



MOJ GLAS

GLASNIK MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I PRIMALJA
KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

ISSN 1849-4889

BROJ
29

www.kbsd.hr



SADRŽAJ



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

Nasiba Kukec, bacc. obs.

Klinika za ginekologiju i porodništvo

Luca Topić, bacc. med. techn.

Glavna sestra odjela za stražnji segment oka

Ivana Valdec, mag. med. techn.

Glavna sestra Zavoda za ortopediju

Valentina Kovačević, medicinska sestra

Zavod za abdominalnu kirurgiju

Mjesto objavljivanja: Zagreb

Godina objavljivanja: 2022.

Učestalost objavljivanja: dva puta godišnje

Kontakt: moj.glas@kbsd.hr

Riječ urednice

Jadranka Ristić, dipl. med. techn.

Poštovani čitatelji,

čast mi je predstaviti Vam 29. broj stručno-informativnog glasnika „Moj glas“. Zadovoljstvo mi je primijetiti da nam je protekla godina donijela razumijevanje potreba za visokoobrazovanim sestrama, poštivanje kompetencija medicinskih sestara, kako srednjih medicinskih sestara (koje su „stup“ zbrinjavanja naših pacijenata) tako i prvostupnica te magistri sestrinstva. Nadam se da će vremena koja su ispred nas donijeti bolje uvjete rada medicinskim sestrama i primaljama te na taj način zaustaviti njihov odlazak iz struke.

U ovom broju donosimo Vam nove stručne članke medicinskih sestara, tehničara i primalja KB Sveti Duh, kao i izvještaje sa kongresa te stručnih usavršavanja.

Nadam se da će Moj glas nastaviti s uspješnim radom uz podršku ravnateljstva i pomoćnice ravnatelja za sestrinstvo, Tanje Lupieri. Ovaj, kao i naredne brojeve Sestrinskog glasnika možete čitati u online i tiskanom izdanju, koje osim u bolnici, možete pronaći u većini bolnica i medicinskih ustanova u

Republiki Hrvatskoj.

I, na kraju, otvorenog srca, svima želim miran, prepun smijeha i veselo Božić te uspješnu, zdravu i sretnu Novu 2024. godinu.

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 za sestrinstvo

Tanja Lupieri, mag. med. techn.

Dragi djelatnici naše Bolnice,

posebno mi je drago da Vam se mogu obratiti na kraju ove godine. Ovaj časopis tijekom proteklog desetljeća nosi „glas“ o našoj Bolnici i našim zaposlenicima te je postao prepoznatljiv i sastavni dio naše ustanove. Čestitam svima koji na ovaj način daju svoj doprinos u promociji naše Bolnice.

Posljednjih mjeseci svjedoci smo utjecaja globalne krize na naše živote i na posao koji predano i odgovorno obavljamo na dobrobit naših pacijenata. U našem svakodnevnom radu u Bolnici svjedoci smo promjena na koje je utjecala pandemija Covid-19, potres, migrantska kriza, rat u Ukrajini, rat na Bliskom istoku, energetska kriza, inflacija... Vrijeme koje nadolazi donosi nove izazove te nam je danas više nego ikad potrebna nada i jasna vizija. Kroz svoj rad njegujemo zajedništvo, suradnju i uzajamno poštovanje i podupiranje u svladavanju svih prepreka koje nam stoje na putu prema napretku i blagostanju.

Kraj godine je vrijeme koje nas upućuje jedne na druge i pokazuje nam vrijednost zajedništva i uzajamne blizine te ima važno značenje upravo u ovom izazovnom vremenu prožetom krizom.

U tome duhu, dragi zaposlenici naše Bolnice, Vama osobno i Vašoj cijenjenoj obitelji želim sretan Božić i puno uspjeha u novoj 2024. godini.



Onde gdje je prisutna solidarnost, uzajamno pomaganje i iskreno zajedništvo kriza se lakše podnosi, te se u takvom ozračju lakše otkrivaju putevi izlaska iz poteškoća i kriza.

Neka ovogodišnji blagdan Božića svima bude nadahnuće i poticaj da svi doprinесемо građenju takvog ozračja.

Blagdanska čestitka v.d. ravnatelja Kliničke bolnice „Sveti Duh“

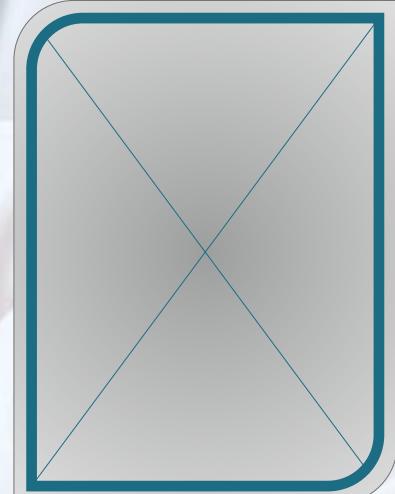
Doc. dr. sc. Igor Alfirević, dr. med.

Poštovane kolegice i kolege,
cijenjene medicinske sestre i tehničari,
dragi prijatelji

U prosinac i siječanj uvijek ulazimo s velikim očekivanjima. S radika dopiru blagdanski hitovi Mariah Carey i Chrisa Reae, ljudi oko nas „zaviruju“ u kristalne kugle budućnosti i najavljuju zahtjevnu godinu. Lista želja većine nas, svedena je na ono najvažnije – radovati se svakom uspjehu, slaviti prijateljstvo i zajedništvo, pomagati jedni drugima, učiti i stvarati, pomicati vlastite granice.

Za nas u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ ova je godina bila zahtjevna. Donijela nam je brojne prilike za promjenu. Mnoge od njih smo iskoristili, one koje nismo – hoćemo. Ipak, svi smo suglasni u jednom – i ova nam je, kao i prethodna, prošla u tenu.

Od godine u koju „tiho“ i s povjerenjem ulazimo, očekujemo mnogo. Upravo zato što zapošljavamo 1650 ljudi kojima posao nije samo radno mjesto, kojima je briga o zdravlju ljudi - stil življenja. I jedino zajedno stvaraju vrijednost i „proizvode“ uspjeh. Punih 220 godina, u kojima ostaju upisana mnoga priznanja i povjerenja koja su nas osnažila u vremenima kad nam je trebao oslonac, ali i dala poticaj s kojim gradimo budućnost. Godine nam odaju zrelost, a donijele su i mudrost.



I za kraj, ne smijemo zaboraviti ni sitnice koje raduju – negdje u nekom cloud-u, u rokovniku, na post-it blokićima napišimo barem desetak stvari koje nas veseli, već samo zato što su takve kakve jesu. Dajmo si vremena i priuštimo si kreativnost. Život će postati jednostavniji i vedriji, a možda je upravo to lekcija koju svi moramo naučiti, na kraju ove 2023.

Neka nam, drage prijateljice i prijatelji, 2024. godina bude godina u kojoj ćemo živjeti zdravo, sretno i uspješno.
Želim Vam sretan i blagoslovjen Božić, veselje u obitelji i inspirativno okružje koje Vas potiče na poslovni uspjeh i osobno zadovoljstvo.

Božić 2023.

NOĆ TIŠINE

Ima događaja koji se mogu bolje shvatiti pjesmom nego li riječima. Pjesma je dvostruka molitva. Pjesma pojačava molitvu. Onda se može reći i ovo: ovako raspjevan Božić dvostruka je propovijed. Naše božićne pjesme uistinu majstorski, tako nemetljivo i tako spontano, propovijedaju i pripovijedaju. I snažno se srca doimaju. Naše današnje božićne pjesme nisu toliko stare, ali su se vrlo duboko uvriježile u narodnu dušu. Božić nam se u njima pokazuje blagdanom ljubavi koja za nas postaje siromašnom. Kralj neba rađa se „u šipilji na studeni i ledu.“ Stvoritelju svijeta nedostaju „pelene i vatra.“ To nas siromaštvo dira u srce. Božić je, dakle, blagdan siromašnih, svih siromaha, ne samo onih u materijalnom pogledu.

Bezbrojni su oblici siromaštva koji se vrijedi prisjetiti barem jednom u godini. Postoji siromaštvo osjećaja, siromaštvo poučljivosti, siromaštvo onih koji su ostali lišeni onoga što im je bilo najdraže na svijetu, žene koju je ostavio muž i muža kojega je ostavila žena. Siromaštvo onoga koji fizički mora ovisiti o drugima. Siromaštvo nade, radosti.

Napokon najružnije siromaštvo od svih, a to je siromaštvo bez Boga. Kraj svih tih negativnih siromaštava postoji i jedno lijepo, koje Evanđelje naziva siromaštvo duhom.

To je siromaštvo onoga koji osjeća da nema zasluga utaboriti se pred Bogom i zato se ne oslanja oholo na sebe samoga, ne osjeća se višim od drugih, te je spremniji staviti svoje pouzdanje u Boga.

Ne možemo ne istaknuti najobjavljeniju pjesmu u čitavom svijetu. Radi se o vrlo poznatoj Tiha noć (Stille Nacht), koju je sastavio jedne božićne noći neki Nijemac po imenu Gruber. Temeljna poruka te pjesme nije u idejama koje priopćuju nego u atmosferi koju stvara. Atmosfera divljenja, tišine i, iznad svega, vjere. Izvorni tekst kaže:

„Tiha noć, blažena noć!

Sve već spi, samo bdi

Josip blag i Marija s njim,

Milo Dijete u jaslama tim.

Spava u slatkome snu.“

Ta mi se pjesma čini krcata važnom porukom za Božić. Govori o tišini, miru, a mi imamo životnu potrebu tišine. Možda je uvjet da ponovno nađemo malo blagdanskog ozračja o kojem smo uvijek sanjali. Čovječanstvo je bolesno od buke, Božić bi mogao biti za nekoga prigoda da otkrije ljepotu trenutka tišine, mira, dijaloga sa samim sobom ili s osobama, oči u oči, a ne svaki ušiju zalijepljenih uz vlastiti telefon. Kad mislim na Božić svoga djetinjstva, kao najljepše sjećanje koje mi izranja jesu ona kratka putovanja prema crkvi o ponoći ili buđenje ujutro, pod pokrivačem snijega koji se ovijao sve u izvanrednu i slatku šutnju.

Marija je uzor te tišine. Ona šuti. Ona „nema riječi“. Njena šutnja nije muk. To je divljenje, čuđenje, klanjanje. Završavam lijepom božićnom legendom koja sažimlje svu poruku koju smo izvukli iz božićnih pjesama: siromaštvo i tišina. Među pastirima koji su požurili u božićnoj noći da se poklone Djetetu bio je jedan toliko siromašan da nije imao upravo ništa što bi darovao pa se zbog toga silno stadio. Kad su stigli do šipilje, svi su se požurili da što prije uruče svoje darove. Marija nije znala koko će ih sve prihvatići, jer je morala držati Dijete. Kad je vidjela pastira praznih ruku, daje Isusa njemu neka ga na trenutak pridrži. Pastirova je sreća da je bio prazni ruku.

To je najljepša sudsbita koja bi i nas mogla zadesiti. Da se ovog Božića nađemo tako siromašna srca, tako prazna i šutljiva, da Marija i nama, kad nas vidi, mogne povjeriti svoje Dijete. „Blaženi siromasi duhom njihovo je kraljevstvo nebesko.“ Njihov je Božić.

Dragi prijatelji, neka se Betlehemsko Dijete, Riječ koja je tijelom postala, koja je iz ljubavi došla u ovaj svijet i po ljubavi postala čovjekom, trajno nastani i prebiva među nama. Neka upravlja našim srcima, vodi naše korake i blagoslovski sve dane Nove 2023. godine.

**Sretan Božić i blagoslovljenu
Novu 2024. godinu Želi vam**

fra Filip



Epiziotomija – trendovi te učestalost izvođenja epiziotomija

Nasiba Kukec

Epiziotomija, ili urez međice, je najčešće korištena porođajna operacija pri vaginalnom porodu.

Urez epiziotomije izvodi se tijekom izgona, pri ukazivanju glavice na izlazu u vulvi i napinjanju međice. Zahvat se može raditi bez analgezije s prethodno izvedenom dezinfekcijom.

Osnovna ideja završnog rada je utvrditi je li se kod terminskih poroda promijenila učestalost epiziotomija u dva promatrana razdoblja – 2005. i 2010. godina, učestalost ozljeda porodnog kanala (cerviks, rodnica, međica) kad je rađena epiziotomija i kad epiziotomija nije rađena. Također je li veličina djeteta (težina) imala utjecaja na nastanak ozljeda porodnog kanala te je li se ishod novorođenčeta (apgar u 5. minuti) razlikovao kod roditelja koje su imale epiziotomiju od onih koje nisu.

Anatomija

Međica (perineum) skup je mišića (mm.perinei) i fascija, te mekih tkiva što zatvaraju donji otvor male zdjelice, zaprema područje od površinske fascije zdjelične pregrade (fascia perinei s. investiens perinei superficialis) do potkožne perinealne ovojnica (tela subcutanea perinei), a površina je međice obložena kožom.

Tako nastaje prema naprijed otvorena potkožna perinealna vreća (saccus subcutaneus perinei) u kojoj se nalaze i završni dijelovi uretre i vagine, bulbi vestibuli, analni dio rektuma, te vezivno i masno tkivo, krvne i limfne žile i živci.(1)

Stražnji kraj stidnice, odnosno stražnje spojiste velikih stidnih usana (commisura labiorum posterior) od čmarnog otvora (anus) odjeljuje razmjerno tanki pojasi kože i potkožnog tkiva dug 25 do 30mm, nazvan porodnička međica.

On oblikuje osnovicu trokutastoga crijevnorodničkog prostora (trigonum rectovaginale) koji je važan prigodom porođaja i u ginekološkoj kirurgiji. Koža u području međice je tanka i elastična, a izrazito je pigmentirana, obraštena je rijetkim dugim dlakama i obiluje mirisnim (apokrinim) žlijezdama, te žlijezdama znojnicama i lojnicama.

U središnjoj se ravnini od stražnje spojnica (komisure) velikih usana prema čmaru pruža kožni međični šav (raphe perinei).(1)

Svjetski trendovi

Mnoge su studije istraživale maternalni ishod u normalnom vaginalnom porođaju s rutinskom epiziotomijom ili bez nje i utvrđile znatno povećan rizik perinealnog oštećenja kod liberalnog pristupa epiziotomijama u usporedbi s restriktivnim. Rutinska epiziotomija nije medicinski opravdana.

Treba je shvatiti kao operaciju s indikacijama i ranim i kasnim komplikacijama. Mediolateralna epiziotomija ne sprječava ozljedu analnog sfinktera, dok je medijalna epiziotomija znatan rizični čimbenik za ozljedu analnog sfinktera.

