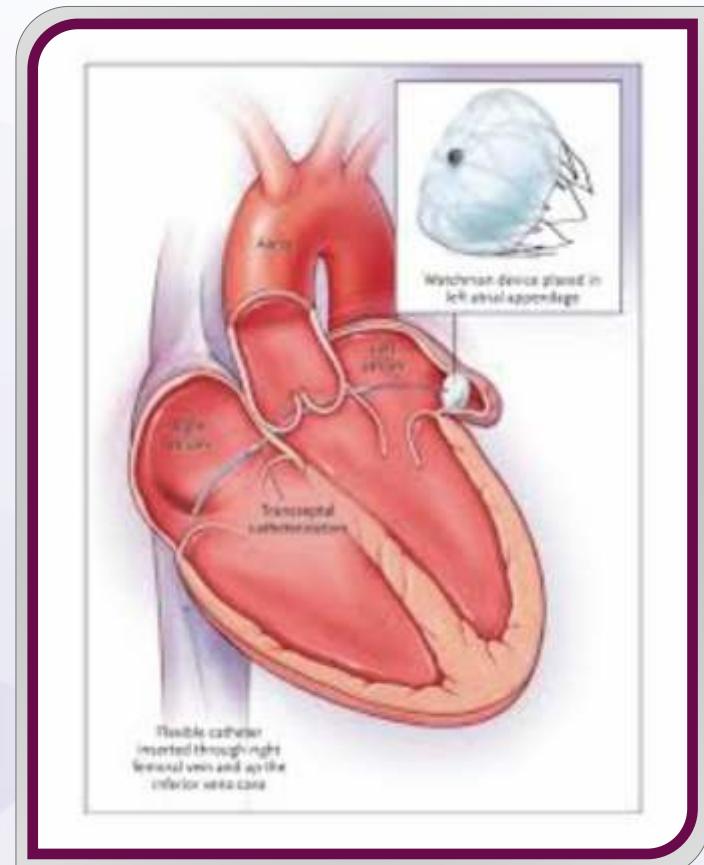
### Fibrilacija atrija

Fibrilacija atrija je brzi, nepravilni atrijski ritam. Simptomi su palpitacije te ponekad slabost, zaduha i presinkopa. Često nastaju atrijski trombi, koji značajno povećavaju rizik od embolijskog inzulta. Dijagnosticira se EKG snimanjem. Terapija obuhvaća kontrolu frekvencije srca lijekovima, prevenciju tromboembolije antikoagulansima te katkad konverziju u sinus ritam lijekovima ili kardioverzijom.

Fibrilacija atrija (AF) je obilježena kaotičnim kružnim lutanjem mnogostrukih malih valova kroz atrij. Međutim, u mnogim je slučajevima uzrok nastanku, i možda održavanju AF, odašiljanje impulsa iz nekog ektopičnog žarišta (obično su to plućne vene). U AF, atriji se ne kontrahiraju, atrioventrikulski (AV) provodni sustav biva zasut mnoštvom električnih impulsa, što rezultira neusklađenim prijenosom impulsa i nepravilnim ritmom ventrikula, što je obično u rasponu frekvencija tahikardije.

Fibrilacija atrija najčešća je srčana aritmija. Osobe s fibrilacijom atrija uglavnom su srednje i starije životne dobi i ova ih dijagnoza svrstava u kategoriju pacijenata s velikim rizikom za dobivanje moždanog udara, sa šansom koja je čak četiri do pet puta veća u odnosu na osobe koje ne boluju od ove vrste srčane aritmije. Razlog je to zbog kojeg većina osoba kod kojih je dijagnosticirana takva vrsta aritmija – a takvih danas ima puno – mora uzimati lijekove protiv zgrušavanja krvi kako bi sprječili stvaranje po život opasnih ugrušaka. Ipak, problem medikamentozne terapije koja je u većini slučajeva uspješna, leži u činjenici što antikoagulacijski lijekovi imaju svoje nuspojave, a jedne od najtežih su krvarenja u mozgu, želucu ili crijevima. Ovakve nuspojave javljaju se u pet do deset posto pacijenata i antikoagulacijska terapija lijekovima za njih nije metoda liječenja kojom bi prevenirali pojавu moždanih udara.

Ljudi koji ne mogu podnijeti te lijekove, kandidati su da im se u lijevu stranu srca, u mjestu gdje se najčešće stvaraju ugrušci, u privjesak lijeve pretkljetke gdje se u 90 posto situacija stvaraju ugrušci, okluderom ili svojevrsnim čepom taj dio zatvori i on potom sraste s ostalim tkivom, a osoba na srcu više nema taj svojevrsni privjesak u kojem se stvaraju ugrušci.



