



MOJ GLAS

GLASNIK MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I PRIMALJA KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

ISSN 1849-4889

BROJ

24

TEMA BROJA

**10 godina Klinike za anesteziologiju,
reanimatologiju i intenzivno liječenje**

AKTUALNO

Javnozdravstvena akcija

POBIJEDI VRIJEME #SPASI MOZAK

www.kbsd.hr



SADRŽAJ

Riječ urednice	3
Riječ pomoćnice ravnatelja	3
Riječ ravnatelja	4
Prvih pet za pet	5
Utjecaj aromaterapije na bipolarni poremećaj	10
Javnozdravstvena akcija Pobjedi vrijeme #spasimozak	12
Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	24
Edukacija medicinskih sestara / tehničara na klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	25
10 godina Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	26
Nezadovoljstvo i stres na radnom mjestu	27
Mobing u zdravstvenim ustanovama	28
Specifičnosti sestrinske skrbi za bolesnika s perkutanom nefrostomom	30
Medicinske sestre/tehničari OHBP KBSD- na Tečaju izrade sadrene udloge u Čakovcu 23.11.2019.	33
Obilježavanje svjetskog dana srca u KB „Sveti Duh“ 2019. godine	34
"SESTRINSTVO BEZ GRANICA III" i 7. Kongres HUMS-a. s međunarodnim djelovanjem	35
Enterostomalni terapeuti „KB Sveti Duh“	36
Osvrt na 18 znanstveni skup o poremećajima mozga	39
Fibrilacija atrijsa	42
Feokromocitom - prikaz slučaja	44
In memoriam	46
Pjesme	47

UREDNIŠTVO

Glavni urednik:

Jadranka Ristić, dipl.med.techn.

Voditelj tima operacijskih sestara na Klinici za ginekologiju i porodništvo

Zamjenik glavnog urednika:

Antonija Strojny, bacc.med.techn.

Uredništvo:

Gorana Aralica, bacc. med. techn.

Voditeljica tima u intenzivnoj skrbi Zavoda za cerebrovaskularne bolesti i intenzivnu neurologiju Klinike za neurologiju

Nasiha Kukec, bacc. obs.

Klinika za ginekologiju i porodništvo

Luca Topić, bacc. med. techn.

Glavna sestra odjela za stražnji segment oka

Ivana Kljajić, mag. med. techn.

Glavna sestra Zavoda za ortopediju

Valentina Kovačević, medicinska sestra

Zavod za abdominalnu kirurgiju

Za nakladnika:

prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med.

ravnatelj Kliničke bolnice "Sveti Duh"

Mjesto objavljivanja: Zagreb

Godina objavljivanja: 2018.

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

Učestalost objavljivanja: dva puta godišnje

Kontakt: moj.glas@kbsd.hr



Riječ urednice

Jadranka Ristić, dipl. med. techn.

Poštovane čitateljice i čitatelji, iza, a i ispred nas je vrijeme prepuno izazova. Virus COVID-19, potres; sve su to situacije u kojima smo morali raditi i funkcionirati spremno, brzo i smireno. Sve medicinske sestre/tehničari i primalje su na neki način bili uključeni u organizaciju, trijažu, zbrinjavanje ili brigu o pacijentima. Takva je situacija iziskivala velike napore i žrtve.

Dakle, medicinske sestre/tehničari i primalje su svakodnevno bili izloženi riziku od zaraze COVID-om 19, pojačanom stresu, umoru i odvojenosti od obitelji i prijatelja. Stoga je potrebno dodatno i svakodnevno promovirati sestrinstvo kao profesiju i na taj način osvijestiti javnost o svom radu.

Ovo je vrijeme kada čitav svijet gleda važnost sestrinskog poziva, a 12. svibnja smo obilježili Međunarodni dan sestrinstva. 2020. godina je proglašena godinom sestrinstva, stoga i mi, medicinske sestre/tehničari i primalje trebamo biti svjesni koliko smo važni.

U ovom broju smo posebnu pažnju posvetili 10-godišnjici Klinike za anesteziju, reanimatologiju i intenzivno liječenje koja je obilježena 18. listopada 2019. godine.



Uz više stručnih članaka kolegica i kolega iz KB Sveti Duh objavili smo i članke djelatnika iz drugih ustanova kao i izvješća sa niza kongresa i događanja na kojima su aktivno sudjelovali medicinske sestre/tehničari iz naše bolnice.

Na kraju, 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

Časopis „Moj glas“ osim u tiskanom obliku

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

www.kbsd.hr

Riječ pomoćnice ravnatelja

Sanja Ljubičić, dipl. med. techn, univ. mag. admin. sanit.
v.d. Pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo

Drage kolegice i kolege medicinske sestre/tehničari i primalje,

Svjetska zdravstvena organizacija je, prepoznavši vrijednost naše profesije, ovu 2020. godinu proglasila Godinom medicinskih sestara/tehničara i primalja. Mi predstavljamo najbrojniju skupinu zdravstvenih djelatnika i kao vrijedni članovi zdravstvenog tima prisutni smo u svim segmentima zdravstvenog sustava. Profesionalno i odgovorno radimo svoj posao no ponekad nam se čini kako znanje i trud pojedinaca nisu dovoljno prepoznati u javnosti.

Proteklo razdoblje je za sve nas bilo izazovno i zahtjevno uključujući odlazak velikog broja naših kolegica i kolega na rad u inozemstvo, potres u našem gradu i recentnu epidemiju Covid – 19 infekcije. Obzirom na novonastalu situaciju morali smo se reorganizirati, djelovati brzo i bez pogreške kako bi stvorili sve preduvjete za sigurno zbrinjavanje oboljelih pacijenata od Covid – 19 infekcije, a da pritom zaštitimo druge pacijente i sami sebe. Nenadani izazovi proteklog razdoblja od nas su zahtjevali aktivnu prilagodbu na promjene uz naporan rad i hrabrost što je bila prilika da se predstavimo široj javnosti.



Pokazali smo stručnost, organiziranost, empatiju, smirenost i samopouzdanje. Prepoznata je vrijednost našeg rada od predtrijaže, trijaže, hitnog prijema, do brige za svakog hospitaliziranog pacijenta i to sve u novim okolnostima i pod punom zaštitnom opremom.

Sada je ljeto pred nama, oboljelih od Covid – 19 infekcije je sve manje i čeka nas reaktivacija zdravstvenog sustava. Novi je izazov pred svima, a velik dio tereta snosit ćemo upravo mi i vjerujem da ćemo usješno odgovoriti i tom izazovu. Završila bih sa željom da u predstojećim vrućim ljetnim danima svi nađemo malo vremena za sebe i svoje najdraže uz zasluženi odmor.



Riječ ravnatelja

prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med.
Ravnatelj Bolnice KB Sveti Duh

Poštovane kolegice i kolege,

djelatnice i djelatnici Kliničke bolnice "Sveti Duh",

danas 31. svibnja 2020. godine, je poseban dan za našu Bolnicu. U ozračju proslave Dana Grada Zagreba i svetkovine njegove nebeske zaštitnice Majke Božje od Kamenitih vrata, na svečanoj dodjeli priznanja Grada Zagreba, gradonačelnik Grada Zagreba uručio je ravnatelju Kliničke bolnice "Sveti Duh" Medalju Grada Zagreba Kliničkoj bolnici "Sveti Duh" za izniman doprinos uspješnoj borbi protiv epidemije Sars-CoV-2 virusa. Ovo priznanje predstavlja krunu napora svih djelatnika Bolnice u borbi protiv aktualne epidemije, a posebno onih 300 djelatnika koji su bili neposredno uključeni u zbrinjavanje bolesnika sa sumnjom na koronavirus te bolesnika s potvrđenom dijagnozom COVID-19. Uz njih, velika zahvalnost ide i svim članovima kriznog stožera Bolnice (popularni corona team) u čijem su radu vodeću ulogu imale četiri naše uvažene kolegice, prof.dr.sc. Višnja Nesek Adam, prim. dr. med., Nikolina Marić, dr.med., dr.sc. Ivana Mikačić, prim. dr. med. te Dubravka Ivanić, bacc. med. techn. kao glavna sestra najboljeg središnjeg hitnog prijama.

S ponosom ističem da od 25. veljače do danas se niti jedan djelatnik Kliničke Bolnice "Sveti Duh" nije zarazio u Bolnici, a da smo pri tome u navedenom razdoblju aktivno provodili i ustrojili Bolnicu sukladno naputcima nacionalnog stožera, kao dio uspješno vođenog zagrebačkog i nacionalnog zdravstvenog sustava. Učinili smo 850 briseva pacijenata sa sumnjom COVID-19 od kojih je nešto manje od polovine boravilo u novoformiranom odjelu izolacije. U istom smo periodu zbrinjavali i sve hitne i prioritetne pacijente kojih je bilo preko 60 000 te kojima je učinjeno skoro 400 000 različitih dijagnostičko-terapijskih postupaka. Ovom prigodom se zahvaljujem gradonačelniku Grada Zagreba, g. Milanu Bandiću i Gradu Zagrebu što su prepoznali sve navedene aktivnosti i doprinos naše Bolnice u uspješnoj borbi protiv epidemije koronarnog virusa. Također se srdačno zahvaljujem brojnim donatorima Bolnice koji su nam značajno pomogli tijekom ove borbe, pri čemu su iznimno



važne pravovremene donacije zaštitne opreme koju su nam primarno osigurali Grad Zagreb i Vlada Republike Hrvatske. U isto vrijeme Grad Zagreb je zadesila još jedna velika nevolja - razorni potres pa su tako brojna oštećenja vidljiva i na svim starijim objektima Bolnice. Uvjereni smo da ćemo uz pomoć našeg vlasnika i osnivača Grada Zagreba, resornog Ministarstva zdravstva te Europske Unije uspješno zanoviti oštećene dijelove Bolnice. Zahvalni smo dragom Bogu i Blaženoj Djevici Mariji, zaštitnici kapele naše Bolnice da pri tome nije stradao niti jedan djelatnik i niti jedan pacijent Bolnice. I na kraju, osobito mi je zadovoljstvo nagovijestiti otvaranje najvećeg objekta ikada izgrađenog u 216 godina postojanja Bolnice u kojem će biti smještena dnevna bolnica i podzemna garaža s 477 parkirnih mjesta, a čije se otvaranje očekuje početkom mjeseca srpnja. Velebni objekt je izgrađen sinergijom Grada Zagreba i njegove najveće tvrtke Zagrebačkog Holdinga s jedne strane, te Ministarstva zdravstva, Ministarstva regionalnog razvitka i europskih fondova Republike Hrvatske i fondova EU s druge strane. Pored tog velikog događaja za Bolnicu, već u mjesecu lipnju započet će s radom i nova 3 T magnetska rezonanca, najnovije generacije, jedinstvena u Republici Hrvatskoj, čiju nam je nabavu omogućio Grad Zagreb.

Uz sva navedena postignuća, kao i uvijek, posebno ističem da je najveća vrijednost Kliničke Bolnice "Sveti Duh" njezinih 1500 djelatnika svih struka koji predano i odgovorno obavljaju svoju dužnost svaki dan, 24 sata, svih 365 dana u godini. Svima im zahvaljujem na tome i želim puno uspjeha u daljnjem radu.

RAVNATELJ KLINIČKE BOLNICE "SVETI DUH" prof. dr. sc. Mladen Bušić, prim.dr.med.

Klinička bolnica "Sveti Duh" najsrdačnije zahvaljuje svim donatorima na iskazanom dobročinstvu i donaciji u izuzetnim trenucima krize prouzročene epidemijom virusa SARS-CoV - 2:

AD Plastik d.d.
BLUE MOUNTAIN d.o.o.
Borik d.o.o.
Braniteljska udruga Studium Zagreb
CE-ZA-R Centar za reciklažu d.o.o.
Ensolx d.o.o.
gosp. Ante Pašalić
Henkel Croatia d.o.o.
HOSPITALIJA TRGOVINA d.o.o.
HP - Hrvatska pošta d.d.
INOKEM d.o.o.
IPDG Rotary Distrikt Hrvatska
KFK d.o.o.
LEDO d.o.o.

MED-LINE d.o.o.
MERITUS PLUS d.o.o.
NEWTON TECHNOLOGIES ADRIA
Nuklearna elektrana Krško d.o.o.
PBZ Card d.o.o.
PHOENIX FARMACIJA d.o.o.
Privredna banka Zagreb d.d.
PUNTA SKALA d.o.o.
Rotary Club Zagreb Sesvete
SERVIER PHARMA d.o.o.
SKYSKIT d.o.o.
Sveučilište u Splitu i HSZ
VIRO TVORNICA ŠEĆERA d.d.
ZVIJEZDA d.o.o.



PRVIH PET ZA PET!

Povijest Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“, Zagreb

prof. dr. sc. Mladen Bušić, prim. dr. med., izv. prof. dr. sc. Mirjana Bjeloš, dr. med., Ana Križanović, dr. med., Leon Marković dr.med., Benedict Rak dr. med.

Ove godine obilježavamo pet godina od dodjele prestižnog statusa Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“, Zagreb. Ovdje Vam predstavljamo najznačajnije događaje koji su obilježili naših prvih pet godina.

Tradicija izvrsnosti

U tradiciji izvrsnosti Klinika za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u cjelosti je predana pružanju zdravstvenih usluga vrhunske kvalitete dostupnih svakom pojedincu. Stalnošću svog postojanja, entuzijazmom, inovacijama i timskim radom generacijama brinemo o zdravlju i kvaliteti života dostojanstveno, humano i uspješno već dva stoljeća.

Njegujući vizije istaknutih oftalmologa zaslužnih za razvoj očnog odjela i medicinske prakse prepoznatljive u svijetu (profesora Čupaka, docenta Panijana, docentice Henč-Petrinović, profesora Gabrića i profesorice Dekaris), nastavljamo educirati i odgajati nove generacije mladih oftalmologa. Svjesni intrinzične vrijednosti takve tradicije, koja je centralno mjesto u čitavom sustavu zdravstvene skrbi posvetila bolesnicima, kontinuirano podižemo razinu profesionalne stručnosti.

Uz profesionalnu stručnost baziranu na humanističkoj perspektivi, koja postulira bezuvjetnost pružanja zdravstvene zaštite temeljene na etičkim načelima, svakom bolesniku pružamo uslugu na najvišoj razini, uz primjenu najmodernije tehnologije i u skladu sa suvremenim znanstvenim spoznajama. Referentni centar za dječju oftalmologiju i strabizam Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske je u petogodišnjem razdoblju (lipanj 2015. – lipanj 2020.) obavljao zdravstvenu, znanstvenu i nastavnu djelatnost u sklopu Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu i postigao sljedeće rezultate u navedenom dijelu medicinske struke koji odgovaraju svjetskim standardima:

- **Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam kontinuirano se bavi proučavanjem i unaprjeđenjem prevencije, dijagnostike i/ili terapije, odnosno rehabilitacije u području dječje oftalmologije i strabizma,**
- **Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam kontinuirano surađuje s uglednim ustanovama istoga stručnog područja u inozemstvu i međunarodnim ustanovama što se manifestira kroz razmjenu stručnjaka, zajedničke znanstvene projekte i druge vidove suradnje,**

- **Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam kontinuirano dokazuje uspješnost u znanstvenom radu realiziranjem znanstvenih međunarodnih projekata,**
- **Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam kontinuirano primjenjuje nove metode, postupke i normative koji se uvode prvi put u Republici Hrvatskoj,**
- **Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske kontinuirano čini obradu podataka o dijagnostici i/ili liječenju bolesnika s pokazateljima o postignutim rezultatima u liječenju te podnosi Ministarstvu zdravstva godišnja izvješća o radu Nacionalnog registra ranog otkrivanja slabovidnosti u sklopu praćenja Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti.**

Zahvaljujući kontinuiranom radu Referentnog centra Ministarstva zdravstva za dječju oftalmologiju i strabizam na nacionalnoj razini uspostavljeni su:

- **Obavezni pregledi vida u četverogodišnjaka (2015.)**
- Godine 2015. pri Referentnome centru prvi puta je učinjen **postupak akceleriranog cross-linkinga u djece** u javnim ustanovama u Republici Hrvatskoj
- Suvremene operacije na prednjem i stražnjem segmentu oka u djece sukladno standardima up-to-date svjetske medicine zasnovane na dokazima po prvi puta u Republici Hrvatskoj
- **ŠIROKOKUTNA 3D TEHNOLOGIJA OPERACIJE OKA** – jedinstvena i inovativna tehnologija oftalmoloških operacija čiji je izumitelj Benedict Rak, dr. med., specijalizant Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“, a koja je premijerno predstavljena na osmom međunarodnom simpoziju „Up-to-date Ophthalmology“
- **GENSKO LIJEČENJE. Genski lijek naziva Luxturna®** (voretigen neparvovek) odobren je za primjenu u Europi u prosincu 2018. godine. Referentni centar Ministarstva zdravstva za dječju oftalmologiju u sklopu Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ sudjelovao je u izradi farmakoterapijskog mišljenja za lijek Luxturna®, a prof. dr. sc. Mirjana Bjeloš, dr. med. bila je član radne skupine za nasljedne distrofije mrežnice (IRD) Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva za mišljenje Hrvatskog oftalmološkog i optometrijskog društva o prijedlogu stavljanja lijeka Luxturna® na Listu posebno skupih lijekova (PSL) HZZO-a.



Projekt „Ambliopija četverogodišnje djece Grada Zagreba“

Prepoznavajući prevenciju kao temelj dobre zdravstvene zaštite, Klinika za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“, pod pokroviteljstvom Grada Zagreba; gradonačelnika Grada Zagreba g. Milana Bandića te Gradskog ureda za zdravstvo i branitelje i Gradskog ureda za obrazovanje, kulturu i sport, a uz potporu Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, od mjeseca rujna 2011. do lipnja 2014. godine, u vrtićima Grada Zagreba provodila je najveći svjetski projekt skrininga na ambliopiju pod nazivom **„Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba“**. Ovim projektom s jedinstvenim protokolom na svjetskom nivou, koji je u svom znanstvenom dijelu registriran u najvećoj bazi kliničkih istraživanja, National Institute of Health, ClinicalTrials.gov Identifier NCT01430247, Republika je Hrvatska, tada samo kroz svoj glavni grad, bila svrstana među tek desetak najrazvijenijih država svijeta koje imaju slične projekte pretežito na nacionalnoj razini. Cilj ovog projekta bio je ukazati na problem ambliopije u Gradu Zagrebu te predložiti probir na ambliopiju kao sastavni dio Mjera zdravstvene zaštite, nakon čega bi pregled postao obavezan i dostupan svoj djeci u Republici Hrvatskoj. O prevalenciji ambliopije i njezinom liječenju u Republici Hrvatskoj, do objave rezultata ovog istraživanja, nisu postojali relevantni podaci. Kako rezultati Zagrebačkog probira pokazuju da je prevalencija ambliopije 8,1%, tada slobodno možemo zaključiti da u Republici Hrvatskoj danas živi oko 300.000 slabovidnih osoba. Jedino pravovremenim liječenjem moguće je ambliopiju izliječiti u preko 90% slučajeva.

Temeljem rezultata, a uzimajući u obzir neosporne činjenice, koje je i Svjetska zdravstvena organizacija definirala još davne 1968. godine o neupitnosti pozitivnog učinka probira na ambliopiju, Ministar zdravlja Republike Hrvatske, g. Siniša Varga podržao je ovu inicijativu, te je uveo od 1. lipnja 2015. godine probir na slabovidnost kao obavezan za svu četverogodišnju djecu u Republici Hrvatskoj, što je Republiku Hrvatsku svrstalo u sam svjetski vrh provođenja preventivne politike očuvanja zdravlja ne samo djece već prospektivno i cjelokupne populacije. U Republici Hrvatskoj do tada se probir na slabovidnost činio tek u sklopu sistematskog pregleda pri upisu u osnovnu školu, kada je za liječenje ambliopije prekasno. Prepoznajući prevenciju kao temelj dobre zdravstvene zaštite, temeljem rezultata projekta skrining na ambliopiju uvršten je u Prijedlog dopune Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a od 1. lipnja 2015. godine isti je postao nacionalni standard dostupan svim četverogodišnjacima Republike Hrvatske.

Novi iskorak

Dana 30. lipnja 2015. Klinika za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu učinila je novi iskorak u prepoznavanju Kliničke bolnice „Sveti Duh“ kao centra izvrsnosti u zdravstvenom sustavu RH, postavši prvim Referentnim centrom Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam.

Svečana dodjela rješenja o osnivanju Referentnog centra Ministarstva zdravlja za Kliniku za očne bolesti u KB „Sveti Duh“,



Tim Projekta „Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba“, 2015.

održala se u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“, 30. lipnja 2015. godine. Prvom voditeljicom Referentnog centra imenovana je izvršna voditeljica Projekta „Ambliopija“, prof. dr. sc. Mirjana Bjeloš. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske je zdravstvena ustanova ili dio zdravstvene ustanove, gdje se obavlja zdravstvena djelatnost koja ispunjava normative i standarde za pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite. Referentni centar je mjesto izvrsnosti, dostupnosti i sveobuhvatnosti svih oblika zdravstvene zaštite u području za koje je on osnovan. To pretpostavlja posjedovanje visokoeduciranog kadra, suvremene opreme i adekvatnog prostora u kojem se odvija rad. Zadaća centra je primjena i praćenje jedinstvene doktrine i metodologije u prevenciji, dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji bolesti. Neke bolesti, poput ambliopije, koje nose izuzetno veliki javnozdravstveni značaj se pojavljuju isključivo u djece, a podložne su liječenju samo u toj dobi i to s vrlo visokim stupnjem izliječenja. Stoga je nužna i opravdana pravodobna primjena provjerenih i standardiziranih mjera prevencije kako bi se smanjio pobol populacije u cijelosti. Jedna od zadaća referentnog centra je upravo osmišljavanje takvih postupaka i programa, njihovo praćenje i provjera učinaka, kako bi se mogao formirati stručni stav koji bi postao prihvaćeni standard na nacionalnoj razini.



KB „Sveti Duh“ postao je Referentni centar Ministarstva zdravlja za dječju oftalmologiju i strabizam, 2015.



NaDA – Nacionalni Dan Ambliopije

Ubrzo nakon prvih rezultata Projekta, rodila se ideja, a zatim i inicijativa o obilježavanju nacionalnog dana ambliopije, potekla od idejnog začetnika i tvorca projekta „Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba“, ravnatelja Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu i predstojnika Klinike za očne bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, prof. dr. sc. Mladena Bušića.

Hrvatski sabor na sjednici 20. lipnja 2016. donio je odluku o proglašenju 12. rujna nacionalnim danom ambliopije. Od 2016. sve do danas Klinika i Grad Zagreb vodeći su organizatori obilježavanja Nacionalnog dana ambliopije i podizanja svijesti javnosti o ovom važnom javnozdravstvenom problemu.

Istraživački tim projekta "Ambliopija u četverogodišnje djece Grada Zagreba" Klinike za očne bolesti Medicinskoga fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Kliničke bolnice „Sveti Duh“ pod ravnanjem glavnog istaživača prof.dr.sc. Mladena Bušića, prim. dr. med. i izvršne voditeljice prof. dr. sc. Mirjane Bjeloš, dr.med., dobitnik je najveće nagrade i najvećeg priznanja Grada Zagreba – "Nagrada Grada Zagreba" za 2016. godinu.



Dodjela Nagrade Grada Zagreba, 2016.

Nacionalni registar ranog otkrivanja slabovidnosti

Vrhunac aktivnosti navedenog tima predstavlja uspostava **nacionalnog Registra ranog otkrivanja slabovidnosti**, koji je nastao uz potporu resornog Ministarstva zdravstva i ministra zdravstva prof.dr.sc. Milana Kujundžića, na temelju uspješne suradnje između Referentnog centra Ministarstva zdravstva za dječju oftalmologiju i strabizam Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice "Sveti Duh" i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pod vodstvom doc.dr.sc. Krunoslava Capaka. Programsku podršku nacionalnog Registra ranog otkrivanja slabovidnosti izradio je specijalizant Klinike, dr. Benedict Rak, prema kliničkom predlošku voditelja Projekta „Ambliopija“ prof.dr.sc Mladena Bušića, i voditeljice Referentnog centra prof.dr.sc. Mirjane Bjeloš. Započevši s probnim radom 1. lipnja 2017. godine, postao je prvi nacionalni registar ranog otkrivanja slabovidnosti u svijetu.

Suradnja Klinike sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom

Suradnja Klinike i Svjetske zdravstvene organizacije započela je još 2015. godine te je kroz četiri sljedeće godine provođenjem studijskih analiza, organizacijskom okruglih stolova i izradom smjernica dokazala, još jednom, uspješnost na svjetskom nivou.