U Europi je češća uporaba mediolateralne, a u Americi medijalne epiziotomije.(1)

Prerano urezana epiziotomija veći je rizik za prsnuće zdjelične mišićno-vezivne dijafragme negoli samo prsnuće zbog prolaska glavice. Ako se međica ureže prerano, a usput i pritiskom na fundus maternice „pomogne“ ekspulzija djeteta, koja je tada uglavnom nagla i nekritična, rana epiziotomija pretvorit će se u razderotinu prema rodničnim forniksim i lateralno prema ishiorektalnim jamama.

Poznato je da je u rodilištima u kojima porođaje vode lječnici taj postotak visok, dok je u primaljskim rodilištima on nizak. Neke europske zemlje imaju sljedeću statistiku: Nizozemska 6%, Engleska do 90%, Češka 20-30%, Austrija 20%, Njemačka oko 5-10%.(1)

Svjetske udruge smatraju da postotak epiziotomija ne bi smio prelaziti 30% u tercijarnim perinatalnim centrima s većim brojem patoloških trudnoća i porođaja (uranjeno rađanje, stav zatkom, makrosomna djeca, vakuumská ekstrakcija i forceps), dok u primarnim i sekundarnim rodilištima taj postotak ne bi smio prelaziti 10-20%.

Kako izbjegći epiziotomiju?

Nekada se epiziotomija radila automatski, odnosno pri svakom vaginalnom porodu. Danas se epiziotomija radi samo prilikom indikacija, no kod žena koje prvi put rađaju ipak je veća mogućnost da se napravi epiziotomija.

Ako se dijete rađa glavicom moguće je izbjegći epiziotomiju ukoliko dijete izlazi bez problema (ujednačen je rad srca djeteta pa porod ne treba požurivati), a roditelji i primalja su strpljive. Za roditelje je bitno da nauči opustiti mišiće zdjelice, te sluša primalju kad tiskati, a kad stati, kako bi primalja mogla pravilno uhvatiti glavicu i pokušati izvući dijete laganim rastezanjem međice. Međutim, hoće li međica popucati ovisi i o fizionomiji žene, jer tkivo međice različito je rastezljivo kod svake žene.

Kod porađanja djeteta zatkom, u većini rodilišta automatski rade epiziotomiju, pa je to praktički nemoguće izbjegći. No, obzirom da je porod zatkom rizičniji za dijete, u ovom slučaju je i za majku i za dijete bolje napraviti epiziotomiju nego riskirati komplikacije i hitan carski rez.

Da bi trudnica svoje mišiće zdjelice učinila čvršćim i elastičnijim može tokom cijele trudnoće izvoditi vježbe za zdjelicu, odnosno Kegelove vježbe, te u zadnjim tjednima trudnoće perinealnu masažu.

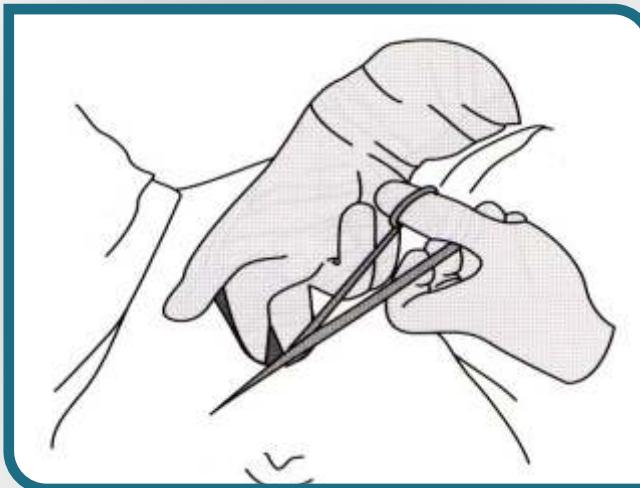
Tehnike zahvata

Posebnim škarama sa zaštitnim krakom međicu treba urezati u jednom aktu pod zaštitom dvaju prstiju kod je glavica (ili zadak) napnu. Može se prije toga infiltrirati lokalni anestetik.

Pri vakuumskoj ekstrakciji i forcepsu epiziotomiju treba učiniti nakon postavljanja ventuze ili forcepsa, kad je međica napeta. Danas se preporučuju mediolateralna ili medijana epiziotomija.

Mediolateralna epiziotomija

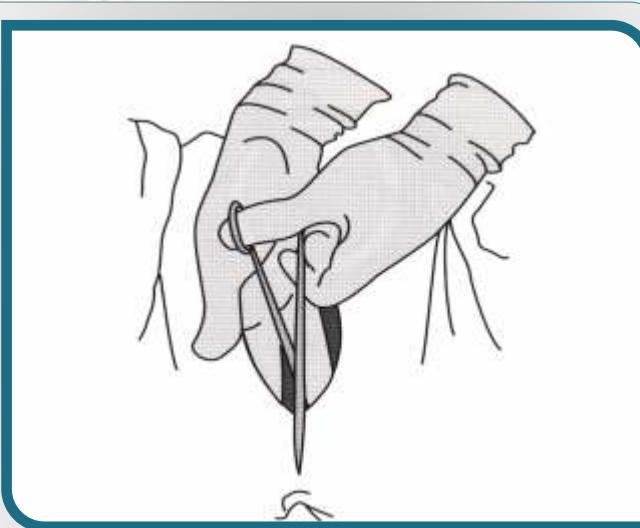
Kosa (mediolateralna: sinistrolateralna ili dekstrolateralna epiziotomija). Ureže se 4-5cm od commissure labiorum posterior (6h) prema tuber ossis ischii. Režu se koža, potkožje, miofibrile m. bulbocavernosus, m. transversus perinei superficialis i m. profundus. Metoda je idealna kod porodničkih operacija, makrosomnoga djeteta, rađanja zatka, defleksijskih stavova i niske međice. Tom se metodom dovoljno proširi introitus, a ne oštećuju se veliki ogranci krvžilja spolovila. Krvarenje je minimalno jer se miofibrili bulbokavernoznoga mišića ne sijeku uzdužno, nego poprječno.



Slika 1. Tehnika mediolateralne epiziotomije

Središnja (medijana) epiziotomija

Ureže se centrum tendineum perinei prema čmaru od kojega treba biti udaljena 2cm. Indicirana je kod visoke međice, spontanog porođaja i uranjenog rađanja. U užem smislu riječi ona je perineotomija. Anatomski je najidealnija, no zbog blizine čmara i moguće laceracije analnog sfinktera (III. i IV. Stupanj prsnuća međice) treba je izvoditi oprezno i uzaštitu.



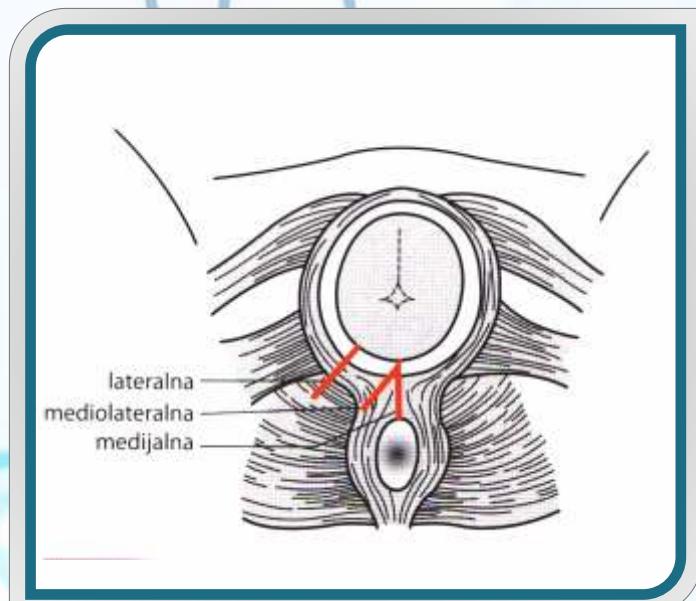
Slika 2. Tehnika medijane epiziotomije

Bočna (lateralna) epiziotomija

Treba je maksimalno izbjegavati zbog ekstenzivnije ozljede mišićnoga dna i mogućeg širenja razdora. Nerijetko se u svakodnevnom kliničkom radu izvodi ova tehnika operacije koja nosi rizik obilnjeg krvarenja i ozljede Bartholinijeve žlijezdje.(1)

Obostrana (bilateralna) epiziotomija

Malokad se primjenjuje. Najčešće je indicirana kod ožiljaka ili stenoza nakon genitalne mutilacije, komplikirane distocije ramena ili rađanja velikog djeteta.



Slika 3. Vrste epiziotomije

Reparacija epiziotomije

Epiziotomija se nakon svršetka III. porođajnog doba ušije po kirurškim aseptičnim pravilima pazeći na obuhvaćanje cijele (i dna) rane kako se ne bi stvarali recesusi te u njima poslijeprocedurni seromi ili hematomi. Krvareće otvorene krvne žile treba podvezati. Zahvat se obavlja u lokalnoj infiltracijskoj, lokalno potenciranoj, epiduralnoj ili u općoj anesteziji produžnim ili pojedinačnim resorptivnim šavom u dva sloja. Prvim se slojem zbrine rodnična rana postavljanjem prvog šava iznad kraja rane kako bi se uhvatile moguće retrahirane arterije, a potom produžnim šavom do introitusa. Tada se istim ili drugim šavom ušije mišićje, a zatim i koža s potkožjem. Koža se može ušiti i intrakutanim šavom.

Ekstenzivnije epiziotomije s razdorima treba zbrinuti uz obveznu drenažu (tankim silastičnim ili Penroseovim drenom). Nekompliciranu epiziotomiju treba njegovati u suhim uvjetima, nikako vlažnim pseudoantibiotičkim oblozima ili otopinama (borna voda, rivanol i sl.). mogući edem i bolnost uspješno rješavaju oblozi leda.



Komplikacije

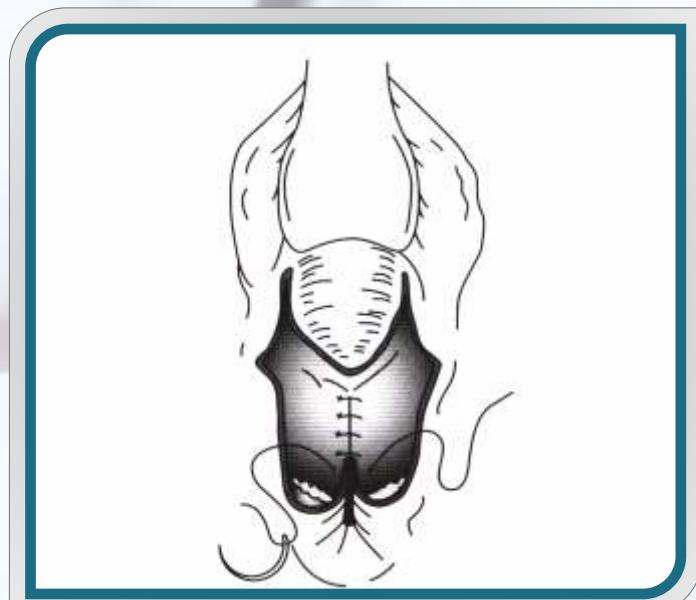
Komplikacije epiziotomije su hematomi koji nastaju ako se ne podvežu krvne žile i ostave slobodni međuprostori između pojedinih slojeva tkiva. Češća komplikacija je infekcija rane, što je ipak rijetko zbog dobre prokrvljenosti tkiva. Inficirane rane treba otvoriti, liječiti lokalno oblozima i eventualnim davanjem antibiotika. Rana zaraste spontano (per secundam) ili se naknadno šiva kad prestane gnojenje (resutura). Rijetka komplikacija je fistula rekto i anoperinealis i ozljeda m. sfinktera ani.

Razdor međice

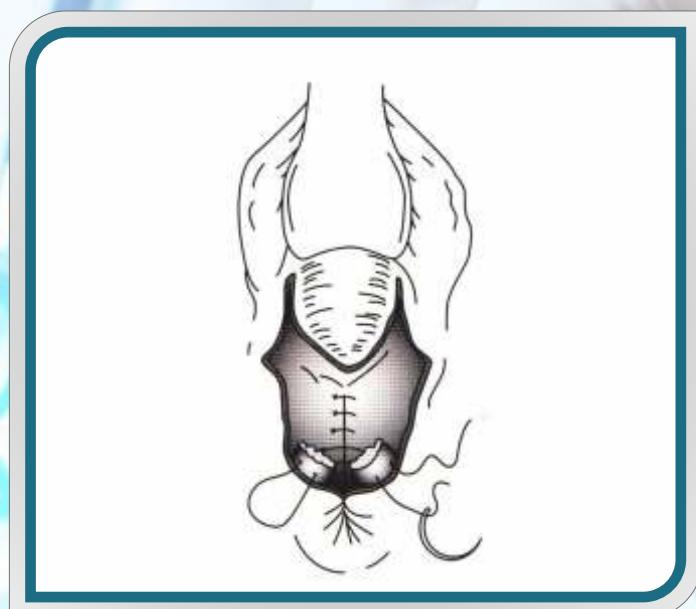
Najčešći uzrok rascjepa međice (ruptura perinei) jest nerazmjer između glavice djeteta i mekih dijelova porodnog kanala te ubrzani prolaz predležeće česti kroz porodni kanal. Rezultira ranom nepravilnih rubova, tako da su broj i opsežnost komplikacija znatno veći. Hematomi stjenke dna zdjelice su češći, a ako su opsežniji, šire se u parakolpije i parametrije. Ako se inficiraju, mogu izazvati vrlo ozbiljne komplikacije, kao npr. septički parametritis. Razdor međice treba uvijek kirurški opskrbiti, pri čemu se osvježuju nepravilni rubovi rane i sašiju po slojevima.

Ruptura sfinktera anusa i rektuma je komplikacija epiziotomije ili rupture međice, a naziva se i ruptura III. stupnja međice, II. stupnja te I. stupnja. Pri opskrbljivanju ruptura sfinktera i anusa posebna je pažnja potrebna šavovima rektuma i sfinktera. Pojedinačne šavove rektuma valja tako postaviti da slobodni rubovi sluznice rektuma budu okrenuti prema šupljini debelog crijeva, jer se inače može razviti rektovaginalna infekcija s posljedičnom fistulom.

Prvih pet dana puerperija babinjača sa šivanim rektumom i sfinkterom ne smije imati tvrdu stolicu, pa se regulira laksativima. Uobičajena je i antibiotksa profilaksa.



Slika 4. Šavovi rektalne stjenke



Slika 5. Šavovi čmarnog sfinktera

Tablica 1. Klasifikacija razdora međice

I. stupanj	razdor kože međice
II. stupanj	razdor kože i mišića međice bez analnoga sfinktera
III. stupanj	razdor kože i mišića međice, uključujući i kompleks analnoga sfinktera: 3a: razdor vanjskog sfinktera čmara do 50% tkiva 3b: razdor vanjskog sfinktera čmara više od 50% tkiva 3c: razdor vanjskog i unutrašnjeg sfinktera čmara
IV. stupanj	razdor tkiva međice, čmarnoga sfinkternog kompleksa i sluznice čmara - rektuma

Primaljska njega

Epiziotomija najčešće zarasta bez komplikacija. Može se očekivati normalna bolnost kao tijekom zarastanja bilo koje druge rane, a u slučaju porasta temperature, jake bolnosti ili krvarenja, potrebno je konzultirati liječnika koji će pregledom potvrditi ili isključiti povezanost tegoba s epiziotomijom.

Osobnu higijenu preporučuje se održavati tuširanjem uz izbjegavanje direktnog ispiranja mjesta epiziotomije mlazom vode, te svakako valja izbjegavati ležanje u kadi, ne samo zbog moguće infekcije epiziotomije, već i ostalih dijelova porodnog kanala. Ne preporučuje se aplikacija antibiotskih masti ili sprejeva na epiziotomiju. Epiziotomija zarasta tijekom sedam do deset dana, a šavovi (konci) se resorbiraju spontano. Ne preporučuje se ni pretjerana tjelesna aktivnost tijekom zarastanja, zbog mogućeg raširivanja šavova. Nakon zarastanja ostaje jedva vidljivi ožiljak.

Preporuke:

- ✓ odmah nakon poroda staviti hladni oblog na ranu kako bi se ublažila bol i oteklinu
- ✓ tuširati se više puta dnevno topлом vodom ali bez direktnog mlaza na samu ranu
- ✓ nakon tuširanja paziti da je rana potpuno suha prije oblačenja
- ✓ izbjegavati dugotrajno sjedenje
- ✓ izbjegavati zatvor pijući mnogo tekućine i hraneći se primjereno
- ✓ nastaviti raditi Kegelove vježbe
- ✓ izbjegavati seksualne odnose 6 tjedana nakon poroda ili dok liječnik ne odobri.

Cilj istraživanja

Na temelju istraživanja provedenog u dva promatrana razdoblja – 2005. i 2010. godina deskriptivnom analizom sestrinske dokumentacije, utvrditi je li se kod terminskih poroda promjenila učestalost epiziotomija, učestalost ozljeda porodnog kanala (cerviks, rodnica, međica) kad je rađena epiziotomija i kad epiziotomija nije rađena. Također je li veličina djeteta (težina) imala utjecaja na nastanak ozljeda porodnog kanala te je li se ishod novorođenčeta (apgar u 5. minuti) razlikovao kod roditelja koje su imale epiziotomiju od onih koje nisu.

Materijali i metode

1. Uzorak – terminske jednoplodne trudnoće u Kliničkoj bolnici Sveti duh na Klinici za ginekologiju i porodništvo. Istraživanje obuhvaća 2148 trudnica u 2005. godini i 2523 trudnice u 2010. godini.

2. Metode istraživanja – korištena medicinska dokumentacija koja obuhvaća podatke o paritetu, gestaciji, težini i dužini novorođenčeta, apgar u 5 minuti te podatke o rađenoj epiziotomiji kao i komplikacijama (razdor međice, rodnice i cerviksa). Rezultati istraživanja prikazani su tabelama i grafički.

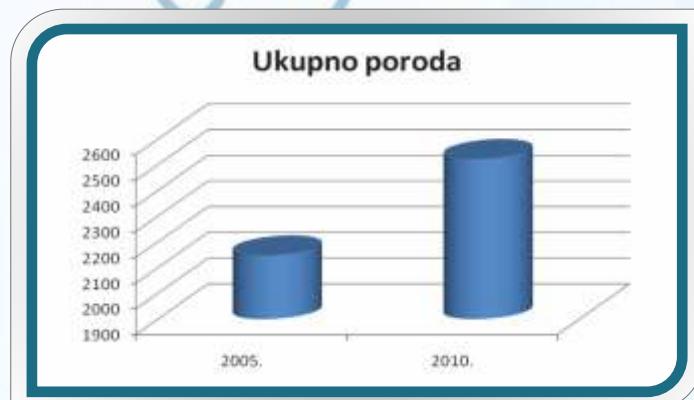
Analiza podataka

1. Frekvencija ispitanika po broju poroda

Tablica 1. Broj poroda

	2005.	2010.
Ukupno poroda	2148	2523

Grafikon 1. Broj poroda



Ukupan broj jednoplodnih terminskih poroda u 2005. godini bio je 2148 a u 2010. godini 2523.

1. Frekvencija ispitanika po broju učinjenih epiziotomija.

Tablica 2. Učestalost epiziotomije u vaginalnim porodima

	2005.	2010.
Epiziotomija	1229	699
Postotak (%)	57,2%	27,7%

Grafikon 2. Učestalost epiziotomije u vaginalnim porodima



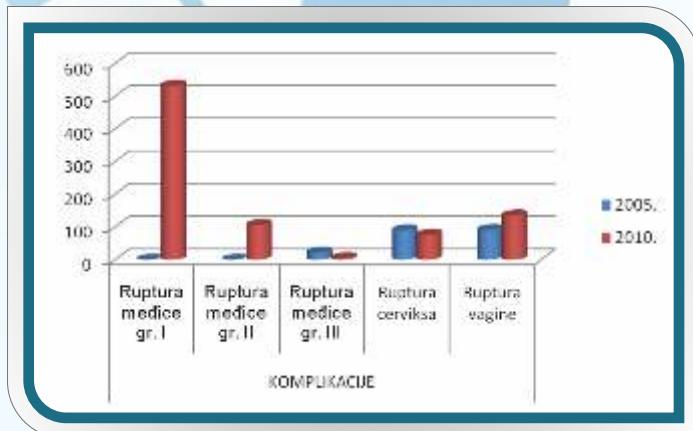
Od ukupnog broja poroda u 2005. godini učinjeno je 57,2% ili 1229 epiziotomija, dok je u 2010. godini broj epiziotomija smanjen na 27,7% ili njih 699.

2. Prikaz komplikacija kada je rađena epiziotomija

Tablica 3. Ozljede porodnog kanala kod vaginalnih poroda s epiziotomijom

KOMPLIKACIJE	2005.(n=1229)	Postotak	2010.(n=699)	Postotak
Ruptura međice gr. I	0	0,0%	532	76,1%
Ruptura međice gr. II	0	0,0%	106	15,1%
Ruptura međice gr. III	22	1,7%	5	0,71%
Ruptura cerviksa	90	7,3%	76	10,8%
Ruptura vagine	91	7,4%	135	19,3%
Ukupno	203		854	

Grafikon 3. Ozljede porodnog kanala kod vaginalnih poroda s epiziotomijom



3. Prikaz komplikacija kada NIJE rađena epiziotomija.

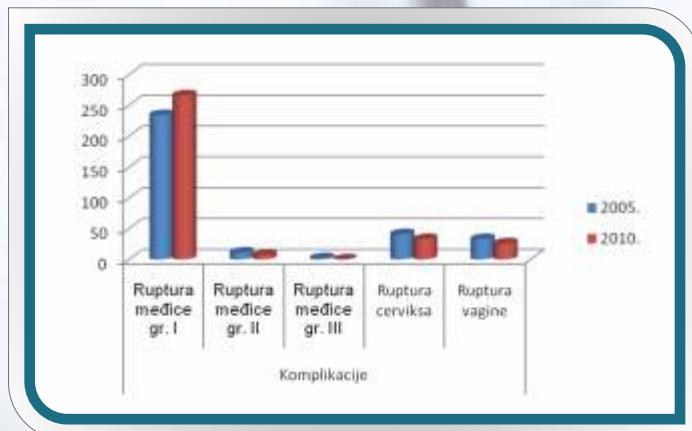
Tablica 4. Ozljede porodnog kanala kod vaginalnih poroda bez epiziotomije

KOMPLIKACIJE	2005.(n= 919)	Postotak	2010. (n=1824)	Postotak
Ruptura međice gr. I	234	25,4%	266	14,5%
Ruptura međice gr. II	11	1,1%	7	0,38%
Ruptura međice gr. III	2	0,2%	0	0%
Ruptura cerviksa	41	4,4%	33	1,80%
Ruptura vagine	33	3,5%	26	1,42%
Ukupno	321	34,6%	332	18,1%

Kod ukupnog broja učinjenih epiziotomija u 2005. godini komplikacija ruptura međice gr. I i gradus II nije bila prisutna, dok je komplikacija ruptura gradus I u 2010. godini prisutna u 76,1% poroda, a ruptura gradus II u 15,1. Ruptura cerviksa u 2005. prisutna je u 7,3% poroda s epiziotomijom a u 2010. u 10,8%. Ruptura vagine u 2005. prisutna je u 7,4% a u 2010. u 19,3% poroda. Valja napomenuti kako je postotak epiziotomija u 2010. godini smanjen za 29,5%.



Grafikon 4. Ozljede porodnog kanala kod vaginalnih poroda bez epiziotomije



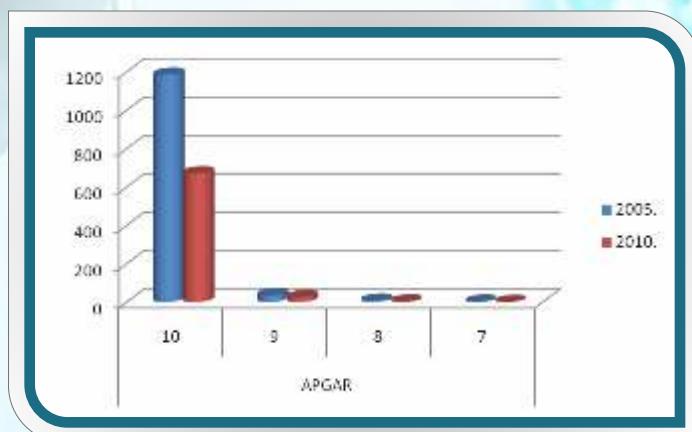
Od ukupnog broja poroda kada nije rađena epiziotomija komplikacija ruptura međice gradus I u 2005. godini prisutna je u 25,4% a u 2010. godini u 14,5% poroda. Ruptura cerviksa u 2005. prisutna je u 4,4% a u 2010. u 1,8% poroda, dok je ruptura vagine u 2005. prisutna u 3,5% a u 2010. godini u 1,42% poroda. Broj poroda bez učinjene epiziotomije u 2005. godini iznosio je 919 ili 42,7% a u 2010. godini 1824 ili 72,2%.

1. Prikaz ocjene APGAR u 5. minuti kada je učinjena epiziotomija

Tablica 5. Apgar ocjena novorođenčadi nakon vaginalnog poroda s epiziotomijom

APGAR u 5. minuti	2005.	Postotak	2010.	Postotak
10	1184	96,34%	671	95,99%
9	35	2,85%	25	3,58%
8	8	0,65%	3	0,43%
7	2	0,16%	0	0%
ukupno	1229	100%	699	100%

Grafikon 5. Apgar ocjena novorođenčadi nakon vaginalnog poroda s epiziotomijom



Kada je prilikom poroda učinjena epiziotomija, APGAR u 5. minuti iznosio je 10 kod 96,34% novorođenčadi u 2005. godini, a kod 95,99% novorođenčadi u 2010. godini. APGAR 7 u 5. minuti u 2005. godini zabilježen je u 2 poroda dok isti nije zabilježen u 2010. godini.

2. Prikaz ocjene APGAR u 5. minuti kada NIJE učinjena epiziotomija

Tablica 6. Apgar ocjena novorođenčadi nakon vaginalnog poroda bez epiziotomije

APGAR u 5. minuti	2005.	Postotak	2010.	Postotak
10	919	100%	1824	100%



Grafikon 6. Apgar ocjena novorođenčadi nakon vaginalnog poroda bez epiziotomije



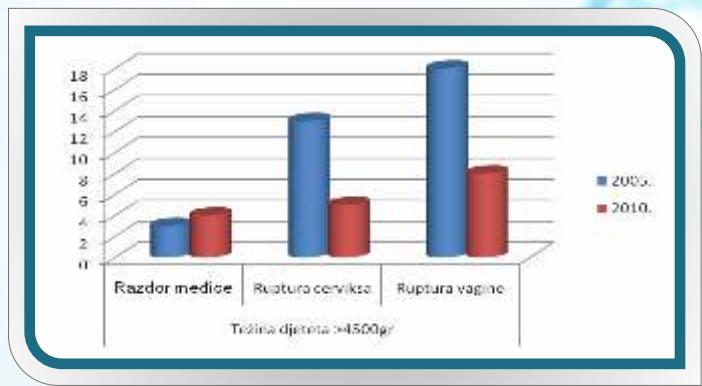
Ako u vrijeme poroda nije učinjena epiziotomija statistički podaci ukazuju da je APGAR 10 u 5. minuti prisutan u 100% novorođenčadi i u 2005. i u 2010. godini.

3. Prikaz ozljeda porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi uz epiziotomiju

Tablica 7. Ozljede porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi uz epiziotomiju

Težina djeteta >4500gr	2005.	Postotak	2010.	Postotak
Razdor međice	3	0,002%	4	0,57%
Ruptura cerviksa	13	1,05%	5	0,71%
Ruptura vagine	18	1,46%	8	1,14%
Ukupno	36	2,51%	17	2,42%

Grafikon 7. Ozljede porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi uz epiziotomiju



Komplikacije uzrokovane težinom djeteta većom od 4500gr, kada je u vrijeme poroda učinjena epiziotomija, po statističkim podacima, vrlo su rijetke.

Razdor međice zabilježen je u 3 (0,002%) slučaja u 2005. te u 4 (0,57%) slučaja u 2010. godini. Ruptura cerviksa kao i ruptura vagine neznatno je više.

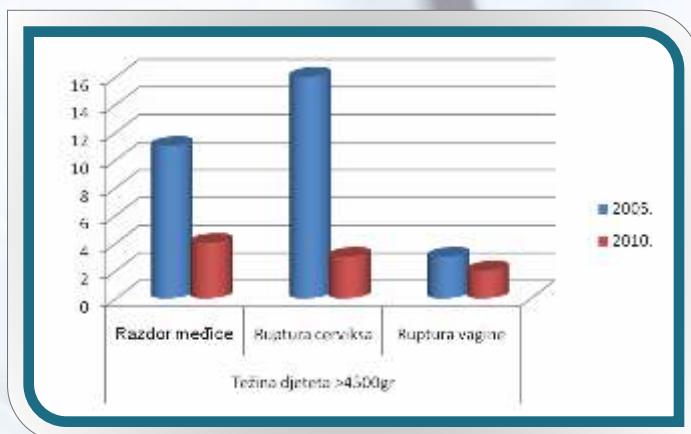
1. Prikaz ozljeda porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi bez epiziotomije

Tablica 8. Ozljede porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi bez epiziotomije

Težina djeteta >4500gr	2005.	Postotak	2010.	Postotak
Razdor međice	11	1,19%	4	0,21%
Ruptura cerviksa	16	1,74%	3	0,16%
Ruptura vagine	3	0,32%	2	0,10%
Ukupno	30	3,25%	7	0,47%



Grafikon 8. Ozljede porodnog kanala nakon vaginalnog poroda makrosomne novorođenčadi bez epiziotomije



Rasprava

Istraživanje je provedeno u dva promatrana razdoblja – 2005. i 2010. godina deskriptivnom analizom sestrinske dokumentacije. Cilj je bio utvrditi je li se kod terminskih poroda promijenila učestalost epiziotomija, učestalost ozljeda porodnog kanala (cerviks, rodnica, međica) kad je rađena epiziotomija i kad epiziotomija nije rađena. Također je li veličina djeteta (težina, dužina) imala utjecaja na nastanak ozljeda porodnog kanala te je li se ishod novorođenčeta (apgar u 5. minuti) razlikovao kod roditelja koje su imale epiziotomiju od onih koje nisu. Istraživanjem je obuhvaćeno 2148 trudnica u 2005. godini i 2523 trudnica u 2010. godini.

Od ukupnog broja poroda u 2005. godini učinjeno je 57,2% ili 1229 epiziotomija, dok je u 2010. godini broj epiziotomija smanjen na 27,7% ili njih 699. Ovaj podatak još više dobiva na važnosti kada se vidi da je 2010. godine bilo 375 poroda više.

Komplikacije tijekom poroda češće su kada se kod trudnica izvodi epiziotomija. Izdvojiti ću rupturu međice gradus I koja je u 2010. godini uz epiziotomiju bila prisutna u 76,1% poroda; dok je ista komplikacija bez epiziotomije prisutna u 25,4% (2005.god.) odnosno 14,5% (2010.god) poroda.

Komplikacije uzrokovane težinom djeteta većom od 4500gr vrlo su rijetke i uz epiziotomiju i bez nje, kreću se od svega 0,002% - 1,74%.

Također bih istaknula kako je iz provedenog istraživanja vidljivo kako je APGAR u 5. minuti iznosio 10 kod svih novorođenčadi (100%) kod kojih nije učinjena epiziotomija i u 2005. i u 2010. godini.

Komplikacije uzrokovane težinom djeteta većom od 4500gr, kada u vrijeme poroda nije učinjena epiziotomija, po statističkim podacima, vrlo su rijetke. Razdor međice zabilježen je u 11 (1,19%) slučajeva u 2005. te u 4 (0,21%) slučaja u 2010. godini. Ruptura cerviksa u 2005. bilo je 16 ili 1,74% a u 2010. godini 3 ili 0,16%. Ruptura vagine vrlo je malo, u 2005. 0,32% a u 2010. godini 0,10%.

Zaključak

Epiziotomija je opstetrička operacija kojom se reže međica u središnjoj ili postraničnoj crti. Od značenja je u prevenciji i sprečavanju razvoja spuštanja ili ispadanja genitalnih organa žene, a obavlja se u interesu majke i djeteta. U pogledu djeteta epiziotomijom se skraćuje drugo porodno doba i time sprečava razvoj perinatalne asfiksije djeteta, što je osobito izraženo kod nedonošenog djeteta, velikog djeteta te anomalije položaja, stava i rotacije djeteta i njegove glavice.

Izjava trudnice N.K.: „Ja sam na prvom porodu završila sa velikim rezom, a rana se tako zakomplikirala, da je trebalo mjesec dana da zacijeli (i da se mogu poštено nasmijati ili nakašljati). Na drugom porodu zamolila sam primalju da mi pomogne da izbjegnem epiziotomiju, i dogovorile se da je ponovo slušam kada tiskati a kada stati. I tako je i bilo... ja sam fino slušala (štreberka, kad vam kažem) i nije bilo potrebe da se intervenira. Već nakon pola sata sam sjedila, dizala se, hodala, bez ikakvog zatezanja i nelagodnog osjećaja rane od reza.“

Iz provedenog istraživanja došla sam do zaključaka kako se u 2010. godini u usporedbi s 2005. godinom, broj epiziotomija smanjio za dvostruko. Komplikacije poroda češće su kod trudnica kod kojih je rađena epiziotomija. Apgar ocjena je bolja kod novorođenčadi gdje u porodu nije rađena epiziotomija. Ozljede porodnog kanala kod makrosomne novorođenčadi su češće uz epiziotomiju.

Iz svega navedenog slijedi da rutinska epiziotomija nije medicinski opravdana. Treba je shvatiti kao operaciju s indikacijama i ranim i kasnim komplikacijama.

Ako se dijete rađa glavicom moguće je izbjegći epiziotomiju ukoliko dijete izlazi bez problema a roditelj i primalja su strpljive. Za roditelju je bitno da nauči opustiti mišiće zdjelice, te sluša primalju kad tiskati, a kad stati, kako bi primalja mogla pravilno uhvatiti glavicu i pokušati izvući dijete laganim rastezanjem međice. Međutim, hoće li međica popucati ovisi i o fizionomiji žene, jer tkivo međice različito je rastezljivo kod svake žene.

Literatura

- Habek, D. i suradnici (2009). Porodničke komplikacije. Zagreb: Medicinska naklada
- Dražančić, A. i suradnici (1999). Porodništvo. Zagreb: Školska knjiga
- Kuvačić, I., Kurjak, A., Đelmiš, J. i suradnici (2009). Porodništvo. Zagreb: Medicinska naklada
- Kalis, V., Stepan, JJr., Turek, J., Chaloupka, P., Rokyta, Z. Obstetric operation, instrumental delivery and 3rd degree perineal tear and anal incontinence. Ceska Gynekol 2005; 70:411-418.
- DeLee, JB. The prophylactic forceps operation. Am J Obstet Gynecol 1920; 1:34.



Palijativna skrb: Zaštita i podrška pacijentima u krajnjim fazama bolesti

Karla Glogoški, Bojana Miličević

Zavod za urologiju

Uvod

Palijativna skrb usmjerenja je na poboljšanje kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s izazovima koji su povezani s terminalnom bolesti, bili oni fizički, psihički, socijalni ili duhovni.

Provodi se u suradnji s timom zdravstvenih i nezdravstvenih stručnjaka koji pružaju adekvatnu podršku pacijentima i njihovim skrbnicima. Sustav podrške pomaže pacijentima da žive što aktivnije do smrti.

Veliki broj njih prolazi kroz sličan obrazac znakova i simptoma koje je bitno znati prepoznati kako bi mogli pružiti najbolju moguću skrb. Postoje različite smjernice koje nam pri tome mogu pomoći, a prema kojima se procjenjuje koje potrebe nisu zadovoljene te se planira skrb.

Uvod

Kao što ističe SZO (Svjetska zdravstvena organizacija) palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata (odraslih i djece) i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemima povezanim s bolešću opasnom po život.

Prevenira i olakšava patnju ranim prepoznavanjem, ispravnom procjenom i liječenjem boli i drugih problema, bilo fizičkih, psihosocijalnih ili duhovnih (1). Palijativna skrb potvrđuje život, te kada se smrt prihvati kao normalan dio životnog ciklusa, ona postaje najprikladniji pristup pacijentu. Cilj nje kao takve je ublažavanje boli i ostalih simptoma bolesti kako bi se osigurala najbolja moguća kvaliteta života do kraja života za samog pacijenta i obitelj, te zadovoljile njegove osnovne fiziološke potrebe (disanje, eliminacija, mobilizacija, sigurnost, hrana i tekućina, osobna higijena te spavanje) (2).

Načela palijativne skrbi:

- potvrđuje život i podržava umiranje kao normalan proces,
- ne namjerava ni ubrzati, ni odgoditi smrt,
- pruža olakšanje od bolova i ostalih psihičkih simptoma,
- integrira psihološke, tjelesne, društvene i duhovne aspekte,
- pacijentova skrb utemeljena je na holističkom poimanju totalne boli,
- podržava pacijente da žive što aktivnije sve do smrti,
- podržava obitelj tijekom bolesti pacijenta,
- pruža podršku i u žalovanju (3).

Interdisciplinarni pristup

Pružanje palijativne skrbi je često složeno i samim time uključuje tim ljudi oko pacijenta i njegove obitelji. Interdisciplinarni tim je skupina zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika različitih uloga i disciplina koji zajedno rade na zajedničkom cilju pružanja optimalne skrbi pacijentu. Ovaj pristup je posebno pogodan za palijativnu skrb zbog različitih potreba pacijenata koje su fizičke, socijalne, psihološke i duhovne.

Bitan preduvjet za kvalitetnu skrb je komunikacija koja se odnosi na interakciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenta kao i pacijenta s njegovom obitelji te suradnjom i interakcijom službi i zdravstvenih djelatnika (4).

Mobilni palijativni timovi koji se sastoje od liječnika, medicinske sestre, psihologa, socijalnog radnika, fizioterapeuta, farmaceuta u suradnji s patronažnom službom i zdravstvenom kućnom njegovom provode specijalističku palijativnu skrb.

Važno je napomenuti kako bi volonteri ili volonterske službe trebale biti uključene u pružanje specijalističke palijativne skrbi. Volonterski rad je istaknut kao izrazito bitan za pružanje kvalitetne skrbi u zajednici, prema Europskom vijeću (4).

Volonteri trebaju biti educirani i dodatak su rada timu koji je interdisciplinaran, nisu zamjena za bilo kojeg člana osoblja. Ključno je pomoći pacijentima i njihovim obiteljima razumjeti prirodu bolesti i prognozu a u isto vrijeme poštovati njihovu nadu u preživljavanje.

Ključne interdisciplinarne kompetencije u palijativnoj skribi su sljedeće:

1. Primijeniti ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijenti i njihove obitelji nalaze
2. Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije
3. Uдовoljiti pacijentovim psihološkim, socijalnim i duhovnim potrebama
4. Odgovoriti na potrebe obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta
5. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skribi
6. Provoditi koordinaciju sveobuhvatne palijativne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb
7. Razvijati odgovarajuće interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skribi
8. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati (3).

Alati i skale za palijativnu skrb

SPICT™ je vodič se koristi za prepoznavanje osoba kod kojih postoji povećani rizik od pogoršanja zdravlja te smrti radi dijagnosticirane ozbiljne bolesti ili onih čije je stanje već uznapredovalo kako bi se olakšala holistička procjena te buduće planiranje skrbi (5).

Analgetsku ljestvicu boli je predložila Svjetska zdravstvena organizacija kako bi se ublažila bol kod pacijenata s karcinomom, ta ljestvica se sada koristi ne samo i za liječenje boli uzrokovane karcinomom nego i akutnih i kroničnih bolnih stanja (6).

ECOG ljestvica statusa performansi opisuje pacijentovu razinu funkciranja u smislu samozbrinjavanja, dnevne aktivnosti i fizičke sposobnosti. U palijativnoj skrbi služi kao mjera kvalitete života dok se u onkologiji njome procjenjuje da li pacijent može podnijeti određenu terapiju (7).

Administrativne šifre

Administrativna šifra Z51.5. označava palijativnu skrb i dodjeljuje se pacijentu kod kojeg je ona prepoznata. Korisno ju je dodijeliti radi toga jer pacijent postaje prepoznatljiv u informatičkom sustavu i kliničkom radu te postoji veća šansa da dobije adekvatniju skrb. Kada nam nije prikladno dodijeliti šifru Z51.5, a želimo da pacijent primi pomoć bolničkog palijativnog tima ili ga želimo informatički pratiti, možemo koristiti šifru Z02.8 koja označava ostale preglede zbog administrativnih razloga.

Recimo kod slučajeva kada pacijent nije palijativni, nismo sigurni da li mu je potrebna palijativa, ako se radi o djetetu, ako pacijent ima zakonskog skrbnika ili ako je to netko od naših kolega i sl. (8).

Razine pružanja palijativne skrbi

Palijativna skrb se pruža u svim razinama zdravstvene zaštite. Sklopom svog temeljnog obrazovanja svi zdravstveni radnici bi trebali biti obrazovani prema načelima i dobroj praksi palijativne skrbi te iz toga razloga bi sve medicinske sestre trebale biti sposobne pružiti odgovarajuću razinu palijativne skrbi.

Obrazovnu razinu specijalista bi trebali imati oni čiji je posao uglavnom usmjerjen prema palijativnoj skrbi.

Tri razine pružanja palijativne skrbi:

1. Palijativni pristup kod kojeg su o postojanju palijativne skrbi informirani svi profesionalci, njezinim dobrobitima, što nudi i gdje se nalazi.

2. Opća palijativna skrb uključuje zdravstvene profesionalce kao psihologe, duhovnike i socijalne radnike isto kao i volontere i različite udruge koji posjeduju osnovna iz palijativne skrbi te znaju prepoznati i rješiti simptome koji su nekomplikirani, no ona im nije primarni posao.

3. Specijalističkom palijativnom skrbi se bave dobro educirani zdravstveni profesionalci koji se isključivo bave palijativnom skrbi. To su: educirani socijalni radnici i psiholozi te volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrbi. Bave se rješavanjem zahtjevnih situacija i simptoma, dok volonteri doprinose kvaliteti zdravstvene skrbi ali ju ne provode (9).

Organizacijski oblici palijativne skrbi

Prema mogućnostima i potrebama pacijenta uvjetovani su organizacijski oblici pružanja palijativne skrbi. Pruža se ovisno u mjestu gdje se pacijent nalazi: u bolnici, stacionaru, hospiciju, kući, domu za starije i nemoćne ili samo mjesto odabire individualnim pristupom. Svi članovi palijativnog tima trebaju imati završenu dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi. S obzirom na specifičnost skrbi prepoznata je potreba za supervizijom svih profesionalaca i volontera uključenih u palijativnu skrb (10).

Minimalni standardi koje svaka županija treba uspostaviti su:

- koordinator za palijativnu skrb/Centar za koordinaciju palijativne skrbi,
- mobilni palijativni tim,
- stacionarni smještaj s palijativnom skrbi po županijama (standard za broj postelja za palijativnu medicinu je 80 postelja na milijun stanovnika),
- posudionica pomagala (9)

Kućna palijativna skrb

Kućnu palijativnu skrb realiziraju interdisciplinarni timovi koji surađuju s primarnom zdravstvenom zaštitom. Koordinator cjelokupne skrbi je liječnik obiteljske medicine i zadužen je za prepoznavanje potreba pacijenta i obitelji. Sam pacijent je uključen u proces skrbi. Ako se ona ne može provoditi u kućnim uvjetima zbog simptomatologije pacijenta ili nedostatka njegovatelja, pacijenta se mora premjestiti u drugu ustanovu sposobljenu za pružanje takve skrbi.

Palijativni dnevni boravci

Kako bi se potaknula resocijalizacija izoliranih i kronično bolesnih pacijenata osnovani su palijativni dnevni boravci. Kroz njih se može provoditi: praćenje i korekcija terapije boli i drugih simptoma, socijalne usluge, rehabilitacijske, relaksacijske, poticanje umjetničkih vještina te radna terapija.

Ambulante/savjetovališta za palijativnu skrb

Ambulante i/ili savjetovališta za palijativnu skrb usko surađuju s dnevnim boravkom i specijalističkim bolnicama te primaju ambulantne paciente i skrbe o pacijentima koji je potrebna palijativna skrb.

Ambulanta za bol

Ambulanta za bol vrlo je bitna za palijativnu skrb. Jedan od osnovnih terapijskih izazova u palijativnoj medicini je bol koja je subjektivno iskustvo, odnosno uvijek ono što pacijent tvrdi da jest. Nije moguće planirati rješavanje tjelesnih ili psihosocijalnih tegoba dok se ona ne odstrani.

Službe žalovanja

Sa svim prethodno spomenutim savjetovalištima surađuju službe žalovanja koje su ambulantne jedinice. Obiteljima i/ili njegovateljima pružaju psihosocijalnu podršku za života pacijenta, a osobito nakon njegove smrti.



Palijativni odjeli/odsjeci

Palijativni odsjeci i/ili odjeli sastoje se od odvojenih kreveta na akutnom odjelu za potrebe palijativne skrbi.

Mobilni palijativni tim

Specijalističku palijativnu skrb pacijentu u njegovom domu kao i pružanje podrške članovima obitelji provodi mobilni palijativni tim. Liječnik obiteljske medicine uključuje tim, a kasnije se uključuje prema procjeni potreba.

Bolnički palijativni tim obavještava mobilni o prihvatu pacijenta i njegove obitelji po otpustu iz bolnice s razrađenim planom skrbi koji je nastao njihovim zajedničkim planiranjem, time se individualnim pristupom pokušava izbjegći pad kvalitete zdravstvene skrbi. Istim načinom mobilni palijativni tim uspostavlja komunikaciju s bolničkim palijativnim timom kod indikacije pacijenta za obradu u bolnici kako bi se organizirala to brže.

Stacionarne ustanove (stacionari)

Psihosocijalnu skrb, osim zdravstvene, za pacijenta kao i za članove obitelji osiguravaju stacionari interdisciplinarnim putem. Organiziraju se ovisno o potrebama, resursima i specifičnostima pojedine županije u Republici Hrvatskoj. Cilj takve ustanove je stabilizacija stanja koje je u pogoršanju i ublažavanja simptoma koji ne mogu biti zbrinuti u domu pacijenta, time je pružen kratkotrajni odmora za obitelj oboljelog.

Hospicij

Kod završnog stadija bolesti najbolja moguća skrb do privremenog oporavka ili prirodne smrti pacijentima se može pružiti u hospiciju koji je samostalna zdravstveno – socijalna ustanova ili specijalna bolnica.

Pored zdravstvenih profesionalaca u hospiciju rade posebno educirani volonteri. Glavna zadaća hospicija je pružiti fizičku, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku pacijentima, a pružaju i oslonac njihovoj obitelji za vrijeme bolesti te i nakon smrti, u periodu žalovanja (10).

Jedini i prvi hospicij u Republici Hrvatskoj je Ustanova za palijativnu zdravstvenu skrb Hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ čiji je osnivač Caritas Riječke nadbiskupije (11).

Planiranje otpusta

Otpust pacijenta bi se trebao planirati još od prijema što uključuje komunikaciju s njegovom obitelji ili zakonskim skrbnicima. Bolnički socijalni radnik je dodijeljen ako pacijent nema zakonskog skrbnika. Pacijent i obitelj moraju biti informirani o njegovom stanju i treba provjeriti razumiju li sve informacije kako bi znali što ih očekuje nakon otpusta. Ako dođe do procjene da je potrebna posthospitalna skrb (kućna palijativna skrb, dugotrajna skrb u izvanbolničkim stacionarnim ustanovama) potrebno im je objasniti i te mogućnosti. Daljnja skrb se detaljno planira (prevencija dekubitusa, higijena pacijenta, eliminacija, upravljanje boli, hranjenje) i provodi se edukacija.

Neposredno prije otpusta treba:

1. provjeriti ako su svi preporučeni lijekovi u pristupačnom obliku (pogodni za primjenu kod kuće, pacijent ih može gutati itd.),
2. objasniti i ako je potrebno dati pismene upute o složenim posthospitalnim postupcima (injekcije heparina, parenteralna prehrana itd.),
3. prekontrolirati ako su izdane su doznake za pomagala (koncentrator kisika, antidekubitalni madrac itd.),
4. nalaze li se na mjestu buduće skrbi pripremljena neophodna pomagala (npr. koncentrator kisika, aspirator, kućni respirator),
5. pripremiti su pismene upute i informacije za pacijenta i obitelj (npr. kontakti koordinatora za palijativu, upute za PEG itd.),
6. procijeniti mogućnost naglog pogoršanja stanja kod terminalne faze karcinoma (12).

Što je detaljnije otpust isplaniran, to je manja mogućnost rehospitalizacije. Nakon otpusta pacijenta većinu njegove skrbi kod kuće provode članovi obitelji koji za to nisu obučeni ni emocionalno spremni.

Svoj život moraju prilagoditi novonastaloj situaciji. Pacijenti i njihove obitelji često se boje kako rade nešto pogrešno, mogu imati problema s organizacijom putovanja u zdravstvene ustanove, probleme sa socijalnom izolacijom kao i neke druge poteškoće. Ako im medicinsko osoblje dobro

pristupi mnoge poteškoće se mogu prevenirati i umanjiti. Pružanjem medicinski popraćenih i prikladnih preporuka od strane kliničara za palijativnu skrb, povećava se vjerojatnost da će obitelj kod kuće moći kvalitetno provoditi njegu.

Zaključak

Pod ljudskim pravom na zdravlje izričito je prepoznata palijativna skrb. Kada dođe do iscrpljenja klasičnih metoda liječenja te uslijed uznapredovanja bolesti pacijenti podnose teške simptome koji utječu na kvalitetu života, započinje palijativna skrb koja je za njih i njihove obitelji neophodna.

Radi povećanja broja pacijenata kojima je potrebna dolazi do problema u njezinoj realizaciji, prvenstveno radi nedostatka bolničkih kreveta za palijativnu skrb te radi nedovoljnog broja zdravstvenih i nezdravstvenih službi kao i nemogućnost pružanja kontinuirane skrbi.

Cilj zdravstvenih djelatnika je razviti veću sigurnost u same sebe kako bi mogli predvidjeti potrebe pacijenata te kvalitetno organizirati i provoditi različite oblike palijativne skrbi.

Osim toga, bitno je raditi na jačanju interdisciplinarnе suradnje. Potreban je holistički pristup i puno empatije u radu s obitelji kako bi život palijativnog pacijenta bio kvalitetan jer je to i svrha palijativne skrbi.

Literatura

1. World Health Organisation. Palliative care. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Pristupljeno: 10.11.2023.
2. Čuklje S. Osnove zdravstvene njegе. Zdravstveno veleučilište Zagreb: Zagreb; 2005.
3. Marđetko R, Dumbović N. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Hrvatska komora medicinskih sestara: Zagreb; 2018.
4. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi; 2010.
5. SPICT. Dostupno na: <https://www.spict.org.uk/the-spict/>. Pristupljeno: 14.11.2023.
6. Ventafridda V, Saito L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. Int J Tissue React. 1985;7(1):93-6.
7. ECOG Performance Status Scale. Dostupno na: <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status/>. Pristupljeno: 10.11.2023.
8. KBC Rijeka. Alati i skale za palijativnu skrb. Dostupno na: <https://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2016/04/Alati-i-skale-za-palijativnu-skrb.pdf>. Pristupljeno: 14.11.2023.
9. Republika Hrvatska Ministarstvo zdravstva, Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici hrvatskoj 2017.-2020. Zagreb; 2017.
10. Haramustek Ž. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi [Završni rad]. Sveučilište Sjever: Varaždin; 2018.
11. Hospicij. Dostupno na: <https://www.rijeka.hr/gradska-uprava/gradski-projekti/realizirani-projekti/ostala-velika-ulaganja/hospicij/>. Pristupljeno: 10.11.2023.
12. The Palliative Care Handbook. Wessex Palliative Physicians. Dostupno na: https://www.ruh.nhs.uk/for-clinicians/departments_ruh/palliative-care/documents/palliative-care-handbook.pdf. Pristupljeno: 13.11.2023.



Dnevna bolnica Zavoda za urologiju KB Sveti Duh – osiguravanje kontinuiteta liječenja i skrbi uroloških bolesnika

Radmila Vrbat, Maja Bedek

Uvod

Rak kao ukupno drugi najčešći te vodeći uzrok smrtnosti u populaciji mlađoj od 65 godina predstavlja jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u Hrvatskoj. Prema službenim podacima Registra za rak Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u 2019. godini zabilježeno je 25.352 novih slučajeva. Zbog dužeg očekivanog trajanja života očekuje se da će broj slučajeva biti u porastu. Najčešće sijelo raka kod muškaraca od 2016. godine je prostate dok se rak mokraćnog mjeđura kroz godine nalazi od petog do šestog mjesta. Prema smrtnosti rak prostate zauzima visoko treće mjesto, a rak mokraćnog mjeđura sedmo mjesto. Ishod bolesti uvelike ovisi o pravovremenoj, cjelevitoj i brzoj dijagnostici i liječenju, pogotovo kada se uzmu u obzir činjenice da se rak često ne otkrije u ranoj fazi te nepredvidivost i brzinu razvoja bolesti. Tijekom posljednjih godina uočena je učestala pojava produljenja dijagnostike i liječenja svih bolesti pa tako i onkoloških. Nakon pojave pandemije Covid - 19 bolesti situacija se dodatno pogoršala. Veliki dio resursa zdravstvenog sustava preusmjeren je na njeno suzbijanje i liječenje što je rezultiralo kašnjenjem u probiru i dijagnostici ostalih bolesti. Kao odgovor na ovu situaciju Ministarstvo zdravstva donosi Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. godine koji obuhvaća mjere primarne i sekundarne prevencije, kao i poboljšanog liječenja.

Cilj rada je opisati provođenje kontinuirane zdravstvene skrbi uro - onkoloških bolesnika kroz dnevnu bolnicu od osnutka u rujnu 2022. godine, s naglaskom na individualnu preoperativnu obradu i optimizaciju bolesnika za operativni zahvat te analizirati utjecaj takvog načina rada na kvalitetu liječenja uro - onkoloških bolesnika.

Dnevna bolnica Zavoda za urologiju

Razmatranjem navedene problematike unutar Zavoda za urologiju prepoznata je potreba reorganizacije i uspostavljanja novog načina rada Dnevne bolnice zavoda s ciljem osiguranja:

- kompletne predoperativne skrbi uroloških bolesnika na jednom mjestu
 - optimizacije komorbiditeta i stanja bolesnika prije operativnog zahvata
 - skraćenja vremena i bolja usklađenost predoperativne dijagnostike
 - skraćenja vremenskog perioda od postavljanja indikacije do operativnog zahvata, posebno ukoliko se radi o malignoj bolesti

Nakon osiguranja potrebnog prostora, opreme i osoblja dogovorene su konkretnе aktivnosti te je izrađena dokumentacija neophodna za rad kao što su algoritam za dijagnostičko - predoperativnu obradu kroz dnevnu bolnicu, upute za bolesnike, radni nalog i ostala dokumentacija.

Radni tijek

Nakon neophodne dijagnostike i postavljanja indikacije za operativni zahvat, liječnik specijalist urologije informira bolesnika o operativnom zahvatu i potrebnoj predoperativnoj obradi. Ispunjava radni nalog te ga predaje medicinskoj sestri - koordinatoru u dnevnoj bolnici. Radni nalog sadrži osnovne podatke o bolesniku, primarnu i ostale dijagnoze, specifičnosti o bolesniku te potrebnu obradu.

ZAVOD ZA UROLOGIJU

Prezident Zavoda: Prof.dr.sc. Pero Šukerica
str.med. spcic.urolog, subspec. urin. onkolog,
Sveti Duš 64, 10000 Zagreb
tel: 3712-147; mail: urologija@zbed.hr

DNEVNA BOLNICA

Ime i prezime bolesnika _____ P N

Datum rođenja _____ Kontakt _____

Radna dijagnoza _____

MBO _____ Datum prijema _____ D. otpusta _____

TT _____ RR _____ NRS _____

Pretrage	Datum	Pravilno rađeno u/-
<input type="checkbox"/> KOG, K, Na, ureja, kreatinin, GUK, jetreni testovi, PV, APTV, fibrinogen	O	
<input type="checkbox"/> Urin bokserijski	P	
<input type="checkbox"/> Uretonikultura	C	
<input type="checkbox"/> EKG	A	
<input type="checkbox"/> RTG pluća (kod starijih od 40 god ili s indikacijom)		
<input type="checkbox"/> KG		
<input type="checkbox"/> Konzilijski pregled		
<input type="checkbox"/> Anestezijolog		
<input type="checkbox"/> MSCT urografija		
<input type="checkbox"/>		

Potpis medicinske unute

Potpis i faksimil leječnika

Slika 1.
Radni nalog, Zavod za urološku KB Sveti Duh



Zadaci medicinske sestre - koordinatora u dnevnoj bolnici:

- uspostavlja kontakt s bolesnikom, daje potrebne upute i pruža podršku bolesniku tijekom boravka u dnevnoj bolnici
- dogovara potrebne dijagnostičke i konzilijske preglede
- oduzima uzorce za ordinirane laboratorijske pretrage
- provodi nutritivni probir i optimizaciju nutritivnog statusa
- primjenjuje predoperativnu terapiju
- evidentira specifičnosti koje se odnose na bolesnika
- usklađuje i prilagođava aktivnosti
- vodi sestrinsku dokumentaciju
- vrši obračun

Po završetku obrade medicinska sestra obaveštava liječnika koji zaključuje liječenje kroz dnevnu bolnicu te određuje termin hospitalizacije. Bolesniku se daju usmene i pismene upute o hospitalizaciji. Uz predoperativnu obradu, u sklopu dnevne bolnice provode se i postupci kao što su:

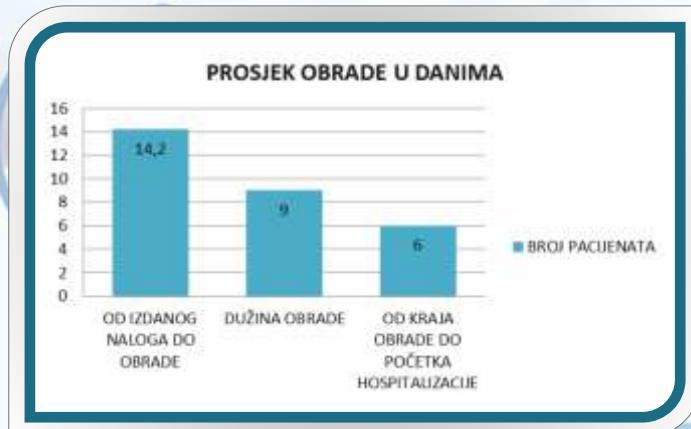
- provođenje antibiotske terapije
- prelazak s peroralne antikoagulantne terapije na niskomolekularni heparin prije i poslije operativnog zahvata
- provođenje skrbi i specifičnih postupaka kod bolesnika s urostomom

Brojčani pokazatelji - rezultati liječenja kroz dnevnu bolnicu

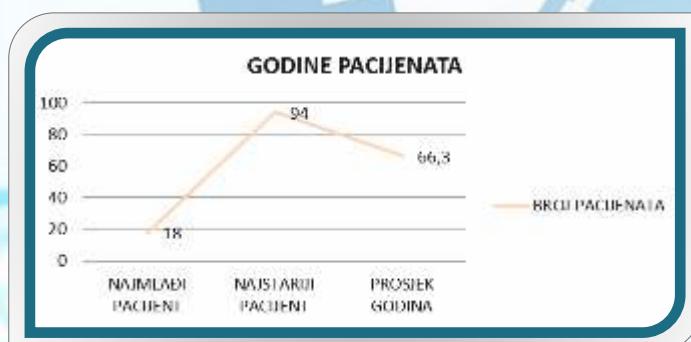
Od rujna 2022. godine do danas je u dnevnu bolnicu zaprimljeno 921 radnih naloga od kojih je 880 obrađeno, a njih 41 je u obradi, što je pokazatelj da je lista čekanja minimalna.



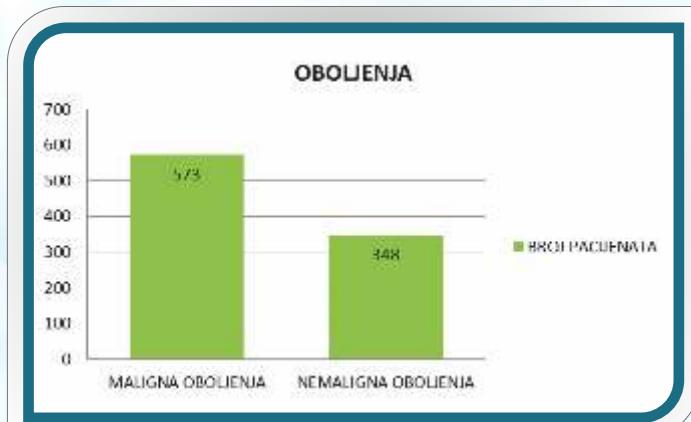
U prosjeku, od dolaska radnog naloga do početka obrade prođe 14,2 dana. Obrada se napravi u prosjeku za 9 dana, no to ovisi i o potrebi za dodatnom obradom (kardiološkom, endokriološkom, neurološkom...). Od završetka obrade do početka hospitalizacije prođe u prosjeku 6 dana.



Najmlađi bolesnik koji je obrađen u urološkoj dnevnoj bolnici ima 18 godina, dok je najstariji bolesnik sa 94 godine, prosjek je 66,3 godina.



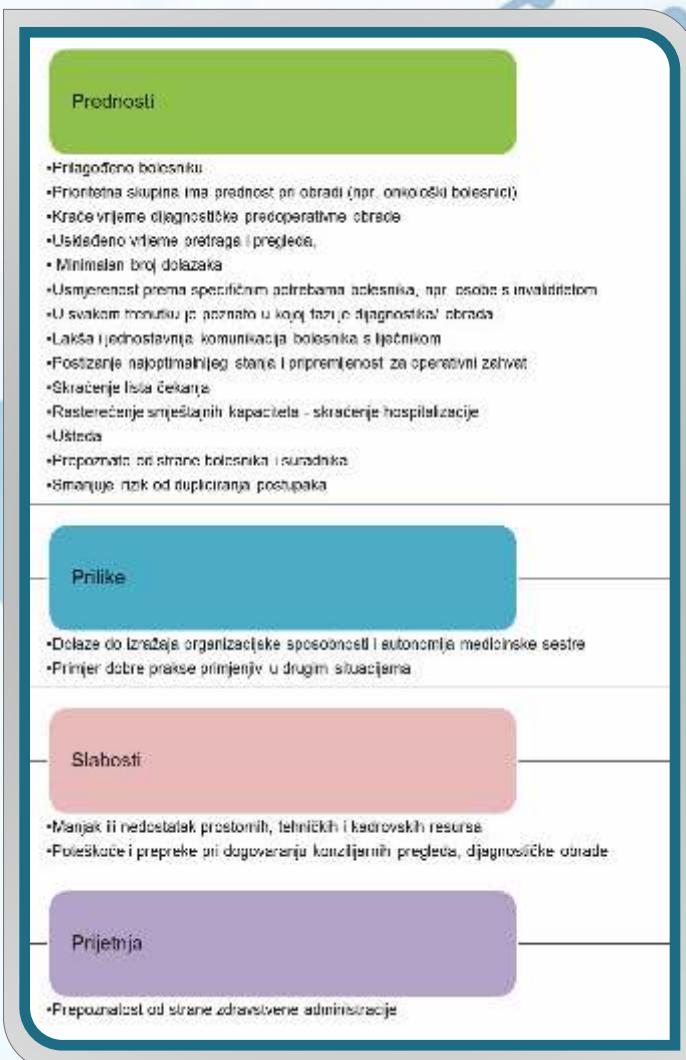
Od zaprimljenih 921 radnih naloga, njih 573 je imalo maligno oboljenje (karcinom testisa, karcinom prostate, karcinom mjehura, tumor bubrega...), 348 je imalo druga oboljenja kao što je varicocela, hernija, nefrolitijaza, striktura uretre itd.



20

SWOT analiza

U analizi rada korištena je SWOT analiza, učinkoviti alat koji se koristi u sustavu zdravstva za poboljšanje parametara kvalitete i racionalizaciju resursa:



Zaključak

Analizom brojčanih rezultata, kao i SWOT analizom rada kroz Dnevnu bolnicu Zavoda za urologiju utvrđen je niz prednosti. Ovakav način rada značajno utječe na dostupnost, brzinu, učinkovitost i kvalitetu skrbbi. Neometana i pravovremena skrb, utemeljena na multidisciplinarnom pristupu u kojem je ključan član medicinska sestra jedan je od preduvjeta za uspješno liječenje, osnaživanje bolesnika kao i zadovoljstvo bolesnika pruženim uslugama. Također, ovakav pristup dovodi do smanjenja lista čekanja te racionalizacije troškova liječenja i hospitalizacije.

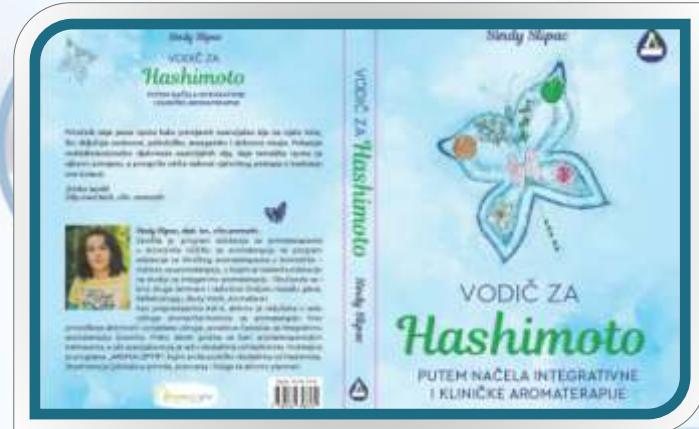
Aromaterapija kod hashimota – osobno iskustvo

Sindy Slipac

Kada mi je prije 10 godina dijagnosticiran Hashimotov tireoiditis simptomi koji su ga pratili bili su od onih na fizičkoj razini poput problema s menstrualnim ciklusom, probavom (napuhnutošću, usporena probava), bolova u mišićima, umora i iscrpljenosti, nesanice, na emotivnoj razini bezvoljnost, osjećaj tjeskobe, emocije straha, nesigurnosti, zabrinutosti do potisnute ljutnje, frustriranosti, do simptoma na mentalnoj razini poput nemogućnosti fokusiranja, slabe koncentracije i pamćenja. Opisana stanja narušavala su moje psihičko stanje te kvalitetu života i onemogućavala mi obavljanje posla. „Živjela“ sam Hashimoto čime sam povećavala navedene simptome. Došla sam do konstantnog osjećaja umora, iscrpljenosti fizičke i mentalne, totalnog pada energije, turbulencija u emocijama, osjećaja beznađa. Osvijestila sam da ne mogu više tako živjeti, da moram preuzeti osobnu odgovornost i tada pronalazim Zrinku Jezdić i AromaVita učilište, koje je u međuvremenu izraslo u AromaVita institut za aromaterapiju sa novim, jedinstvenim integrativnim pristupom aromaterapiji. Donijela sam odluku da želim individualno učiti o aromaterapiji i usporedno dolaziti na tretmane. Moja edukacija je bila jedinstvena, jer sam paralelno spajala osobno iskustvo i znanje o esencijalnim uljima. Završila sam studij kliničke aromaterapije, a trenutno sam na studiju integrativne aromaterapije. Bolujući od Hashimota niz godina i aktivno se baveći kliničkom i integrativnom aromaterapijom, primjenjivala sam esencijalna ulja na sebi, a kasnije i na mojim klijenticama, zapisujući i vodeći bilješke o svim promjenama koje su se događale. Rezultat toga je moja knjiga "Vodič za Hashimoto putem načela integrativne i kliničke aromaterapije", praktični priručnik koji se temelji na empirijskom istraživanju utjecaja esencijalnih ulja na simptome Hashimoto sindroma.

Također sam pratila znanstvena istraživanja primjene esencijalnih ulja i prema načelima integrativne aromaterapije uspješno ih integrirala u profesionalni i svakodnevni život.

U knjizi sam opisala simptome Hashimota kroz fizičku razinu (stres, nesanica, kronični umor, probavni problemi), emocionalnu razinu (anksioznost, depresija, letargija, emocionalna iscrpljenost), mentalnu razinu (raspršenost, mentalna iscrpljenost), duhovnu i energetsku razinu te načine primjene esencijalnih ulja na njihovo smanjenje. Priručnik daje jasne upute o tome kako primijeniti esencijalna ulja na cijelo biće, što uključuje osobnost, psihološko, energetsko i duhovno stanje. Osobe sa dijagnozom Hashimota, svakodnevno se nose s nekim od gore navedenih simptoma, trudeći se dovesti u potreban psihofizički balans. U tom procesu veliku pomoći i podršku mogu im pružiti esencijalna ulja koja svojim kemijskim sastavom i mirisom djeluju terapeutski i to stimulirajuće, relaksirajuće i balansirajuće i na taj način učinkovito umanjuju simptome Hashimota.



Esencijalna ulja se primjenjuju kroz različite tehnike aromaterapije, od suhe inhalacije, difuzora, kupki, aromaterapeutske masaže, džepnih inhalatora te aroma preparata, od strane educiranog aromaterapeuta ali i samostalno, kroz svakodnevno korištenje esencijalnih ulja.

Miris esencijalna ulja kod oboljelih od Hasimota djeluje na umanjenje efekata lošeg raspoloženja, odnosno emocija i osjećaja, poput ljutnje, tuge, frustriranosti, povrijeđenosti.

Olfaktorna stimulacija udisanjem mirisa esencijalnih ulja ima pozitivne učinke na umanjenje simptoma poput anksioznosti i depresije ali također i pozitivan učinak na poboljšanje memorije i raspoloženja.

Na umanjivanje simptoma Hashimota djelotvorno djeluju esencijalna ulja bosiljka (*Ocimum basilicum*), geranija (*Pelargonium graveolens*), timijana ct.timola (*Thymus vulgaris* ct.timol), mire (Myrtus communis), korijander (*Coriandrum sativum*), slatke naranče (*Citrus sinensis*) i bergamota (*Citrus bergamia*).

Posebno dobra ulja za štitnjaču i hipotireozu su geranij i mirta koji uravnotežuju rad štitnjače, donose hormonalnu ravnotežu i umanjuju simptome depresije, te korijander koji potiče rad štitnjače i posebno je dobar za Hashimoto, ali djeluje i kao karminativ, euforik i neurotonik.

Jedno od najboljih esencijalnih ulja sa umirujućim i balansirajućim učinkom je bergamot, koji umanjuje simptome nesanice, nervoze i anksioznosti.

U trenucima kada se pojave simptomi Hashimota, umor, problemi sa probavom, nedostatak energije i koncentracije te panika i tjeskoba, oslanjam se na korijander. U trenucima održavanja vlastite discipline koristim mirtu koja me podržava kako da disciplinu održim u svom životu.

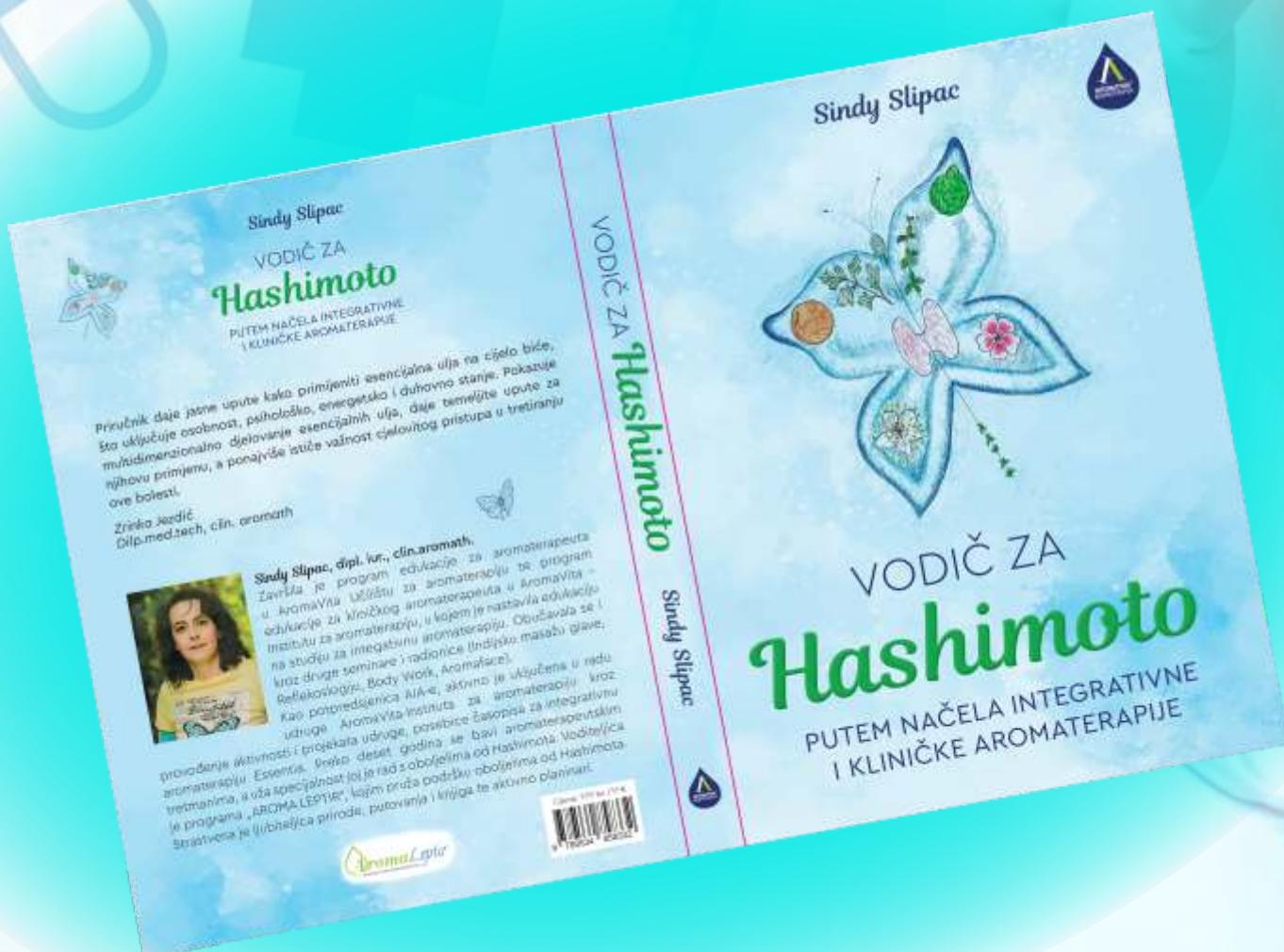
Ekstremne oscilacije emocija ugrožavaju moje međuljudske odnose pa tada koristim svoje prvo ulje geranij. Kada osjećam najjaču paniku u sebi koristim bergamot koji mi vrti samopouzdanje kojim mogu započeti novi dan. Ima dana kada je lakše, a ima dana kad je teže.

Ali ono što je nužno, da bi se održavao uravnovezen i funkcionalni način života, je uporna, disciplinirana i aktivna, svakodnevna briga o sebi.

Moramo preuzeti osobnu odgovornost za svoje zdravlje i izići iz „autoimunog“ filma.

Zahvaljujući kontinuiranom radu sa esencijalnim uljima, redovitoj fizičkoj aktivnosti, posebice planinarenju te prilagođenoj prehrani, pronašla sam svoj balans koji nastojim održati. Moja bolest se stabilizirala.

Radim kao klinički aromaterapeut u AromaVita institutu za aromaterapiju, suradnica sam na našem časopisu za integrativnu aromaterapiju „Essetia“ i voditeljica sam terapijskog programa integrativne aromaterapije za Hashimoto „Aroma leptir“. Želim pružiti podršku oboljelima kroz individualni i grupni pristup i naučiti ih kako da pomognu sebi koristeći puni potencijal esencijalnih ulja kroz kliničku i integrativnu aromaterapiju. Integrativni pristup Hashimotovom sindromu podrazumijeva primjenu punog potencijala esencijalnih ulja za održavanje balansa te osobni i duhovni razvoj pomoću različitih integrativnih metoda/tehnika (AromaFace, Aroma biblioterapija, Aroma art). Predstavlja integraciju esencijalnih ulja u svakodnevni život, što donosi osobnu integraciju, razvoj svijesti te rješavanje psiholoških i energetskih blokada koje su u podlozi ovog sindroma.



Sindy Slipac

VODIČ ZA Hashimoto

PUTEM NAČELA INTEGRATIVNE I KLINIČKE AROMATERAPIJE

Priručnik daje jasne upute kako primjenjiti esencijalna ulja na cijelo tijelo, što uključuje osobnost, psihološko, energetsko i duhovno stanje. Prikazuje multifunkcionalno djelovanje esencijalnih ulja, daje temeljite upute za njihovo primjenu, a ponajviše ističe važnost cjelovitog pristupa u tretiranju ove bolesti.

Zrinka Jeđić
Dipl.med.teh., clin. aromath

Sindy Slipac, dipl. kur., clin.aromath.

Završila je program edukacije za aromaterapeuta u AromaVita Institutu za aromaterapiju te program edukacije za kliničkog aromaterapeuta u AromaVita Institutu za aromaterapiju, u kojem je nastavila edukaciju na studiju za integrativnu aromaterapiju. Obučavala se i kroz drugi seminare i radionice (Indijsko masalo glave, Rešetkovlog, Body Work, Aromaface).

Prinudjene aktivnosti i pregrada u radu, uključujući i poslovne veštine, za aromaterapiju kroz aromaterapiju. Essetia, treći deset godina se bavi aromaterapeutskim programom „AROMA LEPTIR“, kojim pruža podršku oboljelima od Hashimoto. Stručnjaka je i ilustracija prirode, putovanja i krije ga te aktivo planirati.

Sindy Slipac

VODIČ ZA Hashimoto

PUTEM NAČELA INTEGRATIVNE I KLINIČKE AROMATERAPIJE

OHBP- kongresi, simpoziji i tečajevi u 2023.

Educiranost, uigranost medicinskog tima, profesionalnost i komunikacija uvelike utječe na ubrzavanje samog procesa zbrinjavanja hitnog pacijenta. Od izuzetne važnosti je kontinuirana edukacija medicinskih sestara/tehničara OHBP-a, koju dodatno nadopunjujemo aktivnim sudjelovanjem na kongresima, simpozijima i tečajevima.

Tečaj gipsanja-sadrene imobilizacije u organizaciji HUMS-a održan je u prostoru KB Sveti Duh 11.03.2023. Organizacijom rada i kompetencijama medicinskih sestra/tehničara

OHBP-a predviđena je izrada i postavljanje sadrenih udlaga, odnosno osim transportne i standarne imobilizacije medicinske sestre/tehničari moraju znati savladati vještinu sadrene imobilizacije koju postavljaju na indikaciju liječnika OHBP-a.

Na početku je prezentirana povijest imobilizacije, anatomija kosti, krvnih žila, mišića i

ligamenata, objašnjeni su položaji i vrste imobilizacije, vrste materijala, tehnike izrade

sadrene udlage, specifičnosti imobilizacije kod djece te procjena neurovaskularnog statusa.

U praktičnom djelu samostalno se nakon prikaza instruktora održivala sadrena imobilizacija: podlaktična, udlaga za šaku i prst, nadlaktična, kod prijeloma skafoide kosti, Desault imobilizacija, potkoljenična, natkoljenična i tutor sadrena udlaga. **Tečaj su uspješno položili sljedeći polaznici:** Žderić Milana, Miklaužić Dražen, Joka Tihomir, Mihaljević Irina, Bošnjak Sanja, Kurtanjek Matija, Gvozdanović Renato, Mahovlić Marija te Kerezović Ivana.

U Opatiji od 23.03.-26.03.2023. održan je 12 Kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem „Sestrinstvo bez granica“.

Teme kongresa bile su: Leadership u sestrinstvu, Unapređenje kvalitete u zdravstvenoj skrbi, Promicanje zdravlja u zajednici, Povezanost malignih bolesti i Covida-19, Kronične nezarazne bolesti u 21. stoljeću te Prevencija nasilja u zdravstvenim ustanovama.

Medicinske sestre/tehničari OHBP-a aktivno su sudjelovali u prezentaciji postera i putem predavanja. Posteri: 1. „Uloga medicinske sestre i tehničara u zbrinjavanju bolesnika s ozljedom ekstremiteta u 2. „Retrospektivna analiza dolazaka bolesnika s akutnim urološkim stanjima te postupcima medicinskih sestara i tehničara u hitnom bolničkom prijemu, Melina Nelyh Đikoli, Tin Migać, Jan Hautman

Međunarodni simpozij hitne medicine povodom 10 godina OHBP-a OŽB Našice, 13.04.-14.04. travanj 2023.

Teme simpozija bile su: Rana, Prijelomi, Srčani ritmovi, Dišni put, Imobilizacija, Bol, Kompetencije medicinskih sestara i tehničara, slobodne teme i radionice: RTG dijagnostika najčešćih frakturna aksijalnog i perifernog skeleta, Kirurško šivanje rana i upotreba instrumentarija, Procjena kronične rane-vidimo li svi isto?, Ritmovi u srčanom arestu, Imobilizacija

gornjih ekstremiteta, repozicija prijeloma distalnog djela palčane kosti, Stres menadžment, kako nositi vlastiti stres da bi bili bolji profesionalci i Videolaringoskopska intubacija. Medicinske sestre/tehničari OHBP-a su aktivno sudjelovali na svim radionicama i održali prezentaciju „Električni udar i udar groma“ Jakov Štefanić, Marija Mahovlić, Milana Žderić.

1.Simpozij hitne medicine u Osijeku, Obljetnica 10 godina od osnutka OHBP-a pri KBC Osijek, od 12.05.-14.05.2023.

Teme simpozija bile su : Respiracija, dišni put i reanimatologija, Kardiovaskularne hitnosti, Akutna intraabdominalna zbivanja, Trauma i politrauma, Akutni neurološki događaj i komatozna stanja, UZV u hitnoj medicini, Teške infekcije i COVID-19,Toksikologija i hitni laboratorij. Medicinske sestre/tehničari OHBP-a su sudjelovali sa prezentacijom postera:

1.,Zbrinjavanje traumatološkog bolesnika u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu"

Ivanić Dubravka, Pađen Ivanka, Biličić Dijana, Kerezović Ivana,
 2.,Retrospektivna analiza dolazaka bolesnika s akutnim urološkim stanjima te postupcima medicinskih sestara i tehničara u hitnom bolničkom prijemu" Melina Nelyh Đikoli, Tin Migać, Jan Hautman

7. Kongres hitne medicine medicinskih sestara i tehničara s međunarodnim sudjelovanjem od 22.11-24.11.2023.g Vodice Teme kongresa bile su: Stručni izazovi u zbrinjavanju hitnih pacijenata, Medicinska dokumentacija u hitnoj medicini – kontinuitet i kvaliteta skrbi, odgovornost i zaštita,

Komunikacijski izazovi u hitnoj medicini, Trauma – vječna inspiracija hitne medicine,

Specijalističko usavršavanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicine – iskustva i perspektive, OHBP – raskrije na ulazu bolnice, Slobodne teme, Radionice: Propedeutika za medicinske sestre i medicinske tehničare, Korištenje ultrazvuka pri postavljanju perifernog venskog puta,Okrugli stolovi: Psihološki aspekti rada djelatnika u hitnoj medicine i Povezanost znanosti i prakse u sestrinstvu. Medicinske sestre/tehničari OHBP-a su sudjelovali sa prezentacijom postera: „Infarkt bubrega-desetogodišnje iskustvo OHBP-a KB Sveti Duh“ Cepetić Mirela, Ivanić Dubravka, Žderić Milana, Mahovlić Marija Kvaliteta rada našeg OHBP-s temelji se na timskom radu svog medicinskog i nemedicinskog osoblja, a da bi on bio što kvalitetniji potrebno je prema osoblju biti profesionalan, edukativan i empatičan.



ZBRINJAVANJE TRAUMATOLOŠKIH BOLESNIKA U OHBP-u – retrospektivna analiza

Autorki: Dubravka Ivana, Padjen Ivanka, Biličić Dijana, Kerezović Ivana

Strošek: Ivana Kerezović, Ivana Dubravka, Ivana Padjen, Ivana Biličić, Ivana Kerezović

Resumen: Isplavljeno: objavljeno je nekoliko studija o rezultatima primene metoda ELS u bolnici. Osim toga, u Hrvatskoj postoji i drugi istraživački radovi o ELS primjeni u različitim kontekstovima, ali do danas nema podataka o primjeni ELS-a u policijskoj ambulansnoj službi. Zbog toga je potreban detaljni opis primjene ELS-a u policijskoj ambulansnoj službi, kako bi se moglo uspostaviti uspoređivanje rezultata s drugim studijama. Cilj ovog projekta je da se ustanovi u kojem mjerom je primjena ELS-a u policijskoj ambulansnoj službi uspješna i u kojem mjerom je potrebna daljnja razvojna radnja.

Uloga medicinske sestre/tehničara u zbrinjavanju bolesnika u ekstremitetu u hitnom bolničkom prijemu - sadržene immobilizacija

Uloga medicinske sestre/tehničara u ekstremitetu u hitnom bolničkom prijemu - sadržene immobilizacija

Uloga medicinske sestre/tehničara kod trijaha bolesnika:

- Razlog dolaska
- Mechanizam ozljede (pad u rasinu/s visine, udarac, nalet vozila)
- Odrediti vitalne parametre, procjene boli
- Primjene neuroprotektivne strategije
- Ulaganje u stabilnu poziciju
- Slaganje struktura grane vratice
- Basa primjene antalgika
- Provodenje injekcija lečenja

Uloga medicinske sestre/tehničara kod zaprimanja u ambulantu:

- Primarni pregled
- Diagnastička obrada prema indikaciji
- Rana primjena analgetika u ranoj fazi
- Provodenje mjeru immobilizacije

Dragi naši, svima Vama i Vašim obiteljima želimo mir, zdravje, ljubav, nadu i radost

Sretan i blagoslovjen Božić te uspješnu Novu 2024.

Vaš jedini i najbolji OHBP

Uloga medicinske sestre i tehničara u zbrinjavanju bolesnika s ozljedom ekstremiteta u hitnom bolničkom prijemu - sadržene immobilizacija

Uloga medicinske sestre i tehničara u zbrinjavanju bolesnika s ozljedom ekstremiteta u hitnom bolničkom prijemu - sadržene immobilizacija

Uloga medicinske sestre/tehničara kod trijaha bolesnika:

- Razlog dolaska
- Mechanizam ozljede (pad u rasinu/s visine, udarac, nalet vozila)
- Odrediti vitalne parametre, procjene boli
- Primjene neuroprotektivne strategije
- Ulaganje u stabilnu poziciju
- Slaganje struktura grane vratice
- Basa primjene antalgika
- Provodenje injekcija lečenja

Uloga medicinske sestre/tehničara kod zaprimanja u ambulantu:

- Primarni pregled
- Diagnastička obrada prema indikaciji
- Rana primjena analgetika u ranoj fazi
- Provodenje mjeru immobilizacije

Prilikom otpusta bolesnika neophodno je upoznati o mogućim komplikacijama sadržene immobilizacije: neočekivani otok, cijanoza, kontrakture.

Izvješće s multidisciplinarnog uroonkološkog kongresa „Uro – Onko Forum“

Antonija Strojny



U Šibeniku je od 11. do 14. svibnja 2023. godine, održan multidisciplinarni kongres s međunarodnim sudjelovanjem, „Uro – Onko Forum“.

Sestrinski dio kongresa otvoren je pozdravnim govorom predsjednice Društva uroloških medicinskih sestara i tehničara Radmire Vrbat, mag.med.techn., koja je ujedno bila i članica organizacijskog odbora. Medicinske sestre/tehničari su kroz predavanja i poster prezentacije prikazali svoju ulogu u procesu

liječenja uro – onkoloških bolesnika, a kroz zajedničku raspravu istaknuti su aktualni problemi s kojima se u svakodnevnom radu suočavamo i predložena moguća rješenja.

Sa Zavoda za urologiju KB „Sveti Duh“ aktivno su sudjelovale Radmila Vrbat s temom „Utjecaj predoperativne obrade kroz dnevnu bolnicu na liječenje uro – onkoloških bolesnika“ te Maja Peša s predavanjem i radionicom „Utjecaj predoperativnog obilježavanja na podizanje kvalitete života bolesnika s urostomom“.

Uro – Onko Forum bio je prilika za razmjenu znanja i iskustva multidisciplinarnog tima u svrhu bolje koordinacije skrbi za bolesnike na čemu zahvaljujemo pozvanim predavačima, Ivoni Poljak, mag. psych., KBC Zagreb, Ivanu Jurošu, bacc.physioth., OB Šibenik, Andrijani Hranj, mag. nutricionizma, KB Sveti Duh i doc. prim. mr. sc. Lidiji Fumić Dinkić, KBC Sestre Milosrdnice i Tini Škugor, bacc.med.techn iz mobilnog palijativnog tima, Dom zdravlja Šibenik.

Završetak radnog dijela kongresa obilježen je panel diskusijom na temu „Budućnost sestrinstva u Hrvatskoj“. Nadamo se ovakvim susretima i u budućnosti kako bi nastavili raditi na razvoju i unaprijeđenju sestrinske skrbi s ciljem poboljšanja kvalitete života uro – onkoloških bolesnika.





Izvješće s 5. međunarodnog simpozija „Urology today 2023“

Pripremila: Radmila Vrbat

5. međunarodni urološki simpozij „Urology today 2023“ održan je u hotelu Olympia u Vodicama od 6. do 8. listopada 2023. godine, nakon petogodišnje pauze uzrokovane pandemijom koronavirusa. Organizator ovog događanja tradicionalno je bio Odjel urologije Opće bolnice šibensko - kninske županije. Paralelno s liječničkim, održan je simpozij uroloških medicinskih sestara i tehničara. Skup su pozdravili mr.sc. Daniel Reljić, dr.med. – predsjednik organizacijskog odbora simpozija, Radmila Vrbat, mag.med.techn. – predsjednica Društva uroloških medicinskih sestara i tehničara HUMS-a, prof.dr. Igor Tomašković – predsjednik Hrvatskog urološkog društva HLZ - a te prvostupnica sestrinstva Kristina Arambašić kao suorganizator simpozija.

Medicinske sestre Zavoda za urologiju KB Sveti Duh održale su tri predavanja:

Zadovoljstvo pacijenata pruženom zdravstvenom skrbi
Božica Čačko

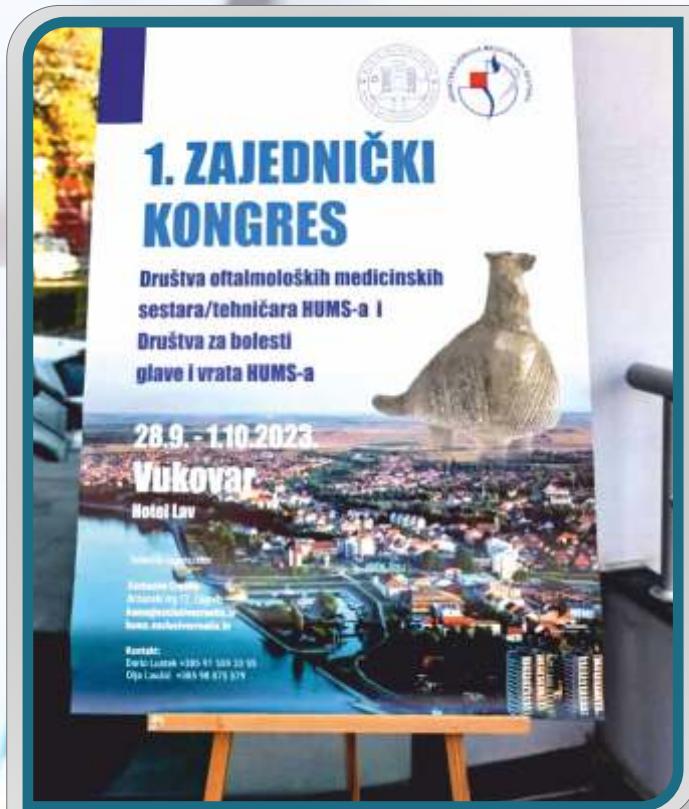
Rad urološke dnevne bolnice

Maja Bedek

Prijapizam hitni urološki operativni zahvat

Kristina Bukarica

Nakon uspješnog i zanimljivog stručnog dijela sudionici su imali priliku posjetiti Hrvatski centar koralja na otoku Zlarinu i upoznati se s tradicijom koraljarstva na tom otoku šibenskog arhipelaga.



Kongresu je prisustvovalo 85 medicinskih sestara i tehničara te fizioterapeuta iz Hrvatske i Slovenije.



U periodu od 28. rujna do 01. listopada 2023. godine u Vukovaru, Hotel Lav, održan je prvi zajednički Kongres Društva oftalmoloških medicinskih sestara/tehničara HUMS-a i Društva za bolesti glave i vrata HUMS-a. Organizator kongresa bio je KBC Sestre Milosrdnice.



Kroz četiri dana, pod temom aktualnosti u karijernom putu medicinskih sestara/tehničara, održano je 29 predavanja, dvije poster prezetacie te pet plenarnih predavanja. Teme predavanja su pokrivale važnost obrazovanja, usavršavanja kroz proces mentorstva te moguće specijalizacije medicinskih sestara/tehničara.

Također je održan okrugli stol pod nazivom "Sestrinstvo juče, danas i sutra" čiji sudionici su bili svi plenarni predavači te je svojom temom privukao mnoge sudionike kongresa. Djelatnici Klinike za oftalmologiju također su aktivno sudjelovali sa tri predavanja.



Iznimna je čast što nas je, kao i svaki put do sada, došla pozdraviti i podržati Tanja Lupieri, mag.med.techn., predsjednica HUMS-a.



Budući da je ovo bio novi koncept spajanja dvaju Društava, provela se i anonimna pisana anketa. Veseli nas što su povratne informacije bile i više nego zadovoljavajuće.

Nakon edukacije našlo se vremena i za druženje u predivnom Iluku kao i svečanu večeru uz Dunav. Stekla su se nova poznanstva, razmijenila iskustva, naučile su se neke nove stvari pa nas stoga veseli ponovni susret u nadolazećoj godini.

Suzana-Lidija Mučnjak
Predsjednica podružnice HUMS-a KB "Sveti Duha"



Izvješće sa 16. kongresa HDMSARIST - a sa međunarodnim sudjelovanjem

Leopold Šprem



Od 18. - 21. svibnja 2023. godine, u hotelu Imperijal u Vodicama, održan je 16. kongres Hrvatskog društva medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije. Kongres je svečano otvoren uz pozdravni govor predsjednika društva doc.dr.sc. Andriana Friganovića, mag.med.techn. i šibensko - kninskog župana dr.sc. Marka Jelića, koji su također uručili posebno priznanje za uspjeh učenicima srednje medicinske škole Šibenik. Na prekrasnoj lokaciji u središnjoj Dalmaciji okupilo se oko 300 medicinskih sestara/tehničara s anestezije, intenzivne nege i transfuzije iz cijele Hrvatske i okolnih zemalja.



Teme kongresa:

- Sestrinska dokumentacija u anesteziologiji i intenzivnoj medicini
- Posjete u jedinici intenzivne medicine
- Specijalističko obrazovanje – koliko smo napredovali
- Kompetencije medicinske sestre u transfuzijskom liječenju
- Pediatrijska i neonatalna intenzivna skrb
- Slobodne teme

Prezentirano je ukupno 108 radova, a sa Zavoda za urologiju KB „Sveti Duh“ aktivno je sudjelovao Leopold Šprem kao član organizacijskog tima i sa radovima: protokol masivne transfuzije i prirodene srčane greške. Pozvani predavači bili su doc. dr. sc. Vedrana Vežzović, prim. mr. sc. Maja Grba Bujević, dr. med. dr. sc. Irena Kovačević, doc. dr. sc. Snježana Benko Meštrović, doc. dr. sc. Biljana Kurtović, Kata Ivanišević, mag. med. techn., Boris Ilić, mag. med. techn. I dr. sc. Damir Važanić, mag. med. techn. Zahvaljujući raznovrsnim temama, razmijenili smo nova iskustva i saznanja iz područja anestezije, reanimacije, intenzivne nege i transfuzije. Osim razmijenjene kliničkih iskustava, raspravljalo se o aktualnim problemima u sestrinstvu i izazovima s kojima se medicinske sestre/tehničari susreću u svakodnevnom radu. Bilo nam je veliko zadovoljstvo sudjelovati na ovogodišnjem kongresu i veselimo se sljedećim susretima.





Izvještaj sa kongresa

Marina Kos

Udruga medicinskih sestara i tehničara hrvatske za neurologiju organizirala je XIV. međunarodni kongres pod nazivom „Razvoj strategija za zdravlje mozga“

koji se održao u Šibeniku u AMADRIA PARK, 27 – 30. rujna 2023. godine.

Kongres je bio izrazito posjećen uz sudjelovanje kolegica iz Bosne i Hercegovine, Sjeverne Makedonije, Srbije i Slovenije.

Program se odvijao kroz 5 radionica

1. MEDICINSKA SESTRA KAO MODERATOR

sukobi i načini rješavanja
suradnja s obitelji
modeli dobre prakse

2. DA LI SMO SKLONI STIGMI?

međuljudski odnosi u timu
komunikacija
tolerancija
generacijski jaz

3. ISTRAŽIVAČKI RAD U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

4. UTJECAJ MODERNE TEHNOLOGIJE I INOVATIVAN PRISTUP NA ZDRAVLJE MOZGA

5. ORGANIZACIJSKE ZAMKE

organizacija procesa
otpust
dostupnost edukacija
incidenti

Valentina Belas Horvat i Marina Kos sa Klinike za neurologiju KB Sveti Duh aktivno su sudjelovale u radu kongresa sa temom „Moždani udar-kronična nezarazna bolest 21. stoljeća“.





Izvještaj sa službenog posjeta Kliničkom bolničkom centru Ljubljana

Jadranka Ristić

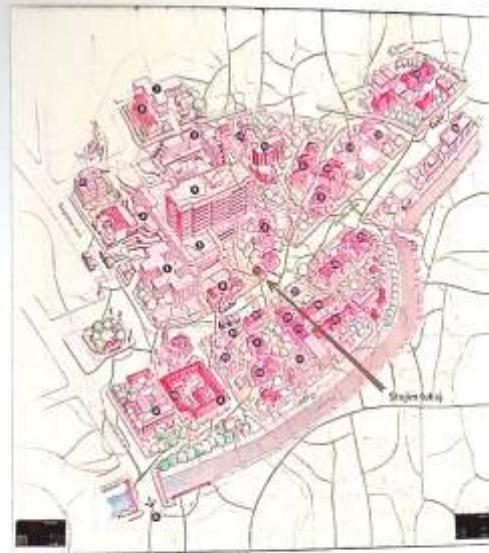
6. lipnja 2023. godine pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo, Tanja Lupieri, mag. med. techn. organizirala je prijateljski posjet Sveučilišnom kliničkom centru Ljubljana. S više od 8300 zaposlenika i izvanrednim postignućima u području zdravstvene zaštite UMCL se može usporediti s nekima od najuglednijih zdravstvenih institucija u Europi i svijetu. Zaposlenici UMCL-a svakodnevno rade na poboljšanju učinkovitosti i djelotvornosti pruženih usluga te uključuju napore za stjecanje međunarodnih akreditacija.

Pri UMCL-u nalazi se i škola za primalje u Ljubljani u sklopu koje smo obišli impresivan muzej. 1950. je izgrađena drvena građevina u vrtu rodilišta (izgrađena je dobrovoljnim radom učenica primaljske škole). 1955. je ona postala savjetovalište za žene a nakon togaje preimenovana u „Dispanzer za žene“.

Izlet je osim edukacije bio i ugodno druženje s kolegicama iz KB Sveti Duh.



univerzitetni
klinični center Ljubljana 



1 Poliklinika

2 Urgentni blok

3 Glazna stvarba

11 Ginekološka klinika

12 Medicinska fakulteta

13 Uprava

22 Uprava HC

23 Klinički oddjeli
za kliničko istraživanje

24 Socijalna služba



MOJ GLAS

GLASNIK MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I PRIMALJA
KLINIČKE BOLNICE SVETI DUH

31

Bilješke



A large, faint watermark-like background features a doctor's coat, a stethoscope, a blue cross, a white cross, and a blue capsule.

Handwriting practice lines are overlaid on the page.