### LAA okluder

Lijevo atrijski aurikularni okluder je tretman koji reducira odlazak ugrušaka iz aurikule u cirkulaciju i smanjuje rizik nastanka moždanog udara kod nevalvularnih atrijskih fibrilacija (AF).

13.03.2015. US, FAD (Food&Drug Administracija) odobrila je primjenu WATCHMAN -

LAAC (left atrial appendage closure).

LAA okluder je jednokratni tretman. Obično se provodi u općoj anesteziji. Procedura slična ugradnji stenta, kroz femoralnu venu vodećim kateterom iz desnog atrija ulazi u lijevi atrij kroz foramen ovale ili kroz punkcijski otvor. Ovaj jatrogeni atrijalni septalni defekt obično nestaje kroz šest mjeseci.

Kontrola pravilnog zatvaranja izvodi se uz transezofagijski UZV. Implantacija je neinvazivna metoda koja ne zahtjeva zahvat na otvorenom srcu. Oporavak je obično unutar 24 sata.

Warfarin se daje 45 dana nakon zahvata da se pospješi endotelizacija implantata. Slijedi terapija Klopidogrel-om i Aspirin-om 6 mjeseci nakon implantacije. Aspirin doživotno.

Na tržištu postoje i okluderi drugih proizvođača sa CE i FDA certifikatom; Amplatz Cardiac Plug (ACP), Amulet, WaveCrest, Lariat, AtriClip, TigerPaw II

## Sestrinstvo u endoskopskoj kirurgiji



I simpozij Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije (DMSTDK), i godišnji sastanak Hrvatskog društva operacijskih sestara (HDOS), održao se u **Tuheljskim toplicama od 18.- 21. svibnja 2016.** Glavni organizator cijelog događanja bilo je Hrvatsko endoskopsko društvo, Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ), i prof. dr. sc. Igor Stipančić dr. med. iz Kliničke bolnice Dubrava iz Zagreba. Kongres pod sloganom „**Be better do better**”, izuzetno je dobro bio posjećen. Prisustvovalo je oko 250 kirurga, anesteziologa i oko 100 medicinskih sestara iz Hrvatske i Europe.

Također pozdravljam ideju udruživanja, izlaganja perspektive, problema, napretka, planova i želja svih profila zdravstvenih djelatnika koji rade kao tim na određenom području medicine. Jedino zajedničkim radom, s jasno definiranim ciljevima i razrađenim hodogramima možemo postići napredak i podići razinu kvalitete zdravstvene skrbi. Drago mi je da su liječnici kirurzi također prepoznali važnost timskog rada, te sve više kongresa organiziramo u suradnji.

**Glavna tema:** „Sestrinstvo u endoskopskoj kirurgiji“

### Podteme

- Kvaliteta života bolesnika nakon operacijskog zahvata endoskopskom metodom
- Priprema bolesnika za endoskopski zahvat
- Perioperativna skrb pri endoskopskim operacijskim procedurama
- Prikaz slučaja
- Slobodne teme



Želja i interes ovog stručnog skupa i zajedničkog izlaganja medicinskih sestara različitih profila u endoskopskoj kirurgiji razmjena je iskustva, prenošenje stečenih znanja i vještina, te stvaranje okruženja najbolje skrbi našim bolesnicima.



Stručni skup pozdravili su prof.dr.sc. Zdravko Perko dr. med., predsjednik HED, prof.dr.sc. Leonardo Patrlj dr. med. predstojnik klinike za kirurgiju KB Dubrava, Vesna Konjevoda dipl. med. techn. predsjednica DMSTDK te prof.dr.sc. Igor Stipančić dr. med. koji je ujedno otvorio kongres i budno pratio i nadgledao sve aktivnosti. Svečani dio otvorenja kongresa pratile su i svojim talentom uljepšale članice pjevačkog zbora KBC Zagreb na čelu sa magistrom sestrinstva Marijom Šumić Orlić, glavnom sestrom KBC Zagreb.

Dva dana predivnih predavanja, izvrsnih izlaganja, velikog broja radova zaista su oduševili.

Pozdravljam ovom prilikom sve medicinske sestre koje su bile aktivni sudionici skupa.

Također pozdravljam nastojanja medicinskih sestara da njihova predavanja budu istraživačka, s jasnim i konkretnim podacima, promišljanim, provedenim radnjama i korekcijama s jasnom željom postizanja najboljeg standarda prakse.

Ispred Društva operacijskih sestara pozdravio nas je sve zajedno Marin Repustić dipl.med.techn.

Nakon plodonosnog rada, predivnog druženja, razmjene iskustava, stjecanja novih kontakata i poznanstava, mogu nam samo svima skupa poželjeti da u istom ritmu nastavimo dalje do sljedećeg susreta.

Pozdravljeni bili....



