PRIRUČNIK ZA DODATNU EDUKACIJU IZ PORODIČNE MEDICINE
MEDICINSKE SESTRE / TEHNIČARI

PRIRUČNIK

za dodatnu edukaciju iz porodične medicine

MEDICINSKE SESTRE / TEHNIČARI

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
FEDERALNO MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

PRIRUČNIK ZA DODATNU EDUKACIJU IZ PORODIČNE MEDICINE

MEDICINSKE SESTRE/TEHNIČARI

2011/2012

S A D R Ž A J

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 1
Uvod u porodičnu medicinu i Program dodatne obuke 11

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 2
Upravljanje promjenama 45

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 3
Diabetes Mellitus - Principi medicine zasnovane na dokazima i važnost adekvatnog vođenja zdravstvenih kartona 80

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 4
Kvalitet, sigurnost i akreditacija u porodičnoj medicini 115

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 5
Komunikacije vještine
Suština odnosa doktor medicine/medicinska sestra-tehničar/pacijent 145

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 6
Kardiovaskularni problemi I dio - Kardiovaskularna procjena 179

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 7
Izvještajni zadatak 1 - Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - I dio 197

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 8
Respiratorna oboljenja 219

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 9
Gastroenterologija 237

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 10
Pedijatrija - Zdravstvena zaštita adolescenata 257

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 11
Javno zdravstvo 284

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 12
Izvještajni zadatak 2 - Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - II dio 314

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 13
Zdravlje žena 321

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 14
Genitourinarni sistem - Dermatologija 346

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 15
Gerijatrija - Zdravstvena zaštita starije populacije i osjetljivije (ranjive) populacije 368

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 16
Onkologija i palijativna njega 392

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 17
Izvještajni zadatak 3 - Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - III dio 420

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 18
Kardiovaskularni problemi II dio - Procjena rizika i educiranje pacijenata 442

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 19
Kardiovaskularni problemi III dio - Procjena akutnih problema - Ishrana u porodičnoj medicini 458

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 20
Izvještajni zadatak 4 - Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - IV dio 488

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 21
Muskuloskeletni sistem - Neurologija - I dio 501

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 22
Muskuloskeletni sistem - Ishrana u porodičnoj/obiteljskoj medicini - II dio 513

Na osnovu člana 87. stav 5., a u vezi sa članom 236. stav 1. alineja 12. Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine Federacije BiH", broj 46/10), federalni ministar zdravstva, d o n o s i

P R A V I L N I K
O DODATNOJ EDUKACIJI IZ PORODIČNE MEDICINE

I - OSNOVNE ODREDBE

Član 1.

Ovim pravilnikom utvrđuje se sadržaj i način provođenja dodatne edukacije iz porodične medicine (u daljem tekstu: edukacija), uslovi koje moraju ispunjavati zdravstveni radnici koji pristupaju edukaciji, odnosno zdravstvene ustanove, koje obavljaju edukaciju, kao i način provjere znanja.

Član 2.

Edukacija iz člana 1. ovog pravilnika predstavlja organizovani oblik teoretskog i stručno-praktičnog osposobljavanja doktora medicine i medicinskih sestara-tehničara za pružanje zdravstvenih usluga iz oblasti porodične medicine.
Edukacija se obavlja pod nadzorom Federalnog ministarstva zdravstva (u daljnjem tekstu: Ministarstvo), odnosno ustanove koju odredi Ministarstvo, a s ciljem unapređenja kvaliteta pružanja zdravstvenih usluga iz oblasti porodične medicine, pojedincu i porodicama u lokalnoj zajednici, bez diskriminacije u pogledu rase, boje kože, spola i spolne orijentacije, jezika, vjeroispovijesti, političkog ili drugog mišljenja, nacionalnog ili socijalnog porijekla, imovine, rođenja, bolesti ili drugog statusa.

II - USLOVI ZA PRISTUPANJE EDUKACIJI

Član 3.

Zahtjev za edukaciju može podnijeti zdravstvena ustanova, odnosno nosilac odobrenja za obavljanje privatne prakse, za uposlenika - doktora medicine, doktora medicine - specijalistu, kao i medicinsku sestru-tehničara svih nivoa obrazovanja (u daljem tekstu: medicinska sestra-tehničar).
Uz zahtjev iz stava 1. ovog člana za doktora medicine, dostavljaju se dokazi o ispunjavanju slijedećih uslova:

- o završenom medicinskom fakultetu;
- o položenom stručnom ispitu;
- o posjedovanju licence za rad izdatu od nadležne komore;
- o poznavanju jednog stranog jezika.

Ukoliko se zahtjev za edukaciju podnosi za doktora medicine-specijalistu pored dokaza iz stava 2. ovog člana dostavlja se i dokaz o položenom specijalističkom ispitu.
Uz zahtjev iz stava 1. ovog člana za medicinsku sestru-tehničara, dostavljaju se dokazi o ispunjavanju slijedećih uslova:

- o završenom fakultetu, odnosno medicinskoj školi – smjer opšti;
- o položenom stručnom ispitu;
- o posjedovanju licence za rad izdatu od nadležne komore.

Član 4.

Zahtjev za edukaciju iz člana 3. ovog pravilnika podnosi se Ministarstvu.
Na osnovu podnijetog zahtjeva, a po provedenom postupku, federalni ministar zdravstva (u daljnjem tekstu: federalni ministar) donosi rješenje.
Rješenje doneseno u smislu stava 2. ovog člana je konačno.

III - PLAN I PROGRAM EDUKACIJE

Član 5.

Edukacija iz člana 1. ovog pravilnika obavlja se po planu i programu koji su utvrđeni ovim pravilnikom. Plan, metodologija i program edukacije iz porodične medicine za doktore medicine i medicinske sestre-tehničare, kao i trajanje edukacije, dati su prilogu ovog Pravilnika i čine njegov sastavni dio. (Prilog br. 1).

IV - NAČIN OBAVLJANJA EDUKACIJE

Član 6.

Teoretski dio edukacije obavljaju zdravstvene ustanove koje ispunjavaju slijedeće uslove u pogledu prostora, opreme i kadra, i to da imaju:

- najmanje jednu prostoriju za održavanje nastave, koja ispunjava higijensko-tehničke uslove namijenjene za učionice;
- sanitarni čvor u blizini prostorija za nastavu, i to odvojeno po spolu;
- prikladan namještaj u učionici;
- potrebnu opremu i nastavna pomagala neophodna za održavanje teoretske nastave;
- stručni kadar za održavanje teoretske edukacije: specijalisti porodične medicine sa najmanje osam godina radnog iskustva na poslovima svog stručnog, odnosno specijalističkog zvanja, kao i iskustvom u oblasti edukacije; specijalisti porodične medicine sa naučnim ili nastavnim zvanjem;
- medicinske sestre-tehničari visoke stručne spreme, više medicinske sestre, ili medicinske sestre-tehničari sa završenim dotrening programom iz porodične medicine sa najmanje pet godina radnog iskustva u struci.

Član 7.

Praktični dio edukacije obavlja se u zdravstvenim ustanovama u Federaciji Bosne i Hercegovine (u daljnjem tekstu: Federacija), koje ispunjavaju slijedeće uslove u pogledu prostora, opreme i kadra, i to:

- da imaju organizacione jedinice prema zahtjevima pojedinog dijela programa edukacije;
- da organizaciona jedinica ima potrebnu medicinsko-tehničku opremu i prostor za uspješno provođenje programom predviđenog osposobljavanja prema zahtjevima savremene medicine;
- da u toj organizacionoj jedinici u punom radnom vremenu radi stručni kadar naveden u članu 6. alineja 5. i 6. ovog pravilnika.

Teoretski i praktični dio edukacije pružaju i stručnjaci iz drugih oblasti u skladu sa definisanim nastavnim jedinicama programa dodatne obuke iz porodične medicine.

Član 8.

Ispunjenost uslova u zdravstvenim ustanovama, za obavljanje teoretskog i praktičnog dijela edukacije iz porodične medicine iz čl. 6. i 7. ovog pravilnika, rješenjem utvrđuje federalni ministar.

Član 9.

Edukacija po odredbama ovog pravilnika traje jednu školsku godinu.
Edukacija se, u pravilu, obavlja u redovnom radnom vremenu.

V - NAČIN PROVJERE ZNANJA, SASTAV I RAD ISPITNE KOMISIJE, KAO I IZDAVANJE UVJERENJA O USPJEŠNO ZAVRŠENOJ PROVJERI ZNANJA IZ PORODIČNE MEDICINE

Član 10.

Po završetku edukacije provjeru znanja polaznika edukacije obavljaju komisije koja se sastoje od po tri člana.
Članove komisije imenuje federalni ministar iz reda stručnjaka koji su provodili edukaciju.
Federalni ministar imenuje komisiju za završnu provjeru znanja doktora medicine i komisiju za završnu provjeru znanja za medicinske sestre-tehničare.
Predsjednik komisije za završnu provjeru znanja doktora medicine je specijalist porodične medicine sa naučnim ili nastavnim zvanjem.
Predsjednik komisije za završnu provjeru znanja medicinskih sestara-tehničara je diplomirana medicinska sestra sa završenom dodatnom edukacijom iz porodične medicine i edukacijom za predavača.

Član 11.

Provjeri znanja može pristupiti samo onaj polaznik edukacije koji je redovno pohađao nastavu iz teoretskog i praktičnog dijela.
Provjera znanja iz stava 1. ovog člana obavlja se pismeno (test), na način koji omogućava stvarno utvrđivanje potrebnog znanja o porodičnoj medicini.
U toku provjere znanja vodi se zapisnik u koji se unose lični podaci lica čije se znanje provjerava i podaci o sadržaju provjere.

Član 12.

Provjeri znanja može se pristupiti najviše dva puta, s tim da između provjera znanja mora proteći najmanje tri mjeseca.
U slučaju da polaznik edukacije i nakon druge provjere znanja ne zadovolji, upućuje se na ponovno obavljanje edukacije.

Član 13.

Ukoliko polaznik edukacije ne postigne uspjeh ni nakon druge provjere znanja, zdravstvena ustanova, koja je organizovala provjeru znanja dužna je izvijestiti o tome zdravstvenu ustanovu, odnosno nosioca odobrenja za privatnu praksu kod kojeg je polaznik edukacije uposlen, kao i Ministarstvo.

Član 14.

Zdravstvena ustanova koja organizuje edukaciju i završnu provjeru znanja, dužna je najkasnije u roku od sedam dana od dana završene provjere znanja, Ministarstvu dostaviti zapisnike o provjeri znanja i drugu potrebnu dokumentaciju, a radi izdavanja uvjerenja o uspješno završenoj provjeri znanja iz porodične medicine (u daljnjem tekstu: uvjerenje).
Polazniku edukacije koji je uspješno završio provjeru znanja iz porodične medicine, federalni ministar izdaje uvjerenje iz stava 1. ovog člana.
Uvjerenje potpisuje federalni ministar i predsjednik Ispitne komisije.
Sadržaj i izgled uvjerenja sastavni je dio ovog pravilnika (Prilog 2).
Nakon dobijenog uvjerenja, polaznik edukacije stiče pravo da u svom stručnom zvanju radi u timu porodične medicine.

Član 15.

Troškove edukacije, kao i završne provjere znanja utvrđuje federalni ministar posebnim rješenjem.
Troškove edukacije, kao i završne provjere znanja snosi zdravstvena ustanova, odnosno nosilac odobrenja za obavljanje privatne prakse koji je uputio polaznika edukacije na edukaciju saglasno odredbama ovog pravilnika.

Član 16.

O polaznicima edukacije koji su uspješno završili provjeru znanja Ministarstvo vodi evidenciju.

VI - PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 17.

Polaznik koji je uspješno završio dodatnu edukaciju iz porodične medicine, obavezan je da radi u timu porodične medicine zdravstvene ustanove, koja ga je uputila na edukaciju, najmanje dvije godine računajući od dana polaganja završnog ispita.
Ako polaznik svojevoljno promijeni radno mjesto ili dobije odobrenje za specijalizaciju iz neke druge grane medicine, dužan je naknaditi troškove dodatne edukacije i završne provjere znanja zdravstvenoj ustanovi, koja ga je uputila na dodatnu edukaciju.

Član 18.

Zdravstvenom radniku koji je obavio edukaciju iz porodične medicine u Federaciji, odnosno izvan teritorije Federacije, kao i u inostranstvu, priznaje se plan i program obavljene edukacije, kao i uspješno završena provjera znanja nakon obavljene edukacije.

Član 19.

Priznavanje edukacije iz člana 18. ovog pravilnika, vrši federalni ministar, na osnovu podnijetog dokumentovanog zahtjeva zdravstvenog radnika.
Uz zahtjev iz stava 1. ovog člana dostavlja se:

- diploma o završenom fakultetu, odnosno medicinskoj školi – smjer opšti ili njena ovjerena fotokopija, ako je fakultet, odnosno škola završena u inostranstvu, uz ovjerenu diplomu

dostavlja se i nostrifikacija diplome, odnosno svjedočanstva;

- plan i program obavljene edukacije iz porodične medicine ovjeren od strane organa koji ga je donio, a ako je u pitanju plan i program iz inostranstva, prevod istog sa ovjerom ovlaštenog prevodioca.

Član 20.

Na osnovu podnijetog zahtjeva iz člana 19. ovog pravilnika, a po provedenom postupku, federalni ministar donosi rješenje.
Rješenje doneseno u smislu stava 1. ovog člana je konačno.

Član 21.

Zdravstvene ustanove, kojima je odobreno obavljanje teoretskog i praktičnog dijela dodatne edukacije iz porodične medicine, na osnovu propisa koji su važili prije stupanja na snagu ovog pravilnika, dužni su uskladiti svoju organizaciju i poslovanje sa odredbama ovog pravilnika, u roku od šest mjeseci od dana stupanja na snagu ovog Pravilnika
Do isteka roka iz stava 1. ovog člana, ostaju na snazi rješenja o odobrenju obavljanja teoretskog i praktičnog dijela dodatne edukacije iz porodične medicine zdravstvenim ustanovama, izdata na osnovu propisa koji su važili prije stupanja na snagu ovog pravilnika.

Član 22.

Odredbe ovog pravilnika ne odnose se na edukaciju iz zdravstvene njege u zajednici, a što će se urediti posebnim pravilnikom.

Član 23.

Danom stupanja na snagu ovog pravilnika prestaje primjena Pravilnika o dodatnoj edukaciji iz porodične medicine („Službene novine Federacije BiH", broj 1/03).

Član 24.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja u "Službenim novinama Federacije BiH".

Broj: 01-37- ..... /11
..... 2011. godine
S a r a j e v o

M I N I S T A R

Prof. dr Rusmir Mesihović

Autori Priručnika za dodatnu edukaciju iz porodične/obiteljske medicine

Nastavna jedinica	Autori
1	**Prim.dr.med.sc Azijada Beganlić, docent**, šef ECPM JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla **Dipl.med. sestra Meliha Hrustić**, JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla
2	**Mr.sc.dr Melida Hasanagić**, specijalist O/PM, ambulanta Vrapčići, RMC Mostar **Med. sestra Branka Tomić**, ambulanta Dom zdravlja, Dom zdravlja Mostar
3	**Dipl.med. sestra Dženita Hasanagić - Kozić**, ambulanta Mahala, RMC Mostar **Ankica Čule,** med.sestra, ambulanta Stjepan Radića, Dom zdravlja Mostar
4	**Prim.dr Zoran Riđanović**, Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Fedaraciji Bosne i Hercegovine
5	**Prim.dr.med.sc Azijada Beganlić, docent**, specijalista PM, ECPM, JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla **Dipl. med. sestra Meliha Hrustić**, JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla
6	**Alma Tešnjak,** porodična med. sestra, ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica
7	**Nada Marinović**, med.sestra, Studentska ambulanta, Dom zdravlja Mostar
8	**Dipl.med. sestra Kristina Perić**, glavna sestra kućne njege, Dom zdravlja Mostar
9	**Ružica Grgić**, med. sestra, ECPM, JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla
10	**Mr.sc.dr Ibrahim Gledo**, spec. POM, ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica **Hikmeta Spahić**, porodična med. sestra, ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica
11	**Dr. sci. Aida Ramić-Čatak**, JU Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine
12	**Prim.dr.med.sc Larisa Gavran**, docent, šef ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica **Fatima Topčić**, porodična med. sestra, ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica
13	**Dipl.med. sestra Fehrija Salković**, JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla
14	**Fatima Topčić**, porodična med. sestra, ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica
15	**Atif Ljevaković**, porodični med. tehnicar, ECPOM, JU Dom zdravlja Zenica
16	**Mr.sci.med.prim.dr Zaim Jatić**, spec. porodične/obiteljske medicine, odgovorni ljekar P/OM OJ Centar, koordinator porodične medicine na nivou ustanove, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo **Mr.sci.oec.Mediha Avdić**, dipl.med.sestra, glavna sestra JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo
17	**Ikanović Sabina**, dipl.med. sestra, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo

Nastavna jedinica	Autori
18	**Dipl.med. sestra Bahira Jakubović**, ECPM, JZU Dom zdravlja sa poliklinikom "dr M. Šehović" Tuzla
19	**Prim.dr Amela Kečo**, spec.porodične/obiteljske medicine, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo **Dipl.med. sestra Bajramović Emina**, glavna sestra OJ Centar, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo
20	**Mr. Zineta Mulaosmanović**, dipl.med. sestra, v.d.glavna sestra OJ Ilidža, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo
21	**Dipl.med. sestra Čustović Advija**, odgovorna sestra P/OM OJ Centar, JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo
22	**Fikreta Jelovac**, med. sestra ambulanta Carina, RMC Mostar

1

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 1

Uvod u porodičnu medicinu i Program dodatne obuke

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
09:00-09:30 09:30-11:00 11:00-11:10 11:10-12:00	Uvodne riječi Reforma PZZ u FBiH Razvoj porodične medicine u BiH PAUZA Dotrening program iz PM	Na kraju ove sesije učesnici će biti sposobni: • Diskutovati o promjenama u koje su se desile u PZZ kroz reformu zdravstvenog sistema BiH • Diskutovati o ciljevima učenja u DTP • Opisati sadržaj nastavnih jedinica • Diskutovati o posjetama supervizora u ambulantama • Diskutovati o zadacima DTP i značaju tima • Identifikovati očekivanja učesnika DTP • Opisati process evaluacije u DTP • Znati definirati kompetencije zdravstvenih profesionalaca u timu porodične.	Predavanje Diskusija u malim grupama sa demonstratorima
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-14:30	Principi porodične medicine Bolesti bolesnost	• Razlikovati termin bolest i bolesnost • Definirati termin bolesnosti • Opisati kako ostvariti način paralelne pretrage u bolesti i bolesnosti • Naučiti sredstva za intervju usmjeren ka pacijentu	Predavanje i diskusija
14:30-14:45 14.45-15:30	Pauza Koncept dobrog zdravlja	• Znati definirati dobro zdravlje • Znati osnovne odrednice zdravlja	Predavanje Diskusija u malim grupama

UVOD U PORODIČNU MEDICINU I PROGRAM DODATNE EDUKACIJE

Pripremila: Azijada Beganlić

A- UVOD U PORODIČNU MEDICINU

REFORMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Zdravstveni sistem ne smije ovisiti o politici zbog toga sto je: zdravlje naroda dugoročni strateški projekt, a političke opcije su kratkoročne projekcije političara s osnovnim ciljem ostajanja na vlasti.

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) je definisana u zakonu kao osnov ukupnog sistema zdravstvene zaštite, ali u praksi je drugačije. Ona ustvari ne postoji u smislu zakonskih propisa. Ono što nazivamo primarnom zdravstvenom zaštitom su službe domova zdravlja (DZ) koje nisu u dovoljnoj mjeri orijentisane na unapređivanje zdravlja i prevenciju bolesti. Zbog svoje pretežno kurativne orijentacije te službe nisu angažovane na rješavanju zdravstvenih problema na mjestu gdje ljudi žive i rade.

Definiranje primarne zdravstvene zaštite se razlikuje od države do države. U Deklaraciji iz Alma Ate iz 1978 godine (SZO i UNICEF) primarna zdravstvena zaštita se definiše kao «Esencijana zdravstvena zaštita, zasnovana na praktičnim, naučno ispravnim i društveno prihvatljivim metodama i tehnologijama,opšte pristupačna pojedincima i porodicama u zajednici uz njihovo puno učešće, po cijeni koja ta zajednica i zemlja mogu da podnesu u svakoj fazi njihovog razvoja, u duhu oslanjanja na sopstvene mogučnost i samo odlučivanja. Ona istovremeno predstavlja integralni dio zdravstvenog sistema zemlje, čija je centralna funkcija i glavno žarište i sveukupnog socijalnog i ekonomskog razvoja zajednice.Ona je prvi nivo kontakta pojedinca, porodice i zajednice sa nacionalnim zdravstvenim sistemom, približavajući zdravstvenu zaštitu što je moguće više mjestu gje ljudi žive i rade, konstituišući prvi element u kontinuiranom procesu zdravstvene zaštite».
Originalni principi primarne zdravstvene zaštite koji su prvo opisani u Deklaraciji iz Alma Ate 1978. godine i dalje imaju vrijednost i primjenjivi su na probleme s kojima se suočavaju zajednice i zdravstveni sistemi u 21vijeku. Oni naglašavaju učešće zajednice, intersektoralno saradnje na pitanjima koje zdravstveni sektor ne može rješiti sam. (Primary Health Care:AFramework for Future Strategic Directions»;WHO(MNC/OSD/03/01/).
Primarna zdravstvena zaštita predstavlja osnov cjelokupnog sistema zdravstvene zaštite. To znači da se u okviru primarne zdravstvene zaštite putem isplativih intervencija kao što su: promocija zdravlja, prevencija bolesti, rano otkrivanje bolesti, blagovremeni tretman i rehabilitacija, rješava najveći dio zdravstvenih problema i zdravstvenih potreba stanovništva uz aktivnu podršku pojedinaca, porodice i zajednice u cjelini.
Primarna zdravstvena zaštita treba da ima centralno mjesto i ulogu u strategijama razvoja zdravstvenih sistema. Vlade širom svijeta pokušavaju iznaći načine kojima će u zdravstvenom sektoru poboljšati jednak pristup, efikasnost, efektivnost i sposobnost zdravstvenog sektora da odgovori na sve izazove.

OSVRT NA DOSADAŠNJE REFORMSKE AKTIVNOSTI KAO PODRŠKA JAČANJU PZZ U FBIH

Kao i sve vlade širom svijeta i Vlada Federacije Bosne i Hercegovine pokušava da iznađe načine za uspostavljanje efikasnije, efektivnijeg, dostupnije i kvalitetnijeg zdravstvenog sistema s ciljem poboljšanja i očuvanja zdravlja svog stanovništva.
U toku prethodnih nekoliko godina u Federaciji BiH pokrenute su sveobuhvatne reforme zdravstvenog sektora u cilju stvaranja preduslova za funkcioniranje kompletnog sistema zdravstvene zaštite, poboljšanja zdravstvene zaštite, povećavanje efikasnosti i jačanja njegove financijske održivosti.

Pregled strateških dokumenata

1996. godine Federalno ministarstvo zdravstva je, u suradnji s ekspertima SZO, pripremilo dokument pod naslovom "Federalni zdravstveni program". Ovaj dokument je bio osnova za izradu narednih strateških dokumenata: Strateški plan za reformu i rekonstrukciju zdravstvenog sistema" za period do 2000 god. i dokument «Strateški plan za reformu sistema zdravstvene zaštite u F BiH» (do 2004 godine), a koji je pripremljen za Vladu i od iste usvojen 2000 godine. Federalno ministartsvo zdravstva je također bilo uključeno u izradi Razvojne strategije BiH-PRSP u kojoj je zdravstveni sektor prepoznat kao značaj segment u ekonomskom razvoju zemlje i borbe protiv siromaštva.
U svim navedenim dokumentima osnovno strateško opredjeljenje reforme u oblasti
zdravstva je usmjerno na jačanje primarne zdravstvene zaštite orjentiranoj ka porodici/ obitelji i zajednici, promociji zdravlja i liječenju oboljelih u porodici/obitelji i zajednici a koju podržava odgovarajući sistem specialističko-konsultativne i bolničke zaštite.

Pregled najvažnijih aktivnosti kao podrška reformi PZZ

Sa završetkom rata angažirana su značajna donatorska i kreditna sredstva za obnovu ratom razrušenog zdravstvenog sektora, kao i opremanje zdravstvenih ustanova. U saradnji sa mnogobrojnim međunarodnim partnerima, vladinim i nevladinim organizacijama, koordinirani su projekti obnove i razvoja zdravstvenog sektora u Federaciji BiH.
Obzirom da je rat uzrokovao veliku mentalnu i fizičku traumu stanovništva pokreće se **Projekat "Rehabilitacija žrtava rata"** u okviru kojeg su službe za fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju smještene u zajednicu odnosno primarnu zdravstveni zaštitu.Tako je ovim projektom osposobljeno 38 centara za fizikalnu i mentalnu rehabilitaciju (CBR). Ovaj Projekat je bio osnova za daljne aktivnosti u oblasti mentalnog zdravlja što je rezultiralo da danas Bosna i Hercegovina bude nosilac Projekta Pakta Stabilnosti za zemlje jugoistične Europe u "Projektu kohezije kroz razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici u Jugoistočnoj Europi". Isti koncept se primjenjuje na fizikalnu rehabilitaciju.

U skladu s reformskim opredjeljenjima kroz projekte "Osnovno zdravstvo"(SB), Queen s Univerziteta iz Kanade, FAMI (DEZA), Project Hope SZO -e,UNICEF-a i drugih donatora date su osnove razvoju porodične/obiteljske medicine s posebnim naglaskom na edukaciju ljekara i medicinskih sestara iz ove oblasti, budući da je primjena novoga koncepta nemoguća bez promjena u oblasti obrazovanja. Tako su izvršene promjene u dodiplomskom obrazovanju ljekara uvođenjem tri katedre za porodičnu/ obiteljsku medicinu na svim medicinskim fakultetima u Federaciji BiH, te uvedena specijalizacija porodične/obiteljske medicine u program specijalizacija, kao i jedinstven kurikulum za dotrening ljekara i sestara iz porodične/obiteljske medicine.

Pilotiranje modela porodične/obiteljske medicine započelo je u Tuzlanskom, Hercegovačko-Neretvanskom i Zapadno-Hercegovačkom kantonu. Istovremeno, slične incijative pokreće kanton Sarajevo, a zatim se porodična/obiteljska medicina "širi" u Posvakom, Gornje-Podrinjskom i Zeničko-Dobojskom Kantonu, Srednje-Bosanskom.
Federalno ministarstvo zdravstva je u sklopu cjelokupne reforme započelo aktivnosti na unapređenju uloge sestre i njene profesionalizacije, fragmentirano u nekoliko projekata.
U suradnji sa ICRC (Međunarodni crveni križ), preveden je stručni materijal za sestrinstvo-LEMON; George Brown College je sprovodio aktivnosti na promjeni plana i programa u srednjim medicinskim školama (1999-2001) a takođe je preveden i promoviran temeljni dokument na kojem se gradi i vrednuje zdravstvena njega "Međunarodna klasifikacija prakse zdravstvene njege" (ICNP). Svi ovi pojedinačni projekti iskazali su potrebu za izradom nastavnog plana i programa za edukaciju iz oblasti sestrinstva, ali se nisu održali usljed nedostatka praćenja procesa, nedostatka kapaciteta, političke podrške i podrške donatora. Međutim, u posljednje vrijeme ministarstvo zdravstva prepoznaje potrebu za unapređenjem kvalitete prakse sestrinstva i akušerstva/primaljstva dajući podršku u izradi Nacionalnog akcionog plana sestrinstva i akušerstva/primaljstva, koji je jedinstven za cijelu BIH.

Jačanje menadžerskih vještina u zdravstvu, od izuzetne je važnosti u novoj organizaciji i funkcioniranju zdravstvenog sistema. U tu svrhu uspostavljen je Centar za zdravstveni menadžment u Zavodu za javno zdravstvo Federacije BiH, te pokrenuta edukacija zdravstvenih radnika različitih profila iz ove oblasti.

U svrhu **unapređenja kvaliteta u zdravstvu** utemeljena je Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu F BiH. Agencija će razvijati standarde kvaliteta u zdravstvu čime će se dobiti sigurne i kvalitetne zdravstvene usluge, a zdravstvene ustanove koje ih zadovoljavaju akreditacijsko priznanje.

Reforma u **oblasti javnoga zdravstva** također je od posebnog značaja i prioriteta gdje se od javno zdravstvenih radnika očekuje odgovorno učešće u kreiranju zdravstvene politike i cjelokupnog zdravstvenog sistema. Ovome doprinose uspostavljeni Zavodi za javno zdravstvo F BiH, kao i 10 kantonalnih zavoda za javno zdravstvo. Projekat Osnovno zdravstvo je omogućio instituscionalno jačanje javnog zdravstva, prevashodno na federalnoj razini.Izrađen je Strateški i biznis plan Zavoda za javno zdravstvo F BiH, Strategija kontrole duhana i duhanskih prerađevina u F BiH (usvojena od Vlade Federacije BiH).

Bitan dio reforme zdravstvenog sistema odnosi se na promjene u oblasti financiranja.
Utemeljeno je 10 kantonalnih fondova za zdravstveno osiguranje te Federalni Fond solidarnosti koji ima za cilj da osigura sredstva namjenjena za ostvarivanje prioritetnih programa zdravstvene zaštite za sve građane na teritoriji Federacije.
U okviru projekta Osnovno zdravstvo jedna od komponenti se bavila reformom financiranja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i testirajem modela "per capita" ugovaranja u porodičnoj/obiteljskoj medicini (piloti).

I pored nekoliko projekata koji su se bavili definiranjem paketa osnovnih prava, isti nije usvojen. Ovo je bitan nedostatak koji usporava proces reforme financiranja. Zdravstvene zaštite, posebno primarne zdravstvene zaštite.

Proteklih godina je došlo do prihvatanja uloge primarne zdravstvene zaštite u pružanju ekonomičnije

zdravstvene zaštite. Sistematična analiza empirijskih činjenica u smislu prednosti i mana sistema zdravstvene zaštite zasnovanih na porodičnim/obiteljskim ljekarima a ne na uslugama koje pružaju specijalisti pokazalo je da sistemi zasnovani na primarnoj zdravstvenoj zaštiti i porodičnoj/obiteljskoj medicini podrazumjeva značajne prednosti.
Međunarodna istraživanja pokazuju da je kvalitet sistema primarne zdravstvene zaštite neke zemlje usko povezan sa poboljšanim zdravstvenim ishodima kod stanovništva u pogledu smrtnosti, prerane smrtnosti i prerane smrtnosti prouzrokovane glavnim respiratornim i kardiovaskularnim oboljenjima.
Pregled dostupnih činjenica pokazuje da su zdravstveni sistemi koji se oslanja na primarnu zdravstvenu zaštitu s naglaskom na porodičnu/obiteljsku medicinu, u pogledu boljih zdravstvenih ishoda stanovništva, unaprijedili ujednačenost, adekvatnije korištenje usluga, zadovoljstvo korisnika usluga i naknadne troškove u zdravstvenim sistemima.
Činjenice do kojih se nedavno došlo pokazuju da je veći broj ljekara primarne zdravstvene zaštite u odnosu na stanovništvo rezultira smanjenom stopom smrtnosti kako općenito, tako i za srčane bolesti i karcinom. Veći broj specijalista u odnosu na određeni broj stanovnika povećava stopu smrtnosti.
Poboljšana dostupnost primarne zdravstvene zaštite usko je povezana sa većim zadovoljstvom pacijenata i manjim ukupnim izdvajanjima na zdravstvenu zaštitu. Zdravstveni sistemi sa jakom orijentacijom ka primarnoj zaštit obično stavljaju naglasak na pružanje zaštite socijalno ugroženim kategorijama, pružanje uravnoteženih usluga, a pristup takvim uslugama je olakšan. Povrh toga, pristup u okviru kojeg usluge pružaju porodični/obiteljski ljekari umanjuje troškove i povećava zadovoljskvo klijenata.

Nalazi podržavaju politike koje ohrabruju spuštanje usluga sa specijalističko-konsultativnog nivoa na primarni nivo zdravstvene zaštite sa naglaskom na porodičnu/obiteljsku medicinu jer takva zamjena nema negativan uticaj na kvalitet usluga ali zato značajno umanjuje troškove. Istraživanja pokazuju granice ovakve zamjene ali potom se postavljaju pitanja kao što su konfiguracija struktura primarne zdravstvene zaštite i timova, sadržaj usluga i način pružanja istih.
Primarna zdravstvena zaštita se ne poistovjećuje sa porodičnom medicinom niti sa vanbolničkom službom, iako se najveći dio zdravstvenih potreba i najveći broj mjera primarne zdravstvene zaštite ostvaruje preko timova porodične medicine, zbog čega primarna zdravstvena zaštita treba da bude osposobljena kadrovski i materijalno kako bi mogla u potpunosti ostvariti svoje mjesto i ulogu. Tim porodične medicine je u središtu zdravstvenog sistema, a institucionalno je predstavljen preko doma zdravlja (DZ).

FUNKCIJA DOMA ZDRAVLJA SE MORA OČUVATI

Dom zdravlja je institucionalni oblik organizovanja, mora se organizaciono prilagoditi modelu porodične medicine i biti nosilac primarne zdravstvene zaštite. Nova uloga doma zdravlja je logistička podrška timu porodične medicine bez obzira na to ko je osnivač, putem: konsultativno-specijalističkih ambulanti idijagnostičkih službi. Dom zdravlja koordinira rad ambulanti porodične medicine.

RAZLOZI ZA REFORMU PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (PZZ)

Mnogobrojni su razlozi za reformu PZZ:
-nejednak pristup zdravstvenoj zaštiti uzrokovan je visokom stopom zdravstveno neosiguranih građana; neefikasno pružanje usluga; naslijeđena PZZ okrenuta je bolesti i terapiji; epizodnoj zaštiti i pasivnom prijemu pacijenata; većem korišćenju konsultativno-specijalističkih službi, dijagnostičkih

usluga,te bolničkog liječenja.
Postoji fragmentacija prvog kontakta građana sa zdravstvenim sistemom uz ograničenu ulogu "vratara", a kontinuitetu zdravstvene zaštite posvećuje se neodgovarajuća pažnja.
Na nivou PZZ usluge se i dalje, u najvećem broju domova zdravlja, pružaju na osnovu starosne dobi, spola ili vrste bolesti u specijalizovanim dispanzerima i službama, što nije najefikasniji način korišćenja raspoloživih resursa Neefikasnost u aranžmanima pružanja zdravstvenih usluga jasno je vidljiva kada se prikažu rashodi u zdravstvu, gdje se naglasak i dalje stavlja na sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, a na štetu PZZ.
Reforme zdravstvenog sektora u F BiH su za cilj imale povećanje setkorske efikasnosti, jačanje finansijske održivosti i poboljšanja kvaliteta zdravstvene zaštite. U okviru niz dokumenta Svjetske banke (SB) i Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) identificiran je veći broj oblasti koje je potrebno uzeti u razmatranje kako bi se poboljšala efikasnost, jednak pristup i kvalitet usluga. Reforma zdravstvenog sistema u F BiH je fokusirana na sljedeća ključna pitanja:

- Neujednačenost u pristupu zdravstvenoj zaštiti.
- Neučinkovitost pružanja usluga;
- Ograničen institucionalni kapacitet i institucionalna fragmentacija
- Nedostatak finansijske održivosti.

Osnovni, strateški cilj reforme je razvoj PZZ u kojoj će centralno mjesto imati model porodične medicine i koja će se bazirati na pružanju: dostupnih, efikasnih, kvalitetnih i isplativih usluga, intervencija i programa.
Strateški cilj će biti ostvaren kroz realizaciju **specifičnih ciljeva** i to:
Izmjene i dopune postojeće regulative u cilju jačanja PZZ; uspostavljanje efikasnog sistema pružanja usluga; transformacija postojećih službi doma zdravlja i usklađivanje sa modelom porodične medicine; razvoj, testiranje i uvođenje novog ugovora i mehanizama plaćanja davalaca usluga; stvaranje adekvatnog profila zdravstvenih radnika; Uvođenje i primjena standarda kvaliteta s ciljem unapređenja, osiguranja i kontrole kvaliteta; razvoj i implementacija informacionog sistema; razvoj i implementacija sistema praćenja i vrednovanja; Jačanje učešća lokalne zajednice u obezbjeđivanju PZZ; uspostavljanje neophodnih upravljačkih mehanizama.
U cilju transformacije doma zdravlja i uvođenja modela porodične medicine neophodno je proizvesti edukovane zdravstvene menadžere koji bi bili osposobljeni za profesionalno upravljanje reformskim procesima (izvršiti profesionalizaciju zanimanja zdravstvenog menadžera); stvoriti uslove za nesmetano obavljanje edukacije i obuke menadžera iz oblasti zdravstvenog menadžmenta; planirati, organizovati, permanentno sprovoditi i vrednovati edukaciju i obuku menadžera iz oblasti zdravstvenog menadžmenta; širiti model porodične medicine na cjelokupnoj teritoriji.
Jedna od temeljnih odrednica reforme zdravstvenoga sistema u Federaciji Bosne i Hercegovine je u skladu sa Evropskim trendovima jačanje i unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Unaprijeđena primarna zdravstvena zaštita osiguraće da zdravstvene usluge na svim nivoima štite i promoviraju zdravlje, poboljšavaju kvalitetu života, preveniraju i tretiraju bolest, rehabilitiraju pacijenta, te brinu o onima koji pate i koji su terminalno bolesni. Reforma će garantirati zajedničko odlučivanje i pacijenata i davaoca zdravstvene zaštite, te promovirati sveobuhvatnost i kontinuitet zaštite.
Polazeći od dobrih rezultata postignutih uvođenjem modela porodične medicine kroz pilot projekat, model porodične medicine će primjenom sveobuhvatne i integrisane strategije implementaljcije, biti proširen na cjelokupnu teritoriju BiH.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti se: prati, istražuje i analizira zdravstveno stanje na području lokalne zajednice**;** prati, istražuje i analizira uticaj spoljnih faktora na zdravlje stanovništva na području lokalne zajednice**;** definišu i planiraju strateški ciljevi, prioriteti i aktivnosti za razvoj PZZ na području lokalne zajednice; ocjenjuje stepen ostvarenja strateških ciljeva i preduzima, eventualne, korektivne mjere i aktivnosti; planira, organizuje i pruža usluge PZZ u skladu sa procijenjenim potrebama i zdravstvenim stanjem lokalne zajednice; planiraju ljudske resurse za PZZ na području lokalne zajednice; podržava kontinuirana i koordinirana zdravstvenu zaštitu; organizuje i kontroliše primjena standarda kvaliteta u PZZ; koordinira rad timova porodične medicine na području lokalne zajednice; obezbjeđuje logistička podrška timovima porodične medicine; obezbjeđuje snabdijevanje ampuliranim lijekovima, sanitetskim materijalom i medicinskim sredstvima neophodnim za rad domova zdravlja kao i osnovna administrativna podrška timovima porodične medicine; ocjenjuje rad timova porodične medicine; vrednuje učinak implementacije programa promocije zdravlja i prevencije bolesti na poboljšanje zdravstvenog stanja na području lokalne zajednice; definišu, razvijaju i predlažu programi prevencije bolesti čija bi primjena imala veliki učinak na poboljšanje zdravstvenog stanja na području lokalne zajednice; koordiniraju sve organizacije i pojedinci koji na direktan ili indirektan način učestvuju u obezbjeđivanju i pružanju PZZ; podržava izvođenje teoretske i praktične nastave iz programa specijalizacije iz porodične medicine; planira i organizuje kontinuirana medicinska edukacija i kontinuirano profesionalno usavršavanje; podržava naučno-istraživački rad u PZZ; kmunicira i upoznaje stanovništvo sa važnim pitanjima zdravlja i zdravstvenog stanja lokalne zajednice; uljučuje lokalna zajednica u definisanje prioriteta za razvoj PZZ na lokalnom području; pikupljaju, obrađuju i čuvaju podaci iz oblasti rada u zdravstvu i podatke o zdravstvenom stanju; dstavljaju propisani izvještaji nadležnim institucijama; oezbjeđuje hitan sanitetski prevoz; oržava infrastruktura, objekata i medicinske opreme. U svom sastavu Dom zdravlja će biti temelj zdravstvenog sistema i polazna osnova objedinjene zdravstvene zaštite.

KAKO SVE TO POSTIĆI?

USPOSTAVLJANJE EFIKASNOG SISTEMA PRUŽANJA USLUGA

PZZ koja se bazira na modelu porodične medicine treba da izgradi efikasan sistem koji bi predstavljao prvu tačku kontakta građana sa zdravstvenim sistemom i koji bi težio ostvarenju najvažnijih principa PZZ: dostupnost, sveobuhvatnost, kontinuitet i usklađenost.

Prva tačka kontakta građana sa zdravstvenim sistemom ostvaruje se isključivo preko timova porodične medicine. Timovi porodične medicine predstavlja “filter za ulazak u zdravstveni sistem”.

Implementacije porodične medicine podrazumijeva: Izradu plana sprovođenja za dom zdravlja; Utvrđivanje početnog stanja u domu zdravlja; Prilagođavanje regulative doma zdravlja; Medijsku promociju modela porodične medicine; Slobodan izbor doktora porodične medicine i registraciju građana; Edkaciju timova porodične medicine (program specijalizacije i program dodatne obuke); Građevinsku rekonstrukciju ambulanti porodične medicine; Opremanje ambulanti porodične medicine standardnim setom medicinske opreme; Obuku iz menadžmenta promjena za timove porodične medicine i menadžment doma zdravlja; Uvođenje informacionog sistema (hardver i aplikativni softver); Obuku korisnika (doktora i sestara porodične medicine) u vezi sa korišćenjem aplikativnog softvera za ambulante porodične medicine; Uvođenje novih oblika ugovaranja plaćanja, i mehanizama plaćanja; Uvođenje vodiča za kliničku praksu u PZZ; Akreditaciju timova porodične medicine i uvođenje sistema kontrole kvaliteta; Uvođenje sistema praćenja, nadzora i vrednovanja rada timova porodične medicine.

Primjenom integrisane i sveobuhvatne strategije implementacije mijenja se kompletna postojeća organizacija, planiranje i upravljanje domom zdravlja.

KONSULTATIVNO-SPECIJALISTIČKA SLUŽBA

Postojeća organizacija konsultativno-specijalističke službe u domovima zdravlja mora se prilagoditi modelu porodičine medicine. Konsultativno-specijalistička služba se transformiše u konsultativnospecijalističke ambulante, koje, zavisno od potreba timova porodične medicine, obezbjeđuju specijalističke konsultacije ili usluge za svoje opredijeljene građane. Upućivanje korisnika zdravstvenih usluga kod konsultanata specijalista, unutar domova zdravlja, bolnica, klinika, vrši ljekar porodične medicine.
"Kretanje" korisnika zdravstvenih usluga kroz ovako uređen sistem biće regulisano vodičima algoritmima, protokolima (tzv. dijagnostičko terapijski protokoli), te posebnim aktima koji će zahtijevati stalnu reviziju i aktuelizaciju u skladu sa potrebama savremene prakse. Određeni broj specijalista iz PZZ, zavisno od planiranih potreba, može završiti dodatnu edukaciju iz porodične medicine i obavljati poslove doktora porodične medicine.

ZAŠTITA ZDRAVLJA ŽENA I DJECE

Postojeća organizacija zravstvene zaštite djece, trudnica i žena u domovima zdravlja mora se prilagoditi modelu porodične medicine. Dosadašnja organizacija obezbjeđuje zdravstvenu zaštitu navedenih grupa kroz rad odgovarajućih specijalističkih službi i dispanzera, lociranih u principu u urbanim područjima, na samom početku je narušen princip jednakosti u zdravlju, u korist stanovništva grada u odnosu na selo.

MEDICINA RADA

Postojeća služba medicine rada u domovima zdravlja takođe se mora prilagoditi modelu porodične medicine.Trenutno postojeća služba specificne zdravsrvene zastite radnika je konsultativno-specijalistička. Ova sluzba pruža konsultativno-specijalističke usluge timovima porodične medicine i obavlja druge poslove iz svog domena, (periodični pregled radnika zaposlenih na radnim mjestima sa posebnim uslovima rada, ekspertize profesionalnih oboljenja, utvrđivanje trajne radne sposobnosti, i sl.). Mogućnost je da kompletan posao medicine rada, od domova zdravlja preuzme Zavod za medicinu rada, i koji bi se bavio aspektima zaštite na radu, te dijagnostikom i liječenjem profesionalnih oboljenja (potrebno je uraditi studiju ekonomske opravdanostini finansijske održivosti).

HITNA MEDICINSKA POMOĆ

Sluzba je organizovana po principu pruzanja hitne medicinske pomoci stanovnistvu opstine kojoj gravitira. Potrebno je da timovi porodične medicine prođu dodatnu obuku u vezi sa pružanjem hitne medicinske pomoći.

PATRONAŽNA SLUŽBA

Postojeća služba patronaže u domovima zdravlja mora se u potpunosti prilagoditi modelu porodične medicine. Potrebno je da se sestre iz tima porodične medicine dodatno edukuju iz oblasti promocije zdravlja, prevencije bolesti i palijativne njege.

CENTAR ZA FIZIKALNU REHABILITACIJU U ZAJEDNICI I CENTAR ZA MENTALNO ZDRAVLJE

Centar za fizikalnu rehabilitaciju u zajednici i centar za mentalno zdravlje su u sastavu doma zdravlja. Dugoročno, ovi centri bi trebalo da se institutišu kao zasebna pravna lica.U oba slučaja, potrebno je raditi na razvoju vodiča kojima bi se jasno i precizno utvrdio "modus operandi" između timova porodične medicine i centra za fizikalnu rehabilitaciju u zajednici i centra za mentalno zdravlje.
Da bi se uvažili principi ekonomske opravdanosti i finansijske održivosti, ovi centri bi se osnivali u zavisnosti od lokalnih potreba i finansijskih mogućnosti.

DIJAGNOSTIČKE USLUGE

U domovima zdravlja se najčešće pružaju sledeće vrste dijagnostičkih usluga: biohemijskohematološke, RTG i ultrazvuk. Potrebno je da svi domovi zdravlja procijene potrebe i ekonomsku opravdanost uvođenja, odnosno postojanja određenih medicinskih tehnologija. Ruralne ambulante porodične medicine, koje su udaljene deset i više kilometara od doma zdravlja, mogu imati opremu za najčešće laboratorijske usluge.

HIGIJENSKO-EPIDEMIOLOŠKI POSLOVI

Potrebno je da svi domovi zdravlja u procijene lokalne potrebe i ekonomsku opravdanost u vezi sa statusom i radom postojeće higijenskoepidemiološke službe.
Primarni zadaci "nove" higijensko-epidemiološke službe su unapređenje i kontrola stanja higijenskih prilika na području lokalne zajednice i epidemiološko nadgledanje;
preventivni rad u smislu eliminacije mogućih izvora zaraze, te kontrola i suzbijanje širenja zaraznih i masovnih nezaraznih bolesti.
Dom zdravlja može ugovarati higijensko-epidemiološke poslove sa lokalnom zajednicom i drugim pravnim i fizičkim licima na svom području.

STOMATOLOŠKA SLUŽBA

Postojeća stomatološka služba u domovima zdravlja treba da se transformiše u stomatološke ambulante za dječiju, preventivnu i opštu stomatologiju.

SNABDIJEVANJE SIGURNIM, KVALITETNIM I EFIKASNIM LIJEKOVIMA U PZZ

Osnovna uloga primarne zdravstvene zaštite, kako je definisano u deklaraciji Međunarodne konferencije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti iz Alma Ate je: propisivanje i obezbjeđivanje isplativih lijekova koji se koriste u prevenciji, kontroli i liječenju uobičajenih zdravstvenih problema.

STVARANJE ADEKVATNOG PROFILA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Strategija za ljudske resurse mora se izraditi na način kojim se iskazuje snažna podrška modelu porodične medicine u okviru svih institucionalnih i organizacionih nivoa zdravstvenog sistema.
Ova strategija mora definisati: nedostatak, odnosno višak doktora, za svaku od medicinskih specijalnosti, odnosno sestara i ostalih zdravstvenih radnika; potreban broj doktora specijalista porodične medicine; potreban broj medicinskih sestara/tehničara porodične medicine; način na koji bi se zdravstveni radnici privlačili i zadržavali da rade u ruralnim područjima, itd..

KVALITETA S CILJEM UNAPREĐENJA, OSIGURANJA I KONTROLE KVALITETA

Cilj: -podsticanja zdravstvenih radnika u PZZ da proširuju svoja znanja i kompetencije.
Da bi se osiguralo pružanje usluga visokog kvaliteta, pristupilo se izradi vodiča za kliničku praksu u PZZ zasnovanih na dokazima, koji će doprinijeti jačanju kontinuiteta zdravstvene zaštite;

- ugraditi mehanizme plaćanja po učinku u ugovor za pružanje usluga u PZZ, čime bi se stimulisala upotreba vodiča za kliničku praksu i vodiča za promociju zdravlja i prevenciju bolesti;
- uvesti kliničku reviziju primjene vodiča, kako bi se vrednovao uticaj vodiča na kliničku praksu;
- dalje razvijati odgovarajuće indikatore i njihovo mjerenje, pomoću kojih će sistem praćenja i vrednovanja moći evidentirati informacije u oblastima za koje su vodiči izrađeni.

Ključnu ulogu u daljem razvoju, uvođenju, primjeni i kontroli standarda kvaliteta u PZZ ima Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite.

RAZVOJ I PRIMJENA INFORMACIONOG SISTEMA

Osnov za razvoj informacionog sistema u PZZ je aplikativni softver za timove porodične medicine. Aplikativni softver će omogućiti povećanje produktivnosti timova porodične medicine, stavljajući medicinske, administrativne i finansijske poslove, koje tim svakodnevno obavlja, u jednu aplikaciju.

RAZVOJ I IMPLEMENTACIJA SISTEMA PRAĆENJA I VREDNOVANJA

U cilju razvoja i primjene sistema praćenja i vrednovanja u PZZ, potrebno je izraditi sveobuhvatnu Strategiju za monitoring i evaluaciju zdravstvenog sistema

RAZVOJ PORODIČNE MEDICINE

Reforma državnih sistema zdravstvene zaštite je česta pojava u Evropi kao i drugdje u svijetu. Uzimajući u obzir demografske promjene, napredak u medicini, zdravstvenu ekonomiju i potrebe i očekivanja pacijenata, moraju biti iznađeni novi načini pružanja zdravstvene zaštite.
Postoje značajne razlike u načinu organizovanja sistema zdravstvene zaštite i načinu prakticiranja porodične/obiteljske medicine širom Evrope. Evropa ima različite sisteme zdravstvene zaštite i različite uslove u kojima porodični/obiteljski ljekar pruža zdravstvenu zaštitu. Postoje osnovne kulturne (uključujući religiozne) i političke razlike u društvima i populacijama gdje porodični/obiteljski ljekar radi. To može voditi različite opise poslova. Porodična medicina je klinička disciplina, koja je više nego bilo koja zavisna od društvenih razlika. Porodični ljekar je posrednik između društva i medicine.
Međunarodna iskustva pokazuju da sistemi zdravstvene zaštite koji su bazirani na efektivnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti sa visoko osposobljenim porodičnim/obiteljskim ljekarima koji rade u zajednici pružaju jeftiniju i klinički kvalitetniju zaštitu nego oni sa slabo razvijenom primarnom zdravstvenom zaštitom.
U zemljama Evropske unije i onima koje teže pristupanju uniji, medicinsko obrazovanje je pod patronatom direktive Evropske zajednice 93/16. Direktiva 93/16 definiše period edukacije od minimalno dvije godine i minimalno šest mjeseci rada u porodičnoj/obiteljskoj medicini; ovo je bilo produženo na tri ili više godina u nekim zemljama. Prvobitna namjena direktive bila je promovisanje slobodnog kretanja ljekara. U sklopu ove direktive postoji nedostatak isticanja važnosti sadržaja i kvaliteta postdiplomskog studija. Stoga je veoma važno, za zaštitu pacijenata, da porodični/obiteljski ljekari prođu kroz edukaciju koja osigurava neophodne vještine u radu u bilo kojoj zemlji članici EU.
Složena i esencijalna uloga porodičnih/obiteljskih ljekara u sklopu sistema zdravstvene zaštite treba da bude potpuno shvaćena od strane drugih medicinskih disciplina ali i od planera zdravstvene zaštite, ekonomista, političara i javnosti koji su indirektno uključeni.
U Evropi je potrebno povećano ulaganje u Porodičnu/obiteljsku medicinu kako u ljudske potencijale i infrastrukturu tako i u edukaciju, naučna istraživanja i obezbjeđenje kvalitet

U posljednjih 13 godina postignuti su značajni rezultati u reformi primarne zdravstvene zaštite putem razvoja porodične/obiteljske medicine u Bosni i Hercegovini. U osnovi svih promjena bile su regulatorne i legislativne odluke donesene od strane Federalnog ministarstva zdravstva. Ove promjene su pratili uvodjenje specijalizacije iz porodične/ obiteljske medicine 1999. godine sa jasnim planom i programom; formiranje katedri za obiteljsku medicinu na tri univerziteta u Federaciji Bosne i Hercegovine (FBIH) u Sarajevu, Tuzli i Mostaru; osnivanje edukacionih centara za porodičnu/ obiteljsku medicinu u domovima zdravlja u Tuzli, Sarajevu, Mostaru i Zenici; izrada i sprovodjenje Programa za dodatnu obuku iz obiteljske medicine; renoviranje starih i oštećenih i izgradnja i opremanje novih ambulanti obiteljske medicine; javna akcija na promociji porodične/obiteljske medicine i ispitivanje zadovoljstva stanovnika i medicinskih radnika sa učinjenim promjenama.
Kao rezultat svih napora u razvoju porodične/obiteljske medicine je činjenica da u FBiH radi 350 specijalista porodične/obiteljske medicine, veliki broj ljekara i medicinskih sestara koji su završili Program dodatne obuke iz obitesljke medicine raspoređenih u svim dijelovima FBiH.
U okviru Programa osnovno zdravstvo Svjetske Banke. Renovirano je i potpuno opremljeno veliki broj ambulanti u kojima rade timovi porodične/obiteljske medicine. Kao jedna od aktivnosti u ovom projektu bilo je i renoviranje i opremanje 3 centra za edukaciju porodične/obiteljske medicine sa 6 satelitskih centara u kojima rade 27 timova lokalnih eksperata osposobljenih da podučavaju specijalizante, studente medicine, visoke i više medicinske škole, kao i srednje medicinske škole iz

oblasti porodične obiteljske medicine.
Istraživanje zadovoljstva korisnika koje je sprovelo Federalno ministarstvo zdravstva pokazuje signifikantno veće zadovoljstvo korisnika usluga porodične/obiteljske medicine u poredjenju sa klasiþnim ambulantama opće medicine.

PORODIČNA/OBITELJSKA MEDICINA

Radna grupa Europskog uruženje ljekara porodične/obiteljske/opšte medicine WONCA Europe sačinila prijedlog definicije porodične medicine. Definicja je prihvaćena na godišnjoj konferenciji WONCA Europe u Londonu 2002. godine. U daljem tekstu je orginalni tekst iz ove defnicije.

Ova konsenzusom prihvaćena definicija definira disciplinu Porodične/obiteljske medicine kao i profesionalne zadatke, i opisuje osnovne kompetencije zahtjevane od porodičnih/obiteljskih liječnika. Ona ocrtava osnovne elemente ove naučne discipline i obezbjeđuje oficijelni pregled toga šta bi porodični/obiteljski ljekari u Evropi trebali da obezbjede u procesu pružanja zdravstvene zaštite pacijentima, a da bi zdravstvena njega pacijenata bila najviše kvalitete i ekonomski prihvatljiva.

DISCIPLINA I SPECIJALIZACIJA PORODIČNE / OBITELJSKE MEDICINE

Porodična/obiteljska medicina je akademska naučna disciplina sa vlastitim edukacionim sadržajem, istraživanjima, bazom dokaza i kliničkom aktivnosti, i klinička specijalizacija orijentirana ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Disciplina i specijalizacija Porodične/obiteljske medicine
Postoji potreba da se definišu i disciplina Porodična/obiteljska medicina a i uloga Specijaliste Prodične/obiteljske medicine. Definicija discipline je potrebna da definira akademsku osnovu i okvir u kojem je disciplina sačinjena, da bi ukazala na proces pravilnog toka edukacije, istraživanja i poboljšanja kvalitete. A definicija uloge Specijaliste Porodične/obiteljske medicine je potrebna da bi se akademske definicije provele u stvarnost posla porodičnog liječnika koji bi radio sa pacijentima u sistemima zdravstvene zaštite širom Evrope.

1. **Karakteristike discipline Porodične/obiteljske medicine su te da:**

a) je ‘normalno’ prvi kontakts sa pacijentom u sklopu sistema zdravstvene zaštite, obezbjeđujući otvoren i neograničen pristup za njegove korisnike, rješavajući sve zdravstvene probleme bez obzira na dob, spol ili bilo koju drugu karakteristiku pacijenta;

b) čini korištenje resursa zdravstvenog sistema efektivnim tako što koordinira zdravstvenu zaštitu, radeći sa drugim profesionalcima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zastupajući pacijenta u daljnjim kontaktima sa drugim specijalistima

c) Razvija pristup liječenju sa pacijentom u centru, orijentisanom ka individui, njegovoj/njenoj porodici i njihovoj zajednici

Porodična/obiteljska medicina se bavi sa ljudima i njihovim problemima a u kontekstu njihovih životnih okolnosti, ne sa bezličnom patologijom ili ‚slučajevima’. Početak ovog procesa je pacijent.

Važno je razumijeti kako se pacijent nosi i kako gleda na bolest kao i kako gleda na progres bolesti. Pacijent je osoba sa svojim vjerovanjima, strahovima, očekivanjima i potrebama.

d) Ima specifičan pristup pregledu pacijenta koji tokom vremena utvrđuje poseban odnos sa pacijentom kroz efektivnu komunikaciju između doktora i pacijenta

Svaka posjeta pacijenta porodičnom ljekaru doprinosi razvoju odnosa i svaki individualni pregled može se graditi na prethodnom iskustvu. Vrijednost ovog odnosa zavisi od komunikacionih vještina porodičnog/obiteljskog ljekara i sam po sebi ima terapijski efekat.

e) Odgovorna je za pružanje kontinuirane njege određene potrebom pacijenta.

Liječenje kod porodičnog/obiteljskog ljekara mora biti konstantno od rođenja (nekad i prije) do smrti (nekad i poslije). Osigurava kontinuitet njege tako što slijedi pacijenta kroz čitov njegov život. Medicinski dosije (karton) je eksplicitan dokaz kontinuiteta liječenja. To je materijalni dokaz o pregledima, ali samo dio sveukupnog odnosa doktor – pacijent. Porodični/obiteljski ljekari će obezbijediti zdravstvenu zaštitu tokom dužih perioda života pacijenta, kroz mnoge epizode bolesti. Oni su također odgovorni za obezbijeđenje zdravstvene zaštite tokom 24 sata, a ukoliko su u nemogućnosti da to urade odgovorni su za obezbjeđenje zamjene i koordiniranje zdravstvene njege.

f) Ima specifičan proces donošenja odluke (dijagnosticiranja) koji je određen prevalencijom i incidencijom bolesti u zajednici

Problemi se prezentiraju porodičnom/obiteljskom ljekaru u zajednici na različit način od prezentiranja u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prevalencija i incidencija se razlikuju od tih koje se pojavljuju u bolničkim uslovima i ozbiljna oboljenja se prezentuju rijeđe u porodičnoj/obiteljskoj medicini nego u bolnicama zbog toga što nema prethodne selekcije. Ovo zahtijeva specifičan pristup dijagnosticiranju koji se zasniva na poznavanju pacijenta i zajednice. Procjena pozitivnog ili negativnog kliničkog znaka ili dijagnostičkog testa ima različitu težinu u porodičnoj/obiteljskoj medicini u usporedbi sa bolničkim uvjetima. Često porodični/obiteljski ljekari moraju uvjeriti pacijente sa strahom od određenog oboljenja da takvo oboljenje kod njih nije prisutno.

g) Istovremeno vodi i akutne i hronične zdravstvene probleme pacijenata

Porodična/obiteljska medicina mora da se nosi sa svim zdravstvenim problemima jednog pacijenta. Ne smije se ograničiti na vođenje samo trenutne bolesti jer će česti doktor morati rješavati višestruke probleme. Pacijent često dolazi na pregled zbog nekoliko tegoba čiji se broj povećava sa starošću. Istovremeni odgovor ne nekoliko zahtijeva čini neophodnim hijerarhijsko vođenje problema, vodeći računa i o pacijentovim a i o ljekarskim prioritetima.

h) Vodi bolest koja se prezentira kao nediferencirana u ranoj fazi i njen razvoj, što može zahtijevati hitnu intervenciju

Pacijent često dolazi na početku simptoma i teško je postaviti dijagnozu u ranom stadiju. Ovaj način prezentiranja znači da važne odluke za pacijenta trebaju da se donesu na osnovu ograničenih informacija, i pretpostavka o prisutnosti bolesti na osnovu kliničkog pregleda i testova je manje sigurna. Iako su znaci određene bolesti dobro poznati i specifični to se ne odnosi na rane simptome te bolesti koji su često nespecifični i zajednički mnogim bolestima. Procjena rizika u ovim okolnostima

je ključna uloga porodične/obiteljske medicine. Isključivanjem oboljenja koji mogu imati rapidan koban završetak odluka može da sačeka daljnji razvoj bolesti i simptoma i da se naknadno preispita. Rezultat samo jednog pregleda često ostaje na nivou jednog ili nekoliko simptoma, ponekad na ideji o bolesti, a rijetko punoj dijagnozi.

i) Promovira zdravlje i dobrostanje odgovarajućim i efektivnim intervencijama

Intervencije moraju biti odgovarajuće, efektivne i bazirane na očiglednim dokazim kad je god moguće. Intervencije kad nisu opravdane mogu izazvati štetu i trošenje važnih resursa zdravstvenog sistema.

j) Ima naročitu odgovornost za zdravlje u zajednici

Porodična/obiteljska medicina prepoznaje da ima odgovornost i za individualne pacijente i za širu zajednicu u suočavanju sa zdravstvenim problemima. Ponekad će ovo proizvesti tenzije i može voditi u sukob interesa što se mora riješiti na odgovarajući način.

k) Bavi se zdravstvenim problemima u njihovim fizičkim, psihološkim, socijalnim, kulturnim i egzistencijalnim dimenzijama.

Porodična/obiteljska medicina mora prepoznati sve ove dimenzije istovremeno i svakoj od njih dati odgovarajuću važnost. Ponašanje u bolesti i oblici bolesti su varijabilni zavisno od gore navedenih faktora i mnogo nezadovoljstva je izazvano intervencijama koje ne adresiraju korijen uzroka problema pacijenta.

OSNOVNE KOMPETENCIJE

Definicija discipline Porodične/obiteljske medicine i ljekara specijaliste porodične/obiteljske medicine mora direktno voditi osnovnim kompetencijama porodičnog/obiteljskog ljekara. Osnovne, znači esencijalne za disciplinu bez obzira na sistem zdravstvene zaštite u kojoj se primjenjuje. One su grupisane u tri paragrafa u odnosu prema disciplini (§1) prema prakticiranju (§2) i neki osnovni oblici kao što je zaleđe (§3).

§1. Jedanaest centralnih karakteristika koje definišu disciplinu su u direktnoj vezi sa jedanaest vještina koje svaki specijalista porodične/obiteljske medicine treba da posjeduje. One mogu biti grupisane u šest osnovnih kompetencija :

1. **Pružanje primarne zdravstvene zaštite**
   a) mogućnost da se uspostavi primarni kontakt sa pacijentima,
   b) koordinacija njege sa drugim profesionalcima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i sa drugim specijalistima obezbjeđujući efektivnu i odgovarajuću njegu, zastupajući pacijenta kada je potrebno.
2. **Zdravstvena zaštita s pacijentom u centru**
   c) mogućnost prihvatanja kliničkog metoda pacijent u centru u radu s pacijentima i drugim problemima.
   d) Razviti i primjeniti metodu pregleda pacijenta u svrhu razvoja efektivnog odnosa doktor-pacijent,
   e) obezbjediti kontinuitet zdravstvene zaštite prema potrebama pacijenta.

3. **Specifične kliničke vještine**

   f) koristiti specifičan pristup u načinu donošenja odluka koji će biti određen prevalencijom i incidencijom bolesti u zajednici.
   g) znati prepoznati stanja koja se mogu prezentirati rano i na nediferenciran način i intervenisati hitno kad je neophodno.

4. **Sveobuhvatan pristup**

   h) istovremeno voditi akutne i hronične zdravstvene probleme kod pojedinca,
   i) promovisati zdravlje i blagostanje primjenjujući strategije promocije zdravlja i prevencije bolesti na odgovarajući način.

5. **Bazirana u zajednici**

   j) uspostaviti ravnotežu između zdravstvenih potreba pojedinaca i zdravstvenih potreba zajednice u kojoj žive oslanjajući se na raspoložive resurse.

6. **Sveobuhvatan način liječenje**

   k) mogućnost da se koristi bio-psiho-socijalni model vodeći tačuna o kulturnim I egzistencijalnim dimenzijama.

§2. Da bi se bavio porodičnom/obiteljskom medicinom kompententni praktičar podrazumijeva ove kompetencije u tri važna područja:

klinički zadaci; komunikacija sa pacijentom i vođenje prakse.

§3. Kao naučna disciplina sa pacijentom u centru (klinički metod), tri pozadinske osobine se trebaju uzeti u obzir kao osnovne:

a) kontekst –posmatrajući pacijenta u kontekstu njegove ličnosti, njegove porodice, zajednice i kulture,
b) pristup – baziran na profesionalnim sposobnostima liječnika, moralnim vrijednostima i etici,
c) naučni pristup – prihvatajući kritički na istraživanjima, baziran pristup radu i nastavljanje kontinuirane naobrazbe i poboljšanja kvaliteta.

Međuodnos osnovnih kompetencija, područja implementacije i osnovnih osobina određuje karakter discipline Porodične/obiteljske medicine i ocrtava kompleksnost specijalizacije.
Upravo ovaj kompleksni međuodnos osnovnih kompetencija bi trebao da upravlja i da se reflektuje na razvoj programa podučavanja, istraživanja i poboljšanja kvaliteta.
Iako se definicija porodične medicine obraća uglavnom ljekarima svi navedeni principi i kompetencije se ne mogu ostvariti bez značajne uloge medicinske sestre i timskog rada koji je jedan od glavanih principa porodične medicne.

DEFINICIJA I DJELOKRUG RADA PORODIČNE MEDICINSKE SESTRE

Pripremila: Meliha Hrustić

Porodična medicinska sestra praktičar (The Family Nurse Practitioner –FNP)

Porodica, u najširem smislu, utiče na gotovo svaki aspekt zdravlja osobe.
Porodična medicinska sestra praktičar odgovara na zdravstvene potrebe porodice, tako što vrši zdravstvenu procjenu, pruža direktnu njegu i usmjerava, podučava ili savjetuje na odgovarajući način, posebno po pitanju samo- njege porodice. Porodična medicinska sestra obično radi u saradnji sa porodičnim ljekarima primarne njege i drugim stručnjacima u sklopu sistema zdravstvene njege.

Pored konvencionalne prakse u ordinaciji, klinici, ambulanti**,** Porodična medicinska sestra praktičar može pratiti porodice u različitim okruženjima, kao što je škola, kuća, radno mjesto ili bolnica, u zavisnosti od potreba klijenta.

Porodična medicinska sestra praktičar - Pod općim nadzorom, ona procjenjuje i evaluira potrebe pacijenta za zdravstvenom njegom, provodi određene dijagnostičke i terapeutske zadatke, određuje i upravlja njegom pacijenta, obavlja i srodne poslove koji joj pripadaju u okviru opisa posla.

Primjeri radnih zadataka (ukratko)

- Uzima istoriju pacijenta i provodi kompletne fizikalne preglede pacijenata bilo u opštem medicinskom okruženju, ili unutar konteksta specijalnosti klinike na kojoj radi. Ona procjenjuje klinički status pacijenta, uspostavlja i vodi zdravstveni karton pacijenta.
- Određuje i/ili provodi laboratorijske skrining testove u skladu sa važećim protokolima.
- Ako je neophodno konsultuje se sa ljekarima po pitanju zdravstvenog statusa pacijenta, upučuje komplicirane slučajeve prema odgovarajućim službama.
- Planira program njege, konsultuje se sa ljekarima, drugim stručnim osobljem, pacijentima i njihovim familijama kada je to potrebno, te formira listu problema na osnovu kliničkih rezultata.
- Preporučuje tretman i liječenje, te propisuje lijekove u skladu sa protokolom.
- Pruža i evaluira njegu pacijenta u skladu sa protokolima i programskim kriterijima za osiguravanje kvaliteta.
- Podučava pacijente, porodice i osoblje tehnikama samo - njege i metodama poboljšavanja prevencije/liječenja, te pruža savjetodavne usluge koje se tiču promocije zdravih stilova života.
- Pregleda i priprema protokole i upućuje na odobrenje ljekarima.
- Priprema i vodi različite izvještaje i dokumentaciju, preporučuje nabavku odgovarajućeg inventara opreme.

Fokus rada **Porodične medicinske sestre praktičara** je promocija zdravlja i prevencija bolesti počevši od ranog djetinjstva kontinuirano i kroz cijeli proces starenja. One su osposobljene da dijagnostikuju i izrađuju planove tretmana za akutne i hronične bolesti. One su takođe sposobne da provode specijalnu njegu, kao što je ginekološka i perinatalna njega.
Porodične medicinske sestre praktičari su u nekim slučajevima menadžeri, administratori, edukatori pacijenata i osoblja, kreatori politike i istraživači u skladu sa njihovim poljem rada.

Porodična medicinska sestra praktičar je registrovana sestra sa magistarskom diplomom u sestrinstvu (prethodno završen fakultet za sestrinstvo), koja je osposobljena za provođenje napredne prakse u primarnoj njezi sa pojedincima i porodicama svih starosnih grupa, obezbjeđujući kontinuitet u pružanju zdravstvene njege. Ova praksa uključuje nezavisnost i međuzavisnost u donošenju odluka i direktnu odgovornost za kliničke odluke. Diplomski studij proširuje sveobuhvatniju ulogu Porodične medicinske sestre praktičara koja uključuje učešće i provođenje istraživanja, razvoj i implementaciju zdravstvene politike, liderstvo, edukaciju, menadžment slučaja i savjetovanje. (ANA, 1995). Ovi ciljevi se postižu pomoću sveobuhvatne prakse u saradnji sa svim članovima tima zdravstvene njege.

Istorijat Porodične medicinske sestre praktičara

Uloga Porodične medicinske sestre praktičara egzistira od 1970-tih godina, međutim tokom 1990-tih uloga i funkcija te sestre je dobila poseban značaj. Promjene u zdravstvenoj njezi, udaljavanje od bolničkog koncepta njege i naglašavanje primarne zdravstvene zaštite, pitanja pristupa njezi, kvalitete i troškova zdravstvene njege, stvorili su potrebu za izraženijom ulogom Porodične medicinske sestre praktičara**.** Ova medicinska sestra može uzeti zdravstvenu istoriju pacijenta, vršiti fizikalne preglede, dijagnosticirati i liječiti česte akutne zdravstvene probleme i stabilne hronične bolesti, tražiti i provoditi dijagnostičke studije, propisivati farmakološke i nefarmakološke tretmane, provoditi eduakciju pacijenata u cilju promocije zdravlja i prevencije bolesti. Često Porodična medicinska sestra praktičar ima posebnu ulogu u poboljšanju pristupa zdravstvenoj njezi kada su u pitanju urbano nepovlašteno stanovništvo i ruralna populacija.

Sadržaj rada porodične medicinske sestre

- Radi u ambulanti porodične medicine i na teritoriji opredijeljenog stanovništva.
- Daje socijalno-medicinske karakteristike članova porodice kao i područja za koje je zadužena.
- Prikuplja podatke za planiranje rada.
- Sudjeluje u svim promotivno-preventivnim programima sa pojedincima i grupama.
- Sa ljekarom učestvuje u analizi evaluacije koju obavlja ljekar porodične medicine.
- Odgovara za pružanje i vođenje sestrinske njege (prevencija, liječenje, rehabilitacija) pojedinaca ili grupa.
- Razvija sestrinsku praksu putem kritičkog razmišljanja i istraživanja.
- Provodi kućno liječenje po nalogu ljekara.
- Uspostavlja saradnju sa školama, socijalnim ustanovama, mjesnim zajednicama.
- Rukovodi sestrinskim dijelom tima.

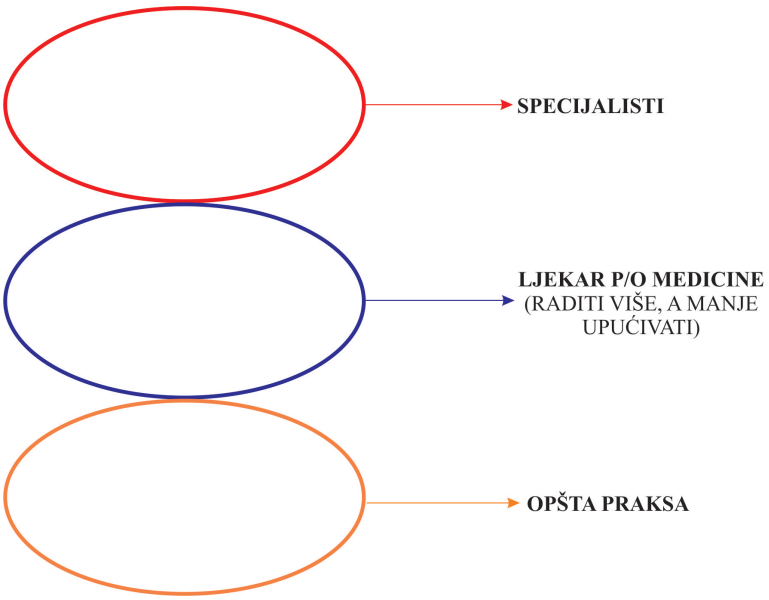
PRINCIPI PORODIČNE MEDICINE

Pripremila: Azijada Beganlić

Definicija Porodične medicine

Porodična/obiteljska medicina je akademska naučna disciplina sa vlastitim edukacionim sadržajem, istraživanjima, bazom dokaza i kliničkom aktivnosti, i klinička specijalizacija orijentirana ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Definicija discipline Porodične medicine je sačinjena u ime WONCA Evrope (Evropsko udruženje Porodične/obiteljske medicine) Regionalne organizacije Svjetske organizacije porodičnih/obiteljskih liječnika (WONCA).
WONCA Evrope obezbjeđuje akademsko-naučno vodstvo kao i zastupanje discipline Porodične/obiteljske medicine širom kontinenta. Njeno članstvo uključuje državne akademske organizacije Porodične/obiteljske medicine iz 30 evropskih zemalja, tj. direktno članstvo ljekara Porodične/obiteljske medicine.
Glavna uloga Evropskog udruženja Porodične/obiteljske medicine je promovisanje i razvoj discipline Porodične/obiteljske medicine u svrhu postizanja i održavanja visokih standarda u edukaciji, obučavanju, naučnom istraživanju i kliničkoj praksi, a u korist pacijenata i zajednice.
Ova konsenzusom prihvaćena definicija definira disciplinu Porodične medicine kao i profesionalne zadatke, i opisuje osnovne kompetencije zahtjevane od porodičnih liječnika. Ona ocrtava osnovne elemente ove naučne discipline i obezbjeđuje oficijelni pregled toga šta bi porodični ljekari u Evropi trebali da obezbjede u procesu pružanja zdravstvene zaštite pacijentima, a da bi zdravstvena njega pacijenata bila najviše kvalitete i ekonomski prihvatljiva.



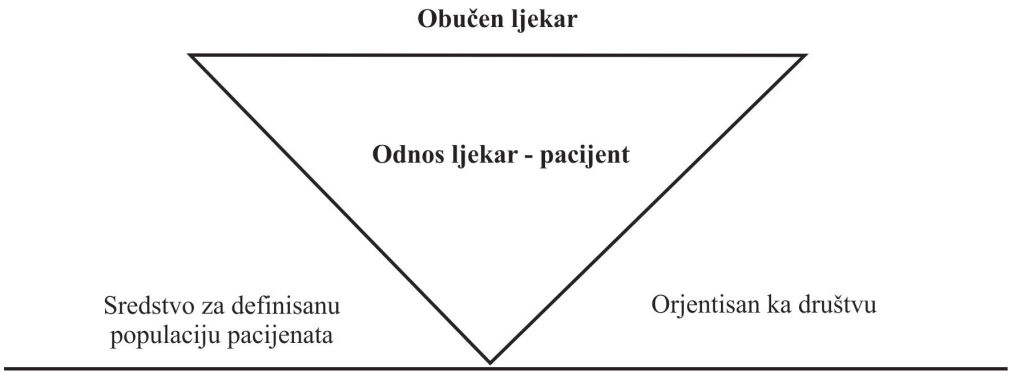
Medicinski sistem

Vještina porodične medicine je više od učenja-određujemo srž informacije. Stvari koje čine porodičnog ljekara drugačijim su njegove vrijednosti, stavovi i metode-principi koji upravljaju njegovim akcijama (Mc Whinney).
Principi porodične medicine pomaže u definisanju specijalizacije porodične medicine i podstiču

akademsko prihvatanje porodične medicine kao nove specijalizacije i pružaju radni okvir za razvoj edukacionih planova i programa zasnovanih na ciljevima.

4 principa porodične medicine su:

- porodični ljekar je obučen ljekar (koristi medicinu baziranu na dokazima, ima dobro razvijene komunikacijeske i kliničke vještine);
- odnos ljekar-pacijent je osnovni u porodičnoj medicini –pacijent u središtu zdravstvene njege;
- porodična medicina je orjentisan ka društvu;
- porodični ljekar je sredstvo za definisanu populaciju pacijenata.



Kao obučen ljekar, porodični ljekar posjeduje: ekspertsko znanje o uobičajenim problemima u zajednici; posjeduje znanje o manje uobičajenim ali ozbiljnim i hitnim stanjima; zasniva odluke na najboljem dostupnom naučnom dokazu; pruža sveobuhvatnu njegu za pacijente svih starosnih grupa; bavi se problemima koji se ne mogu izdiferencirati; razvija kako kliničke, tako i komunikacione vještine uključujući vještine u manjim hirurškim zahvatima i vještine u psiho-socijalnoj medicini; čuva kompletan materijal o svim aspektima medicinske njege pacijenta; kritički procenjuje novi medicinski menadžment koji može primjeniti u praksi.