Dana 14. siječnja 2019. godine Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu postao je Suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju. Ujedno ovo je i jedina klinika u cjelokupnom zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske s ovim prestižnim i značajnim statusom suradnog centra dodijeljenim od strane Svjetske zdravstvene organizacije. Ovo priznanje odraz je kontinuiranosti postizanja visokih znanstvenih i stručnih rezultata u praćenju, proučavanju i unapređenju prevencije, dijagnostike i terapije u navedenom dijelu medicinske struke koji odgovaraju svjetskim standardima kroz primjenu novih metoda, postupaka i normativa koji se uvode prvi put u Republici Hrvatskoj. Klinika za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu ima dokazanu kontinuiranu uspješnost u znanstvenom radu realiziranjem znanstvenih projekata, suradnju s uglednim ustanovama istoga stručnog područja u inozemstvu i međunarodnim ustanovama kroz razmjenu stručnjaka, zajedničke znanstvene projekte i druge vidove suradnje te najsuvremeniju medicinsko-tehničku opremu koja je prema svjetskim standardima priznata i prihvaćena u radu navedenog dijela medicinske struke.

Dana 27. siječnja 2019. godine na svečanom prijemu u gradskoj palači Dverce zamjenica gradonačelnika gđa. dr.sc. Jelena Pavičić Vukičević u ime gradonačelnika Grada Zagreba g. Milana Bandića primila je, povodom otvorenja Suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju, predstavnike Svjetske zdravstvene organizacije i djelatnike Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“, a dan kasnije, 28. siječnja 2019. u Kliničkoj bolnici "Sveti Duh" svečanom otvorenju prisustvovali su ministar zdravstva Republike Hrvatske prof. dr. sc. Milan Kujundžić, zagrebački gradonačelnik g. Milan Bandić, predstavnica Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Europu gđa. Donna Zilstorff, voditeljica regionalnog ureda za Hrvatsku prof.dr.sc. Antoinette Kaić i ravnatelj KB-a „Sveti Duh“ prof. dr. sc. Mladen Bušić.



Prijam u palači Dverce za Kliniku za očne bolesti KB „Sveti Duh“, 2019.



Ovime se Klinika za očne bolesti pridružila suradnim centrima Svjetske zdravstvene organizacije, od kojih su samo još dva centra za oftalmologiju za cijelu Europu, a devet u svijetu, među kojima su Royal Victorian Eye and Ear Hospital u gradu Melbourne, u Australiji i Johns Hopkins Wilmer Eye Institute pri Johns Hopkins Sveučilištu u gradu Baltimore, u Sjedinjenim Američkim Državama. Prvim direktorima Suradnog centra za dječju oftalmologiju Svjetske zdravstvene organizacije imenovani su prof.dr.sc. Mladen Bušić, prim.dr.med., predstojnik Klinike za očne bolesti i doc.dr.sc. Mirjana Bjeloš, voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravstva za dječju oftalmologiju i strabizam.

Predstavnica Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Europu Donna Zilstorff istaknula je kako je počašćena što dijeli ovaj poseban dan s cijenjenim uzvanicima – „Čestitam na dezignaciji Klinike za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ i Referentnog centra ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam za Suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije! Ova dezignacija rezultat je rada mnogih, i htjela bih iskoristiti ovu priliku da se zahvalim cijelom timu KB „Sveti Duh“ koji je omogućio ovu dezignaciju i koji će u narednim godinama nastaviti suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom.“

Pozivno pismo sadržava informativni letak o važnosti preventivnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti i pozivnicu za probir s definiranim datumom, satom i ustanovom obavljanja probira i brojem besplatnog telefona 0800-8448 za dodatno informiranje javnosti o Nacionalnom preventivnom programu ranog otkrivanja slabovidnosti.



Predstavljanje novog protokola Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti, 2018.

Izvrsnost koja se nastavlja

Djelatnici Referentnog centra i danas aktivno sudjeluju u organizaciji, provedbi i nadzoru Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti kao članovi Nacionalnog povjerenstva za koordinaciju navedenog Programa. Trajno ulaganje u ljudske potencijale jedno je od najvažnijih nastojanja Klinike. Stalna edukacija i usavršavanje djelatnika u kliničkim vještinama provodi se kroz domaće i inozemne tečajeve, seminare, kongrese, kao i boravke na drugim inozemnim Klinikama. Klinika je nastavna baza studentima u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi, kao i liječnicima na specijalizaciji. Organizator je brojnih tečajeva prve kategorije i međunarodnih simpozija na kojima su gostovali vodeći kliničari i znanstvenici svijeta, sa Sveučilišta Weill Cornell, Harvarda, Ljubljane, Graza. Djelatnici Klinike su već više puta bili pozvani kao konzultanti i edukatori u druge ustanove. Na Klinici postoji knjižnica sa preko 120 naslova hrvatskih i stranih stručnih knjiga, u konvencionalnom, a neke i u elektroničkom obliku, periodika i znanstveno-popularnih publikacija, koje stoje na raspolaganju svim djelatnicima. Klinika ima i vrlo aktivnu publicističku djelatnost – u razdoblju 2011. – 2019. izdano je 12 knjiga, od čega je 11 sveučilišnih udžbenika koji su naišli na odličan prijam stručne javnosti. Klinika je nositelj i priznanja Europskog oftalmološkog društva, koje joj je za 2015. godinu dodijelilo prestižni status centra izvrsnosti u koju mladi specijalizanti i specijalisti iz cijele Europe mogu doći provesti dio svoje edukacije iz oftalmologije. Hrvatska zaklada za znanost raspisala je 1. travnja 2016. godine natječaj Izgradnja hrvatskoga strukovnog nazivlja s ciljem izrade baze podataka hrvatskoga strukovnog nazivlja (usustavljenih terminoloških zbirki) pojedinih struka uz prijevodne istovrijednice na drugim jezicima.



Svečano otvorenje Suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju u KB „Sveti Duh“, 2019.

Novi protokol

Od 1. siječnja 2019. godine Nacionalni preventivni program ranog otkrivanja slabovidnosti provodi se prema novom protokolu, pozivanjem četverogodišnjaka (u 2019. godini pozivaju se djeca rođena 2015. godine) na probirni preventivni pregled ranog otkrivanja slabovidnosti. Uvođenje novog protokola značajno je suportirao tadašnji pomoćnik ministra zdravstva, a sada ministar zdravstva prof.dr.sc. Vili Beroš, prim.dr.med.

Prema novom protokolu Ministarstva zdravstva, donešenom za period 2019-2028. godine, Hrvatski zavod za javno zdravstvo provodi pozivanje svih četverogodišnjaka Republike Hrvatske na preventivni pregled. Pozivno pismo dijete dobiva na kućnu adresu, najmanje 30 dana prije definiranog datuma probirnog pregleda.



U bazu Struna, koju održava Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje, tada je bilo uključeno 20 struka i više od 30 000 hrvatskih naziva. Na natječaj je bilo zaprimljeno 20 projektnih prijava, a na temelju preporuke članova Stalnoga odbora za natječaj Izgradnja hrvatskoga strukovnog nazivlja Upravni odbor Hrvatske zaklade za znanost na donio je odluku kojom se za financiranje prihvaća šest projektnih prijedloga, a među njima je bio i projektni prijedlog Hrvatsko oftalmološko nazivlje voditelja prof. dr. sc. Mladena Bušića, Kliničke bolnice Sveti Duh. Projekt je završio u veljači 2018, a suradnici na projektu bili su: prof. dr. sc. Mirjana Bjeloš, dr. med. Daliborka Miletić, dr. med. Josipa Bračić. **Godine 2018. Klinika za očne bolesti Kliničke bolnice Sveti Duh ponovno dobiva priznanje centra izvrsnosti. Svjetski nivo oftalmološke struke prepoznali su i liječnici koji su tamo stigli na edukaciju iz BiH, Mađarske, Albanije, Bugarske, Moldavije, Bjelorusije, Armenije i Mongolije.**

Na dan obilježavanja Međunarodnog dana djeteta 20. studenoga 2019. godine na svečanom prijemu u Predsjedničkim dvorima na Pantovčaku Klinici za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ predsjednica Republike Hrvatske Kolinda Grabar Kitarović uručila je Povelju Republike Hrvatske. Povelja je priznanje za izniman doprinos hrvatskoj medicini i zdravstvu kroz provedbu Nacionalnog preventivnog programa ranog otkrivanja slabovidnosti kod djece, uspostavu nacionalnog Registra ranog otkrivanja slabovidnosti te implementaciju ekspertize na svjetskoj razini što Klinika ostvaruje kao Suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju. Povelju su u ime Klinike preuzeli predstojnik Klinike za očne bolesti, prof. dr. sc. Mladen Bušić, prim. dr. med te voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za dječju oftalmologiju i strabizam, prof. dr. sc. Mirjana Bjeloš, dr. med., ujedno i direktori Suradnog centra Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju.

Povelja Republike Hrvatske je najveće priznanje u životnom ciklusu jedne institucije koja se bavi i nastavnom i znanstvenom i stručnom djelatnošću. Ovo i sva ranija priznanja su poticaj ka novim idejama, novim ciljevima i novim ostvarenjima u korist zdravlja i bolje kvalitete života svih građana Republike Hrvatske.



Svečano uručenje Povelje Republike Hrvatske, 2019.

U prosincu 2019. godine Klinici za očne bolesti Kliničke bolnice „Sveti Duh“ kao Suradnom centru Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju, dodijeljeno je odličje „Diploma Hrvatskog liječničkog zbora“. Ova Diploma je priznanje za izniman doprinos hrvatskoj medicini i zdravstvu koju Klinika ostvaruje kao Suradni centar Svjetske zdravstvene organizacije za dječju oftalmologiju.

U korak sa suvremenom dijagnostikom, terapijom i tehnologijom u oftalmologiji

Ove godine, 5. i 6. lipnja, po prvi puta će se održati on-line međunarodni simpozij „Up-to-date Ophthalmology“. Radi se o internacionalnom, na znanstvenim dokazima utemeljenom, virtualnom simpoziju koji će pružiti nova znanja u području: uveitisa kod odraslih i kod djece, dijabetičke bolesti oka, minimalno invazivne kirurgije glaukoma, okulooplastične kirurgije, prevencije i postupanja kod komplikacija vitreoretinalne kirurgije, te pristupa pacijentima s neurooftalmološkim komplikacijama COVID-19 infekcije.

Po prvi puta, virtualno će se predstaviti pametna sonda za operaciju katarakte, zatim kompjutorizirana kvantifikacija suznog filma, najnovija dostignuća skidanja dioptrije bez upotrebe lasera, te predstaviti revolucionarna genska terapija nasljednih bolesti mrežnice. Simpozij se održava u suradnji sa:

- Bascom Palmer Eye Institute, University of Miami Health System, Miami, SAD
- Weill Cornell Medical Center, New York-Presbyterian, New York, SAD
- Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Boston, SAD
- Northwestern Memorial Hospital, Feinberg School of Medicine, Chicago, SAD
- Universitäts-Augenklinik, Medizinische Universität Graz, Graz, Austrija
- Hospital Lusidas Lisboa, Lisbon, Portugal
- Universitäts-Augenklinik, Tübingen, Njemačka
- Meir Medical Center, Tel Aviv, Izrael
- General Hospital Novo Mesto, Novo Mesto, Slovenija
- Martin University Hospital, Martin, Slovačka
- Hrvatski Institut za Istraživanje Mozga, Zagreb, Hrvatska





Utjecaj aromaterapije na bipolarni poremećaj

Zrinka Jezdić

Aroma Vita

Institut za aromaterapiju

Krapinska 27, Zagreb

www.aromavita-institut.com

Bipolarni afektivni poremećaj (BAP) je psihoza za koju je nekad bio uvriježen izraz "manična depresija". Za razliku od tmurnosti opće depresije, bipolarni poremećaj odlikuje se izmjenama manije i depresije u određenim vremenskim periodima. Bipolarni afektivni poremećaj endogena je duševna bolest u kojoj se izmjenjuju epizode manije i depresije. Spada u teške endogene psihoze. Smjenjivanje faza je neodređeno pa dolazi do kraćih maničnih i dugih depresivnih razdoblja, ili obrnuto. Ne oštećuje bolesnikovu ličnost, a između napada bolesnik izgleda zdrav. Nešto je češća kod debljih osoba. Klinička slika ovisi o epizodi u kojoj se bolest nalazi, maničnoj ili depresivnoj.

Manija je emocionalno stanje intenzivnog, ali neutemeljenog zanosa, što se očituje pretjeranom aktivnošću, razgovorljivošću, bijegom ideja, distraktibilnošću, nepraktičnim grandioznim planovima, te nesvrhovitim aktivnostima. Manija se obično pojavljuje iznenadno i razvija tijekom razdoblja od jednog do dva dana. Neliječene epizode mogu potrajati od nekoliko dana do nekoliko tjedana.

Bipolarni poremećaj se dijeli u nekoliko podtipova, od kojih svaki ima različite simptome:

- **Bipolarni poremećaj tip I** – promjene raspoloženja značajno utiču na posao, školovanje i odnose sa ljudima. Manične epizode mogu biti teške i opasne.
- **Bipolarni poremećaj tip II** – ovaj tip je blaži od tipa I. Može se pojaviti povišeno raspoloženje, iritabilnost ili neke promjene u funkcioniranju, ali osoba i dalje može nastaviti sa svakodnevnim aktivnostima. Umjesto potpuno izražene manije, ove osobe imaju hipomaniju koja je manje ozbiljna od manije. Kod ovog tipa periodi depresije traju duže od perioda manije.
- **Ciklotimija** – ciklotimni poremećaj je blagi oblik bipolarnog poremećaja. Kod ciklotimije hipomanija i depresija mogu biti nagle, ali manija i depresija nisu toliko teške kao kod drugih tipova bipolarnog poremećaja.

Simptomi bipolarnog poremećaja variraju od osobe do osobe.

Načini liječenja

- **Biološke metode liječenja** – koriste se antidepresivi, antipsihotici i antikonvulzivi
- **Elektrokonvulzivna terapija** – indicirana je i u terapiji trudnica, ako klinička slika zahtjeva terapiju.
- **Psihoterapija** – kognitivno bihevioralna

- **Edukacija** – znajući što se događa može pomoći prepoznati znakove promjene raspoloženja.
- **Obiteljska terapija** – obiteljska terapija uključuje članove obitelji. Obiteljska terapija može pomoći prepoznati i smanjiti stres unutar obitelji
- **Grupna terapija** – grupna terapija osigurava forum za komunikaciju i učenje od drugih u sličnoj situaciji.
- **Hospitalizacija**
- **Stil života**

Istraživanja u aromaterapiji vezana uz bipolarni poremećaj

Aromaterapija je grana komplementarne medicine koja se bavi kontroliranim korištenjem esencijalnih ulja u svrhu očuvanja / održavanja zdravlja tijela, uma i duha (IFPA, 2000 g.) Kao najperspektivnija i najpotencijalnija grana komplementarne medicine, uvelike može pomoći umanjiti brojne simptome i stanja psihijatrijskih dijagnoza u čiji prilog govore brojna istraživanja.

Bipolarni poremećaj može uzrokovati ozbiljne probleme u radu, socijalnom životu, te međuljudskim odnosima ukoliko pacijenti nisu stabilizirani psihofarmacima ili psihoterapijom (Maiera 2012). Još uvijek nema dostatnih informacija vezanih uz djelovanje aromaterapije na bipolarni poremećaj (Andreescu i sur. 2008) i nema preporuke da bolesnici s bipolarnim poremećajem prestanu uzimati svoju terapiju. Ali esencijalna ulja mogu biti vrlo korisna kao dodatna terapija.

Pokazalo se da pacijenti imaju znatno pojačani / povišeni osjećaj na mirise u depresivnoj fazi (Hardy i sur. 2012) , te smanjen osjećaj na mirise u maničnoj fazi (testirano na 64 osobe, od kojih je 20 bilo s bipolarnim poremećajem, a 44 je spadalo u kontrolnu skupinu).

Kao i biljke, esencijalna ulja su terapijski višeslojna jer komponente u esencijalnim uljima mogu izazvati različite reakcije kod svake osobe, ovisno o dostupnosti receptorskih mjesta (Mills 1991). Sposobnost biljaka da mijenjaju svoje djelovanje (ono ovisi o vrsti i omjerima kemijskih spojeva u njoj) naziva se adaptogenost. Tako brojna esencijalna ulja imaju balansirajući efekt na emocije.

Razna antipsihotička sredstva imaju antagonističku interakciju naspram cijele grupe receptorskih mjesta uključujući serotoniničku, adrenergičku i histaminičku. Sukladno tome njihova djelovanja na autonomni živčani sustav su kompleksna i nepredvidiva (Alexander 2001). To je slučaj sa svakim od stotine komponenti u esencijalnim uljima koji imaju interakciju sa mnogim receptorskim mjestima. Antidepresivi djeluju na način da usporeno stvaraju neurotransmiterski serotonin u prostoru između moždanih stanica, a pretpostavlja se da esencijalna ulja rade kao agonisti serotonina, potičući serotoninški sustav na povećano izlučivanje što čini mozak osjetljivijim / senzitivnijim. Iz navedenog bi se moglo zaključiti da esencijalna ulja imaju pozitivan učinak u depresivnoj fazi.



Iako ima malo objavljenih i dostupnih publikacija vezano uz djelovanje aromaterapije na bipolarni poremećaj, esencijalna ulja mogu utjecati na konvencionalnu terapiju na način da se doze mogu održavati dovoljno niskima, te na taj način smanjiti njihove nuspojave. Nekolicina psihijatrijskih medicinskih sestara iz SAD-a i Velike Britanije (studentice Jane Buckle) imale su nešto uspjeha sa stabilizacijom stanja pacijenata koristeći aromaterapiju. Budući da su to bile pojedinačne obrade slučajeva (case studies) teško je reći da li bi se pacijentova stabilizacija dogodila i bez aromaterapeutske intervencije. Ostale obrade slučajeva koje su vršile psihijatrijske medicinske sestre pokazale su da aromaterapija može pomoći u smanjenju količine konvencionalne terapije, a da stabilnost pacijenta nije narušena.

Psihijatrijske medicinske sestre su u svojim studijama utvrdile:

● Pozitivno djelovanje slijedećih esencijalnih ulja:

- geranij (*Pelargonium graveolens*)
- lavanda (*Lavandula angustifolia*)
- sandal (*Santalum album*)
- ađelika korijen (*Angelica archangelica*)
- ruža (*Rosa damascena*)
- pačuli (*Pogostemon cablin*)
- ylang ylang (*Cananga odorata var genuina*)
- valerijana (*Valeriana fauriei*)
- vetiver (*Vetiveria zizanioides*)
- nard (*Nardostachys jatamansi*)
- melisa (*Melissa officinalis*)
- bergamot (*Citrus bergamia*)
- muškatna kadulja (*Salvia sclarea*)

● Esencijalna ulja koja je potrebno izbjegavati u primjeni na bipolarni poremećaj su:

- bijeli kamfor (*Cinnamomum camphora*) – suspektna komponenta je camphor u količini od 30-50%
- izop (*Hyssopus officinalis*) – suspektna komponenta je pinocamphon u količini od 70%
- muškatni oraščić (*Myristica fragrans*) – suspektne komponente su myristicin u količini od 3-14%, te elemicin u količini 0,1 – 4,6%
- pasja metvica (*Mentha pulegium*) – suspektna komponenta je pulegone u količini od 55 – 95%
- vrtić (*Tanacetum vulgare*) – suspektna tvar je thujone u količini 66 – 81%

Esencijalna ulja su primjenjivana putem masaža (cijelog tijela ili pojedinih dijelova tijela), kompresa, te suhih inhalacija (stik, vatica).

Kod bipolarnog poremećaja tipa II, stres povećava broj relapsa. Pokazalo se da psihoterapija smanjuje broj relapsa i poboljšava kvalitetu života tih pacijenata (Maiera 2012). U psihoterapijskom tretmanu s pacijentom se primjenjuju kombinirane tehnike aromaterapije, gdje pacijent svoje prvo iskustvo mirisa (esencijalnim uljima) doživljava u stabilnom, mirnom i sigurnom okruženju, uz stručni nadzor. Stoga je potrebno napraviti protokol aromaterapije koji uključuje odabrana eterična ulja, koncentraciju i tehnike aromaterapije. Kada je obrazac primjene esencijalnih ulja dobro postavljen, tada pacijent može i samostalno koristiti esencijalna ulja. Provedena su istraživanja koja su pokazala da esencijalna ulja (njihov miris) mogu biti trigger koji će pacijente podsjetiti na ugodan doživljaj i iskustvo u psihoterapijskom / aromaterapijskom tretmanu, te tako spriječiti ili ublažiti oscilacije raspoloženja.

Mogućnosti i potencijali aromaterapije u zdravstvenoj njezi bolesnika sa bipolarnim poremećajem

Iz navedenog se može zaključiti da je aromaterapija potencijalna, svrsishodna terapija i vještina koja uvelike može unaprijediti zdravstvenu njegovu psihijatrijskog bolesnika, te ublažiti posljedice njihovog liječenja. Komplementarna je klasičnoj medicini, te suportivna u psihoterapiji, radnoj terapiji, a uvelike promiče zdravi stil života kako bi se kvaliteta života povećala i umanjile patnje bolesnika. Istraživanja koja su obavljena još uvijek ne daju egzaktno odgovore o djelovanju esencijalnih ulja i njihovih komponenti, ali su definitivno uočene promjene koje se događaju na biokemijskoj razini, a govore u prilog pozitivnom djelovanju esencijalnog ulja. Najviše empirijskih dokaza govori o djelovanju esencijalnih ulja (njihovog mirisa) na emocionalno stanje bolesnika pomažući mu u balansiranju emocija, te na njegovo ponašanje koje postaje pozitivnije i usmjerenije ka samopomoći. Najveći učinak esencijalna ulja imaju u fazama depresije, te naglih promjena emocionalnog stanja.

Aromaterapija je područje komplementarne medicine koje zaslužuje pažnju u daljnjem istraživanju kako djelovanja esencijalnih ulja, tako i vještina koje uvelike mogu unaprijediti zdravstvenu njegovu.

- Alexander M. 2001. How aromatherapy Works. Odessa, FL: Whole Spectrum Books
- Andrescu C, Mulsant B, Emanuel J. 2008. Complementary and alternative medicine in the treatment of the bipolar disorder – a review of the evidence. *J.Affect Disord.* 110(1-2):16-26
- Hardy C, Rosedale M, Messinger J, Kleinhaus K, Aujero N et al 2012. Olfactory acuity is associated with mood and function in a pilot study of stable bipolar disorder patients. *Bipolar Disord.* 14(1):109-17
- Maiera E. 2012. Psychopharmacological treatment and psychoeducational management in bipolar disease. *Psychiatr Danube.* 24 suppl 1:556-8
- Mills S. 1991. Out of the earth. London: Viking Arkana

Literatura

1. Price, S., Price, L., „Aromatherapy for health professionals“, Churchill/Livingstone, London, 2011.
2. Buckle, J., RN, PhD, „Clinical Aromatherapy: Essential Oils in Healthcare“, Churchill/Livingstone, London, 2003.
3. Buckle, J., RN, PhD, „Clinical Aromatherapy in Nursing“, CRC Press, Boca Raton, Florida, USA, 1997.
4. Schnaubelt, K., „Medical Aromatherapy: Healing with Essential Oils“, North Atlantic Books, Berkeley, CA, USA, 1999.
5. Battaglia, S., „The Complete Guide to Aromatherapy“, Perfect Potion, Zillmere, Queensland, Australia, 2004.



Javnozdravstvena akcija „Pobijedi vrijeme#spasi mozak“

Marina Kos, Valentina Belas Horvat

SAŽETAK

Moždani udar (MU) predstavlja velik javnozdravstveni problem, zbog teških deficita koji zaostaju, visokih troškova liječenja i rehabilitacije. U Hrvatskoj godišnje 15.000 osoba dobije MU a 80.000 živi s njegovim posljedicama. Među bolesnicima koji prežive MU, kod 2/3 zaostat će različit stupanj neurološkog deficita, a 1/3 bit će trajno onesposobljena i ovisit će o tuđoj pomoći (1).

Cilj primarne prevencije usmjeren je na smanjivanje rizika od razvoja MU kod zdravih asimptomatskih osoba. Primarna je prevencija usmjerena na redovite kontrole i liječenje krvnog tlaka, kontrolu tjelesne težine, prestanak pušenja, pravilnu prehranu, kontrolu povišenog šećera i masnoća u krvi, smanjivanje konzumacije alkohola, redovitu tjelesnu aktivnost (2,3,4).

Ključne riječi: moždani udar, vrijeme, rizični faktori, prevencija.

1. SVJETSKI DAN MOŽDANOG UDARA U KLINIČKOJ BOLNICI „SVETI DUH“

Prošlogodišnjoj kampanji „Pobijedi vrijeme, spasi mozak“ cilj je pravovremenim i vjerodostojnim informacijama podizati svijest građana o MU, popularizirati zdrav život i odgovornost prema vlastitom zdravlju.

Glavni nositelj kampanje je udruga Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara. Na kongresu Europske organizacije za moždani udar (ESO) održanom od 22. do 24. svibnja 2019. godine Klinička bolnica "Sveti Duh" dobila je dijamantu nagradu za kvalitetu zbrinjavanja osoba s akutnim moždanim udarom u sklopu ESO ANGELS programa, ova nagrada predstavlja napredak u odnosu na prošlu godinu kada smo nagrađeni platinastom nagradom, te pretprošlu godinu kada smo nagrađeni zlatnom nagradom. Slijede se smjernice europskog Akcijskog plana za MU 2018-2030 koji su zajednički izradili Europski savez za moždani udar – SAFE i ESO. Zbog starenja stanovništva u europskim se državama do 2035. očekuje povećanje ukupnog broj MU za 34 %, porast smrtnosti uslijed MU za 45 % te povećanje od 25 % broja preživjelih, ali s dugotrajnim zdravstvenim posljedicama (1).

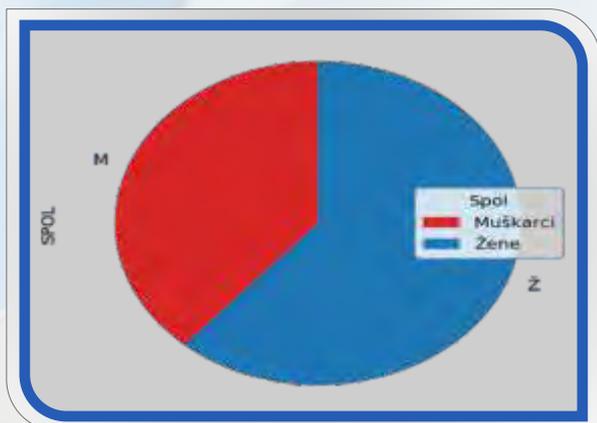
29 i 30.10.2018. godine održana je javno-zdravstvena akcija na tri lokacije. Slučajni prolaznici u gradu Zaprešiću, posjetitelji Kliničke bolnice Sveti duh i Doma zdravlja Velika Gorica sudjelovali su u istraživanju. Ispitanici su dali svoj pristanak na istraživanje koje je



bilo anonimno. Anketni upitnik bio je sastavljen od općih podataka o dobi, spolu, visini, težini, krvnom tlaku te razini glukoze u krvi. Navedenim parametrima pokušali smo dobiti uvid kod koliko naših građana postoje prisutni faktori rizika za nastanak MU.

2. REZULTATI

Graf 1. Podjela ispitanika prema spolu

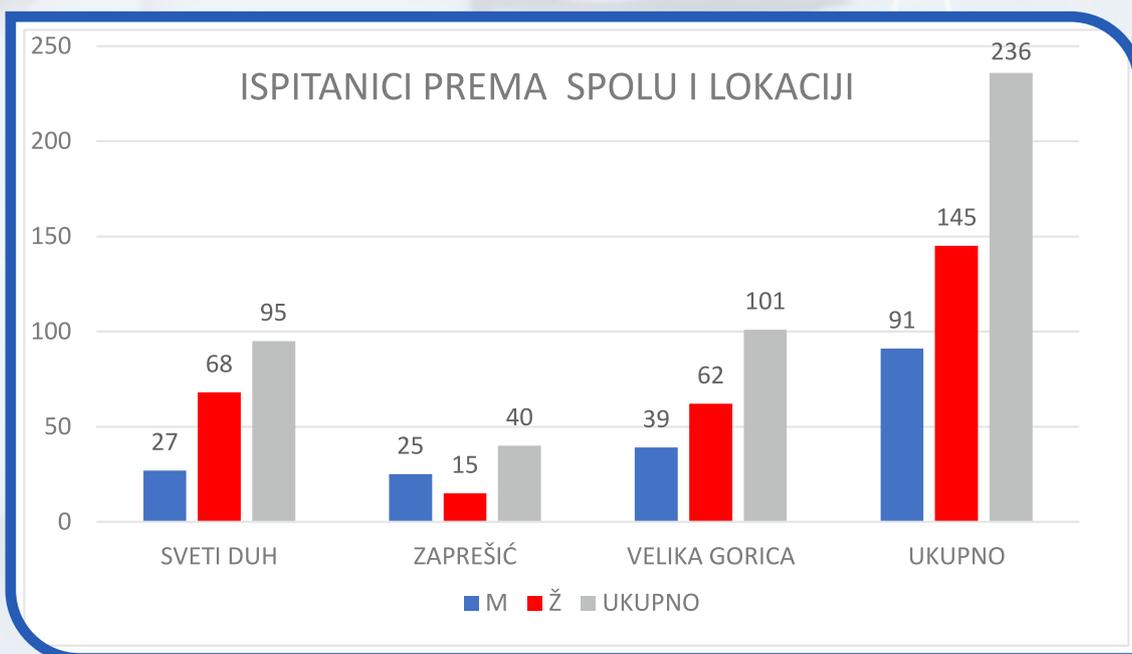


U istraživanju je sudjelovalo 236 ispitanika, od toga 91 muškarac i 145 žena.

Prosječna starost ispitanika bila je 63 godine.

Najstarija ispitanica bila je žena od 87 godina a najmlađa od 22 godine.

Graf 2. Broj ispitanika prema spolu i lokaciji



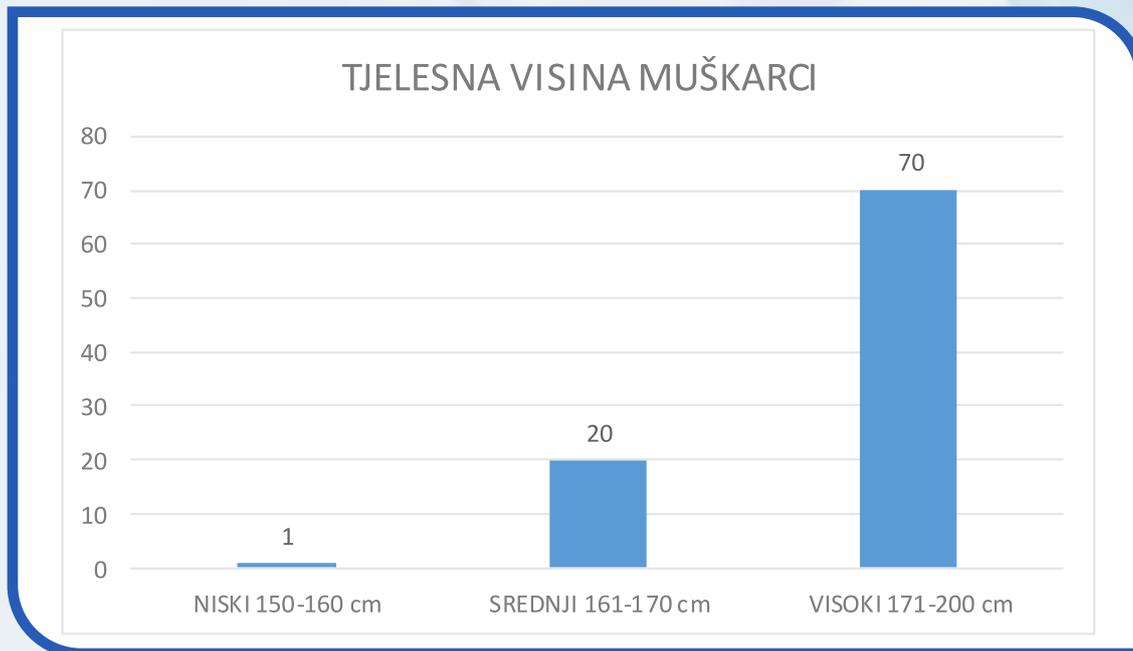
Na lokacijama Sveti duh (SD) bilo je 95 ispitanika, 27 muškaraca i 68 žena,

Velika Gorica (VG) 101 ispitanik, 39 muškaraca i 62 žene

Zaprešić (Z) 40 ispitanika, 25 muškaraca i 15 žena

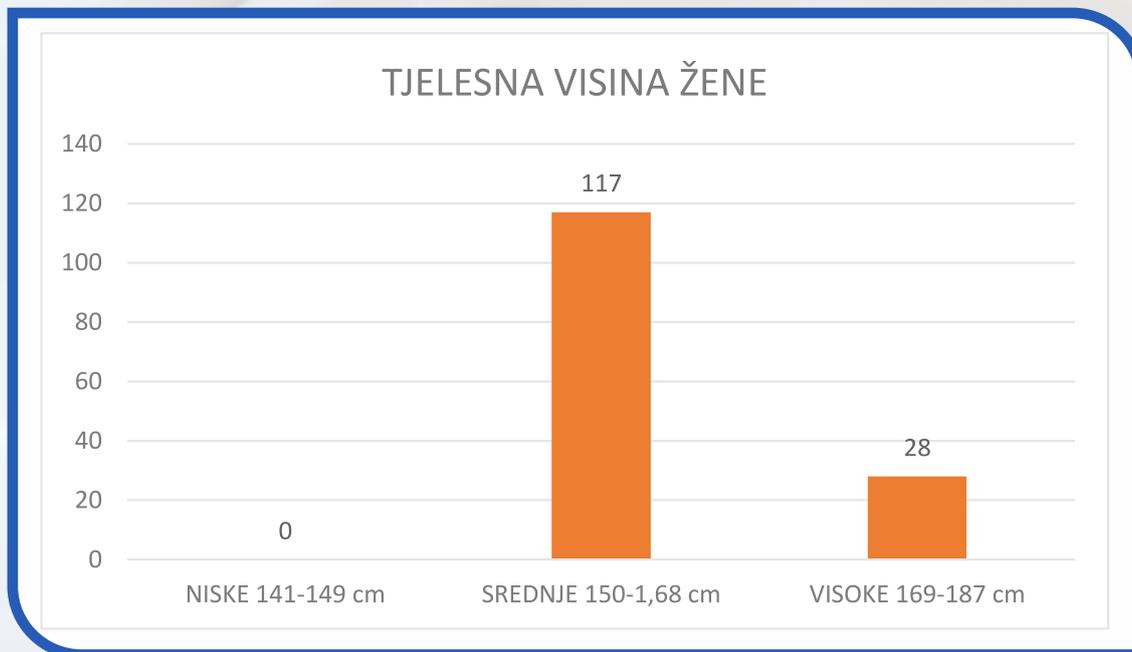


Graf 3. Prikaz muških ispitanika prema visini



77 % muških ispitanika spada u grupu visokih muškaraca

Graf 4 Prikaz ženskih ispitanika po visini

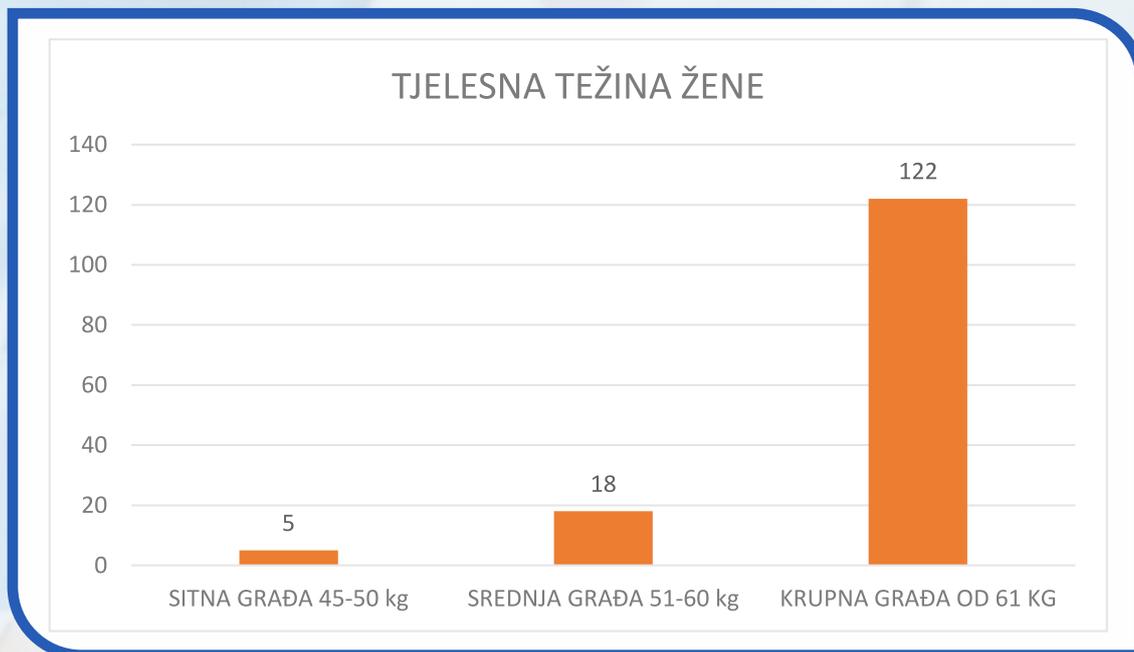


81% ženskih ispitanika spada u srednje visoke žene

Prosječna visina ispitanika bila oko 168 cm.

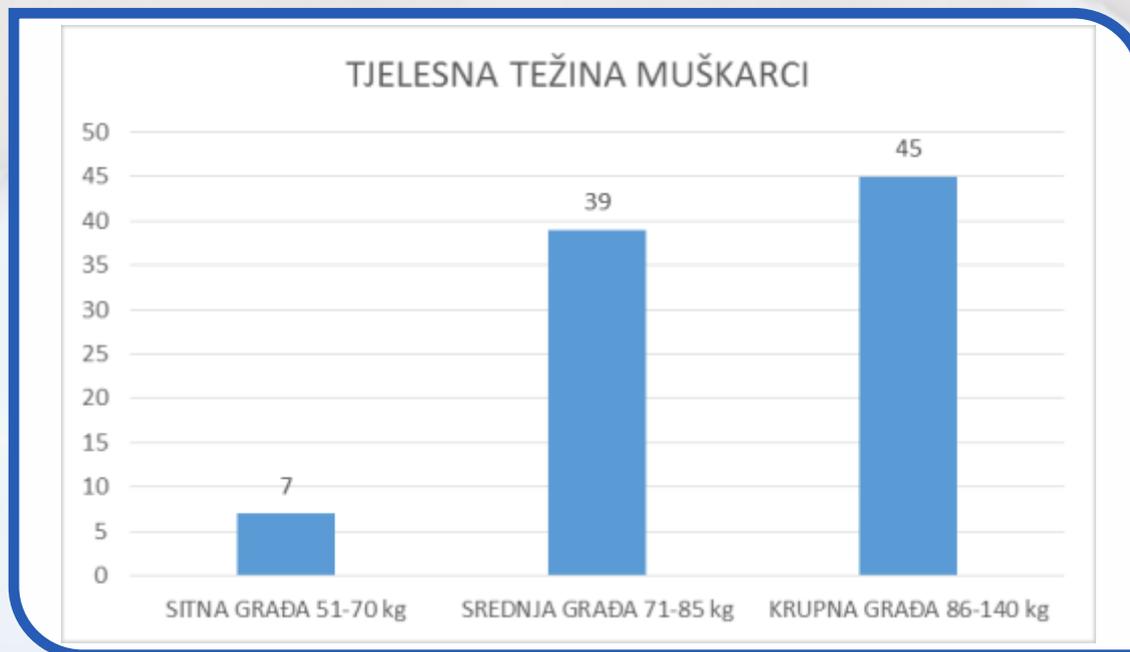


Graf 5. Prikaz ženskih ispitanika po težini



84 % ispitanica spadalo je u osobe krupne građe

Graf 6. Prikaz muških ispitanika po težini

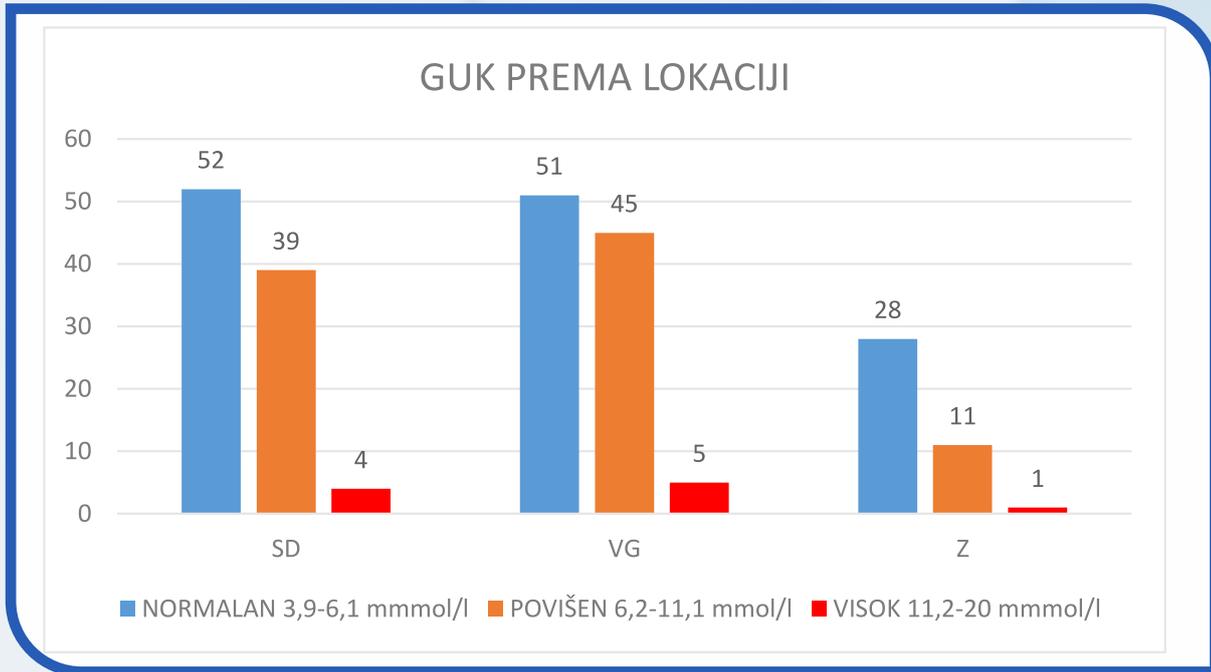


50 % muškaraca bilo je krupne građe

Prosječna težina ispitanika je 79 kg.



Graf 7. Izmjerene razine glukoze u krvi (GUK)



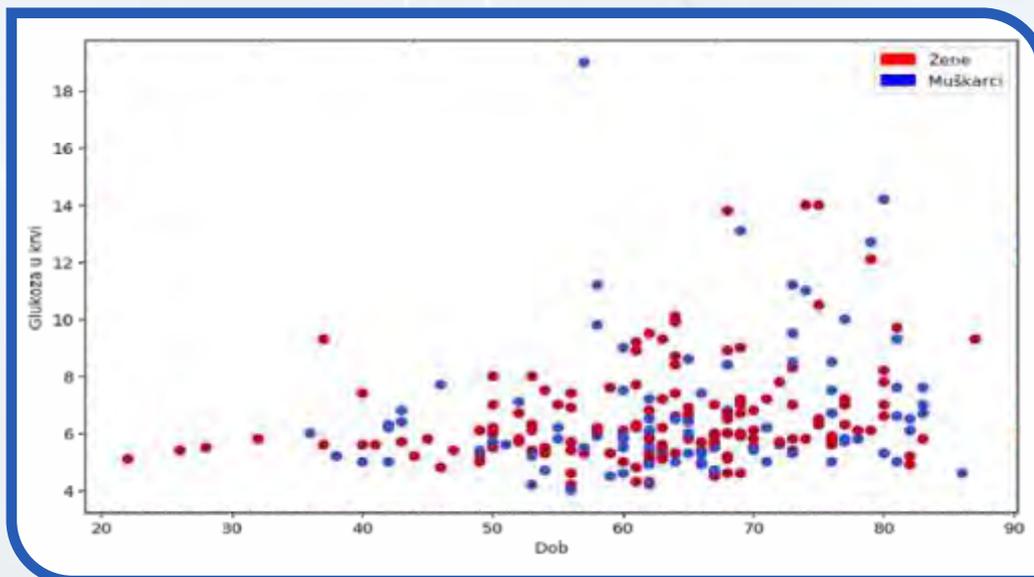
45% ispitanika imalo povišen i visok GUK

(M- 46 %, Ž- 43 %),

(VG-50 %, SD-45 %, Z-30 %)

Glukoza u krvi se grupira oko 5-7 pa je i prosjek 6.61 mmol/l

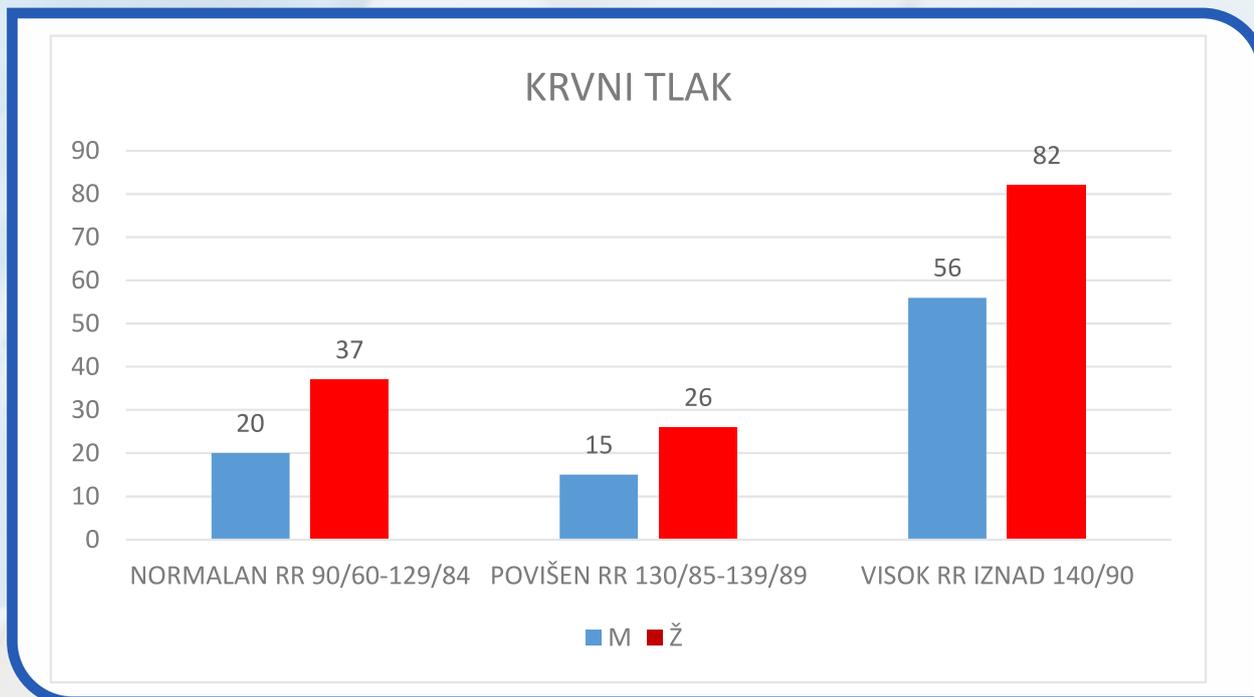
Graf 8. Distribucija GUK-a prema dobi i spolu



Graf 8 prikazuje GUK prema dobi ispitanika i spolu, što su ispitanici stariji sve se više vidi varijabilnost izmjerene glukoze u krvi.



Graf 9. Izmjerene vrijednosti krvnog tlaka



58 % ispitanika imalo je visok krvni tlak

(M- 61%, Ž-56 %)

Tablica 1. Prikaz korelacija

	DOB	GUK	SYS	DIA	BMI
DOB	1	0.227994	0.248627	-0.0216738	0.170408
GUK	0.227994	1	0.173224	0.0433396	0.195156
SYS	0.248627	0.173224	1	0.597483	0.281067
DIA	-0.0216738	0.0433396	0.597483	1	0.191185
BMI	0.170408	0.195156	0.281067	0.191185	1

Što je sistolički tlak viši također je i dijastolički u porastu. Što je BMI veći tendencija je porasta i sistoličkog tlaka. Isto tako korelira i DOB sa GUK. Što su ispitanici stariji vidimo i nalaze povišene ili visoke glukoze u krvi.