## Održan urološki simpozij

Radmila Vrbat

Tradicionalni Urološki simpozij ove godine se održavao u prvoj daci hrvatskog turizma, prekrasnoj Opatiji od 19. – 21. svibnja 2016. godine u organizaciji Klinike za urologiju Kliničkog bolničkog centra u Rijeci i Katedre za urologiju Medicinskog fakulteta u Rijeci. U sklopu simpozija održan je i susret uroloških medicinskih sestara i tehničara. U stručnom dijelu su prezentirani kvalitetni radovi iz sestrinske urološke prakse. Sa Zavoda za urologiju KB "Sveti Duh" na simpoziju su aktivno sudjelovale četiri medicinske sestre s ukupno pet radova:

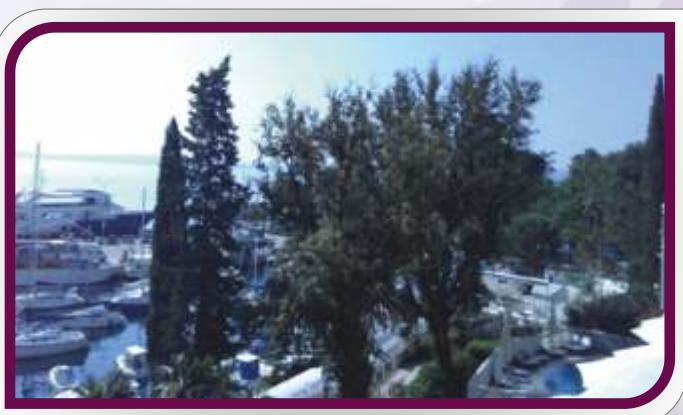
- 1.** Ljubenka Jakopec „Maligni tumori mokraćnog mjehura i načini tretiranja“
- 2.** Milena Vuković „Proces zdravstvene njegi kod pacijenta s cistektomijom - derivacijom po Hautmannu i komplikacijom ileusa“
- 3.** Bojana Miličević „Prikaz slučaja bolesnika s adenokarcinomom bubrega uz istovremeno prisutne obostrane presadnice u nadbubrežne žlijezde“
- 4.** Radmila Vrbat „Perioperativna zdravstvena njega bolesnika s urostomom“ i  
„Tko skrbi za bolesnika s urostomom? Razlike između Hrvatske i ostalih europskih zemalja“

Uz zanimljiv stručni dio domaćini su se potrudili organizirati i bogat društveni program tijekom kojeg su uz ugodno druženje razmijenjena profesionalna iskustva i dogovorena suradnja u narednim mjesecima.

### OSNOVANO DRUŠTVO UROLOŠKIH MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA - DUMSIT

U sklopu Urološkog simpozija u Opatiji održana je Osnivačka skupština Društva uroloških medicinskih sestara i tehničara koje će djelovati kao stručno društvo Hrvatske udruge medicinskih sestara i tehničara. Skupštinu je svojim dolaskom uveličala predsjednica HUMS-a Tanja Lupieri koja je pozdravila inicijativu za osnivanjem društva, te upoznala prisutne o funkciranju HUMS-a, kao i o prednostima udruživanja medicinskih sestara u tu, našu najveću i najstariju strukovnu udrugu.

Nakon javnog glasovanja za predsjednicu DUMSIT-a izabrana je Radmila Vrbat, KB „Sveti Duh“, a za tajnicu društva izabrana je Alma Redžepagić, KBC „Sestre milosrdnice“.



## 21. Stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi

Tomislav Maričić

Od 18. do 21. lipnja 2016. godine na Brijunima je održan 21. stručni skup medicinskih sestara i tehničara intenzivne skrbi s međunarodnim sudjelovanjem.

Teme stručnog skupa bile su: Najbolja praksa u JIL-u temeljena na: unaprjeđenju i razvoju zdravstvene njegе, postupaka, znanja i vještina, prihvaćanju i ažuriranju novih podataka; Planovi i protokoli zdravstvene njegе u JIL-u; Multidisciplinarni i timski pristup liječenju životno ugroženog bolesnika; te slobodne teme.

Djelatnici KB „Sveti Duh“, Klinike za unutarnje bolesti, ove su godine na stručnom skupu sudjelovali s dva rada.

Zdenka Grilec (predavač), Ivana Fortunić, Marija Margetić, Željka Dugi i Vesna Kaleb, Odjel za hitnu i intenzivnu medicinu, prezentirali su temu „Primjena alteplaze u liječenju plućne embolije u jedinici intenzivnog liječenja“.



Slika 1. Zdenka Grilec

Anita Solomun (predavač), Tomislav Maričić, Romana Hodak, Ivana Novosel, Zavod za bolesti srca i krvnih žila, autori su rada „Prevencija ubodnih incidenata kod medicinskih sestara“ u kojem je prikazano 5-godišnje istraživanje.



