

N A R O D N I Z D R A V S T V E N I L I S T

GODINA LVII, BROJ 666-667/2015., SRPANJ-KOLOVOZ, CIJENA 7,00 kn,
ISSN 0351-9384 / Poštarina plaćena u pošti 51 000 Rijeka



njega,
ne zaboravite

NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

**dvomjesečnik za unapređenje
zdravstvene kulture**

Izdaje

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE
ŽUPANIJE U SURADNJI S HRVATSKIM
ZAVODOM ZA JAVNO ZDRAVSTVO

Za izdavača

Prof.dr.sc. Vladimir Mićović, dr.med.

Uređuje

Odjel socijalne medicine
Odsjek za zdravstveni odgoj i
promociju zdravlja

Redakcijski savjet

Dr.sc. Suzana Janković, dr.med.;
Nikola Kraljik, dr.med.; prof.dr.sc.
Vladimir Mićović, dr.med.; doc.
dr.sc. Sanja Musić – Milanović,
dr.med.; Ankica Perhat, dipl.oec.;
Tibor Santo, dr.med.; Vladimir
Smešny, dr.med.; prim.mr.sc. Ankica
Smoljanović, dr.med.

Urednica

Dr.sc. Suzana Janković, dr.med.

Lektorica

Vjekoslava Lenac, prof.

Grafička priprema i tisak

Kerschoffset Zagreb d.o.o.

Rješenje naslovne stranice

Prof.dr.sc. Saša Ostojić, dr.med.

Uredništvo

Svjetlana Gašparović Babić, dr.med.
Radojka Grbac, bacc.paed.
51 000 Rijeka, Krešimirova 52/a
p.p. 382
tel. 35-87-92, 21-43-59
fax 21-39-48

<http://www.zjzpgz.hr> (od 2000.g.)

Godišnja pretplata 36.00 kn

Žiro račun 2402006-1100369379
Erste&Steiermarkische Bank d.d.

NZL je tiskan uz potporu
Primorsko-goranske županije i
Odjela gradske uprave za zdravstvo
i socijalnu skrb Grada Rijeke.

SADRŽAJ

Njega i zdravlje 3



Svjetski tjedan dojenja 1.-7. kolovoza
2015.

Omogućimo dojenje i posao 4

Rizici od kravljenog mlijeka u ranoj
dječjoj dobi

Od majke je najbolje..... 5

Zdravstvena njega i rehabilitacija u
kući

U ugodnosti doma 6

Prevenција dekubitusa u kući
bolesnika

Bolne rane 8

Umjetni način prehrane

Kad ne može na usta..... 9

Stomatološka zdravstvena zaštita u
domu bolesnika

Što kad ne mogu do svog zubara... 11

Njega nepokretnog bolesnika na
bolničkom odjelu

Svijetla točka bolničkih dana 13

Zdravstvena njega pacijenta oboljelog
od maligne bolesti

**Nezamjenjiva uloga medicinske
sestre 15**



Higijena usne šupljine kod onkoloških
pacijenata

Posebno osjetljivo područje..... 18

Fizioterapija kod upale pluća

Medicinske vježbe disanja 19

Uloga medicinske sestre u hitnoj
medicinskoj službi

Spas u zadnji čas..... 21

Febrilne konvulzije..... 23

Dramatični napadaji 23

Njega epiziotomije

Oporavak roditelje..... 25

Kako primjenjivati sredstva za zaštitu
od sunca

**Maksimalna zaštita uz minimalni
trud 26**

Dobri razlozi zašto nositi bebe

Bliže srcu 27

Olakšati djeci teret školske torbe

Teško breme na dječjim plećima ... 29

O zdravlju ukratko

Njega pupka novorođenčeta..... 30



Njega i zdravlje

Ako se pojam njega poveže sa zdravljem, isprepletenost ta dva pojma brzo se nametne. Tada i nije neophodno da se pod pojmom njega krije pojam „zdravstvena njega“. Iako se njega često povezuje s bolešću, treba se podsjetiti da bez njege nema ni unaprjeđenja niti očuvanja zdravlja.

Njega kože, kose i dlaka te dostupnih (vanjskih) sluznica, zna se, unaprjeđuje zdravlje „pokrova“, a time i cijelog organizma. U svakodnevnom govoru tada se pojam njega isprepliće s pojmom higijena, ali nema potrebe strogo razgraničiti pojmove.

U redovima koji slijede neće biti govora o greškama i rizicima u pružanju njege, ne samo kod korisnika, već i kod pružatelja. Kako osigurati minimum potrebne njege, a da se o optimumu samo sanja, dovoljno je za opširno štivo. Slijede samo neke, osnovne natuknice.

Dobro je podsjetiti se da se unaprjeđenje zdravlja i njegovo očuvanje, pa stoga i njega, provode:

- na cijelom tijelu – od glave do pete,
- cijeli život – od rođenja do smrti,
- svaki dan – od jutra do mraka.

Evo, nažalost, prilike i potrebe da se sve „kočničare“ uvođenja predmeta „zdravstveni odgoj i obrazovanje“ našim malcima, učenicima osnovnih i srednjih škola, ali primjereno već i onima u vrtićima, još jednom upita koji je to „svjetonazor“ protiv unaprjeđenja i očuvanja zdravlja najmlađih, otvorenih i spremnih za usvajanje svakog znanja, posebice onog koje njima pomaže da odrastu u slobodne i odgovorne pojedince. Teško je povjerovati da ti isti zagovaraju bolest, ovisnost i podaništvo, a čine upravo to...

Nažalost, puno je opsežniji i složeniji problem njega bolesnih. Tada se pojam njege isprepliće s pojmom liječenje. Svi znaju da u bolesti jedno bez drugog nije dostatno i da jedno ne zamjenjuje drugo. U povijesti razvoja zdravstvene zaštite i medicine, posebno podjele rada, treba se podsjetiti da su dvije najzastupljenije djelatnosti upravo podijeljene na liječništvo – liječenje i na sestринство – njegu. Naravno, razgraničenje je okvirno i uvijek barem djelomično isprepleteno. Mnogi ne znaju da je ta podjela rada u neravnoteži, u nas, već pola stoljeća. Nedostatak medicinskih sestara, nositeljica bolničke i kućne njege, veći je od manjka ukupnog broja liječnika - sve to po kriterijima željenog „Zdravlja za sve

do 2000. godine“ optimistične Svjetske zdravstvene organizacije još ranih sedamdesetih godina prošloga stoljeća!

Bolest, nažalost, često dovodi bolesnika u stanje djelomične ili potpune ovisnosti o drugim (zdravim) osobama. Najširi pojam je nemoć, koja može biti fizička i psihička. Ovisnost u dijelu njege može biti veća od ovisnosti u liječenju (uzimanju lijeka). Dok bi se liječenjem trebale baviti isključivo posebno osposobljene (licencirane) osobe (liječnici i s njima izjednačeni), dotle se negom (nekim, ne svim, postupcima), pored posebno osposobljenih (najmanje srednje stručne spremlje), mogu baviti i samouci, ali uvijek vrlo odgovorne osobe. Malo se ističe i govori da u njezi mogu sudjelovati, i sudjeluju, vrlo mlade osobe, čak i djeca. Naravno, to se ne odnosi na danas možda većinu mladih, umjetno odgurnutih od bilo kakvih odgovornosti, osim onih „obvezatnih“ školskih.

U razgovoru o njezi treba se podsjetiti i na (ekonomsko) kretnje ukupne zaštite zdravlja:

- broj ljudi raste,
- broj bolesnih raste,
- broj posebno osposobljenih za liječenje i njegu – zdravstvenih radnika opada,
- cijene opreme, lijekova i postupaka rastu (brže od prihoda potrebitih),
- odgovornost onih koji imaju „previše“ opada,
- solidarnost i uzajamnost ostalih i potrebitih također.

Svaka čast svim dobrovoljcima, svim posvećenima, ima ih, ali potrebe rastu brže nego što ih odgovorni uspijevaju uočiti i potom navrijeme reagirati.

Možda jedno (palijativno) rješenje, barem za njegu, ipak postoji, naravno bez dodatnih sredstava. Svima je poznato koliko su zdravstveni i socijalni problemi isprepleteni. „Odrađivanje“ socijalne potpore, iz različitih razloga dobivaju i koriste socijalno pogođeni, ali pritom zdravi. Takvih je osoba, nažalost, mnogo. Osposobljavanje za pomoć i (dijelove) njege bolesnih, onih u kući, nije ni teško, a ni skupo. „Bolovanja“ zdravih zbog njege bolesnih mnogo su skuplja od uključivanja spomenutih koji (uz naknadu) čekaju (socijalno) bolje dane.

Vladimir Smešny, dr.med.

Omogućimo dojenje i posao

Tema Svjetskog tjedna dojenja 2015. bavi se zaposlenim ženama i dojenjem, nadovezujući se tako na kampanju Svjetskog tjedna dojenja iz 1993. godine, koja je isticala važnost podrške majkama na radnome mjestu.

Puno se toga postiglo u 22 godine globalnih akcija s ciljem ostvarivanja podrške majkama u kombiniranju dojenja i posla. Od velike je važnosti implementacija revidirane ILO Konvencije 183 o zaštiti majčinstva, koja sadrži jače odredbe o majčinskim pravima, te povećanje broja nacionalnih akcija sa svrhom poboljšanja zakona i praksa.

Očituju se promjene i na razini radnoga mjesta. Dolazi do porasta raznih akcija u svrhu promocije dojenja i podrške majkama, poput različitih nagrada za poslodavce koji podržavaju dojenje te podizanja svijesti o pravima zaposlenih žena i dojenju. Međutim, globalno praćenje napretka u hranjenju dojenčadi i male djece, čak i nakon više od dva desetljeća, ukazuje na to da je upravo taj četvrti cilj Deklaracije Innocenti (1991.) najteže ostvariv.

Upravo ovom kampanjom Svjetskog tjedna dojenja 2015., WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) i partneri ciljaju ojačati i podržati SVE žene, na globalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini, koje rade u formalnim i neformalnim sektorima, da adekvatno kombiniraju posao s odgojem djeteta te posebice s dojenjem. Posao se kao takav definira u najširem obliku, od plaćenog zaposlenja, samozapošljavanja, sezonskog rada te ugovora o radu do neplaćenih kućanskih poslova i poslova skrbi.

U našoj zemlji postoje razne strategije koje dugoročnim ili kratkoročnim aktivnostima podržavaju žene.

Elementi podrške

Bez obzira na to tražite li svoja prava na dojenje ili podržavate zaposlene žene koje doje, postoje tri bitna preduvjeta koji određuju uspjeh: vrijeme, mjesto i podrška. Sva tri faktora od velike su važnosti svim ženama u različitim radnim okruženjima.

Vrijeme

1. Šest mjeseci plaćenog porodiljnog dopusta u skladu je s ILO Konvencijom 183 o zaštiti majčinstva. Ako je dopust kraći, ženama je potrebno omogućiti produženje razdoblja dopusta, kako bi mogle biti sa svojom djecom, kombinirajući u potpunosti plaćeni, neplaćeni ili neki drugi oblik dopusta.
2. Jedan od ključnih elemenata zakonskih odredbi ILO Konvencije 183 jest pravo na jednu ili više plaćenih pauza ili na dnevnu redukciju radnih sati kako bi se omogućilo dojenje djeteta.

3. Treba omogućiti fleksibilno radno vrijeme za dojenje ili izdavanje, poput skraćenog radnog rasporeda, dužeg ručka i ostalih pauza, podjele posla ili ostalih alternativa.

Prostor / neposredna blizina

1. Treba organizirati dojenačku i dječju skrb na radnom mjestu ili blizu njega i prijevoz, kako bi majke bile sa svojom djecom. Za ruralna radilišta i sezonski posao žene mogu koristiti mobilne jedinice za čuvanje djece ili zajedničku brigu za djecu ili, ovisno o kulturnom običaju, dojilju.
2. Neophodni su privatni objekti za izdavanje i pohranu mlijeka, poput soba za dojenje, određenog dijela prostorije ili bilo kojeg sigurnog prostora na radnom mjestu ili blizu njega.
3. Radno okruženje mora biti čisto i zaštićeno od opasnog otpada i kemikalija.

Podrška

Elementi su podrške:

1. informacije o nacionalnim porodiljnim zakonima i beneficijama, uključujući postojeće porodiljne odredbe njihovog radnog mjesta ili cjelokupnog sektora, koje mogu biti učinkovitije čak i od nacionalnih zakona i praksi;
2. podrška poslodavaca, menadžmenta, nadređenih i kolega u pogledu pozitivnog stava prema dojenju na javnim mjestima;
3. informacije o zdravlju žena u tijeku trudnoće i laktacije, kako bi se omogućila bolja povezanost dojenja i radnoga mjesta te ostvarile potrebe za dječjom skrbi;
4. podrška radnika ili sindikata od strane njihovog radnog sektora ili većih nacionalnih sindikata;
5. sigurnost na poslu i sprječavanje diskriminacije na osnovi majčinstva.

Svjetski tjedan dojenja, koji je koordiniran od WABA-e, dio je gBICS (Globalne inicijative dojenja za dječje preživljavanje) s nazivom programa: „Poticanjem stope dojenja pridonosi pravima žena, zdravlju i održivoj zajednici“. Cilj gBICS programa jest pridonijeti postignuću održivog razvoja, izvan ucrtanih milenijskih razvojnih ciljeva, na način da se postupno poveća učestalost dojenja te transformira iz politike u praksu, na taj način pridonoseći rješavanju ciljanih pitanja, u okvirima ljudskih prava, poput klimatskih promjena i spolne jednakosti.

**Svjetski savez za potporu dojenju
(World Alliance for Breastfeeding Action)**

Ciljevi Svjetskog tjedna dojenja 2015. - WABA

1. potaknuti multidimenzionalnu podršku svih sektora da svim ženama omoguće dojenje uz posao,
2. informirati ljude o najnovijim globalnim pravima u zaštiti majčinstva te podići svijest o potrebi učvršćivanja nacionalnog zakonodavstva i njegove implementacije,
3. promovirati aktivnosti poslodavaca da postanu otvoreniji prema obitelji, roditeljstvu, djeci, majčinstvu te da zaposlenim ženama aktivno olakšaju i podrže nastavak dojenja,
4. ojačati, olakšati i provoditi podržavajuće prakse koje ženama koje rade, omogućuju dojenje,
5. podržati suradnju s ciljanim grupama, npr. sindikatima, organizacijama radničkih prava, ženskim grupama, grupama mladih, da bi se zaštitila ženska prava dojenja na radnome mjestu.

**Rizici od kravljeg mlijeka u ranoj dječjoj dobi**

Od majke je najbolje

Kravlje mlijeko je visoko vrijedna namirnica, ali isto tako, prema suvremenim saznanjima, neprimjerena i štetna u prehrani novorođenog djeteta i dojenčeta. Niti jedno živo biće na svijetu ne hrani svoje mladunče tuđim mlijekom osim ljudi suvremenog doba.

Kravlje mlijeko izbalansirano je tako da prati i zadovoljava potrebe svoje vrste – teleta, koje vrlo brzo stane na noge i prohoda, a u godinu dana dosegne težinu od 100 kg. Mlijeko njegove vrste siromašno je finim elementima i masnoćama koji pospješuju razvoj fine i grube motorike, razvoj oka, mozga, razumijevanja. Majčino mlijeko prati i podupire upravo takve aktivnosti koje su svojstvene djetetu u ranom, ubrzanom i osjetljivom razvoju.

Kravlje mlijeko za kravlje bebe

Kravlje mlijeko u odnosu na majčino oskudnije je ugljikohidratima. Osim toga, i po sastavu je drukčije, teže probavljivo, nema sposobnost da pridonosi razvoju probavnog sustava i otpornosti djeteta.

Bjelančevine kravljeg mlijeka nisu tipične za ljudsku vrstu. Ima ih previše i predstavljaju jak mogući alergen budući da je djetetu mlijeko jedina hrana u prvim mjesecima života. Dokazano je da oko 2,5% djece razvije alergiju na kravlje mlijeko, i to čak i onda kada je putem mliječne formule, pripravka u prahu dobivenog industrijskim postupcima, prilagođeno dječjim potrebama.

Djetetov probavni sustav u prvim je mjesecima života najosjetljiviji i nerazvijen te prehrana mlijekom druge vrste otežava

Razlike u sastavu majčinoga mlijeka i mlijeka životinja

Komponenta mlijeka	Kravlje mlijeko	Kozje mlijeko	Ovčje mlijeko	Posljedica
Bjelančevine	3 x više	3 x više	6 x više	Opterećenje bubrega, oštećenje probavnog sustava, alergije
Minerali	4 x više	5 x više	3 x više	Opterećenje bubrega
Vitamini i željezo	Neznatne količine	Neznatne količine	Neznatne količine	Pojava anemije
Laktoza (šećer)	Manje količine	Manje količine	Manje količine	Nedovoljna hranjivost
Masti	Nedostatak esencijalnih masnih kiselina	Nedostatak esencijalnih masnih kiselina	Nedostatak esencijalnih masnih kiselina	Nadražaj crijeva
Folna kiselina	Nešto više	Neznatne količine	Jednako	Nedostatak uzrokuje anemiju
Kalorijska vrijednost	Približno ista	Približno ista	2 x veća	Moguć prekomjerni prirast težine

njegovo sazrijevanje i ne omogućuje optimalan razvoj crijevne flore. Češći su proljevi, a i mikrokrvarenja s posljedičnom anemijom djeteta.

Značajni rizici za dječje zdravlje vezani su uz preveliku količinu bjelanjčevina i minerala u kravljem mlijeku, koji otežavaju rad bubrega, a danas se smatra da to pridonosi razvoju najučestalijih kroničnih bolesti suvremenog doba - kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa.

Razrjeđivanjem kravljeg mlijeka vodom u određenim omjerima, kako se nekad radilo, dok nisu postojala industrijski prilagođena mlijeka u prahu, također ne zadovoljava djetetove potrebe. Na taj način količine masnoća, kojih i tako u odnosu na dječje potrebe nema dovoljno u kravljem mlijeku, dodatno se smanjuju. Izrazito je problematično i željezo koje dijete jako teško upija i koristi.

Radeći kao patronažna sestra dugi niz godina, pratim trendove i načine prehrane djece i vidim da novije generacije mladih mama sve više i duže doje djecu. Isto tako, mogu potvrditi da dojena djeca manje obolijevaju u ranoj dječjoj dobi od bolesti poput alergija, proljeva, upala uha, respiratornih infekcija, dermatitisa.

Prema današnjim spoznajama i preporukama, u situacijama kada žena ne može dojiti, jedini ispravan izbor u našem su okruženju industrijski mliječni pripravci u prahu za djecu. Takvi pripravci djelomično ispravljaju neke nedostatke u kravljem mlijeku i manje su rizični za dječje zdravlje, ali nisu jeftini. Stoga valja istaknuti vrijednost postojanja programa Županije i Grada Rijeke koji, u suradnji s Patronažnom službom i Savjetovalištem za prehranu djece Doma zdravlja Rijeka, osiguravaju takvu prehranu i djeci roditelja slabijeg imovinskog statusa, ako udovoljavaju propisanom socijalnom cenzusu.

Anica Stanković, bacc.med.tehn., prof.reh.

Zdravstvena njega i rehabilitacija u kući

U ugodnosti doma

Djelatnost zdravstvene njege u kući, kao zasebna djelatnost, ugovara se s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje još od 1991. godine i dio je primarne zdravstvene zaštite.

Danas je na području Republike Hrvatske u zdravstvenoj njezi u kući zaposleno oko 1500 medicinskih sestara. Uvjeti ugovaranja djelatnosti zdravstvene njege u kući s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje istovjetni su za ustanove i privatne prakse. Međutim, zbog specifičnosti pojedine ustanove/privatne prakse, odnosno područja na kojem one obavljaju djelatnost, postoje različitosti u unutarnjoj organizaciji. Ustanove, sukladno Zakonu o ustanovama, imaju znatno šire obveze, ali i prava, od privatne prakse.

Jedno od temeljnih ljudskih prava jest pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Kvaliteta zdravstvene zaštite podrazumijeva skup mjera poduzetih tijekom zdravstvenoga postupka, a koje rezultiraju povoljnim ishodom. Prema Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, u središtu sustava kvalitete je pacijent, stoga zdravstvena ustanova mora osigurati uvjete koji jamče njegovo zdravlje i sigurnost. Kvaliteta provedenih zdravstvenih usluga i zadovoljstvo korisnika od iznimne su važnosti za djelatnost zdravstvene njege i rehabilitacije u kući.



Za najpotrebitije

Zdravstvena njega i rehabilitacija u kući djelatnost je na razini primarne zdravstvene zaštite, a nastavak je zdravstvene njege i rehabilitacije nakon izlaska iz bolnice, lječilišta i drugih ustanova.

Na zdravstvenu negu i rehabilitaciju u kući imaju pravo svi bolesni, teško pokretni i nepokretni bolesnici, bez obzira na životnu dob, a ostvaruju je putem Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje, na osnovi stanja i na način utvrđen Pravilnikom HZZO-a ili direktnim plaćanjem.

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu negu na osnovi sljedećih utvrđenih stanja:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti (osigurane osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje),
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno zdravstvene zaštite predškolske djece, istodobno provodi liječenje u kući te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege,
- prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje,
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane te skrb za stome,
- stanja osigurane osobe u terminalnoj fazi bolesti.

U obitelji pacijenta

Izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite, temeljem medicinske dokumentacije, izdaje nalog za provođenje zdravstvene njege u kući. Nalog za fizikalnu terapiju u kući ispunjava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite, a odobrava ga liječničko povjerenstvo Regionalnog ureda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Usluge zdravstvene njege i rehabilitacije u kući mogu koristiti svi građani i na osobni zahtjev, tj. direktnim plaćanjem.

Zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući plaća Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za osiguranike Zavoda, a na prijedlog izabranog liječnika opće prakse. Zdravstvenu njegu i rehabilitaciju u kući po osobnom zahtjevu plaća bolesnik sam, njegova rodbina ili druge fizičke i pravne osobe (npr. gradovi ili općine).

Postupke zdravstvene njege u kući provode medicinske sestre sukladno razini obrazovanja, tj. kompetencijama, s položenim stručnim ispitom i licencijom za rad. Postupci zdravstvene njege u kući bazirani su na individualnom pristupu pacijentu i obitelji. Medicinska sestra odgovorna je za procjenu, planiranje, praćenje i evaluaciju zdravstvene njege. Rehabilitaciju u kući provode fizioterapeuti s položenim stručnim ispitom i licencijom za rad.

Od poduke do masaže

Medicinska sestra obavlja sve postupke iz programa zdravstvene njege s obzirom na specifičnost stanja bolesnika, kao što su npr. održavanje osobne higijene, pomoć pri kretanju, prevencija dekubitusa, previjanje rana, toaleta stoma, kontrola krvnoga tlaka, primjena terapije, hranjenje na sondu, uzimanje uzoraka za laboratorijske pretrage (npr. vađenje krvi), promjena urinarnog katetera kod žena, izvođenje klizme, primjena supkutane infuzije i mnoge druge. Zdravstvena njega može se provoditi svakodnevno ili u manjim vremenskim razmacima (dva do tri puta tjedno).

Fizioterapeut provodi fizikalnu terapiju u kući po preporuci liječnika specijalista: kineziterapiju, trening hodanja, učenje stajanja, trening upotrebe pomagala, individualne aktivne i pasivne vježbe, vježbe za razgibavanje zglobova i jačanje mišića, vježbe disanja, ručne masaže, kardiovaskularni trening, poduku bolesnika i obitelji za samostalno primjenjivanje jednostavnih vježbi i mnoge druge.

Stacionar zdravstvene ustanove osnovan je 2010. godine, u sklopu Ustanove za zdravstvenu njegu "Helena Smokrović". Smještaj u stacionaru namijenjen je punoljetnim osobama nakon hospitalizacije te nakon opsežnih kirurških zahvata i bolesnicima kojima je potrebna rehabilitacija. Tijekom boravka pruža se kompletna medicinska skrb tijekom 24 sata, kao i usluge fizikalne terapije. Smještaj može biti dnevni, tjedni ili mjesečni, ovisno o potrebama i stanju pacijenta. Smještaj u stacionaru ostvaruje se direktnim kontaktom, a plaća ga bolesnik sam, njegova rodbina ili druge fizičke i pravne osobe.

**Eva Smokrović, mag.med.techn.
Maša Smokrović, dipl.iur.**



Bolne rane

Jedan od najčešćih oblika kroničnih rana na koje nailazimo u kući bolesnika jest dekubitalni ulkus, poznat kao dekubitus. Nastaje na mjestu stalnog pritiska izbočenih dijelova tijela i neke podloge, sile vlaka ili trenja, odnosno njihovom kombinacijom.

Zbog pritiska dolazi do slabljenja cirkulacije i slabijeg dotoka kisika i hranjivih tvari, pa tkivo postupno odumire. Dolazi do lokalnog oštećenja kože ili potkožnog tkiva.

Razlikujemo četiri stupnja dekubitusa:

I. stupanj - crvenilo kože koje traje dulje od sat vremena nakon promjene položaja bolesnika,

II. stupanj - zahvaćena je koža, djelomično i potkožno tkivo, stvara se bula,

III. stupanj - koža je smeđe boje, tkivo nekrotično, vidljiv je mišić,

IV. stupanj - stvara se duboki ulkus, mišić je potpuno uništen i vidljiva je kost.

Dekubitalni ulkusi najčešće su posljedica osnovne bolesti te se javljaju zbog malnutricije, dehidracije, boli, edema, lokalne hipoksije, infekcije, metaboličkih otpadnih produkata. Za nastanak dekubitusa važnu ulogu imaju i negativni psihosocijalni čimbenici, kao što su stresna stanja, samački život bolesnika, nevjerica bolesnika u uspješnost liječenja i negativan stav zdravstvenih djelatnika prema načinu liječenja. Ekonomski status, dob, aktivnost, održavanje osobne higijene i obrazovanje bolesnika također imaju važnu ulogu u nastanku dekubitusa.

Najčešće zablude

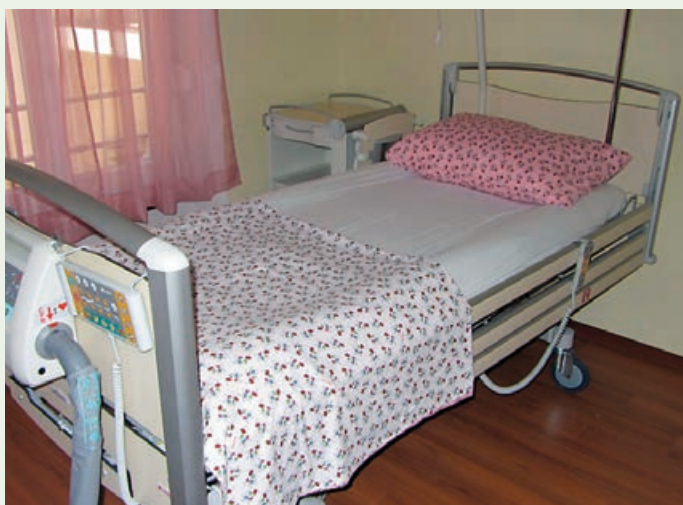
Najčešćih pet pogrešnih zaključaka vezanih uz nastanak dekubitusa u kući bolesnika jest:

- Dekubitus je posljedica loše zdravstvene njege bolesnika.
- Nastanak dekubitusa može se prevenirati.
- Svaki dekubitus je posljedica isključivo pritiska na podlogu.
- Masažom mjesta sklonog nastanku dekubitusa, dekubitus se prevenira.
- Uporabom raznih krema, masti i antiseptika, kao i odabirom kreveta i ostale opreme, sprječava se nastanak dekubitusa.

Svakodnevna njega

Da ne bi došlo do dekubitusa, potrebna je edukacija obitelji i bolesnika te provođenje osnovnih postupaka za očuvanje integriteta kože. Ti su postupci:

- smanjiti pritisak - osigurati bolesniku česte promjene položaja, svakih 1-2 sata, a po potrebi i češće; savjetovati obitelji da bolesniku osiguraju antidekubitalna pomagala, posebice antidekubitalni madrac;
- izbjegavati trenje i razvlačenje kože - bolesnika treba podizati, a ne povlačiti prilikom mijenjanja položaja, kako bi se izbjeglo nepotrebno trenje; najjednostavnije je bolesnika okretati pomoću plahte;
- održavati higijenu i integritet kože - svakodnevno prati i kupati bolesnika blagim neutralnim sapunom i vodom; potrebno ga je dobro posušiti mekanim ručnikom, izbjegavajući grubo trljanje kože; njega kože mora biti redovita, potrebno je obratiti pažnju na tip kože bolesnika; potrebno je svakodnevno provoditi blagu masažu tijela, posebno obratiti pažnju na ugrožena mjesta, koristeći hidratantne losione ili kreme; redovito presvlačiti posteljno rublje, koje mora biti pamučno, izglacano, nategnuto i bez nabora;
- osigurati adekvatnu prehranu i hidrataciju - potreban je adekvatni unos kalorija i proteina te nutritivnih suplemenata, vitamina i minerala, kao i unos dovoljne količine tekućine, najmanje dvije litre;
- uspostaviti kontrolu nad inkontinencijom – time se sprječava izlaganje kože sekretima i bakterijama uporabom katetera, pelena ili stoma;
- podučiti bolesnika načelima i postupcima prevencije dekubitusa - međutim, unatoč provođenju svih tih postupaka, u određenog broja bolesnika javlja se dekubitus; stoga se treba usmjeriti na prevenciju nastanka novih dekubitusa, a ti postupci ujedno pridonose zacjeljivanju postojećih.



Praktični savjeti za prevenciju dekubitusa u kući bolesnika

- kod ležanja na boku staviti jastuk između koljena,
- kod ležanja na leđima staviti jastuk ispod peta i laktova,
- kod ležanja na leđima ne stavljati jastuk ispod koljena jer se time opterećenje prenosi na pete,
- ne povlačiti bolesnika po krevetu, bolesnike je preporučljivo okretati pomoću plahte,
- promijeniti položaj svakih 1 – 2 sata, prema potrebi i češće,
- plahta mora biti pamučna, suha, izglacana i bez nabora,
- ne podizati uzglavlje kreveta za više od 30 stupnjeva – zbog pritiska na donji dio tijela,
- svakodnevno provjeriti stanje kože iznad predilekcijskih mjesta,
- nježno prati bolesnika neutralnim ili blagim šamponom i mlakom vodom,
- kožu održavati suhom,
- redovno mijenjati posteljinu,
- osigurati svakodnevnu fizikalnu terapiju te blago masiranje kože hidratantnim losionima i kremama.

Prevencija nastanka dekubitusa u kući bolesnika izuzetno je važan postupak. Međutim, dobra edukacija obitelji bolesnika, kao i samog bolesnika u prevenciji i liječenju nedovoljna je bez kontinuirane edukacije.

Barbara Malašević, medicinska sestra

Umjetni način prehrane

Kad ne može na usta

Kada prirodni način prehrane nije moguć, primjenjuje se umjetno hranjenje. Ono može biti enteralno, tj. putem probavnoga trakta, ili parenteralno, tj. krvotokom putem (infuzije).

Mnogo je uzroka zbog kojih se primjenjuje umjetni način prehrane, a najčešći su:

- neurološki bolesnici, npr. stanje nakon moždanog udara,
- bolesnici sa zloćudnim bolestima probavnoga sustava, osobito jednjaka,
- kemoterapija,
- dobroćudna suženja jednjaka, otežano gutanje ili potpuno onemogućeno gutanje,
- upalne bolesti crijeva - Chronova bolest,
- sindrom kratkoga crijeva nakon velikih operacija,
- neprimjeren unos hrane – anoreksija,
- kronične plućne bolesti, kronično zatajenje jetre, bubrega, kronična upala gušterače,
- traume glave,
- hranjenje nesvjesnog bolesnika.

Sondom do želuca

Odluku o načinu umjetne prehrane donosi se nakon procjene stanja bolesnika, njegove uhranjenosti i stanja probavnoga sustava (tankog i debelog crijeva).

Enteralna prehrana ima brojne prednosti i manje komplikacija u odnosu na parenteralnu: u kućnim uvjetima jednostavna je i ne zahtijeva veliku tehničku podršku, ne izaziva česte ili ozbiljnije

komplikacije. Također, enteralnim načinom umjetne prehrane hranjive tvari su dobro poznate, omogućuje se unos probiotika, prehrambenih vlakana, takva prehrana jeftinija je.

Komplikacije kod enteralnog načina prehrane mogu biti probavne smetnje (proljev, povraćanje).

Najčešći oblici umjetnog hranjenja enteralnim putem jesu putem hranidbenih sondi, i to nazogastričnom sondom (NGS) i perkutanom gastrostomom (PEG). Ako je hranjenje potrebno provoditi kraće vrijeme (30-ak dana), obično se rabi nazogastrična sonda. Za hranjenje za koje je predviđeno duže vrijeme uvodi se perkutana gastrostoma.

Nazogastrična sonda je cjevčica s oznakama, umetnuta kroz nosnicu do želuca. Vanjski dio sonde fiksira se za nos hipoalergijskim flasterom, a na odjeću se može fiksirati kvačicom. Na sondi je odgovarajući zatvarač koji između hranjenja treba biti zatvoren. Nazogastrična sonda je, osim perkutane gastrostome, najčešći put hranjenja, no zbog nemogućnosti sigurne provjere položaja češće se koristi kod bolesnika na bolničkom liječenju.

Komplikacije kod nazogastrične sonde mogu biti:

- ozljede tkiva: nos, ždrijelo, jednjak,
- pomak, ispadanje,
- aspiracija hrane, upala pluća uzrokovana ulaskom hrane u pluća.

Najčešći put umjetnog hranjenja, osobito bolesnika koji nisu u bolničkom liječenju, jest perkutanom gastrostomom. Od velikog je značaja psihološka priprema i bolesnika i njegove obitelji za prihvaćanje takvog načina prehrane. Gastrostoma je silikonska cijev postavljena endoskopskom metodom, kroz mali rez trbušne stijenke, do želuca. S davanjem hrane i tekućina može se



započeti 24 sata nakon postavljanja, ako nema nikakvih znakova u obliku lokalnog crvenila, otekline, mučnine, povraćanja, proljeva, bolova u trbuhu.

Podloga (dio perkutane gastrostome koji se nalazi uz kožu) treba biti osigurana navojem - dio koji drži podlogu i samu cijev koja ide uz podlogu. Cijev se ne smije gnječiti niti stezati. Perkutanu gastrostomu potrebno je svakodnevno lagano rotirati da se spriječi urastanje tkiva oko cijevi i omogućiti kruženje zraka. Čisti se, ako nije drukčije određeno, dva puta dnevno. Koža oko gastrostome može postati crvena, bolna, naborana ako se ne održava kako treba, jer želučani sadržaj može istjecati oko cijevi i tako iritirati kožu. Stoga kožu oko cijevi treba svakodnevno čistiti blagim sapunom i toplom vodom i dobro posušiti. Nije potrebno pokrivati otvor jer to može potaknuti probleme s kožom.

Otvore i nazogastrične sonde i perkutane gastrostome potrebno je čistiti vlažnom krpicom od ostataka hrane. Oni se mogu i začepiti i potrebno je odmah reagirati kada se taj problem primijeti. Ponekad se cijev može odčepiti nježnim ubrizgavanjem tople ili gazirane vode. Čišćenje cijevi žicama zabranjeno je; postoje posebne četkice kojima se mogu redovito čistiti. Perkutana gastrostoma nema određeni vijek trajanja, tj. mijenja se kada postane neprohodna za davanje hrane i tekućina.

3 metode

Načini kojima se hranjenje može obavljati i putem nazogastrične sonde i perkutane gastrostome isti su:

- gravitacijska metoda,
- metoda putem pumpe,
- bolus metoda.

Prije hranjenja potrebno je oprati ruke, zaštititi osobno i/ili posteljno rublje, provjeriti položaj cijevi na način da se od otvora na koži (kod perkutane gastrostome) ili od nosnice (kod nazogastrične sonde) izmjeri do kraja i dobiveni rezultati ne smiju imati razliku od prethodnih mjerenja. Može se i 60-mililitarskom štrcaljkom lagano aspirirati (povući) sadržaj iz cijevi i tom prilikom može se pojaviti želučani sadržaj.

Bolesnik se postavlja u povišen, sjedeći ili polusjedeći položaj, i poželjno je da u tom položaju ostane 30 minuta nakon hranjenja.

Metode umjetne prehrane, koje ćemo spomenuti, odnose se i na nazogastričnu sondu i na perkutanu gastrostomu.

1. Hranjenje metodom gravitacije

Potreban je gravitacijski sustav za hranjenje, hrana, tekućina/ voda. Treba slijediti upute proizvođača prilikom spajanja sustava s vrećicom na nazogastričnu sondu ili perkutanu gastrostomu i zatim ispustiti zrak iz sustava. Vrećicu s hranom treba objesiti na stalak 60 cm iznad glave bolesnika i regulirati protok hrane te poštovati vrijeme hranjenja. Treba paziti da ne istekne cjelokupni sadržaj kako nepotreban zrak iz sustava ne bi opteretio želudac i tako prouzročio tegobe. Za pražnjenje treba odvojiti sustav od cijevi, staviti propisanu količinu vode i isprazniti ga (isprati vrećicu za hranjenje). Nakon hranjenja, nazogastričnu sondu ili perkutanu gastrostomu treba isprati 60-mililitarskom štrcaljkom, ispunjenom vodom (30-50 ml). Otvor nazogastrične sonde ili perkutane gastrostome uvijek treba biti zatvoren kad nije u uporabi.

2. Metoda hranjenja pumpom

Potreban je sistem za hranjenje pumpom, hrana, tekućina/ voda. Pumpu treba postaviti na odgovarajući stalak, staviti hranu u sustav za hranjenje i ispustiti zrak, a zatim slijediti upute proizvođača pumpe i odabrati sistem hranjenja. Nakon hranjenja pumpu treba odvojiti od nazogastrične sonde ili perkutane gastrostome i isprati vodom sustav za hranjenje. Nazogastričnu sondu i perkutanu gastrostomu treba isprati 60-mililitarskom štrcaljkom vode (30-50 ml), prilikom manipulacije cijevi držati zatvorene.

3. Bolus metoda hranjenja

Potrebna je 60-mililitarska štrcaljka, hrana, tekućina/voda. Hranu treba navući u štrcaljku, spojiti je sa cijevi i polako, bez sile utiskivati sadržaj. Cijev nazogastrične sonde ili perkutane gastrostome zatvaramo zatvaračem (koji je na njoj) svaki put kada odvajamo štrcaljku od cijevi i punimo je hranom. Brzina hranjenja trebala bi biti kao i kada bi bolesnik mogao sam uzimati hranu na usta (ni prebrzo, ni presporo). Nazogastričnu sondu ili perkutanu gastrostomu, na isti način kao i kod prethodnih metoda, ispiremo nakon hranjenja. Količina hrane po obroku iznosi 100-400 ml. Štrcaljku i ostali pribor treba oprati i posušiti.

Kod svakog hranjenja bilo kojom metodom potrebno je promatrati bolesnika. Putem nazogastrične sonde ili perkutane gastrostome mogu se davati i lijekovi koji trebaju biti usitnjeni ili u tekućem obliku. Kapsule se ne daju tim putem.

Hrana koja se može davati je gotov farmaceutski pripravak, preparati u obliku praha ili tekućine kojima se dodaje voda, čaj, mlijeko (ovisno o uputi proizvođača), pripremljena, miksana ili propasirana hrana (voće, povrće, meso, riba, jaja itd.). Temperatura hrane je 37°C i uvijek je u kašastom ili tekućem obliku. Bolesnik dobiva upute o vrsti hrane, tj. pripravcima koje će dobivati, što ovisi o njegovoj bolesti, tj. zdravstvenom stanju, potrebi unosa vitamina i minerala itd.

Iako se bolesnik ne hrani na usta, potrebno je redovito održavati higijenu usne šupljine svakodnevnim četkanjem desni, zubi, jezika, korištenjem sredstva za ispiranje usta, vlaženjem vodom. Na taj način sprječavamo infekcije i naslage u ustima.

Vlasta Jerković, bacc.med.techn.
Natijana Klarić, bacc.med.techn.

Što kad ne mogu do svog zubara

Bolesti usta i zubi najčešća su oboljenja. Svaki čovjek susreće se sa zuboboljom više puta tijekom života. Kako bi prevenirali njihovu učestalost i intenzitet, preporučuju se preventivni pregledi i zahvati te redovni posjeti odabranom dentalnom liječniku.

Kad se radi o djeci, sva odgovornost za redovite posjete odnosi se na njihove roditelje. Odrasle osobe imaju svoj formirani stav u odnosu na liječenje i zdravlje zubi i usta te na dinamiku posjeta liječniku.

Danas se susrećemo s novim problemima u pobolu i liječenju usta i zubi. Ubrzano tempo života, motorizacija i pokretljivost ljudi dovode do velikog broja trauma koje nastaju u prometnim nesrećama. Te su traume različite po opsegu i intenzitetu, pa se i primjenjuju različiti načini liječenja.

Promjene kao posljedica terapije

Rasprostranjenost malignih oboljenja i njihova terapija imaju često kao neželjenu popratnu pojavu promjene na sluznici usta. Najčešća su oštećenja koja se javljaju uz kemoterapiju, a naročito su izražena ona koja nastaju kao posljedica zračenja. Ti pacijenti imaju izrazite promjene okusa, pojavu pečenja i žarenja u ustima, s jače ili slabije vidljivim promjenama na sluznici. Zbog učestalog i obilnog povraćanja, nastaju upalne promjene na zubnom mesu (gingivi), a inicijalni karijesi naglo progrediraju, pa su česte zubobolje.

Svi demografi upozoravaju na ubrzano starenje naše populacije. Zbog ograničene pokretljivosti starijih osoba, javljaju se novi problemi u provedbi liječenja. Također su često prisutne i promjene u mentalnom zdravlju kod starijih osoba pa je njihova prosudba stanja i liječenja neprimjerena.

Dakle, problem je velik i današnjim načinom pružanja dentalne terapije u ordinacijama koncesionara, domova zdravlja ili čistih privatnika za mnoge potrebite ta je terapija neostvariva. Oni jednostavno fizički ne mogu doći u te ordinacije. Potrebno je učiniti iskorak u odnosu liječnik-pacijent tako da liječnik ide k pacijentu u njegovu kuću, a ne, kako smo navikli, da pacijent dolazi k liječniku u ordinaciju. Nije mali broj ordinacija koje se nalaze na višim katovima zgrada, a da nema lifta.

Mobilnost tima

Pojava mnogih malih, prenosivih aparata omogućava da se većina zahvata učini u domu bolesnika. Ovdje se javlja problem

organizacije i, naravno, financiranja takvih timova. Današnji naš zdravstveni sustav ne prepoznaje takve timove i usluge makar se, kažu, zasniva na ravnopravnosti i jednakoj dostupnosti svim građanima RH.

Nema nikakvog razloga da se pacijenta koji je teško ili nikako pokretan, u njegovom domu ne riješi boli ili mu se olakšaju patnje, omogućiti normalna prehrana, učine manji zahvati liječenja, vađenja zubi ili da se obave protetski radovi. Također, primjenom mikromotora, lasera, termokautera, ozonizatora i dr., mogući su manji kirurški zahvati u ustima, liječenja na zubima i mekim tkivima. Naročito su korisni za terapiju boli općenito, afti, herpesa, cijeljenja rana, redukcije bakterija i sl. Gotovo da nema područja dentalne medicine gdje se ti aparati ne mogu korisno primijeniti. Nemjerljiva je vrijednost riješiti pacijenta boli nastale zbog upale zubne pulpe (živca), ili omogućiti drenažu nekog apscesa bilo koje etiologije, pogotovo ako se uzme u obzir mogućnost širenja infekcije unutar glave i vrata pacijenta i prevenciju još težih oboljenja.

Pravo je čudo da se do sada nije javila niti jedna udruga ili organizacija sa zahtjevom za osnivanjem bar jednog mobilnog dentalnog tima u našoj županiji: udruge oboljelih od raka, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, mobilni timovi za palijativnu skrb, ili pak na državnoj razini. Zdravi gradovi samo su neki od onih koji bi trebali biti zainteresirani za postojanje takvog tima. Ne podcjenjujući dobru njegu bolesnika u smislu higijene i prehrane, mislim da je nehumano i nedopustivo (u današnje vrijeme) pustiti teškog bolesnika ili stariju osobu da pati od zubobolje i trovati ga bezbrojnim analgeticima, ili ga hraniti kašastom hranom jer nema zubi da bi žvakao. Dentalna medicina i njeni liječnici danas su sposobni svakom pacijentu i na svakom mjestu pružiti adekvatnu uslugu. Bez jače propagande i senzibilizacije širega društva, nažalost, stariji i nepokretni bit će osuđeni na zubobolju i jelo bez žvakanja.

Za povratak na bolje

Nekada su timovi dentalne medicine u Hitnoj pomoći bili obvezni odlaziti u kućni posjet. Na poziv pacijenta odlazilo se u njegovu kuću, gdje se vadilo bolesni zub, karijesom oštećeni zub ručnim instrumentom očistilo i stavljalo lijek, incidiralo i dreniralo dentalni apsces, uzimalo otiske za izradu protetskih radova i svaku fazu izrade kontroliralo u kući pacijenta. Danas je to gotovo neizvedivo.



Svakako želim, u ime mnogih koji i u ovom trenutku trpe strašnu zubobolju, a ne mogu doći do izabrane ordinacije dentalne medicine, pobuditi emocije i sažaljenje pa, ako se može, da se učini nešto da se odabere i opremi bar jedan tim koji bi tim nesretnicima bio na usluzi. Tako ćemo otkloniti bar jedan argument kojim stari i teško bolesni istupaju u javnosti da su odbačeni i od svih napušteni. Svatko od nas može se naći u potrebi za takvom uslugom, a da nije ni u trećoj životnoj dobi niti da boluje od neke zloćudne bolesti, nego da je doživio težu prometnu nesreću s višestrukim lomovima. Mnogostruke imobilizacije onemogućavaju kretanje, a zbog udarca u zube naknadno se javljaju bolovi i potrebna je pomoć.

Bilo bi dobro da su se u Planu palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. našla bar dva retka o uključenju dentalnog tima u tu skrb. Ovo je dokaz koliko smo daleko od načela „zdravstvene zaštite za svih pod istim uvjetima“.

Mr.sc. Ana Fajdić-Furlan, dr.med.dent.

PRETPLATA NARODNI ZDRAVSTVENI LIST

Ako se želite pretplatiti na Narodni zdravstveni list, dovoljno je da nazovete tel. broj 051/ 35 87 92, 21 43 59 ili pošaljete dopisnicu sa svojim podacima (ime, prezime, adresa) u
NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE
 Odjel socijalne medicine • 51 000 Rijeka, Krešimirova 52a

Svijetla točka bolničkih dana

Rad medicinske sestre na bolničkom odjelu specifičan je. Podrazumijeva prije svega znanje, savjesnost, stručnost i empatiju, iz kojih proizlazi kvalitetna zdravstvena njega i skrb za bolesnika, koja se na bolničkim odjelima provodi kontinuirano tijekom 24 sata na dan.

Uloga je medicinske sestre u zdravstvenom timu, uz promatranje i praćenje vitalnih funkcija i stanja svijesti, procjena tjelesnog i psihičkog stanja bolesnika, psihička priprema bolesnika za različite medicinsko-tehničke zahvate, asistencija liječniku i bolesniku, uzimanje i priprema materijala za različite laboratorijske pretrage. Djelokrug rada medicinskih sestara usmjeren je na očuvanje zdravlja pojedinca i zajednice, sprečavanje bolesti i brigu za psihički i fizički bolesne i invalidne osobe svih životnih dobi.

Temeljni dio svakodnevnog rada medicinske sestre na bolničkom odjelu obuhvaća kvalitetno i kontinuirano održavanje osobne higijene bolesnika, pomoć pri hranjenju i unosu tekućine, pomoć pri eliminaciji, brigu oko integriteta kože, primjenu ordinirane medikamentozne terapije, sprječavanje komplikacija dugotrajnog ležanja, kao i edukaciju bolesnika i njegove obitelji.

U službi bolesnika

Boraveći u bolnici zbog različitih akutnih i kroničnih tjelesnih i psihičkih stanja, bolesnik se vrlo često nije u stanju samostalno brinuti o sebi i često ne može održavati osobnu higijenu. Brigu o osobnoj higijeni bolesnika preuzima i provodi medicinska sestra. Nepokretnim bolesnicima osobnu je higijenu potrebno svakodnevno održavati u određeno vrijeme, na isti način. Provođenje osobne higijene potrebno je što više prilagoditi bolesniku, njegovim navikama kod kuće. U dogovoru s bolesnikom, ako to njegovo zdravstveno stanje dopušta, medicinska sestra odlučuje na koji će način provesti postupke umivanja, pranja zuba, češljanja, pranja ruku, kupanja, pranja genitalija.

Budući da se bolnička zdravstvena njega najčešće provodi u bolesničkoj sobi, pri svakom segmentu obavljanja higijene bolesnika, prije svega pri kupanju u krevetu, bez obzira na bolesnikovu kronološku dob, psihičko i fizičko stanje i stanje svijesti, medicinska sestra treba iskazati svoju profesionalnost i sačuvati bolesnikovu privatnost, ne izlažući ga pogledima ostalih subolesnika.

Nepokretnog bolesnika potrebno je kupati dva puta dnevno, uz masažu tijela, kako bismo prevenirali na-

stanak komplikacija dugotrajnog ležanja. Posebnu pažnju moramo obratiti na higijenu anogenitalne regije, svaki put po obavljanju fizioloških potreba, kako bismo očuvali integritet kože.

Održavanje higijene usne šupljine

Usna šupljina početni je dio dišnog i probavnog sustava. Kod zdravih osoba normalno je vlažna zbog sline koju luče žlijezde slinovnice. Kod različitih oboljenja, koja prate visoka temperatura, dehidracija, disanje na usta, prehrana putem gastrostoma, kao i kod komplikacija radiološke terapije, sluznica usta isušuje se i oštećuje, a na jeziku i desnim stvaraju se naslage sačinjene od propalih stanica, ostataka hrane i bakterija. Tako isušena i suha sluznica lako puca, na usnama i na jeziku nastaju ragade te se javlja povećan rizik od infekcije. Stoga bolesnika treba često poticati na konzumiranje tekućine.

Bolesniku je potrebno često vlažiti usne i usnu šupljinu tekućinom ili čajem. Za njegu usne šupljine pripremamo čaj od kamilice, ili samo mlaku vodu u koju dodajemo je-dnu žlicu 3% hidrogena. Dobivenom otopinom namočimo usnu šupljinu, potom je premažemo parafinskim uljem ili glicerinom. Nakon nekoliko minuta pažljivo skidamo naslage pomoću špatula omotanih gazom ili štapića omotanih vatom. Na kraju bolesniku ponovo isperemo usta kamilicom ili mlakom vodom pomiješanom s hidrogenom.

Ako bolesnik ima umjetno zubalo o kojem se sam ne može brinuti, čistim ga održava medicinska sestra: pere ga bolesnikovom četkicom i pastom za zube pod mlazom vode, a potom ga sprema u čašu s vodom ili ga bolesnik postavlja u usta. Bolesniku bez svijesti umjetno zubalo vadimo i pohranjujemo, također u čašu s vodom, ili ga dajemo obitelji bolesnika.





Sprječavanje smrtonosnih komplikacija

Nepokretan bolesnik nalazi se u visokom riziku od razvoja dekubitusa, tromboze, nesvjestice, respiratornih komplikacija i kontraktura. Navedena stanja nastaju zbog dugotrajnog ležanja ili smanjene pokretljivosti i predstavljaju komplikacije dugotrajnog ležanja. Zadaća je sestre da navrijeme prepozna rizične čimbenike za njihov nastanak i pravilno primijeni mjere za njihovo sprečavanje.

Održavanjem osobne higijene nepokretnog bolesnika, uz kupanje i masažu mjesta koja su pod najvećim pritiskom (zatiljak, lopatice, trtica, bokovi, gluteusi i pete), te mijenjanjem položaja bolesniku u krevetu svaka dva sata i održavanjem suhe i čiste posteljine, sprječava se pojava dekubitusa.

Tromboza vena komplikacija je dugotrajnog mirovanja. Najčešće se javlja na donjim ekstremitetima, zbog formiranja ugruška. Koža je na mjestu nastanka upaljena, crvena, a bol koja se najčešće javlja u stražnjem dijelu potkoljenice ili unutarnjem dijelu natkoljenice, njen je vodeći simptom. Velik je rizik od otkidanja ugruška, koji može ugroziti i život bolesnika.

Kako do tromboze ne bi došlo, mjere za sprječavanje usmjerene su na: vježbe disanja, pravilan položaj i česte promjene položaja u krevetu, poboljšanje cirkulacije u smislu pasivnih i aktivnih vježbi donjih ekstremiteta, redovitu masažu, ležanje na leđima s blago povišenim nogama oko 30° i stavljanje elastičnog zavoja prije ustajanja i prije operacije, ako bolesnik ima proširene vene.

Vježbe disanja poboljšavaju izmjenu kisika i ugljičnog dioksida u plućima, čime se postiže bolja cirkulacija u plućima.

Vježbe donjih ekstremiteta pojačavaju tonus mišića, poboljšavaju cirkulaciju i sprečavaju trombozu, a sastoje se od savijanja i ispružanja, odmicanja i primicanja te rotacije stopala. Sestra potiče bolesnika na izvođenje tih vježbi.

Ako se tromboza razvila, bolesnik u krevetu mora potpuno

mirovati, sve aktivnosti provođenja njege obavlja medicinska sestra. Bolesni se ekstremitet stavlja u povišen položaj, osobna se higijena obavlja u krevetu, pri čemu se izbjegava i minimalan napor bolesnika. Bolesnik se ne smije naprezati ni prilikom nužde pa pažnju treba obratiti na laganu prehranu, bogatu vlaknima. Bolesni se ekstremitet NE masira!

Oprezno ustajanje

Nesvjestica je kratkotrajan gubitak svijesti. Nastaje zbog „slijevanja“ krvi u donje dijelove tijela. Često se javlja u bolesnika koji ustaju prvi put nakon dugotrajnijeg ležanja. Stoga prilikom ustajanja iz kreveta medicinska sestra savjetuje bolesnika da sjedne na rub kreveta, sa spuštenim nogama, te ga potiče na razgibavanje nogu. Ako se bolesnik dobro osjeća, uz pomoć i nadzor medicinske sestre radi nekoliko koraka oko kreveta te ponovo odmara do sljedećeg puta, kada povećava broj koraka i hoda sam.

Respiratorne komplikacije javljaju se kao posljedica smanjene ventilacije pluća, nakupljanja i zastoja sekreta te infekcija. Preveniraju se održavanjem optimalnih klimatskih uvjeta u bolesničkoj sobi i poticanjem bolesnika na duboko disanje i iskašljavanje te čestom promjenom položaja bolesnika u krevetu.

Najbolja se ventilacija pluća postiže postavljanjem bolesnika u sjedeći položaj. Promjenom položaja u vremenu od 30 minuta do 2 sata i okretanjem bolesnika na desni ili lijevi bok, postiže se bolja izmjena plinova u plućima, olakšava se i produbljuje disanje te bolesnik lakše iskašlja nakupljeni sekret.

Vježbe disanja predstavljaju važan čimbenik u sprječavanju respiratornih komplikacija i provode se svaka dva sata, radi postizanja što dubljeg izdisaja i udisaja.

Vježbe izdaha prsnog disanja provodimo kod bolesnika koji, najčešće zbog boli nakon operativnih zahvata, izbjegavaju duboko disanje.

- Bolesnika smjestimo u povišen ili sjedeći položaj.
- Položimo ruke na baze rebra bolesnika, a palce položimo uzdužno uz rebra.
- Potičemo bolesnika da polako udiše na nos i izdiše na usta.
- Potičemo bolesnika da što duže izgovara glas „sssss“ kroz stisnute zube.

Vježbe izdaha trbušnog disanja provode se u bolesnika koji boluju od plućnih bolesti. Na taj se način pospješuje ventilacija donjih dijelova pluća.

- Bolesnika smjestimo u povišen ili sjedeći položaj.
- Dlanove položimo ispod rebra, na bolesnikov trbuh.
- Potičemo bolesnika da izdahne i potom duboko udahne

kroz nos, da pritom „izbacuje“ trbuh prema naprijed, zadrži zrak sekundu, dvije te uvlačeći trbuh izdahne na usta.

Pasivne vježbe disanja u bolesnika bez svijesti provodi medicinska sestra, na način da prilikom bolesnikovog udaha podigne ruke bolesniku. Dok bolesnik izdiše, ona mu ruke spušta na prsni koš i na taj se način pojačava izdah.

Kontrakture (ukočenost zglobova) nastaju zbog prirodnih anomalija kosti i promjena u zglobovima. Različita oboljenja središnjeg živčanog sustava, neki psihički poremećaji, kronična oboljenja sustava organa za kretanje i prisilni položaj također imaju utjecaj na to da zglob postaje smanjene i ograničene gibljivosti u svim ili u samo nekim smjerovima te gubi svoju funkciju. Vježbe mišića i zglobova imaju vrlo važnu ulogu u prevenciji kontraktura.

Medicinska sestra prevenirat će nastajanje kontraktura pravilnim položajem bolesnika u krevetu:

- Bolesnik leži u krevetu na leđima, u prirodnom položaju.
- Nadlaktice su lagano odmaknute od tijela.

- Podlaktice su ispružene.
- Prsti su razmaknuti i ispruženi.
- Natkoljenice lagano odmaknute.
- Potkoljenice ispružene.
- Stopalo je u srednjem položaju.

Ako bolesnik zadobije kontrakture, liječe se uklanjanjem uzroka osnovne bolesti, uz kvalitetnu fizikalnu terapiju i kirurški zahvat.

Možemo reći da je osnovno pravilo poticanje bolesnika na rano ustajanje i što manje boravljenja u krevetu. Uz dobru volju i angažman bolesnika, ako mu zdravstveno stanje to dopušta, i uz maksimalan stručan nadzor medicinskih sestara koje provode zdravstvenu njegu i potiču na samostalnost bolesnika, komplikacije dugotrajnog ležanja svele bi se na najmanju moguću mjeru i tako bi se pridonijelo kvaliteti zdravstvene njege.

Maja Beljan, bacc.med.techn.

Zdravstvena njega pacijenta oboljelog od maligne bolesti

Nezamjenjiva uloga medicinske sestre

U prvim tjednima suočavanja sa zloćudnom dijagnozom, oboljeli i članovi njihovih obitelji proživljavaju različite osjećaje, koji se izmjenjuju iz dana u dan. Neki od njih su poricanje, ljutnja, strah, stres, bol, nedostatak samokontrole ili samopouzdanja, tuga, depresija, krivnja, usamljenost pa sve do nade u konačno izlječenje.

Što medicinske sestre u tome mogu napraviti? Za početak, treba procijeniti funkcioniranje pojedinca i utvrditi njegove psihološke, fizičke i socijalne probleme. Procjena bi trebala obuhvaćati obrasce zdravstvenog (psihofizičkog) funkcioniranja, stanje na Karnofsky skali, ECOG ljestvici i TNM klasifikaciji.

Pod obrascima zdravstvenog funkcioniranja gledamo percepciju vlastitog stanja oboljelog, kakva mu je prehrana, koliko je aktivan kroz dan, koliko sati dnevno spava, kakve su mu senzorne i kognitivne funkcije, koja mu je uloga u odnosu na druge ljude, kakva mu je seksualna aktivnost, kakvu ima toleranciju na stres, koji su njegovi sustavi vrijednosti, stavovi. Uz to treba obaviti fizikalni pregled.

Skale procjene

Karnofsky skala je procjena općeg tjelesnog stanja, gdje ocjenjujemo stanje pacijenata od 0-100%. Oboljele koji su sposobni za normalne aktivnosti i kojima nije potrebna skrb svrstavamo u:

- pacijente koji ne navode tegobe i nemaju nikakvih znakova bolesti – ocjenjujemo ih sa 100%,
- one koji mogu obavljati svakodnevne aktivnosti, ali su prisutni minimalni znakovi i/ili simptomi - ocjenjujemo sa 90%,
- one koji obavljaju aktivnosti, ali se javlja umor i prisutni su znakovi bolesti - ocjenjujemo sa 80%.

Oboljeli koji nisu sposobni za posao, živjeti sami i brinuti o većini osobnih potreba svrstavamo u:

- one koji brinu za sebe, ali ne mogu obavljati sve svakodnevne aktivnosti ili aktivno raditi – ocjenjujemo sa 70%,
- kojima je povremeno potrebna pomoć, ali mogu samostalno zadovoljiti većinu svojih potreba – ocjenjujemo sa 60%,



- koji zahtijevaju znatnu pomoć i povremeno medicinske intervencije – ocjenjujemo sa 50%.

Pacijente koji su nesposobni brinuti o sebi, kojima je potrebna hospitalizacija ili skrb u stacionarima, gdje bolest može brzo progredirati, svrstavamo u:

- onesposobljene, koji zahtijevaju posebnu medicinsku pomoć i njegu - 40%,
- teško onesposobljene, s mogućom hospitalizacijom, ali smrt ne prijeti neposredno - 30%,
- vrlo teško stanje, nužna hospitalizacija i moguć letalni ishod - 20%,
- fatalna progresija i izrazito teško stanje (terminalni pacijent) - 10%,
- smrt - 0%.

Procjena općeg stanja prema **ECOG skali** po opisu:

- 0 - normalna aktivnost,
- 1 - prisutnost simptoma, ali je oboljeli pokretan,
- 2 - u postelji manje od 50% vremena,
- 3 - u postelji više od 50% vremena,
- 4 - 100% vezan za postelju,
- 5 - smrt.

TNM klasifikacija je klasifikacija po kliničkim stadijima bolesti i tumorskoj lokalizaciji, gdje je **T**-primarni tumor, **N**-zahvaćenost okolnih limfnih čvorova i **M**-udaljene metastaze.

Sestrinske dijagnoze

Prve normalne reakcije na spoznaju o bolesti jesu šok i nevjeric, strah od patnje i boli, strah od moguće smrti, gdje oboljeli ponovno traže vjeru u Boga, ljutnju i žalost. Procese liječenja i oporavak općenito bolje podnose pacijenti koji su optimistični i nadaju se da će ozdraviti, i tu je uloga medicinskog osoblja iznimno važna, da bi se spriječili ili umanjili psihološki problemi, od kojih su najčešći depresija i anksioznost. Još jedan vrlo važan, ako ne i najvažniji čimbenik u skrbi za pacijenta jest obitelj,

posebno bitna u pacijentovoj prilagodbi na dijagnozu. Treba ukazati oboljelima i obitelji na važnost otvorene komunikacije, da i članovi obitelji iskažu strahove, zabrinutost, anksioznost i očekivanja vezana za malignu bolest, kako bi se smanjila napetost unutar obitelji. Potrebno je omogućiti oboljelom da sudjeluje u aktivnostima koliko god može i želi, a pružiti mu pomoć u aktivnostima koje je prije obavljao, a trenutno ne može. Medicinska sestra također je važna u edukaciji i uključivanju članova obitelji i pružanju pomoći oboljelom pri obavljanju svih njegovih potreba.

Sestrinske dijagnoze s kojima se susrećemo jesu:

- smanjena mogućnost brige o sebi,
- smanjeno podnošenje napora,
- umor,
- visok rizik od oštećenja sluznice usne šupljine,
- bol,
- smanjen unos hrane,
- rizik od oštećenja kože,
- rizik od nastanka infekcija,
- promjena tjelesnog izgleda (alopecija, kolostoma, ileostoma, nefrostoma),
- visok rizik od nastanka krvarenja,
- mučnina i povraćanje,
- žalovanje zbog skorog gubitka u obitelji / prijatelja,
- anksioznost,
- depresija,
- visok rizik od poremećaja seksualne funkcije,
- poremećaj seksualne funkcije zbog penektomije, radikalne cistektomije, prostatektomije.

Sve je nježnije

Kod **alopecije** (gubitka kose) treba oboljelog u početku obavijestiti o stanju i trajanju gubitka kose. Podučiti se oboljelog i obitelj o njezi vlasišta i zaštiti kose koja počinje rasti. Također valja istaknuti važnost upotrebe blagih šampona i regeneratoara, rjeđeg pranja kose, izbjegavanja električnih sušila za kosu i pretjeranog češljanja. Kod potpunog nedostatka kose mogu se koristiti šeširi, marama i prikladne perike.

Kod **oštećenja kože** najčešće se javljaju urtikarije, hiperpigmentacije, hiperkeratoza, ulceracije i osjetljivost na sunce. Oboljelog treba educirati o mogućnosti pojave kožnih promjena, koje se mogu izbjeći tako da se ne izlažu direktnom suncu, jer se opekline mogu javiti i nakon kratkog izlaganja, pa treba ozračeno područje potpuno zaštititi, i to ne samo od sunca, već i od vjetra i hladnoće. Da bi se izbjegla oštećenja, potrebno je izbjegavati i bilo kakve invazivne zahvate na ozračenom području, primjenu toplih ili hladnih sredstava na koži; ozračeno područje treba prati mlakom vodom i neutralnim sapunima i po potrebi koristiti kortikosteroidne kreme.

Kad je riječ o riziku od nastanka **oštećenja sluznice usne šupljine**, pacijenti ga mogu izbjeći ako zube peru mekanim četkicama i ispiru usnu šupljinu antiseptičkim otopinama. Važno je pregledavati stanje usne šupljine i uočavati bilo kakve promjene da se može brzo reagirati korištenjem antigljivične terapije i sl. Konzumacijom barem 2 l vode dnevno i balansiranom prehranom, koja ne iritira i ne može izazvati traume sluznice, može se dosta dobro spriječiti oštećenje.

Rizik od nastanka **krvarenja** mora se smanjiti na minimum jer to može direktno ugroziti život oboljelog. Potrebna je redovita kontrola krvne slike, posebice trombocita i hemoglobina, praćenje stanja pacijenta i uočavanje promjena koje ukazuju na krvarenje (petehije, ekhimoze, modrice i krv u izlučevinama). Oboljeli treba biti educiran o tim znakovima jer je izrazito važno njihovo rano uočavanje, sprječavanje trauma, a treba ga uputiti liječniku ako je krvarenje jačeg intenziteta ili ne prestaje. Treba pratiti pojavu produljenog krvarenja iz manjih posjekotina, vagine, rektuma i uretre, održati integritet kože i sluznice usne šupljine, gastrointestinalnog trakta, gornjeg respiratornog trakta i sluznice urogenitalnog trakta. Pacijente se mora savjetovati da izbjegavaju napore, lijekove koji potiču ili produžuju vrijeme krvarenja. Treba održati optimalan način prehrane (visokoproteinska i visokokalorična prehrana), izbjegavati intramuskularne injekcije i smanjiti učestalost venepunkcija.

Pacijent se mora pratiti i zato da bi se uočili prvi znakovi **infekcija** pa se prate funkcije urogenitalnog, respiratornog i probavnog trakta. Neke su od najznačajnijih stvari održavanje osobne higijene, higijene sluznice usne šupljine, održavanje integriteta sluznice debelog crijeva i redovito pranje ruku. Oboljeli se moraju zaštititi od potencijanih izvora infekcije tako što će izbjegavati osobe koje su u infektu, koje su nedavno cijepljene živim cjepivom, treba izbjegavati dodir sa životinjskim izmetom, izvore ustajale vode, hladne nereske, sirova jaja i sl. Kod rada s oboljelima, medicinsko osoblje obvezno mora koristiti zaštitne rukavice i redovito prati ruke, pridržavati se aseptičnih metoda rada kod svih postupaka, a posebno u slučaju primjene urinarnog katetera, pri venepunkciji, postavljanju intravenskih kanila i pri njezi pacijenta s postavljenim centralnim venskim kateterom. Oboljelog se po potrebi može izolirati u sterilnu jedinicu. Ne smiju se primjenjivati virusna cjepiva kod pacijenata na imunosupresivnoj terapiji, treba uzimati uzorke za mikrobiološke pretrage i kod pojave infekcije po potrebi primijeniti i antibiotik. Tjelesnu temperaturu treba snižavati fizikalnim metodama, primjenom antipiretika.

Bez parfema i jakih mirisa

Mučnina i povraćanje ne javljaju se uvijek i kod svih, ali pacijenta na to treba upozoriti. Česta je upotreba antiemetika ako tegobe ne prestaju. Pomaže ako uzimaju hladnu hranu ili posluženu na sobnoj temperaturi jer se lakše podnosi i ima

blaži miris, a tekuće dijetne hrane smanjuju mučninu. Također se preporučuje lagana hrana, poput pire-krumpira, krepera, dvopeka... Dobro je izbjegavati slatku, masnu i jako začinjenu hranu, kao i hranu s jakim mirisima, jake parfeme, mirise za prostor, prizore i zvukove koji mogu potaknuti mučninu. Zadatak je medicinske sestre kod pacijenata s tim problemima i praćenje pojave mučnina, bilježenje unosa tekućine, održavanje higijene usne šupljine i pomaganje pacijentu.

Promjena tjelesnog izgleda oboljelih nešto je na što se oni teško privikavaju. Najčešće su promjene: petehije, modrice, alopecija, kušingoidni izgled, ocrtavanje od zračenja, mastektomija, kolostoma i nefrostoma. Oboljelog treba educirati o mogućim posljedicama liječenja i o načinima kako ublažiti te posljedice, o tome koliko će one trajati i kako umanjiti vidljivost posljedica. Dobar način nošenja s bolesti jest uključivanje oboljelog u grupe samopomoći osoba oboljelih od malignih bolesti i korištenje protetskih i ortotskih pomagala.

Prva faza bolesti je vrijeme postavljanja dijagnoze i akutnog emocionalnog stresa, a druga je faza radioterapije i kemoterapije, koje uključuju dugotrajno liječenje i praćenje stanja pacijenta. Čak 20-25% oboljelih boluje od neke pridružene psihičke bolesti i potrebna im je stručna pomoć.

Nezaobilazna je i neizmjereno važna uloga koju pozitivan stav i podrška okoline imaju u životu oboljelih, kako za nošenje s bolešću, tako i u samom procesu liječenja.

Natalija Žanetić Car, med. sestra



Higijena usne šupljine kod onkoloških pacijenata

Posebno osjetljivo područje

Briga za oralno zdravlje i provođenje oralne higijene ključni su kod onkoloških pacijenata. Dobrom motivacijom, suradljivošću pacijenata i redovitim provođenjem mjera oralne higijene imat ćemo pozitivan dugoročan učinak.

Uzimajući u obzir oralne komplikacije koje se javljaju zbog kemoterapije i radioterapije, vrlo je važno poduzeti sve mjere kako bismo umanjili njihove popratne pojave i time poboljšali kvalitetu života onkoloških pacijenata. Stomatološki pregled i oralno zbrinjavanje prije početka terapije trebali bi biti prioritetni. Idealno bi bilo da se stomatološki pregled i sanacija obave mjesec dana prije početka onkološke terapije. Tijekom provođenja stomatološke terapije pacijent će dobiti upute o pravilnom održavanju oralne higijene, kao i o korištenju preparata za njegu tijekom terapije i nakon nje.

Samo meka četkica

Najčešće komplikacije koje se javljaju tijekom terapije jesu: mukozitis, suha usta, oralne infekcije, krvarenja, gubitak osjeta okusa, trizmus, radijacijski karijes, nekroza mekih tkiva... Popratni učinci terapije mogu biti neugodni i bolni za pacijente, no ako smo prije početka terapije uputili pacijenta u pravilno provođenje oralne higijene, takve se neugodnosti mogu umanjiti i time olakšati daljnji tijek terapije.

Važno je naglasiti da je potrebno poslije svakog obroka oprati zube, i to s ekstretnom ili ultramekom četkicom (koje se mogu dodatno omekšati u toploj vodi). Ako je čišćenje zubi bolno, možemo usnu šupljinu ispirati topikalnim anestetikom ili gelom protiv boli prije pranja zubi, no ako je i dalje bolno, naslage u prvo vrijeme možemo uklanjati i gazom umočenom u otopinu sode bikarbone i natrijevog klorida. Svaki drugi dan nakon pranja zubi treba primijeniti gel za zaštitu zuba od karijesa (npr. Amin-fluorid gel). Korištenje interdentalnog konca ili interdentalne četkice (određeno prema individualnom interdentalnom prostoru), ako nam to zdravstveno stanje dopušta, treba biti svakodnevno. Dva puta dnevno po minutu potrebno je ispirati usta otopinom klorheksidina, i to 2%-tnom, radi sprječavanja upale sluznice usne šupljine. Za sada, prema preporukama American Dental Association u SAD-u, kao učinkovito sredstvo za redukciju plaka odobren je samo klorheksidin i Listerine. Klorheksidin - diglukonat (CHX) smatra se najboljim antimikrobnim sredstvom, djeluje bakteriostatski ili baktericidno, ovisno o koncentraciji, ima širok antibakterijski spektar, dobro prianja na sluznicu i površinu zuba, a nakon njegove primjene ne dolazi do promjene u sastavu bakterijske flore usne šupljine.

Ako tijekom kemoterapije dođe do pada trombocita ispod $50\,000\text{ mm}^3$ i neutrofila ispod $1\,000\text{ mm}^3$, savjetuje se prekinuti čišćenje zuba i korištenje interdentalnih pomagala dok se krvna slika ne normalizira. U to vrijeme potrebno je zube čistiti vatom ili gazom namočenom u klorheksidin glukonat (0,12%).

Terapija isušuje usta

Onkološki pacijenti trebaju izbjegavati tekućine za ispiranje usta koje sadrže alkohol i vodikov peroksid jer isušuju usta i djeluju iritativno, a dugotrajnom upotrebom mogu uništiti oralnu floru.

Jedna od popratnih pojava radioterapije jest i smanjeno izlučivanje sline, ali i osjećaj suhoće usta. Gutanje u takvim uvjetima postaje iznimno teško i neugodno. Znamo da je slina bitna za usta jer ih vlaži, čisti i pomaže kod probavljanja hrane, a sprečava i infekciju kontrolom nad bakterijama i gljivicama koje se redovito nalaze u ustima. Da bismo potakli izlučivanje sline, savjetovat ćemo upotrebu guma za žvakanje, bombona bez šećera i blago kiselih napitaka. Ako je suhoća izražena i nije moguće potaknuti izlučivanje sline, preporučuje se upotreba pripravaka umjetne sline (npr. Glandosan, Oral Balance, Salium). Pomoć u nadoknadi sline može biti i čaj od korijena bijeloga sljeza.



Higijena proteza također iziskuje svakodnevnu njegu, odnosno čišćenje i namakanje u antimikrobnim tekućinama. Kada su izvan usta, potrebno ih je držati u čistoj vodi. Protetski adhezivi ne smiju se upotrebljavati.

Važna je i briga o prehrani. Preporučuje se mekana hrana, koja se može lako sažvakati i koja neće ozlijediti sluznicu. Treba izbjegavati tvrdu i jako začinjenu hranu koja nadražuje sluznicu. Treba osigurati dovoljnu količinu voća i povrća i unos tekućine u količini ne manjoj od 1,5 do 2 litre dnevno, a izbjegavati alkoholna pića, kavu, crni čaj, zeleni čaj i zaslađene napitke.

Za bolju kvalitetu života

Kako bismo postigli bolju kvalitetu života onkoloških bolesnika, a to nam je primarni cilj, naglasak treba staviti na edukaciju i pripremu pacijenata u provođenju oralne higijene kao osnove za smanjenje oralnih komplikacija. Redovitim pregledima, stomatološki tim treba uočiti i riješiti probleme, kao što su upale, frakturirani zubi ili ispune, parodontne bolesti koje mogu povećati pojavu oralnih komplikacija kada terapija započne. Dobrom suradnjom s pacijentom moguće je prevenirati i umanjiti komplikacije koje su za pacijenta neugodne i bolne.

Gordana Hefler, bacc.med.techn.

Fizioterapija kod upale pluća

Medicinske vježbe disanja

Osvješćivanjem disanja i vježbama pravilnog disanja kroz svakodnevnicu možemo spriječiti, umanjiti te otклонiti mnoge zdravstvene tegobe i probleme.

Disanje spada u najvažnije funkcije našega tijela, a o njemu tako malo vodimo brigu! Poznata nam je činjenica da bez zraka čovjek može živjeti svega nekoliko minuta. O disanju uopće ne razmišljamo jer je disanje spontani, nesvjesni, ritmički mehanički proces. Zapitamo li se ikada što činimo za svoje zdravlje i hranimo li mozak i sva tkiva s dovoljno kisika, a što je moguće jedino putem disanja?

Dovoljno kisika u tijelu stvara prirodni imunitet organizma, dok manjak kisika smanjuje prirodni imunitet, zbog čega dolazi do raznih bolesti i skraćenja životnoga vijeka. Zato je dišna fizioterapija od vitalnog značenja za zdravo življenje.

Za brže izlječenje

U najteže bolesti pluća spada upala pluća, zbog koje mogu nastati razne komplikacije. To nam govori o tome koliko je dišna fizioterapija važna za sprječavanje nastanka upale pluća i njenih komplikacija, bez obzira na to da li se radi o **primarnoj upali pluća** kod zdravih osoba u svakodnevnim životnim aktivnostima ili o **sekundarnoj upali pluća**, koja nastaje kao komplikacija drugih bolesti, npr. akutnih infekcija dišnih putova, ili kod oslabljenog imuniteta zbog kroničnih bolesti, npr. zloćudnih bolesti.

Kod nepokretnih ili polupokretnih bolesnika utjecaj dišne fizioterapije visoko je značajan jer sprječava nastanak **hipostatske upale pluća**, koja nastaje zbog neaktivnosti tijela, odnosno kada je osoba ovisna o tuđoj pomoći u aktivnostima dnevnoga života, bez obzira na stanje svijesti bolesnika. U tom slučaju važna je rana rehabilitacija - mobilizacija i vertikalizacija bolesnika.

Svakako je važna informacija da osobe oboljele od vanbolnički ili bolnički stečene upale pluća mogu završiti u jedinicama intenzivnog liječenja, na neinvazivnoj ventilacijskoj potpori (koja je

postala neizostavni dio i standard u liječenju bolesti dišnoga sustava, gdje fizioterapeut zauzima značajnu ulogu) ili na mehaničkoj ventilaciji uz pomoć respiratora.

Važno je znati da se dišna fizioterapija ne smije provoditi za vrijeme upale pluća! S vježbama disanja i ostalim fizioterapeutskim postupcima smije se započeti kada je bolesnik u fazi rekonvalescencije, odnosno u fazi oporavljanja. Dubokim disanjem pojačavamo protok limfe, što ubrzava izbacivanje štetnih tvari iz organizma i time jača imunitet.

Program vježbanja ovisi o više faktora – o postojećem zdravstvenom stanju, stadiju oporavljanja od upale pluća, posto-



janju komplikacija prouzročenih bolešću, navici vježbanja prije bolesti, o liječenju, razini aktivnosti trenutnog posla i osobnim željama bolesnika.

Snaženje dišnih mišića

Pluća su paran organ za disanje, smješten u prsnoj koži. Štite ih rebra, kralježnica i prsna kost. Pluća nemaju mišića. Zrak ulazi pomoću dišnih mišića, koji se vežu za koštane strukture grudnog koša.

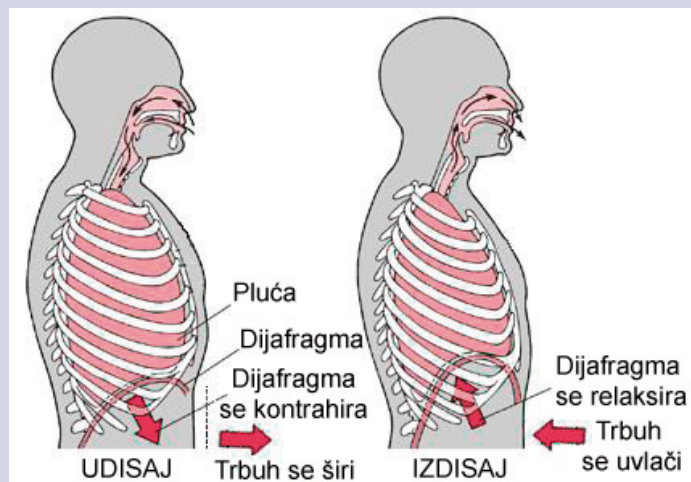
Glavni mišići čija je uloga udah jesu dijafragma (ošit) i vanjski međurebreni mišići. Iz tog je razloga neophodna dišna fizioterapija, kako bi mišići bili dovoljno jaki da pomognu plućima u pravilnom izvršavanju njihove funkcije.

Upale pluća često nastaju upravo zbog smanjene aktivnosti dišnih mišića.

Od ostalih intervencija fizioterapeuta u svrhu prevencije i liječenja upale pluća, uz medicinske vježbe disanja, provode se vježbe relaksacije, medicinska gimnastika, drenažni položaji, kako bi se spriječilo nakupljanje i olakšalo odstranjivanje sekreta iz dišnih putova, mobilizacija prsnoga koša šakama ili raznim pomagalicama (mehanički vibratori, zračni prsluci), uporaba pomagala za disanje (Acapella, incentivna spirometrija, tzv. "Coach" spirometar), mobilizacija tijela u krevetu, vježbe posjedanja u/na krevetu i vježbe hodanja.

Acapella je uređaj koji kombinira pozitivnu izdisajnu tehniku disanja i vibraciju dišnih putova u svrhu mobilizacije sekreta. Prednosti su mu da se može koristiti u svim položajima bolesnika, neovisno o sili gravitacije, uz lako individualno podešavanje otpora pri vježbanju te mogućnost udisanja i izdisanja bez uklanjanja uređaja iz usta.

Incentivna spirometrija je tehnika dizajnirana da oponaša prirodno udisanje. Postiže se pomoću uređaja koji omogućuju bolesnicima vizualnu informaciju pri udisaju, koji bi trebao biti minimalno tri sekunde. Namijenjen je poticanju dubokoga disanja. Cilj je incentivne spirometrije poboljšati rad udisajnih mišića.



Programi dišne fizioterapije u preventivnoj ulozi i u ulozi liječenja upale pluća utječu na poboljšanje kvalitete života, smanjenje simptoma, sprječavanje pogoršanja bolesti te na osposobljavanje bolesnika za normalno funkcioniranje u životu do maksimalne mogućnosti.

Korisni savjeti za pravilno disanje

- Pravilno disanje izvodi se tako da se udiše na nos, a izdiše na usta. Ako nosni kanali nisu prohodni, posavjetujte se s liječnikom.
- Disanje koje potiče zdravlje i poboljšava kvalitetu života sporo je i duboko – osvijestite vlastito disanje!
- Potrebno je zauzeti najudobniji relaksirajući položaj tijela.
- Osnovno je pravilo naučiti upotrebljavati glavne mišiće za udah, tzv. trbušni tip disanja (dijafragmalno disanje) i prsni tip disanja (kostalno disanje).
- Ispravan način vježbanja disanja znači koristiti puni kapacitet pluća (udisati iz trbuha). Izdisati treba polako i koncentrirano, izgovarajući kroz skupljene usnice slovo „Š“, „S“ ili „F“. Taj zvučni fenomen ima više značenja: koncentrira bolesnikovu pažnju na trajanje izdisaja (koje treba biti duže od udisaja), osoba koja vježba s pacijentom kontrolira slušanjem da li se vježba izvodi ispravno i, najbitnije, time se stvara otpor za vrijeme izdaha, dolazi do protupritiska u dišnim putovima i oni ostaju otvoreni, čime se postiže bolja opskrba tijela kisikom.
- Pri udahu truh se mora polako izbočiti prema van, a pri izdahu se vraća prema kralježnici. Isto pravilo vrijedi i za prsni tip disanja, gdje se pri udahu prsa trebaju odizati prema van, dok se pri izdahu vraćaju u prvobitnu poziciju.
- Bitno je znati da nije dovoljno napuniti pluća kisikom, već i postići da kisik iz pluća dođe do svake stanice tijela.
- Vježbe disanja mogu se izvoditi u ležećem položaju, polusjedećem položaju, sjedećem položaju, stojećem položaju, u zatvorenom prostoru, pored otvorenoga prozora, u otvorenom prostoru, pored mora, u planinama.
- Učestalost i trajanje vježbi disanja – pristup vježbi je individualan. Vježba se tri puta dnevno po 10–15 minuta, postepeno povećavajući trajanje vježbi i do 20 minuta. Kada se vježbe savladaju, trajanje vježbi može se smanjiti i na pet minuta dva puta dnevno.
- Poželjno je vježbati doživotno!

Mala škola medicinskih vježbi disanja

1. Vježbe u ležećem ili sjedećem položaju

- Legnite na leđa ispruženih ruku i nogu ili sjednite tako da vam leđa budu u ravnom, uspravnom položaju. Važno je da površina na kojoj ležite ili sjedite bude čvrsta i stabilna. Dlanove položite na truh (pupak). Kako biste postigli pravilno disanje, polako udišite na nos, a pri tome neka vam se truh podiže (truhom nježno gurajte dlanove prema gore). Još polakše izdišite kroz usta, izgovarajući kroz zube slovo „S“ i gurajući truh dlanovima prema unutra.
- Sada dlanove postavite na donji dio prsnoga koša, u području donjih rebara. Polako i duboko udišite na nos dok se područje pod vašim rukama puni zrakom. Izdahnite na usta,

izgovarajući kroz zube slovo „S“, a dlanovima lagano pritišćite donji dio rebra tako da sav zrak što polakše i duže izdišete.

Povezivanje trbušnog i prsnog načina disanja:

- ➔ Dlan jedne ruke smjestite na sredinu trbuha, a dlan druge ruke položite na donji dio prsne kosti. Udahom na nos ispunite zrakom trbuh, zatim prsni koš te izdahom kroz usta istim redoslijedom izdišite zrak van.

2. Vježbe u stojećem položaju

- ➔ Zauzmite raskoračan stav tako da su vam stopala u širini ramena. Ruke se nalaze uz tijelo. Udahom na nos lagano širite ruke bočno prema gore dok ne budu u položaju paralelno s glavom. Izdahom na usta vratite ruke u početni položaj.
- ➔ Ponovite prethodnu vježbu, ali tako da ruke odižete ravno ispred sebe.

Najvažnije je kod udaha obratiti pažnju na odizanje trbuha / prsnog koša, ovisno o tipu disanja koji vježbate, te da izdišete dovoljno polako i koncentrirano da se sav zrak izbaci iz pluća (izdah uvijek mora biti duži od udaha).

Vježbe disanja izvode se ujutro, neposredno nakon ustajanja (na prazan želudac) te u popodnevnom terminu (najmanje dva puta dnevno)! U početku krenite s pet ponavljanja za svaki tip vježbe, svakodnevno povećavajući broj za jedan dok ne dosegnete broj od 10 ponavljanja dnevno.

Redovitim i pravilnim izvođenjem vježbi disanja pospješujete i učinak vaše eventualne terapije lijekom koji inhalirate!

Korisno je upamtiti

Dišna fizioterapija usmjerena je na edukaciju, motivaciju, prevenciju, smanjenje komplikacija i liječenje upale pluća. Potreban je stručni nadzor fizioterapeuta koji ima znanje, vještine i kompetencije, bilo da se dišna fizioterapija provodi u kućnim ili bolničkim uvjetima. Primjena u praksi kvalitetne, ciljane i pravovremene dišne fizioterapije od značajne je važnosti jer određuje tijek i brzinu što bezbolnijeg oporavka bolesnika, posebno kod imunitetno oslabljenih osoba.

Poučavanje pacijenata o pravilnom disanju i o svakodnevnoj umjerenoj fizičkoj aktivnosti, kao i o uređenju njihovih radnih okruženja, čime se preventivno djeluje na sprječavanje dišnih bolesti, smatra se bitnom ulogom fizioterapeutske posla.

Učenjem medicinskih vježbi disanja omogućuje se što raniji aktivni doprinos osobe za vlastito zdravstveno stanje, što u konačnosti dovodi do poboljšanja kvalitete življenja. Ciljani programi dišne fizioterapije važni su u svim dobnim i populacijskim skupinama.

Potaknuti i poboljšati vlastito disanje možete zviždanjem ili pjevanjem.

Izaberite zdrav stil života!

Koračajte kroz život punim plućima!

Tatjana Marinac, dipl. physioth.

Uloga medicinske sestre u hitnoj medicinskoj službi

Spas u zadnji čas

U hitnoj medicinskoj službi rad medicinskih sestara i tehničara vrlo je težak. Potrebni su znanje i vještine, a posebno odgovornost.

To se naročito odnosi na rad u izvanbolničkom zbrinjavanju. Godinama radimo u djelatnosti hitne službe i kroz rad učimo i stječemo znanja. Takva su znanja vrlo vrijedna, ali nisu dovoljna.

Medicinske sestre i tehničari školovani su za provođenje postupaka zdravstvene njege, a u ovom slučaju zdravstvene njege iz područja hitne medicinske pomoći. Kroz dodatno usavršavanje stječu veću kompetenciju za provođenje specifičnih postupaka po propisanom protokolu.

Sestra budno pazi

Akutni infarkt miokarda dolazi zbog naglog prekida protoka krvi kroz koronarne arterije. One opskrbljuju srčani mišić kisikom i hranjivim tvarima te dolazi do odumiranja jednog dijela srčane stijenke – tzv. ishemije. Narednih sati dolazi do raspadanja



područja okolnoga tkiva te taj dio postaje crvenkastoljubičast, a potom siv. Mišićne se niti u zoni infarkta raspadaju i rastvaraju. Nakon nekog vremena nastaje ožiljak koji je tanji od okolnoga mišićnog tkiva.



Česti uzroci infarkta miokarda mogu biti:

- 5xH: hipoksija, hipovolemija, hiper/hipokalemija, hiper/hipocalcemija, hipotermija,
- 4xT: tamponada srca, toksini – intoksikacija, tromboembolija, tenzijski pneumotoraks.

Dolaskom pacijenta u ambulantu sestra mora znati prepoznati znakove akutnog infarkta miokarda (AIM), a to su dispnea (otežano disanje), bljedoća lica, preznojenost, bol koja može biti različito lokalizirana (u rukama, žličici, vratu sa širenjem u čeljust); mogu se javiti mučnina, povraćanje, pa i proljev. Potrebno je odmah obavijestiti liječnika. Do dolaska liječnika sestra mjeri tlak, zasićenost kisikom i stavlja pacijenta na kisik. Liječnik postavlja dijagnozu. Ako se doista radi o AIM, sestra osigurava venski put i snima EKG. Liječnik određuje terapiju koju sestra provodi. Treba osigurati smanjenje srčanoga rada - pacijenta poleći i reći mu da miruje, ne smije hodati niti se naprezati; umiriti pacijenta i reći mu da se nalazi u dobrim rukama i pripremiti pacijenta za transport u bolnicu. U transportu se mjere vitalni znakovi. Ako je pacijent stabilan, mjere se svakih 15 minuta, a ako je nestabilan, onda svakih pet minuta. Pacijent cijelo vrijeme mora biti na monitoru. Za sestru je važno da zna uočiti pogoršanje stanja i promjene ritma, npr. ventrikularnu tahikardiju s pulsom ili bez pulsa ili ventrikularnu fibrilaciju.

Posebno je važno da sestra zna koji je ritam za defibrilaciju. Ako se uoči neki od tih ritmova, zamoli se vozač da zaustavi vozilo i dođe straga u slučaju da treba pomoći pri reanimaciji. Liječnik koordinira reanimaciju.

Reanimacija srčanog bolesnika često je potrebna i njezinu abecedu mora znati svaki zdravstveni djelatnik. To je ABC pristup:

- A (airway=dišni putovi): osigurati prohodnost dišnih putova,
- B (breath=disanje): odmah uspostaviti disanje pomoću tzv. ambu - balona ili ventilatora, ako ga imate u vozilu i
- C (circulation=krvotok) vanjskom masažom što prije pokrenuti rad srca i time omogućiti cirkulaciju krvi.

Spašavanje gologa života

Ako pacijent ne reagira, treba otvoriti dišni put. Sestra stavlja orofaringealni tubus - to je zakrivljena plastična cijev s otvorima na obje strane. Otvor je na jednoj strani obrubljen plosnatim prstenom koji priliježe na usnice da tubus ne upadne u usnu šupljinu. Iza toga cijev je ojačana i otporna na zagriz. Orofaringealni tubus smatra se osnovnim pomagalom za održavanje prohodnosti dišnih putova.

Ako iz bilo kojeg razloga ne možemo postaviti orofaringealni tubus, postavlja se nazofaringealni tubus. Za to nam je potrebna zaštitna oprema, mazivo topivo u vodi, aspirator s tvrdim kateterom za aspiraciju. Veličina tubusa određuje se za svakog pacijenta posebno, tako da se mjeri od vrha nosa do ušne resice. Nazofaringealni tubus ne postavlja se ako postoji otpor, jer se ne smije uvoditi nasilu.

Kad je postavljen jedan od tubusa, počinje se s upuhivanjem pomoću ambu - balona. Cijelo vrijeme izvodi se vanjska masaža srca.

Endotrahealnu intubaciju izvodi liječnik, a medicinska sestra ili tehničar moraju znati postupak da bi pomogli pri intubaciji. Endotrahealni tubus omogućava potpuni nadzor nad dišnim putovima i direktnu ventilaciju pluća.

Pokušaj endotrahealne intubacije može trajati 30 sekundi. Cijelo vrijeme potrebno je provoditi vanjsku masažu srca. Jedino se prestaje pet sekundi kod uvođenja tubusa u traheju.

Vanjska masaža srca izvodi se frekvencijom 100/min bez pauze za ventilaciju te utiskujući prsni koš 4-5 cm. Pluća se ventiliraju s 10 udaha u minuti. Liječnik provjerava ritam za defibrilaciju. Na mjesto postavljanja elektroda stavlja se mala količina elektrogela (tvari koja dobro provodi električnu energiju), elektrode se čvrsto prislone na grudi. Nakon izbora jačine elektrošoka uključi se punjenje te isporuči strujni udar. Svi sudionici reanimacije moraju biti van doticaja s bolesnikom i s krevetom da ne bi došli u izravni doticaj sa strujom, a svi izvori kisika moraju se ukloniti, zbog iskrenja prilikom isporuke elektrošoka. Proveđe se defibrilacija. Odmah se nastavlja vanjska masaža srca. Nakon uspješno izvedene defibrilacije i kad je pacijent stabiliziran, odvozi se u bolnicu. Predaje se uz dokumentaciju svega što je napravljeno.

Lidija Polić, dr.med.



Dramatični napadaji

Febrilne konvulzije najčešće su definirane kao napad grčeva - konvulzija zbog naglog porasta temperature, a nisu uzrokovane intrakranijalnom infekcijom.

Javljaju se u ranom djetinjstvu, u dobi od tri mjeseca pa do pet godina, kod djece s normalnim psihomotornim razvojem. Febrilne konvulzije javljaju se u 2-4% populacije. Učestalost njihove pojave nešto je veća kod dječaka te kod djece u čijoj je obitelji netko u djetinjstvu također imao febrilne konvulzije. Uzrokovane su naglim porastom tjelesne temperature preko 38,5°C, najčešće u samom početku bolesti, odnosno u prvih 24 sata od pojave povišene temperature. Febrilne konvulzije mogu se javiti iznenadno, dok roditelji još nisu svjesni da je dijete febrilno, što djeluje posebno zastrašujuće. Nagli porast tjelesne temperature pri kojem se mogu javiti febrilne konvulzije većinom je uzrokovan virusima, a puno rjeđe bakterijama. Visoka temperatura često se javlja uz respiratorne i urinarne infekcije te crijevne viroze. Bitno je istaknuti da konvulzije ne uzrokuje sama bolest, već nagli porast temperature koji je prati.

Jednostavne i složene

Febrilne konvulzije dijele se na tipične (jednostavne) i atipične (složene) te je njihovo razlikovanje vrlo važno kako bi se ispravno pristupilo liječenju i daljnjim prognozama.

Tipične febrilne konvulzije javljaju se od navršene prve do četvrte godine, i obično se u toj dobi jave samo jedan do dva napadaja. Napadaj se javlja kod tjelesne temperature preko 38°C te traje do 15 minuta. Dijete ima normalan neurološki status prije i poslije napadaja te mu je EEG poslije napadaja uredan. Tipične febrilne konvulzije manifestiraju se kao generalizirani toničko-klonički grčevi i ne ostavljaju posljedice na mozak djeteta. Dugoročna prognoza bolesti je optimistična. Samo kod 5% djece razvije se epilepsija u kasnijoj dobi. Ako nisu zadovoljeni svi kriteriji tipičnih febrilnih konvulzija, onda govorimo o atipičnim febrilnim konvulzijama, koje imaju nešto drugačiju prognozu.

Kod **atipičnih febrilnih konvulzija** mora biti zadovoljen barem jedan od sljedećih kriterija:

- javljaju se tijekom prve godine ili nakon navršene četvrte godine,
- uzrokuje ih temperatura niža od 38°C,
- napadaji traju više od 15 minuta,
- tri ili više napadaja u tipičnoj dobi,
- neurološki status djeteta prije ili poslije napadaja nije uredan,

- EEG u djeteta nakon napadaja abnormalan je.

Atipične febrilne konvulzije češće se manifestiraju kao toničke, atoničke, fokalne i unilateralne konvulzije, a djeca koja ih dožive imaju 20-30% rizika od razvoja epilepsije u kasnijoj dobi.

Kako izgleda napadaj

Napadaj febrilnih konvulzija nastupa naglo i dramatično. Dijete najčešće izokrene oči i fiksira pogled u jednu točku, izgubi svijest i trza se cijelim tijelom, uz hroptanje i moguće plavilo oko usta. Uz to, dijete može na duže trenutke prestati disati, što roditeljima koji ne znaju o čemu se radi izgleda kao da dijete umire. Ponekad se dijete počne jako znojiti ili sliniti, a može se javiti i povraćanje, zbog čega je bitno postaviti dijete u bočni položaj. Vrlo je važno liječniku dobro opisati što se dogodilo, kako bi mogao što bolje utvrditi o kakvim se konvulzijama radi.

Znate li sniziti temperaturu?

Roditelji često nisu upoznati s postojanjem i izgledom febrilnih konvulzija, a u naletu visoke temperature nisu dovoljno sabrani da učinkovito snize temperaturu djetetu. Neke roditelje je strah rukovati toplomjerom ili smatraju da je dijete prenemirno za mjerenje temperature. Također, roditelji često nisu sigurni koliko lijeka trebaju dati. Tako nenamjerno daju manje, neučinkovite doze antipiretika, kojima ne uspijevaju sniziti temperaturu djetetu. Zadatak je pedijatra i pedijatrijske sestre da roditelje osvijeste o tome kako se mjeri temperatura, zašto je to važno i što je uopće povišena temperatura. Roditeljima treba objasniti kako se primjenjuju antipiretici, tj. lijekovi za snižavanje temperature, i koje su fizikalne metode snižavanja temperature kako bi znali samostalno i ispravno postupati u slučaju povišene temperature kod djeteta.





Ukratko, potrebno je pratiti znakove koji upućuju na bolest, kao i temperaturu. Ako je izmjerena temperatura preko 38°C, potrebno je:

- ostati s djetetom kod kuće i mjeriti dalje temperaturu,
 - voditi računa o tome da dijete pije dovoljno tekućine,
 - raskomotiti dijete, odjenuti mu laganu odjeću.
- Poraste li temperatura iznad 38,5°C, postupak je sljedeći:
- daju se čepići ili sirup paracetamola,
 - ako temperatura i dalje ne pada, primjenjuju se oblozi od mlake vode ili kupke u mlakoj vodi,
 - djeci koja su prethodno imala febrilne konvulzije treba energično snižavati povišenu temperaturu već pri temperaturi od 38°C.

Ne paničariti!

Ako dijete, unatoč mjerama snižavanja povišene tjelesne temperature, dobije napadaj, ne treba ga sputavati, već ga treba raskomotiti. Uz to, treba poduzeti mjere snižavanja temperature, kao što su davanje čepića paracetamola i stavljanje obloga od mlake vode, kako bi se temperatura što brže snizila. Djetetu je potrebno osloboditi dišne puteve i postaviti ga na bok kako ne bi aspiriralo u slučaju povraćanja. Napadaj često traje kratko i dijete svakako nakon toga treba odvesti liječniku. Kako se većina

roditelja uspaniči, krenu liječniku odmah, a napadaj se zaustavi već na putu prema bolnici. Ako se napadaj ne zaustavi putem, već je prisutan i kod prijema, napadaj se prekida medikamentima. Najčešće se u tu svrhu rektalno primjenjuju klizme diazepama.

Nakon što se napadaj prekine, potrebno je utvrditi uzrok povišene temperature. Liječnik će dijete zadržati na promatranju zbog pretraga i rizika od ponavljanja napadaja. Obvezno se analiziraju krv i urin, a dijete pregledava neuropedijatar. U pravilu bi se trebala izvesti i lumbalna punkcija zbog analize likvora te isključivanja sumnje na meningoencefalitis. Ako se utvrdi da je uzrok povišene temperature blaži infekt, dijete se može dalje kontrolirati ambulantno. Uz te pretrage, obvezno se radi i elektroencefalogram – EEG, kojim se utvrđuje tijek daljnje obrade djeteta. EEG se radi kada prođe barem sedam dana od posljednjeg febriliteta budući da povišena temperatura utječe na rezultat EEG nalaza.

Iako se tipične febrilne konvulzije doimaju kao opasne i zastrašujuće, ishod je dobar. Ne uzrokuju oštećenje mozga niti utječu na daljnji intelektualni razvoj djeteta te je prognoza ishoda febrilnih konvulzija dobra.

Nakon napadaja febrilnih konvulzija važan aspekt ima i pristup roditeljima. S njima treba detaljno i više puta razgovarati te ih upozoriti na mogućnost ponavljanja napadaja. Roditeljima treba objasniti da konvulzije nisu jednake epilepsiji te da su najčešće dobroćudne prirode. Uz razgovor o karakteristikama febrilnih konvulzija, nužno je s roditeljima detaljno proći postupanje kod mogućeg ponovnog napadaja te ih naučiti kako učinkovito snižavati povišenu tjelesnu temperaturu. Roditelji djeteta koje je doživjelo febrilne konvulzije moraju biti oprezni kod svake temperature djeteta te mu pravovremeno dati lijek za snižavanje temperature.

Ključni je dio liječenja dobra edukacija roditelja i suradnja s liječnikom, kako bi bili što bolje pripremljeni za kontroliranje povišene temperature kod djeteta te spriječili ponavljanje febrilnih konvulzija.

Ivana Kočić, med. sestra



Oporavak roditelje

Epiziotomija ili urez međice u našim je rodilištima najčešći opstetrijski postupak tijekom poroda, pogotovo kod prvorotki.

Međica se sastoji od kože, potkožnoga tkiva i tankih slojeva mišića i vezivnoga tkiva te čini dno zdjelice, koje se rasteže prilikom prolaska djeteta na kraju doba izгона kroz porođajni kanal. Smještena je između spojišta velikih usana i analnog otvora.

U vrijeme trajanja truda, kada je dječja glavicica na dnu zdjelice, međica je napeta, slabo prokrvljena i manje osjetljiva na bol. To je trenutak kada se izvrši urez te je za roditelju gotovo uvijek bezbolan.

Nakon poroda djeteta i posteljice, područje epiziotomije kirurški se šiva, uz primjenu lokalne anestezije. Taj postupak za većinu žena bezbolan je, ali ga mnoge pamte i kao izrazitu nelagodu. Konci koji se upotrebljavaju resorbiraju se ili otpadaju nakon otprilike tjedan dana te nije potrebno naknadno kirurško vađenje konaca.

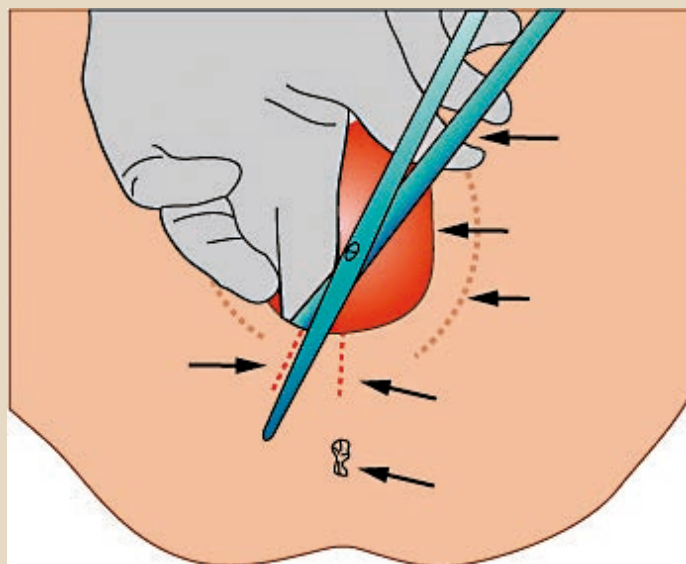
Urez nije uvijek potreban

Više je razloga zbog kojih se pribjegava izvođenju epiziotomije, a najvažniji je omogućavanje lakšeg prolaza glavicice djeteta, bez obzira na to rađa li se na glavicu ili na zadak. Kod prvorotki veći je rizik za nekontrolirano pucanje tkiva međice. Višerotke su izloženije kasnim komplikacijama oštećenja međice, a to su spuštanje maternice, stres-inkontinencija i nemogućnost zadržavanja mokraće.

Unatoč brojnim opravdanim razlozima za izvođenje epiziotomije, posljednjih nekoliko godina sve se češće pokušava izbjeći taj zahvat jer se zna da se brižljivim praćenjem i zaštitom međice od strane iskusne primalje svi navedeni rizici mogu smanjiti. Naravno da je pri tome od velike važnosti dobra suradnja i pripremljenost roditelje, kao i optimalan tijek poroda. U tom smislu postoje savjeti za vježbe, masažu međice prirodnim uljima tijekom trudnoće, kao i uzimanje datulja za koje se navodi da omekšavaju tkivo međice. Navedeni savjeti nisu znanstveno utemeljeni, ali ni osporavani te, budući da se radi o prirodnim i neškodljivim postupcima, a neke ih žene žele koristiti, nema razloga za njihovo osporavanje.

Na nezgodnom mjestu

Epiziotomija najčešće zarasta bez komplikacija, uz očekivanu bolnost tijekom normalnoga zarastanja rane. Kako se radi o rani na dijelu tijela koje je izloženo iritaciji zbog kretanja, pomicanja ili premještanja, ali i pražnjenja crijeva i mokrenja, zarastanje rane teče s više tegoba nego kod uobičajenih postoperativnih rezova.



Razdoblje babinja ujedno je i izuzetno osjetljivo i burno zbog brojnih hormonalnih, tjelesnih i emocionalnih promjena u tijelu žene, koje su praćene i prilagodbom i brigom za dijete.

Tijekom tjedan dana, u vrijeme zaraštanja epiziotomije, gotovo sve roditelje žale se na bol koja im ometa kretanje i onemogućava sjedenje. Nerijetko je prisutna i nelagoda povezana s redovitim pražnjenjem crijeva, a posljedica je dugotrajan zatvor. Ponekad se javlja i osjećaj pečenja prilikom mokrenja. Bol se intenzivira povratkom kući iz rodilišta. Pojavljuju se i problemi kod uzimanja položaja za dojenje, koje se tek uspostavlja. Bol zbog epiziotomije može uzrokovati slabije lučenje hormona oksitocina, važnog za otpuštanje mlijeka. Taj hormon u prvim danima nakon poroda najčešće još nije dobro automatiziran i lako se zakoči, a izuzetno je važan za uspostavu uspješnog dojenja. U tom periodu najugodniji, a najčešće i jedini mogući položaj za dojenje jest ležeći položaj koji, ako traje predugo, nije uvijek optimalan za dobru uspostavu dojenja.

Sjedenje na stolici i primjena ostalih načina dojenja, ako bol nije jako izražena, mogući su uz podmetanje mekih jastuka s otvorom u sredini.

Ponekad se uz epiziotomiju zna razviti i edem (oteklina) ili hematoma (modrica), koji usporavaju cijeljenje rane i povećavaju rizik od infekcije. Završni šavovi (krajnji unutarnji ili vanjski) nerijetko iritiraju i izazivaju dugotrajniji osjećaj boli i pečenja. Vrlo često roditelje zbog takvih tegoba uzimaju analgetike.

Tijekom posjeta, patronažna medicinska sestra prekontrolirat će međicu roditelji koja navodi perzistirajuće ili pojačane

tegobe. Pregledom se najčešće ustanovi lagana iritacija u području postojećih šavova ili na mjestima gdje su bili. Potrebno je umjereno mirovanje i uobičajena pojačana higijena, koja podrazumijeva redovito tuširanje i učestalo mijenjanje uložaka i donjeg rublja, a najbolje je da su od prirodnih materijala. Na osjetljivo područje može se nanijeti mast koja pospješuje zacjeljivanje i umiruje iritaciju (dekspantenol ili sl.) ili octenisept spray, koji rodilje najčešće imaju radi njege pupka novorođenčeta. Kod dugotrajne bolnosti, prisustva sekreta, krvarenja iz rane ili povišene temperature neophodna je konzultacija i pregled liječnika, koji će dati upute za liječenje i antibiotsku zaštitu.

Rana brzo cijeli

Epiziotomija zarasta tijekom sedam do deset dana, a šavovi - konci spontano se resorbiraju i nije potrebno njihovo skidanje. U

to vrijeme preporučuje se umjereno mirovanje i zbog mogućeg rašivanja rane. Većem riziku izložene su rodilje s prekomjernom težinom. Ako se to dogodi, rana se ne šiva ponovo, nego zarasta spontano, uz dugotrajniji tijek cijeljenja i uz veći ožiljak.

Rodilje koje nisu bile izložene epiziotomiji danas više nisu rijetkost jer se u rodilištu KBC-a u Rijeci provode postupci humanizacije poroda i individualni pristup rodilji. Kod takvog pristupa, ponekad dolazi do spontanog pucanja međice, ali se pokazalo da je šivanje tada manje opsežno i razdoblje cijeljenja kraće i bezbolnije. Takav pristup omogućava razdoblje babinja sa znatno manje tegoba i lakšu i uspješniju uspostavu dojenja.

Anica Stanković, patronažna med. sestra, prof. reh.

Kako primjenjivati sredstva za zaštitu od sunca

Maksimalna zaštita uz minimalni trud

Dolaskom ljeta vjerojatno sve više želite dvije stvari: uživati u raznim aktivnostima na suncu i zaštititi svoju kožu od raka i prijevremenog starenja prouzročenog izlaganjem suncu. Međutim, može li se uspješno učiniti jedno i drugo?

Može, jer danas postoje dobra sredstva za zaštitu kože od sunca. Međutim, mnogo faktora može utjecati na to koliko će ta sredstva biti djelotvorna ili nedjelotvorna. Ovdje je nekoliko smjernica o tome kako primjenjivati te proizvode da bi se postigao njihov maksimalni učinak.

Postoje dvije vrste zaštitnih sredstava: sredstva koja doslovce odbijaju štetne ultraljubičaste zrake od kože i druga koja ne odbijaju te zrake, nego ih upijaju u sebe (slično kožnom pigmentu melaninu koji je prirodni obrambeni sustav u koži), prije nego što mogu oštetiti stanice u koži. Prva sredstva su dobra, ali nepraktična za primjenu jer su u obliku paste i teško bi se čovjek priviknuo da premazuje čitavo tijelo svaki dan. Druga sredstva su kozmetički mnogo prihvatljivija, jer se upijaju u kožu i ne ostaju na njejoj površini. Na tržištu se nalaze u raznim oblicima: kao tekućina, ulje, sprej, krema. Osnovni zaštitni faktor u njima je

para-aminobenzoična kiselina (PABK). Ona je vrlo efikasna protiv ultraviolettih B-zraka u sunčevom svjetlu, koje dovode do opekotina na koži (to su one zrake koje najdirektnije pridonose pojavi raka kože), a pruža i minimalnu zaštitu protiv ultraviolettih A-zraka. Međutim, ta kiselina može kod nekih ljudi izazvati alergijsku reakciju, a može i prljati odjeću. Iz tih razloga većina današnjih zaštitnih sredstava sadrži derivate PABK-e koji su prihvatljiviji za kožu i odjeću. PABK i njezini derivati primarno zaštićuju od UVB-zraka, a manje od UVA-zraka.

Zaštitni faktor

Broj zaštitnog faktora, označen na pakovanju sredstva, pokazuje koliko će vam to sredstvo omogućiti duže izlaganje suncu, a da ne doživite opekotine, u usporedbi s vremenom u kojem biste dobili opekotine bez primjene bilo kakvog zaštitnog sredstva. Naprimjer, zaštitno sredstvo s faktorom 15 omogućuje vam 15 puta duže sunčanje nego što biste mogli bez njega. Postoje česte zablude i nerazumijevanja u vezi s ovim sredstavima. Neki misle da se ponovljenim nanošenjem sredstava na kožu udvostručuje njegova zaštita. To nije točno. Ponovljenim stavljanjem na kožu zaštitnog sredstva s faktorom 15, ponovno se pruža prvobi-

tna zaštita 15; ponovno nanošenje sredstva ne znači da se tada postiže zaštita s faktorom 30.

Prije nekoliko godina 15 je bio najveći faktor koji ste mogli kupiti. Pod idealnim uvjetima, to bi bila dovoljna zaštita gotovo za svakoga. Međutim, mnoge okolnosti, kao naprimjer znojenje, brisanje, mogu smanjiti količinu i djelovanje zaštitnog sredstva. Zbog toga, a i s obzirom na to da mnogi ljudi ne znaju koliko stvarno vremena treba da se koža počne crvenjeti, danas se preporučuju zaštitna sredstva barem s faktorom 15, iako na tržištu postoje sredstva s faktorom i iznad 40. Međutim, u stručnim krugovima raspravlja se o tome da li su tako veliki faktori uopće potrebni. Zaštitni faktor veći od 15 može biti indiciran u osoba koje su jako svjetlopute ili koje će morati cijeli dan provesti pod direktnim suncem. Ipak, u većini slučajeva bit će dovoljan faktor 15 do 25. Ako sumnjate, pružite sebi dodatnu zaštitu.

Mazanje 30 minuta prije izlaska

Valja uzeti u obzir i neka druga svojstva zaštitnih sredstava. Čak i ona s najvećim faktorom ne mogu pomoći ako ih se ispire s

kože. Ako i ne planirate plivanje, uputno je izabrati sredstvo koje je otporno na vodu. I znoj je voda pa će vodootporno sredstvo općenito bolje ostajati na koži.

Zaštitna sredstva treba primijeniti barem 30 minuta prije nego što izlazite na sunce. Premda u uputama na mnogim takvim sredstvima nema tog podatka, on je važan, jer koži treba toliko vremena da upije onu količinu zaštitne kemijske tvari koja će biti djelotvorna. Nakon kupanja i plivanja ponovno nanesite sredstvo na kožu, čak i ako je vodootporno. Iako voda možda nije isprala sredstvo s kože, većina ljudi kad izađe iz vode obriše se ručnikom pa se time odstrani zaštitno sredstvo.

Kad je u pitanju zaštita kože, posebno obratite pažnju:

- na vrijeme između 10 i 15 sati, kada su UVB-zrake najjače,
- kad ste u vodi, možda ćete se osjećati zaštićeni hladnoćom i svježinom vode, međutim, voda reflektira zrake natrag na kožu.

Ivo Belan, dr.med.

Dobri razlozi zašto nositi bebe

Bliže srcu

Danas, nasreću, kod nas postaje moderno ono što je u kulturama starih naroda Južne Amerike i Afrike normativ, a to je nošenje beba.

Ne znam jesu li s time prvo počeli neka nama poznata lica, koja srećemo u časopisima za plažu, ili tko drugi, ali lijepo je vidjeti kako roditelji nose svoje pomlatke u maramama i drugim sličnim nosiljkama. Evo nekih razloga zašto je dobro nositi svoje dijete. Da se ne zbunite – postoji više vrsta nosiljki. Osobno ih znam tri ili četiri i tu spadaju elastična marama, sling-marama, mei-tai nosiljka, a sve one, manje-više, služe istoj svrsi; razlika je samo u tome što mi želimo od nosiljke. Osobno sam koristila elastičnu maramu i nikad mi se nije učinila kao pogrešan izbor.

Jedanaest razloga za nosiljke

1. Nositi bebe praktično je

Kad nosimo bebu u marami, onda slobodno hodamo, ne brinući se o stepenicama i gužvi kao kad prolazimo s kolicima. Plastične nosiljke za djecu i mobilne autosjedalice često su teške i nezgrapne za roditelje, dok djeca u njima često izgledaju kao da im je neudobno.

Mame koje doje lakše će u tobolcu podojiti malo dijete jer se dijete ne ometa različitim vanjskim informacijama. Tobolac je zgodan i kao pokrivač ili jastuk kad ste daleko od kuće.

Iz osobnog iskustva znam da je tobolac prekrasna stvar i najbolja investicija prvu godinu dana s bebom. Neizbježan je ako živite u kući do koje vodi jako strma uzbrdica/ nizbrdica, koja se ne može proći kolicima. Korisnost tobolca blagoslovite, naravno, i ako često putujete avionom, trajektom ili vlakom - kad imate torbu viška! Najfantastičnija je stvar koju mama može poželjeti dok se progurava u nekom trgovačkom centru.

2. Nošenje bebe pomaže njenom fizičkom razvoju

Kad se beba nosi u tobolcu, naslonjena na tatu ili mamu, tada je u dodiru s ritmom disanja, zvukom otkucaja srca i svim drugim pokretima (hodanje, istezanje kad želimo nešto dohvatiti ili savijanje) koji su vezani za odraslu osobu koja nosi bebu. Ta stimulacija pomaže djetetu da stvori vlastite odgovore na najbliže informacije koje mu dolaze u mozak. Rana stimulacija potiče također razvoj vestibularnog sustava koji je, između ostalog, zadužen za kontrolu ravnoteže.

Tbolac je bitan kao nastavak sigurnosti maternice za novorođenčad koja još nisu naučila kontrolirati svoje tjelesne funkcije i pokrete.



3. Djeca nedonoščad imaju veće šanse za zdravlje ako su nošena

Prvenstveno iskustvo starih naroda u Africi i Južnoj Americi, a zatim i znanstvena istraživanja, potvrdili su da prijevremeno rođena djeca (nedonoščad), ako su nošena, brže dobivaju na težini i zdravija su od nedonoščadi koja nije nošena. Mehaničke nosiljke i ljuljačke ne daju isti efekt kod djece. Iz tog razloga danas sve češće u razvijenim zemljama, na odjelima neonatologije, podučavaju roditelje kako nositi bebu, držati je duže vremena što bliže sebi i općenito potiču roditelje na rano nošenje i povezivanje s malom bebom od prvoga dana.

4. Djeca koja su nošena sretnija su

Istraživanja pokazuju da djeca koja su nošena manje plaču. Djeca u kulturama gdje je nošenje beba normalna pojava plaču znatno manje, zapravo skoro nikako, za razliku od zapadnjačke djece, koja najčešće plaču svaki dan, i to po nekoliko sati. Plać je iscrpljujući i za bebu i za roditelje i zapravo može uzrokovati dugoročne posljedice ako se bebin mozak u razvoju kontinuirano bombardira stresnim hormonima.

Djeca koja svoju energiju ne troše na plakanje, mirno razgledavaju svijet oko sebe i aktivno uče o svojoj okolini.

Nošenje je iznimno uspješno kod beba koje imaju problema s kolikama, jer su takve bebe kudikamo sretnije kad su nošene. Zapravo, i sva druga djeca sretnija su ako osjete toplinu i sigurnost roditelja koji ih nosi.

5. Nošenje bebe zdravo je i za onog tko nosi

Katkad je novim roditeljima teško naći vrijeme za sebe i vježbanje, ali ako nosite svoju bebu uokolo neko vrijeme tijekom dana ili prošetate u prirodi s bebom u tobolcu, osjetit ćete dvojaku dobrobit – kako šetnje, tako i nošenja laganog utega. Duža šetnja pomaže nošenoj bebi zaspati.

6. Starija djeca također vole sigurnost nosiljke

Ima roditelja koji nose i stariju, a ne samo malu djecu. Većina nosiljki može podnijeti težinu djeteta i do 15 kilograma. Djeca često postanu previše stimulirana neakvim događajima pa ih nošenje umiri. Posebno je dobro ako ste u muzeju, akvaparku ili zoološkom vrtu, gdje dijete iz kolica ne može uživati u svim događanjima, jer ih zapravo i ne vidi u potpunosti. Ipak, moram biti iskrena i reći da svoju kćer, koja se zbilja našetala u tobolcu, nisam više nosila kad je počela hodati. Osobno sam se uvjerila u točnost mnogih tvrdnji vezanih za dobrobit korištenja tobolca, ali nakon što je moja kći prohodala, nosiljka je rijetko dolazila u obzir, što zbog kćerine težine i živahnosti, što zbog njezine iznimne želje za vlastitim istraživanjem svijeta.

7. Nošenje beba pomaže boljoj komunikaciji

Što smo duže roditelji, imamo više samopouzdanja, lakše se opustimo i istinski uživamo u djeci. Velik dio osjećaja sigurnosti kao roditelja pruža nam mogućnost iščitavanja djetetovih osjećaja, potreba ili želja. Kad nosimo svoju bebu blizu sebe, upoznajemo i najfiniju djetetovu gestikulaciju. Mnogi roditelji koji nose svoju djecu kažu kako nikad nisu naučili dešifrirati plač

djeteta – iz razloga što su njihova djeca naučila uspješno komunicirati bez plaća. Svaki put kad nas dijete bez plaća uspješno obavijesti da je gladno, mokro ili bi radilo nešto drugo, povjerenje u roditelja povećava se. Kako raste djetetova sigurnost, tako raste i naša. Naš odnos s djetetom poboljšava naše samopouzdanje, dijete razvija povjerenje i zapravo brže uči važne stvari. Taj krug pozitivne suradnje čini život ljepšim, kako za djecu, tako i za odrasle.

8. Nosiljke su jednako dobre ako ih nose i tata, teta, baka...

Nosiljka je pogodna za svaku odraslu osobu u djetetovom životu. Očevi nemaju urođen instinkt za povezivanje s djetetom, ali to ne znači da ga ne mogu stvoriti sa svojom bebom. Ušuškati se s bebom izvrstan je način da beba upozna oca ili tetu, kao što je to način i da očevi upoznaju svoju djecu. Uvijek mi izmami osmijeh kad vidim tatu s nosiljkom kako šeta gradom. Nije učestao prizor, ali jest slika koja nas raznježi.

9. Nosiljke su sigurno mjesto za djecu

Kad smo u gradskoj vrevi, ne moramo misliti o tome koliko nam je dijete sigurno u kolicima, već znamo da je blizu nas. No-

siljke također osiguravaju emocionalnu sigurnost tako da kasnije u životu djeca lakše postaju samostalna.

10. Osim što su iznimno praktične, nosiljke su i ekonomski znatno isplativije od kolica

Ako razmislimo da ih upotrebljavamo svakodnevno, nekad i više sati u danu, onda je to dobra investicija. Neki ljudi nose djecu sve do njihove treće godine i ti roditelji sigurno su uštedjeli novac.

11. Nositi dijete simpatično je i ugodno iskustvo

Nema puno ljudi koji se ne vole maziti sa svojom djecom. Kako beba raste, tako je lakše i zabavnije primjećivati djetetove reakcije na svijet oko njega. Također je zabavno za dijete jer, kad je dijete podignuto u visinu naših očiju, i drugima, velikima lakše je doći u kontakt s djecom jer ih, zapravo, lakše primijete i teško odole.

Dijete koje je nošeno ima bolji osjećaj pripadnosti mami/tati, a roditelji se osjećaju još više povezani s tom malom osobom i nagrađeni.

Maja Korunić, radni terapeut

Olakšati djeci teret školske torbe

Teško breme na dječjim plećima



Pisati članak o pravilnom nošenju školskih torbi nije mi bio prioritet sve dok nisam vidjela curice kako se vraćaju kući iz škole i dvije od njih pet nosile su torbu na jednom ramenu. To su bila djeca u nižim razredima osnovne škole i zapravo su samo kopirala ono što su vidjela od školkarki viših razreda.

Istraživanja pokazuju da je torba preteška za više od polovice školaraca, a znatan broj djece školsku torbu nosi na neispravan način. Kako radni terapeuti mogu raditi u školi (u zapadnim zemljama i rade), gdje se svakodnevno susreću s djecom bez ikakvih teškoća, svoje znanje usmjerili su na prevenciju. Cilj radnih

terapeuta zapravo je jednak cilju profesora – napraviti sve kako bi djeci pomogli u što boljem školskom radu i uspjehu.

Torba ima svoj dan

Pitanje teških školskih torbi nije samo pitanje u Hrvatskoj; u SAD-u postoji Dan svjesnosti o nošenju školskih torbi. Pada negdje početkom školske godine i obilježava se nizom aktivnosti i radionica gdje se djecu i roditelje uči kako pravilno spremati i nositi školske torbe. Sve to počelo je prije desetak godina, kad je zabilježeno u jednoj godini više od 7 000 posjeta liječniku zbog ozljeda koje su povezane s nošenjem teških torbi u školskoj dobi.

Ako dijete osjeća bol u leđima i ramenima, ako ima žmarce u rukama, vidljivo slabe mišiće leđa i krivo držanje, sigurno znamo da je jedan od razloga i školska torba. Kad se torba nosi na jednom ramenu, to uzrokuje naginjanje djeteta na jednu stranu, krivljenje kralježnice te neugodu u leđima, a kasnije i bol.

Ramena i vrat imaju priličan broj krvnih žila i živaca, koji mogu uzrokovati bol i trnjenje u vratu, rukama i ramenima kad su previše pritisnuti (težina torbe zapravo je tlačna sila). Nažalost, zaboravljamo da zbog krive kralježnice dolazi i do smanjenog kapaciteta pluća, što sve zajedno nije zanemariva činjenica.

Kod pravilnog nošenja svaki je teret lakši

Roditelji, učitelji, izdavači i ministarstvo trebali bi razmisliti kako olakšati djeci da postignu jednake rezultate u akademskom napre-

dovanju, ali s manje kilograma na leđima. Djecu treba osvijestiti o štetnosti lošeg držanja torbi i naučiti ih kako da sebi olakšaju posao. Nositi teško i nositi na neispravan način jednako je loše za kralježnicu u dječjoj dobi i u daljnjem životu. Roditelji mogu pomoći djetetu tako da ga nauče pravilnom slaganju školske torbe. Također je važno razgovarati s djetetom o pravilnom nošenju, bilo da je torba lakša ili teža. Djeca nikako ne bi smjela nositi više od 15% svoje težine; ako dijete ima npr. 40 kg, to znači da torba ne bi smjela biti teža od 6 kg. Također, teže knjige treba staviti bliže leđima (stražnja strana torbe), a manje predmete rasporediti tako da imaju što stabilnije mjesto u torbi, gdje se ne klišu s jedne strane torbe na drugu. Provjerite što dijete nosi u školu i s čim se vratilo iz škole - svaki dan nije isti pa ne treba nositi višak stvari od prethodnoga dana. Ako je neki dan torba posebno teška, dijete može nositi neku knjigu u ruci. Ako je dječja torba i dalje preteška svaki dan, onda razmislite o torbi na kotačiće i na taj način, koliko je moguće, oslobodite dijete teškog nošenja.

Torba bi se trebala nositi na oba ramena – uvijek! Torba bi trebala imati široke i čvrste naramenice, dok bi dno torbe trebalo ležati na krivini donjega dijela leđa. Donji dio torbe nikada ne bi smio biti niži od 10 cm ispod linije struka.

Za različite godine djeteta proizvođači imaju i različite veličine školskih torbi. Torbu kupujte s djetetom te je tada i izmjerite na djetetu.

tu. Naravno – zdrava fizička aktivnost svakako pomaže u održavanju zdravlja mišića i zglobova zaduženih za pravilan stav tijela.

Polugodišnje knjige

Neki od savjeta kako olakšati djeci teret padaju i na izdavače koji bi mogli tiskati knjige po polugodištu, a ne da se cijela knjiga, zajedno s radnim bilježnicama, mora nositi cijelu godinu. U školi bi mogli postojati mali ormarići gdje bi se oprema za tjelesni, likovni i glazbeni odgoj mogla sigurno pospremiti. Roditelji bi trebali periodično s djetetom pročitati torbu, tako da neki zadaci koji su završili ne trebaju više biti u torbi. Dobra je ideja pitati djecu što bi oni napravili kako bi olakšali svoja leđa. I razgovarati, razgovarati, razgovarati.

Sjećam se nekih svojih dobrih i loših profesora. Nažalost, prvo mi na pamet padnu oni lošiji pa tek oni „dobri“, zbog kojih se isplatilo biti u klupama. Dobri, normalni profesori vodili su s djecom zdravu raspravu o bilo čemu, pa i o torbama. Škola, kao ni torba, ne bi trebala predstavljati teret, već dio radosti učenja samostalnog rješavanja problema, odrastanja i druženja s vršnjacima. Djeca i roditelji, kao dio društvenog šarenila, ne bi trebali gledati na vanjski izgled torbe (kad već o tome pričamo), već na njenu funkcionalnost.

Maja Korunić, radni terapeut

O zdravlju ukratko

Njega pupka novorođenčeta

Često pitanje mladih roditelja glasi: „Kako njegovati bebin pupak?“ Znamo da je njega pupka važna, ali pupčana ranica često izaziva strah.

Pupčani batrljak obično otpadne četvrtog ili petog dana, a pupčana ranica zarasta do desetog dana života. Treba naglasiti da je postupak cijeljenja pupka individualan, što znači da vrijeme potrebno za zacjeljivanje varira. Tijekom zarastanja može još uvijek malo vlažiti, mogu se vidjeti tragovi krvi, a od sasušene krvi može se stvoriti krastica. Važno je ne pokušavati otkinuti batrljak čak ni kada visi na tankoj niti.

Pupak mora biti suh

Područje pupčanog batrljka treba održavati čistim i suhim. Njega se obavlja jednom dnevno, a prema potrebi i češće. Suhom njegom pupčanog batrljka i okolnog područja kože potiče se njegovo sušenje i otpadanje te cijeljenje pupčane ranice.

Nakon njege tijela novorođenčeta, područje oko batrljka treba posušiti čistim ručnikom. Dno pupka natopi se otopinom nekog antiseptika, posebno učinkovitog protiv bakterija i gljivica, o čemu će vas najbolje informirati patronažna sestra.



Uporaba antiseptičkog praška ili masti ne preporučuje se. Batrljak se prekrije sterilnom gazom, a pelena se presavije uz gornji rub ispod područja pupka (da batrljak ostane iznad pelene). Postupak pospješuje strujanje zraka oko rane i brže zacjeljivanje. Kompresa kojom se pokriva područje pupka može se pričvrstiti rubom benkice. Flasteri nisu preporučljivi jer oštećuju nježnu dječju kožu!

Ako se pojavi crvenilo, neugodan miris, gnojni iscjedak, a osobito ako dijete ima povišenu tjelesnu temperaturu, obvezno se javite patronažnoj sestri koja će, u slučaju potrebe, dijete uputiti na pregled pedijatra. Infekcije pupka rijetke su, no navrijeme započeto liječenje može spriječiti širenje upale i moguće komplikacije.

Postoji mogućnost da tijekom zarastanja pupčane ranice prati stvaranje gljivaste tvorbe (zvane granulom). Liječi se lapizacijom, tj. dodirom granuloma štapićem srebrnog nitrata, a tretman pupčane ranice dalje se obavlja na opisan način.

Osnovno pravilo prije svakog kontakta s bebom jest pranje ruku, a odnosi se na roditelje i na sve osobe koje njeguju dijete. Jeste li znali da dvije minute pranja ruku običnim sapunom za 80% smanjuje mogućnost prijenosa infekcije na dijete? Nemojte se bojati da ćete ozlijediti bebu tijekom njege pupka. Suhi pupčani batrljak ne boli jer je tkivo odumrlo. Beba može biti nemirna jedino zbog hladnoće, a najbolje ćete je umiriti mazeći je i nježno joj tepajući.

Iz uredništva



Promidžbeni prostor u NARODNOM ZDRAVSTVENOM LISTU
Ako želite oglašavati u našem listu, javite se na telefone:
Uredništvo: 051/35 87 92, 051/21 43 59

OSMOSMJERKA

S	T	A	N	I	C	A	T	S	R	V	O
T	H	P	U	A	C	I	L	E	J	D	Z
R	O	A	P	E	T	I	T	E	L	O	L
A	A	R	A	R	M	A	Ž	U	Z	K	A
H	T	A	L	O	G	B	K	L	J	O	T
O	N	T	A	U	A	A	E	N	V	O	A
R	A	R	R	N	A	D	O	O	I	R	T
O	L	D	I	K	A	M	E	R	K	I	S
S	U	L	S	M	O	M	O	R	T	C	O
K	B	A	N	N	E	R	V	I	V	A	K
O	M	M	A	Z	I	N	A	G	R	O	O
P	A	C	I	N	E	L	J	O	K	T	O

AMBULANTA, AORTA, APARAT, APETIT, DOKTORICA, HOROSKOP, KORAK, LAKAT, MASKA, MONOKL, NEMIR, NERVI, OBLINA, ODLUKA, ORGANIZAM, OZLJEDA, POKOST, POTKOLJENICA, POVREDA, STANICA, STRAH, TALOG, TKIVO, TROMO, UDRUGA, UPALA, VJEŽBA, VRSTA, ZDJELICA.

Rješenje: _____ (ŠEST SLOVA)

Autorica: LAURA



Na kraju puta

Palijativna skrb se, prema definiciji SZO (Svjetske zdravstvene organizacije), opisuje kao pristup kojim se bolesnicima suočenima sa smrtonosnom bolešću i njihovim obiteljima unapređuje kvaliteta života.

SZO, još od 1990. godine zagovara stav da se na palijativnu skrb ne treba gledati kao na bitno različitu od drugih područja zdravstvene skrbi, bez obzira na to gdje se ona odvija: kod kuće, u domovima za starije, u domu za njegu, u bolnici ili u hospiciju. U zdravstvenoj ustanovi osnovni je cilj palijativne skrbi zbr-

njavanje bolesnika pružanjem zdravstvene usluge visoke razine kvalitete, u specijalno uređenim odjelima ili ustanovama. Naglasak nije na smrti, koja je događaj koji se prihvaća i događa kada za to dođe vrijeme, nego na kvaliteti života bolesnika i njima bliskih prijatelja koji će ih nadživjeti. Najvrjedniji je stav da su osnovna načela skrbi o krajnje bolesnima u većini gledišta jednaka načelima skrbi o oboljelima od bilo koje druge bolesti.

Pomoć i podrška

Za maksimalnu pomoć bolesniku i obitelji potreban je cijeli tim stručnjaka jer, uz adekvatnu zdravstvenu njegu, koja će kontrolirati i ublažavati simptome (naročito





bol), potrebno je pružiti i psihosocijalnu podršku bolesnicima i njihovim obiteljima, kao i psihološku i duhovnu pomoć kako bi pomogli u očuvanju dostojanstva i integriteta bolesnika, ali i cijele obitelji.

U današnje vrijeme, više od 120 zemalja svijeta ima različite oblike i modele organizirane palijativne skrbi, nastale na temeljima modernoga hospicijskog pokreta iz 60-ih godina prošloga stoljeća. Među njima je i hospicij "Marija K. Kozulić", otvoren 1.2.2013. godine u Rijeci.

Najčešći simptomi kod umirućih bolesnika jesu:

- bol,
- simptomi od strane probavnoga sustava (opstipacija, mučnina i povraćanje, otežano gutanje, proljev),
- oštećenja i promjene na koži i sluznicama (infekcije usne šupljine, dekubitusi, rane različitoga podrijetla, gubitak kose, limfodem),

- metabolički simptomi (anoreksija, kaheksija, vrućica, smetnje okusa),
- simptomi od strane dišnoga sustava (otežano disanje, kašalj, iskašljavanje krvi, stridor),
- simptomi od strane mokraćnoga sustava (infekcije),
- smetenost,
- depresija, tuga i anksioznost.

Razgovori s umirućim

Poznata je činjenica da se s bolesnim ljudima tijekom njihova liječenja nedovoljno komunicira, posebno s onima koji boluju od neizlječivih bolesti. Kada se postavi pitanje: "Zašto se ne komunicira s umirućima i njihovim obiteljima?", Fletcher, autor koji pokušava dati praktične savjete zdravstvenim djelatnicima, daje nekoliko odgovora. Jedan je od glavnih razloga usmjerenost zdravstvenih djelatnika na to da u što kraćem vremenu izliječe što veći broj bolesnika. Tak-

va usmjerenost ne ostavlja puno prostora za razgovor s umirućim. Drugi razlog je taj što zdravstveni djelatnici, svjesno ili nesvjesno, izbjegavaju takvu komunikaciju jer im je ona veliko emocionalno opterećenje. Dalji razlog je često neriješena dilema: da li reći umirućem bolesniku dijagnozu ili ne reći. Zbog nesigurnosti u tome što treba reći te na koji način i kada razgovarati, zdravstveni djelatnici izbjegavaju razgovor kako bi izbjegli odgovore na pitanja na koja ni sami ne znaju odgovoriti i nisu sigurni u odgovor, ili ga ne žele dati. Razloge loše komunikacije s teško oboljelim, neizlječivim bolesnicima svakako treba tražiti i u nedovoljnoj educiranosti zdravstvenog osoblja.

Tko bi trebao razgovarati s teško oboljelim bolesnicima i njihovom obitelji? Potreban je interdisciplinarni pristup u kojem će svatko razgovarati o onome što bolje poznaje.

Na kraju, možemo reći da je jedini način da poboljšamo komunikaciju s umirućim bolesnicima i njihovim obiteljima upravo edukacija zdravstvenih djelatnika - o psihosocijalnim aspektima teških tjelesnih bolesti, te da u programe obrazovanja treba uvoditi praktičnu nastavu tijekom koje će učiti vještinu vođenja komunikacije s umirućim bolesnicima, ali i sa svim ostalim bolesnicima s kojima se suočavaju u svakodnevnom radu.

Dr. Elisabeth Kuebler-Ross napisala je 1969. godine knjigu pod naslovom "On Death and Dying", koja je kod nas prevedena kao "Razgovori s umirućim". U toj knjizi autorica opisuje rezultate svog dugogodišnjeg rada, a u središtu pozornosti je proučavanje teških bolesnika, određivanje njihovih

potreba i odnosa, stav okoline i približavanje umirućima, koliko su oni to dopuštali. Autorica je zapazila da bolesnici od prve spoznaje o neizlječivoj bolesti do smrti prolaze nekoliko faza:

1. **Faza – nepriznavanje i osamljivanje:** "To nije moguće, to je zamjena nalaza, to je greška." Rijetki su bolesnici koji do kraja poriču bolest. Vrlo je važno prilikom razgovora primijetiti kada bolesnik ne želi dalje razgovarati i mijenja temu. Tada treba prestati s razgovorom.

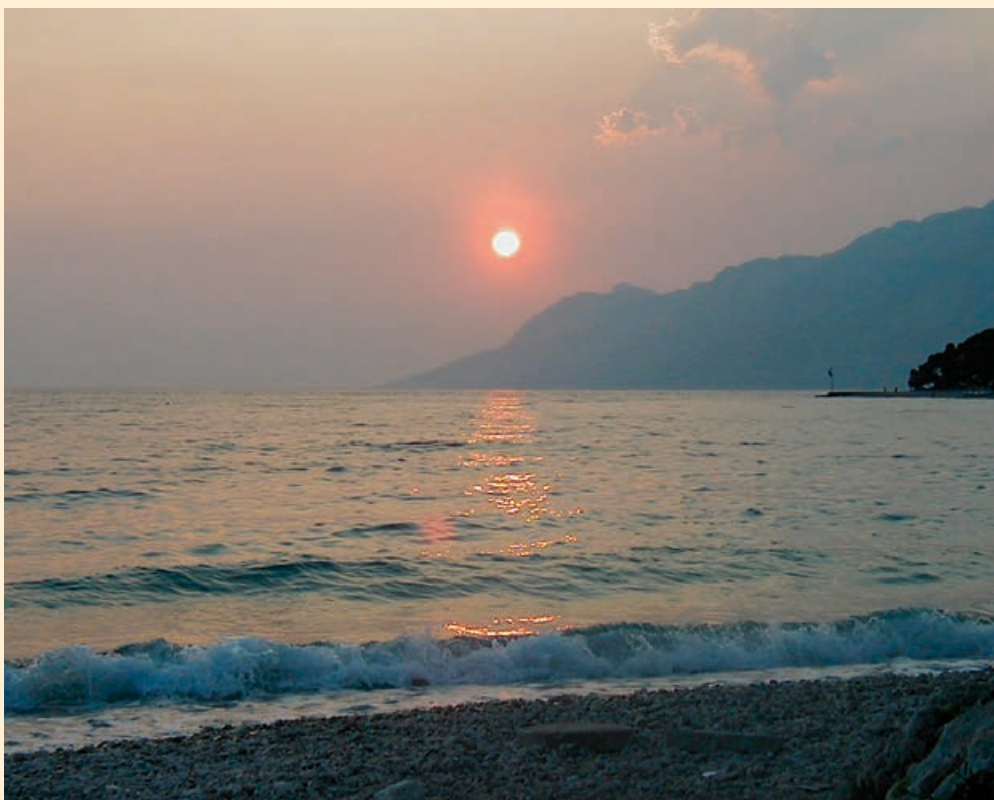
2. **Faza – gnjev:** "Zašto baš ja?" U toj fazi bolesnik je vrlo težak i obitelji i zdravstvenim djelatnicima. Ljut je na liječnike, sestre i obitelj i ništa mu nije dobro napravljeno. Tada je potrebno podnositi bolesnikovu ljutnju, a to ćemo biti sposobni jedino ako smo upoznali svoj strah od smrti i svoje destruktivne želje.

3. **Faza – cjenkanje:** prolazna, manje poznata faza, gdje pokušavamo odgoditi ono što je neizbježno.

4. **Faza – depresija:** napredovanjem bolesti, nepriznavanje, gnjev i cjenkanje prepuštaju mjesto osjećaju velikog gubitka.

5. **Faza – prihvaćanje:** ako bolesnik preživi i ne umre iznenada, nakon što je prevladao sve prethodne faze, on ulazi u fazu kada svoju sudbinu prima bez ljutnje i depresije. Bolesnik je umoran, najčešće spava i komunikacija se više svodi na geste nego na riječi. Od posjeta želi samo najbliže i tiha prisutnost ljudi puno mu znači.

Komunikacija čini osnovu u palijativnoj skrbi, a obuhvaća komunikaciju s boles-



nikom i njegovom obitelji, komunikaciju unutar tima i komunikaciju s javnošću. U komunikaciji s bolesnikom najvažnije je ponašati se prema bolesniku s punim uvažavanjem njegove osobnosti. Za dobru komunikaciju s bolesnikom potrebno je stvoriti preduvjete, kao što su: primjerena vanjska okolina, primjereno slušanje, primjereno opažanje i neverbalno ohrabrenje. Komunikacija unutar tima neophodna je zbog koordiniranja aktivnosti svih koji sudjeluju u pružanju skrbi, ali i zbog uzajamne psihološke podrške, kako bismo spriječili tzv. "burn out sindrom". Naročito oprezan treba biti u komunikaciji s javnošću.

Edukacijom do kvalitetne skrbi

Osnovna je svrha zdravstvene ustanove za palijativnu skrb zbrinjavanje teško oboljelih bolesnika, pri čemu ona pruža visoku razinu kvalitete zdravstvenih usluga. Palijativna skrb je aktivni oblik zdravstvene skrbi i nije nova grana, nego ponovno otkriće stare prakse. Temeljni dobri postupci važni su za svakog bolesnika, a to možemo dobiti kvalitetnim osobljem.

Profesionalni tim mora uvijek staviti interese bolesnika ispred interesa rođaka. Svaki profesionalac koji je u kontaktu s umirućim mora biti kompetentan i informiran, i samo



će na taj način povećati autonomiju bolesnika i kvalitetu života. Tim mora biti uvijek brz, mora navrijeme prepoznati važnost trenutka i pozvati odgovarajućeg člana tima ili vanjskog suradnika.

U palijativnoj skrbi zdravstveni djelatnici moraju biti educirani o važnosti i načinima verbalne, ali i neverbalne komunikacije, koja zauzima važno mjesto pri radu s umirućim. U komunikaciji s bolesnikom i njegovom obitelji najvažnije je poštivati holistički pristup. Osobito je važno osjećajno slušanje. U komunikaciji s javnošću treba biti naročito

oprezan te je potrebno isticanje važnosti posvećivanja pažnje ugroženim članovima zajednice, u koju svakako spadaju i umirući bolesnici, i njihovo kvalitetno zbrinjavanje. Mora postojati poštovanje unutar tima i otvorena komunikacija pri kojoj mogu nastati i različiti konflikti, koji ne moraju biti nužno negativni, a razrješenje tih konflikata može unaprijediti rad tima. Potrebna je stalna edukacija osoblja jer je kvaliteta dio profesionalne etike zdravstvenog osoblja, a kompetencije članova tima ne smiju se zanemarivati.

Danijela Sokler, bacc.med.tech.

Uloga psihologa u hospiciju

Ljubav i podrška

Ulaskom u Hospicij „Marije K. Kozulić“ dobila sam priliku sagledati život iz sasvim novoga kuta. Dotad je moj rad bio vezan uz djecu, njihove radosti, tuge, nestašluke. Sada, odrađujući vježbenički staž psihologa u Hospiciju, moj je rad vezan uz umiruće i njihove obitelji. Ali to nije ništa manje životno, jer terminalna faza bolesti i smrt dio su života.

Upravo u tim trenucima čovjeku je potrebna fizička, psihološka, duhovna pomoć u svim aspektima. Za to je zadužen naš tim, u kome je svatko jednako važan, od ravnateljice, doktorice, glavne sestre, medicinskog osoblja pa sve do spremačice. Svatko od nas pridonosi na svoj način, kroz stečeno znanje i stručnost.

Mi smo prije svega zdravstvena ustanova, usmjerena na njegu, fizičke simptome i smanjenje boli, ali pored stručnosti, niti u jednom trenutku ne želimo zanemariti onaj

ljudski, veoma bitni dio svake ličnosti, a to su humanost, ljubav i podrška. Sve to želimo dati našim pacijentima, ne zanemarujući ni tijelo ni dušu.

Ponekad je dovoljan osmijeh

U svom radu s pacijentima, kao i ostali djelatnici, svakog pacijenta gledamo kao individuu, drugačijeg i posebnog. Svatko od njih ima svoju životnu priču koja ga je oblikovala, drugačiji karakter, odgoj, potrebe. Zato se trudimo osluhnuti, shvatiti, približiti se i na kraju olakšati te teške životne trenutke. Neki od njih dolaze u teškim fizičkim stanjima, što odvlači svu njihovu pažnju; drugi žele riješiti obiteljske odnose; pojedini vode svoje unutarnje bitke, dok su neki usmjereni na put kojim kreću, Stvoritelju. Bez obzira na to o čemu se radi, pokušavamo pomoći: medicinski - terapijom, psihološki - odgovarajućom komunikacijom ili duhovno - kada se obraćaju svećeniku. Mnogi od njih,

kao i njihove obitelji, traže Bolesničko pomažanje, što im donosi spokoj, kao da dobiju potvrdu da su na pravom putu i sigurnost da će stići u prave ruke.

Naši pacijenti imaju mogućnost razgovora sa svećenikom ma kojoj vjeri pripadali, za olakšanje duše i odgovore na unutarnje, duhovne dileme i pitanja. Taj duhovni aspekt veoma je bitan, ne samo kod pacijenata u razgovoru sa svećenikom, već on proizlazi iz svih nas, a jednim se imenom zove ljubav. A to je upravo ono što im, pored stručnosti, želimo dati. Metode mog rada kao psihologa individualne su i različite, ovise o stanju pacijenta. One uključuju i pričanje o prošlosti, viđenje daljnjeg puta, smijeh, dodir ili samo zajedničko disanje. A osmijeh, ruka spuštena na ruku i njihov mir najljepše su povratne informacije.

Posljednje „Volim te“

Zajedno s pacijentima dolazi i pratnja, njihovi voljeni. Oni su naši korisnici i naši



pomagači. I njima, kao i našim pacijentima, potrebni su pomoć, razumijevanje i podrška. Suočeni s neminovnošću situacije, reagiraju na različite načine. Trudimo se objasniti im i približiti situaciju, dati sigurnost u ophodnji s njihovim bolesnim članom obitelji i uliti mir koji će oni prenijeti na pacijenta. Pored naše brige i stručnosti, njihova ljubav i mir su ono najljepše i najučinkovitije što mogu pružiti članu svoje obitelji, voljenoj osobi, prijatelju. Te posljednje trenutke želimo im prikazati kao blagoslov, mogućnost da se oproste s voljenom osobom, da budu kraj nje, razgovaraju i upute riječima posljednje volim te, koje će zauvijek ostati titrati u njihovim srcima.

U razgovoru s njima osnovna emocija je tuga; iako ima smijeha, sjećanja na lijepe trenutke, razgovori nerijetko završavaju suzama. Tuga, suze, smijeh, ljutnja - sve su to normalne reakcije u takvim životnim situacijama. Tuga i žalost koju nose u sebi ne prekida se činom umiranja, već dugo ostaje prisutna u njihovim životima. Proces žalovanja dugotrajan je i ovisi o pojedincu, odnosu i

životnoj situaciji, ali svatko od njih ima pravo na žalovanje i mora proći kroz taj proces. I u tom procesu mi im želimo pomoći i olakšati, pa se još dugo pojavljuju na misama za pokojnike, najavljuju se i dolaze na razgovore i mi smo prisutni u njihovim životima.

Dajući drugima dajemo sebi

Ovaj posao nije nimalo lagan, mada je teško govoriti o poslu. To je misija u kojoj svaki pojedinac ima svoje značenje. Da bismo što bolje funkcionirali kao dio Hospicija i kao ljudi, jedanput mjesečno sastajemo se na supervizijama, tematskim radionicama koje vodi stručna osoba psiholog. To su radionice s unaprijed određenom temom: stres na poslu, vještina komuniciranja, sagledavanje i rješenje nekog konkretnog problema ili nešto drugo što će unaprijediti našu komunikaciju i olakšati nam svakodnevni rad. Rad na sebi, kao i rad na međuljudskim odnosima veoma su bitni kako bismo što bolje i efikasnije ostvarili zajednički cilj, a to je pomoći, olakšati i učiniti dostojanstvenim te posljednje zemaljske trenutke u životu pojedinca i njihovih najmilijih.

Postoji jedna izreka koja se provlači kroz sve religije, a to je da ono što radimo i dajemo drugima, zapravo radimo i dajemo sebi. Zato smo svi mi koji radimo u Hospiciju zahvalni na mogućnosti da pomažemo drugima i na taj način dobivamo, učimo i rastemo. U tom procesu mi smo zajedno, jednako važni, nadopunjujući se i izgrađujući tim svojom ulogom, pojavom i osobnošću, poput kockica koje se nadopunjuju i zajedno tvore mozaik pod imenom „Hospicij“.

Mirjana Mileusnić, prof.psih.