Ljekar porodične medicine mora poznavati sva medicinska znanja u određenoj mjeri.

1. Porodični ljekar je:
   - obučen ljekar;
   - orjentisan ka društvu;
   - sredstvo (izvor informacija)za definisanu populaciju.
2. Odnos ljekar pacijent je osnovni u porodičnoj medicine.
3. Porodični ljekar posjeduje:
   - ekspertno znanje o problemima u zajednici;
   - znanje o manje uobičajenim, ali hitnim stanjima.

PACIJENTU ORIJENTISANA NJEGA (MODEL PRAKSE U PORODIČNOJ MEDICINI) ISTRAŽIVANJE BOLESTI I BOLESNOSTI

Centralno pitanje u radu doktora i medicinskih sestara i njihovih pacijenata jeste-šta pacijent očekuje da dobije u susretu sa svojim doktorom ili medicinskom sestrom?.

A. Jedan od ciljeva je identifikovati bitne probleme u najranijem mogućem stadiju, tj.promocija i prevencija zdravlja. To podrazumijeva otkrivanje problema dugo prije nego postanu sami po sebi jasno evidentni.
Više od polovine bolesti koje se vide u porodičnoj praksi ne može biti dijagnostifikovana u terminima koje poznaje organska patologija. Ovo ukazuje na dvije stvari:

- Prvo - porodični ljekar i medicinski tehničar moraju znati da rade sa dosta pacijenata koji imaju neko "oboljenje", a koje se NE može klasično dijagnostifikovati, zapravo ključ u ovoj stvari je razumijeti pacijenta kao ličnost kao i okolnosti u kojima on živi. Drugim riječima nekad da bi smo razumjeli oboljenje moramo razumjeti pacijenta.

- Druga stvar-jest tačka na kojoj treba stati sa dijagnostičkim pretragama što je često veoma važno- važno je odrediti koliko treba ići daleko sa dijagnostičkom preciznosti na uštrb razumijevanja samog pacijenta(stati sa djagnostikom i shvatiti pacijenta).

B. Drugi cilj porodične prakse je individualno vođenje pacijenata sa dugotrajnim problemima. Da bi obezbijedili individualno vođenje, ljekar i medicinski tehničar moraju znati i razumjeti pacijenta isto tako dobro kao i bolest. Sve ove odlike porodične prakse znače da metod rada u porodičnoj praksi mora biti pacijentu orijentisan. Drugim riječima, njen cilj mora biti "dijagnostifikovanje" pacijenta isto tako dobro kao i dijagnostifikovanje bolesti.

PACIJENTU ORIJENTISAN METOD

Suština pacijentu orijentisanog metoda je ljekarov pokušaj da se razumije pacijent kao ličnost i da se razumije značenje bolesnosti (illness) za pacijenta. Umjesto da interpretira bolest u terminima iz doktorovog ugla, doktor pokušava da uđe u svijet pacijenta. Prema dr Levenstein-u koji je prvi ozvaničio ovaj metod u praksi- to uključuje odgovaranje na pitanja: Zašto je pacijent došao? Koja su njegova očekivanja, osjećanja i strahovi??? Svaki pacijent ima neka očekivanja od doktora ili od medicinskog tehničara iz tima za koja nije neophodno da moraju biti određena. Svi pacijenti imaju osjećanja oko njihovog problema-u većini bolesti oni osjećaju neki strah.

Ključ pacijentu orijentisanog metoda je - dopustiti da što god je moguće više informacija potekne od pacijenta. Krucijalna vještina je sposobnost odgovaranja na verbalne i neverbalne znakove koji dolaze od pacijenta. Kroz pažljivo slušanje i upotrebu otvorenih i jasnih pitanja, pacijent je ohrabren da izrazi svoja mišljenja i osjećanja.
Pacijentu orijentisan metod treba da se koristi u svakoj prilici,a oboljenju orijentisan metod treba da se koristi samo onda kad akutna i hitna situacija to nalaže. Jedna o šest komponenti pacijentu orjentisanog modela njege je Istraživanje bolesti i bolesnosti.

Istraživanje bolesti (disease) i bolesnosti (illness)

Postoje dva koncepta bolesnog stanja:bolest i bolesnost, koje prve spominje Levenstein,1984.g.

- ***Bolest (disease)*** - ljekar traži objašnjenje za pacijentove tegobe u obliku abnormalnosti struktura ili funkcije organa i sistema bilo da se radi o fizičkim(organskim) ili mentalnim poremećajima. Bolest otkrivamo kroz klasični medicinski pristup uzimajući anamnezu, radeći fizikalni pregled i kroz dijagnostičke pretrage.
- ***Bolesnost (illness)*** - upućuje na pacijentovo lično iskustvo bolesnog zdravlja, tj šta pacijent lično misli i osjeća da se dešava sa njim. Bolesnost otkrivamo kroz pacijentova osjećanja (feelings) , kako se on osjeća, ideje šta se sa njim dešava (ideas), kako se to sve odražava na njega i kako zbog svega on funkcioniše (functions) i šta očekuje da u toku liječanja postignemo(expectations) ili skraćeno FIFE.

Sredstva za intervju usmjeren ka pacijentu
Skraćenica FIFE može poslužiti kao podsjetnik

F	OSJEĆANJA • FEELINGS	Osjećanja povezana sa bolešću, osobito strahovi su: Šta vas najviše zabrinjava? Da li trenutno imate bilo kakve specifične strahove i zabrinutosti? Pretpostavljam da ste imali mnogo različitih osjećanja dok ste se borili sa bolešću. Ponekad ljudi imaju strahove koje zadržavaju za sebe i ne govore njihovim ljekarima.
I	IDEJE • IDEAS	IDEJE i objašnjenja uzroka su: Šta Vi mislite da se događa? Šta Vi mislite da ovaj bol znači? Imate li ideju šta bi moglo da bude uzrok ove bolesti?
F	FUNKCIONISANJE • FUNCTIONING	Ovo upućuje na uticaj bolesti na svkodnevni život: Kako je bolest uticala na Vas svakodnevno? Čega te morali da se odreknete zbog bolesti? Koje ciljeve sada imate u svom životu? Kako je bolest uticala na Vaše ciljeve ? Kako bolest utiče na važne ljude u Vašem životu?
E	OČEKIVANJA • EXPECTATION	Očekivanja od ljekara i bolesti su: Šta očekujete i čemu se nadate od mene danas? Da li imate predstavu kako ljekari mogu da Vam pomognu? Čemu se nadate kao rezultatu ovog tretmana? Šta čekujete da se može desiti sa ovom bolešću?

Autor: Ambuel, B.; Weissman, D. http://www.eperc.mcw.edu/educate/flash/fastfact/110.htm

KONCEPT DOBROG ZDRAVLJA

Zdravlje je jedan od najvećih je izazova 21. vijeka i prepoznavanje spektra uzroka koji utiču na njega potiče nas na stalno razmišljanje kako ga sačuvati.

Zdravlje čovjeka, njegov okoliš i stil života ostvaruju stalan i aktivni međusobni odnos. Zajedno s naslijeđenim osobinama, osiguravaju potrebnu ravnotežu koja se, međutim, vrlo lako može narušiti. Čovjek se stalno prilagođava svom okolišu ujedno ga i mijenja te pokušava stvoriti optimalne uslove za uspješan život. Iako je teško definirati kakva bi životna okolina bila optimalna s obzirom na kvalitetu života koju čovjek u njoj ostvaruje, danas znamo da bi ona u sebi trebala sadržavati sve elemente od prava na osnovne biološke potrebe pa do prava na kulturno i socijalno ostvarenje.

Međutim, sve češće, ekonomski pritisci uslovljavaju stil života u kojem nisu uvijek zadovoljene sve pretpostavke zdravog i ispunjavajućeg života. S druge strane se poimanje što je dobro zdravlje znatno promjenilo te ono nije više samo odsustvo bolesti. Stoga su i mjere za poboljšanje zdravlja postale sveobuhvatne od poboljšanja radnih uslova, dostupnosti i pristupačnosti zdravstvenih usluga i smanjenja zagađenja okoliša, pa do programa zdravstvene edukacije i promocije zdravlja.

Danas se zna da zdravstvena politika ako želi biti uspješna mora holistički pristupiti pojedincu i/ili populaciji te ih promatrati u njihovoj biološkoj i kulturnoj ukupnosti.

Pitanje «Šta je zdravlje?» čini se jednostavnim, no odgovor nije uvijek jednostavan jer je zdravlje teško definirati objektivnim, mjerljivim kriterijima.

Definiranje zdravlja kroz istoriju

Stoljećima je zdravlje definirano kao odsutnost fizičke nesposobnosti te su s tog stajališta, osobe koje primjerice boluju od hroničnih bolesti ili imaju posebne potrebe smatrane nezdravima.

Ova je definicija vrlo uska jer obuhvaća samo biološke faktore, te nije korisna kao polazna tačka za djelovanje na području održavanja, poboljšanja ili zadržavanja zdravlja. Suprotno gledište govori o ličnoj percepciji i smatra da dok god osoba misli da je zdrava – zdrava je. Ta je definicija još manje korisna, jer se bazira samo na individualnoj percepciji.

Zdravlje je širok pojam pa ima i objektivne i subjektivne aspekte. Općenito danas je najprihvaćenija definicija ona formulirana u statutu Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1948.godine: **zdravlje je stanje potpune fizičke, društvene i mentalne dobrobiti, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti.** Ova definicija smješta zdravlje u najširi kontekst te govori o interakciju fizičkog i mentalnog u pozitivnom društvenom okruženju (uključujući osjećajne veze i grupnu pripadnost) i sposobnost pojedinaca da se aktivno kreću unutar okruženja.

Odrednice zdravlja

Danas znamo da na zdravlje utiču mnogi faktorii, iako je takav pristup tek postepeno prihvaćen.Faktore koji utiču na zdravlje kategoriziramo u tri skupine: **unutarnje** (endogene) i **vanjske** (egzogene) odrednice, te postojeći **sistem zdravstvene zaštite** kao treći faktor.

Unutarnje odrednice su one koje se odnose na biološkefaktore; nasljedne – genetska slika s kojom smo rođeni ili stečene tokom života kao što su npr. fizička kondicija, stečeni imunitet, povišeni krvni pritisak ili smanjena funkcionalnost pluća kao rezultat ranije infekcije. Neke unutarnje odrednice nastaju interakcijom nasljednih i stečenih komponenti.

Vanjske odrednice odnose se na fizičko okruženje, faktore životnog stila i društveno okruženje. Fizičko okruženje podrazumijeva životni okoliš sa svim svojim elementima kao što su: hrana, higijena i prebivalište, te fizikalni (npr. buka, vrućina) i hemijski agensi (npr. zagađenje okoliša, opasne tvari na radnom mjestu), i biološke faktore (mikroorganizmi). Faktori životnog stila odnose se na određene oblike ponašanja koji se održavaju kroz duži period. Oni uključuju svjesno ponašanje usmjereno na zdravlje, ali i ponašanje i praksu koji narušavaju zdravlje. Društveno okruženje uključuje društveno-privrednii status osobe ali i sredine (grad, država), etničku pozadinu, društvene odnose i radno okruženje. U treću skupinu odrednica spada **sistem zdravstvene zaštite** i način zdravstvenog osiguranja, kojeg čine: sistem primarne, sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite kroz koje se pružaju usluge koje se odnose na prevenciju, liječenje i njegu. Osim funkcioniranja sistema ovu odrednicu čini i dostupsnost sistema, što znači da je sistem dostupan geografski ali i financijski.

Jasno je da se skupine odrednica ne pojavljuju izolirano. One su u međusobnoj interakciji i zajedno utiču na zdravstveni status pojedinca i populacije. Primjerice, društveno-privredne varijable poput plaće, obrazovanja i zanimanja mogu utjecati na neaktivnost, prehranu i/ili upotrebu duhana, što posljedično može uticati na fizičku kondiciju, visoki krvni pritisak, razinu kolesterola, a što u slijedu može dovesti npr. do krvožilnih bolesti ili maligniteta. Isto tako, postojanje zdravstvene ustanove a nedostatak adekvatnog transporta do nje (npr. otoci), može dovesti do zanemarivanja problema i prerastanja u hronična stanja ili preranog i spriječivog gubitka funkcionalnosti (npr.zdravlje).

Poimanje riječi zdravlje se promijenilo tokom godina, dok je ranije zdravlje smatrano apstraktnim stanjem i definirano uskim terminom odsustva bolesti, danas se na njega gleda holistički. To je pozitivan koncept, izražen funkcionalnim terminima, a zdravlje nije kraj, već sredstvo, izvor koji omogućuje ljudima da vode individualno, društveni i proizvodni produktivan život. Također, u modelu modernog zdravstvenog sistema kojeg posebno promovira Evropska unija naglasak je na

sistemuu koji nije industrija, već koji je uslužna djelatnost koja mora biti dostupna svima.Iako je teško procijeniti koja od odrednica najviše pridonosi dobrom zdravlju, prema procjenama US Department of Health genetski biljeg s kojim smo rođeni pridonosi 20%, razvijenost i dostupnost zdravstvenog sustava 10%, a naš životni i radni okoliš 20%. Ostalih 50% čini naš životni stil. Dakle, životni stil je najsnažnija odrednica o kojoj ovisi «polovica» našeg zdravlja ili naše bolesti. Čimbenici rizika koji su povezani sa stilom života posebno su zanimljivi, jer na njih možemo utjecati brzo i donekle «besplatno». Najčešći oblici ponašanja koji karakteriziraju životni stil su pušenje, način prehrane, konzumacija alkohola i fizička aktivnost.

Pušenje i zdravlje

Klinička zapažanja, epidemiološke studije, te pokusni rezultati jasno upućuju na štetnost pušenja cigareta i povezanost s većim brojem bolesti, posebno respiratornih i kardiovaskularnih. No, treba istaknuti da je problem pušenja mnogo kompleksniji jer snažno zadire u psihološko, sociološko, pravno-etičko, ekonomsko i zdravstveno društveno područje. Prema podacima iz međunarodne statistike, danas u većini zemalja puši više od polovine odraslog muškog i gotovo jedna četvrtina ženskog stanovništva zemlje iako se trend sve više premješta u zemlje u razvoju.

U našoj zemlji postotak pušača među muškarcima je 52-60% a među ženama 20-30%. Što se tiče žena pušača, puši znatno veći broj zaposlenih žena. Osim toga pušenje je i stil života te je poznato da roditelji koji ne puše pozitivno utiču na svoju djecu i među njima je manje pušača. Suprotno tome,

djeca koja postaju pušači u odrasloj dobi, slijede loš primjer roditelja. U tom pogledu jači je uticaj majke pušača od uticaja oca, posebno na žensku djecu. Uz to, takva djeca su od najranijih dana pasivni pušači, jer su rasla u zadimljenim prostorijama, u tzv. duhanskoj atmosferi.

Prehrana i zdravlje

Prehrana je važan faktor čiji se uticaj na zdravlje očituje tokom čitavog života pojedinca. Prehrana utiče na rast i razvoj, tjelesnu kondiciju i radnu sposobnost, imunobiološku sposobnost organizma i intelektualne funkcije. Već su ljekarii u antičko doba znali da hrana može izazvati neke bolesti, ali može poslužiti i kao sredstvo ozdravljenja.

Neodgovarajuća prehrana, tj. hipoalimentacija i hiperalimentacija uz smanjenju tjelesnu aktivnost, predstavljaju kontributivni faktor u razvoju bolesti kardiovaskularnog, lokomotornog, gastorintestinalnog i endokrinog sistema, a pridonosi i nastanku malignih bolesti na nekim lokalizacijama te psihosocijalnim poremećajima. Na izbor hrane utiče veliki broj faktora koji se međusobno isprepleću: tradicija, vjerska i društvena uvjerenja ili predrasude, asocijativnost, dostupnost, ekonomski uslovi, a što često ne ovisi o objektivnim prehrambenim vrijednostima hrane.

Demografske, ekonomske i socijalne promjene dio su savremenog načina života, a promjene koje možemo pratiti su starenje populacije, povećanje broja malih porodica (1-2 člana) i sve veći broj zaposlenih žena. U želji da se što bolje organizira i iskoristi slobodno vrijeme, dogodile su se promjene i u tradicionalnom načinu kupnje, pripreme hrane i konzumacije obroka. Obroci se pretvaraju u djelomične obroke - hrana koja se može pojesti na brzinu, izvan vlastitog doma.

Iznimno je važna edukacija o važnosti pravilne prehrane i njezinu uticaju na zdravlje, zato je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) razvila «Prehrambene smjernice» za cijeli svijet te posebno za Evropu, kako bi se načini i preporuke uravnotežene prehrane približile što većem broju ljudi (37).

Kretanje i zdravlje

Suvremenu civilizaciju karakterizira izrazito smanjenje tjelesne aktivnosti. Teški tjelesni rad u razvijenim zemljama svijeta nestaje pred mehanizacijom i robotikom i broj osoba čiji se način života može označiti sedentarnim raste. Manjak tjelesne aktivnosti važan je faktor rizika, često neuočljiv, za nastanak mnogobrojnih smrti, bolesti i invalidnosti.

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije **"sjedeći" način života spada među 10 vodećih svjetskih uzroka smrti i invalidnosti.** Sedentarni način života povezuje se s većom učestalosti mnogih hroničnih bolesti kao što su kardiovaskularne i lokomotorne te niskom funkcijskom sposobnosti organizma. Također, nedostatno opterećenje organskih sistema u mladosti uzrokuje veliko smanjenje funkcijskih sposobnosti tih sistema u starosti.

Danas se zna da je određen nivo tjelesne aktivnosti važan u prevenciji i korekciji gojaznosti, blage arterijske hipertenzije, šećerne bolesti neovisne o inzulinu, te da je tjelesno aktivni način življenja povezan s manjom učestalosti razvoja nekih zloćudnih bolesti, prije ostalih karcinoma debelog crijeva i dojke u žena.

Potvrđena je uloga tjelesne aktivnosti u očuvanju gustoće kostiju tokom starenja, posebno u žena te time i u prevenciji razvoja osteoporoze. U porodici s aktivnim načinom življenja rjeđe su bolesti ovisnosti o drogama, pušenju, a takav način življenja smatra se važnim i u borbi protiv depresije - sve

većeg zdravstvenog problema današnjice. Osim toga tjelesna aktivnost je sastavni dio rehabilitacije nakon mnogih bolesti. U prevenciji hroničnih bolesti mnogo su važniji redovitost i ukupni volumen vježbanja nego intenzitet, a s javnozdravstvenoga gledišta, sportska rekreacija, kao oblik fizičke kulture, ima sve pozitivne uticaje koje ima i sport.

Alkohol i zdravlje

Konzumacija alkohola tradicionalno je dio kulture većine društva koristio kao dio prehrambenih običaja, a vjerovalo se i u njegovo terapijsko djelovanje, tek dolaskom industrijske revolucije prepoznat je kao zdravstveni i širi društveni problem. To je ujedno i razlog što se problem alkoholizma veoma teško iskorjenjuje u gotovo svim populacijama. Konzumacija alkohola u Evropi veća je nego drugdje u svijetu, od 1 do 25 litara po stanovniku na godinu. Po potrošnji alkohola po stanovniku na godinu Hrvatska je pri vrhu evropskih zemalja, a zabilježeno je oko 250 000 alkoholičara što čini 6% ukupne populacije uz stalnu regrutaciju novih. No, taj broj nije konačan jer je alkoholizam bolest cijele porodice pa se pretpostavlja da od njega (ne) izravno pati oko milijon stanovnika, tj. ¼ populacije Hrvatske. Vidljiv je porast alkoholizma među ženama. Na sedam muškaraca dolaze četiri žene s ozbiljnim problemima s alkoholom, a u srednjoškolskoj populaciji raste broj djevojaka konzumentica alkohola u odnosu na broj dječaka. U Evropi se alkohol smatra psihoaktivnom drogom koja izaziva ovisnost, povećava mogućnost obolijevanja i umiranja, u svaka četvrta smrt u skupini od 15 do 29 godina povezuje se s alkoholom.

Nadalje, u istočnoeuropskim zemljma 40 do 60% svih smrti povezuje s namjernom ili nenamjernom ozljedom koja je posljedica pijanstva. Takve statistike upućuju na ozbiljne socijalne poremećaje (saobraćajne nesreće, nasilje, samoubojstva, kriminalna ponašanja) te psihička oštećenja (raspad ličnosti). Što se tiče toksičnosti veća stradavanja jetara i mozga su u žena veća nego u muškaraca. Što se tiče fizičkog zdravlja najčešće dugoročne negativne posljedice opijanja očituju se u oštećenjima probavnog kardivaskularnog i nervnog sistema, kože, bubrega i mišića, a moguća je pojava hipoglikemije, tuberkuloze te poremećaji seksualnih funkcija i debljanja, te malignih bolesti. Osim toga, tek osamdesetih godina prošlog vijeka prvi je put objavljeno štetno djelovanje alkohola u trudnoći i razvoju embrionalnog/fetalnog alkoholnog sindroma s nizom teških tjelesnih i psihičkih posljedica, a danas su te tvrdnje potvrđene i još više istraže.

B - NASTAVNI PLAN I PROGRAM DODATNE EDUKACIJE IZ PORODIČNE MEDICINE ZA DOKTORE I SESTRE-TEHNIČARE PORODIČNE MEDICINE

1. UVOD

Model porodične medicine koji je razvijen u BiH zasniva se na četiri glavna obilježja primarne zdravstvene zaštite:

- mjesto prvog kontakta (funkcija čuvara– ''gatekeepera''),
- kontinuitet zdravstvene zaštite s istim timom zdravstvenih profesionalaca,
- koordinacija zdravstvene zaštite i
- pružanje sveobuhvatne palete usluga od strane istog tima.

Da bi se ubrzao proces tranzicije prema integrisanom modelu porodične medicine i podržali ciljevi programa specijalizacije iz porodične medicine, projekti koji obezbjeđuju dodatnu obuku za ljekare i medicinske tehničare opšte prakse su bili implementirani na različitim lokacijama u BiH u proteklih nekoliko godina. Ovi projekti su varirali u svojim ciljevima, organizaciji, nastavnom planu i programu i metodama obuke. Većina ih se foksirala primarno na sadržaj: didaktička nastava o različitim stanjima, a vrlo malo se posvećivala pažnja procesu rada ili promjenama koje su potrebne za tim porodične medicine da iskoristi u praksi svoje savremeno znanje, kao što su npr: implementacija sistema zakazivanja pregleda, uvođenje edukacije pacijenata, poboljšanje zdravstvenih kartona pacijenta i aktivnosti promocije zdravlja. Kao rezultat, može se reći da još uvijek postoji malo dokaza za sistematske promjene ili stvarnu primjenu četiri ključna obilježja porodične medicine na nivou primarne zdravstvene zaštite.
Ministarstva zdravlja oba entiteta su prepoznali ove nedostatke i kroz PMU/PCU su preuzeli na sebe da obezbjede regulisan, standardizovan pristup bilo kojim budućim programima doedukacije ili dodatne obuke, bez obzira na to ko je zadužen za njihovu implementaciju. Plan i program koji slijedi je napravljen od strane Programa razvoja porodične medicine Queen's Univerziteta (QUFMDP) i Odbora lokalnih eksperata koji su pod ugovorom za tehničku pomoć s oba entitetska Ministarstva zdravlja kroz njihove projektne jedinice PMU/PCU-a. Svi lokalni eksperti su specijalisti porodične medicine i medicinski tehničari porodične medicine s Katedri porodične medicine i Nastavnih centara porodične medicine u BiH.

2. EDUKATIVNI PLAN

2.1. Pregled

Ovo je intenzivni kurs dodatne obuke u trajanju od 40 sedmica iz principa i prakse porodične medicine za ljekare i medicinske tehničare koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Sastoji se od:

- 1 uvodne konferencije za sve učesnike;
- 1 konferencije koja će se održati na polovini obuke o pitanjima menadžmenta promjena;
- 22 akademskih dana (jedinica);
- 1 dana za završnu- finalnu evaluaciju (ISPIT);
- Bilo koji program kao što je ovaj, mora da postigne ravnotežu u nekoliko ključnih elemenata:
- Razumjevanja osnovnih principa porodične medicine na isti način na koji su prihvaćeni i kako se praktikuju širom svijeta.

- Pojašnjenja mnogih mitova i nerazumjevanja o porodičnoj medicini, a koja su stvorena u BiH u proteklim godinama.
- Uspostavljanja efikasnog modela timskog rada koji cijeni uloge medicinskih tehničara u porodičnoj medicini.
- Diskusija o procesima promjena i prirode specifičnih promjena koje se traže od svih učesnika.
- Didaktičke prezentacije savremene baze znanja o najučestalijim akutnim, hroničnim i psihosocijalnim problemima koji se sreću u BiH.
- Mogućnosti da se unaprijede i razviju nove kliničke i komunikacijske vještine.
- Prakse u rješavanju problema i vođenju– menadžmentu slučajeva.
- Razvoja vještina u praksi medicine koja se zasniva na dokazima tako da se redukuje nepotrebna upotreba laboratorijskih testova i pretraga kao što je ultrazvuk, kao i da se demonstrira odgovarajuća praksa propisivanja lijekova i liječenja.

Učesnici će biti podjeljeni u manje grupe od otprilike 8-10 timova, pri čemu će se svaki tim sastojati od jednog ljekara i dva medicinska tehničara. Ove grupe će biti organizovane prema geografskoj lokaciji da bi se minimiziralo vrijeme putovanja i troškovi. Kurs će se sastojati od kombinacije:

- Akademskih dana koji će se održavati svake druge sedmice, a koji će biti predavani od strane lokalnih demonstratora iz oblasti porodične medicine;
- Četiri zadatka koji će biti u formi revizije prakse /audit-a;
- Mjesečnih sastanaka tima;
- Praktične supervizije i podučavanja (5 supervizija po 3 sata) koja će se održavati u onim sedmicama u kojima se ne održavaju akademski dani, a koji će se provoditi na licu mjesta tj. u ambulantama u kojima timovi inače rade, od strane odabranih specijalista porodične medicine i medicinskih tehničara porodične medicine s Katedre porodične medicine i Nastavnih centara porodične medicine.

Najveći dio podučavanja će se obavljati u manjim grupama sa izuzetkom Uvodne konferencije.

2.2. OPIS ODABRANIH KLJUČNIH ELEMENATA EDUKATIVNOG PLANA

2.2.1. Akademski dani (jedinice)

Održaće se 22 akademska dana i jedan dan za završni ispit, po jedan svake druge sedmice na centralnoj lokaciji za svaku manju grupu polaznika. Svaka manja grupa ljekara i medicinskih tehničara će prisustvovati ovim sesijama u toku jednog redovnog radnog dana u sedmici. U većini slučajeva, grupe ljekara i medicinskih tehničara će najprije diskutovati o temi za taj dan, odvojeno, a potom će se sresti kao kombinovana grupa na kraju dana, u cilju podnošenja izvještaja o tome o čemu se diskutovalo, kao i da bi se determinisalo koje se promjene vođenja– menadžmenta prakse mogu implementirati, a koje su zasnovane na ovom edukativnom materijalu. Takođe će se razgovarati i o zadacima koji im predstoje, a to će ujedno biti i prilika za povratnu informaciju o posjetama koje su se odvijale na licu mjesta tj. u ambulantama u kojima timovi rade, te o sastancima timova.

Predmeti razgovora i teme za ovih 22 jedinice su zasnovane na:

- edukativnim ciljevima;
- pregledu podataka morbiditeta i mortaliteta za BiH;
- preporukama koje su dali lokalni tehnički eksperti Odbora za izradu nastavnog plana i programa;

- konsenzusu internacionalnih tehničkih eksperata;
- pisanim komentarima i prijedlozima od strane zvaničnika Ministarstva zdravlja.

Svaka jedinica se sastoji od jednog dana prema dužini, a biće struktuirana na sljedeći način:

- sesija od 9 prije podne do 4:00 poslije podne redovnog radnog dana u sedmici, svake druge sedmice, s posjetama ambulantama u kojima timovi rade od strane tima edukatora zaduženih za superviziju svake druge sedmice, one u kojoj se ne održavaju akademski dani;
- postojaće pauza od 15 minuta ujutro, te pauza za ručak u trajanju od 45 minuta;
  To će podijeliti dan na četiri dijela (ovo je fleksibilno ovisno od teme o kojoj se diskutuje tog dana): didaktička prezentacija teme, diskusija vezana za slučajeve, praksa razvoja vještina i zajednička diskusija (ljekari i medicinski tehničari) o temama koje su bile prezentovane tog dana, pitanjima menadžmenta prakse;
- Zadaci;
- Povratna informacija i identifikacija problema.

2.2.2. Supervizija i podučavanje u ambulantama u kojima učesnici rade

Ovo mora biti esencijalna komponenta ovog ili bilo kojeg drugog PDO. Biće organizovano 5 posjeta timovima u njihovim ambulantama. Lokalni demonstratori će učestvovati u ovim posjetama. Željeni ciljevi ovih posjeta su opisani za svaku akademsku jedinicu.

2.2.3. Demonstratori

Demonstratori su lokalni specijalisti porodične medicine i medicinski tehničari porodične medicine koji biti odabrani od strane Katedri porodične medicine i odobreni od strane Ministarstva zdravstva Federacije BiH. **Svaki tim demonstratora imaće dodjeljene lokalne demonstratore (1 ljekar, 1 medicinski tehničar) koji će pomagati prilikom prezentacije seminara, sesija razvoja** vještina, supervizijskih posjeta ambulantama i evaluacije učesnika. Svaki demonstrator je odgovoran za, u prosjeku, 4 tima. Ovaj broj ovisiće o raspoloživosti lokalnih sredstava.

2.2.4. Zadaci timova u toku kursa

Da bi se povećao nivo lične predanosti i učešća svih polaznika PDO, te da bi se podstakao razvoj timova, postojaće četiri timska zadatka u toku PDO. Ovi će biti zasnovani na reviziji prakse/ audit-u i osiguranju kvaliteta i stimulisaće učesnike da identifikuju probleme u njihovoj vlastitoj praksi, da se osvrnu na lična ponašanja u praksi, ponašanja pacijenata i uticaju tima porodične medicine na oba. Zadaci će se odnositi na sljedeće 4 teme: Diabetes Mellitus (kao primjer čestog hroničnog oboljenja), odvikavanje od pušenja (kao jedna od najvažnijih preventivnih intervencija koju tim porodične medicine može da uvede), hipertenzija (kao učestalo, a često tiho stanje s brojnim posljedicima po zdravlje) i pristup papa testu (prepoznavajući visoku stopu karcinoma grlića materice u BiH, karcinoma koji je preventibilan kroz dobru primarnu zdravstvenu zaštitu). Timovima će biti dato najmanje četiri sedmice da kompletiraju svaki zadatak, a potom će biti evaluirani na osnovama njihovog entuzijazma, nivoa ličnog učešća i kvalitete rada. Takođe, postojaće dani za prezentaciju izvještaja o kompletiranim zadacima, gdje će grupa zajedno raditi (ljekar i medicinski tehničar) u jutarnjim časovima, u cilju prezentacije i diskutovanja njihovih rezultata.

2.2.5. Sastanci tima

Glavni cilj PDO jeste uspostavljanje jakog tima porodične medicine u svakoj ambulanti. Komunikacija među članovima tima jeste esencijalna za ovaj proces, kao i za proces menadžmenta i sprovođenja kompleksnih promjena koje se postavljaju pred svakog učesnika. Iz iskustva Nastavnih centara porodične medicine redovni sastanci tima su se pokazali kao neizmjerno vrijedni u ovom procesu. Format ovih sastanaka će biti uspostavljen od strane svakog tima u konsultaciji s njihovim demonstratorima koji su im dodijeljeni, a njihov rad će biti praćen tokom čitavog PDO. Povratne informacije s ovih sastanaka će biti prikupljene i diskutovane na kraju akademskih dana i u toku supervizijskih posjeta ambulantama.

2.2.6. Menadžment promjena

Dramatične promjene su predložene kao dio reforme primarne zdravstvene zaštite. Promjene uzrokuju reakcije koje su ponekad neprimjerene i neodgovarajuće za sve one koji su uključeni u ovaj proces. Principi sprovođenja promjena kao i načini nošenja sa stresovima koje te promjene izazivaju biće integrisani u svaku od tema akademskih dana. Prva jedinica u sklopu koje će se raditi u manjim grupama (jedinica 2) odgovoriće na mnoga pitanja vezana za proces promjena, a koje se traže od učesnika kako bi oni mogli krenuti prema modelu porodične medicine i integrisanoj primarnoj zdravstavenoj zaštiti. Na polovini PDO svi učesnici će ponovo biti okupljeni da bi se napravio pregled dotadašnjeg progresa, a u cilju identifikovanja prepreka koje ometaju progres, kao i da se načine preporuke i rješenja koja mogu biti implementirana i evaluirana.

2.2.7. Evaluacija

Od učesnika tražiće se da evaluiraju kurs obuke na polovini programa kao i u okviru završne evaluacije, za sljedeće elemente kao minimum:

- jasnost i relevantnost ciljeva kursa
- relevantnost sadržaja kursa u odnosu na svakodnevni rad i lokalne uslove
- samoprocjena promjena u znanju, vještinama, ponašanju, uvjetima rada kao rezultat aktivnosti kursa
- kvalitet seminara i drugih nastavnih sesija
- djelotvornost nastavnika i trenera
- preporuke za unapređenje i promjene samog programa ukoliko bi isti trebao biti ponovljen u nekoj drugoj sredini u budućnosti.

Standardizovani proces evaluacije svih učesnika PDO je implementiran da bi se obezbijedilo postizanje ciljeva kursa. Uobličene povratne informacije u toku kursa obuke biće pružene učesnicima o njihovom progresu. Ovo je esencijalni element u učenju odraslih.
Da bi učesnici bili kvalifikovani da izađu na završni ispit, moraju zadovoljiti sljedeće zahtjeve:

- nephodno je prisustvo na najmanje 80% akademskih jedinica
- uspješna izrada četiri audit (revizija prakse) zadatka. Za dva audit-a se daje jednostavno ocjena zadovoljio/nije zadovoljio. Druga dva audit-a će biti ocijenjena u procentima do 100 i učesnici moraju dobiti najmanje 60% da bi zadovoljili
- uspješna evaluacija u supervizorskim posjetama od strane demonstratora.

Pismeni ispit koji se sastoji od Multiple Choice Questions (pitanja sa više ponuđenih odgovora)

će biti organizovan u toku zadnje sedmice juna. Ispitna komisija Ministarstva zdravlja će izraditi ovaj ispit. Učesnik mora ostvariti 60 % uspješnosti da bi položio ovaj ispit i da bi se smatralo da je uspješno završio PDO program.
Nakon izdavanja pismene potvrde Ministarstvu zdravstva o uspješnom završetku PDO programa, Ministarstvo zdravstva će izdati certifikat i dodijeliti učesnicima titulu ljekara porodične medicine ili medicinskog tehničara porodične medicine.

3. OPŠTI CILJEVI UČENJA ZA LJEKARE

Po završenju PDO, ljekar porodične medicine će:

- Razumjeti i primjeniti principe porodične medicine u svakodnevnom radu s pacijentima u ambulanti.
- Razumjeti i primjeniti relevantne promjene prakse u cilju omogućavanja pružanja kontinuirane i sveobuhvatne zdravstvene zaštite svim registrovanim pacijentima u ambulanti.
- Raditi kao vješt i kompetentan član tima porodične medicine, koristeći znanje i vještine medicinskih tehničara porodične medicine.
- Razumjeti važnu ulogu edukacije pacijenata, kao i važnost promocije zdravlja u zdravstvenoj zaštiti pacijenata svih dobnih skupina.
- Demonstrirati sposobnost organizacije prakse unutar ambulante u cilju maksimiziranja mogućnosti za prevenciju i screening.
- Biti sposoban da identifikuje lokalne prioritete javnog zdravlja/prevencije.
- Razumjeti i primjeniti determinaciju riziko-faktora kod pojedinaca i osjetljivije (vunerabilnije) populacije.
- Razumjeti i primjeniti pronalaženje strategija za vođenje slučajeva kod čestih zdravstvenih problema za populaciju koja pripada ambulanti.
- Imati unaprijeđeno znanje o dijagnosticiranju i liječenju čestih akutnih problema (od novorođenčeta pa do starijeg životnog doba, muškaraca i žena) koji su prevalentni lokalno, uključujući pristup koji se zasniva na dokazima pri upotrebi pretraga i načina liječenja.
- Imati unaprijeđeno znanje o dijagnosticiranju i liječenju čestih hroničnih stanja (od novorođenčeta pa do starijeg životnog doba, muškarca i žena) koji su prevalentni lokalno, uključujući pristup zasnovan na dokazima pri upotrebi mogućnosti i sredstava liječenja i pretraga, djelotvornom mehanizmu upućivanja pacijenata, upotrebi zdravstvenih kartona koji su orijentisani na problem i sistemu zakazivanja pregleda, da bi se osigurao kontinuitet i koordinacija zdravstvene zaštite.
- Imati unaprijeđeno znanje i vještine u identifikaciji i početnom vođenju čestih psihosocijalnih problema uključujući potrebe posebnih populacija kao što su izbjeglice, raseljena lica, nezaposleni, žrtve nasilja.
- Imati unaprijeđene relevantne vještine izvođenja fizikalnog pregleda, kliničke vještine i komunikacijske vještine u praktikovanju sveobuhvatnijeg modela medicinske zdravstvene zaštite koja je usmjerena na pacijenta.
- Razumjeti važnost razvoja vještina kritičke procjene literature i navike doživotnog samo-vođenog učenja.
- Razumjeti i djelotvorno primjeniti koncepte osiguranja kvaliteta i kliničke revizije prakse/ audit-a, s aspekta svakodnevnog kliničkog rada.

4. OPŠTI CILJEVI UČENJA ZA MEDICINSKE TEHNIČARE

Po završenju PDO, medicinski tehničar porodične medicine biće sposoban da:

Primjeni principe porodične medicine u svakodnevnom radu s pacijentima u ambulanti.
Radi kao vješt i kompetentan član tima porodične medicine pri obezbjeđivanju sveobuhvatne zdravstvene njege.

- Komunicira efektivno s pacijentima i kolegama.
- Djeluje na profesionalan način u odnosu na uloge i odgovornosti medicinskog tehničara porodične medicine.
- Primjeni znanje sestrinskog procesa u odnosu na njegu i menadžment pacijenata.
- Edukuje registrovane pacijente svih dobnih skupina prema njihovim zdravstvenim problemima, tokom različitih životnih događaja i izazova, prevenira nastanak budućih oboljenja i bavi se aktivnostima promocije zdravlja.
- Pruža podršku članovima porodice kroz efektivnu komunikaciju i razumijevanje dinamike porodice.
- Shvata važnost razvijanja vještina, kontinuiranog učenja i korišćenja literature i navike doživotnog samo-vođenog učenja.
- Razumjeti i djelotvorno primjeniti koncepte osiguranja kvaliteta i kliničke revizije prakse/ audit-a, s aspekta svakodnevnog kliničkog rada.
- Redovno vodi odgovarajuću evidenciju o njezi pacijenta s ciljem unapređenja kontunuiteta i koordinacije zdravstvene njege.

Pregled nastavnih jedinica i mentorskih posjeta

Nastavna jedinica	Naziv
1	Uvod u porodičnu medicinu i Program dodatne obuke
2	Upravljanje promjenama
	Prva posjeta mentora timovima porodične medicine (polaznicima) na radnom mjestu
3	Diabetes Mellitus: Principi medicine zasnovane na dokazima i važnost adekvatnog vođenja zdravstvenih kartona
4	Kvalitet, sigurnost i akreditacija u porodičnoj medicini
5	Komunikacijske vještine; suština odnosa doktor medicine/medicinska sestra–tehničar/ pacijent
6	Kardiovaskularni problemi - prvi dio: kardiovaskularna procjena
	Druga posjeta mentora timovima porodične medicine (polaznicima) na radnom mjestu
7	Izvještaji zadatak 1, psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – dio I
8	Respiratorna oboljenja
9	Gastroenterologija
10	Pedijatrija/zdravstvena zaštita adolescenata
11	Javno zdravstvo
	Treća posjeta mentora timovima porodične medicine (polaznicima) na radnom mjestu
12	Izvještaji zadatak 2, psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: dio II
13	Zdravlje žena
14	Genitourinarni sistem; dermatologija
15	Gerijatrija: zdravstvena zaštita starije populacije i osjetljivije (ranjive) populacije
16	Onkologija i palijativna njega
	Četvrta posjeta mentora timovima porodične medicine (polaznicima) na radnom mjestu
17	Izvještaji zadatak 3, psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: dio III
18	Kardiovaskularni problemi – dio II: procjena rizika i educiranje pacijenta
19	Kardiovaskularni problemi – dio III: procjena akutnih problema ishrana u porodičnoj medicini - dio I
	Peta posjeta mentora timovima porodične medicine (polaznicima) na radnom mjestu
20	Izvještaji zadatak 4, psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – dio IV
21	Muskuloskeletni sistem - Neurologija: prvi dio
22	Muskuloskeletni sistem – dio II , ishrana u porodičnoj/obiteljskoj medicini – dio II
23	Završni ispit

LITERATURA:

1. Strateški plan razvoja zdravstva FBiH za period 2008-2018. http:// fmoh.gov.ba
2. Osvrt na dosadašnje reformske aktivnosti kao podrška jačanju PZZ u FBiH, www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2010/02/pzz-preliminarni.pdf
3. Beganlić A**.** Strategic plan for the development of public health in the federation of Bosnia and Herzegovina. 2nd Congress of Association of General practice/Family medicine of South East Europe 2010. Antalya, Turkey. Abstract book: 75-77.
4. Starfield B. Primarna zdravstvena zaštita; ravnoteža između zdravstvenih potreba, usluga i tehnologije. Oxford: Oxford University Press 1998.
5. Council Directive 93/1 6/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications: Official Journal of the European Community, 165: 7/79.
6. Beganlić A, Zildžić M, Batić-Mujanović O. Porodična medicina-strateški plan reforme primarne zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini. Svet rada 2005; **2 (1):** 292-29.
7. School of Nursing, http://nurseweb.ucsf.edu/www/spec-fnp.htm (28.06.2007.)
8. County of Humboldt, California, June 1999, http://co.humboldt.ca.us/ (02.07.2007.)
9. All Nursing Schools - Become a Family Nurse, http://www.allnursingschools.com/faqs/family-nurse.php (02.07.2007.)
10. Wichita State University College of Health Professions School of Nursing http://webs.wichita.edu/?u=chp_nurs&p=/Preceptorfnp/;http://www.mojdoktor.hr/default.aspx?page=83&article=3737
11. WHO Ottawa Charter. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health promotion; Ottawa, Canada: WHO; 1986.
12. Pravilnik o dodatnoj edukaciji iz Porodične medicine. “Službene novine Federacije BiH”, broj 46/10. Sarajevo, septembar 2011.

2

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 2

Upravljanje promjenama

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
9:00-10:00	Tim porodične medicine	• Uloga doktora medicine i medicinske sestre - tehničara porodične medicine – tim porodične medicine • Provedba promjena u organizaciji prakse i profesionalnog ponašanja • Zdravstvena zaštita usmjerena na pacijenta • Sistem zakazivanja pregleda i kontinuitet zdravstvene zaštite • Povjerljivost i privatnost	Predavanje i diskusija
10:00-10:50	Koordinacija zdravstvene zaštite:	• Upućivanje pacijenata i komunikacija s ostalim akterima sistema zdravstvene zaštite • Ušteda troškova: upotreba dokaza • Interakcije doktor medicine/medicinska sestra – tehničar/pacijent: timski rad u kojem članovi daju jedni drugima potporu	Predavanje i diskusija
10:50-11:00 PAUZA			
11:00-12:00	Menadžment promjena	• definirati termin menadžmenta promjena • opisati ulogu svakog člana tima porodične/obiteljske medcine • razgovarati o promjenama u radnoj sredini • razgovarati o promjenama u ponašanju i stavovima u profesionalnom životu • razgovarati o ključnim obilježjima porodične/obiteljske medicine vezanim za menadžment promjena u radnoj sredini • razgovarati o standardima u kontinuitetu njege, koordinaciji njege i sveobuhvatnoj njezi u odnosu na organizaciju svakodnevnog rada	Predavanje i diskusija
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-13:30	Kontinuirana zdravstvena njega osnovni principi definicije	• razgovarati o standardima u kontinuitetu njege, koordinaciji njege i sveobuhvatnoj njezi u odnosu na organizaciju • Prednosti sistema zakazivanja • Telefonska trijaža i savjeti	Predavanje i diskusija

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
13:30-14:30	Edukacija pacijenta: organizacija vremena i prostora	• identificirati kako je zdravstvena edukacija uključena u primarnu zdravstvenu zaštitu i porodičnu/obiteljsku medicinu • razlikovati dva aspekta zdravstvene edukacije: sadržaj&proces	Predavanje i diskusija Primjer
14:30-15:30	Učenje odraslih	• diskutovati o faktorima koji olakšavaju i faktorima koji ometaju učenje • opisati karakteristike učenja odraslih koje utiču na način na koji oni uče • diskutovati o tome kako bi plan edukacije trebao biti napravljen s obzirom na ove karakteristike • identificirati kako plan edukacije može biti prilagođen učenicima sa različitim stilovima učenja	Predavanje i demonstracija
15:30-16:00	Kontinuirana zdravstvena njega	• Identifikovanje problema u primjeni novih promjena	Grupna diskusija

ULOGA DOKTORA MEDICINE I MEDICINSKE SESTRE - TEHNIČARA PORODIČNE MEDICINE – TIM PORODIČNE MEDICINE

Osnovne kompetencije porodičnog/obiteljskog liječnika

Definicija discipline Porodične/obiteljske medicine i Specijaliste Porodične/obiteljske medicine mora voditi direktno ka osnovnim kompetencijama porodičnog/obiteljskog liječnika bez obzira na sam zdravstveni sistem u kojem djeluje.

§1. Ovih jedanaest centralnih karakteristika koje definišu disciplinu Porodične/obiteljske medicine se odnose na jedanaest vještina kojima bi svaki specijalist Porodične/obiteljske medicine morao da ovlada. One se mogu grupisati u šest osnovnih kompetencija:

1. Pružanje primarne zdravstvene zaštite (a,b)
2. Pacijent u centru zdravstvene njege (c,d,e)
3. Vještine rješavanja specifičnih problema (f,g)
4. Sveobuhvatan pristup (h,i)
5. Orijentacija ka zajednici (j)
6. Spiritualno modeliranje (k)

§2. Da bi se bavio porodičnom/obiteljskom medicinom kompententni praktičar podrazumijeva ove kompetencije u tri važna područja:

a.) klinički zadaci
b.) komunikacija sa pacijentima
c.) vođenje prakse

§3. Kao naučna disciplina sa pacijentom u centru (klinički metod), tri pozadinske osobine se trebaju uzeti u obzir kao osnovne:

a.) kontekst –posmatrajući pacijenta u kontekstu njegove ličnosti, njegove porodice, zajednice i kulture
b.) pristup – baziran na profesionalnim sposobnostima liječnika, moralnim vrijednostima i etici
c.) naučni pristup – prihvatajući kritički na istraživanjima, baziran pristup radu i nastavljanje kontinuirane naobrazbe i poboljšanja kvaliteta

Međuodnos osnovnih kompetencija, područja implementacije i osnovnih osobina određuje karakter discipline Porodične/obiteljske medicine i ocrtava kompleksnost specijalizacije.

Upravo ovaj kompleksni međuodnos osnovnih kompetencija bi trebao da upravlja i da se reflektuje na razvoj programa podučavanja, istraživanja i poboljšanja kvaliteta.

POJAŠNJAVAJUĆE ZABILJEŠKE – NOVE DEFINICIJE

Disciplina i specijalizacija Porodične/obiteljske medicine

Postoji potreba da se definišu i disciplina Porodična/obiteljska medicina a i uloga Specijaliste Porodične/obiteljske medicine. Definicija discipline je potrebna da definira akademsku osnovu i okvir u kojem je disciplina sačinjena, da bi ukazala na proces pravilnog toka edukacije, istraživanja i poboljšanja kvalitete. A definicija uloge Specijaliste Porodične/obiteljske medicine je potrebna da bi se akademske definicije provele u stvarnost posla porodičnog liječnika koji bi radio sa pacijentima u sistemima zdravstvene zaštite širom Evrope.

1. Karakteristike discipline Porodične/obiteljske medicine su te da:

a) je 'normalno' prvi kontakt sa pacijentom u sklopu sistema zdravstvene zaštite, obezbjeđujući otvoren i neograničen pristup za njegove korisnike, rješavajući sve zdravstvene probleme bez obzira na dob, spol ili bilo koju drugu karakteristiku pacijenta
b) čini korištenje resursa zdravstvenog sistema efektivnim tako što koordinira zdravstvenu zaštitu, radeći sa drugim profesionalcima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, zastupajući pacijenta u daljnjim kontaktima sa drugim specijalistima.
c) razvija pristup liječenju sa pacijentom u centru, orijentisanom ka individui, njegovoj/njenoj porodici i njihovoj zajednici.

Porodična/obiteljska medicina se bavi ljudima i njihovim problemima a u kontekstu njihovih životnih okolnosti, ne sa bezličnom patologijom ili 'slučajevima'. Početak ovog procesa je pacijent. Važno je razumijeti kako se pacijent nosi i kako gleda na bolest kao i kako gleda na progres bolesti. Pacijent je osoba sa svojim vjerovanjima, strahovima, očekivanjima i potrebama.

d) Ima specifičan pristup pregledu pacijenta koji tokom vremena utvrđuje poseban odnos sa pacijentom kroz efektivnu komunikaciju između doktora i pacijenta.

Svaka posjeta pacijenta porodičnom liječniku doprinosi razvoju odnosa i svaki individualni pregled može se graditi na prethodnom iskustvu. Vrijednost ovog odnosa zavisi od komunikacionih vještina porodičnog/obiteljskog liječnika i sam po sebi ima terapijski efekat.

e) odgovoran je za pružanje kontinuirane njege određene potrebom pacijenta

Liječenje kod porodičnog/obiteljskog liječnika mora biti konstantno od rođenja (nekad i prije) do smrti (nekad i poslije) Osigurava kontinuitet njege tako što slijedi pacijenta kroz čitav njegov život. Medicinski dosije (karton) je eksplicitan dokaz kontinuiteta liječenja. To je materijalni dokaz o pregledima, ali samo dio sveukupnog odnosa doktor – pacijent. Porodični/obiteljski liječnici će obezbijediti zdravstvenu zaštitu tokom dužih perioda života pacijenta, kroz mnoge epizode bolesti. Oni su također odgovorni za obezbijeđenje zdravstvene zaštite tokom 24 sata, a ukoliko nisu u mogućnosti da to urade odgovorni su za obezbjeđenje zamjene i koordiniranje zdravstvene njege.

f) ima specifičan proces donošenja odluke (dijagnosticiranja) koji je određen prevalencom i incidencom bolesti u zajednici

Problemi se prezentiraju porodičnom/obiteljskom liječniku u zajednici na različit način od prezentiranja u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prevalencija i incidencija se razlikuju od tih koje se pojavljuju u

bolničkim uvjetima i ozbiljna oboljenja se prezentuju rijeđe u porodičnoj/obiteljskoj medicini nego u bolnicama zbog toga što nema prethodne selekcije. Ovo zahtijeva specifičan pristup dijagnosticiranju koji se zasniva na poznavanju pacijenta i zajednice. Procjena pozitivnog ili negativnog kliničkog znaka ili dijagnostičkog testa ima različitu težinu u porodičnoj/obiteljskoj medicini u usporedbi sa bolničkim uvjetima. Često porodični/obiteljski liječnici moraju uvjeriti pacijente, koji imaju strah od određenog oboljenja ,da takvo oboljenje kod njih nije prisutno.

g) istovremeno vodi i akutne i hronične zdravstvene probleme pacijenata

Porodična/obiteljska medicina mora da se nosi sa svim zdravstvenim problemima jednog pacijenta. Ne smije se ograničiti na vođenje samo trenutne bolesti jer porodični ljekar često mora rješavati višestruke probleme. Pacijent često dolazi na pregled zbog nekoliko tegoba čiji se broj povećava sa starošću. Istovremeni odgovor ne nekoliko zahtjeva čini neophodnim hijerarhijsko vođenje problema, vodeći računa i o pacijentovim a i o liječničkim prioritetima.

h) zatim vodi bolest koja se prezentira kao nediferencirana u ranoj fazi i njen razvoj, što može zahtijevati hitnu intervenciju

Pacijent često dolazi na početku simptoma i teško je postaviti dijagnozu u ranom stadiju. Ovaj način prezentiranja znači da važne odluke za pacijenta trebaju da se donesu na osnovu ograničenih informacija, i pretpostavka o prisutnosti bolesti na osnovu kliničkog pregleda i testova je manje sigurna. Iako su znaci određene bolesti dobro poznati i specifični to se ne odnosi na rane simptome te bolesti koji su često nespecifični i zajednički mnogim bolestima. Procjena rizika u ovim okolnostima je ključna uloga porodične/obiteljske medicine. Isključivanjem oboljenja koji mogu imati rapidan koban završetak odluka može da sačeka daljnji razvoj bolesti i simptoma i da se naknadno preispita. Rezultat samo jednog pregleda često ostaje na nivou jednog ili nekoliko simptoma, ponekad na ideji o bolesti, a rijetko punoj dijagnozi.

i) promovira zdravlje i dobrostanje odgovarajućim i efektivnim intervencijama

Intervencije moraju biti odgovarajuće, efektivne i bazirane na očiglednim dokazima kad je god moguće. Intervencije kad nisu opravdane mogu izazvati štetu i trošenje važnih resursa zdravstvenog sistema.

j) ima naročitu odgovornost za zdravlje u zajednici

Porodična/obiteljska medicina prepoznaje da ima odgovornost i za individualne pacijente i za širu zajednicu u suočavanju sa zdravstvenim problemima. Ponekad će ovo proizvesti tenzije i može voditi u sukob interesa što se mora riješiti na odgovarajući način.

k) bavi se zdravstvenim problemima u njihovim fizičkim, psihološkim, socijalnim, kulturnim i egzistencijalnim dimenzijama

Porodična/obiteljska medicina mora prepoznati sve ove dimenzije istovremeno i svakoj od njih dati odgovarajuću važnost. Ponašanje u bolesti i oblici bolesti su varijabilni zavisno od gore navedenih faktora i mnogo nezadovoljstva je izazvano intervencijama koje ne adresiraju korijen uzroka problema pacijenta.

Iako se definicija porodične medicine obraća uglavnom ljekarima svi navedeni principi i kompetencije se ne mogu ostvariti bez značajne uloge medicinske sestre i timskog rada koji je jedan od glavnih principa porodične medicne.

Provedba promjena u organizaciji prakse i profesionalnog ponašanja

DEFINICIJA PROMJENE

PROMJENA je definirana kao proces transformiranja, mijenjanja, ili modificiranja nečega. Može biti planirana, neplanirana ili razvojna.

TEORIJE PROMJENE: KURT LEWIN

Postoje mnoge teorije promjene, ali su većina modifikacija klasične teorije promjene koja je predložena od strane Kurt Lewin-a 1951 godine.

Lewin govori o slijedeća tri stadija promjene:

- Odmrzavanje: promjena za promjenom je prepoznata
- Kretanje: promjena je započeta nakon pažljivog procesa planiranja
- Zamrzavanje: promjena postaje operativna

Menadžment promjena

- Odnosi se na pravljenje promjena na planiran i vođen način
- Cilj je djelotvornije implementirati nove metode i sistemE

PROGRAM DODATNE OBUKE I MENADŽMENT PROMJENA

Dramatične promjene su predložene kao dio reforme primarne zdravstvene zaštite.

- Promjene izazivaju reakcije svih onih koji su uključeni u proces.
- Principi menadžmenta promjena će biti integrirani u teme svih 19 akademskih dana.

Da bi se promjena u sistemu primarne zdravstvene zaštite mogla desiti, moraju biti zadovoljeni slijedeći standardi:

- ambulanta napravljena ili rekonstruisana te opremljena prema usvojenom standardu, (Izdvojeno iz knjige Standardi za porodičnu medicinu AKAZ 2008)

P 06 Tim ima potrebnu medicinsku opremu za sveobuhvatnu primarnu zašti tu i reanimaciju pacijenata uključujući sljedeće:

Stetoskop, oftalmoskop, aparat za mjerenje krvnog priti ska sa različiti manžetnama, otoskop; vaginalni spekulum; refl ektor lampa;stepenice; termometar; metalne špatule,vage sa visinomjerima za odrasle i novorođenčad; metalne posude za špatule; trokanalni EKG aparat sa kolicima;akusti čne viljuške; neurološki čekić; vitrina za lijekove ;optotipi za ispiti vanje oštrine vida ;baterijska lampa kao olovka za ispiti vanje zjenica i sl.; inhalator za aerosol terapiju; čeono ogledalo ;suhi sterilizator ;ogledalo za pregled larinksa ;stalak za sedimentaciju ;nazalni spekulum; doboši za sterilizaciju ;ljekarska torba ;aparat za oksigenoterapiju ;frižider ;negatoskop; sto za pregled odraslih pacijenata sa dodacima za ginekološke preglede;sto za intervencije

P 09 Informativni leci i brošure nude se pacijenti ma s ciljem da im se olakša pristup uslugama, lako su dostupni a sadržavaju sljedeće:

1. imena osoblja koje radi u ti mu obiteljske medicine;
2. adresu i kontakt telefone;
3. radno vrijeme ti ma porodične / obiteljske medicine;
4. način zakazivanja termina za posjete;
5. obavještenje o mogućnosti produženja konsultacije na zahtjev;
6. obavještenje o telefonskim konsultacijama za vrijeme radnog vremena;
7. usluge koje se pružaju u ambulanti i način korištenja usluga;
8. usluge koje se mogu dobiti poslije radnog vremena s kontakt telefonom ti ma porodične / obiteljske medicine;
9. načine za ponovno dobivanje recepata za lijekove;
10. načine za upućivanje žalbi, komentara ili pohvala za pružene usluge ti ma porodične /obiteljske medicine;
11. opis prava i odgovornosti pacijenata;
12. način na koji ti m porodične / obiteljske medicine koristi osobne medicinske podatke pacijenata;
13. popis informati vnih letaka koje su na raspolaganju u ambulanti.

Pisane informacije o ambulanti i t movima porodične / obiteljske medicine korisne su kako za praksu tako i za njene pacijente. Na ovaj se način pacijenti informiraju o rasponu ponuđenih usluga, parti cipaciji,radnom vremenu i pružanju usluga poslije radnog vremena, itd. Pacijenti tako dobivaju osnovne informacije, a ti m izbjegava potencijalne nesporazume. Informati vni leci i brošure mogu sadržavati i druge informacije ako tim porodične / obiteljske medicine ocijeni da mogu biti od koristi za pacijente,npr. opis posebnih medicinskih interesa liječnika; mogućnosti angažmana prevodioca; informacije oparti cipaciji za preglede, itd.

IMPLEMENTACIJA PROMJENE: SISTEM NARUČIVANJA

Primarna njega - četiri glavne odlike

Četiri glavne odlike primarne njege su slijedeće:

- Njega pri prvom kontaktu
- Razumljivost njege
- Kontinuitet njege
- Koordinacija njege

Kontinuitet njege

Kontinuitet njege se sastoji od pet bitnih elemenata:

- Dugoročni kontinuitet sa istim timom ljekar/medicinski tehničar
- Liječenje bolesti bez obzira na organski sistem, starost ili spol
- Informacioni kontinuitet putem medicinskih zapisa /kartona
- Njega se pruža u različitim okruženjima
- Uspostavljanje jakih odnosa i privrženosti sa pacijentom

Sistem zakazivanja pregleda i kontinuitet zdravstvene zaštite

Bitnost sistema naručivanja za kontinuitet njege

Odlike sistema naručivanja

P 07 Za medicinske probleme koji nisu hitni, posjeta liječniku i drugim zdravstvenim profesionalcima pacijentima se uobičajeno zakazuje unutar dva radna dana.

Kontinuitet sa istim timom je nemoguć bez efikasnog sistema naručivanja

Efikasan sistem naručivanja uključuje:

- Pristup telefonom

P 08 Pacijenti mogu telefonski kontaktirati recepciju tokom radnog vremena ambulante. Osim toga, pacijenti mogu razgovarati s liječnikom ili sestrama putem telefona i dobiti odgovarajuće savjete u vezi s njihovim zdravstvenim stanjem ako liječnik procijeni da je to klinički sigurno i da direktna konsultacija nije neophodna. Svi savjeti dati telefonom unose se u zdravstveni karton. Postoji pisana procedura o savjetovanju pacijenata telefonskim putem.

- Pacijenti i osoblje koji su dobro informirani
- Fleksibilan sistem

Bitnost sistema naručivanja za tim medicinskog tehničara i ljekara

Sistem naručivanja je bitan za tim medicinskog tehničara i ljekara zato što:

- osigurava upravljanje vremenom
- osigurava organizaciju rada
- dozvoljava fleksibilnost u broju primljenih pacijenata
- znaci da nema više velikih redova i čekanja satima na pregled

Bitnost sistema naručivanja za pacijenta i porodicu/obitelj

Sistem naručivanja je bitan za pacijenta i porodicu zato što:

- Poštuje se pacijentovo vrijeme
- Pacijent može organizovati svoje vrijeme oko zakazanog termina
- NEMA VIŠE DUGIH ČEKANJA!

U 04 Tim ima trijažni sistem koji mu omogućava pružanje hitnih medicinskih usluga bez odlaganja.

T 03 Pacijenti koji zahti jevaju zakazivanje termina kod određenog liječnika ili određene medicinske sestre uobičajeno dobivaju termin unutar sedam radnih dana.

Rezime: Sistem naručivanja - standardi

Standardi koji su esencijalni za sistem naručivanja su:

- Svi pacijenti imaju određen tim
- Pristup telefonu je dostupan
- Koristi se standardizovana knjiga naručivanja
- Medicinski tehničar i ljekari su educirani o korištenju sistema naručivanja
- Pacijenti su informirani o sistemu naručivanja
- Većina pacijenata se naručuje unaprijed kod svog tima
- Većina pacijenata odlazi iz ambulante najavljena za slijedeći put ukoliko je to potrebno
- Sistem je FLEKSIBILAN ali održava kontinuitet kao prioritet:
    - **Primaju se urgentni slučajevi**
    - **Postoji sistem za sve nenajavljene pacijente**
    - **Postoji sistem za propisivanje recepata i druga administrativna pitanja**
- Sistem je FLEKSIBILAN jer dozvoljava dovoljno vremena za:
    - **Pacijente sa hroničnim zdravstvenim problemima**
    - **Pacijente sa kompleksnim zdravstvenim problemima**
    - **Pacijente sa psihosocijalnim problemima**

- Sistem je FLEKSIBILAN jer dozvoljava:
    - Savjetovanje pacijenata
    - Edukaciju pacijenata
    - Promociju zdravlja

U 15 TOM ima uspostavljen sistem kvaliteta koji omogućuje kvalitetne zdravstvene usluge, promociju unapređenja kvaliteta i povećanje pacijentove sigurnosti. Sistem kvaliteta obuhvata: samoocjenu prakse na temelju standarda, kliničku reviziju, primjenu kliničkih vodilja koje su utemeljene na dokazima, upravljanje rizikom i analizu nepovoljnih događaja, ocjenu zadovoljstva korisnika i razvijen sistem poboljšanja zaštite na temelju žalbi i sugestija korisnika zaštite.
Sistem je tako koncipiran da članovi tima mogu da uče iz rezultata vlastite prakse. Za uspostavljanje sistema kvaliteta članovi tima treba da prođu obuku iz kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zašti te koju propisuje AKAZ.
Adekvatnost sistema kvaliteta i mogućnosti edukacije članova t ma ocjenjuju se na temelju ispunjenosti akreditacijskih standarda, kriterija i indikatora. Završna ocjena i odluka o akreditaciji rezultat je sveukupne analize posti gnuća TOM. Ocjenjivači će posebno tražiti:

Godišnji plan unapređenja kvaliteta koji treba da sadrži ciljeve tima u odnosu na praksu propisivanja lijekova i kontrolu stope upućivanja pacijenata na viši referalni nivo ili kontrolu broja negati vnih laboratorijskih i radioloških nalaza. Ciljevi treba da budi zasnovani na praćenju i analizi tih pokazatelja u prethodnom periodu. Kriterij je ispunjen ukoliko takav plan postoji i ako je dat na uvid ocjenjivačima.

Dokazi za održavanja sastanaka: Ocjenjivači će tražiti na uvid zapisnike sa sastanaka koji treba da se održavaju minimum jednom mjesečno na temu unapređenja prakse i u vezi sa kliničkom revizijom. Teme koje se obrađuju na sastancima mogu biti propisivačka politi ka, stope upućivanja pacijenta na viši nivo zašti te, analiza nepovoljnih događaja, analiza žalbi korisnika, analiza popunjenih upitnika o zadovoljstvu pacijenata zaštitom, ispunjenost plana i programa prevencije i slično. Kriterij je ispunjen ukoliko zapisnici sa takvih sastanaka postoje i dati su na uvid ocjenjivačima.

RACIONALNO UPUĆIVANJE

> ‘’Uprkos potrošačkim trendovima u većini razivjenih zemalja, pacijentima će i dalje biti potrebni ljekari primarne zdravstvene zaštite da ih vode kroz sve složeniie zdravstveni sistem i da obezbjede pravednu raspodjelu resursa tako što će usklađivati usluea sa zdravstvenim potrebama.’’
>
> *Christopher B. Forrest*

Svi ljekari bez obzira na specijalnost imaju svakodnevno potrebu da komuniciraju s drugim ljekarima tražeći od njih stručene savjete. Posebno mjesto u medicinskim konsultacijama ima porodični/obiteljski ljekar koji stoji u središtu zdravstvenog sistema i preko kojeg se prelamaju sve informacije o jednom pacijentu. On/ona obezbjeđuju kontinuitet zdravstvene zaštite i posjeduju akumulirano znanje o pacijentima. Na taj način se izbjegavaju moguće pogreške koje bi nastale u slučaju fragmentirane zdravstvene njege.

Proces konsultacije i upućivanja pacijenata drugim kolegama je jedan od najvažnijih zadataka porodičnih ljekara i zbog toga je veoma bitno da su porodični ljekari educirani za efikasno obavlajanje ovog segmenta svog posla. Dostupnost upućivanja drugim ljekarima spada u indikatore kvaliteta rada tima porodične medicine i predstavlja standard za akreditaciju. Ovaj standard pretpostavlja da svaki tim porodične medicine ima pisanu informaciju za pacijente o uslugama koje mogu dobiti u prodičnoj medicini. (Vidi više u Akaz – Akreditacijski standardi za Razlozi za upućivanje su (Katić):

1. utvrđivanje dijagnoze
2. specifične pretrage
3. upućivanje na bolničko liječenje
4. savjet konsultanta o daljem praćenju i zbrinjavanju pacijenta
5. potreba da konsultant preuzme dalje liječenje i zbinjavanje bolesnika
6. mišljenje radi potvrde ispravnosti postupka liječnika oopće/obiteljske medicine u zbrinjavanju bolesnika (eng. second opinion)
7. mišljenje konsultanta koje je liječniku opće/obiteljske medicine potrebno da dokaže bolesniku ili njegovoj obitelji kako je poduzeo sve potrebne mjere i postupke u zbrinjavanju bolesnika
8. administrativni razlozi
9. upućivanje bolesnika na zahtjev specijalista konsultanta
10. zahtjev bolesnika
11. ostali razlozi

Porodični ljekari navode sljedeće najčešće razloge za upućivanje (Wright):

1. Nesigurnost u dijagnozu i liječenje
2. Pritisak od strane pacijenata
3. Vlastite specijalističke interese (znanje) i vještine.

Veoma je bitno istaći da porodični ljekari u porcesu upućivanja, pored unaprjeđenja zdravstvene zaštite pacijenata, značajno uče i usavršavaju svoje kliničke vještine.
Iako u svakodnevnoj praksi oba termina se koriste s jednim značenjem, ipak je potrebno da se napravi razlika između **konsultacije** i **upućivanja**.
Striktno gledano konsultacija je postupak u kojem jedan liječnik pita drugog liječnika za mišljenje ili pomoć, dok je upućivanje prenošenje odgovornosti za pacijenta na drugog liječnika vezano uz zbrinjavanje određenog problema. (Rakel) Ljekar koji injicira konsultaciju ili upućivanje naziva se ljekar koji upućuje, a ljekar kome je pacijent upućen naziva se konsultant.
U uobičajnom jeziku, a i u profesionalnom žargonu termin upućivanje podrazumjeva i proces konsultacije i upućivanja pacijenta. Također, formalni dokument za pisano upućivanje naziva se uputnica koja može biti za konsultaciju (specijalistička ili ,'mala uputnica'') i za bolničko liječenje (bolnička ili ,'velika uputnica'').

Konsultacija

Najčešće, zbog prirode svog posla, konsultacije zahtjevaju opšti/porodični ljekari od strane specijalista, međutim konsultacije se mogu tražiti i od samih porodičnih ljekara za koji imaju posebne interese (npr. hipertenzija, gojaznost, dijabetes) ili od nemedicinskih profesionalaca povezanih sa zdravstvom (socijalni radnici, psiholozi).

Sam proces konsultacije može biti:

a. neformalan (telefonom, razgovor u sobi za odmor, na hodniku, uz kafu) i
b. formalan, koji predatavlja jedan od krucijalnih momenata u liječenju pacijenata.

Formalna konsultacija treba da ima sljedeće elemente:

1. Čitka pisana, po mogućnosti otkucana, uputnica koja sadrži
   a. Pacijentove generalije
   b. Naziv i adresu ustanove u koju se pacijent upućuje
   c. Pacijentovu problem listu sa eventualnim dosadašnjim ključnim nalazima u prilogu
   d. Glavne nalaze porodičnog ljekara (relevantne informacije iz anamneze sadašnje bolesti i socijalne anamneze
   e. Lijekove koje pacijent koristi
   f. Alergije, osobito na lijekove
   g. Opsis suradljivosti (compliance)
   h. Svrha i razlog konsultacije.
   i. Ime i prezime ljekara koji upućuje sa radnom adresom i kontakt telefonom
2. Objašnjenje pacijentu zbog čeg je tražena konsultacija i kratak opis šta očekujemo, koje preglede i testove bi mogao konsultant da uradi. Ponekad pacijenti konsultaciju i upućivanje shvataju kao odbacivanje i uvijek ih treba razvujeriti u tom pravcu.
3. Konsultant treba pismeno (telefonom ukoliko je hitno) da iznese svoje nalaze i mišljenje. Ukoliko konsultant smatra da je potrebna konsultacija nekog drugog specijaliste on će to predložiti u svom pismenom odgovoru.

U našim uvjetima uputnica predstavlja finansijski i administrativni dokument.
Konsultani od porodičnih ljekara očekuju kvalitetnu uputnicu sa sljedećim elementima po važnosti (Rosemann):

1. Jasan cilj upućivanja
2. Adekvatne informacije iz pacijentove anamneze
3. Adkevatne informacije o lijekovima koje je propisao porodični ljekar
4. Adekvatno informisanje pacijenta o upućivanju od strane porodičnog ljekara
5. Informacije o pacijentovim željama

Izdavanje uputnica se evidentira, a jedan primjerak kod značajnih (nerutinskih) uputnica se čuva u zdravstvenom kartonu. Radi lakšeg upućivanja, osobito u hitnim stanjima svaki tim porodične medicine, odnosno dom zdravlja treba da ima pisanu proceduru rutinska i hitna upućivanja.

Često sami pacijenti zahtjevaju konsultaciju specijalista. Veoma često porodični ljekar to doživljava kao nedostatak povjerenja u njegovu stručnost i ponižavanje i pod takvim emotivnim nabojem odbija da pošalje pacijenta na konsultaciju.

Međutim, svaki zahtjev za konsutacijom (drugo mišljenje) treba ozbiljno shvatiti. Najbolje je odmah otvoreno prodiskutovati sa pacijentom o njegovoj ideji, strahovima, očekivanjima od konsultacije.
Pacijenti jasno žele da su im specijalisti i bolničke usluge lako dostupne. U manjim procentima oni smatraju da su im porodični ljekari, posebno u sistemima sa jasnom ulogom ‘’čuvara ulaza’’ (gatekeeper), prepreka za ostvarenje sekundarne i specijalističke zdravstvene zaštite. Pacijenti koji smatraju da imaju poteškoće da dobiju uputnice manje vjeruju, imaju manje zadovoljstva uslugom i pouzdanja u svoje porodične ljekare i pokazuju lošiju suradljivost i zdravstveno stanje kod hroničnih bolesti (Grumbach).
U prilog razvijanja sistema sa ‘’čuvarom ulaza’’ pored ekonomske (zemlje sa ovim sistemom imaju manje zdravstvenih troškova) ide i činjenica da u ‘’otvorenim zdravstvenim sistemima’’ pacijenti koji bez uputnice idu specijalistima mogu biti podvrgnuti nepotrebnim dijagnostičkim testiranjima i tretmanima što može imati nesagledive negativne posljedice.

Uzrok greške neupućivanja pacijenta na konsultaciju:

a. Pordični ljekar ne prepoznaje vlastite limite
b. Osjećaj da je konsultacija ili upućivanje lični profesionalni poraz.

McWhinney navodi da je spremnost za konsultaciju i upućivanje znak profesionalne zrelosti i samopouzdanja.
Kod mnogih porodičnih ljekara postoji tendencija u vjerovanju da su konsultanti nepogrešivi. Uvijek se treba imati u vidu da postoji balans između specijalističkog znanja konsultanta i širokog poznavanja pacijenta i njegove porodice od strane porodičnog ljekara. Ukoliko se porodični ljekar ne slaže sa mišljenjem konsultanta (Rosemann navodi 5% od svih upućivanja) onda postoje dvije mogućnosti:

a. porodični ljekar može otvoreno da diskutuje sa konsultantom o nastalom problemu
b. porodični ljekar otvoreno saopštava pacijentu da se ne slaže sa kolegom konsultanom i da predlaže ,’treće mišljenje’’ novog konsultana.

Razlika mišljenja kod upućivanja, gdje drugi ljekar na određeno vrijeme preuzima brigu za liječenje pacijeta, teško da može naknadno da ima određeno značenje.

Dobar nalaz i mišljenje konsultanta sastoji se od

1. kompletnog, brzog pismenog odgovora
2. odgovor na specifični zahtjev porodičnog ljekara
3. detaljne i precizne dijagnostičke ili terapeutske preporuke
4. zakazane eventualne kontrole.

Upućivanje

Upućivanje je, dakle, proces prenosa odgovornosti za liječenje pacijenta za određeno vrijeme s porodičnog ljekara na drugog ljekara specijalistu. Za porodičnog ljekara ovaj transfer odgovornosti nije nikada u apsolutnoj potpunosti i on/ona uvijek zadržavaju određeni nivo odgovornosti za svoje pacijente. Naprimjer, kada pacijent ima veliki hirurški zahvat na neurokirurgiji, porodični ljekar je uvijek dostupan za njegovu porodicu i hirurge koji su operirali pacijenta.

Proces upućivanja pacijenta je kritični moment u njegovoj zdravstvenoj zaštiti i on mora pažljivo biti planiran i izveden. McWhinney, u cilju jasnijeg definisanja, navodi 4 tipa upućivanja:

1. Intervalno upućivanje.
2. Kolateralno upućivanje
3. Ukršteno upućivnje
4. Podjeljeno upućivanje

Intervalno upućivanje

Ljekar konsultant preuzima brigu za potpuno liječenje pacijenta na određeno vrijeme, npr.operacija. Porodični ljekar je dostupan porodici i hirurgu, ali ne donosi odluke za liječenje pacijenta.

Kolateralno upućivanje

Porodični ljekar ima potpunu odgovornost za ukupnu zdravstvenu njegu, ali je kolegi specijalisti povjerio liječenje jednog pacijentovog problema, na kratko vrijeme (odstranjenje ateroma) ili duže vrijeme (liječenje glaukoma).

Ukršteno upućivanje

Kada konsultanat odluči da uputi pacijenta drugom ljekaru, ili kada sam pacijent odluči da ide na liječenje drugom ljekaru. Ovakva situacija je frustrirajuća za porodičnog ljekara, nekada opasna i skupa za pacijenta i devatirajuća po zdravstveni sistem. Takvu praksu treba odmah prekinuti. Ljekar konstultant treba da pismeno saopšti i predloži porodičnom ljekaru da je potrebno uputiti pacijenta drugom konsultantu.

Podijeljeno upućivanje

Često se dešava unutar poliklinika sa subspecijalistima, kada se zdravstvena zaštita pacijenta podijeli skoro podjednakao između više ljekara, npr. dijabetolog za dijabetes, kardiolog za koronarno oboljenje, oftalmolog za katarakru i retinopatiju, neurolog za polineuropatiju. Opasnost ovakve zdravstvene zaštite je da niko nema potpunu odgovornost za pacijenta i da nema ljekara koji ima potpunu sliku o pacijentovim problemima i terapiji. U ovakvim situacijama lako se narušava kontinuitet zdravstvene njege i mogućnost da jedan pacijent, uglavnom, posjećuje jednog porodičnog ljekara. Gubitkom kontinuiteta zdravstvene njege gubi se i odgovornost za pacijenta.

Stopa upućivanja (odnosi se na konsultacije i upućivanje u užem smislu) izračunava se brojem uputnica na hiljadu pregleda i kreće se u značajnom rasponu od 28 do 61 (Fertig). Ova razlika u stopi upućivanja je teško objašnjiva. Studije su pokazale da postoji obrnuta korelacija između broja pregleda i broja uputnica. Ljekari sa malom stopom upućivanja su pregledali više pacijenata. Također postoji direktna korelacija između stope upućivanja i nivoa samopouzdanja i dijagnostičke preciznosti. Ovdje treba razmatrati i geografski položaj ordinacije, blizinu i broj konsultanata u zajednici i bolnicama. Svakako na ovu stopu utiču navike i želje pacijenata.

Veoma je bitno da se ne poveže visoka stopa upućivanja sa lošim kvalitetom rada porodičnog ljekara. Ne postoji definicija za uspješno upućivanje (O'Donnel). Specijalisti u jednom istraživanju smatraju da je 11% uputnica neodgovarajuće (Rosemann). Bez obzira na definiciju, za uspješno upućivanje potrebna je dobra komunkacija na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Mogući problemi u komunikaciji su:

a.) nedostatak direktne komunikacije
b.) nemogućnost da se dobiju odgovarajući konsultanti,
c.) više specijalista se brinu za pacijenta,
d.) nedovoljno informacija na uputnici ili specijalističkom mišljenju/otpusnici
e.) nedostatak vremena da se napiše kvalitena uputnica ili nalaz.