Slika 2. Anita Solomun



Nagradu za najbolju usmenu prezentaciju dobole su kolegice Tihana Muše i Sanja Šolić, s temom: „Zdravstvena skrb djeteta nakon ugriza zmije otrovnice.“

Osim struke i znanosti, bila je ovo i prigoda, kako za stara, tako i za nova prijateljska druženja i razmjenu informacija u neformalnim susretima.

## Održana je Izborna skupština Podružnice Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS-a), KB „Sveti Duh“

Na Izbornoj skupštini za predsjednicu Podružnice KBSD izabrana je Željka Klobučar, a za potpredsjednicu Ivanka Presečki.



Dana 12.srpnja 2016.godine u 14 sati u Kliničkoj bolnici Sveti Duh, održana je Izborna skupština Podružnice Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS-a), KB Sveti Duh. Podružnica KB Sveti Duh revitalizirana je 24.11.2015.godine i trenutno ima aktivnih 56 članova. Dosadašnja predsjednica Podružnice Tanja Lupieri, mag.med.techn. i potpredsjednica Vesna Konjevoda, dipl.med.techn., zahvalile su se na dosadašnjem radu.

Na Izbornoj skupštini za predsjednicu Podružnice izabrana je Željka Klobučar, bacc.med.techn., Glavna sestra Zavoda za traumatologiju na Klinici za kirurgiju, KB Sveti Duh, a za potpredsjednicu Podružnice izabrana je Ivanka Presečki, bacc.med.techn., Glavna sestra Zavoda za kirurgiju glave i vrata.

Izabrana predsjednica Željka Klobučar i potpredsjednica Ivanka Presečki pozvale su sve prisutne na suradnju u dalnjem radu Podružnice, sa željom za povećanjem članstva i radom na dobrobiti sestrinstva kroz stručne aktivnosti.

**Čestitamo izabranoj predsjednici i potpredsjednici Podružnice KB Sveti Duh i želimo uspešan rad!**

Pozivamo sve medicinske sestre i tehničare KB „Sveti Duh“ da obnove svoje članstvo u nacionalnoj stručnoj udruzi Hrvatskoj udruzi medicinskih sestara. Ako želimo napredovati u svojoj profesiji i podržati njezin razvoj onda možemo kroz rad stručnih društava dati svoj doprinos sestrinskoj profesiji. Budimo profesionalci i članovi profesionalne stručne udruge.



## Odjeća za dušu

### *Mir svim bićima!*

Kada pitali bi prelijepu planetu  
U Galaksiji Mliječnoj što kroz svemir jezdi,  
Koje riječi rekla bi ponajmanjem cvijetu,  
Ili ptici plavetnoj što u krošnjama se gnijezdzi?

Koje bi to misli uputila ljudskom biću,  
Životinjskom, kristalnome ili biljnome svijetu,  
Kakvu bi bajkovitu ispričala priču  
O paperjastoj golubici i slobodnome letu?

Što pjevala bi rijekama, jezerima i moru,  
Kad milozvučnim tonom šaputala bi stih  
Koji ljubio bi i planinu i goru,  
Kojim bi to riječima grlila sve njih?

Ili... sve nas...

Čovječanstvo zemaljsko - zvjezdanog korijenja,  
Koje u zaboravu i po duši gazi,  
U potrazi prepunoj materijalnog znamenja  
Domaćina svoga niti ne opazi.

Možda dijelila bi blagoslove svoje  
Svjež zrak, čvrsto tlo, riječni izvor pitki  
Kišne kapi, sunčev trag, sve dugine boje,  
Lahor mek, bure dodir, snažan i britki.

Ili bi šapatom što srcu je čitljiv  
Dotaknula nutrinu tek izronjenim pićima  
Uputila pogled, mio, ljubopitljiv,  
I Tišinom izrekla : Mir svim bićima!

*Košarić Željka, bacc. med. tech.  
Ambulanta za bol*

20 godina unatrag u liječenju  
rana pokrenuli smo  
**REVOLUCIJU**



**Kako su vai izazovi sve veći,  
tako su i nae inovacije sve naprednije**

20 godina je otkako smo lansirali AQUACEL® oblogu u čijem srcu je sadržana snaga Hydrofiber® Tehnologije. Ovo su bila dva desetljeća suradnje i inovacija nadahnutih od vas - zato, pridružite nam se u naem slavlju da s radoću isčekujemo nastavak budućeg zajedničkog uspjeha u liječenju rana.

**20 godina inovacija, 20 godina liječenja rana**



**Za sve informacije molimo nazovite besplatni telefon 0800 8000  
ili poaljite upit e-mailom: [stomam@stoma-medical.hr](mailto:stomam@stoma-medical.hr)**