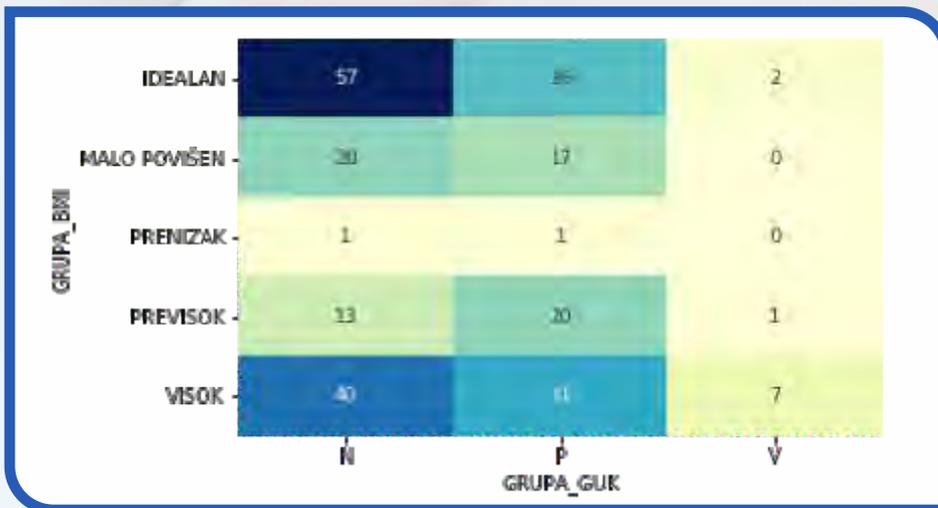


Tablica 2. prikaz ispitanika prema BMI i krvnom tlaku

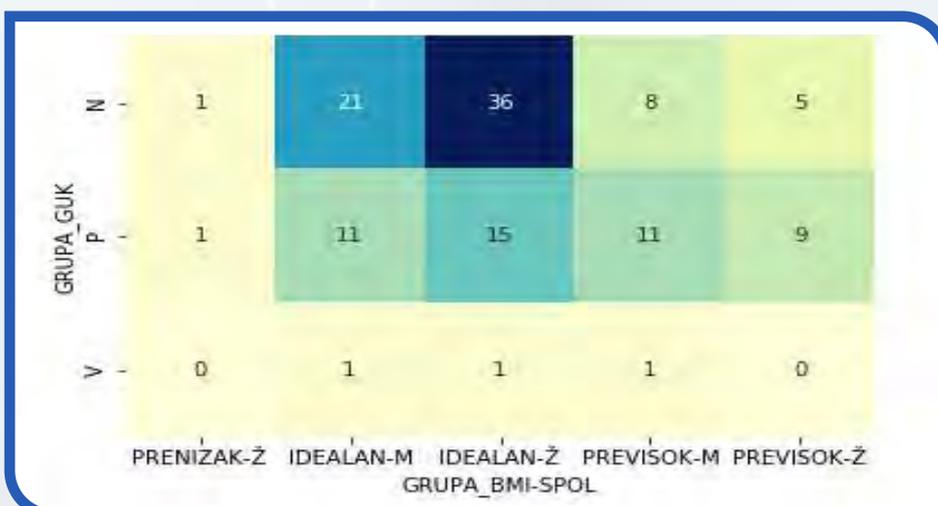
GRUPA_SYS	GRUPA_BMI	GRUPA_DIA	PRENIZAK	IDEALAN	MALO POVIŠEN	VISOK	PREVISOK
			N	P	V	N	P
N	N	N	1	25	9	16	5
	P	N	0	0	5	0	2
	V	N	0	1	0	2	1
	X	N	0	1	0	0	0
P	N	P	0	7	4	10	4
	P	P	0	4	2	2	1
	V	P	0	10	2	5	2
V	N	V	0	12	3	16	3
	P	V	0	5	4	4	1
	V	V	1	20	8	23	15

28 % ispitanika s visokim i previsokim BMI imalo je povišen ili visok tlak (M-21 %, Ž-7 %)

Tablica 3. Odnos BMI i GUK-a



Tablica 4. Odnos BMI, GUK-a i spola





Iz tablice 3 i 4 vidimo da **25 %** ispitanika uz visok ili previsok BMI ima izmjerenu povišenu ili visoku razinu GUK-a. (M- 16 %, Ž-9 %).

Postoji statistički značajna zavisnost BMI i glukoze u krvi.

Tablica 5. Odnos BMI i tlak

GRUPA_BMI	PRENIZAK	IDEALAN	PREVISOK
GRUPA_TLAK			
N	1	26	5
P	0	11	7
V	1	48	22

Tablica 6. Odnos BMI, tlak i spol

GRUPA_BMI	PRENIZAK	IDEALAN	PREVISOK		
SPOL	Ž	M	Ž	M	Ž
GRUPA_TLAK					
N	1	9	17	1	4
P	0	4	7	6	1
V	1	20	28	13	9

Iz tablice 5 i 6 vidimo da je **28 %** ispitanika s visokim i previsokim BMI imalo je povišen ili visok tlak (M-21 %, Ž-7 %).

Tablica 7. Odnos tlaka GUK-a

GRUPA_TLAK	N	P	V
GRUPA_GUK			
N	39	26	66
P	17	12	66
V	1	3	6

Tablica 8. Odnos tlaka, GUK-a i spola

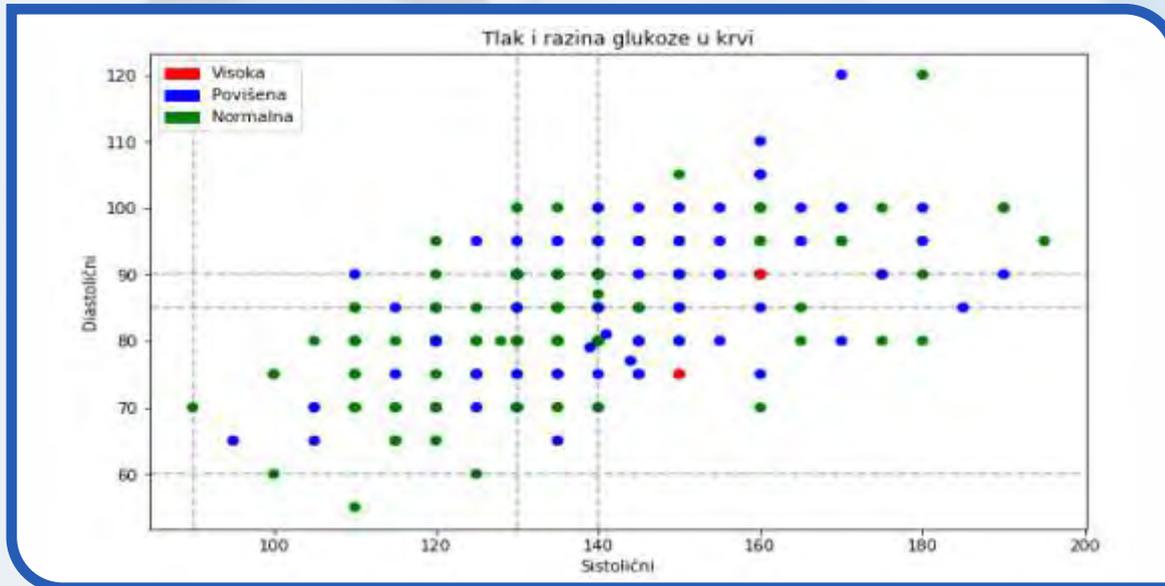
GRUPA_TLAK	N	P	V			
SPOL	M	Ž	M	Ž	M	Ž
GRUPA_GUK						
N	13	26	9	17	27	39
P	7	10	4	8	25	41
V	0	1	2	1	4	2



Iz tablice 7 i 8 vidimo da 37 % ispitanika ima povišen i visok krvni tlak te povišen i visok GUK (M-38 %, Ž-35 %)

Statistički testovi su pokazali statistički značajnu zavisnost BMI i glukoze u

Graf 10. Odnos krvnog tlaka i GUK-a



U gornjem desnom kvadrantu imamo više ispitanika koji uz povišeni krvni tlak imaju i povišene razine GUK-a

U kvadrantu gdje je normalna razina krvnog tlaka imamo također i normalne razine GUK-a

3. RASPRAVA

Nakon provedene analize dobivenih uzoraka putem anketnih listića imamo slijedeće rezultate: ukupno je ispitan 91 muškarac i 145 žena, od toga po lokacijama Sveti duh (SD) 95 ispitanika, Velika Gorica (VG) 101, a Zaprešić (Z) 40.

Prosječna dob ispitanika je oko 63 godine, prosječna razina glukoze u krvi 6.61 koja varira ± 2.02 od minimalno 4 do maksimalno 19. Prosječni krvni tlak svih ispitanika je 140/85, a BMI izračunat iz visine i težine je prosječno 27.62.

U uzorku je velik broj ljudi imao visok tlak, također što su ispitanici bili starije životne dobi u prosjeku su imali i više vrijednosti GUK – a u krvi.

Ispitanici s previsokim BMI imaju i visok tlak što potvrđuje da su te dvije vrijednosti u koleraciji. U praćenju vrijednosti GUK –a i tlaka dokazali smo da su ta dva parametra u koleraciji jer ukoliko je ispitanik imao normalne vrijednosti tlaka ima je i normalnu vrijednost GUK – a. Spol i razina glukoze u krvi te lokacija i razina glukoze u krvi nisu pokazali statistički značajnih zavisnosti. Prema literaturnim podacima gotovo 80% bolesnika koji su doživjeli MU u trenutku prijema u bolnicu imali su povišeni krvni tlak. Antihipertenzivnim liječenjem moguće je smanjiti učestalost moždanog udara za 40% (14).



Istraživanja koja su provedena dokazano je da arterijska hipertenzija prisutna kod većine bolesnika prije nastupa MU, tijekom nastupa same bolesti kao i tijekom hospitalizacije i time je potvrđeno da je ona jedan od glavnih čimbenika rizika za nastanak moždanog udara (15). Bolesnici sa anamnezom povišenih vrijednosti glukoze u krvi sporije se oporavljaju i imaju lošiji ishod nakon MU (16).

Nakon visokih rezultata dobivenih izračunavanjem rizika za nastanak MU te slučajnim nalazom povišenog krvnog tlaka i glukoze u krvi ispitanici su dobili upute da se jave liječniku obiteljske medicine zbog daljnje obrade ukoliko im je to bilo novootkriveno. Isto tako odmah su dobili savjete o fizičkoj aktivnosti, prestanku pušenja i pravilnoj prehrani. Bili su opskrbljeni i sa pisanim promotivnim materijalom.

Kao i par godina unazad povodom Svjetskog dana MU održan je i simpozij u predavaonici Klinike za neurologiju KB Sveti Duh na aktualnu temu prevencije, liječenja i rehabilitacije sa liječničkog i sestrinskog aspekta.

4. ZAKLJUČAK

MU hitno je medicinsko stanje i zahtijeva brzu reakciju. Tromboliza je terapija koja se može provesti samo kod pacijenata koji su stigli u bolnicu unutar 4,5 sata od MU. Nažalost, vrlo mali broj ljudi stiže u bolnicu na vrijeme jer uglavnom ne prepoznaju ili ne shvaćaju dovoljno ozbiljno prve znakove MU.

Povećanu opasnost predstavljaju određene bolesti, od kojih je na prvome mjestu povišeni krvni tlak, šećerna bolest, različiti oblici poremećaja u razgradnji masnoća, srčane smetnje te poremećaji u zgrušavanju krvi. Loša prehrana i pretilost glavni su neprijatelji, slijede alkoholizam, pušenje, zlouporaba droga, tjelesna neaktivnost, stres. Životni stil može biti najučinkovitija zaštita od MU jer su ljudi koji se zdravo hrane i redovito prakticiraju tjelesnu aktivnost znatno su manje ugroženi.

Uloga medicinske sestre u prevenciji i edukaciji sastavni je dio cjelokupne skrbi. Provođenjem javnozdravstvenih akcija, ranim otkrivanjem i suzbijanjem djelovanja čimbenika rizika može se spriječiti nastanak MU odnosno njegovog ponovnog recidiva. Ulaganje u zdravlje najisplativija je investicija za rast i razvoj društva te dobar način uštede resursa.



5. LITERATURA:

1. <https://www.mozdaniudar.hr/pobijedivrijeme/mozdani-udar-u-brojkama-50/50>.
Pristupljeno 21.06.2019
2. Brass LM, Shaker LA. Family history in patient with transient ischemic attacks. Stroke; 1991.
3. Sharma JC., Fletcher S., Vasallo M. Strokes in the elderly-higher acute and 3-month mortality-an explanation. Cerebrovasc dis; 1999.
4. 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.
5. Planjar - Prvan M. Nefarmakološke metode liječenja MU. Acta Medica Croatica. 2010;64:3-8.
6. Premovska G. Šećerna bolest i moždani udar. Medicus. 2001;10; 1: 35-40.
7. Alperovitch A, Kurt T, Bertrand M, Ancelin M-L, Helmer C, Debette S, Tzourio C. Primary prevention with lipid lowering drugs and long term risk of vascular events in older people: population based cohort study. BMJ. 2015;350:h2335.
8. Demarin V, Bašić Kes V. Klinički put za moždani udar. Medix. 2010;86: 13-15.
9. Sedić B. Zdravstvena njega neuroloških bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
10. <https://www.krenizdravo.rtl.hr/prehrana/izracunajte-bmi-indeks-tjelesne-mase>, pristupljeno 28.06.2019.
11. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>, pristupljeno 21.06.2019.
12. <https://hrcak.srce.hr/172812>, pristupljeno 27.06.2019.
13. Kralj A. Antropometrija. Završni rad. Karlovac; 2018.
14. Kadojević D. Cerebrovaskularne komplikacije arterijske hipertenzije. First International Symposium on Hypertension; Osijek: 2006.
15. Lučić V. Arterijska hipertenzija u bolesnika s akutnim moždanim udarom. Završni rad. Osijek: 2017, str. 15-21.
16. Vargek- Solter V. i sur. Povezanost težine moždanog udara i razine glukoze u krvi, knjiga sažetaka; u.; 2003. str. 65-65.



Javnozdravstvena akcija POBIJEDI VRIJEME #SPASI MOZAK



Ove godine povodom obilježavanja Svjetskog dana moždanog udara djelatnici Klinike za Neurologiju pod vodstvom doc.dr.Hrvoja Budinčevića organizirali su aktivnosti koje smo provodili na Trgu kralja Tomislava u Samoboru, Šetnici u Zaprešiću, na samoj Klinici za Neurologiju i u atriju naše bolnice KB Sveti Duh. Educirali smo građane o riziku za moždani udar,

ukazali im na korištenje pravilne prehrane, koliko je tjelesna aktivnost bitna za naš organizam i ukazali im na bitne smjernice kako bi prevenirali moždani udar. Zainteresirane građane, a bilo ih je jako puno smo procijenili (izračunavali smo rizik za moždani udar), te mjerili krvni tlak. Sretni smo i ponosni na našu akciju i naravno očekujemo dobar odaziv i sljedeće godine.





Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

Miroslav Đureš

Povijest

Godina 1958. smatra se početkom anesteziološke djelatnosti u Kliničkoj bolnici "Sveti Duh" budući da su anesteziju do tada obavljali specijalisti kirurgije ili ginekologije. Prvi specijalizant anesteziologije bio je Fedor Svetek, dr.med. koji kasnije postaje i voditelj anesteziološkog odsjeka na Kirurgiji do 1988. godine.

Uz Fodor Sveteka, dr.med. anesteziju rade i priučeni anesteziološki tehničari Vladimir Korpar i Antun Šikoronja. Od 1968. g. na anesteziju se primaju samo školovane medicinske sestre i tehničari.

Od 1965. do 1967. na anesteziju dolazi dr. Vlasta Rederer, dr. Branka Šestić, dr. Vesna Halle i dr. Josip Trohar, a 1968. g. primaju se još dvije med. sestre, Pavica Marketić i Đurđa Bilić.

U to vrijeme neki operacijski zahvati još su se izvodili u lokalnoj anesteziji, tako da su na odjelima urologije, ortopedije i ginekologije bile potrebne povremene anesteziološke usluge.

U to je vrijeme anesteziološka služba bila sastavni dio kirurškog odjela. Početkom 1972. g. na odjel za ORL dolazi med. sestra Tendofilka Pinatrić, na radno mjesto anesteziološkog tehničara. Glavi tehničar anesteziološke službe bio je Vladimir Korpar. 1974. g. na poslove anesteziološkog tehničara dolazi Miroslav Đureš. Te godine na ginekološkom odjelu radi u svojstvu anesteziologa dr. Josip Trohar, na urološkom odjelu prim. Vasta Lederer, a ostali anesteziolozi rade na kirurškom odjelu.

1975. g. prim. Lijerka Šulhov Karaman, anesteziolog, dolazi na ginekološki odjel. Okulistika i ORL operacijske zahvate rade isključivo u lokalnoj anesteziji, tako da osim kirurških operacijskih sala (2 op. sale, 4 op. stola) anestezija pokriva operacijske zahvate na ginekologiji, urologiji i ortopediji (po 1 op.stol).

1978. g. na posao anesteziološkog tehničara dolazi Waldemar Wosner, a 1979. g. sestra Zrinka Salihidžić. 1980. g. svi odjeli u Bolnici postaju samostalne djelatnosti, tako da na urologiju odlazi prim. Vlasta Lederer i anest. tehničari Vladimir Korpar i Waldemar Wosner, a na ginekološki odjel prim. Lijerka Šulhov Karaman, a za anesteziološkog tehničara dolazi Božica Kelebuš. Na kirurškom odjelu ostaje prim. Svetek, dr. Branka Šestić i dr. Vesna Halle, te anesteziološki tehničari Antun Šikoronja, Pavica Marketić, Miroslav Đureš i Zrinka Salihidžić, a glavna sestra kirurške anestezije je Pavica Marketić. Kasnije se primaju novi specijalizanti anesteziološke djelatnosti kao i novi anesteziološki tehničari jer su ORL i očni odjel počeli operirati složenije operacijske zahvate u općoj anesteziji.

1991. g. osnovan je Zavod za anesteziju a prvi pročelnik bio je dr. Ivica Budinščak. Glavna sestra Zavoda za anesteziju bila je Pavica Marketić VSŠ.

Od 1993. do 2003., te od 2004. do 2009. g. pročelnik Zavoda za anesteziju je prim. Davorko Djulepa.

Od 2004. g. glavni tehničar Zavoda za anesteziju je Miroslav Đureš, VMT.

Dolaskom prof. Katarine Šakić-Zdravčević stekli su se preduvjeti za nastanak Klinike, a 15. listopada 2009. g. Rješenjem

Ministarstva zdravstva dodijeljen je naziv Klinike za anesteziju, reanimatologiju i intenzivno liječenje.

Glavni tehničar Klinike je Miroslav Đureš, bacc.med.techn.

2007. g. na Klinici otvaramo ambulantu za liječenje boli i ambulantu za preoperacijski anesteziološki pregled (ambulanta radi poslije 13:00 sati u prostorima kirurških ambulanti).

2009. g. otvaranjem Objedinjenog hitnog bolničkog prijama i novih ambulantnih prostora, Klinika dobiva nove prostore za ambulante. Te godine na Klinici radi 19 anestezioloških tehničara i 2 medicinske sestre u ambulantama, od toga 6 anestezioloških tehničara sa završenim dodiplomskim studijem.

Odlaskom prof. Katarine Šakić-Zdravčević predstojnik Klinike postaje prof. Dinko Tonković, a od 2014. g. izv. prof.dr.sc. Višnja Nesek Adam, dr.med. U međuvremenu Klinika dobiva Jedinicu za intenzivno liječenje i Jedinicu za transfuziologiju.

Rekonstrukcijom i izgradnjom operacijskih sala na ginekologiji, okulistici, ORL-u i kirurgiji, te usvajanjem novih invazivnih dijagnostičkih metoda u Kliničkoj bolnici "Sveti Duh" postoje potrebe za povećanjem osoblja.

Sistematizacija obuhvaća 27 anestezioloških tehničara (100% preddiplomski studij), 27 medicinskih sestara/tehničara u JIL-u (50% preddiplomski studij), te 8 djelatnika u Jedinici za transfuziologiju.

Danas na Klinici radi 25 anestezioloških tehničara, medicinske sestre u ambulantama, 24 medicinske sestre/tehničara u JIL-u i 8 djelatnika u Jedinici za transfuziologiju.

Od 27 djelatnika na poslovima anestezije i ambulante : 2 dipl.med.techn, 12 bacc.med.techn i 13 SSS medicinskih tehničara, od toga 7 tehničara pohađa preddiplomski studij.

Od 24 medicinske sestre/tehničara u JIL-u: 1 mag.med.techn., 11 bacc.med.techn. i 12 SSS.

Od 8 djelatnika u Jedinici za transfuziologiju: 1 mag. med. lab. diag, 4 bacc.med. lab. diag. i 3 SSS laboratorijska tehničara.

Do 2015. anesteziološki tehničari održavali su vrlo uspješne tečajeve hitne reanimacije za medicinske sestre i tehničare u KB Sveti Duh. Dolaskom novih specijalizanata anestezije i hitne medicine na Kliniku i u OHBP, tečajeve hitne reanimacije preuzeli su naši budući specijalisti iz tih djelatnosti.

Danas su svi naši anesteziološki tehničari upoznati sa svim vrstama i tehnikama anestezije koje se izvode na Klinici, te rade na svim operativnim i dijagnostičkim radilištima, na poslovima reanimacije u KB Sveti Duh.

Obrazovanje na Klinici teče vertikalno i horizontalno, tako da pohađamo studij na Zdravstvenom veleučilištu i sveučilištu, različite kongrese, simpozije kao i tečajeve reanimacije. Upoznajemo se s novim tehnikama anesteziološke djelatnosti, također pišemo radove s kojima izlazimo na kongrese i simpozije (svjetske, europske, međunarodne i interne), kao i na stručne skupove.



Edukacija medicinskih sestara / tehničara na klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

Edukacija medicinskih sestara/tehničara

Svjedoci smo svakodnevnih primjena novih tehnologija u kirurškim strukama koje prati nova, sofisticirana oprema. Na Klinici za anesteziologiju, reanimaciju i intenzivno liječenje su to anesteziološki aparati, respiratori, monitori, defibrilatori, pumpe, grijači, optička pomagala za otežanu intubaciju, ultrazvučni aparati...pa se zbog toga ukazuje potreba za stručnom i profesionalnom edukacijom osoblja.

Trenutno na Klinici radi 27 anestezioloških tehničara, od toga:

2 dipl.med.tehn.

12 bacc.med.techn.

13 SSS med.techn. (od toga 7 tehničara pohađa preddiplomski studij),

kao i 24 medicinske sestre u JIL-u, od toga:

1 mag.med.techn

11 bacc.med.techn

12 SSS med.sestara / tehničara

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje koju vodi predstojnica izv.prof.prim.dr.sc.Višnja Neseck Adam.dr.med. a glavni tehničar je Miroslav Đureš, bacc. med. techn. specijalista u djelatnosti anestezije.

Klinika se organizacijski dijeli na:

1. Zavod za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje;
glavni tehničar Dražen Sakoman, bacc.med.tehn.
2. Odjel za anesteziologiju i reanimatologiju,
glavna sestra Ana Lacić, bacc.med.techn.
3. Odjel za intenzivno liječenje.
glavna sestra Mara Tomac, bacc.med.techn.
4. Odjel za transfuzijsku medicinu
glavni ing.Ljiljana Brnetić, mag.lab.diag.

Danas su svi naši anesteziološki tehničari upoznati sa vrstama i tehnikama anestezije koje se izvode na Klinici, te rade na svim operativnim i dijagnostičkim radilištima i na poslovima reanimacije u KB Sveti Duh.

Usavršavanje medicinskih tehničara/sestara na anesteziji i u JIL-u na Klinici teče vertikalno i horizontalno, tako da pohađaju studij na Zdravstvenom veleučilištu i sveučilištu, različite kongrese, simpozije kao i tečajeve reanimacije (BLS, ITLS, AED), razne radionice, tečajeve respiracije, invazivne i neinvazivne, tečajeve otežane intubacije, tečajeve iz eksplantacijske i transplantacijske medicine (članovi su eksplantacijskog tima u bolnici, te rade na održavanju donora, kao i na dijagnostici i dokazivanju moždane smrti).

Trajno usavršavanje provodi se jedanput mjesečno u KB Sveti Duh na stručnim predavanjima. Na stručna predavanja odlaze i u druge ustanove. Educiraju se i za rad u ambulanti za liječenje boli kao i pri terapijskoj epiduralizi. Upoznaju se s novim tehnikama anesteziološke djelatnosti, također svoje radove prezentiraju na kongresima i simpozijima (svjetske, europske, međunarodne i interne), kao i na stručnim skupovima.

Stručne članke objavljuju i u našem bolničkom mjesečniku „Moj glas“.

Članovi su Hrvatske udruge medicinskih sestara (HUMS) i Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije (HDMSARIST) preko kojih se također educiraju, a svojim aktivnim radom u Društvu doprinose unapređenju struke.



10 godina Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje

18. listopada 2019. godine, uz brojne goste i djelatnike proslavili smo 10. godina Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje. Proslava je organizirana u velikoj dvorani Hrvatskog katoličkog sveučilišta. Svečani skup, uz prigodne riječi, pozdravila je predstojnica Klinike prof. Višnja Nesek Adam. Profesorica Nesek Adam predstavila je zanimljivu monografiju Klinike koju je napisala sa suradnicima.

Svečanom skupu prisustvovali su prof. Slavica Kvolik, predstojnica Katedre za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Medicinskog fakulteta J.J.Strossmayer u Osijeku, ravnatelj KB Sveti Duh, prof. Mladen Bušić, te prof. Jure Mirat, dekan Medicinskog fakulteta J.J.Strossmayer u Osijeku.

Nakon pozdravnih govora i čestitaka započeo je radni dio svečanosti.

Uz vrlo interesantno i nadasve zanimljivo vođenje programa specijalizanata anestezije Nikoline Schatzl i Marina Mličevića, od povijesti anestezije u OB Sveti Duh, od 1958. godine, povijesti Klinike prvih 10 godina kao i stručnih tema, pa do kraja radnog dijela, uz dvije pauze, program je tekao glatko i vrlo zanimljivo.