Dobro otpusno pismo (otpusnica) treba, na osnovu više istraživanja (Hampson), da sadrži po važnosti za porodične ljekare slijedeće:

1. Ljekove/tretman na otpustu
2. Plan za kontrolne preglede i tretman
3. Konačnu ili dijagnozu na otpustu
4. Nalaze dijagnostičkih pretraga
5. Šta je saopšteno pacijentu i njegovoj porodici
6. Lijekove/tretman koje je pacijent dobio u bolnici
7. Sažetak anamneze, fizikalnog pregleda i progresija bolesti
8. Problem lista/dijagnoze na otpustu
9. Abnormalni laboratorijski nalazi
10. Odgovori na pitanja porodičnog ljekara

Najčešće na otpusnicama nedostaju podaci šta je saopšteno bolesniku ili porodici, rezultati dijagnostičkog ispitivanja, progresija bolesti i tretman na otpustu.
Sitem upućivanja pacijenata zavisi od organizacije i načina financiranja zdravstvenog sistema, karakteristika pacijenta i položaja porodičnog ljekara i njegovim ličnim i profesionalnim osobinama. (Katić) Trenutni sistem javnog zdravstva u BiH ne prepoznaje i ne nagrađuje kvantitet i kvalitet u radu porodičnih ljekara i njihovih konsultanata.
Porodični ljekari u više istraživanja smatraju da kontinuirana medicinska edukacija omogućava da imaju veće samopuzdanje da sami rješavaju određene slučajeve. Wright navodi najčešće prijedloge porodičnih ljekara za poboljšanje procesa upućivanja:

1. Edukacija za određene procedure
2. Korištenje kliničkih vodiča, osobito onih koji razmatraju i upućivanje
3. Više pisanih uputstava iz bolnica o pretragama i tretmanu koje očekuju upućene pacijente
4. Bolji telefonski kontakt sa ljekarima konsultantima radi dogovora o pojedinim pacijentima

U našim uslovima gdje pacijenti sami nose uputnicu konsultantu ili u bolnicu, treba veoma voditi računa o povjerljivosti podatka koji se pišu na uputnice. Ovaj oprez je uputan u pogledu etičkih odgovornosti (uputnicu može čitati i treće lice) zaštite tajnosti medicinskih i drugih podataka.

Iz tog razloga je potrebno što prije iznaći nove (pošta, elektronska komunikacija) između ljekara koji upućuju i konsultanata.

LITERATURA

1. Rakel ER, Osnovi obiteljske medicine, Hrvatsko izdanje, Zagreb 2005; 6:76-85
2. Noble J. Textbook of Primary Care Medicine, 2nd ed. 1996; 5: 110-111
3. McWhinney. A Textbook of Family Medicine, 2nd ed. 1997; 18:381-387
4. Mašić I, Riđanović Z. Medicinska informatika, 5:133-148
5. Katić M u Budak A. Obiteljska medicina, Udžbenik za studente i priručnik za liječnike, Zagreb, 2000; 1:58-61
6. McColl E, Newton J, Hutchinson A,An agenda for change in referral consensus from general practice. British Journal of General Practice, 1994, 44, 157-162.
7. Shield T, Campbell S, Rogers A, et al Quality indicators for primary care mental health services. Qual. Saf. Health Care 2003;12;100-106
8. Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu FBiH, Akreditacijski standardi za timove obiteljske/ porodične medicine, Avicena, Sarajevo, 2005; 24-25
9. Rosemann T, Wensing M, Rueter GSzecsenyi J.Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positiveBMC Health Services Research 2006, 6:5
10. Grumbach K et al. Resolving the Gatekeeper Conundrum. What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists, JAMA. 1999; 281: 261-266
11. Wright J, Wilkinson J. General practitioners' attitudes to variations in referral rates and how these could be managed. Family Practice 1996; 13: 259-263
12. O'Donnel Ca. Variation in GP Referral Rates. What Can We Learn From the Literature? Family Practice 2000; 17:462-47

Telepraksa sadrži sve tipove njege i usluga dostavljenih preko udaljenosti. Telepraksa se može javiti u raznim okruženjima a nas najviše zanima njeno korištenje u ambulanti p/o medicine. Primjeri sestrinske teleprakse u p/o medicini sadrže sljedeće:

- Naručivanje pacijenata
- Odgovaranje na pitanja klijenata koja promovišu klijentovu samo-njegu
- Konsultovanje o uzimanju lijekova
- Povezivanje sa specifičnim izvorom (npr. servisi za majčinski rizik, centri za kontrolu trovanja ili telefonske linije za tinejdžere ili intervencije za mentalne krize.)
- Pružanje informacija o imunizaciji
- Odgovor na pitanja o laboratorijskim testovima
- Pružanje edukacija o zaraznim bolestima,

Načela sestrinske teleprakse

Slijedeća načela široko povećavaju sestrinsku odgovornost u telepraksi i mogu biti iskorišteni da unaprijede individualnu praksu.

Načelo 1. Terapeutska relacija: njegovatelj – klijent
Načelo 2. Pružanje i dokumentovanje njege
Načelo 3. Uloge i odgovornosti
Načelo 4. Pristajanje, privatnost i poštovanje
Načelo 5. Etički i legalni obzir
Načelo 6..Sposobnost

Načelo 1: Terapeutska relacija: njegovatelj – klijent

Kada sestra pruža njegu klijentu koristeći informacije i telekomunikacijske tehnologije, formirana je terapeutska relacija njegovatelj – klijent.

Njegovatelji su odgovorni za uspostavljanje i održavanje terapeutskog odnosa sa klijentom baziranom na vjerovanju i poštovanju. Kao i sve forme prakse, njegovateljska telepraksa traži da njegovatelji stave potrebe klijenta na prvo mjesto.

Strategije sadrže:

- Korištenje otvorena – zatvorena pitanja
- Pitanja u logičkom nizu sa pažnjom i osjetljivosti na akutnost klijentove potrebe
- Pronalazak solucija za komunikacijske, jezične i kulturne barijere
- Izbjegavanje medicinskog ili tehničkog žargona
- Izbjegavanje preranih zaključaka o klijentovoj situaciji ili problemu
- Verbalno slušanje i uočavanje emocija i tragove ponašanja koja mogu dati važne informacije o klijentu (npr. ton glasa, ton pozadine)
- Istraživanje samo dijagnoze klijenta (npr. Klijent sa bolom u prsima govori da je samo problem sa probavom ali, na daljnja pitanja, njegovatelj nalazi da ostali simptomi i klijentova historija upućuju na srčani udar)
- Konsultiranje sa i traženje pomoći od određenog zdravstvenog profesionalca kada klijentove potrebe budu više nego znanje njegovatelja

Kao kod svih njegovatelj – klijent relacija njegovatelji koriste blag i sistematski pristup dok identifikuju potrebe njegovanja tokom slučajeva njegovateljske teleprakse.
Očekivano je da klijenti mogu biti sigurni u sigurnost informacija iako postoje izuzeci kao dječije zlostavljanje. U takvim slučajevima, od njegovatelja se očekuje da se drže legislative bez obzira na specifične klijentove zahtjeve da se ostane anonimno.

Načelo 2: Pružanje i dokumentovanje njege

U 05 TOM obavlja kućne posjete po medicinskim indikacijama i o tome posjeduje operativnu politiku i procedure i odgovarajuću evidenciju.
Politika i procedure u općim crtama treba da uredi kućne posjete liječnika porodične / obiteljske medicine: redovne i hitne; način prijavljivanja za kućnu posjetu i ocjenu podobnosti kućne posjete, uključujući i odluku tima koja je to razumna udaljenost mjesta posjete od ambulante; alocirano vrijeme za posjete (prije ili poslije radnog vremena; u toku radnog vremena); glavne indikacije za kućne posjete; minimalni skup podataka za zakazivanje i evidentiranje kućne posjete; i druge detalje koje može precizirati svaki ti m u ovisnosti o specifi čnim prilikama. Na temelju politike kućnih posjeta,procedura također treba da predvidi na koji se način primaju i bilježe zahtjevi za kućnim posjetama;odgovornu osobu koja to obavlja; načine na koje se informiraju liječnici odgovorni za kućne posjete,uključujući i prekidanje liječnikovog rada u ambulanti ako se radi o hitnoj kućnoj posjeti . Sve kućne posjete se evidenti raju: ime i prezime bolesnika/bolesnice; tačna adresa stanovanja s telefonskim brojem (ako je moguće); razlog za kućnu posjetu; dijagnoza; šifra dijagnoze; ordinirana terapija, savjet ili drugo; preporuka za dolazak u ambulantu ili zakazana n redna kućna posjeta; opaske: medicinske i nemedicinske; ime i prezime liječnika; šifra liječnika; potpis liječnika. Na temelju pojedinačnih posjeta, sestra pravi dnevni/ sedmični / mjesečni / kvartalni / godišnji izvještaj o kućnim posjetama koji se dostavlja glavnom liječniku tima, odnosno nadležnom domu zdravlja.

Informacijske i telekomunikacijske tehnologije služe za dobijanje i pružanju informacija klijentu ili drugim zdravstvenim profesionalcima. Korištenjem tehnologije, njegovatelji asistiraju prikupljanjem podataka, utvrđivanjem potreba klijenta, pružanje informacija i/ili zdravstvenog savjeta, i evaluacija klijentovog razumijevanja informacija ili savjeta.
Njegovatelji u telepraksi koriste najbolja teoretska njegovateljska načela, praksu baziranu na dokazima i procese kojima identificiraju potrebe klijenta. Na taj način treba da pružaju najbolju njegu i vrše njeno evaluiraje.

Kada vrše prikupljanje informacija u telepraksi, njegovatelji mogu koristiti standardizirane alate prikupljanja informacija, protokole bazirane na kompjuterima, algoritme ili druge alate za donošenje odluka.

Ovo može sadržati kreiranje plana njege ili praćenje protokola za određene situacije sa klijentom. U slučajevima u kojima je njegovatelj u konfliktu sa protokolom i kada odluči da zaobiđe protokol, onda je njegovatelj odgovoran za odluke i nadolazeću situaciju. Njegovatelji demonstriraju odgovornost za njihove odluke i akcije dokumentirajući situacije u kojima je došlo do njihove kliničke odluke udaljavanja od ustanovljenih protokola. Korak implementacije njegovateljske teleprakse može uključivati predlaganje klijentima da posjete svog ljekara ili ustanove medicinske pomoći.
Svi njegovatelji koji pružaju njegu, uključujući one u telepraksi, su obavezni da dokumentuju interakcije sa klijentima prema standardu prakse Dokumentacije. Dokumentacija može biti na papiru ili elektroničkom formatu i mora biti zavedeno prema relevantnoj legislativi i regulacijama. Najbolje mjesto za zavođenje informacija o njegi klijenta je u klijentovom zdravstvenom kartonu. Kada njegovatelj nema pristup klijentovom zdravstvenom kartonu, treba biti pronađena druga metoda sakupljanja i bilježenja informacija (npr. Protokol za telefonske konsultacije).
Kada su telekomunikacijske tehnologije korištene da potraže i/ili ponude savjet ili informaciju drugim zdravstvenim ustanovama o klijentovoj njezi, mora biti implementirana konsistentna metoda sakupljanja i bilježenja informacija.
Dokumentacija njegovatelja provajder – provajderu interakcije trebala bi da se sastoji:

- Datum i vrijeme interakcije
- Imena uključenih pružaoca
- Ime klijenta o kojem je riječ
- Razlog interakcije
- Informacije pružene/dobijene
- Informacije klijenta pružene/dobijene
- Bilo kakvi dodaci potrebni/pruženi
- Bilo kakav konsenzus o planu njege i
- Dokumentovanje njegovateljevog potpisa i lokacije

T 04 Ako je pacijent ispisan iz registra tima porodične / obiteljske medicine, pacijentima se u pismenoj formi pruža objašnjenje o razlozima ispisivanja i daju informacije o načinu na koji pacijenti mogu naći drugu ambulantu, odnosno tim porodične / obiteljske medicine.
Ispis pacijenta iz registra može biti veoma mučno iskustvo za sve članove tima. Razlozi za ispisivanje iz registra su brojni, ali je najčešći razlog fizičko nasilje pacijenta prema članovima ti ma; šteta koju počini u ambulanti ; verbalne prijetnje; napadi u kućnoj posjeti ; traženje lijekova iz nemedicinskih razloga;lažno predstavljanje (tuđa zdravstvena knjižica), itd. Ne bi trebalo ispisivati iz registra pacijente koji su anksiozni, visoko ovisni o službi ili diskriminiraju osoblje tima po spolu, dobi, seksualnoj orijentaciji.

Načelo 3: Uloge i odgovornosti

Njegovatelj je odgovoran da prepozna da li ona/on ima znanje, vještinu i rasuđivanje da se susretne sa potrebama klijenta. Njegovatelj koji pruža njegu koristeći informacije i telekomunikacijske tehnologije je odgovoran za konsultovanje sa zdravstvenim profesionalcem i kada je potrebno, uradi sljedeće:

- Potraži savjet, informaciju ili asistenciju
- Objašnjava aspekte njege

Korištenjem informacija i telekomunikacijskih tehnologija da pruži njegu traži napredne komunikacijske vještine i kompetentnosti koje nadilaze veliki broj barijera pri sakupljanju podataka. Nedostatak kontakta licem u lice sa klijentom i njegovateljevo oslanjanje na tehnologiju da bi dobili tačne informacije o zdravstvenim brigama predstavljaju jedinstvene izazove i rizike. Da bi smanjili rizik, značajna su tri faktora pri donošenju odluka: njegovateljevo znanje i vještina, klijent i okruženje.

Njegovatelj

Da bismo utvrdili najbolju kategoriju njegovatelja, treba uzeti u obzir njegovo fundamentalno znanje, trenutno učenje, aplikacija znanja, mogućnosti vođenja i kompetentnost donošenja odluka. Trebaju imati znanje i vještine da uzmu klijentovu historiju i urade diferencijalnu dijagnozu i da mogu razraditi mogućnosti fokusirane pretpostavke za određenu populaciju klijenata. Potrebna je velika dubina i širina njihovog fundamentalnog znanja, i mnogo dublje analize i sintetiziranje podataka klijenta.

Klijent

Kada utvrđuje odgovarajuću kategoriju potrebnog njegovatelja, uzmimo kompleksnost potreba klijenta, situacije, mogućnosti predviđanja ili bilo koje druge promjene u stanju klijenta, kao i rizik negativnih rezultata u odgovoru na pruženu njegu/informaciju. Što je kompleksnija potreba klijenta, veća je potreba za većim znanjem i sposobnostima njegovatelja.

Okruženje

Podržavajuće i stabilno okruženje za njegovatelje koji pružaju njegu koristeći informacije i telekomunikacijske tehnologije će sadržati čistu i identificiranu praksu i alate podrške, sisteme u mjestu konsultacija, nisku razinu odbijanja klijenta i niske proporcije neistreniranog osoblja.
Primjeri podrške okruženja uključuju slijedeće:

- Polise, procedure i/ili protokole
- Algoritme ili druge alate odluke – podrške
- Standardne alate intervjuisanja ili linije vodilje i kompjuterski bazirane protokole i
- Dostupnost eksperta, više iskusnijih njegovatelja ili drugih profesionalaca zdravstvene njege za mogućnost konsultacije.

Stabilnost okruženja i znanje, vještine i rasuđivanje njegovatelja kombinovano sa faktorima klijenta utvrđuje kategoriju njegovatelja potrebnog da susretne potrebe klijenta.
Nestabilno okruženje ima nedostatak prakse i alata podrške i/ili nekoliko sistema u mjestu konsultacija, veliki obrt klijenata i/ili velika proporcija neistreniranog osoblja.

Kako se ovo provodi u praksu

Iskusni njegovatelji autonomno pružaju njegu koristeći informacije i telekomunikacijske tehnologije u situacijama u kojima su poznate potrebe klijenta i/ili kada njegovatelj je upoznat sa klijentom i njegovima zdravstvenim potrebama
Na primjer, njegovatelj pruža informacije o zdravlju poznatom klijentu u okruženju porodične prakse ili pronalazi drugog zdravstvenog profesionalca poznatom klijentu. U ovakvim situacijama njegovatelj i njegovo donošenje odluka je uveliko povećano od strane njegovog/njenog znanja klijenta i njegovog psihosocijalnog konteksta, šablona bolesti i pristupa samonjegovanju. Kada populacija klijenata je poznata njegovatelju mogu donijeti na svom poznavanju bolesti da procesuiraju i prethodni tretman koji je pružen da se izradi individualna shvatanja i da savjet (Wilson & Hubert, 2002).

Konsultacije

Konsultacije znače dobijanje informacija, savjeta ili asistencije od mnogo iskusnijeg njegovatelja ili pružaoca njege. Oslanjajući se na kompleksnost klijentovog stanja, akutnost klijentove bolesti i faktore okruženja, konsultacije mogu rezultirati u savjetu ili prenošenju njege na stručniju osobu.
Konsultacija sa drugim zdravstvenim profesionalcima se radi kada situacija traži ekspertizu van kompetentnosti njegovaoca. Nakon utvrđivanja potrebe klijenta, njegovaoc treba utvrditi da li je u mogućnosti da pruži njegu klijentu ili treba konsultaciju sa drugim zdravstvenim profesionalcem.

Načelo 4. Pristajanje, privatnost i poštovanje

Njegovateljska telepraksa je podložna istim standardima i vladinim legislativama koje uključuju pristajanje, privatnost i poštovanje kao i ostali tipovi njegovanja. Njegovateljska telepraksa uključuje utvrđivanje klijentovog stanja uz njegovo prethodno pristajanje na tretman telepraksom. Što reći klijentu:

- Njegovateljevo ime, naziv i registracijsku kategoriju
- Prirodu pomoći koju će njegovatelj pružiti (npr. „ postavit ću vam nekoliko pitanja i onda dati savjet ili pružiti informaciju“)
- Da li je poziv sniman za kvalitetu nadgledanja, govoreći pozivaocu direktno, ili imajući snimljenu poruku koju pozivaoc čuje prije razgovora sa njegovateljem.

Od njegovatelja se očekuje da zadrži sve privatne informacije po standardima, praksom i legislativom, uključujući to što je dokumentovano ili pohranjeno elektronski. Njegovatelji demonstriraju privatnost i poštovanje klijentovih privatnih zdravstvenih informacija:

- Informirajući klijenta da će drugi pripadnici tima imati pristup privatnim zdravstvenim informacijama
- Informisanje klijenta da drugi njegovatelji čitaju ili slušaju interakciju u telepraksi
- Traženje pristanka klijenta da kaže svoje ime kao žrtve zlostavljanja i
- Informisanje klijenta o svrhi čuvanja zapisa (npr. za učenje).

Klijentovo pristajanje na korištenje i otkrivanje privatnih zdravstvenih informacija može biti neophodno u određenim telepraktičnim susretima (npr. Pružanje telefonskog savjeta)..
Važan aspekt privatnosti teleprakse uključuje osiguranje da su podaci sigurni. Određene situacije teleprakse mogu nenamjerno otvoriti privatnost klijenta.

Da bi smo osigurali sigurnost klijenta:

- Poduzeti razumne korake da bi smo osigurali da oba kraja telekomunikacijskih veza su sigurni (ostavljanje pitanja pozivaocu da li je njen/njegova fax mašina u privatnoj zoni)
- Poduzeti korake da neautorizovano osoblje nije prisutno u zoni gdje su primane audio poruke
- Korištenje mobilnog aparata u privatnosti vašeg osobnog vozila
- Korištenje samo imena ili brojeva kada se razgovara o njezi
- Korištenje telefona u javnosti samo da bi se razgovaralo o generalnim informacijama
- Zalagati se za sigurno pohranjivanje i rukovođenje bilo kojeg dobijenog zapisa
- Zalaganje za sistemske resurse za fizičkom sigurnosti informacija.

Ukoliko koristite e-mail klijenti i prakticionari moraju osigurati da informacije koje šalju putem e-maila je čista, sigurna, neutralna i razumljiva od strane druge stranke. Klijenti trebaju znati da njihove e-mail poruke će biti sačuvane u njihovom zdravstvenom kartonu (McFadden, 2002). E-mail nije uvijek vremenski konstantan jer može biti primljen nakon nekoliko sati ili dana od slanja. Zbog toga brze zdravstvene probleme ne bih trebale biti adresirane ovom tehnologijom.

Načelo 5: Etički i legalni obzir

Sa porastom u telepraktičnog njegovanja dolaze etična i zakonska pitanja koja se moraju uzeti u obzir i adresirati. Kao sa ostalim formama prakse, njegovatelji u telepraksi mogu iskusiti etičke dileme. Etični praktični standard pruža informacije o radu kroz etičke dileme.
Korištenje informacija i telekomunikacijskih tehnologija u njezi klijenta može povećati rizik za njegovatelja

Načelo 6: Sposobnost

Neke discipline teleprakse zahtijevaju sposobnost, ekspertizu i znanje više nego je dobijeno u osnovnom njegovateljskom programu. Njegovatelji koji pružaju telepraksu moraju posjedovati trenutno i duboko znanje u kliničkim područjima relevantnim ovim ulogama. Sigurna, efikasna i etička njega se pojavljuje kada njegovatelji pružaju telepraktičku njegu i demonstriraju: kompetentnost, kritično razmišljanje, korištenje informacija baziranih na dokazima, ekspertno učenje, savjetovanje, komunikacije interpersonalne vještine i upotreba tehnologije teleprakse.
Kompetentnost i efektivnosti u telepraksi njegovanja može biti povećana kroz fokusirane formalne edukacijske programe i/ili adekvatne orijentacije. Edukatori njegovanja i ostali uključeni u curriculum izrade se podstiču da provode uključenje teleprakse u osnovnim programima njegovanja p/o medicine.

P 23 Postoji dokumenti rana procedura za ruti nska i hitna upućivanja pacijenata u druge zdravstvene ustanove. Uputnice sadrže dovoljno informacija za osiguranje konti nuiteta zašti te i opti malno liječenje pacijenta.
Procedura predviđa i izjavu da uputnica treba biti čitko popunjena i kao minimum sadržavati:

- ime i prezime pacijenta s pripadajućim šiframa;
- naziv ustanove ili službe u koju se upućuje pacijent;
- relevantne informacije iz anamneze sadašnje bolesti i socijalne anamneze;
- kratak sažetak problema, ključne nalaze i sadašnji tretman;
- razlog za upućivanje i očekivanja od konsultacije;
- ime i prezime liječnika koji je uputio pacijenta s pripadajućom šifrom.

Procedura bi trebalo da sadrži i načine transporta pacijenta do zdravstvenih ustanova.

Zdravstvena zaštita usmjerena na pacijenta

Povjerljivost i privatnost

Zdravstvena zaštita u čijem je fokusu pacijent

Pregled kliničkog metoda orjentisanog ka pacijentu

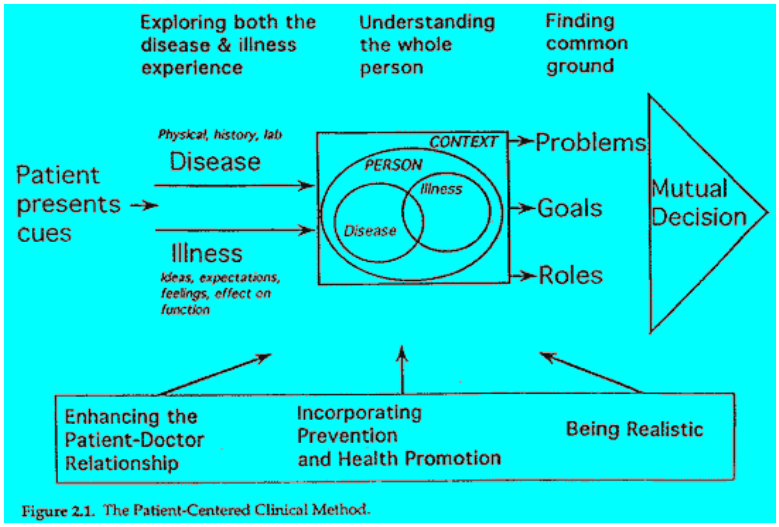


Figure 2.1. The Patient-Centered Clinical Method.

Ušteda troškova: upotreba dokaza

KLINIČKE SMJERNICE

Pojam, kvalitet, izbor i upotreba

Definicija

”Smjernice za kliničku praksu su sistematski razvijeni dokumenti koji pomažu praktičaru i pacijentu da donosu odluke o odgovarajućoj zdravstvenoj njezi i specifičnim kliničkim slučajevima.”

Institut of Medicine. (1990). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. M.J. Field and K.N. Lohr (eds). Washington, D.C. National Academy Press

ZNAČAJ KLINIČKIH SMJERNICA

1. Olakšava rad zdravstvenim radnicima
2. Podiže nivo zdravstvene zaštite
3. Uspostavlja standard u medicinskoj njezi
4. Podiže nivo suradnje pacijenta
5. Podstiče informirani pristanak na liječenje i terapeutske procedure
6. Edukaciono sredstvo
7. Razmatra etička pitanja
8. Medicinsko-pravni značaj
9. Postavlja ljekarovu odgovornost prevashodno za pacijente, razmatrajući i odgovornost za zdravstvedni sistem i društvo u cjelini.

VRSTE SMJERNICA

Po namjeni:

- Specijalističke
- Primarna zdravstvena zaštita
- Javna medicina
- Dijagnostičke
- Terapeutske
- Preventivne - skrining

Po značaju:

- Svjetske
- Kontinentalne
- Regionalne
- Državne
- Pokrajinske
- Lokalne
- Lične

Vremenski okvir nastajanja kliničke smjernice

Pisanje i publikovanje kliničkih smjernica je dugotrajan i zahtjevan proces koji obični traje duže od dvije godine. Nastajanje smjernica ima sljedeće faze.

VAŽNO! Dobra smjernica ima određen termin kada će biti osavremenjena i taj period n etreba da je duži od 2 godine.

Kako prepoznati vrijednu medicinsku smjernicu?

Prilikom procjene neke kliničke smjernice procjenjuje se postojanje i kvalitet sljedećih elemenata u samoj smjernici:

1. Izdavač (vlada, udruženje, univerzitet…)
2. Razlozi za izbor teme i opis nastajanja smjernice
3. Radna grupa
4. Forma smjernice
   - jasnoća teme i preporuka,
   - stepenovanje preporuka,
   - brojne reference,
   - mišljenje kolega
5. Datum izdavanja i osavremenjavanja (updating)
6. Pisane informacije za pacijente
7. Primjenljivost u praksi

OVANJE PREPORUKA

Pored prikupljanja i proučavanja postojeće literature veoma je bitno da članovi radne grupe u smjernicama daju načine na koji su napravili sintezu dokaza. Svaka smjernica treba da sadrži sljedeće:

- Opis metoda korištenih za formuliranje preporuka
- Jasna veza između preporuke i značaja dokaza koji je podržava
- Zdravstveni značaj koji se dobiva preporučenim postupcima
- Moguća šteta i rizici povezani sa preporučenim postupcima
- Procjena koristi, štete i troškova pojedininim intervencijama

KLASIFIKACIJA NIVOA DOKAZA - INFORMACIJA

- I Dokazi dobiveni iz metaanalize više randomiziranih kontroliranih istrazivanja (RKI)
- Ib Dokazi iz samo jednog RKI
- IIa Dokazi izdobro dizajniranog kontroliranog istrazivanja KI
- IIb Dokazi iz jednog kvazi experimentalnog istrazivanja
- III Dokazi iz eksperimentalnih studija (komparativna istrazivanja, case study), po nekima udzbenici
- IV Dokazi od eksperata i klinicke prakse

STADIJI PREPORUKE U SMJERNICI

- Preporuka na osnovu dokaza nivoa I i Ib
- Preporuka na osnovu dokaza nivoa IIa, IIb i III
- Preporuka na osnovu dokaza nivoa IV

KONSULTACIJE SA KOLEGAMA

1. Pilot test ispituje jasnoću, vrijednost i upotrebljivost smjernica.
2. Nezavisno ispitivanje kolega (150-300), stručnjaka koji pokrivaju tri glavna područja: kliničku primjenjivost, validnost pregleda literature i stručnjaci za smjernice ispituju valjanost samog procesa stvaranja smjernice. Postoje i nezavisna tijela i razni instrumenti za ocjenu kvaliteta smjernica). Veoma popularan je AGREE instrument.
3. Objašnjenje metoda u konsultaciji sa kolegama
4. Navođenje dobijenih komentara

PREZENTACIJA

- Identificirani ključni elementi
- Jasne preporuke
- Navedeni ciljevi preporuke sa mjerljivim indikatorima ishoda
- Poželjan dio sa upustvima i informacijama za pacijente

PREISPITIVANJE I AŽURIRANJE SMJERNICE

- Detalji kako se smjernica preispituje
- Imena osoba ili institucije odgovorne za preispitivanje i ažuriranje
- Datum planiranog preispitivanja (najkasnije za 2 godine) i datum isteka valjanosti smjernice

Sam pogled na sažetak smjernice može dati odgovor na značaj smjernice. Za prvi pregled sažetka može na poslužiti format sažetka koji je predložila US National Library of Medicine (NLM).

1. **Cilj:** primarni cilj smjernice, uključujući zdravstveni problem i ciljane pacijente
2. **Opcije:** opcije iz kliničke praske koje su bile razmatrane prilikom formulacije smjernice
3. **Ishodi:** značajni zdravstveni i ekonomski ishodi u odnosu na alternativne prakse
4. **Dokazi:** kako i kada su prikupljeni, odabrani i kako je napravljena sinteza
5. **Vrijednosti:** izjava koja navodi vrijednosti povezane s potencijalnim ishodima opcijskih kliničkih procesa i ko participira u tim procesima
6. **Doborobiti, šteta i koštanje:** vrsta i veličina dobrobiti, štetne posljedice i koštanje koje se očekuje primjenom smjernice
7. **Preporuke:** sažetak ključnih preporuka
8. **Provjera valjanosti:** izvješta vanjskih pregleda, poređeje s drugim smjernicam ili kliničko testiranje smjernice
9. **Sponzori:** izjave osoba koje su razvijale, finansirale ili publicirale smjernice

Pored validnosti smjernice značajno je i njeno provođenje u praksi. Grol predlaže slijedeće pristupe prilikom sprovođenja u praksu kliničkih smjernica.

1) **Edukacija** – učenje umalim grupama, učenje na osnovu primjera.
2) Iznošenje **epidemioloških podataka** (informacija) u prilog upotrebe smjernica.
3) **Marketnig** – masmediji, profesionalna udruženja, mišljenja vrhunskih stručnjaka.
4) **Bihejvioralni pristup** – evaluacija rada, povratne informacije, podsjetnici, stimulacije i destimulacije.
5) **Socijalna interakcija** – posjeta vrhunskih stručnjaka, grupe kolega, pritisak pacijenata.
6) **Organizacione i strukturalne promjene** – uvođenje standardnih procedura i unaprijeđenja kvaliteta rada.
7) **Korektivni pristup** – licenciranje, ocjena kvaliteta i akreditacija, pregled korištenja smjernica.

Više o AGREE istrumentu pogledati na zvaničoj web stranici: www.agreecollaboration.org ili AKAZ.

LITERATURA

1. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Developing guidelines. BMJ 1999;318;593-596
2. The AGREE Collaboration.Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. www.agreecollaboration.org
3. Institute of Medicine. In: Field MJ, Lohr KN, eds. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: National Academy Press , 1992.
4. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I, et al. North of England evidence based guideline development project: methods of guideline development. BMJ 1996; 312: 760-762
5. Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, Adams PC, Higgins B, Purves I, et al. Developing valid guidelines: methodological and procedural issues from the North of England evidence based guideline development project. Qual Health Care 1996; 5: 44-50
6. Eccles M, Freemantle N, Mason J, Education and debate. North of England evidence based guidelines development project: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. BMJ 1998;316:1232-1235
7. Grol R, Thomas S, Roberts R. Development and implementation of guidelines for family practice: lessons from The Netherlands. J Family Practice 1995;40:435-9

Pregled kliničkih vodilja i/ili protokola koji se koriste za sljedeća stanja:

- Anafilakti čki šok;
- Pacijent bez svijesti ;
- Šok;
- Akutno pogoršanje astme;
- Akutni plućni edem;
- Moždana kap i tranzitorna ishemična ataka;
- Akutni infarkt miokarda;
- Gušenje stranim ti jelom;
- Kardio-pulmonalno oživljavanje.

Vodilje za kliničku praksu(AKAZ 2005)

Medicina zasnovana na dokazima (Evidence-based medicine) postala je samo središte kvaliteta u kliničkoj praksi. Standardi, izraženi kao kliničke vodilje ili kao "benchmarks", jesu:

- sve više zasnovani na biomedicinskom istraživanju i ocjeni zdravstvenih tehnologija nego na konsenzusu;
- veoma pristupačni i razmjenjuju se između zemalja;
- često prilagođeni lokalnoj kulturi i ekonomiji prije nego što se usvoje za nacionalnu primjenu;
- često prevedeni u detaljnije protokole za korištenje u pojedinačnim organizacijskim jedinicama.

Vodilje mogu biti fokusirane na specifičnu tehnologiju, kao što je lijek, instrument ili procedura -ili na kliničko stanje. Vodilje koje su fokusirane na pacijenta mogu biti o specifičnom događaju ili epizodi, ili se vremenom mogu proširiti u multidisciplinarni "predviđeni oporavak", ili puteve "kritične zaštite" za pojedince. Kvalitet objavljenih vodilja je različit po tome što veliki broj njih nije eksplicitan, što nisu zasnovane na dokazima i što nemaju planirane strategije za diseminaciju, implementaciju i evaluaciju. Sve to naglašava doprinos Agencije kao federalnog(državnog?) centra za razvoj, ocjenu, prilagođavanje i odobravanje vodilja, prema objavljenim kriterijima, odgovarajućoj lokalnoj kulturi, prioritetima i ekonomiji.

TNO Prevention and Health Netherlands www.tno.nl/instit/pg/index.html

Appendix 1. Kliničke vodilje

- National electronic Library for Health (NeLH) clinical guidelines database www.nelh.nhs.uk/guidelines_database.asp
- National Guideline Clearing House (NGC) www.guideline.gov/index.asp
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) www.nice.org.uk
- Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) www.sign.ac.uk

Appendix 2. Sistematski pregledi i kritičke porcjene medicinske literature

- Clinical Evidence www.clinicalevidence.com
- Cochrane Library www.update-software.com/clibhome/clib.htm
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD) www.york.ac.uk/inst/crd

Interakcije doktor medicine/medicinska sestra – tehničar/pacijent: timski rad u kojem članovi daju jedni drugima potporu

Edukacija bolesnika i obitelji/porodice

Razrada teme

Edukacija/savjetovanje bolesnika i obitelji je proces tijekom kojeg medicinska sestra organizirano pomaže bolesniku/obitelji da što bolje upoznaju promjene koje su nastale uslijed bolesti te da što uspješnije savladaju nastale poteškoće, spriječe moguće komplikacije, a poticanjem samostalnosti bolesnika očuvaju zadovoljavajuću kvalitetu života.
U procesu edukacije sudjeluju:

- bolesnik
- obitelj/socijalna sredina
- medicinska sestra.

Medicinska sestra

Kao član zdravstvenog tima najviše vremena provodi s bolesnikom (od trenutka prijema pa sve do otpusta iz bolnice). Uspješnost edukacije ovisi ne samo o njenoj profesionalnoj kompetentnosti nego i o broju i raspoloživosti medicinskih sestara koje provode edukaciju.
Da bi edukacija/savjetovanje bilo uspješno potrebno je pridržavati se određenih načela:

- jasno definirati predmet edukacije
- stvoriti individualni plan za svakog pacijenta/obitelj uzimajući pritom u obzir: razinu deficita, dob, obrazovanje, intelektualne sposobnosti, socio-ekonomski status
- uključiti bolesnika/obitelj u proces zdravstvene njege
- imati na umu da se učenje vještina najučinkovitije postiže demonstracijom medicinske sestre
- davati pozitivnu verbalnu informaciju o postignućima
- razvijati i poticati samostalnost bolesnika (tražiti da se bolesnik oslanja na svoje preostale sposobnosti, te ukazati na negativne strane pretjeranog zaštićivanja obitelji)
- poticati bolesnika/obitelj na verbalizaciju svih nedoumica i nejasnoća.

LITERATURA

1. Nikolina Hrastinski, Marica Salopek Klinička bolnica "Sestre milosrdnice", Zagreb
2. Demarin, V. i suradnici: Priručnik iz neurologije, Prosvjeta, Zagreb, 1998.
3. Brinar, V. i suradnici: Neurologija - udžbenik za medicinske sestre, rentgen tehničare i fizioterapeute, Prometej, Zagreb, 1996.
4. Fućkar, G.: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju. Zagreb, 1996
5. Sedić, B.: Zdravstvena njega neuroloških bolesnika – nastavni tekstovi, Visoka zdravstvena škola, Zagreb
6. Havelka, M.: Zdravstvena psihologija, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1998.
7. Grupa autora katedre za zdravstvenu psihologiju: Komunikacijske vještine – nastavni tekstovi, Visoka zdravs

Principi učenja odraslih: integriranje kontinuirane edukacije

Na osnovu člana 17. Zakona o Vijeću ministara Bosne i Hercegovine („Službeni glasnik BiH“, br. 30/03, 42/03 i 81/06), Vijeće ministara Bosne i Hercegovine, na 6. sjednici održanoj 11. aprila 2007. godine, usvojilo je **STRATEGIJU RAZVOJA STRUČNOG OBRAZOVANJA I OBUKE** u BOSNI i HERCEGOVINI za period 2007. – 2013. GODINE

Koherentnost sa “Integriranim smjernicama za razvoj i zapošljavanje”
Osnovni principi i stavovi na kojima se zasnivaju promjene u obrazovanju odraslih su:

- obrazovanje odraslih je osnovno ljudsko pravo,
- obrazovanje i učenje je doživotni proces,
- obrazovanje odraslih je ključni instrument transformacije društva,
- osnovni elementi ekonomskog razvoja i mobilnosti radne snage,
- partnerska djelatnost koja se realizira u saradnji škola, tržišta, pojedinaca i drugih zainteresovanih.

Sveobuhvatna zdravstvena edukacija predstavlja stub porodične/obiteljske medicine i primarne zdravstvene zaštite.

Principi učenja odraslih:

- Odrasli posjeduju godine iskustva i mnogo informacija i znanja.
- Odrasli su uspostavili vrijednosti, uvjerenja i mišljenja.
- Odrasli povezuju novo znanje i informacije sa prethodno prikupljenim informacijama i iskustvom.
- Odrasli imaju ponos.
- Odrasli imaju potrebu da se samousmjeravaju kao učenici.
- Odrasli nastoje da imaju učenje orijentirano na problem.
- Odrasli imaju uspostavljen obrazac ili stil učenja.

Faktori koji olakšavaju učenje:

- Motivacija
- Spremnost
- Važnost
- Aktivno učešće
- Povratne informacije
- Podrška bez predrasuda
- Od jednostavnijeg ka kompleksnijem
- Ponavljanje
- Pravilno odabrano vrijeme
- Okolina

Faktori koji usporavaju učenje:

- Emotivnost
- Psihološki događaji
- Kulturne barijere
- Psihomotorna sposobnost

Primjena principa: Stil učenja

Zasto su stilovi učenja bitni

- Različiti ljudi različito uče.
- Pacijenti mogu pokazati slabo učenje jer metod podučavanja ne odgovara njihovom stilu učenja.
- Učitelji koji razumiju sopstveni stil učenja mogu biti u prednosti prilikom prilagođavanja stilu učenja njihovih pacijenata.

Tri tipa stilova učenja

- **Auditivni tip učenika** oslanja se na slušanje, čitanje materijala, vole da diskutuju o informacijama, dobro pamte.
- **Vizuelnom tipu učenika** odgovara vizuelna stimulacija i dobro uče u malim grupama. Dijagrami, šeme i slike su vrlo korisni.
- **Taktilni tip učenika** najbolje uči radeći, aktivno učestvujući u materijalu za učenje tj. dodirivati, manipulisati, eksperimentisati.

Realnost stilova učenja:

- Većina ljudi ima aspekte svakog stila učenja u svom načinu učenja.
- Za svaku grupu studenata/pacijenata bit će potrebno korištenje različitih tehnika.
- Sa starenjem, naš stil učenja postaje manje fleksibilan.
- Kao učitelji, težimo da podučavamo na način putem kojeg i sami učimo.

Naucite učiti

Vaš put do najucinkovitijeg ucenja vodi kroz upoznavanje

- vas samih
- vaših sposobnosti za ucenje
- procesa kojeg ste uspješno koristili i kojeg cete trebati
- znanja i zanimanja za predmet kojeg želite nauciti.

STIL UČENJA

Uputstva:

Da biste stekli bolju sliku o sebi kao učeniku, trebate evaluirati načine na koje želite da učite, tj. obradjujete informacije. Čineći ovo, biti ćete u stanju da razvijete strategije koje će obogatiti vaš potencijal za učenje. Evaluacija koja slijedi je kratak i brz način da procijenite vaš stil učenja.

Ova anketa od 24 pitanja nije vremenski ograničena. Odgovorite na svako pitanje što je iskrenije moguće.

Molimo vas da stavite znak na liniju ispod odgovora sa kojim se slažete.

RIJETKO **PONEKAD** **ČESTO**

1. Mogu upamtiti više o temi korištenjem metoda učenja sa informacijama, objašnjenjima i diskusijom.

_____ _____ _____

2. Više volim kada su informacije napisane na tabli, uz korištenje vizuelnih pomagala i obavezne literature.

_____ _____ _____

3. Volim da zapisujem stvari ili da pravim zabilješke zbog vizuelnog pregleda.

_____ _____ _____

4. Preferiram korištenje postera, modela, ili stvarne prakse i nešto aktivnosti u učionici.

_____ _____ _____

5. Trebaju mi objašnjenja sa dijagramima, grafikonima ili vizuelnim uputstvima.

_____ _____ _____

6. Uživam raditi s rukama ili praviti stvari.

_____ _____ _____

7. Vješt sam i uživam u pravljenju grafikona i tabela.

_____ _____ _____

8. Mogu reći da li se tonovi slažu kada se puste tonovi u parovima.

_____ _____ _____

9. Najbolje pamtim kada stvari zapišem nekoliko puta.

_____ _____ _____

10. Razumijem i mogu slijediti uputstva na mapi.

_____ _____ _____

11. Imam bolje rezultate u akademskim temama ako slušam predavanja i kasete.

_____ _____ _____

12. Igram se sa ključevima ili novčićima u džepu.

_____ _____ _____

13. Bolje učim spelovati riječi ponavljajući ih glasno nego pišući ih na papiru.

_____ _____ _____

14. Bolje razumijem vijesti čitajući ih nego slušajući ih na radiju.

_____ _____ _____

15. Žvaćem žvaku, pušim, ili jedem tokom učenja.

_____ _____ _____

16. Osjećam da je najlakši način za pamćenje imati sliku stvari u glavi.

_____ _____ _____

17. Učim spelovanje riječi "spelovanjem prstom".

_____ _____ _____

18. Radije bih slušao dobro predavanje ili govor nego čitao isti materijal u knjizi.

_____ _____ _____

19. Ide mi od ruke rješavanje slagalica i rebusa.

_____ _____ _____

20. Držim neki predmet u rukama tokom učenja.

_____ _____ _____

21. Preferiram slušanje vijesti na radiju, a ne čitanje istih u novinama.

_____ _____ _____

22. Dobijam informacije o zanimljivim temama čitajući relevantne materijale.

_____ _____ _____

23. Osjećam se komotno prilikom dodirivanja drugih ljudi, rukovanja, grljenja, itd.

_____ _____ _____

24. Slijedim usmena uputstva bolje od pisanih.

_____ _____ _____

NAČIN BODOVANJA

Uputstva:

Upišite broj poena na liniju pored pripadajućeg pitanja. Saberite poene u svakoj od kolona da biste dobili rezultate o sklonostima ispod svakog od naslova.

ČESTO	**=**	**5 poena**
PONEKAD	**=**	**3 poena**
RIJETKO	**=**	**1 poen**

VIZUELNO		**SLUŠANJEM**		**TAKTILNO**	
BR.	**POENI**	**BR.**	**POENI**	**BR.**	**POENI**
2	_____	**1**	_____	**4**	_____
3	_____	**5**	_____	**6**	_____
7	_____	**8**	_____	**9**	_____
10	_____	**11**	_____	**12**	_____
14	_____	**13**	_____	**15**	_____
16	_____	**18**	_____	**17**	_____
19	_____	**21**	_____	**20**	_____
22	_____	**24**	_____	**23**	_____

3

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 3

Diabetes Mellitus

Principi medicine zasnovane na dokazima i važnost adekvatnog vođenja zdravstvenih kartona

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
9:00-10:15	DOKTORI • Medicina zasnovana na dokazima i upotreba vodiča • Pregled vodiča za dijagnosticiranje i liječenje DM • Skrining i dijagnoza	Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban: • Primjeniti preporuke Vodiča za dijabetes za postavljanje dijagnoze, skrininga i tretmana • Probir pacijenata za skrining	Predavanje i diskusija
	TEHNIČARI • Uloge i funkcije medicinskih sestara tehničara • Sestrinsko istraživanje/praksa zasnovana na dokazima • Sestrinski proces	• opisati model četiri koraka sestrinskog procesa • povezati tehnike sakupljanja podataka i vještine intervjuisanja koje se koriste u koraku procjene sestrinskog procesa • opisati važnost uspostavljanja ciljeva njege zajedno sa pacijentom i porodicom/obitelji • diskutovati o izradi plana njege • povezati sestrinske intervencije sa implementacijom plana • opisati sredstva evaluacije plana • shvatiti važnost kontinuiranog procesa koji je uključen u sestrinski proces	
10:15-10:30 PAUZA			

10:30-12:00	DOKTORI • Osnove tretmana: ishrana i savjeti vezani za način života • Najčešći lijekovi koji se koriste u tretmanu DM • Inzulin: propisivanje, prilagođavanje doze • Komplikacije: prevencija; diskusija o slučajevima TEHNIČARI: • Pregled najvažnijih činjenica vezanih za DM; uključujući vodiče za dijagnozu i osnove liječenja sa uvodom u način ishrane • Komplikacije DM: uloga medicinske sestre u prevenciji, uključujući njegu stopala (samo uvod)	• Savjetovati pacijenta o promjeni životnog stila • Savjetovati o pravilnom načinu ishrane • Menadžment DM (oralna terapija) • Uvođenje inzulina, prilagođavanje doze • Prevencija komplikacija DM; program kontrola u smislu prevencije I adekvatnog tretmana komplikacija TEHNIČARI: • Prepoznati moguće simptome DM kod pacijenta • Razgovarati s pacijentom o zabrinutosti vezanoj za postavljanje dijagnoze I tretman DM • Savjetovati o pravilnom načinu prehrane • opisati specifične zabrinutosti kod pacijenta sa dijabetesom • prepoznati pacijente koji su izloženi riziku za problemi sa stopalima • opisati česte probleme stopala i noktiju • opisati specifične zabrinutosti kod pacijenta sa dijabetesom • objasniti zdravstvenu edukaciju i prevenciju za pacijenta sa rizikom od razvijanja problema sa stopalima	Studije slučaja
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-15:00	• Vođenje i unošenje podataka u zdravstvene kartone posebno kod hroničnog pacijenta (primjer diabetes) Doktori i tehničari • Upotreba glukometra • Podučavanje o pravilnoj upotrebi inzulina • Njega stopala	• Pravilno voditi karton kroničnog pacijenta • Pravilno koristiti glukometar • Znati primjenu i objasniti pacijentu pravilnu primjenu inzulina • Imati spsobnost održavanja zdravog stopala u dijabetičara I adekvatan tretman kod problema sa stopalima	Primjer pacijenta s DM - rješavanje slučajeva
15:00-15:30	Podjela zadatka (Audit 1) DM	Objasniti cilj zadatka i način prikupljanja podataka, te njihovu obradu i prikaz	Diskusija i pitanja

SESTRINSKI PROCES

Pojava i razvoj procesa zdravstvene njege u sestrinstvu

U razvijenim zemljama svijeta, posebno Americi, u sestrinstvu se u drugoj polovini dvadesetog vijeka, dešavaju brojne dinamične promjene u obrazovanju medicinskih sestara, u sestrinskoj praksi i u istraživanjima na području zdravstvene njege. Te promjene ukazuju da se sestrinstvo sve više razvija kao posebno stručno i naučno polje rada i da sve uspješnije učestvuje i prati razvoj medicine i drugih nauka čije je polje interesovanja očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi liječenje oboljelih.

Proces zdravstvene njege kroz predviđene etape: utvrđivanje potreba za njegom, postavljanje sestrinske dijagnoze, planiranje, izvođenje njege i vrednovanje (evaluacija) postignutih rezultata otjelotvoruje ovu koncepciju u profesionalnoj sestrinskoj praksi.

U sestrinstvu se, kroz Proces zdravstvene njege opšti naučni principi o čovjeku, njegovoj prirodi i potrebama, koriste na specifičan način tako što se povezuju sa situacijom (stanjem) korisnika i njegovim potrebama za njegom. Pri tome se polazi sa stanovišta:

- da je čovjek, sa svim svojim problemima i osobenostima, u centru pažnje medicinske sestre,
- da njega i njegove probleme treba sagledavati istovremeno sa više aspekata,
- da u sagledavanju i rješavanju problema korisnika treba voditi računa o specifičnostima njegove cjelokupne ličnosti – psihološke, fiziološke, socioekonomske, kulturološke, kao i o njegovim sposobnostima i ograničenjima,
- da bolesniku treba obezbjediti sigurnost i zaštitu od novih opasnosti (infekcije, povrede i sl.),
- da se bolesniku obezbjedi udobnost, podrška i olakša patnja u svim fazama bolesti,
- da se pomogne bolesniku da obnovi svoje sposobnosti do njegovog ličnog maksimuma i
- da se prihvati interesovanje i odgovarajuća pomoć porodice i prijatelja kao sastavni dio tretmana.

Medicinska sestra, da bi primijenila Proces zdravstvene njege uz uvažavanje svih ovih elemenata, treba da posjeduje, razvija i njeguje sposobnost posmatranja i utvrđivanja činjenica, sposobnost opažanja i izdvajanja bitnog od manje bitnog, sposobnost zaključivanja i donošenja odluka, odnosno spremnosti da u potpunosti bude odgovorna za svoju profesionalnu djelatnost.

Zašto je Proces metoda izbora

Proces zdravstvene njege, kao naučno zasnovana metoda, pruža brojne prednosti u odnosu na klasični pristup u sestrinskom radu. Primjena Procesa omogućava:

- bolje organizovanje, sistematizovanje i sprovođenje zdravstvene njege
- pružanje individualizovane i problemski usmjerene zdravstvene njege
- fleksibilnost u njezi – brzo prilagođavanje njege izmijenjenim potrebama korisnika i uslovima
- aktivnu participaciju korisnika u njezi, zaštiti i unapređenju zdravlja
- dokumentovanje svih etapa rada u zdravstvenoj njezi
- kontinuitet u pružanju zdravstvene njege
- bolju koordinaciju unutar sestrinskog tima
- bolju komunikaciju i kvalitetniju koordinaciju medicinskih sestara sa ljekarima i zdravstvenim i drugim radnicima
- primjena procesa omogućava ekonomičnu njegu.

Pravilnom i dosljednom primjenom Procesa zdravstvene njege postiže se bolji ukupan kvalitet zdravstvene njege. Rad na Procesu ima svoje pozitivne refleksije na sve aspekte sestrinstva: *na korisnike zdravstvene njege, na medicinske sestre i na profesiju.*

Primjena Procesa u dobro organizovanoj i fleksibilnoj organizaciji sestrinske službe (npr. raspodjela zadataka prema sposobnostima i sklonostima medicinske sestre, pravilno opterećenje u radu i slično) omogućava medicinskoj sestri da ispolji svoje stručne kvalitete, da bude uspješna i da svoj posao doživljava kao zadovoljstvo a ne samo kao obavezu.

Proces omogućava da se racionalnije koristi vrijeme i energija. Kroz pravovremeno planiranje njege lakše se i uspješnije odabiraju odgovarajuće sestrinske intervencije za efikasno pružanje pomoći na primjer bolesniku, da se postigne cilj (optimalne sposbnosti za samonjegu) ili da prihvati ograničenja koja mu nameće bolest ili invaliditet. Tako se vrši ušteda vremena i energije – manje je grešaka, nema nepotrebnih ponavljanja urađenih i poznatih stvari (na primjer, u poučavanju bolesnika) i preveniraju se frustracije sestara zbog eventualnih propusta.

Sestrinski proces:

- Serija faza ili koraka koji usmjeravaju ili opisuju aktivnosti medicinske sestre pri njezi (zdravstvenoj zaštiti) pacijenata
- Sistematičan pristup planiranju i pružanju individualizirane njege pacijentima.
- Fokus je usmjeren ka pacijentovom odgovoru na njegov zdravstveni problem
- Faze ili koraci procesa su medjusobno tijesno povezani
- Četiri faze – procjena, planiranje, implementacija i evaluacija

ČETIRI KORAKA SESTRINSKOG PROCESA

1. korak: procjena

Sistematično i kontinuirano prikupljanje, organizacija, validacija i dokumentacija podataka i identifikacija pacijentovog problema ili potreba sestrinske njege.

Sve faze sestrinskog procesa ovise o tačnoj, kompletnoj i stalnoj procjeni.

2. korak: planiranje

Bazira se na procjeni, pacijentove potrebe imaju prioritet, ciljevi se postavljau & planira se njega koja će prevenirati, reducirati ili riješiti pacijentov problem.

3. korak: implementacija

Sprovodjenje planirane njege

4. korak: evaluacija

Mjerenje uspjeha pružene njege na osnovu postignutih ciljeva i identificiranje faktora koji pozitivno i negatitvo utječu na postizanje ciljeva.

Struktura procesa zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege se u svim interpretacijama objašnjava kao višeetapni metod ili sistem rada medicinske sestre u njegovanju zdravlja čovjeka. Najčešće se navodi četiri ili pet etapa Procesa, a svaka od njih ima više elastično postavljenih i logičko povezanih sekvenci.

Glavne faze Procesa se u svim uobičajenim situacijama odvijaju slijedećim redoslijedom: utvrđivanje potreba bolesnika za njegom; stvaranje sestrinske dijagnoze; planiranje njege; realizovanje planiranih aktivnosti i evaluacija (vrednovanje).

- Utvrđivanje potreba korisnika za njegom je faza procesa kroz koju se prikupljaju i procjenjuju podaci o subjektivnom i objektivnom stanju pojedinca, porodice, grupe i zajednice i okolnostima u kojima je nastao zdravstveni problem ili druga životna situacija za čije rješavanje je potrebna stručna pomoć službe zdravstvene njege.
- Sestrinska dijagnoza se izdvojila kao posebna etapa procesa sredinom 70-tih godina prošlog vijeka, kada je Američko društvo medicinskih sestara (ANA) prihvatilo i ozakonilo upotrebu ovih termina. Činjenica da je prihvatanje sestrinske dijagnoze uslijedilo niz godina poslije početka rada na procesu a izdvajanje u posebnu fazu još kasnije, govori da je stvaranje sestrinske dijagnoze izuzetno složena aktivnost i da su medicinske sestre dugo razvijale Proces kao teorijski model.
- Planiranje čini treću fazu procesa zdravstvene njege. Nastavlja se na fazu sačinjavanja sestrinskih dijagnoza i prethodi sestrinskim aktivnostima. Zdravstvena njega se planira na osnovu podataka o stanju korisnika i u skladu sa postojećim uslovima.
- Realizacija je etapa Procesa u kojoj učestvuje najveći broj medicinskih sestara obično sa različitim nivoima obrazovanja i iskustva. U realizaciji određenih zahvata njege takođe mogu da učestvuju bolesnik i odabrani članovi porodice, ili druge njemu bliske osobe – uz instrukcije

i nadzor medicinske sestre. Realizacija je, sa aspekta bolesnika, najznačajniji dio Procesa, jer obuhvata neposredno pružanje njege koja je planom predviđena.

- Evaluacija je posljednja faza Procesa iako je vrednovanje sestrinskih aktivnosti i procjena reagovanja korisnika na njih vrši kontinuirano – kroz cio proces. Evaluacija je najmjerodavnija ocjena rezultata njege ostvarena kroz Proces.

Međusobna povezanost etapa Procesa. Etape procesa zdravstvene njege opisuju se pojedinačno i imaju sistematizovan i logičan slijed događaja. Međutim, u praksi se često dešavaju odstupanja, naročito u razmišljanjima medicinske sestre – aktivnostima iz dvije ili više etapa se međusobno povezuju i prepliću, radi uvažavanja situacionih okolnosti (hitnost u pružanju pomoći vitalno ugroženom bolesniku, neočekivana promjena u reagovanju bolesnika i slično.)

Prva i druga etapa Procesa – uvrđivanje potreba za njegom i postavljanje sestrinske dijagnoze od samog početka međusobno se prepliću. Medicinska sestra, počinje misaono da interpretira dobijene informacije i da zaključuje o prirodi mogućih problema – tj. o mogućim sestrinskim dijagnozama, mnogo prije nego što pokupi sve važne podatke.

Sestrinska dijagnoza i planiranje njege su tijesno povezani jer se prioriteti i ciljevi izdvajaju direktno iz dijagnoze a na osnovu toga se planiraju sve samostalnije sestrinske aktivnosti. Postavljanje dijagnoze i planiranje mogu i da se međusobno preklapaju, tj. da se planiranje, pa i realizacija nekih aktivnosti sprovedu prije nego (što) se se postavi sestrinska dijagnoza. Tako na primjer, u hitnom slučaju kao što je krvarenje u bolesnika, dovoljan je taj jedan podatak da se odmah ide na zaustavljanje krvarenja, pa da se tek potom počne šira obrada bolesnika, odnosno postavljanje sestrinske dijagnoze.

Planiranje i realizacija njege, takođe su u neposrednom odnosu. Njega se realizuje na osnovu plana. Međutim, kako je već rečeno, brojne aktivnosti njege mogu da se obave pre sačinjavanja plana – naročito u slučajevima ugroženosti života ili dostojanstva bolesnika.

Evaluacija kao posebna faza Procesa direktno je povezana sa planiranjem i realizacijom njege – u njoj se uvijek postavlja pitanje da li su, kako i koliko, ostvareni postavljeni ciljevi i planirana njega. Međutim, u odgovornom poslu kao što je zdravstvena njega, mora stalno da se procjenjuje valjanost svake pojedinačne intervencije počev od uspostavljanja prvog kontakta sa bolesnikom pa do završetka tretmana. Čekanje da se u završnoj evaluaciji konstatuje da su aktivnosti realizovane ali da ciljevi nisu postignuti, ili drugo može da bude rizično po bolesnika. U tom smislu služi evaluacija u toku.

Evaluacija u toku se odvija kroz sve faze Procesa. Ona počinje vrednovanjem tačnosti opažanja aktuelnog stanja bolesnika i procjenom da li su prikupljeni svi, za utvrđivanje potreba za njegom, relevantni podaci.

Sljedeći korak u ovoj vrsti evaluacije je utvrđivanje da li je problem bolesnika sa aspekta zdravstvene njege nazvan pravim imenom, odnosno da li je postavljena prava sestrinska dijagnoza.

Evaluacija u odnosu na planiranje zdravstvene njege treba da odgovori da li je plan potpun, da li su dobro izdvojeni prioriteti, istaknuti ciljevi, procjenjene (preostale) snage bolesnika i da li su predviđene sestrinske intervencije u skladu sa aktuelnom situacijom bolesnika.

U fazi realizacije evaluacijom se provjerava da li se aktivnosti izvode prema planu, da li plan odgovara trenutnom stanju bolesnika, koji činioci sugerišu eventualne promjene plana i slično. No, iako se na ovakva odstupanja u redoslijedu pojedinih aktivnosti mora računati redoslijed faza treba poštovati, jer se tako obezbjeđuje višestruka zasnovanost Procesa.

Utvrđivanje potreba za njegom

Utvrđivanje potreba za njegom je prva faza Procesa zdravstvene njege. Obuhvata organizovano i sistematsko prikupljanje podataka o reagovanju bolesnika na bolest ili drugu životnu situaciju, kao i procjenu valjanosti prikupljenih informacija i dokumentovanje svih relavantnih podataka u formi *sestrinske anamneze.*

Utvrđivanje potreba za njegom, odnosno uzimanje sestrinske anamneze je vrlo važna etapa Procesa, jer treba da obezbijedi solidnu bazu podataka za postavljanje sestrinske dijagnoze, za utvrđivanje potreba korisnika za njegom i realizovanje svih sljedećih etapa Procesa.

Medicinska sestra, da bi mogla da sagleda i utvrdi potrebe bolesnika za njegom, mora da zna šta su to potrebe, koje su osnovne ljudske potrebe i na koji način mogu da se zadovolje, u okolnostima narušenosti zdravlja i ograničenja zbog bolesti, nemoći i/ili neznanja.

Potrebe za njegom

Njegovanje kao znanje i vještina medicinske sestre obuhvata brojne višeznačne komponente među kojima se ističu dvije:

- sagledavanje potreba korisnika/bolesnika za njegom i
- iznalaženje odgovarajućih načina da se pomogne u zadovoljavanju tih potreba.

Na ovom mjestu iznijećemo neke osnovne postavke o potrebama, kao pomoć i inicijalnom prikupljanju podataka.

Čovjekove potrebe se razlikuju od potreba svih drugih živih bića, prije svega po bogatstvu i raznovrsnosti reagovanja i načinu zadovoljavanja. Razlikuju se i među ljudima različitih kultura i različitog stepena razvijenosti. Neki autori kažu da se čovjek može procjenjivati prema razvijenosti njegovih potreba i posebno, prema načinu na koji ih zadovoljava. Međutim, sve čovjekove potrebe su se razvile iz osnovnih potreba koje čine njihovu bazu i koje su univerzalne – zajedničke za sve ljude. No, iako su osnovne potrebe zajedničke, način na koji se ispoljavaju i zadovoljavaju može imati obilježje uzrasta, obrazovanja, sredine i kulturnog miljea iz kojeg čovjek potiče, odnosno u kojem se razvija. Na primjer, svi ljudi imaju potrebu da uzimaju hranu, ali se mogu vrlo različito označiti i klasifikovati prema načinu na koji to čine.

Prikupljanje podataka

Njega bolesnika u prošlosti obavljana je uglavnom na osnovu ljekarske dijagnoze i opštih potreba za njegom. Medicinska sestra je potrebe za njegom utvrđivala na osnovu ljekarskih naloga, na osnovu svog stručnog znanja i iskustva, kao i na osnovu svoje intuicije. Njega je najčešće bila jednaka za sve, bez obzira na individualne osobenosti i potrebe bolesnika.

Cilj prikupljanja podatka je da se sagledaju reagovanja bolesnika/korisnika na zdravstveni problem (ili drugu životnu situaciju u vezi sa zdravljem), odnosno reagovanje bolesnika na ograničenja i teškoće u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba, što medicinska sestra može da rješava sredstvima i metodama zdravstvene njege. Prikupljanje podataka počinje prilikom prvog kontakta bolesnika sa zdravstvenom ustanovom i traje, na određeni način, tokom cijelog procesa njege i liječenja. Zapravo, medicinska sestra prikupljanje podataka često počinje i prije nego što se sretne sa bolesnikom. Ona, na osnovu telefonskog razgovora, uputa ili od pratioca sazna ime, pol, uzrast, način na koji je došao

(pješice, u kolicima, na nosilima) kao i mogućnost komuniciranja sa njim. To joj pomaže da lakše uspostavi prvi kontakt i ljubazno prihvati bolesnika oslovljavajući ga imenom. Takav prijem uvjerava bolesnika da je očekivan i da će mu se posvetiti puna pažnja a kod djece pomaže da se uspostavi odnos bliskosti i povjerenja.

Medicinska sestra, prije susreta sa bolesnikom kad god može treba da vidi postojeću dokumentaciju o njemu kako ne bi postavljala pitanja na koja već postoje njegovi odgovori. Prikupljanje podataka dalje se odvija kroz neposredan razgovor medicinske sestre sa bolesnikom ili njegovim pratiocem (kada su u pitanju mala djeca i bolesnici nesposobni za komunikaciju), kroz posmatranje i mjerenja. U prvom kontaktu prikupljaju se se dvije vrste podataka: opšti, koji se odnose na sve aspekte zdravstvenog stanja i na stil življenja (u periodu prije i za vrijeme bolesti) i specifični, koji karakterišu reagovanje bolesnika na postojeći (aktuelni ili potencijalni) zdravstveni problem.

Izvori podataka

Za prikupljanje informacije o korisniku/bolesniku postoje brojni izvori koji mogu da se svrstaju u tri osnovne kategorije: *primarni* (bolesnik/korisnik, ili roditelj kada je malo dijete u pitanju), *sekundarni* (član porodice ili drugo lice iz neposredne okoline, dokumentacija, članovi zdravstvenog tima ili drugi stručnjaci) i *tercijarni izvori* (odgovarajuća literatura).

Način prikupljanja podataka

Medicinska sestra treba da zna da je ona najznačajniji i najsloženiji „faktor“ u prikupljanju podataka. Ona koristi više načina, među kojima su najvažniji : razgovor, posmatranje i mjerenja koja omogućavaju kvanitifikaciju pojedinih podataka.

SESTRINSKA ZDRAVSTVENA ISTORIJA **datum**	
Biografski podaci Ime Adresa	Godine Bračno stanje Profesija Religija
Žalba/razlog za posjetu Zbog čega ste danas došli u centar?	
Istorija sadašnje bolesti Kada je počela Lokacija Širenje Kvalitet Kvantitet Faktori užurbanosti Povezani simptomi Šta pogoršava simptome? Šta olakšava simptome?	

Porodična istorija	
Srčane bolesti Rak Artritis Dijabetes Hipertenzija Alkoholizam Poremećaji mentalnog zdravlja	
Način života	
Lične navike Duhan Alkohol Kafa Zabranjene droge Dijeta Navike u spavanju Aktivnosti u dnevnom životu Vježbanje	
Socijalni podaci	
Porodica Etničke veze Obrazovanje Profesija Sigurnost kod kuće	
Psihološki podaci	
Glavni uzročnici stresa	
Zdravstveni primjeri	
Porodični doktor Specijaliste Zubar	Ljekovite trave Tradicionalni lijekovi

Posmatranje u ispitivanju potreba

Posmatranje se u medicini koristi od Hipokrata. I u savremenom sestrinstvu značaj posmatranja je odavno shvaćen. Florence Nightingale je u drugoj polovini prošlog vijeka isticala da medicinska sestra bez primjene posmatranja ne bi mogla ni približno uspješno da obavlja svoje zadatke u njezi i pored potpune profesionalne odanosti i humanosti. Taj podatak upućuje na zaključak da je Florence Nightingale posmatranje smatrala kao stručnu intervenciju i sastavni dio profesionalnog sestrinstva.

Dokumentovanje podataka

Dokumentovanje podataka je sastavni dio svake pojedinačne etape Procesa zdravstvene njege. U fazi utvrđivanja potreba za njegom prikupljeni podaci se unose u odgovarajući obrazac sestrinske anamneze. Za potrebe nastave u školama za medicinske sestre obrazac treba da sadrži sve bitne elemente potreba za njegom, da bi se upotrebljavao u svim oblastima sestrinske prakse služio

kao podsjetnik studentima. Iskustvo je pokazalo, ne samo kod nas, da ne postoji idealan obrazac za prikupljanje podataka, koji bi obuhvatio sve probleme i potrebe za njegom, u svim oblastima sestrinske prakse. Obrazac služi kao vodič – da pomogne medicinskoj sestri – ali ne smije da bude krut instrument koji sputava da se prikupe svi relavantni i specifični podaci.

Sestrinska anamneza

Sestrinska anamneza je skup podataka o bolesniku/korisniku koje medicinska sestra prikuplja razgovorom i fizikalnim pregledom (posmatranjem i mjerenjima), u cilju postavljanja sestrinske dijagnoze i utvrđivanja potreba za njegom.

Prikupljanje podataka za sestrinsku anamnezu je složena intervencija koja mora da se osmisli, planira i izvede na organizovan i sistematizovan način.

Sestrinska anamneza se razlikuje od ljekarske anamneze, prije svega u tome što ima sestrinski pristup, specifičan za njeno nastajanje. Usmjerena je na bolesnika/korisnika – njegovo stanje i reagovanje na bolest. Ljekarska anamneza je usmjerena uglavnom na otkrivanje i liječenje bolesti, sestrinska na otkrivanje nezadovoljenih potreba i problema bolesnika koji se mogu riješavati metodama i sredstvima zdravstvene njege.

Zadovoljavanje potreba za njegom nije vezano samo za bolest i procese liječenja već vrlo značajno, i za bolesnikove navike, stil života, psihosocijalno okruženje i nastale promjene i probleme u vezi sa pojavom bolesti. Na primjer, zapaljenje pluća se u svih bolesnika liječi na isti ili sličan način, zavisno od uzročnika i reagovanja bolesnika na medikamentoznu terapiju. Međutim, zadovoljstvo ovih bolesnika njegom zavisiće umnogome i od toga koliko je služba zdravstvene njege bila u stanju da zadovolji njegove individualne potrebe za : održavanje lične higijene, sprovođenje načina ishrane, navika u vezi s njom, aktivnošću (čitanje, gledanje TV, šetnje, društvene igre i drugo). Što se više zadovolje ove „sitne“ potrebe to je bolesnik manje frustriran, lakše se privikava na bolničku atmosferu, bolje će da sarađuje i koristi svoje preostale snage tokom tretmana, što svakako doprinosi, ne samo boljem njegovanju već i bržem i uspješnijem liječenju.

Pristup i redoslijed prikupljanja podataka za utvrđivanje potreba za njegom i formiranje sestrinske anamneze, kao što je već rečeno, (kada je u pitanju bolesnik) zavisi od težine stanja bolesnika i stepena vitalne ugroženosti. U kritičnim situacijama prvo se zadovolje trenutne vitalne potrebe bolesnika, a tek potom se pristupa prikupljanju i dokumentovanju podataka, radi utvrđivanja sestrinske dijagnoze i planiranja zdravstvene njege.

Sestrinska dijagnoza

Riječ dijagnoza podrazumijeva prepoznavanje i utvrđivanje nekog problema. Čin iznošenja tvrdnje, odnosno donošenja zaključaka o nečem samo po sebi obavezuje i nosi visok stepen odgovornosti. Za takve aktivnosti u zdravstvenoj njezi potrebna su solidna stručna i opšta znanja, koja se mogu steći kroz visoko i više obrazovanje. Medicinske sestre sve do skoro, u nekim zemljama i dalje, nisu školovane u smislu preuzimanja tako složenih zadataka i odgovornosti, jer je njega bolesnika tretirana kao isključivo praktična disciplina, koja obezbjeđuje komfor bolesniku i održavanje higijene u njegovoj okolini.

Razlike između ljekarske i sestrinske dijagnoze

LJEKARSKA DIJAGNOZA	SESTRINSKA DIJAGNOZA
1. Ljekarska dijagnoza prevashodno označava patološko stanje, bolest, povredu, sindrom.	Sestrinska dijagnoza označava *reagovanje* cjelovite ličnosti čovjeka (fizičko, psihičko, posebno emocionalno i socijalno) na bolest, povredu ili drugu životnu situaciju u vezi sa zdravljem. Sestrinska dijagnoza pokazuje kako zdravstveni problem utiče na aktivnosti i svakodnevni život bolesnika i kako on lično doživljava promjene funkcija u vezi sa patološkim procesom ili izmijenjenom životnom situacijom.
2. Ljekarska dijagnoza se uglavnom ne postavlja za zdrava stanja iako se ljekari bave zdravim ljudima.	Sestrinska dijagnoza može da se odnosi i na zdravlje ili životnu situaciju koja treba da se podrži ili unaprijedi sestrinskim aktivnostima, na primjer: „Uspješno dojenje“ ili „Ponašanje koje teži zdravlju“.
3. Ljekarsku dijagnozu postavlja ljekar samostalno ili sa konzilijumom ljekara.	Sestrinsku dijagnozu po pravilu postavlja medicinska sestra zajedno sa bolesnikom ili njegovim zastupnikom a po potrebi i sa timom sestara.
4. Ljekarska dijagnoza se po pravilu odnosi na pojedinca. Masovne pojave bolesti označavaju se kao epidemija, pandemija i dr.	Sestrinska dijagnoza može da se odnosi na pojedinca, grupu ili zajednicu.
5. Ljekarsku dijagnozu postavlja ljekar na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskih, radioloških i drugih metoda medicinsko – tehnološke dijagnostike.	Sestrinsku dijagnozu postavlja medicinska sestra na osnovu sestrinske anamneze, posmatranja, sestrinskog fizikalnog pregleda i mjerenja – metodama, sredstvima i tehnikama zdravstvene njege.
6. U ljekarskoj dijagnozi etiološki činioci po pravilu imaju značenje prouzrokovača bolesti ili povrede.	U sestrinskoj dijagnozi etiološki činioci mogu da budu brojni i nemaju potpuno značenje prouzrokovača, već pomažućeg faktora.
7. Ljekarska dijagnoza može se iskazati u jednom dijelu – nazivu dijagnoze (pneumonija, gastritis i dr.)	Sestrinska dijagnoza po pravilu ima dva do tri dijela. Pored naziva sadrži i naglašene etiološke faktore, na primjer, poremećen ritam sna u vezi sa predstojećom operacijom.
8. Ljekarska dijagnoza je postojana, stabilna – ostaje ista sve dok bolest ili povreda traje.	Sestrinska dijagnoza je često kratkotrajna, jer su reagovanja na zdravstveni problem po svojoj prirodnoj dinamici promjenljiva.

Planiranje zdravstvene njege

Planiranje zdravstvene njege je faza Procesa koja se prirodnim redoslijedom nastavlja poslije izvedenih zaključaka o problemima korisnika, odnosno njegovim reagovanjima na probleme, iskazanim u sestrinskim dijagnozama. U toj fazi medicinska sestra još jednom analizira utvrđene potrebe za njegom u okviru njegovog cjelokupnog tretmana i na osnovu sestrinskih dijagnoza odabira strategiju za samostalne sestrinske aktivnosti.

Planiranje zdravstvene njege ima nekoliko sekvenci:

1. Izdvajanje prioriteta
2. Postavljanje ciljeva
3. Razmatranje mogućih strateških pristupa
4. Preuzimanje ljekarskih naloga
5. Izbor i formulisanje odgovarajućih sestrinskih naloga
6. Dokumentovanje planiranih aktivnosti službe zdravstvene njege (samostalne, zavisne i međuzavisne sestrinske funkcije).

Postavljanje ciljeva

Postavljanje ciljeva je jedan od najvažnijih zadataka u planiranju zdravstvene njege. Neki autori (Griff), govore odvojeno o ciljevima bolesnika i ciljevima medicinske sestre. Po njima cilj bolesnika opisuje šta će on biti sposoban, ili moći da uradi kad se cilj postigne, dok cilj medicinske sestre opisuje šta ona planira da uradi, da bi pomogla bolesniku da postigne svoj cilj. Oni zapravo, zadatke njege – samostalne i međuzavisne sestrinske aktivnosti – koje treba da dovedu do postizanja planiranog cilja, opisuju kao sestrinske ciljeve. Jedan takav cilj može da bude poučavanje korisnika kod deficita znanja o ishrani. Ovim ciljevima se ističu i očekivani rezultati pojedinačnih intervencija i drugih sestrinskih aktivnosti.

Ciljevi tima za njegu i ciljevi korisnika, treba da budu usaglašeni, pa će se u daljem tekstu govoriti o jedinstvenim ciljevima, bez podjele na ciljeve medicinske sestre i ciljeve bolesnika.

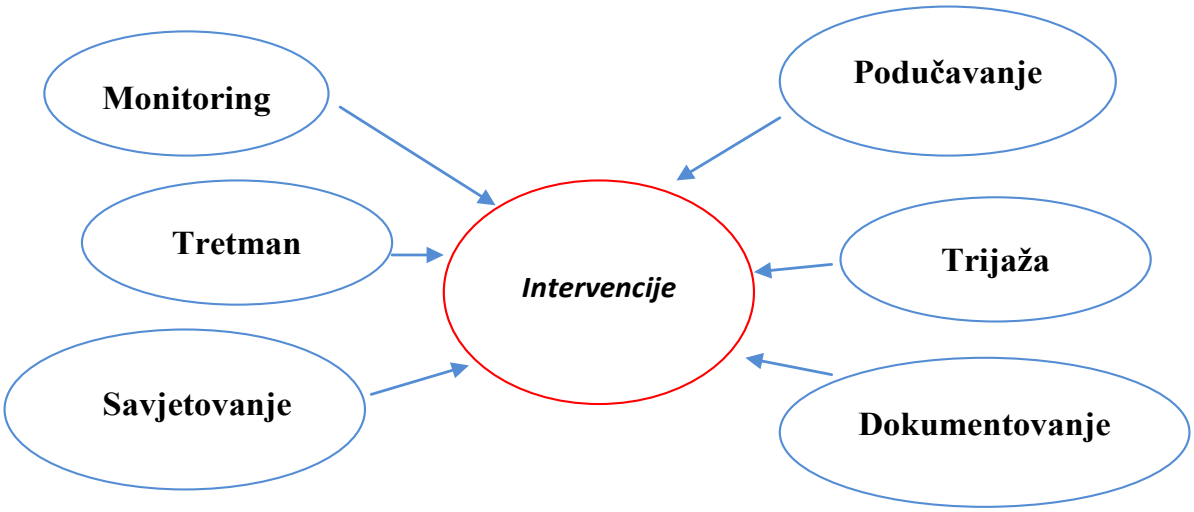
Realizacija plana zdravstvene njege

Realizacija plana je najdinamičnija i sa aspekta bolesnika najznačajnija etapa Procesa zdravstvene njege. U ovoj etapi Procesa realizuju se ljekarski i sestrinski nalozi, znači, izvode se intervencije predviđene individualnim planom njege bolesnika. Zapravo, realizacija podrazumijeva neposredno izvođenje svih planiranih intervencija i drugih aktivnosti zdravstvene njege (samostalnih i međuzavisnih), usmjerenih ka postizanju određenih specifičnih ciljeva u bolesnika. Međutim, realizacija se ne smije shvatiti kao slijepo i mehaničko izvršavanje planiranih naloga. Ponekad iznenadne i nepredviđene promjene u bolesnika i/ili u situaciji koja je planirana za rješavanje nameću potrebu da se odmah reaguje na najkorisniji način po bolesnika, iako to planom nije predviđeno. To znači da se u fazi realizacije, pored obavljanja planiranih sestrinskih intervencija, ili bolje reći zajedno sa njima bolesnik stalno prati – namjenski, svjesno i kritički u cilju blagovremenog otkrivanja promjena i reagovanja na njih, kao i u cilju prikupljanja novih podataka, njihove procjene, izdvajanja trenutnih i dnevnih prioriteta i evaluacije u toku. Procjena stanja bolesnika vrši se kontinuirano prilikom svakog kontakta a prioriteti se izdvajaju na isti ili sličan način kao i prilikom planiranja. Može se reći da ova faza, sama po sebi, u izvjesnom smislu sadrži sve korake Procesa zdravstvene njege. Čak i najbolje sačinjen plan ne može uvijek da predvidi sve šta će se dešavati sa i oko bolesnika neposredno prije, tokom i poslije

obavljene intervencije.

Medicinska sestra, u ostvarivanju plana, treba da bude maksimalno fleksibilna i da, u okvirima svojih kompetencija, sestrinske aktivnosti prilagođava trenutnim prioritetima a kada je to moguće i eventualnoj želji bolesnika da se promijeni redoslijed aktivnosti (npr. da obavi ličnu higijenu prije intervencije). Prioriteti se izdvajaju na isti ili sličan način kao i prilikom planiranja. Procjena stanja bolesnika i situacije vrši se kontinuirano prilikom svakog kontakta sa bolesnika tokom smjene.

Sestrinske intervencije (Plan implementacije)



Evaluacija

Svaka složena ljudska aktivnost, kada bude završena ili ometena problemom, zahtijeva osvrt, analizu i ocjenu : kako se odvijala, šta je i koliko postignuto ili promašeno i zašto, šta je uticalo na njenu realizaciju i slično – sve s ciljem da se isprave eventualne greške i unaprijedi dalji rad. Ovakva mogućnost proizilazi, ne samo iz složenosti i ozbiljnosti poslova, već i iz razvijenosti kadrova koji te poslove obavljaju.

Među složene i odgovorne djelatnosti čije rezultate treba vrednovati svakako se nalazi i zdravstvena njega. Podizanje obrazovnog nivoa medicinskih sestara, ubrzana profesionalizacija sestrinstva i prihvatanje Procesa zdravstvene njege kao vodeće metode rada, dostignuća su savremenog sestrinstva. To se odražava podizanjem kvaliteta na širem planu sestrinske prakse i sposobnošću medicinskih sestara da vrednuju sopstveni rad, što one najeksplicitnije obavljaju kroz evaluaciju kao posebnu etapu u okviru Procesa zdravstvene njege.

Evaluacija kao dio Procesa i posebna intervencija u zdravstvenoj njezi ima za cilj:

- da utvrdi progres u postizanju ciljeva predviđenih planom njege, odnosno da utvrdi koliko je sestrinska služba postigla u zadovoljavanju bolesnikovih potreba za njegom,
- da utvrdi efikasnost sestrinskog rada i činioce koji su uticali (u pozitivnom ili negativnom smislu) na uspješnost njege,
- da utvrdi koliki je doprinos zdravstvene njege cjelokupnom tretmanu bolesnika,

- da utvrdi koliko su uspješno obavljene sve etape Procesa zdravstvene njege,
- da stvara korpus specifičnih sestrinskih znanja koja doprinose razvoju teorije i prakse sestrinstva kao posebne nauke.

Evaluacija u širem smislu znači određivanje vrijednosti neke stvari, pojave ili neke aktivnosti u konkretnoj situaciji. Evaluacija kao posebna intervencija u zdravstvenoj njezi podrazumijeva detaljno i sistematizovano sagledavanje postizanja ciljeva u njegovanju bolesnika, kao i procjenjivanje uticaja pojedinih činioca na ostvarivanje ciljeva i kvaliteta rada sestara. Zato se u sestrinskoj praksi najčešće izvode dvije vrste evaluacija:

- evaluacija kao etapa Procesa zdravstvene njege i
- evaluacija kvaliteta sestrinske prakse.

Evaluacija kao etapa Procesa zdravstvene njege

Evaluacija kao etapa Procesa odnosi se na vrednovanje uspješnosti u njezi jednog konkretnog korisnika (bolesnika, grupe ili porodice) i po pravilu ima tri dijela:

- evaluacija ishoda (evaluacija postizanja ciljeva)
- evaluacija procesa rada (procesna evaluacija)
- evaluacija uslova rada (strukturna evaluacija).

Evaluacija ishoda (evaluacija postizanja ciljeva)

Evaluacija ishoda je integralni, nerazdvojni dio procesa zdravstvene njege i, u odnosu na bolesnika, najvažniji oblik evaluacije. Razmatra se kao posebna faza Procesa, iako se vrednovanje sestrinskih aktivnosti i reagovanje bolesnika na njih vrši kontinuirano – počev od prvog kontakta bolesnika i medicinske sestre pa sve do završetka njegovog tretmana. Iz didaktičkih razloga evaluacija ishoda se može podijeliti na:

- evaluaciju u toku
- završnu evaluaciju

Dokumentacija zdravstvene njege

Zdravstvena dokumentacija kao pojam podrazumijeva skup sačuvanih podataka o pojedincu, porodici i zajednici, koji se odnose na dijagnostiku, liječenje, njegu i rehabilitaciju, ili na prevenciju bolesti, očuvanje i unapređenje njihovog zdravlja. Stvaranje savremenog dokumentacionog sistema u zdravstvu je složen proces i važan segment djelatnosti svake zdravstvene institucije. Dokumentacija zdravstvene njege čini integralni dio tog sistema.

Vođenje zdravstvene dokumentacije o ispitivanju i liječenju ima dugu tradiciju. Međutim, na osnovu te dokumentacije nije bilo moguće sagledati udio pojedinih profila zdravstvenih radnika, a pogotovo ne udio medicinskih sestara cjelokupnom tretmanu, iako sestrinstvo i zdravstvena njega čine obimno i značajno područje zdravstvene zaštite.

U tradicionalnom modelu zdravstvene zaštite služba zdravstvene njege nije dokumentovala svoj rad. Medicinske sestre su se zadržavale uglavnom na rutinsko bilježenje nekih zadatih poslova, kao što su mjerenja vitalnih znakova, po potrebi mjerenje izlučevina, a rijetko i drugih intervencija uključujući i medikamentoznu terapiju.

Nepostojanje dokumentacije o sestrinskom radu i doprinosu zdravstvene njege liječenju, rehabilitaciji i cjelokupnoj zdravstvenoj zaštiti jedan je od bitinih uzroka zaostajanja sestrinstva u odnosu na razvoj medicine. To su sredinom 20. vijeka shvatile medicinske sestre u razvijenim zemljama svijeta i intenzivno počele da mijenjaju koncepciju svog profesionalnog obrazovanja i djelovanja, što pokazuju:

- rezultati brojnih istraživanja u sestrinskoj praksi
- razvoj specifičnih teorija i metoda rada u sestrinstvu
- ogroman broj udžbenika, časopisa i druge sestrinske literature i
- veliki broj odbranjenih doktorskih disertacija u oblasti sestrinstva.

U drugoj polovini 20. vijeka sestre, na osnovu svojih teorija i istraživanja, razvijaju Proces zdravstvene njege kao dominantnu metodu i sistem svoga rada, čija primjena podrazumijeva dosljedno vođenje sestrinske dokumentacije. Zato je danas teško zamisliti profesionalnu, dobro obrazovanu medicinsku sestru koja nije u stanju da, na osnovu svog posmatranja i procjene, konstatuje određene činjenice, poduzme odgovarajuće mjere (u svojoj stručnoj kompetenciji) i dokumetuje svoj rad. Iako ovaj sistem sam po sebi ne može da unaprijedi njegu, on stvara dobru podlogu za unapređenje i razvoj profesionalne sestrinske teorije i prakse.

Razlozi za vođenje sestrinske dokumetacije

Malo je profesija u kojima se rade tako složeni i odgovorni poslovi kao što je sestrinstvo, a da se o tome ne ostavljaju skoro nikakvi pisani tragovi. Iz tih razloga su, sa aspekta razvoja profesije, decenijama propadala dragocjena iskustva medicinskih sestara. To ne znači da medicinske sestre kroz profesionalni rad nisu ispoljavale svoje sposobnosti – stručne, intelektualne, emocionalne, etičke i druge – iako nisu imale odgovarajući način da rezultate svog rada dokumentuju. One su imale svoje mišljenje i stavove o pitanjima iz svog djelokruga rada, koje su saopštavale ljekaru često stidljivo i nesigurno. Čak i kada bi upisale neki podatak o stanju i tretmanu bolesnika (mjerenje vitalnih funkcija, davanje medikamentozne terapije ili promjene u reagovanju bolesnika), medicinske sestre ga ne verifikuju kao svoj, jer nisu obavezne da ga potpišu, bez obzira na njegov značaj. To bi moglo da znači da zakonski i nisu odgovorne za ono što su uradile i napisale. Iz prakse je poznato kakve posljedice su moguće zbog toga.

Proces zdravstvene njege, metoda koja na specifičan način koristi naučne principe i dokumentovanje u zdravstvenoj njezi, je nužna potreba proizašla iz prirode posla medicinskih sestara. Mnoga istraživanja koja saopštava SZO i drugi izvori, pokazuju da uspjeh liječenja visoko korespondira sa kvalitetom njegovanja bolesnika. Stoga je jasno da njegu treba organizovati i obavljati tako da se svaka sestrinska intervencija može naknadno provjeravati, dograđivati i usavršavati, što ne bi bilo moguće ako se bitni podaci ne zabilježe na odgovarajući način, tj. ako se ne dokumentuju na organizovan i sistematizovan način.

Oblici vođenja sestrinske dokumentacije

Medicinske sestre dokumentovanje svojih aktivnosti u okviru Procesa zdravstvene njege prilagođavaju načinu i nivou razvoja dokumentacionog sistema zdravstvene ustanove u kojoj rade. Najčešće se primjenjuje jedan od slijedećih načina dokumentovanja:

- na zajedničkoj dokumentaciji sa ljekarima i drugim zdravstvenim radnicima koji su uključeni u tretman bolesnika ili
- na izdvojenoj sestrinskoj dokumentaciji.

Prikaz slučaja COPD 1

Pacijent NN muškarac, star 45 godina,zaposlen u poslednje vrijeme češće se zakazuje kod svog porodičnog ljekara zbog otežanog disanja. Današnji razlog dolaska u centar je kao do sada – probleme s disanjem ima unazad 23 godine (HOBP) pušač je već 20 godina.
Nekada ranije Vam je rekao da ne želi prestati pušiti ″ Pa kad bi nosio bocu sa kisikom na leđima″.
Ima šećernu bolest.

Otac umro u 51 g. života od ICV a bolovao HOBP.
Majka umrla u 64 g. života od HOBP.
Ima brata (koji je asmatičar) i četiri sestre.
Po povratku od ljekara i dobijene terapije on hoće da se zakaže kod Vas, želi prodiskutovati s Vama o svom zdravlju.

Napraviti plan njege za ovog pacijenta.
Uraditi procjenu njegove porodice koristeći kalgarijski model procjene porodice-genogram

Prikaz slučaja HOPB 2

Dolazi vam 65 god. star gospodin koji je registrovan u vašem timu, a odnedavno je otišao u zasluženu punu penziju radeći u rudniku. Gospodin se žali na kašalj koji je prisutan godinama svaki dan bez izuzetka. Njegov kašalj je gori ujutro i često je praćen prilično obilnim bijelim ili žučkastim sputumom. Uspinjanje uz stepenice do njegovog stana sa vremenom postajalo je sve teže i teže zbog kratkoće daha koja mu se javlja, tako da u posljednje vrijeme sve rijeđe i rijeđe izlazi van. Kao jamski radnik radio je 37god. Počeo je pušiti sa 18 godina i svaki dan je pušio 25 cigareta, i još uvijek puši. Osim što ima blagu hipertenziju, koja je regulisana odgovarajućim lijekovima nema drugih zdravstvenih problema. Nesjeća se da je prije 10 godina imao problema sa disanjem. Kaže da se jedva popeo uz stepenice do nas sa primjetno otežanim disanjem. Navodi da je njegov otac imao zaduhu.

Šta u procjeni još treba da pitate?

Cilj:

Pomoći mu da prestane pušiti: na taj način će se usporiti progresija bolesti, objasniti mu važnost lijekova koje koristi i kako da ih pravilno koristi.

ŠEĆERNA BOLEST – DIJABETES MELITUS

Šećerna bolest (DM) je kronični poremećaj oštećene tolerancije glukoze, karakterizirane poremećajem metabolizma ugljikohidrata,bjelančevina i masti.
Možemo je definirati kao apsolutni ili relativni manjak inzulina s posljedičnom hiperglikemijom.
Šečerna bolest je najčešća metabolička i jedna je od najčešćih endokrinih bolesti.

KLASIFIKACIJA ŠEĆERNE BOLESTI I SRODNIH KATEGORIJA OŠTEĆENE TOLERANCIJE GLUKOZE

1. Inzulin – ovisni oblik (IDDM)
2. Inzulin – neovisni oblik(NIDDM)
   a) nepretili
   b) pretili
3. Šečerna bolest povezana uz malnutraciju(MRDM)
4. Ostali tipovi šečerne bolesti povezani uz pojedina stanjai sindrome:
   - bolesti gušterače,hormonalne bolesti,stanja izazvana ljekovima ili kemikalijama,neki genetski sindromi
5. Gestaciski oblik šečerne bolesti (GDM)
6. Oštečena tolerancija glukoze(IGT)
   a) nepretili
   b) pretili
   c) povezano uz pojedina stanja i sindrome

Osobe sa statistički povećanim rizikom (osobe s urednom tolerancijom glukoze, ali povećanim rizikom od razvoja DM)

- prijašnja abnormalnost tolerancije glukoze
- potencijalna abnormalnost tolerancije glukoze

Tip 1 DM - inzulin ovisni dijabetes melitus(IDDM)-obično je karakteriziran sljedećim:

- javlja se prije 40 – te godine
- uglavnom počinje akutno
- gubitak tjelesne težine(početak bolesti)
- nagla pojava hiperglikemije
- loš odgovor na oralna hipoglikemička sredstva
- tendencija prema razvoju ketoacidoze
- ovisnos o inzulinima
- povezanost s pojedinim alelima HLA(sustava)
- postoje protutijela na stanice Langerhansonovih otočića
- obiteljska anamneza pozitivna u 10%

Tip 2 DM-inzulin neovisni tipdijabetes melitusa (NIDDM)-obično je karakteriziran sljedečim:

- javlja se poslije 40 – te godine
- pretilost
- genetske predizpozicije(obiteljska tendencija 30%)

- postepen ,polagan tok
- sposobnos da producira nešto inzulina
- minimalna tendencija prema ketoacidozi
- pozitivan odgovor prema oralnim hipoglikemičkim sredstvima
- inzulin u pravilu nije nužan u terapiji
- nema povezanosti s HLA
- nema protutjela na stanice Langerhansonovih otočića

INCIDENCIJA-UTJECAJ NA DRUŠTVO-u SAD od DM boluje oko 14 mil.ljudi.
Osobe oboljele od IDDM čine oko 10% osoba oboljelih od DM.
Osobe oboljele od NIDDM čine oko 85-90 % osoba oboljelih od DM.
Incidencija DM raste s godinama zbog intolernacije ugljikohidrata, češće se javlja u starijih žena,manje educiranih osoba koje žive same u raznim institucijama.

FAKTORI RIZIKA :

- nasljeđe-obiteljska anamneza
- porođajna težina veća od 4 kg
- pretilost(osobito NIDDM)
- osobe starije dobi(NIDDM9
- poremećena tolerancija glukoze

ETIOLOGIJA

TIP 1 (IDDM)

- destrukcija beta stanica - odvija se putem autoimunih procesa
- relativni ili apsolutni nedostatak inzulina
- genetska predispozicija za destrukciju beta stanica povezanost pojave bolesti s određenim alelima HLA regije
- autoimuni proces-u gušteračama umrlih osoba s novootkrivenom šečernom bolesti opažena je linfocitna infiltracija.U serumima bolesnika sa šečernom bolesti opisano je više od 20 autoantitjela.

Opisane su brojne promjene u aktivnostima T – linfocita.Šečerna bolest ne izgleda kao prava autoimuna bolest,no autoimunost bitno utječe na razaranje beta –stanica i dovodi do bolesti.
Postoji dosta podataka za antitjela na nepoznati antigen citoplazme beta stanica,te protutjela na inzulin.
-okolinski činioci kao virusni agenti-direktno oštečenje beta-stanica kao posljedica infekcije ili provokacija autoimunosnog,autodestruktivnog procesa kao posljedica oštečenja virusom.Uloga metaboličkih produkata mokračne kiseline u patogenezi DM nije jasna.Kod bolesnikas uričnom dijatezom,te u osoba s hiperuricemijom DM se razvija češće.

TIP 2(NIDDM)

- poremecena sekrecija inzulina-u osoba oboljelih od DM uredne tjelesne težine ,bazalno lučenje inzulina je uredno za razliku od onog u pretilih kada može biti povišeno.
- inzulinska rezistencija –očituje se najviše u jetri i mišićnom tkivu.Hiperglikemija natašte

posljedica je povečane produkcije glukoze u jetri unatoč postojećoj hiperglikemiji i hiperinzulinemiji.Receptorski i postreceptorskih poremećaji govore u prilog inzulinske rezistencije.Smanjeno inzulinsko vezanje posljedica je smanjenja broja inzulinskih receptora na stanicama inzulin senzitivnih tkiva(monociti ili eritrociti9

- nasljeđe-rizik od nastanka bolesti imaju osobe koje nose gene što na neki način ograničavaju sposobnost održavanja dobre regulacije glukoze,a prisutno je više uzročnika koji mogu inhibirati inzulin ili smanjiti inzulinsku osjetljivost.Nema povezanosti s HLA-antigenima.
- pretilost
- nedostatak fizičke aktivnosti koja pridonosi nastanku pretilosti.

KLINIČKA MANIFESTACIJA

1. HIPERGLIKEMIJA
2. POLIURUJA
3. POLIDIPSIJA
4. POLIFAGIJA
5. GUBITAK TJELESNE TEŽINE

Kliničkamanifestacijašećernebolestijerazličitakodrazličitihtipovašećernebolesti.**Tip1** šećernebolesti, nelječeni, manifestira se obilnim mokrenjem(poliurija),pojačanim apetitom(polifagija),pojačanom žeđi(polidipsija),te gubitkom tjelesne težine.Od simptoma prisutan je pruritus(svrbežposebno oko spolovila),bolesnici se lako umaraju,javlja se vrtoglavica,parestezije,koža je isušena,mogu se naći kožne promjene i smanjena opšta otpornost organizma.Otkriva se u prosjeku 10 do 20 dana nakon nastanka smetnji.

Tip 2 šećerne bolesti (nelječeni) može se razviti ponekad bez simptoma,smetnji.Može se javiti žeđ,pospanost poslije većih obroka. Prvi znak može biti hipoglikemija zbog ne usklađenosti sekrecije inzulina i glukoregulacije.Većinom se šećerna bolest Tipa 2 otkriva slučajno tokom dijagnostike drugih stanja.Ponekad do dijagnosticiranje može proći i nekoliko godina(prosjek 6 god.),u otkrivanju mogu pomoći kronične komplikacije.Javljaju se znakovi dehidracije ,duboko disanje,promjene na koži miris na aceton.Većina simptoma i znakova šećerne bolesti može proći neprimjetno kod starijih osoba i automatski dovode do pogoršanja postojećeg stanja.Poliurija može pogoršati već postojeću inkontinenciju,dovesti do nokturije i poremećaja sna.Takvo stanje može dovesti do pretjeranog umora,noćnih padova,dehidracije i konfuzije.Polifagija je obično zanemarena kod starijih osoba,zbog mišljenja da starije osobe obično imaju pretjeranu tjelesnu težinu,vezano sa socijalnom izolacijom ,imobilizacijom,smanjenom pokretljivošću ili depresijom.Stanje hipoglikemije može biti pogrešno shvačeno,blagom konfuzijom ili promjenom ponašanja tipično za mnoge ljude starije dobi.Stanje hipoglikemije može producirati konfuziju ili promjene ponašanja(„bulažnjenje“,agresivnost i paranoju) ili može producirati simptome koji su slični simptomima cerebrovaskularnog incidenta(CVI).

DIJAGNOZA

Anamneza (učestale infekcije(posebno vaginalne),umor,gubitak tjelesne težine ,poremećaj vida,ukočenost,obamrlost ruku i nogu,prehrambene navike,uzimanje ljukov(kortikosteroidi,furosemi di,hormoni štitnjače),faktori rizika za razvoj ateroskleroze,porođajna težina veća od 4 kg.....).

Psihosocijalni i ekonomski faktori (uticaj na razvoj dijabetes melitusa).

Fizikalni pregled- pretjerana tjelesna težina,letargija,lipodistrofija,promjene na očima(makulopatija ,katarakta,mikroaneruizme i retinopatija),neuromuskularni sisitem(slabost,parestezije),kardiovaskul arni sistem-(ateroskleroza,hipertenzija,hladni ekstremiteti,ortostatska hipotenzija),gastrointestinalni sistem-(usporena peristaltika,bol).

Ako postoji sumlja na dijabetes melitus ili želimo odrediti razinu glukoze u krvi provodimo sljedeče postupke – u dva navrata odredimo razinu glukoze u krvi natašte(poslije 12 h i gladovanja) ili u slučajnom uzorku tokom 24 h .

Dijagnostičke vrijednosti glukoze u krvi za šećernu bolest treba usporediti sa kriterijima SZO-glikemija na tašte >ili = 7.7 mmol/l i slućajna glikemija> ili = 11,1 mmol/l-ako je pozitivno treba učiniti obavezno dva nalaza koji govore u prilog šećerne bolesti.

Ako su nalazi negativni(glikemija na tašte < 7.7mmol/l i slučajna glikemija <11,1),treba učiniti 2 h OGTT,ako je GUK >11,0 mmol/l nakon izvođenja testa(vrijednost nakon 2 h uzimanja glukoze) riječ je o šećernoj bolesti.

Ako je vrijednost GUK-a <11,0 mmol/l(nakon 2 h OGTT nakon uzimanja glukoze)riječ je o poremećenoj toleranciji glukoze. U takvim situacijama osobama treba objasniti da žive s povečanim rizikom za razvoj šećerne bolesti. Javlja se u osoba starije životne dobi, pretilih,pri uzimanju nekih ljekova,produženom tjelesnom neaktivnosti.

Sekundarni oblikšećerne bolesti razvija se nakon bolesti egzokrinog dijela pankreasa jer strada i veći dio endokrinog dijela(Cushingov sindrom).

Gestaciski oblik šećerne bolesti javlja se tokom trudnoće a nakon trudnoće vrijednosti glukoze vračaju se na normalu,no ako ostaju i dalje povišene radi se o šećernoj bolesti,a ne o gestaciskom obliku šećerne bolesti.

Potencijalni poremećaj tolerancije glukoze javlja se u osoba-obiteljska anamneza DM,pretile osobe ,osobe starije dobi,osobe sa povećanik krvnim tlakom,žene koje su rodile djecu težu od 4,5 kg i osobe sa hiperlipemijom.

KOMPLIKACIJE ŠEĆERNE BOLESTI

AKUTNE:

1. DIJABETIČKA KETOACIDOZA I KOMA
2. HIPEROSMOLARNO NEKETOTOTIČNO STANJE ILI KOMA
3. ACIDOZA MLJEČNOM KISELINOM
4. HIPOGLIKEMISKA KRIZA I KOMA

KRONIČNE:

Dijabetičke mikroanginopatije:

1. DIJABETIČKA RETINOPATIJA
2. DIJABETIČKA NEFROPATIJA
3. DIJABETIČKA NEUROPATIJA

Dijabetičke makroangijopatije:

1. ATEROSKLEROZNE PROMJENE VEĆIH KRVNIH ŽILA(srce,mozak i okrajine).
2. DIJABETIČKO STOPALO-međudjelovanje makroangijopatije i mikroangiopatije

DIJABETIČKE MIKROANGIOPATIJE:

Dijabetička retinopatija-razvoj šećerne bolesti uzrokuje mikrovaskularne promjene na oku,uključujući zadebljanje kapilara i oštećenje membrane. Destrukcija kapilara dovodi do oštećenja mikrocirkulacije oka- kroničnog poremećaja oksigenacije tkiva kao posljedica dugotrajne hipoglikemije. Može doći do razvoja mikro aneurizmi, krvarenja,mikro infarkta mrežnice, a kao posljedica toga može doći do poremećaja vida,zamagljenosti,iznenadni gubitak vida ,pojava katarakte.

Dijabetička nefropatija –progresivno smanjenje funkcije bubrega koja se razvija kao posljedica šečerne bolesti,a povezana je sa mikroalbuminurijom. Bubrežne promjene su jedna od najčešćih uzroma morbiditeta i mortaliteta u oboljelih od šečerne bolesti.

Klinička manifestacija-rana faza dijabetičke nefropatije je asimptomatska. Mikroalbuminurija je obično prvi indikator,predhodi razvoju nefrotskog sindroma i krajnje faze bubrežne bolesti. Mikroalbuminurija je povezana sa hipertenzijom i dva puta je češća kod Tipa 2 šećerne bolesti.

Dijabetička neuropatija-najčešći oblik neuropatije. Oštečenje somatskog i autonomnog nervnog sistema. Prisutna je deminelizacija kao i suženje malih krvnih sudova a razlzi su zadebljanje bazalne membrane ,te hiperplazija i hipertrofija stanica endotela. Kliničke manifestacije su različite,najčešće je distalna osjetna i motorna polineuropatija. Navodi se parestezija ,grčevi,noćne boli obično u mišićima ali i druge smetnje. Dijabetička autonomna neuropatija najčešće zahvaća probavni i genitourinarni sustav te srce i krvne žile (konstipacija ili dijareja,atoničan mokraćni mjehur,impotenciju,tihi infarkt miokarda).

DIJABETIČKE MAKROANGIOPATIJE

Ateroskleroze- kod dijabetesa nastaje u ranijoj životnoj dobi,ima bržu progresiju,teža je i ekstenzivnija nego kod normalne osobe,dovodi do promjena na krvnim žilama- mozga i okrajina. Pogađa jednako muškarce i žene i može dovesto do amputacije extremiteta. Manifestira se ishemičnom boli,javlja se oštečenje kože i upala u sklopu sindroma dijabetičkog stopala.

Dijabetičko stopalo-se razvija kao posljedica makroangiopatije ,mikroangiopatije i periferne neuropatije. Nastaju funkcionalne i strukturne promjene kože,potkožja i krvnih žila u području donjih extremiteta i razvoja kožnih oštećenja,infekcija i gangrena. Kod neuropatskih promjena javljaju se bezbolni neurotrofički ulkusi,ali ako su promjene izražajnije ulkusi su bolni,podložni su razvoju infekcija,dovodeći do razvoja flegmona i gangrenoznih promjena. Klinička manifestacija je praćena pojavom kožnih promjena (suhoća, crvenilo,sitna kožna oštećenja). Ako se razviju ulceracije vrlo su

otporne na liječenje (razviju se na plantarnom dijelu stopala, na metatarzalnim kostima) .

AKUTNE KOMPLIKACIJE

Dijabetička ketoacidoza i koma- je hitno stanje koje je uzrokovano neadekvatnom akcijom ili nedostatkom inzulina što rezultira hiperglikemijom, osmotskom diurezom,lipolizom,ketonurijom, gubitkom elektrolita,metaboličkom acidozom i dehidracijom. Taj poremećaj metabolizma ,gubitak ravnoteže tekućine i elektrolita može dovesti do stanja šoka,nekroze bubrežnih tubula,stupora,kome ili smrti,ako se brzo i adekvatno ne tretira. Do razvoja dijabetičke ketoacidoze dolazi kada mišićne stanice postanu tako gladne za energijom da tijelo poduzima hitne mjere i poćinje trošiti masti. Tada tijelo počinje pretvarati mast u energiju,pri čemu proizvodii otrovne kiseline –ketone,što dovodi do razvoja acidoze. Do pojave ketoacidoze dolazi u Tipa 1 i Tipa 2 šećerne bolesti.

Simptomi:

- duboko ubrzano disanje
- dah po slatkom voću
- gubitak apetita
- mučnina
- povračanje
- visoka tjelesna temperatura
- pospanost
- mršavljenje
- umor
- slabost

Komplikacije

- hipoglikemija
- hipokaliemija
- edem mozga
- infarkt srca
- tromboza
- respiratorni distres
- CVI.

HIPOGLIKEMIJA je odraz poremećaja metabolizma ugljikohidrata koji rezultira abnormalno niskom razinom glukoze u krvi. Hitno stanje u kojem zbog niske razine glukoze u krvi može doći do trajnih oštećenja na nervnom i kardiovaskularnom sistemu ,te može usljediti smrt.

Uzroci nastanka:

- prevelika doza inzulina
- fizička aktivnost
- bolesnik nije uzeo obrok hrane

Simptomi:

- slabost
- osjećaj gladi
- znojenje

- tahikardija
- tremor
- nemir
- osjetljivost
- trnjenje u ustima i prstima
- glavobolja
- smetnje vida
- mentalna otupljenost
- nepovezan govor
- amnezija
- grčevi
- koma
- smrt

HIPEROSMOLARNO NEKETOTIČNO STANJE ILI KOMA

Stanje hiperglikemije –mogućnost letalnog završetka. Razlog nastanka je relativni ili apsolutni nedostatak inzulina. Češće se javlja kod starijih osoba Tip 2 šećerne bolesti ili kod tek novootkrivenih dijabetičara. Hiperosmolarna koma nastaje kao posljedica traume, infekcije ili stresogenih situacija kod spomenutih pacijenata. Dijabetički hiperosmolarni sindrom može se pojaviti sa vrijednošću šećera od 33,0 mmol/L ili više. Stanice ne mogu primiti toliko šećera iz krvi tako da šećer prelazi iz krvi u mokraću. Time započinje proces filtiriranja kojim se iz tijela izbacuju velike količine tekućine što dovodi do dehidracije.

Simptomi:

- pojačana žeđ
- pojačano mokrenje
- slabost
- grčevi u nogama
- konfuzija
- ubrzan puls
- konvulzije
- koma.

HIPERGLIKEMIJA

Hiperglikemija stanje povećane glukoze u krvi > od 10 mmol/I

Uzroci :

- Aposolutni ili relativni nedostatak inzulina
- Nedostatna prehrana
- Infekcije i traume
- Stres i bolest

Znakovi i simptomi – javljaju se GUK > od 15 mmol/l

- pojačana žeđ
- pojačano mokrenje
- gubitak apetita
- mršanje
- opća tjelesna slabost
- smetnje vida
- mučnina
- topla suha koža
- povračanje
- bolovi u trbuhu
- održana svijest
- GUK i aceton u mokraći povišeni
- dehidracija
- tahikardija
- smetenost
- Kussmalovo disanje
- gubitak svijesti
- koma.

PREVENCIJA BOLESTI DM

1. Kontrola vrijednosti glukoze u krvi
2. Kontrola hipertenzije i krvnih lipida
3. Prestanak / izbjegavanje pušenja
4. Pregled stopala i očiju uz analizu proteina u urinu
5. Brižljiva briga stopala
6. Fizička aktivnost
7. Adekvatna ishrana

MENADŽMENT

- Sestrinski proces,sestrinska dijagnoza i sestrinska intervencija
- Liječenje
- Dijetalna prehrana
- Tjelasna aktivnost
- Dijabetičko stopalo

SESTRINSKI PROCES

Sestrinsaka procjena pacijenata oboljelog od šećerne bolesti fokusirana je na prisutnost i trajanje klasičnih simptoma hiperglikemije. Prikupljanje podatana identificira se postojanje faktora koji utječu na razinu glukoze :

1. promjenje dijetnih navika koje povećavaju uzimanje hrane
2. redukcija ili nedovoljno uzimanje inzulina ili oralni antidijabetika
3. ljekovi ili ostala terapija
4. simptomi infekcije-gripa,zubna,urinarna,respiratorna ili infekcija kože
5. simptomi stresa-psihološki stres,akutna bolest,trudnoća,trauma ,operativni zahvat.

Procjena uključuje sljedeće:

- promjene na koži
- promjene na usnoj šupljini
- promjene na očima
- promjene na kardiovaskularnom sistemu
- promjene na perifernom vaskularnom sistemu
- promjene na bubrezima
- promjene na neuromuskularnom sistemu
- psihosocijalna promjena.

SESTRINSKE DIJAGNOZE

- Smanjena mogučnost brige o sebi u vezi sa osnovnom bolesti,
- Mogučnost povrede u vezi sa smanjenjem osjećaja opipa,slabljenjem vida i hipoglikemije
- Promjene životnog stila u svezi apliciranja inzulina,kontroliranje razine glukoze i dijabetičke neuropatije,
- Anksioznost,
- Poremečaj u prehrani u vezi sa promjenjenim tjelesnim zahtjevima,
- Potencijalna seksualna disfunkcija (muškarci)u vezi sa perifernom neuropatijom i psihološkim problemima,
- Potencijonalna seksualna disfunkcija(žene)u vezi sa fizičkim ili psihološkim stresorima šećerne bolesti
- Socijala izolacija u vezi sa oštećenjem vida,sljepoča,
- Nedostatak znanja u vezi sa dijetom, kontrolom tjelesne težine,održavanjem tjelesne težine, prednostima i rizicima tjelesne aktivnosti,mjerama samo kontrole,ljekovima,osnovnom higijenom,njegom stopala,stanjem hiopglikemije i hiperglikemije.

SESTRINSKE INTERVENCIJE

Edukacija pacijenata poćinje otkrivanjem dijagnoze i trba se nastaviti kroz cijeli život. Kontinuirana, trajna edukacija omogučava bolju kontrolu bolesti i porast samopouzdanja pacijenta. U zdravstvenoj edukaciji učestvuje cijeli tim.

Realni edukacijski ciljevi kod novootkrivenih dijabetičara uključuju:

- patofiziologiju šećerne bolesti
- osnovne koncepte dijetnog režima
- primjena inzulina
- tjelesna aktivnost
- kontrola urina i krvi
- prepoznavanje simptoma hipo i hiperglikemije
- osnovni principi njege stopala.

LJEČENJE

Cilj lječenja je kontrola glikemije,kontrola lječenja šećerne bolesti ,uklanjanje smetnji i sprečavanje razvoja komplikacija.

Oralni hipoglikemici koriste se kod dijabetesa Tip 2 djelovanje zavisi od specifičnosti lijeka:

- Povečavaju puštanje inzulina iz pankreasa,
- Smanjuju produkciju šečera u jetri
- Povečavaju osjetljivost inzulinskog receptora,
- Smanjuju apsorpciju glukoze iz GI sistema.

MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA-ORALNI HIPOGLIKEMICI

1. Preparati sulfonilureje(betacitotropni lijekovi)-npr.Amaryl,
2. Bigvanidi(nebetacitotropni lijekovi)-npr,Gluformin

INZULINSKO LJČENJE

- Tip 1
- Tip inzulina vezano za trajanje dijelovanja:
- Brzo djelujući
- Kratko djelujući
- Dugo djelujuće
- Mješani inzulin

Tabela djelovanja inzulina

Tip	Ime	Početak djelovanja	Postizanje maksimalnog djelovanja	Trajanje
Brzodjelujući inzulin	Regular R Toronto	30-40 min.	2-4 h	6-8 h
Srednje dugodjelujući inzulin	NPH(N) Lente (L)	1-3 h	4-12 h	18-24 h
Dugodjelujući inzulin	Ultralente (U)	4-6 h	12-18 h	24-28 h
Mješani inzulin (% brzodjulući + % dugodjelujući)	10/90,20/80 30/70,40/60 50/50	½-1 h	2-12 h	18-24 h

SMJERNICE ZA ADMINISTRACIJU INZULINA

1. IDENTIFICIRATI INFORMACIJE NA INZULINSKOJ BOČICI I PEN
2. PROVJERITI IZGLED INZULINA
3. DRŽATI INZULIN NA ODGOVARAJUĆEM MJESTU
4. ODABRATI ODGOVARAJUĆE ŠPRICE ZA INZULIN NA KOJOJ SU PODIOCI JASNO VIDLJIVI KA I PEN KOJA I KOLIKA SE DOZA DAJE
5. NAVUĆI TAČNU DOZU INZULINA
6. ODABRATI ODGOVARAJUĆE MJESTO ZA DAVANJE INZULINA
7. ODGOVARAJUĆE ODLAGANJE IGALA I PENOVA
8. VODITI DNEVNIK O DOZAMA I MJESTU APLIKACIJE

REGIJE ZA DAVANJE INZULINA SU:

1. ABDOMEN
2. RUKE
3. BUTINE
4. ZADNJICA

POKAZIVAČI INEKCIJA:

- KORISTITE VANJSKI DIO RUKU.
- KORISTITE PREDNJI,GORNJI I VANJSKI DIO BUTINE.
- U SVAKOJ REGIJI ROTIRAJTE MJESTA.....POČNITE SA DESNA NA LIJEVO.
- SVAKI UBOD TREBA BITI ZA ŠIRINU PRSTA DALJE OD PREDHODNOG U REGIJI.
- BUDITE DOSLJEDNI...SLUČAJNO BIRANJE MJESTA UZROKOVAT ĆE SKOKOVE I PADOVE VRIJEDNOSTI VAŠE GLIUKOZE.
- NE DAVATI INEKCIJU U MJESTO KOJE JE BILO IZLOŽENO VIJEŽBI ILI ĆE BITI USKORO IZLOŽENO,JER VEŽBANJE POVEČAVA PROTOK KRVI I ČINI DA SE DUGODJELUJUĆI INZULIN APSORBUJE BRŽE NEGO ŠTO JE TO UOBIČAJENO.
- NIKAD NE UBRIZGAVAJTE INEKCIJU U MIŠIĆ.
- NE UBRIZGAVAJTE INEKCIJU U BLIZINI MLADEŽA ILI OŽILJKA.
- NE UBRIZGAVAJTE INEKCIJU U GRUDASTU NASLAGU MASTI JER SE INZULIN NE APSORBUJE DOBRO U OVIM ČVORIĆIMA.

DIJETALNA PREHRANA

Opšte dijetalne upute

Unos kalorija :na osnovu pacijentove težine,potrebe za aktivnošću i zahtjevima za rast.

- Jesti raznovrsnu hranu
- Povečati unos svih žitarica,povrća i svježeg voća
- Ishrana proizvodima sa manje masnoća(lešo meso,puretina,piletina,riba itd.)
- Ograničiti unos soli,alkohola,kofeina
- Jesti redovito(5 obroka)
- Koristiti biljno ili maslinovo ulje

REŽIM ZA DOBRO IZBALANSIRANU ISHARNU JE UNOS:

- 50-60% kalorija iz ugljikohidrata
- 20-30% kalorija iz masti
- 10-20% kalorija iz proteina.

GLIKEMIČKI INDEKS

Glikemički inedeks je brzina kojom različita hrana utiće na nivo šećera u krvi u poređenju sa kriškom bijelog hljeba.Bijeli hljeb ima glikemički indeks 100. Hrana koja ima vrijednost manju od 100 se razgrađuje u šećer sporije nego bijeli hljeb. Hrana koja ima glikemički indeks veći od 100 razgrađuje se u šećer brže nego bijeli hljeb.

Hranu (ugljikohidrati) sa visokim glikemiskim indeksom je najbolje konzumirati tokom ili poslije vježbanja. Ona ulazi u krvotok brzo i spremno je dostupna kao gorivo mišičima koji su bili ukjlučeni u tjelovježbu.

Hrana (ugljikohidrati) sa niskim glikemiskim indeksom ulazi u krvotok sporo i najbolje je jesti prije vježbanja. Ona obezbjeđuje dugotrajno održavanje energije i pomaže održavanje stabilnog nivoa šećera u krvi tokom produženog perioda vježbanja(duže od jednog sata).

Hrana sa visokim glikemičkim indeksom:	**Hrana sa niskim glikemičkim indeksom:**
Bijeli hljeb 100	Hljeb od ječma ili mekinja 72
Corn flakes 119	Ječmeno jelo 87
Instant riža 124	Riža kuhana na pari 68
Kuhani krompir 104	Tjestenina 40-70
Pomfrit 107	Varivo(mahune)40-69
Kocka 83	Jabuka/banana/šljiva 34-76
Sladoled 87	Mljeko sa malo masti 46
	Kokice 79

TJELESNA AKTIVNOST

Tjelesna aktivnosta je važna komponenta lječenja šečerne bolesti jer pozitivno dijeluje na mijenju tvari u organizmu,djelovanje na metaboličke procese u jetri i mišičima. Ovisno o tjelesnoj težini ,komplikacijama ,aktivnosti tokom dana svakoj osobi oboljeloj od šećerne bolesti treba preporučiti oblike tjelesne aktivnosti (jasne upute,pravilna ponašanja,mjere opreza). Prije početka svake izražajnije tjelesne aktivnosti,osoba treba uzeti nešto hrane(ovisno o očekivanoj fizičkoj aktivnosti) kako bi se izbjegla pojava hipoglikemije.

Tjelesna aktivnost može se provoditi u kući ,u sklopu poslova koji se obavljaju svakodnevno,šetnja do radnog mjesta i natreag,i bavljenje raznim sportovima.

U slučaju komplikacija šečerne bolesti tjelesnu aktivnost treba izbjegavati jer može dovesti do pogoršanja opšteg stanja.
Redovitim vježbanjem ćete :

- Poboljšati kondiciju,što olakšava obavljanje svakodnevnih aktivnosti
- Smanjiti umor
- Poboljšati rastezljivost mišiča i zglobova
- Povečati napetost mišića
- Bolje izgledati i bolje se osječati
- Smanjiti stres i napetost
- Ojačati samopouzdanje
- Smanjiti apetit.

DIJABETIČKO STOPALO

SESTRINSKA PROCJENA DIJABETIČKOG STOPALA

ISTORIJA			
	FAKTORI RIZIKA	DA	NE
1.	Pušenje		
2.	Nekontrolisan nivo glukoze u krvi		
3.	Gojaznost		
4.	Neaktivnost		
5.	Hipertenzija		
6.	Problemi sa cirkulacijom		
ISTORIJA			
PITAJTE	Šta koristite da utoplite stopala?		
	Ko Vam sječe nokte?		
	Šta koristite za rezanje noktiju pri njezi stopala općenito?		
	Da li stavljate išta na Vaša stopala što nije prepisao lječnik?		
	Koliko često banjate stopala i koliko dugo?		
	Da li je vaša aktivnost na bilo koji način ograničena stanjem Vaših stopala?		

VIZUELNA INSPEKCIJA	desno	ljevo
Boja kože stopala i nižeg dijela nogu		
Edem		
Gubitak dalaka		
Svjetlucava koža		
Neravni nokti,lomljivi,zadebljali,abnormalni		
Strukturalni deformitet		
Žuljevi,otvorene rane ,čirevi		
PALPACIJA	**desno**	**ljevo**
Pulsevi-u predjelu dorzuma stopala i na stražnoj strani tibije		
Temperatura kože		
Kapilarno punjenje (normalno = manje od 2 sekunde)		

PLANIRANJE INTERVENCIJE

1. OPĆE ZDRAVSTVENO OBRAZOVANJE
2. EDUKACIJA O NJEZI STOPALA
3. NJEGA STOPALA

DIJABETES : PAZI GDJE STAJEŠ

Ljudi sa dijabetesom moraju obratiti pažnju na svoja STOPALA.

1. ŠTA ČINITI SVAKI DAN:

* Neka Vam stopala budu:ČISTA,SUHA,MEKANA I ZAŠTIĆENA.

2. KONTROLA STOPALA:

Zašto kontrolisati?	Da bi se rano uočili problemi.
Kada kontrolisati?	Svaki dan nakon kupanja,tuširanja ili mjenjanja čarapa.
Gdje kontrolisati?	Pod dobrim svjetlom ,ili zamoliti nekoga da to učini za Vas.
Kada obaviti kontrolu stopala?	Tražiti promjene temperature-oba stopala bi trebala biti topla posvuda, ali bez „vrelih tačaka“. Ne bi trebalo biti oteklina ili osjetljivosti na dodir. Tražite napuklu kožu ,žuljeve, posjekotine, suhu kožu, napukline između prstiju.

3. PROBLEMI.

Dijabetes šteti vašim stopalima. Neki ljudi postepeno izgube osječaj u stopalima ,prsima ili nogama. U koliko dođe do toga ne možete znati da li vas stopala bole ili je došlo do infekcije. Kod ozbiljnih infekcija,može doći do ostranjenja dijela stopala ili noge . ovo se može spriječiti ispravnom njegom stplala.

4. KAKO BITI SIGURAN.

- provjeriti obuču
- uvjek nosite cipele i čarape
- prohodajte svako sat vremena
- oblikujte nokte prema krajevima prstiju
- utoplite stopala.

5. OPASNOST...PAZITE!

- vruče stvari-topli ulošci,kamini
- tvrde stvari-kamenice
- uske stvari-uske čarape i cipele.

6. ŠTA UZROKUJE PROBLEME SA STOPALIMA KOD DIJABETESA?

- Oštećenje nerava
- Suženi i zadebljali krvni sudovi
- Povišen nivo šečera u krvi.

7. KAKO MOGU IZBJEČI OVE PROBLEME? POMAŽE AKO:

- prestanete pušiti
- smršate
- smanjite konzumiranje alkohola
- kontrolišite nivo šečera u krvi
- šetate i obavljate druge vrste fizičkih aktivnosti.

SESTRINSKI PROCES PROLAZI KROZ 4 FAZE:

1. PROCJENA
2. PLANIRANJE
3. IMPLEMENTACIJA(monitoring glukoze u krvi i urinu)
4. EVALUACIJA(obavezno edukovati pacijente o upotebi glukometra i upotrebi pena)

VOĐENJE KARTONA KOD DIJABETIČARA

Zdravstveni karton treba da sadrži :

- Dokumentacija koja je čitko i jasno upisana
- Dokumentacija mora biti sažeta i da sadržava sve važne podatke
- Dokumentacija mora biti povjerljiva
- Izbjegavati skraćenice osim onih koje su opće prihvaćene
- Karton za pračenje zdravstvenog stanja dijabetičara –flow sheet
- Opće podatke (ime, prezime , godina rođenja , spol , dijagnoza, terapija...)
- Podatke o anamnezi
- O pregledima (oči i stopala)
- Faktorima rizika (pušenje i alkohol)
- Indeks tijesne težine (BMI) , KP , EKG
- Laboratorijske nalaze (tromjesečna provjera šećera HbA1, vrijednosti glukoze u urinu i krvi, vrijednost lipida)
- Poduku (zdravstvenu edukaciju o prehrani, o njezi stopala, o komplikacijama, o hipo glikemiji, o pušenju, o samo njezi, o samo mjerenju i fizičkoj aktivnosti)
- Liječenje (vrsta terapije) .

SLUČAJ 1

Ženska osoba 25 godina javlja se u albulantu sa bolovima u glavi , stomaku , vidnim gubitkom tjelesne težine , ružnim zadahom iz usta na aceton , žali se na često ustajanje u noći i prekomjernim pijenjem vode, kao i mokrenje te posebna nelagoda u predjelu spolovila.

SLUČAJ 2

Muška osoba 50 –tih godina javlja se u ambulantu radi kontrole krvnog pritiska . Osoba je povećane tjelesne težine i dugogodišnji je pušać . Prilikom ulaska u ordinaciju primjećujemo da osoba šepa i primjećujemo problem sa lijevom nogom . Iz razgovora saznajemo da već par tjedana ima ranicu na palcu koja ne zarasta uprkos liječenja sa melemom.

LITERATURA

1. Program dodatne obuke iz porodične/obiteljske medicine (QUEEN'S UNIVERSITY)
2. Zdravstvena njega internističkih bolesnika (Ozimec Štefanije-vms)
3. Knjiga o životu sa dijabetesom – novosti na internetskoj stranici: www.MayoClinic.com
4. Priručnik za medicinsko osoblje i pacijente – Dijabetes edukacija (STUDY GROUP - NOVO CARE)
5. Lemon poglavlje 4 - Proces sestrinske njege i dokumentacije

LITERATURA

1. Program dodatne obuke iz porodične/obiteljske medicine (QUEEN'S UNIVERSITY)
2. Ozimec, Š. Zdravstvena njega internističkih bolesnika (nastavni tekstovi), Zagreb: Visoka zdravstvena škola, 2000.
3. Collazo-Clavel M. Mayo clinic o životu s dijabetesom. Medicinska naklada. Zagreb.2005
4. Diabetes Education Study Group of the European Assosiation for the Study of Diabetes. Kako živjeti sa šećernom bolešću? Priručnik za medicinsko osoblje i pacijente. Novo Care
5. Lemon poglavlje 4 - Proces sestrinske njege i dokumentacije

4

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 4

Kvalitet, sigurnost i akreditacija u porodičnoj medicini

POLITIČKI I STRATEŠKI OKVIR ZA UNAPREĐENJE KVALITETA I SIGURNOSTI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U FEDERACIJI BiH

Pripremio: Zoran Riđanović

Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine

Ljudi danas očekuju da dobiju usluge koje trebaju. Oni žele zdravstvene usluge kojima će vjerovati, koje će biti pristupačne i kvalitetne i koje će im na koncu riješiti njihove zdravstvene probleme. Koliko danas znamo o tome? Naime, koliko znamo da li su pacijenti zadovoljni i zadovoljeni medicinskim uslugama, koliko znamo da li su objektivno izmjereni zdravstveni ishodi opravdali uloženi novac u zdravstvo? Koliko znamo o izvršenim planovima zdravstvenih ustanova na temelju kojih se ugovora sa zavodima zdravstvenog osiguranja? Koliko su te izvedbe kvalitetne? Malo od toga nam je poznato. A i javnost ima pravo i treba da zna gdje ljudi moge primiti sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Implementacija ove politike treba da odgovori na mnoga od ovih pitanja.

Glavni razlozi za kreiranje politika kvaliteta u Europi i svijetu jesu javno, političko i profesionalno nezadovoljstvo zdravstvenim uslugama. Problemi se posebno odnose na. lošu dostupnost i kontinuitet zaštite, nezadovoljstvo korisnika zaštitom, slabu kliničku učinkovitost i neefikasnost zdravstvenih ustanova, nesigurno okruženje za pacijente, nedostatak odgovornosti i malu vrijednost za uloženi društveni novac. Svaka zemlja ima vlastite probleme, specifičnosti i izazove. Ipak, postoji konsenzus da poboljšanje kvaliteta uglavnom ne zavisi od većeg broja objekata, osoblja, opreme ili novca, već više od reorganizacije korištenja postojećih resursa i promjene načina rada i ponašanja. Upravo zbog toga sredstva kvaliteta koja se koriste u jednoj zemlji ne moraju dati dobre rezultate ako se koriste u nekoj drugoj zemlji

Politika kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine imperativ je da se naša zemlja u ovoj oblasti približi razvijenim zemljama. Ovaj dokument usvojen je na sjednici Federalne vlade u julu 2003. godine. Politika sadrži dva poglavlja: I Razlozi za uvođenje politike, i II Preporuke (ukupno 17).

U prvom poglavlju definisana su osnovna načela i vrijednosti politike na temelju dokumenata Svjetske zdravstvene organizacije, Savjeta Europe i Strateškog plana zdravstvenog sistema iz 1998. godine i data je Izjava o politici.

Preporuke Politike odnose se na postavljanje pacijenta / korisnika zdravstvene zaštite u središte zdravstvenog sistema i afirmaciju njegovih prava, te uloge i odgovornosti svih značajnih sudionika u zdravstvu u pogledu poboljšanja kvaliteta i upravljanja kvalitetom u zdravstvu. U preporukama se detaljno razmatraju politike, strategije i programi za poboljšanje kvaliteta; legislativa; organizacijske strukture za kvalitet, mehanizmi usklađivanja i informacijski sistemi; mehanizmi za procjenu kvaliteta (unutrašnji i vanjski); resursi za poboljšanje kvaliteta; načela implementacije; istraživanje i razvoj; i evaluacija implementacije politike.

Ovom politikom također je definisana Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu Federacije BiH (AKAZ) kao glavni federalni centar za formulisanje, mjerenje, praćenje i poboljšanje standarda kliničke prakse i menadžmenta usluga. Glavna zadaća Agencije je razvoj organizacijskih i kliničkih

standarda za primarnu zdravstvenu zaštitu i bolnički sistem; razvoj indikatora izvedbe zdravstvenih ustanova; procjena kvaliteta zdravstvenih ustanova koje apliciraju za akreditaciju; usklađivanje i uvezivanje zdravstvenih ustanova koje se po zakonu direktno bave ocjenom sigurnosti i kvaliteta; usklađivanje menadžmenta zdravstvenih usluga; edukacija medicinskog osoblja za kvalitet i podrška razvoju planova i programa za prijediplomsku i poslijediplomsku nastavu; te pružanje informacijskih usluga pojedincima i organizacijama iz domena kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite.

Politikom se po prvi put u našem zdravstvu planiraju i uvode validni i mjerljivi standardi procesa i rezultata zdravstvene zaštite, koje razvijaju zdravstveni profesionalci, i indikatori izvedbe zdravstvenih ustanova, čime se osigurava mogućnost ugovaranja između davalaca usluga i zavoda zdravstvenog osiguranja na potpuno novoj osnovi koja u obzir uzima i parametre kvaliteta. Uz stručni nadzor uvodi se unutrašnji pregled kvaliteta (*klinički audit*) i vanjska kolegijalna ocjena kvaliteta koju provode zdravstveni profesionalci i zdravstveni saradnici, u ime Agencije, ravni po rangu onima koje ocjenjuju.

Jedna od bitnih svrha akreditacije je širenje dobre prakse i međusobno učenje. Ali, s tačke gledišta upravljanja rizikom, akreditacija je možda i najznačajnija. Umjesto da se naglasi kvalitet kao dobra profesionalna praksa, još je jednostavnije kvalitet sagledati kao umanjenje šteta po pacijente. Kao posljedica tehnološkog napretka i sve većih zahtjeva korisnika, današnji zdravstveni sistemi postali su jako kompleksni. Zbog toga je iznimno važno tako planirati i upravljati zdravstvenim ustanovama da se rizici svedu na najmanju moguću mjeru. U tom smislu, potrebno je uložiti mnogo napora da se preispitaju postojeći sistemi sigurnosti, da se počne s prikupljanjem podataka i izvještavanjima o incidentima (koji su se desili ili su se mogli desiti!) i da se na učinkovitiji način podrže sigurne prakse jačanjem kulture sigurnosti unutar zdravstvenih ustanova. Sigurniji i kvalitetniji zdravstveni sistem je samo onaj koji uči iz prepoznatih i priznatih grešaka.

AKAZ je svojim stranicama dao iscrpan pregled Politike kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji BiH s komentarima i prijedlog za akcione planove svih aktera u zdravstvu za period 2007. – 2010. Taj period je istekao, ali se u Federaciji, nažalost, ništa nije učinilo na implementaciji politike kvaliteta. Naime, ministarstva zdravstva nisu pokazala dovoljno političke volje; profesionalne komore nisu se aktivno uključile u diseminaciju dobre kliničke prakse; zdravstvene ustanove nisu pokazale interes za obuku iz oblasti kvaliteta zaštite, za facilitaciju (pomoć) u uspostavljanju sistema kvaliteta i akreditaciju; mnoge ustanove nisu imenovale komisije i koordinatora za kvalitet, većina zdravstvenih ustanova nema opći akt kojim se regulišu kvalitet i sigurnost pružanja zdravstvenih usluga, mada je to zakonska obaveza; još se nije pristupilo redovnoj kliničkoj reviziji posebno u bolnicama; medicina zasnovana na dokazima i korištenje kliničkih vodiča i kliničkih puteva su u povoju; nedovoljno se poznaje ocjena rizika i upravljanje kliničkim i nekliničkim rizicima. S druge strane, ne postoji profesionalna odgovornost za korištenje kliničkih vodiča, kliničku reviziju, samoocjenu i kontinuiranu edukaciju. Većina zavoda zdravstvenog osiguranja su protivnici uvođenja finansijskih stimulacija za dokazani kvalitet i sigurnost usluga. Korisnici zaštite nedovoljno su uključeni u praćenje zaštite prava pacijenata, sigurnosti i kvaliteta usluga.

Zakon o sistemu poboljašnja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu Federacije Bosne i Hercegovine

Zakon o sistemu poboljašnja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu Federacije BiH ("Službene novine Federacije BiH", broj 59/05) sadrži 63 člana koji su svrstani u VI poglavlja: I Osnovne odredbe; II Proces poboljšanja kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga i njegovi učesnici; III Organ odgovoran za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvenih usluga, kao i za akreditaciju u zdravstvu; IV Postupak akreditacije; V Kaznene odredbe; VI Prijelazne i završne odredbe.

Cilj i svrha Zakona su: uređivanje sistema poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i akreditacije u zdravstvu na teritoriju Federacije BiH, u skladu s međunarodnom praksom; regulisanje postupka poboljšanja kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama; i regulisanje postupka akreditacije u zdravstvu, uključujući i određivanje odgovornog federalnog tijela za ovu oblast – AKAZ.

Istini za volju, zakonom se ne može propisati kvalitet niti je moguće vršiti *inspekciju* kvaliteta u zdravstvenim ustanovama. Kvalitet mogu ocjenjivati samo zdravstveni profesionalci ravni po rangu onima koje ocjenjuju (liječnici, sestre, menadžeri). Zato je akreditacija medicinskih ustanova u biti proces kolegijalnog pregleda i zajednički posao uvježbanih ocjenjivača i ocijenjene zdravstvene ustanove. Naravno, ovaj zakon nije dovoljan za sve planirane promjene ako se ne pristupi jačanju sveukupne legislative u zdravstvu.

Zakon ima određenih nedostataka koje će se morati ispraviti. Na primjer, akreditacija zdravstvenih ustanova je dobrovoljna, ali uspostavljanje unutrašnjih sistema kvaliteta – nije. Međutim, ne postoje sankcije za zdravstvene ustanove i direktore ustanova koje ne poduzmu aktivnosti na uspostavljanju sistema kvaliteta u zdravstvenim ustanovama.

Definisane vrijednost i ciljevi u oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite

Kroz projekat Europske unije i Svjetske zdravstvene organizacije formirane su dvije radne grupe, jedna za definicije kvaliteta a druga za stimulativno finaniranje zdravstvenih ustanova koje uspostavljaju sistem kvaliteta i stratešku kupovinu usluga od strane zavoda zdravstvenog osiguranja. Izjave radne grupe 1 - *Vrijednosti, učesnici u procesu, definicije i opseg kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti* (EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini, septembar 2005. god.) postignut je konsenzuis na bh. nivou o zajedničkim vrijednostima i ciljevima u oblasti kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite. To su:

1. prava i odlučivanje pacijenata;
2. sigurnost i zaštita pacijenata, osoblja i zajednice;
3. prepoznavanje i uključivanje organizacija – učesnica u procesu podizanja sistema kvaliteta;
4. transparentnost menadžmenta i razmjena informacija;
5. primjena medicine zasnovane na dokazima;
6. uloga institucionalne i profesionalne samoregulacije;
7. smanjenje gubitaka u korištenju radne snage, opreme, potrošnog materijala i finansijskih sredstava;
8. odgovornost u sistemu zdravstvene zaštite.

Metodološko uputstvo za uspostavljanje, razvijanje i održavanje sistema poboljšanja kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga u zdravstvenim ustanovama u Federaciji Bosne i Hercegovine

Ovo uputstvo sadrži preporuke kantonalnim ministarstvima zdravstva i zdravstvenim ustanovama u vezi sa zakonskom regulacijom poboljšanja sigurnosti i kvaliteta u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Uputstvo se temelji na Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu (članovi 9. i 19.). i preporukama Politike kvaliteta i sigurnosti zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine, te na temelju tehničkih dokumenata koji su proizvedeni kroz projekte u zdravstvu.

Svrha ovog uputstva je da se opštim aktima zdravstvenih ustanova na teritoriju svakog kantona, odnosno u svakoj zdravstvenoj ustanovi reguliše i ostvari poboljšanje sljedećih segmenata:

- učinkovito korištenje ljudskih, finansijskih i materijalnih resursa u zdravstenoj ustanovi;
- klinička zaštita i sigurnost, što obuhvata dijagnostičke procedure i procedure tretmana pacijenata;
- profesionalna obuka i kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika;
- koordinacija pružanja zdravstvenih usluga;
- jačanje uloge pacijenata i poštivanje njihovih prava;

Cilj ovog uputstva je:

- da se na temelju federalne Politike, Izjave radne grupe 1 - *Vrijednosti, učesnici u procesu, definicije i opseg kvaliteta u zdravstvenoj zaštiti* (EU/WHO projekt Podrška reformi zdravstvenog sistema u Bosni i Hercegovini, septembar 2005. god.) i Zakona, u svakoj zdravstvenoj ustanovi izgradi unutrašnji sistem poboljšanja kvaliteta koji će se trajno održavati i unapređivati;
- da se na temelju izgrađenog unutrašnjeg sistema kvaliteta i implementiranih profesionalnih standarda, ocijeni zdravstvena ustanova na dobrovoljnoj osnovi i predloži za akreditaciju – ukoliko se pridržava akreditacijskih standarda.

U drugom poglavlju Uputstva razmatraju se detalji akcionog plana za implementaciju Politike i Zakona u zdravstvenim ustanovama, uključujući uspostavljanje organizacijskih struktura za kvalitet i metode rada (uloga menadžmenta, fokus na pacijenta; klinička revizija; upravljanje ljudskim resursima): U trećem poglavlju objašnjava se postupak akreditacije; četvrto poglavlje odnosi se na resurse za kvalitet (obuka, vrijeme, podaci, informacije, tehnička podrška, budžet, izvještavanje). U petom poglavlju Uputstva daje se pregled koraka koje poduzima zdravstvena ustanova i sadržaj aktivnosti, od pokretanja projekta u zdravstvenoj ustanovi do vanjske ocjene). Uputstvo također sadrži listu tehničkih i drugih dokumenata potrebnih za uspostavljanje sistema pooljšanja kvaliteta i sigurnosti u zdravstvenoj ustanovi; daje opise poslova za koordinatora kvaliteta, članove komisije za kvalitet i unutrašnje ocjenjivače. Na samom kraju dokumenta nalazi se mali rječnik pojmova iz oblasti kvaliteta, sigurnosti i akreditacije u zdravstvu.

KONCEPT KVALITETA I POBOLJŠANJA KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Šta je kvalitet? Na neka jednostavna pitanja često je teško odgovoriti. U nekim oblastima, kao što je inženjerstvo, kvalitet se može povezati s opipljivim fizičkim svojstvima. U nekim oblastima, kao što je to zdravstvena zaštita, kvalitet je često neopipljiv.

Kvalitet se najlakše prepoznaje u njegovoj odsutnosti. (Analogno: lakše je definisati bolest nego zdravlje). Stoga se mnoge javnozdravstvene ocjene medicinske njege zasnivaju na mjerenju odsustva kvaliteta.

Tradicionalno se kvalitet definiše kao *stupanj izvrsnosti*. To je sažeta definicija, ali nedovoljna za naše svrhe, budući da se taj metafizički kvalitet ne može kvantificirati i stoga je neprimjenljiva u vrednovanju medicinskih usluga i zdravstvene zaštite. Druga definicija je: *kvalitet je ispunjenje ili premašivanje očekivanja potrošača*, koja u žarište postavlja klijenta/korisnika i pogodnija je za naše potrebe.

Koncept kvaliteta

Koncept kvaliteta obuhvata najmanje tri dimenzije i prema tome ima tri različita značenja:

(1) komparativno značenje u smislu *stupnja vrsnosti*;
(2) kvantitativno značenje u smislu *dosegnutog nivoa*;
(3) podesnosti nečega za određene svrhe, tj. odliku da se *zadovolje određene potrebe.*

Ako definiciji kvaliteta pridružimo pojam *vrijednosti*, u značenju da je kvalitet odlika, nadmoćno svojstvo ili stupanj vrsnosti nečega, u prvi plan se probija jedno *trebanje*, jedan *zahtjev*, pri čemu kvalitet zadobiva normativan karakter. U tom kontekstu bitan je odnos između opažanja i vrijednosti. Stvarnost i kvalitet bivaju suprotstavljeni kao *ono što jest* i *ono što bi trebalo da bude*.

Definicije kvaliteta u medicini i kvalitetna zdravstvena zaštita

Bilo koja oblast u kojoj se radi s ljudima mnogo je kompleksnija od oblasti koje se odnose na proizvodnju i proizvode. Zbog toga mnogi autori tvrde da je gledanje na poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite kroz optiku osiguranja kvalitete u industriji – neodgovarajuće.

Kada hoćemo definisati kvalitet zdravstvene zaštite, u kontekstu onoga što je već rečeno, moguće je mnoštvo definicija (kažu da ih ima preko stotinu) i sve su one legitimne ovisno o tome gdje smo smješteni u sistemu zdravstvene zaštite (profesionalni i menadžerski pogled ili perspektive glavnih aktera u zdravstvu). Budući da u zdravstvenoj zaštiti prvenstveno treba udovoljiti željama, potrebama i zahtjevima korisnika, započet ćemo od Grantove definicije kvaliteta (1988) i njegove definicije kvalitetne zdravstvene zaštite koja glasi:

> *Kvalitetna zdravstvena zaštita je potencijal elemenata te zaštite za ostvarenje opravdanih medicinskih i nemedicinskih ciljeva pacijenta i liječnika*.

Kritični aspekt ove definicije jest u naglasku da ciljeve zaštite određuje pacijent uz pomoć svog liječnika, s ključnom pretpostavkom da je pacijent dobro informisan i da zajedno s liječnikom dijeli odgovornost za odluke u pogledu vlastite zdravstvene zaštite.

Naravno, postoje i druge definicije kvalitetne zdravstvene zaštite, koje iste ili slične ideje formulišu na druge načine. Jedna od češće navođenih definicija je ona od Lohr-a i Schroeder-a (1990):

> *Kvalitetna zdravstvena zaštita je onaj stupanj pri kojem zdravstvene usluge za pojedinačne pacijente i populaciju povećavaju vjerovatnoću željenih zdravstvenih ishoda i koji je u skladu s tekućim profesionalnim znanjem.*

Još precizniju definiciju kvalitetne zdravstvene zaštite, koja postojećim pridružuje organizacijske, političke i financijske interese, daje Øvretveit (1995):

> *Kvalitetna zdravstvena zaštita je potpuno zadovoljenje potreba onih koji najviše trebaju zdravstvene usluge, po najmanjem trošku za organizaciju, a unutar ograničenja i smjernica koje postavljaju zdravstvene vlasti i finansijeri.*

U prethodnim definicijama zajednički nazivnik jest *osjetljivost* na aktuelne potrebe korisnika zdravstvene zaštite. Međutim, kvalitet zdravstvene zaštite ne može se svesti samo na zadovoljstvo korisnikâ ili njihove izražene zahtjeve. Često korisnici zdravstvene zaštite ne znaju, zapravo, šta trebaju, ili mogu zahtijevati neodgovarajući ili čak štetan tretman. Stoga u definiciju treba uključiti i *profesionalnu potrebu*, odnosno prosuđivanje do koje mjere usluga zadovoljava pacijentove potrebe, bilo na individualnoj, bilo na populacijskoj razini. No, ni to nije dovoljno da se pruži kvalitetna zdravstvena zaštita. Naime, usluga koja je zadovoljila pacijentove i profesionalne potrebe i ciljeve, još uvijek može biti nekvalitetna ako je neefikasna ili rastrošna, tj. ako se ograničeni resursi isuviše i neopravdano troše na jednog pacijenta a time se moglo pružiti pomoć većem broju korisnika. Dakle, kvalitetna zdravstvena zaštita nije ona koja se postiže po bilo kojoj cijeni, već ona koja – udovoljavajući pacijentove i profesionalne potrebe i ciljeve – koristi resurse na najefikasniji način. Najzad, zdravstvena zaštita ne može biti kvalitetna ako ne zadovoljava zakonske, etičke, ugovorne i druge obaveze. Iz posljednje definicije proističe da je kvalitetna zdravstvena zaštita rezultanta istovremeno oprečnih zahtijeva različitih interesnih grupa.

Dimenzije kvalitetne zdravstvene zaštite

Postoji mnoštvo dimenzija kvalitetne zdravstvene zaštite:

- djelotvornost (*efficiency*)
- efikasnost (*efficacy*)
- neprekidnost (*continuity*)
- pravičnost (*equity*)
- prihvatljivost (*acceptability*)
- pravodobnost (*timeliness*)
- prikladnost (*appropriateness*)
- pristupačnost, dostupnost (*accessibility*)
- raspoloživost (*availability*)
- sigurnost (*safety*)
- učinkovitost (*effectiveness*)

Definicije: kontrola, osiguranje i poboljšanje kvaliteta i upravljanje kvalitetom

Kontrola kvaliteta *(Quality Control)* je proces mjerenja tekuće izvedbe, poređenje rezultata s ciljevima, utvrđivanje odstupanja i odbacivanje onoga što nije dobro. Drugo značenje je korištenje statističkih metoda u mjerenju kvaliteta. Akcije na eliminisanju lošeg proizvoda ili usluge provode se na dnevnoj osnovi. Danas je kontrola kvaliteta sastavni dio osiguranja kvalitete.

Osiguranje kvaliteta (*Quality Assurance*) je sistem menadžmenta organizacije s ciljem ostvarenja maksimalnog povjerenja da je postignut prihvatljiv nivo kvaliteta proizvoda / usluge s minimumom ukupnih troškova. Osiguranje kvaliteta koristi kontrolu kvaliteta i metod kružnica upravljanja kvalitetom s ciljem prevencije i predviđanja lošeg kvaliteta. Klinička revizija je jedna vrsta osiguranja kvaliteta koja bi trebalo jamčiti da je pružena zdravstvena zaštita kvalitetna.

Poboljšanje kvaliteta (*Quality Improvement*) je proces postizanja novog nivoa izvedbe ili kvaliteta koji je nadmoćan bilo kojem prethodnom nivou izvedbe ili kvaliteta. Ovaj pristup zahtijeva menadžment promjena i stvaranje kulture kvaliteta u zdravstvenoj organizaciji.

Neprekidno poboljšanje kvaliteta (*Continous Quality Improvement*) je proces kumuliranja brojnih diskretnih promjena koje se odnose na implementaciju dogovorenih i validnih standarda; sistematično i pouzdano mjerenje izvedbe u odnosu na te standarde; implementiranje akcije za promjene; stalno mjerenje i kontinuirano poboljšanje kroz *ciklus spirale* koja se neprekidno kreće prema gore. I ovaj pristup zahtijeva menadžment promjena i stvaranje kulture kvaliteta u zdravstvenoj organizaciji.

Upravljanje kvalitetom (*Quality Management*) je proces kojim se osoblje u organizaciji mobilizira da postigne ciljeve kvaliteta radi povećanja efikasnosti, djelotvornosti i učinkovitosti organizacije te poboljšanja upravljanja.

Upravljanje sveukupnim kvalitetom (*Total Quality Management, TQM*) je filozofija i pristup koji je usmjeren na povećanje efikasnosti, učinkovitosti i fleksibilnosti organizacije u cjelini. To je i način organiziranja poslovanja due sve osoblje bez alike prakticira filozofiju i metode neprekidnog poboljšanja kvaliteta. TQM nije moguće uvesti bez sistema kvaliteta, što traži vrijeme, a uvjeti za TQM su i kvalitetno vodstvo; potpuna predanost kvalitetu i aktivno učešće svih zaposlenih u neprekidnom poboljšanju kvaliteta; efikasno usklađivanje radnih procesa i komuniciranje u cijeloj organizaciji; standardizacija; neprekidno mjerenje, praćenje nivoa kvaliteta procesa i analiza podataka uz dobar informacijski sistem; orijentisanost na klijenta/pacijenta; fokusiranje na ishode zaštite; poticanje kreativnosti i inovacija. TQM zahtijeva najviši stupanj menadžmenta promjena i potpuno izgrađenu kulturu kvaliteta, od vrha do dna organizacije. Glavne su pretpostavke ovog modela da problemi uglavnom leže u lošim sistemima a ne u ljudima, i da je za poboljšanje kvaliteta neophodno ostvariti organizacijsku kulturu kvaliteta.

Ocjena kvaliteta

Definicija ocjene kvaliteta (*Quality Assessment*). To je postupak mjerenja nivoa kvaliteta u nekoj vremenskoj tački bez poduzimanja aktivnosti na promjenama ili podizanju nivoa kvaliteta. Postoje brojni metodi ocjene kvaliteta u zdravstvu i medicini, na primjer, ocjene na temelju izričitih *kriterija* koji opisuju medicinske postupke; organizacijskih i kliničkih *standarda*; provjere kliničkog kvaliteta (*revizija, audit*); *slijeđenja traga* u tretmanu nekog oblika zaštite kao obrasca za slične tretmane; procedura *evaluacije izvedbe* na temelju ishoda zaštite, itd.

Donabedianova paradigma kvaliteta u zdravstvu

Elementi *dobrog* zdravstvenog sistema, zdravstvene organizacije ili kliničke izvedbe, odnose se na Donebedian-ovo prilagođavanje koncepta industrijske proizvodnje – *struktura – proces – ishod.*

Struktura – raspoloživost ljudskih, finansijskih i stručnih resursa (investicija):

- kako su ovi resursi alocirani u smislu vremena, mjesta i ispunjenja potreba stanovništva/ pacijenta (pristup);
- pravičnost u podjeli troškova i korisnosti (pravičnost);

Proces – kako se ovi resursi primjenjuju (nadzor):

- korištenje vremena i resursa (efikasnost);
- izbjegavanje nepotrebnog trošenja (ekonomija);
- smanjenje rizika (sigurnost);
- praksa zasnovana na dokazima (odgovarajuća praksa);
- zaštita fokusirana na pacijenta (neprekidnost);
- informisanje javnosti (izbor, transparentnost, odgovornost).

Ishod – postignuti rezultati nakon izvedbe:

- zdravlje stanovništva /pacijenta (unapređenje zdravlja);
- klinički ishod (učinkovitost);
- ispunjenje očekivanja javnosti i zdravstvenih radnika (zadovoljstvo);
- vrijednost za novac (*cost-benefit*).

Tri vrste informacija, koje se dobivaju iz svakog elementa, mogu se koristiti za ocjenu kvaliteta *pod uvjetom da su uzročno povezani*. Naravno, ova Donabedian-ova paradigma je uprošten model mnogo kompleksnije realnosti, jer u lancu događaja postoje brojni intermedijarni rezultati koji mogu biti ulazi za novi proces.

Nije realno koncentrisati se na sve ove vrijednosti istovremeno. Prvi korak u našoj reformi zdravstvenog sektora bit će da dosadašnje *standarde i normative* upotpunimo a neke zamijenimo standardima procesa i ishoda zdravstvene zaštite.

Koncept poboljšanja kvaliteta

Mehanizirani pristup «kontroli kvaliteta» i inspekcija strukture i procesa pogodan je za mašine i može se koristiti za ocjenu statičkog ispunjenja minimalnih standarda mašina. Ali pokazalo se da ovakav pristup ne stimulira ponašanje ljudi u cilju svjesnog dinamičnog poboljšanja, već često vodi do krivnje i kazne, koje ne motivišu osoblje i menadžere u službama koje vode profesionalci.

Ciklus kvaliteta

Svaki dobro osmišljen i ostvaren program, bez obzira na njegovu veličinu, novac ili kulturalno okruženje, može donijeti bolji kvalitet. Poboljšanja su često jednostavna i besplatna ili jeftina, kao što je to postavljanje paravana da se osigura privatnost pacijenata. Mnoge probleme moguće je riješiti s postojećim resursima, na primjer, obuka uz rad da bi se poboljšala kontrola infekcije.

O sigurnosti pacijenta, kao važnoj komponenti kvalitetne zdravstvene zaštite, bit će riječi u poglavlju 4. Zaštita usmjerena na pacijenta.

AKREDITACIJSKI STANDARDI ZA TIM PORODIČNE MEDICINE I ZAHTJEVI KOJI PROISTIČU IZ STANDARDA

Uvod

Prema Zakonu o sistemu poboljšanja kvaliteta, sigurnosti i o akreditaciji u zdravstvu ("Službene novine Federacije BiH", br.59/05), Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH (AKAZ) razvija i usvaja optimalne organizacijske i kliničke standarde, razvija sistem akreditiranja i utvrđuje listu ocjenjivača za vanjsku ocjenu kvaliteta zdravstvenih ustanova.

Razvoj akreditacijskih standarda zasniva se na pet ISQua principa: 1. princip - Standardi **doprinose poboljšanju kvaliteta** i uspješnosti u zdravstvenim institucijama i širem sistemu zdravstvene zaštite; 2. princip - Standardi su **fokusirani na pacijenta**, podržavaju menadžment i infrastrukturu date institucije¸ 3. princip - **Sadržaj standarda je sveobuhvatan** i odražava sljedeće dimenzije kvaliteta: dostupnost, prikladnost (adekvatnost), osposobljenost (osoblja), kontinuitet, učinkovitost, djelotvornost, odgovaranje na potrebe korisnika (razumijevanje za zahtjeve), te sigurnost i podržavanje usluga; 4. princip - Standardi se **planiraju, formuliraju i ocjenjuju** kroz utvrđeni proces; i 5. princip - Standardi omogućavaju konzistentno **mjerenje**.

Standardi su izjave očekivanja i instrument za mjerenje izvršenja tima. Očekivanja treba da pomire interese zdravstvenih profesionalaca, zdravstvenog menadžmenta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pacijenata, zavoda zdravstvenog osiguranja, javnog zdravstva, donosioca političkih odluka i drugih. Standardi služe da se timovi porodične medicine ocijene u odnosu na njih i potom poduzmu akcione planove na dostizanju standarda, neovisno o tome da li će aplicirati za akreditaciju ili ne. Stoga ove standarde treba smatrati sredstvom za poboljšanje kvaliteta i sigurnosti timova porodične medicine.

Standardi, kriteriji i indikatori

Akreditacijski standardi za timove porodične medicine su zasnovani na principima i praksi porodične medicine. Cilj standarda je da utvrde dobru praksu na nivou porodične medicine i stoga moraju zadovoljiti dva osnovna uslova: da su mjerljivi tako da njihovu ispunjenost vanjski ocjenjivači mogu pouzdano ocijeniti (peti princip); i da su dostižni tako da timovi porodične medicine mogu da ih ispune.

Pet poglavlja (1. organizacija i menadžment; 2. promocija zdravlja i prevencija bolesti; 3. kliničke usluge; 4. anketiranje pacijenata; i 5. prava i obaveze pacijenata) sadrži **35 standarda** koji opisuju traženi kvalitet u radu tima porodičlne / obiteljske medicine.

Svaki standard sadrži kriterije koji opisuju ključne komponente standarda. Kriteriji se koriste da bi se pobliže objasnili standardi i da bi se ocijenilo da li su standardi ispunjeni ili ne. Kriteriji, kao osnov za ocjenu, mogu biti *kvalitativni* (ima-nema; da-ne) ili su *kvantitativni* (procenti; odnosi; stope) i tada ih nazivamo *indikatorima* (pokazateljima).

Svi kriteriji su podijeljeni u tri grupe (kategorije):

- početni (**P**),
- unaprijeđeni (**U**)
- terminalni (**T**)

Treba opaziti da početna slova kriterija tvore riječ **PUT**, koja prikladno označava *put* koji treba preći od početnih do terminalnih (završnih) kriterija kojima treba odgovoriti u ispunjenju svih standarda. Svaki kriterij (kojima se opisuju standardi) sadrži svoje mjerne komponente – podkriteriji (ako su kvalitativni) i indikatorii (ako su kvantitativni).

Bodovni sistem

Teorijski, ako tim ispuni sve kriterije dobiva 2000 bodova.

Bodovi po poglavljima	**P**	**U**	**T**
1. Organizacija i menadžment	239	200	400
2. Promocija zdravlja i prevencija bolesti	216	90	36
3. Kliničke usluge	88	100	450
4. Anketiranje pacijenata o zadovoljstvu uslugama	16	0	0
5. Prava i obaveze pacijenata	36	42	87
Ukupno poena (standard/kategorije/kriteriji):	**595**	**432**	**973**
Ukupno bodova (p+u+t):			**2000**

Pregled bodova po standardima i kriterijima

1. Organizacija i menadžment	**P**	**U**	**T**
1.1 Standard: Fizički pristup	7	0	0
1.2 Standard: Prostorije ambulante	32	26	23
1.3 Standard: Oprema i resursi	8	10	23
1.4 Standard: Dostupnost usluga	20	26	64
1.5 Standard: Informacije i komunikacije	8	10	18
1.6 Standard: Medicinska evidencija i registri	56	50	126
1.7 Standard: Edukacija i obuka	16	26	46
1.8 Standard: Strateški i praktični menadžment	48	32	46
1.9 Standard: Uputnice i upućivanja	12	20	36
1.10 Standard: Upravljanje lijekovima	32	10	18
Ukupno poena (standard/kategorije/kriteriji):	**239**	**200**	**400**
Ukupno poena (p+u+t):			**839**

2. Promocija zdravlja i prevencija bolesti	P	U	T
2.1. Standard: Podaci i informacije o načinu života i faktorima rizika	24	0	0
2.2 Standard: Podsjetnici	8	0	0
2.3 Standard: Saradnja	8	10	0
2.4 Standard: Grupno savjetovanje	0	0	18
2.5 Standard: Preventivne kliničke usluge	176	80	18
Ukupno poena (standard/kategorije/kriteriji):	**216**	**90**	**36**
Ukupno poena (p+u+t):			**342**

3. Kliničke usluge	P	U	T
3.1 Standard: Koronarna bolest srca	8	10	108
3.2 Standard: TIA i moždani udar	8	10	36
3.3 Standard: Diabetes mellitus	8	60	90
3.4 Standard: Karcinom	32	0	90
3.5 Standard: Bronhijalna astma	8	0	18
3.6 Standard: Epilepsija	24	0	0
3.7 Standard: Hronična opstruktivna plućna bolest (COPD)	0	10	36
3.8 Standard: Hipotireoidizam	0	10	0
3.9 Standard: Mentalna oboljenja	0	0	72
Ukupno poena (standard/kategorije/kriteriji):	**88**	**100**	**450**
Ukupno poena (p+u+t):			**638**

4. Anketiranje pacijenata o zadovoljstvu uslugama	P	U	T
4.1 Standard: Anketni upitnik o zadovoljstvu korisnika uslugama	16	0	0
Ukupno poena (standard/kategorije/kriteriji):	**16**	**0**	**0**
Ukupno poena (p+u+t):			**16**

5. Prava i obaveze pacijenata	P	U	T
5.1 Standard: Jednak pristup zdravstvenoj zaštiti	8	0	0
5.2 Standard: Pravo na informacije	20	0	0
5.3 Standard: Pravo na privatnost	8	0	0
5.4 Standard: Pravo na osobno dostojanstvo	0	10	0
5.5 Standard: Pravo pacijenta na odbijanje tretmana	0	16	0
5.6 Standard: Pravo pacijenta na promjenu liječnika	0	16	0
5.7 Standard: Pravo na povjerljivost osobnih zdravstvenih informacija	0	0	23
5.8 Standard: Pristanak na prisustvo treće osobe tokom pregleda	0	0	23
5.9 Standard: Učešće pacijenta u istraživačkim projektima	0	0	23
5.10 Standard: Obaveze i odgovornosti pacijenta	0	0	18
Ukupno poena (standard/kategorije/kriteriji):	**36**	**42**	**87**
Ukupno poena (p+u+t):			**165**

Akreditacijske standarde možete preuzeti sa sajta Agencije (www.akaz.ba).

Vanjska ocjena i akreditacija

Akreditacijom upravlja AKAZ koji postavlja standarde, zakazuje posjete tima ocjenjivača kvaliteta, odnosno zdravstvenih profesionalaca iz prakse, koji su prethodno obučeni da bi mogli evaluirati do kojeg se stupnja zdravstvena ustanova, odnosno tim porodične medicine, pridržava propisanih i javno objavljenih standarda.

Akreditacija je dizajnirana da bude edukativan, a ne kazneni proces, koji uključuje facilitatore iste struke u svojstvu pomagača i kolege – vanjske ocjenjivače koji razmjenjuju iskustava sa zdravstvenim profesionalcima iz ustanove koja učestvuje u akreditaciji. Proces akreditacije je zamišljen kao procjena od strane „jednakih po zvanju i struci" koja uzima u obzir sve faktore, a nije samo inspekcija uz pomoć kontrolne liste koju može izvesti bilo koja obučena osoba. Uloga ocjenjivača je da ocijene u svakom pojedinačnom slučaju da li su ispoštovani kriteriji za ispunjenje standarda, a naročito u slučajevima gdje postoje kontradiktorni dokazi. Ocjenjivači su odgovorni za provođenje ocjene, kao dijela procesa akreditacije, ali ne donose odluku o akreditacij, već to čini Akreditacijski odbor Agencije.

U toku ocjenjivačke posjete ocjenjivači prikupljaju podatke iz raznih izvora da bi im pomogli pri ocjenjivanju da li su standardi / kriteriji za akreditaciju ispunjeni. Ovo uključuje:

- razgovor sa liječnikom porodične / obiteljske medicine;
- razgovor s ostalim članovima tima;
- direktno posmatranje aktivnosti u timu / ambulanti (opservacija);
- pregled uzorka zdravstvenih kartona;
- pregled anketnih upitnika
- pregled politika i procedura

ZAŠTITA USMJERENA NA PACIJENTA

Uvod

U posljednje vrijeme očekivanja pacijenata snažno su porasla, brže od mogućnosti zdravstvenih ustanova da im udovolje. Iako pacijenti danas, više neko ikada prije, raspolažu mnogo efikasnijim i učinkovitijom dijagnostikom i liječenjem, a u većini zemalja spirala finansijskih ulaganja u zdravstvenu zaštitu raste brže od inflatorne spirale – u porastu je javni pesimizam o budućnosti zdravstvenih sistema. Zašto je to tako? Dok je većina korisnika zadovoljna zaštitom koju primaju, još uvijek ih ima mnogo koji imaju loša iskustva u kontaktu sa zdravstvenim sistemom, dok se manjina od njih žali.

Očekivanja pacijenata

Brz pristup zdravstvenoj zaštiti
Uključenost u slobodan izbor ljekara i zdravstvene ustanove
Dobiti blagovremene, relevantne i potpune informacije
Ostvariti odgovarajuću komunikacije s osobljem
Dobiti savjete, podršku i poduku
Dobiti uslugu standardnog kvaliteta
Ostvariti kontinuiranu zaštitu
Odgovarajući komfor
Upoznavanje sa pravima pacijenata
Upoznavanje sa prihvaćenim standardima zdravstvene zaštite
Otvorenost i poštenje kada se pojavi neželjeni događaj

Zajedničko odlučivanje i partnerstvo s pacijentom. Pacijenti tako dolaze na vrh naših napora da postignemo kvalitetnu i sigurnu zdravstvenu zaštitu. Zdravstveni profesionalci postaju im odgovorni, slušaju ih, konsultiraju i uključuju u razvoj kvaliteta. Osim toga, zdravstveni profesionalci treba da postignu *stvarno partnerstvo s pacijentima*. Prošla su vremena kada su zdravstveni profesionalci mogli gledati na pacijente kao pasivne primaoce zaštite. U današnjim liberalnim demokracijama građani imaju izbore u skoro svakom aspektu njihovih života. Ni zdravstvena zaštita nije ostala imuna na te promjene. Pacijentima je data u ruke kontrola njihove sudbine; oni očekuju da ih se tretira i poštiva kao osobe s vlastitom autonomijom; oni mogu postavljati i neugodna pitanja zdravstvenim vlastima; oni mogu odlučivati o značajnim pitanjima kao što je njihovo zdravlje.

Kraj paternalizma? Paternalistički način pružanja zdravstvenih usluga, kakav u nas prevladava, samo pojačava pritiske i zahtjeve za zdravstvenom zaštitom, umjesto da podržava samostalnost. Prečesto se pacijenti tretiraju kao djeca kojima treba reći šta da rade, umjesto da se prema njima ophodimo kao odgovornim odraslim osobama koje su u stanju da upiju informacije i potom načine informirane izbore. Paternalizam potiče pasivnost i ovisnost, podriva samopouzdanje i razara sposobnost ljudi da svladavaju poteškoće. Mogu li danas zdravstveni radnici sagledati pacijente kao partnere i suproizvođače zdravlja?

Koncepti zadovoljstva i iskustva pacijenata. Ako naše napore na poboljšanju kvaliteta želimo da usmjerimo na potrebe i želje pacijenata, prvo moramo posmatrati događaje kroz optiku korisnika

zaštite – pacijenata i njegovih najbližih. Već godinama se ocjenjuje kvalitet mjerenjem zadovoljstva korisnika. Traženje mišljenja pacijenata može imati pozitivan utjecaj na percepciju koju pacijenti imaju o kvalitetu zdravstvene zaštite, a i menadžerima daju informacije korisne za strateško donošenje odluka. Međutim, mnoge ankete o zadovoljstvu pacijenata zdravstvenom zaštitom trpe od ozbiljnih metodoloških nedostataka i ne ciljaju na ono što zapravo pacijente zanima. Zadovoljstvo se sastoji i od kognitivne evaluacije i emocionalne reakcije na komponente pružanja usluga. Kao takvo, ono predstavlja subjektivnu percepciju pojedinca, koja je u uskoj vezi s njegovim očekivanjima. Mnogi pacijenti imaju mala očekivanja i često će reći da su zadovoljni, ali sistematičnije mjerenje njihovog iskustva koje se odnosi na izbor usluga, poštovanje i informacije je osjetljiviji indikator jačanja uloge pacijenata. Zbog toga postoji sve veće slaganje da je informativnije pitati pacijenta o tome kakva su bila njihova *iskustva* nego ih pitati da li su bili zadovoljni.

Kratak pregled Zakona o pravima, dužnostima i odgovornostima pacijenata

Zakon je usvojen u augustu 2010. godine („Službene novine Federacije BiH“, broj 40/10). Prema Zakonu, između ostalog, pacijenti treba da budu upoznati sa svojim pravima, dužnostima i odgovornostima; pacijentima su osigurane odgovarajuće i kvalitetne *informacije;* pacijent je *dobro obaviješten* o svojoj dijagnozi i terapiji i od njega se traži tzv. *informirani pristanak* na kliničke procedure; pacijentima su osigurane višesmjerne dobre *komunikacije*; organiziran je *sistem žalbi*, sugestija i pohvala; pacijenti se redovito *anketiraju* o zadovoljstvu uslugama i iskustvu u kontaktu sa zdravstvenom službom.

Zakon ima osam poglavlja i 83. člana. Poglavlja su: I Osnovne odredbe; II Principi; III Prava pacijenata; IV Obaveze i odgovornosti pacijenata; V Obezbjeđenje zaštite prava pacijenata u zdravstvenim ustanovama odnosno privatnim praksama; VI Zdravstveni savjeti u jedinici lokalne samouprave i ministarstvima zdravstva; VII Kaznene odredbe i VIII Prelazne i završne odredbe.

U poglavlju III Prava pacijenata regulišu se sljedeća prava:

1. dostupnost zdravstvene zaštite, uključujući i pravo na hitnu medicinsku pomoć;
2. informacije;
3. obaviještenost i učestvovanje u postupku liječenja;
4. slobodan izbor;
5. samoodlučivanje i pristanak na medicinski tretman ili odbijanje medicinskog tretmana, uključujući i zaštitu prava pacijenta koji nije sposoban dati pristanak;
6. povjerljivost informacija i privatnost;
7. tajnost podataka;
8. lično dostojanstvo;
9. sprečavanje i olakšavanje patnji i bola;
10. poštovanje pacijentovog vremena;
11. uvid u medicinsku dokumentaciju;
12. samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove;
13. pristanak / odbijanje obaviještenog pacijenta na medicinsko i naučno istraživanje;
14. preventivne mjere i informisanje o očuvanju zdravlja;
15. prigovor;

16. naknada štete;
17. prehrana u skladu sa svjetonazorom;
18. održavanje ličnih kontakata tokom hospitalizacije;
19. obavljanje vjerskih obreda.

Skrećemo pažnju na razlikovanje „infomacija“ i „obavještenja“. Informacije se odnose na na informacije o raspoloživim zdravstvenim uslugama, a obavještenja na samostalnog odlučivanja o liječenju i prava na učestvovanje u postupku liječenja. Član 9. Zakona dijeli sve informacije na: opšte informacije koje se odnose na zdravstvenu ustanovu, posebne informacije i pojedinačne lične informacije.

Pravo na obavještenje i na učestvovanje u postupku liječenja regulišu članovi 10, 11 i 12. Ovi članovi Zakona postavljaju pred doktora medicine i stomatologije veoma jasne ali i stroge odredbe šta treba reći pacijentu da bi mogao dati **„**informirani pristanak**“** na određenu medicinsku proceduru, ili je odbiti. Član 16. Zakona, pod nazivom Pravo na slobodan izbor, reguliše pitanja slobodnog izbora liječnika i slobodnosg izbora predloženih medicinskih postupaka i mjera, dok član 17. uređuje pravo da pacijent slobodno odlučuje o svemu što se tiče njegovog života i zdravlja, osim u slučajevima kada to direktno ugrožava život i zdravlje drugih osoba. Treći stav ovog člana kaže da se „bez pristanka pacijenta ne smije nad njim preduzeti nikakva medicinska mjera.“

U članu 48. Zakona i dalje uređuju se pitanja obaveza i odgovornosti pacijenata koje sa odnose na: lično zdravlje, druge korisnike zdravstvenih usluga, zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike koji obezbjeđuju i omogućuju zdravstvene usluge**, te** širu društvenu zajednicu.

Poglavlje V odnosi se na osiguranje zaštite prava pacijenata u zdravstvenim ustanovama. Članom 61. zakonodavac traži od zdravstvenih ustaanova formiranje komisije za prigovore pacijenata. U članu 63. Zakona kaže se da komisija za kvalitet i sigurnost zdravstvenih usluga može obavljati poslove i zadatke i u oblasti zaštite prava pacijenata, a saglasno opštim aktima zdravstvene ustanove. Član 64. reguliše pitanje izvještavanja nadležnog zdravstvenog savjeta i kantonalnog ministarstva zdravstva o zaprimljenim i riješenim prigovorima pacijenata, uključujući i uvezivanje podataka o prigovorima sa podacima o incidentima (nepovoljnim događajima) i sudskim postupcima.

Rješavanje žalbi korisnika zdravstvene zaštite

Definicija žalbe. Žalba je izraz nezadovoljstva koji zahtijeva odgovor. Međutim, pacijenti ne koriste uvijek riječ ‘žalba’ (ili ‘pritužba’ ili ‘prigovor’). Oni će svoje žalbe ponekad umotati pod nazivom ‘komentar’ ili ‘sugestije’ kako bi zvučale manje napadno. Za zdravstvenu ustanovu bitno je da prepoznaje takve ‘komentare’ kao žalbe i da s njima postupa na isti način kao sa naslovljenim žalbama. Naime, važno je prepoznati situacije nezadovoljstva pacijenta uslugama u odnosu na standarde, bez obzira kako će ih oni nazvati. Brzo rješavanje iskrslih problema prije nego što oni postanu istinske žalbe, može uštedjeti objema stranama vrijeme, novac i prateći stres. Zato u kategoriju žalbi treba uvrstiti svaki nedostatak ili neuspjeh da se zdravstvena usluga pruži po prihvaćenim standardima i to s gledišta korisnika.

Žalbe se mogu podijeliti u dvije kategorije: *neformalne* i *formalne*. Neformalna žalba, bez obzira da li je upućena telefonom ili verbalno, u ličnom kontaktu, može se pažljivim postupanjem riješiti brzo i efikasno. Formalna žalba ima formu pisma, faksa ili emaila, obično se odnosi na ozbiljne

probleme, na primjer, na nesavjesno liječenje i mora proći kroz formalni proces rješavanja. Nepažljivim postupanjem, nažalost, neformalna žalba može se lako pretvoriti u formalnu. Ako je, na primjer, više pacijenata skrenulo pažnju na neljubaznost portira u domu zdravlja ili bolnici, takvi komentari moraju se shvatiti krajnje ozbiljno. Korisnicima zaštite prečesto se ne pružaju informacije o otkazanim pregledima, zamjenama liječnika koji ih vode, dijagnostičkim pretragama kojima se podvrgavaju ili terapiji koju primaju. Na postavljena pitanja nerijetko dobivaju nejasne ili čak grube, arogantne odgovore. Takvo nezadovoljstvo pacijenta može eskalirati do žalbe. U obostranom interesu je umanjiti učinak žalbe i spor riješiti brzo i na osjetljiv način.

Zašto se korisnici zdravstvene zaštite žale? Zato što usluge ne zadovoljavaju njihova očekivanja. Ljudi žele da se njihova žalba sasluša i da se s njom u vezi nešto poduzelo. Prva stvar koju žele je izvinjenje, ili barem priznanje da je njihov protest opravdan. Druga stvar koju žele jest da se na temelju njihove žalbe nešto promijenilo, dakle, da oni ili drugi poslije njih ponovo ne dožive isto ili slično iskustvo. Većina ljudi se ne žali, pa zato onima koji se žale treba pristupiti krajnje ozbiljno. To je, zapravo, jedan od prvih motiva podnositelja žalbi: korisnici zaštite istinski žele da se ozbiljno shvate u njihovoj namjeri da im se pruži jasno i potpuno objašnjenje događaja na koji se žale i da im se u razumnom roku dâ potpun odgovor.

U jednom istraživanju iz 1993. godine, kombinirani odgovori sadrže sljedeće razloge za formalne žalbe:

Glavni razlozi za formiranje žalbe

Redni broj po važnosti	Razlozi za žalbe: korisnik traži...	Procenat
1.	da se spriječe slični incidenti u budućnosti	90
2.	da osoblje bude svjesno gdje griješi	80
3.	objašnjenje i informacije	74
4.	izvinjenje	49
5.	da se krivci za incident kazne	37
6.	tretman	26
7.	finansijsku naknadu	9

Iskustvo mnogih zdravstvenih profesionalaca i pravnika pokazuju da se većina pacijenata žali i spori zbog osjećaja frustriranosti. Ako ne dobiju odgovarajuće *objašnjenje* za neželjeni incident koji im se desio ili se desio njihovoj porodici, žalba i tužba su posljednje sredstvo. Za pacijente i porodicu, koja traži objašnjenje šta se desilo i dopunske informacije, najveći problem predstavljaju kvalitet tog objašnjenja i mogućnost da to shvate i zapamte. Pružanje informacija, kada stvari pođu po lošem, nije jednostavno, budući da se zdravstveni profesionalci plaše potencijalnog parničenja. U tom smislu, menadžment zdravstvene ustanove mora zauzeti jasan stav i slijediti politiku otvorenosti, čak i kada se može naslutiti tužba druge strane. Barem će na taj način broj tužbi, u čijem je središtu *izostanak objašnjenja*, značajno opasti.

Iskustva pokazuju da *problemi u komunikaciji* leže u pozadini većine žalbi i u dobrom dijelu sudskih slučajeva. Naime, pacijenti zdravstveni sistem sagledavaju u istom svjetlu kao i druge davaoce usluga,

s tom razlikom što zahtijevaju veću odgovornost u pružanju medicinskih usluga. Ovo naglašava potrebu da se zdravstveni profesionalci detaljnije obuče u pružanju preciznih informacija, da koriste napisane materijale, da nose bedževe na uniformama i da se predstave, kako bi pacijenti, koji imaju poteškoća u upamćivanju, bili u prilici da kasnije postavljaju dopunska pitanja.

Strah od podizanja tužbe značajno može omesti *upućivanje izvinjenja* za ono što je loše počinjeno. I ovdje, menadžment zdravstvene ustanove mora imati jasnu politiku: *izvinjenje nije prihvatanje odgovornosti*! Iskreno izvinjenje je dobro za obje strane – zdravstenog radnika i pacijenta, sve dok osoblje ne pokušava na svoju ruku iznositi hipoteze o uzrocima ili nekoga optužiti. Nažalost, skidanje vlastite odgovornosti ili ograđivanje od neželjenog događaja prečesto se u kliničkom miljeu postiže optužbama drugih. Izvinjenje mora biti iskreno. Umirujućem izvinjenju («ma, nije to ništa, sve će brzo proći...») pacijent neće povjerovati. Iskreno, ali neobavezujuće izvinjenje, naprimjer, «jako mi je žao što ste nezadovoljni našom uslugom» i odmah u nastavku: «kako mogu da Vam pomognem?», ne mora značiti da se slažete s izjavom pacijenta ili nekog od članova porodice, a značajno može prevenirati broj žalbi i potencijalnih parnica.

Porast broja žalbi ne mora označavati da je došlo do pogoršanja u kvalitetu pruženih usluga. Jednostavno, taj broj može biti rezultat porasta očekivanja korisnika zaštite, otvorenije organizacijske kulture koja potiče prijavljivanje i analizu žalbi i nepovoljnih događaja, pa se zato porast broja žalbi tek s velikim oprezom i u kombinaciji s drugim informacijama i indikatorima može koristiti u ocjeni izvedbe i kvaliteta neke zdravstvene ustanove. Naime, žalbe su samo jedan od elemenata koji se koristi u praćenju kliničke i menadžerske prakse da bi se rano utvrdile oblasti koje zabrinjavaju; žalbe su, zapravo, *upozoravajući znakovi*, često prisutni prije nego što je pacijent pretrpio značajne štete; drugi izvori informacija uključuju kliničke indikatore, incidente i rezultate kliničke revizije.

Žalbe su *izvor stresa* kako za one koji se žale, tako i za zdravstveno osoblje. Stoga je značajno da obje strane brzo postupaju, uključujući i *trenutno izvinjenje* za počinjenu neugodu ili štetu, što nije prihvatanje krivice zdravstvenog osoblja, već način da se ublaži stresna situacija; da se žalbe *pažljivo ispitaju* s ciljem da rezultat budu *stvarne promjene*, kao što je unapređenje politika, procedura ili procesa s ciljem poboljšanja zaštite, o čemu svakako treba *informisati korisnike*; da se na temelju žalbi poduzmu *preventivne akcije* kako se opravdane žalbe ne bi ponavljale; i da se iz žalbi izvuku *određene pouke* radi poboljšanja prakse. Žalbe, dakle, mogu biti *katalizator* za sistem poboljšanja kvaliteta i ukazati na *posebne potrebe* nekih grupa pacijenata, na primjer, djece ili starijih osoba.

Zašto graditi sistem žalbi i zašto nam je potrebno upravljanje žalbama? Na žalbe bi trebalo gledati krajnje pozitivno. One su zapravo 'blago', 'besplatne lekcije' kroz koje nam korisnici saopćavaju da nisu zadovoljni uslugama i gdje se mogu postići poboljšanja. Mnoge ustanove poduzimaju **3P pristup**: on uključuje praćenje **p**rimjedbi (komentara), **p**ohvala i **p**ritužbi i koriste njihove stope da bi poboljšali usluge. Dobro organiziran sistem žalbi zapravo će ojačati reputaciju ustanove i zaposlenog osoblja. Žalbe se mogu konstruktivno koristiti radi utvrđivanja oblasti rada za koje pacijenti izražavaju zabrinutost i tako predvidjeti potencijalno rizične oblasti, uvezujući žalbe s izvještajem o incidentima i pregledom medicinske dokumentacije radi poboljšanja u pružanju usluga i rane identifikacije potencijalnog nesavjesnog liječenja.

Dobro organiziran *sistem žalbi* na nivou ustanove trebalo bi da obuhvati sljedeće:

- pisanu politiku i procedure za žalbe;
- uputstva korisnicima za podnošenje žalbi;
- vodič za pacijente (prava, vođenje postupka, odgovori);
- educirano osoblje za upravljanje žalbama;
- edukaciju osoblja za postupanje po žalbama;
- klasifikaciju i analizu žalbi;
- izvještavanje i povezivanje sa drugim segmentima upravljanja kvalitetom;
- planove poboljšanja kvaliteta temeljene na dobivenim rezultatima**.**

Pisana politika i procedure treba da budu jednostave za korištenje, da promoviraju fer postupanje i umanjuju stres kako osoblja tako i korisnika zaštite. Pisane procedure treba da budu javno objavljene i svima dostupne; da daju priliku za istraživanje žalbe u najkraćem roku; doprinose ostvarenju zaštite usmjerene na pacijenta u okruženju u kome su komentari i sugestije dobrodošli; da postoji jasno definisan način upravljanja žalbama kao integralni dio procesa upravaljanja kvalitetom; da osiguravaju odgovor u razumnom vremenu.

Zdravstvena ustanova treba da obezbijedi *formu za žalbe*, odnosno standardizirani obrazac za žalbu sa sljedećim detaljima: naziv ustanove, naziv organizacione jedinice, prostor za opis dešavanja, datum, po izboru podnosioca: ime i prezime, adresa i broj telefona. Žalbu može podniejti punoljetan poslovno sposoban pacijent ili njegov zakonski zastupnik. Rok za podnošenje žalbe treba da bude sastavni dio vodiča za pacijente i procedure.
U *ispitivanje žalbe* treba da budu uključeni jedan zaposlenik koji je zadužen za upravljanje žalbama i osoblje uključeno u događaj ili koje može dati informacije o događaju.

Anketiranje pacijenata o zadovoljstvu i iskustvu uslugama

Traženje mišljenja pacijenata može imati pozitivan utjecaj na percepciju koju pacijenti imaju o kvalitetu zdravstvene zaštite, a i menadžerima daju informacije korisne za strateško donošenje odluka. Anketiranje pacijenata o zadovoljstvu pruženim uslugama u primarnoj zaštiti vrijedno je sredstvo za identifikaciju oblasti koje iziskuju poboljšanja. Korištenje upitnika pokazuje da vaša zdravstvena ustanova vodi računa o kvalitetu i sigurnosti zaštite koju pruža i da proaktivno traži načine kako da unaprijedi svoje usluge. Izvlačenje tačnih i mjerljivih podataka iz anketnog upitnika može unaprijediti kvalitet zaštite iz perspektive pacijenata. Osim toga, primjena anketnih upitnika govori pacijentima da uvažavate njihova mišljenja i stavova koje želite razmotriti i eventualno ugraditi u vaše sisteme pružanja usluga i kvaliteta. Anketni upitnik radi mjerenja stepena zadovoljstva korisnika može, na primjer, obuhvatiti sljedeće aspekte zaštite:

- vrijeme čekanja na uslugu
- čekaonica i procedure koje se odnose na higijenu i čistoću prostorija
- komunikacija s liječnikom i medicinskim sestrama
- ljubaznost osoblja i posvećenost pacijentima
- lakoća kojom se dobija zakazani pregled i uputnice
- fizički pristup objektu i parking
- prijedlozi za nove usluge.

Najvažnije je pokriti tri ključne oblasti za pacijente: (1) pristup zaštiti; (2) kvalitet zaštite; i (3) ljubaznost osoblja. Prilikom sastavljanja upitnika treba pažljivo birati riječi; izjave moraju biti dovoljno kratke, jasne, nedvosmislene i fokusirane. Umjesto pitanja "Kako ocjenjujete naše osoblje?" ili dva pitanja u jednom: "Kako ocjenjujete ljubaznost i efikasnost sestre na recepciji?", bolje je pitanja formulisati na sljedeći način: "Kako ocjenjujete pomoć koju pruža medicinska sestra na recepciji?"

Anketni upitnici obično koriste 4 do 5-stepenu Likertovu skalu, od "potpuno se slažem" do "uopšte se ne slažem" ili od "izvrsno" do "jako loše". Pritom je važno održati konzistenost u cijelom upitnika, ne miješajući 4 i 5-stepene odgovore.

Kao što je već naglašeno, mnogi smatraju da je ispitivanje iskustva pacijenata mnogo vrednije od ispitivanja zadovoljstva. Pitanja za ispitivanje iskustva izbjegavaju vrednosna prosuđivanja i učinke očekivanja, npr. sljedeća pitanja iskustva: "da li ste mogli zakazati pregled unutar dva radna dana?" i "Koliko dugo ste čekali na pregled liječnika?" Slična pitanja pri ispitivanju zadovoljstvo su često subjektivna i nisu uvijek specifična, npr. "Koliko ste zadovoljni sa našim sistemom zakazivanja pregleda?" i "Kako ocjenjujete vašeg doktora u pogledu pažnje koju obraća na vaše probleme?"

SIGURNOST PACIJENTA I UPRAVLJANJE RIZIKOM

Uvod

Problem nepovoljnih događaja i medicinskih grešaka u zdravstvenoj zaštiti nije nov. Studije iz ranih 50. i 60. godina izvještavale su o nepovoljnim događajima, ali je ta materija dugo bila zanemarivana. Korpus znanja širi se *Harvard Medical Practice* studijom iz 1991. godine. Potom istraživanja u Australiji, V. Britaniji i S. Irskoj to potvrđuju a naročito publikacija 1999. *To err is human: building a safer health system* koju je izdao IOM u Americi. Danas, mnoge zemlje gledaju sve ozbiljnije na ovaj problem.

Raspon nepovoljnih događaja kreće se od **3,2 do 16,6%** (u prosjeku 9-11%) svih hospitaliziranih pacijenata. Pola tih događaja moglo se prevenirati, a jedna trećina su doveli do ozbiljnih šteta čak i smrtnih ishoda. Velika Britanija objavila je 2000 god. izvještaj *An organization with a memory, a 2001. Building a safer NHS* u kojima procjenjuje da se nepovoljni događaji javljaju u oko 10% bolničkih prijema ili oko 850.000 nepovoljnih događaja svake godine i oko 44.000 smrtnih ishoda od kojih se polovica mogla spriječiti. Svaki deseti pacijent u evropskim bolnicama pretrpi neku štetu i nepovoljan događaj koji je povezan s njegom u bolnicama.

Učinici oštećenja pacijenata su ogromni. Oni emocionalno i fizički devastiraju pacijente i njihove familije; incidenti su stresni za osoblje, dok se članovi radnih timova demoraliziraju i postaju nezadovoljni.

Finansijski gubici su također ogromni. Procjenjuje se da produžene hospitalizacije zbog nepovoljnih događaja koštaju V. Britaniju oko 400 miliona funti godišnje bez potencijalnih troškova parničenja koji iznose oko 2.400 miliona funti za postojeća i potencijalna parničenja. Samo intrahospitalne infekcije koštaju oko 1000 miliona funti svake godine. Ukupni gubici u SAD, uključujući gubitak prihoda, invaliditet i medicinske troškove, procjenjuju se na 17.000 – 29.000 miliona $ godišnje. U razdoblju 2004/06 u Medicare sistemu bilo je 238 337 smrtnih slučajeva zbog incidentnih situacija i troškovi su iznosili oko 8,8 miiona $. Od tih slučajeva, izračunato je da se 238 337 potencijalno moglo prevenirati. Također je uočeno da pacijenti koji dožive incident imaju 20% veću šansu da umru. Novija istraživanja u primarnoj zaštiti u Velikoj Britaniji pokazuju da se na 100.000 pregleda javlja 5 – 80 medicinskih grešaka od kojih većina dovodi do šteta po pacijente i porasta zdravstvenih troškova. Troškovi se mogu podijeliti na direktne i indirektne. **Direktni troškovi** odnose se na ponovljene usluge, produženo liječenje i otklanjanje štetnih posljedica. **Indirektni troškovi** odnose se na troškove gubitka povjerenja pacijenata u sistem, trošak zdravstvenih profesionalaca vezan za gubitak morala i frustracije jer ne mogu pružiti najbolju moguću uslugu, trošak poslodavaca i društva vezan za gubitak produktivnosti, izostanak iz škole/ s posla i niži nivo zdravstvenog stanja populacije.

Najbolji način da se greške reduciraju jeste da se naciljaju **nedostaci sistema** (rutine, procedure, organizacija) a ne da se optužuju pojedinci. Zato je bitno razbiti dva mita: **Mit o savršenosti** – ako se ljudi dovoljno trude, greška se ne može dogoditi; i drugi **mit o kažnjavanju** – ako kaznimo ljude koji čine greške, oni ih neće više činiti ili će ih manje počiniti.

Zdravstveni sistem je visoko rizičan sistem i uvijek uključuje rizike. Ali se ti rizici mogu reducirati analizom prethodnih incidenata (proaktivnim djelovanjem). Za to je potrebna kultura otvorenosti, poštenja, neoptuživanja (kultura sigurnosti); jasne linije odgovornosti, jačanje funkcija upravljanja rizikom i metoda poboljšanja kvaliteta.

U V. Britaniji je ustrojen Nacionalni sistem za izvještavanje i učenje iz nepovoljnih događaja. Šta se preporučuje?

Izgradnja kulture sigurnosti. Uobičajeno se dešava nankon incidenta da se čovjek suspendira a da se ne ispituju i analiziraju korijeni incidenta. To je promoviralo nespremnost osoblja da saopštava o incidentima. Zato treba jasno ustrojiti politike o isljeđivanju incidenta i kako se daje podrške pacijentima, porodici i osoblju. Politika treba da opiše uloge osoblja i odgovornosti kada stvari pođu po lošem.

Aktivnosti u upravljanju rizikom. Lokalni sistemi upravljanja rizikom dizajniraju se da pomognu zdravstvenim organizacijama da upravljaju efikasno rizikom i smanje šanse za pojavu nepovoljnih događaja. Sigurnost pacijenta je ključna komponenta upravljanja rizikom i treba je integrirati sa sigurnošću osoblja, upravljanjem žalbama, parničenjem i procjenom finansijskog i okolišnog rizika. Postoje **klinički** i **neklinički** rizici s odgovarajućim indikatorima izvedbe koje treba monitorirati. Sistem izvještavanja generira informacije i omogućuje **proaktivnu procjenu rizika**.

Izvještavanje. Zdravstveni sistem treba da ima centralizirani sistem za prikupljanje podataka o incidentima. Tako se mogu analizirati **vrste, učestalost i težina** incidenata i koristiti te informacije za učenje i poboljšanje sistema i kliničke zaštite. Organizacijha treba da razvije politiku koja će ohrabriti i podržati osoblje da prijavljuje incidente. Izvještava se o tri vrste incidenata:

- Koji su se desili
- Koji su se preduhitrili (*near mises*)
- Koji su se mogli desiti

Pacijenti. Istraživanja pokazuju da pacijenti prihvataju loše vijesti ako su im saopćene na vrijeme, potpuno i s uvažavanjem. Pacijenti očekuju častan odnos medicinskih timova prema njima a ta otvorenost minimizira i ublažava traumu koju oni imaju i osjećaju. Pacijenti kojima se osoblje nije izvinilo ili objasnilo šta se desilo, vjerovatnije će se žaliti i tražiti finansijsku naknadu. Organizacija treba imati politiku o otkrivanju nepovoljnih događaja pacijentima koji mogu dovesti do šteta ili smrtnog ishoda.

Učenje. Najvažnija je *Root Cause Analysis* (RCA) kojim se pregledava incident (šta se desilo, kako i zašto se nešto desilo). Nakon toga slijedi brza preporuka za rješenje i reduciranje šansi za isti događaj u budućnosti. Politika opisuje kriterija kada treba poduzeti RCA.

Implementacija rješenja. Lokalni akcioni plan nakon nepovoljnog događaja mora se provesti kroz cijelu organizaciju koja tada aktivno uči («organizacija koja uči»). Utjecaj tog učenja mjeri se u vremenu kao dio osiguranja i poboljšanja kvaliteta. S rezultatima se upoznaje sve osoblje. Nakon toga se sistem, procesi, rutine, organizacija, edukacija, trening redizajniraju da bi sistem kao cjelina bio sigurniji. Poslije toga se mjeri utjecaj redizajniranog sistema i prati trend istih grešaka.

Koncept sigurnosti pacijenta

Definicije

Sigurnost je ocjena prihvatljivosti rizika – kliničkih i nekliničkih.

Sigurnost zdravstvenih usluga je sveukupni kapacitet zdravstvene ustanove da mjeri i sprječava pojavu nepovoljnih događaja i medicinskih grešaka koje su u vezi sa pružanjem zdravstvenih usluga.

Sigurnost pacijenta su sve aktivnosti koje poduzimaju zdravstvena ustanova i medicinsko osoblje da bi zaštitili pacijenta od šteta koje mogu nastati pružanjem zdravstvenih usluga.

Mjerenje sigurnosti i odgovornost za sigurnost pacijenata

Sigurnost pacijenata može se mjeriti. Najbolji načini su: procjena, analiza i kontrola rizika (fokus na rizične procese); rutinsko praćenje *indikatora sigurnosti;* analiza žalbi i tužbi; analiza izvještavanja o incidentima; povremeni vanjski kolegijalni pregledi radi razmjene dobre prakse i učenja iz iskustava drugih i primjna metoda vanjske ocjene (zakonom propisana inspekcija, akreditacija i sertifikcija).

Sigurnost pacijenta je odgovornost svih koji su uključeni u zdravstvenu zaštitu: zdravstvenog osoblja, menadžmenta, administrativnog osoblja i pacijenata. Razumijevanje problema prvi je korak ka poboljšanju sigurnosti pacijenata. Tamo gdje se medicinska greška vidi kao prilika za učenje i poboljšanje – a ne kažnjavanje – pacijenti su na dobitku!

Aktivno uključivanje pacijenata može značajno umanjiti incidencu medicinskih grešaka i nepovoljnih događaja. Obaviješteni pacijenti znaju šta mogu očekivati od standarda kvaliteta i mogu provjeriti odgovarajuću izvedbu u odnosu na standarde i kriterije. Medicinske greške česte su u oblasti propisivanja lijekova a to se može reducirati aktivnijim angažmanom pacijenata u vlastitom liječenju. Pacijenti mogu značajno doprinijeti boljem dizajnu informativnih letaka i pakovanja lijekova. Informirani pacijenti mogu tražiti da provjere zabilješke u istorijama bolesti i zdravstvenim kartonima, uključujući provjeru uputnica i rezultata pretraga. Štoviše, britanski zdravstveni sistem planira da pacijentima ponudi elektronski pristup preko Interneta u njihovu medicinsku dokumentaciju.

Sigurnost zdravstvene zaštite je kičma kvalitetne zaštite: europske preporuke

Koliko europski zdravstveni sistemi polažu na sigurnost pacijenata i upravljanje rizikom najbolje se vidi iz dokumenta *Preporuke Rec(2006)7 Komiteta Ministara zemljama članicama o menadžmentu sigurnosti pacijenta i prevenciji nepovoljnih događaja u zdravstvenoj zaštiti.* Glavne preporuke ministarstvima zdravstva mogu se sažeti na ovaj način:

Sigurnost pacijenta mora biti **ugaoni kamen svih relevantnih zdravstvenih politika**, posebno politika za poboljšanje kvaliteta;

Treba razviti koherentan i sveobuhvatan **okvir za politiku sigurnosti pacijenta** koji promovira **kulturu sigurnosti** na svim nivoima zdravstvene zaštite; zagovara **proaktivan i preventivni pristup** u oblikovanju zdravstvenih sistema za sigurnost pacijenta; sigurnost pacijenta postavlja kao **prioritet** za upravljanje i rukovođenje u zdravstvenim organizacijama; naglašava **značaj učenja iz incidenata** koji narušavaju sigurnost pacijenta; promovira razvoj **sistema izvještavanja o incidentima** koji narušavaju sigurnost pacijenta s ciljem da se ojača sigurnost pacijenta izvlačanjem pouka iz takvih incidenata.

Sistem također treba da omogući razvoj pouzdanih i validnih **indikatora sigurnosti** pacijenta za različite zdravstvene ustanove i organizacije koji se mogu koristiti radi utvrđivanja problema sigurnosti, evaluacije učinkovitosti intervencija kojima se nastoji poboljšati sigurnost i radi međunarodnih poređenja.

Definicije rizika

Rizik je vjerovatnoća ili mogućnost da se desi nešto opasno, da dođe do gubitka, povrede, ili nekih drugih nepovoljnih posljedica. Postoji više vrsta rizika u zdravstvenoj ustanovi:

- Rizik od povrede (osoblja, pacijenata ili šire zajednice)
- Finansijski rizik
- Rizik od gubitka ugleda
- Rizik od tužbi
- Rizik po kvalitet usluga koje se pružaju
- Rizik po okolinu

Opasnost (*Hazard*) je bilo koja prijetnja sigurnosti pacijenta, kao što je nesigurno izvođenje procedure, loše upravljanje, neispravna oprema, pogrešno etiketiranje, pogrešno označavanje naziva lijeka i sl.

Incident je dešavanje ili događaj koji nije u skladu sa normalnim procedurama ili koji prouzrokuje krizu. Incident je nešto izvan redovnog ili nešto neočekivano ili za što postoji vjerovatnoća da će privući pažnju javnosti ili medija.

Nepovoljni događaj (*Adverse event*) je bilo koji događaj ili okolnost, koja nastaje za vrijeme pružanja zdravstvene usluge ili u vezi s njom i koja je prouzrokovala nenamjernu ili neočekivanu povredu, gubitak ili štetu.

Šteta (*Harm*) je fizička ili psihička povreda, bolest, patnja, nesposobnost ili smrt koja nastaje medicinskom intervencijom. Uzima se u obzir ukoliko je neočekivana i nije vezana za prirodu pacijentovog oboljenja i prateće uslove

Upravljanje rizikom (*Risk management*) je disciplina čiji je cilj smanjenje na minimum nepovoljnih efekata nekog gubitka po ljudske, fizičke i finansijske resurse.

Upravljanje rizikom u zdravstvenoj zaštiti je pažljivo planiranje, identifikacija, analiza i ekonomska kontrola onih rizika koji su nerazdvojni od pružanja zdravstvenih usluga (klinički rizici) i okruženja u kojem se provodi zdravstvena zaštita (neklinički rizici).

Proaktivno upravljanje rizikom utvrđuje rizike koji postoje; vrši procjenu tih rizika radi moguće učestalosti, vjerovatnoće i ozbiljnosti; eliminiše rizike koji se mogu eliminisati; smanjuje efekat onih rizika koji ne mogu biti eliminisani; i uspostavlja finansijske mehanizme kako bi se apsorbovale finansijske posljedice rizika koji preostaju.

Svrha i ciljevi upravljanja rizikom

Upravljanje rizikom unutar organizacije bi trebalo priznati kao sastavni dio dobrog menadžmenta, što bi trebalo postati dijelom organizacijske kulture ili atačnije – kulture sigurnosti. Trebalo bi ga uključiti u filozofiju organizacije, u njenu praksu, planove poslovanja, a ne gledati na upravljanje rizikom kao na odvojeni program. Kad se to postigne, o riziku vode računa svi u organizaciji.

Ciljevi upravljanja rizikom su zaštititi korisnike zdravstvenih usluga sprečavanjem nastanka grešaka i osiguravanjem da se, kad dođe do greške, poduzmu koraci na njenom rješavanju s minimalnim nepovoljnim posljedicama.

Principi upravljanja rizikom

Četiri ključna elementa su:

- Identifikacija i procjena rizika;
- Analiza rizika;
- Kontrola rizika;
- Finansiranje rizika; i
- Izvještavanje o rizicima i incidentima.

Uloga izvještavanja u poboljšanju sigurnosti:

1) Učenje iz iskustva: Prijavljivanje samo po sebi ne poboljšava sigurnost; rezultat mora biti jasan i koristan odgovor; odgovor na prijavu vodi ka promjeni procesa, ponašanja i sistema.

2) Metode učenja iz prijavljivanja incidenata: Uopštavanje upozorenja koja se odnose na nove i značajne opasnosti (npr. nuspojave kod novog lijeka); širenje informacija o naučenim lekcijama kroz analizu incidentnih situacija; analize koje vrše ovlaštene institucije mogu ukazati na neprepoznate trendove i opasnosti koje zahtijevaju pažnju; analize izvještaja više ustanova mogu voditi ka prepoznavanju sistemskih grešaka i uopštavanju preporuka za bolju praksu.

3) Upozorenja: Čak i mali broj prijava obezbjeđuje dovoljno podataka analitičarima da prepoznaju nove opasnosti i sačine opšta upozorenja.

4) Istraživanje incidentnih situacija: Istraga radi utvrđivanja uzroka i faktora koji su doprinjeli nastanku incidentne situacije; vanjski autoriteti mogu voditi nezavisne istrage; sistematična analiza će voditi ka sugerisanju mogućnosti za ispravke manjkave prakse.

Šta se može prijaviti?

- Vađenje pogrešnog zuba
- Dugo krvarenje nakon vađenja zuba
- Vakcinisanje djeteta bez pristanka roditelja na propisanom obrascu
- Neočekivana smrt pacijenta prilikom intervencije
- Anafilaktički šok za vrijeme vakcinacije
- Pogrešna dijagnoza, neopravdano dug protok vremena do uspostave dijagnoze
- Propisivanje pogrešnog lijeka
- Pogrešno produžena terapija
- Propisivanje lijeka za koji postoje utvrđene kontraindikacije
- Neopravdano dugo odgađanje tretmana

- Radiološki incidenti (izgubljeni snimci i nalazi, neplanirano ponovno snimanje pogrešna dijagnoza, reakcija na kontrastna sredstva)
- Nuspojava lijeka
- Nedostupnost zdravstvene dokumentacije u toku pregleda ili intervencije
- Nepovoljni događaji u laboratoriji (izgubljeni uzorci, izgubljeni nalazi, zamjena uzoraka/ nalaza, dijagnostičko neslaganje)
- Nepravilno funkcionisanje opreme
- Pogrešna primjena lijeka koja je u posljednjem trenutku uočena i spriječena.

Kontrola infekcije

Svi članovi tima porodične medicine dužni su da razumiju i vrše svoje uloge u vezi sa kontrolom infekcije. Pritom je važno da ambulanta porodične medicine ima politiku i procedure za kontrolu infekcije kako bi se obezbijediio siguran ambijent za obavljanje dobre prakse (Politike i procedure mogu se pronaći na sajtu Agencije u dokumentu Modei procedura i protokola o saradnji - za zdravstvene usluge naklonjene mladima).

NICE (Velika Britanija) je objavio 2003. godine klinički vodič zasnovan na dokazima o kontroli infekcije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosno zdravstvenoj zaštiti u lokalnoj zajednici. Preporuke su podijeljene u četiri sekcije koje pokrivaju četiri različite intervencije:

- higijena ruku;
- korištenje lične zaštitne opreme
- sigurno korištenje i odlaganje oštrih predmeta
- edukacija pacijenata, njihovih njegovatelja i zdravstvenog osoblja.

Za potrebe porodične medicine, smatramo da je važna i njega pacijenata sa dugotrajno plasiranim urinarnim kateterom.

DOBRA PROPISIVAČKA PRAKSA KAO JEDAN OD USLOVA ZA KVALITETNU PRIMARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Uvod

Iracionalno propisivanje lijekova je svjetski fenomen i značajan uzročni faktor pada u kvalitetu pružanja usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Obuhvata polifarmaciju, korištenje lijekova koji nemaju uticaja na postavljenu dijagnozu, korištenje lijekova koji su neopravdano skupi, neodgovarajuće propisivanje antibiotika, poddoziranje lijekova ili prekratko ili predugo korištenje lijekova. Ako se tome doda nekontrolisana kupovina lijekova u apotekama i na crnom tržištu ili internetu, nedostatak ili neprovođenje zakonske regulative, manjak inspekcijskih službi, nedostatak kliničkih vodiča u mnogim medicinskim oblastima, veliki uticaj predstavnika farmaceutskih kuća na izbor terapije, onda se slika iracionalnog propisivanja lijekova još više usložnjava. Drugi doprinoseći faktori su povećan broj lijekova u prometu, što komplikuje ispravan izbor; rastuća svijest korisnika zaštite o raspoloživosti i dostupnosti određenih lijekova u svijetu („globalno selo“) i o njihovim pravima.
Edukacijske intervencije često nisu dovoljne. Adekvatno znanje o racionalnom propisivanju lijekova ne rezultira uvijek u racionalnom ponašanju liječnika. Stoga nam je potrebno mnogo informacija i indikatora o lošoj propisivačkoj praksi kako bismo mogli ispraviti uočene nedostatke i poboljšati kvalitet zaštite . International Network for Rational Use of drugs (www.inrud.org) zajedno sa SZO (1993) razvili su 12 kvantitativnih indikatora radi mjerenja ključnih aspekata propisivanja lijekova. Ovi indikatori koje također preporučuje UNICEF predstavljeni su u sljedećem okviru:

Indikatori propisivačke prakse

1. ***prosječan broj propisanih lijekova po posjeti***
2. ***procenat propisanih generičkih lijekova***
3. ***procenat posjeta pri kojima je propisan antibiotik***
4. ***procenat posjeta sa propisanom injekcionom terapijom***
5. ***procenat lijekova koji je propisan sa esencijalne liste***

Drugi indikatori odnose se na pacijenta i zdravstvenu ustanovu

Drugi značajan zahtjev u analizi propisivačke prakse jesu standardi. Šta je racionalno propisivaje lijekova? Koliko odstupanja je prihvatljivo?

Prema uobičajenoj definiciji, racionalno propisivanje lijekova je propisivanje pravog lijeka u odgovarajućoj dozi, dovoljno dugo za odgovarajuće kliničko stanje i po najnižoj mogućoj cijeni koštanja. Danas su propisivački standardi usvojeni klinički vodiči, protokoli i klinički putevi. Odstupanja, kao izraz kliničke slobode, uvijek su dopuštena prema datim okolnostima, ali uz adekvatno dokumentirano obrazloženje zašto se odstupilo od standardne terapijske prakse. Standardi (klinički vodiči, klinički putevi) su i poredbena osnova za klinički audit, odnosno evaluaciju propisivačke prakse prema odabranim kriterijima (dijagnoza, sindrom, stanje, terapija, hemoprofilaksa, odabrani lijek, doza, dužina tretmana, nuspojave lijeka i sl.).

Propisivanje lijekova nije lagan zadatak i traži: dobre dijagnostičke vještine; poznavanje raspoloživih lijekova; razumijevanje principa kliničke farmakologije; komunikacijske vještine i dobru procjenu

neizvjesnosti i rizika. Liječnici rade u različitim okruženjima, uslovima i okolnostima i često bez sigurnih dokaza, pa uopšte nije čudno da je racionalno propisivanje lijekova više zahtjev i apel a manje stvarno stanje bilo gdje u svijetu. Pritom bi racionalno propisivanje lijekova trebalo da uveća kliničku učinkovitost, reducira na minimum štete po pacijenta, izbjegne rasipanje oskudnih zdravstvenih resursa, poštiva prava i izbore pacijenta, bude u skladu sa profesionalnim standardima uz dopuštenu kliničku slobodu, itd.

Glavni razlozi za iracionalno korištenje lijekova

Nedostatak pravih informacija koje neće biti pristrane može predstavljati veliki problem za doktore koji su stalno „bombardovani" najnovijim informacijama o najnovijim lijekovima od strane predstavnika farmaceutskih tvrtki. Ako, uz to, doktori nisu prošli odgovarajuću obuku iz racionalnog propisivanja lijekova, oni će biti jako podložni vanjskim uticajima, posebno ako im se nude lukrativni promotivni programi za određene lijekove ili „odgovarajuće" propisivanje lijekova.

Dijagnostička neizvjesnost koja dovoljno dugo traje provocira empirijsku terapiju ili terapiju „ex iuvantibus" koje, naravno, mogu biti neracionalne ili pogrešne. Doktori u udaljenim ruralnim područjima mogu biti u osobito teškom položaju, ali to ne opravdava njihovu čestu polifarmaciju.

Na pritiske od strane pacijenata uvijek treba računati, ali i znati kad ne treba zadovoljiti pacijentova očekivanja u pogledu neke terapije (antibiotik za virusnu upalu grla, ili lijek za svaki simptom ponaosob, na primjer).

Preveliki ali i nedovoljni izbori također otežavaju racionalnu terapiju, osobito ako ne postoji odgovarajuća zakonska regulativa. Previše restrikcija u propisivanju lijekova (ograničen broj recepata, na primjer) može biti uzrokom izostanka adekvatnog terapijskog pristupa.

Lično iskustvo liječnika s nekim „uspješnim" lijekovima igra također važnu ulogu. Tome treba dodati i ugledanje na iskusnije kolege koji često određuju obrazac ponašanja u ambulantama. Međutim, to iskustvo može biti fundirano na pogrešnim zaključcima. Zato se bolje osloniti na rezultate medicine zasnovane na dokazima.

Koraci u unapređenju racionalnog propisivanja lijekova

1. korak: utvrditi problem pacijenta na temelju simptoma i znakova i prepoznati trenutak za akciju.

2. korak postaviti dijagnozu i utvrditi osnovne uzročne i motivirajuće faktore, kao i komorbidne dijagnoze.

3. korak: izlistati moguće intervencije ili tretmane (lijek ili bez lijeka? Konzervativni tretman ili hirurgija? Savjetovanje ili fizikalna terapija?). Lijek odabrati na temelju njegove efikasnosti, sigurnosti i cijene, vodeći računa o interakcijama lijekova i grupi visokorizičnih pacijenata.

4. korak: prognoza primarne i sekundarnih dijagnoza utiče na racionalne terapijske izbore. Na primjer, sekundarna dijagnoza s lošom prognozom (rak pluća), jako ograničava koristi tretmana primarne dijagnoze (npr. hiperholesterolemija). S druge strane, izvrsna prognoza gripe kod mlađeg čovjeka ograničava primjenu potencijalno korisne antiviralne terapije.

5. korak je postavljanje terapijskog cilja. Šta je naš cilj? Izlječenje pacijenta (na primjer, pnemonija); ublažavanje simptoma bez etiološkog djelovanja (dijareja, glavobolja, karcinomska bol); terapija

dvije različite bolesti (upalna bolest crijeva i artritis); dugotrajna prevencija (hipertenzija, osteoporoza); nadomjesna terapija (hipotireoidizam); uvrštavanje pacijenta u ispitivanje novog lijeka.

6. korak: liječenje započeti s pisanjem tačnog, čitljivog i kompletnog recepta, tj. naziva lijeka, forme lijeka, doze, plana dnevnog doziranja i ukupnog trajanja tretmana.

7. korak: informisati ili upozoriti pacijenta u pogledu mogućih nuspojava lijeka, dnevnog rasporeda uzimanja lijeka i opasnostima odnosno rizicima naglog prekida terapije.

8. korak: pratiti efekat liječenja u rješavanju problema pacijenta. Monitoring može biti pasivan – pacijent saopštava o efektima liječenja, i aktivan – prilikom kontrolnih pregleda liječnik objektivno utvrđuje učinak lijeka.

Ovi koraci su pojednostavljena shema racionalnog propisivanja lijekova. Liječnik, uz navedeno, mora voditi račun i o individualnom doziranju lijeka (prema dobi i podnošljivosti lijeka), farmakokinetici, farmakodinamici, troškovima (individualnim i društvenim), prethodnim reakcijama na odabrani lijek, ili mogućnostima potencijalnih šteta, na primjer, betablokatori za anginu mogu biti nepoželjni kod pacijenata sa perifernim vaskularnim poremećajem ili astmom, ali poželjni kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom; mnogi lijekovi u starijem životnom dobu imaju nepoželjne efekte (antiholinergici, depresanti CNS-a, vazoaktivni lijekovi, antibiotici, itd.), pa se zahtijeva redukcija doziranja; liječnik taakođer mora voditi računa o interakcijama lijekova, ali i interakcijama lijeka i alkohola, lijeka i pušenja, lijeka i hrane, lijeka i izlaganja suncu i sl. Posebno treba voditi računa o rizičnim grupama pacijenata, s dijagnozom renalne i hepatalne insuficijencije i žena u trudnoći i za vrijeme laktacije, te o djeci, alergijama na lijekove u anamnezi i prustva sekundarnih dijagnoza i druge medikacije. O svemu tome i dobroj propisivačkoj praksi možete naći mnogo korisnih informacija u terapijskom vodiču – Dobra praksa propisivanja i izdavanja lijekova. Ministarstvo zdravstva kantona Sarajevo, novembar 2011. god.

5

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 5

Komunikacije vještine
Suština odnosa doktor medicine/medicinska sestra-tehničar/pacijent

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
9:00-10:15	Komunikacija i tehnike komunikacije Vještina slušanja	Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da: • definirati komunikaciju • navesti različite načine komunikacije • prepoznati važnost ne-verbalne komunikacije • diskutirati o SOFTEN tehnici • spoznati važnost vještine pažljivog slušanja i greškama koje se mogu javiti pri slušanju • diskutirati o BATHE tehnici	Predavanje i diskusija
10:15-10:45	Uzimanje istorije: Intervjuisanje pacijenta	• opisati komponente efikasnog intervjua • identifikovati izvore podataka • opisati tehnike intervjuisanja • opisati okruženje koje podstiče vođenje uspješnog intervjua • diskutovati o komponentama uzimanja medicinske istorije	Predavanje i diskusija
10:45-11:00 PAUZA			
11:00-12:00	Medicina usmjerena na pacijenta Pacijentu orjentisan klinički metod	• Na kraju ove sesije učesnici će moći da: • Identifikuju kako se pacijentu orjentisan klinički metod razlikuje od tradicionalnog biomedicinskog modela • Razlikuju bolesti i bolesnosti • Znati nabrojati 6 interaktivnih komponenti pacijentu orjentiranog kliničkog modela	Predavanje i diskusija
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-14:00	Odnos ljekar-pacijent-medicinski tehničar Pravo pacijenta da zna ili ne zna	• opisati ulogu svakog člana tima porodične/obiteljske medicine • naučiti listu provjere prilikom posjete ljekaru • naučiti prava pacijenta na informaciju	Predavanje i diskusija
14:00-15:30	Težak –problematičan pacijent	• razgovarati o tipovima pacijenata koji su teški u radu na recepciji i u kliničkom okruženju • demonstrirati kako raditi s pacijentima imajući iskustva o teškim situacijama	Predavanje i demonstracija Grupna diskusija

KOMUNIKACIJA

Pripremile: Azijada Beganlić i Meliha Hrustić

Komunikacija je prenošenje poruka od pošiljaoca do primaoca.
Latinska riječ «communicare» znači «učiniti zajedničkim» ili «učiniti općim». Prema tome, komunikacija bi bila «aktivnost stvaranja zajedničkog» ili «aktivnoststvaranja zajednice». Zbog toga je komunikacija temelj socijalne interakcije, odnosno međuljudskih odnosa. **Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija** (međuodnos, međudjelovanje, međubivanje). Kad osobe nisu fizičkoj blizini ne moraju nužno, ali mogu ostvariti interakciju i komunikaciju npr. putem telefona ili kopmpjutera. No, čim se dvije osobe nađu u relativnoj blizini interakcija se odvija, bez obzira imju li te osobe ili nemaju namjeru ostvarivanja kontakta i razmjene poruka. Kad su osobe u relativnoj blizini, već se nalaze u određenom odnosu i u situaciji da mogu razmjenivati poruke. Čim postoji interakcija, nije moguće izbjeći komunikaciju. Interakcija i komunikacija odvijaju se čak i kada se čini da osobe nisu zainteresovane ili izbjegavaju interakciju. Odbijanje ili izbjegavanje interakcije predstavlja poruku: «ne želim s tobom kontaktirati, komunicirati, razgovarati, imati posla. »Dakle, komunikacija se ostvaruje i kad mislimo da uopće ne komuniciramo, kad mislimo da nema komunikacije. To što između nekih osoba «nema komunikacije» najčešće zapravo znači da njihova komunikacija nije dobra, odgovarajuća, uspješna, a ne da uopće ne postoji. Prema jednoj od definicija **«komunikacija je složeni i dinamički proces u kojem ljudi šalju i primaju verbalne i neverbalne poruke da bi razumjeli i da bi njih razumjeli»** (Hargie 1994). Komunikacija ima različite svrhe ili uloge. To su npr.:

- primanje i davanje obavjesti
- rješavanje problema
- donošenje odluka-zadovoljavanje potreba: za pripadanjem, užitkom, bijeg od drugih aktivnosti, odmor,
- kontrola nad drugim ljudima.

Zašto je važna dobra komunikacija?

Dobra konmunikacija je važna da bismo bolje brinuli o klijentima! Dokazano je da stručne osobe koje dobro komuniciraju sa svojim klijentima:

- tačnije i sveobuhvatljivije određuju roblem; dobre komunikacijske vještine omogućuju stručnoj osobi da prikupi cjelovite, važne i tačne podatke o problemu klijenta;
- bolje zamjećuju emocijonalnu nelagodu klijenta;
- imaju klijente koji su zadovoljni primjenom skrbi i manje su tjeskobni zbog svog problema;
- imaju klijente koji prihvaćaju i slijede dobivene savjete.

VRSTE KOMUNIKACIJE

Postoje dvije osnovne podjele komunikacije. S obzirom na način komuniciranja postoji podjela na verbalnu i neverbalnu komunikaciju. S obzirom na svrhu, komunikacija se djeli na verbalnu i neverbalnu komunikaciju kao i na informacijsku (dijagnostičku) komunikaciju i terapijsku komunikaciju.

Verbalna komunikacija

Pod verbalnom komunikacijom podrazumijevamo jezik, govorni i pisani.

Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija su: geste, držanje tjela, izrazi lica, pogled, mimika, vanjski izgled, vlastiti prostor.
Neverbalni znakovi mogu se klasificirati na sljedeći način:
paralingvistički - /vezani uz govor/:

- glasnoća govora;
- ton i boja glasa;
- intonacija;
- pauze tjekom razgovora, šutnja;
- tečnost govora.

Pitanje: «Šta se desilo?» možemo reći ljutitim tonom glasa ili zabrinutim, što će utjecati na smisao i shvaćanje poruke. Kad ton rječi ne odgovara značenju poruke, poruka se teže razumije ili se ne uzma za ozbiljno, npr., izražavanje ljutnje smirenim tonom glasa.

ekstralingvistički-/nevezani uz govor/:

- položaj tjela, gdje sjedimo, stojimo, kako sjedimo...;
- geste i pokreti tjela;
- udaljenosti sugovoarnika;
- prostorni raspored;
- izražaji lica, mrštenje, podizanje obrva, usta;
- pokreti i kontakt očima;
- tjelesni dodir;
- vanjski izgled, način oblačenja, mirisi;
- teritorijalno ponašanje, vlastiti prostor.

Često se pokretima tjela ili izrazom lica indirektno prenosi emocionalna komponenta poruke. Poznavanje klijentovog uobičajnog načina neverbalne komunikacije važno je za procjenu prirode i značenja promjene u ponašanju. Kad je komunikacja ograničena zbog klijentovog zdravstvenog stanja, trebalo bi obratiti veću pažnju za neverbalne znakove. Uz verbalnu, neverbalna je komunikacija dopunski kanal slanja poruka i bez nje bi komunikacija bila mnogo siromašnija. Neverbalnom komunikacijom možemo izraziti ono što ne možemo verbalnom: svoje emocije, stavove, odnos prema sugovorniku i slično. Neverbalna komunikacija je manje kontrolirana i namjerna te je stoga neposrednije sredstvo priopćavanja. Njome uvijek šaljemo određenu poruku, bez obzira želimo li to ili ne, pa dvije osobe u međusobnoj interakciji ne mogu NE komunicirati. Izgovorena poruka, tek uz neverbalnu pratnju, dobiva svoj smisao i značenje, odnosno neverbalne poruke mogu jačati, slabiti ili

pobijati izgovoreno. Slabljenje ili pobijanje izgovorenog događa se kada je neverbalna poruka koju osoba šalje suprotna verbalnom iskazu. Nije dakle, važno samo što je rečeno (komponenta sadržaja) već i kako je to rečeno (relacijska komponenta ili komponenta odnosa). Za uspješnu komunikaciju nužna je usklađenost verbalnih i neverbalnih poruka. Prvi korak u usklđivanju verbalnog i neverbalnog djela komunikacije je uočavanje, prepoznavanje i osvješćivanja svojeg i tuđeg neverbalnog ponašanja tijekom međusobnog komuniciranja.

Izrazi lica i pogled

Izražavaju naše emocije. Izrazom lica se pokazuje i intenzitet i kvaliteta (ugoda, neugoda) emocija. Dobro razlikujemo samo 6 osnovnih emocija- radost, strah, tuga, bijes, iznenađenje, gađenje. Mnoga istraživanja pokazuju da su izrazi lica koji se pokazuju osnovne emocije urođeni i univerzalni. Čak i ljudi koji su sljepi i gluhi od rođenja rade iste grimase kad su veseli ili u strahu kao i oni bez deficita iako ipak imaju uži repertoar izraza lica od osoba bez deficita. Žene su uspješnije od muškaraca u prepoznavanju emocija iz izraza lica kao i u iskazivanju empatije mimikom lica. Pokreti lica su pod jačom kontrolom naše svjesti nego pokreti tjela. Izrazi lica potkrepljuju ili mijenjaju poruku koju slušatelj sluša. Kad verbalna i neverbalna poruka nisu usklađene jedna sa drugom slušatelj više vjeruje neverbalnoj poruci. Pogled izražava privlačnost, prijateljstvo-što je veće, to duže traje pogled. Zjenice se šire u emocijonalnom uzbuđenju. Odvraćanje pogleda izražava podčinjavanje, povlačenje, skrivanje nečega. Tumačenje značenja pogleda ovisi o situaciji- ako je poznata situacija i osobe, pogled izražava privlačnost, dobronamjernost; ako je nepoznata situacija i osobe, pogled izražava oprez, otkrivanje namjera, neprijateljstvo ili agresiju.

Držanje tjela i geste

Pokreti tijela manje su pod kontrolom svijesti nego izraz lica, a prenose se poruke o govorniku. Položaj tjela i udova, način na koji osoba sjedi, stoji ili hoda odražava njen stav, osjećaje o samom sebi i odnose s drugima. Položaj može odavati spremnost za razgovor, naklonost, ali i moć i status. Npr. ako je govornik okrenut licem prema osobi prenosi se veće povjerenje nego ako je okrenuto boćno ili leđima. Pogrbljeno držanje, spuštene glave i sporih kretnji prenosi poruku o niskom samopoštovanju osobe, dok uspravno držanje i odlučne kretnje sugeriraju povjerenje i samokontrolu. Brze, difuzne, uznemirene tjelesne kretnje ukazuju na tjeskobu. Žustre, usmjerene kretnje sugeriraju povjerenje i usmjerenost cilju.Snažne, nagle ali neusmjerene kretnje ukazuju na bijes. Dodirivanje lica, kose, i sl., znak je stresa ili umora. Prekrižene ruke preko prsa ili trbuha ukazuju na odbrambeni stav osobe. Neki pokreti pojačavaju verbalnu poruku – emblemi (simbolične geste koje prenose poruku od nekoliko rječi, jako su kulturno različiti).

Vlastiti prostor

Prostor oko našeg tijela ima nekoliko funkcija:

- štitti od stresa (emocionalnog ili fizičkog- agrsija ili buka):
- štiti od prevelikog broja informacija (npr. zadah, zubi i sl.)
- pokazuje stupanj bliskosti između ljudi.Zone udaljenosti označavaju prostor oko našeg tijela u koji puštamo druge ljude
- intima-oko 30 cm, bliske osobe
- osobna- 30 cm-1 m, članovi obitelji, rukovanje;
- socijalna- 1-3 m, poslovni odnosi
- javna- više od 3 m,predavač,glumac,park.

Narušavanje navedenih zona izaziva osječaj neugode, zbunjenosti, ili ugroženosti te osobe.

Dodir

Upotreba dodira u komunikaciji je u velikoj mjeri određena kulturom, ali i indivindualnim razlikama. U neki kulturama ljudi se znatno više dodiruju u razgovoru u drugima. Neki ljudi često dodiruju druge u komunikaciji, a neki rjetko npr. način pozdravljanja može biti klimanje glavom, rukovanje ili poljubac. Opasnost u dodirivanju je mogućnost pogrešnog tumačenja dodira. Osoba mora sama odlučiti kad je primjereno dodirnuti osobu da bismo joj pokazali da suosječamo s njom ili da jojo pružamo podršku. Ukoliko međutim sami zaziremo od dodira i sa bliskim osobama, ne moramo se osjećati krivima što ga malo upotrebljavamo u komunikaciji sa drugim ljudima ili klijentima.

Intonacija i glasnoća govora

Promjena u tonu, visini glasa često ukazuje na promjene emcionalnih stanja. Ovim paraverbalnim znakovima možemo pojačati sadržaj poruke ili ga promjeniti.

Šutnja

Iako ponekad šutnja u interakciji može biti vrlo neugodna, ona se može upotrijebiti vrlo konstruktivno. Na neka postavljena pitanja neki ljudi ili klijenti teško odgovaraju- ili su previše osobna, ili im je teško govoriti o npr. svojim emocijama. Ponekad je govorniku potrebno neko vrijeme da bi organizirao vlastite misli i izrazio ih. Vještina šutnje sastoji se u dobroj procjeni koliko ona dugo treba trajati. Ako traje predugo, postaje nezgodna za oba sagovornika i otežava nastavak komunikacije. Tada je dobro priznati osobi da shvatamo da joj je teško nešto izraziti. Ako šutnja traje prekratko možda prekidamo osobu u sređivanju misli i traženju načina da ih izrazi,i preskačemo na drugu temu razgovora.

Prepoznavanje neverbalnih znakova

Sposobnost prepoznavanja (dekoriranja) neverbalnih znakova je važna u socijalnoj interakciji. Na to upućuju rezultati istraživanja:

- Djeca u osnovnoj školi koja bolje prepznavaju neverbalne znakove su pouplarniji.
- Cimeri u studentskom domu ocjenjuju svoj odnos boljim kada su obojica visoko uspješni u dekodiranju neverbalnih znakova nego kad su obojica ili samo jedan slabiji u tome.
- Pomagači, savjetnici su učinkovitiji u savjetovanju ako su vješti u prepoznavanju promjena u klijentovom neverbalnom ponašanju.

Sakrivanje osjećanja

Iako nverbalnim znakovima često, svjesno ili nesvjesno, iskazujemo emocije, oni nam mogu poslužiti i za prikrivanje emocija. Stvarne osjećeje moguće je prikriti na nekoliko načina.To su:

- maskiranje izrazom za drugu emociju (razočarenje rikrivamo veseljem);
- minimiziranje- umanjujemo izraze svojih emocija (ne pokazujemo velik strah);
- ntenziviranje- pretjerano iskazivanje emocija (npr. široki socijalni osmjeh);
- neutraliziranje- ne pokazujemo nikakvu emociju (npr. u profesionalnim odnosima).

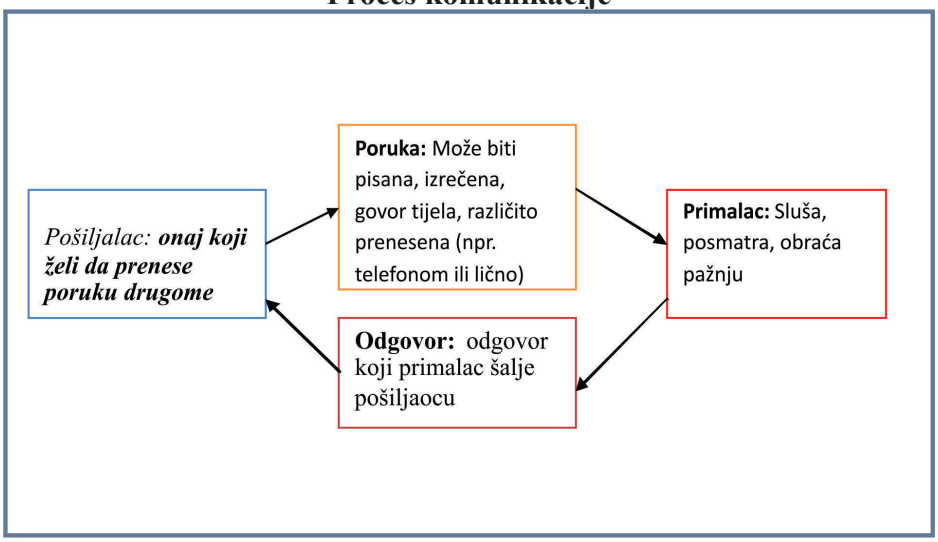
Važnost komunikacionih vještina za ljekare i medicinske tehničar

Komunikacija je odlučujuća vještina za ljekare i medicinske tehničare. To je proces pomoću kojeg se ljudska bića sreću sa svojim potrebama opstanka, grade veze i doživljavaju radost. Komunikacija se koristi za sakupljanje informacija, za podučavanje i izražavanje brige i utjehe. Tješenje je proces pomoću kojeg ljekari i medicinskog tehničara pomažu pacijentima i njihovim porodicama da se suoče sa nevoljom i neugodnostima sa kojima se u toku života mogu susresti. Komunikacija je integralni dio stvaranja i održavanja veza i odnosa među pojedincima.

Komunikacija i terapeutski odnosi

Terapeutski odnosi uključuje ove elemente: brižnost, osposobljavanje, povjerenje, empatija/ suosjećanje, zajedništvo, povjerljivost.

Proces komunikacije



Opći faktori koji utiču na proces komunikacije su: jezik: kultura, stepen razvijenosti, psihosocijalna i intelektualna razvijenost; spol: razlika između muškaraca i žena; vrijednosti i percepcije; lična-osobna širina; uloge i međusobni odnosi; okolina; lična-osobna širina; uloge i međusobni odnosi; okolina; podudarnost verbalne i neverbalne komunikacije.

Faktori koji utiču na verbalnu komunikaciju su**:** tempo/brzina**,** jednostavnost**,** jasnoća i sažetost, vrijeme i važnost**,** prilagodljivost, vjerodostojnost i humor**.**
Faktori koji utiču na neverbalnu komunikaciju su: lična pojava, stav i držanje, izrazi lica, gestovi.

TEHNIKE KOMUNIKACIJE

Najčešće korištene tehnike komunikacije u zdravstvu su**: SOFTEN i BATHE tehnika.**

SOFTEN TEHNIKA

"SOFTEN" je skraćenica koja treba da nas podsjeti na korisne neverbalne strategije terapeutske komunikacije.

SOFTEN tehnika

S	Osmjeh (**S**mile)	Osmjeh pokazuje da prihvatate osobe kao i da želite da ih saslušate
O	Otvoreno držanje (**O**pen posture)	Otvoreno držanje pokazuje da ste opušteni i spremni da slušate koliko god je to potrebno.
F	Nagnutost naprijed (**F**orward lean)	Nagnutost naprijed pokazuje da ste zainteresovani i da ih slušate
T	Dodir (**T**ouch)	Dodir znači dodirivati samo kad je prikladno, moguć je jednostavan stisak ruke u znak pozdrava.
E	Gledanje u oči (**E**ye contact)	Gledanje u oči je bitno. Pokazuje vašu prisutnost, obraćanje pažnje na to šta vam osobe pričaju. Imaju vašu punu pažnju
N	Klimanje glavom (**N**od)	Klimanje glavom može biti znak da razumijete šta vam osoba priča, bez potrebe da je prekidate da biste joj to rekli

UPOTREBA "BATHE" TEHNIKE ZA VOĐENJE POSJETE

Koristeći okvir *"Petnaestominutnog sata"*, ljekar obezbjeđuje posebno vrijeme i okruženje za pacijenta da mu kaže i procjeni neke aspekte njegove/njene priče. Pacijent ima priliku da ponovno ispita odgovore na situacije, pogleda opcije, zacrta nove ciljeve i dobije pozitivniji osjećaj samo-efikasnosti. Ljekar pomaže pacijentu da se usredoči / fokusira na poseban problem i predlaže da proces onda može biti ponovljen od strane pacijenta.
Vremenska ograničenost je korisna jer sprečava opterečavanje pacijenta i dodavanja konfuziji. Ljekar prenosi svoj optimizam da problemi mogu biti rješavani jedan po jedan i indicira da su on ili ona tu da pomognu pacijentu da preradi problem. Vrativši pacijentima osjećaj da posjeduju neki potencijal da utiču na tok svojih života donoseći svoje lične odluke i izbore, ljekar nastupa najefektivnijim psihoterapeutskim načinom. U dodatku, kada ljekar rutinski inkorporira ovakav pristup svakom pacijentu koji ga posjeti, on ili ona ugrađuju efikasnost u praksu. Malo energije koja se investira u ovaj proces za svaku od posjeta gaji imidž ljekara kao empatične i uključene ličnosti. Kao rezultat, ljekar je sposoban da rukovodi pacijentovim problemima na efektivan i blagovremen način, često prije no što oni zauzmu poražavajuće razmjere.

Esencijalno je uključiti psihoterapeutske intervencije u petnaestominutnu posjetu ordinaciji. Terapija raste iz odnosa ljekar – pacijent. Slova BATHE konotiraju stimulaciju memorije za rukovođenje konteksta posjete (vidjeti objašnjenje BATHE tehnike ispod).

Pristup djeci

Kada kažemo da bi svaki pacijent trebao biti podvrgnut principu BATHE, tu se misli i na djecu. Predivan odnos može biti uspostavljen pitajući dijete šta se dešava u njihovim životima, kako se oni zbog toga osjećaju, šta ih najviše smeta i na koji se način s tim nose i na kraju pokazujući im empatiju. Često je fascinantno porediti ono što nam djeca govore šta je dešava u odnosu na priču koju čujemo od odrasle osobe iz njihove obitelji. Također, često protivrječnost može biti korištena da bi se napravila efektivna intervencija.
Pristup adolescentima

Roditelji mladih tinejdžera bi trebali biti informirani da liječnik treba da uspostavi odvojen odnos sa adolescentom. Svaki posjet mora uključiti vrijeme bez prisustva roditelja u ordinaciji. Uspostavljanjem odnosa povjerenja sa tinejdžerom je nabitniji u sticanju njihovog povjerenja i poštovanja. Kontinuitet u odnosu također pomaže. Tinejdžer može biti podvrgnut tehnici BATHE vezano za pitanja kuće, škole, njihovih ambicija, seksa i droge (HEADSS)

"BATHE" tehnika

"BATHE" je skraćenica koja treba da nas podsjeti na verbalne strategije ispitivanja da bi saznali razloge zabrinutosti pacijenta. Mogu ih koristiti i medicinskog tehničara i doktori kod akutnih i hroničnih slučajeva. Pomaže praktičaru da shvati probleme pacijenta u kontekstu njegove cjelokupne životne situacije.

BATHE tehnika

B	Pozadina (kontekst) (**B**ackground)	Jednostavno pitanje, "Šta se dešava u Vašem životu?" – će ukazati na kontekst pacijentove posjete
A	Osjećaj (stanje osjećanja) (**A**ffect)	Pitanja kao "Šta osjećate u vezi s tim?" mogu pomoći pacijentu da ukaže i iznese svoja osjećanja
T	Tegobe (**T**rouble)	Pitanje, "Šta vam stvara najveće tegobe u ovoj situaciji?" pomaže doktoru/sestri i pacijentu da se fokusiraju na značenje situacije
H	Postupak (**H**andling)	Odgovor na pitanje "Kako postupate u vezi s tim?" daje procjenu funkcioniranja i načina borbe pacijenta
E	Empatija/suosjećanje (**E**mpathy)	Upotrebite empatički izraz da bi završili misao. "Mora da vam je vrlo teško" uvažava pacijentovo iskustvo, čini ga kompetentnim i bližim s praktičarem.

PRIKUPLJANJE INFORMACIJA TEHNIKOM INTERVJUA

Pripremila: Meliha Hrustić

Definicije intervjua

Intervju je poseban način vođenja razgovora koji ima za svrhu prikupljanja što više informacija. Intervju je razgovor sa ciljem.
Intervjuiranje je postupak pažljivog postavljanja pitanja, slušanja i opažanja u kojem je pažnja usmjerena na sugovornika, a bilježe se njegovi odgovori i opažanja.

Planiranje intervjua

Kod nekih zanimanja potrebno je u relativno kratkom roku prikupiti što veći broj važnih informacija, a odbaciti nevažne da bi se mogao riješiti neki problem (npr. postaviti dijagnozu, odrediti plan njege i sl.). Intervjuer vodi i potiće razgovor, a zadatak je dobiti jasne i kompletne odgovore od intervjuiranog. Potrebno je znati da pacijent može ne iznjeti sve podatke, bilo zbog nelagode, sumnjičavosti, ili jer ih se nemože odmah sjetiti ili se može pokušati pokazati u boljem svjetlu ili pokušati uvjeriti intervjuera u vlastite stavove ili dodavati neke nevažne informacije. Ako intervjuer ne može odsraniti nevažne podatke, intervjuer će postati skup i neučinkovit, a ako propusti sakupiti sve relevantne činjenice sadržaj intervjua bit će pristran, a zaključci neočiti. Zbog toga je potrebno dobro isplanirati intervju. Planirati intervju znači da intervjuer mora odrediti cilj intervjua i oblik i sadržaj pitanja te motivirati sugovornika za davanje podataka.

Motivacija sugovornika za intervju

Sugovornik će pristati na intervju ukoliko razumije njegovu svrhu i ako intervju percipira kao sredstvo za postizanje željenih promjena te intervjuera kao sposobnu i dobronamjernu osobu. Smatr se da je odnos s intervjuerom ono što je najvažnije u intervjuu. Intervjuer se mora zadubiti u probleme klijenata i prihvatiti ga kao osobu, dozvoliti mu da izražava svoja osjećanja i lišiti intervju pretjeranih pritisaka i korekcija.

Vrste intervjua

S obzirom na strukturu intervju može biti:

Zatvoreni intervju s predviđenim odgovorima

Najčešće je to verbalni upitnik s ponuđenim odgovorima. Prednosti ovog intervjua su jednostavnija analiza podataka, mogućnost izravne usporebe odgovora i postavljanja većeg broja pitanja u kratkom vremenu. Nedostatak je u tome što klijent može ovakvo prikupljanje podataka doživjeti kao mehaničko, nevažno i nesposobno. Prisiljen je prilagoditi i sažeti svoje iskustvo u kategorije odgovara koje je priredio intervjuer zbog čega može doći i do iskrivljivanja onoga što sugovornik stvarno misli.

Standardizacija, strukturirani intervju

Formulacija i redosljed pitanja su unaprjed određeni. Pitanja su formulirana kao potpuno otvorena. Prednost ove vrste intervjua su u tome što sugovornici odgovaraju na ista pitanja povećavajući tako usporedljivost odgovora, smanjuje se uticaj intervjuera i njegove pristrasnost te je olakšana analiza

odgovora. Nedostatak je smanjena mogućnost prilagođavanja pojedinim sugovornicima i okolnostima. Standardizirana formulacija pitanja može ograničiti prirodnost i vrijednost pitanja i odgovora.

S obzirom na svrhu intervju može biti:

Informacijski intervju

U informacijskom intervjuu problem o kojem se govori interesira intervjuera, a mnje sugovornika.To znači da intervjuer mora postavljati specifična pitanja i ne može razgovarati o drugim, njemu manje važnim stvarima. S obzirom da intervjer želi saznati specifičnu informaciju, manje ga zanima osobnost ispitanika, osim ako to ne pomaže dobivanju informacije.Intervju je koncentriran na odabranu temu. Rezultat toga može biti da sugovornik ne vidi jasno svrhu intervjua ili nije zadovoljan sa pitanjima koja mu se postavljaju.

Terapijski intervju

Kod terapijskog intervjua važno je sve što bolesnik kaže o sebi. Cilj intervjua je pomoći bolesniku da izrazi svoje osjećaje, stavove, brige, sumnje, strahove, kao i pružanje podrške i pomoći u rješavanju problema, ohrabrivanje, unapređivanje, načina suočavanja s problemima i sl. U takvom intervjuu sugovornik je taj koji usmjerava razgovor i određuje teme. Zbog toga će terapijski intervju prije biti u obliku polustrukturiranog ili nestrukturiranog intervjua ili razgovora. Svaki oblik razgovora s bolesnikom može i trebao bi imati i terapijsku vrijednost.

Formulacija pitanja u intervjuu

Problemi

Odabrati jednoznačna pitanja tj. postaviti takvo pitanje koje za onog koga pitamo znači isto ono što mi želimo da znači. Svako pitanje shvaća u skladu sa svojim znanjem i iskustvom, npr. ako nekog pitamo: «Kako stoje stvari?» i on kaže «dobro.», mi neznamo misli li on na ženu, posao, zdravlje, djecu, materijalno stanje ili sve to zajedno.

Odabrati vrstu pitanja

Odabrati pristup približavanja konkretnom cilju intervjua; izravno ili neizravno približavanje. Kada nas zanimaju konkretni podaci, npr. o ljekovima koje je osoba uzimala, postavit ćemo izravno pitanje: «Koje ste ljekove do sada uzimali?» Kada želimo razgovarati o pacijentovim osjećanjima ili nečemu što može izazvati nelagodu, poćet ćemo razgovor na manje izravan način: «Kako ste danas? Kako se osjećate, o čemu razmišljate? Djelujete mi uznemireno?»

Vrste pitanja u intervjuu

Otvorena pitanja

Primjer: ”Kako ste? Šta vas muči? Možete li mi reći nešto više o vašoj boli?”
Prednosti otvorenih pitanja: sugovornik može slobodano govoriti o onome što smatra važnim. Nedostatak otvorenih pitanja: mogu biti neprimjerna za dobivanje konkretnih podataka, prepoticana za pričljive osobe.

Zatvorena pitanja

Primjer: ime, adresa, datum rođenja?

Prednost zatvorenih pitanja je da su: jasna i nedvosmislena, pogodna za brzo prikupljanje konkretnih podataka. Nedostatak zatvorenih piotanja: razgovor se može doimati kao ispitivanje i odražavaju gledište onog tko ih postavlja.

Sugestivna pitanja

Primjer: „Onda, od danas više pušiti, zar ne"?
Prednost sugestivnih pitanja: potiču izjašnjavanje i zadržavaju sugovornika na temi
Nedostaci sugestivnih pitanja: potiću izražavanje slaganja i mogu se doživjeti kao prijeteća.

Provjeravajuća pitanja

Primjer: „Ako vas dobro razumijem, vi biste željeli ponoviti pretrage"?
Prednost provjeravajućih pitanja: provjerava se razumjevanje poruke i na taj način sprječavaju se nesporazumi i pogrešni zaključci.
Nedostatci provjeravajućih pitanja: mogu iznenaditi sagaovornika i doimati se kao preslušavanje

Višestruka pitanja

Primjer: „I šta ste onda uradili?Jeste li otišli na pregled ili ste ga odgodili? Kako ste donijeli ovu odluku? Kakve su bile reakcije obitelji? Jeste li im uopće rekli"?
Prednost višestrukih pitanja: pokazuje se zainteresovanje i entuzijazam.
Nedostatci višestrukih pitanja: mogu biti zbunjujuća jer sugovornik ne zna na koji bi dio pitanja odgovorio.

Unatoč oprezu s kojim ste formulirali pitanje, početni odgovor može biti nepotpun ili neadekvatan da bi se postigao specifični cilj za koji je intervju namijenjen. Zdravstveni radnik može potaknuti bolesnika da daje opširnije i preciznije odgovore i simulirati i voditi razgovor, bez da utiče na odgovore, pomoću tzv. sekundarnih pitanja ili potpitanja. Primarno pitanje je svako pitanje koje služi kao uvod u novu cjelinu tj. to je pitanje o nekom novom sadržaju. Sekundarno pitanje ili dopunsko pitanje ili potpitanje ima za svrhu proširiti informaciju.

Postoje tri načina nadopunjavanja primarnog pitanja:

1. Nekim znakovima koji pokazuju razumjevanje i zainteresiranost intervjuera (npr. da, hmhm klimjte glavom i sl.);
2. Upotrebom pauze (najjednostavniji i često najbolji način ohrabrivanja);
3. Upotrebom tzv. neutralnih fraza kao što su: recite mi nešto više o tome; kako to mislite?; željela bi znati nešto više o vašem mišljenju; šta ste time htjeli reći; zašto to mislite; zašto se tako osjećate?; šta mislite da je uzrok tome?; još nešto...

Način postavljanja pitanja je važan koliko i sam sadržaj. Pitanje „Kako to mislite?" može djelovati ispitujuće i strogo ili pažljivo i zainteresirano, ovisno o intonaciji.

INFORMIRANJE PACIJENTA

Informacijska komunikacija ima za cilj dati pacijentu sva informacije bitne za njegovu bolest i lječenje. Pravovremenom i iscrpnom obavjesti o bolesti zadovoljava se bolesnikova potreba za poznavanjem i unapređuje zdravstvenoponašanje bolesnika tj. njegovo podržavanje zdravstvenih savjeta i uputa. Najčešće kritike koje bolesnici upućuju zdravstvenim radnicima odnose se upravo na nedovoljno informiranje od strane zdravstvenih radnika. Bolesnici izjavljuju kako dobivaju premalo vjesti o svojoj bolesti, kako su te obavjesti često
ne razumljive i nejasne te ih ne shvaćaju dovoljno ili ih ubrzo zaboravljaju.

Kako poboljšati način način informiranja pacijenata ?

Povećanjem broja obavjesti o bolestima i načinu liječenja

Razlozi za premali broj obavjesti su sljedeći:

1. Uvjerenje zdravstvenih radnika da je razgovor s bolesnikom o bolesti manje važan od rutinskih medicinskih pretraga.
2. Nedostatak vremena.
3. Razgovor sa bolesnikom može predstavljati emotivno opterećenje kad se radi o teškim hroničnim bolestima o čijoj prognozi se nemože ništa pozitivno reći te ih zato zdravstveni radnici izbjegavaju da ne bi i sami došli u negativno emocijonalno stanje.
4. Bolesnika se često smatra potpunim nestručnjakom u stvarima medicine te se razgovor o bolesti smatra nečim što bolesnici ionako neće razumjeti pa je zato beskoristan.
5. Nekoordiniranost rada u zdravstvenoj praksi i slaba komunikacija među zdravstvenim radnicima dovodi do uvjerenja da je neko bolesniku već sve objasni te da je nepotrebno ponavljati već rečeno.
6. Kadkad se predpostavlja da će da će razgovor o bolesti i potrebnim pretragama dodatno uplašiti bolesnika.
7. U nekim slučajevima se teško dolazi do prave dijagnoze pa zdravsveni radnici i ne mogu dati potpune obavjesti.

Poboljšati razumljivost komunikacije

Djelotvorna i zadovoljavajuća komunikacija između bolesnika i zdravstvenog djelatnika moguća je samo ako su sadržaji poruka razumljivi bolesniku i ako su strukturirani tako da ih bolesnici mogu lako zapamtiti. Propusti u informiranju pacijenta zbivaju se često zbog toga što bolesnik ne razumje mnoge izraze koji zdravstveni djelatnici koriste i jer ne mogu zapamtiti sve informacije koje dobivaju. Mnogi bolesnici ne razumijumedicinski žargon ili nemaju medicinska znanja, npr. o anatomij, što sve može uzrokovati probleme u komunikaciji.

Poboljšanje komunikacije možemo postići ako znamo:

- da ljudi, posebice stariji, zaboravljaju mnogo od onog što im se kaže;
- da se sevjeti i upute češće zaboravljaju nego ostale obavjesti obavjesti te je potrebno ponavljati;
- da je postotak zaboravljanja veći što je veća količina obavjesti te je potrebno davati manji broj važnijih obavjesti;

- da se ljudi sjećaju najbolje onog što im se prvo kaže, te najvažnije treba reći na početku razgovora i ponavljati tokom razgovor-da se ljudi sječaju najbolje sječaju onog što smatraju najvažnijim te tjekom razgovora treba isticati važnost pojedinog savjeta ili upute.

Upute za pisanje razumljivih obavjesti kojima se postiže bolja čitljivost i razumljivost:

- jednostavna slova povećavaju shvaćanje teksta,
- tekstovi za starije trebaju biti napisani većim slovima,
- uvlačenje prvog reda odlomka povećava brzinu čitanja,
- cijeli tekst tiskan velikim slovima usporava brzinu čitanja,
- bolje je koristiti arapske bojeve jer se rimski teže čitaju,-potrebno je izbjegavati neuobičajne kratice,
- najbolji razmak između redova je 2.5 mm,
- redove nejednake dužine lakše je čitati.

Za poboljšanje razumjevanja teksta kao i za povlečanje motivacije da se tekst uopće pročita preporučuje se korištenje ilustracija, dijagrama i sl. Osim čitljivosti, na razumjevanje pisanog teksta utječu i drugi činioci. Bolja razumljivost postiže se i putem ponavljanja bitnih pojmova, izbjegavanja apstraktnih rječi i rečenica, isticanja bitnih pomova na početku teksta te izbjegavanju stranih rječi.

Uvođenje medicinskih sadržaja u komunikaciju

Zadovoljstvo bolesnika s razgovorom kao i dobivanje boljeg uvida u bolesnikovo zdravstveno stanje postiže se i uvođenjem nemedicinskih sadržaja u komunikaciju (o porodica, poslu ili bilo kakvim psihološkim i socijalnim problemima koji prate bolest).

Upute za vođenje intervjua

Uspješno vođenje intervjua podrazumjeva poznavanje tzv. Balističkih vještina kao što su slušanje i postavljanje pitanja. Te se vještine mogu naučiti i moraju se uvježbavati.

Vještina postavljanja pitanja

Koriste otvorena pitanja što je najčešće moguće, a osobito na početku intervjua. Da biste dobili specifične informacije koristite usmjerena i zatvoren pitanja. Koristite dodatna pitanja da biste razjasnili neku tvrdnju ili provjerili tačnost tvrdnje te pomogli klijentu da opširnije objasni ono o ćemu govori. Izbjegavajte upotrebu navođenih pitanja. Izbjegavajte postavljanje više pitanja odjednom- to zbunjuje. Ostavite klijentu dovoljno vremena za odgovor na vaše pitanje. Postavite pitanje na drukčiji način, jednostvnijim jezikom ukoliko klijent ne razumije šta ga pitate ili je njegov odgovor nejasan.

UZIMANJE SESTRINSKE ISTORIJE I PRIKUPLJANJE INFORMACIJA

Njega bolesnika u prošlosti obavljana je uglavnom na osnovu ljekarske dijagnoze i opštih potreba za njegom. Medicinska sestra je potrebe za njegom utvrđivala na osnovu ljekarskih naloga, na osnovu svog stručnog znanja i iskustva, kao i na osnovu svoje intuicije. Njega je najčešće bila jednaka za sve, bez obzira na individualne osobenosti i potrebe bolesnika.

Cilj prikupljanja podatka je da se sagledaju reagovanja bolesnika/korisnika na zdravstveni problem (ili drugu životnu situaciju u vezi sa zdravljem), odnosno reagovanje bolesnika na ograničenja i teškoće u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba, što medicinska sestra može da rješava sredstvima i metodama zdravstvene njege. Pri tom se mora znati da zdravstvena njega obuhvata više nego što je izolovano zdravlje, bolest ili drugi poremećaj pojedinca ili grupe. Problemi bolesnika često su vezani i za njegovo okruženje, pa se tada cilj može postići samo ako se prikupe podaci i o porodici, radnom mjestu, socijalnim i drugim vidovima komunikacija bolesnika sa okolinom. U tom smislu važno je doznati kako se naš bolesnik ponaša u kriznim situacijama, na koji način prihvata i rješava životne probleme, kako je prihvatio postojeći problem i šta očekuje od tretmana. Treba, takođe, utvrditi da li je neka prijatna životna promjena odnosno događaj (roditeljstvo, vjenčanje i slično) ili neprijatna (razvod, gubitak dijela tijela ili sposobnosti, gubitak drage osobe i drugo) uticala na nastali zdravstveni problem.

Prikupljanje podataka počinje prilikom prvog kontakta bolesnika sa zdravstvenom ustanovom i traje, na određeni način, tokom cijelog procesa njege i liječenja. Zapravo, medicinska sestra prikupljanje podataka često počinje i prije nego što se sretne sa bolesnikom. Ona, na osnovu telefonskog razgovora, uputa ili od pratioca sazna ime, pol, uzrast, način na koji je došao (pješice, u kolicima, na nosilima) kao i mogućnost komuniciranja sa njim. To joj pomaže da lakše uspostavi prvi kontakt i ljubazno prihvati bolesnika oslovljavajući ga imenom. Takav prijem uvjerava bolesnika da je očekivan i da će mu se posvetiti puna pažnja a kod djece pomaže da se uspostavi odnos bliskosti i povjerenja.
Medicinska sestra, prije susreta sa bolesnikom kad god može treba da vidi postojeću dokumentaciju o njemu kako ne bi postavljala pitanja na koja već postoje njegovi odgovori. Prikupljanje podataka dalje se odvija kroz neposredan razgovor medicinske sestre sa bolesnikom ili njegovim pratiocem (kada su u pitanju mala djeca i bolesnici nesposobni za komunikaciju), kroz posmatranje i mjerenja. U prvom kontaktu prikupljaju se se dvije vrste podataka: opšti, koji se odnose na sve aspekte zdravstvenog stanja i na stil življenja (u periodu prije i za vrijeme bolesti) i specifični, koji karakterišu reagovanje bolesnika na postojeći (aktuelni ili potencijalni) zdravstveni problem.

Izvori podataka

Za prikupljanje informacije o korisniku/bolesniku postoje brojni izvori koji mogu da se svrstaju u tri osnovne kategorije: primarni (bolesnik/korisnik, ili roditelj kada je malo dijete u pitanju), sekundarni (član porodice ili drugo lice iz neposredne okoline, dokumentacija, članovi zdravstvenog tima ili drugi stručnjaci) i tercijarni izvori (odgovarajuća literatura).

Način prikupljanja podataka

Medicinska sestra treba da zna da je ona najznačajniji i najsloženiji „faktor“ u prikupljanju podataka. Ona koristi više načina, među kojima su najvažniji : razgovor, posmatranje i mjerenja koja omogućavaju kvanitifikaciju pojedinih podataka.

Posmatranje u ispitivanju potreba

Posmatranje se u medicini koristi od Hipokrata. I u savremenom sestrinstvu značaj posmatranja je odavno shvaćen. Florence Nightingale je u drugoj polovini prošlog vijeka isticala da medicinska sestra bez primjene posmatranja ne bi mogla ni približno uspješno da obavlja svoje zadatke u njezi i pored potpune profesionalne odanosti i humanosti. Taj podatak upućuje na zaključak da je Florence Nightingale posmatranje smatrala kao stručnu intervenciju i sastavni dio profesionalnog sestrinstva.

Dokumentovanje podataka

Dokumentovanje podataka je sastavni dio svake pojedinačne etape Procesa zdravstvene njege. U fazi utvrđivanja potreba za njegom prikupljeni podaci se unose u odgovarajući obrazac sestrinske anamneze. Za potrebe nastave u školama za medicinske sestre obrazac treba da sadrži sve bitne elemente potreba za njegom, da bi se upotrebljavao u svim oblastima sestrinske prakse služio kao podsjetnik studentima. Iskustvo je pokazalo, ne samo kod nas, da ne postoji idealan obrazac za prikupljanje podataka, koji bi obuhvatio sve probleme i potrebe za njegom, u svim oblastima sestrinske prakse. Obrazac služi kao vodič – da pomogne medicinskoj sestri – ali ne smije da bude krut instrument koji sputava da se prikupe svi relavantni i specifični podaci.

Sestrinska anamneza

Sestrinska anamneza je skup podataka o bolesniku/korisniku koje medicinska sestra prikuplja razgovorom i fizikalnim pregledom (posmatranjem i mjerenjima), u cilju postavljanja sestrinske dijagnoze i utvrđivanja potreba za njegom.
Prikupljanje podataka za sestrinsku anamnezu je složena intervencija koja mora da se osmisli, planira i izvede na organizovan i sistematizovan način.
Sestrinska anamneza se razlikuje od ljekarske anamneze, prije svega u tome što ima sestrinski pristup, specifičan za njeno nastajanje. Usmjerena je na bolesnika/korisnika – njegovo stanje i reagovanje na bolest. Ljekarska anamneza je usmjerena uglavnom na otkrivanje i liječenje bolesti, sestrinska na otkrivanje nezadovoljenih potreba i problema bolesnika koji se mogu riješavati metodama i sredstvima zdravstvene njege.

Zadovoljavanje potreba za njegom nije vezano samo za bolest i procese liječenja već vrlo značajno, i za bolesnikove navike, stil života, psihosocijalno okruženje i nastale promjene i probleme u vezi sa pojavom bolesti. Na primjer, zapaljenje pluća se u svih bolesnika liječi na isti ili sličan način, zavisno od uzročnika i reagovanja bolesnika na medikamentoznu terapiju. Međutim, zadovoljstvo ovih bolesnika njegom zavisiće umnogome i od toga koliko je služba zdravstvene njege bila u stanju da zadovolji njegove individualne potrebe za : održavanje lične higijene, sprovođenje načina ishrane, navika u vezi s njom, aktivnošću (čitanje, gledanje TV, šetnje, društvene igre i drugo). Što se više zadovolje ove „sitne“ potrebe to je bolesnik manje frustriran, lakše se privikava na bolničku atmosferu, bolje će da sarađuje i koristi svoje preostale snage tokom tretmana, što svakako doprinosi, ne samo boljem njegovanju već i bržem i uspješnijem liječenju.
Pristup i redoslijed prikupljanja podataka za utvrđivanje potreba za njegom i formiranje sestrinske anamneze, kao što je već rečeno, (kada je u pitanju bolesnik) zavisi od težine stanja bolesnika i stepena vitalne ugroženosti. U kritičnim situacijama prvo se zadovolje trenutne vitalne potrebe bolesnika, a tek potom se pristupa prikupljanju i dokumentovanju podataka, radi utvrđivanja sestrinske dijagnoze i planiranja zdravstvene njege.

SESTRINSKA ZDRAVSTVENA ISTORIJA **datum**	
Biografski podaci Ime Adresa	Godine Bračno stanje Profesija Religija
Žalba/razlog za posjetu Zbog čega ste danas došli u centar?	
Istorija sadašnje bolesti Kada je počela Lokacija Širenje Kvalitet Kvantitet Faktori užurbanosti Povezani simptomi Šta pogoršava simptome? Šta olakšava simptome?	
Porodična istorija Srčane bolesti Rak Artritis Dijabetes Hipertenzija Alkoholizam Poremećaji mentalnog zdravlja	
Način života Lične navike Duhan Alkohol Kafa Zabranjene droge Dijeta Navike u spavanju Aktivnosti u dnevnom životu Vježbanje	
Socijalni podaci Porodica Etničke veze Obrazovanje Profesija Sigurnost kod kuće	

Psihološki podaci	
Glavni uzročnici stresa	
Zdravstveni primjeri	
Porodični doktor Specijaliste Zubar	Ljekovite trave Tradicionalni lijekovi

VJEŠTINE SLUŠANJA

Pripremila: Azijada Beganlić

Aktivno slušanje

Aktivno slušanje je aktivnost koja zahtjeva vještinu. Uključuje koncentraciju, pažnju, posmatranje, razumijevanje i memoriju/pamćenje.

Većina ljudi smatra da je slušanje nešto što se samo po sebi podrazumjeva i vjerovatno bi ih pitanje znaju li slušati prilično iznenadilo.To je zato što sposobnost komuniciranja obično vežu uz sposobnost govorenja, iako je za dobru komunikaciju podjednako važno znati i dobro slušati i dobro gledati. Približno polovina komunikacijskih aktivnosti sastoji se od primanja poruka tj. slušanja.Na prvi pogled ta se aktivnost ne čini problematičnom osim ako je u pitanju oštećenje sluha.Istraživanja, međutim, pokazuju drugačije.Istraživanje Paula Camerona pokazuje da za vrjeme fakultetskih predavanja 20% studenata sluša predavača, 20% se prepušta sječanjim, 20% se bavi erotskim mislima, a ostali se bave svojim brigama, sanjarenjima, misle na ručak ili se bave religioznim mislima.Cameron postavlja pitanje uzroka koji dovodi do slabijeg slušanja.Uzrok tome može biti u činjenici da je ritam govora sporiji od ritma slušanja, pa slušaču ostaje vremena za vlastite misli.Drugi je mogući uzrok u procjeni slušača da nema koristi od slušanja tj. u procjeni dobiti od slušanja.Treći uzrok može biti u informacijskom preopterečenosti slušatelja.

Tri vrste neslušanja

Kod pseudoslušanja slušatelj pokazuje reakcije usredotočenosti na razgovor, ali ipak ne sluša.

Pasivno slušanje se događa kad slušatelj samo šuti tj. ne pokazuje znakove interesa, dekocentrisan je i ne daje nikakve komentare niti postavlja pitanja. Jednoslojno slušanje naziva se i nesenzitivnim jer je rječ o primanju samo jednog djela poruka (npr. verbalnih) dok se sa druge strane zanemaruju (npr. neverbalne). Budući da se poruka može ispravno interpretirati samo ako se uzmu u obzir svi njeni slojevi, takvi slušači se izlažu pogrešnim interpretacijama, tj. opasnosti doslovnog shvaćanja. Kod selektivnog slušanja oba slušaoca slušaju samo ono što oni smatraju važnim ili zanimljivim. Kod selektivnog odbacivanja slušalac se usredotoči na teme koje ne želi čuti. Kod vrste neslušanja koje se naziva otimanje rječi, slušač nastoji što više pričati i sluša samo onoliko koliko je potrebno da bi dobi priliku za vlastiti nastup. Odbrambeno slušanje javlja se kod ljudi koji se u razgovoru zbog nečeg osjećaju ugroženi. Oni su skloni i najnedužnije izjave komentirati kao napad na sebe i odmah se brane.

Slušanje u zasjedi je slušanje radi napada sugovornika.

Šta učiniti kada sagovornik pokazuje znakove neslušanja?

Zamjetite li da se radi o pseudo ili o pasesivnom slušanju, tj. da sugovornika zapravo ne zanima to što govorite nego glumi interes, možda je najbolje promjeniti temu ili stati. Razmislite zašto je to tako možda govorite monotono, suviše se ponavljate ili previše govorite o sebi? Možda je vaš sugovornik trenutačno zaokupljen nečim što mu je mnogo važnije ili hitnije? Ako ništa od ovoga nije tačno, najvjerovatnije je da osobu s kojom razgovarate jednostavno ne zanima ono što govorite. Ukoliko vam osoba otima rječi, zamolite je da to prestane raditi. Možete reći volio bih da me saslušate do kraja tako da vam bude jasno šta govorim. Zatim ću ja salušati šta mi vi imate reći. Pritom je važno ne raditi to agresivno. Druga osoba treba steći dojam da je vaš cilj poboljšanje komunikacije, a ne napad na nju. Ukoliko vas neko doslovno sluša, vjerovatno je da nije uočio ili ne želi da uoči vašu drugu poruku. Primjerice možete reći: jako mi se žuri, moram voditi dijete doktoru, a šef će se ljutiti ako danas ne završim izvjestaj. Skrivena poruka kolegi je vjerovatno „bi li završio izvještaj mjesto mene" može se dogoditi da on to neuoči a možda će uočiti, ali to neće pokazati nego će odgovoriti :" Možda se neće naljutiti, zna da imaš prblema sa djetetom. U oba slučaja će te biti razočarani, jer će te zaključiti da vam nije htjto pomoći. Jedini izlaz iz ove situacije je izravno pitanje, odnosno zamolba bi li mi htio učiniti uslugu i dovršiti izvještaj umjesto mene? Ako zamjenite da vas neko sluša iz zasjede, vjerovatno da između vas postoji intenzivan konfikt. U ovom slučaju loše slušanje je samo posljedica. Potrebno je razrješiti konflikt koji je doveo do tog.

Pravo slušanje ne podlježe do sada nabrojanim greškama. Takvo slušanje ne nastoji obuhvatiti sve što govornik želi reći, ono je senzitivno, dobro namjerno i neodbrambeno. Osnovni cilj je shvatiti sugovornika i razjasniti primljne poruke. Pomoći mu da se izrazi, a nikako pratiti ga tek toliko da bi se od njega otela rječ ili dobila prilika za napad. U okviru takvog slušanja, slušač može i aktivno reagovat zbog čega takvo slušanje najčešće zove aktivnim slušanjem .

Tehnike aktivnog slušanja

Postavljane pod pitanja

Pitanjima izkazujemo interes, pokazujemo sugovorniku da želimo sudjelovati u razgovoru i da ga pratimo. Podpitanjima možemo usmjeravati razgovor, razjasniti sugovornikove tvrdnje i pomoći mu da se izrazi.

Olakšavanje, facilitacija

Sugovorniku možemo olakšati razgovor, potaknuti ga da nastavi pričati, pokazati mu da smo prisutni i uvažavamo ga koristeći razne verbalne i neverbalne znakove, npr. klimanje glavom ili izraze odobravanje: »mhm , da, aha.....».

Pojašnjavane nejasnih ili preuopčenih tvrdnji

Često nam nije potpuno jasno šta sugovornik misli, a ponekad nam se čini da su sugovornikove tvrdnje nejasne ili preuopćene npr. "Kako to mislite da su svi protiv vas"? Ili možete li mi pojasniti na koga mislite kad kažete ...

Prepoznavanje ne izrečenih misli ili emocija znači aktivno slušati šta osoba govori, razumjeti šta želi, vidjeti kako se osjeća. Da bismo sve to mogli, moramo obratiti pažnju na eksplicitne poruke koje sugovornik šalje već i na metaporuke npr. ako bolesnik kaže da je sretan zbog posjete rođaka, ali

izgleda zabrinuto tada zdravstveni radnik treba primiti poruku nešto se dogodilo što me zabrinulo ili ako pacijent zabrinutim glasom kaže znate moj brat je umro u ovoj bolnici njegova neizrečena misao je vjerovatno hoće li se to dogoditi i meni.

Reflektiranje

Reflektiranje je tehnika kojom sugovorniku pomažemo da sam sebe čuje ili da bole razumije šta osječa i kako se ponaša. Reflektirati možemo ono što sugovornik govori na način da ponavljamo ključnu rječ ili ono što j posljednje izgovorijo. To sugovorniku pomaže da dalje razvija misao u smjeru ponovljene rječi. Reflektirati možemo i nečije emocionalno stanje na način da pred sugovornikom imenujemo mjegove emocije.

Parafraziranje

Parafraziranje je na neki način proširena refleksija. Ponavlja se sugovornikova ključna miso ili poruka, ali sažetije drugim rječima npr. kako pacijent kaže: "žena mi se sad razboljela, nedavno su mi umrli roditelji a ja sam ostao bez posla i ne zanam ni sam kako mi je". To se može shvatiti kao: " znači doživjeli ste puno nevolja u kratkom vremenu i neznate kako se osječate?"

Sažimanje

Sažimanje je složen postupak koji uključuje reklektiranje, parafraziranje i razjašnjavnje. Najčešće se sažima pred sam kraj razgovora i pritom se nastoji obuhvatiti ključne podatke, zaključke, odgovore, ciljeve i preporuke. Sve nam to omogučuje provjeru onog što smo čuli od sugovornika, a sugovorniku mogučnost da ispravi krivo primjene poruke ili da kaže još nešto što je zaboravio reči. Na taj način pokazujemo sugovornoku da smo cjelo vrjeme pratili razgovor i da smo zapamtili ono najvažnije.

Upute za aktivno slušanje

Odlučite da ćete slušati!

Na početku razgovora recite sami sebi sada ću slušati. Već sama ta nakana poboljša će vašu spobnost slušanja .Namjerno napraravite stanku čim osjeteite impuls da napravite neki negativni logički ili emocionalni komentar. To neznači da nečete reći ono što mislite. No da ćete s više vremena za razmišljane.

Gledanje sagovornika u oči!

Ukoliko govorite negledajuči sagovornika u oči, najvjeravatnije je da će pomisliti kako ste nezaintresovani, distanciranje ili da nešto skrivate. Vi doduše slušate ušima, ali ljudi slušanje procjenjuju po vašim očima. Osim toga, dobro je slušanje popratiti i drugim neverbalnim znakovima poput klimanja glavom i odgovarajučim izrazima lica.

Pitajte!

Razmišljajte o onome što čujete i postavljajte pitanja. Ako možete razjasniti neke stvari, biti sigurni da ste dobro razumjeli i pokazali sugovorniku da ga uistinu slušate. Pitanja su vrlo korisna ako objasnite njihovu svrhu. Ako niste spremni objasniti zašto nešto pitate, ljudi vašu komunikaciju neće smatrati otvorenom i korisnom. Velika je vjerovatnoća da će reagovati povlačeći se ili agresijom.

Vještina slušanja

Potrebno je mogućiti klijentu da govori bez prekidanja. Da bi se uspješno slušalo, potrebno je usredotočiti se na ono što klijent govori i pokušati razumjti njegove osjećaje dok govori u vezi tog šta govori. Obratite pažnju na verbalne i neverbalne poruke. Dopustite pauze i tišinu.
Na kraju intervjua da biste iskazali svoju pažnju, upotrjebite prikladan govor tjela i komentare koji olakšavaju komunikaciju, **sumirajte rečeno i pitajte klijenta želi li još šta dodati.**

Neke uobičajne greške koje treba izbjeći:

- Postavljanje previše pitanja.
- Nedopuštanje klijenta da ispriča svoju stranu priče, svojim rječima.
- Ne potrebno prekidanje.
- Propuštanje važnih verbalnih i neverbalnih znakova.

PACIJENTU ORIJENTISANA NJEGA (MODEL PRAKSE U PORODIČNOJ MEDICINI)

Centralno pitanje u radu doktora i medicinskih sestara i njihovih pacijenata jeste-šta pacijent očekuje da dobije u susretu sa svojim doktorom ili medicinskom sestrom?.

A. Jedan od ciljeva je identifikovati bitne probleme u najranijem mogućem stadiju, tj.promocija i prevencija zdravlja. To podrazumijeva otkrivanje problema dugo prije nego postanu sami po sebi jasno evidentni.
Više od polovine bolesti koje se vide u porodičnoj praksi ne može biti dijagnostifikovana u terminima koje poznaje organska patologija. Ovo ukazuje na dvije stvari:

- prvo-porodični ljekar i medicinski tehničar moraju znati da rade sa dosta pacijenata koji imaju neko "oboljenje", a koje se NE može klasično dijagnostifikovati, zapravo ključ u ovoj stvari je razumijeti pacijenta kao ličnost kao i okolnosti u kojima on živi. Drugim riječima nekad da bi smo razumjeli oboljenje moramo razumjeti pacijenta.

- Druga stvar- jest tačka na kojoj treba stati sa dijagnostičkim pretragama što je često veoma važno- važno je odrediti koliko treba ići daleko sa dijagnostičkom preciznosti na uštrb razumijevanja samog pacijenta(stati sa djagnostikom i shvatiti pacijenta).

B. Drugi cilj porodične prakse je individualno vođenje pacijenata sa dugotrajnim problemima. Da bi obezbijedili individualno vođenje, ljekar i medicinski tehničar moraju znati i razumjeti pacijenta isto tako dobro kao i bolest. Sve ove odlike porodične prakse znače da metod rada u porodičnoj praksi mora biti pacijentu orijentisan. Drugim riječima, njen cilj mora biti "dijagnostifikovanje" pacijenta isto tako dobro kao i dijagnostifikovanje bolesti.

OBOLJENJU ORIJENTISAN METOD

Korisno je uporediti pacijentu orijentisan klinički metod sa konvencionalnim ili oboljenju orijentisanim metodom. Cilj kliničkog metoda koji je bolesti orijentisan je klasifikovati pacijentovu bolest u terminima koje poznaje konvencionalni sistem klasifikacije bolesti. Svrha ove kategorizac ije(dijagnosticiranja bolesti) je identifikovati uzrok i gdje god je moguće prepisati specifičan lijek.

Naći dijagnozu je cilj u bolesti orijentisanom metodu. Stoga ne iznenađuje da doktor vodi i kontroliše tok intervjua sa pacijentom. Ljekar pita pacijente pitanja na koje očekuje specifičan odgovor. Obično su ova pitanja direktno formulisana, dizajnirana da se dobije kratak,činjenicni odgovor prije nego da se da neki podsticaj pacijentu da uđe u jedan otvoren dijalog. Ova metoda se razvila u XIX vijeku i imala je specifičnu namjeru:uspostaviti jasnu vezu izmedu pacijentove bolesti i organske patologije. Ostvarujući ovu namjeru ovaj metod je smanjio ljekarov fokus na pacijenta i preusmjerio njegovu pažnju dalje od ličnog i socijalnog konteksta oboljenja pacijenta. To je bilo uspješno u akutnim oboljenjima gdje intervenisanje sa različitim terapeutskim agentima može da promjeni tok bolesti. Međutim to se pokazalo manje uspješnim kod hroničnih bolesti i oboljenja bez organske patologije. Pošto su ove pojave jako česte u porodičnoj praksi nije bilo iznenađujuće da su porodični ljekari prvi uočili mane ovog metoda i poveli u oživljavaje pacijentu orijentisane medicine. Zastupajući pacijentu orijentisan metod, kao klinički metod *par excellence* za opštu praksu, mi ne

mislimo da oboljenju orijentisan metod treba napustiti. Metod koji se u porodičnoj medicini razvija mora uključiti i oboljenju orijentisan metod kad je on potreban.

PACIJENTU ORIJENTISAN METOD

Suština pacijentu orijentisanog metoda je ljekarov pokušaj da se razumije pacijent kao ličnost i da se razumije značenje bolesnosti (illness) za pacijenta. Umjesto da interpretira bolest u terminima iz doktorovog ugla, doktor pokušava da uđe u svijet pacijenta. Prema dr Levenstein-u koji je prvi ozvaničio ovaj metod u praksi- to uključuje odgovaranje na pitanja: Zašto je pacijent došao? Koja su njegova očekivanja, osjećanja i strahovi??? Svaki pacijent ima neka očekivanja od doktora ili od medicinskog tehničara iz tima za koja nije neophodno da moraju biti određena. Svi pacijenti imaju osjećanja oko njihovog problema-u većini bolesti oni osjećaju neki strah.
Ključ pacijentu orijentisanog metoda je - dopustiti da što god je moguće više informacija potekne od pacijenta. Krucijalna vještina je sposobnost odgovaranja na verbalne i neverbalne znakove koji dolaze od pacijenta. Kroz pažljivo slušanje i upotrebu otvorenih i jasnih pitanja, pacijent je ohrabren da izrazi svoja mišljenja i osjećanja.
Pacijentu orijentisan metod treba da se koristi u svakoj prilici,a oboljenju orijentisan metod treba da se koristi samo onda kad akutna i hitna situacija to nalaže.

Pacijentu orijentisan klinički metod ima 6 interaktivnih komponenti:

1. Istraživanje bolesti (disease) i bolesnosti (illness)

a) anamneza i fizikalni pregled

b) dimenzije bolesnosti (osjećanja,ideje,funkcionisanje i očekivanja-FIFE)

2. Razumijevanje cijele ličnosti

a) ličnost (životna i lična istorija i razvoj)

b) pacijentov kontekst (porodica i bilo što drugo što afektira pacijenta)

3. Pronalaženje zajedničkog stajališta

a) problem i prioriteti

b) ciljevi tretmana

c) uloga doktora i pacijenta u tretmanu

4. Inkorporiranje prevencije i promocije zdravlja

a) zdravstveno prosvećivanje

b) smanjenje rizika

c) rana detekcija oboljenja

d) poboljšanje efekata oboljenja

5. Jačanje odnosa između ljekara i pacijenta

a) terapeutski odnos

b) snaga raspodjele tog odnosa

c) njega i izlječenje

d) samosvesnost

e) transfer i kontratransfer

6. Biti realan

a) oko vremena

b) oko resursa

c) oko izgradnje tima

Istraživanje bolesti (disease) i bolesnosti (illness)

Postoje dva koncepta bolesnog stanja:bolest i bolesnost, koje prve spominje Levenstein,1984.g.

- ***Bolest (disease*)** - ljekar traži objašnjenje za pacijentove tegobe u obliku abnormalnosti struktura ili funkcije organa i sistema bilo da se radi o fizičkim(organskim) ili mentalnim poremećajima. Bolest otkrivamo kroz klasični medicinski pristup uzimajući anamnezu, radeći fizikalni pregled i kroz dijagnostičke pretrage.

- ***Bolesnost (illness)*** - upućuje na pacijentovo lično iskustvo bolesnog zdravlja, tj šta pacijent lično misli i osjeća da se dešava sa njim. Bolesnost otkrivamo kroz pacijentova osjećanja (feelings) , kako se on osjeća, ideje šta se sa njim dešava (ideas), kako se to sve odražava na njega i kako zbog svega on funkcioniše (functions) i šta očekuje da u toku liječanja postignemo(expectations) ili skraćeno FIFE.

Razumijevanje cijele ličnosti

Druga komponenta pacijentu orijentisanog kliničkog metoda je razumijevanje cijele ličnosti. U današnje vrijeme imamo puno doktora specijalista za organe a malo za čovjeka. To znači da čovjeka treba gledati u cjelini, kao kompletnu ličnost i da se i pacijentova bolest i bolesnost posmatraju u kontekptp pacijentove ličnosti,životne situacije. Znanje o ličnosti uključuje i familiju i posao i vjerovanje i kulturu i borbu sa ranijim životnim krizama. Jer kada doktor zna šta se trenutno događa u pacjentovom životu može znati i zašto pacijent ima tegobe baš sad!!!

Nalaženje zajedničkog stajališta

Znači dolaženje do zajedničkog usaglašavanja sa pacijentom o definisanju problema pacijenta, koji je problem prioritetan za rješavanje, kakav će biti cilj tog liječenja i kakva je uloga pacijena a kakva ljekara u procesu liječenja. Bez postizanja zajedničkog stajališta sa pacijentom o procesu liječenja nijedan dalji korak u liječenju neće imati efekta.

Inkorporiranje promocije i prevencije zdravlja

Podrazumijeva da se u okviru svake pacijentove posjete posveti par minuta promociji ili prevenciji zdravlja. WHO(1986) definiše promociju kao-"proces koji omogućava ljudima da drže kontrolu nad svojim zdravljem ili da ga poboljšavaju". Unutar takvog suportivnog procesa ljekari i pacijenti skupa nadgledaju pacijentovo zdravlje koje treba jačati u interesu dugotrajnog emocionalnog i fizičkog zdravlja. Ljekari i med. medicinskog tehničara takođe trebaju na osnovu faktora rizika da screeningom traže eventualno prisutne bolesti u ranom stadiju a to je dobro kad postoje definisani protokoli screeninga u praksi kao i protokoli o zdravstvenoj promociji u medicinskim kartonima.

Jačanje veze između ljekara, medicinskog tehničara i pacijenta

U svakoj posjeti u kontekstu kontinuirane njege ljekari i med.medicinskog tehničara teže da izgrade efikasnu dugotrajniju vezu sa svakim pacijentom i potom koriste tu vezu kao potencijal koji liječi.
Veoma često je pacijentova jedina potreba u toku intervjua da bude saslušan.
Ljekari znaju da različiti pacijenti zahtijevaju različit pristup ali ono na što treba paziti jeste transfer (prenos emocija sa pacijenta na ljekara) i kontratransfer (emotivno odgovor ljekara prema pacijentu) kao i potreba za ljekarovom samosvjesnosti (ne može se biti stalno na raspolaganju našim pacijentima).
Dobra veza između ljekara i pacijenta je tu da često mobilizira snagu samog pacijenta u svrhu izlječenja.

Biti realan

Šesta komponenta uključuje realnost. Doktori često moraju da rukovode sa svojim vremenom efikasnije što znači dobro ovladavanje vještinama intervjua, fokusiranog fizikalnog pregleda, prioriteta problema, resursa i podjele u timskom radu.
Konačno doktori moraju respektovati svoje vlastite granice i emocionalnu energiju i ne treba da očekuju previše od sebe samih.

Iako su ovih 6 komponenti pacijentu orijentisanog kliničkog metoda predstavljene kao zasebni i odvojeni dijelovi u realnosti oni su komplikovano isprepletani. Vješt kliničar kreće se naprijed i nazad slijedeći pacijentove znake među ovih šest komponenti. Smatramo ovu tehniku "krivudanja" naprijed i nazad ključnim konceptom u učenju ovog metoda a to zahtijeva praksu i iskustvo

Mogući prigovori na pacijentu orijentisanu njegu

U situacijama kao što su hitni slučajevi,nesreće,akutne bolesti doktorska akcija i djelovanje imaju prednost nad saznavanjem podataka iz pacijentovog života.Niko to ne bi htio da osporava.Međutim kada akutna situacija bude smirena veoma je važno obratiti pažnju na pacijentov život,sagledavanje njega kao ličnosti i značenje protekle bolesti za njega.
Drugi prigovor bi mogao biti da se nema dovoljno vremena da se sasluša pacijent na jedan ovakav način.Međutim greške u otkrivanju nevažnih detalja iz pacijentovog života mogu biti i traćenje dugog vremena koje ljekar uloži na pogrešan problem.U rukama iskusnog ljekara koji zna pacijenta dobro, ovaj metod ne traži neko veće vrijeme za komunikaciju.

Djelotvornost pacijentu orijentisane njege

Efekat pacijentu orijentisanog metoda dobar je za pacijente jer se oni aktivno uključuju u tok liječenja čime je i saglasnost kao i krajnji terapijski ishod veći,a oni zadovoljniji.
Prednost ovog metoda za ljekare je da ljekari manje griješe oko dijagnoza,manje imaju kritika od strane pacijenata,jer prilaze pacijentu kao ličnosti,bolji je krajnji zdravstveni ishod a štede se znatno i zdravstveni resursi.

Klinički metod orjentisan ka pacijentu

Lista provjere prilikom posjete ljekaru

Idealizovana lista provjere prilikom posjete ljekaru	
Korak 1.	**Osnovne pripreme**
	• Dobrodošlica pacijentu
	• Koristiti pacijentovo ime
	• Predstaviti se i ukazati na specifičnu ulogu
	• Osigurati pacijentovu spremnost i privatnost
	• Ukloniti barijere u komunikaciji
	• Osigurati udobnost i omogućiti pacijentu da se opusti i osjeća ugodno
Korak 2.	**Odrediti redoslijed pritužbi pacijenta**
	• Ukazati na raspoloživo vrijeme
	• Ukazati na sopstvene potrebe
	• Sastaviti listu svih pitanja o kojima pacijent želi da razgovara (npr. Specifični simptomi,zahtjevi, očekivanja, razumijevanje)
	• Završiti i sastaviti redoslijed; porazgovarati o specifičnim pritužbama ukoliko je isuviše navedenih
Korak 3.	**Ne-fokusiran intervju**
	• Otvoreno uvodno pitanje
	• Pažljivo slušanje (vještine postavljanja ne-fokusiranih, otvorenih pitanja)
	• Prikupiti dodatne informacije iz neverbalnih izvora: neverbalne aluzije, fizičke karakteristike, karakteristične promjene, lične stvari, okolina
Korak 4.	**Fokusiran intervju**
	• Ustanoviti opis fizičkih simptoma (fokusirana, otvorena pitanja)
	• Razviti uopćeni personalni/psiho-socijalni kontekst fizičkih simptoma (fokusiran pristup)
	• Razviti emotivni fokus (vještine istraživanja emocija)
	• Usmjeriti emocije (vještine upravljanja emocijama)
	• Proširiti priču na nova polja (fokusiran pristup, vještine istraživanja i upravljanja emocijama)
Korak 5.	**Prijelaz ka liječničku usmjerenom fokusu**
	• Kratak pregled
	• Provjera tačnosti
	• Ukazati da će se sadržaj i stil ispitivanja izmijeniti ukoliko je pacijent spreman

TEŽAK/PROBLEMATIČAN PACIJENT

Dok je čovjek zdrav, premalo ili nikako razmišlja o vrijednosti zdravlja. Izuzetak su, naravno, profesionalci, posebno oni koji su svaki dan uz pacijente. Bolest, na neki način mijenja svakog čovjeka i pojačava osjećaj vlastite slabosti.
Suočen sa vlastitom slabošću, pacijent traži riječi utjehe i prihvata pomoć druge osobe.Svaki susret s medicinskim osobljem, svaka njihova gesta i riječ, već na neki način predstavlja lijek za pacijenta. Mnoga ispitivanja zadovoljstva pacijenata sa zdravstvenim profesionalcima pokazuju da se većina njohovih zamjerki odnosi na nezadovoljavajuću komunikaciju sa zdravstvenim profesionalcima.
Loša komunikacija je prepoznata kao glavni uzrok problema u zdravstvu na osnovu mnogih provedenih studija.
Uspješna komunikacija je temelj razumjevanja, povjerenja i obostranog zadovoljstva pacijenta i medicinskih profesionalca.
Kao i svaki odnos, odnos između medicinskih profesionalaca prema pacijentu može biti narušen. Jedan od razloga za to jesu upravo problemi u komunikaciji. Da bi se isti riješili, potrebno ih je znati na vrijeme prepoznati, te pronaći rješenje za njhiovo otklanjanje.
Različite grupe u okviru zdravstvene profesije se svakodnevno susreću sa pretnjama i agresivnim ispadima pacijenata.

Ko je težak pacijent?

Težak pacijent je pacijent s kojim se teško uspostavlja komunikacija i saradnja, s kojim se ne uspostavlja efektivan rad i terapeutski odnos.
To je takođe konfliktan pacijent koji svojim ponašanjem narušava red i mir zdravstvene ustanove, te izaziva negativnu reakciju kako zdravstvenog radnika tako i pacijenata u čekaonici.

Rad sa teškim pacijentom

Medicinska sestra-tehničar mora biti emocionalno zrela i stabilna osoba kako bi mogla razumjeti i nositi se s ljudskom patnjom, hitnim stanjima, zdravstvenim problemima i etičkim dvojbama.
Dobre komunikacijske vještine, strpljivost i osjetljivost za ljudske probleme, koji su sastvani dio svakog sestrinskog postupka, nužne su za stvaranje odnosa povjerenja. Vžno je shvatiti da se pacijentima ne smiju nametati vlastiti stavovi ni onda kada duboko vjerujemo kako to činimo za njihovo dobro.
Medicinska sestra-tehničara mora biti kadra razumjeti pacijentove osjećaje i ponašanje u određenoj situaciji, a ne razmišljati kako bi se ona osjećala i ponašala u toj situaciji

Kako se može pristupiti osobama koje su nasilne tako da ih ne provociramo na nasilje?

Na to pitanje ne postoji jedinstven odgovor. Istovremeno se nikada nećemo osloboditi rizika da nam opasne i nasilne osobe budu klijenti ili pacijenti.

Nasilje je rizik naše profesije

Agresivnost je reakcija na frustraciju, tj. na onemogućavanje osobe da postigne neki cilj.
Pacijent može svoj bijes i agresivnost usmjeriti na zdravstvene profesionalce zato što se osjeća neugodno, uplašeno, bespomoćno, ugroženo.
Bitno je NE UZVRATITI agresijom na agresiju, a cilj je smiriti pacijenta. Osnovno pravilo je ne pridružiti se pacijentu u ljutnji.

Bez razlike u načinu ispoljavanja ljutnje medicinski profesionalci moraju ostati mirni i mirnim glasom pacijenta uvjeriti da odnos neće biti prekinut zbog toga što se desilo.
Kada pacijentova reakcija prelazi granice dobre uljudne komunikacije i šteti njegovom liječenju zdravstveni profesionalac mora upozoriti pacijenta mirno da to nije prihvatljivo i tada mora postaviti određene norme koje pacijent treba da poštuje u budućnosti.
Na agresiju je najbolje odgovarati smirenim tonom i dobronamjernim osmijehom jer i što je VAŠ GLAS TIŠI, pacijent će manje vikati.

Ispoljite empatiju prema pacijentu.

EMPATIJA

…sposobnost da razumijemo osjećaje, želje, ideje i ponašanja druge osobe te da to razumijevanje i pokažemo.
(Encyclopedia Britannica, 1999)

To možda zvući kao površnost, ali je važno izbjeći diskriminiranje. Lako je zauzeti prepoznatljiv stav prema agresivnim osobama kao protivnicima. Oni to osjete i to je dovoljno da iazazove konflikt.

Kako komunicirati sa agresivnim pacijentom?

- Ne prekidati pacijentov ispad.
- Pokažite razumjevanje.
- Ne prijetite.
- Postavljajte otvorena pitanja.
- Pazite na neverbalnu komunikaciju (ne dodirujte pacijenta, pazite na osobni prostor, nemojte mu stajati iza leđa).

NE SHVATAJTE NAPAD LIČNO: pazite da ne postanete agresivni.

TERMINALNA BOLEST

Način saopštavanja loše vijesti u terminalmnoj bolesti je veoma važan u radu porodičnog ljekara.
Loša vijest je bilo koja informacija koja nepovoljno ili ozbiljno pogađa pacijenta kao što je:

- dijagnoza maligne bolesti,
- relaps bolesti koja je ranije liječena,
- progresija bolesti unatoč provedenog liječenja,

Saopštavanje loše vijesti bolesniku teško je i liječniku i pacijentu.

Preporuka kod saopštavanja loših vijesti:

- osigurati odgovarajuće mjesto i vrijeme,
- dati neophodne osnovne informacije,
- biti izravan, izbjegavati kolokvijalne izraze,
- u razgovoru dopustiti šutnju i emocionalno izražavanje,
- ustanoviti i procijeniti reakcije pacijenta,
- odgovoriti na trenutnu tjeskobu i nelagodu.

Primjena novih lijekova u liječenju pacijenata s malignom bolesti omogućila je dugotrajno preživljavanje tih bolesnika, a patnja uzrokovana tom bolešću znatno je smanjena.

Provođenje dugotrajne terapije zahtjeva dobru komunikaciju liječnika s pacijentima i članovima njihove porodice. Poseban problem je komunikacija zdravstvenog osoblja s umirućim pacijentom, što zdravstveno osoblje, zbog manjka u edukaciji i zbog emocionalnog opterećenja, nastoji izbjeći.
Kada govorimo o teško oboljelim osobama u prvom redu mislimo na onkološke pacijente. Onkološka je bolest teški teret pacijentu i njegovoj porodici u trenutku postavljanja dijagnoze, ali i tokom liječenja. Jednako teške mogu biti i hronične ne-maligne bolesti koje ograničavaju normalne aktivnosti pacijenta, smanjuju radnu sposobnost, onemogućavaju životne radosti, onemogućavaju i mijenjaju životne planove i zahtijevaju sudjelovanje cijele porodice u liječenju i svakodnevnim aktivnostima pacijenta.

Svi problemi koje donose teška onkološka bolest mnogo su više naglašeni, pojavljuju se u kraćem vremenskom razdoblju negoli kod hroničnih bolesti koje su takođe teške po toku bolesti, načinu liječenja i ishodu. Zbog toga je odnos ljekara prema onkološkom pacijentu poseban, a poteškoće su veće negoli kod drugih dijagnostičkih i terapijskih postupaka u kliničkoj medicini.
Temeljni principi učinkovite komunikacije s onkološkim pacijentom zasnivaju se na pristupu prema kojem je pacijent u središtu pažnje (tzv. patient-centered care).
Takva komunikacija ima tri osnovne vrijednosti:

- uzima u razmatranje pacijentove potrebe, perspective i individualna iskustva,
- daje mogućnost sudjelovanja u liječenju,
- poboljšava osdnos ljekara i pacijenta.

Komunikacija gdje je pacijent u središtu pažnje interesa obilježena je verbalnim i nverbalnim ponašanjem koje bi trebali dovesti do otkrivanja, razumjevanja i ocjenivanja pacijentove prespektive (npr. brige, osjećaji, očekivanja).
Razumjevanje pacijenta u njegovom vlastitom psihološkom ili aktivnom okruženju pomaže u razumjevanju njegovih problema tokom liječenja. Na taj se način izgrađuje odnos ljekar-pacijent koji je povjerljiv, pun razumjevanja i privrženosti. Za uspješnu komunikaciju i pacijent i liječnik moraju biti informirani o bolesti te imati vještine i motivacije.

U razgovoru sa pacijentom trebamo biti aktivni i izraziti razumjevanje (emapatiju). Sa pacijentom moramo razgovarati nasamo u ordinaciji (pravo na privatnost) i to tako da su prisutna najmanje dva kliničara (ili ljekar ili timska sestra). Druga zdravstvena osoba ima ulogu svjedoka u razgovoru. Pacijentu treba predstaviti probleme, provjeriti je li shvatio rečeno, ponoviti to na njemu razumljiv način i razmotriti mogućnosti rješavanja tih problema.

Razgovara se u dva navrata, jer je pacijent često jako uzbuđen kad zna da će doznati dijagnozu, pa često nakon toga više ne sluša nego, mu se po glavi kovitlaju misli i malo toga čuje. Nakon što mu se kaže na prikladan način dijagnoza i plan liječenja, daje mu se mogućnost da pita. Ekstrovertne osobe obično odmah pitaju, a introvertne se zatvore i ne govore. Zato se pacijentu ostavi vremena da razmisli i pripremi pitanja kojih se odmah nije mogao sjetiti. Često pitaju ono što im je već bilo rečeno i time potvrđuju da su malo slušali ili su slušali, ali nisu zapamtili. Zatim ponovimo ukratko što smo rekli prvi put, a šire razgovaramo o neposrednoj terapiji. Takođe, treba ga uvjeriti o mogućnostima uklanjanja bolova, načinu liječenja, nuspojavama koje se javljaju tokom liječenja i mogućem rješenju nuspojava.
Nakon završenog liječenja treba dogovoriti kontrole pacijenta i priložiti specifičan plan za budućnost.

Psihijatrijski problemi

Kada vam neko dođe u zdravstvenu ustanovu, a vi primjetite znakove na njima koji govore u prilog mentalnog poremećaja kod pacijenta, glavno je da ostanete smireni.
Osim toga bitno je sa takvim pacijentom u komunikaciji birati riječi kojima se koristiti, nikako ne upotrijebiti neke ružne riječi koje mogu biti okidač za konflikt medicinsko osoblje-pacijent.
Isto tako važno je znati da zbog svog psihičkog stanja nisu svi pacijenti u stanju razumjeti vaš odgovor ili voditi s vama smirenu diskusiju i zato je potrebno pozvati u pomoć vaše radne kolege da zajednički pokušate riješiti probleme.
U komunikaciji s pacijentom najbitnije je strpljenje i poštivanje

Komunikacija s duševnim pacijentima i osobama s emocionalnim poteškoćama

- govoriti u kratkim rečenicama, pnavljati upute jednu po jednu;
- komunikacija dodirom djeluje umirujuće- obično se dodiruju šake, ramena, leđa i ruke jer dodir pojačava verbalnu poruku;
- ako bolesnika ponavlja iste priče puno puta, pokušati usmjeriti ga da kaže nešto kako bi imali uvid u sadržaje koji nas zanimaju, a što je povezano s ponavljanom pričom ili sažeti priču;
- u slučaju agresivnih reakcija na frustracije treba maknuti osobu iz situacije koja je izazvala ispad ili odgodila rješavanje situacije.

Komunikacija s depresivnim osobama

Pitanja koja se postavljaju trebaju biti takva da osoba može odgovoriti kratkim i jednostavnim odgovorima (kod jače izražene depresije pacijent može i mati oskudan i usporen misaoni tok). Odvojiti dovoljno vremena za razgovor, pažljivo opažati klijenta, pratiti verbalne i neverbalne znakove, neverbalno pokazati suosjećanje i razumijevanje (nagnuti se prema klijentu, gledati ga u oči, klimati glavom..), objasniti svrhu razgovora i plan tretmana i zajednički pokušati doći do cilja (ciljevi su izmjenjivi i ostvarivi) i postizanja terapijskog dogovora.

Kako pomoći depresivnoj osobi

- podstaći ga da potraži ljekarsku pomoć,
- ponuditi emotivnu podršku i to razumjevanje, strpljivost i ljubav,
- uključivati ga u razgovor i pažljivo slušati,
- isticati realnost ali ostaviti prostor za nadu,
- podsticati ga na fizičke aktivnosti u kojima je nekad uživao.

Strategije menadžmenta teškog / problematičanog pacijenta

Strategije menadžmenta teškog / problematičnog pacijenta:

Klasifikacije ponašanja	Tradicionalne, povezane dijagnostičke kategorije	Sugerirane strategije menadžmenta / vođenja ovakvih pacijenata
1. Ovisni pacijenti		
Pretjerana potreba za pažnjom, ohrabrenjem, analgezijom/otklanjanjem bolova.	Poremećaji ličnosti: ovisne, histerične osobe, granične osobe	Pokušaj da se uvidi potreba pacijenta kao simptom.
Koristi bespomoćnost i zavođenje.	Hipohondri, hronični psihijatrijski pacijenti	Pružati podršku ali u isto vrijeme postaviti limite na pacijentova očekivanja.
Ljekar se u početku osjeća posebnim, zatim izmorenim i frustriranim.		Kontrolni pregledi sa odgovarajućim, konzistentnim ljekarom.
Pacijent povećava potrebe kada na kraju biva odbijen.		Moguća potreba za intervencijama u kriznim situacijama.
2. Pacijenti na pozicijama /sa titulama		
Strah od gubitka moći izaziva njihovo ponašanje.	Poremećaji ličnosti: paranoici, narcisoidne osobe	Pružati podršku i dobru njegu ali u isto vrijeme postaviti limite kod nerazumnih zahtjeva.
Koristi zastrašivanje, imenovanje nekih važnih osoba, neprijateljstvo i prijetnje.	Osobe koje zloupotrebljavaju razne supstance.	Dozvoliti pacijentima da sami izaberu neke od razumnih opcija tretmana.
Ljekar se osjeća zastrašenim, ljutim, ponekad neadekvatnim.	Veoma važne osobe (VIP)	Izbjegavati borbu za prevlast / moć.
Mogućnost sudskih tužbi /parničenja.		
3. Neukrotljivi pacijenti		
Pretjerana potreba za pažnjom tako što uvijek stalno dolaze sa nerješivim problemima, kupovina doktora, slabo pridržavanje propisanoj terapiji, i bez nade za uspješan tretman.	Poremećaji ličnosti: asocijalne osobe, granične osobe	Treba ih razlikovati od drugih kompliciranih pacijenata i voditi ih na odgovarajući način.
Ljekar se osjeća frustriran, ljut, ali se opet boji da ne propusti neku zaista značajnu bolest.	Hipohondri	Biti svjestan mogućeg postojanja kognitivnih poremećaja koji mogu maskirati značajno oboljenje.
Ciklus po tipu «pomozite mi ali mi zapravo ništa ne pomaže”		Pružati podršku kroz «dijeljenje» pesimizma uz postavljanje razumnih očekivanja.
4. Samo-destruktivni pacijenti		
Zanemarivanje vlastitog zdravlja i ponovljenih posjeta zbog ozbiljnog oboljenja.	Poremećaj granične ličnosti	Pružiti odgovarajuću medicinsku njegu.
Često pretjerano samo destruktivni, negiraju postojanje bolesti.	Osobe koje zloupotrebljavaju supstance	Naučiti kako se nositi sa vlastitim negativnim i nihilističkim reakcijama na pacijente.
Ljekari se osjećaju frustrirani, bespomoćni, ljuti i krivi zbog toga što žele uspješnost terapije kod ovakvih pacijenata.	Pacijenti hronično skloni suicidu	Tražiti znake depresije i razmotriti upućivanje pacijenta psihijatru ako je potrebno.

Izvor: *David W. Harrison, Robert J. Vissers in Marx; Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 5th edition, 2002 Mosby, Inc.*

PRAVO PACIJENTA DA ZNA ILI NE ZNA

Izvodi iz članka: Mae C. McWeeney, Nursing Administration Quarterly, Vol .4, No. 2. Winter (zima), 1980.

Nema sumnje da pacijent ima pravo na informaciju. Ova informacija pomoći ce pacijentu da shvati kako samo oboljenje tako i sam proces terapije.

Pacijentova potreba za informacijom u toku ljekarske njege je konstantna i postaje odgovornost svih zdravstvenih profesionalaca koji vode brigu o pacijentu.

Njega se mora nastaviti uz pretpostavku da je ključna uloga obezbijediti pacijentu pravo na informaciju. **Svaka med. sestra je nastavnik.** Podučavanje pacijenta smatra se integralnim dijelom sestrinskog prakse. Ali, kao što smo svi iskusili kao učenici, podučavanje ne garantuje znanje. Podučavanje pacijenta od strane medicinske sestre ne smije biti slučajno, već dobro isplanirano i namjerno. Svaka med. sestra mora postati vješta u kreiranju uslova koji olakšavaju proces učenja.

Pacijent ima pravo na slijedećih **pet prava** u toku procesa podučavanja-ucenja:

1 – Pacijent ima pravo na tačnu informaciju.

Sadržaj koji se diskutuje sa pacijentom mora biti aktuelan i razumljiv i treba da obuhvata samo ono što pacijent treba da zna. Pružanje informacija mora biti dosljedno i mora se učiniti svaki napor kako bi se razumjela pitanja koja upućuje pacijent, te obezbijedilo da je pacijent razumio odgovore.
Kako bi obezbijedio pacijentu njegovo pravo na tačnu informaciju, nastavnik treba da:

- Pregleda i modernizuje sadržaj podučavanja
- Provjeri tačnost učenja pacijenta kroz proces podučavanja
- Ponudi feedback što pospješuje pacijentovo tačno razumijevanje ili nivo vještine.

2 – Pacijent ima pravo da bude tretiran kao jedinstven učenik.

Svaki pacijent unosi u proces učenja svoje jedinstvene okolnosti. Procjena pacijenta (učenika) počinje već u toku prve interakcije i treba da obuhvati fiziološki status, starosnu dob, kulturološku različitost, način života, sistem vrijednosti i vjerovanja, nivo stresa, sisteme podrške itd.
Kako bi obezbijedio pacijentu njegovo pravo da bude tretiran kao jedinstven učenik, nastavnik treba da:

- Sasluša pacijenta u vezi njegove vlastite percepcije problema i aktuelne situacije.
- Koristi pacijentove riječi i pomaže pacijentu u shvatanju jezika nastavnika.
- Konstantno procjenjuje kako se pacijentove potrebe za učenjem mijenjaju.
- Podučava odrasle kao odrasle, a djecu na njihovom nivou kognitivnog razvoja.

3 – Pacijent ima pravo da sazna sve što želi.

Ne treba praviti generalizacije i pretpostavke u vezi toga šta pacijent želi znati, iako nastavnik može da identifikuje i poduči pacijenta onome što je od primarnog značaja. Treba procijeniti na samom početku procesa podučavanja koliko pacijent već zna i šta smatra da još treba da nauči. Kako se

pacijent privikava na svoje oboljenje, trebat ce mu različite informacije u različitim stadijumima.
Kako bi obezbijedili pacijentu njegovo pravo da sazna sve što želi, nastavnik treba da:

- Uključi pacijenta u planiranje (intervencije) edukacije.
- Podučava pacijenta onome što ovaj prvo želi da nauči, zatim onome što je određeno da treba da zna.
- Predstavi sadržaj na nekoliko načina koristeći jednostavne i direktne poruke.

4 – Pacijent ima pravo da prihvati ili odbije proces učenja.

Pacijent donosi konačnu odluku o tome želi li prihvatiti i povinovati se ponuđenoj edukaciji. Nastavnik treba da gleda iza pacijentove odluke o prihvatanju ili odbijanju kako bi izvršio procjenu pacijentovog odgovora na podučavanje, nivo razumijevanja i konačnog pristanka. Na primjer, pacijent može da prihvati podučavanje ali, zbog toga što ne razumije materiju, neće biti u mogućnosti da primijeni naučeno. U drugom slučaju, pacijent može da odbije podučavanje uslijed nedostatka razumijevanja sadržaja, nerazumijevanja važnosti /relevantnosti edukacije ili će smatrati da su nastavne metode nedjelotvorne.
Kako bi obezbijedili pacijentu njegovo pravo da prihvati ili odbije edukaciju, nastavnik treba da:

- Bude fleksibilan u pristupu edukaciji.
- Odredi nivo angažovanja pacijenta u toku procesa učenja.
- Procijeni faktore koji doprinose odbijanju procesa edukacije.
- Shvati da odbijanje procesa učenja ne znači uvijek i odbijanje nastavnika.

5 – Pacijent ima pravo da očekuje kvalitetnu edukaciju.

Proces podučavanja mora postati sastavni dio svijesti med. sestre onoliko koliko je to i sestrinski proces. Pacijentu treba pomoći da shvati da je edukacija dio planski vođene terapije.
Kako bi obezbijedili pacijentu njegovo pravo na kvalitetnu edukaciju, nastavnik treba da:

- Razvije vlastite vještine za efikasno /djelotvorno podučavanje.
- Bude konstantno otvoren za nove mogućnosti podučavanja.
- Diskutuje nastavni plan sa kolegama kako bi osigurao konzistentnost i kontinuitet procesa podučavanja.
- Komunicira/ dokumentuje ono o čemu podučava, na koji način kao i odgovor pacijenta, te njegov nivo razumijevanja.

LITERATURA

1. Stuart, M.R. & Lieberman III, J.A (1993). The fifteen minute hour: primjenjena psihoterapija za ljekare primarne zaštite, (drugo izdanje). Westport, Connecticut: Praeger.
2. Grassi., L. & Travado, L. (2008). The role of psycho-social oncology in cancer care. In Coleman, M. P., Alexe, D.M., Albreht T. & Mckee M. (Ed.) Responding to the challenge of cancer in Europe, Ljubljana: Institute of public health.
3. Arambašic, L. (2005). Gubitak, tugovanje, podrška. Zagreb: Naklada Slap.
4. Berger, D. (1993). Psihologija obolelih od malignih hematoloških bolesti. Beograd: Naučna knjiga.
5. Komunikacija medicinske sestre sa bolesnikom www.plivamed.net
6. Dealing with Dificult Patients and Dificult Families While Nursing http://blog. mynursinguniforms.com
7. Program o načinu organizovanja porodične medicine u JU Dom zdravlja Kantona Sarajevo za period 2003-2007, Ministarstvo zdravstva , 2003.
8. County of Humboldt, California, June 1999, http://co.humboldt.ca.us/ (02.07.2007.)
9. All Nursing Schools - Become a Family Nurse http://www.allnursingschools.com/faqs/family-nurse.php (02.07.2007.)
10. School of Nursing, http://nurseweb.ucsf.edu/www/spec-fnp.htm (28.06.2007)
11. Gruber E. (2007) , Prihvatimo različitosti, odbacimo predrasude-živjeti s duševnom bolešću Zbornik radova

6

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 6

Kardiovaskularni problemi - I dio

Kardiovaskularna procjena

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Način predavanja
9:00-10:15	Definicija KV oboljenja Značaj obolijevanja od KV bolesti Značaj oboljevanja u BiH Riziko faktori	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • Opiše definiciju KV oboljenja • Objesniti značaj obolijevanja od KV bolesti • Opisati riziko faktore za KV oboljenja	Predavanje i diskusija
10:15-10:30 Pauza			
10:30-10:45	Sestrinski proces	• Opisati model od četri koraka sestriskog procesa • Znati primjeniti sestriski proces	Predavanje i diskusija
10:45-11:30	Uzroci bola u grudima Srčana bol – adekvatna trijaža Karakter bola kod nekih stanja – angina pektoris,infarkt miokarda Riziko faktori,prevalencija bolesti, komplika-cije	• Znati prepoznati uzrok bola u grudima • Uraditi pravilnu trijažu • Prepoznati karakter bola kod angine pektoris, infarkta miokarda	Predavanje i diskusija
11:30-12:00	Akutni koronarni sindrom- AKS Ateroskleroza Menadžment kod KV oboljenja	• Prepoznati simptome AKS • Znati šta uraditi kod menadžmenta KV oboljenja	Predavanje i diskusija
12:00-12:45 Pauza za ručak			
12:45-14:00	Primarna prevencija KV oboljenja –P/O amb. EKG – pravilna tehnika snimanja, prepoznati hitna stanja,uočiti greške koje se dešavaju prilikom snimanja	• Znati šta treba uraditi u primarnoj prevenciji • Znati pravilno postaviti elektrode za snimanje • Znati uočiti greške	Predavanje i demon-stracija

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Način predavanja
14:00-15:00	Prikaz slučaja Razvoj sestrinskog plana njege za kardiovaskularne pacijente	• Znati razraditi sestrinski plan za njegu KV pacijenata	Diskusija slučaja
15:00-15:30	Dugoročno praćenje pacijenata . Savjeti pacijentima IM prilikom izlaska iz bolnice i prelaska na ambulantno liječenje	• Znati načiniti plan njege za praćenje pacijenta • Znati edukovati pacijenta nakon IM	Predavanje i diskusija

KARDIOVASKULARNI PROBLEMI - I DIO
KARDIOVASKULARNA PROCJENA

Pripremila: Alma Tešnjak

Prikaz slučaja

Dolazi vam u ambulantu 60-to godišnji muškarac A. B. sa bolom u grudima. Bolovi su se pojavili prvi put prije nekoliko mjeseci, ali su u zadnjih mjesec dana postali učestaliji, pa se javljaju skoro svakog dana. Poznajete pacijenta, on je penzioner i živi sam, uzima lijekove za hipertenziju. Identifikujte dodatnu procjenu podataka koje želite prikupiti.

Upotreba sestrinskih procesa

Napravite plan njege za ovog pacijenta, procjena sa posebnim naglaskom na rizične faktore i zdravstvenu njegu.

Definicija

Kardiovaskularna oboljenja (KVO) su masovna oboljenja srca i krvnih žila koja nastaju kao abnormalna akumulacija lipida i fibroznog tkiva u zidovima krvnih žila izazivajući upalne procese i formiranje plaka. Dolazi do sužavanja lumena, plak može uzrokovati nepovratnu štetu i smrt ćelija miokarda, formira se ožiljak na tkivu.

Značaj oboljevanja

KVO će u skoroj budućnosti biti uzrok rane, prijevremene i opšte smrtnosti stanovništva.
Kardivaskularne bolesti su 30 godina vodeći uzrok:

- Smrtnosti,
- Invalidnosti
- Česte i dugotrajne hospitalizacije i
- Potrošnje novčanih sredstava zdravstvenih fondova i građana pojedinačno

Današnji značaj kardiovaskularnih oboljenja u Bosni i Hercegovini

- Masovno oboljenje 15.000/100.000.
- Vodeći uzrok apsentizma 80% od ukupnog.
- Vodeći uzrok invalidnosti 70% od ukupnog broja invalida.
- Vodeći uzrok smrtnosti 425/100.000.
- Vodeći trošak u lijecenju 30 – 54 % od ukupnih sredstava.

KVO je posebno prisutno u zemljama u tranziciji, u koje spada i BiH. Način zbrinjavanja, liječenja i rehabilitacije KVO trebaju biti efikasnije kako od mjesta nastanka (prehospitalni period) i racionalniji u preuzimanju što ranijeg tretmana ovih bolesnika, tako u posthospitalnom tretmanu i rehabilitaciji.

Primarna, sekundarna i tercijarna prevencija je strategija izbora u redukciji KVO. Potrebno je izvršiti

cjelovitu reformu sredstava koja će omogućiti bolje liječenje. Kardiovaskularna invalidnost će biti najučestalija s obzirom na težinu invalidnosti. Neophodno je utvrditi doktrinarne dijagnostičke i terapijske vodiče i provoditi edukaciju i reedukaciju zdravstvenih kadrova posebno timova obiteljske medicine kao i opštih i usmjerenih specijalista iz ove oblasti.

Etiologija

Rizik povećavaju osobna ili obiteljska sklonost oboljenjima koronarne arterije, cerebrovaskularne bolesti, oboljenje perifernih žila, angina (osobito nestabilna angina) ili bubrežno zatajenje koje zahtijeva hemodijalizu. "Okidač" za MI ponekad, premda rijetko, može biti neočekivani veliki stres. Kod starijih osoba rizični faktor može biti naprezanje pri defekaciji.

Akutni MI godišnje pogađa približno dvoje od 1000 ljudi i najčešći je uzrok iznenadne smrti odraslih osoba.

Angina pektoris obično je rezultat djelimične opstrukcije koronarne arterije ateromom koji nastaje u procesu ateroskleroze.

Rizični faktori

Hipertenzija - Rizik od koronarnog oboljenja srca progresivno raste sa rastom krvnog pritiska.

Gojaznost - Centralna adipoznost bolji je marker rizika koronarnog srčanog oboljenja od opšteg nivoa gojaznosti.

Hiperlipidemija - Rizik od nastanka koronarne bolesti raste ako je povećan ukupni nivo holesterola u plazmi i/ili LDL, i niska vrijednost HDL u plazmi.

Dijabetes melitus - Rizik za koronarnu bolest povećan je 2-3 puta za muškarce i 3-5 puta za žene.

Pušenje - Pušenje je veliki faktor rizika za koronarna oboljenja. Prestanak pušenja značajno smanjuje rizik koji je upola manji nakon 1 godine nepušenja.

Alkohol -Veza izmedu koronarnog srčanog oboljenja i alkohola je korelativna – najniži rizik je pri umjerenom konzumiranju alkohola.

Porodična anamneza ishemijske bolesti srca - Rizik od nastanka oštećenja koronarne cirkulacije je veći ukoliko je u porodici bilo ishemijskog oboljenja srca.

Pol - Ugroženi su muškarci i žene poslije menopauze.

Dob - Rizik se stalno povećava sa godinama.

Klinička slika

Simptomi i znaci

Bol ili nelagoda u prsima ili blizini prsiju ispod prsne kosti može se širiti u rame, ruku, vilicu, vrat, leđa ili druga područja, a često se opisuje kao stezanje, pritiskanje, pritisak, pečenje, gušenje, bol; bol nije tačno lokalizirana; do boli može doći u stanju mirovanja; obično kratki bolovi.

Ne - kardijalni uzroci bola u grudima

Muskuloskeletalni problemi Priklještenost mišića ili grč. Upala tetiva. Trauma (prelom rebara).	Znakovi i simptomi Bolnost pri palpitaciji. Može trajati sekunde, dane, sedmice, mjesece. Tup, probadajući, pritiskajući bol. Pogoršan dubokim disanjem ili kašljem. Najčešći uzroci boli u grudima kod djece.
Iritacija nerva Uzrokovano herpes zosterom ili kompresijom nervnog korijena.	Znaci i simptomi Herpes zoster bol duž dermatoma, vezikularni osip. Rizični su starije osobe, imunosuprimirane osobe. Kompresija nervnog korijena - bol plus neosjetljivost, žmarci u vratu, grudima, nadlaktici.
Pleuralni uzroci Pneumonija. Plućna embolija. Spontani pneumotoraks ili hemotoraks.	Znaci i simtomi Više generalizirana bol – pogoršava se dubokim udisanjem i kašljanjem, ili unilateralan u pneumotoraksu. Temperatura, groznica, produktivan kašalj, hemoptiza, dispnea.
Gastrointestinalni (može imitirati bol srca) Reflux (GERB). Eozofagealni spazam. Ulkus, žučni napad, pankreatitis.	Znaci i simptomi Česta substernalna bol povezana sa jelom, može se širiti u vrat, ramena i ruku. Popušta upotrebom antacida.

Kardijalni uzroci bola u grudima

Disecirajuća aneurizma aorte	Iznenadni nastanak, mučan. Vitalni znaci: krvni pritisak - povećan ili smanjen.	
Perikarditis	Stabilan. Izgleda kao angina.	
Angina	Blag do jak bol. Može se širiti. Traje kraće od 10 minuta. Prestaje s odmorom i nitroglicerolom.	
Angina Stabilna	Nema promjena u jačini ili trajanju epizoda u posljednjih 6 sedmica.	
Progresivna	Pojačava se u učestalosti, jačini i trajanju u posljednjih 6 sedmica ali ne dovoljno da bi zahtjevala hospitalizaciju.	
Nestabilna angina	Nastaje tokom odmora i traje duže od 20 minuta. Ograničava normalne aktivnosti tokom 2 mjeseca od inicijalne prezentacije. Predhodno dijagnosticirana ali jača, učestalija, epizode traju duže, odmor i nitroglicerol ne pomažu.	
Infarkt miokarda	Nagli početak može se širiti bol dispnea znojenje mučnina nepravilan puls	Anksioznost. Traje 30 minuta ili duže. Ne otklanja se odmorom, nitroglicerin. Nagli, postepeni, povratni, novi.

Uloga sestre u prepoznavanju simptoma bolesti

Prvenstveno zasnovana na karakterističnoj istoriji bolesti:

Karakter bola kod angine pektoris

Karakter bola	Obično čvrst, stežući, osjećaj gušenja, disanje i promjena položaja nemaju uticaja na oštrinu bola.
Lokalizacija	Centralni prostor grudi, iza grudne kosti
Širenje	Ruke, epigastrijum, vilice ili leda
Precipitacija	Zbog napora ili uzbudenja, nakon obroka, statičkog napora, za hladnog vremena
Trajanje	Do 15 minuta, ako traje duže - sumnjati na infarkt miokarda
Pogoršanje	Ako se napor nastavi
Olakšanje	Nakon par minuta odmora ili primjene nitroglicerina sublingvalno

Diferencijalna dijagnoza

(Akutni infarkt miokarda - angina pektoris –akutni kororonarni sindrom)

Glavni simptomi infarkta

Počinje kao kod "slabe probave" intenzivna, jaka, slaba, nema je; ima karakter stezanja ili težine, stezanja remena oko grudnog koša kao da "slon sjedi na grudima", kratkoća daha, kašalj, vrtoglavica, gubitak svijesti, mučnina, povraćanje, znojenje koje može biti obilato (dijaforeza), suhoća usta, osjećaj "bliske smrti" i nemir. Ostali simptomi koji se mogu povezati s infarktom miokarda su: grčevi, malaksalost, privremeni prekid disanja, otežano disanje, potreba za ležanjem i ponašanje (neobično i uznemireno). Pretragom se najčešće ustanovljava ubrzani puls. Krvni tlak može biti normalan, povišen ili nizak.

Simptomi infarkta miokarda (kod nekih hroničnih oboljenja)

Međutim u mnogim slučajevima ona je blaga, čak je i nema, posebno kod starijih osoba i dijabetičara. Ostali simptomi poput slabosti, kratkoće daha, mučnine i povraćanja mogu biti dominantni, bol u grudima ispod prsne kosti, bol u leđima, abdominalna bol, bol u grudnom košu, rukama i ramenima, bol u vratu, zubima i vilici, bol u leđima. Trajanje boli se produžuje, tipično preko 20 minuta, bol je nalik angini koja ne prestaje mirovanjem ili uzimanjem nitroglicerina, svaka dugotrajnija bol u prsima, leđima ili abdomenu.

Uzroci infarkta srca

Uzrok je ugrušak ili spazam jedne od arterija koje snabdijevaju krvlju srčani mišić (koronarne arterije). To i ostala slična stanja blokiraju dotok kisika u područje srca, što dovodi do oštećenja ili odumiranja stanica u tom području. Ovo se najčešće događa u koronarnoj arteriji koja se sužava radi promjena izazvanih aterosklerozom. Oštećena tkiva zauvijek gube sposobnost kontrakcije tog dijela srčanog mišića.

Angina pektoris simptomi

To je ishemija miokarda koji je rezultat narušene ravnoteže izmedu dostupnosti kiseonika miokardu i potreba miokarda za kiseonikom. Kod bolesnika sa koronarnom arterijskom bolešcu zbog aterosklerotskih promjena ili koronarnog vazospazma ograničena je sposobnost povećanja koronarnog krvnog protoka, tako da pri naporu ili stresu potrebe miokarda prevaziđu miokardnu raspoloživost kiseonikom i dovedu do privremene ishemije i anginoznog bola.

Atipični oblici nestabilne angine najčešće u mlađih (25 – 40g) ili starijih (>75g) bolesnika, dijabetičara, žena, te se očituju kao predominantna bol u mirovanju, probadanje u prsima, bol u epigastriju, svježe probavne smetnje, dispneja rastućeg inteziteta i bol poput one u pleuritisu. Kao najuobičajeniji simptom je retrosternalni pritisak ("angina") koji se širi u lijevu ruku, vrat ili čeljust. Uz to se mogu javiti simptomi poput jakog znojenja, mučnina, boli u abdomenu, zaduhe i sinkope. Atipični znakovi nisu neuobičajeni i uključuju epigastričnu bol, gastroezofagealni refluks, probadajuću bol u prsima, znakove pleuritisa, te zaduhu koja se pogoršava.

Ateroskleroza se obično ne dijagnosticira dok ne nastane kritična stenoza (suženje), tromboza (začepljenje krvne žile ugruškom nastalim otrgnućem ateroma), aneurizme (rascjep stijenke arterije) ili embolija (zaustavljanje ugruška u plućima). Simptomi bolesti se obično postupno razvijaju kako raste aterom i zatvara lumen krvne žile. Pri tome je prvo uočljiva nemogućnost dodatne opskrbe krvlju pojedinih organa pri povećanim potrebama, što se manifestira stezanjem srčanog mišića u fizičkom naporu (angina pectoris), bolne pulsacije u ekstremitetima (intermitentne klaudikacije). Ako dođe do naglog začepljenja velike arterije i simptomi su puno dramatičniji npr. ishemijski cerebrovaskularni inzult (moždani udar nastao začepljenjem krvne žile u mozgu ugruškom nastalim otrgnućem ateroma.

Akutni koronarni sindrom

(AKS) je najteži oblik koronarne bolesti i vrlo čest uzrok smrtnosti. Tu spadaju različita klinička stanja koja nastaju kao posljedica akutne ishemije i nekroze miokarda, a najčešće je uzrok tom stanju akutna koronarna lezija, koja je nastala kao posljedica rupture aterosklerotičnog plaka u koronarnoj arteriji, koja je bila zahvaćena trombozom, vazokonstrikcijom, inflamacijom ili mikroembolizacijom.

Ovaj sindrom se nekada može pojaviti u obliku nestabilne angine pektoris koja se manifestuje tipičnim simptomima u stanju mirovanja. Bol koji se tada javlja (anginozni bol) je karakterističan za nestabilnu formu i ima iste karakteristike kao i bol kod stabilne angine pektoris. Razlikuju se u tome što je ovaj bol jači, duže traje (može trajati čak i do 30 min).

Komplikacije

Komplikacije podrazumijevaju oštećenje vitalnih organa zbog dugotrajnog djelovanja hipertenzije hiperlipidemije, ostalih riziko faktora dijabetesa i drugih oboljenja.

- Srca (hipertrofija lijeve komore EKG ili EHO kriterijum),
- Krvnih sudova (uz potvrdu aterosklerotskog plaka u karotidne arterije više od 0,9 mm),
- Bubrega (povećanje serumskog kreatinina kod muškaraca 115-133 µmol/l i kod žena 107-124 µmol/l ili mikroalbuminurije 30-300 mg/24h).

Sestrinski proces - trijaža uloga sestre

Pacijent sa bolom u grudima

- Procjena- Intervju sa pacijentom.
- Sestrinska anamneza: karakter bola, jačina bola, lokalizacija, širenje, trajanje, faktore koji su provocirali ili olakšali bol koju ima.
- Nivo svjesnosti, izgled njegovog lica, da li je blijed ili cijanotičan i oznojen.
- Pri kardiogenskom šoku, stimulacija simpatičkog nervnog sistema uzrokuje vazokonsrikciju, koža postaje hladna i vlažna.
- Tokom akutnog srčanog udara često se dešava znojenje.
- Da li postoje znaci tjeskobe i zabrinutosti.
- Sestra pokušava umiriti pacijenta ako je zabrinut.
- Pod stresom ruke mogu postati hladne i vlažne.
- Sestra osigurava tačno mjerenje vitalnih znakova: krvnog pritiska, pulsa, temperature, frekvencu disanja i ispravnost EKG-a.

Slučaj za setrinsku trijažu

Pacijent H.Š., muškarac oko 65. godina, dolazi u vašu ambulantu u poslijepodnevnim satima u pratnji svoje supruge, žali se na bolove u grudima, kaže da ga razdiru, traju već dva dana, bio je jutros u ambulanti, izmjeren mu je pritisak koji je bio normalan, te je vraćen kući, pije svoju redovnu terapiju za pritisak ali mu nije ništa bolje, pacijent je isprepadan i nervozan, oznojen (rumen u licu???), govori: „Pomozite mi, umrijeću“ ;(slijede sestrinske procjene).

Plan i implementacija uloga sestre

Edukacija pacijenta sa bolom u grudnom košu

- Glavni cilj za pacijenta je otklanjanje i olakšanje bola i nelagodnosti.
- Sestra objašnjava postupke i proceduru predstojećih intervencija.
- Postaviti pacijenta u podesan položaj da sjedi ili leži, ohrabrivati pacijenta i ne ostavljati ga samog.
- Preporuke i upute za snimanje EKG-a za sve pacijente sa bolom u grudima.
- Normalan EKG-e ne isključuje infarkt miokarda, zvati ljekara.
- Što prije adekvatna terapija i što prije stabilizacija stanja bolesnika.

Uloga sestre i prva pomoć kod infarkta (porodične ambulante)

Akutni IM zahtijeva hitnu ljekarsku intervenciju. Potrebno je odmah započeti s praćenjem EKG-a zbog aritmija koje tokom prvih nekoliko sati nakon akutnog IM mogu biti fatalne.

Cilj liječenja je smanjenje srčanog opterećenja kako bi se spriječile moguće i uklonile postojeće komplikacije. Hitne intervencije,(sestra ljekar timski rad) lijekovi i infuzijske otopine unose se in-

travenskim kateterom, ovisno o općem stanju. Obično se daje kisik, čak i ako je njegova razina u krvi normalna, što osigurava brzu opskrbu tkiva i smanjenje opterećenja srca. Lijekovi su morfij tj. analgetik koji se uglavnom daje za uklanjanje boli; nitrati kao npr. nitroglicerin, daju se protiv boli i za smanjenje srčane potrošnje kisika; beta-blokatori (atenolol) smanjuju srčano opterećenje. Dodatno se oralno daju acetilsalicilna kiselina i varfarin kako bi se spriječilo formiranje trombova. U nekih je bolesnika potrebno izvršiti hitan hirurški zahvat, pa pacijente treba što hitnije uputiti na bolničko liječenje

Obrazovanje pacijenata o zdravstvenim problemima

Prisustvo faktora kao što su anemija i aritmija trebalo bi biti identifikovano i liječenje. Najbolja je prevencija utjecati na faktore rizika koji se mogu promijeniti. To se odnosi na prestanak pušenja, smanjenje tjelesne težine (ako je ona povećana), te kontrolu krvnog tlaka, šećera i kolesterola. Neka su ispitivanja pokazala da se utjecajem na faktore rizika može spriječiti napredovanje oštećenja koronarnih arterija.

U određenih bolesnika je potrebno operativno liječenje: ugrađivanje aorto-koronarne premosnice (engl. by-pass) ili perkutana transluminalna koronarna angioplastika.

Edukacija pacijenata kod popunjavanja obrazaca za hipertenziju, dijabetes itd

Sestrinske intervecije (mjerenje krvnog pritiska i guk-a)

Potrebno je često kontroliranje krvnog tlaka i ukupnog kolesterola, smanjenje ili prekid s pušenjem, promjena ishrane (povećajte unos lipoproteina visoke gustoće i smanjite unos lipoproteina niske gustoće), ako je potrebno napravite test na dijabetes, ako ste gojazni skinite suvišnu težinu. Bavite se tjelovježbom kako biste poboljšali kardiovaskularni status.

Nakon MI važno je biti pod stalnom ljekarskom kontrolom kako bi se smanjio rizik novog MI. U određenim slučajevima je moguće uzimanje farmakoloških sredstava; liječenje šećerne bolesti, redovna kontrola nivoa glukoze u krvi i uzimanjem terapije; prestanak pušenja cigareta. U terapiji i prevenciji veliki udio ima dijeta, koja direktan učinak ima na smanjenje nivoa lipida u krvi. Značajan je i prestanak uzimanja alkohola. Povećana fizička aktivnost je mali, ali bitan korak u prevenciji razvoja ateroskleroze.

Edukacija pacijenata o vrstama lijekova i djelovanju

Podrazumijeva uzimanje lijekova iz sljedećih grupa: Inhibitora HMG-CoA reduktaze – djeluje na smanjenje povišenog holesterola i triglicerida; Fibrata – djeluje na smanjenje triglicerida i LDL frakcije holesterola; Acetilsalicilna kiselina, lijekovi kao što su nitrati (nitroglicerin), beta-blokatori, kalcijski antagonisti ili drugi mogu se primijeniti u svrhu prevencije angine i njezinog ublažavanja.

Osnovni lijekovi u liječenju angine pektoris su Aspirin, Beta blokatori, Kalcijumski antagonisti, Nitratni vazodilatatori i Hipolipemici – statini, kao i pravilna ishrana i adekvatne fizičke vježbe.

Antioksidanasa, tj. vitamina C i E – smanjuju mogućnost oksidacije LDL holesterola; Derivata nikotinske kiseline, tj, niacina, odnosno vitamina B 3 – inhibiše sintezu VLDL holesterola u jetri, i djeluje na skoro sve vrste hiperlipidemija;

Plan i implementacija uloga sestre

- Obrazovanje pacijenata o zdravstvenim problemima
- Edukacija
- Edukovati pacijenta o toku bolesti te kontroli bola.
- Podstaknuti pacijenta da uzima redovno lijekove, individualne vježbe, smanjenje stresa, adekvatna ishrana
- Pored toga, gojaznost stres i depresija mogu doprinijeti povratku bolova.
- Naglasiti kompatibilnost terapeutskog režima i načina života, prilagoditi radno mjesto kako bi se izbjegle moguće komplikacije.
- Demonstrirati siguran program vježbi, demostrirati tehnike opuštanja, precizno i sigurno samo unošenje lijekova.

Faktori koji utiču na stavove i motivaciju

- Motivisanost medicinskog osoblja da se pruži kvalitetna zdravstvena zaštita.
- Procjenom informacija, porodične istorije i izgleda pacijenta, može sezaključitimotivacija pacijenta i njegovi stavovi, šta želi da zna i koliko želi da zna .
- Mobilnost pacijenta govori o održavanju samonjege, želje pacijenta za boljim izgledom, može li se nositi sa oboljenjem komplikacijama i bolom.
- Stresne situacije prouzrokuju stanje gdje ljudi zanemare svoje zdravlje i brigu o sebi.
- Negativne emocije (depresija, anksioznost i agresivnost) imaju negativan uticaj, ali brigom i pravilnim tretmanom može se olakšati promjena načina života.

Primarna prevencija (porodične ambulante)

Podučavanje o blagostanju, uključuje mnoga područja- zdrav život je glavna briga

U zaustavljanju nepovoljnog trenda KVB, najveći značaj treba da ima primarna prevencija. Pacijenti koji su već imali neki ishemijski događaj trebalo bi da budu podvrgnuti mjerama sekundarne prevencije, posebno imajući u vidu napredak u medikamentnoj i hirurškoj terapiji.

Postoji više načina podjela fakora rizika za nastanak KVB. Jedan od njih je podjela na faktore rizika na koje se ne može djelovati, nepromjenjive faktore (uzrast, pol i nasljeđe) i promjenjive faktore rizika na koje se može djelovati, te se na taj način KVB mogu prevenirati.

Najznačajniji od njih su povišen krvni pritisak, pušenje, povišen LDL-holesterol, nizak HDL-holesterol, diabetes mellitus, gojaznost, neadekvatna ishrana, fizička neaktivnost, i dr.

Pri kontaktu sa pacijentom treba sprovesti određene postupke u cilju otkrivanja prisutnih faktora rizika (FR) kako bi zdravstvenom intervencijom koja obuhvata nefarmakološko i/ili farmakološko liječenje u skladu sa postojećim preporukama doprinjeli redukciji ili eliminaciji prisutnih, modifikabilnih FR i prevenciji bolesti.

Dijagnostikovanje postojanja posebnih faktora rizika (lipoproteina, homocisteina, protrombotičnih faktora i proinflamatornih faktora) može uticati na intenziviranje terapijskih intervencija. Veoma je važna motivacija pacijenta pa se prema tome mogu odrediti smjernice.

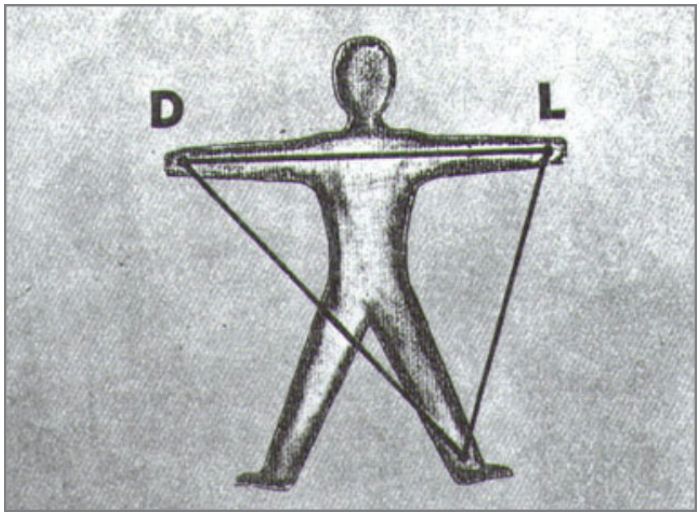
Značajno je da nijedan faktor rizika ne treba razmatrati pojedinačno, već u kontekstu globalnog rizika koji daje smjernice za način liječenja i postizanje ciljnih vrijednosti najvažnijih faktora rizika za

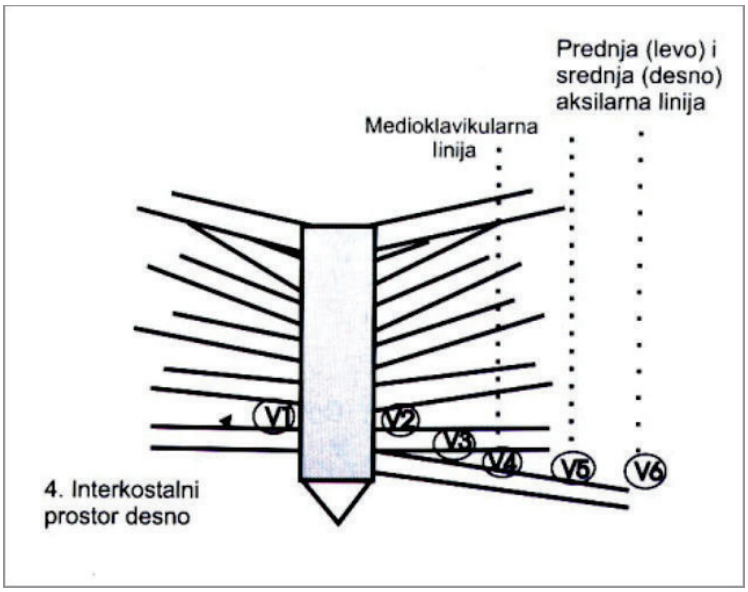
KVB. Međutim, faktori rizika koji se koriste u stratifikaciji su varijable koje se mijenjaju pa kalkulatori rizika mogu da se koriste u motivaciji pacijenta kao vodič za terapiju, ali ne mogu da zamijene klinički sud.

Razvoj vještina - upotreba EKG a

Osnovni principi

- Vrijedan snimak električne aktivnosti srca
- EKG obilježava elektrokardiogram
- EKG ispisan na hartiji sa kalema
- EKG nam daje permanentni snimak srčane aktivnosti
- EKG snima električne impulse - Električni impulsi nadražuju srce na kontrakciju
- EKG daje korisne informacije o radu srca tokom odmora i oporavka
- Srčane ćelije pri električnom nadražaju se depolarizuju i kontrahuju
- EKG se registruje na dugačkoj traci
- Najmanji podioci su dugački 1mm i visoki 1 mm
- Između dvije debele tamne linije nalazi se pet kvadrata
- Visina i dubina talasa mjeri se u milimetrima - mjera za voltažu
- Horizontalna osovina predstavlja vrijeme
- Razmak između dvije debele linije iznosi 0,2 sekunde - 0.2 sekunde jer je 0.04*5=0.2 sekunde
- Standardni EKG sastoji se od 12 odvoda
- Šest prekordijalnih V1-V6 i šest perifernih DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF
- Periferni odvodi se dobijaju postavljanjem na desnu i lijevu ruku i lijevu nogu - Postavljanjem tih elektroda formira se Einthovenov trougao
- EKG se u prošlosti dobivao korištenjem tih triju lokacija





To pomaže da dobijemo snimak bez smetnji (uzemljenja). AVR odvod koristi desnu ruku kao pozitivan pol. AVL odvod koristi lijevu ruku kao pozitivan pol. AVF odvod koristi lijevu nogu kao pozitivan pol.

Prekordijalni odvodi se dobijaju pomoću jedne pozitivne elektrode. Pozitivna elektroda se stavlja na 6 različitih mjesta na grudnom košu. Prekordijalni odvodi numerisani su od V1-V6
Odvodi se postavljaju od pacijentove desne strane prema lijevoj strani grudnog koša.
Odvodi V1 V2 se postavljaju iznad desne strane srca
Odvodi V3 V4 su lokalizovani iznad međukomornog septuma
Odvodi V5 i V6 se postave iznad lijeve strane srca

Najčešće smetnje pri registraciji

- Uzrok grube oscilacije osnovne linije.
- Tremor bolesnika.
- Loš kontakt elektrode sa kožom.
- Loš kontakt kabla sa pločicom
- Neadekvatno prikopčavanje na predviđenim mjestima.
- Uticaj dužine trajanja pripreme pacijenta
- pločice se suše.
- Ovlažiti pločicu vodom, pastom ili gelom.
- Uticaj osteomuskularne građe
- Mršave osobe – papučica teško prianja uz tijelo - prazan prostor međurebarni te papučica šeta pri disanju, otklanja se blagim pridržavanjem pumpice preko drvene špatule.

Greške pumpice

Neispravnost pumpice stvara negativan pritisak.

Greške strujne mreže

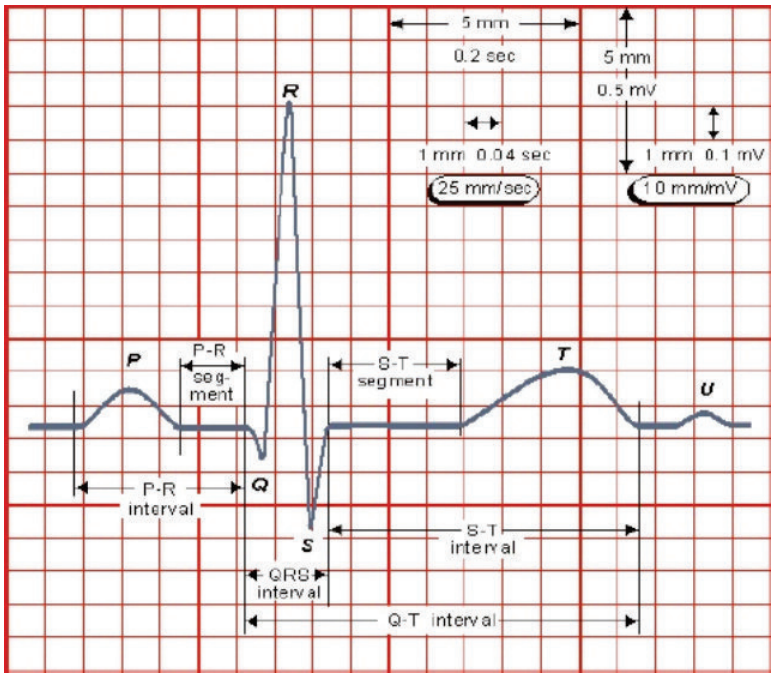
- Neispravni utikači
- Korištenje produžnog kabla na koji se priključuju i drugi potrošači.

Kako grešku otkloniti

- Uključivanjem filtera na aparatu
- Pravilnim uzemljenjem aparata

Elektrokardiografija upotreba

- Upoznati med.sestre sa osnovama EKG-a.
- Pravilna tehnika snimanja EKG-a .
- Naučiti i prepoznati promjene na EKG-u.
- Prepoznavanje hitnih po život opasnih stanja.
- Prepoznati greške pri snimanju.
- Greške pri postavljanju elektroda visoko.



Standardni EKG sa 12

Pacijent sa bolom u prsima - trijaža – sestrinska procjena

- Dužnost med.sestre je da blagovremeno prepozna simptome i izvrši adekvatnu trijažu.
- EKG se snima kada je prisutan bol u grudima.
- Osjećaj treperenja srca .
- Hipertenzivna bolest .
- Obilno znojenje .
- Osjećaj gušenja.
- Ukupni aspekt pacijenta-izgled

Zaljučak dobrog sestrinskog procesa

- Pravilno urađen EKG.
- Prepoznati akutna stanja
- Postaviti pacijenta u pravilan položaj.
- Uključiti kisik po potrebi.
- Obavijestiti ljekara o stanju pacijenta.
- Pravilnim tehnički urađenim EKG snimkom i pravilnim čitanjem olakšava se DG. EKG treba procjenjivati u sklopu kliničke slike.

Sestrinski procesi

Razvoj sestrinskog plana njege za kardiovaskularne pacijente

Nakon koronarne revaskularizacije - za pacijente sa MI stabilnom anginom ili hroničnim zatajenjem srca sa limitiranim simptomima ili nakon novog događaja.
Žene i stariji pacijenti bi trebali biti uključeni u sveobuhvatni kardijalni program rehabilitacije.

Psihološka i edukaciona intervencija

Sveobuhvatna kardijalna rehabilitacija treba da uključi i psihloške i edukativne intervencije i treba da se prenese koristeći ustaljene principe edukacije za odrasle osobe i promjene ponašanja.
Psihihološke i bihejvioralne intervencije treba da ciljaju na individualne potrebe pacijenata sa CHD-om.
Rehabilitacijom treba identifikovati zdravstvena uvjerenja i pogrešna shvatanja o srčanim oboljenjima sa CHD pacijentima.
Koristiti Heart Manual - Srčani Priručnik (knjiga) da se sprovede sveobuhvatna kardijalna rehabilitacija koja traje kontinuirano 6 sedmica odmah nakon MI perioda.

Vršiti skrining pacijentata na anksioznost i depresiju koristeći validne instrumente procjene, kao što je Hospital and Anxiety and Depression (HAD) skala. Skrining treba uraditi po otpuštanju, 6-12 sedmica nakon MI.a ili nakon odluke o operacijskoj intervenciji, a ponoviti u intervalima od po 3 mjeseca ako je to primjereno.

Pacijenti kod kojih je dijagnostikovana anksioznost i depresija treba da se tretiraju primjereno.
Pacijenti sa srednjim do teškim psihološkim smetnjama trebaju biti tretirani od strane osoblja koji su specijalisti u tehnikama kao što su Kognitivna bihejvioralna terapija.

Faze plana njege

Faza 1.

Pacijent koji je na bolničkom liječenju ili nakon promjene stanja pacijenta (MI, stabilne angine - bilo koje) potrebno je hitno hospitaliziovanje zbog CHD, kardijalna operacija ili angioplastika, ili prva dijagnoza zatajenja srca.

Uključuje medicinsku procjenu, ohrabrenje i edukaciju, ispravke pogrešnih shvatanja o srčanim oboljenjima, procjenu riziko faktora, pripremu i planiranje otpusta.

Faza 2.

Rani period nakon otpuštanja, vrijeme kada se mnogi pacijenti osjećaju izolovano i nesigurno. Psihološke tegobe i nedovoljna socijalna podrška su jaki pokazatelji kako će biti pacijentu nakon MI-a, nezavisno od stepena fizičkog oštećenja.

Podrška se može pružiti putem kućnih posjeta telefonskim kontaktima, koristeći Heart Manual uz stručni nadzor ili ekvivalentnim kognitivno bihejvioralnim programom.

Faza 3.

Struktuirano vježbanje zajedno sa kontinuiranom edukativnom i psihološkom podrškom i savjetima o riziko faktorima. Sve komponente se mogu uraditi sigurno i efikasno u zajednici.

Posebne specifične edukacije

Izabrani pristup prepoznaje potrebu za pružanje usluga, uključivanje specifične edukacije da se smanje pogrešna shvatanja o srčanim oboljenjima, ohrabri prestanak pušenja i kontrola težine; ishod rehabilitacije da se pomogne pri povratku na posao ili penzionisanju; ili upućivanje psihologu, kardiologu, ili posjetiti fizioterapeuta ako je to neophodno.

Većina pacijenata će imati koristi i treba ih ohrabrivati da urade bar vježebe nižeg do srednjeg nivoa intenziteta. Bilo kako, pacijenti sa klinički nestabilnom srčanom bolešću, komplikovanom bolešću , ili ozbiljnom psihičkom bolešću trebaju biti isključeni iz treninga vježbi.

Aspekti bihejvioralnih promjena

Prestanak pušenja - Ukazati pacijentima na štetnost pušenja i pružiti podršku pri odvikavanju koristeći brošure, individualne i grupne konsultacije, nadomjesna nikotinska terapija, te farmakološki tretman .

Zdrava ishrana i dijeta

Korištenje Omega – 3 masnih kiselina koje se nalaze u ulju ribe. Uzimati voće i povrće minimalno 5 porcija dnevno. Redukovati zasićene masti i totalno ili djelimično zamijeniti ih nezasićenim mastima takođe je preporučljivo. Ove smjernice odnose se na pacijente koji trebaju redukovati tjelesnu težinu i masnoću.

Dugoročno održavanje fizičke aktivnosti i promjene životnog stila.

Vježbanje

Vježbanje podrazumijeva (hodanje, lagano trčanje, košarka, rukomet, odbojka, lagane vježbe). Vježbanje je glavni element kardijalne rehabilitacije i treba biti ponuđeno bar dva puta sedmično tokom osam sedmica.
Aerobik, nizak do srednji intezitet vježbi je preporučen za većinu pacijenata koji vježbaju i može se sprovesti bezbijedno efikasno kod kuće ili u zajednici.
Klinička rizik stratifikacija je dovoljna za pacijente sa niskim do srednjim rizikom koji su na niskom do srednjem intezitetu vježbi.
Testiranje tokom vježbanja i ehokardiografija su preporučene za visoko rizične pacijente i/ili provođenje vježbi visokog inteziteta (i radi procjene rezidualne ishemije i ventrikularne funkcije gdje je to primjereno).
Funkcionalni kapacitet treba biti procijenjen prije i poslije završetka vježbi koristeći validne i pouzdane mjere ("shuttle" hodajući test).
Odnos pacijenata i treniranog osoblja zaduženog za trening tokom treninga ne bi trebao da bude veći od 10:1. Osoblje koje provodi grupne vježbe kod pacijenata malog do srednjeg rizika mora imati osnovni trening iz prve pomoći i reanimacije i sposobnost da koriste defibrilator za visoko rizične pacijente ili prilikom vježbanja visokog intenziteta mora biti obezbijeđen trenutni pristup osoblju sa naprednim tretmanom za reanimaciju. Nadgledati intezitet vježbanja pomoću "perceived exertion" (testa izdžljivosti) koristeći Borg skalu ili korosteći puls monitor.

Dugoročno – kontinuirano praćenje pacijenta – edukacija - evaluacija

Struktuirana briga i praćenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebaju biti osigurani za pacijente sa koronarnim srčanim bolestima. Porodične ambulante bi trebale imati priručnike za kardiovaskularne bolesti ibrošure.

Ohrabrivati ljude sa stabilnim koronarnim bolestima da i dalje nastave aerobik vježbe srednjeg inteziteta. The British Association for Cardiac Rehabilitation preporučuje da pacijenti koji su završili Fazu 3. programa vježbi i žele sprovoditi vježbe uz stručni nadzor, pacijent treba biti klinički stabilan, razumjeti simptome bolesti, te biti u stanju pratiti i regulisati intenzitet vježbi. Instruktori fitnesa koji vode programe vježbanja treba da budu kvalifikovani.

Uloga sestre u porodičnoj ambulanti

Savjeti bolesnicima

U cilju prevencije novih oštećenja i kardijalnih akcidenata potrebno je da se pacijent po izlasku sa stacionarnog liječenja, pridržava slijedećih uputstava u okviru svakodnevnog života: (brošure, priručnici)..neke preporuke koje se mogu dati pacijentima u porodičnim ambulantama.

- Izbjegavati obilne obroke i jela koja izazivaju nadimanje.
- Izbjegavati fizički napor bar jedan sat nakon obroka.
- Ograničiti slano i masno u ishrani.
- Zabrana pića (žestoka pića utiču na deponovanje masnih naslaga na već postojećim ateromima, u svakom pojedinačnom slučaju potrebno je konsultovati kardiologa).
- Smanjiti tjelesnu težinu.

- Zabrana pušenja.
- Izbjegavati stres i velike ekscesivne fizičke napore.
- Seksualne aktivnosti su dozvoljene u drugom mjesecu od nastanka MI-a.
- Pri hodu uzbrdo i nizbrdo (lagano hodati).
- Zabranjeno je nošenje tereta.
- Izbjegavati klimatska područja sa puno vlage (dozvoljeno je do 60% vlažnosti vazduha)
- Zabranjene su statičke sportske aktivnosti (dizanje tegova, veslanje, biciklizam, razvlačenje federa).
- Dozvoljene sportske aktivnosti (hodanje, lagano trčanje, košarka, rukomet, odbojka i sl.) -
- Sportske aktivnosti treba uvijek individualno odrediti prema prijedlogu kardiologa (testova opterećenja).
- Ne mijenjati samoinicijativno lijekove nego samo po nalogu kardiologa.
- Redovne kontrole EKG-a na 3, 6 i 12 mjeseci uz konsultaciju.
- Promjena radnog mjesta u odgovornosti i stresogenih situacija, kao i promjena životnog stila.

LITERATURA

1. http://www.akaz.ba/Vodilje/Dokumenti/AKAZ_Preventivne/Vodilja_Hipertenzija.pdf
2. http://porodicnamedicina.com/download/klinicki_vodici/Oboljenja-kardiovaskularnog-sistema
3. http://www.healthbosnia.com
4. http://webmedicina.org/bolesti
5. http://webmedicina.org/bolesti-sindromi/bolesti/kardiovaskularna-oboljenja
6. PAT knjiga - stručna literatura za porodične medicinske sestre - Queens University
7. Instrukcional reading - George Brown College, Toronto Canada, april 2001)
8. Evropski vodič (u prevenciji kardiovaskularnih oboljenja)

7

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 7

Izvještajni zadatak 1
Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

I dio

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	
9:00-10:30	Audit	Modificirana revizija prakse/audit: koji broj pacijenata sa DM prima zdravstvenu zaštitu koja odgovara standardima? Izvještaji, prezentacije i ocjenjivanje	Predavanje i diskusija
10:30-10:45 PAUZA			
10:45-12:00	Audit	Modificirana revizija prakse/audit: koji broj pacijenata sa DM prima zdravstvenu zaštitu koja odgovara standardima? Izvještaji, prezentacije i ocjenjivanje	
12:00-13:00 RUČAK			
13:00- 14:30	- Riziko-faktori za mentalne poremećaje - Identificiranje znakova i simptoma anksioznosti i depresije - Riziko-faktori za samoubistvo - Uloga tima porodične medicine u pružanju podrške pacijentima - Uticaj bolesti na porodicu	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban:** - diskutirati o faktorima(okidačima) koji izlažu individuu riziku da dobije emocionalnu bolest - identifikovati znake i simptome anksioznosti i depresije - prepoznati riziko faktore za samoubojstvo - Uloga članova tima opisati o tome kako ljekar i sestra mogu raditi zajedno kao tim u menandžmentu pacijenata sa psihosocijalnim problemima - diskutovati o ulozi podrške tima porodične medicine u pružanju njege pacijentu sa anksioznošću - diskutovati o uticaju emocionalne bolesti na porodicu	Prikaz slučaja
14:30-15:30	Procjena porodice	- Mogućnost otkrivanja psihičkih problema u porodici - Izrada genograma i ekomape	

ČIMBENICI RIZIKA VEZANI ZA PROBLEME SA MENTALNIM ZDRAVLJEM

Čimbenici rizika koji se ne mogu promijeniti:

- Spol
- Uzrast
- Obiteljska povijest
- Genetsko nasljeđe

Čimbenici rizika koji se mogu promijeniti:

- Bračno stanje
- Obiteljsko okruženje
- Kućni problemi
- Siromaštvo ili ekonomske teškoće
- Tjelesno zdravlje
- Stanje prehrane
- Razina stresa
- Socijalno okruženje i aktivnosti
- Izlaganje traumi
- Uporaba alkohola ili droga
- Otrovi iz okruženja ili drugi zagađivači

Iako točan uzrok duševnih bolesti nije poznat faktori određeni mogu povećati rizik od razvoja mentalnih zdravstvenih problema.

Definicija metalnog zdravlja

Kad čujemo termin mentalno zdravlje mnogi od nas pomisle na mentalne (psihičke) bolesti. Mentalno zdravlje je puno više od odsutnosti mentalnih bolesti i povezano je sa mnogim aspektima naših života uključujući: kako se osjećamo kada smo mi u pitanju, kako se osjećamo kada su u pitanju druge osobe i kako se suočavamo sa zahtjevima života.

Menadžment

Biti mentalno tj. psihički zdrav je jednako važno kao i biti fizički zdrav. Iako su te dvije vrste zdravlja povezane, svaka od njih zahtjeva malo drugačiji pristup.

Kako mogu brinuti o svom mentalnom zdravlju

Zdrav životni stil je onaj koji podupire tvoje i fizičko i psihičko zdravlje. Ostati fizički zdrav znači pobrinuti se da jedeš zdravu hranu, da se redovito baviš fizičkom aktivnošću, sportom i oprezno postupati sa tijelom izbjegavanjem pušenja, alkohola i drugih droga.

Ostati mentalno zdrav znači nositi se sa svakodnevnim mislima i osjećajima. To uključuje rad na svojim mislima i osjećajima (razumjeti što su, zašto ih imamo i kako najbolje na njih reagirati). Bitno je i raditi na stvarima u svom životu koje utječu na tvoje misli i osjećaje (npr. na tvojim prijateljstvima, vezi s partnerom, odnos sa roditeljima i bližnjima, kako provodite svoje slobodno vrijeme i o svojoj prehrani). Također briga o mentalnom zdravlju uključuje brigu o sebi kad se osjećaš loše, slabo, pod stresom. Radeći stvari koje ti pomažu da se osjećaš bolje, razgovarajući sa nekom osobom

od povjerenja, po mogućnosti posjećujući liječnika i savjetovalište.

ZAPAMTI Kada dijeliš brigu s nekim možeš je prepoloviti, a kad držiš brigu u sebi, možeš je udvostručiti.

Karakteristike povezane sa mentalnim smetnjama

- Ozbiljna strepnja
- Ozbiljna depresija
- Neefikasne strategije borbe
- Snažan osjećaj beznađa i nemoći
- Neprilagođen način borbe protiv stresa
- Neprijatnost u vezi sa sobom i drugima
- Nedostatak zadovoljstva životom
- Ekstremno negativno mišljenje osjećaja i ponašanja
- Dezorganizovane i smetene misli

IDENTIFICIRANJE ZNAKOVA I SIMPTOMA ANKSIOZNOSTI I DEPRESIJE

Psihološki simptomi anksioznosti

- Pretjerana plašljivost i strahovanje
- Osjećaj unutarnje napetosti i nemira
- Oslabljena koncentracija i razdražljivost
- Pojačana osjetljivost na buku
- Smetnje spavanja – noćne more, ružni snovi
- Oslabljena memorija

Tjelesni simptomi anksioznosti

KV- lupanje srca, preskakanje, osjećaj nelagode oko srca, osjećaj kucanja u vratu
Respiratorni – osjećaj nedostatka zraka, otežano i ubrzano disanje. stegnutost u prsima
GI – suhoća usta, poteškoće pri gutanju, nelagoda u trbuhu, nadutost, proljev
Genitourinarni – učestalo mokrenje, oslabljena seksualna želja
Neurološki – zamućen vid, šum u ušima, osjećaj ošamućenosti i vrtoglavica, grčevi u rukama i nogama, glavobolja, bol u leđima, ukočenost

Simptomi depresije

Somatske žalbe – bolni sindromi – glavobolja, bol u leđima, u trbuhu , oko srca, zamor, vrtoglavica, smanjena seksualna želja
Loše funkcioniranje – često izostajanje sa posla, promjene teka, poremećaj sna, razdražljivost. sporo razmišljanje ili kretnje
Osjećaji – tuga, bezvrijednost, krivica, teškoće s koncentracijom, teškoće s donošenjem odluka, zamor

Slučaj – bolesni strahovi – anksioznost

Ako pogledam kroz prozor plašim se visine, uvijek mi se zavrti u glavi.
Na balkon ne smijem izaći da ne bih pala.
Plašim se ući u dizalo jer bi se ono moglo zaglaviti.
Automobil ne smijem voziti jer me strah udesa.
U tramvaj ne smijem ući jer se plašim gužve, srce mi počne odmah lupati, nemam zraka, sva se preznojim.
U kazalištu i na koncertu ne pamtim kad sam bila.
Strah me je.
Na poslu se stalno plašim da ću pogriješiti i osramotiti se.
Kada uzmem lijek malo mi je lakše, ali tada se bojim da ću postati ovisnik o lijekovima.
Kao da je neko prokletstvo na meni, katkada mi se čini da mi nešto govori " Ti gubiš kontrolu, za tebe nema više šanse, i majka ti je skončala u ludnici… ti si sljedeća".
Ove patnje su strašne.
Postajem umorna od života.
Ništa mi ne ide kako treba. Dosta mi je svega.
Bolje da me nema kad mi nema pomoći.
Pomoći naravno ima.
Samo se treba obratiti na vrijeme i na pravo mjesto.

Definicija anksioznost

Ona je psihološki poremećaj koji može da prouzrokuje različita ometanja u ljudskom životu i pogađa ljude svih socijalno – ekonomskih nivoa.

Anksioznost se može javiti kad se radi drugačije od onog što se uobičajeno radi. Osjećanje anksioznosti prije značajnih događaja. To nije klinička anksioznost već uobičajeni dio svakodnevnog života, jer ljudi prirodno osjećaju anksioznost kada su suočeni s prijetnjom, opasnošću, kada su pod stresom. **Tjeskoba** je kombinacija tjelesnih i psihičkih simptoma. One su dio reakcije "bori se ili bježi".Kad je tijelo pod nekom prijetnjom ono se instiktivno priprema za borbu ili da se obrani ili da jednostavno pobjegne od opasne situacije.

Podrijetlo anksioznosti – neki teoretičari vode podrijetlo anksioznosti sve od procesa rađanja čak i još ranije od prenatalnog razdoblja. Npr. novorođenče koje je donedavno bilo u relativno toplom prenatalnom položaju u uterusu, izlaskom iz majčine utrobe izloženo je poplavi stimulacija koje mogu izazvati anksioznost.

Značaj – oko 100% ljudi iskuse tjeskobu tijekom godine. 5% ljudi će osjetiti opću tjeskobu dovoljno ozbiljnu da ometa njihov normalan način života. Većina tih ljudi neće zatražiti profesionalnu pomoć. Izraz anksioznost se u nas ne koristi previše izvan stručnih krugova, ali ipak ova pojava se smatra urbanom psihološkom epidemijom novoga doba.
Anksioznost je od 1962g. u klasifikaciji bolesti. Ona je stanje što označava život.

Normalni strahovi i tjeskobe - definicija

Pomažu nam da izbjegnemo neugodne i opasne situacije. Normalan strah uvijek upozorava na neku opasnost da se trebamo zaštititi. Imaju signalnu, alarmnu, adaptivnu funkciju.
Strah je određeno, opisivo i primjereno emocionalno stanje koje je izazvao ugrožavajući objekt ili

situacija. Mnogi ljudi pate od tj. strahova posebice u kriznim razdobljima svojega života.
Ipak oni se uspijevaju nositi sa njima i uspješno funkcionirati u društvu i obitelji, privatnom i javnom životu. To je normalan strah i tjeskoba.

Anksiozni poremećaji - definicija

Kada strahovi i tjeskobe počinju dominirati i upravljati nečijim životom, kada ometaju obiteljski, društveni i poslovni život. Neki ljudi mogu postati toliko bolesni da su pravi zatočenici straha i tjeskobe. Njihov život postaje pravi hod po mukama.

Kategorije anksioznosti

Generalizirani anksiozni poremećaj – sve prožimajuća tjeskoba, ili strepnja.
Panični poremećaj – tjeskoba koja dolazi u napadajima.
Fobije – zatočenici straha
Anksiozno – depresivni poremećaj
PTSP
Opsesivno-kompulzivni poremećaj - tjeskoba nametajućih misli i prisilnih radnji

Depresija – primjer-osobno iskustvo

Tijekom najgorih razdoblja, moja depresija izgleda kao "crni oblak" nad glavom, ili točnije "crna omča. Osjećam se kao da nešto zaista pritišće moju glavu, doslovice tlači. Tijekom tih razdoblja teško se prisjećam razdoblja kad nisam bila depresivna. Depresija me prožima kroz prošlost i budućnost. Imala sam i epizode blaže depresije, koje su samo iscrpile moju energiju i optimizam, ali me nisu toliko uništile. Osjećam se kao u kartonskoj kutiji s prenisko postavljenim poklopcem. Moram utrošiti golemu količinu energije za poslove koje sa lakoćom obavljam kad nisam depresivna. Također, ima dana kad depresija izgleda kao da su se kemijske tvari pomiješale – osjećam se normalno i onda odjednom, bez vidljive promjene, uključi se nešto, te se počinjem osjećati loše i prestajem funkcionirati.

Depresija

Ubraja se u ne samo najranije opisane bolesti u povijesti medicine, nego i u najčešće psihičke poremećaje današnjice.
Ona je bolest sa mnogo lica i mnoga se ne mogu odmah prepoznati.
Malo tko u životu nije barem jedan put osjetio njen neugodan dodir, na sreću za mnoge je to kratkotrajan i prolazan susret s manjim brojem blagih simptoma. Mnogi su prošli blagu depresivnu epizodu, a da nisu uopće znali o čemu se radi.
Vrlo često je prekrivena maramom i izdaje se za nešto drugo.
Može se pojaviti u bilo kojoj dobi uključujuću djetinjstvo. No dob u kojoj bolest često nastupa je rane srednje godine i starije životno doba.

Definicija depresije

Ona je mnogo više od normalne tuge i žalosti.
Depresija je psihijatrijski poremećaj patološki sniženog raspoloženja duže od dva tjedna. Zbog toga dolazi do niza promjena u izgledu, ponašanju, razmišljanju i doživljavanju sebe i okoline.

Posljedice su – velika subjektivna patnja, smanjena radna sposobnost i kvaliteta življenja, narušen obiteljski život i socijalno funkcioniranje, te opasnost za život zbog samoubilačkih poriva.
Depresija ne samo da uništava radost življenja i uzrokuje veliku subjektivnu patnju i pravi pakao u duši oboljelih već i značajno povećava rizik od KV oboljenja i tumora.
Značajno je napomenuti da depresija nije slabost karaktera, već biološki uvjetovana bolest kao što je npr. šećerna bolest. Ubraja se u bolesti što se mogu uspješno liječiti.

Značaj

Ona u svom nekom obliku pogađa 25% žena, 10% muškaraca i 5% adolescenata širom svijeta.
Prema SZO ona će do 2020g. postati vodeći uzrok smrti i onesposobljenosti u ženskoj populaciji, te drugi uzrok u cjelokupnoj populaciji.
Čak 15% osoba s velikom depresivnom epizodom izvrši samoubojstvo, a među neliječenim i neprepoznatim depresijama taj postotak je još veći.
Drži se kako su 60-80% samoubojica zapravo depresivne osobe.
Na žalost depresiju kao bolest zbog neupućenosti ne prepoznaju oni koji od nje pate, kao ni njihova najbliža okolina.

Uzroci depresije – etiologija

- Nepoznate je etiologije, ali postoje teorije o mehanizmu nastajanja.
- Psihosocijalne teorije
- Biološke teorije
- Organski uzroci

Psihosocijalne teorije

- Depresija kao gubitak
- Depresija kao naučena bespomoćnost
- Depresija kao crni filtar
- Depresija kao duševni gips
- Depresija kao unutarnji destruktivni dijalog
- Depresivna životna pozicija

Depresivne značajke ličnosti

Osobe s određenim crtama ličnosti naginju depresiji. O depresivnom karakteru govori se još od antičkih vremena. Stari su Grci razlikovali četiri temperamenta.

- Koleričan – naprasit
- Sangviničan – vatren
- Flegmatičan – trom
- Melankoličan – turoban

Prema karakterološkoj teoriji ako netko duševno oboli onda je priroda njegove bolesti u znatnoj mjeri uvjetovana karakterom.

Biološke teorije

- Genska predispozicija – nasljeđe
- Biokemijski poremećaji u mozgu – poremećaj neuroprijenosnika.

Organski uzroci

- Farmakološki
- Infektivni
- Endokrini
- Imunološki
- Neurološki
- Nutrini
- Neoplazme i KV bolesti

Depresija – kategorije

- Manji depresivni poremećaj – minor
- Distimija
- Veći depresivni poremećaj – major
- Atipična depresija
- Depresija iscrpljenja
- Porodiljna depresija
- Postpartalna depresija
- Sekundarna depresija
- Psihotična depresija

Dijagnoza – propuštenost zašto?

- Preokupiranost pacijenta i liječnika tjelesnim simptomima koji njihovu pozornost odvlače u pogrešnom smjeru.
- Pomanjkanje stručnog znanja.
- Strah da psihijatrijska dijagnoza stavlja žig na pacijenta.
- Podcjenjivanje ozbiljnosti stanja.
- Česta udruženost s drugim oboljenjima.
- Određen broj pacijenata se boji lijekova "Tretman im kontrolira um".
- Depresija kao normalno životno iskustvo koje nema važnosti.

Zablude

Stigma – neprihvaćanje – doba melankolije.
Neki misle da je to prolazna slabost, nedostatak morala, odraz manje vrijednosti, nešto što se može razriješiti jakom voljom. Također misle da je tužno raspoloženje dio njihovog karaktera.
Neki mogu smatrati da je osjećaj žalosti povezan s njihovim životnim teškoćama.
Depresija će proći sama od sebe, pa liječenje i nije potrebno.
Depresija je nešto što napada samo slabe i bespomoćne.
Promjenom okoline, proći će i depresija. – depresija je kao kovčeg , putuje zajedno sa njegovim vlasnikom.
Depresivan čovjek najbolje zna kako mu je – djelomice točno, pa se može sam i izliječiti – pogrešno.

RIZIKO FAKTORI ZA SAMOUBOJSTVO

- Prethodni pokušaj samoubojstva.
- Trenutne samoubilačke misli.
- Postojanje članova obitelji koji su počinili samoubojstvo.
- Prethodna smještanja u bolnicu zbog psihijatrijskih bolesti.
- Nedavni veliki stresovi, stresne situacije općenito.
- Prekid veze sa partnerom.
- Gubitak zdravlja, koji može biti stvaran ili imaginaran.
- Gubitak posla.
- Razaranje ili gubitak doma.
- Gubitak povjerenja u sebe.
- Društvena izolacija.
- Ovisnost o drogama (droge smanjuju kontrolu nad vlastitim ponašanjem ili prevladava impulzivno ponašanje).
- Ovisnost o alkoholu, kockanju.
- Izloženost nasilju u domu ili društvenom okolišu.
- Vatreno oružje u kući, pristup vatrenom oružju.
- Starosne grupe s povećanim rizikom od samoubojstva su stari preko 65 godina i mladi 15-30 godina.
- Skloniji samoubojstvu su razvedeni, udovci i osobe koje žive same bez obitelji.
- Migracije povećavaju rizik od samoubojstva.
- Posebno su rizične skupine mladih – adolescenata u novoj sredini tijekom školovanja i zbog problema identiteta, nedovoljne podrške i smanjene sposobnosti rješavanja konflikata.
- Treba izdvojiti i posebno rizičnu skupinu – zatvorenike u zatvorima i maloljetnike u ustanovama za preodgoj.

Definicija

Samoubojstvo ili suicid je svjesno i namjerno oduzimanje ili pokušaj oduzimanja vlastitog života.

Značaj

U Hrvatskoj se posljednjih desetak godina, svake godine ubije 1000 ljudi, a na svako izvršeno samoubojstvo dolazi nekoliko pokušaja, a na svakog tko pokuša samoubojstvo dolaze još tri osobe koje o samoubojstvu razmišljaju ili ga planiraju. Hrvatska je na 13 mjestu po broju samoubojstva muškaraca i s prosječnom stopom 34,6 a što se tiče žena je na 10 mjestu u svijetu i s prosječnom stopom 11,7. Žene pokušavaju suicid tri puta češće od muškaraca, a muškarci izvršavaju suicid četiri puta češće od žena. Najviše se samoubojstva učini na proljeće, a najkritičniji su travanj, svibanj i lipanj.

Procjena suicidalnog rizika

- Jeste li ikada imali osjećaj da je život bezvrijedan?
- Jeste li poželjeli da vas nema?
- Razmišljate li o samoubojstvu?
- Imate li plan za samoubojstvo?
- Što vam pomaže da to ne učinite?

- Jesu li razlozi za život jači od želje za smrću?
- Je li vam vaša obitelj motivacija za život?
- Što mislite zašto je samoubojstvo loša ideja?

ULOGA TIMA OBITELJSKE MEDICINE U PRUŽANJU PODRŠKE PACIJENTIMA

Menadžment – edukacija

Dobra informiranost pacijenta i njegove obitelji.
Razgovor sa pacijentom kao osnovni putokaz otkrivanja duševne bolesti treba pojednostaviti i prilagoditi njegovoj osobnosti i mogućnostima razumijevanja.

Edukacija – općenito

Promjene u sadašnjem okruženju u kojem se pruža njega traže uporabu organiziranog pristupa zdravstvenoj edukaciji da bi pacijenti mogli zadovoljiti svoje određene potrebe na polju zdravstvene njege. Sestra, kao predavač, susreće se sa izazovom ne samo da pruži određenu edukaciju za pacijenta i obitelj, već da se fokusira na potrebe društva za edukacijom. Sva sestrinska njega usmjerena je ka promicanju, održavanju i povratku zdravlja, prevenciji bolesti i pomaganju pacijentu da se navikne na trajne učinke neke bolesti. Svaki kontakt sestre s pacijentom, bilo da je osoba bolesna ili ne, trebao bi se smatrati prigodom za zdravstvenu edukaciju.

Ljudi s kroničnim oboljenjima su oni kojima najviše treba zdravstvena edukacija. Njima su te informacije neophodne kako bi aktivno učestvovali i preuzeli odgovornost za vlastitu njegu. Zdravstvena edukacija može pomoći tim ljudima da se prilagode bolesti, spriječe komplikacije, uzimaju propisanu terapiju, i rješavaju probleme koji proizlaze iz novih situacija uslijed nedostatka informacija o njegovanju sebe. Zdravstvenom edukacijom može se spriječiti povratak u bolnicu. Bez adekvatnog znanja i obučenosti za njegovanje sebe, pacijenti ne mogu donositi efikasne odluke vezane za njihovo zdravlje.

Anksioznost – edukacija

Značajno je napomenuti da se golema većina ovih pacijenata ne liječi. Priroda ovih poremećaja je takva, da se mnogi bolesnici osjećaju sigurnije doma, plaše se izlaska iz kuće i odlaska liječniku. Prevladava stigma, bitna je komunikacija.
Korisni koraci u radu s anksioznim pacijentom

- Tražiti karakteristike anksioznosti
- Pitati: “ Što osjećate?”
- Povezati osjećanje sa ponašanjem
- Istražiti sa pacijentom što se dogodilo prije nego je osjetio anksioznost.
- Razmotriti alternative u rješavanju situacije
- Otkriti uzroke
- Poboljšati obrasce postupanja s anksioznošću

Obrazloženje

- Identificirati anksioznost
- Pomoći pacijentu da imenuje osjećanje
- Pomoći pacijentu da shvati da se ponaša na karakterističan način kada postane anksiozan.

Terapeutska komunikacija

- Neverbalna komunikacija
- Verbalna komunikacija
- Aktivno slušanje
- Objašnjenja
- Ponovno uvjeravanje da je anksioznost normalan odgovor na mnoge situacije.

Ukupni ciljevi sestrinske njege

- Smanjenje ili rješavanje anksioznosti
- Povećanje sposobnosti upravljanja ili nošenja sa stresnim događajima ili okolnostima.
- Poboljšanje obavljanja uloge

Sestrinska procjena

Anksioznosti ili stresa

- Uzročnici
- Nivo klonulosti
- Karakterističan način postupanja s osjećajima.

Vještine upravljanja

- Individualne vještine i izvori
- Obiteljska podrška
- Snage
- Razumijevanje uzroka i posljedica anksioznosti po sebe.

Preveniranje anksioznosti kada pružate njegu:

- Pažljivo slušanje da bi razumjeli
- Atmosfera topline i povjerenja
- Obezbjeđivanje informacija
- Tražite i cijenite povratnu informaciju
- Pružanje mogućnosti izbora
- Provođenje vremena sa pacijentom
- Podučavanje
- Spoljašni izvori tamo gdje su dostupni (grupe za samo-pomoć, edukacioni programi),

Kako obitelji mogu da pomognu pacijentima s anksioznim poremećajima

- Upoznajte se sa problemom
- Budite predvidivi, držite se obećanja i planova.
- Prepoznajte i pohvalite uspjehe – male ili velike.
- Nemojte im omogućiti – da suviše lako izbjegavaju suočavanje sa svojim strahovima.

- Nemojte ih prisiljavati – pregovarajte, napredujte polako
- Modifikujte očekivanja tijekom stresnih vremena.
- Mjerite napredak na osnovu individualnih poboljšanja, ne prema nekom spoljašnjem standardu.
- Budite fleksibilni i pokušajte da održite uobičajenu obiteljsku rutinu.

Ciljevi savjetovanja

- Bolje razumijevanje problema.
- Prihvaćanje vlastite odgovornosti za problem.
- Usvajanje novih oblika ponašanja.
- Stvaranje i održavanje boljih socijalnih odnosa.

Prekinite začarani krug napetosti

- Ugodna dnevna rutina.
- Smanjite obveze.
- Izbjegavajte izvore stresa – loši međuljudski odnosi su veliki izvor stresa.
- Odgodite veće promjene.
- Izbacite stimulanse i sedative.
- Naučite tehnike opuštanja.
- Počnite s tjelovježbom.

Tjelovježba

- Konsultacije s liječnikom u svezi granica i mogućnosti tjelovježbe.
- Poboljšanje duševnog zdravlja.
- Dnevno 30 minuta.
- Optimalno vrijeme za tjelovježbu je ujutro između 6 i 10 sati.
- Aerobno vježbanje – svaka fizička aktivnost koja ubrzava barem malo rad srca. Vježbom možemo osloboditi tijelo nekih napetosti koje se nakupljaju i koje mogu biti hrana za tjeskobu.
- Izotoničke (dinamične) – aktivno skupljanje i opuštanje mišića, povisuju mišićnu snagu i održavaju fleksibilnost zglobova i cirkulaciju.
- Izometričke (statične) – napregnutost mišića
- Izokinetičke (otporne) – izloženost mišića otporu

Tehnike smirivanja straha i panike

Strah i panika su poput nekog nasilnika. Ako ga provocirate napast će vas, a ako ste smireni i ne provocirate možda će vas ostaviti na miru i otići.

Smireno razmišljanje – pozitivno mišljenje je naš izbor, kojeg možemo uvježbavati.

Smireno disanje – leći potrbuške, brojiti do sedam pri udisaju, a potom isto pri izdisaju. Potom to ponovite u sjedećem i stojećem položaju. Duboko disati pomoću dijafragme, vježbati svakodnevno tako da postane navika.

Smireno ponašanje – Ako vas uhvati panika prihvatite je i proći će. Smirenim reagiranjem, skratit ćete trajanje napadaja, ublažiti intenzitet simptoma. S panikom je isto kao i s valovima na oceanu, rastu dosegnu najvišu točku pa se raziđu. Poslije valova uvijek dođe bonaca. Korisno je na samom početku

napada zamišljati kako će on proći. Jednostavno naučiti sebi reći – opet imam napadaj panike, on će proći kao što je prošao onaj prijašnji. Korisno je u sebi razvijati svijest o prolaznosti napadaja i biti zato zadovoljan.
Tako se najbolje prevenira strah od straha.

Povjeravanje

Problemi su tu da se rješavaju, a ne prikrivaju, što ih više skrivamo oni postaju sve veći i vidljiviji. Nije sramota imati problem, sramota je ne rješavati ih i pustiti da rastu. Govoreći o problemu možete shvatiti razliku između onog što treba prihvatiti i onog što treba mijenjati u važem životu. Možete saznati da vi niste jedinstven slučaj i kako sebi pomoći.

Optimizam je dobar za zdravlje

Ne samo da će vam pomoći da se osjećate snažno i smireno već i da pobijedite bolest. Pozitivno mišljenje jača imunitet, jer ste manje pod utjecajem stresa. Ono jača samouvjerenost što depresiju i anksioznost drži podalje. Naklonost, pažnja, ljubav i priznanje najbolje će ukloniti stres kod odraslih i kod djece. Vrlo važnu ulogu ima obitelj, jer ako je atmosfera u obitelji puna ljubavi, ona daje snagu, stabilnost i čvrstoću te će spriječiti negativne reakcije na stres.

Oblikovati željene osobine

Život je jedna velika pozornica, a svi smo mi igrači s različitim ulogama. Neke su nam uloge dodijelili drugi, a neke smo sami odabrali. Kreiranjem i igranjem uloga mi razvijamo i oblikujemo određene osobine. Tako u svojim mislima možemo kreirati uloge uspješne, samostalne, pouzdane, samouvjerene, sretne osobe potom je uvježbavati u realnom životu. Ovakva uloga je u isključivoj suprotnosti s ponašanjem ustrašene i tjeskobne osobe.

Depresija – edukacija

Taktika "Korak po korak protiv depresije"- "Strpljen – Spašen"je izreka koja najbolje ilustrira taktiku liječenja depresije. Pacijent treba biti u ulozi partnera, a ne pasivni objekt liječenja. Bitno je da pacijenti znaju kako samo propisivanje antidepresiva neće pobijediti depresiju nego je nužna njihova aktivna uloga u liječenju, u radu na sebi, razvijanje nove životne filozofije i zdravijeg stila življenja. Suradnja obitelji je jako bitna. Nikada depresivnoj osobi ne reći da mu nije ništa, trgni se, razvedri se, a kada bi to bilo tako jednostavno, odavno bi se trgnuli. Depresivne misli o vlastitoj krivnji ne mogu se korigirati uvjeravanjem niti logičkim argumentima.

Cilj svakog liječenja je što bolje i jače djelovati na uzrok bolesti. Znači djelovati preventivno ma koliko u nekim situacijama fo bilo teško i nemoguće jedino je ispravno.

Aktivni tipovi pacijenata ponašaju se po modelu "Doktore meni je teško, što mi je činiti da bi se izliječio"?

Pasivni tipovi pacijenata "Doktore meni je teško, ja jako patim, izliječite me.Nerijetko se kod takvih osoba prepoznaje nesvjesna motivacija da se liječe, a da ne budu izliječeni".

Podrška

- Verbalna komunikacija
- Aktivno slušanje
- Ohrabrivanje osobe da govori o osjećajima
- Nošenje s tugom i žalošću
- Pomaganje u svakodnevnim životnim aktivnostima
- Dobra prehrana
- Utjeha i oslobađanje od fizičkog i emocionalnog bola
- Bezbjadnost (rizik od ozljeđivanja sebe i drugih)

Sestrinska uloga

- Davanje informacija i ohrabrenja – depresija je medicinska bolest, djelotvoran tretman će pomoći da se osjećaju bolje
- Ohrabrujte socijalne, mentalne i fizičke aktivnosti
- Ohrabrujte učešće obitelji i prijatelja – možda trebaju pomoć u svakodnevnim životnim aktivnostima
- Prilagođavanja okolini da bi se olakšala sigurnost i nezavisnost.
- Upućivanja na prikladne programe – poznato je da pomažu osobito kod adolescenata

Psihoterapija

Teži tome da pacijent nauči kako nadvladati negativne stavove i osjećaje, te da ih potakne da se vrate uobičajenim aktivnostima. Odnosom pacijenta i psihoterapeuta razvija se specifična relacija koja pomaže otkrivanju i mijenjanju određenih karakteristika.

Kako smanjiti sklonost depresiji

- Dobar san, zdrava prehrana i tjelesna aktivnost
- Promijenite svoja vjerovanja
- Vježbajte pozitivna mišljenja
- Umjesto kritike pohvalite druge
- Uvijek može bolje
- Zacijelite rane iz prošlosti
- Izrazite svoja osjećanja
- Oprostiti drugima
- Smijeh

Farmakološki tretman

- SSRIS (Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina)
- Triciklički antidepresivi
- MAO inhibitori – monoaminooksidaza

Glavni neuroprijenosnici

- Serotonin
- Dopamin
- Noradrenalin
- Endorfin

Serotonin – on je smirujući kemijski spoj, jača pozitivna osjećanja. Vrlo malo ljudi ima prirodno visok nivo. Njegovo smanjenje je posljedica duševnog, emocionalnog i tjelesnog stresa zbog suvremenog načina života. Stres izaziva lučenje kortizola koji smanjuje nivo serotonina. Prirodnim putem – složeni ugljikohidrati, vježbe i slušanje glazbe.

Dopamin i noradrenalin – To su poduzetnički kemijski spojevi – energije. Povećavaju osjećaj živahnosti, budnosti – energiju, brzinu mišljenja. Ako je uzrok depresije njihova niska razina izjavljuje se : "Nemam snage za rješavanje problema". Hrana – riba, piletina, mahunarke

Endorfin – njega mozak izlučuje 20 minuta nakon trčanja ili aerobika.

Smjernice

- Ne krivite sebe za vašu depresiju.
- Depresija se može i treba liječiti.
- Ne bojte se potražiti pomoć, liječenje će biti uspješnije, što ranije počnete sa njim.
- Idite kod liječnika na zakazane preglede i uzimajte lijek redovno, prema njegovim uputama.
- Farmakoterapija, psihoterapija i rad na sebi = cesta koja vodi izlječenju depresije.

"Ako postoji pakao na zemlji, naći će te ga u srcu melankoličnog čovjeka" – rekao je Robert Burton prije 400 godina.

NADA je antidod za depresiju. Ne smije se nikad oduzeti.

UTJECAJ BOLESTI NA OBITELJ

Bolest pacijenta ne samo da utječe na tu osobu, već i na obitelj pacijenta ili druge bliske osobe. Taj utjecaj uglavnom ovisi o trima faktorima – koji je član obitelji bolestan, opasnost i dužina trajanja bolesti, kulturni i društveni običaji obitelji.
Promjene koje mogu nastati u obitelji uključuju sljedeće:

- promjena uloga
- preraspodjela zadataka i osiguravanje više vremena za njihovo izvršavanje
- povećana razina stresa, zabrinutost za ishod pacijenta, kao i konflikt skončan s podjelom odgovornosti
- financijski problemi
- samoća kao ishod odvojenosti i mogućeg gubitka
- promjene u društvenim običajima

Procjena obitelji

OBITELJ - je osnovna ćelija društvenog života. Većina ljudi dolazi iz obitelji i oni su članovi obitelji. Obitelj je više nego samo biološki skup, to je jedinica društvenih veza. To je osnova iz koje njeni članovi crpe sposobnost pružanja potpore i zaštite u zdravlju, ali i u bolesti. Članovi obitelji brinu jedni o drugima. Njega što obitelj pruža oboljelom članu, može biti od neprocjenjive vrijednosti za pacijentovu sposobnost da se bori sa svojom bolešću i da je pobjedi.

Indikacije i kontraindikacije kod procjene obitelji

Važno je identificirati neke smjernice za određivanje obitelji koje će se automatski razmatrati za procjenu obitelji. Nije još uobičajena praksa u našem društvu da imate obitelji koje sebe predstavljaju kao obiteljske jedinice za pomoć kod određenih problema obiteljskog zdravlja i oboljenja, poteškoća ili patnje. Uglavnom se oboljenje češće predstavlja kao izdvojeno na određenog člana obitelji. Zato, sa svakom situacijom bolesti mora se dati sud o tome da li određenom problemu treba pristupiti unutar obiteljskog konteksta.

Ponuđene su sljedeće indikacije za procjenu obitelji:

- obitelj doživljava emotivnu, fizičku i ili duhovnu patnju ili remećenje uzrokovano obiteljskom krizom (npr. akutno oboljenje, povreda ili smrt)
- obitelj doživljava emotivnu, fizičku i ili duhovnu patnju ili remećenje uzrokovano razvojnim prekretnicama (npr. rođenje, brak ili odlazak najmlađeg djeteta od kuće).
- obitelj definira problem kao obiteljsku stvar i tu je motivacija za procjenu obitelji (npr. utjecaj kronične bolesti na obitelj)
- obitelj identificira dijete ili adolescenta kao nekoga tko ima poteškoće (npr. strah od škole ili strah od tretmana liječenja kod karcinoma)
- obitelj doživljava probleme koji su dovoljno ozbiljni da ugrožavaju obiteljske odnose (npr. bolest u završnom stadiju ili seksualno fizičko zlostavljanje)
- član obitelji se upravo prima u bolnicu na psihijatrijsko liječenje
- dijete se upravo prima u bolnicu

Pojasnit će se teorijski okviri koji se koriste pri opisivanju tipova obitelji, a biti će predstavljeno i procjenjivanje zdravlja obitelji putem Kalgarskog modela procjene obitelji. (Calgary Family Assessment Model – CFAM).

Kalgarski model procjene obitelji je način da se izvrši procjena koja uključuje korištenje genograma i ekomape kao vodiča za učinkovitu procjenu obitelji.

CFAM (kalgarski model procjene obitelji) sastoji se od tri glavne kategorije:

- Strukturalna (sastav obitelji i relevantne informacije o njoj)
- Razvojna (razvoj obitelji, uključujući faze, zadatke i privrženost)
- Funkcionalna (komunikacija, ponašanje i aktivnosti članova obitelji)

Svaka od ovih kategorija sadrži nekoliko potkategorija. Od velike je važnosti za svaku sestru da pravilno odluči koje su potkategorije relevantne i primjerene, kako bi se svaka obitelj u bilo kojem trenutku ispitala i procijenila. To znači da se procjena svih potkategorija ne treba obaviti tijekom prvog razgovora s obitelju, dok za neke od potkategorija nikada ne treba izvršiti procjenu. Ako sestre koriste previše potkategorija, dobit će prevelik broj informacija, što može stvoriti problem. Međutim, ako sestre i obitelji razgovaraju o nedovoljnom broju potkategorija, obje strane mogu steći pogrešnu sliku situacije u obitelji.Naročito je bitno da sestre uvide da se procjenjivanje obitelji zasniva na njihovom osobnom, profesionalnom i životnom iskustvu, uvjerenjima i vezama sa osobama s kojima se obavlja razgovor. Procjena obitelji ne treba se uzeti kao “istina” o obitelji, već više kao pogled na situaciju u obitelji u određenom razdoblju.

Strukturalna procjena

Unutarnja struktura obitelji

a. Sastav obitelji

- Osnovna obitelj: muž, žena i djeca – tradicionalno prihvaćena kao "idealna". Muž je zarađivao za cijelu obitelj, žena je mužu pružala podršku u njegovoj karijeri i vodila brigu o djeci.
- Obitelj s dvoje zaposlenih: oba roditelja su zaposleni i u isto vrijeme odgajaju djecu. Suvremena veza u kojoj je moć jednako podijeljena i odluke se donose zajednički, a odgovornosti vezane za privređivanje i kućanstvo također su podijeljene.
- Osnovna (dvočlana obitelj), par koji nema djece.
- Proširena obitelj: šira rodbinska mreža od dvije ili više obitelji koje žive zajedno – djed i baka, roditelji, djeca, tetke i tetki, ujaci i ujne, rođaci, itd.
- Obitelj s jednim roditeljem: jedan roditelj živi s jednim ili više djece.
- Izmiješana obitelj: drugi brak – muž i žena, od kojih se već jedno ranije ženilo ili udavalo. i ima jedno ili više djece.
- Izvanbračna zajednica: muškarac i žena žive zajedno, ali nisu vjenčani.
- Obitelj istog spola: homoseksualna ili lezbijska obitelj, s djecom ili bez njih.
- Zajednička obitelj: grupa rodbinski nepovezanih odraslih osoba i njihove djece koji su odlučili da žive kao jedna velika obitelj.

b. Spol – je temeljni princip po kojem se organizira većina obiteljskih sustava. Od velike je važnosti za sestre da na spol gledaju u svijetlu uloga i odgovornosti svakog od članova obitelji. U većini slučajeva problemi koje žena i muškarac navode uključuju prešućene konflikte u okviru njihovih obitelji, društva, kao i njihovo individualno poimanje spolova.

c. Seksualno opredjeljenje – uključuje heteroseksualno, homoseksualno, lezbijsko i biseksualno opredjeljenje. Bitno je obratiti pozornost na jezik kojim se služe, kao i to da suštinski razmisle o pristupima prema seksualnim opredjeljenjima, kako bi se izbjegao stereotip koji se povezuje s njima.

d. Starosna pozicija – odnosi se na položaj koji djeca imaju u obitelji u pogledu starosne dobi i spola.

e. Podsustavi – njima se identificiraju razine diferencijacije u obitelji pomoću kojih se obavljaju obiteljske funkcije. Dvočlane obitelji, kao što su muž-žena, ili majka-dijete, mogu se smatrati podsustavima. Svaki član obitelji pripada različitim podsustavima, i shodno tome, posjeduje različite sposobnosti i vještine.

f. Razgraničenja – definiraju pravila u vezi s tim "tko radi koje poslove i kako". Bitno je da se uvidi da li su postojeća razgraničenja od koristi ili ograničavaju obitelj.

Vanjska struktura obitelji

a. Proširena obitelj – odnosi se na podrijetlo članova obitelji, obitelji koja rađa potomke, trenutačnu generaciju i članove obitelji koji već imaju djecu iz prvog braka. Procijeniti učestalost i sadržaj kontakata s proširenom obitelji, kako bi se obitelji odredio najbolji način pružanja podrške.

b. Širi sustavi – odnose se na veće socijalne ustanove i osoblje s kojima ovakve obitelji imaju korisne kontakte.

Kontekst

- Etnička pripadnost – odnosi se na narodnost kojoj obitelj pripada, a proizlazi iz kombinacije kulturne povijesti, rase, društvene klase i religije. Etnička pripadnost je važan faktor koji utječe na interakciju obitelji. Sestre moraju biti svjesne svojih etničkih pripadnosti i svoje intervencije moraju prilagoditi na primjeran način.
- Rasa – je temeljni sintetizirani pojam i kao takva ona identificira pojedince i grupacije. Također rasa se ukršta s društvenom klasom,, religijom i etničkom pripadnošću. Nužno je da sestre shvate koja uvjerenja postoje u obitelji i ponašanja na koja utječu rasni identitet, privilegije ili potlačenost.
- Društvena klasa – utječe na obrazovna postignuća, prihod i zanimanje. Svaka klasa, bilo da je riječ o višoj, srednjoj ili nižoj klasi ima svoje vrijednosti, životne stilove i ponašanja vezana za interakciju obitelji i načine na koje one vrše zdravstvenu zaštitu. Procjena društvene klase pomaže sestri da shvati faktore koji izazivaju stres i resurse (stvari kao što su pola radnog vremena naspram punog radnog vremena, siromaštvo, dostupnost zdravstvene zaštite).
- Religija i duhovnost – utječe na obiteljske vrijednosti, veličinu obitelji, zdravstvenu zaštitu i načine socijalizacije. Religija utječe i na uvjerenja o bolesti i nošenju s njom. Osjećaji poput straha, smirenosti, krivnje i nade mogu proizlaziti iz religioznih uvjerenja. Duhovnost je povezana s tim kako ljudi upravljaju svojim životima u svijetlu njihove unutarnje samosvijesti. Sestre moraju procijeniti utjecaj religije i duhovnosti na obiteljska uvjerenja skopčana sa zdravljem, kao što su posebna ograničenja u prehrani i slično.
- Okruženje – se odnosi na tjelesno okruženje u kojem obitelj živi, a koje je u vezi s prostorom, privatnošću, školovanjem i korištenjem vrtića, kao i mogućnost korištenja javnog prijevoza.

Razvojna procjena obitelji

- Faze
- Zadaci
- Privrženost

Funkcionalna procjena obitelji

- Instrumentalna – svakodnevne životne aktivnosti
- Osjećajna – emocionalna komunikacija, verbalna komunikacija, rješavanje problema, uloge, utjecaj i moć, uvjerenja, savezništvo članova.

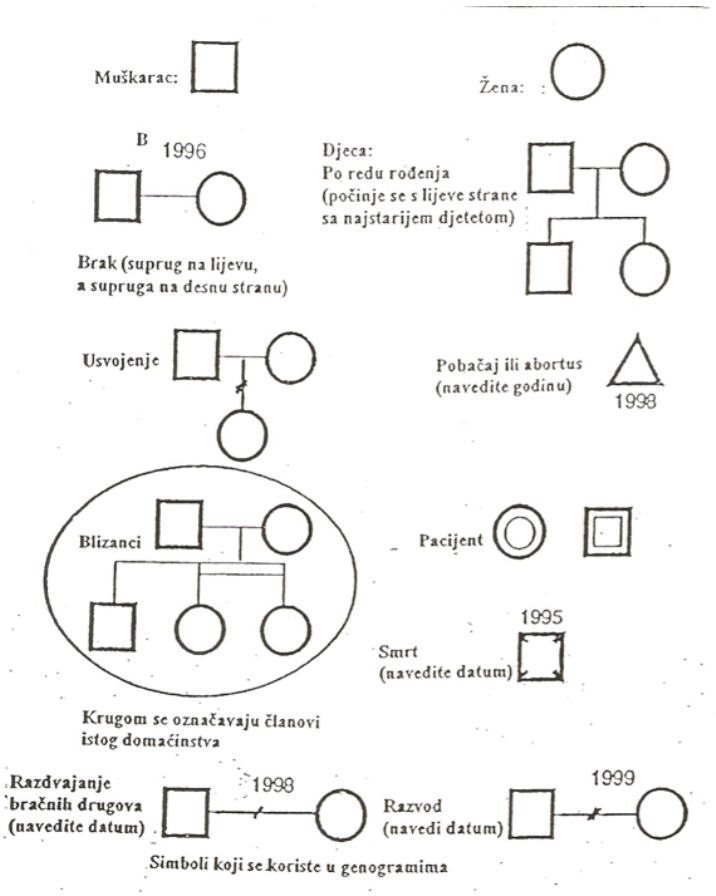
RAZVOJ VJEŠTINA

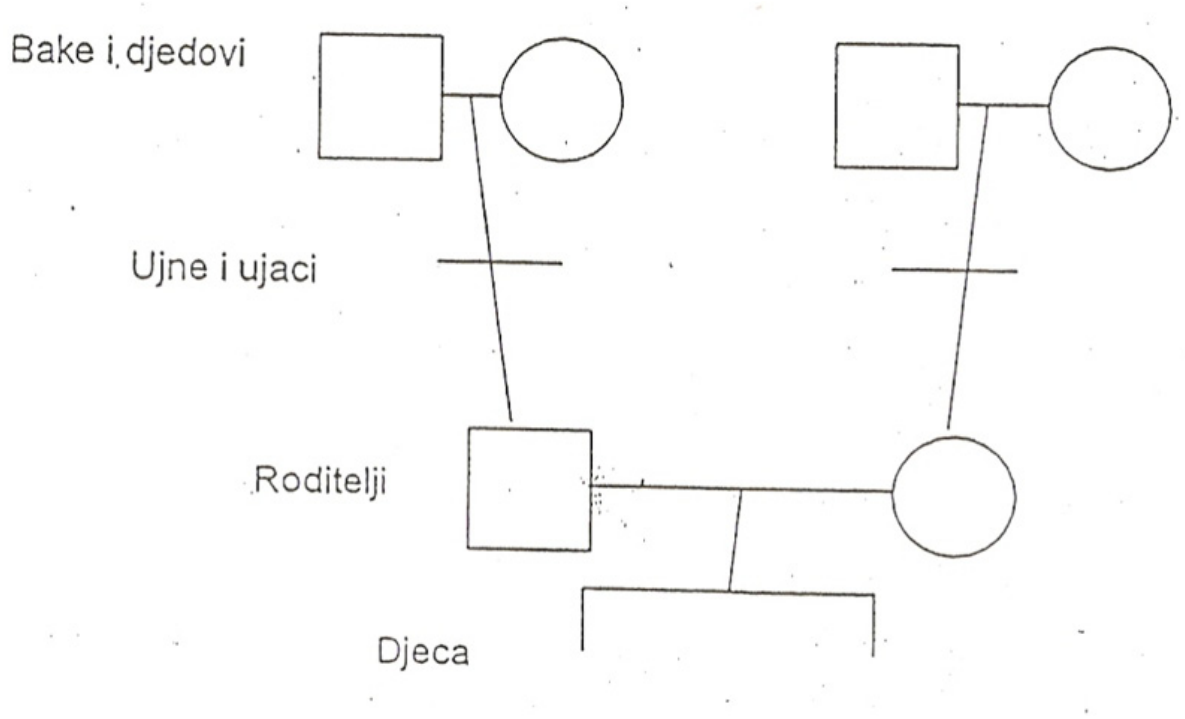
Izrada genograma i ekomape

Genogram

On je dijagram jedne obitelji. To je zapravo slika na kojoj su predstavljeni članovi obitelji, i ona uključuje djecu koja su pobačena kao i njene preminule članove. Dijagram je obiteljsko stablo koje predstavlja unutarnju strukturu obitelji. Može se koristiti na početku kontaktiranja s obitelji i od pomoći je i obitelji i sestrama u pogledu razvoja i funkcioniranja obitelji. Genogram obično uključuje najmanje tri generacije. Članovi obitelji koji pripadaju istoj generaciji prikazuju se horizontalnim redovima, a djeca se predstavljaju vertikalnim linijama koje se nalaze ispod svojih roditelja. Djeca su poredana po starosnoj poziciji s lijeva na desno i to prvo starija djeca. Svaki član je pojedinačno predstavljen. Osobe ženskog spola se predstavljaju krugom,a muške osobe kvadratima, ime i starosna dob navode se u okviru kvadrata ili kruga. Datum smrti ili pobačaja članova obitelji unosi se iznad simbola.

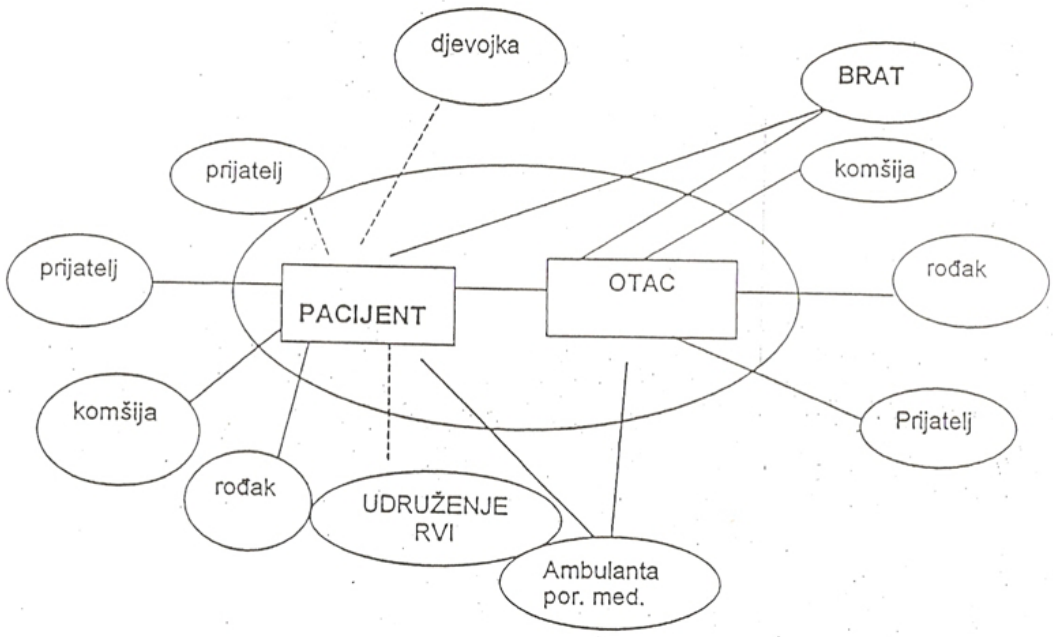
Sestra može koristiti genogram kako bi odredila tko su članovi obitelji i kako bi utvrdila unutarnje i vanjske strukture i kontekst. Sestra počinje kontakt objašnjavajući pacijentu da će porazgovarati kako bi dobila podatke o tome tko su članovi obitelji. Na praznom papiru sestra će početi crtati kvadrat, odnosno krug za osobu kojoj prvo postavlja pitanje. Potom se ostali članovi obitelji dodaju na genogram. Nakon što se kompletira osnovna obitelj, može se dodati i proširena obitelj. Informacije o muževoj i ženinoj obitelji pružit će zdravstvene informacije kao što su genetičke predispozicije za određene bolesti (ako one postoje). Nužno je da sestra bude oprezna i pažljiva pri razgovoru o određenim pitanjima kao što su razvod iz religioznih razloga i podrijetla.

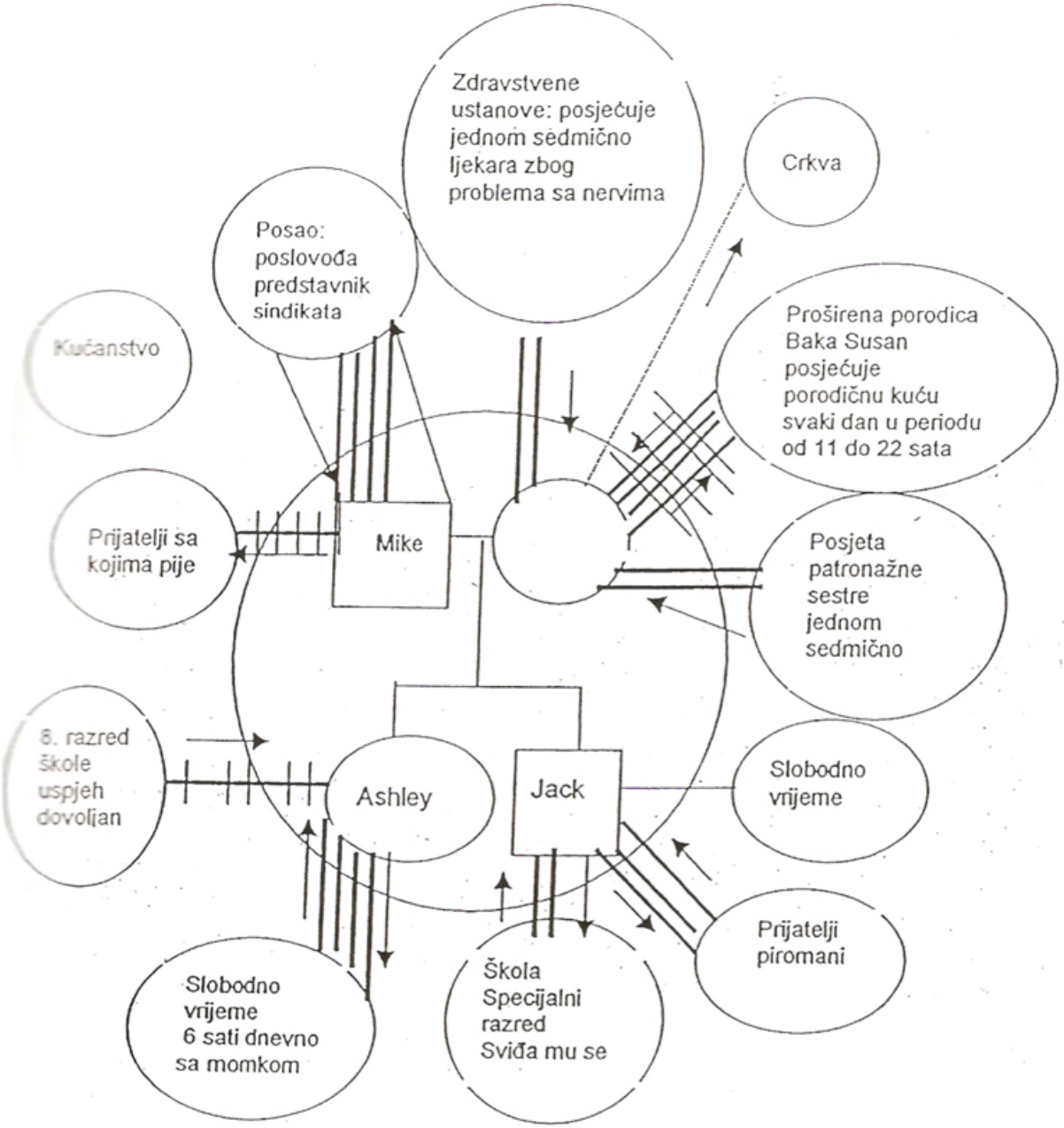




Ekomapa

Slično kao kod genograma, osnovna vrijednost ekomape je u njenom vizualnom učinku. Svrha ekomape da prikaže kontakt članova obitelji sa širim sustavima. Genogram obitelji se postavlja u središte kruga koji predstavlja kućanstvo u kojem pacijent živi. Vanjski krugovi predstavljaju značajnije osobe ili organizacije. Linije se povlače između obitelji i vanjskih krugova, kako bi ukazali na prirodu veze koje postoje. Jake veze prikazane su pravim linijama, slabije veze isprekidanim, dok su stresne veze prikazane paralelnim linijama. Strelice se mogu nacrtati sa strane kako bi se ukazalo na tokove energije i potencijala.





Jaka veza

Umjerena veza

Slaba veza

Vrlo slaba veza

Negativna veza

Slabije veze

LITERATURA

1. Kramlinger K. Mayo Clinic o depresiji. Kako razumjeti, prepoznati i liječiti depresiju? Medicinska naklada Zagreb, 2005.
2. Nastavni materijal za obrazovanje obiteljske medicinske sestre, George Brown College

8

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 8

Respiratorna oboljenja

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
9:00-10:15	Astma	**Na kraju ove sesije učesnik će moći:** • Diskutirati o znacima i simptomima astme • Identificirati važne komponente anamneze koje se moraju otkriti u anamnezi • Opisati preventivne mjere za smanjenje simptoma astme • Diskutirati o menadžmentu astme	Predavanje i diskusija
10:15-10:30 PAUZA			
10:30-11:30	KOPB	• Opisati patogenezu COPD • Diskutirati o riziko faktorima za COPD • Diskutirati o znacima i simptomima COPD	Predavanje i diskusija
11:30-12:00	Sestrinski menadžment	• Smanjivanje uticaja okidača (trigera); sestrinski menadžment – zdravstveno podučavanje	
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-15:00	Sestrinska njega pacijenta sa astmom - Prikaz slučaja Upotreba inhalatornih uređaja	• Diskutirati o važnostima učenja pacijenata i njihovih obitelji o astmi i samopomoći • Identificirati kako sestrinski process može biti primjenjen u pacijenata s astmom • Upotreba inhalatornih uređaja u terapiji • Upotreba peak flow metra	Praktične vještine
15:00-15:30	AUDIT	• Identifikacija pušača u populaciji koja pripada ambulanti; jednostavne intervencije; edukacija pacijenata u ambulanti.	Kombinirana velika grupa

ASTMA

Slučaj

A.B. je 17 godina stara pacijentica koja dolazi u ambulantu po prvi put. Ona je student i radi pola radnog vremena u kafiću. Žali se na produktivan kašalj koji joj predstavlja problem zadnjih par mjeseci. Kašalj ima tendenciju da se pogoršava noću. Generalno je vrlo zdrava, ali je u posljednjoj godini imala prehlade za koje joj se činilo da idu „ravno u prsa“. Ponekad joj nedostaje daha ili ima osjećaj da su joj prsa „stegnuta“ kada ide na hladan zrak ili kada se penje uz stepenice. Ne osjeća sa uvijek ovako ali primjećuje da joj se navedeni simptomi javljaju nekoliko puta tjedno. Ne puši.

Prilikom pregleda, A.B. se čini generalno dobro i ne pokazuje znakove respiratornog distresa. Nema povišenu tjelesnu temperaturu i ostali vitalni znaci su normalni. Kada diše normalno disajni zvuci su čisti i bez krepitacija. Ako se od nje traži da ekspirira snažno, primjećuje se da je vrijeme ekspiracije nešto produženo i da ovaj manevar kod nje provocira na kratko kašalj.

Definicija astme

Astma je kronični inflamatorni poremećaj dišnih putova karakteriziran sa:

- reverzibilnim ograničenjem protoka zraka
- hipersenzibilitetom treheobronhalnog stabla na brojne stimulanse
- rekurentnim epizodama wheezing-a, kašlja i kratkoće daha

Značaj

Astma danas predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem. Bolest je u stalnom porastu i u svijetu i kod nas. Od 1970-1990 godine prevalenca astme iznosi 200% i dalje ima tendenciju rasta(GINA,2000). Procjenjuje se da danas širom svijeta od astme boluje oko 300 milijuna ljudi što predstavlja i veliki socioekonomski problem(veliki troškovi liječenja kao i uzroci izostajanja sa posla i iz škole).

Etiologija astme

Točna etiologija astme je nepoznata. To je vjerojatno interakcija između domaćinove osjetljivosti i faktora okoline.

Uzroci astme

- faktori domaćina, osobe sa predispozicijama za razvoj astme
- faktori okoline, izazivaju egzacerbaciju astme i/ili uzrokuju perzistentnost simptoma
- genetska predispozicija
- atopija(alergijska tendencija)
- abnormalna produkcija inflamatornih medijatora, npr. leukotriena
- faktori okoline
- alergeni
- duhanski dim
- zagađivači zraka
- respiratorne infekcije
- vježbanje i hiperventilacija
- hladan zrak

Klinička slika

Simptomi astme:

- rekurentne epizode weezinga
- problematičan noćni kašalj
- kašalj ili weezing nakon tjelesnog napora
- kašalj ili weezing nakon izlaganja alergenima u zraku ili zagađivačima
- prehlade „idu na pluća“ ili im je potrebno duže od deset dana da se povuku

Simptomi astme su vrlo promjenjivi od bolesnika do bolesnika, a sve ovisi o stupnju opstrukcije bronha. Ovisno o težini kliničke slike astma se dijeli na intermitentni i trajni oblik (blagi, srednje teški i teški). Astmatski napadaji se kod nekih bolesnika javljaju rijetko, kratkotrajni su, dispnea je blaža i bolesnici se između napadaja osjećaju potpuno zdravima. Tipično je za akutne astmatske napadaje da se pojavljuju noću, obično pred zoru. Uzrok tomu nije potpuno jasan, ali se može povezati sa varijacijama prohodnosti dišnih putova te koncentracijom endogenih kateholamina i histamina u krvi.

Diferencijalna dijagnoza

Bolesti i stanja koji mogu doći u obzir u diferencijalnoj dijagnozi astme su:

- bronhitis, bronhiolitis
- aspergiloza
- cistična fibroza
- KOPB
- kongestivno zatajenje srca i plućni edem
- sarkoidoza
- gastroezofagealni refluks
- nedostatak imunoglobulina G
- kronični sinusitis
- plućna embolija
- prirođene srčane anomalije i drugo.

Dijagnoza

Dijagnoza se bazira na:

- anamnezi i obrascu simptoma
- fizikalnom pregledu
- mjerenju funkcije pluća

Anamneza

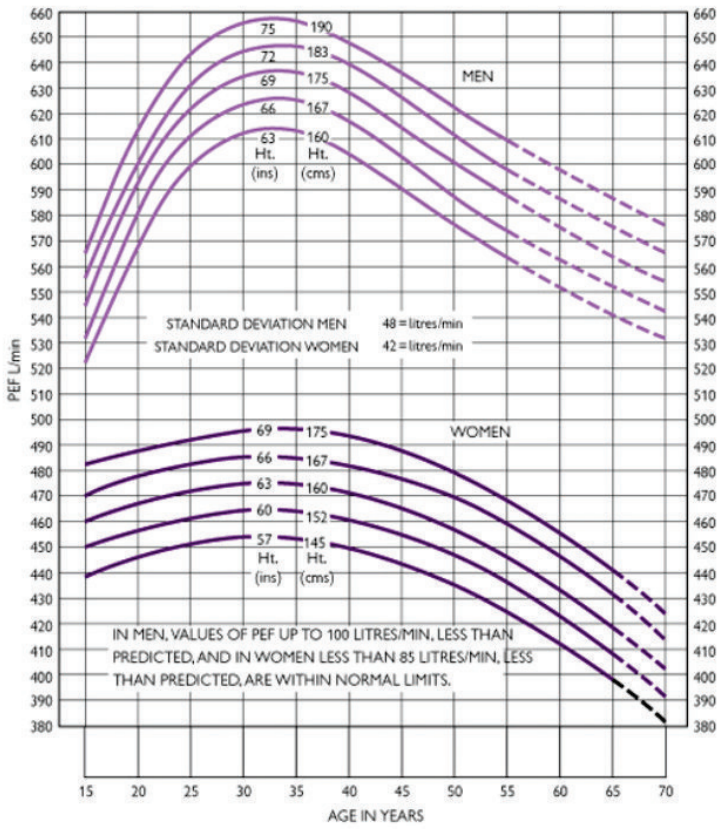
- Da li simptomi variraju iz dana u dan?
- Da li se simptomi pogoršavaju noću?
- Da li simptomi nastaju zbog vježbanja ili hladnog zraka?
- Da li postoje identificirani trigeri (životinje, dim, prašina)
- Da li se simptomi pogoršavaju sa običnom prehladom?
- Postoji li obiteljska povijest astme?

Testovi funkcije pluća

- Senzitivniji su i pouzdaniji od pregleda
- Smatraju se „zlatnim standardom“ za dijagnozu i dalje praćenje pacijenta
- Forsirani ekspiratorni volumen i 1 sekundi-FEV 1 je najpouzdaniji test
- Sljedeći najbolji test je peak flow metar, mjerenje ekspiratornog protoka

Dijagnosticiranje astme pomoću pef-a

- lako se mjeri pomoću jeftinog aparata, peak flow metra
- rezultati će pokazati očekivani PEF na osnovu pacijentovih godina, visine i spola
- kod aktivne astme PEF će biti manji od 80% od predviđene vrijednosti
- poboljšanje od 20% kod mjerenja PEF-a poslije tretmana sa inhaliranim salbutamolom, smatra se dijagnozom astme



Nunn AJ, Gregg I. New regression equations for predicting peak expiratory flow in adults. BMJ 1989;298:1068–70.

Komplikacije astme

- **urgentne**: anafilaktička reakcija, „zatvorena pluća“, disajni i srčani zastoj
- **subakutne**: asfiksija, pneumonija, plućni edem, plućna embolija ili tromboza, atelektaza pluća, akutno plućno srce, insuficijencija srca, pneumotoraks, frakture rebara, nepovoljne reakcije na lijekove i hiposenzibilizirajuće antigene
- **kronične**: vezane sa strukturalnim promjenama pluća, kronična plućna insuficijencija i kronično plućno srce
- **komplikacije vezane za liječenje**

Prijeteća asfiksija (status asthmaticus)

Izvjesna stanja i pojave koje nagovještavaju nastanak prijeteće asfiksije su: upornost napada, promjena pojedinih simptoma(pogoršanje dispneje, pojava jačeg weezinga, cijanoze, tahipneje i povećana uporaba pomoćne dišne muskulature). Tahikardija je uvijek karakteristika teške astme i u vezi je sa stupnjem hipoksije. Status astmatikus je najteži oblik akutne kliničke slike bronhalne astme. Napad gušenja traje 12-24 sata i rezistentan je na primjenu bronhospazmolitika. Često je prisutna hiperkapnija a pozitivna su najmanje tri od sljedećih znakova:

- smanjen ili gotovo odsutan šum inspirija
- jače izraženo inspiratorno uvlačenje toraksa i izrazito angažiranje pomoćne muskulature
- tahikardija≥110/min

- cijanoza koja je prisutna i nakon primjene 40%-tnog kisika
- poremećaj svijesti
- smanjeno reagiranje na bol
- smanjen tonus skeletnih mišića.

Najteže oblike asfiksije karakteriziraju: dihidracija, hipoksija, sa ili bez hiperkapnije i metabolička acidoza.

Svaka sumnja na prijeteću asfiksiju zahtijeva bolnički tretman.

MENADŽMENT ASTME

Astma se ne može izliječiti, ali se može držati pod kontrolom tako da pacijent može da vodi normalan život.

Ciljevi tretmana

- minimiziranje kroničnih simptoma
- minimiziranje egzacerbacija
- minimiziranje potrebe za „spasonosnim“ lijekovima
- omogućavanje normalne aktivnosti pacijenta
- skoro normalna mjerenja PEF-a
- minimalna neželjena djelovanja-nuspojave lijekova

Metode tretmana

- edukacija pacijenta
- kontrola faktora okoline
- „preventivni“ antiinflamatorni lijekovi
- „interventni“ bronhodilatatori

Edukacija pacijenta

- prepoznati što uzrokuje napad astme
- razumjeti ulogu svakog lijeka
- ispravno koristiti naprave za unošenje lijeka
- prepoznati upozoravajuće znakove egzacerbacije bolesti

Kontrola okoline

- izbjegavanje trigera napadaje bolje nego povećanje doze lijeka
- smanjiti kućnu prašinu
- ukloniti kućne ljubimce ako je pacijent alergičan
- NE PUŠITI i smanjiti izloženost dimu cigareta

Liječenje astme lijekovima

Liječenje astme široki je pojam koji objedinjuje medikamentozne, higijensko epidemiološke i edukativne mjere. Medikamentozne mjere liječenja astme definirane su GINA smjernicama i ovise o težini bolesti. Svi lijekovi koji se danas koriste u liječenju astme mogu se svrstati u dvije osnovne skupine. Prvu

skupinu čine lijekovi koji djeluju tako da suzbijaju upalu (protuupalni lijekovi) dok u drugu skupinu spadaju oni koji šire dišne putove i olakšavaju prolaz zraka kroz njih.

Obzirom da je astma kronična upalna bolest važno je prvenstveno liječiti upalu pa je stoga prva skupina lijekova najvažnija u pravilnom liječenje astme dok lijekovi iz druge skupine postoje samo kao dodatna terapija bolesti. Ovdje valja naglasiti i iznimku po kojoj prema GINA smjernicama jedino u povremenoj astmi (GINA 1.) nije potrebna trajna protuupalna terapija (ovo je još uvijek podložno diskusiji), dok je ona za sve ostale stupnjeve (trajna astma) potrebna.

Koji su protuupalni lijekovi?

Danas se po GINA smjernicama kao najjači protuupalni lijekovi navode inhalacijski kortikosteroidi. Ovo su najpotentniji protuupalni lijekovi i trebali bi biti osnova u liječenju trajne astme.

Na našem tržištu nalaze se trenutno tri lijeka koji se primjenjuju u liječenju. To su: budezonid (Tafen®), ciklezonid (Alvesco®) i flutikazon (Flixotide®) i beklometazon (Becotide®, nije više dostupan u Hrvatskoj). Svi ovi lijekovi primjenjuju se inhalacijom (udisanjem) iz posebnih spremnika (inhalera) i za korištenje svakog važno je poznavanje pravilne tehnike primjene (udisanja).

Danas je u nas u široj primjeni više tipova tipa spremnika lijeka (inhalera). Prvi i najstariji je tradicionalno poznat kao pumpica. Lijek se u pumpici nalazi pomiješan sa potisnim plinom i nakon potiska bude izbačen u obliku aerosola. Ostali oblici inhalera su Diskus® i Novolizer®. Ovo su noviji oblici spremnika sa lijekom, a najvažnija je razlika što u njima nema potisnog plina. Lijek se u nalazi u obliku sitnog praha kojeg treba vlastitom snagom udaha unijeti u pluća. Upotreba Diskusa® i Novolizera® uvelike olakšava primjenu terapije uz istovremenu točnije doziranje samog lijeka te je sve više prihvaćena u liječenju astme.

Osim inhalacijskih kortikosteroida u protuupalne lijekove ubrajamo i antagoniste leukotrijena. Na našem tržištu postoji samo jedan lijek ove skupine (montelukast (Singulair®)). Ovi lijekovi djeluju samo na jednu skupinu čimbenika alergijske upale pa samim time imaju slabiji protuupalni učinak od inhalacijskih kortikosteroida. Obično se koriste kao dodatna terapija inhalacijskim kortikosteroidima.

Što su lijekovi koji šire dišne putove (bronhodilatatori)?

Ovoj skupini lijekova pripadaju svi oni lijekovi koji na bilo koji način dovode do širenja dišnih puteva (bronha) i na taj način olakšavaju protok zraka kroz njih. Važno je znati da ovi lijekovi djeluju samo na simptome astme (olakšavaju tegobe) te da su uglavnom pomoćna mjera liječenja. Osnova liječenja trajne astme mora biti uzimanje protuupalnog lijeka. Redovito uzimanje sprečava razbuktavanje upale pa samim time i posljedično suženje dišnih puteva. Na taj način opada potreba za lijekovima koji šire dišne puteve, što se danas navodi kao cilj dobro kontrolirane astme.

Lijekovi koji spadaju u ovu skupinu su:

- bronhodilatatori kratkotrajnog djelovanja, salbutamol (Ventolin®)
- bronhodilatatori dugotrajnog djelovanja, salmeterol (Serevent®) i formoterol

Mogu se još dodatno podijeliti na one koji djeluju:

- preko simpatičkih živaca, salmeterol (Serevent®)
- blokadom parasimpatičkih živaca, tiotropij (Spiriva®) i ipratropij (Atrovent®)
- na staničnom nivou, teofilini sa postupnim otpuštanjem (Teolin®, Teotard®)

Bronhodilatatori dugog djelovanja kao npr. salmeterol (Serevent®) koriste se i u trajnom liječenju astme, osobito ako se radi o umjerenoj i teškoj trajnoj astmi gdje je njihova kombinacija sa inhalacijskim kortikosteroidima i preporučena smjernicama za liječenje.

Kombinirani lijekovi sa protuupalnim i bronhodilatativnim komponentama

U novije vrijeme astma se sve više pacijenata koji boluju od astme liječi kombinacijom protuupalnog i bronhodilatatornog lijeka. Ovakva kombinacija istodobno djeluje protuupalno i trajno proširuje dišne putove. Po smjernicama ove kombinacije se mogu koristiti u liječenju umjerene i teške trajne astme, a glavna prednost je što pružaju bolju kontrolu bolesti uz niže doze inhalacijskog kortikosteroida.

Na našem tržištu nalaze se dva takva lijeka:

1. Seretide (kombinacija flutikazona (Flixotida) sa salmeterolom (Sereventom))
2. Symbicort (kombinacija budezonida (Tafen) sa formoterolom)

Oba ova lijeka potrebno je uzimati redovito u dozi ovisnoj o težini bolesti.

Zašto inhalacijska terapija?

Inhalacijska terapija je najdjelotvorniji oblik terapije jer dovodi lijek izravno u pluća izbjegavajući učinke lijeka na ostale organe (sistemske nuspojave). Moguće je primjeniti puno manju dozu lijeka da bi se postigao jednak terapijski učinak kao nakon primjene tableta.

Inhalacijske terapije danas se može provoditi korištenjem nekoliko različitih vrsta aplikatora. Najprecizniji način primjene vrši se korištenjem sofisticiranih inhalatora koji zbog svoje veličine i cijene nisu praktični za individualnu primjenu. Namijenjeni su uglavnom zdravstvenim ustanovama (kompresorski ili ultrazvučni inhalatori sa maskom ili usnim nastavkom). Drugi način primjene inhalacijske terapije je korištenjem specijalnih spremnika za doziranje lijeka (inhaleri) koji su mali i prikladni za individualnu upotrebu.

Danas u nas nalazimo četiri tipa ovakvih aplikatora:

- MDI (“metered dose inhaler”, poznatiji kao **pumpica** ili sprej)
- DPI (“dry powder inhaler”, pod nazivom **Diskus®** ili kolutić)
- Turbuhaler®
- Novolizer®

Turbuhaler®

“pumpica”

Diskus®

Novolizer®

Postoji važna razlika između ovih tipova aplikatora. Pumpica je zapravo spremnik pod pritiskom u kojem se lijek nalazi pomiješan sa potisnim plinom. Nakon potiska pumpice, lijek će iz spremnika izletjeti zajedno sa potisnim plinom. Diskus i Turbuhaler ne sadrže potisni plin i nisu pod pritiskom. Lijek iz ovih spremnika neće sam izletjeti već ga korisnik mora u pluća unijeti vlastitom snagom udaha (usisati ga u pluća). Upravo zbog ovih razloga važno je znati pravilno primijeniti ove aplikatore kako bi lijek zaista došao u pluća.

Koraci za pravilnu primjenu lijeka putem MDI-a (pumpice)

- Voditi računa da je bočica s lijekom čvrsto I u potpunosti umetnuta u inhalator
- Otkloniti zaštitni dio za usta i držeći inhalator uspravno, protresti ga 3-5 sekundi kako bi se lijek ujednačio
- Lagano zabaciti glavu unazad
- Držati bočicu sa lijekom okrenutu naopačke i:

  Držati MDI do 2 cm od otvorenih usta

  ILI

  Postaviti dio za usta dovoljno daleko od usta tako da se dio za usta proteže do ispred zuba. Usnama čvrsto obuhvatiti dio za usta

- Udahnuti i izdahnuti nekoliko udisaja polako kroz nos
- Zatim udahnuti polako i duboko na usta dok se u isto vrijeme pritišće dole jednom bočica sa lijekom. Nastaviti udisati 2 do 3 sekunde
- Zadržati dah 5 do 10 sekundi ili duže, ako je moguće
- Skinuti inhalator sa usta
- Izdahnuti polako kroz napućene usne
- Ako je propisan još jedan "puff", sačekajte 1 do 3 minute prije sljedećeg udisaja. Ne zaboraviti ponovo protresti inhalator.

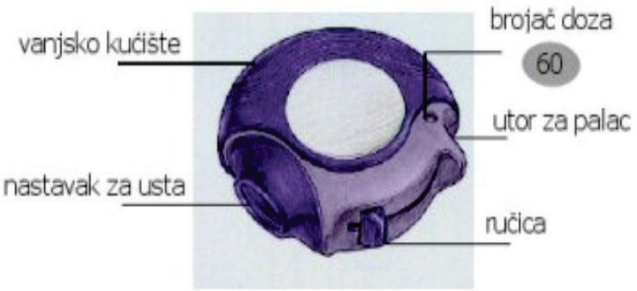
Ako je lijek koji se unosi kortikosteroid, jako je bitno isprati usta sa svježom vodom nakon inhalacije u cilju odstranjenja ostatka lijeka iz usta, te u cilju smanjenja iritacije i rizika od infekcije.

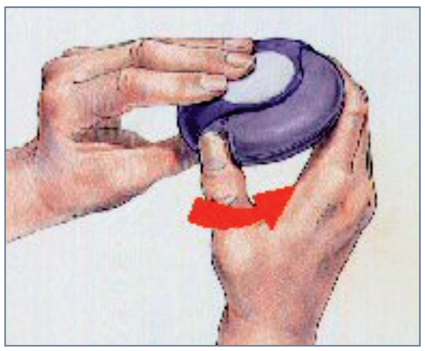
Bočicu sa lijekom treba držati na sobnoj temperaturi i izbjegavati bilo kakve ekstremne promjene temperature.

Periodično, usni dio inhalatora treba oprati blagim sapunom i vodom.

Koraci za pravilnu primjenu lijeka putem Diskusa® ("metoda 3 klika")

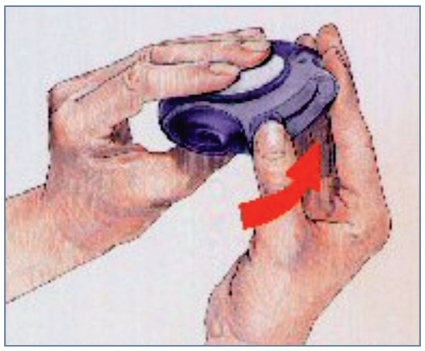
- Otvorite Diskus (klik 1)
- Povucite ručicu dozatora prema dolje da bi aktivirali dozu lijeka (klik 2) izdahnite zrak iz pluća do granice nelagode
- stavite usta na usnik Diskusa i duboko udahnite zrak kroz usta do granice nelagode
- zadržite zrak 5-10 sekundi
- zatvorite diskus (klik 3)
- isperite usta vodom





1. Otvorite

Da biste otvorili Diskus, držite vanjsko kućište u jednoj ruci i stavite palac druge ruke na utor za palac. Gurajte palac od sebe dok ne čujete škljocaj, tj. dok se Diskus potpuno ne otvori.

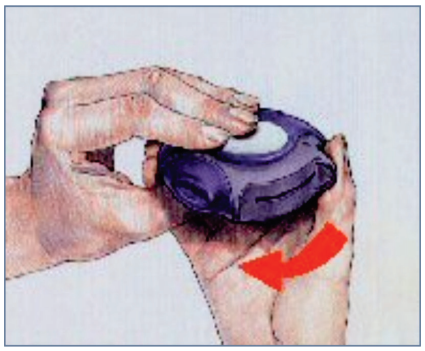


2. Gurnite ručicu

Držite diskus tako da se nastavak za usta nalazi točno ispred Vas. Gurnite ručicu od sebe dok ne čujete škljocaj. Diskus je sada spreman za uporabu. Svaki puta kada gurate ručicu od sebe otvori se mjehurić u Diskusu i doza lijeka se oslobodi za udah. To se vidi i na brojaču doza. Ne igrajte se ručicom jer tako otpuštate doze lijeka koje se neće iskoristiti.

3. Udahnite

- Držite diskus dalje od usta.
- Izdahnite zrak iz pluća do granice nelagode.
- Upamtite – **nikada** ne izdišite u diskus.
- Stavite nastavak za usta u usta.
- Udahnite naglo i duboko kroz usta i Diskus, a da pritom ne udišete kroz nos.
- Odmaknite diskus od usta.
- Zadržite zrak oko 10 sekundi, odnosno do granice neugode.
- Izdahnite polagano.



4. Zatvorite

Da biste zatvorili Diskus, stavite palac na utor za palac i vucite palac prema sebi dok ne čujete škljocaj. Ručica se automatski vraća u prvotni položaj. Sada je Diskus spreman za ponovnu upotrebu. Ako Vam je liječnik prepisao dvije inhalacije (udaha), ponovite postupak.

Pomagala za lakšu primjenu pumpica – komore ("spacer-i")

Uzimanje lijeka putem pumpice ponekad je vrlo nepraktično jer zahtjeva koordinaciju potiska i udaha. Kako ni nakon pravilne upotrebe nismo u potpunosti sigurni da li je cijela doza lijeka dospjela u dišne puteve, danas se sve više preporuča uzimanje lijeka putem Diskusa ili korištenje pumpice u kombinaciji sa specijalnim komorama za udisanje. Ove komore pomažu da se lijek pravilnije i u punoj dozi unese u pluća. Osobito je važna njihova primjena kod male djece (do 5g) jer je kod njih nemoguće postići pravilni unos lijeka iz pumpice bez ovakvog pomagala.

Koje komore (spacere) koristimo?

Danas se kod nas primjenjuje nekoliko tipova komora za primjenu pumpica. Prvi tip (Babyhaler®) koristi se za djecu do 5. godine života. Neophodan je kako bi se inhalacijski lijek iz pumpice pravilno primijenio kod male djece. Pod nazivom Babyhaler® može se nabaviti u ljekarnama. Djeci starijoj od pet godina te odraslima dostupno je nekoliko tipova komora od kojih su neke kvalitetnije od drugih. Važno je znati da dobra komora mora biti od plastike te da mora imati jednosmjerni ili dvosmjerni ventil. Ventil omogućuje da lijek ne izlazi iz komore do trenutka bolesnikovog udaha. Na ovaj način doza lijeka se ne gubi i lijek se uzima adekvatno. Za sada na tržištu jedino Volumatic® ima ove karakteristike. Obzirom da odrasle osobe u velikom broju slučajeva mogu koristiti Diskus ove komore se koriste nešto rjeđe.

Babyhaler®

Namijenjen za olakšanu primjenu lijeka iz pumpice dojenčadi i djeci do 5. godine života. Budući da djeca sama ne mogu uzimati lijek, djeci se komorica (Babyhaler®) ne stavlja u usta već se plastičnom maskom prislanja na lice. Maskom je potrebno prekriti nos i usta kako bi dijete pravilno udisalo lijek. Babyhaler® ima dvostruki ventil koji omogućuje da dijete normalno diše u masku. Pritom pri udahu lijek ulazi iz komore u dječja pluća, dok pri izdahu zrak ne ulazi u komoru već biva preusmjeren van.

Volumatic®

Namijenjen za starije od 5 godina i odrasle. Primjena komore je potpuno jednostavna. Bolesnik jedan kraj komore stavlja u usta, a u drugi aktivira pumpicu. Udisanjem iz komore i izdisanjem kroz nos maksimalno se povećava količina lijeka koji dolazi u pluća. Preporučuju se komore većeg volumena.

Znaci pogoršanja astme mogu uključivati jedan ili više od navedenih znakova:

- ako se koristi inhalator za olakšavanje simptoma češće ili se ne postiže više isti efekat sa istom dozom
- ako se pacijent budi jednu ili više noći tjedno kao rezultat kašlja, weezing-a ili otežanog disanja
- weezing ili osjećaj stezanja u grudima se javlja rano ujutro čak I nakon uporabe inhalatora za olakšavanje simptoma
- sadašnji simptomi astme sprečavaju pacijenta da se bavi uobičajenim aktivnostima
- očitavanja peak flow metra su niža nego obično

SESTRINSKI PROCES - NJEGA PACIJENTA KOJI BOLUJE OD ASTME

Procjena

- opis simptoma i njihove težine, kašalj, weezing, stegnutost u grudima
- da li simptomi variraju iz dana u dan
- da li se simptomi pogoršavaju noću
- da li se simptomi izazivaju vježbanjem, hladnim zrakom
- da li simptomi utječu na san, vježbanje, stil života
- da li postoje trigeri koji se mogu identificirati
- da li postoji obiteljska povijest astme

Planiranje

Ciljevi njege pacijenta sa astmom:

- bez/minimalni kronični simptomi
- minimalna/rijetka pogoršanja
- nepostojanje potrebe za lijekovima za spašavanje(izuzev pri jačem tjelesnom naporu)
- nelimitirane aktivnosti uključujući i vježbanje
- normalan obrazac spavanja
- normalna/približno normalna ekspiratorna mjerenja peak flow metrom
- bez/minimalni neželjeni efekti lijekova

Implementacija

Pacijent će:

- prepoznati i izbjegavati trigere i iritanse
- koristiti lijekove terapeutski
- prepoznati znakove i simptome pogoršane astme i znati kada treba potražiti pomoć liječnika
- razviti ili održati zdrav način života

KOPB

Slučaj

Gospodin A.B. je star 73 godine. Kašlje već godinama, svaki dan bez izuzetka. Njegov kašalj je gori ujutro i često je praćen obilnim bijelim ili žućkastim sputumom. Uspinjanje uz stepenice do njegovog stana je sa vremenom postajalo sve teže i teže zbog kratkoće daha koja mu se javlja tako da u posljednje vrijeme sve rjeđe izlazi van. Radio je 35 godina kao automehaničar. Počeo je pušiti sa 17 godina i svaki dan pušio 20 cigareta. Još uvijek puši. Osim što ima blagu hipertenziju koja je kontrolirana hidroklorotiazidom, nema ostalih medicinskih problema.ne sjeća se da je prije 10 godina imao probleme sa disanjem.

Pri pregledu, njegov grudni koš je hipersonoran pri perkusiji a auskultacija pokazuje postojanje generalno oslabljenih disajnih tonova sa pokojim finim ekspiratornim zviždukom. Krepitacije se ne čuju.

Definicija

Kronična opstruktivna plućna bolest se odnosi na simptome kronične respiratorne bolesti koji su karakterizirani sa:

- fiksnim ili minimalno reverzibilnim suženjem dišnih putova
- weezingom, kašljem, dispneom i povećanom produkcijom sputuma
- progresijom bolesti kod pušača
- uključuje kronični bronhitis i emfizem
- kronični bronhitis i bronhiektazije karakterizirani su sa povećanom količinom sekreta u dišnim putovima a kod emfizema su povećani zračni prostori u distalnim dijelovima plućnog stabla sa gubitkom alveolarnih stijenki.

Značaj

KOPB je vodeći uzročnik smrtnosti u industrijski razvijenim zemljama i jedini glavni uzrok smrti koji se povećava, naročito kod žena.

Veliki teret vezan za KOPB je povećanje opterećenja sustava zdravstvene zaštite kako populacija stari. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) je četvrti vodeći uzrok smrti, iza kardiovaskularnih, malignih i cerebrovaskularnih bolesti. Usprkos napretku u dijagnostici i liječenju, KOPB je najbrže rastući uzrok smrtnosti razvijenog svijeta te se u idućih 10 godina predviđa da će dosegnuti treće mjesto uzroka smrtnosti u svijetu.

Posebno zabrinjava povećana učestalost bolesti među ženama u zadnjem desetljeću. Porast se objašnjava značajnim porastom broja žena koje puše.

U većine bolesnika dijagnoza se postavlja tek u srednjim pedesetim: 45-65% bolesnika sa KOPB-om nema postavljenu dijagnozu jer bolesnici zaduhu i intoleranciju napora povezuju s normalnim procesom starenja te smatraju pušački kašalj normalnim.

Petogodišnje preživljenje nakon postavljanja dijagnoze je 78% u muškaraca i 72% u žena, a kod teških oblika bolesti petogodišnje preživljenje je manje od 30%.

Etiologija

Kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB) je klinički entitet karakteriziran progresivnom opstrukcijom dišnih puteva koja nije potpuno reverzibilna, a uzrokovana je neprimjerenim upalnim odgovorom na dugotrajnu izloženost iritansima – štetnim tvarima i plinovima prvenstveno sastojcima duhanskog dima

Znači, pušenje je daleko vodeći uzrok. 15% pušača će razviti KOPB.

Ipak, svi pušači ne oboljevaju od duhanskog dima, a to znači da postoje i drugi uzroci nastanka. Od stečenih čimbenika, osim pušenja, navode se smanjena porođajna težina, preosjetljivost dišnih puteva, profesionalna izloženost štetnim plinovima i prašini te zagađenje okoliša. Nasljedni čimbenik rizika je nedostatak enzima alfa1 antitripsina.

Infekcije dišnog sustava tijekom ranog djetinjstva povezane su sa slabljenjem plućne funkcije i učestalijim respiratornim simptomima u odrasloj dobi.

Pasivna izloženost duhanskom dimu također doprinosi pojavi respiratornih simptoma i KOPB-a.

Klinička slika

Simptomi:

- weezing (zviždanje pri disanju)
- kronični kašalj, najgori u jutarnjim satima
- povećana produkcija sputum
- kratkoća daha pri naporu
- povećanje umora kako bolest napreduje

Dijagnoza

Anamneza

- Pušenje? Koliko dugo? Koliko količinski?
- Da li su simptomi perzistentni i pogoršavaju li se s vremenom?
- Koliko brzo se kod pacijenta javlja kratkoća daha pri naporu?
- Da li postoji kronični, produktivni kašalj koji je pogoršan ujutro?
- Da li postoji izloženost dimu cigareta, prašini, plinovima na poslu ili kod kuće?
- Da li postoji obiteljska povijest KOPB-a ili druge plućne bolesti?

Testovi funkcije pluća

- Promjene funkcije pluća nastaju dugo prije nastanka simptoma KOPB-a
- Forsirani ekspiratorni volume u 1 sekundi (FEV1) je najpouzdaniji test
- Peak expiratory flow mjerenje je manje pouzdan kod KOPB

KOPB MENADŽMENT

Prestanak pušenja je jedina intervencija koja će usporiti progresiju KOPB-a.

Lijekovi mogu pružiti jedino privremeno ublažavanje simptoma.

Ciljevi tretmana

- Prevenirati progresiju bolesti
- Ublažiti simptome
- Prevenirati I tretirati egzacerbacije
- Minimizirati neželjene efekte lijekova
- Poboljšati toleranciju tjelesnih aktivnosti

Metode tretmana

- Prestanak pušenja
- Terapija bronhodilatatorima
- Kortikosteroidi
- Vakcinacija
- Rehabilitacija
- Terapija kisikom

Terapija bronhodilatatorima

- Antikolinergici: inhalirani ipratropium 4-6 udisaja 4 puta dnevno je tretman prve linije
- Beta-2 agonisti: manje efektni od antikolinergika ali mogu pomoći u kombinaciji
- Teofilin: može biti koristan tretman druge linije ali treba biti svjestan neželjenih efekata

Kortikosteroidi

- Samo kod 10% KOPB pacijenata će se postići poboljšanje kortikosteroidnim tretmanom
- "Proba" terapjie sa prednizonom 50 mg dnevno tijekom 2-3 tjedna je preporučljiva da bi se vidjelo da li pacijent odgovara na terapiju
- Kratka terapija sa prednizonom može biti korisna kod akutnih egzacerbacija bolesti

Ostali tretmani

- Vakcinacija: vakcine protiv gripe i pneumonije mogu smanjiti egzacebraciju bolesti
- Antibiotici: jedino korisni kod tretmana egzacerbacija
- Rehabilitacija: supervizirani program vježbi poboljšavaju izdržljivost
- Kisik: u uznapredovalom stadiju bolesti sa hipoksijom, dodatak kisika smanjuje mortalitet

PRESTANAK PUŠENJA

Prestati pušiti je izazov pred kojim se prije ili kasnije nađe svaki pušač. Iskustvo većine pušača je da nije jednostavno prestati pušiti i da se najčešće uspije definitivno ostaviti cigaretu tek nakon višekratnih pokušaja prestanka. Ovisnost o nikotinu uključuje nekoliko komponenti. S jedne strane tu je tolerancija koja označava fenomen potrebe sve veće doze nikotina da bi se postiglo željeno djelovanje. Nadalje, prisutna je fizička ovisnost koja se može prepoznati po apstinencijskim simptomima i konačno psihička žudnja koju je teško objasniti neuralnim mehanizmima. Pušače koji su postali ovisni o nikotinu moguće je prepoznati po određenim značajkama. Najčešće su već pokušali ozbiljno prestati pušiti, iskusili su apstinencijske poteškoće, te nastavljaju pušiti unatoč ozbiljnoj bolesti za koju znaju da ima veze sa pušenjem.

Nikotinski apstinencijski sindrom se javlja obično 24 sata nakon prestanka pušenja ili drastičnog smanjenja cigareta. Najčešći simptomi su:

- žudnja ili glad za cigaretom
- razdražljivost
- teškoće u koncentraciji
- umor
- povećan apetit
- usporena srčana akcija
- glavobolja
- vrtoglavica

Uz ove simptome mogu se javiti i drugi kao što su depresija, anksioznost, nesanica ili pospanost, dijareja ili opstipacija, kratkotrajne smetnje sjećanja, mučnina, retencija vode, osjećaj nadutosti i drugi. Svaki pušač ima svoj posebni kemijski “make up” pa se sukladno tomu javljaju nakon prestanka pušenja i različiti simptomi.

Promocija motivacije za prestanak pušenja

Pacijentima koji nisu voljni prestati pušiti trebalo bi pružiti informacije o štetnim efektima pušenja, pomoći u njihovim strahovima o prestanku i dati čvrstu potporu. Tim obiteljske medicine može se pomoći sa motivacijskom intervencijom izgrađenom na “5R”.

RELEVANCE (važnost)	Ohrabriti pacijenta da razumije važnost prestanka pušenja za njega osobno. Motivacijska informacija ima najveći utjecaj ako je važna za pacijentov status oboljenja ili rizika, obiteljske ili socijalne situacije, briga o zdravlju, spol, dob i druge važne karakteristike
RISKS (rizici)	Liječnik treba tražiti od pacijenta da prepozna moguće negativne posljedice uporabe duhana.
REWARDS (koristi)	Liječnik bi trebao tražiti od pacijenta da prepozna moguće koristi od prestanka pušenja. Npr. - Poboljšano zdravlje - Hrana će imati bolji okus - Poboljšano čulo mirisa - Ušteda novca - Sve će mirisati ljepše
ROADBLOCKS (blokade)	Liječnik bi trebao tražiti od pacijenta da identificira prepreke ili smetnje za prestajanje I da primjeni elemente liječenja (rješavanje problema, farmakoterapija). Prepreke mogu biti: - Simptomi krize - Strah od neuspjeha - Dobijanje na težini - Nedostatak podrške - Depresija - Uživanje u duhanu
REPETITION (ponavljanje)	Motivacijska intervencija se treba ponoviti svaki put kada nemotiviran pacijent posjeti ambulantu. Korisnicima duhana koji su imali neuspjeh u prijašnjim pokušajima prestanka, treba reći da većina ljudi ima više pkušaja prije nego konačno prestanu pušiti.

Milijuni ljudi diljem svijeta, posebno u civilizacijski naprednijim zemljama, prestali su pušiti. Pušači se razlikuju po razlozima zašto puše, stupnju ovisnosti i motivima za prestanak pušenja. Kako ne postoje dva ista pušača, nema ni univerzalne metode liječenja koja bi svakom pušaču omogućila da postane nepušač.

Proces prestanka pušenja sastoji se od tri faze:

- priprema
- prestanak
- održavanje apstinencije

Ove faze različito dugo traju kod pojedinih pušača. Imajući na umu činjenicu da:

- svake godine više od tri milijuna ljudi prestaje pušiti
- da je većina pušača zabrinuta zbog zdravstvenih posljedica pušenja
- da je većina pušača voljnija prestati pušiti ako im to savjetuje liječnik
- da većina pušača rado prihvaća tehnike samopomoći I grupne programe
- da većina pušača posjeti svoju ambulantu najmanje jedanput godišnje

Svaki član tima obiteljske medicine bi trebao:

- svojim nepušenjem biti uzor pacijentima i pridonijeti stvaranju nepušačkog ozračja
- pitati svakog pacijenta za pušačku naviku
- dati informacije o zdravstvenim rizicima pušenja i smanjenju rizika prestankom pušenja
- ohrabriti pacijente da apstiniraju izravnim savjetima i sugestijama
- uputiti pušače koji nisu u stanju prekinuti s pušenjem na programe odvikavanja od pušenja
- propisati odgovarajuća pomoćna sredstva u odvikavanju od pušenja pušačima kojima je to potrebno
- upoznati pušače koji su prestali pušiti s visoko rizičnim situacijama u kojima najčešće dolazi do recidiva
- ponuditi pušačima pisane upute poput priručnika "I Vi možete prestati pušiti."

Svaki pušač ima pravo dobiti potporu i pomoć u svladavanju pušenja. Hoće li uspjeti ili ne ovisi o tomu koliko je motiviran kao i o stupnju ovisnosti.

Kada je u pitanju problem pušenja, prioritet treba dati prevenciji. Uspješno suzbijanje pušenja nije moguće provoditi bez programa odvikavanja koji sačinjavaju vitalni dio strategije suzbijanja pušenja.

LITERATURA

1. "Program dodatne obuke iz porodične-obiteljske medicine", radni materijal za medicinske sestre-tehničare; Queen's University Sarajevo 2005
2. Zdravstvena njega internističkih bolesnika, Benceković, Zagreb 2000
3. www.astma.hr/liječenje.htm
4. http://withealth.net/hr/allergic/asthma
5. Zdravstvena njega bolesnika, Nada Prlić, Zagreb 1999
6. www.croportal.net/forum/prestanak/pušenja

9

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 9

Gastroenterologija

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
9:00-10:00	Procjena i menadžment pacijenta sa dispepsijom	Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da napravi: • historiju i procjenu pacijenta sa dispepsijom • diskutira o diferencijalnoj dijagnozi kod pacijenta koji se prezentira sa dispepsijom • diskutira o laboratorijskim /ostalim pretragama kod pacijenta sa dispepsijom	Predavanje i diskusija
10:00-10:45	Procjena i menadžment pacijenta sa GERB-om	• historiju i procjenu pacijenta sa GERB-om • diskutirati o pristupima tretmanu pacijenta sa GERB-om	Predavanje i diskusija
10:45-11:00 PAUZA			
11:00-11:40	Procjena i menadžment pacijenta sa ulkusnom bolesti	• historiju i procjenu pacijenta sa ulkusnom bolesti • menadžment i diskusija o pacijentu sa NSAID gastritisom i ulkusnom bolesti • diskutirati o odabiru laboratorijskih /ostalih pretraga kod pacijenta sa ulkusnom bolesti • diskutirati o liječenju pacijenta sa ulkusnom bolesti	Predavanje i diskusija
11:40-12:00	Slučaj 1	• diskutirati i primjeniti važnih aspekata historije i fizikalnog pregleda pri procjeni pacijenta sa dispepsijom (kroz slučaj) • diskutirati o diferencijalnoj dijagnozi pacijenta u ovom slučaju • diskutirati o odabiru laboratorijskih /ostalih pretraga kod pacijenta sa dispepsijom.	Diskusija u manjim grupama bazirana na slučaju
12:00-13:00 RUČAK			

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
13:00-13:30	Procjena i menadžment pacijenta sa holecistitisom	• razgovarati o dijagnozi, diferncijalnoj dijagnozi, menadžmentu boli u gornjem desnom kvadrantu • razgovarati i analizirati o laboratorijskim I dijagnostičkim koracima kod holecistitisa • razgovarati o liječenju holecistitisa	Predavanje i diskusija
13:30-14:00	Slučaj 2	• analizirati i diskusitirati o slučaju pacijenta sa bolom u gornjem desnom kvadrantu	Diskusija u manjim grupama bazirana na slučaju
14:00-14:40	Procjena i menadžment pacijenta sa hepatitisom	• diskutirati o serološkom pristupu kod dijagnosticiranja virusnog hepatitisa • diskutirati o menadžmentu virusnog hepatitisa B i C	Predavanje i diskusija
14:40-15:00	Slučaj 3	• analizirati i diskusitirati o slučaju pacijenta sa hepatitisom • analizirati i iskutirati o profilaksi, prevenciji i promociji u slučaju virusnog hepatitisa	Diskusija u manjim grupama bazirana na slučaju
15:00-15:30	Procjena i menadžment pacijenta sa dijarejom	• razgovarati o dijagnozi, diferncijalnoj dijagnozi i menadžmentu pacijenta sa dijarealnim sindromom	Predavanje i diskusija
15:30-16:00	Klinički pregled abdomena	• diskutirati o uslovima za pregled abdomena • diskutirati o svim aspektima pregleda abdomena i šta sve podrazumijeva pregled • opisati i prepoznati abnormalnosti pri inspekciji, auskultaciji, perkusiji, i palpaciji	Praktične vještine

GASTROEZOFAGEALNA REFLUKSNA BOLEST – GERB

Priredila: Ružica Grgić

GERB (eng. GERD-gastro-oesophageal reflux disease) je pojava kiselog želučanog ili alkalnog duodenalnog sadržaja u jednjaku. Bolest se obično veže za pojam **dispepsije,** tj. njen glavni simptom - žgaravicu.

To je jedna od najčešćih oboljenja jednjaka. Pojam je uveden 1930. godine, kada je primijećeno da je oštećenje sluznice jednjaka (ezofagitis) posljedica prisutnosti želučanog sadržaja u njemu. Danas je bolest više zastupljena u razvijenim, a slabije u zemljama u razvoju.

Neki pacijenti imaju simptome bolesti bez pojave upale sluznice, dok drugi imaju uznapredovale komplikacije (koje nisu nimalo bezazlene) uz blage simptome. Ova činjenica, kao i podatak da je učestalost GERB-a u svijetu u značajnom porastu, upućuje na važnost i ozbiljnost ove bolesti.

Dispepsija (poremećaj varenja)

Dispesija (lat. indigestio) označava osjećaj punoće u trbuhu, bolnog pritiska i nelagodnosti koji se pojavljuje u vezi sa uzimanjem hrane. Pojam se obično proširuje na mučninu, žgaravicu, podrigivanje, vjetrove, nadutost. Najčešći dispeptički simptom je žgaravica, a ona nerijetko ukazuje na GERB. Najčešći uzroci dispepsije potiču od organa probave. Simptom je čest kod hijatalne hernije (kila), **čira na želucu i dvanaestopalačnom crijevu,** bolestima gušterače, jetre, žučnog mjehura, a prisutan je i kod zločudnih tumora probavnih organa. Dispesija se također sreće u srčanom popuštanju, plućnoj tuberkulozi, hroničnim oboljenjima bubrega, uzimanju nekih lijekova, dugotrajnom uzimanju alkohola.

Često se ne utvrdi organsko porijeklo bolesti, pa se simptom može pripisati funkcionalnom poremećaju gornjeg dijela probavnog trakta. Ovakva interpretacija tegoba dopuštena je tek nakon što je provedena detaljna analiza, nakon što se isključe organski uzroci dispepsije.

Uzrok GERBA-a

- Slabost donjeg mišićnog sfinktera jednjaka
- Klizna hijatus hernija (kila) – dovodi do produženog kontakta sluznice sa kiselim želučanim sadržajem
- Smanjena otpornost sluzi koja oblaže sluznicu jednjaka
- Usporeno pražnjenje želuca
- Oslabljeno pražnjenje jednjaka (oslabljena peristaltika jednjaka)
- Povećan refluksat (želučana kiselina, žučni sokovi, enzimi gušterače...)
- Povećan pritisak u trbuhu (gojaznost, trudnoća, obilan obrok...)
- Lijekovi koji djeluju na sluznicu želuca (nesteroidni anti-inflamatorni lijekovi, acetil-salicilna kiselina...)
- Hrana i navike (začini, masna hrana, pušenje, alkohol...)
- Stres

Nastanak GERBA-a

U gotovo dvije trećine bolesnika refluks je posljedica prolazne relaksacije donjeg mišićnog sfinktera jednjaka. On se nalazi na mjestu gdje jednjak prelazi u želudac.

Refluks može nastati i kao posljedica povećanja unutar trbušnog pritiska, tj. kod napinjanja trbušnih mišića.

U slučajevima produženog kontakta sluznice jednjaka sa kiselim želučanim sadržajem doći će do pojave simptomatskog GERB-a.

Kliničke manifestacije

- Žgaravica

Glavni simptom GERB-a. To je osjećaj paljenja i pečenja iza grudne kosti ili visoko u žličici i povremeno u grlu. Javlja se obično 30 minuta nakon obroka, posebno ako nakon njega dolazi do fizičkih napora koji uključuju naginjanje.

Ovaj simptom takođe uzrokuje ležanje nakon obroka (naročito na ravnom ili sa malim jastukom), te pacijenta može probuditi iz sna.

Žgaravicu mogu uzrokovati i druge organske bolesti (klizna hernija, čir želuca ili dvanaestopalačnog crijeva, karcinom želuca, bolesti žučne kese, pankreasa...)

Ako klinička slika nije jasna valja načiniti dodatne pretrage.

- Regurgitacija kiseline (ulazak kiseline ili žučnih sokova u usta)
- Podrigivanje
- Bolno gutanje
- Netipični simptomi (bol u prsima, bol u žličici, smetnje disanja, kašalj, astma, disfagija)

Ukoliko se javi otežano gutanje, gubitak tjelesne težine, anemija, krvarenje potrebno se odmah javiti nadležnom ljekaru, tj. nadležnom gastroenterohepatologu.

Tok bolesti

Klinički tok bolesti nije tipičan. U nekih bolesnika dolazi do spontanog smirenja i nestanka bolesti bez ikakve terapije, dok se kod drugih razviju teške komplikacije unatoč adekvatnom liječenju.

U velikom broju slučajeva refluksna bolest se pojavljuje vezano za neka stanja, kao što je npr. trudnoća, obilni obroci. Ponekad kod jako izraženog refluksa i žgaravice, koji su prisutni gotovo bez prestanka i često su otporni na terapiju, nužno je zbrinjavanje invazivnim endoskopskim metodama ili čak hirurškim zahvatima.

Komplikacije

- Ezofagitis: inflamacija ezofagusa
- Suženja jednjaka - posljedica teške agresivne upale jednjaka zbog kontinuirane izloženosti sluznice želučanoj kiselini.
- Krvarenje iz jednjaka - uzrokovano najčešće difuznom upalom jednjaka.
- Plućne komplikacije (upale pluća, prisutnost astme...)
- Karcinom ezofagusa

Dijagnostičke metode

- Detaljni anamnestički podaci (istorija bolesti)
- Detaljan fizikalni pregled
- Endoskopska dijagnoza – pretraga koja je nezamjenjiva u dijagnostici bolesti probavnih organa
- 24 –satno mjerenje pH vrijednosti jednjaka – najosjetljiviji test za dokazivanje GERBa.

Ostale metode dijagnostikovanja GERB-a nisu pristupačne u našoj zemlji

Tretman:

- Modifikacija životnog stila :
- Lijekovi
- Smanjivanje lijekova koji pogoršavaju GERB

Edukacija pacijenta :

- Izbjegavanje saginjanja
- Smanjenje tjelesne težine na idealnu mjeru
- Podizanje uzglavlje kreveta
- Izbjegavanje stezanja pojasa i nošenja tjesne odjeće
- Smanjenje pijenja kafe, čaja i nekih sokova (narandža. limun...)
- Češći i manji obroci umjesto jednog većeg
- Izbjegavanje kasnih obroka
- Izbjegavanje određenih namirnica (masnoće, čokolada, začini, luk, krastavac...)
- Izbjegavanje alkohola, naročito bijelog vina
- Prestanak pušenja

Izbjegavanje nekih lijekova koji utiču na sluznicu jednjaka i na smanjenje pritiska u donjem sfinkteru jednjaka (aspirin, nesteroidni anti inflamatorni lijekovi, teofilin, antagonisti Ca).

BOLEST PEPTIČKOG ULKUSA

Ulceracije gastricne ili duodenalne mukoze. Moze se diferencirati kao gastricni ulcer (GU) ili duodenalni ulcer (DU).

Manifestacije:

- **Dispepsija-(**gornij abdominalni bol ili neugodnost) je klasicni simptom.
- Epigastricni ili substernalni nagrizajuci ili bol koji pece.
- Povremeni bol ali koji moze perzistirati
- Bol se moze olaksati sa jedenjem.
- Rano zasicenje ili osjecaj punoce.
- Nadimanje I podrigivanje gasa.
- Mucnina I/ili povracanje
- Cesce kod zena nego kod muskaraca.

Uzrok: vjerovalo se da je uzrok stres, ishrana i povecana produkcija gastricne kiseline. To vjerovanje je opovrgnuto.

- Helikobakter pilori (H-pilori) infekcija je glavni faktor.
- 80-90% pacijenata sa GU ili DU su inficirani.
- NSAID (Nesteroidni antiinflamatorni ljekovi) koriste se kao tretman.
- Pusenje cigareta.
- Porodična istorija bolesti
- Funkcionalna oboljenja
- Alkohol, kafa, začinjena hrana
- Anksioznost
- Depresija

Diagnoza:

- Identifikacija H-pilorusa, bilo seroloskim testovima ili analizom daha.
- Hematoloski krvni testovi- posebno hemoglobin i hematokrit.
- Stolica na okultno krvarenje –test.
- Gastroduodenoskopija

Tretman:

Ako postoji: iradikacija H-pilori bakterija sa
Trojnom terapijom, kombinacijom ljekova: Reducira se sekrecija gastricne kiseline: (sa primjerom)
Histamin 2 receptor antagonist-ranitidine
Inhibito protonske pumpe-omeprazol
Komponente bizmuta:
Formira zastitni pokrivac preko ostecene sluznice I poboljsava zacijeljivanje-obicno kombinovano sa drugim
Antimikrobijali da eleiminiraju bakterije.(generalno2)
Amoxicilin, metronidazol, clarithromicin
Tretman je obicno 7-14 dana
Sa irradikacijom bakterija, procenat rekurencije je manji od 5%

Tretman : (nastavak)

- Ako je uzrok NSAID upotreba:
- Prestati ako je moguce, dodati protektor prn. Eliminirati upotrebu ASA, koristiti paracetamol.
- **Modifikacija zivotnog stila:**
  - prestanak pusenja
- Modifikacija ishrane
  - upozorenje za hranu koja se dobro ne podnosi
- Vidjeti smjernice za GERD.

Komplikacije ulcera:

- Hemoragije
- Perforacije kojevode do pertonitisa
- Piloricna ili duodenalna obstrukcija uzrokovana stvaranjem oziljkastog tkiva.
- Karcinom želudca

Istorija bolesti:

Treba obratiti pažnju na prisustvo sljedećih znakova i simptoma :

- Aerofagija, podrigivanje
- Abdominalna distenzija I osjetljivost
- Epigastrični ili substernalni bol-pečenje/stezanje
- Jelo može umanjiti ili pogoršati simptome npr.mučnina povračanje
- Promjena u radu crijeva, boja stolice urina

Zatim na:

- Gubitak tjelesne težine i apetita
- Porodičnu istoriju bolesti
- Pušenje , konzumiranje alkohola

Pravilan pristup podrazumijeva uzimanje u obzir i uslova pod kojim pacijent živi, njegovih stresova, starhova i briga.

Edukacija pacijenta :

- Promjena životnog stila, redukcija stresa
- Prestanak pušenja
- Izbjegavanje gaziranih pića,
- Obilnih obroka
- Masne , začinjene hrane
- Voće i sokova koja sadrže dosta limunske kiseline,
- Pića koja sadrže kofein, žvakaće gume (pepermint, supermint)
- Neka vrste čajeva

HEPATITIS : A. B, C, D, E

Upala jetre. Primarno je uzrokovana virusima, ali može se razviti zbog otrova ili lijekova. Može biti akutna ili hronična.

Tipovi hepatitisa – Način prenošenja

Hepatitis A	fekalno-oralni prenos
Hepatitis B	prenosi se preko krvi
Hepatitis C	prenosi se preko krvi
Hepatitis D	virus koji se krvlju prenosi; razvija se samo u prisutnosti Hepatitisa B
Hepatitis E	fekalno-oralni prenos

Laboratorijski testovi za hepatitis

- Testovi funkcije jetre – raznovrsne
- Bilirubin serum
- Prisustvo virusnih antigena ili antitijela u krvi (markeri)
- Svaki virus ima svoje sopstvene specifične oznake

Hepatitis A

Hepatitis A je uzrokovan RNK virusom iz familije enterovirusa. Način prenošenje ove bolesti je fekalno-oralnim, prvenstveno uzimanjem hrane i tekučina koje su zaražene virusom. Virus je prisutan u stolici zaraženih pacijenata prije pojave simptoma i u toku prvih nekoliko dana. Smatra se da period inkubacije traje od jedne do sedam sedmica, u prosjeku od 30 dana. Rzvoj bolesti može trajati od 4 do 8 sedmica. Virus je prisutan vrlo kratko u serumu, a do trenutka pojave žutice pacijent se smatra nezaraženim.

Klinička slika

Mnogi pacijenti su bez žutila i simptoma.
Kada se pojave, simptomi su vrlo slabi, slični simptomima gripe, gornjih disajnih infekcija, sa vrlo niskom temperaturom.
Anoreksija je jedan od ranih i vrlo ozbiljnih simptoma.
Kasnije se mogu pojaviti žutica i taman urin.
Evidentni su problemi lošeg varenja različitog stepena.
Jetra i slezena mogu biti malo uvečane, u prvih nekoliko dana nakon pojave bolesti.
Odrasli imaju izraženije simptome.

Tretman

Mirovanje u krevetu tokom akutne faze bolesti: adekvatan režim ishrane.
Davanje malih doza glukoze infuzijom kao dodatak prehrani u periodu anoreksije.

Prognoza

Oporavak od hepatitisa A je uobičajen : vrlo rijetko bolest se razvija u akutnu nekrozu i fulminantnim hepatitis.
Osoba koja je imuna na hepatitis A može oboljeti od drugih oblika hepatitisa.
Ne postoji stanje nošenja klica i hronični hepatitis nije povezan sa hepatitisom A

Prevencija

Propisivanje imunoglobulina radi prevencije od hepatitisa A, ako se daje u roku od dvije sedmice nakon izlaganja.
Također se preporučuje osobama koje putuje u zemlje u razvoju i koje poječuju naselja sa slabim i nepoznatim higijenskim uslovima.
Preporučuje se također članovima domačinstava oboljelog kao i osobama koje imaju seksualne kontakte sa osobom oboljelom od hepatitisa A.

Edukacija pacijenata i održavanje zdravlja: njega u kući i zajednica.

- Pacijenti se obično zbrinjava u kući, osim ako simptomi nisu vrlo ozbiljni.
- Pomažite pacijentu i porodici da se nose s fizičkom slabošći i zamorom koji su čest problem vezan za hepatitis.
- Budite svjesni indikacija za traženje dodatne zdravstvene njege, ako se simptomi ne povlače ili pogoršavaju.
- Dajte upute pacijentu i porodici o pračenju programa dijete, odmora, provjere krvne slike, izbjegavanja alkohola, poduzimanju sanitetskih i higijenskih mjera (pranje ruku) kako bi se spriječilo širenje bolesti na ostale članove domačinstva.
- Podučite pacijente i njihove porodice o smanjenju rizika od zaraze hepatitisom A: ispravna lična higijena pračena pažljivim pranjem ruku, sanitacija okoline sa sigurnom hranom i higijenskim snadbijevanjem vodom, kao i uklanjanjem otpadaka na higijenski način.

Hepatitis B

Je DNK virus. Prenosi se prvenstveno putem krvi. Virus je prisutan u pljuvački, sjemenu, vaginalnim sekretima, a može s eprenjeti i kroz sluznicu i kroz oštećenja kože. Virus se reprodukuje u jetri i ostaje dugo prisutan u serumu, dozvoljavajući prenošenjem virusa. U osobe koje su izložene riziku ubrajamo:

- svi zdravstvene radnici,
- pacijenti na odjelima za hemodijalizu i onkoligiju
- homoseksualno i biseksualno aktivne muškarce
- intravenozni narkomani

Period inkubacije traje od jedan do šest mjeseci. .

Klinička slika

- Simptomi mogu biti prikriveni i promjenljiv: groznica i simptomi respiratornih oboljenja su rijetki: pacijenti mogu imati atralgiju i osip.
- Gubitak apetita, dispepsija, bol u abdomenu, opći bol, nelagodnost i slabost.
- Žutica može, ali i ne mora biti evidentna. Oboljeli imaju vrlo svijetlu stolicu i taman urin.
- Jetra može biti mekana i uvečana: slezena je uvečana i opipljiva kod malog broja pacijenata. Vratni limsni čvorovi mogu biti uvečani.

Tretman

- Klinički eksperimenti upotrena interferona pokazali su povoljne rezultate.
- Mirovanje u krevetu i smanjenje aktivnosti u periodu dok je jetra uvečana, nivo bilirubina povećan i dok nestanu enzimi jetre.
- Praćenje adekvatnog režima ishrane : smanjenja unošenja proteina u periodu dok je sposobnost jetre da metabolizira proteine smanjenja.
- Propisivanje antacida i lijekova protiv povraćanja i mučnine za dispepsiju i opću nelagodu: izbjegavanje uzimanja svih lijekova ako dođe do povraćanja.
- Oporavak može biti pridužen i ozdravljenje može potrajati 3 – 4 mjeseca.
- Savjetovati postepeno povećanja aktivnosti nakon povlaćenja žutice.
- Voditi računa o psihološkom faktoru zbog dužine bolesti.
- Uključiti porodicu u planiranju njege pacijenta i aktivnosti.

Prognoza

Stepen smrtnosti je 10%. Drugih 10% postanu nosioci virusa, ili se kod njih razvije hronični hepatitis. Hepatitis B je glavni uzrok ciroze i hepatocelularnog karcinoma u svijetu.

Kontrola i prevencija

- Prekinuti lanac prenošenja bolesti.
- Osobe koje spadaju u grupu visokog rizika zaštiti aktivnom imunizacijom ili davanjem vakcine protiv hepatitisa B.
- Korisiti pasivnu imunizaciju za nezaštićene ljude izložene hepatitisu B.

Edukacija pacijenta i održavanje zdravlja: njega u kući i zajednici

- Educirati pacijenta u porodici o kućnoj njezi i oporavku.
- Obezbejditi adekvatan odmor i ishranu prije otpuštanja iz bolnice.
- Obavjestiti porodicu / prijatelje o rizicima dobijanje hepatitisa B.
- Omogućiti im da prime vakcinu protiv hepatitisa B. Hepatitis B vakcina daje se u tri navrata: druga i treća doza se daju prvi i šesti mjesec nakon prve doze.
- Oba načina imunizacije aktivni i pasivni preporučuju se prilikom izlaganja riziku oboljenja putem seksualnog kontakta, perkutanim putem ili putem širenja kroz sluznicu.
- Upoznati porodicu da je cilj provjere zdravstvenog stanja, koju vrši sestra zdravstvene zajednice, da ukaže na poboljšanje i da da odgovore na pitanja.
- Podsticati pacijenta da izbjegava seksualne odnose ili da koristi kondome, kako bi se spriječila razmjena tjelesnih tekučina.
- