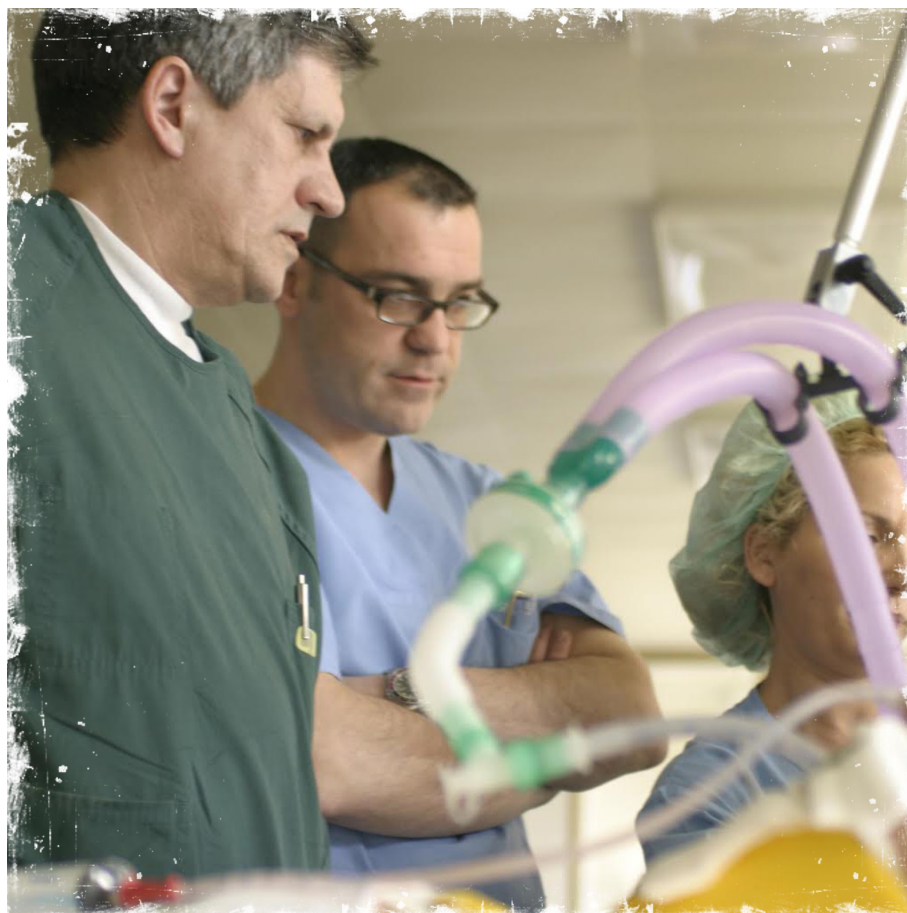


Rauché

Z D R A V S T V E N I Č A S O P I S



RAUCHÉ ■ ZDRAVSTVENI ČASOPIS ■ BROJ 5 ■ 2014. ■ 35 KM

ISSN 2233-131X



9 772233 131004

Oralna higijena

Potpuni program proizvoda za oralnu higijenu za primjenu u **jedinicama intenzivne njege**



Intersurgical je odnedavno svom programu proizvoda za oralnu higijenu pridružio i sljedeće:

- **OroCare™** Aspire četkicu za zube za aspiraciju
- **OroCare™** Oralni sukcijski štapić sa silikonskom glavom
- **OroCare™** Cjevčicu za apiraciju s razdjelnikom



Quality, innovation and choice



Pomaže u prevenciji upale pluća uzrokovane ventilatorom (VAP)

Za potpuni program proizvoda posjetite:
[www.intersurgical.com /info/oralcare](http://www.intersurgical.com/info/oralcare)

Pratite nas putem



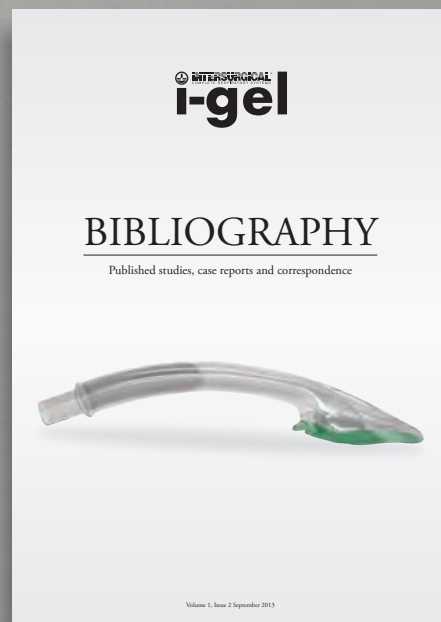
www.intersurgical.com



INTERSURGICAL[®]
COMPLETE RESPIRATORY SYSTEMS

Quality, innovation and choice

Zbrinjavanje dišnog puta
temeljeno na dokazima



 **INTERSURGICAL**
COMPLETE RESPIRATORY SYSTEMS
i-gel
www.i-gel.com

Pratite nas putem



www.intersurgical.com

Rauché

IMPRESSUM



GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Amer Ovčina

PREDSJEDNICA UREĐIVAČKOG ODBORA

Suvada Švrakić

ČLANOVI UREĐIVAČKOG ODBORA

Nada Spasojević, Sarajevo

Živana Vuković-Kostić, Banja Luka

Dubravka Letić, Distrikt Brčko

Amra Hadžiomerović, Sarajevo

Hanka Redžić, Tuzla

Maja Lukenda, Mostar

Mediha Avdić, Sarajevo

Ifeta Ćesir-Škoro, Mostar

Ljiljana Vujanović, Bjeljina

Elvedin Dervišević, Sarajevo

Amila Jaganjac, Sarajevo

Mirza Oruč, Zenica

Marijan Marjanović, Travnik

Selma Sinanović, Tuzla

Aida Kapo, Sarajevo

INTERNACIONALNI SAVJETODAVNI ODBOR

Alan Šustić, Hrvatska

Gordana Dragošev, Srbija

Asja Jaklič, Slovenija

Adriano Friganović, Hrvatska

Vesna Bratić, Hrvatska

Žaneta Bogoevska, Makedonija

LEKTOR

Marina Marić

DIZAJN

Hrvoje Ivić

NASLOVNICA

Marija Karamarko

IZDAVAČ

Irma Čaušević

Rauché Publishing d.o.o., Mostar

Zagrebačka 4, Mostar



S A D R Ź A J

Predgovor 7

Etički aspekti partnerstva sa pacijentima 8

Njega i liječenje bolesnika sa moždanim udarom 17

Operativne korekcije nosa i uticaj na psihičko zdravlje 20

Prednosti novijih metoda hirurškog lečenja žena mlađe

životne dobi u ginekoloskoj onkologiji 25

Komunikacija- ključni element internih odnosa s javnošću kod

pružanja zdravstvene nege onkološkom pacijentu i porodici 27

Morphological and topographical characteristics

of retropyloric artery in human kidney 31

Pneumonija uzrokovana ventilatorom u jedinici

intenzivnog liječenja kirurških bolesnika 34

Krvarenje iz gornjeg digestivnog trakta i njegove komplikacije 43

Etiologija gnojnih meningitisa na populaciji bolesnika infektivne

klinike Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu 48

Okupaciona terapija djeteta s višestrukim onesposobljenjem 53

Procjena učestalosti komplikacija u njezi i rehabilitaciji

pacijenata sa multiplom sklerozom 57

Invasive procedures in intensive care unit 62

Plazmafereza - indikacije, primjena i iskustva

na Klinici za hemodijalizu 65

Sigurno radno okruženje za zdravstvene djelatnike 67

Komparacija mikrobioloških izolata iz zatvorenog sistema

aspiracije traheobronalnog stabla sa klasičnom metodom

aspiracije u jedinici intenzivne neurohirurške njege 74

Poznavanje problema narkomanije i njenih posljedica

kod srednjoškolske omladine u Banja Luci 76

Intervju sa prim. dr. Fahrudin Kulenović 79

Dani kvaliteta u BIH

“Drugi stručni seminar za koordinateure kvaliteta” 81

Intervju sa predsjednikom Komore medicinskih

sestara - tehničara kantona Sarajevo 82

Upute autorima 87

PREDGOVOR

FOREWORD

Poštovani čitaoci Časopisa „Rauche“,

Pred Vama je novi broj Časopisa „Rauche“ koji će zasigurno osvježiti Vaša znanja i dati nove smjernice za kvalitet u procesuiranju zdravstvene njege.

Prikaz rezultata istraživanja koje autori predstavljaju u ovom broju časopisa daju nove dimenzije specifične zdravstvene njege i ističu ulogu medicinske sestre-tehničara kao člana tima u procesu liječenja specifičnih oboljenja i prevenciji komplikacija bolesti.

Osim radova, objavljujemo i dva intervjua koja su od posebnog značaja našoj čitalačkoj publici, kao i izvještaje sa održanih skupova zdravstvenih radnika u BiH.

Časopis „Rauche“ je prilika za uspostavljanje mreže znanja u sestrinstvu, razmjene iskustava dobre sestrinske prakse zasnovane na dokazima.

Stoga Vam ovaj broj časopisa preporučujemo kao novogodišnji paket svim zdravstvenim profesionalcima i drugim čitateljima sa željom za dobro zdravlje, sreću i uspjeh kako u profesionalnom, tako i privatnom životu.

S iskrenim uvažavanjem,

Mr.sci. Amer Ovčina
Glavni i odgovorni urednik Časopisa „Rauche“



Dear readers of the Journal “Rauche”,

Before you is a new issue of the Journal “Rauche” which will for sure refresh your knowledge and provide new guidelines for quality in the health care processing.

The research results that the authors presented in this issue provides new dimensions to specific health care and emphasize the role of nurses and medical technicians as a team members in the treatment process of specific diseases and the prevention of disease complications.

In addition to the articles, we also published two interviews that are of particular interest to our readership, as well as reports of meetings organized for Bosnia and Herzegovina health care professionals.

Journal “Rauche” is an opportunity for the establishment of a network of knowledge in nursing and exchange of good nursing practice based on evidence.

Therefore we recommend to you this issue as a New Year’s gift to all health professionals, with the desire for good health, happiness and success in their professional and private lives.

Yours sincerely,

Amer Ovčina, MSc
Editor in Chief of the Journal “Rauche”



ETIČKI ASPEKTI PARTNERSTVA SA PACIJENTIMA

ETHICAL ASPECTS OF PARTNERSHIPS WITH PATIENTS

Nada Mladina

Prof dr. med. sc. Nada Mladina, pedijatar

Ljekarska komora Tuzlanskog kantona
Komisija za etiku i deontologiju- predsjednik
e-mail: nada.m@bih.net.ba

Medical Chamber of Canton Tuzla, BIH
Commission for ethics and human rights

SAŽETAK

Čovjek je veoma složeno biće. Ne samo prirodno, niti je primarno duhovno, niti primarno kulturno ili društveno i moralno. Kakav je odraz liječnikova i lika zdravstvenih radnika intenzivne i opće medicine danas u svijetu savremene medicine, razudene na pojedine uske specijalnosti u ogleđalu Etike Skrbi? Da li se dovoljno razmišlja o tome kako liječnik izgleda u očima onoga koji mu je povjeren da skrbi o njemu? Postoji li uopće ta dimenzija i pojam odraza u mnoštvu "imagine" tehnika? Čovjek je rezultat uzajamnosti, uzajamnih međusobnih reakcija prirodnih tjelesnih, duševnih, duhovnih, kulturnih i društvenih načela na njegovim generičkim temeljima. Jedan od najkompleksnijih pojmova u filozofiji je pojam života. Kako pomoći emocionalno i društveno onima koji boluju? Teološko-filozofska naglašavanja skrbi kao izvorne ljudske osobine koja zahtijeva individualni pristup svakom čovjeku snažno podupiru psihološka nastojanja da se o osjećajima bolesnih ljudi govori, piše i brine u medicini. "Mit o skrbi" rimskog zapisivača mitova Hygina (2. st. p. Krista), upozorava medicinu na ovaj pojam, koji nalazimo u latinskoj literaturi, a daju mu se različita značenja: od brige, nepravilike, poteškoće, tegobe, nemira, bojazni; do dobrote, blagostanja i blagonaklonosti za druge, odanosti, požrtvovanosti, privrženosti. Prenesen u područje medicine, mit upozorava na potrebu i obavezu za brigom o ljudskom životu. Posebna je poruka koja upozorava svse zdravstvene djelatnike je SKRB- CURA započela obliko-

vati ljudsko biće, da mu je Jupiter udahnuo život, ali da je Saturn odlučio, budući da ga je Skrb prva oblikovala, da ga ona ima uza se i drži ga tako dugo dok živi. Budući da se dugo raspravljalo o njegovu imenu, odlučeno je da se zove HOMO, jer je napravljen iz humusa.

Koliko je ovo upozorenje dato medicini, doprinijelo ili doprinosi shvaćanju važnosti osobnih vrijednosti, misli, emocija, doživljaja, potreba i prava bolesne osobe? Imena filozofa Sorena Kierkegaarda i Martina Heideggera vezana su za humanističku psihologiju koja se zalaže za proučavanje i razumjevanje različitih psiholoških stanja koja prate čovjeka u stanju bolesti.

U srednjem vijeku smrt je bila česta tema i svakodnevnoga, i religioznoga, i literarnog i likovnog života. Razvojem medicine i njezinih tehničkih pomagala smrt i patnja su se sve dalje odgađale i odmicale iz središta ne samo medicinske, nego općenito čovjekove pažnje. Tehnologija je omogućila stvari koje pacijent ne mora željeti. Ona je promjenila samu prirodu umiranja od događaja do procesa.

"Nemoj me izbjegavati! Budi onaj koji voli. Dodirni me. Jednostavni stisak ruke može mi kazati da ti je do mene stalo i ja se neću osjećati tako osamljen. Upamti da, bez obzira na to kako se osjećam ili kako izgledam, ja sam iznutra još uvijek JA." - samo su neke od poruka oboljelih.

Druge profesije i druge znanosti, prvenstveno humanističke, njihov govor, objašnjenja, metodi nude medicini i njenim djelatnicima opterećenim tenzijama, ljudskim patnjama, nadama, gnjevom, iskušenjima, te međusobnim rivalstvom i

kompeticijom, elemente Skrbi i Etike Skrbi kao vodiče pomoću kojih se liječnik i njegovi saradnici mogu snaći i biti sigurniji u odnosu prema pacijentu..

SUMMARY

Human being is very complex creature. Not only nature, neither primary spiritual, nor primary cultural or social and moral. One of the most complex conceptions in philosophy is conception of life.

Do we care enough about physicians and aspect of all medical caregivers in the eyes of anyone who is going to be on his care? Is there at all this dimension and conception of reflection in multitude of „imagine“ techniques?

Human being is a result of mutuality, mutual correlative reactions of natural corporal, spiritual, mental, cultural and social principles based on its genetic foundation. How can we help emotionally and socially those who are ill? Theological-philosophical emphasising care as origin human being property which demands individual approach to every human being strongly support psychological efforts to talk, write and care in field of medicine about feelings of sick people.

Myth of Care from Rome collector of myths (2. century B.C.) warns medicine towards this particular idea which we can find in latin literature, and give various meanings to it: from concern, trouble, difficulty, hardship, anxiety, fear; to goodness, welfare and benevolence for others, loyalty, devotion, attachment.

Transmitted to medicine field, myth warns

for necessity and obligation for Care about human being life. The patriculare message is that one wich warns physician that CARE started to shape human being, than Jupiter breathed in life, but Saturn decided, whereas Care created him first, that she has him besides her, holding him as long as he lives. Considering a very long discussion about his name it was finally decided that his name is HOMO because he was made from humus.

The question is how much this warning given to medicine contributes to understanding of importances of personal values, thoughts, emotions, events, needs and rights of an ill persone? The names of Soren, Kierkegaard, and Martin Heidegger are connected to humane psychology wich advocates studing and understanding of various psychological conditions wich follow human in conditions of illness.

In Middle Ages death was very frequent theme of daily, religious, literary and visual arts life. Development of medicine and its technical benefits moved and delayed death and sufferance far from the center of, not only medical, but generally, human being attention. Technology made possible things wich patient must not desire. It changed nature of dying from event to process. How can we help emotionaly and socially those who are ill? Theological-philosophical emphasising care as origin human being property wich demands individual approach to every human being strongly support psychologig efforts to talk, writte and care in field of medicine about feelings of sick people.

„Do not avoid me! Be one who loves. Touch me! Simple hand clench can tell me that you care about me and I shall not feel that alone anymore. Remember that, no metter how I feel or look, I am inside of me still ME“ - are few of patients messages.

The other professions and other sciences, primary humanistic, their speech, explanations, methods offer

to medicine and to medical workers loaded with pressure, human being sufferance, hopes, anger, temptations, correlative competition, element of Care and Ethics as guides wich can help medical stuff to get more confidential in their relationship with patients.

UVOD

Jedan od najkompleksnijih pojmova u filozofiji je pojam života. Čovjek je veoma složeno biće i ne samo prirodno, niti je primarno duhovno, niti primarno kulturno ili društveno i moralno.

Čovjek je rezultat uzajamnosti, uzajamnih međusobnih reakcija prirodnih tjelesnih, duševnih, duhovnih, kulturnih i društvenih načela na njegovim generičkim temeljima.

Ethos je čovjekovo boravište, njegov zavičaj. U njemu boravi ono imamentno ljudsko, antropina, gdje zajedno obitavaju ljudi, dakle oni su kod sebe „kod kuće“ kada su u svom ethosu.⁷

Ako to primijenimo na jedinku, osobu, shvatit ćemo da, kada je pojedinac u svom ethosu, da svi njegovi postupci i djelovanje znače usklađivanje sa samim sobom, sobom izvornim.

Proizilazi da njegov ethos znači suštinsku njegovu kvalitetu, njegov karakter, njegovu narav, ljudske osobine, vrline i mane. Moral vrednuje, određuje kriterije razlikovanja dobra i zla, prosuđivanja odluka o tome što treba, a što ne treba činiti. Etika je nauka o moralu. Ona nas ne samo da upoznaje sa tim šta je moral, nego i zauzima kritičko stanovište prema nekoj moralnoj praksi. Njen je zadatak širi od ukazivanja na različita gledanja ljudi, naime, etika ukazuje na prave vrijednosti djelovanja. Etičan je onaj čovjek koji razlikuje dobro od zla. Campbell (1981) nas uči da etika stupa na scenu kad je moral sam po sebi problematičan i kada se jave konflikti između suprotstavljenih moralnih vrijednosti ili moralnih sistema. Etika je izuzetno važna za medicinu jer se ova naučna disciplina bavi čovjekom, njegovim životom, zdravljem, sprečavanjem bolesti. Zbog prirode medicinske profesije razvija se specifični odnos na relaciji liječnik- pacijent. U ovim odnosima mogu se javiti različite problematične zamke koje je teško kontrolirati. Pravne norme pokrivaju ono što je zabranjeno. Kad je u pitanju moral, radi se prevashodno o unutrašnjoj kontroli ličnosti. Moralnost je složena psihička funkcija i ovisna je o brojnim komponentama ličnosti kao što su : svijest, inteligencija, mišljenje, pamćenje, emocije, volje, nagoni. Moralnost sama po sebi predstavlja sposobnost čovjeka da sam sebi odredi norme kojih se pridržava u svom ponašanju prema drugim ljudima. Tehnološki napredak i primjena savremene tehnologije u medicini je pored pozi-

tivnih rezultata po pitanju većeg i dužeg preživljavanja unio i niz pitanja koja nadilaze granice medicine kao znanosti. One spadaju u djelokrug onih znanosti koje istražuju čovjeka i odnos prema njemu.

Filozofija, kao humanistička naučna disciplina preuzima sve više ulogu „nove moralne orijentacije“ u sagledavanju i rješavanju dilema posljedica utjecaja naučno tehnološkog napretka u medicini.

Filozofija je problematizirala odnos prema ljudskom tijelu i dijagnostičkim postupcima liječenja i njege.^{2,3,12}. Otvara se veliki broj pitanja vezanih za nastanak života i rađanje, održavanje života, umiranje i smrt. Medicinski profesionalci sve više i nezaobilazno ostvaruju svoje profesionalne i etičke aktivnosti pod utjecajem vrijednosnog sistema socijalne zajednice u kojoj djeluju.

Norme bioetike su univerzalne i one su neophodne za shvatanje sustine karaktera partnerstva sa pacijentom za sve zdravstvene djelatnike na svakoj razini intenzivnog liječenja, te rehabilitacije i liječenja uopće.

Bioetički diskurs je veoma rijetko individualan i lokalni; najčešće je univerzalan. Ljudski faktor je univerzalan u svakom bioetičkom području, misli i djelovanju. Bioetika je životnom nužnošću postala prva tema etike danas. Ona je osobita etika, savremena, aktivna, moralna, koja obuhvata potrebe i neodgodive zahtjeve za pravilnim djelovanjem u nekoj oblasti života. Telos bioetike je pravo, brzo, ozbiljno i odgovorno djelovanje- i to svakoga i svih.

Najvažnije i najutjecajnije su njene norme: Čuvaj zdravlje! Čuvaj prirodu !Pazi kako jedeš! Pomaži bolesnima!

Čuvaj živo/život - najvažnija je norma savremenog čovječanstva. Bioetika bezuslovno zahtijeva ljubav i skrb za život, te odgovornost za čuvanje i oplemenjivanje života 2, 3

Njena osnovna spoznaja i pretpostavka glasi: Život nije igra ! Takav je stav osnova za odgovorno ponašanje i odnos.^{4,5,6}

Van Rensselaer Potter je u svom članku Biocybernetics and Survival iz 1970. godine objasnio da je bioetika „nova disciplina promaknuta da združuje biološko znanje sa znanjem o ljudskim vrijednostnim sustavima“. Warren Thomas Reich u drugom izdanju Enciklopedije bioetike (1995) definira bioetiku kao „sustavno proučavanje moralnih dimenzija- uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje-u sklopu znanosti o životu (life sciences)

i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju.”

Bioetički obrazovani zdravstveni radnik

Bioetički obrazovani zdravstveni radnik uspostavlja odnos koji se realizira u dijalogu s pacijentom, u kome je nezaobilazna spoznaja o pravima pacijenta, o etičkim pitanjima uz neophodno bioetičko obrazovanje. Ono podrazumjeva da se uz medicinsko, uključuje i znanje iz etike, filozofije, prava, psihologije, teologije i drugih znanosti. Tako liječnik i zdravstveni djelatnik svojim stečenim znanjem i umijećem, svojim odnosom prema bolesnom čovjeku svjedoči pravedan život i život sa vrlinom i ugledom. Potrebno je razlikovanje liječnika koji liječi samo na osnovu iskustva, bez objašnjenja i traženja pristanka na liječenje, od onog koji uz lijekove liječi i razgovorom s bolesnikom, raspravlja s njim kao filozof, objašnjava prirodu tijela, traži uzroke bolesti, u liječenju konzultira bolesnika i njegove bližnje.

Informirani pristanak (informed consent) je originalno pravo čovjeka koje je proisteklo iz bioetičke reakcije na postmoderno vrijeme medicinske tehnologizacije i karaktera obrazovnog profiliranja liječnika. To praktično predstavlja promjenu paternalističke uloge liječnika i pozicije pacijenta. Pacijent postaje subjekt odlučivanja o svom zdravlju i životu, a liječnik njegov opunomoćenik. Obrazovani liječnik je i prema Platonu, onaj, koji u svom pristupu poučava pacijenta, ne propisuje mu lijek, ako nije dobio njegovu saglasnost za uzimanje i koji svojim pristupom i empatijom smiruje bolesnika, dajući mu nadu u ozdravljenje i izliječenje. Kakav će biti odnos čovjeka, posebno liječnika i zdravstvenog djelatnika prema svom, ili prema tijelima drugih ljudi, ovisiće i ovisi o tome šta se o tijelu sazna i nauči, kako se to doživljava, u odgojnom procesu. Danas, u obrazovnom procesu zdravstvenih djelatnika, ali i općem prosvjećivanju ljudi u zajednici neophodno je pružanje znanja o pitanjima vezanim za odnos liječnik-pacijent, odnosu prema vlastitom zdravlju, na temeljima društvenih i humanističkih nauka kako bi se postigao cilj bioetičke izobrazbe i liječnika i pacijenata. Odnos liječnik – pacijent, zdravstveni djelatnik-pacijent, onakav kakvim se podrazumjeva u tradicionalnoj nastavi i najklasičnijim izrekama, heterogeni je odnos između dvije različite vrste. Mada se često kaže da ne pos-

toje bolesti nego postoje samo bolesnici, da ne boluje jedan ili više organa, nego cjeli organizam, ipak taj prefiks : bolesnik, dovoljno mijenja osobu da bi liječnik mogao lako da je razlikuje od sebe samog. Između liječnika i bolesnika postoje sve one razlike koje postoje između subjekta i objekta. Humanizirati medicinu ne znači postupati sa bolesnicima kao sa turistima, povećavajući im komfor i stvarajući privid kućnog ambijenta, nego znači postupati s njim kao sličnom sebi, kao sa čovjekom.

U temeljna prava svake osobe spada zaštita privatnosti i povjerljivosti informacija, što se navodi i u deklaracijama i kodeksima medicinske etike i deontologije.

U odnosu liječnik-pacijent se obično primjenjuje model opunomoćenika koji se zasniva na povjerenju.

U svakodnevnoj kliničkoj praksi sa osobnim podacima o pacijentu i njegovim nalazima upoznato je više liječnika i drugog zdravstvenog osoblja. Tako se već polovinom prošlog stoljeća uvidjelo da je postojanje tajne između pacijenta i jednog određenog liječnika moguće samo u izuzetnim slučajevima. Timski pristup radu, bolnički protokoli, povjesti bolesti, elektroničke medicinske informacije i drugo postaje primjerom podjele medicinske tajne, koja je dostupna čak nepoznato velikom broju korisnika. Privatnost je inače složen koncept, a povjerljivost je usko vezana za opći pojam privatnosti i uži pojam povlaštene komunikacije. Privatnost je konceptualno koristi u tri oblika : fizička privatnost, informacijska privatnost i privatnost u odlučivanju.

Sve veća razlika između mogućih i dostupnih terapijskih postupaka dovodi do toga da na rad liječnika u značajnoj mjeru utječe ekonomska ili politička situacija, te se on nalazi u vrlo nepovoljnom položaju u vezi sa svojom autonomijom. Pri tom se značajno ugrožava i autonomija pacijenta. Naime, liječnik nije u situaciji da može nesmetano obznaniti mogućnosti rada, ali i rizike određenih postupaka liječenja čime se dovodi u pitanje osiguranje kliničke neovisnosti i stručnog integriteta liječnika. Odgovori na niz pitanja koji proizilaze iz ovog nedovoljno jasnog odnosa i pozicije liječnika i pacijenta mogu se naći u prvim člancima i knjigama koje nas uvode u polje bioetike.

Kantova ideja osobnosti

Naglašava ispitivanje potrebe liječnika u donošenju odluke za pacijente.

“Čovjek je, doduše, nesvet, ali mu čovječstvo u njegovoj osobi mora biti sveto. U cijelom se svijetu sve što čovjek hoće i nad čime ima vlast može upotrijebiti kao sredstvo; samo je čovjek, a s njim i svako umno biće svrha sama po sebi.”

Kant tvrdi da “ čovjeka nikada niko ne smije upotrijebiti kao sredstvo, a da pri tome ne bude ujedno svrha”. Čovječstvo u nama samima, po Kantu, mora biti sveto!!

Platonovo učenje o tijelu i regulaciji medicinskih pitanja

Svrha odgoja prema Platonu je izgrađivanje jedinstva tijela i duše, jer jedno bez drugoga ne mogu biti ni ljepši ni bolji. Platon liječnike i državnike zadužuje za osiguranje zdravog života ljudi u zajednici. Liječnik svojim djelovanjem osigurava zdravlje čovjeku – pojedincu, a političar omogućuje zdrav život ljudima u državi. Zdrav život je razborit, hrabar i umjeren, a bolestan je nerazborit, kukavički i raskalašen. Ova dva života razlikuju se prema količini boli koju mogu podnositi ljudi koji u njemu žive.

U umjerenom životu bol je tiha, blaga, podnošljiva, dok u raskalašenom bol svojom veličinom, jačinom i intenzitetom život čini nepodnošljivim. Liječnik svojim znanjem osigurava zdrav život svakom čovjeku, a svojim odnosom prema bolesnom svjedoči život s vrlinom i ugledom. Platonovo učenje ukazuje na to da je i u to doba razlikovanje liječnika zasnovano zapravo na osnovu kriterija koji će ponovo postati aktuelni u novom vremenu, vraćajući i upozoravajući liječnike na obaveze uvažavanja osobnosti pacijenta. Platon povezuje odnos prema vlastitom tijelu i zdravom životu, sa mislima i postupcima prema drugim ljudima, sve do političke regulacije medicinskih pitanja. Svrha odgoja je, prema Platonu, izgrađivanje jedinstva tijela i duše. Jedno bez drugog ne mogu biti niti ljepši, niti bolji. Sklad ljepote, tijela i duše postiže se učenjem o pravilnoj prehrani, kretanju, te vježbanjem hrabrosti i vedrine. Zbog popuštanja prema zahtijevima tijela čovjek može doći u sukob sa osobnim moralom, ali i moralom zajednice s kojom tada dolazi u sukob, a ova ga normativno sankcionira. Platon smatra odgovornom državu za prevenciju ovih pojava.

Država sistemom obrazovanja i odgoja daje zadaću učiteljima da svojim učenicima izgrađuju svijest o ljepoti tijela, skladu duše i tijela, osposobljavajući ih za čuvanje tijela i jačanja tjelesne snage. Metode koje se prema Platonu odabiru u odgoju djece i odraslih za zdravo tijelo i dušu trebaju biti odabrane tako da svako u procesu odgoja osjeti što manje boli, straha i žalosti, a što je moguće više vedrine i veselja. S vedrinom je, prema Platonu, usko povezana vrlina. Kada Platon tumači vedrinu i vrlinu upotrebljava pojmove zdravlja i bolesti. Po njemu je vedrina i vrlina zdravlje, ljepota i dobro stanje duše, a zlo neka bolest, ružnoća i nemoć. Ono što čini zdravlje i bolest tijelu, vrlina i zlo čine duši. Platon zadužuje za osiguravanje zdravog života ljudi u zajednici liječnike i državne.

Prema Platonu postoji liječnik koji liječi na osnovu iskustva, bez objašnjenja bolesti i traženja pristanka na liječenje. Pacijenti žive po diktatu liječnikove volje. Ove liječnike Platon smatra običnim. Drugi liječi uz lijekove i razgovorom, raspravlja sa bolesnikom kao filozof, ispituje uzroke bolesti, objašnjava mu prirodu tijela. U liječenju konzultira i bolesnika i njegove bližnje. Tim pristupom on poučava pacijenta, ne propisuje mu lijek dok nije dobio pacijentovu saglasnost za uzimanjem, te svojim pristupom i empatijom smiruje bolesnika i daje mu nadu u ozdravljenje. Po Platonu je ovaj liječnik obrazovan.

Informirani pristanak i partnerstvo sa pacijentom

U medicinskim ustanovama posljednjih su godina ustrojeni obrasci pristanka za pojedine zahvate ili učešće u biomedicinskim istraživanjima. Nedovoljno je, međutim, istraženo, a posebno primjenjen interdisciplinarni pristup ovoj materiji, te ona izgleda zadovoljava samo pravne okvire. U viskom procentu informirani pristanak svodi se samo na potpis. Iz odnosa prema pristupu u liječenju, a i istraživanju moguće je da je danas mišljenje o tome ko je obrazovan, a ko običan liječnik potpuno obrnuto. Naime, više se među liječnicima cijeni naučnoistraživački rad koji samim tim podrazumjeva da ga ne može svako razumjeti, a naročito ne medicinski laici. Liječnici koji se bave strukom i koji posvećuju više vremena pacijentu i razgovorima s njima

smatraju se manje obrazovanim i svakako manje cijenjenim u liječničkim krugovima. To ukazuje na njihovu nedovoljnu naobrazbu vezano za osnovne pojmove bioetike koji se temelje još na antičkoj filozofskoj misli i humanističkoj znanosti.

Sve savršenija tehnika i mnoštvo mnogobrojnih pretraga, brojne subspecialnosti doprinose da se sve više i više osoba, pacijent potiskuje iza visokosofisticiranih nalaza. Pozić naglašava da do udaljevanja liječnika od pacijenta dolazi s jedne strane radi tehnologije same po sebi, a s druge strane radi materijalne komponente vezane uz tehnologiju, što izaziva dalje odvajanje između samih pacijenata prema njihovom socijalnom statusu. Određenu sigurnost da će u jednom društvu polazna i krajnja točka biti osoba, čovjek, uz zakonske propise daju i deklaracije etičko moralnih vrijednosti, od Svjetske zdravstvene organizacije i raznih udruga liječnika i zdravstvenih djelatnika.

Velika je odgovornost zdravstvenog sustava, zdravstvenih djelatnika, pacijenata, ali i cijelog društva, da se učine dodatni napor kako bi se zaustavila dalja dehumanizacija medicine. Rješavanje bioetičkih dilema u kliničkoj praksi nije samo obaveza, nego i izazov, kako u prošlosti, tako i danas i u budućnosti. Bioetika mora u tom pogledu više obuhvatiti sve segmente liječničkog obrazovanja i obrazovanja svih zdravstvenih djelatnika i promjene odnosa prema pitanjima, čiji su temelji očito postavljeni veoma davno i potpuno jasni.

LITERATURA

1. Frković A. Bioetika u kliničkoj praksi, Zagreb: Pergamena 2006
2. Jurić H. Uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera U Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije, Bioetičko društvo BIH, Sarajevo 2007. str 77-99
3. Berberović Lj. Genetički modificirani (GM) organizmi – obećanja i prijetnje :U Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije, Ur. Valjan Velimir, Bioetičko Društvo BiH, Sarajevo, 2007, str. 121-133.
4. V.R.Potter. Bioethics. Bridge to the Future, str.1.
5. Pellegrino, D. E. „Teaching Medical Ethics : Some Persistent Questions and Some Responses“, Academic Medicine, Journal of The Association of The American

Medical Colleges, 1989. 64,701-704.

6. Gosić N. Bioetička edukacija, Zagreb, Pergamena, 2005.str.39-50.
7. Čović A. Etika i bioetika, Filozofska istraživanja. 1998, 71; 745-761.
8. Kant I. Ibidem, 1956.str.102
9. Pozaić V. Medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije. Gynecologia et perinatologia. 1997. 6: 61-63.
10. Pozaić V. Medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije. U : Bioetika u teoriji i praksi. Ur A. Kurjak, V.Silobričić. Zagreb: Nakladni zavod Globus, 2001. str. 79-180.
11. Mladina N. Kvaliteta dječijeg razvoja u kontekstu bioetike. Znakovi vremena. Tematski broj Bioetika. Sarajevo. 2014.god XVII. Br 63. 223-231.
12. Mladina N. Portret liječnika u ogledalu etike skrbi, U: Valjan V, urednik, Integrativna bioetika i interkulturalnost, Bioetičko društvo BiH, Sarajevo 2009.str. 193-204.

GODINE RADNOG STAŽA I REFLEKSIJE NA ZADOVOLJSTVO RADOM KOD UPOSLENIKA U JEDINICAMA INTENZIVNOG LIJEČENJA

YEARS OF SERVICE AND REFLECTIONS ON SATISFACTION AMONG EMPLOYEES IN INTENSIVE CARE UNITS

Amer Ovčina¹, Suvada Švrakić¹, Elvedin Dervišević², Munib Smajović³, Sead Džomba⁴

¹Služba za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga
UKC Sarajevo

²Opća bolnica „Prim.dr Abdulah Nakaš“ Sarajevo

³Fakultet zdravstvenih studija, Univerzitet u Sarajevu

⁴Klinika za neurologiju, UKC Sarajevo

SAŽETAK

UVOD: Zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika je vrlo važan parametar koji utiče na kvalitet pružanja zdravstvene zaštite, kao i motivaciju zaposlenih. Najvažnije determinante zadovoljstva poslom su interesantan i kreativan posao, dobri odnosi sa rukovodiocima i kolegama, visoka zarada, autonomija u radu i mogućnost napredovanja, kao i sigurnost posla i sposobnost pravljenja balansa između privatnog i poslovnog života.

CILJ RADA: 1. Ispitati zadovoljstvo uposlenika u jedinicama intenzivnog liječenja u UKC Sarajevo; 2. Ocijeniti stepen zadovoljstva uposlenika prema spolu, dobi, stručnoj spremi i godinama radnog staža provedenim u zdravstvu.

MATERIJAL (ISPITANICI) I METODE

RADA: Istraživanjem su obuhvaćena 124 zdravstvena radnika koji rade u jedinicama za intenzivno liječenje u Kantonu Sarajevo. Analiza operativnih funkcija menadžmenta izvršena je na osnovu anketnog upitnika koji je preuzet iz Evropskog upitnika o operativnim menadžerskim funkcijama u JIL. Ispitanici su odgovarali na pitanja zaokruživanjem ponuđenih odgovora.

U ovom istraživanju koristila se metoda sistema i sistemske analize. Istraživanje je deskriptivna analiza dobivenih podataka. Upitnik je bio anonimn, te iz ponuđenih odgovora nije moguće utvrditi identitet

ispitanika. Istraživanje je provedeno od 01.01.2010.g.-01.01.2012.g.

ZAKLJUČCI: U jedinicama intenzivnog liječenja zadovoljstvo operativnim menadžerskim funkcijama je varijabilno u ispitivanim grupama i primjećuje se nezadovoljstvo među ispitanicima. Godine radnog staža ispitanika u jedinicama intenzivnog liječenja imaju uticaj na zadovoljstvo operativnim menadžerskim funkcijama u JIL. Ispitanici sa većim brojem godina radnog staža u JIL su slabije zadovoljni kvalitetom radne sredine, timskim radom, odnosom nadređenih i podređenih i sl. Zadovoljstvo radom u JIL povezano je sa nivoom stručne spreml uposlenih, te dodatnim edukacijama. Nagrađivanje uposlenih za uspješno obavljene zadatke povezano je sa motivacijama za rad sa teško oboljelim pacijentima.

Ključne riječi: zadovoljstvo, godine radnog staža, JIL, osoblje

SUMMARY

Introduction: Job satisfaction of health professionals represents a very important parameter that affects the quality of health care delivery, as well as the motivation of employees. The most important determinants of job satisfaction are interesting and creative work, good relationships with managers

and colleagues, adequate salaries, autonomy in work and career prospects, as well as job security and the ability to create a balance between work and private life.

Goal: 1) To examine the satisfaction of staff working in intensive care units of the University Clinical Center of Sarajevo University; 2) Evaluate the degree of satisfaction of employees by gender, age, education and years of work experience in health care.

Material (respondents) and methods: The study included 124 health professionals working in intensive care units in the Sarajevo Canton.

Analysis of operational management functions was performed on the basis of a questionnaire that was taken from the European questionnaire on operational management functions in the ICU. Respondents answered questions by marking provided answers.

In this study was used the method and system and systems analysis. The study was descriptive analysis of the data obtained. The questionnaire was anonymous, and from the answers provided it was not possible to determine the identity of the respondents. The survey was conducted from January 1st 2010 to January 1st 2011.

Conclusions: In intensive care units satisfaction with operational management functions varies in the examined groups and also noted is the dissatisfaction among respondents. Years of service in intensive

care units have an impact on satisfaction with operational management functions in the ICU. Respondents with a longer service in the ICU are less satisfied with the quality of the working environment, teamwork, attitude of the superiors and subordinates, etc. Satisfaction with the ICU was associated with the level of qualification of employees, as well as additional training. Rewarding of employees for successfully completed tasks is associated with motivation for work with difficult patients.

Keywords: satisfaction, years of service, ICU, staf

UVOD

Zadovoljstvo zaposlenih je sastavni dio kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama. Jer, od stavova zaposlenih, njihovog ponašanja i radnog iskustva zavisi kako će obavljati svoj posao, što direktno ima uticaja na performanse ustanove u cijelini.

Kroz posao ljudi teže da ostvare: ekonomsku stabilnost, identitet i razvoj svoje ličnosti, status i prestiž u društvu, samoostvarenje, samostalnost, kreativnost, socijalnu interakciju. Zaposleni žele da se kroz posao razvijaju i ostvare kao osobe, da koriste i razvijaju svoje talente i vještine, da radom postignu rezultate i uspjehe koji će biti prepoznati. Pri tome, posao podrazumjeva, ne samo obavljanje radnih zadataka, već i interakciju sa kolegama, rukovodiocima, poštovanje pravila i politike organizacije, dostizanje standarda radnog učinka, življenje u radnim uslovima koji često nisu idealni.

Zadovoljstvo poslom se definiše kao pozitivna emocionalna reakcija i stavovi pojedinca prema svom poslu. Ono predstavlja kombinaciju unutrašnjih i spoljašnjih faktora. Unutrašnji podrazumjevaju prirodu posla koju osoba obavlja, zadatke koji čine posao, profesionalni razvoj, osećaj odgovornosti i dostignuća u poslu.

Spoljašnji faktori podrazumjevaju uslove rada, kao što su plata, saradnici i rukovodioci. Unutrašnji faktori unaprijeđuju satisfakciju, a spoljašnji preveniraju nezadovoljstvo.

Najvažnije determinante zadovoljstva poslom su interesantan i kreativan posao, dobri odnosi sa rukovodiocima i kolegama, visoka zarada, autonomija u radu i mogućnost nap-

redovanja, kao i sigurnost posla i sposobnost pravljenja balansa između privatnog i poslovnog života.

S druge strane, nezadovoljstvo poslom utiče na zdravlje zaposlenih, posebno na mentalno zdravlje, depresiju i anksioznost, dok je korelacija sa fizičkim zdravljem umjerena.

Ovaj složeni fenomen predstavlja stav pojedinca prema profesiji i utiče ne samo na motivaciju zaposlenih već i na karijeru, zdravlje i odnose prema saradnicima.

Dosadašnja istraživanja su pokazala da zadovoljstvo poslom zavisi ne samo od prirode posla već u velikoj meri i od očekivanja pojedinca koji radi na datom radnom mjestu. Generalizovanje nosi uvek određene rizike zbog toga što su različiti subjektivni faktori i iščekivanja u raznovrsnim profesijama značajni za osećaj zadovoljstva zaposlenih. Zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika ima veliki uticaj na kvalitet, efikasnost obavljenog posla, a samim tim i na veličinu troškova koji se izdvajaju za zdravstvo.

Osim što je značajno za bolesnike i cijeli zdravstveni sistem, profesionalno zadovoljstvo medicinskog osoblja direktno je povezano sa odsustvovanjem sa posla, međuljudskim odnosima i organizacijom posla. U mnogim zemljama se zadovoljstvo poslom redovno prati, a preko podataka koji se dobijaju od zaposlenih uočavaju se propusti u organizaciji posla.

Zdravstveni radnici su pod povećanim rizikom za profesionalno nezadovoljstvo, prije svega zbog stresa, sagorijevanje na poslu (tzv. burnout) i rada po smjenama kojima su svakodnevno izloženi.

CILJ RADA

1. Ispitati zadovoljstvo uposlenika jedinica intenzivnog liječenja u UKC Sarajevo
2. Ocijeniti stepen zadovoljstva uposlenika prema spolu, dobi, stručnoj spremi i godinama radnog staža provedenim u zdravstvu.

MATERIJAL (ISPITANICI) I METODE ISTRAŽIVANJA

Ispitanici

Istraživanjem su obuhvaćena 124 zdravstvena radnika koji rade u jedinicama za intenzivno liječenje u Kantonu Sarajevo. Istraživanje je provedeno u četiri jedinice za intenzivno liječenje Kliničkog Centra Univerziteta u Sarajevu (jedinica za internističku intenzivnu terapiju, jedinica za intenzivno liječenje Klinike za neurohirurgiju, jedinica za intenzivno liječenje Klinike za hirurgiju, jedinica za intenzivno liječenje Centra za srce, te dvije jedinice za intenzivno liječenje hirurških i internističkih pacijenata Opće bolnice „prim. dr. Abdulah Nakaš“ Sarajevo.

Kriterij za uključivanje u istraživanje

U postupak provođenja istraživanja uključeni su zdravstveni profesionalci koji aktivno sudjeluju u procesu liječenja i pružanja zdravstvene njege u jedinicama intenzivnog liječenja

Kriterij za isključivanje iz istraživanja

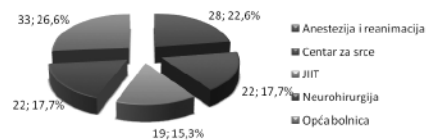
Iz postupka provođenja istraživanja su isključeni ostali zdravstveni profesionalci, tj. oni koji ne rade ili povremeno obavljaju određene zadatke u procesu liječenja i zdravstvene njege u jedinicama intenzivnog liječenja.

Metode istraživanja

Analiza operativnih menadžerskih funkcija u JIL izvršena je na osnovu anketnog upitnika koji je preuzet iz Evropskog upitnika o operativnim menadžerskim funkcijama u JIL. Ispitanici su odgovarali na pitanja zaokruživanjem ponuđenih odgovora.

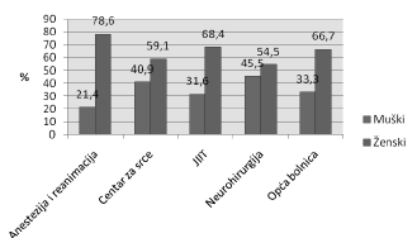
U ovom istraživanju koristila se metoda sistema i systemske analize. Istraživanje je deskriptivna analiza dobivenih podataka. Upitnik je bio anoniman, te iz ponuđenih odgovora nije moguće utvrditi identitet ispitanika. Istraživanje je provedeno od 01.01.2010. do 31.11.2011. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA



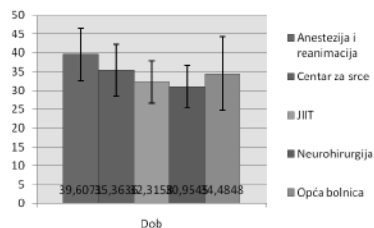
Grafikon 1. Osnovni skup ispitanika

Pregled zastupljenosti pojedinih organizacionih jedinica u uzorku pokazuje da smo težili ka podjednako zastupljenosti iako postoje određena odstupanja, te tako najveći broj ispitanika potiče sa Klinike za anesteziju i reanimaciju UKCS (33 ili 26,6%), a najmanji iz JiIT (15,3%).



Grafikon 2. Spolna struktura ispitanika

Pregled spolne strukture prema pojedinim jedinicama intenzivne njege pokazuje da na svim radi više žena nego muškaraca te shodno tome na osnovu analize putem hi-kvadrat testa nisu zabilježene i statistički signifikantne razlike ($p>0,05$).

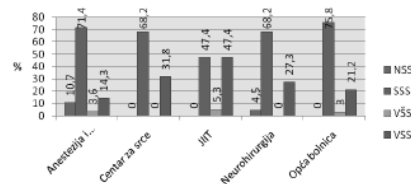


Grafikon 3. Distribucija ispitanika prema dobnjoj strukturi

Analiza prosječne dobi ispitanika prema pojedinim klinikama pokazuje da su ispitanici sa Klinike za anesteziju i reanimaciju bili najstariji sa $39,6\pm 7,05$ (raspon 27-52 god.),

a najmlađi sa Klinike za neurohirurgiju sa $30,95\pm 5,6$ (raspon 23-44 god.).

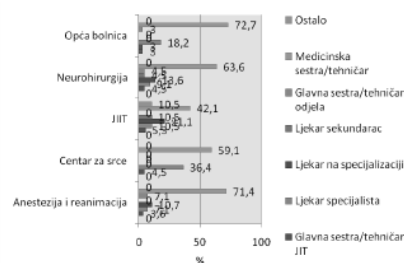
Statistička analiza putem jednosmjerne analize varijanse (ANOVA) ukazuje da postoji statistički signifikantna razlika u prosječnoj dobi prema promatranim klinikama ($p<0,05$).



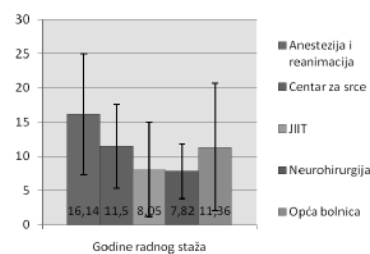
Grafikon 4. Distribucija ispitanika prema školskoj spremi

Pregled školske spreme ispitanika prema klinikama pokazuje da na svim dominiraju ispitanici sa srednjom stručnom spremom, nakon koje slijede ispitanici sa visokom stručnom spremom, te mali broj ispitanika sa višom školskom spremom i nekvalifikovanih radnika.

Statistička analiza ukazuje da između promatranih klinika ne postoji signifikantna razlika prema školskoj spremi ($p>0,05$), što ukazuje na koherentnost uzorka po ovom pitanju.

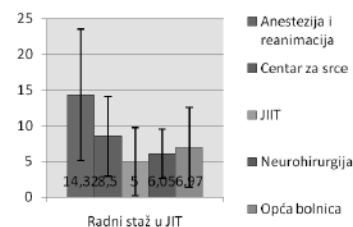


Grafikon 5. Distribucija ispitanika prema funkciji na radnom mjestu



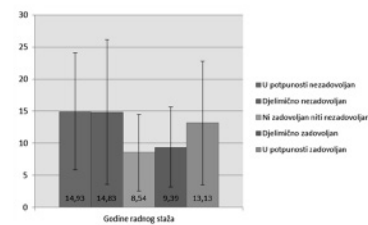
Grafikon 6. Distribucija ispitanika prema godinama radnog staža

Prema godinama radnog staža bilježimo statistički signifikantne razlike ($p<0,05$), te ispitanici koji rade na Klinici za anesteziju i reanimaciju sa $16,14\pm 8,8$ (raspon 3-33 god.), a najkraće na Klinici za neurohirurgiju sa $7,82\pm 3,9$ (raspon 1-16 god.).



Grafikon 7. Distribucija ispitanika prema godinama radnog staža u JiIT

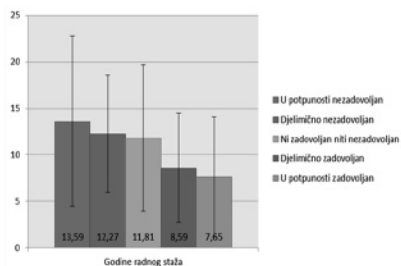
Isto tako bilježimo i statistički signifikantne razlike u prosječnoj dužini radnog staža u jedinici intenzivne njege gdje opet ispitanici sa Klinike za anesteziju i reanimaciju su radili u JiIT najduže sa $14,32\pm 9,2$ (raspon 1-33 god.), a ovaj put najkraće na JiIT sa $5,0\pm 7,78$ (raspon 1-20 godina).



Grafikon 8. Zadovoljstvo uposlenika tehničkom opremljenošću JiIT u odnosu na godine radnog staža

Analiza prosječnog trajanja radnog staža prema zadovoljstvu tehničkom opremljenošću organizacije pokazuje da su ispitanici koji imaju najviše godina radnog staža ($14,93\pm 9,1$) najmanje zadovoljni sa tehničkom opremljenošću, dok su ispitanici sa najmanje godina radnog staža ($8,54\pm 5,9$ god.) uglavnom neodlučni.

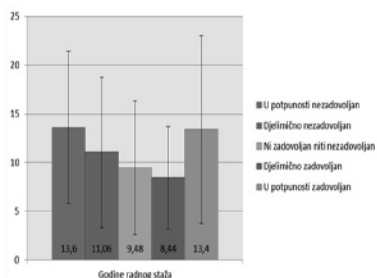
Statistička analiza pokazuje da postoji signifikantna razlika u godinama radnog staža prema zadovoljstvu tehničkom opremljenošću ($p<0,05$).



Grafikon 9. Zadovoljstvo odnosom podređenih i nadređenih u odnosu na godine radnog staža

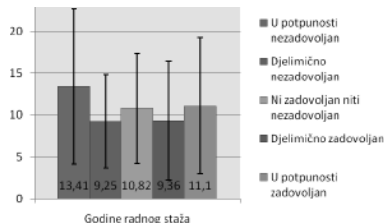
Analiza prosječnog trajanja radnog staža prema odnosu nadređenih i podređenih pokazuje da su ispitanici koji imaju najviše godina radnog staža (13,59±9,1 god.) najmanje zadovoljni, dok su ispitanici sa najmanje godina radnog staža (7,65±6,5 god.) u potpunosti zadovoljni.

Statistička analiza pokazuje da ne postoji signifikantna razlika u godinama radnog staža prema zadovoljstvu odnosom nadređenih i podređenih ($p>0,05$).



Grafikon 10. Zadovoljstvo timskim radom u odnosu na godine radnog staža

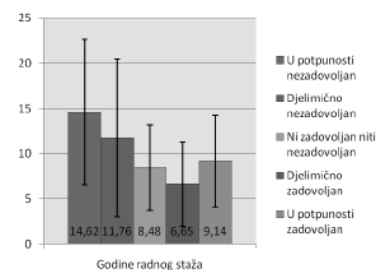
Analiza prosječnog trajanja radnog staža prema zadovoljstvu timskim radom u organizaciji pokazuje da su ispitanici koji imaju najviše godina radnog staža (13,6±7,8) najmanje zadovoljni, dok su ispitanici sa najmanje godina radnog staža (8,44±5,2 god.) uglavnom djelimično zadovoljni. Statistička analiza pokazuje da postoji ne signifikantna razlika u godinama radnog staža prema zadovoljstvu timskim radom ($p>0,05$).



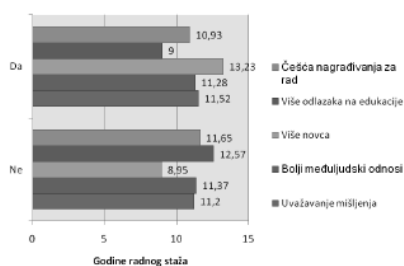
Grafikon 11. Zadovoljstvo ispitanika kvalitetom radne sredine u odnosu na godine radnog staža

Analiza prosječnog trajanja radnog staža prema zadovoljstvu kvalitetom radne sredine pokazuje da su ispitanici koji imaju najviše godina radnog staža (13,41±9,2) najmanje zadovoljni, dok su ispitanici sa najmanje godina radnog staža (9,25±5,6 god.) uglavnom djelimično nezadovoljni.

Statistička analiza pokazuje da ne postoji signifikantna razlika u godinama radnog staža prema zadovoljstvu kvalitetom radne sredine ($p>0,05$).



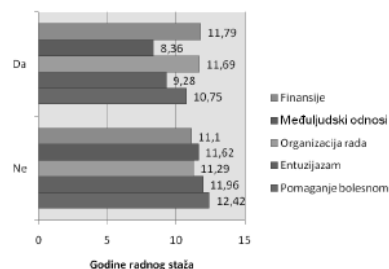
Grafikon 12. Zadovoljstvo ispitanika mjesečnim finansijskim primanjima u odnosu na godine radnog staža



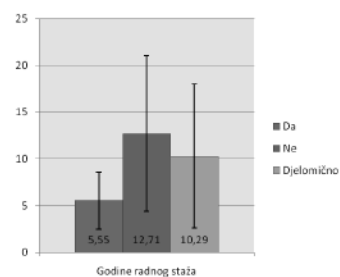
Grafikon 13. Prijedlozi za faktor motivacija kod usposlenika u JIL

Analiza motivacije za rad zabilježene su statistički signifikantne razlike u prosječnom radnom stažu prema pitanjima više novca

(stariji ispitanici – da) i više odlazaka na edukacije (mlađi ispitanici – da).

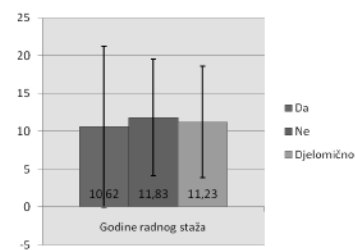


Grafikon 14. Motivacije za rad sa kritično oboljelim pacijentima



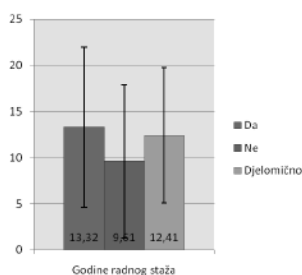
Grafikon 15. Nagrađivanje usposlenika u JIL

Primjetno je da suispitanici koji navode nagrađivanje imaju duplo manje radnog staža 5,55±3,04 godina u odnosu na one koji su odgovorili sa ne - 12,71±8,33 uz statistički signifikantnu razliku ($p<0,05$).



Grafikon 16. Uvažavanje prijedloga od strane nadređenih

Prema uvažavanju prijedloga i sugestija nije zabilježena statistički signifikantna razlika u prosječnom trajanju radnog staža ispitanika ($p>0,05$).



Grafikon 17. Prisustvo mobinga nad uposlenicima

Mobing je prisutniji kod ispitanika sa više godina radnog staža ($13,32 \pm 8,6$) u odnosu na one bez mobinga ($9,61 \pm 8,2$ god.), ali bez statistički značajne razlike u prosječnom radnom stažu ($p > 0,05$).

ZAKLJUČCI

1. Istraživanjem je dokazano da je u jedinicama intenzivnog liječenja zadovoljstvo operativnim menadžerskim varijabilno u ispitivanim grupama.
2. Godine radnog staža ispitanika u jedinicama intenzivnog liječenja imaju uticaj na zadovoljstvo operativnim menadžerskim funkcijama u JIL.
3. Ispitanici sa većim brojem godina radnog staža u JIL su slabije zadovoljni kvalitetom radne sredine, timskim radom, odnosom nadređenih i podređenih i sl.
4. Zadovoljstvo radom u JIL povezano je

sa nivoom stručne spreme uposlenih, te dodatnim edukacijama.

5. Nagrađivanje uposlenih za uspješno obavljene zadatke povezano je sa motivacijama za rad sa teško oboljelim pacijentima.
6. Strateško poslovanje i profiliranje generičkih poslovnih strategija u JIL u Kantonu Sarajevo nije u skladu sa direktivama EU i preporukama Evropskog udruženja za intenzivnu medicinu
7. Standardi i normativi zdravstvenog kadra u JIL nisu u korelaciji sa preporukama Evropskog udruženja za intenzivnu medicinu (ESCIM) i EfCCNa.

LITERATURA

1. Nikić D, Arandelović M, Nikolić M, Stanković A. Zadovoljstvo poslom kod zdravstvenih radnika. Acta Medica Mediana 2008;47(4):9-12.
2. Bajraktarević J. Psihologija menadžmenta. Sarajevo, Avery, 2014.g.
3. Bajraktarević J. Stres menadžment. Sarajevo, Avery, 2014.g.
4. Čaušević R. Psihološke osnove menadžmenta u obrazovanju. SaVart, Sarajevo, 2007.g.
5. Rothen HU, Stricker K, Einfalt J, Bauer P, Metnitz PG, Moreno RP, et al. Variability in outcome and resource use in intensive care units. Intensive Care Med 2007;33:1329-36.
6. Anderson JR. Kognitive Psychologie.

Heidelberg: Springer-Verlag, 2007.

7. Čubrilo –Turek M, Urek R, Turek S. Burnout Syndrome- Assessment of stressful job among Intensive Care Staff. Coll Antropol 2006;30:131-135.
8. Reitmann JS. Mechanisms of forgetting in short-term memory. Cognitive Psychology 1971;2:185-195.
9. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs 2004;23:202-212.
10. Vagts AD, Klöcker K, Mutz C. Medical work patterns: The impact on quality and burnout. In: The book works: Organisation and Management of intensive care, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010:197-205.
11. Zboril-Benson LR. Why nurses are calling in sick: The impact of health – care restructuring. Can J Nursing Res 2002;33:89-107.
12. Golubić R. Domene kvaliteta života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika: Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; Katedra za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada, 2010.
13. Golubić R, Milošević M, Knežević B, Mustajbegović J. Work-related stress, education and work ability among hospital nurses.

NJEGA I LIJEČENJE BOLESNIKA SA MOŽDANIM UDAROM

CARE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH STROKE

Gordana Panova, B. Panova, N. Panov, G. Sumanov, S. Jovevska, L. Nikolovska, S. Gazepo

Prof.dr. med. Gordana Panova
Faculty of Medical Sciences -University, „Goce Delcev” Stip, RM
Krsme Misirkoe 66, p.fax 201
e-mail: gordana.panova@ugd.edu.mk

SUMMARY

Introduction: Millions of people a year die of a stroke, and even more people to remain permanently disabled as a result of cerebral infarction, stroke and bleeding in the lining of brains.

Objective: To analyze the aetiology, risk factors for stroke, diagnostic procedures, the outcome in patients with stroke, treatments offer and rehabilitation. **Materials and Methods:** A retrospective analysis of patients with stroke, Department of Neurology at the General Hospital Strumica, with emphasis on the type of stroke, risk factors, symptoms and complications, the incidence of patients with stroke in the city, as well as the outcome of the disease, application of physical medicine and rehabilitation, a type of exercise that is performed in patients with stroke, when it starts and duration of rehabilitation for better results.

Results: Ischemic stroke is about 87% of all cases of stroke, and only 13% with hemorrhagic stroke. Between 2011 24 patients with hemorrhagic stroke and 192 with ischemic stroke. In 2012 years 13 patients with hemorrhagic stroke and 160 ischemic stroke udar. 2013 godina 19 patients with hemorrhagic stroke and 173 with ischemic stroke or ukupno 581 patient.

Discussion: in our country, even though 20 percent of patients die within the first month after stroke in the first year, about 30 percent, or a total of 1,800 people a year die from stroke and one patient per day die in Skopje. Currently, in our country there are about 16,000 patients from stroke. In 20 percent of patients with stroke survivors returned to their employability. From 30 to 40 percent of patients end up with an aver-

age grade of disability, when you take care of themselves, but not to work. And about 20 percent of patients with severe disabilities from which some remains bedridden.

Conclusion: hypertension, atherosclerosis and high cholesterol are major risk factors in patients with ischemic and hemorrhagic stroke. It is necessary to undertake preventive measures to curb the risk factors in order to reduce morbidity and mortality in these patients. Statistic Republic of Macedonia shows that patients with stroke becomes the younger. While earlier statistics showed that the brain damage affects individuals in the sixth and seventh decade of life, recent indicators suggest that stroke is now occurring more frequently in those third and fourth decade. Download age of stroke, according to neurologists in the country is the reason for stress and unhealthy lifestyles.

Keywords: ischemic and hemorrhagic stroke, cerebrovascular.

SAŽETAK

Uvod: Milioni ljudi godišnje umre od posljedica moždanog udara, pa čak i više ljudi ostaju trajni invalidi kao posljedica infarkta mozga, moždani udar i krvarenje u sluznice mozga.

Cilj rada: Analizirati etiologiju, faktore rizika za moždani udar, dijagnostičke postupke, ishod kod bolesnika sa moždanim udarom, tretman i rehabilitaciju.

Materijali i metode: retrospektivna analiza pacijenata sa moždanim udarom na Odjelu za neurologiju u Opštoj bolnici u Strumici, s naglaskom na vrste moždanog udara, faktore rizika, simptome i komplikacije,

učestalost bolesnika sa moždanim udarom u gradu, kao i ishod bolesti. Primjena fizikalne medicine i rehabilitacije, vrsta vježbe koja se provodi kod bolesnika sa moždanim udarom, kada se počinje i trajanje rehabilitacije za bolje rezultate.

Rezultati: Učestalost ishemijskog moždanog udara iznosi oko 87 % od svih slučajeva moždanog udara, a samo 13% je hemoragijski moždani udar. U periodu od 2011. godine 24 bolesnika s hemoragijski moždani udar i 192 s ishemijskim moždanog udara. U 2012 godini bilo je ukupno 13 bolesnika sa hemoragijskim moždanim udarom i 160 bolesnika sa ishemijskim moždanim udarom, a u 2013 godini 19 bolesnika s hemoragijskim moždanim udarom i 173 sa ishemijskim moždanim udarom ili ukupno 581 pacijent. **Diskusija:** U našoj državi, iako je 20% pacijenata umre u prvih mjesec dana nakon moždanog udara u prvoj godini oko 30% odnosno ukupno 1.800 ljudi godišnje umre od moždanog udara, a 1 pacijent na dan umire u Skoplju. Trenutno, u našoj zemlji ima oko 16.000 pacijenata od moždanog udara.

Oko 20% bolesnika preživjelih od moždanog udara je radno aktivno. Od 30 do 40% pacijenata završava sa prosječnom ocjenom invalidnosti, kada se sami brinu o sebi, ali nisu radnoaktivni. Oko 20% pacijenata preživjelih od moždanog udara je trajno nepokretno.

Zaključak: Faktori rizika za nastanak moždanog udara su: arterijska hipertenzija, ateroskleroza i povišeni kolesterol. Potrebno je poduzimati preventivne mjere za reguliranje faktora rizika kako bi se smanjili morbiditet i mortalitet. Statistika u R. Makedoniji pokazuje da pacijenti sa moždanim udarom učestali kod mlađe populacije. Dok

su ranije statistike pokazale da oštećenje mozga utiče na pojedince u šestoj i sedmoj deceniji života. Ranija istraživanja ukazuju na to da se moždani udar danas javlja češće kod osoba treće i četvrte decenije.

Ključne riječi: ishemijski i hemoragijski moždani udar, cerebrovaskularnih.

INTRODUCTION

Millions of people a year die of a stroke, and even more people to remain permanently disabled as a result of cerebral infarction, stroke and bleeding under the lining of the brain. If you know that the world annually to reach 20 million new patients with stroke, and about 6,000 in Macedonia, it is clear why it is necessary to know more facts about this disease and the consequences of stroke. Statistics says the following: deaths worldwide each year five million of stroke. In our country, 20 percent of patients die within the first month after stroke, in the first year of 30 percent, or 1,800 total per year die from stroke, according to one day die in Skopje. Only 20 percent of patients with stroke survivors returned to their employability. From 30 to 40 percent of patients end up with an average grade of disability, when you take care of themselves, but are unable to work. Internationally day stroke is celebrated on 29 October, and the goal is to warn the public about the importance of prevention activities and promote a healthy lifestyle, early treatment and timely rehabilitation of persons who have suffered a stroke, to sensitize the public about the risk factors of stroke, while raising awareness and prevention of stroke. The objective is to analyze the aetiology, Risk factors for stroke, diagnostic procedures, the outcome in patients with stroke and treatment and rehabilitation. The purpose of the Bachelor thesis is to analyze the, aetiology, risk factors for stroke, diagnostic procedures, the outcome in patients with stroke and treatment and, rehabilitation. Stroke,, cerebrovascular stroke or stroke known as a clinical syndrome characterized by an acute loss brain function that takes longer than 24 hours or leading to death. Comes due to spontaneous bleeding in the brain parenchyma (intracerebral bleeding) or the space around the brain (subarachnoid haemorrhagic) or hemorrhagic stroke, or as a result of inad-

equat blood supply to the brain (ischemic stroke), due to thrombosis, embolism, or poor blood flow associated with diseases of the blood vessels, heart or blood. Etiologic risk factors for stroke include: risk factors in a way of life, potentially cured risk factors, other risk factors. Ischemic stroke, cerebrovascular -vaskular that can occur in two ways: Cerebral thrombosis and cerebral embolism. -vaskular Hemorrhagic cerebrovascular stroke, which may be bleeding in the brain, subarachnoid hemorrhage, ischemic stroke. With ischemic stroke is considered that about 87% of all cases of stroke, but only 13% with hemorrhagic stroke. Ischemic stroke is usually caused by obstruction of blood vessels or blockage of blood vessels (arteries) that supply blood to the brain. Cerebral thrombosis is actually blockage of blood vessels with atherosclerotic material or blood clot originating from the carotid artery or modified elsewhere. The blood usually comes from the great arteries, and rarely small blood vessels. Thrombosis is usually caused by long-term arteriosclerosis. Cerebral embolism is the obstruction of blood, small pieces of thrombus, tumor, oily droplets or group of bacteria. In cerebral embolism embolus through the circulation leads to cerebral arteries leading to blockage, causing cognitive, motor and sensory impairment. The main cause of embolism is deep vein thrombosis. In a small number of patients may break the vessel wall and spill blood into the brain tissue -hemoragic stroke. Since blood flows under high pressure burst arteries, damage brain tissue and the formation of a hematoma (blood mass) which puts pressure on the surrounding normal tissue, and prevents blood flow and leads to extinction of the same. Intracerebral hemorrhagic occurs in rupture of blood vessels in the brain and causes bleeding spilling into the surrounding brain tissue, damaging brain cells. Reasons hypertension, arteriovenous malformation, degenerative changes in the blood vessels, blood clotting disorder, hemophilia and other blood diseases. Subarachnoidalis haemorrhagic is the flow of blood in the subarachnoid space, caused by any reason, the appearance of images clinically dramatic apoplectic insult. Approximately 77% of all subarachnoid hemorrhagic occur due to rupture of the aneurysm. Other causes include injury, vasculitis, circulation disorder, hypertension, and can not be the cause of the bleed-

ing. This signals a sudden, severe headache, vomiting, and photophobia. If subarachnoid hemorrhagic is combined with bleeding in the brain, there are a variety of neurological deficits such as hemiparesis. If the bleeding is very difficult to appear comatose. Symptoms: Quick Test (FAST) for the detection of stroke:



Symptoms: Quick Test (FAST) for the detection of stroke:

F - Face - Ask the person to smile. If one side of the mouth idle / crooked? A person who is no longer symmetrical?

A - Hands - They're looking to raise both arms. Does one arm drop?

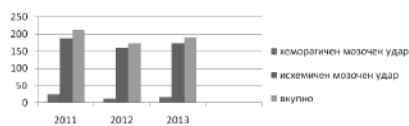
S - Speak - Can you put together a simple sentence? Speak clearly?

T - Time - If any of these signs, you should immediately call an ambulance.

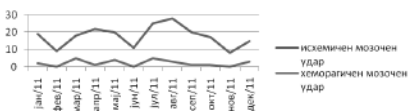
Complications from stroke: muscle weakness or paralysis (paralysis), loss of sensation, difficulty with speech and swallowing, visual problems, dizziness, headache, vomiting, loss of consciousness, memory loss, emotional problems, sensitivity to external temperature sensitivity to problems, mood, poor care of yourself. Coma in patients with stroke: Coma is the most severe form of human consciousness, including lack of response to sound, touch, light and painful stimuli, but also the loss of normal sleep function. Coma is a state of unconsciousness lasting more than 6 hours and can last for days, months or years. The appearance which has two primary reasons, structural abnormalities and metabolic disorders. Structural abnormalities, tumors, stroke, hematoma, bleeding in the brain, and more. Metabolic causes include toxicity, increased blood flow in the brain, increasing the pressure intracranial, hypo / hyperthermia and others. Patients who are in a comatose state, the head is turned towards the focal point, his face red, swollen and sweating. A paralysis of the facial nerve from the central type occurs chubby cheeks phenomenon smoking his pipe. The pulse of the patient is full, nervous and correct. Breathing is Chein-Shtouks (fast and deep breathing with peri-

ods of apnea). The first step in the treatment of patients in a coma patient hemodynamic provides the ability to maintain airway. After that it is necessary to determine the reason that led to coma, and access to further treatment. Medical history and physical examination, diagnostic tests and procedures and blood tests, clinical picture, CT-scan, digital angiography. Painful is located in the department of acute stroke treatment that lasts more than a week, and then in a comprehensive department of stroke where treatment and rehabilitation lasts from several weeks to several months. Treatment of patients with stroke. There are five key points in the treatment of acute stroke: the treatment of the general condition should be stabilized, specific therapy against certain aspects of the pathogenesis of stroke and neuroprotection, prophylaxis and treatment of complications that may be neurological or medical, early secondary prevention, which is aimed at the prevention of stroke, early rehabilitation. The goals of rehabilitation of patients with stroke: Extensive long-term therapy has to correct or mitigate the consequences disease, to support the patient to adapt to the situation, prevention of stroke.

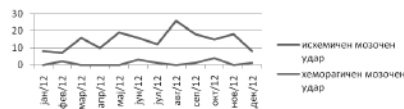
Materials and Methods: This was a retrospective statistical analysis of patients with strokes of the Department of Neurology, General Hospital in Strumica, with emphasis on the type of stroke, risk factors, symptoms and complications, the incidence of patients with stroke in the outcome of the disease. Applying physical medicine and rehabilitation, time and type of exercise that are applied in patients with stroke.



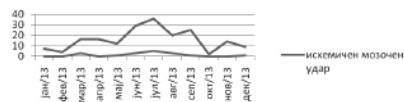
1. Graphic trend in the number of strokes recorded in the General Hospital PHI Strumica



2. Graphic display the number of hemorrhagic and ischemic strokes per month 2011god.



3. Overview number of hemorrhagic and ischemic strokes per month 2012 years.



4. Graphical display of the number of hemorrhagic and ischemic strokes per month 2012 years.

DISCUSSION

Ischemic stroke is about 87% of all cases of stroke, and only 13% with hemorrhagic stroke. Between 2011 24 patients with hemorrhagic stroke and 192 with ischemic stroke. In 2012 years 13 patients with hemorrhagic stroke and 160 ischemic stroke. In 2013 godina 19 patients with hemorrhagic stroke and 173 with ischemic stroke or vkupno 581 patient in our country, even though 20 percent of patients die within the first month after stroke in the first year, about 30 percent, or a total of 1,800 people a year die from stroke and one patient per day die in Skopje. Currently, in our country there are about 16,000 patients from stroke. In 20 percent of patients with stroke survivors returned to their employability. From 30 to 40 percent of patients end up with an average grade of disability, when you take care of themselves, but not to work. And about 20 percent of patients with severe disabilities from which some remains bedridden.

CONCLUSION

Hypertension, atherosclerosis and high cholesterol are major risk factors in patients with ischemic and hemorrhagic stroke. It is necessary to undertake preventive measures to curb the risk factors in order to reduce morbidity and mortality in these patients. Statistic Republic of Macedonia shows that patients with stroke becomes the younger.

While earlier statistics showed that the brain damage affects individuals in the sixth and seventh decade of life, recent indicators suggest that stroke is now occurring more frequently in those third and fourth decade. Download age of stroke, according to neurologists in the country is the reason for stress and unhealthy lifestyles. A larger influx of patients with stroke is significant in changeable weather accompanied by sudden changes in atmospheric pressure. Specific protection against stroke, but the prevention or timely visits to the doctor, the application of a healthy lifestyle tips to reduce smoking and alcohol use among young people, especially in summer. The moves are not only a health issue, but also because of social treatment and rehabilitation of these people costs are high, especially as their condition requires long-term treatment. Upon completion of the rehabilitation of these people are unable to work, some are off, and the other ends fatally.

REFERENCES

1. Prof. Dr Gordana Panova (FMN-UGD 2010) Briga za bolesnike.
2. Grupa autora, osnovna načela moderne neurologije, prosvjetiteljstva, 2002. godine
3. Roger P. Simon, David A. Greenberg, kliničke neurologije, Tabernakul, 2012.
4. Mary Sholjakova i dr., Anesteziologiju s reanimacije, Sv. Ćirila i Metoda, 2006.
5. Louis P. Rowland, Meritova neurologija, Tabernakul, 2011. godine.
6. <http://www.lekarinfo.mk>
7. <http://doktori.mk/>
8. <http://www.mayoclinic.org>
9. PHI "General Hospital" Strumica, Klinika za neurologiju i psihijatriju.
10. PHI "General Hospital" Strumica, Odjel fizikalne njege i rehabilitacije.
11. JZU "Centar za javno zdravlje" Strumica.

OPERATIVNE KOREKCIJE NOSA I UTICAJ NA PSIHIČKO ZDRAVLJE

SURGICAL CORRECTIONS OF THE NOSE AND ITS IMPACT ON MENTAL HEALTH

Irmelina Karić¹, Emira Švraka²

¹Poliklinika Eurofarm Ilidža, Sarajevo

²Univerzitet u Sarajevu, Fakultet zdravstvenih studija u Sarajevu

Mr.sci. Irmelina Karić, prof.

menadžer u zdravstvu

Poliklinika Eurofarm Ilidža, Sarajevo

E-mail: ninakaric8@gmail.com

SAŽETAK

Cilj istraživanja je utvrđivanje odnosa rino-plastike i psihičkog zdravlja pacijentkinja. Istraživanje je obuhvatilo ispitanice koje su bile podvrgnute estetskom ili rekonstruk-tivnom operativnom zahvatu nosa. Kao instrument istraživanja korišten je Upitnik SF-36 (Short Form 36), višestruko prim-jenljiv upitnik zdravstvenog statusa s 36 pitanja. Rezultat se standardno izražava u osam dimenzija, od kojih je jedna dimenzija psihičko zdravlje. Sve ispitanice su preopera-tivnu pripremu i postoperativnu njegu imale u Eurofarm centru u periodu 2007 – 2010. godine. Ispitanice su bile podijeljene u dvije grupe. Grupa A: 20 ispitanica kod kojih je urađena estetska rinoplastika i grupa B: 20 ispitanica kod kojih je urađena funkcionalna rinoplastika. Analiza normalne distribucije putem Kolmogorov Smirnov testa pokazuje da ograničenje zbog fizičkih teškoća, tjelesni bolovi, socijalno funkcioniranje i ograničenje zbog emocionalnih teškoća zadovoljavaju kriterije normalne distribucije podataka te su isti bili obrađivani korištenjem param-etarskih testova (Student t i ANOVA), dok preostale subskale SF-36 upinika ne zado-voljavaju kriterije normalne distribucije te su u njihovoj analizi korišteni neparametrijski testovi (Mann-Whitney U i Kruskal-Wallis). Prosječna dob u ispitivanom uzorku (N=40) je iznosila 32,6±6,8 godina (medijana 32 godine), te se kretala u rasponu od 19 do 52 godine. Statistička analiza ukazuje da signifikantne razlike prema dobi postoje na

skalama percepcije opšteg zdravlja, vitalnos-ti i energije, te psihičkog zdravlja ($p<0,05$). S obzirom na stepen obrazovanja, visoku stručnu spremu ima 27 (67.5 %), jedna ispi-tanica ima postdiplomsko obrazovanje (2.5 %), i 12 (30.0 %) ispitanica je sa srednjom stručnom spremom. Obzirom na bračni sta-tus 25 (62.5 %) ispitanica nije u braku, a 15 (37.5 %) je u braku.

U odnosu na vrstu operativnog zahvata i dimenzije zdravstvenog statusa postoji statistički signifikantna pozitivna korelacija prema skali tjelesnih bolova, percepcije opšteg zdravlja i psihičkog zdravlja. Ispitan-ice koje su bile podvrgnute estetskoj oper-aciji imaju viši skor na pomenutim skalama.

Ključne riječi: rinoplastika, psihičko zdravlje, kvaliteta života, zdravstvena njega

SUMMARY

The goal of research is to determine the rela-tionship rhinoplasty and mental health pa-tients. The study included patients who un-derwent cosmetic or reconstructive surgery of the nose. The survey instrument was used questionnaire SF-36 (Short Form 36), mul-tiple applicable health status questionnaire with 36 questions. The result is normally expressed in eight dimensions, of which one dimension of mental health. All the patients were preoperative preparation and postoper-ative care have the Eurofarm center in the pe-riod 2007 - 2010. The subjects were divided

into two groups. Group A: 20 patients, who had undergone aesthetic rhinoplasty and group B: 20 patients, who had undergone functional rhinoplasty. Analysis of normal distribution through Kolmogorov Smirnov test shows that the limitation due to phys-ical problems, bodily pain, social functioning and limitation due to emotional difficulties meeting the criteria of normal distribution of data and the same were analyzed using parametric tests (Student these ANOVA), while the remaining subscales of the SF-36 of the questionnaire not meet the criteria of normal distribution and are in their analysis used non-parametric tests (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis). The average age in the sample (N = 40) amounted to 32.6 ± 6.8 years (median 32 years), and ranged from 19-52 years. Statistical analysis indicates that significant differences by age are the scales of perception of general health, vitality and en-ergy, and mental health ($p < 0.05$). Given the level of education, a university degree has 27 (67.5%), one of the respondents have a post-graduate education (2.5%), and 12 (30.0%) respondents with a high school degree. Given the marital status of 25 (62.5%) of women not married, and 15 (37.5%) are married. In relation to the type of surgery and dimen-sions of health status there is a statistically signifikantna positive correlation to the scale of bodily pain, general health perceptions and mental health. The subjects who under-went cosmetic surgery have a higher score on the aforementioned scales.

Keywords: rhinoplasty, mental health, quality of life, health care

UVOD

Mentalno zdravlje je neodvojiva komponenta zdravlja i predstavlja širok pojam koji obuhvata mentalno zdravlje i probleme mentalnog zdravlja. Povezano je s fizičkim zdravljem i socijalnim funkcioniranjem i ima znatnu društvenu vrijednost jer pridonosi funkcijama društva te utiče na njihovu cjelokupnu produktivnost (1).

Dobro mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalne bolesti, već predstavlja mogućnost pojedinca da prepozna svoje potencijale, izrazi svoju individualnost, ostvari lične ciljeve, adekvatno se suočava sa stresom, radi, uživa u plodovima svoga rada i doprinosi obitelji i drugim društvenim mrežama, lokalnoj zajednici i društvu. Uključuje subjektivni osjećaj blagostanja, samoefikasnosti, kompetentnosti, samopoštovanja, optimizma, nezavisnosti, te sposobnost uspostavljanja harmoničnih interpersonalnih odnosa i sposobnost realizacije vlastitih emocionalnih i intelektualnih potencijala, tj. mogućnost konstruktivnog mijenjanja okoline (1).

Rinoplastika je estetska ili rekonstruktivna operacija nosa. Estetske deformacije nosa koje se rješavaju rinoplastikom, mogu biti urođene ili mogu nastati tokom života zbog traume nosa, prethodnog operativnog zahvata na nosu ili infekcije. Otklanjanje tjelesnih nedostataka utiče na psihičko zdravlje i uspostavljanje bolje psihičke ravnoteže. Zadovoljstvo pacijenta se smatra dragocjenim mjerilom rezultata medicinske usluge (2,3). Američka studija ubraja kozmetičku rinoplastiku među najčešće estetske hirurške zahvate u Americi. Zbog sve većeg prihvatanja estetske hirurgije, sve povoljnijim hirurškim ishodom, i širokom medijskom pažnjom, popularnost estetske operacije nosa i dalje je u porastu. Ova operacija nije više rezervirana za bogate mlade žene, kozmetička rinoplastika sada nadilazi dob, pol, socio – ekonomske i etničke klasifikacije. Doista, kozmetička rinoplastika postaje sve rasprostranjenija širom svijeta, uz rastuću popularnost u Aziji, Južnoj Americi i Evropi, te kao takva postaje neizbježna (4). Cilj istraživanja je utvrđivanje odnosa rinoplastike i psihičkog zdravlja pacijentkinja.

METOD

Istraživanje je kliničko – retrospektivna, randomizirana, jednostruko slijepa („single blinded“) studija, u kojoj su metodom slučajnog izbora ispitanice bile podvrgnute ispitivanju putem upitnika od strane istog ispitivača.

Kao instrument istraživanja korišten je Upitnik SF-36 (Short Form 36). Upitnik SF-36 je višestruko primjenljiv upitnik zdravstvenog statusa s 36 pitanja. To su pitanja s odgovorima tipa višestrukog izbora: od 3 do 6 ponuđenih. Rezultat se standardno izražava u osam dimenzija koje čine profil zdravstvenog statusa:

1. fizičko funkcionisanje (PF, engl. physical functioning): 10 pitanja
2. ograničenje zbog fizičkih teškoća (RP, engl. role limitation due to physical problems): 4 pitanja
3. tjelesni bolovi (BP, engl. body pain): 2 pitanja
4. percepcija opšteg zdravlja (GH, engl. general health perception): 5 pitanja
5. vitalnost i energija (VT, engl. vitality / energy): 4 pitanja
6. socijalno funkcioniranje (SF, engl. social functioning): 2 pitanja
7. ograničenje zbog emocionalnih teškoća (RE, engl. role limitation due to emotional problems): 3 pitanja
8. psihičko zdravlje (MH, engl. mental health): 5 pitanja (5)

Istraživanje je obuhvatilo ispitanice koje su bile podvrgnute estetskom ili rekonstruktivnom operativnom zahvatu nosa. Sve ispitanice su preoperativnu pripremu, te postoperativnu njegu imale u Eurofarm centru u periodu 2007 – 2010. godine. Ispitanice su bile podijeljene u dvije grupe. Grupa A: 20 ispitanica kod kojih je urađena estetska rinoplastika i grupa B: 20 ispitanica kod kojih je urađena funkcionalna rinoplastika.

Obrada podataka vršena uz pomoć statističkog programa SPSS 17.0.

REZULTATI

Tabela 1. Odnos životne dobi ispitanica i vrste operativnog zahvata

Životna dob	Vrsta operativnog zahvata		Ukupno
	Funkcionalna operacija	Estetska operacija	
18-20 godina	1 (2.5 %)	-	1 (2.5 %)
21-30 godina	12 (30 %)	7 (17.5%)	19 (47.5 %)
31-40 godina	4 (10%)	12 (30 %)	16 (40 %)
41-51 godina	3 (7.5%)	1 (2.5 %)	4 (10 %)
Ukupno	20 (50 %)	20 (50 %)	40 (100 %)

12 (30 %) pacijentica životne dobi od 21–30 godina, su uradile funkcionalnu rinoplastiku, 12 pacijentica (30 %) životne dobi od 31-40 godina su uradile estetsku rinoplastiku.

Tabela 2. Odnos stepena obrazovanja i životne dobi ispitanica

Stepen obrazovanja	Životna dob (godine)				Ukupno
	18-20	21-30	31-40	41-51	
Srednja stručna sprema	1 (2.5 %)	6 (15 %)	5 (12.5%)	-	12 (30%)
Visoka stručna sprema	-	13(32.5%)	12 (30 %)	2 (5%)	27 (67.5 %)
Postdiplomski studij	-	-	-	1 (2.5 %)	1 (2.5 %)
Ukupno	1 (2.5 %)	19(47.5%)	17(42.5 %)	3(7.5 %)	40 (100 %)

13 (32.5%) ispitanica s visokom stručnom spremom su bile u životnoj dobi od 21-30 godina, 12 (30 %) ispitanica s visokom stručnom spremom su bile u životnoj dobi od 31-40 godina, i dvije ispitanice su bile životne dobi od 41-50 godina. 6 (15 %) ispitanica sa srednjom stručnom spremom su bile u životnoj dobi od 21-30 godina, 5 (12.5%) % ispitanica sa srednjom stručnom spremom su bile u životnoj dobi od 31-40 godina, i jedna ispitanica je bila životne dobi od 18-20 godina.

Tabela 3. Odnos psihičkog zdravlja i dobnih grupa

Psihičko zdravlje	N	X	SD	Minimum	Maksimum
p=0,010					
19-30 godina	15	77,0667	12,60083	60,00	100,00
31-40 godina	21	83,4286	9,31972	72,00	100,00
preko 40 godina	4	65,0000	11,94432	48,00	76,00
Ukupno	40	79,2000	12,02391	48,00	100,00

Postoji signifikantna razlika prema dobi na skali psihičkog zdravlja ($p < 0,05$).

Tabela 4. Odnos stepena obrazovanja i vrste operacije

Stepen obrazovanja	Vrsta rinoplastike		Ukupno
	Funkcionalna	Estetska	
Srednja stručna sprema	7 (17.5%)	5 (12.5%)	12 (30 %)
Visoka stručna sprema	12 (30 %)	15 (37.5%)	27 (67.5 %)
Postdiplomski studij	1 (2.5 %)	-	1 (2.5 %)
Ukupno	20 (50 %)	20 (50%)	40 (100%)

15 (37.5%) ispitanica visoke stručne spreme uradile su estetsku, a 12 (30%) ispitanica visoke stručne spreme uradile su funkcionalnu rinoplastiku. 7 (17.5%) ispitanica srednje stručne spreme uradile su funkcionalnu rinoplastiku, a 5 (12.5%) ispitanica uradile su estetsku rinoplastiku. 1 (2.5%) ispitanica sa završenim postdiplomskim studijem uradila je funkcionalnu rinoplastiku.

Tabela 5. Odnos psihičkog zdravlja i obrazovanja

Psihičko zdravlje	N	X	SD	Minimum	Maksimum
p=0,192					
PHD	1	68,0000	.	68,00	68,00
SSS	12	84,0000	9,49641	72,00	100,00
VSS	27	77,4815	12,65632	48,00	100,00
Ukupno	40	79,2000	12,02391	48,00	100,00

Komparacija prema nivou obrazovanja nije pokazala statistički signifikantnu razliku niti na jednoj skali SF-36 upinika ($p>0,05$). Generalno bi mogli reći da su ispitanice sa SSS na većini skala imale najveći prosječan skor.

Tabela 6. Odnos vrste operacije i bračnog stanja ispitanica

Vrsta rinoplastike	U braku	Nisu u braku	Ukupno
Estetska	6 (15%)	14 (35%)	20 (50%)
Funkcionalna	9 (22.5%)	11 (27.5%)	20 (50%)
Ukupno	15 (37.5%)	25 (62.5%)	40 (100%)

Obzirom na bračni status 25 (62.5%) ispitanica nije u braku, a 15 (37.5%) je u braku. 14 (35%) ispitanica koje nisu u braku uradile su estetsku rinoplastiku, a 11 (27.5%) ispitanica koje nisu u braku uradile su funkcionalnu rinoplastiku. 9 (22.5%) ispitanica koje su u braku uradile su funkcionalnu rinoplastiku, a 6 (15%) ispitanica koje su u braku uradile su estetsku rinoplastiku.

Tabela 7. Odnos psihičkog zdravlja i bračnog statusa

Psihičko zdravlje	N	X	SD	Minimum	Maksimum
p=0,392					
Neudata	25	77,9200	13,07007	48,00	100,00
Udata	15	81,3333	10,10422	68,00	100,00
Ukupno	40	79,2000	12,02391	48,00	100,00

Ne postoji statistički signifikantna razlika u odnosu na bračni status.

Tabela 8. Odnos funkcionalne i estetske rinoplastike i psihičkog zdravlja

Psihičko zdravlje	N	X	SD	Minimum	Maksimum
p=0,019					
Funkcionalna	20	74,8000	11,83038	48,00	100,00
Estetska	20	83,6000	10,77228	64,00	100,00
Ukupno	40	79,2000	12,02391	48,00	100,00

Postoji statistički signifikantna pozitivna korelacija prema skali psihičkog zdravlja.

DISKUSIJA

Studija autora Hilhorst-a je pokazala da su žene objektivno spremnije pristati na liječenje funkcionalnih i estetskih nosnih deformacija, pa i ako će trajati duži vremenski period, čak i godinama. Ako su suočene s deformitetom nosa nakon primarne rinoplastike, ženska populacija će pristati na postupak revizijske rinoplastike (s teoretskim izjašnjavanjem od 9%), u narednih 5 godina života (6).

Studija autora Hellings-a i Nolst Trenité-a je pratila 90 pacijenata koji su podvrgnuti revizijskim rinoplastikama u akademskom

Medical Center u Amsterdamu (Holandija), u razdoblju od 2,5 godine nakon operacije nosa. Od 46 pacijenata koji su odgovorili na upitnik, 88% ima pozitivan stav o operaciji, 79% bi se odlučili da se podvrgne postupku revizije. Analizom podgrupa je pokazano da je zadovoljstvo uglavnom ostvareno kod mladih osoba i pacijenata srednje dobi, bez većih razlika između muškaraca i žena. Ova retrospektivna studija pokazuje da rinoplastika u akademskoj praksi daje veći kvalitet života pacijentima kroz dugogodišnji period (7).

Grupa autora iz Turske uključila je u studiju 191 pacijenta s primarnom rinoplastikom,

između 2006 i 2009 godine. 81 pacijent je imao velike nosne deformacije, a 110 pacijenata je bilo uključeno kao kontrolna grupa. Objektivna analiza hirurškog ishoda utvrdila je statistički značajno poboljšanje u korist postoperativnih rezultata u obje grupe pacijenata. Rinoplastika može osigurati objektivno poboljšanje, visoko zadovoljstvo i pozitivan utjecaj na kvalitet života. Međutim, stepen zadovoljstva i poboljšanje kvaliteta života u bolesnika s nosnim deformitetom nije se povećao u njihovu korist (8).

ZAKLJUČCI

1. Dob pokazuje statistički signifikantnu negativnu korelaciju prema tri dimenzije zdravstvenog statusa i to percepciji općeg zdravlja, vitalnosti i energiji i psihičkom zdravlju. Negativan smjer korelacije ukazuje da starije ispitanice imaju niži skor na ovim skalama i obrnuto da mlađe ispitanice imaju viši skor na pomenutim skalama.
2. Stručna sprema pokazuje statistički signifikantnu negativnu korelaciju prema bračnom statusu. Ispitanice s višom stručnom spremom su češće neudate.
3. Nije zabilježena niti jedna statistički signifikantna korelacija prema bračnom statusu.
4. Tjelesni bolovi statistički signifikantno pozitivno koreliraju sa skalama percepcije općeg zdravlja, vitalnosti i energije, socijalnog funkcioniranja i psihičkog zdravlja, što znači da ispitanice s manje fizičkih bolova bolje funkcioniraju i u ovim oblastima SF-36 upinika.

5. Percepcija općeg zdravlja još pokazuje i statistički signifikantnu pozitivnu povezanost sa skalama vitalnosti i energije, te skalom psihičkog zdravlja, što znači da ispitanice s boljom percepcijom općeg zdravlja isto tako ocjenjuju pozitivnije vitalnost i energiju te psihičko zdravlje.
6. Vitalnost i energija su pozitivno povezane sa socijalnim funkcioniranjem i psihičkim zdravljem, dok ograničenje zbog emocionalnih teškoća ne pokazuje statistički signifikantnu, ali ipak negativnu korelaciju sa psihičkim zdravljem.

LITERATURA

1. Švraka E, Avdić D, Hasanbegović Anić E. Okupaciona terapija. Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Sarajevu, 2012. ISBN 978-9958-692-03-1 COBISS. BH-ID 19697414
2. Milojević B. Estetska i plastična hirurgija: kako i zašto? Zagreb. 1991, 10-71.
3. Maletić D. I. Estetska kirurgija. Primjeri

iz prakse i mogućnosti. Zagreb. 2004, 14-52.

4. Davis RE. Rhinoplasty and concepts of facial beauty. *Facial Plast Surg.* 2006; 22(3):198-203.
5. Hercigonja-Szekerez M. Vrijednost tekstualnih podataka u opservacijskim epidemiološkim istraživanjima. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu. Zagreb, 2010,12-20.
6. Hilhorst MT. Philosophical pitfalls in cosmetic surgery: a case of rhinoplasty during adolescence *J Med Ethics: Medical Humanities.* 2002;28:61-65.
7. Hellings PW, Nolst Trenité GJ. Long-term patient satisfaction after revision rhinoplasty. *Laryngoscope.* 2007;117(6):985-9.
8. Cingi C, Eskiizmir G. Deviated nose attenuates the degree of patient satisfaction and quality of life in rhinoplasty: a prospective controlled study. *Clin Otolaryngol.* 2013;38(2):136-41.

PREDNOSTI NOVIJIH METODA HIRURŠKOG LEČENJA ŽENA MLAĐE ŽIVOTNE DOBI U GINEKOLOSKOJ ONKOLOGIJI

ADVANTAGES OF NEW METHODS OF SURGICAL TREATMENT FOR YOUNGER WOMEN IN GYNECOLOGICAL ONCOLOGY

Slavica Trifunčević

Slavica Trifunčević, Strukovna medicinska sestra
Institut za onkologiju Vojvodine – Sremska Kamenica
Odjeljenje za anesteziju i intenzivnu negu
Put doktora Goldmana 4 21204 Sremska Kamenica
Republika Srbija
e-mail: trifuncevicslavica@gmail.com

SAŽETAK

Trahelektomija predstavlja hiruršku metodu lečenja ranog invazivnog grlića materice, sa akcentom očuvanja fertlilne sposobnosti pacijentkinje. Pacijentkinja stara 27 godina operisana je ovom metodom u 19. nedelji trudnoće, sa verifikovanim karcinomom grlića materice.

Nakon obavljene hirurške intervencije, pacijentkinja se smešta u jedinicu intenzivne nege na tretman i zbrinjavanje po progresivnom tipu zdravstvene nege.

Tretman pacijentkinje u jedinici intenzivne nege podrazumeva: intenzivan nadzor, sprečavanje rane postoperativne komplikacije, kontinuiran monitoring pacijentkinje i ploda, sprovođenje ordinirane terapije, preduzimanje mera u prevenciji intrahospitalnih infekcija

Pacijentkinja otpuštena 14-ti postoperativni dan u dobrom opštem stanju. Graviditet uspešno očuvan do nešto ranijeg termina porođaja koji se završava carskim rezom i rođenjem deteta.

Na prvoj kontroli se konstatuje uredan onkološki i akušerski nalaz, pacijentkinja gravidna drugi put. Sledi drugi porodaj. Na sledecim kontrolama nema povecanog onkoloskog rizika. Znacaj informisanosti oprednostima ove metode je od velike vaznosti, obzirom na povecanu incidencu oboljevanja od karcinoma grlica materice

zena mladje zivotne dobi.

Ključne reči: karcinom grlića materice, graviditet

SUMMARY

INTRODUCTION: Trahelectomy represents a surgical method of treatment of early invasive carcinoma cervix, with emphasis to preserve childbearing capacity. A patient 27 years old, had an operation this method in the 19th week of pregnancy, with verified carcinoma of the cervix.

METHODS AND MATERIALS: After completion of surgery, a patient can fit inside the unit of intensive tending to the treatment and disposal of the progressive type of health care.

OBJECTIVE: Prevent early postoperative complications with intensive supervision, treatment, care and continuous monitoring of mother and baby. Fifth postoperative day after clinical examination and fetal ultrasound.

CONCLUSION: A patient was discharged 14 th postoperative day in good general condition. Pregnancy successfully preserved to some earlier date of birth, which is the end of cesarean section and birth of a child.

In January 2009 Valid oncology and obstetric findings, a patient pregnant a second

time. Next year, was the second birth of a child. The control has increased oncological risk.

Keywords : trahelectomy, early cancer cervix, younger women population

UVOD

Trahelectomia predstavlja hiruršku metodu lečenja ranog invazivnog karcinoma grlića materice (IA1, IB1, IIA) u cilju očuvanja fertlilne sposobnosti pacijentkinje. U Institutu za onkologiju Vojvodine, na Klinici za operativnu onkologiju, ova metoda se primenjuje od 2002 godine gde je našla svoju punu opravdanost.

- 1988.g Daniel Dargent iz Liona je prvi put uradio VRT i 1994.g. objavio rezultate 21 operacije. Do 2000.godine ukupno je uradio 82 operacije.
- Rezultat – 42 pacijentkinje su zatrudnele a 27 uspešno završene trudnoće carskim rezom.
- 1994.-1998.g. Govens iz Toronta uradio je 32 ART iz 13 porođaja.
- Ungar i Smith. Stephans Hospital, Budapest i Westminster Hospital London uradili 15 ART i 5 trudnoća.

VRTE TRAELECTOMIE

- Vaginalna radikalna trahelectomia (VRT) sa laparaskopskom pelvičnom ekstraperitonealnom i transperitonealnom limfadenektomiom.
 - Abdominalna radikalna trahelectomia (ART) sa pelvičnom limfadenektomiom.
 - VećinacentarausvetuseopredelilazaART:
- A. Odstranjenje parametrija ne može sa sigurnošću da se uradi sa VRT
B. Manji rizik od intraoperativnih komplikacija
C. Kraće vreme trajanja operacije
D. Manji intraoperativni gubitak krvi

U institutu za IOV, na odeljenju hirurške ginekološke onkologije za period 2002.-2011. godine urađeno je četrnast trahelectomia metodom ART pri čemu je ostvarena trudnoća kod dve pacijentkinje (jedan spontani pobačaj).

PRIKAZ SLUČAJA PACIJENTKINJE OPERISANE OVOM METODOM

Pacijentkinja u sedamnestoj nedelji trudnoće, sa verifikovanim ranim invazivnim tipom karcinoma grlića materice, kod koje su ispunjeni sledeći uslovi za izvođenje ove metode: mlađa životna dob, negativni pelvični limfni čvorovi što podrazumeva mogućnost « ex.tempore » dijagnostike, operativni preparat bez prisustva karcinoma, što znači da nema povećanog onkološkog rizika. Nakon kliničkog i laboratorijskog ispitivanja pacijentkinja operisana u devetnoj nedelji trudnoće.

U tretmanu i zbrinjavanju operasine pacijentkinje po progresivnom tipu zdravstvene nege sledi: obezbeđenje disajnih puteva, primena O₂, praćenje vitalnih funkcija na monitoringu (EKG, saturacija, broj respiracija, telesne temperature), davanje ordiniranih lekova, kontrola transfuzije, davanje tokolitika putem infuzomata, praćenje diureze, i kontrola mogućeg krvavljenja gravidnog uterusa i eventualnih kontrakcija. Pacijentkinja je bila vrlo uznemirena, tahikardna 100-120/min, bledih sluznica, bol prisutan u trbuhu, stabilnih vrednosti krvnog pritiska sa urednom diurezom. Uz blagu sedaciju obezbeđen je maksimalni mir bez poseta. Sve intervencije su izvedene

prema trenutnom stanju pacijentkinje uz objektivnu procenu medicinskih sestara i naloga lekara.

Program zdravstvene nege

Kupiranje bola (po nalogu lekara), primenu ordinirane terapije vezane za tahikardiju, aktivno praćenje infuzije Partusistema, nadzor i beleženje svih vitalnih parametara.

Prevenција potencijalnih problema

Kontroliše se postavljena IV kanila, urin kateter, operativni rez, postavljen abdominalni dren, sprovođenje mera prevencije ginekološke infekcije, oštećenja integriteta kože-sluzokože i isušenost usne duplje.

Drugi postoperativni dan premeštena je na odeljenje, bez kontrakcija, uz nastavak tokolize i nadoknade krvi jednom jedinicom transfuzije.

Pacijentkinja je otpuštena četrnasti operativni dan sa urednim nalazom UZ ploda. Savetovan joj je higijensko-dijetetski režim, ordirana terapija, zakazana kontrola za tri nedelje sa urađenim ekspertskim UZ u dvadestčetvrtoj nedelji trudnoće, dalja kontrola kod nadležnog akušera.

REZULTAT

U 37. nedelji trudnoće uspešno je završen porođaj carskim rezom. Pacijentkinja je rodila muško dete, Apgar score 9/9, TT 2550gr.

Na kontroli 2008.godine pacijentkinja je drugi put gravidna i sledi porođaj carskim rezom 2009.godine u terminu. Početkom 2011.godine na redovnoj kontroli, pacijentkinja je bez povećanog onkološkog rizika, sa ostvarenim materinstvom dvoje dece.

ZAKLJUČAK

Incidenca oboljevanja mladih žena od karcinoma grlića materice je u stalnom porastu. Metoda trahelektomie daje šansu i nadu ženama za ostvarivanje materinstva i samim tim ima svoju punu opravdanost. Na Institutu za onkologiju Vojvodine je pružena mogućnost očuvanja fertitilne sposobnosti žena u generativnom životnom dobu. Ovakav tip operacija treba da se radi samo uz

referentnim centrima koji imaju kompletan multidisciplinarni stručni tim.

LITERATURA

1. Covens A, Shaw P, Murphy J, et al. Is radical trachelectomy a safe alternative to radical hysterectomy for Patients with stage IA-B carcinoma of the cervix?. Cancer 1999, 86:2273.
2. Dargent, JL Brun and M. Roy, The trachelectomie élargie (TE). Une alternative à l'hysterectomie radicale dans le traitement des Cancers infiltrants développés sur la face externe du col uterus. J. Obstet. Gynecol. 2 (1994), pp. 292-295.
3. Annual Report on the Results of Treatment in Gynaecological Cancer. Journal of Epidemiology and Biostatistics / Volume 3, Number 1, 1998
4. Covens, A. Preserving fertility in early cervical cancer with radical trachelectomy. Contemp Ob Gyn 2003; 48:46.
5. Ungar L, Palfalvi L, Hogg R, Siklos P, Boyle DC, Del Priore G, Smith JR. Abdominal radical trachelectomy: a fertility-preserving option for Women with early cervical cancer BJOG 2005 Mar; 112 (3): 366-9.

KOMUNIKACIJA- KLJUČNI ELEMENT INTERNIH ODNOSA S JAVNOŠĆU KOD PRUŽANJA ZDRAVSTVENE NEGE ONKOLOŠKOM PACIJENTU I PORODICI

COMMUNICATION- KEY ELEMENT OF INTERNAL RELATIONS IN THE PROVISION OF HEALTH CARE ONCOLOGIC PATIENT AND FAMILY

Ivanka Adžić¹, Vladimir Radak¹

¹Centar za naučno-istraživački rad, obrazovno-nastavnu delatnost i ljudske resurse Kliničkog centra Srbije, Višegradska 26, Beograd, Srbija
Ivanka Adžić, mag.oec.
Klinički centar Srbije
Sektor za ljudske resurse
Adresa: ul. Višegradska 26
e-mail:ivanka.adzic@gmail.com

SAŽETAK

Odnosi s javnošću predstavljaju funkciju upravljanja i imaju zadatak da uspostavljanju i neguju međusobno kvalitetne odnose između zdravstvene ustanove i njene javnosti, od čega u velikoj meri zavisi uspeh organizacije. Odnosi s javnošću su veoma složen komunikacijski proces, koji obuhvata aktivnosti zdravstvene organizacije, usmerene na razvijanje saradnje sa njenim ciljnim grupama, koje mogu da budu interne i eksterne.

Jedna od glavnih karakteristika dobrog govora je da se ostvare mogućnosti da se o komplikovanim i teškim stvarima jednostavno govori, što je veoma važno za interne odnose s javnošću i komunikaciju sa pacijentima.

Komunikacija na nivou lekara, sestara i pacijenata je veoma važna, a ključna je u lečenju bolesnika sa onkološkim bolestima, jer pacijenti primaju niz teških informacija i nalaze se u stanju visokog stresa i nesigurnosti, a istovremeno moraju doneti odluke koje bitno utiču na njihov život. U komunikaciji između zdravstvenog radnika i pacijenta, odnosno članova njegove porodice, ključan je dijalog, gde svaka osoba u tom dijalogu donosi sopstvene pretpostavke, očekivanja i način ponašanja, koji utiče na njihovo

tumačenje tog dijaloga te stoga i na njegov ishod.

Dobrakomunikacija pomaže pacijentu da lakše primi "loše" vesti, podnese emocionalni pritisak zbog bolesti koja ugrožava život, kao i da razume, prihvati, i zapamti niz informacija o bolesti i lečenju. Bolest, strah od smrti i osećaj da je smrt realno moguća, zahtevaju analizu odnosa u porodici uopšte. Neophodno je pojasniti pacijentu da se životni vek obolelih od malignih bolesti sve više produžava uz različite faze poboljšanja i pogoršanja, ponovljenih lečenja i medicinskih intervencija.

Zbog toga treba pripremiti porodicu bolesnika da takvo stanje može dugo trajati i da je njihova podrška veoma važna za sam tok bolesti i lečenje.

Bolesnika je potrebno informisati o detaljima bolesti, događajima u porodici, okruženju, poslu, aktuelnim društvenim događajima.

Takva komunikacija će biti od velike pomoći bolesniku dane bude orijentisan samo na misli o bolesti i da postoji nada za budućnost. Otvorena komunikacija pojačava nadu, pacijentu pomaže da nađe snagu kada se suočava sa teškom situacijom i istovremeno mu potvrđuje da ga bolest nije onesposobila i isključila iz svakodnevnog života. Bolesnik želi učestvovati u životu, a

ako ga izolujete od okoline i društvenih događaja, postaćete nepoverljiv i povući će se u sebe.

Na taj način možemo postići poboljšanje njegovog psihičkog stanja, smanjenje tenzije, umora i konfuzije, povećati živahnost, smanjiti bol i depresivnu simptomatologiju. Dobra komunikacija će doprineti da doktori i sestredrže svoju profesionalnost na visokom nivou, uz pridržavanje etičkih principa, što u ogromnoj meri poboljšava kvalitet života onkoloških pacijenata.

Veština komunikacije je najjače oruđe čoveka i ona se, kao i svaka druga veština, usavršava vežbanjem i traži stalnu edukaciju sa ciljem obnove znanja.

Ključne reči: odnosi s javnošću, komunikacija, onkološki pacijent, porodica, kvalitet života, edukacija

SUMMARY

Public relations are a function of management and have the task to establish and nurture good relationships with each other between health institutions and its public of which depends largely on the success of the organization. Public relations is a very complex process that involves communication

activities of the organization aimed at developing cooperation with its target groups, which may be internal and external.

One of the main characteristics of a good speech is to be able to achieve on complicated and difficult things just talk, which is very important for the internal public relations and communication with patients.

Communication at the level of doctors, nurses and patients is very important and crucial in the treatment of patients with oncological diseases, because patients receive a series of serious information and are in a state of high stress and uncertainty, while they must make decisions that significantly affect their lives. The communication between caregiver and patient or his family members is a key dialogue where each person in the dialogue make their own assumptions, expectations, and behaviors that influence their interpretation of the dialogue and therefore its outcome.

Good communication helps the patient to easily receive the "bad" news, submit emotional pressure because of life-threatening diseases, as well as to understand, accept, and remember array of information about the disease and treatment. The disease, fear of death, feeling that death is actually possible, requires an analysis of family relationships in general. It is necessary to explain to the patient that the life expectancy of patients with malignant diseases are increasingly extending along the different stages of improvement and deterioration, the repeated treatment and medical interventions. Therefore, patients should prepare a family that such a situation can not last long and that their support is very important to the course of disease and treatment. Patients should be informed about detaljuma disease events in the family, environment, business, current social events. Such communication will be of great help to the patient not to be focused only on thoughts about the disease and that there is hope for the future.

Open communication reinforces hope, patient helps to find strength when faced with a difficult situation and at the same time he acknowledges that it did not incapacitate disease and excluded from everyday life. The patient wants to take part in life, and if you isolate yourself from the environment and social events, will become suspicious and will withdraw into themselves.

In this way we can achieve the improvement

of his mental condition, reduce tension, fatigue and confusion, increase vibrancy, reduce pain and depressive symptomatology.

Good communication means it will contribute to the doctors and nurses maintain their professionalism at a high level, while adhering to ethical principles which vastly improves the quality of life of cancer patients. Communication skills is the most powerful tool of man, and she, like any other skill, perfecting exercise and requires constant education with the aim of restoring knowledge.

Keywords: public relations, communications, oncology patient, family, quality of life, education

UVOD

Odnosi s javnošću predstavljaju funkciju upravljanja i imaju zadatak da uspostavlja i neguju međusobno kvalitetne odnose između zdravstvene ustanove i njene javnosti, od čega u velikoj mjeri zavisi uspeh organizacije. Odnosi s javnošću su veoma složen komunikacijski proces koji obuhvata aktivnosti zdravstvene organizacije usmerene na razvijanje saradnje sa njenim ciljnim grupama, koje mogu da budu interne i eksterne.

Komunikacija je jedna od osnovnih društvenih veština, alikomunikacija sa onkološkim pacijentima nije laka, jer se vrlo često radi o razmeni teških informacija i pokretanju teških i potresnih osećanja kod pacijenata i članova njihovih porodica.

U komunikaciji između zdravstvenog radnika i pacijenta odnosno članova njegove porodice ključan je dijalog, gde svaka osoba u tom dijalogu donosi sopstvene pretpostavke, očekivanja i način ponašanja koji utiče na njihovo tumačenje tog dijaloga te stoga i na njegov ishod.

Bolest, strah od smrti i osećaj da je smrt realno moguća, zahtevaju analizu odnosa u porodici uopšte. Neophodno je pojasniti pacijentu da se životni vek obolelih od malignih bolesti sve više produžava uz različite faze poboljšanja i pogoršanja, ponovljenih lečenja i medicinskih intervencija. Istina, otvorenost i iskrenost u vezi sa aktuelnim stanjem pacijenta predstavljaju ključ delotvorne komunikacije sa onkološkim pacijentima.

Zbog toga treba pripremiti porodicu

bolesnika da takvo stanje može dugo trajati i da je njihova podrška veoma važna za sam tok bolesti i lečenje. Bolesnika je potrebno informisati o detaljima bolesti, događajima u porodici, okruženju, poslu i aktuelnim društvenim događajima. Takva komunikacija će biti od velike pomoći bolesniku dane bude orijentisan samo na misli o bolesti i da postoji nada za budućnost. Otvorena komunikacija pojačava nadu, pacijentu pomaže da nađe snagu kada se suočava sa teškom situacijom i istovremeno mu potvrđuje da ga bolest nije onesposobila i isključila iz svakodnevnog života. Bolesnik želi učestvovati u životu, a ako ga izolujete od okoline i društvenih događaja, postaćete nepoverljiv i povući će se u sebe.

Između šezdesetih i osamdesetih godina XX veka javio se pokret koji je sa "zatvorene svesti", po kojoj se pacijentima nije govorila istina o težini njihove dijagnoze, prešao na "otvorenu svest", gde se o toj situaciji razgovara otvoreno i iskreno. Danas je opšteprihvaćen stav da pacijenti treba da znaju istinu o sopstvenom stanju, pa su otvorena i iskrena komunikacija jedan od ključnih zadataka zdravstvenih radnika koji se bave onkologijom, jer se tako uspostavlja temelj brižnog odnosa ukome i pacijenti i njihove porodice osećaju da imaju podršku i razumevanje. Kako bi zdravstveni radnici bili edukovani i pripremljeni za ovakav oblik komunikacije neophodno je u okviru internih odnosa s javnošću posvetiti pažnju obuci, odnosno treningu zaposlenih koji rade sa onkološkim pacijentima.

OTVORENA KOMUNIKACIJA SA ONKOLOŠKIM PACIJENTOM

Zdravstveni radnici kao i porodica često žele da zaštite pacijenta od teške istine o njihovom stanju u trenutku kada se suočavaju sa neizlečivom bolešću. Neki zdravstveni radnici se brinu da ne unište nadu iskrenom komunikacijom sa pacijentima o njihovoj dijagnozi. Međutim, istraživanja su pokazala da većina ljudi želi da zna istinu i da se bolje bori ako podršku prima iskrenim razgovorom o sopstvenom stanju. Veoma je važno da se razgovor sa pacijentom obavlja saosećajno, zato što otvorena komunikacija pojačava nadu i pacijentima pomaže da nađu snagu kada se suočavaju sa teškom situaci-

jom. Ukolikobi izostala otvorena komunikacija ostavili bismo pacijenta sa sopstvenim brigama, strahovima i strepnjama, čime bi se povećala njegova izolovanost i emocionalna patnja. Skrivanje istine od pacijenta je moralno pogrešno, jer je pacijent svestan da je bolestan i na osnovu toga zna da situacija nije dobra odnosno pozitivna. Skrivanje istine može da dovede do emocionalnog odvajanja pacijenta zbog neiskrene komunikacije, a to sve ima implikacija na okolnosti u kojima se pacijent zbrinjava. Na takav način bi doveli do situacije u kojoj je pacijent prepušten samom sebi, sopstvenim sumnjama, pitanjima i strahovima. Najčešće pacijenti nagoveste kada su spremni i voljni da razgovaraju o teškim temama, tako da je veoma važno da ove nagoveštaje primeti zdravstveni radnik. Jedna od ključnih komunikacijskih veština jeste prepoznavanje ovih znakova koje daje pacijenti reagovanje na njih, odnosno omogućavanje pacijentu da razgovara o pitanjima koja ga muče.

Veoma važno je da se kaže istina, jer se nataj način održava odnos poverenja i saosećajnosti, smanjuje se neizvesnost i obično ljudi bolje prihvataju tešku istinu i loše vesti nego neizvesnost. Istina podržava realne nade jer se pacijent podstiče da se suoči sa realnom situacijom ali i da održi realne nade u pogledu onoga što stvarno može da se postigne. Govoriti istinu pomaže pacijentu i porodici da sami odrede na koji način će organizovati naredne dane. Važno je da se pacijent ne prisiljava da razgovara o teškim temama, već da mu se za to pruži prilika i da se otvoreno prihvaće brige, misli i osećanja pacijenta. Iz tog razloga je komunikacija povezana i sa etičkim pitanjima, jer zdravstveni radnici moraju sa puno osećanja da utvrde procene kada šta mogu da saopšte. S obzirom da je naglašena otvorenost, kao ključni element delotvorne komunikacije sa onkološkim pacijentom, važno je naglasiti da je iskazano veliko interesovanje za to kako da se iznađu načini ili utvrdi okvir kojim će se pomoći zdravstvenim radnicima da razviju neophodne veštine da komuniciraju otvoreno i saosećajno.

Slušanje je takođe jedna od ključnih veština komunikacije. Važno je naglasiti da je slušanje značajno kao i ono što se govori. Slušanje ne treba da bude pasivno već je veoma aktivno i pažljivo uz otvoreno odgovaranje. Aktivnim slušanjem ne čujemo samo reči već i njihovu intonaciju, obraćamo

pažnju na govor tela i ono što nije rečeno. Kada se koncentrišemo na ono što pacijent govori, tada obraćamo punu pažnju na njega i on oseća naše interesovanje i brigu, čime se podstiče otvorenost.

Aktivno slušanje podržavaju i brojne druge veštine komunikacije koje predstavljaju glavni "alat" zdravstvenih radnika, kada pomažu bolesnim ljudima da podele svoje brige i pokažu im da ih neko čuje i razume. Korišćenje ovih veština može da pomogne zdravstvenim radnicima da se i oni osećaju delotvornijim i smanje osećanje sopstvenog stresa i bespomoćnosti kada grade odnos saosećajnosti.

VEŠTINE KOMUNIKACIJE SA ONKOLOŠKIM PACIJENTOM

Naveli smo aktivno slušanje kao veoma važnu veštinu komunikacije, a ništa manje važno nije neverbalno komuniciranje, pri čemu je značajno gledanje u oči, klimanje glavom, naginjanje unapred, ka pacijentu, jednom rečju otvoren stav. Potrebno je podsticati pacijenta (n.pr.nastavite...) kroz potvrđivanje onoga što je pacijent upravo rekao ili pak primeniti "eho", uz ponavljanje poslednje reči ili rečenice koju je pacijent izgovorio, jer ga na taj način možemo podstaći da nastavi da govori. Vrlo često je ćutanje odnosno tišina i empatija primerena, jer je to trenutak koji može ljudima dativreme da razmisle i pomisle s obzirom da ponekad i nema šta da se kaže. Svoju zainteresovanost možemo pokazati kroz direktna otvorena pitanja uz podsticanje da o temi koja je aktuelna što više kaže. Jedna od veština komunikacije je pregovaranje, kada želimo da proverimo da li je pacijent voljan da razgovara, na primer: "da li ste u stanju da mi kažete šta Vas muči...?". Kada se prikupi dovoljno informacija pacijentu ćemo pokazati da smo ga stvarno slušali tako što ćemo još jednom preći preko glavnih tačaka, kako bi on shvatio da želimo da proverimo da nešto nismo propustili. Takođe je važno da smo u stanju da primetimo sopstvene misli i osećanja, položaj tela, stav i kontakt pogledom.

Delotvornu komunikaciju ne olakšavaju samo veštine komunikacije, već nju podstiče i okruženje, dostupnost zdravstvenih radnika kao i stav zaposlenih u zdravstvu da je komunikacija važna. Važno je naglasiti da veštine komunikacije mogu da se koriste kao

instrument t.j. "alat", ali da je komunikacija dijalog, da podrazumeva zdravstvenog radnika koji je na raspolaganju i stvarno sluša i iskreno, saosećajno i istinito odgovara.

Cilj delotvorne komunikacije je da se otkriju glavni problemi pacijenta, kako ih on sagledava i fizički, emocionalni i socijalni uticaji problema na pacijenta i njegovu porodicu. Saopštavnije loših vesti je proces koji se zasniva na teorijskom stanovištu da pacijent ima pravo da zna svoju dijagnozu i prognozu koju mu saopštava lekar. Ali lekar odgovornost deli sa drugim članovima tima koji imaju veoma važnu ulogu u nastavljaju pružanja pomoći pacijentu da savlada i prihvati vesti. Postepeno saopštavanje loših vesti je najbolji način da ispitamo brzinu kojom svaki pacijent želi da razume šta se dešava. Svi članovi tima moraju da znaju ključnu informaciju koju je pacijent primio, tako da mogu u skladu sa tim da se angažuju oko pacijenta i nastave da pružaju podršku iskrenom diskusijom ako i kada pacijent zaželi.

Važno je da utvrdimo i osetimo koji stil komunikacije odgovara svakom pacijentu, jer neko želi detaljne informacije i da tačno zna šta se dešava dok drugi traže manje detalja i situaciju prihvataju korak po korak.

Potrebno je imati Vodič za saopštavanje teških informacija, koji navodi bitne korake za zdravstvene radnike koje treba da prate kada saopštavaju loše vesti. Vodič podrazumeva pripremu odnosno prikupljanje neophodnih informacija pre nego što dođe do susreta sa pacijentom kako bi sagledali stanje pacijenta i šta on zna o svojoj bolesti. Dobra praksa preporučuje da se obezbedi dovoljno vremena za razgovor sa pacijentom, da u trenutku saopštavanja loših vesti bude neko od članova porodice koje bi trebalo uputiti da ne prekidaju zdravstvenog radnika dok govori. Ukoliko pacijent u ovom trenutku ne prihvata svoje stanje ne treba mu protivurečiti. Potrebno je pitati pacijenta da li bi možda voleo da se obavi razgovor sa nekim od članova njegove porodice.

Saznanja o bolesti je potrebno podeliti polako, koristeći jezik pacijenta, izbegavati stručne izraze uz proveru da li nas razume, trudeći se da prepoznamo emocije. Reakcije i osećanja pacijenta treba prihvatiti, izbegavati ublažavanje težine situacije, ali koristiti empatiju za odgovor. Ukoliko pacijent plače, ne treba ga zaustavljati jer je to za mnoge normalna reakcija. Pacijenti mogu da postavveoma teška pitanja, kao što je

preostala dužina života, za šta je preporuka da nije pametno određivati nikakav vremenski rok. Potrebno je rezimirati informacije i glavne stvari o kojima se razgovaralo kako bi imali plan narednih koraka, uz potvrdu pacijentu da smo uvek spremni na saradnju i pomoć. Nakon razgovora je potrebno da zdravstvenih radnik da sebi malo vremena da razmisli o obavljenom razgovoru i o tome kako se lično oseća.

Potrebno je naglasiti da je prilikom davanja informacija važno proveriti razumevanje pacijenta kroz navođenje da on otvoreno pokaže svoje reakcije, da izrazi šta ga najviše brine i koliko želi da učestvuje u procesu odlučivanja terapijskim opcijama.

Kod onkološkog pacijenta može da se javi poricanje, koje predstavlja normalni mehanizam savladavanja teških situacija i to je koristan mehanizam u opasnim situacijama, pod uslovom da ne sprečava čoveka da preduzme mere kojima bi mogao da zaštiti sebe ili druge od daljeg povređivanja/štete. Nakon poricanja najčešće dolaze bes, krivica ili depresija.

Kod pojave besa je potrebno je znati da je bes osećanje koje je uobičajena reakcija na gubitak. Važno je dane trepakušavati da se bes umiri objašnjenjem već je potrebno pažljivim slušanjem ispitati razloge.

Rođaci mogu zamoliti zdravstvenog radnika da prikrije informacije od pacijenta, kao čin ljubavi kako bi ga zaštitili od bola. Ovakva vrsta dosluha odnosno tajnog dogovaranja kako kod rodbine moguća je i između zdravstvenih profesionalaca. Prilikom komunikacije sa rođacima potrebno je ispitati razloge za prikrivanje, a zatim objasniti koliko je važno izaći u susret potrebi pacijenta za objašnjenjem, koje će poboljšati razumevanje sopstvene situacije. Na ovakav način će se u velikoj meri unaprediti kvalitet života pacijenta i podstaći otvoren odnos između pacijenta i porodice.

Otvorenošću se mogu izbeći problemi zbog teškog stanja i pretećeg gubitka voljene osobe kao i vajkanje "da sam samo", kada najbliži pate jer sa pacijentom nisu razgovarali ili zajedno radili neke stvari pre nego što je za to postalo prekasno.

PREPREKE DOBROJ KOMUNIKACIJI SA ONKOLOŠKIM PACIJENTOM

Nedostatak vremena se često navodi kao opravdavanje za neadekvatnu komunikaciju, jer većina zdravstvenih radnika mora da radi sa nerealno velikim brojem pacijenata. Međutim, ako se potroši vreme na delotvornu komunikaciju, može se uštedeti vreme kasnije, jer pacijent oseća da ga stvarno čujete i razumete, pa se postiže zajedničko razumevanje situacije pacijenta, čime i odnos sa osećanja postaje delotvorniji. Prepreka dobroj komunikaciji može biti nesposobnost pacijenta da izrazi osećanja, stid da priznaju da imaju problem sa savladavanjem sopstvene situacije ili ukoliko im profesionalci deluju previše zauzeto. Problem može nastati ukoliko se zdravstveni radnici ne osećaju na svom terenu ili smatraju da emocionalna podrška nije deo njihove profesionalne uloge kao i da emocionalni odgovor pacijenta ne pogađa njih lično.

Tendencija da se koristi ponašanje kojim se blokira pristup, odnosno izbegava razgovor o teškim emotivnim temama dobro je poznata u stručnoj literaturi. Veoma je važno da se zapamti da zdravstvenih radnici pacijenti mogu da koriste taktiku izbegavanja.

Međutim, moramo naglasiti da je veoma važno izbegavati ponašanje kojim se blokira komunikacija, poput preranog davanja utehe, a da glavni problem nije identifikovan. Potrebno je izbegavati nipodaštavanje duševnog bola kao nečeg normalnog, fokusiranje isključivo na fizičke aspekte, promena teme ili usputno razveseljavanje pacijenta.

Važno je prevazići prepreke, kako bi se održala realna i kvalitetna komunikacija između zdravstvenih radnika, pacijenta i članova porodice.

ZAKLJUČAK

Interni odnosi s javnošću u zdravstvenoj ustanovi podrazumevaju komunikaciju između zdravstvenih radnika i zdravstvenih radnika i pacijenata. Važno je naglasiti neophodnost otvorenosti i iskrene komunikacije sa onkološkim pacijentom, kako bi se održao odnos poverenja i saosećajnosti. Zdravstveni radnici moraju koristiti i primeniti neophodne veštine komunikacije kao i prihvatiti činjenicu kolika je važnost do-

bre komunikacije. Neophodno je koristiti „Vodič za saopštavanje teških informacija u oblasti onkologije“. Preporuka zdravstvenim ustanovama je da kroz edukativne programe osposobe zaposlene za savladavanje neophodnih veština u komunikaciji na svim novoima. Na godišnjem nivou je potrebno obaviti istraživanje koji se odnosi na kvalitet komunikacije, kako bi dobijen rezultat bili smernica za bolji kvalitet rada sa pacijentima.

Dobra komunikacija doprinosi da zdravstveni radnici dostižu viši nivo profesionalnosti, razvijaju osećaj etike i u ogromnoj meri utiču na poboljšanje kvaliteta života onkoloških pacijenata.

Lekari i sestre koji vešto komuniciraju koristeći svetska saznanja iz oblasti personalne komunikacije, razlikuju se od ostalih, svojim odnosom prema pacijentima, kolegama i ostalim građanima.

Veština komunikacije je najjače čovekovo oruđe i ona se, kao i svaka druga veština, usavršava vežbanjem i traži stalnu edukaciju sa ciljem obnove znanja.

LITERATURA

1. Baile W, Buckman R, Lenzi R et al. Spikes – A six-step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient With Cancer. *The Oncologist*. 2000;5:302-11.
2. Faulkner A. ABC of Palliative Care: Communication with patients, families and other professionals. *BMJ*. 1998;316:130-32.
3. Faulkner A, Maguire P. *Talking to Cancer Patients and Their Relatives*, Oxford, Oxford University Press, 1994.
4. Maguire P, Pitcheathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002;325:697-700.
5. Freshwater D. *Counselling Skills for Nurses, Midwives and Health Visitors*. Open University Press, Maidenhead, 2003.
6. Smith S, Norton K. *Counselling Skills for Doctors*. Open University Press Buckingham, 1999.
7. Bazić M. *Komunikacione veštine i efektivno liderstvo*, Institut ekonomskih nauka, Beograd, 2010.
8. Kutlip S. *Uspesni odnosi s javnošću*, Službeni glasnik, Beograd, 2006.

MORPHOLOGICAL AND TOPOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF RETROPYELIC ARTERY IN HUMAN KIDNEY

МОРФОЛОШКИТЕ И ТОПОГРАФСКИ КАРАКТЕРИСТИКИ НА RETROPYELIC АРТЕРИЈА СО БУБРЕЗИТЕ

Svetlana Jovevska¹, Milka Zdravkovska¹, Gordana Panova¹, Niki Matveeva²

¹Goce Delchev University, Faculty of Medical Sciences, Shtip, Republic of Macedonia

²Institute of Anatomy, Faculty of Medicine, Skopje, Macedonia

SUMMARY

Background: In the retroperitoneal vascularization of the kidney the a. retroperitoneal, the posterior terminal branch of the renal artery, always takes its part. This artery passes through the upper edge of the renal pelvis and along its back side as a bow with an outer convexity and after the entrance of the renal sinus it ends-up as an artery of the dorsal renal segment. By the surgical interventions on the back side of the renal pelvis i.e. by the pyelotomy it is possible to cause injury of the same as well as necrosis of a smaller or a bigger part of the renal parenchym.

Aims: For this reason we have analyzed 30 human kidneys and 80 renal angiographies. **Material and methods:** Dissectional, injectional and injection-corrosive methods were applied. The injection-corrosive method enabled preparing anatomic models of the renal vascular system of the kidney. Were analyzed 30 human kidneys and 80 renal angiography made using contrast arteriography on Institute of radiology.

Results: We have analyzed the morphological and topographical characteristics of retroperitoneal artery, the terminal branches of the renal artery. Retroperitoneal artery passes through on the back side of the renal pelvis.

Conclusion: Knowledge about the morphology, and especially topography of a. retroperitoneal is of major practical importance during the surgical interventions of the posterior side of renal pelvis.

АПСТРАКТ

Вовед: Во retroperitoneal васкуларизација на бубрезите а. retroperitoneal, задниот терминален гранка на артерија renalis, секогаш зема својот дел. Оваа артерија минува низ горниот раб на бубрежната карлица и по задната страна како лак со надворешен convexity и по влезот на бубрежниот синус завршува нагоре како артерија на грбниот бубрежен сегмент. При хируршки интервенции на задната страна на бубрежната карлица, односно од страна на pyelotomy можно е да предизвика повреда на истите, како и некроза на помал или поголем дел од бубрежна паренхим.

Цели: Поради оваа причина ние ги анализиравме 30 бубрези и 80 бубрежна ангиографији.

Материјал и методи: За дисекциите (Dissectional), беа применети injectional и injection-corrosive методи. Инјекцијата-корозивен метод служи за да се подготвуваат анатомски модели на бубрежна VAS-cular систем на бубрег. Беа анализирани 30 бубрези, и беа направени 80 бубрежни ангиографији, направени со користење на контрастот за ангиографија на Институтот за радиологија.

Резултати: Ги анализиравме морфолошките и топографските карактеристики на retroperitoneal артерија, на терминалниот гранка на реналната артерија. Retroperitoneal артеријата минува низ на задната страна од бубрежната

карлица.

Заклучок: Знаење за морфологијата, а особено топографијата (topography) на retroperitoneal е од голема практична importance за време на хируршки интервенции на posterior страната на бубрежната карлица.

INTRODUCTION

In the retroperitoneal vascularization of the kidney the a. retroperitoneal, the posterior terminal branch of the renal artery take part. This artery passes through the upper edge of the renal pelvis and along its back side as a bow with an outer convexity and after the entrance of the renal sinus it ends-up as an artery of the dorsal renal segment. By the surgical interventions on the back side of the renal pelvis i.e. by the pyelotomy it is possible to cause injury of the same, as well as, necrosis of a smaller or a bigger part of the renal parenchym.

Therefore knowing the topography and the morphology of the dorsal ending branch of the renal artery is of most importance and it is necessary to investigate the same; therefore it was analyzed at 30 human kidneys and at 80 renal angiographies.

MATERIAL AND METHODS

The material for this investigation is taken from the institute of pathological anatomy and contained 30 kidneys taken post

morten within 24 hours after the death from people of various ages and both sexes. We applied the inspection/dissection method, as the best procedure in the research of the autopsy material topography and injection-corrosion method, that has enabled us preparation of anatomic models of the renal artery getting a three dimensional model of its vascular network. For the injection we used diluted acrylate material. The so injected composition was subjected to corrosion into concentrated HCL - acid, that caused corrosion and removal of the parenchym tissues from the renal network. So the received mould is suitable for topographic and morphologic research. We have also analyzed about 80 renal angiographies, made by contrast arteriography at the radiologic institute.

RESULTS

Renal retropericardic vascularization includes a. retropericardica, the posterior terminal branch of the re-nal artery. The caliber of prepericardic branch of a. renalis is either the same or insignificantly smaller (about 1 mm). Retropericardic artery trunk directed horizontally and more rarely ascending or descending towards the posterior edge of the renal hilus, runs backwards and above the prepericardic branch of a. renalis. Retropericardic vascularization field of renal parenchyma is smaller an the vascular field of the prepericardic artery. Of prac- cal importance is the fact that on the border between te vascular filed of the anterior and posterior terminal ranch of the renal artery there is a zone of weak 'ascularization or "Hyrtl's avascular line". Along its enghth, kidney incision is usually done during nephrotomy. It is a line that stretches about 1 cm behind the external, convex edge of the kidney and divides it in two anterior and one posterior third.

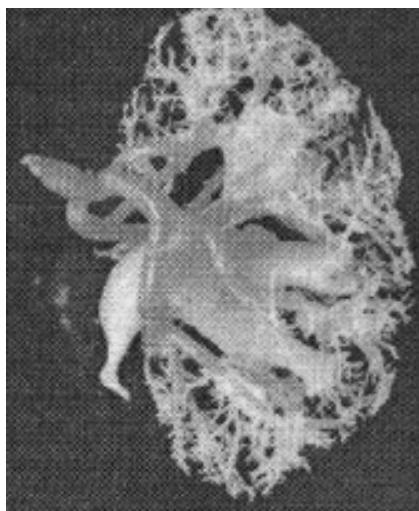


Figure 1

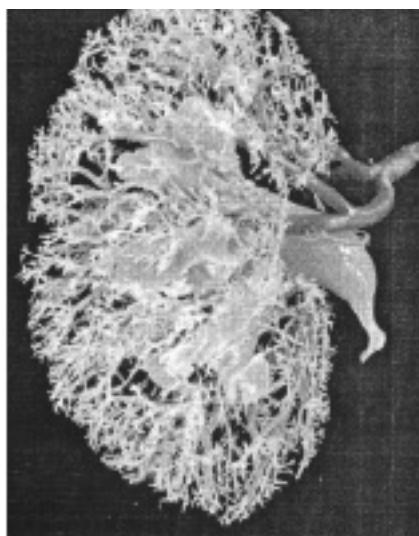


Figure 2

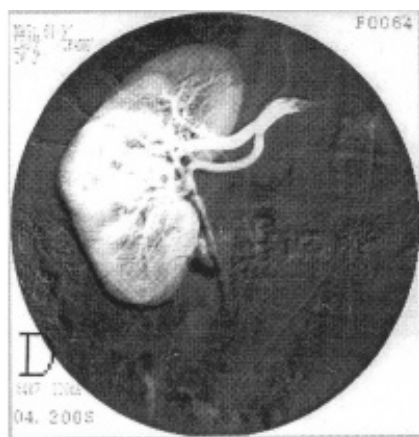


Figure 3

The onset of a. retropericardica is on various distances from the renal hilus, most commonly on 2-4 cm. The trunk of the retropericardic artery crosses over the upper edge of the renal pelvis and along its posterior side in an archlike way with convexity forwards enters the kidney sinus and ends as an artery of the posterior renal segment (fig. 1). Retropericardic artery caliber is 3 mm in 70 % of the cases, the variation being 0,5 mm at most (fig 2) and (fig 3).

DISCUSSION AND CONCLUSION

Knowledge about the morphology, and especially topography of a. retropericardica is of major practical importance during the surgical interventions of the posterior side of renal pelvis. For this reason, two surgeons - urologists Albarran (1) Garcier (2), Aristotle (3) Papin (4) dedicated great attention to this posterior branch of a. renalis. According to these autors, a. retropericardica is the constant branch of a. renalis and has smaller caliber then the prepericardic branch. Irrigation territory of retropericardic artery was studied together with the territories of the remaining branches of a. renalis by many authors Hyrtl, Zondek, Papin (5). Boskovic (6) Verma (7) Rani (8) Sampaio (9) found that in retropericardic vascularization includes a. retropericardica and a. polaris inferior. In their papers, they have divided the kidney tissue into anterior and retropericardic vascularization areas. The border between these two areas is a vascular zone.

Knowlegde about the morphological and topographic characteristics as well as about the variation of the posterior terminal branch is of great importance for the diagnosis and practical assessment of the existing prognosis for the eventual postoperative and clinical condicion of the patient.

REFERENCES

1. Albarran H. Anatomie et Histologie de l'appareil urinaire, Paris 1938.
2. Garcier JM, De Fraissinette B, Filaire M. Origin and initial course of the renal arteries: a radiological study. *Surg Radiol Anat* 2001;23(1):51-5.
3. Aristotle S, Sundarapandian, Felicia C. Anatomical study of variations in the blood supply of kidneys *J Clin Diagn Res.* 2013 Aug;7(8):1555-7.
4. Papin E. *Chirurgie du rein, tome I.* Paris. 1928
5. Hyrtl J. *Corrosions Anatomie.* Vienna: W. Braumuller. 1873; p.240.
6. Boskovic M. O retropijelicnoj vaskularizaciji bubrega. *Acta Med Jugos.* 1948; 1:204-20.
7. Verma P1, Arora AK, Sharma P, Mahajan A. Variations in branching pattern of renal artery and arrangement of hilar structures in the left kidney: clinical correlations, a case report
8. Rani N1, Singh S1, Dhar P2, Kumar R. Surgical importance of arterial segments of human kidneys: an angiography and corrosion cast study.
9. Sampaio FJB, Aragao AHM. Anatomical relationship between the intrarenal arteries and the kidney collecting system. *J. Urol.* 1990; 143:679-681.
10. Sampaio FJB, Passos MARE. Renal arteries : anatomic study for surgical and radiological practice. *Surg Radiol Anat.* 1992; 14: 113-7.

PNEUMONIJA UZROKOVANA VENTILATOROM U JEDINICI INTENZIVNOG LIJEČENJA KIRURŠKIH BOLESNIKA

VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA (VAP) IN SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT

Vesna Bratić

Vesna Bratić, dipl.med.ses.

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje,
KBC Zagreb, Zagreb, Hrvatska

SAŽETAK

Infekcije nastale za vrijeme trajanja liječenja u bolnici (bolničke ili nozokomijalne infekcije) značajan su zdravstveni i financijski problem u gotovo svim bolnicama u svijetu. Bolnička pneumonija je drugi najčešći oblik bolničke infekcije i vodeći je uzrok smrtnosti. Najučestalija komplikacija u Jedinicama intenzivnog liječenja je pneumonija povezana s ventilatorom (VAP). Učestalost ovih infekcija u bolesnika liječenih u Jedinicama intenzivnog liječenja kreće se od 20-70%, od čega se 80% odnosi na bolesnike na mehaničkoj ventilaciji.

Mehanička ventilacija je potpomognuta mehaničkim ventilatorom radi djelomične ili potpune zamjene bolesnikove ventilacije, a rutinski se provodi svakodnevno u Jedinicama intenzivnog liječenja.

Disanje uz asistenciju ventilatora za mehaničku ventilaciju provodi se kod bolesnika koji iz bilo kojih razloga pomoću vlastitog disanja ne mogu osigurati fiziološku izmjenu plinova u organizmu.

Pneumonija povezana s respiratorom (Ventilator-associated pneumonia -VAP) je definirana kao bolnička pneumonija u bolesnika koji su na mehaničkoj ventilaciji duže od 48 sati. Bolesnik na respiratoru ima 6 do 21 puta veći rizik da razvije upalu pluća od bolesnika koji nisu na mehaničkoj ventilaciji. Razvoj VAP-a produžuje boravak bolesnika u JIL-u i bolnici te značajno povisuje troškove liječenja. Kod bolesnika koji razviju VAP do sedam puta se povećava broj dana na mehaničkoj ventilaciji, te se udvostručuje duljinu boravka u bolnici. Incident razvitka

VAP-a je 8 do 46,3 epizoda na 1000 dana mehaničke ventilacije.

Nastanak VAP-a nemoguće je u potpunosti spriječiti, ali pravilnom prevencijom i liječenjem se može smanjiti.

Ključne riječi: ventilatorom uzrokovana pneumonija, mehanička ventilacija.

SUMMARY

Infections arose during hospital treatment (hospital-acquired infections or nosocomial infections) present a significant health concern and financial problem in almost all the hospitals in the world. Hospital-acquired pneumonia is the second most common type of hospital infection and a leading cause of death. The most frequent complication in intensive care units is ventilator-associated pneumonia (VAP). The frequency of this infection in patients treated in intensive care units is between 20% and 70%, 80% of which relates to the patients undergoing mechanical ventilation.

Mechanical ventilation is a type of ventilation that uses a mechanical device (machine) to partially or entirely replace the ventilation of a patient, and it is a method carried out routinely and daily in intensive care units.

Breathing assisted by a machine for mechanical ventilation is carried out in patients who for any reason are not able to ensure physiological interchange of gases in the organism by means of their spontaneous breathing.

Ventilator-associated pneumonia (VAP) is defined as a nosocomial pneumonia in patients undergoing mechanical ventilation for more than 48 hours. A patient attached to a ventilator has 6 to 21 times higher risk of developing a pneumonia than a patient not undergoing mechanical ventilation. Development of VAP extends ICU stay and significantly increases associated treatment costs. Patients who develop VAP have to undergo mechanical ventilation up to seven times longer than usual, and their hospital stay doubles. The incidence of VAP development is 8 to 46,3 episodes per 1000 days of mechanical ventilation.

VAP development is not possible to prevent entirely, but proper treatment and prevention can lead to its decrease.

Key words: ventilator-associated pneumonia, mechanical ventilation.

UVOD

Bolnička pneumonija je drugi najčešći oblik bolničke infekcije i vodeći je uzrok smrtnosti vezano uz bakterijske infekcije u bolnici. Najrizičniji čimbenik nastanka bolničke pneumonije je mehanička ventilacija. Nastankom pneumonije uzrokovane ventilatorom produžuje se duljina trajanja mehaničke ventilacije, duljina boravka u Jedinici intenzivnog liječenja (JIL), duljina boravka u bolnici te smrtnost.

Pneumonija povezana s mehaničkom ventilacijom (Ventilator Associated pneumonia)

je upala pluća kod intubiranih, mehanički ventiliranih bolesnika, koja se pojavila nakon više od 48 sati mehaničke ventilacije ili koja je nastupila unutar 48 sati nakon što je prekinuta umjetna ventilacija. Rizik razvoja pneumonije kod mehanički ventiliranih bolesnika je 7-10 puta veći nego kod bolesnika koji nisu na mehaničkoj ventilaciji i iznosi oko 1% dnevno. Pneumonija povezana s mehaničkom ventilacijom produljuje hospitalizaciju za 4-9 dana.

Mehanizam nastanka pneumonije povezane s mehaničkom ventilacijom:

- mikroaspiracija sadržaja iz orofarinksa (do 4. dana nakon endotrahealne intubacije)
- translokacija bakterija iz gastrointestinalnog trakta (nakon 4. dana endotrahealne intubacije)



Slika 1. Mehaniizam nastanka pneumonije

ČIMBENICI RIZIKA KOJI POGODUJU RAZVOJU PNEUMONIJE POVEZANE S MEHANIČKOM VENTILACIJOM

Čimbenici koji se odnose na domaćina:

- životna dob (>60 god.)
- imunosupresija
- kronična opstruktivna plućna bolest
- akutni respiratorni distress sindrom
- politrauma
- kirurški zahvati u gornjem abdomenu i toraksu
- visoka ocjena ugroženosti bolesnika na ljestvicama APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) ili SAPS II (Simplified Physiology Score)

Čimbenici domaćina na koje se može utjecati:

- položaj bolesnika u krevetu

- higijena gornjih dišnih puteva
- razina svijesti
- broj intubacija
- lijekovi za sprječavanje stres ulkusa
- sedativi
- mišićni relaksansi
- antibiotici



Slika 2. Faktori rizika za nastanak VAP-a

Čimbenici koji se odnose na invazivna medicinska pomagala:

- stroj za mehaničku ventilaciju (cijevi, filter, ovlaživači)
- endotrahealni tubus
- nakupljanje sadržaja u subglotičnom prostoru
- nazogastrična ili orogastrična sonda
- aspiracija gornjih i donjih dišnih puteva
- bronhoskopija
- traheotomija

Čimbenici vezani uz osoblje:

- nepravilno pranje ruku
- nošenje nakita
- nedovoljno mijenjanje rukavica
- nenošenje zaštitne opreme kod bolesnika inficiranih/koloniziranih rezistentnim bakterijama

Posebni čimbenici rizika se odnose na višestruko rezistentne mikroorganizme, na što se posumnja ukoliko je:

- bolesnik hospitaliziran duže od 5 dana
- primao antibiotike ili bio hospitaliziran u prethodnih 90 dana
- štićenik doma za umirovljenike
- maligna bolest
- imunosupresivna terapija
- kronična dijaliza
- član obitelji nositelj višestruko rezistentnog mikroorganizma

Etiologija pneumonija povezanih s mehaničkom ventilacijom:

Rane pneumonije se javljaju u prva 4 dana od endotrahealne intubacije, a uzrokovane su vlastitom bakterijskom florom bolesnika.

To su u pravilu mikroorganizmi osjetljivi na antibiotike:

- Haemophilus influenzae
- Streptococcus pneumoniae
- Klebsiella spp.
- Enterobacter spp.
- Serratia spp.
- Staphylococcus pneumoniae
- Staphylococcus aureus

Kasne pneumonije se javljaju pet ili više dana od početka strojne ventilacije, a uzrokuju je mikroorganizmi rezistentni na većinu antibiotika, a nastaju prijenosom s drugih bolesnika ili iz endogene flore bolesnika koja se mijenja pod antibiotskim pritiskom:

- Pseudomonas spp.
- MRSA
- Stenotrophomonas spp.
- Acinetobacter spp.

Virusi, gljive i legionela nisu česti uzročnici VAP-a osim kod imunokompromitiranih bolesnika.

Dijagnoza pneumonije povezane s mehaničkom ventilacijom

Dijagnoza pneumonije povezane s mehaničkom ventilacijom postavlja se na osnovu dijagnostičkih kriterija po pravilima Center for Disease Control and Prevention, CDC i ECDC, Atlanta, a mora zadovoljiti najmanje jedan od slijedećih kriterija:

KRITERIJ I

Auskultacijski hropci ili perkutorno mukli na pri fizikalnom pregledu i najmanje jedno od slijedećeg:

- novi purulentni sputum ili promjena karaktera sputuma
- mikroorganizam kultiviran iz krvi
- izolacija uzročnika iz uzorka dobivenog transtrahealnom aspiracijom, bronhalnim četkanjem ili biopsijom

KRITERIJ II

Rtg toraksa s novim ili progresivnim infiltratom, konsolidacijom, kavitacijom ili pleuralnom efuzijom i najmanje jedno od slijedećeg:

- novi purulentni sputum ili promjena karaktera sputuma
- mikroorganizam kultiviran iz krvi
- izolacija uzročnika iz uzorka dobivenog transtrahealnom aspiracijom, bronhalnim četkanjem ili biopsijom
- izolacija virusa ili detekcija virusnog antigena iz respiratornih sekreta
- dijagnostički titar IgM protutijela ili četverostruki porast u parnim serumima IgG za patogen
- histopatološki dokaz pneumonije

Metode dijagnostike pneumonije povezane s mehaničkom ventilacijom:

- radiološka dijagnostika (novi ili progresivni infiltrat)



Slika 3. Rtg pluća

Klinički kriteriji :

- povišena tjelesna temperatura
- leukocitoza ili leukopenija
- gnojni sekret iz traheobronhalnog stabla

Endotrahealni aspirat - jednostavna metoda, neinvazivna metoda s niskom dijagnostičkom vrijednosti, s obzirom da dušnik i ždrijelo vrlo brzo postaju kolonizirani bakterijama koje mogu, ali ne moraju biti uzročnici VAP-a.

Zaštićena četkica (protected specimen brush) – bronhoskopska metoda koja se izvodi kroz endotrahealni tubus s minimalnim rizikom kontaminacije uzorka.

- Bronhoalveolarna lavaža (BAL) – bronhoskopska metoda koja se izvodi kroz endotrahealni tubus
- Transtrahealna aspiracija, slijepa trahealna aspiracija
- Biopsija pluća

LIJEČENJE VAP-A

Liječenje pneumonija povezanih s mehaničkom ventilacijom provodi se uz poštovanje algoritama liječenja. Prekasno i neodgovarajuće liječenje antibioticima povećava smrtnost bolesnika. Izbor za liječenje su antibiotici širokog spektra djelovanja, a učinak se procjenjuje nakon 48-72 sata. Potrebno je uzeti u obzir rezultate mikrobioloških kultura.

Prevenција nastanka pneumonije povezane s mehaničkom ventilacijom

Važni čimbenici u prevenciji nastanka VAP su:

- Kontinuirana edukacija osoblja – cilj edukacije nije samo stjecanje novih znanja, već i temelj za promjenu stava prema problemu. Osoblje mora doživljavati VAP kao izazov i problem koji prijete bolesniku i prognozi njegova izliječenja te razvijati svijest o učinkovitosti preporučenih mjera učinkovitosti.
- Higijena ruku – pranje, ako su ruke vidljivo prljave ili utrljavanje alkoholnog dezinficijensa ako nisu vidljivo zaprljane. Nošenje rukavica za rukovanje respiratornim sekretima. Promjena rukavica i dekontaminacija ruku između kontakata s različitim bolesnicima, nakon rukovanja s izlučevinama, prije kontakata s drugim bolesnikom i njegovom okolinom, kao i između kontakata s kontaminiranim i čistim područjima kod istog bolesnika.
- Nošenje zaštitne odjeće, maske i naočala kod bolesnika u izolaciji.
- Provođenje svih invazivnih postupaka u aseptičnim uvjetima.
- Izolacija inficiranog/koloniziranog bolesnika.
- Pribor koji dolazi u kontakt dišnim putevima intubiranog bolesnika mora biti sterilan ili dezinficiran visokim stupnjem dezinfekcije.
- Preferirati orotrahealnu intubaciju pred nazotrahealnom.
- Svakodnevna procjena potrebe mehaničke ventilacije, koristiti neinvazivnu ventilaciju pozitivnim tlakom kada ne postoje kontraindikacije.
- Izbjegavati reintubaciju, spriječiti slučajnu ekstubaciju.
- Respiratorna oprema: jednokratne cijevi na mehaničkom ventilatoru se ne preporuča rutinski mijenjati zbog brze

bakterijske kolonizacije cijevi do koje dolazi unutar 24 sata nakon promjene. Preporuke CDC-a su promjena cijevi jedino kad su vidljivo kontaminirane. Posebnu pažnju posvetiti količini kondenzirane tekućine u cijevima da ne dođe do slijevanja prema bolesniku. Upotreba toplo-vlažnih filtera (HME) dokazano utječe na smanjenu pojavnost VAP-a u odnosu na upotrebu običnih grijanih ovlaživača.



Slika 4. Bakteriološko virološki filteri i anti-mikrobne cijevi

- Kontinuirana subglotična aspiracija – sekret iz respiratornog sustava nakuplja se iznad cuff-a endotrahealnog tubusa i može dovesti do aspiracije. Da bi se to spriječilo koriste se posebni endotrahealni tubusi za evakuaciju sadržaja iz subglotičnog prostora, koji su dizajnirani tako da cuff ima oblik trapeza iznad kojeg se nalazi otvor eliptičnog izgleda.



Slika 5. Tubus za evakuaciju sadržaja iz subglotičnog prostora i kontinuirana aspiracija

- ukoliko se koriste endotrahealni tubusi bez cijevi za kontinuiranu subglotičnu aspiraciju obavezno je provoditi orotrahealnu aspiraciju prije svakog smanjivanja tlaka u cuff-u te prije pomicanja bolesnika.
- tlak u cuff-u endotrahealnog tubusa – preporuke 20 - 30cm H₂O radi sprječavanja prolaska koloniziranog subglotičnog sekreta u donje dišne puteve (redovito se provjerava ručnim manometrima).



Slika 6. Mjerač tlaka cuff-a endotrahealnog tubusa

- Sustavi za aspiraciju – otvoreni i zatvoreni sustavi. Upotreba zatvorenog sustava aspiracije smanjuje mogućnost nastanka VAP-a. Prednost zatvorenog sustava pred otvorenim su: omogućuje kontinuiranu mehaničku ventilaciju bez pada tlaka u dišnim putevima i promjene oksigenacije, smanjuje rizik za prijenos infekcije na osoblje i smanjena je kontaminacija bolesnikove okoline. Boce za aspiraciju bi trebale biti jednokratne.



Slika 7 i 8. Zatvoreni sustav aspiracije

- Nazogastrična sonda – može oštetiti površinu sluznice, blokirati otvore sinusa i odgovorna je za regurgitaciju želučanog sadržaja, što dovodi do aspiracije. Preporuča se upotreba orogastričnih sondi.
- Enteralna prehrana povećava mogućnost aspiracije. Redovito treba mjeriti rezidualni volumen koji ne smije biti veći od 150 ml. Hranjenje treba početi u polusjedećem položaju.
- Položaj bolesnika - povišeno uzglavlje je jedna od najboljih i najjednostavnijih preventivnih mjera i dokazano smanjuje pojavnost VAP-a. Preporuka je da se bolesnicima koji su na mehaničkoj ventilaciji i enteralnoj prehrani, uzglavlje podigne na 30-45 %.



Slika 9 i 10. Položaj bolesnika

- Njega usne šupljine - redovita njega usne šupljine uz korištenje antiseptičkim sredstva (klorheksidin) je vrlo učinkovit i jeftin način prevencije infekcije donjih dišnih puteva. Njega usne šupljine s klorheksidinom ili klorheksidinom/colistinom učinkovito smanjuje incidenciju VAP-a. Kolonizacija orofarinksa gram-negativnim bakterijama smanjila se za 17% pri upotrebi klorheksidina, u kombinaciji klorheksidin/colistin do 46%. Kolonizacija gram pozitivnim bakterijama se smanjila za 30% (klorheksidin) i 27% (klorheksidin/colistin).
- Upotreba lijekova za prevenciju stres ulkusa - u svrhu prevencije koriste se blokatori receptora H2. Povezanost upotrebe blokatora receptora H2 i lijekova koji sprječavaju nastanak tromboze s pojavom VAP-a nije do kraja razjašnjena. Ipak postoji mišljenje da u kombinaciji s drugim lijekovima mogu utjecati na smanjene pojave VAP-a.
- Obustava sedacije - dnevna obustava sedacije smanjuje mogućnost nastanka VAP-a. Utjecaj sedacije kao čimbenik rizika ispitivan je u nekim studijama te je dokazano da dnevni prekidi infuzije sedativa može skratiti trajanje mehaničke ventilacije i duljinu boravka u JIL-u, a time i smanjiti rizik za VAP.
- Rana traheotomija (unutar 7 dana od intubacije)
- Zdravstveno osoblje - prekomjerni broj bolesnika u JIL-u, kronični nedostatak zdravstvenog osoblja svih profila, manjak edukacije i opterećenost značajni su faktor za nastanak intrahospitalnih infekcija.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI VAP-A

Pridržavanje protokola aspiracije sekreta iz endotrahealnog tubusa, što podrazumijeva:

- pranje ruku prije postupka
- pranje ruku nakon postupka
- uporaba sterilnog katetera
- aseptična manipulacija
- obavezna zamjena katetera pri ponovnoj aspiraciji

Kontrola sadržaja želučane sonde:

- sonda odgovarajuće veličine
- podizanje uzglavlja 30-45 stupnjeva
- retencija želučanog sadržaja

Prevenција mikroaspiracije subglotičnog sekreta

- kontrola aspiracije subglotičnog sekreta
- evakuacija subglotičnog sadržaja
- kontrola količine aspiriranog sadržaja
- kontrola tlaka u cuff-u (20-30 cm H₂O)

Higijena usne šupljine

- uporaba klorheksidina
- kontrola položaja odnosno dubine tubusa

Evidencija provedenih postupaka

Uloga protokola u prevenciji infekcija je usklađivanje praktičnog rada s najnovijim smjernicama na bolničkoj, nacionalnoj i svjetskoj razini. Protokoli su radne upute koje pružaju sigurnost medicinskom osoblju da rade dobro, podsjetnici za detalje koji se s vremenom zaboravljaju. Uvođenje protokola u svakodnevnu praksu dokazano je učinkovit način provođenja prevencije bolničkih infekcija. Propisani i dogovoreni snop postupaka utemeljeni su na dokazima te se provode uvijek, u svakoj prilici, kod svakog bolesnika i provodi ga svo medicinsko osoblje. Provođenje postupaka se dokumentira.



Slika 11. Jedinica intenzivnog liječenja kirurških bolesnika

HIPOTEZA

H1 = Kod bolesnika s hitnim operativnim zahvatima veća je učestalost pneumonije povezane s ventilatorom.

H2 = Kod bolesnika s abdominalnim operativnim zahvatima veća je učestalost pneumonije povezane s ventilatorom.

H3 = Metoda zatvorene aspiracije snižava stopu VAP-a.

H4 = Udio VAP-a je veći kod bolesnika starijih od 60 godina.

H5 = Kod bolesnika s pneumonijom povezanom s ventilatorom veći je mortalitet.

H6 = Broj intubacija povećava mogućnost nastanka VAP-a.

H7 = Pojava VAP-a produljuje dužinu liječenja bolesnika U JIL-u.

CILJEVI RADA

1. Ispitati kolika je pojavnost VAP-a kod hitnih operativnih zahvata, a kolika kod elektivnih operativnih zahvata.
2. Ispitati kolika je pojavnost VAP-a kod abdominalnih operativnih zahvata, kod vaskularnih operativnih zahvata, te traumatoloških operativnih zahvata.
3. Ispitati utjecaj sustava zatvorene aspiracije na pojavnost VAP-a.
4. Ispitati koliki je udio bolesnika starijih od 60 godina kod pojave VAP-a.
5. Ispitati koliki je mortalitet kod bolesnika s VAP-om.
6. Ispitati da li veći broj reintubacija utječe na pojavnost VAP-a.
7. Ispitati koliko pojavnost VAP-a produljuje dužinu liječenja u JIL-u.

MATERIJALI I METODE (ISPITANICI I METODE)

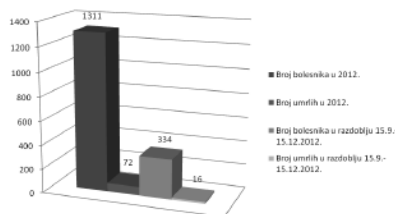
Ispitanici

U istraživanje su bili uključeni svi bolesnici koji su ležali duže od 48 sati u Jedinici intenzivnog liječenja kirurških bolesnika, Odjela za anesteziju i intenzivno liječenje kirurških bolesnika, Klinike za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, KBC-a Zagreb u periodu od 15.09. do 15.12.2012. neovisno o dobi, spolu i dijagnozi.

Metode

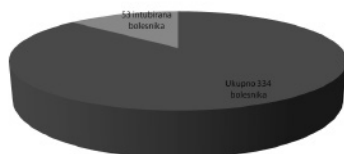
Istraživanje je retrospektivno u trajanju od 3 mjeseca, a uključeni su bolesnici koji su ležali u Jedinici i intenzivnog liječenja kirurških bolesnika duže od 48 sati. Analizirat će se laboratorijski nalazi, mikrobiološki nalazi (aspirat traheje, hemokultura), Rtg pluća, broj sati na ventilatoru, modaliteti disanja na ventilatoru, vrsta operativnog zahvata, broj reoperacija, broj intubacija, korištenje sustava otvorene i zatvorene aspiracije. Podaci će biti prikazani tabelarno i grafički.

REZULTATI



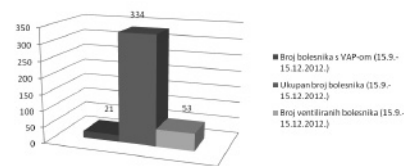
Grafikon 1. Broj primljeni i broj umrlih bolesnika.

U Jedinicu intenzivnog liječenja kirurških bolesnika u 2012. godini primljeno je 1311 bolesnika.



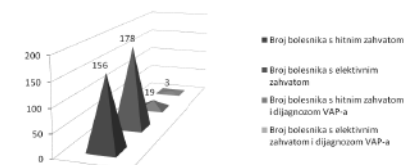
Grafikon 2. Odnos broja primljenih bolesnika i broja intubiranih bolesnika s boravkom >48h.

U razdoblju od 15.9. do 15.12.2012. u Jedinici intenzivnog liječenja kirurških bolesnika primljeno je 334 bolesnika, na mehaničkoj ventilaciji je bilo 53 bolesnika (15.87%).



Grafikon 3. Odnos broja ventiliranih bolesnika i bolesnika s VAP-om.

Kod 21 bolesnika je dijagnosticiran VAP.



Grafikon 4. Vrsta operativnog zahvata (hitni/elektivni) kod bolesnika s VAP-om.

Od 21 bolesnika s dijagnozom VAP-a, 19 (90,48%) bolesnika je hitno operirano, a samo 2 (9,52%) bolesnika je operirano elektivno. Vrijednost Hi-kvadrat testa je 13.22. Postoji statistički značajna razlika na razini $p < 0,05$ i statistički značajna razlika na razini $p < 0,01$.

Tablica 1. Vrste kirurškog zahvata

VRSTA KIRURŠKOG ZAHVATA	BROJ BOLESNIKA
Torakalna kirurgija	0
Abdominalna kirurgija	18
Vaskularna kirurgija	2
Traumatologija	1

Od 21 bolesnika s dijagnozom VAP-a, 18 (85,71%) operacija je na abdomenu, 2 (9,52%) su vaskularne operacije i 1 (4,76%) traumatološka operacija.

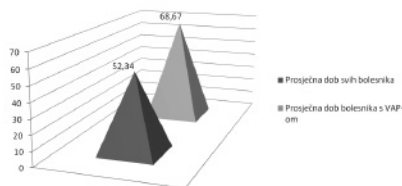
Tablica 2. Vrste sustava za aspiraciju bolesnika

Vrsta sustava aspiracije	Bolesnici s VAP-om	Bolesnici bez VAP-a
Zatvoreni	2	29
Otvoreni	19	3

Od 53 bolesnika, kod 31 bolesnika je korišten zatvoreni sustav aspiracije bolesnika, te je od toga kod 2 bolesnika bio dokazan

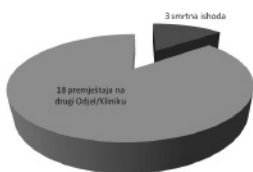
VAP.

Hi-kvadrat test kojim se uspoređuje vjerojatnost razvoja VAP kod bolesnika kod kojih je korišten zatvoreni i otvoreni sustav aspiracije iznos 31,09, postoji statistički značajna razlika na razini $p < 0,05$ i $p < 0,01$ za ove dvije skupine bolesnika i pojavu VAP.



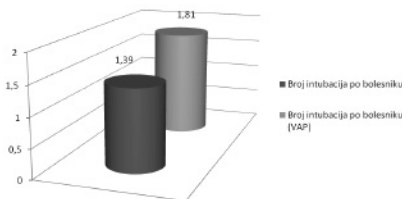
Grafikon 5. Dob bolesnika s VAP-om

Dobna granica iznad 60 godina je značajan čimbenik rizika za nastanak VAP-a, što je potvrđeno i u ovom istraživanju, prosječna dob bolesnika s VAP-om iznosila je 68,67, a prosječna dob svih bolesnika 52,34.



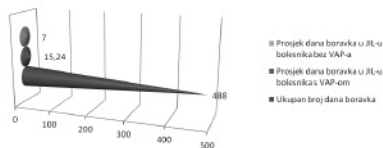
Grafikon 6. Mortalitet kod bolesnika s VAP-om.

Od 21 bolesnika s VAP-om 19 (90,48%) bolesnika je izliječeno tj. premješteno na druge Odjele ili Klinike, a 2 (9,52%) su bolesnika preminula.



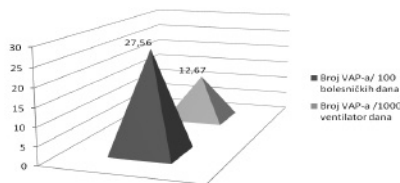
Grafikon 7. Broj intubacija po bolesniku

Kod bolesnika s dijagnozom VAP-a broj intubacija po bolesniku iznosio je 1,81.



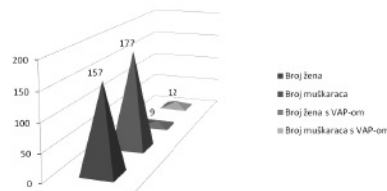
Grafikon 8. Prosječan broj dana boravka bolesnika i prosječan broj dana boravka bolesnika s VAP-om

Ukupan broj dana boravka u JIL-u iznosi 488 dana, a prosječan broj dana boravka u JIL-u iznosi 7 dana, a kod bolesnika s VAP-om 15,24.



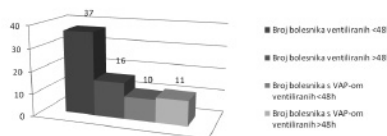
Grafikon 9. Broj VAP-a na broj bolesničkih dana i broj VAP-a na broj ventilator dana

Stopa VAP-a na 100 bolesničkih dana iznosi 27,56, a stopa VAP-a na 1000 ventilator dana 12,67.



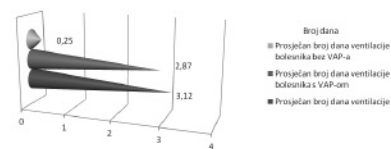
Grafikon 10. Ukupan broj muškaraca i žena; broj muškaraca i žena s VAP-om

Kod 21 (6,29%) bolesnika, 9 žena i 12 muškaraca dijagnosticirana je Pnevmonija uzrokovana ventilatorom. Hi-kvadrat test je 0,028. Ne postoji statistički značajna razlika u učestalosti VAP- kod bolesnika muškog i ženskog spola.



Grafikon 11. Broj ventiliranih bolesnika

Kod 10 (47,62%) bolesnika VAP je dokazan unutar 48 sati, a kod 11 (52,38%) bolesnika poslije 48 sati ventilacije.



Grafikon 12. Broj dana ventilacije bolesnika

Ukupan prosječan broj dana ventilacije iznosi 3,12 dana, a kod bolesnika s VAP-om 2,87 dana.

Tablica 3. Položaj bolesnika kod VAP-a

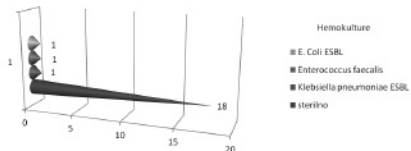
POLOŽAJ BOLESNIKA	BROJ BOLESNIKA
Uzglavlje bolesnika podignuto >30 stupnjeva	2
Uzglavlje bolesnika podignuto <30 stupnjeva	19

Uzglavlje bolesnika podignuta za više od 30 stupnjeva je bilo kod samo 2 bolesnika.



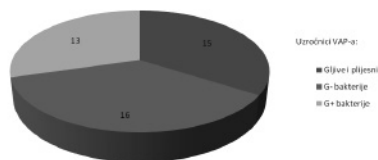
Grafikon 13. Broj reoperacija kod bolesnika s VAP-om

Kod 9 (42,86%) bolesnika s VAP-om potrebna je bila reoperacija.



Grafikon 14. Hemokulture kod bolesnika s VAP-om

Hemokulture su kod 18 (85,71%) bolesnika s VAP-om bile sterilne, kod 1 (4,76%) bolesnika je izolirana E.colli ESBL, kod 1 (4,76%) bolesnika Enterococcus faecalis, te kod 1 (4,76%) bolesnika Klebsiella pneumoniae ESBL.



Grafikon 15. Uzročnici kod VAP-a

Uzročnici VAP-a su bili kod 15 bolesnika gljive i plijesni, kod 16 bolesnika gram (-) bakterije te kod 13 bolesnika gram (+) bakterije.

Tablica 4. Mikrobiološki uzročnici VAP-a

Mikrobiološki uzročnici VAP-a

Gljive i plijesni		G- bakterije		G+ bakterije	
Candida spp.	2	H. influenzae	1	Streptococcus spp.	6
C. albicans	8	Pseudomonas spp.	2	S. pneumoniae	1
C. crusei	1	P. aeruginosa	4	KNS	2
C. glabrata	1	P. mirabilis	1	MRSA	1
Aspergillus flavus	3	Stenotrophomonas maltophilia	5	Enterococcus faecium	3
		Acinetobacter baumannii	1		
		K. pneumoniae	1		
		K. pneumoniae ESBL	1		
Ukupno	15	Ukupno	16	Ukupno	13

Najučestalija vrste bakterija bile su Streptococcus spp. koji je pronađen kod 6 bolesnika (28,57 %), Stenotrophomonas maltophilia kod 5 bolesnika (23,80 %) te Pseudomonas aeruginosa kod 4 bolesnika (19,05%). Od gljiva i plijesni najučestalija je bila Candida albicans koja je bila uzročnik kod 8 bolesnika (38,1 %).

RASPRAVA

Vrsta operativnog zahvata

Od 21 bolesnika s dijagnozom VAP-a, 19 (90,48%) bolesnika je hitno operirano, a samo 2 (9,52%) bolesnika je operirano elektivno, te je time hipoteza da je kod bolesnika s hitnim operativnim zahvatima veća učestalost pneumonije povezane s ventilatorom potvrđena.

Od 21 bolesnika s dijagnozom VAP-a, kod 18 (85,71%) bolesnika operacija je na abdomenu, kod 2 (9,52%) bolesnika su vaskularne operacije i kod 1(4,76%) bolesnika je traumatološka operacija te je time hipoteza da je kod bolesnika s abdominalnim operativnim zahvatima veća učestalost pneu-

monije uzrokovane ventilatorom potvrđena. Sustavi aspiracije bolesnika U ovom istraživanju pokazuje se velika prednost zatvorenog sustava za aspiraciju bolesnika (od 30 bolesnika 2 sa VAP- om) nad otvorenim (od 23 bolesnika 19 oboljela od VAP- a) te je time hipoteza da metoda zatvorene aspiracije snižava stopu VAP-a potvrđena.

Dobna granica iznad 60 godina

Dobna granica iznad 60 godina je značajan čimbenik rizika za nastanak VAP-a, što je potvrđeno i u ovom istraživanju, prosječna dob bolesnika s VAP-om iznosila je 68,67, a prosječna dob svih bolesnika 52,34 te je time hipoteza da je udio VAP-a veći kod bolesnika starijih od 60 godina potvrđena.

Mortalitet

Od 21 bolesnika s VAP-om 19 (90,48%) bolesnika je izliječeno, tj. premješteno na druge Odjele ili Klinike, a 2 (9,52%) su bolesnika preminula.

Reintubacija

Već samim postupkom endotrahealne in-

tubacije bolesnik se izlaže visokom riziku nastanka VAP-a jer samim postupkom unosimo floru orofarinksa u donje dišne puteve, kod reintubacije rizik nastanka VAP-a još je veći. Kod bolesnika s dijagnozom VAP-a broj intubacija po bolesniku iznosio je 1,81. Kod 1 bolesnika reintubacija je učinjena 5 puta, kod 2 bolesnika 3 puta, a kod 12 bolesnika 2 puta. Razlozi za reintubaciju su bili začepjenost endotrahealnog tubusa zbog nakupljenog gustog sekreta, zamjena endotrahealnog tubusa s tubusom za evakuaciju sadržaja iz subglotičnog prostora, au-toekstubacija bolesnika, pomak tubusa te reoperacija.

Produžetak liječenja u JIL-u

Pojavnost VAP-a produljuje dužinu liječenja u JIL-u što je i u ovom slučaju dokazano. Prosječan broj dana boravka u JIL-u iznosio je 7 dana, a kod bolesnika s VAP-om 15,24 te je time hipoteza da pojava VAP-a produljuje dužinu liječenja u JIL-u potvrđena.

Komorbidity

Komorbidityet je također značajan čimbenik u pojavnosti VAP-a (diabetes mellitus, karcinomska bolest, AIDS, hematološke bolesti), što se najbolje može vidjeti iz ulaznih vrijednosti SAPS-a II (Simplified Acute Physiology Score II) koje su se za ispitanike kretale od 38 do 70 što dokazuje proporcionalnost pojave VAP-a u odnosu na izračunate vrijednosti SAPS-a II.

Modaliteti ventilacije

Bolesnici koji su ventilirani kontroliranim modalitetom ventilacije imali su veću učestalost VAP-a za razliku od bolesnika ventiliranih asistiranom modalitetom ili spontanom disanjem.

Traheotomija

Kod bolesnika na mehaničkoj ventilaciji postupak traheotomije olakšava toaletu dišnog puta, skraćuje mrtvi prostor, bolesnik je bolje podnosi od endotrahealnog tubusa te je lakše odvajanje od mehaničke ventilacije. U ovom istraživanju traheotomija je učinjena kod 2 bolesnika, 10. i 14. dana mehaničke ventilacije, što je bilo dovoljno vremena da se bolesnik kolonizira bolničkim patogenima koji predstavljaju dodatan izvor infekcije. Takvi rezultati nisu značajni s obzirom na mali broj ispitanika.

Tubus za evakuaciju sadržaja iz subglotičnog prostora

Upotrebom endotrahealnih tubusa s poliuretanskim balončićem i kontinuiranom subglotičnom aspiracijom Leonardo Lorente je uspješno smanjio VAP do 64%.

U ovom istraživanju samo kod 2 bolesnika je korišten tubus za evakuaciju sadržaja iz subglotičnog prostora, 4. i 6. dana pa rezultati nisu značajni (tubus za evakuaciju sadržaja iz subglotičnog prostora je trebao biti postavljen odmah po intubaciji bolesnika pa bi imao smisao postavljanja, a ovako je stavljen kod bolesnika kod kojeg je već dokazan VAP).

Uzglavlje bolesnika

U ovom istraživanju uzglavlje bolesnika je bilo podignuta za više od 30 stupnjeva kod samo 2 bolesnika kod koji je dokazan VAP.

Uzročnici VAP-a

Uzročnici VAP-a su bili kod 15 bolesnika gljive i plijesni, kod 16 bolesnika gram (-) bakterije, te kod 13 bolesnika gram (+) bakterije. Najučestalija vrste bakterija bile su *Streptococcus* spp. koji je pronađen kod 6 bolesnika (28,57%), *Stenotrophomonas maltosei* kod 5 bolesnika (23,80%) te *Pseudomonas aeruginosa* kod 4 bolesnika (19,05%). Od gljiva i plijesni najučestalija je bila *Candida albicans* koja je bila uzročnik kod 8 bolesnika (38,1%). Usporedimo li to sa podacima dr. Sole opet ćemo naići na različitosti, gdje su najviše izolirane gram pozitivne bakterije (78%), a nakon toga slijede *Staphylococcus aureus* i *H. Influenze*.

Hemokulture su kod 18 (85,71%) bolesnika s VAP-om bile sterilne, kod 1 (4,76%) bolesnika je izolirana *E. coli* ESBL, kod 1 (4,76%) bolesnika *Enterococcus faecalis* te kod 1 (4,76%) bolesnika *Klebsiella pneumoniae* ESBL.

Stopa VAP-a na broj bolesničkih dana iznosi 27,56, a stopa VAP-a na broj ventilator dana 12,67.

Imunosupresija

Imunosupresija je čimbenik rizika koji pogoduje razvoju pneumonije povezane s mehaničkom ventilacijom, a bila je samo kod 1 bolesnika kod kojeg je uzročnik VAP-a bila *Candida albicans*.

Čišćenje usne šupljine

Uočena je važnost provođenja kvalitetne oralne higijene i četkanja zubi s ciljem prevencije VAP-a, što se u Jedinici intenzivnog liječenja slabije provodi, odnosno primjen-

juje se ispiranje usta antisepticima. To predstavlja jedan dio intervencija koje će biti neophodno potrebno promijeniti.

ZAKLJUČAK

VAP predstavlja veliki, gotovo epidemiološki, dijagnostički, terapijski i ekonomski problem. Liječenje VAP-a je dugotrajno, zahtjevno i predstavlja značajni financijski trošak za ustanovu u kojoj se liječenje odvija, a uzročnici su često otporni na terapiju medikamentima. Nastanak VAP-a ne možemo u potpunosti spriječiti, ali pravilnim pristupom možemo učinkovito ograničiti. Prvi korak u prevenciji pneumonije uzrokovane ventilatorom je edukacija zdravstvenog osoblja, tj. upoznavanje rizičnih čimbenika i mjera sprječavanja prilikom svakodnevnog skrbi oko bolesnika na mehaničkoj ventilaciji. Učinkovitost kontinuirane edukacije ovisi o količini stručnih znanja i vještina koje je potrebno usvojiti te potreba i želja zdravstvenih djelatnika za novim znanjima. Pojam cjeloživotnog učenja podrazumijeva stručnu izobrazbu, profesionalni razvoj uzrokovan brzim promjenama stručnih i socijalnih zahtjeva u modernom društvu. Od izuzetne je važnosti napraviti te provoditi standardizirane operativne procedure u liječenju i zdravstvenoj njezi u svrhu prevencije i liječenja pneumonije uzrokovane ventilatorom. Izrada standardiziranih operativnih procedura mora biti u skladu sa kliničkim iskustvima i rezultatima istraživanja. Potrebne su i puno češće mikrobiološke/epidemiološke kontrole svih zaposlenih u JIL-u te potpuno pridržavanje aseptičnih uvjeta rada. Neophodno je potrebno redovito pratiti najnovija istraživanja i novitete u liječenju. Treba znati uočiti pogreške i propuste, zanemarivanje ili nekvalitetno provođenje zdravstvene njege.

LITERATURA

1. Chaster J, Fagon J. Ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 65:867-903.
2. Depuydt P, Myny D, Blot S. Nosocomial pneumonia: aetiology, diagnosis and treatment. *Curr Opin Pulm Med.* 2006;12:192-197.
3. Rello J, Ollendorf D, Oster G, et al. Epidemiology and outcomes of ventilator

associated pneumonia in a large US database. *Chest.* 2002; 122:2115-2121.

4. Safdar N, Dezfulian C, Collard H, Saint S. Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: a systemic review. *Crit Care Med.* 2005; 33:2184-2193.
5. Tolentino-DelosReyes A, Ruppert S, Shiao S. Evidence-based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator associated pneumonia. *Am J Crit Care.* 2007; 16(1):20-27.
6. Muscedere J, Dodek P, Keenan S, Fowler R, Cook D, Heyland D. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: prevention. *J Crit Care.* 2008; 23:126-137.
7. Sinuff T, Muscedere J, Cook D, Dodek P, Heyland D. Ventilator-associated pneumonia: improving outcomes through guidelines implementation. *J Crit Care.* 2008; 23:118-125.
8. Heyland D, Cook D, Dodek P. Prevention of ventilator-associated pneumonia: current practice in Canadian critical care units. *J Crit Care.* 2002; 17:161-167.
9. Ricat M, Lorente C, Diaz E, Kollef, Rello J. Nursing adherence with evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia. *Crit Care Med.* 2003; 31:2693-2696.
10. Sierra R, Benitez E, Leon C, Rello J. Prevention and diagnosis of ventilator associated pneumonia: a survey on current practices in Southern Spanish CCUs. *Chest.* 2005; 128:1667-1673.
11. Biancofiore G, Barsotti E, Catalane V, et al. Nurses' knowledge and application of evidenced-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia. *Minerva Anesthesiol.* 2007; 73:129-134.
12. Blot S, Labeau S, Vandijck D, Van Aken P, Claes B. Evidence based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia: results of a knowledge test among intensive care nurses. *Intensive Care Med.* 2007; 33:1463-1467.
13. Labeau S, Vandijck D, Claes B, Van Aken P, Blot S. Critical care nurses' knowledge of evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia: development and validation of an evaluation questionnaire. *Am J Crit Care.* 2007; 16:371-377.
14. Kaynar A, Mathew J, Hudlin M, et al. Attitudes of respiratory therapists and

nurses about measures to prevent ventilator-associated pneumonia: a multicenter, cross-sectional survey study. *Respir Care*. 2007; 52:1687-1694.

15. Rello J, Ollendorf D, Oster G, et al. Epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in a large US database. *Chest*. 2002; 122:2115-2121.
16. Sole ML, Poalillo FE, Byers JF, Ludy JE. Bacterial growth in secretions and on suctioning equipment of orally intubated patients: a pilot study. *Am J Crit Care*. 2002; 11:141-149.
17. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomized trial. *Lancet*. 1999; 354:1851-1858.
18. Garcia R. A review of the possible role of oral and dental colonization on the occurrence of health care-associated pneumonia: underappreciated risk and a call for interventions. *Am J Infect Control*. 2005; 33:527-541.
19. Rello J, Diaz E, Roque M, Valles J. Risk factors for developing pneumonia within 48 hours of intubation. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; 159:1742-1746.
20. Brooks D, Anderson CM, Carter MA, et al. Clinical practice guidelines for suctioning the airway of the intubated and nonintubated patient. *Can Respir J*. 2001; 8:163-181.

KRVARENJE IZ GORNJEG DIGESTIVNOG TRAKTA I NJEGOVE KOMPLIKACIJE

BLEEDING FROM THE UPPER DIGESTIVE TRACT AND ITS COMPLICATIONS

Nebojša Babić

Nebojša Babić
student master zdravstvenih studija, smjer sestrinstvo
Univerzitet „Vitez“ u Travniku
e-mail: nebojsababic68@gmail.com
Zagrebačka 31 Sarajevo

SAŽETAK

Krvarenje iz gornjih dijelova digestivnog sistema najčešće je urgentnu stanje sa kojim se sreću gastroenterolozi. Kliničke manifestacije krvarenja zavise od mjesta i intenziteta krvarenja kao i prisustva drugih bolesti. Manifestuje se povraćanjem krvi, rektalnim krvarenjem i crnom katranastom stolicom. Endoskopska hemostaza značajno je unapredila prognozu ovih bolesnika, dok rano elektivno hirurško liječenje kod bolesnika kod kojih nije moguće uspostaviti hemostazu endoskopski ili kod kojih se krvarenje ponavlja, značajno smanjuju mortalitet ovih bolesnika. I pored značajnog napretka u endoskopskom i hirurškom lečenju u ovih bolesnika koje se ogleđa prvenstveno u unapredjenju pristupa ovim bolesnicima, mortalitet u slučaju krvarenja iz gornjih dijelova digestivnog sistema i dalje je veliki i iznosi između 6-15%.

Ključne riječi: probava, krvarenje, endoskopija

SUMMARY

Upper parts digestive system hemorrhaging is most often client condition that gastroenterologists are facing. Due to the place and hemorrhaging intensity as it is occurrence of other illnesses, is what clinical manifestations are depending in clients. Blood vomiting, rectal hemorrhaging and black/tar-like feces is the way this type of hemorrhaging manifests its self. Client prognosis is signifi-

cantly increased by endoscopic hemostasis, while early elective surgical treatment in patients who cannot be established endoscopic hemostasis with, or in whom bleeding recurs, mortality is decreased significantly. Despite recent advances in endoscopic and surgical treatment in these clients, which is reflected primarily in the improvement of access to these clients, mortality in the case of bleeding from the upper parts of the digestive system is still large and is between 6-15%.

Key words: digestive, hemorrhaging, endoscopic

UVOD

Krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sistema jedno je od najčešćih hitnih stanja u medicini, sa godišnjom incidencijom od 1:1000 odraslih osoba, te smrtnošću između 5 i 10%. Definira se kao krvarenje iz lezija jednjaka, želuca ili duodenuma, a može biti manifestno ili okultno. Manifestna se krvarenja mogu prezentirati kao hematemeza, melena ili hematokezija. Okultna se krvarenja mogu prezentirati pozitivnim testom na okultno krvarenje u stolici, laboratorijskim dokazom anemije, odnosno sideropenije ili simptomima anemije (npr. umor, sinkopa, dispneja, angina). Hematemeza potvrđuje gornji dio probavnog sistema kao izvor krvarenja, uz pretpostavku da se ne radi o izvoru krvarenja izvan probavnog sistema (npr. nos, dišni sistem). Do melene najčešće dolazi uslijed

krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sistema, te prisutstvo melene znači da je krv bila u probavnom sistemu najmanje 14 sati. Ponekad je krvarenje iz gornjeg dijela probavnog sistema tako obilno da rezultira hematohezijom, odnosno pojavom svježe krvi na rektum. Takva su krvarenja praćena velikom hemodinamskom nestabilnošću i visokim mortalitetom.

Gastrointestinalno krvarenje označava pojavu krvi u digestivnom sistemu. Može biti akutno i hronično. Gastrointestinalno krvarenje djelimo na ono iz gornjeg i donjeg dijela digestivnog trakta. Treitzov ligament čini prirodnu granicu gornjeg i donjeg dijela digestivnog trakta, na osnovu koje je napravljena ova podjela. U 80% slučajeva krvarenje potiče iz gornjeg dijela digestivnog trakta, a u 20% iz njegovog donjeg dijela i to u 2% slučajeva iz jejunuma i ileuma, dok je preostalih 18% iz debelog crijeva. Bolesnici koji krvare iz gastrointestinalnog trakta zahtevaju brz i ciljan dijagnostički postupak kako bi se utvrdio intenzitet i brzina krvarenja, hemodinamička stabilnost, te stepen hitnosti s obzirom na prirodu krvarenja.

Gastrointestinalno krvarenje najčešće se prezentira povraćanjem krvi (lat. haematemesis) -hematemezom ili crnom (lat. melena), odnosno krvavom stolicom (lat. haematochesia). Melena je stolica crna kao katran, a najčešće se javlja zbog krvarenja iz gornjeg dijela probavne cijevi (GIT). Rjeđe može biti znak krvarenja iz tankog crijeva ili početnog dijela debelog crijeva. Pseudomelena je tamna stolica koja može nalikovati meleni, no ipak nije crna poput katrana, već tamno zelena ili tamnocrvenkasta zbog uzimanja

pripravaka željeza, bizmuta te neke hrane npr. borovnice, cikle, krvavica, zatim gutanja krvi kod krvarenja iz nosa, usne šupljine ili ždrijela. Krvarenje iz gastrointestinalnog trakta (GIT) jedna je od najučestalijih hitnih stanja i razloga bolničkog prijama. Zbog toga se ustrajno istražuju i implementiraju različite dijagnostičke i terapijske metode, farmakološke, endoskopske i hirurške, kao i epidemiološko-statistički primjenjive metode - bodovni sistemi- vrijednosti (npr. Rockallova i Glasgow-Blatchfordova) za predviđanje toka ishoda bolesti te recidiva i smrtnosti uslijed krvarenja iz gornjeg digestivnog trakta.

Bodovni sistemi u velikoj mjeri mogu predvidjeti tok bolesti, prevenirati lošiji ishod, ali i sa sigurnošću predvidjeti povoljan ishod bolesti, što u današnje vrijeme velike učestalosti krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog sistema pridonosi uspješnijem tretiranju krvarenja iz gornjeg digestivnog trakta.

Najčešći uzroci krvarenja iz gornjeg dijela GIT-a su : peptički vried (29% vried dvanaesnika i 16 % vried želuca, vried na stomi (<5 %), ezofagitis, erozivni gastritis i/ ili duodenitis, maligne bolesti (želuca, jednjaka, crijeva), varikoziteti jednjaka i želuca (proširene vene zbog portalne hipertenzije najčešće u cirozi jetre), Mallory-Weiss sindrom- (longitudinalni defekti sluznice gastroezofagealnog spoja koji se najčešće javlja kao posljedica povraćanja), arteriovenske malformacije, aortoezofagealna fistula (abruptna krvarenja s često fatalnim ishodom). Krvarenje iz donjeg dijela GIT-a javlja se kod hemoroida, divertikula (najčešće bezbolno i često masivno), arteriovenskih malformacija, karcinoma/polipa, upalnih bolesti crijeva, akutnog enterokolitisa te iz Meckelovog divertikula.

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničkog nalaza svježih tragova krvarenja te opservacijom vitalnih znakova. U akutnom krvarenju javljaju se hipotenzija i tahikardija, hladna, ljepljiva i znojna koža, bljedilo kože i vidljivih sluznica. Tehnološki razvoj endoskopa drugi je aspekt na temelju kojeg endoskopske metode postaju sve učinkovitije u otkrivanju, ali i liječenju krvarenja iz gastrointestinalnog trakta. U akutnom krvarenju nužno je hitno postupanje, i to uspostavljanje venskog pristupa, korekcija volumena kristaloidnim i koloid-

nim otopinama, potom korekciju hemograma transfuzijama krvi i svježe smrznute plazme, monitoriranje vitalnih parametara i diureze, primjenu vitamina K (u poremećajima koagulacije zbog jetrene lezije), primjenu blokatora protonske pumpe, zaustavljanje krvarenja endoskopskim metodama i na kraju ukoliko se krvarenje ne uspije zaustaviti potrebno je pristupiti operativnom liječenju.

CILJ ISTRAŽIVANJA

1. Utvrditi najčešće etiološke uzroke krvarenja u gornjim partijama gastrointestinalnog trakta
2. Utvrditi učestalost krvarenja u odnosu na spol i životnu dob pacijenta

ZNANSTVENE METODE

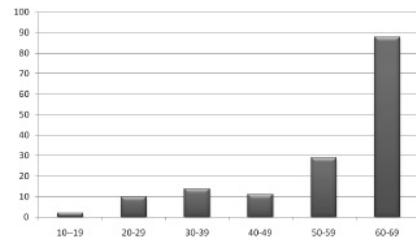
Prilikom izrade ovog rada korištene su sljedeće znanstvene metode: induktivno-deduktivna metoda, metoda analize i sinteze, metoda kompilacije, metoda deskripcije, metoda konkretizacije, metoda dokazivanja, metoda klasifikacije.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

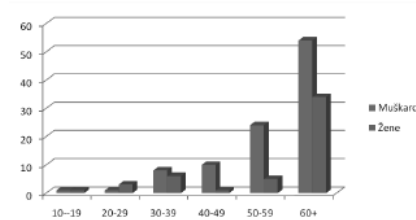
Korištena je retrospektivna analiza podataka, dobivenih iz historija bolesti bolesnika hospitaliziranih na Klinici za abdominalnu hirurgiju Univerzitetskog kliničkog centra u Sarajevu. Varijable koje su korištene su: dob, spol, lokalizacija krvarenja, broj dana hospitalizacije i dr. Istraživanje obuhvata period od 01.01.2013.g.-31.12.2013.g. Dobiveni podaci su obrađeni u excel programu i access bazi, te prezentirani u word prezentaciji.



Grafikon 1. Prikaz procentualne zastupljenosti pacijenata u odnosu na spol



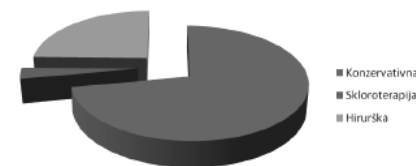
Grafikon 2. Prikaz procentualne zastupljenosti pacijenata u odnosu na životnu dob



Grafikon 3. Prikaz procentualne zastupljenosti pacijenata prema životnoj dobi i spolu



Grafikon 4. Najčešća mjesta krvarenja



Grafikon 5. Vrsta sprovedenog tretmana

Tabela 1. Prikaz javljanja krvarenja iz GI trakta u odnosu na životnu dob

PACIJENTI	SREDNJA VRIJEDNOST	MINIMUM	MAKSIMUM	RASPON
Muškarci	57,7	16	94	78
Žene	63	17	89	72

Tabela 2. Prikaz učestalosti krvarenja iz gornjih partija GI trakta u odnosu na spol i dob

Spol	10-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60+		Σ	
	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%	Br	%
M	1	0,7	7	4,5	8	5,1	10	6,5	24	15,6	54	35	104	67,4
Ž	1	0,7	3	2	6	3,9	1	0,7	5	3,2	34	22,1	50	32,6
Σ	2	1,4	10	6,5	14	9	11	7,2	29	18,8	88	57,1	154	100

Tabela 3. Prikaz učestalosti uzroka krvarenja u gornjim partijama GI trakta

UZROK	Broj	%
Ulkus duodenuma	65	42,2
Ulkus želuca	39	25,3
Ulkus Želuca i duodenuma	9	5,8
St. Post rescetionem	7	4,4
Karcinom želuca	6	3,9
Gastroduodenitis	6	3,9
Gastritis	4	2,6
Hijatalna hernija	3	2,0
Varikoziteti jednjaka	3	2,0
Ulkus jednjaka	3	2,0
GERB	3	2,0
Karcinom jednjaka	2	1,3
Erosiones mucosae	2	1,3
Sy Mallory Weiss	2	1,3

Tabela 4. Prikaz najčešćeg mjesta krvarenja iz gornjih partija GI trakta

Mjesto krvarenja	Br.	%
Jednjak	8	5,2
Želudac	52	33,8
Želudac i dvanaesnik	15	9,7
Dvanaesnik	79	51,3
UKUPNO	154	100

Tabela 5. Vrijednost osnovnih laboratorijskih pretraga

Lab.	Htc	Er	Hb
Minimum	0,17	1,28x10 ¹²	47
Maksimum	0,38	3,85x10 ¹²	138
Srednja vrijednost	0,30	3,35x10 ¹²	108

DISKUSIJA

Oduvijek je krvarenje u svakodnevnicu, a također i u medicini predstavljalo paradigmu dramatičnosti situacije i urgentne životne ugroženosti. Vanjsko krvarenje, nastalo povredom arterijskog i venskog krvnog suda ili kapilarno je bilo sagledivo i njegova dijagnoza i rješavanje su odavno standardizirani. Krvarenje iz probavnog trakta se je moglo prepoznati po krvi na usta ili analni otvor, a iz iskustva se znalo da je crna krv iz gornjih partija probavnog takta. Praćenje stanja pacijenta, kod te vrste krvarenja, odvijalo se je kao i kod drugih stanja sa gubitkom krvi.

Radi se o praćenju vitalnih parametara, koji uključuju frekvencu i kvalitet arterijskog pulsa i vrijednost krvnog pritiska. Također, opći habitus pacijenta, što uključuje boju i vlažnost kože i sluznica kao i opću kondiciju. Uz to se prate laboratorijski parametri krvne slike. Navedenim prametrima se je moglo zaključiti koliki je gubitak krvi i kakvo je opće stanje pacijenta. Egzaktna dijagnoza, lokalizacija patološkog supstrata i prognoza krvarenja se nije mogla postaviti bez hirurškog zahvata. Hirurška intervencija je „bila konkretna“ ali je oduvijek sa sobom nosila i neželjene nuspojave. Pacijenti koji krvare gube gradivne i vitalno značajne supstrate, kao što su kisik, voda sa mineralima, proteini, antitijela, a i koagulacioni mehanizam se troši. Tako oslabljen mehanizam hirurškom intervencijom dobija dodatnu agresivnu noksu, koja dalje zahtijeva pobrojane izgubljene supstrate. U velikom procentu slučajeva ovo stanje nam „vagus priredi noću“, kada je organizam najnespremniji, kao i hirurška ekipa koja bi trebala uraditi operativno zaustavljanje krvarenja. Ovaj zahtjevni i rizični proces od nekoliko stotina šavova i ligatura je kroz nekoliko decenija bio jedini vid egzaktne urgentne dijagnostike i hemostaze. Veliki broj operacija je pratio i veliki broj komplikacija i letalnih ishoda.

I oni pacijenti čiji je postoperativni oporavak tekao povoljno, duže vrijeme su bili radno i životno nesposobni, što je stvaralo lični i duševni hendikep. Naravno, hirurška operativna terapija je u određenom procentu kazusa nezamjenljiva, a to je kada konzervativni tretman ne daje učinak i kada se radi kao elektivna odgođena operacija poslije konzervativnog smirenja krvarenja.

Početak napretka, u smislu zamjene velikih i hitnih hirurških intervencija je predstavljala pojava medikamentozne terapije, a također i primjena ezofagogastroduodenoskopije / EGDS/ u dijagnostičke i terapijske svrhe. EGDS prikazuje mjesto krvarenja iz gornjeg dijela probavne cijevi, razrješava diferencijalno dijagnostičku dilemu o prirodi krvarenja i konačno daje stepen i prognozu krvarenja. Svjetski autori su usaglašeni da liječenje bolesti i njenih komplikacija, kao što je krvarenje, počinje preventivnom medicinskom zaštitom. Kurativno liječenje predstavlja lanac koji počinje u ambulanti opće medicine i sastoji se u anamnezi, digitorrektalnoj valorizaciji melene, određivanju laboratorijskih nalaza krvne slike. Pacijent se potom transportuje u specijalističku ustanovu-Centar urgentne medicine u kome kvalificirani endoskopičar /gastroenterolog/ određuje dijagnozu za dotadašnji simptom hematemeza-melena. Pacijenti se hospitaliziraju u Jedinici intenzivnog nadzora gastroenterologije. Medikamentozna terapija treba biti uvedena odmah, a kristaloidne, koloidne otopine i krv ili krvni derivati na osnovu ocjene općeg statusa. Ovo zadnje podrazumijeva poštovanje reanimatoloških pravila. Dijagnostička ezofagogastroduodenoskopija je neizostavna, a u sklopu nje i indicirana terapijska manipulacija. Zahvaljujući napretku postignutom u dijagnostici i terapiji, prije svega upotrebom gastrokopske hemostaze, smrtnost zbog ulkusnog krvarenja je sa 20% smanjena na 8-10%, a broj operativnih zahvata je smanjen za više od četiri puta, tj. sa 40% na 5-10%. Veliki pomak nije postignut u smanjenju arterijskih krvarenja iz duodenalnog ulkusa kod starijih pacijenata sa hroničnim oboljenjima. I pored napretka dijagnostike i terapije smrtnost u ovoj grupi je oko 30%. Hirurška hospitalizacija je indicirana neposrednom potrebom za operativnim tretmanom ili planiranjem hitne odgođene operacije za ponovljena krvarenja. Godišnja stopa hospitalizacije u populaciji u svijetu se kreće oko 100-150/100.000 stanovnika. Istraživanje je provedeno na Klinici za abdominalnu hirurgiju za period od 01.01.2013. do 31.12.2013.godine. Na pomenutoj klinici je u toku 2013.godine primljeno oko 2700 pacijenata od kojih je 154 (5,7%) sa simptomima krvarenja u gornjim partijama digestivnog trakta, a koji su bili i ciljna skupina ovog istraživanja.

U odnosu na spol iz tabele 6. vidimo da su pacijenti muškog spola zastupljeni sa skoro 2/3 (67,4%) od ukupnog broja bolesnika. Što se tiče dobi pacijenata najmlađi pacijenata najmlađi pacijent je imao 16 godina, a najstariji 94 godine. Najveća incidenca krvarenja (57,1%) je kod pacijenata starijih od 60 godina.

Samo kod dva pacijenta nije urađena proksimalna endoskopija zbog ličnog odbijanja. Kod ostalih kod kojih je urađena proksimalna endoskopija sa uspjehom je locirano mjesto i uzrok krvarenja tako da se pregledom tabele 9. može zaključiti da je najčešći uzrok krvarenja bio ulkus duodenuma i to skoro kod svakog drugog pacijenta (42,2%), dok je ulkus želuca bio uzrokom krvarenja kod svakog četvrtog pacijenta (25,3%). Kod 7 (4,4%) pacijenata uzrok je nastanka ulkusa na mjestu resekciranja ezofagusa, želuca ili duodenuma.

Analogno tome najčešće mjesto krvarenja je dvanaesnik odnosno želudac iz ovog razloga, veoma je važno pravovremeno dijagnosticiranje ulkusnih promjena na sluznici želuca i duodenuma i adekvatna savremena terapija istih (trojna terapija).

Uočeno je da je kod 111 (72,0%) pacijenata bila primjenjena konzervativna terapija (transfuzija, trojna terapija, infuzije, antibiotici i dr.) gdje je sa uspjehom kontrolisano krvarenje. Kod 5 (3,3%) pacijenata primjenjena je skleroterapija injiciranjem sklerozantnog sredstva (aetoxysclerol).

Kod 38 (24,7%) pacijenata tj kod svakog četvrtog hirurški tretman bio je neophodan u zaustavljanju krvarenja. Iz ovog vidimo da je konzervativna terapija uspješna u velikom procentu. Kako je ona mnogo jeftinija i manje stresna za samog pacijenta, a vidjeli smo i veoma efikasna to je razlog više da se obrati pažnja na dijagnostikovanje stanja koja dovode do krvarenja u gornjim partijama digestivnog trakta.

Kako smo u uvodu naveli, mnoga stanja koja dovode do krvarenja lako se mogu dijagnosticirati i liječiti upotrebom savremenih, nama dostupnih metoda čime bi se uveliko reducirao broj ovih pacijenata kojima je potreban prije svega hirurški tretman.

ZAKLJUČCI

1. Incidenca krvarenja iz gornjih partija digestivnog trakta najveća je kod pacijenata muškog spola starijih od 60 godina.
2. Endoskopija je najčešće korištena metoda u dijagnosticiranju uzroka i mjesta krvarenja i bila je apsolutno indicirana kod svih pacijenata.
3. U skoro 70% slučajeva uzrok krvarenja bili su ulkusi gastroduodenalne regije što odgovara podacima dobijenih istraživanjima u svijetu.
4. Ulkus duodenuma je skoro dva puta češće ishodište krvarenja nego što je to ulkus želuca.
5. Konzervativna terapija u najvećem broju slučajeva bila je efikasna u zaustavljanju krvarenja, što pokazuje veliki značaj pravovremenog dijagnosticiranja i primjene adekvatne savremene terapije u liječenju ovih oboljenja, a posebno gastroduodenalnog ulkusa.
6. Diplomirana medicinska sestra-tehničar ima veoma značajnu ulogu u zdravstvenom timu, ona učestvuje u planiranju zdravstvene njege kod bolesnika sa gastrointestinalnim krvarenjima, u dijagnostičkim i terapijskim procedurama
7. Koordinira rad medicinskih sestara-tehnicara na odjeljenju ili jedinici intenzivne njege, te učestvuje u praćenju monitoringa vitalnih parametara bolesnika
8. Diplomirana medicinska sestra-tehničar prati zdravstveni status bolesnika, bilježi sve promjene značajne za postavljanje dijagnoze, saraduje sa ostalim timom i učestvuje u daljnjem planiranju dijagnostičko terapijskih zahvata.
9. Samostalno učestvuje u specijalnim terapijskim procedurama (palsiranje nazogastrične sonde, plasiranje venskog katetera, urinarnog katetera i drugih procedura)
10. Sestra-tehničar treba da bude edukator da svakodnevno razgovara s bolesnicima o nastavku liječenja higijensko dijetetskim režimom (prestanak pušenja, konzumiranja masne i neprobavljive hrane, alkohola, kafe, te nekontroliranog uzimanja lijekova)

LITERATURA

1. Besanović Z. "HIRURGIJA" Sarajevo, 1981.
2. B. Vucelić i suradnici: Gastroenterologija i hepatologija; Medicinska naklada Zagreb, 2002.
3. Harrison T.R. i sur. Principi interne medicine, prvo hrvatsko izdanje 2002
4. Konjhodžić F. "HIRURGIJA", Sarajevo 2001.
5. Miše, S. Hitna stanja u gastroenterologiji, Split HGD-Ogranak Split, 1998.
6. Muminagić S. "HIRURGIJA" Zenica, 2011
7. Petković S. Bukurov S. "HIRURGIJA" Beograd- Zagreb, 1987
8. Vrhovac B. i sur. Interna medicina, Naprijed, Zagreb, 2003.
9. Krvarenje iz probavnog sustava (<http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2000/6.pdf>) 21.06.2014
10. Krvarenje iz digestivnog trakta (<http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2008/Sa%20Zdravlja/dokumenta/Vodici/Krvarenje%20Iz%20Digestivnog%20Trakta.pdf>) 02.07.2014
11. Krvarenje iz probavnog sustava kod djece (<http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2005/pdf/D42Biocic.pdf>) 25.06.2014
12. Krvarenje iz gornjeg dijela probavne cijevi (<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/6124/Krvarenje-iz-gornjeg-dijela-probavne-cijevi.html>) 23.06.2014
13. Sustavna anatomija - skripta, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 2013

ETIOLOGIJA GNOJNIH MENINGITISA NA POPULACIJI BOLESNIKA INFEKTIVNE KLINIKE KLINIČKOG CENTRA UNIVERZITETA U SARAJEVU PRIJEVOD

Aldijana Salispahić

Aldijana Salispahić, dipl.med.ses.
Klinika za infektivne bolesti
UKC Sarajevo
Bolnička 25, 71000 Sarajevo
e-mail: aldjana72@hotmail.com

SAŽETAK

Uvod: Gnojni meningitis je teško infektivno oboljenje izazvano različitim bakterijama, koje dovodi do stvaranja gnojnog eksudata u subarahnoidalnom prostoru. Potencijalno ozbiljna neurološka oštećenja se javljaju u 40%, a smrt u 25% slučajeva, što podstiče na promptnu medicinsku intervenciju. Bakterije koje najčešće uzrokuju gnojni meningitis su: *Neisseria meningitidis* (meningokok), *Streptococcus pneumoniae* (pneumokok), *Haemophilus influenzae*. Gnojni meningitis je najčešće bolest djeteta, jer približno 70% oboljelih pripada dobi do 5 godina.

Ciljevi istraživanja: 1. Utvrditi zastupljenost etiološki verificiranih gnojnih meningitisa u odnosu na ukupan broj hospitaliziranih od gnojnog meningitisa na Klinici za Infektivne bolesti. KCUS u periodu od 01. januara 2005. godine do 01. januara 2011. godine.

2. Utvrditi učestalost pojedinih uzročnika gnojnog meningitisa i njihovu distribuciju prema dobnim i spolnim skupinama. 3. Registrirati sociodemografske karakteristike i specifičnosti toka bolesti gnojnog meningitisa izazvanog različitim uzročnicima.

Metode rada: Istraživanje uključuje pacijente sa otpusnom dijagnozom gnojnog meningitisa, koji su liječeni na Klinici za Infektivne bolesti Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu u periodu od 01. januara 2005. godine do 01. januara 2011. godine. U ovom periodu je na Klinici za Infektivne bolesti Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu liječeno 199 pacijenata sa infekcijom cen-

tralnog nervnog sistema. Od toga, 74 (37%) pacijenata je liječeno od gnojnog meningitisa. Od ovih 74 pacijenata, 19 istorija bolesti je bilo nedostupno, tako da ukupni uzorak za analizu podrazumijeva 55 pacijenta, što predstavlja određenu limitaciju za pojedine metode analize.

Rezultati istraživanja: U ukupnom uzorku, najčešći uzročnik gnojnog meningitisa je *Neisseria meningitidis* 48%, *Streptococcus pneumoniae* (27%) i *Haemophilus influenzae* (15%), što je u skladu sa podacima u literaturi. Gnojni meningitis je bolest djece i mladih, te je najzastupljeniji u uzrastu od 6 mjeseci do 5 godina (31%) i od 5 do 18 godina (31%). Odraslih pacijenata (od 18 do 65 godina) je bilo 22%, dok je djece ispod 6 mjeseci bilo 12%. Pacijenti stariji od 65 godina čine 4% ukupnog uzorka. U uzrastu iznad 65 godina, ukupno su zabilježena 2 slučaja gnojnog meningitisa od kojih je jedan etiološki neverificiran.

Zaključci: Uzročnik gnojnog meningitisa je potvrđen u 61% slučajeva. U slučaju vanbolnički nastalog meningitisa, najzastupljenija je *Neisseria meningitidis*, potom slijede *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, a kod meningitisa nastalih u bolnici nalaze se *Staphylococcus epidermidis* i *Serratia marcescens* (ESBL soj). Gnojni meningitis je najzastupljeniji u dobi od 6 mjeseci do 18 godina. Dužina ambulantnog trajanja bolesti je kratka za *Neisseria meningitidis* i β hemolitički *Streptococcus* grupe B, što potvrđuje brzu progresiju i traži brzu dijagnostičku potvrdu i terapijsko reagovanje. Hospitalni tretman je najduži kod pneumokoknog meningitisa, koji može imati teži

klinički tok praćen komplikacijama.

Nespecifični laboratorijski parametri upale (CRP, L) su patološki povišeni.

Ključne riječi: gnojni meningitis, Neisseria meningitidis, etiologija, hospitalizacija

SUMMARY

Introduction: purulent meningitis is difficult infectious disease caused by various bacteria, which leads to the formation of purulent exudate in the subarachnoid space. Potentially serious neurological damage occurring in 40% and death in 25% of cases, which encourages prompt medical intervention. The bacteria that most commonly cause purulent meningitis are: *Neisseria meningitidis* (meningococcus), *Streptococcus pneumoniae* (pneumococcus), *Haemophilus influenzae*. Purulent meningitis is the most common illness of a child, because approximately 70% of patients belong to the age of 5 years.

Research goals: 1. To determine the prevalence etiological verified purulent meningitis in relation to the total number of purulent meningitis hospitalized at the Clinic for Infectious Diseases. KCUS in the period from 01 January 2005 until 01 January 2011. 2. To determine prevalence of certain pathogens of purulent meningitis and their distribution by age and gender groups. 3. To register sociodemographic characteristics and peculiarities of the disease purulent meningitis caused by various pathogens.

Methods: The study includes patients with a

discharge diagnosis of purulent meningitis, treated at the Clinic for Infectious Diseases, Clinical Center University of Sarajevo in the period from 01 January 2005 until 01 January 2011. During this period at the Clinic for Infectious Diseases, Clinical Center University of Sarajevo treated 199 patients with infection of the central nervous system. Of these, 74 (37%) patients were treated by purulent meningitis. Of these 74 patients, 19 medical histories were unavailable, so the total sample for analysis involves 55 patients, which represents a certain limitation for individual methods of analysis.

Results of testing: In the sample, the most common cause of purulent meningitis is *Neisseria meningitidis* 48%, *Streptococcus pneumoniae* (27%) and *Haemophilus influenzae* (15%), which is in accordance with data in the literature. Purulent meningitis is a disease of children and young people, and is most common between the ages of 6 months to 5 years (31%) and 5-18 years (31%), adult patients (18-65 years old) 22%, while children under 6 months was 12%. Patients older than 65 years make up 4% of the total sample. At the age above 65 years, a total of two cases of purulent meningitis was registered, where one was etiologically unverified.

Conclusions: The cause of purulent meningitis was confirmed in 61% of cases. In the case of community generated meningitis, the most common is *Neisseria meningitidis*, followed *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus Influenza* and meningitis occurred in the hospital are *Staphylococcus epidermidis* and *Serratia marcescens* (ESBL strain). Purulent meningitis is most common between the ages of 6 months to 18 years. Length outpatient disease duration is short for *Neisseria meningitidis* and *Streptococcus β-hemolytic group B*, which confirms the rapid progression and requires prompt diagnostic confirmation and therapeutic response. Hospital treatment is the longest in pneumococcal meningitis, which may have a more difficult clinical course followed by complications. Non-specific laboratory parameters of inflammation (CRP, L) are pathologically elevated.

Keywords: purulent meningitis, Neisseria meningitidis, etiology, hospitalization

UVOD

Gnojni meningitis je teško infektivno oboljenje izazvano različitim bakterijama, koje dovodi do stvaranja gnojnog eksudata u subarahnoidalnom prostoru. Potencijalno ozbiljna neurološka oštećenja se javljaju u 40%, a smrt u 25% slučajeva, što podstiče na promptnu medicinsku intervenciju.

Bakterije koje najčešće uzrokuju gnojni meningitis su:

1. *Neisseria meningitidis* (meningokok),
2. *Streptococcus pneumoniae* (pneumokok),
3. *Haemophilus influenzae*

Gnojni meningitis je najčešće bolest djeteta, jer približno 70% oboljelih pripada dobi do 5 godina. Značajna je povezanost uzročnika sa dobi bolesnika, pa se neki uzročnici javljaju gotovo isključivo u određenom uzrastu. Ovaj podatak ima veliki klinički značaj u izboru terapije prije etiološke potvrde bolesti.

Kliničku sliku gnojnog meningitisa karakteriše pojava meningealnih simptoma i znakova

- Meningealni simptomi su kombinacija sistemskih pojava (povišena temperatura, malaksalost, povraćanje) i simptoma CNS-a (glavobolja, fotofobija, fonofobija, pospanost, konfuzija).
- Meningealni znaci su: ukočen vrat, poremećaj svijesti, fokalni neurološki deficiti i pareze kranijalnih nerava, gornji Buržinski, donji Buržinski, Kernigov i Vujićev znak.
- Specifičnosti u kliničkoj slici zavise od uzročnika gnojnog meningitisa, kao i dobi i okolnosti u kojima se javlja.
- Bakterijski meningitis u djece ima karakterističnu kliničku sliku. Konvulzije se često javljaju kod meningitisa uzrokovnog *Haemophilus influenzae* tip b.
- Pojava osipa na trupu i ekstremitetima, pa i sluznicama i konjuktivama ukazuje na *Neisseria meningitidis*, za koju je pojava osipa gotovo patognomonična. Osip započinje makulopapularnim erupcijama koje prelaze u petehije.
- Najozbiljnija komplikacija gnojnog meningitisa u djetinjstvu je gubitak sluha, kao i druge neurološke sekvele koje su rezultat pretjeranog imunog odgovora CNS-a u toku meningitisa.

- Bakterijski meningitis u odraslih, ukoliko je uzrokovan sa *Streptococcus pneumoniae*, pored poremećaja svijesti i drugih neuroloških znakova bolesti, prisutna su i predisponirajuća stanja, a to su: otitis ili sinusitis, pneumonia, i imunokompromitirajuća stanja.

Dijagnostički pristup

Prisustvo ovih meningealnih simptoma i znakova predstavlja indikaciju za sljedeće pretrage:

lumbalna punkcija:

- citohemijska analiza (leukociti, proteini, glukoza)
- mikrobiološki nalaz (kultura cerebrospinalne tečnosti)

krv:

- biohemijski nalaz (SE, CRP, leukociti, diferencijalna krvna slika, ŠUK)

mikrobiološki nalaz (hemokultura)

- bris nazofarinksa, skarifikat petehije, brisevi rana (postoperativne i posttraumatske).
- Lumbalna punkcija i analiza cerebrospinalnog likvora su ključni koraci u dijagnostici gnojnog meningitisa.
- Hemokultura može biti osnovna mikrobiološka pretraga, u slučaju teške kliničke slike i kada je kontraindicirana lumbalna punkcija (edem mozga, kožne lezije u lumbosakralnoj regiji i šokno stanje).
- Skarifikat kožnih lezija (petehija, pustula) koji se zasijavaju na određene mikrobiološke podloge mogu biti presudni u etiološkoj verifikaciji.

Terapija gnojnog meningitisa

- Osnovu liječenja gnojnog meningitisa čine antibiotici.
- Pored antibiotika, u terapiji meningitisa se koristi:
 - antiinflamatorna terapija
 - antiedematozna terapija
 - ostala simptomatska i suportivna terapija

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Utvrditi zastupljenost etiološki verifikiranih gnojnih meningitisa u odnosu na ukupan broj hospitaliziranih od gno-

jnog meningitisa na Klinici za Infektivne bolesti. KCUS u periodu od 01. januara 2005. godine do 01. januara 2011. godine.

2. Utvrditi učestalost pojedinih uzročnika gnojnog meningitisa i njihovu distribuciju prema dobnim i spolnim skupinama.
3. Registrirati sociodemografske karakteristike i specifičnosti toka bolesti gnojnog meningitisa izazvanog različitim uzročnicima.

MATERIJAL (ISPITANICI)

- Istraživanje uključuje pacijente sa otpusnom dijagnozom gnojnog meningitisa, koji su liječeni na Klinici za Infektivne bolesti Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu u periodu od 01. januara 2005. godine do 01. januara 2011. godine.
- U ovom periodu je na Klinici za Infektivne bolesti Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu liječeno 199 pacijenata sa infekcijom centralnog nervnog sistema.
- Od toga, 74 (37%) pacijenata je liječeno od gnojnog meningitisa. Od ovih 74 pacijenata, 19 istorija bolesti je bilo nedostupno, tako da ukupni uzorak za analizu podrazumijeva 55 pacijenata, što predstavlja određenu limitaciju za pojedine metode analize.

Kriteriji za uključivanje:

Pacijenti sa dijagnozom:

- Meningitis acuta purulenta,
- Meningoencephalitis acuta purulenta,
- Encephalomeningitis acuta purulenta,
- Meningitis posttraumatica purulenta,
- Meningitis pneumococica,
- Meningoencephalitis purulenta postoperativa.

METODE ISTRAŽIVANJA

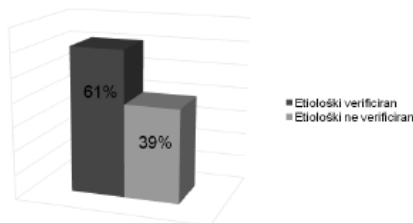
Ispitivanje je retrospektivno i epidemiološko.

Zabilježeni su podaci prema:

- uzrastu,
- spolu,
- broju ambulantnih dana bolesti,
- broju hospitalnih dana bolesti,
- predisponirajućim i/ili popratnim oboljenjima i stanjima (komorbiditeti),

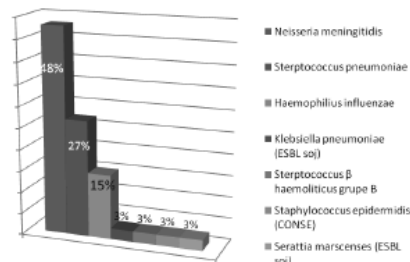
- klinička slika
- laboratorijski podaci (mikrobiološki nalaz lumbalne punkcije, antibiogram, nivo CRP i leukocita) pri prijemu,

REZULTATI ISTRAŽIVANJA



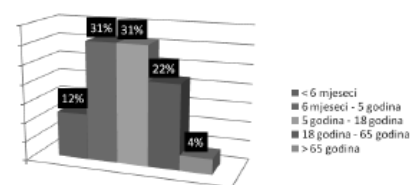
Grafikon 1. Uspjeh etiološke verifikacije meningitisa

Ovaj podatak je u okviru rezultata relevantnih studija, koje navode uspjeh etiološke verifikacije u 50-94% slučajeva gnojnog meningitisa



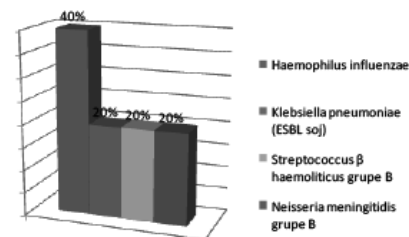
Grafikon 2. Učestalost uzročnika i etiologija gnojnog meningitisa na populaciji pacijenata na Infektivnoj klinici KCUS

U ukupnom uzorku, najčešći uzročnik gnojnog meningitisa je Neisserie meningitidis 48%, Streptococcus pneumoniae (27%) i Haemophilus influenzae (15%), što je u skladu sa podacima u literaturi.



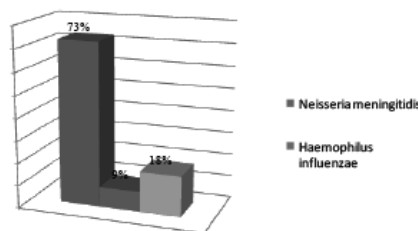
Grafikon 3. Dobna distribucija pacijenata sa gnojnim meningitisom

Gnojni meningitis je bolest djece i mladih, te je najzastupljeniji u uzrastu od 6 mjeseci do 5 godina (31%) i od 5 do 18 godina (31%). Odraslih pacijenata (od 18 do 65 godina) je bilo 22%, dok je djece ispod 6 mjeseci bilo 12%. Pacijenti stariji od 65 godina čine 4% ukupnog uzorka.



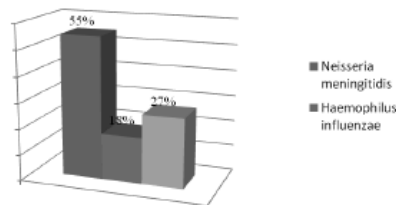
Grafikon 4. Etiologija gnojnog meningitisa u uzrastu ispod 6 mjeseci

Najčešći uzročnik gnojnog meningitisa u dobi ispod 6 mjeseci je Haemophilus influenzae (40%), a slijede ga Klebsiella pneumoniae (ESBL soj), Neisseria meningitidis grupe B i Streptococcus β haemoliticus grupe B sa po 20%.



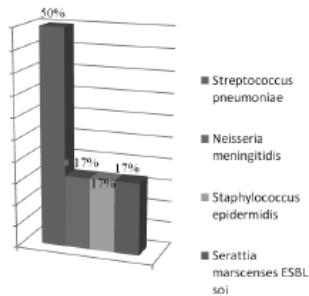
Grafikon 5. Etiologija gnojnog meningitisa u uzrastu od 6 mjeseci do 5 godina

Uzročnici su potvrđeni u 11 slučajeva. Vakcinacija protiv Haemophilus influenzae tip b je značajno smanjila pojavu meningitisa u djetinjstvu uzrokovanu ovim uzročnikom.



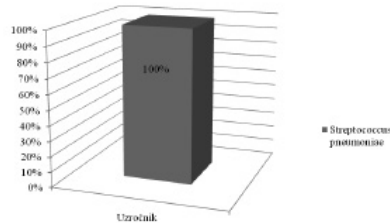
Grafikon 6. Etiologija gnojnog meningitisa u uzrastu od 5 do 18 godina

U uzrastu od 5 do 18 godina, ukupno je zabilježeno 17 slučajeva gnojnog meningitisa od kojih je 6 etiološki neverificirano. Uzročnici su potvrđeni u ostalih 11 slučajeva.



Grafikon 7. Etiologija gnojnog meningitisa u uzrastu od 18 do 65 godina

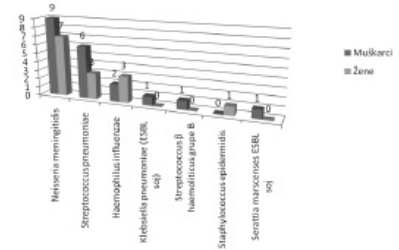
Uzročnici su potvrđeni u 6 slučajeva. Ova saznanja su u korelaciji sa studijama koje navode da su u odraslom uzrastu najčešći uzročnici Streptococcus pneumoniae (51%) i Neisseria meningitidis (37%). Mortalitet u studijama je bio veći kod pacijenata sa pneumokoknim (30%) nego kod onih sa meningokoknim meningitisom (7%).



Grafikon 8. Etiologija gnojnog meningitisa u

uzrastu iznad 65 godina

U uzrastu iznad 65 godina, ukupno su zabilježena 2 slučaja gnojnog meningitisa od kojih je jedan etiološki neverificiran. Uzročnik je potvrđen preostalom slučaju. Radilo se o Streptococcus pneumoniae.



Grafikon 9. Polna struktura pacijenata sa gnojnim meningitisom

Tabela 1. Etiologija posttraumatskog vanbolničkog gnojnog meningitisa

Uzročnik	n	%
Streptococcus pneumoniae	2	100%
Ukupno	2	100%

Tabela 2. Etiologija postoperativnog bolničkog gnojnog meningitisa

Staphylococcus epidermidis (CONSE)	1	50%
Serratia marcescens ESBL soj	1	50%
Ukupno	2	100%

Tabela 3. Trajanje simptoma prije hospitalizacije i trajanje bolničkog liječenja pacijenata sa gnojnim meningitisom

Uzročnik	Trajanje ambulantnog liječenja (dani)			Trajanje bolničkog liječenja (dani)		
	Min.	Max.	Srednja vrijednost	Min.	Max.	Srednja vrijednost
Neisseria meningitidis	1	3	1,5	3	45	20
Streptococcus pneumoniae	1	10	3,0	4	53	25
Haemophilus influenzae	2	3	2,2	3	42	22
Klebsiella pneumoniae (ESBL soj)	2	2	2	12	12	12
Streptococcus beta haemolyticus gr. B	1	1	1	15	15	15
Staphylococcus epidermidis	4	4	4	20	20	20
Serratia marcescens ESBL soj	2	2	2	25	25	25

Tabela 4. Laboratorijske vrijednosti CRP i leukocita pri prijemu pacijenata sa gnojnim meningitisom

Uzročnik	CRP (ng/ml)			Leukociti (x10 ⁹ /l)		
	Min.	Max.	Srednja vrijednost	Min.	Max.	Srednja vrijednost
Neisseria meningitidis	51	290	141	11.9	31.2	19.8
Streptococcus pneumoniae	40	582	257	7.9	24.9	15.7
Haemophilus influenzae	79	338	182	7.1	15.3	12.1

Klebsiella pneumoniae (ESBL soj)	355	355	355	25.1	25.1	25.1
Streptococcus β haemolyticus gr. B	17.5	17.5	17.5	11.3	11.3	11.3
Staphylococcus epidermidis	25	25	25	7.6	7.6	7.6
Serratia marscesens ESBL soj	58	58	58	16.7	16.7	16.7

ZAKLJUČCI

- Uzročnik gnojnog meningitisa je potvrđen u 61% slučajeva. U slučaju vanbolnički nastalog meningitisa, najzastupljenija je Neisseria meningitidis, potom slijede Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae, a kod meningitisa nastalih u bolnici nalaze se Staphylococcus epidermidis i Serratia marscesens (ESBL soj).
- Gnojni meningitis je najzastupljeniji u dobi od 6 mjeseci do 18 godina.
- Dužina ambulantnog trajanja bolesti je kratka za Neisseria meningitidis i β hemolitički Streptococcus grupe B, što potvrđuje brzu progresiju i traži brzu dijagnostičku potvrdu i terapijsko reagovanje.
- Hospitalni tretman je najduži kod pneumokoknog meningitisa, koji može imati teži klinički tok praćen komplikacijama.
- Nespecifični laboratorijski parametri upale (CRP, L) su patološki povišeni.
- Klinički simptomi i znaci zastupljeni su u različitom procentu u odnosu na uzročnika bolesti. Povišena temperatura i osip su najzastupljeniji kod Neisseria meningitidis, poremećaj svijesti kod Haemophilus influenzae. Smrtni ishod se češće vidi kod Streptococcus pneumoniae.
- Na kraju se može zaključiti da se radi o teškoj i neizvjesnoj bolesti, tako da ne smije postojati "prazan terapijski hod" od postavljanja kliničke dijagnoze gnojnog meningitisa do izolacije uzročnika, koja, ne mora biti realizirana. Naime, zabilježeno je 39% slučajeva bakterijskog meningitisa bez etiološke potvrde uzročnika. Najčešći razlog za to je prethodni neadekvatan antibiotski tretman, ali i problemi sa mikrobiološkim uzorkovanjem, gdje je uloga medicinske sestre u tom segmentu rada veoma značajna. U protivnom imamo prolongirani tretman i liječenje, pogotovo ako su klinička slika i drugi laboratorijski nalazi nekonzistentni sa etiološki nedokazanim uzročnikom.

- Ovim radom se želi skrenuti pažnja na neophodnost blagovremenog dijagnostičiranja i adekvatnog antimikrobnog tretmana. Drugi vrlo važan aspekt je njega bolesnika kroz principe dobre kliničke prakse.

LITERATURA

- Koluder- Ćimić N. Neuroinfektivne bolesti (poglavlje 3). Krkić-Dautović S et al, Infektologija, Sarajevo-Tuzla, Asocijacija infektologu BiH, 2011; pp. 136-152
- Koluder N, Pitić A, Lukovac E, Hadžić A, Gazibera B, Džanović L, Hadžović-Čengić M. Postoperative meningitis and preexistent neurosurgical disease. HealthMED 2011; 5 (3):491-494 .
- Roos KL. Bacterial meningitis. Curr Treat Options Neurol 1999; 147-156
- Šaić M. Infekcije nervnog sistema. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd 2000.g.
- Fallero – Gallego M, Arroyos-Plana A, Santillana –Ferrer L. Late neonatal sepsis with meningitis due to meningococcus serogroup C. An. Esp. Pediat.1999; 50: 639-640
- Yen –Nan C, Nan Chang C, Fu-Yuan H. Clinical features and prognostic factors in childhood pneumococcal meningitis. J Microbiol Immunol Infect. 2008; 41 (1): 48-53
- Gilden DH. Acute viral central nervous system diseases. In DC Dale, DD Federman, eds., ACP Medicine, section 11, chap. 16. Hamilton, ON: BC Decker. 2008.
- Swartz MN. Meningitis: Bacterial, viral, and other. In L Goldman, A Shafer, eds., Goldman's Cecil Medicine, 24th ed., pp. 2355–2371. Philadelphia: Elsevier Saunders. (2012).
- Tunkel AR, et al. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. Clinical Infectious Diseases, 39(9): 1267–1284. 2004.
- Pathan N, Faust SN, et al. Pathophysiology of meningococcal meningitis and septicaemia. Arch Dis Child.2003 Jul;88(7):601-7.

- Pathan N, Sandiford C, et al. Characterization of a myocardial depressant factor in meningococcal septicemia. Crit Care Med. 2002 Oct;30(10):2191-8.
- Romero JR, Newland JG. Viral meningitis and encephalitis: traditional and emerging viral agents. Semin Pediatr Infect Dis. 2003 Apr;14(2):72-82.
- Rosenstein NE , Perkins BA, et al. Meningococcal disease. N Engl J Med. 2001 May 3;344(18):1378-88.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) website. Haemophilus influenzae Serotype b (Hib) Disease. Available at: http://www.cdc.gov/ncidod/dbmd/diseaseinfo/haeminfluserob_t.htm. Accessed November 11, 2005c.
- Beghi E, Nicolosi A, et al. Encephalitis and aseptic meningitis, Olmsted County, Minnesota, 1950-1981, I: epidemiology. Ann Neurol. 1984 Sep;16(3):283-94.

OKUPACIONA TERAPIJA DJETETA S VIŠESTRUKIM ONESPOSABLJENJEM

OCCUPATIONAL THERAPY OF A CHILD WITH MULTIPLE DISABILITIES

Belma Pačo¹, Nadžida Alihodžić¹, Emira Švraka¹, Amila Jaganjac¹, Samir Bojičić¹

¹Fakultet zdravstvenih studija Univerziteta u Sarajevu
Bolnička 25, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Belma Pačo, dipl.fizioterapeut
Fakultet zdravstvenih studija
Univerzitet u Sarajevu
e-mail: belma.paco@hotmail.com

SAŽETAK

Djeca s višestrukiom onesposobljenjem predstavljaju poseban etiološki problem sa stanovišta prakse i teorije specijalne edukacije i rehabilitacije. Okupaciona terapija ima važnu ulogu u facilitaciji i pomoći djeci s razvojnim poteškoćama, u prvim godinama života. Uloga rane intervencije je pruženje usluga po modelu orijentacije na porodicu. Cilj prezentacije slučaja: utvrđivanje individualnog programa okupacione terapije za dijete s višestrukiom onesposobljenjem. Klijent je bila trinaestogodišnja učenica s umjerenim intelektualnim onesposobljenjem, nerazvijenim govorom, strabizmom, psihomotornim nemirom, skoliozom i ravnim stopalima. Skolioza može prouzrokovati ozbiljne zdravstvene komplikacije, kao što su jaki bolovi u leđima, otežano disanje, deformacije i poremećaj rada pluća i srca. Povećan je rizik za nastanak plućnih infekcija i smanjenje koštane gustine. Zaključak: zajednički rad sa roditeljima / porodicom kroz „praksu orijentisanu na porodicu je izazov za okupacione terapeute u pedijatriji i druge profesionalce u servisima zdravstvene zaštite i zahtijeva značajnu promjenu od tradicionalnog pristupa fokusiranog na dijete.

Ključne riječi: višestruko onesposobljenje, okupaciona terapija, praksa orijentisana na porodicu

SUMMARY

Children with multiple disabilities present a special problem with the etiological point of view of theory and practice of special education and rehabilitation. Occupational therapy plays a critical role in facilitating and helping children in the first years of life. The premise of early intervention is to provide services using a family-centred model. The aim of this case report was to determine individual occupational therapy program for child with multiple disabilities. The client was thirteen years old female pupil with moderate intellectual disability, undeveloped speech, strabismus, psychomotor disturbance, scoliosis and flat feet. Scoliosis could be a cause of the back pain, deformities, respiratory and cardiology complications. There is a higher risk for decreasing of bone mineral density. Conclusion: Working collaboratively with parents within a family centred framework can be challenging for paediatric occupational therapists and other service providers, as it requires a significant change in thinking from more traditional child-focused approaches.

Key words: multiple disability, occupational therapy, family-centred practice

UVOD

Djeca s višestrukiom onesposobljenjem predstavljaju poseban etiološki problem sa stanovišta prakse i teorije specijalne edukacije i rehabilitacije. Višestruko onesposobljenje podrazumjeva prisutnost dva ili više onesposobljenja kod jedne osobe. Škole za obrazovanje učenika sa smetnjama u razvoju su inicijalno uspostavljene i svoj rad su razvile na osnovama potreba učenika s određenom vrstom i stepenom smetnji i teškoća u razvoju (teškoće u mentalnom razvoju lakog stepena, oštećenja vida, oštećenja sluha itd.) (1).

Intelektualno onesposobljenje je stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja, koje se naročito karakteriše poremećajem onih sposobnosti koje se pojavljuju tokom razvojnog perioda i koje doprinose opštem nivou inteligencije, kao što su govorne, kognitivne, motoričke i socijalne sposobnosti (2).

Djeci s višestrukiom onesposobljenjem nije moguće dati univerzalni model programa za njihov odgoj i obrazovanje koje se mora utemeljiti na stvarnim mogućnostima svakog pojedinog djeteta uz osiguranje materijalnih i kadrovskih uvjeta za suradnju roditelja (3). Skolioza se definiše kao laterarno krivljenje kičme s torzijom kičmenog stuba i grudnog koša, kao i promjenom sagitalnog profila. Skolioza može proći nedijagnostikovana pošto nije bolna i ne daje simptome, pa se, da bi se rano otkrila, u školama preporučuju godišnji pregledi djece od 10-14 godina.

Fizička aktivnost kod djece školskog uzrasta važan je faktor pravilnog razvoja i može da utiče na pojavu različitih posturalnih poremećaja i deformiteta (4).

Skolioza može prouzrokovati ozbiljne zdravstvene komplikacije, kao što su jaki bolovi u leđima, otežano disanje, deformacije i poremećaj rada pluća i srca. Povećan je rizik za nastanak plućnih infekcija i smanjenje koštane gustine (4).

Dijete s onespособljenjem utiče na porodičnu dinamiku i članove porodice koji su drugačiji od drugih porodica. Za neke porodice, svi odnosi trpe značajne promjene tokom vremena. Ovo može biti djelimično zbog nesigurnog zdravstvenog problema djeteta, ili zbog većeg broja odgovornosti koje se postavljaju pred članove porodice. Vremenom može doći i do konflikta u porodici, ili porodica može postati jača i bliski je povezana (5).

PREZENTACIJA SLUČAJA - CASE REPORT

Klijent je bila trinaestogodišnja učenica, s umjerenim intelektualnim onespособljenjem, nerazvijenim govorom, strabizmom, psihomotornim nemirom, scoliosis vertebrae T/L duplex i pedes plani. Dolazi u pratnji majke. Školuje se u Zavodu za specijalno obrazovanje i odgoj djece „Mjedenica“, uz stalni defektološki i logopedski tretman, nastavak individualnog programa fizikalne terapije (program vježbi za skoliozu, vježbe hoda, vježbe balansa i ravnoteže na velikoj lopti, vježbe ravnoteže i balansa) i kontrolu oftalmologa.

Učiteljica trenutno radi sa djevojčicom na osposobljavanju za samostalno pisanje velikih štampanih slova. Samostalno piše velika slova: A, O, I, U, M. Može pročitati kratke riječi od datih slova i razumije pročitano. Gruba i fina motorika je oštećena i potreban je stalni fizioterapeutski tretman. Nestabilnost zglobova i slaba koordinacija. Većina radnih aktivnosti se odvija uz stalno podsticanje i povremeno fizičko vođenje.

Pažnja kratkotrajna, teško se usmjerava, upornim insistiranjem i podsticanjem uspjeha obaviti jednostavne radne zadatke. Mazi se i ne saraduje.

Cilj: utvrđivanje individualnog programa okupacione terapije za dijete s višestrukim onespособljenjem.

Identifikacija problema

Identifikacija problema provodi se kroz područja brige o sebi, radnih aktivnosti i slobodnih aktivnosti, u okviru motoričkih, senzornih, kognitivnih, interpersonalnih i intrapersonalnih sposobnosti.

Problemi u okviru brige o sebi:

- potrebna pomoć u održavanju lične higijene,
- smostalno se hrani i pije, mada neuredno i pod stalnim nadzorom učiteljice,
- kod kuće kontroliše sfinktere, ali u školi ne (nosi pelene za odrasle),
- oblači i skida samostalno jaknu, ali ostale odjevne predmete ne, stoga joj je potrebna pomoć,
- može obući patike sama, ali ne može svezati pertle,
- zna zakopčati i otkopčati krupnu dugmad, a malu ne,
- prisutna je hipersalivacija.

Problemi u okviru radnih aktivnosti – produktivnosti:

- učestvuje u nastavi dok je u centru pažnju, ali kada se učiteljica posveti drugom djetetu, ona se isključuje.
- Ne obavlja samostalno zadate zadatke u školi, potrebno ju je stalno podsticati na to.
- Zna slova, piše uz pomoć učiteljice.
- Pomaže mami u obavljanju sitnih kućnih poslova.

Problemi u okviru slobodnih aktivnosti:

- Dijete je pokazalo najviše interesovanja za igranje lutkama, šetnju, gledanje filmova i crtanje, te se ove aktivnosti najviše koriste kako bi se upotpunilo djetetovo slobodno vrijeme. Izabrane aktivnosti pomažu u tretmanu određenih problema, što se postiže kroz igru.

Motorički problemi:

- samostalan paraparetičan hod,
- strabizam,
- snižen tonus mišića,
- deformitet kičmenog stuba - scoliosis T/L,
- ravna stopala – pedes plana,
- nepravilno držanje olovke (tripod hvat),
- slab pritisak na podlogu,
- slaba manipulacija sitnim predmetima, dok je manipulacija krupnim predmetima djelimično ili nepotpuno razvijena.

Senzorni problemi:

- sluh očuvan,
- razlikuje zvukove,
- slabo raspoznaje boje,
- pokazuje boje na nalog učiteljice,
- slaba ravnoteža zbog nestabilnosti kičme,
- razlikuje ukus.

Kognitivni problemi / sposobnosti:

- umjerenom intelektualno onespособljenje,
- svjesna,
- raspoznaje vremenske uslove,
- dobro pamćenje,
- govor slab,
- slaba pažnja i koncentracija.

Interpersonalni problemi / sposobnosti:

- društvena,
- učestvuje u igrama, ali kratko,
- želi da je u centru pažnje.

Intrapersonalni problemi / sposobnosti:

- slabe radne navike,
- potrebno podsticanje za samostalno obavljanje zadataka,
- dobro piše naučena velika slova.

Čarobni ruksak

„Čarobni ruksak“ je metoda koja se koristi u okviru okupacione terapije, u cilju evaluacije sposobnosti djeteta da prepozna predmet, različite oblike, boje i teksturu predmeta skrivenih u ruksaku. Može se koristiti metoda skrivanja predmeta u pjesku (udubljeni sto s pjeskom) i drugim sitnozrnastim strukturama (riža, grah, kamenčići), kutiji, torbi.

- Privjesak: nježno, ne raspoznaje boju.
- Narukvica: raspoznaje predmet, i roza boju.
- Barbika: raspoznaje predmet i boju kose.
- Krema: raspoznaje predmet; boju ne raspoznaje.
- Avion: raspoznaje predmet; avion leti; ne raspoznaje boju.
- Hello kitty: raspoznaje predmet i boju.
- Lopta: raspoznaje predmet; ne raspoznaje boju.

Slikovnica

- Pas: raspoznaje sliku psa.
- Maca: raspoznaje sliku; nježna maca.
- Pčela: raspoznaje sliku; pčela leti.
- Žaba: raspoznaje sliku; ne raspoznaje boju.

- Medo: raspoznaje sliku i boju.
- Ptica: raspoznaje sliku; ptica leti.
- Riba: prepoznaje sliku; riba pliva u moru.
- Lav: prepoznaje predmet; ne prepoznaje boju.
- Zebra: prepoznaje predmet, ne prepoznaje boje.

OKUPACIONA TERAPIJA

Okupaciona terapija je zdravstvena profesija koja se bavi promocijom zdravlja i blagostanja kroz tretman okupacije. Proces okupacione terapije se sastoji iz procjene, pripreme za inicijalni pregled, inicijalnog pregleda, specifičnog pregleda, razvoja plana tretmana, sprovođenja plana i posmatranja progressa intervencije (3).

Okupaciona terapija ima važnu ulogu u facilitaciji i pomoći djeci s razvojnim poteškoćama, u prvim godinama života. Uloga rane intervencije je pruženje usluga po modelu orijentacije na porodicu (6).

Okupacioni terapeut primjenjuje znanja iz raznih oblasti kao što su: teorija i praksa okupacione terapije, anatomija, fiziologija, psihologija, psihijatrija, medicinska stanja, neuroanatomija, neuropsihologija, ljudski razvoj, ljudska okupacija, patologija, sociologija, ekonomija, političke nauke i ergometrija.

Okupacioni terapeuti pružaju kontinuum usluga, što uključuje promotivni, preventivni, restauracijski, rehabilitacijski pristup, podršku i socijalne promjene (7).

3.1. Ciljevi okupacione terapije

Ciljevi su zadaci koje će klijent postići kroz okupacionu terapiju. Oni definišu vještine koje treba naučiti i nivo performanse koji će biti prihvatljiv. Ciljevi moraju biti u okviru pacijentovih mogućnosti.

Kratkoročni ciljevi su mali koraci na putu ostvarenja ciljeva okupacione performanse. Dugoročni ciljevi su sveukupni ciljevi intervencije i mogu biti opisani kao ciljevi okupacione performanse (3).

Kratkoročni ciljevi

Kratkoročni ciljevi okupacione terapije djeteta s višestrukim onesposobljenjem:

- raditi na poboljšanju senzorne integracije,
- razvijati finu motoriku šake,
- prepoznavanje predmeta i boja,
- taktilna stimulacija za mogućnost pre-

- poznavanja predmeta putem dodira,
- poboljšavanje funkcije sluha za dobro prepoznavanje govornih i negovornih zvukova u okolini.
- Raditi na povećanju raspona pažnje kako bi se uključila u nastavu, igru.
- Korištenje vestibularne stimulacije za bolju ravnotežu i pokretljivost.
- Spriječavanje daljeg razvoja deformiteta kičme.
- Raditi na kontroli sfinktera.

Dugoročni ciljevi

Dugoročni ciljevi okupacione terapije djeteta s višestrukim onesposobljenjem:

- razvijanje radnih navika i samostalno obavljanje zadataka (oblačenje, hranjenje),
- samostalno pisanje, crtanje,
- samostalno obavljanje ADŽ i samozbrinjavanja,
- poboljšanje čitanja,
- samostalno prepoznavanje boja,
- povećanje raspona pamćenja za samostalno brojanje,
- povećanje pažnje za aktivno učestvovanje u nastavi.
- Potrebno je smanjiti osjetljivost djeteta na promjene kako ne bi ispoljavalo negativno ponašanje.
- Povećati i razviti što bolju socijalnu integraciju djeteta kako bi bez nadzora moglo učestvovati u društvenim igrama.
- Samostalno kontrolisanje elementarnih funkcija.
- Kontrolisanje raspoloženja i emocija.
- Samostalno sklapanje dijelova u jednu cjelinu.

Intervencije

Intervencije u okviru okupacione terapije:

- stezanje loptica za za poboljšanje grube mišićne snage šake,
- korištenje velike gimnastičke lopte radi poboljšanja balansa i ravnoteže,
- učenje tripod hvata za poboljšanje fine motorike (stavljanje štipaljki),
- korištenje trake za rastezanje za poboljšanje i održavanje tonusa mišića,
- zakopčavanje i otkopčavanje dugmadi za poboljšanje manipulacije prstiju;
- crtanje i bojenje i kačenje crteža na zid,
- taktilna diskriminacija (prepoznavanje malih i velikih predmeta otvorenih očiju),

- korištenje različitih pokazatelja boja za njihovo prepoznavanje,
- korištenje slikovnica za prepoznavanje boja i predmeta na interesantniji način.
- Pronalaženje istih simbola na papiru na kojem se nalazi niz drugih simbola (korisno za povećanje raspona pažnje i koncentracije).
- Nizanje bobica različitih veličina u lančice.
- Vježbe hoda sa terapeutom, što povoljno djeluje na cjelokupno zdravlje, održavanje optimalne tjelesne težine, uz obraćanje pažnje na pravilnu posturu, pravilan način hodanja.
- Gledanje crtanih filmova radi povećanja koncentracije i razumijevanja radnje.

Muzikoterapija

Muzikoterapija je poseban vid terapije za smanjenje stresa i podržavanje socijalnih interakcija. Muzika utiče na emocije, respiratorni sistem, ritam srca, stav tijela i mentalne slike slušatelja, a to doprinosi dramatičnoj promjeni raspoloženja, stanja i fiziologije osobe. Muzika je vid senzorne stimulacije koja izaziva reakcije zahvaljujući prisutnosti, izražajnosti i osjećanju sigurnosti koji su s njom povezani. Muzikoterapija je djelotvoran i vrijedan tretman za osobe koje imaju problema na psihosocijalnom, afektivnom, spoznajnom planu, kao i u uspostavljanju komunikacije (8).

Edukacija roditelja

Djetetu je potrebna puna podrška roditelja i nastavnika. Potrebno je educirati roditelje za provođenje fizikalne i okupacione terapije u kućnim uslovima; uključiti brata djevojčice, koji je fizioterapeut. Educirati roditelje da posvete više pažnje djetetu, uz više strpljenja, radi podsticanja razvijanja samostalnosti djeteta.

Preporučeno je preuređenje prostora zbog nespretnosti djeteta: skloniti višak namještaja i klizave tepihe da se dijete ne bi udarilo ili padalo prilikom hoda. Držati prostor za boravak urednim.

Insistirati na stalnom pranju ruku zbog mogućih infekcija. Potrebno je često podsjećati dijete da koristi maramice za brisanje usta jer su konstantno ostvorena i pristuna je salivacija. Preporučena je adekvatna odjeća i obuća s adekvatnim đonom (pedes plani).

DISKUSIJA

U Tuzlanskom kantonu, djeca s višestrukim onesposobljenjem su uključena u Dnevni centar „Koraci nade“. Centar radi po socijalnom modelu, koji podrazumjeva inkluziju u zajednicu, upoznavanje roditelja djece s preostalim sposobnostima, upoznavanje zajednice s onesposobljenjima djece, obrazovanje i rehabilitaciju djece za vođenje kućne fizikalne terapije i inkluziju djece s onesposobljenjima u redovni sistem obrazovanja, gdje je to moguće (9).

U istraživanju „Zastupljenost deformiteta donjih ekstremiteta kod djece s posebnim potrebama“, obuhvaćeno je 92 djece s intelektualnim onesposobljenjem koja su pohađala nastavu u Specijalnoj školi Mostar (42 djece) i Centru za djecu s posebnim potrebama „Los Rosales“ Mostar (50 djece). Deformitet X noge imalo je 36 djece (39,13 %), O noge 12 djece (13,04 %) i ravna stopala je imalo 49 djece (53,26 %). Kad je u pitanju frekvencija distribucije rezultata deformiteta donjih ekstremiteta u odnosu na pol, prisutnost istraženih i utvrđenih deformiteta dominantnija je kod dječaka u odnosu na djevojčice za deformitet O-noge i ravna stopala, a za X-noge dominantnija je kod djevojčica (10).

ZAKLJUČAK

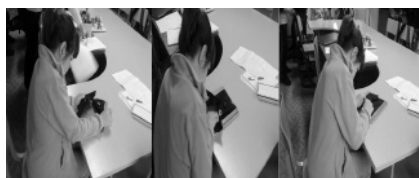
1. Djeca s višestrukim onesposobljenjem zahtjevaju individualni plan i program re/habilitacije i potrebno je više vremena da se postignu dobri rezultati.
2. Svakodnevno je potrebno raditi vježbe disanja, program vježbi za skoliozu, vježbe hoda, balansa i ravnoteže na velikoj lopti, te ispitati samostalnost u aktivnostima svakodnevnog života kako bi se napravio što bolji plan i program aktivnosti.
3. Potrebno je djetetu pružiti mnogo pažnje, ljubavi i strpljenja, kako bi se djete u potpunosti opustilo i aktivno učestvovalo u procesu re/habilitacije.
4. Kroz okupacionu terapiju koristiti različite igračke, slikovnice i ostale predmete za koje dijete pokazuje interesovanje, i u okviru djetetovih sposobnosti.
5. Važno je da dijete nije povučeno, voli da upoznaje nove ljude i da se druži, što je jako bitno za socijalni razvoj, ali i za motivaciju djeteta.

6. U tretman djeteta s višestrukim onesposobljenjem potrebno je uvesti kućnu fizikalnu i okupacionu terapiju.
7. Zajednički rad sa roditeljima / porodicom, kroz „praksu orjentisanu na porodicu“ je izazov za okupacione terapeute u pedijatriji i druge profesionalce u servisima zdravstvene zaštite i zahtijeva značajnu promjenu od tradicionalnog pristupa fokusiranog na dijete (11).

FOTOGALERIJA



Slika 1. Dijete samostalno piše slova po tabli



Slika 2. Dijete samostalno zakopčava i otkopčava veliku dugmad



Slika 3. Crteži koje je dijete crtalo uz pomoć učiteljice



Slika 4. Dijete vadi i pokušava prepoznati igračke iz „Čarobnog ruksaka“

LITERATURA

1. Rapaic D, Šćepanović M, Golubović Š. Odrednice somatskog statusa učenika sa višestrukim ometenošću kao determi-

natna u njihovoj edukaciji i rehabilitaciji. V Međunarodni naučni skup Specijalna edukacija i rehabilitacija danas, 24-27 septembar 2011, Univerzitet u Beogradu. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Zlatibor. Zbornik radova, str. 94-101. Dostupno na: www.fasper.bg.ac.rs/nastavnici/Rapaic_Dragan/radovi/

2. Švraka E, Loga S, Avdić D, Berbić Fazlagić J. Promocija zdravlja obitelji djece s intelektualnim i razvojnim onesposobljenjima. Journal of Health Sciences. Volume 1, Number 1, April 2011. p 56-60
3. Švraka E, Avdić D, Hasanbegović-Anić E. Okupaciona Terapija. Univerzitet u Sarajevu, Fakultet Zdravstvenih Studija u Sarajevu. Sarajevo 2012. ISBN 978-9958-692-03-1 COBISS.BH-ID 19697414
4. Jandrić S. Idiopatske sklioze. Medicinski pregled. LXV (1-2): 35-40. Novi Sad: januar-februar 2012.
5. Švraka E. Dvije strane sreće – Kvalitet života obitelji školske djece s intelektualnim onesposobljenjima. Bosanska riječ. Tuzla 2010. ISBN 978-9958-12-156-2 COBISS.BH-ID 18386438
6. Edwards M. A, Millard P, Praskac L. A, Wisniewski P. A. Occupational therapy and early intervention: A family-centred approach. Occupational Therapy International, 10 (4), 239-252, 2003.
7. Muftić M, Sadiković S, Bećirević E. ABC okupacione terapije. Sarajevo: Fondacija Medicinsko Humano Društvo “MHS“ Sarajevo, 2008.
8. Terapijska vrijednost muzike u inkluzivnom radu sa osobama s mentalnom razvojnom teškoćom. Dostupno na: www.pf.unze.ba/nova/zbornici/PF_X.pdf#page=83
9. Babajić M, Švraka E, Avdić D. Frequency of joined disabilities of children with cerebral palsy in Tuzla canton. Journal of Health Sciences. Volume 3, Number 3, December 2013. p 222-226
10. Bjeković G, Tanović I, Vuksanović G. Zastupljenost deformiteta donjih ekstremiteta kod djece s posebnim potrebama. Sport i zdravlje VI 1: 28-32, 2011.
11. Hanna K, Rodger S. Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. Australian Occupational Therapy Journal. 49, 14-24 2002.

PROCJENA UČESTALOSTI KOMPLIKACIJA U NJEZI I REHABILITACIJI PACIJENATA SA MULTIPLOM SKLEROZOM

ASSESSMENT OF THE INCIDENCE OF COMPLICATIONS IN THE CARE AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Asim Hidić

Asim Hidić, dipl.med.teh.

Magistar zdravstvene njege i terapije

Klinika za fizijatriju

UKC Sarajevo

Bolnička 25, 71000 Sarajevo

e-mail: asko_63@hotmail.com

SAŽETAK

Multipla skleroza je hronična inflamatorna, nezarazna, autoimuna, multifokalna demijelinizirajuća bolest centralnog nervnog sistema. Jedno od glavnih obilježja jeste visok stepen varijabilnosti u konačnom ishodu između bolesnika, sa spektrom bolesti koja varira od benignog čak i asimptomatskog pa do malignih slučajeva.

Utvrđiti spolnu i starosnu strukturu pacijenata. Utvrđiti vrijednosti EDSS-a kod pacijenata sa multiplom sklerozom prije i nakon rehabilitacije. Utvrđiti vrijednost Barthel indexa. Utvrđiti učestalost i strukturu komplikacija na početku i na kraju terapije. Procijeniti koliko postojanje komplikacija utiče na rezultate rehabilitacije ASŽ

U istraživanje je uključeno 49 pacijenata koji su u periodu 2012.2013. i 6 mjeseci 2014. godine bili hospitalizirani na Klinici za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju.

UKC-a Sarajevo oboljeli su od multiple skleroze.

Provedena je retrospektivna studija. Izvor podataka su historije bolesti pacijenata sa multiplom sklerozom na Klinici za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Pacijenti su analizirani u odnosu na dob, spol, prijem sa prethodnog liječenja, broj hospitalizacija, težinu kliničke slike, dužinu trajanja hospitalizacije, EDSS, ordiniranu terapiju i Barthel-index pri prijemu i otpustu.

U našem istraživanju omjer žena i muškaraca je 34:15, što odgovara podatku da multipla skleroza prevladava kod žena. Prosječna dob pacijenata iznosi 43,51 godine uz standardnu devijaciju od 12,43 godina. Većina pacijenata je primljena sa Klinike za neurologiju. Što se tiče broja hospitalizacija, manji broj je povratnika na fizikalnu terapiju. U analizi kliničke slike pacijenata došlo se do zaključka da skoro polovina pacijenata koristi pomagala prilikom kretanja. Hospitalizacija je dugotrajna i zahtijeva izdvajanje znatnih sredstava. Valoriziran je napredak u rehabilitaciji, koji je objektiviziran EDSS i Barthel-indexom, pri čemu je uočen vidan napredak u prevenciji komplikacija.

U toku izrade rada došlo se do sljedećih zaključaka: pacijenti sa multiplom sklerozom su češći bili ž. spola u odnosu na m. spol. Vrijednost EDSS-a kod pacijenata sa multiplom sklerozom su bile niže pri otpustu u odnosu na prijem. U aktinostima svakodnevnog života pacijenti su bili samostaljniji nakon rehabilitacije.

Ključne riječi: multipla skleroza, fizikalna terapija, rehabilitacija

SUMMARY

Multiple sclerosis is a chronic inflammatory, non-infectious, autoimmune, multifocal de-

myelinating disease of the central nervous system. One of the main features is the high degree of variability in the final outcome between patients with a spectrum of diseases ranging from benign even asymptomatic until the malignant cases.

Identify the gender and age structure of respondents. Determine the value EDSS patients with multiple sclerosis before and after rehabilitation. Determine the value of the Barthel Index. To determine the frequency and structure of complications at the beginning and end of therapy. Assess how the existence of complications are affecting the results of rehabilitation ASZ.

The study included 49 patients who were in the period 2012-2013 and 6 months of 2014 were hospitalized at the Department of Physical Medicine and Rehabilitation UKC and suffering from multiple sclerosis.

We conducted a retrospective study. The data sources are the disease history of the patients with multiple sclerosis at the Department of Physical Medicine and Rehabilitation. Subjects were analyzed in relation to age, gender, admission to the previous treatment, hospitalizations, severity of clinical symptoms, duration of hospitalization, EDSS, an ordained therapy and Barthel-Index at admission and discharge.

In our study, the ratio of women and men is 34:15, which corresponds to a data that multiple sclerosis is more prevalent among

women. The average age of respondents was 43-51 years with a standard deviation of 12-43 years. Most patients are admitted to the Neurology Clinic. As for the number of hospitalizations, fewer is returning to physical therapy. The analysis of the clinical picture of the respondents came to the conclusion that almost half of the patients used aids when moving. Hospitalization is time-consuming and requires substantial allocation of resources. Evaluated the progress in rehabilitation, which is objectified EDSS and Barthel-Index, where the observed appreciable improvement in the prevention of complications.

The research led to the following conclusions : Patients with multiple sclerosis are more common in female gender than in male gender. Value EDSS of patients with multiple sclerosis were lower at discharge compared to admission. In activities of daily living, patients were more independent after rehabilitation.

Key words: multiple sclerosis, physical therapy, rehabilitation

UVOD

Multipla skleroza je bolest koja je, zbog svojih epidemioloških i kliničkih specifičnosti, a posebno zbog problema koje donosi na somatskom, neurološkom, psihološkom, socijalnom, porodičnom i profesionalnom planu pacijenata, godinama bila i ostala predmet interesa niza autora širom svijeta. Multipla skleroza je hronična inflamatorna, nezarazna, autoimuna, progresivna, multifokalna demijelinizirajuća bolest centralnog nervnog sistema. Jedno od glavnih obilježja jeste visok stepen varijabilnosti u konačnom ishodu između pacijenata, sa spektrom bolesti koja varira od benignog čak i asimptomatskog pa radim malignih slučajeva. Prema današnjim, najnovijim saznanjima sedmično se u svijetu otkrije oko 200 novih slučajeva multiple skleroze. Omjer obolijevanja žena u odnosu na muškarce je 3 : 1. Oboljeli se često upućuju na fizikalnu terapiju koja se uglavnom svodi na smanjivanje nesposobnosti te nije vjerovatno da će smanjiti lezije i promijeniti napredovanje bolesti.

U patogenezi multiple skleroze se isprepliću brojni faktori: faktori okoline, genetički i imunosni.

Uobičajene kliničke manifestacije tokom bolesti su:

1. Piramidni znaci i simptomi. U neurološkom nalazu najčešće se otkriva spastička pareza, katkada monopareza, tripareza i hemipareza.
2. Cerebelarni znaci i simptomi -Cerebelarni tremor nije konstantan, a prevladava u gornjim udovima. Akcijsko-intencijskog je tipa; pojačan emocijama. Govor tih bolesnika često je dizartričan, spor, skandirajući, monoton, eksplozivan.
3. Diplopija je često posljedica, prema redu učestalosti, oštećenja 6. 3. i 4. kranijalnog živca. Odsutnost ili tromost fotomotornih refleksa zjenica upućuje na optički neuritis. Lezija trigeminusa manifestira se parestezijama, smanjenim jednostavnim kvalitetama osjeta lica i smanjenim kornealnim refleksom. Oštećenje facijalnog živca uzrokuje njegovu klijenut po perifernom tipu. Vrtoglavica je osnovni simptom lezije vestibularnog živca. Nistagmus prisutan kod više od polovice oboljelih, najčešće je horizontalan, rjeđe je vertikalnog i rotatornog tipa.
4. Osjetni znaci i simptomi- Parestezije se pojavljuju najčešće u ograničenim, simetričnim regijama ekstremiteta i sklonu su širenju. Osjetna ataksija često je segmentalna; u rukama se manifestira asimetrijom položaja prstiju i nespretnošću u izvršavanju radnji ako ih bolesnik obavlja bez kontrole vida. Dizestezija je praćena objektivnim ispadima površinskih kvaliteta osjeta, posebno osjeta za bol i temperaturu.
5. Poremećaji sfinktera- Otprilike trećina bolesnika ima abnormalnost sfinktera, neodoljivu potrebu za mokrenjem, katkad praćenu polakizurijom, teškoće u početku mikcije, retenciju ili inkontinenciju mokraće.
6. Poremećaji vida. Bolest može početi jednostranim optičkim retrobulbamim neuritisom različita trajanja. Manifestuje se naglo ili podmuklo, praćen je, općenito, potpunim popravkom vida.
7. Mentalni poremećaji. Afektivna nestabilnost disforične obojenosti: izmjenjivanje razdoblja euforije i razdražljivosti s tjeskobom i depresijom psihološka je dominantna karakteristika ovih bolesnika.
8. Paroksizmalne manifestacije. Epilepsija se javlja u samom početku ili tokom bolesti.

Najčešće komplikacije

- Mogućnost pojave – kontraktura – pozicioniranje kao dio njege,
- dekubitusa – njega dekubitusa,
- spazam – liječenje i njega,
- urinarne infekcije – menadžment unosa tečnosti, kateterizacije i diureza,
- stolica – kontrola stolice.

Zdravstvena njega pacijenata sa multiplom sklerozom obuhvata:

- uzimanje sestrinske anamneze i postavljanje sestrinske dijagnoze
- izrada plana zdravstvene njege
- prevencija komplikacija dugotrajnog mirovanja
- briga o kvaliteti aktivnosti svakodnevnog života
- psihološka podrška pacijenta i porodice
- zdravstveno savjetovanje pacijenta i porodice

Uzimanje sestrinske anamneze i postavljanje sestrinske dijagnoze.

Po dolasku na odjel medicinska sestra prvo preuzima premještanu listu i u razgovoru sa medicinskom sestrom koja dovodi pacijenta sa druge klinike osigurava detalje o prisustvu promjena na koži, prisustvu otvorenog venskog puta, katetera, načinima eliminacije tjelesnih izlučevina, postojanju alergija, mogućoj djeci, vrsti medikamentozne terapije i načinu primjene iste.

Nakon završetka opisane procedure, pacijent se smješta na odjel i medicinska sestra započinje sa uzimanjem sestrinske anamneze i postavljanjem sestrinske dijagnoze.

Medicinska sestra se za uzimanje sestrinske anamneze i postavljanje sestrinske dijagnoze služi standardiziranim upitnikom koji sadrže niz pitanja i parametara koje u saradnji sa pacijentom i njegovom porodicom popunjava medicinska sestra, kao i posmatranjem stanja svijesti, pokretljivosti, stanja kompletne kože pacijenta, stanja kontrole sfinktera, sposobnost komunikacije i orijentisanost. Po završetku uzimanja sestrinske anamneze i postavljanja sestrinske dijagnoze, medicinska sestra formira sestrinsku listu koja se postavlja u bolesničku sobu čime osigurava da su podaci uneseni u tu listu dostupni svim članovima rehabilitacijskog tima.

Izrada plana zdravstvene njege

U skladu sa podacima iz sestrinske liste,

temperaturne liste medicinska sestra izrađuje plan njege i ciljeve tretmana. Plan njege sadrži raspored procedura iz domena zdravstvene njege i ciljeve tretmana. Pored navedenog, plan podrazumijeva da je pristup ukupnom tretmanu zasnovan na multidisciplinarnom timskom radu svih članova zdravstvenog tima koji čine ljekar, medicinska sestra, fizioterapeut i okupacioni terapeut. Ukoliko pacijent ima otežan govor (afazija, dizartrija) uključuje se i logoped.

Pacijent se uključuje u korištenje svih potrebnih usluga ustanove te se prave planovi kineziterapijskih, fizikalnih i procedura zdravstvene njege sestrinstva. Od svih članova zdravstvenog tima, medicinska sestra provodi najviše vremena sa bolesnikom pa i sama izvodi neke fizioterapijske postupke kao što je transfer krevet-kolica-krevet i slično.

Procedure zdravstvene njege su:

- briga o redovnosti medikamentozne terapije
- provođenje laboratorijskih i drugih dijagnostičkih procedura po preporuci ljekara
- redovno održavanje lične higijene pacijenta
- briga o obezbijedivanju ciljana i redovne dijete kod pojedinačnih pacijenata
- briga o prevenciji posljedica dugotrajnog ležanja i sprečavanju nastanka komplikacija
- psihološka podrška pacijentu.

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Utvrditi spolnu i starosnu strukturu pacijenata
2. Utvrditi vrijednosti EDSS-a kod pacijenata sa multiplom sklerozom prije i nakon rehabilitacije
3. Utvrditi vrijednost Barthel indexa
4. Utvrditi učestalost i strukturu komplikacija na početku i na kraju terapije
5. Procijeniti koliko postojanje komplikacija utiče na rezultate rehabilitacije u aktivnostima svakodnevnog života.

PACIJENTI I METODE ISTRAŽIVANJA

Pacijenti

Uzorak čine pacijenti (muškog i ženskog spola) sa dijagnozom multiple skleroze koji su imali potpunu dokumentaciju za istraživanje a koji su boravili na Klinici za fizijatriju i rehabilitaciju UKC-a. Istraživanje rađeno na Klinici za fizijatriju i rehabilitaciju UKC-a Sarajevo. Podaci su uzeti iz historija bolesti bolesnika i urade se potrebna mjerenja da bi se uzeli parametri potrebni za procjenu učestalosti komplikacija u njezi i rehabilitaciji pacijenata sa multiplom sklerozom, analizom 2012, 2013 godine i 6 mjeseci 2014 godine.

Istraživanjem je obuhvaćeno 49 pacijenata. Rad je retrospektivno-prospektivna studija. Step en onesposobljenosti kod pacijenata sa multiplom sklerozom smo valorizirali sa EDSS (Expanded Disability Status Scale).

Ova skala se koristi kao mjerilo progresije bolesti i težine neuroških ispada u multiple skleroze. Premda sama skala ne odgovara linearnoj progresiji bolesti kod većeg broja bolesnika, njezina je upotreba vrlo raširena. Ova skala se zbog jednostavnosti koristi u kliničkim istraživanjima kao standardizirana mjera. Po ovoj skali 0 je uredan neurološki pregled i odnosi se na pacijenta na početku bolesti, 10 predstavlja smrt zbog komplikacija multiple skleroze.

Aktivnosti svakodnevnog života procjenjena je prema Barthel indexu gdje se posebna pažnja dala kontroli sfinktera i pokretnosti pacijenta.

Po Barthel indexu 0 predstavlja potpunu ovisnost o tuđoj njezi i pomoći 20 predstavlja potpunu samostalnost pacijenta. Svi naši pacijenti procijenjeni su po EDSS skali i Barthel indexu na početku i na kraju rehabilitacije.

Metode istraživanja

Metoda rada je retrospektivno-prospektivna analiza podataka postojeće dokumentacije i u toku istraživanja su uzeti parametri potrebni za učestalosti komplikacija oboljelih od multiple skleroze. Podaci potrebni za ovo istraživanje su uzeti iz historija bolesti.

Ovim istraživanjem su uzeti slijedeći podaci: dob, spol, dužina boravka, vrsta komplikacije. Rezultati su obrađeni u SPS Windows programu i koristeći se standardne statističke analize.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Tabela 1. Spolna i starosna struktura pacijenata

	N	Mean	SD	SE	95% CI for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Ženski	34	42.38	13.48	2.31	37.67	47.08	18.00	66.00
Muški	15	46.06	9.56	2.46	40.76	51.36	28.00	65.00
Total	49	43.51	12.43	1.77	39.98	47.08	18.00	66.00

$\chi^2=7.367$; $p=0.007$ $F=0.912$; $p=0.344$

Tabela 2. Promjena vrijednosti EDSS-a prije i nakon terapije

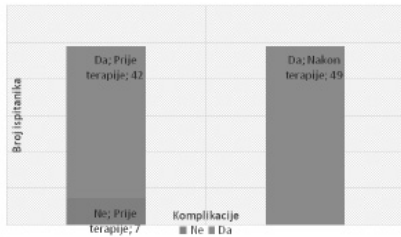
EDDS	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Na početku terapije	49	6.0408	1.52697	3.00	9.00
Na kraju terapije	49	5.4694	1.51523	3.00	9.00

Z=-0.514; p=0.001

Tabela 3. Promjena vrijednosti Barthel indeksa prije i nakon terapije

Barthel index	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Na početku terapije	49	12.89	5.52	3.00	20.00
Na kraju terapije	49	14.48	5.37	4.00	20.00

Z=-4.834; p=0.001



Grafikon 1. Učestalost komplikacija prije i nakon terapije

Tabela 4. Vrijednosti EDSS-a i BI u odnosu na prisustvo komplikacija prije terapije

		N	Mean	SD	SEM	95% CI for Mean		Minimum	Maximum
						Lower	Upper		
EDDS prije terapije	Ne	42	5.80	1.48	0.22	5.34	6.27	3.00	9.00
	Da	7	7.42	0.97	0.36	6.52	8.33	6.00	9.00
		F=7.685; p=0.008							
EDDS nakon terapije	Ne	42	5.21	1.44	0.22	4.76	5.66	3.00	9.00
	Da	7	7.00	1.00	0.37	6.07	7.92	5.00	8.00
		F=9.874; p=0.003							
BI prije terapije	Ne	42	13.88	5.15	0.79	12.27	15.48	4.00	20.00
	Da	7	7.00	3.87	1.46	3.41	10.58	3.00	15.00
		F=11.311; p=0.002							
BI nakon terapije	Ne	42	15.64	4.67	0.72	14.18	17.10	4.00	20.00
	Da	7	7.57	4.07	1.54	3.80	11.34	4.00	16.00
		F=18.420; p=0.001							

DISKUSIJA

Multipla skleroza kao hronično, progresivno, neurološko oboljenje koje utiče na sve aspekte života oboljelih. Značajno utiče na fizičko i psihičko zdravlje, finansijski i društveni status, profesionalno i porodično funkcionisanje. Psihičke smetnje (anksioznost, depresija, kognitivna oštećenja, emocionalna nestabilnost) mogu biti manifestacija osnovne bolesti, ali i posljedica adaptacije na bolest. Kliničari najveću pažnju posvećuju fizičkim manifestacijama multiple skleroze. Obzirom na sve navede-

no, potrebno je naći način da se prevencija komplikacija te rehabilitacija ovih pacijenata otpočne u što kraćem roku od postavljanja dijagnoze.

Rad je proveden na Klinici za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju UKCS. Analizirane su historije pacijenata iz 2012., 2013 i prvih 6 mjeseci u 2014. godine koji su u otpusnoj dijagnozi imali multiplu sklerozu. U istraživanje je uključeno 49 pacijenata. • Analizirajući demografske podatke pacijenata (tabela 1.) došlo se do zaključka da je bilo 34 pacijenta ženskog spola i 15 pacijenata muškog spola, što odgovara podatku da

multipla skleroza prevladava kod žena. Taj se omjer povećava u slučajevima rane pojave bolesti, iako obolijevanje poslije menopauze ne mijenja omjer spolova.

Predisponiranost žena se vjerovatno dalje povećava u porodičnim slučajevima i kod pacijentica koje su pozitivne na HLA-DR2. Također, omjer od 3:1 koji opisuje Duquette u svojoj studiji, relativno odgovara spolnoj strukturi naših pacijenata. Analiza pacijenata prema spolu pokazuje da postoji statistički signifikantna razlika u korist veće zastupljenosti pacijenata ženskog spola, što se slaže sa prethodno navedenom kon-

statacijom. Slične podatke su objavili autori sa Klinike za neurologiju KCUS-a.

Najviše upotrebljavani dijagnostički kriterij koristi raspon godina od 10 do 59, što govori da većina naših pacijenata pripada datom intervalu. Prosječna dob pacijenata iznosi 43,51 godine uz standardnu devijaciju od 12,43 godina. Druga istraživanja pokazuju srednju životnu dob za pacijente u Francuskoj 54,9 godina (uz standardnu devijaciju od 14,5 godina). Novija istraživanja čiji su rezultati objavljeni 2014. godine pokazuju da se pacijenti javljaju na rehabilitaciju u mlađoj životnoj dobi.

Fizikalna terapija koja propisuje kineziterapiju pokazala je da se pojavljuju i MR a potvrđeni neurološki oporavak. I drugi autori pokazuju da doziran fizikalni tretman kao kineziterapijski dio utiče na bolju mobilnost.

Aktivnosti svakodnevnog života smo procijenili prema Barthel indexu, i u našem istraživanju on je pokazao da su pacijenti na početku terapije bili ovisni o tuđoj njezi i pomoći. Na kraju terapije došlo je do porasta srednje vrijednosti Barthel indexa za dva poena, što znači da su naši pacijenti bili samostalniji i trebali manju pomoć drugog lica.

Na grafikonu 1. prikazana je učestalost komplikacija kod pacijenata prije i nakon terapije. Ustanovljeno je da su prije terapije kod 7 pacijenata bile zastupljene komplikacije, dok nakon terapije nije zabilježena nijedna komplikacija u ispitivanom uzorku. Među njima je bilo 5 urinarnih infekcija i 4 kontrakture. Iz ovoga se vidi da su 2 pacijenta imali obadnje komplikacije na početku rehabilitacionog tretmana. Na kraju rehabilitacije naši pacijenti u ovom istraživanju nisu imali komplikacija. Moramo naglasiti da je zbog teškog kliničkog stanja pacijenata sa multiplom sklerozom teško sanirati komplikacije, posebno kontrakture te se dešava da se pacijenti upućuju na kućno liječenje sa kontrakturom.

Pokušali smo naći slična istraživanja na našim prostorima kao i nekim drugim zemljama i nismo našli precizne podatke o komplikacijama u rehabilitaciji pacijenata sa multiplom sklerozom. Neka istraživanja su obuhvaćala promjene i probleme sa fizičkom aktivnošću, kontrolom mokrenja kao i drugim komplikacijama ali bez detaljne uzročne veze sa samom bolesti.

Novija istraživanja pokazuju da se fizička aktivnost mora prilagoditi individualno sva-

kom pacijentu sa multiplom sklerozom te će se tako najbolje prevenirati sve navedene komplikacije. Nije moguće napraviti tačan i precizan protokol za liječenja i praćenje ovoakvih pacijenata nego se samo liječenja i rehabilitacij individualno prilagođava prema trenutnom kliničkom stanju pacijenta. Ovi podaci govore u prilog tome da je fizikalna terapija (kinezi i okupaciona terapija) od velike važnosti u osposobljavanju pacijenata za aktivnosti svakodnevnog života. Istraživanja rađena u posljednje tri godine također daju slične podatke. Preporučeno je da evaluacija različitih mogućnosti i aspekata fizikalne terapije treba da bude prilagođeno svakom pacijentu i pri svakoj terapeutskoj proceduri poštujući trenutne mogućnosti ovih pacijenata. Važan prognostički faktor je i kretanje BI na početku, u toku i na kraju fizikalne terapije koji će nam, ako stagnira, pokazati da smo dostigli trenutno najbolji klinički oporavak.

ZAKLJUČCI

1. Pacijenti sa multiplom sklerozom su češće bili ženskog spola u odnosu na muški spol.
2. Pacijenti su rehabilitirani najčešće u dobi od 40 do 50 godina života.
3. Vrijednosti EDSS-a kod pacijenata sa multiplom sklerozom pri otpustu su bile niže u odnosu na prijem što pokazuje da je rehabilitacija direktno uticala na sposobnost kretanja pacijenata.
4. U aktivnostima svakodnevnog života naši pacijenti su bili samostalniji nakon rehabilitacije te su trebali manju pomoć drugog lica.
5. Komplikacije koje su uticale na rezultate rehabilitacije su urinarne infekcije i kontrakture koje su sanirane u toku rehabilitacije.
6. Prisustvo komplikacija značajno utiče na tok rehabilitacije jer su vrijednosti bile bitnodruge.

LITERATURA

1. Bašić Kes V, Čengić Lj, Cesarik M., Tomas A. J, Zavoreo I, Matovina L. Z, Čorić L, i Demarin V. Acta Kvaliteta života u bolesnika s multiplom sklerozom, Clinica Croatica, 52(1) : 2013.
2. Lublin F.D, Reingold S.C. Defining the

clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Department of Neurology, Jefferson Medical College, Philadelphia, PA, USA. Neurology. 1996 46(4):907-11.

3. Milo R, Miller A. Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis, Autoimmun Rev. 2014 13(4-5):518-524. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.012. Epub 2014 (1) 12.
4. Bonzano L, Tacchino A, Bricchetto G, Roccatagliata L, Dessypris A, Feraco P, et al Lopes De Carvalho M.L, Battaglia M. A, Mancardi G.L, Bove M. Upper limb motor rehabilitation impacts white matter microstructure in multiple sclerosis, Neuroimage. 2014 (4) 15;90:107-16. doi: 10.1016/j.neuroimage.2013.12.025. Epub 2013(12) 25.
5. Viner R., Patten S.B, Berzuns S, Andrew G.M.B, Kirsten M. F. Prevalence and risk factors for suicidal ideation in a multiple sclerosis population, Journal of Psychosomatic Research, Volume 76, Issue 4, (4) 2014, Pages 312–316.
6. Vukušić S, Hutchinson M, Hours M, Moreau T, Cortinovic T. P, Adeleine P, et al Confavreux C. Pregnancy and multiple sclerosis (the PRIMS study): clinical predictors of post-partum relapse, Brain (2004) 127 (6): 1353-1360. doi: 10.1093/brain/awh152 First published online: (5) 6, 2004
7. Bašić Kes V. Liječenje multiple skleroze, Predstojnica Klinike za neurologiju, KBC Sestre milosrdnice, 29. (3) 2012. u rubrici Članci, Multipla Plus.
8. Habek M. Poremećaji autonomnog živčanog sustava u bolesnika s multiplom sklerozom, (11) 2012. u Članci, Multipla Plus.
9. Dobrinčić M, Vodič kroz multiplu sklerozu, Društvo multiple skleroze Srbije, Beograd 2009
10. Kostić J, Stefanova E, Pekmezović T, Drulović J. Poremećaj olfaktorne funkcije kod obolelih od multiple skleroze: korelacija sa kliničkim parametrima, Volumen 66, Broj 3 VOJNOSANITETSKI PREGLED Strana 203 ORIGINALNI ČLANAK UDC: 616.832-004.2:591.185.34

INVASIVE PROCEDURES IN INTENSIVE CARE UNIT

Zaneta Bogoevska – Miteva

Sveučilišna klinička bolnica Mostar
Transfuzijski centar
University Clinical Hospital Mostar
Department of Transfusion Medicine

SUMMARY

INTRODUCTION: Intensive care units (ICUs) are specialist hospital wards. They provide intensive care (treatment and monitoring) for people in a critically ill or unstable condition. ICUs are also sometimes known as critical care units or intensive therapy departments. A person in an ICU needs constant medical attention and support to keep their body functioning. They may be unable to breathe on their own and have multiple organ failure. Medical equipment will take the place of these functions while the person recovers. There are several circumstances where a person may be admitted to an ICU. These include after surgery, or following an accident or severe illness. The Special Hospital for Surgical Diseases "Filip Vtori" was established on 01.03.2000 and from the very beginning of its existence, it represents a new and original concept in medicine based on modern medical technology, prime education of staff, intensive work and uncompromising dedication and humanity for patients. The Intensive Care Unit in SHSD "Filip Vtori" is a 15-bed unit that provides care to patients requiring pre- and post-operative care for cardiac surgical conditions. Care in this unit is provided on a continuous 24-hour basis and is available for critically ill patients requiring intensive care as well as patients requiring intermediate care (IMC). A critical care intensivist rounds daily with other care providers.

Invasive procedures conducted in our ICU are:

Central venous catheter – CVK is a catheter placed into a large vein in the neck (internal jugular vein), chest (subclavian vein or axillary vein) or groin (femoral vein).

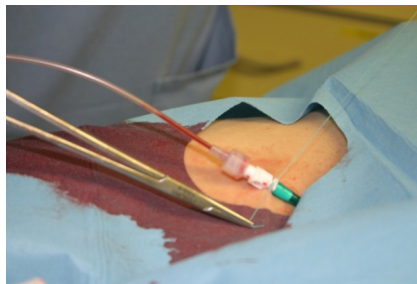


Position of CVK

Indications

- Hemodynamic monitoring
- Administration of drugs likely to induce phlebitis
- Temporary cardiac pacemaker
- Hemodialysis
- Lack of peripheral venous access
- Use of Vigileo

Arterial catheter - is a thin catheter inserted into an artery. It is most commonly used in intensive care medicine and anesthesia to monitor the blood pressure real-time (rather than by intermittent measurement), and to obtain samples for arterial blood gas measurements.



Insertion of arterial catheter

Indications

- Continuous direct blood pressure (BP) monitoring

- Inability to use indirect BP monitoring
- Frequent blood sampling

Intraaortic balloon pump (IABP) is a mechanical device that increases myocardial oxygen perfusion while at the same time increasing cardiac output. Increasing cardiac output increases coronary blood flow and therefore myocardial oxygen delivery. It consists of a cylindrical polyethylene balloon that sits in the aorta, approximately 2 centimeters (0.79 in) from the left subclavian artery and counterpulsates. That is, it actively deflates in systole, increasing forward blood flow by reducing afterload through a vacuum effect. It actively inflates in diastole, increasing blood flow to the coronary arteries via retrograde flow. These actions combine to decrease myocardial oxygen demand and increase myocardial oxygen supply.



Placement and use of IABP

Indications

- Cardiogenic shock
- Non stabile angina
- Acute myocardial infarction with hemodynamic instability
- Acute left heart failure
- Chronic left heart failure
- High left main stenosis with hemodynamic non stability

IABP pre-op. 2781 (81.2%) pts.

IABP post op. 644 (18.8%) pts.

IABP total 3425 (23,9%) of 14 589 operated patients

A Tracheotomy is a surgical procedure to create an opening through the neck into the trachea (windpipe). A tube is usually placed through this opening to provide an airway and to remove secretions from the lungs. This tube is called a tracheostomy tube or trach tube.



Tracheostomy tube with “nose” and on ventilator

Indications

- To facilitate weaning from positive pressure ventilation in acute respiratory failure or prolonged ventilation.
- To secure and clear an airway in the upper respiratory tract where obstruction is a risk.
- To facilitate the removal of respiratory secretions.
- To protect/minimise risk of aspiration in the patient with poor or absent cough reflex.
- To obtain an airway in patients with injuries or surgery to the head and neck area.
- In certain circumstances the tracheostomy may facilitate:
- Improved oral hygiene for the intubated patient
- Decreased requirement for sedation in the intubated patient
- Oral movement for communication, nutrition and hydration (with manipulation)
- Reduction in damage to the larynx, mouth or nose from prolonged endotracheal intubation
- Vocalisation (with manipulation)
- Improved patient comfort

Renal Replacement Therapy – (RRT); Continuous veno- venous hemofiltration (CVVH) The goal of any continuous renal replacement therapy (CRRT) is to replace, as best as possible, the lost function of kidneys. CRRT provides slow and balanced fluid removal that even unstable patients - those with shock or severe fluid overload - can more easily tolerate.



Patient on IABP and CRRT

Indications

- Normal water balance
- Electrolyte control
- Coagulation control
- Decreasing of serum urea and creatinine level
- Good patient comfort- without muscle cramps, hypoglycemia, parenthesis and vomiting



Continuous veno-venous hemofiltration (CVVH) in progress

Percutaneous endoscopy gastrostomy – PEG is an endoscopic medical procedure in which a tube (PEG tube) is passed into a patient's stomach through the abdominal wall, most commonly to provide a means of feeding when oral intake is not adequate (for example, because of dysphagia or sedation).



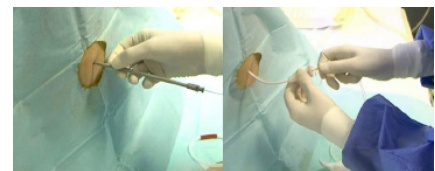
Set for percutaneous endoscopic gastrostomy

Indications

- Neurologically unsafe swallowing:

- Acute ischaemic or haemorrhagic stroke:
- Chronic progressive neuromuscular disease.
- Failure of feeding:
- Dementia
- Cystic fibrosis
- Peritoneal dialysis

Percutaneous chest tube is a flexible plastic tube that is inserted through the chest wall and into the pleural space or mediastinum. It is also known as a Bülau drain or an intercostal catheter.



Placement phases of percutaneous chest tube

Indications

- to remove air (pneumothorax)
- or fluid (pleural effusion, blood, chyle),
- or pus (empyema) from the intrathoracic space

DISCUSSION

These invasive procedures are done on patient's bedside by our intensivists mostly in life treating situations, saving patient's lives. The planned procedures are convenient to the patients as well as for staff members because they are shortening the time to getting adequate treatment, are performed in patient's familiar settings by familiar faces and the time to get results are much faster considering transport related time spending. Prompt and timely diagnostics based on modern imaging techniques provides right diagnosis at the right time for every patient. That is why performing these procedures on patients' bed most of the times is life saving.

LITERATURE

1. <http://www.nhs.uk/conditions/Intensive-care/Pages/Introduction.aspx>
2. emedicine.medscape.com/article/1999586-overview#aw2aab6b2b2
3. Central Venous Catheter Placement - Department of Surgery, Baylor College of Medicine, Texas, Houston
4. Central Venous Catheters - Topic Overview from WebMD
5. López-Briz, E; Ruiz Garcia, V; Cabello, JB; Bort-Marti, S; Carbonell Sanchis, R; Burls, A (Oct 8, 2014). "Heparin versus 0.9% sodium chloride intermittent flushing for prevention of occlusion in central venous catheters in adults." The Cochrane database of systematic reviews 10: CD008462. PMID 25300172. "Intra-aortic Balloon Pump". Texas Heart Institute.
6. eIntensive Care Medicine by Irwin and Rippe
7. Intra Aortic Balloon Pump (IABP) Counterpulsation mirror with better quality by P. J Overwalder, M.D., Department of Surgery, Division of Cardiac Surgery, University Hospital Graz, The Internet Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1999. Volume 2 Number 2.
8. Intra-aortic balloon pumping Department of Anaesthesia and Intensive Care of The Chinese University of Hong Kong
9. nhs.uk/ggc.org.uk/content/default.asp?page=s1214_5
10. www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002955.htm
11. http://www.baxter.com/health-care_professionals/therapies/renal/acute_kidney_treatment/continuous_renal_replacement_therapy.html BCM Gastroenterology Grand Rounds. Baylor College of Medicine.
12. Gauderer MW (2001). "Percutaneous endoscopic gastrostomy-20 years later: a historical perspective". *J. Pediatr. Surg.* 36 (1): 217-9. doi:10.1053/jpsu.2001.20058. PMID 11150469.

PLAZMAFEREZA - INDIKACIJE, PRIMJENA I ISKUSTVA NA KLINICI ZA HEMODIJALIZU

PLASMAPHERESIS - INDICATIONS, APPLICATIONS AND EXPERIENCES AT THE CLINIC FOR HEMODIALYSIS

Mersiha Ramić, Indira Ćelebić, Ćorić Aida

Mersiha Ramić, dipl.med.ses.

Klinika za hemodijalizu, UKC Sarajevo

Bolnička 25, 71000 Sarajevo

e-mail: ramickersiha5@yahoo.com

SAŽETAK

Plazmafereza je ekstrakorporalna procedura kojom se mogu odstranjivati pojedini sastojci plazme ili krvne stanice primjenom tehnologije separacije krvi.

Ovom procedurom zajedno s plazmom iz krvi odstranimo i neželjene sastojke uzroke ili medijatore patološkog procesa. Indikacije za plazmaferezu su: Guillain-Barre, Miastenia gravis, Hronična upalna demijelinizirajuća polineuropatija, Trombotička trombocitopenična purpura, Hemolitičko-uremijski sindrom, Autoimune hemolitičke anemije, Paraproteinemična periferna neuropatija, Hiperviskoznost, Oboljenje bubrežne etiologije (Lupus nefritis, vaskulitisi..)

CILJ RADA: Utvrditi uspješnost liječenja Plazmaferezom kod pacijenata koji boluju od težih neuroloških i hematoloških oboljenja

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: U Kliničkom Centru Univerziteta u Sarajevu ukupno je urađeno 150 plazmaferetskih tretmana, u periodu oktobar 2009-oktobar 2012. g. Liječeno je 13 muškaraca i 12 žena. Jedan pacijent je egzistirao u toku plazmafereze zbog akutnog krvarenja imao je hematemezu, (pacijent je imao TTP-i infekciju Leptospirom). Jedna pacijentica je nakon dva obavljena tretmana umrla u centru za Anesteziju i reanimaciju (stanje nakon pneumotoraxa i respiratorne insuficijencije, pacijentica je imala Mijasteniju gravis).

Jedan pacijent je egzistirao nakon 13 obavljenih plazmafereza u septičnom stanju, stanje nakon gangrenozne žučne kesice.

ZAKLJUČCI: Plazmafereza je selektivna metoda liječenja ona je suport ili pomoćna metoda u liječenju. Prvi je izbor kod potencijalno smrtonosnih bolesti ili pomoćni postupak

Glavne riječi: plazmafereza, indikacije, komplikacije, pacijenti

SUMMARY

INTRODUCTION: Plasmapheresis represents extracorporeal procedure which can removed individual constituents of plasma or blood cells using a blood separation technology.

With this procedure, together with the plasma from the blood we can remove unwanted ingredients which are causes or mediators of the pathological process. Indications for plasmapheresis are: Guillain-Barre syndrome, myasthenia gravis, chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, thrombotic thrombocytopenic purpura, hemolytic-uremic syndrome, autoimmune hemolytic anemia, paraproteinemic peripheral neuropathy, hyper viscosity, kidney diseases (lupus nephritis, vasculitis..)

GOAL: To determine the success of treatment by plasmapheresis in patients suffering from severe neurological and hematological diseases.

RESULTS: In the Clinical Center, University of Sarajevo in total was performed 150 plasmapheresis treatments, in the period October 2012 - October 2009. Treated were

13 men and 12 women. One patient in the course of them died due to acute hemorrhage during plasmapheresis and he had hematemesis, (patient had TTP and Leptospirosis infection). One female patient after two treatments died in the Center for Anesthesiology and Resuscitation (state after pneumo- and respiratory insufficiency, patient had myasthenia gravis).

One patient died after 13 plasmapheresis performed in septic condition, condition after gangrenous of the gallbladder.

CONCLUSIONS: Plasmapheresis is a selective method of treatment and it represents support or an auxiliary method in the treatment. It is the first choice for treatment of potentially deadly diseases or additional procedure.

Keywords: plasmapheresis, indications, complications, patients

UVOD

Plazmafereza je ekstrakorporalna procedura kojom se mogu odstranjivati pojedini sastojci plazme ili krvne stanice primjenom tehnologije separacije krvi.

Ovom procedurom zajedno s plazmom iz krvi odstranimo i neželjene sastojke uzroke ili medijatore patološkog procesa.

Plazmafereza podrazumjeva odstranjenje određene količine plazme iz krvi bolesnika uz nadoknadu otopinom albumina, svježim smrznutom plazmom i fiziološkom otopinom. Na ovaj način se postiže brzo

odstranjenje različitih antitijela (npr. Antitijela protiv mijelinske ovojnice, antitijela protiv glomerularne bazalne membrane-Anti-GBM), imunih kompleksa, trombotičkih faktora-nadomještanje deficitarnih faktora koagulacije, lipoproteina koji sadrže holesterol, paraproteina, Ig klase u višku i drugih toksičnih medijatora.

Plazmaferezom se mogu odstraniti i supstance velike molekularne težine koje učestvuju u inflamatornim procesima, a takođe i otrovi vezani za bjelančevine (lijekovi koji su vezani za proteine plazme a ne metabolišu se u bubrezima).

Plazmaferezom se postižu bolji rezultati i brži oporavak bolesti ukoliko tretman krenemo ranije. Na ovaj način možemo zaustaviti inflamatorni proces koji doprinosi progresiji bolesti.

Indikacije:

- Guillain-Barre
- Miastenija gravis
- Hronična upalna demijelinizirajuća polineuropatija
- Trombotička trombocitopenična purpura
- Hemolitičko-uremijski sindrom
- Autoimune hemolitičke anemije
- Paraproteinemična periferna neuropatija
- Hiperviskoznost
- Oboljenje bubrežne etiologije (Lupus nefritis, vaskulitisi..)

Priprema:

Pravilna priprema aparata i seta za plazmaferezu (heparin 10000 i/sa 2-3 L Fiziološke otopine)

Postupak uključivanja

- krvnožilni pristup
- antikoagulacija
- nadomještanje „uzete“ tj. zamjenjene plazme
- Premedikacija (Ca-ampule zavisno od vrijednosti Ca u serumu naročito ako u substituciji koristimo SSP + tokom tretmana Ca po potrebi i infuzije Sol Ringeri ili 0,9% NaCl)

Komplikacije:

- pad krvnog pritiska
- krvarenje
- hipokalijemija
- hipokalcijemija (posebno kad je u izmjeni SSP)
- mišićni grčevi i trnjenje udova
- metalni okus
- alergijske reakcije

- bakterijske infekcije
- izražena supresija imunog sistema

Cilj je predvidjeti i spriječiti moguće komplikacije. Nadomještanje i izmjene volumena plazme:

Izračunavanje volumena plazme zavisi od vrijednosti hematokrita i TT pacijenta (Kaplanova formula od 1983 se i danas koristi), kliničkog stanja pacijenta, vrste bolesti, laboratorijskih nalaza

CILJ RADA

Utvrditi uspješnost liječenja Plazmaferezom kod pacijenata koji boluju od težih neuroloških i hematoloških oboljenja

Iskustva Klinike za hemodijalizu

U Kliničkom Centru Univerziteta u Sarajevu ukupno je urađeno 150 plazmaferetskih tretmana, u periodu oktobar 2009-oktobar 2012. g. Liječeno je 13 muškaraca i 12 žena.

Plazmafereza se koristila najčešće u sklopu liječenja slijedećih oboljenja: Poliradikuloneuritisa, Miastenije gravis, TTP i autoimune hemolitičke anemije. Kod poliradikuloneuritisa i Miastenije gravis su se u substituciji koristili humani albumini prosječno za svakog pacijenta 5-7 tretmana. Kod hematoloških stanja TTP i hemolitičke anemije zavisno od kliničke slike i stanja pacijenta i do 27 tretmana.

Nije bio prisutan ni jedan slučaj zgrušavanja. Kao antikoagulans korišten je Heparin. (u dozi 2000-5000 i/sa). Volumen izmjene plazme se kretao između 1500 ml- 4000 ml. Samo je u dva slučaja došlo do rupture membrane filtera bez posljedica po pacijenta i bez krvarenja.

Isход

Jedan pacijent je egzistirao u toku plazmafereze zbog akutnog krvarenja imao je hematemezu, (pacijent je imao TTP-i infekciju Lep-tospirom).

Jedna pacijentica je nakon dva obavljena tretmana umrla u centru za Anesteziju i reanimaciju (stanje nakon pneumotoraxa i respiratorne insuficijencije, pacijentica je imala Mijasteniju gravis).

Jedan pacijent je egzistirao nakon 13 obavljenih plazmafereza u septičnom stanju, stanje nakon gangrenozne žučne kesice.

Svi pacijenti su imali negativne Hepatitis markere.

ZAKLJUČAK

- Plazmafereza je selektivna metoda liječenja ona je suport ili pomoćna metoda u liječenju
- Prvi je izbor kod potencijalno smrtonosnih bolesti ili pomoćni postupak
- Omogućava ciljano uklanjanje patogenih i toksičnih tvari iz organizma
- Veliku važnost kod liječenja Plazmaferezom ima dobro educirana medicinska sestra sa usvojenim znanjem i vještinama.

LITERATURA

1. Dau pc, lindstrom jm, cassel ck et al. Plasmapheresis and immunosuppressive drug therapy in myasthenia gravis. N Engl J Med 1977;297:1134-40.
2. Khatri Bo. Therapeutic apheresis in neurological disorders. Ther Apheresis 1999;3:161-71.
3. Malchesky Ps, Sibinski Ci, Williams Gw, Nose Y. The International Apheresis Registry: Results of 1983 second pi- lot. Artif Organs 1987;11:173-82.
4. Malchesky Ps, Bambauer R, Horuch i T et al. Apheresis technologies: an international perspective. Artif Organs 1995;19: 315-23.
5. Adams R, Maurice V. Principles of neurology. 3rd Ed. New York: McGraw Hill, 1985.
6. Seybold Me. Plasmapheresis in myasthenia gravis. Ann NY Acad Sci 1987;505:584-7.
7. Pinching Aj, Peters Dk, Newsom-davis Jn. Remission of myasthenia gravis following plasma exchange. Lancet 1976;2: 1373-7.
8. Newsom-Davis J, Vincent A, Wilson SG, Ward CD. Long-term effects of repeated plasma exchange in myasthenia gravis. Lancet 1979;1:464-8.
9. Kaplan AA. Therapeutic plasma exchange for the nephrologist. Semin Dial 1995;8:294-8.
10. Kaplan AA, Halley SE. Plasma exchange with a rotating filter. Kidney Int 1990;38:160-6.

SIGURNO RADNO OKRUŽJE ZA ZDRAVSTVENE DJELATNIKE

Brankica Grgurić

Brankica Grgurić, dipl.med.teh.
e-mail: branka.grguric@gmail.com
KB „Sveti Duh“
Sveti Guh 64,
10 000 Zagreb, Republika Hrvatska

SAŽETAK

U svom radnom okruženju medicinske sestre mogu biti izložene brojnim patogenim mikroorganizmima koji se prenose krvlju (IPK). Kada govorimo o uzročnicima infekcija koje se prenose krvlju, najčešće govorimo o infekcijama virusima hepatitisa B (HBV), hepatitisa C (HCV) te virusom humane imunodeficijencije (HIV).

Osiguranje integriranog pristupa u prevencijozljed a oštrim predmetima uključuje procjenu i prevenciju rizika, edukaciju i monitoriranje.

Zdravstveni i nezdravstveni radnici moraju biti upoznat s postupcima u slučaju incidenta (povrede oštrim predmetima, ili prskanja tjelesnih tekućina na sluznice, oštećenu kožu, oči). Pisane upute su dostupne kroz pisane smjernice i plakate. Direktiva 2010/32 EU obvezavajuća je od 1.5.2013. u svim zemljama članicama EU. Direktivom su propisane mjere prevencije ubodnih incidenta i to kroz primjenu zaštitne opreme, zabrana vraćanja kapice na igle, upotreba neprobojnih kontejnera na mjestu provođenja intervencija, te promoviranje no-blame kulture.

U radu će biti prikazani najčešći uzročnici infekcija, te rezultati provedenog istraživanja o ubodnim incidentima s naglaskom važnosti provedbe kontinuirane edukacije za sve zdravstvene i nezdravstvene radnike, studente, učenike i pripravnike.

Ključne riječi : Directive 2010/32EU, prevencija incidenta, ozljede oštrim iglama, edukacija, primjena sigurnih materijala, medicinske sestre.

SUMMARY

Needlestick or sharp injuries occur when a needle or other sharp instruments accidentally penetrates the skin. This is called a percutaneous injury. The risk of infection increases during work in which infectious agents, or infected material is handled, when handling sharp instruments, and in certain cases during cleaning.

Directive 2010/32/EU implementing the framework Agreement on prevention of sharp injuries in the hospital and health care sector concluded by Uropean Hospital and Healthcare Employers Association(HOSPEEM) and Public Service Unions (EPSU). May 2013, was the deadline for the transposition of the Directive into the national legislation.

The Directive will have similar impact in relation to safe practices, information sharing, training and reporting.

The purpose of the Directive is to implement the Framework Agreement so as to prevent workers injuries caused by all medical sharps (including needlestick) and to protect workers risk. Protect from blood-borne pathogens use Personal Protective Equipment. Important for each nurses or medical technical is banning of recapping on the basis of risk assessment. Prevention including education, training, elimination of unnecessary needles, safe procedures for sharps use and disposal – sharp containers, surveillance, monitoring, response and follow up. In practise today we have problem recapping, standardised minimum requirements for safety devices (should be developed on the long term, and policy for safe working procedures, how to balance costs for products and safe work procedures. Nurses should be immunized against HBV,

and know policies and procedures for the post exposure management and prophylaxis.

Key words: Directive 2010/32EU, needlestick injuries, education, safety- engineered devices, accident prevention, nurses.

UVOD

Danas se za mjere prevencije češće koristi izraz standardne mjere zaštite / predostrožnosti. CDC preporuča da se za prevenciju i kontrolu IPK slijede preporuke američke Administracije za zaštitu na radu u zdravstvenim ustanovama (OSHA, od engl. Occupational Safety and Health Administration). Zdravstvenim djelatnicima preporuča se i specifična predekspozicijska profilaksa

Za područje zemalja zapadne i srednje Europe, kamo spada i Hrvatska, godišnji postotak izloženosti zdravstvenih radnika kontaminiranim oštrim predmetima je otprilike 1,1 % (za HCV je 0,3 %, HBV 0,7 % i HIV 0,2 %).BV-om.Procjenjuje se da se godišnje u Hrvatskoj dogodi oko 32.000 incidenta koji većinom ostaju neprijavljeni

U svom radnom okruženju medicinske sestre mogu biti izložene brojnim patogenim mikroorganizmima koji se prenose krvlju. Na taj način se mogu prenijeti razni virusi, bakterije, gljive. Ipak kada govorimo o uzročnicima infekcija koje se prenose krvlju, najčešće govorimo o infekcijama virusima hepatitisa B (HBV), hepatitisa C (HCV) te virusom humane imunodeficijencije (HIV)

Što se sve krvlju može prenijeti?

Viralne infekcije	Bakterijske infekcije	Fungalne infekcije
Hepatitis B	Brucella Abortus	Blastomyces Dermatitidis
Hepatitis C	Corynebacterium Cryptococcus Diphtheriae Neoformans	
Hepatitis G	Neisseria Gonorrhoeae	Sporotrichum Schenkii
Human Immunodeficiency Virus	Leptospira Icterohaemorrhagiae	
Simian Immunodeficiency Virus	Mycobacterium Marinum	Protozoalne infekcije
Herpes Simiae	Mycoplasma Caviae	Plasmodium Falciparum
Herpes Simplex	Orientia Tsutsugamushi	Toxoplasma Gondii
Herpes Zoster	Rickettsia Rickettsii	
Ebola/Marburg	Staphylococcus Aureus	Tumori
Dengue	Streptococcus Pyogenes	Human Colonic Adenocarcinoma
Prioni	Treponema Pallidum	Sarcoma
Creutzfeld-Jakob Disease	Mycobacterium Tuberculosis	

Upotrebljen pribor mora biti siguran i nakon upotrebe, te ne smije predstavljati opasnost za drugo osoblje koje rukuje s otpadom.

Incidenti se događaju tijekom upotrebe oštrog pribora u radu s pacijentom 41%. Nakon upotrebe pribora, a i prije odlaganja u spremnik za oštri predmet 40%. Još uvijek oko 50% spremnici se ne nalaze na mjestima provođenja intervencija. Tijekom ili nakon odlaganja u spremnik za oštre predmete 15 % nepažnja ili neadekvatan spremnik „Selecting, Evaluating and Using Sharps Disposal Containers“ CDC NIOSH Publication NO.97 - 111

CDC preporuča da se za kontrolu i prevenciju IPK slijede preporuke američke Administracije za zaštitu na radu u zdravstvenim ustanovama (OSHA, od engl. Occupational Safety and Health Administration).

Hoće li se medicinska sestra zaraziti nakon profesionalne ekspozicije kontaminiranoj krvi, ovisi o više čimbenika. Rizik je veći u slučaju veće prevalencije ovih infekcija u općoj populaciji, nepridržavanju standardnih mjera zaštite, i neprovođenju postekspozicijske profilakse.

Povećani rizici sigurnosti na radnom mjestu kao i briga za zdravlje zaposlenih rezultirala je usvajanjem Direktive o sprječavanju ozljeda oštrim predmetima 2010/32 EU. Direktiva uključuje okvirni sporazum o ozljedama oštrim predmetima koji je dogovoren u procesu pregovora i rada EU socijalnih partnera EPSU (European Federation of Public Service Unions, Europska federacija sindikata javnih službi i HOSPEEM (European Hospital and Healthcare Employer's Association, Europska udruga poslodavaca u bolnicama i zdravstvenoj skrbi) Direktivom su zadani ciljevi koji se moraju postići, a države članice EU obvezale su se da će direktivu implementirati u zakonodavni sustav do 01.5.2013.godine

Odredbama direktive mora se procjenjivati rizik za nastanak ozljeda oštrim predmetima, te rizik prskanja tjelesnih tekućina na kožu i sluznice zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika. Uz procjenu rizika važno je kontinuirano provoditi edukaciju i vježbe za stalno zaposlene djelatnike, ali za studente i učenike. Informiranost kroz predavanja, radionice, stručne i popularne časopise. Monitoriranje postignutih rezultata i podizanje svijesti djelatnika

Poslodavac mora osigurati siguran rad uz upotrebu sigurnih materijala. Inicijalni trošak uvođenja sigurnih venila, igala, holdera, skalpela je viši od cijene konvencionalnog, ali primjenom sigurnog materijala značajno se smanjuje broj ubodnih incidenta intervencija i liječenja. Dužnost je svakog djelatnika brinuti se za vlastitu sigurnost na radu od rizika izloženosti krvlju prenosivih patogena (ubodni incident, prskanje krvi u oči i sluznice, kontakt nezaštićene kože s krvlju). Zabrana vraćanja štitnika na iglu jedan je od značajnih faktora u smanjenju rizika povreda.

Uz sigurne materijale važno je sigurno odlaganje, te je važno da se neprobojni kontejner nalazi na mjestu intervencije (point of care).

Promoviranje „no blame“ kulture ne dozvoliti da se osoba koja je doživjela incident osjeća krivom.

Zdravstveni i nezdravstveni djelatnici moraju biti upoznati s mjerama nakon izloženosti krvi i ili tjelesnim tekućinama, ubodnim incidentima ili porezotinama. Smjernice moraju biti jasne i dostupne svakom zaposleniku

Danas koristimo smjernice u pisanom i elektronskom obliku, a dostupne su i na web stranici bolnice. Za pravilnu upotrebu pisanih materijala neophodna je edukacija koja se provodi kontinuirano za stalno zaposlene, ali i za studente pripravnike i učenike.

European Biosafety Network jedna je od mreža koja je osnovana nakon usvajanja Direktive 2010/32 s ciljem edukacije i razmjene iskustva među djelatnicima u sustavu zdravstva.

Za provedbu svih mjera neophodan je timski rad u koji su uključeni kliničari, epidemiolozi, medicinske sestre, služba zaštite na radu i medicina rada, te zaposlenici.

RAZRADA

Zdravstveni djelatnici trebaju biti svjesni rizika profesionalne ekspozicije u svom svakodnevnom radu, te se od njih očekuje da se pridržavaju svih mjera kojima se može spriječiti sama izloženost krvi i drugim tjelesnim tekućinama koje mogu sadržavati potencijalno opasne uzročnike zaraznih bolesti. S druge strane, zdravstvene ustanove svojim zaposlenicima trebaju osigurati sva dostupna sredstva za sprječavanje profesionalne ekspozicije potencijalno infektivnim biološkim materijalima. Sve mjere kojima se sprječava izloženost djelatnika krvi i drugim biološkim materijalima nazivamo pojmom predekspozicijske profilakse, dok postupke kojima se nakon ekspozicije zdravstvenog djelatnika nazivamo postekspozicijskom profilaksom

Postoje određeni čimbenici rizika koje treba razmotriti prilikom procjene rizika profesionalne ekspozicije zdravstvenog djelatnika.

VRSTA INCIDENTA

Postoje dvije vrste izloženosti krvi i tjelesnim tekućinama (ekspozicijski incident) koje nose rizik od profesionalne zaraze bolničkog osoblja:

- ozljede oštrim predmetom (perkutana ozljeda) – ozljede kod kojih može doći do inokulacije krvi kroz kožu. Primjer su ubodi iglom (tzv. ubodni incident) i posjekotine skalpelom, krhotinom stakla i slično.
- izloženost bez oštrice (mukokutani kontakt) – u kojima dolazi do kontakta krvi bolesnika s kožom i/ili sluznicom bolničkog djelatnika, ali bez penetrirajuće ozljede.
- Tijekom upotrebe oštrog pribora u radu s pacijentom 41% ozljeda

Najveći rizik zaraze nose ubodi šupljom iglom jer one mogu sadržavati znatnu količinu krvi bolesnika.

Prskanje krvi ili druge tekućine u oči, sluznice ili oštećenu kožu još uvijek se ne prihvaća kao ozbiljan rizik za razvoj bolesti.

Virus

Tablica 1. Procjena rizika profesionalne izloženosti virusima koji se prenose krvlju obzirom na oblik izloženosti, prerađeno prema Gerberding JL

VIRUS RIZIK PRENOŠENJA

HBV	Perkutani	Mukokutani	Ugriz
	6 -30%	Moguć (veći nego za HCV i HIV)	Moguć
HCV	1,8 %	Vjerojatan	Nije dokazan
HIV	0,1-0,3%	Moguć (procjenjuje se na 0,1%)	Vjerojatan

- Rizik infekcije nakon perkutanog izlaganja krvi bolesnika zaraženog virusom hepatitisa B procjenjuje se da je između 6% i 30%.
- Rizik od hepatitisa C nakon perkutanog izlaganja poznatom pozitivnom bolesniku čini se da je između onoga za HBV i za HIV, -1,8 %
- Prosječan rizik za HIV infekcije poslije perkutane ozljede iglom s HIV in-

ficiranom krvlju procjenjuje se na 0,3%, a rizik povezan s ozljedom sluznica procjenjuje se na oko 0,09%.

Vrsta ekspozicije

- perkutana ozljeda
- ekspozicija sluznice
- ekspozicija neozlijeđene kože
- ugrizi koji uključuju krv

Vrsta i količina tekućine/tkiva

- krv
- ostale tekućine koje sadrže krv
- potencijalno zaražene tekućine i tkiva (sijemena, vaginalna, cerebrospinalna, sinovijska, pleuralna, peritonealna, perikardijalna i amnijska tekućina)
- izravni dodir s koncentratom virusa Serostatus izvornog bolesnika
- prisutnost HBsAg
- prisutnost protutijela na HCV
- prisutnost protutijela na HIV
- Prijemljivost eksponirane osobe
- podatak o HBV cijepljenju i titru zaštitnih protutijela
- imunološki status za HBV, HCV i HIV

Procjena profesionalne izloženosti medicinskih sestara u hrvatskim bolnicama do sada nije učinjena te stoga nemamo podatak o tome koliki je rizik profesionalne izloženosti djelatnika ovim infekcijama u našoj sredini. Dio podataka prikazuje se u godišnjem izvješću bolničkih Povjerenstva za kontrolu bolničkih infekcija kroz podatke o broju ubodnih incidenata, vrsti ozljede, provedenim postupcima nakon incidenta.

U svrhu zaštite zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja od infekcija koje se prenose krvlju provode se predekspozicijske i postekspozicijske mjere zaštite.

Predekspozicijske mjere su one koje se vrše prije izloženosti infektivnom materijalu. Podrazumijevaju se specifične mjere zaštite cijepljenje, opće ili standardne mjere zaštite (rukavice, ogrtači, naočale, maske), higijensko pranje ruku/higijenska dezinfekcija i tehnička sredstva zaštite (igle sa zaštitnim mehanizmom, nepropusne posude za oštre predmete)

HBV-cijepljenje počelo se primjenjivati 1982.godine, a 1992. je SZO preporučila uvođenje ovog cijepljenja u sve nacionalne kalendare cijepljenja.

U Republici Hrvatskoj se od 1999. godine, prema Programu obveznih cijepljenja, protiv hepatitisa B cijepi djeca u 6. razredu osnovne škole, a od početka 2007. godine i sva novorođenčad. Djeca rođena prije 2007. godine koja još nisu navršila 12 godina nisu u potpunosti procijepljena. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje rutinsko cijepljenje sve djece.

Doze prema klasičnoj shemi (0,1,6 mjeseci) nakon koje se postiže zadovoljavajući zaštitni titar u >90 % procijepljenih osoba. Osoba se nakon cijepljenja smatra zaštićenom od HBV-infekcije („procijepljenom“) ako je primila sve tri propisane doze HBV-cjepiva i mjesec dana nakon posljednje doze razvila zaštitni titar protutijela na HbsAg (titar anti- HBs) > 10 ml IU/ml. Nakon treće doze cjepiva rutinski se ne kontrolira titar, te se sa sigurnošću nemože govoriti da je cijepljenje uspješno u 100%.

Ekspozicijske incidente zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika treba tretirati kao hitno stanje kako bi se na vrijeme osigurala adekvatna postekspozicijska zaštita.

Postekspozicijske mjere se moraju primijeniti unutar 72 sata od trenutka ozljede.. Određivanje markera za djelatnika i bolesnika odmah nakon incidenta >48 sati. Poznato je da primjena antiretrovirusnih lijekova rano nakon izloženosti HIV-u (u roku od 48-72 sata) smanjuje rizik razvoja infekcije za više od 80%.

I u slučajevima kada nije prenesena bolest, emocionalni stres ozlijeđenog zdravstvenog ili nezdravstvenog djelatnika i njegove obitelji može biti ozbiljan problem koji zahtjeva savjetovanje

ISTRAŽIVANJE

Materijali i metode

Istraživanje je provedeno s ciljem praćenja učestalosti ubodnih incidenata te procijeniti rizik izloženosti infekcijama koje se prenose krvlju kod medicinskih sestara s obzirom na starosnu dob, na dužinu radnog iskustva.

Istraživanje je provedeno retrogradno analizom sestrinske dokumentacije – deskriptivna metoda

Ispitivanje se temeljilo na anonimnim modificiranim anketama koje su, u okviru izrada Nacionalnih smjernica za smanjenje rizika

profesionalne izloženosti infekcijama koje se prenose krvlju u zdravstvenim ustanovama, podijeljene preko sestre za kontrolu bolničkih infekcija distribuirane po odjelima gdje su glavne sestre odjela podijelile ankete medicinskim sestrama odjela kliničke bolnice Sveti Duh.

Ukupno je podijeljeno 107 anketa.

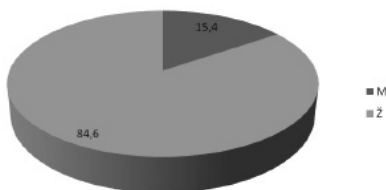
Pitanja su uključivala opće podatke i podatke o izloženosti krvi i tjelesnim tekućinama bolesnika

1. Opći podaci: dob, spol, radni staž i stručna sprema.
2. Podaci o izloženosti krvi: broj i vrsta ekspozicijskih incidenata u protekloj godini (ubodni incident ili mukokutani kontakt), broj incidenata u karijeri, broj prijavljenih incidenata.
3. Podaci o posljednjem ekspozicijskom incidentu: vrsta ekspozicijskog incidenta (ubodni incident ili mukokutani kontakt), je li incident prijavljen, je li bolesnik ispitaniku bio poznat ili nepoznat (potpuno nepoznat – ne zna s čijom je krvlju došao u kontakt, poznat – nema podataka o bolestima ili je pozitivan na HBV-om, HCV-om ili HIV-om).
4. Upisati postotak moguće zaraze nakon uboda iglom onečišćenom krvlju bolesnika sa HB, HCV-om ili HIV –om

REZULTATI

Opće karakteristike statističkog skupa

Osnovni statistički skup sačinjavalo je 52 ispitanika koji su prijavili ubodni incident. Od ukupnog broja u statističkom skupu četrdeset i četiri (44) ispitanih, 84,6% je ženskog spola, dok je osam (8) ispitanika, 15,4% muškog spola.



Grafikon 1. Prikaz broja ispitanika prema spolu u %

Prosječna životna dob osnovnog skupa je 35,4 godina, s prosječnom dužinom radnog staža od 15,5 godina.

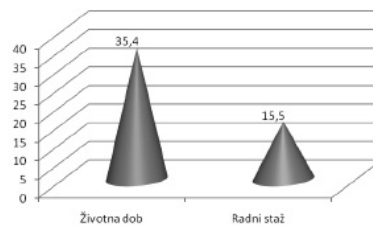
Kako je vidljivo u tablici raspon godina života iznosio je od 18 do 57 a radnog staža od 0,5 do 37 godina.

Tablica 1. Prikaz prosječne vrijednosti, raspona dobi i radnog staža ispitanika.

	M	MIN - MAX	Raspon varijacije
Dob	35,4	18 – 57	39
Radni staž	15,5	0,5 - 37	36,5

LEGENDA: M = prosječna vrijednost

Medicinskih sestara/tehničara koji su prijavili povrede oštrim predmetom je bilo trideset i devet (39), 75%, instrumentara pet (5), 9,6%, primalja dvije (2), 3,8% i pripravnika šest (6), 11,5%.

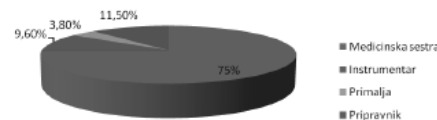


Grafikon 2. Prikaz ispitanika prema zanimanju

Specifične karakteristike statističkog skupa

Specifične karakteristike statističkog skupa prikazane su rezultatima usmjerenim na područja istraživanja, povezanih sa ciljevima istraživanja.

1. Vrijeme nastanka ubodnog incidenta
2. Tko su žrtve
3. Gdje se događaju ozljede oštrim predmetima
4. Kada se ozljede događaju
5. Prijava ubodnog incidenta u razdoblju od 2007. do 2011. godine

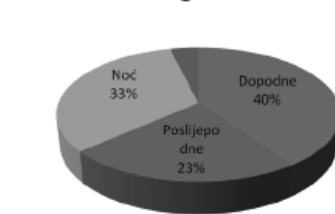


Grafikon 3. Vrijeme nastanka ubodnog incidenta

Najveći broj ubodnih incidenata događa se dopodne, njih dvadeset i jedan (21), 40%, noću sedamnaest (17), 33% a poslijepodne dvanaest (12), 23%. Najčešće su žrtve medicinske sestre/tehničari, trideset i devet ubodnih incidenata (39), 75%.

Najviše ubodnih incidenata zabilježeno je na odjelima kirurgije, četrnaest (14), 26,9%, operacijskoj sali jedanaest (11), 21,1% hitnoj službi deset (10), 19,2%, ginekologiji pet (5), 9,6% okulistici četiri (4), 7,7% neurologiji i internoj dva (2), 3,8%. Najčešći su ubodni incidenti prilikom vraćanja kapice na iglu, šesnaest (16), 30,7% prilikom vađenja krvi, petnaest (15), 28,8% i prilikom rukovanja instrumentima, dvanaest (12) 23,1%.

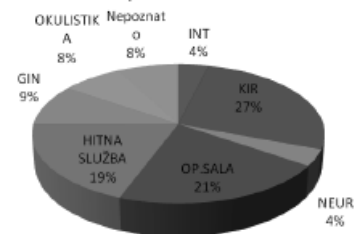
Vrijeme nastanka ubodnog incidenta



TKO SU ŽRTVE?

Med.sestre	75%
Instrumentari	9,6%
Primalje	3,8%
Pripravnici	11,5%

Gdje se događaju ozljede oštrim predmetima



KADA SE DOGAĐAJU?

Vraćanje kapice	30,7%
Vađenje krvi	28,8%
Rukovanje instrumentima	23,1%
Drugo	17,3%

Grafikon 4. Gdje se događaju ozljede oštrim predmetima

Ubodni incident u 2007. godini prijavilo je 17 (33%) medicinskih sestara, 2008. godine 6 (12%), 2009. 8 i 2010. 8 (15%) a 2011.godine 13 (25%) medicinskih sestara/tehničara. Broj zaposlenih u 2007.godini u KB „Sveti Duh“ bio je 567, a u 2011.godini 578 medicinskih sestara/tehničara.

Prijava ubodnog incidenta



BROJ ZAPOSLENIH

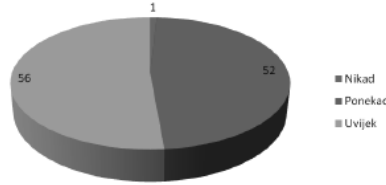
2007.	567
2011.	578

Grafikon 5. Prijava ubodnog incidenta

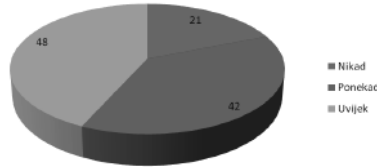
UPUĆENOST MEDICINSKIH SESTARA O UBODNOM INCIDENTU

Cilj: Uvid u problematiku primjene zaštitnih sredstava, odlaganja oštih predmeta, edukacija kroz predavanja i radionice te buduće strategije nabave sigurnih igala, holdera na klik

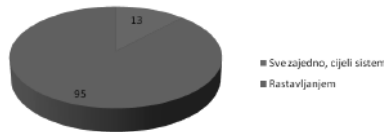
- Opći podaci: dob, spol, radni staž i stručna sprema.
- Podaci o izloženost krvi: broj i vrsta ekspozicijskih incidenata u protekloj godini (ubodni incident ili mukokutani kontakt), broj incidenata u karijeri, broj prijavljenih incidenata.
- Podaci o posljednjem ekspozicijskom incidentu: vrsta ekspozicijskog incidenta (ubodni incident ili mukokutani kontakt), je li incident prijavljen, je li bolesnik ispitaniku bio poznat ili nepoznat (potpuno nepoznat – ne zna s čijom je krvlju došao u kontakt, poznat – nema podataka o bolestima ili je pozitivan na HBV-om, HCV-om ili HIV-om).
- Upisati postotak moguće zaraze nakon uboda iglom onečišćenom krvlju bolesnika sa HB, HCV-om ili HIV –om



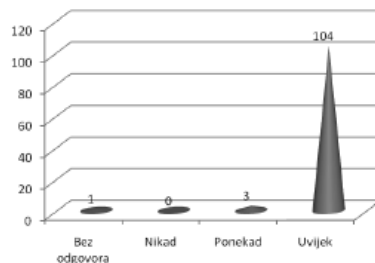
Grafikon 6. Prikaz odgovora na pitanje: „Koristite li rukavice pri svakom invazivnom postupku?“



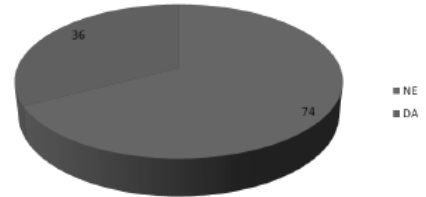
Grafikon 7. Prikaz odgovora na pitanje: „Vraćate li štitnik na iglu nakon uporabe?“



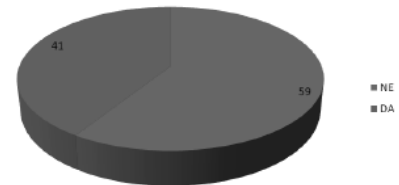
Grafikon 8. Prikaz odgovora na pitanje: „Kako odlazete oštre predmete nakon uzimanja uzorka krvi?“



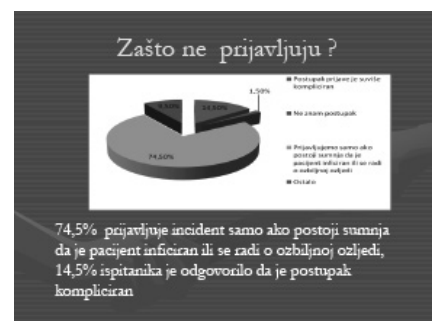
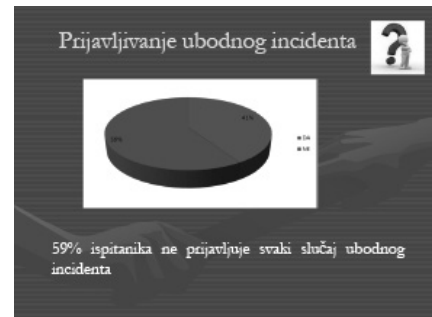
Grafikon 9. Prikaz odgovora na pitanje: „Odlazete li u odgovarajući spremnik sve oštre predmete odmah nakon uporabe?“



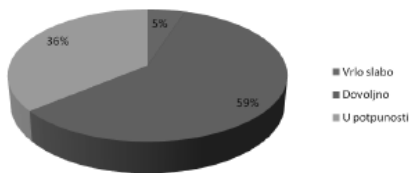
Grafikon 10. Prikaz odgovora na pitanje: „Jeste li tijekom posljednjih 12 mjeseci, pretrpjeli ubodni incident ili drugu ozljedu sa slučajnim kontaktom s krvlju?“



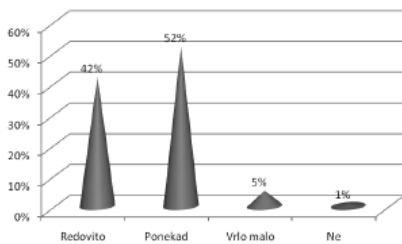
Grafikon 11. Prikaz odgovora na pitanje: „Prijavljujete li svaki slučaj ubodnog incidenta?“



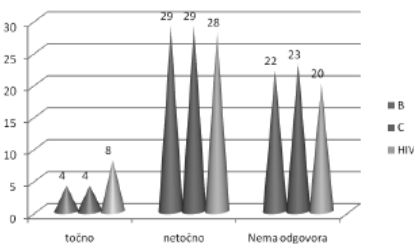
Grafikon 12. Prikaz odgovora na pitanje: „Zašto ne prijavljujete incidente?“



Grafikon 13. Prikaz odgovora na pitanje: „Jeste li informirani i educirani o standardnim mjerama opreza?“



Grafikon 14. Prikaz odgovora na pitanje: „Informirate li se o rizicima slučajne izloženosti krvi i tjelesnim tekućinama?“

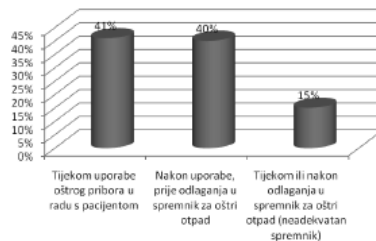


Grafikon 15. Prikaz odgovora na pitanje: „Prema Vašem mišljenju, kolika je vjerojatnost da se zarazite nakon ubodnog incidenta s krvi bolesnika zaraženog hepatitisom B, C ili HIV (AIDS)-om?“

RASPRAVA

Na temelju analize, može se zaključiti da je rizik profesionalne izloženosti medicinskih sestara viši od onog koji se može procijeniti na temelju stope prijavljivanja čime se postavljene hipoteze mogu prihvatiti.

Kada se incidenti događaju?



Za provođenje preventivnih programa potrebno je donijeti zakonske i smjernice za provođenje. Preporuke SZO, CDC, ECDC potrebno je prilagoditi lokalnim uvjetima i mogućnostima. Najvažnije je provođenje predekspozicijske profilakse i to kroz edukaciju o rizicima i IPK u radnom okruženju, praktične vježbe sigurnih postupaka rada uz evaluaciju, osiguranje dostatnih količina materijala i pribora koji pruža siguran rad. Implementacija Direktive 2010/32 eu u zakonske normative i primjena Pravilnika koji je propisao Ministar zdravlja i obvezuje na primjenu odredbi direktive 2010/32.

Vrlo je važan postupak za unaprijeđenje postekspozicijske skrbi. Ona podrazumijeva promjenu svijesti, odgovornost prema sebi, primarnu obradu rane, prijavljivanje ekspozicijskog incidenta, postupak zbrinjavanja, dijagnostičko monitoriranje, praćenje te savjetovanje sa stručnim osobljem. Potrebno je psihološko savjetovanje ponekad i za obitelj, ali u praksi to se gotovo nikada ne primjenjuje.

Za provedbu uspješnog postekspozicijskog postupka medicinske sestre trebaju biti educirane. Osigurali smo testiranje izvornog bolesnika i medicinske sestre te implementirali postupak prijave ozljede na radu. Za sve nabrojeno propisani su standardizirani postupci uz čuvanje povjerljivost podataka u zbrinjavanju i praćenju ekspozicijskih incidenata.

Dobrom edukacijom promotivnim materijalima potrebno je među medicinskim sestrama podići svijest o riziku stjecanja IPK u radnom okruženju kako bi bile aktivni dio cijele strategije.

Troškovi povezani s ubodnim incidentom koji je doveo do infekcije krvlju iznosi 15.000- 1.000.000Eura. Ekonomist David Larmuseau, Belgija, je izračunao da prelazak na “safety” zapravo štedi novac— gotovo pola milijuna eura/godinu u njegovoj studiji. (Larmuseau D. Safety products, for everyone’s (financial) benefit (Les produits de sécurité, un avantage (financier) pour tous). Study sponsored by and used with kind permission of UNAMEC, The Belgian Association for producers and/or distributors of medical devices. A more recent study M. Guillaudin, L. Tortolano, V. Bouche, C. Jumel, I. Borget, P. Tilleul. Cost-effectiveness of safe needles for insulin pen versus standard needles in the prevention of occupational blood exposure. Abstract Euroean Society Clinical Pharmacists meeting, 2011 Dublin, Ireland. comparing safety with non-safety insulin pen needles showed similar results).

Službe medicine rada su sastavni i nezaoobilazni dio sustava koji se brine za smanjenje opasnosti i štetnosti na radu, siguran rad i zaštitu zdravlja na radu.

Ozljede na radu prijavljuju se Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje temeljem Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti (NN br. 1/11) na tiskanici OR u roku od 8 dana od dana nastanka okolnosti na osnovu kojih postoji obveza osiguranja za slučaj ozljede na radu.

ZAKLJUČAK

Jedan od najznačajnijih elemenata sigurnog rada medicinskih sestara je osobna svijest o rizicima u radu s krvlju i tjelesnim tekućinama. Dužnost je svakog pojedinca brinuti se za vlastitu sigurnost na radu od izloženosti krvlju prenosivih patogena (ubodni incidenti, porezotine, ogrebotine, prskanje krvi u oči sluznice, te kontakt nezaštićene kože s krvlju). Zbog svega nabrojenog potrebno je planiranje, podizanje svijesti, treninzi, te trajno monitoriranje po-

duzetih mjera. Osobito je važno promovirati „no blame“ kulture i ne dozvoliti da se osoba koja je imala incident osjeća krivom te iz razloga osjećaja krivnje ne prijavljuje događaj. Od praktične važnosti je upotreba sigurnog pribora za provođenje intervencija. Primjena sigurnih materijala zahtjeva dobru edukaciju koja mora imati i praktične vježbe da medicinske sestre mogu upoznati pravilan način primjene novih materijala. Edukacija o korištenju sigurnih materijala i mjerama zaštite je obvezna za sve djelatnike i mora se održavati u redovitim intervalima.

Podaci o broju djelatnika koji su pretrpjeli ozljede oštrim predmetima trebaju biti argumenti za osiguranje materijalnih sredstva u nabavi sigurnih materijala. Planiranje novčanih sredstava za nabavu dostatnog, ali i kvalitetnog materijala za svakodnevne postupke koje provede medicinske sestre, je preduvjet sigurnog rada za medicinske sestre i bolesnike.

Na kraju moram napisati da uz strah i neizvjesnost nakon pretrpljene povrede ne pati samo ozlijeđena osoba već i cijela obitelj. Nakon dijagnosticiranja bolesti povezane sa ubodnim incidentom i/ili prskanjem krvi u oči i sluznice medicinska sestra ima i socioekonomske probleme i neizvjesnu budućnost.

Polovica incidenata ne prijavi se. Ubodni incidenti predstavljaju ozbiljan problem, koji se može spriječiti.

LITERATURA

- Centers for Disease Control and Prevention. Updates U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No. RR-11).
- Jagger J, De Carli G, Perry J, Puro V, Ippolito G. Occupational exposure to blood borne pathogens: epidemiology and prevention. U: Wentel RP, ur. Prevention and control of nosocomial infections. 4. izd. New York: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
- Čivljak R, Begovac J. Profesionalna ekspozicija zdravstvenih djelatnika infekcijama koje se prenose krvlju. *Infektološki glasnik* 2003;23(4):183-8.
- WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2: Hepatitis B. World Health Organization. 2002. URL:<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo20022/en>
- World Health Organization. Hepatitis C. 2000. Fact sheet No.164 URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>
- EuroHIV. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2006. SaintMaurice: Institut de Veille Sanitaire, 2007. No.75. URL:http://www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf
- Moloughney BW. Transmission and postexposure management of blood borne virus infections in the health care setting: Where are we now? *CMAJ* 2001;165(4):445-51
- Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2006. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb 2007.
- Godišnje izvješće o sprečavanju i suzbijanju bolničkih infekcija u bolnicama u Republici Hrvatskoj u 2006. godini. Referentni centar za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske. Zagreb, 2007.
- Čivljak R, Begovac J. Preporuke za prevenciju profesionalne ekspozicije zdravstvenih djelatnika infekcijama koje se prenose krvlju. *Infektološki glasnik* 2004;24(1):33-41.
- Arribas Llorente JL, Hernández Navarrete MJ, Campins Martí M, Martín Sánchez JI, Solano Bernad VM; Grupo EPINETAC. Risk injuries at operating and delivery rooms. EPINETAC Project 1996-2000. *Med Clin (Barc)* 2004;122(20):773-8.
- Tichenor JR Jr, Miller RC, Wolf EJ. Risk of eye splash in obstetric procedures. *Am J Perinatol* 1994;11(5):359-61.
- Faisal-Cury A, Rossi Menezes P, Kahhale S, Zugaib M. A study of the incidence and recognition of surgical glove perforation during obstetric and gynecological procedures. *Arch Gynecol Obstet* 2004;270(4):263-4.
- Hsieh WB, Chiu NC, Lee CM, Huang FY. Occupational blood and infectious body fluid exposures in a teaching hospital: a three-year review. *J Microbiol Immunol Infect* 2006;39(4):321-7.
- Puro V, De Carli G, Petrosillo N, Ippolito G. Risk of exposure to bloodborne infection for Italian healthcare workers, by job category and work area. Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV Group. *Infect Control Hosp Epidemiol*

KOMPARACIJA MIKROBIOLOŠKIH IZOLATA IZ ZATVORENOG SISTEMA ASPIRACIJE TRAHEOBRONALNOG STABLA SA KLASIČNOM METODOM ASPIRACIJE U JEDINICI INTENZIVNE NEUROHIRURŠKE NJEGE

COMPARISON OF MICROBIOLOGICAL ISOLATE FROM A CLOSED SYSTEM ASPIRATIONS OF TRACHEOBRONCHIAL TREE WITH CLASSIC ASPIRATIONS METHOD IN THE INTENSIVE NEUROSURGICAL CARE UNIT

Čustović Mirsada, Selimović Emina

Mirsada Čustović, dipl.med.ses.
Klinika za neurohirurgiju
UKC Sarajevo
Bolnička 25, 71000 Sarajevo
e-mail: custovicm@gmail.com

SAŽETAK

Uvod: Nastajanje, širenje infekcije u bolničkim sredinama postaje sve veći problem u današnjici. Prenošnje rezistentnih sojeva bakterija putem prljavih ruku zdravstvenih radnika jedan je od osnovnih razloga širenja infekcije. Nepravilna primjena metoda asepsa i antiseptika samo su neki od uzroka nastanka epidemije intrahospitalnih infekcija.

Bolničke pneumonije razvijaju se u oko 15-18 % bolesnika s bolničkim infekcijama (druga po redu najčešća bolnička infekcija) a u jedinicama intenzivne njege i znatno češća. Smrtnost iznosi 20-50 %, a produžuje hospitalizaciju za 4-9 dana. Rizik za razvoj pneumonije u mehanički ventiliranih bolesnika je 7-10 puta veći nego u bolesnika koji ne trebaju mehaničku ventilaciju.

Kod bolesnika na KMV aspiracija mikroorganizama iz predhodno koloniziranih gornjih disajnih puteva najčešći je način nastanka infekcije, ali i izravan ulazak mikroorganizama kroz endotrahealnu cijev jedan je od načina ulaska mikroorganizama

u donji respiratorni trakt.

Najvažniji rizični faktor za kolonizaciju, gornjih disajnih puteva uključuju i predhodne hirurške zahvate, komu, endotrahealne intubacije, česte aspiracije, pothranjenost i plasiranu nazogastričnu sondu. Izvoriste mikroorganizama koji uzrokuju kolonizaciju ili infekciju još nije sasvim utemeljeno. Može biti egzogeno, npr: kontaminirani respiratorni pribor, ruke zdravstvenog osoblja te površine u jedinici intenzivnog liječenja, ili endogeno, npr: gastrointestinalni trakt.

Kod bolesnika na mehaničkoj ventilaciji lokalna odbrana domaćina umanjena je zbog prisustva endotrahealnog tubusa, što ograničava učinkovitost iskašljavanja i dovodi do mukocilijarne disfunkcije. Ako je mukocilijarna funkcija usporena, mukoza respiratornog trakta privlači bakteriju, koja se širi umjesto da se odstrani, što dovodi i do kolonizacije i do infekcije.

Cilj rada:

Prikazati učestalost pozitivnih izolata (bris guše i nosa, bronhoaspirat, uri-

nokultura, hemokultura, likvor) kod teških neurohirurških bolesnika u jedinici neurohirurške intenzivne njege.

Komparirati efekat zatvorene aspiracije traheobronhalnog stabla sa klasičnom metodom u Jedinici intenzivne neurohirurške njege.

Ključne riječi: kontaminacija, kolonizacija, infekcija, aspiracija, zatvorena aspiracija

SUMMARY

Introduction: The occurrence and the spread of infection in hospitals is becoming an increasing problem nowadays. Transmission of resistant bacteria strains by the dirty hands of health care professionals is one of the main reasons for the spread of infection. Improper application of methods of asepsis and antiseptics are some of the causes of nosocomial infections outbreaks.

Nosocomial pneumonia develops in approximately 15-18% of patients with nosocomial

infections (the second most common hospital infection) and in the intensive care unit is even more common. The mortality rate is 20-50%, and prolonged hospitalization last for 4-9 days. The risk of developing pneumonia in mechanically ventilated patients is 7-10 times higher than in patients who do not require mechanical ventilation.

In patients at mechanical ventilation aspiration of microorganisms from previously colonized upper respiratory tract is the most common way of infection, but also direct entry of microorganisms through the endotracheal tube represent one way for entry of microorganisms into the lower respiratory tract.

The most important risk factor for colonization of the upper respiratory tract includes previous surgeries, coma, endotracheal intubation, common aspirations, malnutrition and presence of nasogastric tube. The source of microorganisms that cause colonization or infection is not yet completely determined. It may be exogenous, e.g. contaminated respiratory equipment, hands of health care professionals and surfaces in intensive care unit, or endogenous, i.e. from the gastrointestinal tract.

In patients on mechanical ventilation local defense of the host is impaired by the presence of the endotracheal tube, which limits the effectiveness of expectoration and leads to a mucociliary dysfunction. If the mucociliary function is slow, respiratory mucosa is attracting bacteria, which is spreading rather than be removed, which leads to colonization and infection.

Goals: 1) Demonstrate the frequency of positive isolates (swab of throat and nose, bronchial aspirate, urine culture, blood culture, cerebrospinal fluid) in severe neurosurgical patients in the neurosurgical intensive care unit. 2) Compare the effect of closed aspiration tracheobronchial tree with the classical method at the intensive neurosurgical care unit.

Methods: Descriptive analysis of laboratory results. The survey was conducted from 2009-2012.

Results: During the first trimester of open aspirations leading bacteria in bronchoaspirate was *Acinetobacter baumannii* in the 19 isolates, while during the second trimester of closed aspirations for the first time we found nine sterile isolates after 72 hours of catheter use. In another prospective study for the first six-month period of open aspi-

rations eight isolates of bronchoaspirate was sterile, and the 12 isolates bronchoaspirate contained MRSA and *Acinetobacter baumannii* isolates in 15 cases. Within six-month analysis of the closed aspiration results show 10 sterile isolates, four MRSA, 5 *klebsiella pneumoniae* and 2 *pseudomonas aeruginosa*.

Conclusions: *Acinetobacter baumannii* is still leading bacteria in isolates. Aspiration catheter for closed suction during 72 hours shows as practical in maintaining the system closed during aspiration and reduce the risk of contamination.

Keywords: contamination, colonization, infection, aspiration, closed aspiration BIS system of University Clinical Hospital Mostar, Transfusion Center working units of quality control of University Clinical Hospital Mostar and processed in EXCEL.

RESULTS: In 2012, the 42 departments/clinics OF University Clinical Hospital Mostar has issued 12,894 blood components and 13 or 1% were reported to the Post-reaction of which 10 allergic and 3 a febrile illness. In 2013, 13,825 blood components were issued and 23 or 0,2% has been reported to the Post-reaction of which 18 of allergic, 4 febrile and one suspected chafed.

CONCLUSION: According to the Council of Europe standards for transfusion medicine in average occurs about 1 - 3% of post reactions that results from implementing the Post-reactions have not been reported in University Clinical Hospital Mostar or remained unknown by hidden and unrecognized underlying diseases. Because of adverse reactions, transfusion of blood components are used only in strictly indicated cases while ensuring the safety of blood transfusion therapy. The most common reactions were allergenic.

Keywords: Post-reactions, blood components, standards, security

POZNAVANJE PROBLEMA NARKOMANIJE I NJENIH POSLJEDICA KOD SREDNJOŠKOLSKE OMLADINE U BANJA LUCI

KNOWLEDGE OF PROBLEM DRUG ADDICTION AND ITS CONSEQUENCES IN HIGH SCHOOL YOUTH IN BANJA LUKA

Živana Vuković-Kostića

Mr.sci. Živana Vuković Kostić, dipl.med.ses.
Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske
Zdrave Korde 8, 78 000 Banja Luka
e-mail: zivana1964@gmail.com

SAŽETAK

Narkomanija je manje prisutna u sredinama koje su adekvatno informisane o ovoj pojavi, njenim uzrocima i posljedicama, kao i sredinama sa smanjenom mogućnošću kontakta sa narkomanima i narkoticima. Istraživanje potvrđuje da veći dio ispitivane grupe smatra da je nedovoljno obaviješten o ovoj pojavi, kao i da značajan dio ispitivane grupe ima kontakt sa licima uživaocima narkotika, dok manji dio sa narkoticima.

Ključne riječi : narkomanija, informisanost, uzroci, posljedice, odnos prema pojavi.

SUMMARY

Drug abuse is less present in environments, which are adequately informed on this phenomenon, its causes and consequences, as well as in environments in which possibility of contact with drug addicts and drug trafficking is reduced. Research confirms that majority of respondents in examined group believes that they are not informed enough about this phenomenon, as well as that significant number of respondents of the test group have contact with drug users, while just a small number of respondents have contacts with narcotics.

Key words: drug abuse, information, causes, consequences, relationship to the phenomenon

UVOD

Narkomanija kao oblik zavisnosti od hemijskih sredstava uključuje kompulzivnu upotrebu sredstava koja izazivaju i zavisnost od droge, a karakterišu je:

- neodoljiva žudnja za nastavljanjem uzimanja droge - psihoaktivne supstance (tj. supstance koje mijenjaju stanje svijesti, raspoloženje i ponašanje) prirodnog ili sintetičkog porijekla;
- dugim uzimanjem droge dolazi do porasta tolerancije, pa se količina droge povećava radi postizanja odgovarajućeg farmako-dinamičkog i psihološkog efekta;
- psihička ili fizička zavisnost, ili i jedna i druga;
- apstinencijalni sindrom, nakon prestanka uzimanja droge;
- štetne posljedice za pojedinca i društvo.

Znatiželja, nezadovoljstvo i „mladalačka pobuna protiv svijeta”, želja za prihvatanjem u društvu koje im imponuje, nesigurnost i nedostatak samopouzdanja – samo su neki od stotinu razloga zbog kojih mladi ljudi počnu eksperimentirati s drogama. (1) Roditelji, u vječnoj trci da porodici osiguraju „normalan” život, mogu se naći u situaciji da ne reaguju na vrijeme. Ponekad se i roditelji koji misle da rade „najbolje” nadu pred zidom i užasnom spoznajom da se njihovo dijete kocka sa budućnošću i životom. (1)

Zato, treba naći vremena i razgovarati, treba poznavati svoje dijete. Baš kao što dijete učimo o rješavanju drugih životnih problema i situacija, tako ne treba zatvarati oči ni pred drogama. Mladi čovek mora naučiti kakva mu zaista opasnost prijete.

Porodična sreća, pa i život mogu biti cijena kojom se plaća zanemarivanje i pomisao „Moje dijete se ne drogira, to rade neka druga djeca”.

Roditelji, po pravilu, kasno primjete da im je dijete zavisnik od droge. Dieca koriste drogu i po nekoliko godina, a njihovi roditelji to saznaju, recimo, tek u posljednja dva mjeseca. Osim što su zauzeti i preokupirani borbom za osiguranje egzistencije, najčešće su roditelji „slijepi za promjene u ponašanju kod svoje dece”. Štaviše, roditelji obično negiraju promjene u djetetovom ponašanju. (1) Vreme počinjanja konzumiranja psihoaktivnih supstanci u prosjeku se pomjerilo na oko 15 godina. Čak se kod sve mladih i mladih adolescenata, kod djece od 12, 13 ili 14 godina uspostavlja zavisnost ili zloupotreba uzimanja droge. Obzirom da adolescenti još nemaju sopstvenu organizovanu ličnost, oni žele da se identifikuju sa vršnjacima, da postanu dio plemena u kojem neće da štrče ni na koji način.

Zloupotreba droge prisutna je u svim dobnim grupama, ali je ipak najrizičniji uzrast-adolescentno doba. „Krivci” za to su novi načini zabave, trendovi, pozitivni stavovi prema drogama, materijalistička filozofija,

hedonistička orijentacija prema životu, povodljiv adolescentni karakter itd.

Osećaj inferiornosti i nedostatak samopoštovanja; loše socijalne prilike u porodici, nedostatak roditeljske pažnje i ljubavi doprinose vjerovatnoći da će adolescent posegnuti za drogama.

Adolescent tek utvrđuje granice svojih mogućnosti. On ne zna koliko daleko može da trči, koliko može da voli, koliko može da podnosi bol. Jedna od njihovih važnih osobina je onipotencija. Misle da mogu da ostvare sve što požele, da mogu da nadvladaju sve prepreke. (2)

Oni nisu svesni da se zavisnost uspostavlja brzo i da se iz nje izlazi veoma teško. Kao što je rekao Nathaniel Emmons: "Navika je kako najbolji sluga, tako i najgori gospodar." Navika (habituacija) se u savremenoj literaturi svrstava u psihičku (emocionalnu) zavisnost.

Psihička zavisnost je izmjenjeno stanje organizma u kojem osoba osjeća jaku potrebu za stalnim uzimanjem droge kako bi se zadržao osećaj dobrog psihičkog stanja i zadovoljstva. Pretežno psihičku zavisnost uzrokuju kokain, kanabis i neki halucinogeni. Ostali (opijati, amfetamini, neka sredstva za smirenje itd.) uzrokuju i psihičku i fizičku zavisnost, a samostalna fizička zavisnost je jako rijetka.

Fizička zavisnost je rezultat tkivne, odnosno ćelijske adaptacije na drogu. Droga postaje dio poremećenog metabolizma zavisnika i u slučaju naglog prekidanja konzumacije droge dolazi do apstinencijalnog (psihoo-organskog) sindroma. On se ispoljava žudnjom, vegetativnim sindromom i somatomotornim simptomima, a u rijetkim slučajevima i konvulzijama i psihotičnim fenomenima.

Tolerancija na droge je stanje u koje organizam dolazi nakon dugotrajnog uzimanja tog sredstva pri čemu je za održanje dobrog funkcionisanja potrebno povećavati dozu. Za sredstva koja imaju slična svojstva i način djelovanja javlja se kombinovana (ukrštena) tolerancija.

Širenje zloupotrebe droga može se protumačiti na nekoliko načina. Posljedica je širenja i jačanja međunarodnog kriminala sa povećanjem proizvodnje i ponude; promjenom kvaliteta življenja i povećanim

zahtjevima koje moderno društvo stavlja pred čovjeka.

Bitan etiološki (uzročni) faktor u pojavi narkomanije je poremećaj ličnosti. Teškoće prilagođavanja su različito uslovljene. Psihodinamske škole koje naročito studiraju patogenetske faktore društva koji uslovljavaju poremećaje ličnosti navode da su faktori međuljudske konkurencije, vrednovanje slabijeg i jačeg, povod za stvaranje psihičke tenzije i straha kao njene posljedice.

Taj strah iscrpljuje energiju ličnosti i dovodi do teškoća prilagođavanja. Odbrana od tog straha, svjesno ili nesvjesno ugrađenog u ličnost, može između ostalog biti i narkomanija.

Prema tome, gledano sa psihološkog stajališta, narkomanija je simptom bolesti, a ne poseban entitet. Sa socijalnog stajališta, ipak je treba klasifikovati kao posebnu bolesnu reakciju, jer su njene asocijalne posljedice specifične.

Dok npr. veliki broj neurotika uspijeva zadržati produktivan stav u društvu, narkomani u pretežnom broju slučajeva postaju asocijalni, naročito pasivnošću prema dužnostima koje društvo postavlja kao nužne (školovanje, posao, brak i dr.).

Narkomanija se najčešće javlja kod sociopatskih ličnosti i karakternih neuroza. Kod narkomana, osnovni okviri ličnosti ispunjeni su gubitkom interesa za širu i užu okolinu, smanjenjem produktivnosti, postepenim opadanjem gipkosti psihičke energije.

Zanimljivo je okupljanje narkomana. Oni u svoje grupe nerado primaju osobe koje ne uživaju u opojnim sredstvima. Ovo okupljanje, prema mišljenju nekih autora, ne potiče samo iz opreza prema vlastima, nego i odatle što interpersonalne veze narkomana imaju svoje posebne crte.

Zbog njih, ulazak drugih osoba ugrožava homogenu klimu vlastite grupe, tako ugodnu narkomanima. Izdvajanje narkomana uslovljava i društvo, jer ih sa sociološke tačke posmatranja smatra asocijalnim i manje vrednim.

Osobe koje uzimaju droge uslovno se mogu podijeliti u dvije grupe: u prvoj se nalaze tzv.

„uspješni konzumenti” koji uzimaju droge u svrhu stimulacije i smirenja, a služe im kao pomoć u trci za materijalističkim ciljevima modernog društva (karijera i zarada novca). U drugu skupinu pripadaju oni koji bježe od stvarnosti, jer misle da su nesposobni za život, neuspješni i nedovoljno poštovani.

Podaci o broju zavisnika moraju se uzeti s rezervom, jer se do podataka može doći samo posredno, preko registrovanih zavisnika u medicinskim institucijama, preko smrtnih slučajeva izazvanih predoziranje ili putem registrovanih kriminalnih aktivnosti.

Istraživanje o drogama uopšte, pored istraživanja koja su usmjerena na utvrđivanje broja mladih koji koriste različite droge neophodna su kao priprema za programe prevencije, ali i programe edukacije o drogama u našem okruženju. Adolescenti odvojeni od svojih roditelja i porodice, nedovoljno uključeni u školske i vanškolske aktivnosti, neorganizovani u vremenu krajnje promjenjivih društvenih i moralnih vrijednosti, lako postaju plijen u tržišnoj utakmici koja ne preza ni od čega da nađe način za što bolju prodaju opojnih sredstava (kafa, nikotina, alkohola, droga), često uprkos svim predviđenim zakonskim sankcijama.(1)

Pronaći smisao života, ostvariti svoj identitet i živjeti u miru sa sobom, ciljevi kojima su ljudi uvijek težili slijedeći u sebi arhetipsku ideju cjeline jedinstva, danas se za mlade ostvaruje izuzetno teško. Izgradnja ličnog identiteta je jedan od najtežih zadataka mladosti. Otuda je u mladosti uopšte, danas posebno, toliko mnogo pokušaja, mnogo eksperimentisanja od kojih su većina promašeni, neuspjeli, nezavršeni.(2) Razlozi za uzimanje droge kod većine mladih su znatizelja, pozitivna očekivanja, želja da se ne bude izdvojen iz grupe ili želja da se „pobjegne“ od problema ili neugodne situacije, osjećaja dosade i dr.(3)

Upravo je uticaj vršnjaka faktor za koji se smatra da ima odlučujuću ulogu u odluci da se posegne za sredstvom ovisnosti.(4)

CILJ ISTRAŽIVANJA

Ispitati stepen informisanosti skupine ispitanika od 15 – 17 godina o narkomaniji,

njenim uzrocima, posljedicama, kontaktu sa narkoticima i narkomanima, te odnosu prema toj pojavi.

METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno anketiranjem uzorka od 240 ispitanika u periodu od 26.04.-09.05.2010. godine. Uzorak su sačinjavali učenici Srednje medicinske škole u Banja Luci, razvrstani u osam odjeljenja, od čega je anketirano četiri odjeljenja II razreda, četiri odjeljenja III razreda. Prosječna starost učenika je bila 16.9 godina.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Anketom je obuhvaćeno 240 ispitanika, od toga je 180 ženskog pola (75%) i 60 muškog pola (25%).

ZAKLJUČAK

Na osnovu dobijenih rezultata istraživanja može se zaključiti da društvo kroz postojeće školske programe ne pruža dovoljno informacija kako bi se mladi ljudi pravovremeno upoznali sa problemom narkomanije i njenih posljedica. Samim tim je umanjen uticaj na kretanje odnosno sprečavanje i suzbijanje ovog zla.

Narkomanija je manje prisutna u sredinama koje su adekvatno informisane o ovoj pojavi, njenim uzrocima i posljedicama, kao i sredinama sa smanjenom mogućnošću kontakata sa narkomanima i narkoticima.

Osjećaj inferiornosti i nedostatak samopoštovanja; loše socijalne prilike u porodici, nedostatak roditeljske pažnje i ljubavi doprinose vjerovatnoći da će adolescent posegnuti za drogama.

Širenje zloupotrebe droga može se protumačiti na nekoliko načina. Posljedica je širenja i jačanja međunarodnog kriminala sa povećanjem proizvodnje i ponude; promjenom kvaliteta življenja i povećanim zahtjevima koje moderno društvo stavlja pred čoveka.(5)

Gledano sa psihološkog stajališta, narkomanija je simptom bolesti, a ne poseban entitet. Sa socijalnog stajališta, ipak je treba klasifikovati kao posebnu bolesnu reakciju, jer su njene socijalne posljedice

specifične.(6)

Dok npr. veliki broj neurotika uspijeva zadržati produktivan stav u društvu, narkomani u pretežnom broju slučajeva postaju asocijalni, naročito pasivnošću prema dužnostima koje društvo postavlja kao nužne (školovanje, posao, brak i dr.).

Kod narkomana, osnovni okviri ličnosti ispunjeni su gubitkom interesa za širu i užu okolinu, smanjenjem produktivnosti, postepenim opadanjem gipkosti psihičke energije.(7)

Zanimljivo je okupljanje narkomana. Oni u svoje grupe nerado primaju osobe koje ne uživaju u opojnim sredstvima. Ovo okupljanje, prema mišljenju nekih autora, ne potiče samo iz opreza prema vlastima, nego i odatle što interpersonalne veze narkomana imaju svoje posebne crte.(8,9)

Osobe koje uzimaju droge uslovno se mogu podijeliti u dvije grupe: u prvoj se nalaze tzv. "uspješni konzumenti" koji uzimaju droge u svrhu stimulacije i smirenja, a služe im kao pomoć u trci za materijalističkim ciljevima modernog društva (karijera i zarada novca). U drugu skupinu pripadaju oni koji bježe od stvarnosti jer misle da su nesposobni za život, neuspješni i nedovoljno poštovani.(5) Podaci o broju zavisnika moraju se uzeti s rezervom, jer se do podataka može doći samo posredno, preko registrovanih zavisnika u medicinskim institucijama, preko smrtnih slučajeva izazvanih predoziranje ili putem registrovanih kriminalnih aktivnosti. (10)

LITERATURA

1. Korač H.Uloga porodice u prevenciji ovisnosti, El-Kelimeh, Novi Pazar 2003.
2. Petrović D. Ilanković A.: Narkomanija izazov i drama mladosti, Grafopromet Praćin, 2005.
3. Radulović K. Bojanin S.: Socijalna psihijatrija razvojnog doba, Naučna knjiga, Beograd 1988.
4. Kecmanović D.: Psihijatrija, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1989., 1488-1494
5. Aleksić Z., Jojić-Milenković M.: Ličnost i narkomanija., BIGZ-Kultura, Beograd 1970.
6. Bukelić J.: Droga –mit ili bolest, Zavod za udžbenike, Beograd, 1988.
7. Kušević V.: Radimo li na suzbijanju ili širenju upotreba droga, Pharmaca, 1985.,

23. 16.

8. Paranosić V., Damjanović P., Tanasijević-Prelić G.: Treća dimenzija narkomanije, NIRO Partizan Beograd, 1986
9. Paranosić V.: Društveni problemi ne trpe interdisciplinarnu pristupe, Pharmaca, 1986
10. Sarkoman S., Biočić J.: Prevencija AIDS-a i suzbijanja ovisnosti o drogama u Zagrebu, II Jugoslovenska konferencija, SIDA-AIDS, Zbornik rezimeea, Beograd, 1988., 60

INTERVJU SA PRIM. DR. FAHRUDIN KULENOVIĆ

Predsjednikom Ljekarske Komore Kantona Sarajevo

Intervju vodio: Mr.sci. Amer Ovčina, glavni i odgovorni urednik Časopisa „Rauche“



KOJA JE MISIJA I VIZIJA LJEKARSKE KOMORE KANTONA SARAJEVO?

Glavni razlog postojanja i djelovanja naše Ljekarske komore je stvarati i odbraniti ugled našeg esnafa, koji je u ovo naše vrijeme prilično poljuljan i srozan, a najveći dio krivice pada na nas same, pa tek onda na društvena dešavanja, koja imaju loš utjecaj na zdravstvo i ljekare u njemu. U životu i radu ljekara, briga o pacijentu je na prvom mjestu, ona je neprikosnovena, a Ljekarska Komora je jedino mjesto na kome se zagovaraju i brane interesi ljekara.

DA LI LJEKARI ZNAJU KOLIKI JE ZNAČAJ POSTOJANJA LJEKARSKE KOMORE?

Ja, sa mojim iskustvom u radu ljekarskih udruženja, još od Društva ljekara BiH, pa od Sabora ljekara BiH, te naše stručne institucije u toku agresije na našu zemlju, pa do naše današnje Komore u kojoj sam aktivan od njenog osnivanja, mislim da naš ljekarski svijet još nije dovoljno svjestan važnosti postojanja Ljekarske Komore i njenih potencijala da se unaprijedi naše zdravstvo i kvalitet življenja ljekara.

KAKVO JE VAŠE VIĐENJE DANAŠNJE LJEKARSKE PROFESIJE?

Da bih što lakše pojasnio odgovor na ovo pitanje, prije cu kazati nekoliko riječi o pacijentima – tim glavnim objektima u radu zdravstva i ljekara.

Današnji homo sapiens, medicus consumens, pacijent, očekuje od medicine sve što mu treba, od promocije zdravlja do liječenja, sve da bude bezbolno, komforno, jeftino, a povrh svega sigurno!

Moderni čovjek se tako opredijelio, ne samo što je o tome razmislio, nego na osnovu obećanja, predrasuda, stereotipa i vlastitih raspoloženja.

Pri tome taj današnji čovjek se i boji medicine, boji se sintetiziranih lijekova, hirurških operacija i još mnogo čega, pa svoj strah ispoljava, naglo, neumjereno, često okrivljujući nedužne, jer on misli da mu sve mora osigurati država i društvo, te da mu se garantira da ne može biti oštećen od sporednih djelovanja medicine i lijekova.

Taj isti čovjek, počesto ne pazi i ne čuva svoje zdravlje, a spreman je, kad mu se ono naruši, okriviti

zbog toga svakoga – ali sebe skoro nikada! Naglasiću da je ljekar smatran posebnim stručnjakom, od najstarijih vremena do danas, a danas je on školovani naučnik i humanista!

Mada je zdravstvena zaštita sve više organizovana, nekada i previše, možemo reći, dobar ljekar mora sačuvati svoju individualnost u procjeni zdravlja, odnosno bolesti. Po svom opredjelenju ljekar bi danas trebalo da bude promišljeni konzervativac, da se drži profesionalne tradicije i ljekarske etike. Ne dozvoljava da mu često mijenjaju medicinska i etička uvjerenja.

NEKAKO SE ČINI DA DANAS MLADI LJEKARI MISLE DA SVE POČINJE OD NJIH, DA LI MISLITE DA LJEKARI DANAS, ZABORAVLJAJU SVOJE UČITELJE I RANIJE OSTVARENE USPJEHE OD STRANE DRUGIH LJEKARA?

Nerado bih govorio o ovom pitanju, bojeći se da ne budem subjektivan, svjestan jaza među generacijama, budući da sam punih 50 godina prisutan i aktivan u zdravstvu.

Prilika je da kažem, da ja jako volim i poštujem moje učitelje i prenosim te manire na druge, koliko god mogu, čak bilježim, pa i objavljujem anegdote o njima i mojim kolegama, ponajviše onima, koji nisu živi. Ovo zbog toga, da sjećanje na njihova umijeća i duh ostanu među nama što je moguće duže! Moram kazati da sam imao tu sreću da sam imao učitelje, divne, nezaboravne ljude! Moj najvažniji i najdraži učitelj bio je akademik Gruzica Žarković, sa kojim sam se družio do kraja njegovog dugog i valjanog življenja! Umro je u 96. godini života, a samo nekoliko dana ranije posjetio sam ga i odnio mu ovčijeg sira i svježih borovnica sa Prokoškog jezera!

KAKO LJEKARI DANAS UNAPREĐUJU SVOJU PROFESIJU I DA LI JE DOVOLJNO UNAPREĐUJU?

Edukacija zdravstvenih radnika obavezna je prema Zakonu i Ustavu. Medicina nije jedina struka koja nalaže doživotno učenje, ali zdravstveni sistem je posebno specifičan i važan zbog brige i odgovornosti o zdravlju naroda. Bilo bi idealno da država i Zavodi zdravstvenog osiguranja omogućuju trajno i ažurirano stručno usavršavanje.

Tradicionalni, statički koncept medicinskog obrazovanja trebalo bi da se promijeni u dinamički. Time pasivni doktor, koga su edukovali ex katedra, postaje kreativni doktor, koji se usmjerava prema problematiki koju želi da rješava u praksi.

Kontinuirana medicinska edukacija (CME) bi trebalo da smanji kašnjenje u praćenju novina u medicini. U mnogim naprednim zemljama kontinuirana edukacija je strukturirana i obavezna, a stimuliše slobodan izbor problema i aktivnosti u usavršavanju kao novi kulturni model.

Kontinuirana medicinska edukacija nije učenje programiranih šema i lekcija, već

napredovanje u ličnom procesu promjene vladajućih paradigmi, jer je cilj napredak u praksi, a ne u teorijskim konceptima. Na taj način, edukatori postaju stručnjaci koji prenose više vještine nego predavači.

U našoj Komori upravo smo u toku izrade novog pristupa medicinskoj edukaciji i novog ocjenjivanja uspješnosti edukacije, a zbog toga sto nismo zadovoljni dosadašnjim pristupom ovom

izuzetno važnom procesu. Osnova za ovu našu akciju je usvojeni Pravilnik o kontinuiranoj stručnoj

edukaciji doktora medicine Ljekarske komore Federacije BiH, ali i isti Pravilnici država naše doskorašnje Jugoslavije.

Žao mi je što Vam na ovo pitanje ne mogu afirmativno odgovoriti, ali sve ovo što Vam rekoh u vezi

ovog pitanja, nadam se da će, kad se provede u djelo, omogućiti mi, da Vam odgovorim kako naši ljekari napreduju u stručnoj edukaciji i unapređuju svoju profesiju!

VJERUJETE LI U TIMSKI RAD U MEDICINI?

Vjerujem, apsolutno! Pa, to Vam je, kao da me pitate vjerujem li u timski rad u nogometu, košarci ili rukometu, u bilo kojem kolektivnom sportu!

Kao i ovi sportovi, medicinske procedure su djelovanja uvježbanih kolektiva, koji svoju uspješnost baziraju na učenju i treninzima!

KAKO POSMATRATE DANAŠNJE „UTRKE“ LJEKARA ZA OSTVARIVANJE AKADEMSKIH TITULA I KOLIKO TO IMA ZNAČAJA ZA ZDRAVSTVO?

Ja ću Vam na ovo pitanje odgovoriti tako što ću kazati da utrkivanje za stručnim usavršavanjem i dobivanjem akademskih titula uvijek postoji, a kakvo god da je – ona uvijek donosi afirmativan rezultat na planu očuvanja i unapređenja zdravlja naroda, jer svaki napredak u struci ojačava naše zdravstvo!

Ima i pozitivnih primjera u ovim dešavanjima, jer u mojoj generaciji i oko nje, ja znam nekoliko kolega koji su od ljekara opšte prakse, u skromnim uslovima, samo svojim radom i upornošću, postali redovni profesori medicine i cijenjeni stručnjaci!

SMATRATE LI DA SU MEĐULJUDSKI ODNOSI MEĐU ZDRAVSTVENIM RADNICIMA NARUŠENI I AKO DA, KOJI SU PO

VAŠEM MIŠLJENJU RAZLOZI?

Nisu ti odnosi narušeni u toj mjeri da zaslužuju da o tome posebno govorimo, a tamo gdje jesu, radi se najčešće o lošem rukovođenju zdravstvenih institucija, o greškama današnjih menadžera, koje, nažalost, postavljaju političke partije ne vodeći računa o njihovim sposobnostima rukovođenja.

SMATRATE LI DA SE PRAVA PACIJENATA U POTPUNOSTI POŠTUJU?

Ne! Daleko smo još od toga! Položaj korisnika zdravstvenih usluga u BiH, sličan je položaju korisnika u zemljama regiona, svakako ne posebno lošiji, a nikako posebno bolji. Upoređenje sa zemljama članicama EU bi dalo poraznije rezultate, pa nema naročite potrebe za tim poređenjem. Sasvim je logično i očekujuće da je položaj pacijenta lošiji što u zemlji ima više opštih, društvenih teškoća, a Bosna i Hercegovina po tome odskaka, smijemo kazati, u Regiji, a u ukupnoj Evropi pogotovo. Opšte karakteristike položaja BH pacijenata su slične onima u zemljama u okruženju, a one su slijedeće:

- slab položaj u društvu;
- slab uticaj na sistem zdravstva;
- slaba zaštićenost i ljudskih i osiguravajućih prava;
- sve lošija dostupnost zdravstvenih usluga sa sve lošijim perspektivama.

Poboljšanje položaja pacijenata u nas može se ostvariti, tek izmjenom opštih odnosa u društvu, te demokratizacijom cijelog sistema zdravstva. To znači, pojačati demokratizaciju jednog od najkompleksnijih, najzatvorenijih i najnetransparentnijih sistema u državi – to je velik, jako velik zadatak. Zbog svega toga je prioritet za rješavanje velike većine problema u sistemu zdravstva, a svakako za postizanje željenog položaja pacijenata, podizanje svijesti među samim građanima, o nužnoj potrebi njihovog aktivnog učešća u donošenju i provođenju zdravstvene politike.

POŠTUJU LI PACIJENTI PRAVA ZDRAVSTVENIH RADNIKA?

Golemi su problemi i kad je su pitanju poštivanje prava zdravstvenih radnika! Sve su češći su izrazi nezadovoljstva pacijenata sa radom i odnosom nekih ljekara, ali i sa zdravstvenom zaštitom uopšte. To,

samo po sebi, nije prevelik problem, jer nema

ni jedne zemlje ili države u svijetu gdje su stanovnici zadovoljni sistemom zdravstvene, čak je tako u najnaprednijim i najrazvijenim zemljama, ali znakovito je da mi imamo Zakon o pravima pacijenata, a Zakon o pravima ljekara i zdravstvenih radnika ne postoji – pa to jasno govori o specifičnosti ovoga problema!

Za ilustraciju ovoga kazaću da pacijent ima pravo promijeniti ljekara, ali ovaj ne može odbiti pacijenta, a i to da nažalost bilježimo i fizičke nasrtaje na ljekare od strane pacijenata.

U SVOM DUGOGODIŠNJEM RADU MNOGO STE URADILI ZA LJEKARSKU PROFESIJU. VAŠ RAD JE POSEBNO BIO IZRAŽEN U TOKU AGRESIJE NA BIH 1992-1995.G. ŠTA BI STE IZDVOJILI OD VAŽNOSTI IZ VAŠE PRAKSE U TOKU RATA.

Već Vam rekoh da sam pedeset godina u zdravstvu, a da sam samo u početku moje prakse radio sa pacijentima, a poslije nikada, ja sam se bavio očuvanjem i unapređenjem zdravlja naroda, radeći stalno u javnom zdravstvu, pa tako i u toku agresije na BiH i Sarajevo 1992 – 1995.

U toku agresije zauvijek sam upamtio, kad sam putem humanitarne pomoći dobio neke tablete klora za pročišćavanje vode za piće, koje su bile, nećete vjerovati, dimenzionirane, ni manje ni više, za vagon vode! Puno, puno sam vremena računao i pravio rastvore, da bih građanima podijelio rastvore klora sa kojima su mogli pročišćavati vodu u količinama od 5 do 100 litara!

Uz ovaj nezaboravni detalj iz vremena opsade Sarajeva, napomenuću da sam u to vrijeme donio i moju najvažniju i najkreativniju odluku u cijeloj mojoj ljekarskoj karijeri!

Radi se o tome da smo u našoj ustanovi Regionalni Zavod za zdravstvenu zaštitu od prvih dana opsade formirali Epidemiološke timove sa epidemiolozima na čelu, koji su sve dane opsade i agresije obavili nebrojene zadatke štiteći stanovništvo od zaraznih bolesti i sprječavajući prijeteće epidemije. U prvim danima agresije na Sarajevo neprijatelj je protjerao sve pacijente i zaposlene iz Psihijatrijske bolnice u Jagomiru, tako da su ti psihijatri ostali bez posla. Ja sam ih skupio i dogovorili smo se da ih pridodamo ovim našim Epidemiološkim timovima! Pokazalo se odmah da je to bila sjajna akcija, jer

je među stanovništvom, a osobito izbjeglicama bilo mnogo duševnih poremećaja, a time i posla za psihijatre.

Ovo je bio jedinstven primjer uspješnog timskog djelovanja Javnog zdravstva u ratnim uslovima!

KOJA BI BILA VAŠA PORUKA OPĆENITO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

Kod nas se, svi smo svjedoci tome, u svim političkim sistemima koji se smjenjuju, zdravstvena zaštita finansira ispod mogućnosti društva, a viši, nužno potreban nivo zaštite se postiže – uglavnom na račun

zaposlenih u zdravstvu!

U medicini i zdravstvu se radi uvijek sa ograničenim sredstvima – za skoro neograničene potrebe!

Još uvijek nema zadovoljavajuće teorije kako to uskladiti – a teško da će je ikada i biti!

Zbog svega toga najvažniji zadatak svih zdravstvenih radnika je da smanjuju cijenu bolesti, jer ona je velika i sve veća, a to će reći da uvijek promovišu zdravlje, podučavaju stanovništvo samozaštiti zdravlja, prevenciji nesreća, vode borbu protiv pušenja duhana, protiv alkohola, prejedanja – ukratko da se neprekidno bore za ZDRAV STIL ŽIVLJENJA !

Osnovna definicija zdravlja je: BITI ZDRAV U TIJELU, DUŠI I DUHU !

Sveta dužnost, nas, zdravstvenih radnika je, da čuvamo, koliko god možemo u datim uslovima, zdravlje naroda, pa zbog toga se moramo stalno stručno usavršavati, pratiti i poznavati nove terapije i lijekove, da prepoznamo među njima one koji su jeftiniji, a jednako efikasni, kako bi ostvarili uštede u sistemu koji stalno sve više troši, a dobro je ograničen – a na nama je jedinima da to, koliko god je moguće, uskladimo i učinimo zdravstveni sistem održivim!

DANI KVALITETA U BIH **“DRUGI STRUČNI SEMINAR ZA KOORDINATORE KVALITETA”**



U PERIODU OD 15-16.12. 2014. U SARAJEVU, A U ORGANIZACIJI AGENCIJE ZA KVALITET I AKREDITACIJU U ZDRAVSTVU FBIH ODRŽANI SU DANI KVALITETA U OKVIRU KOJIH JE ORGANIZIRAN DRUGI STRUČNI SEMINAR ZA KOORDINATORE KVALITETA U ZDRAVSTVU.

Prvi dan, ponedjeljak, bio je posvećen regionalnoj suradnji i na ovaj skup pozvani su

predstavnici Agencija za kvalitet i akreditaciju iz Beograda, Zagreba, Banjaluke, Skoplja i Direktorata za poboljšanje kvaliteta Crne Gore te predstavnik Zdravstvene mreže za jugoistočnu Evropu. Gosti su prezentirali svoje rezultate od osnivanja do danas.

Za drugi dan u utorak su pozvani direktori i koordinatori kvaliteta iz zdravstvenih ustanova FBIH. Prezentirani su rezultati Rada Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu, te uspješne saradnje sa kolegama



iz zdravstvenih ustanova FBIH. Predstavljene su i brojne projektne aktivnosti: od UNICEF-a, SDC-a (Swiss Agency for Development and Cooperation), Svjetske zdravstvene organizacije i Federalnog ministarstva zdravstva.

Ovaj skup održava se drugu godinu zaredom i predstavlja idealnu priliku za razmjenu iskustva i primjera dobre prakse. Ovom prilikom dodjeljena su i određena priznanja za istaknute suradnike AKAZ-a po kategorijama: šampion kvaliteta,

priznanje za izvrsnost, menadžer zdravstvene ustanove, koordinator kvaliteta, vanjski ocjenjivači, razmjena dobre prakse, facilitator i drugi bitni akteri.

Priznanje za izvrsnost u kategoriji "junior kvaliteta" dobio je uposlenik UKC Sarajevo Mr.sci. Amer Ovčina, koordinator u Službi za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga.

Fokusirane akreditacije 'Bolnica-prijatelji

beba' s trajanjem od tri godine dobili su Klinika za ginekologiju i akušerstvo Kantonalne bolnice Zenica, Klinika za ginekologiju i akušerstvo Hrvatske bolnice „Dr. fra Mato Nikolić“ Nova Bila, Odjel za ženske bolesti i porode Županijske bolnice "Dr. fra Mihovil Sučić" Livno, Ginekološki odjel Opće bolnice "Dr. Mustafa Beganović" Gračanica, Ginekološko-porodajna služba JU Bolnice Travnik, Medicinski odjel za ginekologiju

i akušerstvo Kantonalne bolnice „Dr. Irfan Ljubijankić“ Bihać, Odjel za ginekologiju i porodništvo Sveučilišne kliničke bolnice Mostar, Centar za majku i dijete Regionalnog medicinskog centra "Dr.Safet Mujić" Mostar i Porodilište Opće bolnice Bugojno.

INTERVJU SA PREDSJEDNIKOM KOMORE MEDICINSKIH SESTARA - TEHNIČARA KANTONA SARAJEVO

Gdin Sead Džomba

Intervju vodio: Mr.sci. Amer Ovčina, glavni i odgovorni urednik Časopisa „Rauche“



KADA JE OSNOVANA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA KANTONA SARAJEVO I KOJI SU NJENI GLAVNI CILJEVI?

- KMSTKS je osnovana 06.06.2001.godine.
- Ciljevi Komore su: zaštita prava i interesa svoje profesije, zadovoljavanja svojih stručnih i ličnih potreba i obezbjeđivanje za organiziran nastup zdravstvenih radnika istih profesija i grupa, kao i najvažnije zaštite zdravlja građana.
- Komorama se povjeravaju određena ovlaštenja koja podrazumjevaju sledeće:
- Izdavanje, obnavljanje i oduzimanje licence za samostalni rad;
- Izdavanje mišljenja o opravdanosti izdavanja, produžavanja ili oduzimanja odobrenja u privatnoj praksi;
- Certificiranje članova komore za upravljanje zdravstvenim tehnologijama,
- U kontekstu reforme sestrinstva bitno je jačati jačati profesionalizaciju sestričkih stručnih tijela, kao što su komore i udruženja, a one imaju snagu u jedinstvu.

ŠTA ZA MEDICINSKE SESTRE PREDSTAVLJA KOMORA I DA LI SU SVE UPOZNATE SA SVOJIM PRAVIMA I OBAVEZAMA KOJE NALAŽE KOMORA?

Komora predstavlja zaštitu prava i interesa i

položaja SVIH MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA, BEZ OBZIRA NA STEČENI NIVO OBRAZOVANJA. Sa aspekta potrebnih daljnjih reformskih procesa u ovoj oblasti na području Federacije BIH i u BIH, na ovakav način organizirane komore bi trebale biti partneri nadležnim donositeljima Zakona i propisa. Komore se bore da učestvuju u donošenju standarda i normativa za praksu i edukaciju u oblasti sestrinstva i stalnog nivoa održavanja kompetencija i profesionalnog kodeksa; Slabo definirane uloge medicinske sestre-tehničara, kako u zdravstvenom timu tako, tako i u smislu samostalnih kompetencija; Većina sestra nisu upoznate sa svojim pravima jer ih to ne interesuje.

KAKO VIDITE DANAŠNJE SESTRINSTVO U BIH?

Sestre su nejbriornija i po meni najvažnija grupacija u zdravstvu i djeluju u vrlo složenim uslovima rada i života. Došlo je do mnogih promjena u zdravstvu, mijenjaju se se propisi i okolnosti, sestre se školuju o svom trošku, ustanove, niti škole nisu planirale broj obrazovanja na tržištu rada, pravi se hiperprodukcija kadra, nisu plaćene adekvatno za svoj rad i svoje obrazovanje. Donešen je zakon o sestrinstvu na nivou

FBIH, ali ništa sa njime nije riješeno, Sestre često su izložene mobinku, fiziološkom stresu, socijalnom stresu, psihološkim stresom i sve to dovodi do profesionalnog sagorjevanja. Naučni stepen, fakultetsko obrazovanje je rješeno kolektivnim ugovorom, ali naknade za rad nisu riješene, osim privilegovanim osobama od strane poslodavca.

DA LI JE SESTRINSKA PROFESIJA DANAS DOVOLJNO VREDNOVANA U ZDRAVSTVENOM SISTEMU BIH I NA KOJI NAČIN?

Setrinska profesija je dijelimično vrednovana na papiru, a u praksi nije, Nema planiranih sredstava za obrazovanje sestara u zavodima zdravstvenog osiguranja niti u budžetu, za specijalizacije, naučni stepena i drugi vid edukacije. Nejasna su pravila nagrađivanja, nemogućnost izražavanje vlastite kreativnosti, česta izloženost krikama javnosti i ako n isu krive za to, loš odnos kolega u timu, izložene su verbalnoj agresiji klijenata, nemogućnost profesionalnog usvršavanja..

BUDUĆI DA SU MEDICINSKE SESTRE-TEHNIČARI NAJBROJNIJA POPULACIJA U ZDRAVSTVU DA LI SU JEDINSTVENE U OSTVARIVANJU ZAJEDNIČKIH CILJEVA?

Najveća nesreća medicinskih sestara je u nejedinstvu i zato nemogu ostvariti svoja prava i interese u društvu.

Sestrinstvo su pocjepale pojedine interesne grupe unutar sestrinstva sve radi ličnog interesa.

SVJESNI SMO DA DANAS U BIH IMAMO AKADEMSKI OBRAZOVANE MEDICINSKE SESTRE KOJE NISU OSTVARILE SVOJA PRAVA PO PITANJU ZAPOŠLJAVANJA, NAPREDOVANJA U PROFESIJI, OSTVARENJA KOEFICIJENTA VISOKE STRUČNE SPREME I SL. ZAŠTO SE PO VAŠEM MIŠLJENJU NE POČINJU RIJEŠAVATI PROBLEMI U SESTRINSTVU?

Mišljenja sam da ovaj problem treba da riješava sindikat, a sestre nemaju svog sindikata, u današnjem sindikatu na rukovodećim pozicijama su ljekarai i naravno da oni riješavaju samo svoje probleme, bez obzira što smo mi najbrojniji u sindikatu.

Kolektivnim ugovorom je riješeno plaćanje naučnog stepena za sve kategorije, kao i stepen obrazovanja i u potpunosti se treba sprovoditi jer je potpisan sa Vladom FBiH. KMSTKS u svom djelovanju je ugradila koeficijent za visoko obrazovane sestre ali nema jedinstvenog djelovanja u pravcu rješavanja tog problema.

KAKAV JE VAŠ STAV KADA JE U PITANJU KONTINUIRANA EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA? DA LI JE DOVOLJNA I KOJIM BI SISTEMOM TREBALA BITI STANDARDIZIRANA?

Kontinuirana edukacija nije dovoljna zato su potrebna određena finansijska sredstva koja mi nemamo, ali KMSTK podržava svaki vid edukacije prema svojim finansijskim mogućnostima.

Kada je upitanju kvalitet edukacije ona bi morala biti akreditirana i od strane nevladinih agencija za akreditaciju. i usmjerana prema našim potrebama a sve u skladu sa Evropskim i svijetskim standardima i uzusima.

ZAŠTO MEDICINSKE SESTRE –TEHNIČARI ŠUTE KADA IMA BROJNIH PROBLEMA U NJIHOVOJ PROFESIJI?

Sestre ne smiju da izkažu svoje probleme i nepravde jer budu sankcionisani od strane poslodavca i zato veliki broj pati od posljedica stresa, frustracija, agresivnosti, strepnje-

zabrinutosti i straha od budućnosti i egzistencije.

SMATRATE LI DA SU MEDICINSKE SESTRE-TEHNIČARI DOVOLJNO „MOĆNI“ DA MOGU MIJENJATI DOSADAŠNJE STANJE U SESTRINSKOJ PRAKSI?

Problem kod sestara je nejedinstvo što odgovara intresnim grupa u vlasti i među nama koji ne žele rješavati naše probleme posebno oni koji su na viskim pozicijama u zdravstvu. (mislim na sestre).

Koliko smo jaki onoliko koliko smo jedinstveni kad postignemo jedinstvo mogli bi smo da pratimo i riješavamo sve probleme bez zastoja u društvu.

KAKO VI VIDITE SESTRINSKU PROFESIJU U BUDUĆNOSTI I KOJE BI PREPORUKE DALI SVIM MEDICINSKIM SESTRAMA-TEHNIČARIMA?

Moja preporuka sestrama je obrazujte se i slijedite Evropski put, sa kojega nesmiemo skrenuti niti odustati.

Budimo jedinstveni zajednički su nam problemi.

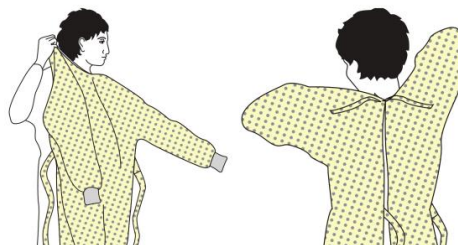
Ipak mislim da sestre čeka bolja budućnost, ali uz uložene velike napore onih koji ih istinski predstavljaju da domoćoj i međunarodnoj sceni.

Redosljed oblačenja lične zaštitne opreme (LZO)

Tip lične zaštitne opreme (LZO) varira od nivoa neophodnog stepena zaštite, pri čemu se misli na standardnu, kontaktnu, kapljičnu ili zaštitu od infekcija prenosivih zrakom. Procedura za oblačenje i skidanje spomenute opreme zavisi od tipa iste.

1. Ogrtač

- U potpunosti prekrijte torzo od vrata ka koljenima, ruke do zglobova te umotajte oko leđa
- Zakopčajte u predjelu vrata i pojasa



2. Maska ili respirator

- Pričvrstite vezice ili elastične trake na sredini glave i vrata
- Stavite elastične trake na nos
- Namjestite udobno na lice i ispod brade
- Namjestite i provjerite respirator



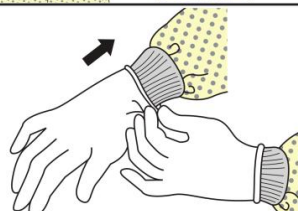
3. Zaštitne naočale ili štitnik za lice

- Stavite preko lica i očiju te ih namjestite da stoje



4. Rukavice

- Razvucite ih da vam prekriju zglob preko izolacijskog ogrtača



Koristite sigurne metode rada kako bi zaštili sebe i spriječili kontaminaciju

- Držite ruke podalje od lica
- Ograničite površine koje dotičete
- Zamijenite rukavice ako su poderane ili jako kontaminirane
- Održavajte higijenu ruku

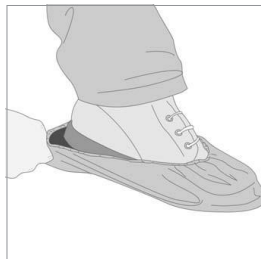
CS250672-A

NAČIN SKIDANJA LIČNE ZAŠTITNE OPREME (LZO)

- 1** Skinuti vodoopornu kecelju i odbaciti je na siguran način. Ako se kecelja treba ponovno koristiti, staviti je u posudu sa dezinficijansom.



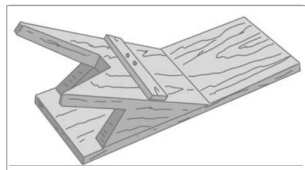
- 2** Ako ste koristili nazuvne cipele, skinite ih i ne skidajte rukavice tokom tog procesa. (Ako ste koristili gumene čizme, pogledajte korak 4.)



- 3** Svucite ogrtač i rukavice te ih okrenite naizvrat i odbacite iste na siguran način.



- 4** Ako ste koristili gumene čizme skinite ih (najbolje uz pomoć nekog alata za skidanje) i nemojte ih doticati rukama. Stavite u posudu sa dezinficijansom.



- 5** Operite ruke



- 6** Ako ste koristili prekrivač za glavu skinite ga (počevši od zadnjeg dijela glave).

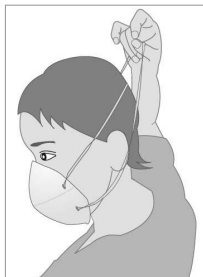


- 7** Skinite zaštitu za lice:

- 7a** Skinite zaštitnik za glavu ili zaštitne naočale (u smjeru odozad prema naprijed). Stavite štitnik za oči u posebnu posudu za preradu.



- 7b** Skinite masku počevši od zadnjeg dijela glave. Kada skidate masku odvezite prvo donje vezice



- 8** Operite ruke



NAČIN OBLAČENJA LIČNE ZAŠTITNE OPREME (LZO)

1

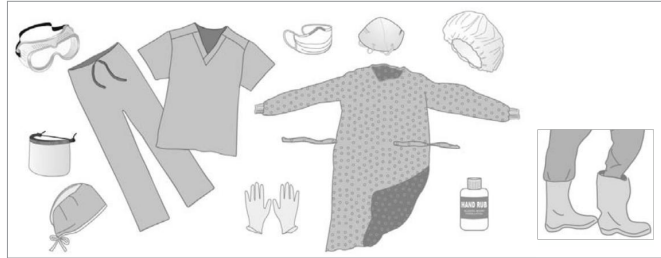
Uvijek obucite osnovnu ličnu zaštitnu opremu u doticaju sa sumnjivim, mogućim ili potvrđenim slučajevima virusne hemoragične groznice

2

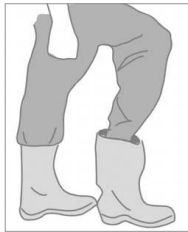
Oblačenje i skidanje lične zaštitne opreme bi trebalo da nadgleda jedan od educiranih članova tima.

3

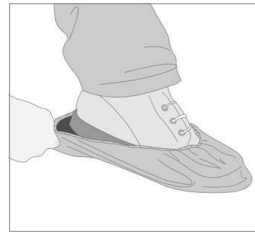
Sakupite sve neophodne predmete iz seta za ličnu zaštitnu opremu unaprijed. Navucite mantil u sobi za presvlačenje.



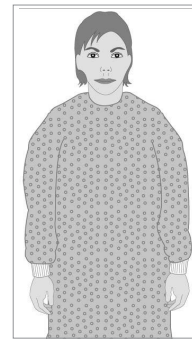
4 Navucite gumene čizme. Ako iste nisu dostupne, pobrinite se da obučete zatvorenu i nepromočivu obuću otpornu na probijanje i da obučete nazuvnu obuću.



ili ako nemate čizme



5 Obucite nepropusni ogrtač preko mantila.

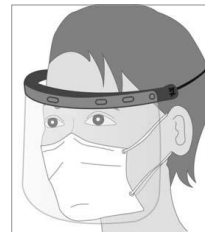
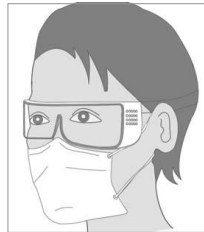


6 Navucite zaštitu za lice

6a Stavite medicinsku masku

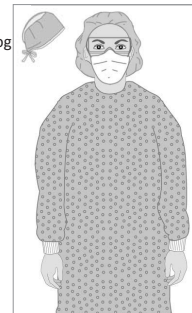


6b Navucite zaštitne naočale ili štitnik za lice.



7

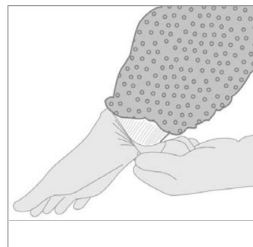
Nakon prethodnog koraka stavite pokrivalo za glavu ako je dostupno.



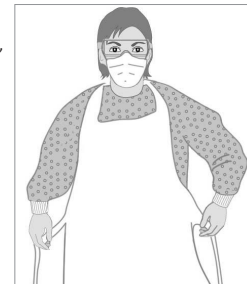
8 Operite ruke.



9 Stavite rukavice preko manžetni



10 Ako nemate nepropusni ogrtač, navucite vodootpornu kecelju



DOK NOSITE LIČNU ZAŠTITNU ODJĘĆU:

Izbjegavajte doticanje i namještanje opreme
Izbjegavajte mjenjanje rukavica prilikom prelaska na druge pacijente
Odbacite rukavice ako se poderu ili oštete
Operite ruke prije navlačenja novog para ru

UPUTE AUTORIMA

Privedila:

Mr. sci. Nada Spasojević

članica uredničkog odbora časopisa "Rauche"

Časopis "Rauche" objavljuje uvodnike, stručne i znanstvene radove, preglede, prikaze bolesnika, zapažanja, primjere iz kontinuirane edukacije, sažetke radova s kongresa i simpozija, preliminarna znanstvena i stručna priopćenja iz područja sestrinskog obrazovanja, prakse istraživanja, zdravstvene njege, primaljstva, medicine i srodnih područja, kao što su etika i pravo u zdravstvu, sestrinska i liječnička znanost o upravljanju, javno zdravstvo i povijest sestrinstva i medicine. Prihvaćanje kategoriziranog članka obvezuje autora da isti članak ne smije objaviti na drugome mjestu bez dozvole Uredništva.

Radovi se predaju isključivo, kao privitak putem elektroničke pošte, upućeni na adresu glavnog i odgovornog urednika Časopisa amerovcina@yahoo.com. Nakon primitka znanstvenog rada, glavni i odgovorni urednik ocjenjuje hoće li ga odmah prosljediti recezentu, vratiti autoru sa sugestijama za doradu ili odbiti. Znanstveni radovi podliježu recenziji od strane jednog recezenta. Recenzija je „dvostruko slijepa“ - autorima nije poznat identitet recenzentata, niti je recenzentima poznat identitet autora.

Stručni članci ne podliježu recenziji, već o prihvatljivosti takvih članaka za objavljivanje odlučuju glavni i odgovorni urednik i uredništvo.

Uredništvo ne mora radove objavljivati onim redom kojim pristižu.

Upute autorima u skladu su s tekstem International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (N. Engl J Med 1997;336: 305-15).

1. TEKST ČLANKA

Cijeli tekst mora biti tipkan tako da na jednoj stranici bude najviše 30 redaka, pri računalnom ispisu veličine slova 12, fonta Times New Roman. Iza interpunkcijskih znakova (uključujući točke, zareze i ostalo) ostaviti samo jedno prazno mjesto. S obje strane teksta valja ostaviti bijeli rub širok najmanje 2,5 cm. Pregledi, stručni i znanstveni radovi smiju imati do 10 stranica teksta, a prikazi bolesnika, metoda, preliminarnih priopćenja, te osvrti do 8 stranica. Svaki dio članka treba započeti na novoj stranici. Sve stranice trebaju biti numerirane, počevši s naslovom. Broj stranica treba otipkati u donjem desnom kutu.

Sve osobe navedene kao autori rada moraju ispunjavati sljedeće uvjete:

- A. da su značajno pridonijele planiranju i izradi rada ili analizi i interpretaciji rezultata,
- B. da su sudjelovale u pisanju i ispravljanju rada te da se slažu s konačnim tekstom.

Osobe koje su samo sudjelovale u prikupljanju podataka ili su nadređene istraživačima, ali nisu aktivno sudjelovale u izradi rada ne mogu biti autori. Urednik ima pravo tražiti od autora da objasne doprinos svakog od njih. Redoslijed autora određuju dogovorno autori.

Radovi moraju imati ovaj sadržaj:

1.1. Naslovnu stranicu s naslovom na jednom od jezika konstitutivnih naroda i engleskom jeziku te imena i prezimena svakog autora s akademskim stupnjem uz naziv ustanove u kojoj radi, te na kraju rada navedeno ime i prezime autora zaduženog za komunikaciju s časopisom, njegova puna adresa, telefonski broj, broj faksa i e-mail adresa.

1.2. Sažetak na jednom od jezika konstitutivnih naroda u BiH, prilaže se na posebnom papiru, sa ukupno 200-250 riječi. Mora sadržavati poglavlja: Cilj, Metode, Rezultati i Zaključak. Dakle treba sadržavati sve bitne činjenice iznesene u radu: svrhu rada, metodu bitne rezultate s brojčanim podacima, osnovne zaključke.

1.3. Sažetak na engleskom jeziku piše se također na posebnom papiru. On sadrži i naslov članka na engleskom jeziku. Neprevedene ili loše prevedene sažetke uredništvo će dati na popravak ili prijevod lektoru engleskog jezika na autorov trošak. Mogu se dakle, slati i neprevedeni sažeci.

1.4. Ključne riječi. Na listu papira koji sadrži sažetak na jednom od jezika konstitutivnih naroda u BiH ili engleskom jeziku, ispod teksta, valja napisati 3-6 ključnih riječi koje su bitne za brzu identifikaciju i klasifikaciju rada. U pravilu treba kao ključne riječi rabiti glavne natuknice (MeSH, od engl., Medical Subject Headings) iz Index Medicusa.

1.5. Uvod je kratak i jasan prikaz biti problema i svrhe istraživanja. Jasno opisati glavnu svrhu istraživanja i glavnu hipotezu koja se provjerava istraživanjem ili glavno pitanje na koje treba odgovoriti. Uključiti dosad objavljene informacije o toj temi u znanstvenoj literaturi te istaknuti čime će ovo istraživanje doprinijeti poznavanju teme.

1.6. Materijali i metode primijenjene u radu, prikazuju se kratko, ali dovoljno da se čitatelju omogući ponavljanje opisnog istraživanja. Korištene statističke metode treba objasniti dovoljno detaljno da bi čitatelj mogao iz originalnih rezultata izračunati navedene vjerojatnosti. Pružiti informacije o okružju u kojem je istraživanje provedeno (ruralna ili gradska sredina, zdravstvena ustanova, škola, radno mjesto).

Za pokuse na ljudima treba navesti jesu li provedeni sukladno s etičkim načelima i Deklaracijom iz Helsinkija iz 1975. godine i njezinim izmjenama iz 1983. godine. Također treba navesti je li koji etički odbor dao pristanak za provođenje pokusa. U radu se ne smiju navoditi imena, inicijali ili matični brojevi bolesnika. Potrebno je navesti kriterije izbora odnosno isključivanje bolesnika iz pokusne skupine, kao i detalje randomizacije. Treba navesti kako je postignuta jednostruka odnosno dvostruka sljepoća pokusa, nastale komplikacije i broj bolesnika izgubljenih iz praćenja. Ako su se koristili testovi, navesti standardne vrijednosti za testove, vremenski odnos (prospektivna, retrospektivna studija), izbor i broj ispitanika – kriteriji za uključivanje i isključivanje u istraživanje. U preglednim člancima treba objasniti kako su podaci pronalazeni, birani i sintetizirani. To treba ukratko navesti i u sažetku.

1.7. Rezultate treba jasno i precizno prikazati, ali bez rasprave i tumačenja. Značajnost rezultata potrebno je statistički obraditi. Rezultati se prikazuju tablicama, grafikoni, slikama i izravno se unose u tekst gdje im je mjesto, s rednim brojem i konciznim naslovom. Tablica treba imati najmanje dva stupca s obrazloženjem što prikazuje; slika čista i kontrastna, a grafikon jasan, s vidljivim tekstom i obrazloženjem.

1.8. Rasprava je kritički osvrt na podatke opisane u svojim rezultatima, tumačenje rezultata. Vlastite dokaze treba potkrijepiti drugim podatcima: usporedba s dosadašnjim vlastitim i tuđim istraživanjima. Njih treba citirati, i to tako da ne ispuštimo radove drugih kako bi vlastito istraživanje izgledalo važnije.

1.9. Zahvala, u kojoj treba zahvaliti ljudima koji su pomogli u istraživanju ali nisu autori članka. Dobro je navesti izvor financiranja istraživanja.

1.10. Zaključci moraju biti kratki i da sadrže najbitnije činjenice do kojih se došlo u radu tijekom istraživanja.

1.11. Popis literatura, prikazati izvore drugih istraživanja, tj. koji su ih napravili, povećati vjerodostojnost vlastitih rezultata, čitatelju pomoći da pronađe dodatne infor-

macije. Ona se navodi rednim brojem, prema redoslijedu citiranja u tekstu (Prva referenca nosi broj 1.). Literaturni navodi koji se citiraju u tekstu trebaju biti označeni brojevima u uglatim zagradama. Ako rad ima šest ili manje autora, treba ih navesti sve, a ako ih ima više, iza šestog stavlja se zarez i oznaka „et al.“. Literatura se citira prema dogovoru postignutom u Vancouveru, po Vancouverkom sustavu, i to: redni broj referencije, prezime autora, inicijali autora, naslov članka, ime časopisa, godina izdanja, svezak, prva stranica, zadnja stranica. Primjer: Nasić M, Orešković S. Two ophthalmology departments financed by compulsory health insurance: what is it that makes a difference in costs and clinical effectiveness? *Croat Med J.* 2000;43:433-8.).

Za naslove časopisa treba rabiti kraticu navednu u Index medicus.

Literatura se citira ovako:

Članak u časopisu

Golubić D, Rapić D, Breitenfeld V. Neka klinička, dijagnostička i terapijska zapažanja o humanoj trihineloziji. *Liječ Vjesn* 1985;107:11-4

Zajednički autor

The Royal Marsden Hospital bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

Bez autora

Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *Br Med J* 1981;283: 628.

Suplement časopisa

Djelmiš J, Ivanišević M, Mrzljak A. Sadržaj lipida u placenti trudnica oboljelih od dijabetesa. *Acta Med Croat* 2001; 55 (Supl. 1): 47-9.

Knjige i monografije

Mould RF. *Introductory medical statistics.* Turbridge Wells: Pitman Medical, 1976.

Guluyer Ay, ed. *Health indicators. An international study for the European Science Foundation.* Oxford: M. Roberts, 1983.

Poglavlje u knjizi

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA, ur. *Pathologic physiology:*

mechanism of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974, 457-72.

Disertacija ili magistarski rad

Cigula M. Aktivnosti nekih enzima u humanom serumu kao pokazatelji apsorpcije žive (disertacija). Zagreb: Medicinski fakultet; 1987, str. 127.

Web

Hofman DL. St. John, s Wort. 1995; (4 stranice). Dostupno na URL adresi: <http://www.healthy.net/library/books/hoffman/materiamedica1/stjhns.htm>. Datum pristupa informaciji 16. Srpnja 1998.

2. POPRATNO PISMO UREDNIKU

Svi novi rukopisi trebaju biti popraćeni pismom glavnom uredniku u kojem se navode sljedeće izjave: (a) nije bilo dvostruke publikacije ili slanja rukopisa na drugo mjesto, (b) svi autori pročitali su i odobrili rukopis (c) ako članak bude prihvaćen za objavljivanje, autori će prenijeti prava na izdavača, i (d) ne postoji etički problem ni sukob interesa. Također je korisno uputiti, ako tekst bude prihvaćen za objavljivanje, u kojim se dijelovima može skratiti. Imajte na umu da članci mogu biti prihvaćeni i objavljeni u kraćoj varijanti.

U pismu treba navesti mišljenje autora o kojoj se vrsti članka radi.

Rukopisi se ne vraćaju, a svi tiskani prilozi vlasništvo su časopisa Rauche. Sadržaj časopisa Rauche može se reproducirati uz navod „preuzeto iz časopisa Rauche“.

U Sarajevu, 15. veljače 2013. godine



REDAX™
new drainage technologies born of experience

DRENTECH™ SURGICAL

Sustav za drenažu za postoperativan povrat krvi

Učinkovit sustav za kiruršku drenažu i postoperativan povrat krvi u samo jednom uređaju



Ugrađena dvostruka filtracija: filter od 120 μ m za sakupljanje i filter od 40 μ m za ponovno davanje krvi

Drenažni sustav je reguliran uz pomoć vakuumske jedinice koja ima mogućnost podešavanja tlaka sukucije sukladno kliničkim zahtjevima

Redax S.p.A. Via Galileo Galilei, 18 - 46025 Poggio Rusco (MN) Italy - Tel. +39 0386 830582 - Fax +39 0386 51898
E-mail: info@redax.it - www.redax.it



REDAX™
new drainage technologies born of experience

DRENTECH™ LINE

SUSTAVI ZA DRENAŽU ZA UPOTREBU U KARDIJALNOJ I TORAKALNOJ KIRURGIJI

Čvrsta ugrađena
drška za prenošenje i
premještanje pacijenata

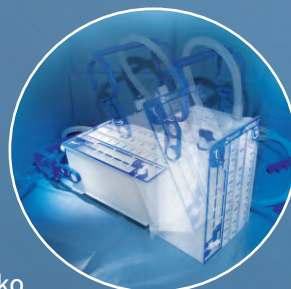


Autoregulacija
konstantno održava
pravi vakumski
protok



Mehanički ventil
od -5 do -40 cmH2O za
preciznu i jednostavnu
vakumsku regulaciju

Dizajniran kako
bi smanjio mogućnost
miješanja tekućina
unutar spremnika



Inovativno i
sigurno rješenje za
autotransfuziju krvi



SPONTANI i TRAUMATSKI PNEUMOTORAKS

MEDIJASTINALNI i SUPKUTANI HEMOTORAKS

ČIR i RAZNE VRSTE DRENAŽE

Dva ugrađena **NEPOVRATNA VENTILA**

VERRESOVA IGLA osigurava
minimalno invazivan pristup

multi
Pig-tail

Dostupan za
višenamjenske
drenaže

VERRESOVA IGLA

FORTY

Kateter duljine 40 cm

Mogućnost produljenja katetera
u svrhu rukovanja na udaljenosti

sad je izbor na Vama...

LiDCOplus za postoperativnu ciljanu terapiju (GDT)

- Točan i precizan
- Prikazuje dotok kisika (DO₂) za postoperativnu nadoknadu izgubljenog kisika
- Dokazane klinička učinkovitost i isplativost



GDT je u kratkom razdoblju, koristeći LiDCOplus sustav, pokazao smanjenje troškova za 2.631,77£ po pacijentu, a uz to se procjenjuje da će životni vijek poboljšane kvalitete biti produljen za 9.8 mjeseci. “Sukladno našim analizama, zaključili smo da GDT ne samo produljuje životni vijek poboljšane kvalitete (0.83 godine), već i donosi uštede zdravstvenom sustavu i društvu općenito”.

Ebm et al (2014) A Cost-Effectiveness Analysis of Postoperative Goal-Directed Therapy for High-Risk Surgical Patients Critical Care Medicine DOI: 10.1097/CCM0000000000000164

sad je izbor na Vama...

LiDCORapid^{v2} s Unity softverom za perioperativno praćenje

LiDCORapid^{v2} omogućava Vam sigurno praćenje bilo kojeg kirurškog pacijenta, bilo gdje u bolnici, u bilo kojoj fazi njege.


Od jednostavnog kontinuiranog ne invazivnog praćenja krvnog tlaka do naprednog praćenja hemodinamskih parametara i dubine anestezije. Vi birate kako ćete i gdje vršiti monitoring svojih pacijenata.



Višenačinsko praćenje uz pomoć LiDCORapid^{v2} monitora i BISTM dubine anestezije omogućava “drastično smanjenje potrebe za zbrinjavanjem pacijenata u Jedinici za postoperativno liječenje i to na 8% pacijenata.”

Green et al (2014) Multimodal intraoperative monitoring: An observational case series in high risk patients undergoing major peripheral vascular surgery International Journal of Surgery 12 (3) 231-236

www.lidco.com

LiDCO  Cardiac
Sensor
Systems

"Your partner in Slovenia"

 **PHARMAMED**

Rauché