Predavanja su bila vezana uz područje anestezije, reanimacije i terapije boli, a predavači su bili naši specijalisti, specijalizanti, kao i anesteziolozi iz drugih ustanova.

Nakon radnog dijela uslijedilo je druženje.





Nezadovoljstvo i stres na radnom mjestu

Valentina Kovačević

Sažetak

Posao medicinske sestre dinamičan je, izazovan, ali i zahtjevan. Obuhvaća timski rad, te kontinuirano nadograđivanje stečenih kompetencija za provedbu adekvatne sestrinske skrbi s ciljem postizanja najboljeg standarda sestrinske prakse. Djelokrug rada medicinske sestre obuhvaća sve grane medicine, te pravovremeno prepoznavanje znakova i simptoma, što doprinosi provedbi kvalitetne zdravstvene njege. Često čujemo fraze: "Biti medicinska sestra nije posao, nego poziv." Razlika između obavljenog posla i življenja vlastitog poziva je velika. Poziv prožima svaku komponentu života pojedinca. Odgovoran posao je u koleraciji sa stresom, kojeg svaka medicinska sestra proživi tokom radnog staža.

Ključne riječi: medicinska sestra, posao, odgovornost.

Uvod

Prilikom smjene na radilištu, posao medicinske sestre zahtjeva educiranost, prisutnost, odgovornost, empatiju. Radilište medicinske sestre dinamično je okruženje koje zahtijeva dovoljan broj ljudskih kapaciteta u odnosu na broj pacijenata. Kada se javi nesklad između zadatka koji radnik treba obaviti i mogućnosti radnika da obavi taj zadatak, tada govorimo o stresnom okruženju na radnom mjestu. Svaki pojedinac je individua, stoga različito reagira na stresore u okolini. Postoje različite definicije stresa, općenito govoreći stres je poremećena psihofizička ravnoteža organizma. Praćen je subjektivnim osjećajem preopterećenja, psihičkog i fizičkog umora. Dr. Hans Selye, kojeg mnogi smatraju začetnikom istraživanja stresa, definira stres kao „nespecifičnu reakciju tijela na bilo koji zahtjev predstavljen pred njega“ (1).

Stres

Ponekad, u manjoj količini stres djeluje kao stimulan, te doprinosi kvaliteti odrađenog posla. Takvu vrstu stresa nazivamo eustres. Naprotiv, izlaganje dugotrajnom stresu praćeno je fizičkim i psihološkim simptomima. Fizički simptomi su: glavobolja, poremećaj sna, gastrointestinalne i kardiovaskularne tegobe.

Psihološki simptomi stresa su: osjećaj nezadovoljstva, poteškoće s koncentracijom, osjećaj besmislenosti, depresija i anksioznost. Svjetska zdravstvena organizacija dugi niz godina podiže svijest o važnosti mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje se definira kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje pune potencijale. Mentalno zdravlje nije samo odsustvo psihičke bolesti, već pravovremeno prepoznavanje ljudskih potencijala, stvaranje zdrave radne sredine koja uvelike doprinosi uspješnijoj suradnji unutar tima. Ako bilo koja komponenta definicije mentalnog zdravlja nedostaje, utječe na produktivnost, te evaluaciju obavljenog posla.

Ono što može rasteretiti osjećaj preopterećenja jest kvalitetni odnosi unutar tima. Definiran zadatak koji pojedinac obavlja, te jednak doprinos pojedinca unutar tima. Jednak doprinos svakog pojedinca unutar tima, smanjit će umor medicinske sestre. Umor je jedan od vodećih uzroka pogreške na radnom mjestu. Kako bi izbjegli negativne posljedice, potrebno je uravnotežiti odnose unutar tima, te povećati broj medicinskih sestara na radilištima. Unatoč trudu, često postoje čimbenici na koje je teško utjecati.



Zaključak

Osjećaj stresa i nezadovoljstva, praćen je negativnim emocijama, koje narušavaju odnose, kvalitetu rada, te ishod medicinske skrbi. Pojedinac je dužan raditi na sebi, tražeći način rasterećenja od stresora iz okoline. Kvalitetnim razgovorom unutar tima, osobna zadovoljstva izvan radilišta, te prepoznavanjem negativnih emocija, kanaliziranje i racionaliziranje istih, doprinosi manjoj razini stresa i osjećaja nezadovoljstva. Nažalost na radilištima postoje stresori koje je teško potpuno ukloniti. Potrebno je tragati za rješenjem unutar tima. Medicinske sestre često su nazivane stupom zdravlja. Ako stup ostane snažan i ujedinen, šanse za boljitak na radilištima rastu. Samo zadovoljna medicinska sestra ostvarivat će svoj puni potencijal.

Literatura:

1. Lindermann.H: Antistres program kako prevladati stres. Prosvjeta Zagreb, 1996.
2. Carnegie. D: Kako prevladati zabrinutost i stres na poslu i privatnom životu. Zagreb, 2012.
3. Hudek-Knežević J, Kardum I. Stres i tjelesno zdravlje. Naklada slap, 2006.



Mobing u zdravstvenim ustanovama

Ana Bilić, Dinka Palatinuš

Uvod

Riječ mobing potječe od engleskog glagola 'to mob' što možemo prevesti kao nasrnuti. Prvo definiranje mobinga potječe od njemačkog znanstvenika koji mobing označava kao oblik ponašanja na radnome mjestu u kojemu pojedinac ili skupina osoba sustavno, tijekom duljega vremena, psihički zlostavlja drugu osobu s ciljem ugrožavanja ljudskoga dostojanstva, integriteta, ugleda i časti (1). Te aktivnosti se učestalo odvijaju (najmanje jednom tjednom) i u dužem razdoblju (najmanje 6 mjeseci). Puno je više od povremenih konflikata ili radnih svađa. Počinitelj mobinga ima svjesnu namjeru da naštetiti žrtvi i da ju na kraju prisili da napusti radnu sredinu.

Mobing utječe na žrtvu, njezin društveni život, ali i na ustanovu u kojoj žrtva radi. Svaki oblik neetičnog ponašanja trebalo bi spriječiti, ali i znati prepoznati i sankcionirati na vrijeme. Prisutan je u gotovo svim radnim organizacijama, pa tako i u zdravstvenim ustanovama. Osobno nezadovoljstvo, stres i omalovažavanje iscrpljuju žrtvu koja u konačnici ne može zadovoljiti potrebe radne organizacije. Cilj rada je podići razinu svijesti o razarajućim čimbenicima ovog sveprisutnog problema o kojem se i dalje malo govori.

Gljučne riječi: mobing, žrtva, zdravstvene ustanove

Žrtve mobinga

Mobingu su jednako izloženi i žene i muškarci. Muškarci češće doživljavaju prijetnje ili fizičke nasrtaje, a oko 15% žena susrelo se sa seksualnim ugrožavanjem na poslu. Najčešće žrtve mobinga su tihe i mirne, povučene radnice niže razine obrazovanja, koje šute i trpe, često zastrašene i imaju osjećaj manje vrijednosti, kojima se može lako manipulirati. Među žrtvama visoke stručne sprema najčešće su žrtve mlade osobe pune entuzijazma, čija je karijera u usponu, a to nije u skladu s očekivanjima okoline ili planova nadređenih osoba (2).

Žrtve mobina su često osobe koje su uočile i prijavile nepravilnosti u radu, tjelesni invalidi, višak radne snage, mlade osobe tek zaposlene i starije osobe pred mirovinom te osobe koje traže više samostalnosti u radu ili bolje uvjete rada.

Vrste mobinga

Horizontalni (vodoravni) mobing je kad je žrtva jednako pozicionirana kao i njezin zlostavljač. Najčešći razlozi mobinga su osjećaj osobne ugroženosti zlostavljača, zavist, ljubomora na nekoga tko se ističe kao „dobar radnik“, te mu se želi onemogućiti daljnje napredovanje u karijeri. Također grupa ljudi može maltretirati pojedinca.

Vertikalnim (okomitim) mobingom nadređeni radnik maltretira podređenoga i obrnuto. Nadređeni može trpjeti mobing od grupe podređenih radnika kada podređeni iskazuju agresivnost i neposluš prema nadređenom.

U posebnu vrstu vertikalnog mobinga spada strateški mobing gdje se upravljački vrh dogovara s direktnim pretpostavljenim i nastoji nepoželjne radnike navesti da napuste svoje radno mjesto. Razlikujemo i bossing, a time se radnik na višem položaju agresivnim ponašanjem i vrijeđanjem iskaljuje prema niže pozicioniranom radniku (4).

Aktivnosti kojima se radnik zlostavlja se mogu podijeliti:

- 1. Napadi na mogućnost adekvatnog komuniciranja**
Nadređeni i/ili kolege ograničavaju mogućnost izražavanja žrtve; žrtva se prekida u razgovoru, itd.
- 2. Napadi na mogućnost održavanja socijalnih odnosa**
Žrtva se izolira; nitko joj se ne obraća, svi se ponašaju kao da žrtva nije prisutna, ne poziva se na zajedničke sastanke ili neformalna druženja, itd.
- 3. Napadi na osobnu reputaciju**
Izmišljanje priča o žrtvi i njenom privatnom životu, ogovaranje, ismijavanje, negativni komentari osobnih karakteristika žrtve, itd.
- 4. Napadi na kvalitetu profesionalne situacije**
Stalne kritike i prigovori, vrijeđanja, pretjerana kontrola, stalna kažnjavanja i niska ocjena rada, zatrpavanjem radnim zadacima i određivanje kratkih rokova, itd.
- 5. Napadi na zdravlje**
Žrtvu se prisiljava obavljati zadatke koji narušavaju njeno mentalno zdravlje, prijeti se fizičkim napadima, seksualno zlostavljanje, itd.

Zakonska regulativa RH

Zakon o mobingu ne postoji, ali postoje članci iz određenih zakona, pa se žrtva mobinga može pozvati na njih. Zakon o radu u svom članku 7. navodi: „Zabranjena je izravna ili neizravna diskriminacija na području rada i uvjeta rada, uključujući kriterije za odabir i uvjete pri zapošljavanju, napredovanju, profesionalnom usmjeravanju, stručnom osposobljavanju i usavršavanju te prekvalifikaciji, u skladu s ovim Zakonom i posebnim zakonima. Poslodavac je dužan zaštititi dostojanstvo radnika za vrijeme obavljanja posla od postupanja nadređenih, suradnika i osoba s kojima radnik redovito dolazi u doticaj u obavljanju svojih poslova, ako je takvo postupanje neželjeno i u suprotnosti s ovim Zakonom i posebnim zakonima“. Žrtva se može također pozvati na Konvenciju za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda i određenja iz Ustava Republike Hrvatske, Zakon o ravnopravnosti, Zakon o suzbijanju diskriminacije i Kaznenom zakonu.



Savjeti za suprotstavljanje mobingu

Žrtva mobinga može pismeno zabilježaviti svaki nasrtaj i arhivirati sve pismene dokumente. O događajima obavijestiti osobu iz radne sredinu u koju ima povjerenja, a ako takva osoba ne postoji, potrebno se obratiti aktivistu udruženja za zaštitu ljudskih prava. Otvoreno razgovarati sa počiniteljem mobinga o njegovom ponašanju i postupcima te otvoreno reći da prestane sa svojim ponašanjem. O svemu je potrebno obavijestiti kadrovsku službu i upravu poduzeća (4).

Zaključak

Mobing je neprijateljska i neetična komunikacija, sustavno usmjerena i s jasnim ciljem koji je uništenje žrtve, tj. ostavljanja posljedica na žrtvino mentalno zdravlje. Prisutan je u gotovo svim radnim organizacijama, pa tako i u zdravstvenim ustanovama. Sestrinska profesija oduvijek je podložna mobingu. Opterećenje, velka odgovornost, te veliki kolektiv, često doprinosi neslaganju, što pojedincima otvara vrata izvršavanju mobinga.

Da bi se prevenirao mobing treba raditi na pravovremenim i primjerenim rješavanju konflikata. Potrebno je graditi i njegovati pozitivnu organizacijsku kulturu, zaštititi žrtve i sankcionirati zlostavljače. Samo u sigurnom radnom okruženju se može osigurati kvaliteta rada.



Literatura

1. Leymann, H., Mobbing and psychological terror at workplaces, 1990.
2. Pražetina-Kaleb R., Oblici mobinga i sudska zaštita žrtava mobinga, 2011.
3. Palatinuš D., Mobing u zdravstvenim ustanovama, Hrvatsko Katoličko Sveučilište, Izvanredni diplomski sveučilišni studij, 2018.
4. Kostelić- Martić A., Mobing: psihičko maltretiranje na radnom mjestu. Zagreb: Školska knjiga, 2005.



Specifičnosti sestrinske skrbi za bolesnika s perkutanom nefrostomom

Antonija Strojny

Sažetak

Perkutana nefrostoma je minimalno invazivni urološki zahvat čija je svrha evakuacija urina iz bubrega. Indicira se kod opstruktivne uropatije, te određenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Može biti privremena ili trajna. Postavlja se u operacijskoj sali nakon prethodne psihofizičke pripreme bolesnika. Sestrinska skrb je usmjerena na prevenciju komplikacija i edukaciju bolesnika.

Gljučne riječi: perkutana nefrostoma, urološki zahvat, bolesnik, sestrinska skrb

Uvod

Osnovna funkcija mokraćnog sustava je stvaranje i izlučivanje urina, te uklanjanje otpadnih tvari iz organizma uključujući kreatinin, mokraćnu kiselinu, višak organskih soli, kiselina i lužina. Kod nemogućnosti mokrenja se povećava tlak u mokraćnom mjehuru, a urin vraća u bubrege uzrokujući njihovo oštećenje i smanjenu sposobnost eliminacije štetnih tvari. Posljedično se razvijaju ozbiljne komplikacije poput disbalansa elektrolita, infekcije, zatajenja srca, zatajenja bubrega i sepse. Nakon što se dijagnostičkim metodama dokaže zastoj urina u bubrezima, indicira se postavljanje perkutane nefrostome u svrhu prevencije prethodno navedenih komplikacija.

Medicinske sestre i tehničari se u svakodnevnom radu susreću s različitim vrstama stoma uključujući i nefrostomu. U ovom će se preglednom članku, s ciljem stjecanja novih saznanja, opisati sestrinske intervencije, i najčešći problemi s kojima se medicinske sestre/tehničari suočavaju u skrbi za bolesnika s perkutanom nefrostomom.

Perkutana nefrostoma

Perkutana nefrostoma (PN) podrazumijeva postavljanje tankog katetera kroz kožu, potkožno tkivo, mišićni sloj, i bubrežni parenhim u bubrežnu zdjelicu, u svrhu evakuacije urina iz bubrega ako se isti ne može evakuirati prirodnim putem. PN može biti postavljena unilateralno (jednostrano) ili bilateralno (obostrano). Bolesnik s bilateralnom PN ne može mokriti spontano, dok kod unilateralne mokri spontano no u manjim količinama od očekivane. Zahvat je prvi put opisan 1955. godine i postao izuzetno dobra metoda za omogućavanje trajne ili privremene drenaže opstruiranog mokraćnog sustava (1). Cilj perkutane drenaže urina je minimizirati mogućnost oštećenja bubrežne funkcije i poboljšati bolesnikovo opće stanje.

Indikacije i kontraindikacije

Indikacije za postavljanje perkutane nefrostome su sljedeće (2):

- Opstruktivna uropatija
 - Benigni uzroci:** urolitijaza sa sekundarnom hidronefrozom, hidronefroza povezana s trudnoćom, retroperitonealna fibroza i pionofoza.
 - Maligni uzroci:** tumori mokraćnog sustava, karcinom prostate.
- **Dijagnostički postupci:** biopsija, antegradna pijelografija.
- Terapijski postupci: liječenje nefrolitijaze (kamenci kod kojih nije poželjan transuretralni pristup zbog striktura uretera ili tumora).
- **Urinarna diverzija:** uslijed traumatskih ili jatrogenih ozljeda uretera, ureteralnih fistula, stenozе urostome, hemoragičnog cistitisa.

Relativne kontraindikacije za postavljanje PN su neliječena infekcija mokraćnog sustava i koagulopatija. Ako je kod bolesnika prisutan elektrolitski disbalans, prije zahvata ga je potrebno korigirati. PN ograničava funkcionalnost bolesnika i zahtijeva produženu skrb. Nespremnost bolesnika da to prihvati ili da prihvati rizik zahvata predstavlja apsolutnu kontraindikaciju za zahvat.

Priprema za zahvat

Liječnik i medicinska sestra/tehničar moraju detaljno educirati bolesnika o zahvatu. Bolesnik nakon provedene edukacije mora potpisati informirani pristanak za zahvat. Od bolesnika je potrebno saznati uzima li antikoagulantnu terapiju, i ima li alergije na kontrastno sredstvo ili jod. 3 do 5 dana prije zahvata bolesnik ne bi trebao uzimati antikoagulantnu terapiju. Prije zahvata se kontroliraju testovi koagulacije koji moraju biti u rasponu normalnih vrijednosti. Bolesnik najmanje šest sati prije zahvata ne smije jesti.

Izvođenje zahvata

Zahvat se izvodi u operacijskoj sali. Prosječno trajanje zahvata je 30 minuta. Najčešće se primjenjuje lokalna anestezija, međutim, kod nesuradljivog bolesnika je potrebna opća anestezija. Prvi korak je pozicioniranje bolesnika. Najprikladniji je ležeći položaj na trbuhu. Nakon pozicioniranja se predviđeno mjesto za inserciju PN čisti povidon jodidom. Nakon što se supkutano primjeni lokalna anestezija, urolog pod kontrolom ultrazvuka uvodi iglu s mandrenom. Nakon toga se vadi mandren, na iglu aplicira kontrast i rendgenom provjerava je li igla dobro pozicionirana. Zatim se uvodi vodilica, vadi igla, a kroz vodilicu uvodi PN. Duljina PN iznosi oko 30 cm. PN se za kožu fiksira s dva kožna šava. Izlazni dio PN se posebnim konektorom priključi na urinarnu vrećicu i fiksira za bedro ili oko struka bolesnika. Preporučuje se da bolesnik nakon zahvata miruje tri sata.





Slika 1. Perkutana nefrostoma
(Izvor: Zavod za urologiju KB „Sveti Duh“)

Komplikacije

Stopa komplikacija kreće se od 2 % - 10 %. Moguće komplikacije su sepsa, krvarenje, pneumotoraks, oštećenje bubrega, alergijska reakcija na anestetik, ruptura susjednih organa i smrt. Kod postavljanja PN se očekuje manja, privremena hematurija, a javlja se u oko 95% slučajeva (3). Komplikacije povezane s kateterom uključuju dislokaciju i opstrukciju (4).

Specifičnosti sestrinske skrbi

Prevenција komplikacija i edukacija bolesnika su najvažniji aspekti sestrinske skrbi za bolesnika s PN. Osim toga, potrebno je i redovito pratiti laboratorijske vrijednosti krvnih nalaza uključujući testove bubrežne funkcije (ureja, kreatinin) i elektrolitski status. Vitalni znakovi se mjere svaka 2 sata, a prema potrebi i češće. Za ublažavanje bolova se primjenjuju analgetici.

Medicinska sestra/tehničar mora pratiti znakove i simptome infekcije što uključuje bolove u leđima, povišenu tjelesnu temperaturu, zimicu/tresavicu, gnojnu sekreciju i crvenilo na mjestu insercije PN. Ako postoji sumnja na infekciju potrebno je oduzeti uzorak urina aseptičnom tehnikom.

Adekvatno previjanje PN je neophodno za prevenciju infekcije. Provodi se svakih 3 do 5 dana ili prema potrebi (ako zavoji nisu čisti ili ako je prisutna sekrecija). Kod svakog prevoja je potrebno procjenjivati stanje mjesta insercije i kože oko PN.

Potrebno je obratiti pažnju na kožni šav jer može popustiti. Previjanje se provodi aseptičnom tehnikom. Intervencije medicinske sestre/tehničara su sljedeće:

- pripremiti pribor (sterilne komprese, hipoalergijski flaster, pean ili sterilne rukavice, jednokratni podmetač, rukavice za jednokratnu uporabu, antiseptičko sredstvo za kožu i sluznice),
- osigurati privatnost,
- objasniti bolesniku svrhu i tijek previjanja,
- oprati ruke,
- smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj (ležeći na boku),
- mjesto previjanja osloboditi od odjeće,
- ispod bolesnika staviti jednokratni podmetač,
- jednokratnim rukavicama odstraniti postojeći flaster i zavoje i odložiti ih u posudu za nečisto,
- skinuti jednokratne rukavice i dezinficirati ruke,
- očistiti okolinu mjesta insercije PN sterilnim tupferima natopljenim antiseptičkim sredstvom za kožu i sluznice pomoću peana ili sterilnih rukavica,
- prekriti PN sterilnom gazom i učvrstiti ju hipoalergijskim flasterom,
- rasporemiti pribor i odložiti ga u infektivni otpad,
- oprati i dezinficirati ruke,
- dokumentirati provedeni postupak.

PN se mora dobro fiksirati za kožu kako bolesniku ne bi uzrokovala nelagodu kod ležanja ili sjedenja.



Slika 2. Izgled perkutane nefrostome nakon prevoja

(Izvor: Zavod za urologiju KB „Sveti Duh“)

Medicinska sestra/tehničar mora kontinuirano procjenjivati izgled urina, te pratiti unos tekućine i iznos urina. Ponekad, unatoč bistrom urinu, ugrušak uzrokuje opstrukciju zbog čega urin ne može otjecati u urinarnu vrećicu. Osim toga, PN je vrlo tanka (ch 6 ili ch 8).



U tom slučaju je potrebno provjeriti prohodnost ispiranjem s 5 ml 0,9 % NaCl pridržavajući se aseptične tehnike. Nikada se ne ispiru s više od 5 ml jer je kapacitet bubrežne zdjelice između 4 i 8 ml (5). PN se mora ispirati polako jer u protivnom može doći do krvarenja. Vrlo bitno je naglasiti da propiranje nefrostome nije kompetencija medicinskih sestara/tehničara. Tu intervenciju provodi isključivo liječnik. Poteškoće u drenaži urina mogu nastati i ako je cijev drenažnog sustava presavinuta. Urinarna vrećica mora biti ispod razine bubrega kako bi se prevenirao refluks. Bolesniku se mora savjetovati da dnevni unos tekućine iznosi oko 2000 ml.

PN je obično privremena, a uklanja se ako više nema opstrukcije ili je dovršena terapijska intervencija. Tada liječnik određuje da se zaklema kako bi se odredilo vrijeme uklanjanja. Ako su prisutni bolovi i povišena tjelesna temperatura, ili ako bolesnik ne može mokriti, medicinska sestra/tehničar mora obavijestiti liječnika i otklemati PN. Trajna PN je potrebna kada nije moguće liječiti opstrukciju (npr. terminalna faza maligne bolesti). Rutinska promjena je potrebna svaka 3 mjeseca (6). Kod trudnica je promjena potrebna svakih 4 – 6 tjedana.

Bolesnici s PN se nakon završenog liječenja otpuštaju kući uz prethodnu edukaciju. U edukaciju je poželjno uključiti bolesnikovu obitelj. Bolesnici se smiju tuširati, no moraju paziti da zavoji na PN ostanu suhi. Ne preporučuje se kupanje. Bolesnicima se daju urinarne vrećice s ispustom koje se moraju mijenjati svaka tri dana.

Medicinska sestra/tehničar mora objasniti postupak mijenjanja urinarnih vrećica s naglaskom na higijenu ruku prije i nakon postupka. Urinarna vrećica se prazni kada je dvije trećine puna. Bolesnike je potrebno educirati o mogućnostima vrećica za urin uz nogu i trakicama za nogu. Navedena pomagala se nalaze na osnovnoj listi pomagala HZZO – a. Bolesnik se mora javiti liječniku opće medicine zbog izdavanja doznaka. Nakon odlaska iz bolnice skrb o PN nastavlja patronažna sestra. Bolesnici se u slučaju tjelesne temperature $> 38^{\circ}\text{C}$, zimice i tresavice, hematurije, mučnine ili povraćanja, jakih bolova u leđima, ispadanja PN ili neugodnog mirisa urina moraju javiti nadležnom urologu.

Zaključak

Perkutana nefrostoma je urološki zahvat koji se izvodi s ciljem evakuacije urina uslijed opstrukcija uzrokovanim benignim i malignim stanjima, te u svrhu određenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Medicinske sestre/tehničari moraju biti upoznati s mogućim komplikacijama kako bi se iste prevenirale i pravodobno prepoznale. Negativan utjecaj trajne perkutane nefrostome na bolesnikovu kvalitetu života se može smanjiti pravilnom edukacijom.

Medicinske sestre/tehničari kontinuiranom nadogradnjom znanja podižu kvalitetu sestrinske skrbi čime se postiže pozitivan ishod liječenja bolesnika s perkutanom nefrostomom.

Literatura

1. Turo R, Horsu S, Broome J i sur. Complications of percutaneous nephrostomy in a district general hospital. Turkish Journal of Urology. 2018; 44 (6): 478–483.
2. Dagli M, Ramchandani P. Percutaneous Nephrostomy: Technical Aspects and Indications. Semin Intervent Radiol. 2011; 28(4): 424 – 437.
3. Jairath A, Ganpule A, Desai M. Percutaneous nephrostomy step by step. Mini-invasive Surg. 2017; 1; 180–185.
4. Taneja S. Complications of Urologic Surgery. Saunders Elsevier: Philadelphia; 2009.
5. Hayes D, Tscheschlog B. Nursing procedures & protocols. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia; 2003.
6. Dougherty L, Lister S. The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures: professional edition. Chichester: Wiley – Blackwell; 2015.



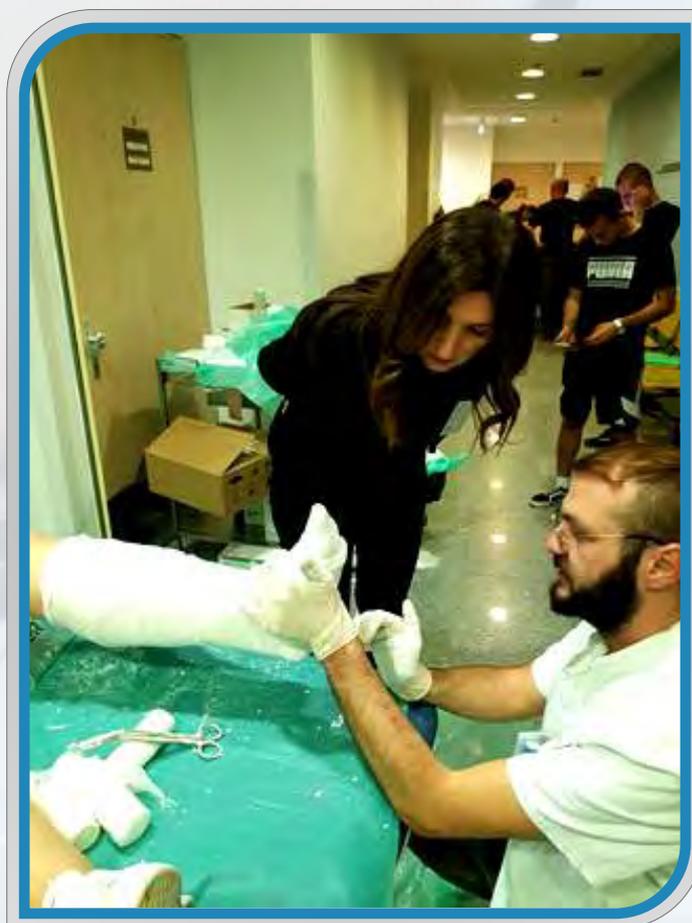
Medicinske sestre/tehničari OHBP KBSD- na Tečaju izrade sadrene udlage u Čakovcu 23.11.2019.

Dubravka Ivanić

Organizacijom rada i kompetencijama medicinskih sestra/tehničara Objedinjenog hitnog bolničkog prijama predviđena je izrada i postavljanje sadrenih udlaga, odnosno da osim transportne i standardne imobilizacije medicinske sestre/tehničari moraju znati i savladati vještinu sadrene imobilizacije koju postavljaju na indicaciju liječnika OHBP-a. Tijekom desetljeća to znanje i vještine su se učile radeći sa kolegama i kolegicama kirurške djelatnosti, a zahvaljujući Društvu medicinskih tehničara gipsera, sa predsjednikom Mario Gašić, mag.med.techn. koji je ujedno i glavni tehničar OHBP-a u OB Našice pokrenut je „Tečaj izrade sadrene udlage“. Do sada je taj tečaj održan u Našicama, Splitu i 23.11.2019. u Čakovcu na kojem smo bile prisutne med. sestre iz OHBP-a KB Sveti duh. Svi predavači i voditelji su bili medicinski tehničari koji godinama rade kao gipseri u svojim matičnim ustanovama tako da je tečaj bio pun iskustvenih i, potkrepljenim znanjem, korisnih informacija.

Na početku su nam prezentirali povijest imobilizacije, anatomiju kosti, krvnih žila, mišića i ligamenata, pričali su nam o položajima i vrsti imobilizacije, vrstama materijala, tehnikama izrade sadrene udlage, specifičnosti imobilizacije kod djece te procjena neurovaskularnog statusa te zdravstvene preporuke pacijentima sa sadrenom udlagom. Nakon konstruktivne pauze počeo je praktičan dio gdje su nas podijelili u manje grupe te smo samostalno nakon prikaza instruktora odrađivali sadrene imobilizacije: podlaktična, udlaga za šaku i prst, nadlaktična, kod prijeloma skafoidne kosti, Desault imobilizacija, potkoljenična, natkoljenična i tutor sadrena udlaga.

Zaista je bilo vrhunski organizirano, jako zanimljivo i dinamično. Instruktori su nesebično podijelili svoje znanje i iskustvo, dobili smo puno korisnih informacija te upute za daljnji rad. Hvala Matiji. Na tečaju su bile medicinske sestre iz našeg OHBP-a: Dijana Biličić, Jasminka Žamarija, Anuška Hasanagić i Ivanić Dubravka.





Obilježavanje svjetskog dana srca u KB „Sveti Duh“ 2019. godine

Tomislav Maričić

Svjetska kardiološka federacija posvećena je vodećoj ulozi u globalnoj borbi protiv srčanožilnih bolesti. Godine 2000. utemeljila je obilježavanje Svjetskoga dana srca u cilju informiranja ljudi širom svijeta kako su bolesti srca i moždani udar vodeći svjetski uzroci smrti, odnoseći 17,9 milijuna života svake godine. Svjetski dan srca je godišnji događaj koji se održava na dan 29. rujna. Svake godine obilježavanje toga dana ima različitu tematiku odražavajući ključna pitanja i teme koje se odnose na zdravlje srca. Obilježavanjem Svjetskog dana srca, zajedno s članovima, Svjetska kardiološka federacija obavještava da se najmanje 80% prijevremenih smrti od kardiovaskularnih bolesti može izbjeći ako se četiri glavna faktora rizika – uporaba duhana, nezdrava prehrana, tjelesna neaktivnost i štetne uporabe alkohola – kontroliraju.

Slogan Svjetskog dana srca ove godine je „BUDI HEROJ SRCA“. Dana 30. rujna 2019. godine u KB „Sveti Duh“ obilježen je Svjetski dan srca. Akcija je provedena na inicijativu Glavne sestre Zavoda za bolesti srca i krvnih žila i učiteljica Srednje medicinske škole Vrapče, a uz podršku Pročelnice Zavoda za bolesti srca i krvnih žila, Glavne sestre Klinike za unutarnje bolesti te Pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo i Ravnatelja KB „Sveti Duh“. U atriju bolnice organizirano je u vremenu od 9.00-12.00h za bolesnike, posjetitelje bolnice kao i za zdravstveno i nezdravstveno osoblje bolnice, mjerenje krvnog tlaka, određivanje vrijednosti glukoze u krvi, mjerenje tjelesne težine, određivanje BMI i na kraju savjet liječnice specijalizantice kardiologije na Zavodu za bolesti srca i krvnih žila. Prisutnima je podijeljen promotivni materijal. U akciji je obuhvaćeno oko 230 sudionika. Akciju su proveli liječnici, medicinske sestre i nastavnice stručnih predmeta s učenicima Medicinske škole Vrapče. Glavna svrha obilježavanja Svjetskoga dana srca je upozoravanje cjelokupne javnosti na problem kardiovaskularnih bolesti u suvremenom svijetu, s obzirom na njihov utjecaj na sveukupni pobol i smrtnost pučanstva. Isto tako svrha obilježavanja je i educiranje javnosti o mogućnostima sprječavanja kardiovaskularnih bolesti od kojih umire skoro svaka druga osoba u zemljama tzv. zapadne civilizacije. Prigodom Svjetskoga dana srca čvrsto odlučite krenuti u akciju, kako biste Vi i Vaša obitelj sačuvali i učinili Vaše srce zdravim i tako ostvarili trajni boljitak za Vaše zdravlje.

- Na ovogodišnji Svjetski dan srca, želimo da svaki/a od vas bude Heroj srca putem ovih obećanja: Obećanja obitelji da ćeš kuhati i jesti zdravije, više vježbati i prestati konzumirati duhan.
- Obećanja djeci da ćeš im pomoći da postanu aktivnija i kažu NE pušenju.
- Obećanja zdravstvenih djelatnika da će pomoći pacijentima pri prestanku pušenja, u smanjivanju kolesterola i podizanju svijesti o svim uzrocima srčanožilnih bolesti.

Zahvaljujemo svim sudionicima akcije i nadamo se da ćemo i nadalje zajednički aktivno sudjelovati u pokretu za bolje zdravlje srca i za stvaranje okruženja koje omogućuje ljudima zdrave životne navike!



Obećanje MOME i TVOME SRCU: BUDI HEROJ SRCA!



"SESTRINSTVO BEZ GRANICA III" i 7. Kongres HUMS-a s međunarodnim djelovanjem

Ana Bilić

„Sestrinstvo bez granica III“ i 7. kongres HUMS-a s međunarodnim sudjelovanjem održan je u Opatiji od 13. do 16. lipnja 2019. godine. Organizator ovog stručnog skupa bila je Hrvatska udruga medicinskih sestara sa predsjednicom Tanjom Lupieri. Sudjelovalo je 720 sudionika. Teme su obrađene kroz 7 plenarnih predavanja, 28 stručnih simpozija, 170 predavanja, poster prezentacija i 2 promocije knjiga. Kongres je osnažen i svjetskom kampanjom Nursing Now, te je upućen poziv svima da se priključe u kampanje pod nazivom Nursing Now Croatia, čiji je nositelj u Republici Hrvatskoj, Hrvatska udruga medicinskih sestara kao članica Međunarodnog vijeća medicinskih sestara (ICN-a).

Od velike je važnosti napomenuti da su uspješnom kongresu pridonijeli i Howard Catton koji je izvršni direktor ICN-a, Elizabeth Adams predsjednica Europske federacije udruga medicinskih sestara (EFN), Sandra Franković predsjednica Društva za povijest sestrinstva HUMS-a, Robert Lovrić, Štefica Mikšić predsjednica Katedre za sestrinstvo i palijativnu medicinu, Antoinette Kaić-Rak voditeljica Ureda Svjetske zdravstvene organizacije u RH, te Helene Maucher glavna sestra bolnice RKU.

Teme predavanja bile su odabrane prema interesu članova HUMS-a. Govorilo se o položaju i kompetencijama medicinskih sestara, zaštiti osobnih podataka, problemima migracije zdravstvenih djelatnika, promociji zdravlja i prevenciji bolesti, o kontinuiranoj zdravstvenoj njezi, te različitim stručnim temama. Prestavljene su 2 knjige: „Medicinske sestre i tehničari u Domovinskom ratu“ te „Metodika zdravstvene njege“ čiji je autor Damjan Abou Aldan.

Ispred KB "Sveti Duh" aktivno su sudjelovali djelatnici Klinike za kirurgiju Dinka Palatinuš, Ana Bilić i Antonio Štulac sa radom „Mobbing u zdravstvenim ustanovama“.

Najveći utisak je ostavio Simpozij Društva medicinskih sestara i tehničara Domovinskog rata HUMS-a pod nazivom „ Djeca u Domovinskom ratu“.

Uz promociju knjige održali su i predavanja o svjedočanstvima svoga teškog rada u nehumanim uvjetima tijekom Domovinskog rata.

Ovim Kongresom je zasigurno ujedinjeno sestrinstvo u Hrvatskoj. Okupljena stručna Društva HUMS-a su međusobno razmijenila znanja i iskustva, te su podigli razinu profesionalnosti i kvalitetu rada.





Enterostomalni terapeuti „KB Sveti Duh“

Uvod pripremila: Radmila Vrbat

Zavod za urologiju KB Sveti Duh posljednja je tri desetljeća prepoznatljiv, između ostalog, i po radikalnom liječenju mokraćnog mjehura. Kod više od polovine bolesnika izvodi se urostoma. Već u počecima izvođenja uočeno je da je skrb za te bolesnike kompleksna, te zahtjeva specifična znanja i vještine svih zdravstvenih djelatnika koji su uključeni u nju. Tijekom godina uz kontinuiranu edukaciju, angažman i entuzijizam djelatnika, a posebno medicinskih sestara podizala se kvaliteta skrbi kako bi se pacijente što bolje pripremio za operativni zahvat, poboljšao oporavak nakon operativnog zahvata i adekvatno educiralo s ciljem što bezbolnije adaptacije na novonastalu situaciju. Uz edukaciju i podršku bolesniku sve više se posvećivala pažnja i obitelji bolesnika kako bi kvaliteta njihova života bila što sličnija onoj prije zahvata. Također, već treću godinu kod svih pacijenata se provodi i predoperativno obilježavanje mjesta urostome kako bi se izbjeglo procurivanje, oštećenja peristomalne kože i peristomalna hernija. Svjesni činjenice da su u svijetu dio multidisciplinarnog tima i enterostomalni terapeuti, s nestrpljenjem smo dočekali početak provođenja programa za stjecanje kompetencija iz tog područja. U drugoj generaciji studija napokon su osigurana sredstva za školarinu, te je medicinska sestra Maja Peša zbog visoke motivacije u skrbi za bolesnike s urostomom predložena za školovanje. Rad će se organizirati kombinirano na stacionaru i ambulanti kako bi se osigurala skrb već od trenutka postavljanja indikacije za operativni zahvat, te za vrijeme i nakon hospitalizacije. Uz urostome, skrb će obuhvaćati području rana i inkontinencije. Kroz ovakvu organizaciju rada očekujemo poboljšanje kvalitete skrbi, dostupnost, te bolju povezanost s ostalim sudionicima u skrbi za bolesnike.

Intervju vodila: Antonija Strojny

Poštovani čitatelji i čitateljice, velika mi je čast predstaviti Vam enterostomalne terapeute KB „Sveti Duh“. U ime cijelog uredništva, zahvaljujem kolegicama Maji Peši i Anđi Vicić na odazivu i sudjelovanju u intervjuu.

Molim Vas da nam se ukratko predstavite.

Anđa: Rođena sam 05.10.1991, srednju medicinsku školu završila sam u Pakracu, Sveučilišni preddiplomski studij u Splitu, a cjeloživotno obrazovanje iz područja Enterostomalne terapije (ET) sam stekla na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci. U KB „Sveti Duh“ radim od 2015. godine. Glavna sam sestra odjela Koloproktologije na Zavodu za abdominalnu kirurgiju, Klinike za kirurgiju.

Maja: Od 2010. godine sam zaposlena na Zavodu za urologiju. 2017. godine sam završila Preddiplomski studij sestrinstva na Sveučilištu Sjever, a 2018. godine sam započela školovanje za enterostomalnog terapeuta na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, na inicijativu glavne sestre Zavoda Radmile Vrbat. Trenutno se školujem na Sveučilišnom diplomskom studiju sestrinstva.

Što Vas je motiviralo za usavršavanje iz područja ET?

Anđa: Kroz rad na Klinici zblížila sam se s bolesnicima sa stomom, iako ET pruža zdravstvenu skrb ne samo pacijentima sa stomom već i pacijentima s fistulama, inkontinencijom, kroničnim ranama. Također sam uvidjela da je to područje zdravstvene skrbi u RH dosta „nepokriveno“, i da baš u tom segmentu medicinska sestra kroz oblik specijalizacije može učiniti jako puno.

Maja: Budući da sam se za vrijeme pripravničkog staža, kojeg sam odradila u našoj bolnici tada na odjelu abdominalne kirurgije, prvi put susrela s pacijentima kojima je kreirana stoma, primijetila sam da su kod njih uvelike prisutni strah i neznanje kako dalje funkcionirati sa stomom. Od tog perioda, shvatila sam da je taj dio možda i nedovoljno istražen i nedovoljno približen pacijentu, te sam se iz tih razloga odlučila više posvetiti tom području. Tijekom proteklih godina nastojala sam što bolje razumjeti problematiku i pomoći bolesnicima, te sam s tim ciljem posjetila i Udruhu bolesnika sa stomom. Tema mog diplomskog rada s preddiplomskog studija sestrinstva, također je bila iz tog područja.

ENTEROSTOMALNI TERAPEUTI



Maja i Anđa na obilježavanju Svjetskog dana osoba sa stomom



Koje ste kompetencije stekle tijekom školovanja?

Anda: Završetkom ovog obrazovnog programa izrađenog prema smjernicama svjetskog udruženja enterostomalnih terapeuta (WCET), dobila sam certifikat enterostomalnog terapeuta priznatog od strane WCET - a i ECTS bodove, te sam osposobljena za pružanje pomoći i brigu o osobama sa stomom, fistulama, kroničnom ranom i inkontinencijom. Specifične kompetencije usklađene su s kompetencijama ET u svijetu a prema preporukama WCET - a. Neke od kompetencija ET su:

- holistički pristup, sustavna prijeoperacijska edukacija, markiranje i pozicioniranje mjesta izvedbe stome probavnog trakta, perioperativna i poslijeoperativna zdravstvena njega bolesnika s hranidbenom ili eliminacijskom stomom,
- zdravstvena njega bolesnika s respiratornom stomom ili kanilom,
- preporučuje pomagala sukladno individualnim potrebama bolesnika,
- sudjeluje u terapijskim zahvatima u liječenju kroničnih rana, toaleta rane, previjanja, debridementa, primjenjuje suvremene potporne obloge, elastično kompresivnu terapiju,
- prepoznaje znakove razvoja, sudjeluje i educira o prevenciji i zbrinjavanju kroničnih rana,
- prepoznaje čimbenike koji remete prirodni tijek poslijeoperativnog oporavka,
- poduzima mjere u svrhu sprečavanja pojavnosti infekcija ili komplikacija i prepoznavanje istih,
- planira, provodi i evaluira zdravstvenu njegu bolesnika sa stomom, inkontinentnog bolesnika i onog s kirurškom ranom, kroničnom ili onom nastalom kao komplikacija,
- prepoznaje simptome i poremećaje fekalne i urinarne inkontinencije, provodi specijalnu zdravstvenu njegu inkontinentnog bolesnika,
- odabire i prilagođava proizvod za inkontinenciju stolice ili inkontinenciju mokraće; stoma pomagala, pomagala za rane i fistule.

Maja: Što se tiče kompetencija koje je navela kolegica, mislim da bi edukacija iz područja urologije mogla biti nešto opsežnija. Upravo je to razlog moje potrebe za daljnjim usavršavanjem u tom području. Isto tako, moram reći da bez temeljnog i sveobuhvatnog sestrinskog znanja, probleme koji se javljaju kod pacijenata sa urostomom ne bih mogla ni prepoznati.

Tko je prepoznao potrebu za formiranje tima ET u KB „Sveti Duh“?

Anda: U samom procesu pregovaranja i pokretanja programa cjeloživotnog obrazovanja iz područja enterostomalne terapije sudjelovala je naša Glavna sestra Klinike za kirurgiju Vesna Konjevoda mag.med.techn., ujedno i Predsjednica Društva medicinskih sestara/tehničara digestivne kirurgije. Ona je posjetila St. Mark's Hospital u Londonu, radila s njihovom voditeljicom odjela enterostomalne terapije Zarom Perry Woodford, a u povratku sa prof.dr.sc. Žarkom Rašićem dr.med., predstojnikom Klinike za kirurgiju ugovorila rad ambulante za enterostomalnu terapiju.



Kako je organiziran rad u ambulanti i koje su vaše odgovornosti?

Anda: Ambulanta za ET radi od 14 h – 18 h jedan dan u tjednu (četvrtak) zbog nedostatka prostora. Brojne znanstvene studije ukazuju kako je kvaliteta života osoba sa stomom uvelike uvjetovana adekvatnom prijeoperacijskom pripremom, te s obzirom na broj i potrebe naših bolesnika smatramo da bi radom ET ambulante u prijednevnom satima puno više bolesnika mogli uključiti u adekvatnu prijeoperacijsku pripremu i poslijeoperacijsko praćenje. Da bi imali bazu podataka, mogućnost kontrole, izradili smo svoje protokole praćenja stome, nutritivnog statusa pacijenata, psihičkog doživljavanja novonastale situacije.

Također provodimo istraživanja i razvijamo metode pružanja najučinkovitije zdravstvene skrbi osobama sa stomom. Uz enterostomalnog terapeuta u ambulanti rade i glavne sestre Zavoda za abdominalnu kirurgiju.

Također nam je dostupan liječnik nakon procjene i evaluacije, koji zaključuje povijest bolesti, te zajedno dogovaramo plan za daljnje aktivnosti. Anamarija Habuš, bacc.med.techn. vodi bazu naših podataka, obilazi sve pacijente sa stomom na odjelu od prvog dana do otpusta te je dragocjen član tima za prevenciju na nivou bolnice ali i naše Klinike.

Tijekom rada uvidjeli smo da pacijenti prilikom otpusta iz bolnice nailaze na brojne psihičke, fizičke i socijalne probleme koji samo rastu uz nedostatak praćenja kontinuiteta zdravstvene skrbi.

Koji su najbitniji aspekti u skrbi bolesnika sa stomom?

Anda: Prijeoperacijska priprema treba započeti već pri postavljanju indikacije za operaciju. Ona uključuje razgovor s kirurgom, enterostomalnim terapeutom, nutricionistom i fizioterapeutom. U ambulanti radimo nutritivni probir, planiramo nutritivnu potporu, dajemo brošure, letke, i sav potreban edukacijski materijal uz obavezan kontakt u slučaju nejasnoća ili eventualnih problema. Markiranje – pozicioniranje (koje kao proceduru radimo na zavodu od 2014. godine), provodimo na odjelu po primitku uz prethodni razgovor s kirurgom. Kod nekih bolesnika markiranje provodimo s operaterom. Dogovaramo ritam kontrola te provjeravamo usvojena znanja. Intenzivno poslijeoperacijsko praćenje ide kroz prvih 6 mjeseci iza operacije a zatim ovisno o individualnim potrebama bolesnika. Ritam kontrola također radimo po preporukama WCET-a.



Maja: Holistički pristup pacijentu pokazao se kao temelj dobre prakse. Uvjerena sam da psihička priprema pacijenta i edukacija mogu pomoći pacijentu u prilagodbi na novonastalu situaciju kao i u rješavanju problema koji se javljaju. Svakako, kvalitetna skrb se podiže kombinacijom iskustva, edukacije i empatije.

S kojom se problematikom najčešće susrećete u radu?

Anđa: Najviše nas muči nedostatak prostora i potreba za 8 - satnim radom kroz cijeli tjedan. Imamo veliku volju i još uvijek nas drži entuzijazam s početka, tako da se nadamo rješenju tog problema.

Maja: Najčešće je to neadekvatna njega peristomalnog područja i problemi s procurivanjem urina.

Što smatrate da bi se trebalo poboljšati?

Maja: Dodatnom edukacijom medicinskih sestara/tehničara, koji su voljni naučiti više o ovome području, možemo pružiti kvalitetniju zdravstvenu skrb pacijenata sa stomom, kroničnim ranama i inkontinencijom.

Anđa: Poboljšati prostorne uvjete, kako bi organizirali skrb kroz 8 - satno radno vrijeme. S obzirom na to da je kolegica Maja Peša sa Zavoda za urologiju, od prošlog mjeseca također ET, možda u budućnosti osnovati jedinicu za enterostomalnu terapiju.

Koji su vaši sljedeći koraci u procesu rada?

Maja: Kao i do sada, nastojat ću kompetencijom i zalaganjem poboljšati i unaprijediti rad stečen dosadašnjim znanjem i vještinama.

Anđa: Medicinske sestre ET sukladno kompetencijama i međunarodnom licencom mogu preuzeti dio intervencija („Task shifting“), koje su do sada odrađivali kirurzi. Vođeni primjerom iz St. Mark'sa, gdje 8 ET na godišnjoj razini zbrine 4,306 osoba sa stomom, što bi u prijevodu u hrvatskim uvjetima značilo 4,306 bolesnika manje na pregledu kirurga. Cilj nam je također elaborirati intervencije s ciljem dobivanja šifri za specifični DTP iz područja enterostomalne terapije.



Osvrt na 18 znanstveni skup o poremećajima mozga

Čepo Jelena Tereza



"SRCE I MOZAK" čimbenici rizika i prevencija

dana 25.10.2019. održana je sekcija u knjižnici akademije znanosti i umjetnosti

Moždani udar u Hrvatskoj

U Hrvatskoj je moždani udar, kao i u Europi i svijetu, drugi uzrok smrti. U 2018. godini od moždanog udara umrlo je 6 137 osoba, odnosno 11,6% svih umrlih. Od toga je 2 578 umrlih muškarca (9,9% od svih umrlih muškaraca) i 3 559 umrlih žena (13,3% od svih umrlih žena). U dobi do 65 godina od moždanog udara umrlo je 508 osoba odnosno 5,6% od ukupno umrlih te dobne skupine. Dobno specifične stope mortaliteta rastu s dobi i za sve dobne skupine su više u muškaraca nego u žena, a u dobi 70 i više godina stope smrtnosti u žena se približavaju smrtnosti u muškaraca. Godišnje se u Hrvatskoj liječi oko 12 000-13 000 osoba zbog moždanog udara.

Rizični faktori moždanog udara:

- 1 hipertenzija
- 2 diabetes
- 3 fibrilacija atrija
- 4 pušenje
- 5 fizička neaktivnost
- 6 neadekvatna prehrana
- 7 debljina i prekomjerna težina
- 8 visoke razine kolesterola
- 9 alkohol
- 10 depresija i stres

Osvrtom na ovaj skup koji je povezo mnoge specijaliste oko sprečavanja i liječenja moždanog udara, istaknut ću najvažnije rizike; hipertenzija,atrijska fibrilacija,diabetes,dislipidemija te važnost redovite tjelesne aktivnosti, pravilne prehrane te rješavanja loših životnih navika u sprečavanju moždanog udara, koji snižava kvalitetu života zahvaćenog pojedinca, njegovo obiteljsko okruženje i opterećuje društvo u cjelosti.

Neurolozi vole istaknuti da oni liječe posljedice dok prevenciju rade obiteljski liječnici i internisti.Međutim svi mi ponaosob možemo doprinjeti povećanju razine svijesti o odgovornom ponašanju prema sebi a samim time i na kompletno društvo kako bi smanjili incidenciju moždanog udara.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, duševnog i društvenog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti.

Hipertenzija

Prof.dr.sc.B.Jelaković "Prvi faktor rizika je hipertenzija ispred diabetesa i dislipidemije, mnogi liječnici podcjenjuju važnost hipertenzije,važno je na vrijeme otkriti bolest i pravovremeno liječiti, mnogi pacijenti odustaju od terapije koju treba često korigirati i redovito kontrolirati."

Prihvaćeni kriteriji **Svjetske zdravstvene organizacije** (SZO) prema kojima se vrijednosti sistoličkog arterijskog tlaka više ili jednake 140 mmHg i/ili dijastoličkog arterijskog tlaka više ili jednake 90 mmHg, dobivene u tri uzastopna, adekvatna mjerenja tijekom 1-3 tjedna smatraju hipertenzijom.

Primarna hipertenzija

Primarna (esencijalna) hipertenzija je najučestaliji oblik hipertenzije, i čini 90–95% svih slučajeva hipertenzije. U skoro svim suvremenim društvenim zajednicama, vrijednosti krvnog tlaka se povisuju sa **starenjem**, uz znakovitu opasnost od razvoja hipertenzije u kasnijoj životnoj dobi. Hipertenzija nastaje uslijed složenog međudjelovanja genskih i okolišnih čimbenika.. Čimbenici povezani s načinom života koji snižavaju krvni tlak su smanjeni unos **sol**i hranom, i prehrana bogatija voćem i namirnicama s niskim udjelom masti (**DASH dijeta**)

DASH dijeta (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) je prvenstveno osmišljena kako bi se **liječio ili spriječio visoki krvni tlak** (hipertenzija). DASH dijeta potiče na smanjivanje natrija u prehrani i unošenje raznih namirnica koje sadrže kalij, kalcij i **magnezij** te pomažu u sprječavanju visokog krvnog tlaka.). Budući da je DASH dijeta zdrav oblik prehrane, ona nudi i brojne druge zdravstvene prednosti osim samo snižavanja krvnog tlaka. DASH dijeta je također u skladu s prehrambenim preporukama za sprječavanje: **osteoporoze srca, moždanog udara i dijabetesa, raka, bolesti**. DASH dijeta naglašava unos više povrća, voća i nemasnih mliječnih proizvoda te umjerenu količinu ribe, peradi i orašastih plodova. **Standardna DASH dijeta:** Možete unijeti do 2300 mg natrija na dan.



Tjelovježba, smanjivanje tjelesne težine. korekcijom Body mass indexa (BM, 18,25-25), i smanjena konzumacija **alkohola** također pomažu pri snižavanju krvnog tlaka. Moguća uloga drugih čimbenika, poput stresa, konzumacije kofeina, i manjka vitamina D nije tako jasna. Smatra se da razvoju hipertenzije doprinosi i inzulinska rezistencija, koja je česta uz gojaznost, i koja je sastavnica metaboličkog sindroma (X sindroma). Metabolički sindrom poznat još i kao sindrom inzulinske rezistencije odlikuje se združivanjem hiperinzulinemije i naglašene inzulinske rezistencije, te sa nekoliko drugih kardiovaskularnih čimbenika rizika, uključujući poremećenu toleranciju glukoze, povišenje triglicerida, sniženje HDL kolesterola, povišen krvni tlak, te debljina i njezina centralna raspodjela.

Sekundarna hipertenzija

Sekundarna hipertenzija nastaje uslijed poznatog uzroka. Najčešći uzrok sekundarne hipertenzije su bubrežne bolesti. Hipertenziju mogu uzrokovati i bolesti endokrinog sustava poput Cushingova sindroma, hipertireoze, hipotireoze, hiperpituitarizma, Connova sindroma ili hiperaldosteronizma, hiperparatiroidizma i feokromocitoma. Drugi uzroci sekundarne hipertenzije su gojaznost, apneja u snu, trudnoća, koarktacija aorte, prevelika konzumaciji nekih lijekova, biljnih pripravaka i droge.

Standardna procedura pri dijagnosticiranju hipertenzije; hemoglobin i/ili hematokrit • glukoza u krvi natašte • kolesterol: ukupni, LDL, HDL • trigliceridi • kalij i natrij u serumu • urati • serumski kreatinin (odrediti eGFR) • analiza urina test trakom • sediment urina • albuminurija • 12-kanalni EKG. proširena dijagnoza u ambulantama za liječenje hipertenzije; 24 satni holter, 24 satno mjerenje tlaka, UZV srca, ergometrija, mjerenje centralnog AT, brzine pulsog vala

Pri prvom pregledu obvezno je izmjeriti AT na objema rukama. Ako je razlika u sistoličkim tlakovima veća od 20 mm Hg i/ili je razlika u dijastoličkim tlakovima veća od 10 mm Hg u više uzastopnih posjeta ordinaciji, potrebno je ispitanika pratiti i po potrebi uputiti u specijalističku ambulantu za hipertenziju, AT se ne smije mjeriti na ruci zahvaćenoj neurološkim deficitom ili na ruci na kojoj je kreirana arterijsko-venska fistula. mjerenja.

Pri prvom pregledu potrebno je AT i puls izmjeriti nakon jedne i tri minute stajanja. U zdravih osoba sistolički AT nakon ustajanja raste, dok dijastolički AT pada za nekoliko mm Hg. Izraženija ortostatska hipotenzija može upućivati na neke sekundarne oblike hipertenzije (feokromocitom, aldosteronizam, renovaskularna hipertenzija), dok izrazitiji pad AT-a u dijabetičara može upućivati na mogući razvoj mikrovaskularnih komplikacija (vagalna neuropatija). porastu.

Mjerenje frekvencije srca Frekvencija srca biljeg je aktivnosti simpatikusa i povezana je s povećanim kardiovaskularnim, cerebrovaskularnim i renalnim rizikom. Frekvenciju srca treba mjeriti nakon svakog mjerenja arterijskoga tlaka. • Bolesnicima s ubrzanom frekvencijom srca treba isključiti druge, sekundarne uzroke tahikardije. • U bolesnika kojima je isključen sekundaran uzrok tahikardije kao prvu mjeru treba preporučiti promjene životnih navika. • Promjene životnih navika sastoje se od povećanja tjelesne aktivnosti, prestanka pušenja, izbjegavanja prekomjerne konzumacije alkohola i kave. • Smanjenje prekomjerne tjelesne mase također je važna preporuka koju treba primjenjivati. •

Mjerenje centralnoga arterijskog tlaka Arterijski tlak u aorti i njezinim velikim ograncima, fiziološki gledano, prava je mjera tlačnoga opterećenja ciljnih organa. centralni AT. Centralni AT redovito je niži od brahijalnoga, a ta se razlika smanjuje starenjem, što je izravna posljedica povećanja krutosti velikih elastičnih krvnih žila. Klinički entitet gdje je centralni AT od presudne važnosti za prognozu i odluku o liječenju jest izolirana sistolička hipertenzija u mlađih osoba, pri čemu je uputno u obzir uzimati ne samo vrijednosti brahijalnog nego i centralnog

Mjerenje brzine pulsog vala Povećanje krutosti stijenki krvnih žila mjereno kroz brzinu vala krvi koji prolazi krvnom žilom definiran je kao najvažniji patofiziološki, a trenutačno mjerljivi biljeg biološkoga starenja. Za razliku od mjerenja centralnog AT-a, mjerenje brzine pulsog vala (PWV; od engl. pulse wave velocity) prihvaćeno je kao dio obveznoga prvog pregleda hipertoničara u sklopu traganja za oštećenjem ciljnih organa. Granična vrijednost koja se smatra znakom oštećenja ciljnih organa jest $PWV \geq 10$ m/s. Kao i centralni AT, PWV se fiziološki mijenja tijekom starenja, a podložna je i utjecaju drugih kardiovaskularnih čimbenika rizika (šećerna bolest, pušenje, pretilost itd.). PWV dokazano povećava prediktivnost za fatalne i nefatalne KV događaje

- Kako se liječi povišeni krvni tlak?
- Higijensko-dijetetske mjere i promjena stila života
- Liječenje hipertenzije lijekovima
- Diuretici
- Beta-adrenergički blokatori
- Alfa-adrenergički blokatori
- Blokatori kalcijevih kanalića
- Inhibitori enzima angiotenzin-konvertaze
- Antagonisti angiotenzinskih receptora
- Ostali lijekovi
- Kombinacije lijekova

Ciljne vrijednosti liječenog krvnog tlaka moraju biti 140/90 mmHg ili niže

Kombinacije lijekova se sve više primjenjuju zbog toga što, djelujući na različitim mjestima u organizmu, postižu više nego dvostruki učinak. Pri tome se mogu primijeniti pojedinačno bitno manje doze lijekova. **Najčešće su kombinacije inhibitora konvertaze angiotenzina s diureticima, kao i antagonista angiotenzinskih receptora s diureticima.**





Diabetes

Najrasprostranjeniji su Tip 1 i Tip 2 dijabetesa, a poseban oblik bolesti je gestacijski dijabetes koji se javlja kod trudnica.

Tip 1 šećerne bolesti

- Nekad nazivan inzulin-ovisni tip šećerne bolesti u kojem je životno potrebno u organizam unositi inzulin.
- Ovaj tip bolesti razvija se kad gušterača proizvodi malo ili nimalo inzulina. U tom slučaju inzulin mora biti unijet injekcijom.
- Češće se javlja u djece i adolescenata, ali može se pojaviti i u odraslih.
- Javlja se s učestalošću od oko 10% od ukupno oboljelih.

Nastanak tipa 1 šećerne bolesti obično je iznenađan i dramatičan, i može uključivati sljedeće **simptome** i znakove:

- učestalo mokrenje (polakisurija)
- prekomjernu žeđ (polidipsija) i suhoću usta
- izraziti umor/nedostatak energije
- stalnu glad
- nagli gubitak težine
- smetnje vida
- ponavljane infekcije

Tip 2 šećerne bolesti

- Nekad nazivan o inzulinu neovisan tip šećerne bolesti u kojem je inzulin potreban za metaboličku kontrolu.
- Tip 2 bolesti javlja se kad gušterača nije sposobna stvarati količinu inzulina da udovolji potrebama organizma ili se proizvedeni inzulin ne koristi učinkovito. Ovakvo stanje može se kontrolirati pravilnom prehranom, tabletama i redovnom tjelovježbom.
- Javlja se prvenstveno u odraslih, ali se sve češće razvija i u mlađih osoba.
- Ovo je najčešći oblik šećerne bolesti koji obuhvaća oko 90% svih oboljelih.

U tipu 2 **simptomi** se javljaju postupno u mnogo blažem obliku, teže ih je dijagnosticirati, a mogu i izostati. Međutim, simptomi tipa 1 šećerne bolesti, u manje izraženoj formi mogu također biti prisutni i u tipu 2 bolesti. Pojedine osobe s tipom 2 šećerne bolesti nemaju rane simptome pa se dijagnosticiraju i nekoliko godina nakon pojave bolesti. U oko polovice slučajeva sve do razvoja kroničnih komplikacija

Komplikacije šećerne bolesti

Komplikacije šećerne bolesti dijele se u akutne i kronične komplikacije.

Akutne komplikacije

Akutne komplikacije šećerne bolesti su:

- Dijabetička ketoacidoza
- Hipoglikemija
- Hiperglikemija
- Hiperosmolarno neketotičko stanje
- Dijabetička koma
- Acidoza mliječnom kiselinom

Kronične komplikacije

Kronične komplikacije šećerne bolesti možemo podijeliti na vaskularne komplikacije i nevaskularne komplikacije:

- Vaskularne komplikacije:
 - mikroangiopatije:
 - dijabetička retinopatija
 - dijabetička nefropatija
 - makroangiopatije:
 - koronarna bolest
 - periferna vaskularna bolest
 - cerebrovaskularna bolest
- Nevaskularne komplikacije:
 - neuropatije:
 - mononeuropatija
 - polineuropatija

● Dijabetičko stopalo

najčešća je kronična komplikacija šećerne bolesti uzrokovana međusobnim djelovanjem vaskularnih (mikroangiopatija i makroangiopatija) i nevaskularnih komplikacija (neuropatija).

- U liječenju šećerne bolesti posebno mjesto zauzima edukacija, samopraćenje i samozbrinjavanje. Bolest se liječi pravilnom prehranom i tjelovježbom, nakon čega nastupa liječenje lijekovima (antidijabeticima).

Doc.dr.sci.D.Rahelić "U svijetu svakih 20 sc amputirana je jedna noga Osim povišenih vrijednosti glukoze u plazmi, odnosno šećera u krvi, brojni drugi čimbenici poput povišenog arterijskog tlaka i povišenih masnoća u krvi pridonose ubrzanom razvoju kardiovaskularnih bolesti. Više od 70 posto osoba sa šećernom bolešću ima pridruženu arterijsku hipertenziju i dislipidemiju. Tri četvrtine osoba sa šećernom bolešću umiru zbog kardiovaskularnih bolesti. Dobrim dijelom to je uzrokovano kasnim otkrivanjem šećerne bolesti. Nerijetko osoba bude hospitalizirana zbog srčanog infarkta ili moždanog udara i tada se postavi dijagnoza šećerne bolesti. Brojne studije pokazale su da dobrom regulacijom šećera u krvi, arterijskog tlaka i lipidnog profila možemo odgoditi razvoj tzv. mikrovaskularnih komplikacija, komplikacija na malim krvnim žilama. Međutim, dobru regulaciju dijabetesa nije lako postići"



Fibrilacija atrijska

Prof. dr. sc. D. Delić Brkljačić

"Fibrilacija atrijska povećava pet puta rizik za moždani udar, 1/5-1/3 svih moždanih udara posljedica je fibrilacije atrijske"

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

Fibrilacija atrijska (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, atrioventrikularni (AV) provodni sustav biva zasut mnoštvom električnih impulsa, što rezultira neusklađenim prijenosom impulsa i nepravilno nepravilnim ritmom ventrikula, što je obično u rasponu frekvencija tahikardije.

AF je jedna od najčešćih aritmija. Prevalencija raste s dobi; gotovo 10% ljudi iznad 80 godina je zahvaćeno. AF se može pojaviti u kardijalnih bolesnika, uzrokujući ponekad zatajivanje srca zbog pada minutnog volumena uslijed izostanka atrijske kontrakcije. Odsutne atrijske kontrakcije pogoduju formiranju tromba; godišnji rizik za cerebrovaskularni embolički infarkt je ~7%. Rizik od moždanog udara je veći kod bolesnika s reumatskim poremećajem zalistaka, hipertireozom, hipertenzijom, dijabetesom, sistoličkom disfunkcijom lijeve klijetke te prethodnim tromboembolijskim događajem. Sistemski embolusi mogu još i uzrokovati poremećaj funkcioniranja ili nekrozu drugih organa (npr. srca, bubrega, probavnog sustava, očiju) ili ekstremiteta.

Etiologija i klasifikacija

Najčešći uzroci su hipertenzija, kardiomiopatija, poremećaji mitralnog ili trikuspidnog zaliska, hipertireoza i povremeno pretjerano uživanje alkohola (tzv. blagdansko srce). Manje uobičajeni uzroci obuhvaćaju plućnu emboliju, atrijski septalni defekt i druge prirođene malformacije, KOPB, miokarditis i perikarditis. AF bez uzroka koji se može identificirati u bolesnika <60 god. naziva se izoliranom AF.

Akutna AF je novonastala AF koja traje <48 h.

Paroksizmalna AF je rekurentna AF koja u pravilu traje <48 sati te se spontano pretvori u normalni sinus ritam.

Perzistentna AF traje >1 tjedna i zahtjeva liječenje radi konverzije u normalni sinus ritam.

Permanentna AF se ne može konvertirati u sinus ritam. Što duže AF traje, to je manje vjerojatna spontana konverzija i teža kardioverzija zbog remodeliranja atrijske.

Prevencija tromboembolije:

Mjere za prevenciju tromboembolije su nužne kako za vrijeme kardioverzije, tako i tijekom dugotrajnog liječenja bolesnika.

Varfarin, titriran tako da INR (engl. international normalized ratio) bude 2-3, treba davati ≥ 3 tjedna prije elektivne kardioverzije izolirane AF koja traje >48 sati, te nastaviti s njegovim davanjem još 4 tjedna nakon uspješne kardioverzije.

Bolesnicima s ponavljanom paroksizmalnom, perzistentnom ili permanentnom AF kad postoje rizični faktori za tromboemboliju treba doživotno davati antikoagulanse. U zdravih osoba s jednom epizodom izolirane AF antikoagulantna terapija se nastavlja još 4 tjedna.

Acetilsalicilna kiselina (ASK) je manje učinkovita nego varfarin, ali se koristi u bolesnika bez rizičnih faktora za razvoj tromboembolije ili u onih bolesnika kojima je kontraindicirana terapija varfarinom.

Ksimelagatran (36 mg PO 2x/dan) je izravni inhibitor trombina za koji nije potreban nadzor INR vrijednosti, može biti istovrijedan varfarinu za prevenciju moždanog udara, ali su potrebna daljnja istraživanja prije nego što ga se može preporučiti umjesto varfarina. Proširenje lijevog atrijske se može kirurški podvezati ili zatvoriti transkateternim uređajem kad su varfarin i antitrombotični lijekovi apsolutno kontraindicirani.

Znatna dio kardiološke znanstvene i edukacijske aktivnosti tijekom posljednjih godina bio je posvećen usporedbi klasičnih antagonista vitamina K (VKA) s oralnim antikoagulantima koji nisu ovisni o vitaminu K (engl. non-vitamin-K oral anticoagulants, NOAC) u prevenciji tromboembolijskih događaja u bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrijske.

Ispitivanje velike nekomercijalne baze podataka američkih osiguravatelja na više od 125.000 bolesnika u razdoblju od 2010. do 2015. godine usporedilo je tri NOAC-a s varfarinom s obzirom na učinkovitost i sigurnost. Statistička analiza je pokazala usporedivu učinkovitost NOAC-a u prevenciji ishemijskoga moždanog udara (s tendencijom superiornosti apiksabana s obzirom na hemoragijski MU), dok je s obzirom na sigurnost potvrđena visokosignifikantna redukcija velikih i intrakranijalnih krvarenja za dabigatran i apiksaban te samo intrakranijalnih za rivaroksaban; nasuprot tome, u ovoj je analizi utvrđena znatno povećana učestalost gastrointestinalnoga krvarenja na rivaroksabanu. Svi podaci iz kliničkih ispitivanja i registara kliničke prakse upućuju na visoku razinu sigurnosti NOAC-a, uključujući i glavnu nuspojavu, krvarenje.

Dabigatran je bio prvi NOAC u kliničkoj praksi, prvi je iskusio izazove s kojima se često nove supstancije susreću i nudi još uvijek najdulje iskustvo u primjeni. Dabigatran je ujedno i prvi i trenutno jedini NOAC za koji postoji visokospecifični, brzi i učinkoviti antidot. Osim očite primjene kod teškog, po život opasnog, nekontroliranog krvarenja, dolazak antidota dabigatrana na kliničku scenu inspirirao je zanimljiv neurološki scenarij. Naime, bolesnici koji na dabigatranu ipak dobiju ishemijski moždani udar, zahvaljujući antidotu imaju mogućnost primiti akutnu trombolitičku terapiju. Prema podacima osiguravajućih kuća, u bolničkoj praksi u Njemačkoj, bolesnicima se kao prvi lijek prilikom inicijacije antikoagulantne terapije u 99% slučajeva propisuje NOAC.

U ambulantnom liječenju još uvijek dominira vitamin-K-antagonist, u prvom redu zbog financijskih ograničenja, odnosno zbog bolesnika u kojih je antikoagulantno liječenje već započeto.

Nakon više od osam godina od početka primjene NOAC-a u kliničkoj praksi, s velikom se sigurnošću može ustvrditi da se radi o učinkovitoj i sigurnoj terapiji koja će s vremenom gotovo potpuno zamijeniti antagoniste vitamina K u prevenciji tromboembolijskih događaja u bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrijske.



U ambulantnom liječenju još uvijek dominira vitamin-K-antagonist, u prvom redu zbog financijskih ograničenja, odnosno zbog bolesnika u kojih je antikoagulantno liječenje već započeto.

Nakon više od osam godina od početka primjene NOAC-a u kliničkoj praksi, s velikom se sigurnošću može ustvrditi da se radi o učinkovitoj i sigurnoj terapiji koja će s vremenom gotovo potpuno zamijeniti antagoniste vitamina K u prevenciji tromboembolijskih događaja u bolesnika s nevalvularnom fibrilacijom atrijske.

Dislipidemija

Dislipidemija je naziv za poremećenu koncentraciju lipoproteina u krvi.

Najčešća vrsta poremećaja su hiperlipoproteinemije (hiperlipidemije), stanja povećane koncentracije lipoproteina u krvi.

Jednostavnija i praktičnija je podjela na hiperkolesterolemije, hipertrigliceridemije i miješane hiperlipidemije

Liječenje dislipidemije uključuje:

Promjenu nezdravog načina života:

- za snižavanje ukupnog i LDL kolesterola: smanjiti unos zasićenih masnih kiselina, kolesterola, povećati unos fitosterola i prehrambenih vlakana, smanjiti tjelesnu težinu, povećati fizičku aktivnost (svakodnevno kontinuirana fizička aktivnost u trajanju od 30 minuta)
- za snižavanje razine triglicerida: isključiti unos alkoholnih pića, smanjiti unos mono- i disaharida, povećati unos omega 3 višestruko nezasićenih masnih kiselina, povećati tjelesnu aktivnost, smanjiti tjelesnu težinu
- za povećanje razine HDL kolesterola: povećati fizičku aktivnost, smanjiti tjelesnu težinu, smanjiti unos ugljikohidrata i zamijeniti ih nezasićenim mastima, smanjiti unos alkoholnih pića, unositi namirnice s niskim glikemijskim indeksom, prestati s pušenjem, smanjiti unos mono- i disaharida.

Liječenje lijekovima

● a) HIPERKOLESTEROLEMIJA:

Osnovni lijekovi u liječenju hiperkolesterolemije su STATINI (atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, pravastatin, simvastatin, rosuvastatin i pitavastatin) koji reduciraju razinu LDL kolesterola do 55% početne vrijednosti.

Kao dodatna terapija uz statin (ili kao monoterapija) može se dodati inhibitor apsorpcije kolesterola ezetimib.

Kod intolerancije statina može se primijeniti preparat nikotinske kiseline

● b) HIPERTRIGLICERIDEMIJA:

U liječenju hipertrigliceridemije koriste se fibrati (u monoterapiji ili u kombinaciji sa statinom), nikotinska kiselina i višestruko nezasićene omega tri masne kiseline.

● c) SNIŽENA RAZINA HDL-a:

nikotinska kiselina, statin+ fibrat ili fibrat

● d) MIJEŠANA DISLIPIDEMIJA:

statin + fibrat ili statin + fibrat + omega tri masne kiseline ili statin + nikotinska kiselina

Doc.dr.sc E.Galić ". Statini su terapija izbora u snižavanju LDL-C i postizanju ciljanih vrijednosti. Međutim zbog rezistencije na terapiju mnogi pacijenti ne postižu ciljane vrijednosti.

Ezetimbe, fibrati i nikotinska kiselina je sljedeći izbor. Statini su značajno reducirali kardiovaskularne događaje. Razvijeni su lijekovi nove generacije sa različitim mehanizmima djelovanja na metabolizam masti, ispiitvanja su intenzivna u svrhu dobivanja optimalnog terapijskog učinka i spriječavanje nuspojava posljedice uzimanja istih"

Debljina

Debljina je najčešće posljedica prekomjernog unosa hrane odnosno energije te nedovoljne fizičke aktivnosti. Povezana je sa različitim bolestima, osobito kardiovaskularne bolesti, **diabetes** tip 2, opstruktivna apneja, određene vrste karcinoma, osteoartritis i astma. Kao rezultat svega ovoga, smatra se da prekomjerna težina skraćuje životni vijek. Debljinu je moguće spriječiti pravilnom i uravnoteženom prehranom te redovitom fizičkom aktivnošću.

Doc.dr.sc.M.Bakula "2018 godine u HR 20% debelih, BM> 25, 57,4% žene i 18,7% muškarci. Visceralna debljina ;opseg struka>108 cm muškarci i>88cm žene, najopasnija jer se ponaša kao zaseban endokrini organ koji podržava kroničnu vaskularnu upalu, povećava rizik moždanog udara. Debljina stvara inzulinsku rezistenciju koja podržava upalu stvara kongnitivni deficit i motorno propadanje.

Pravilna prehrana>voće i povrće smanjuje oksidativni stres.Sededitaran život je opasniji i od same debljine.Redovito kretanje od

30 minuta aerobne aktivnosti ili 15 000 koraka dnevno znatnije smanjuje rizik od kardio i cerebrovaskularnog incidenta"

Prof.dr.sc.Z.Poljaković prikazala je liječenje artrijske hipertenzije u akutnom moždanom udaru, tlak od 150/90 mm Hg smanjuje hematom, ukoliko je 200 mmHg ne snizuje se,mjeri se i srednji arterijski tlak, vrijednosti od60-130 su prihvatljive, AKA/ASA smjernice se koriste kod akutnog ishemijskog moždanog udara.

Doc.dr.sc.H.Budinčević je prikazao koja se antikoagulantna terapija primjenjuje kod moždanog udara, ovisno o vrsti i opsežnosti moždanog udara i prisutnim komorbiditetima pacjenta.Pravilo (0-3-6-12) kod primjene antikoagulatne terapije;TIA odmah, umjereni 3 dana,srednje 6 dana,težak 12 dan.

Doc.dr.sc.V.Vuletić je govorila o "šećernoj bolesti tipa 3" odnosno Alzheimerova bolest koja poprima oblike pandemije, koja je u biti metabolička bolest-neuroendokrina koja ima inzulinsku ekspresiju.Razvoj je intenzivan u nastojanju pronalaženja adekvatnog lijeka. Bolest koja uz posljedice moždanog udara najviše opterećuje društvo u cjelosti.

Nakon izuzetno zanimljivih predavanja pristupilo se televotingu u provjeri znanja koje smo neposredno prije slušali.Pokazalo nam se koliko je važna tema, koliko treba redovito obnavljati znanja i nužnost međusobne komunikacije između različitih specijalnosti u cilju smanjenja incidencije od moždanog udara.



Feokromocitom - prikaz slučaja

Bojana Miličević, Antonija Strojny, Vesna Šeb
Zavod za urologiju

Uvod

Feokromocitom je tumor koji nastaje iz kromafinskih stanica prisutnih u nadbubrežnoj žlijezdi ili paraganglijskim stanicama. Feokromocitom je neuroendokrini tumor koji luči katekolamin. Razlikuju se tumori koji luče norepinefrin, tumori koji luče epinefrin i tumoru koji luče i norepinefrin i epinefrin. Zbog oslobađanja katekolamina dolazi do tahikardije i sistemskog vaskularnog otpora. Prvi slučaj feokromocitoma je opisan 1937. godine. U 90% slučajeva feokromocitom je sporadičan, ali u 10% bolesnika je uzrok genetski i povezan sa sindromima poput Von Hippel-Lindau sindroma, neurofibromatozom tipa 1 i sindromom multiple endokrine neoplazije tipa IIA i tip IIB s autosomnim načinom prijenosa (1). Feokromocitom je rijedak neuroendokrini poremećaj. Učestalost mu je oko 0,1% do 0,9%, ali samo 0,1% do 0,3% u hipertenzivnoj populaciji (2). Učestalost je jednaka u oba spola. Obično se dijagnosticira u dobi od 30 do 50 godina, ali genetski predisponiran feokromocitom može se pojaviti i ranije. Feokromocitom se ponekad dijagnosticira u trudnoći što može rezultirati negativnim ishodom za majku i dijete uključujući cerebrovaskularni incident, akutni plućni edem, aritmije ili hipoksiju (3).

Simptomi

Feokromocitom može biti asimptomatski. Mogu se javiti simptomi poput glavobolje (50%), palpitacije (60%) i dijaforeze (50%) što može dovesti do paroksizmalne hipertenzivne krize zbog povećane proizvodnje katekolamina. Ostali pridruženi simptomi uključuju bljedoću (40%), mučninu (40%), umor (40%), tjeskobu, vrućicu, bol, i crvenilo u licu (20%). Za navedene simptome je karakteristično da mogu biti potaknuti jakim abdominalnim naporom poput dizanja teškog tereta ili izvođenja Valsalva manevara. Feokromocitom također može uzrokovati hiperglikemiju (40%), metaboličku acidozu i gubitak tjelesne težine. Gotovo 90% populacije s feokromocitomom ima hipertenziju. U posljednje nekoliko godina je dijagnostika u asimptomatskih osoba s feokromocitomom poboljšana zahvaljujući modernim tehnikama snimanja i genetskim testiranjem.

Dijagnostika

Ako postoji klinička sumnja na feokromocitom, tada početna procjena započinje biokemijskim laboratorijskim ispitivanjem (4). Najpouzdaniji test je određivanje metanefrina i normetanefrina urinom skupljanim kroz 24 sata. Krvnim pretragama se ispituje glukoza u krvi. Zbog smanjenog volumena krvi su moguće lažno visoke vrijednosti hematokrita i hemoglobina. Kompjutorska tomografija (CT) ili magnetska rezonanca (MRI) mogu biti korisne u lokalizaciji tumora. MR je poželjna metoda u trudnoći, kod alergije na kontrastno sredstvo i u pedijatrijskoj populaciji.

Scintigrafija s metaiodobenzilguanidinom vrlo je specifična za tumore koji izlučuju katekolamin. To ne samo da pomaže u razlikovanju adrenalnog i paraganglijskog tumora, već također pomaže u otkrivanju višestrukih lezija i metastaza. Indikacije za genetsko testiranje uključuju obiteljsku anamnezu feokromocitoma, starije od 50 godina, više tumora na različitim mjestima, metastaze ili bilateralne tumore (5).

Liječenje

Zlatni standardni liječenja feokromocitoma je kirurško odstranjenje nadbubrežne žlijezde - adrenelektomija. Kirurška tehnika ovisi o veličini i mjestu tumora. Laparoskopskom tehnikom se uklanjanju tumori manji od 10 cm. Ako je riječ o bilateralnom feokromocitomu predlaže se klasični operativni zahvat na nadbubrežnoj žlijezdi u svrhu prevencije doživotne primjene glukokortikoida, no ta tehnika povećava rizik od recidiva (6). Prije operativnog zahvata je nužno blokirati učinak katekolamina u svrhu prevencije hipertenzivne krize i aritmija. Primjenjuju se alfa – adrenergički blokatori, blokator kalcijevih kanala ili blokator angiotenzinskih receptora.

Cilj prijeoperacijske pripreme je sniziti tlak ispod 160/90 mmHg i postići ortostatsku hipotenziju, ali da tlak nije niži od 85/45 mmHg. Nakon operativnog zahvata su moguće komplikacije poput hipotenzije i hipoglikemije što se liječi volumnim replasmanom i nadoknadom glukoze. Rijetko se primjenjuju katekolamini.

Operativni zahvat je uspješan kod benignih i nemetastatskih tumora. Bolesnici s metastatskim tumorima imaju 50% šansu preživljavanja tijekom 5 godina (7).

Prikaz slučaja

Bolesnica se s Interne klinike premješta na Zavod za urologiju zbog operativnog liječenja feokromocitoma lijeve nadbubrežne žlijezde. Bolesnica se na odjel zaprima u dobrom općem stanju uz prateće komorbiditete (Diabetes mellitus tip II, arterijsku hipertenziju, hiperlipidemiju, proteinuriju). Nakon učinjene endokrinološke i radiološke obrade, verificirana je povećana hormonalna aktivnost norepinefrina i opisana tvorba lijeve nadbubrežne žlijezde veličine 4 cm. Po napatku anesteziologa i interniste, bolesnici se tijekom predoperacijske pripreme kontrolira krvni tlak u stojećem i sjedećem položaju, i vodi dnevnik vrijednosti, te kontroliraju vrijednosti glukoze u krvi. Vrijednosti krvnog tlaka u sjedećem položaju kreću se u rasponu od 180/120 mmHg - 135/95 mmHg, a u stojećem položaju od 155/110 mmHg - 105/80 mmHg kroz 24 sata. U terapiji bolesnica dobiva fenoksibenzamin i alfa i beta blokatore, čija se doza korigira prema napatku endokrinologa. Razina glukoze u krvi je zadovoljavajućih vrijednosti, a korekcija se vrši kristalnim inzulinom prema aktualnoj glikemiji.



Nakon uspješne predoperacijske pripreme, bolesnici je u općoj anesteziji učinjena adrenalektomija lijeve nadbubrežne žlijezde, čiji intraoperacijski tijek prolazi uredno. Bolesnica je u postoperacijskom tijeku smještena u jedinici intenzivnog liječenja uroloških bolesnika gdje se provodi 24 - satni nadzor vitalnih funkcija putem invazivnog monitoringa.

Bolesnica je 1. postoperativni dan hipotenzivna i hipoglikemična, stoga se prema odredbi endokrinologa u terapiju uvedu glukokortikoidi i provodi se volumni replasman. U daljnjem tijeku liječenja je normotenzivna, normofrekventna i uredne glikemije, s manjim edemima desne podlaktice i donjih ekstremiteta. Operativna rana cijeli per primam. Bolesnica se 9. postoperativni dan otpušta na kućnu njegu s uputama o terapiji i daljnjem stilu života.

Proces zdravstvene njege

Najčešće sestrinske dijagnoze kod bolesnika s feokromocitomom su:

- Mučnina u/s povećanim lučenjem katekolamina
- Neučinkovita perfuzija tkiva u/s hipertenzijom
- Bol u/s operativnim zahvatom
- Neupućenost u/s tijekom liječenja
- Visoki rizik od infekcije u/s primjenom adrenokortikoidnom supstitucijskom terapijom

Nakon adrenalektomije (pogotovo bilateralne) potrebno je pratiti znakove i simptome akutne adrenalne krize. Promptno prepoznavanje adrenalne krize je bitno u svrhu prevencije ozbiljnih komplikacija poput renalne insuficijencije, kome i smrtnog ishoda. Adrenalna kriza je česta u prvih 24 do 48 sati nakon operativnog zahvata (8). Simptomi uključuju umor, mučninu, slabost, povraćanje, hipoglikemiju, hipotenziju, dehidraciju i ponekad povišenu tjelesnu temperaturu.

Sestrinske intervencije u prijeoperacijskom razdoblju su sljedeće:

- edukacija bolesnika i njegove obitelji o operativnom zahvatu i pripremi za zahvat,
- psihička priprema za zahvat,
- fizička priprema za zahvat (anestezioološki pregled, krvni nalazi),
- primjena lijekova za kontrolu glukoze u krvi, hipertenzije i edema prema odredbi liječnika,
- praćenje vrijednosti krvnog tlaka i glukoze u krvi.

Sestrinske intervencije u postoperacijskom periodu su sljedeće:

- kontinuirano praćenje vitalnih funkcija,
- praćenje iznosa urina,
- održavanje normalnih vrijednosti tjelesne temperature,
- praćenje laboratorijskih vrijednosti glukoze, natrija i kalija,
- praćenje znakova i simptoma krvarenja i šoka,

- primjena infuzijskih otopina prema odredbi liječnika,
- prevencija infekcija aseptičnim načinom rada,
- procjena boli,
- primjena analgetika prema potrebi,
- praćenje znakova adrenalne krize svakih sat vremena kroz prva 24 sata nakon zahvata,
- prevencija tromboembolijskih komplikacija,
- informirati liječnika o svim promjenama.

Vrlo važna je edukacija bolesnika prilikom otpusta iz bolnice. Bitno je naglasiti važnost uzimanja ordinirane terapije kroz nekoliko mjeseci do godinu dana. Ako je učinjena bilateralna adrenalektomija, bolesnici trebaju doživotnu terapiju glukokortikoidima. Bolesnike je potrebno educirati o znakovima adrenalne insuficijencije kako bi se spriječila adrenalna kriza. Bitno je pridržavati se odgovarajuće dijeta (visokokalorične i uravnotežene). Potrebno je naglasiti važnost izbjegavanja kofeina s obzirom da utječe na oslobađanje katekolamina. Svi bolesnici trebaju proći mjerenja razine katekolamina otprilike jedan tjedan nakon zahvata kako bi se potvrdilo izlječenje. Dugoročno praćenje potrebno je svim bolesnicima zbog mogućnosti recidiva. Razine katekolamina trebaju se mjeriti na godišnjoj razini sve dok vjerojatnost recidiva nije vrlo mala (> 5 godina).

Zaključak

Adrenalektomija je zlatni standard u liječenju feokromocitoma. Adekvatnom predoperacijskom pripremom, postoperacijskom skrbi i suradnjom multidisciplinarnog tima se postiže uspješno liječenje.

Medicinska sestra je izuzetno važan član multidisciplinarnog tima. U procesu zdravstvene njege je nužno pravodobno prepoznati znakove mogućih komplikacija, kontinuirano pratiti cjelokupno bolesnikovo stanje i adekvatno educirati bolesnika. Pridržavajući se prethodno navedenih intervencija je moguće unaprijeđenje kvalitete liječenja bolesnika s feokromocitomom.

Literatura

1. Blake A, Kalra K, Maher M, Sahani V, Sweeney T, Mueller R, et al. Pheochromocytoma: an imaging chameleon. *Radiographics*. 2004; 24 (1); 87 - 99.
2. Arora S, Vargo S, Lupetin R. Computed tomography appearance of spontaneous adrenal hemorrhage in a pheochromocytoma. *Clin Imaging*. 2009; 33(4); 314 - 317.
3. McGovern K, Caplin M, Curry J, Justensen S, Kovach P, Neri L. *Illustrated Manual of Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
4. Lenders J, Duh Q, Eisenhofer G, Gimenez P, Grebe K, Murad H, Naruse M, et al. Endocrine Society. Pheochromocytoma and paraganglioma: an endocrine society clinical practice guideline. *J. Clin. Endocrinol. Metab*. 2014; 99 (6); 1915 - 1942.
5. Amar L, Bertherat J, Baudin E, Ajzenberg C, Chabre O, Chamontin B, et al. Genetic testing in pheochromocytoma or functional paraganglioma. *J. Clin. Oncol*. 2005; 23 (34); 8812 - 8818.
6. Brunt M, Lairmore C, Doherty M, Quasebarth A, DeBenedetti M, Moley F. Adrenalectomy for familial pheochromocytoma in the laparoscopic era. *Ann. Surg*. 2002; 235 (5): 713 - 720.
7. Lenders J, Eisenhofer G, Mannelli M, Pacak K. Pheochromocytoma. *Lancet*. 2005; 366 (9486); 665 - 675.
8. Schilling J, Holmes N, Robinson J, Kear T. *Handbook of Medical-surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.



In memoriam

Marija Slovenec (1960.-2019.)

Na prvu godišnjicu smrti sjećamo se drage prijateljice i kolegice u zahvalu za sve ono što je učinila za pacijente, za nas sestre i cijelu bolnicu.

Marija Slovenec rođena je 17.05.1960. u Gospiću. Srednju medicinsku školu završila je u Zagrebu, a od 01.06.1979. do 2019. godine radila je na sadašnjem Odjelu kliničke imunologije, reumatologije i pulmologije.

Kao medicinska sestra sa bogatim iskustvom isticala se prije svega svojom iznimnom stručnošću, profesionalnošću, marljivošću i nadasve ljubavlju prema svom poslu, prema svojim kolegama, suradnicima, a što je najvažnije, prema pacijentu, bolesniku. Simbolična nagrada za navedeno dolazi 2016. godine kada je Marija proglašena „Najsestrom KB Sveti Duh“.

Život naše Marije nije bio posut ružama. Na žalost i sama je osjetila što znači biti pacijent i nositi se s opakom bolešću. Sve to ju je samo dodatno ojačalo i pružilo joj dodatnu snagu i motivaciju za „biti još boljom“, još više pokazivati suosjećanje za pacijente, kao i sve kojima je potrebna pomoć, bilo profesionalna ili je samo bila riječ o pružanju utjehe, podrške ili tople riječi.



Na žalost 2019. godine bolest je bila jača od naše Marije.

Bila nam je čast i privilegija da te poznamo i surađujemo s tobom. Kako bi rekle kolegice s njenog odjela: „...posebna, jednostavna, uvijek dostupna i bliska...“ ili kako je rekao jedan pacijent: „Ona je izvanredan primjer svima, posebno mladim ljudima, kakav treba biti čovjek.“

**Počivaj u miru, draga naša Marija!
Tvoje kolegice s Klinike za unutarnje bolesti**

med. sr. Anita Brkić

Teško je riječima opisati našu predragu i vrijednu kolegicu koja nas je ovako iznenada napustila.

Njena dobrota, duhovitost i vedrina, kao i stručnost i kolegijalnost ostat će trajno u sjećanju svih nas koji smo imali čast poznavati ju i družiti se s njom. Pamtit ćemo ju kao izuzetno savjesnog, pouzdanog i marljivog radnika koja je vrlo predano obavljala svoje radne zadatke. Gubitak takvog radnika i prijatelja je nenadoknadiv i svi mi koji smo ju poznavali, dugo ćemo osjećati posljedice njenog preranog odlaska.

Iako je samo 3 godine bila djelatnik naše bolnice odnosno odjela ortopedije; ostavila je svoj veliki trag.

Bila je ona koja okuplja i povezuje. Ona koja uvijek ima snage i volje saslušati ljude oko sebe.

Ona koja želi učiti i koja to znanje želi prenijeti. Ona koja ne odustaje ma koliko god nešto bilo teško i uvijek se hvata u koštac sa problemima dok ih ne riješi.

Svojom iznimnom vedrinom, pozitivom i energijom ispunjavala je našu radnu svakodnevicu.

*„Dovidenja draga, dovidjenja;
Ti mi, prijatelju, jednom bješe sve
Urečen rastanak bez našeg htijenja
obećava i rastanak, zar ne?“*

*Dovidenja draga, bez ruke, bez slova,
nemoj da ti bol obrve povije,
Uvijek ti nije ništa na ovom svijetu nova,
al' ni živjeti baš nije novije.“*

S.A. Jesenjin



Iskrena, poštena, ambiciozna; uvijek je težila učiniti prvenstveno sebe jačom, većom i boljom osobom; uvijek je tražila više i bolje, unoseći cijelu sebe u sve što je radila.

Hvala ti u ime cijeloga odjela ortopedije što smo imali prilike upoznati osobu poput tebe. Hvala ti za zajednička druženja, veselje, smijeh i radost u srcu na sjećanje trenutaka provedenih s tobom.

Ako je suđeno u životu izgubiti ovakvog prijatelja, zahvalna sam što sam imala sreću upoznati te iako je trajalo kratko, no barem sam saznala što pravo prijateljstvo znači. I.K.

**U ime cijele bolnice primi posljednji pozdrav draga Anita!
Počivala u miru Božjem anđele.**



NORMALNO STANJE

Kad nešto ne znam ... pitam,
Kad odlučim stati ... skitam,
Kad obuzme me Neznanje, potražim ... Znanje,
U unutarnjem svijetu, ja pronalazim ... sanje.
Kad sumnje me more, ja pitam ... gdje je smisao?
Oslikavam dio sebe, koji se ... izbrisao,
Ugrizem se za jezik, kad psovku bi ... izrekla,
Potražim melem prije, no što sam se ... opekla.
Kad osjetim da uteg tame, vuče me ... na dolje,
Obećavam sebi, djeluj - sad i ovdje ... i već je bolje!
Biti kao losos, plivati ... uzvodno,
Kad Tišina zavlada, prepuštam se ... nizvodno,
U vrtlogu svjetlosti, pronalazim ... spiralni krug,
Bivam samoj sebi ... i neprijatelj i drug,
Kao nevješt poletarac širim svoja ... krila,
U naboru duše čuvam mjesto, glatko kao ... svila.
Okružena gomilom ... a kao da sam sama,
Grlim onaj dio sebe, gdje sakriva se ... tama,
Prihvaćam savjest svoju, kao ... normalno stanje,
Nudim Svemiru tek otkriveno, spoznajno ... Znanje.
Biti Jedno s Jednim ... a „svoja“ želim ostati,
U zemaljskoj školi ... Čovjekom postati!

Normalno je stanje biti ... ljudsko biće,
Kad spoznala sam da sam djelić ... Svjetlosne priče.
I kad cijeli svijet mi kaže ... to su samo tvoje sanje,
Odgovaram, neka ... duši mojoj to normalno je stanje!

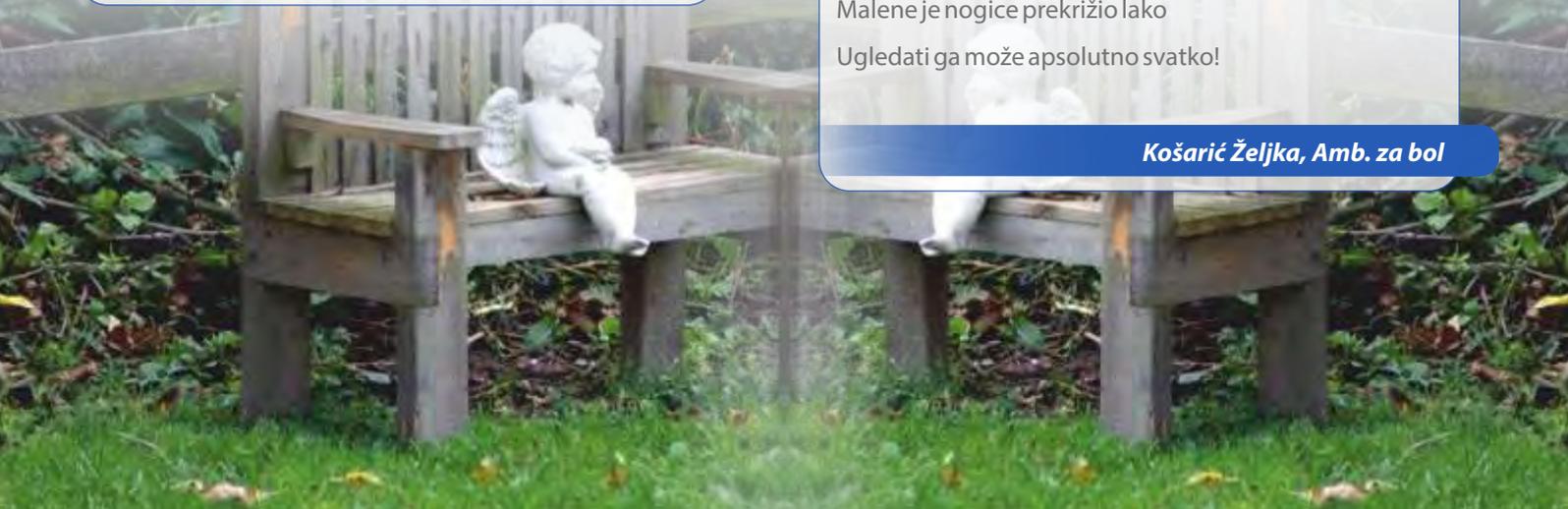
Košarić Željka, Amb. za bol

ANĐEOSKA KLUPICA

Na drvenoj klupici anđeo sjedi
Prolaznike promatra, pa nešto proslijedi
Nevidljivom tintom ispisuje po zraku
Vjetrom pošalje, zabilješku svaku.
Prema nebu, prema gore
Strpljivo on grije guzu, cijele noći sve do zore.
Baš je danas sjeo
I poduže čeka ...
Klupa je stara i nije baš meka
Kao oblak plavi na kojem on spava,
Od čekanja ga već zaboljela i glava.
Malene je nogice prekrizio lako
Da krilca su otežala, ne vidi svatko
Samo šumske vile što kriomice vire
Dok su ljudi kao slijepi, hodajući žmire.
Tu i tamo malo dijete na klupicu sjedne
I bakice stare, umorne i žedne
Popričaju s anđelom jer ga srcem vide
Drugi kad ga ugledaju, kao da se stide
Na glas reći cijelom svijetu da anđeli postoje
Izabrali su živjet šutke, glasnosti se boje.

Na drvenoj klupici anđeo još uvijek sjedi..
Prolaznike promatra, pa ljubav proslijedi
Onu koju dobio je od djeteta i bake stare
Pošalje ih onima što za njega ne mare,
Možda će i oni jednom pored njega sjesti
Strpljivo on čeka,
Zna da će ih sresti!
Malene je nogice prekrizio lako
Ugledati ga može apsolutno svatko!

Košarić Željka, Amb. za bol





kape | maske | ogrtači | kombinezoni | rukavci | navlake za cipele
trljačice | brisači | sterilne prekrivke | sterilne navlake | sterilni setovi

Stvaramo da štiti!

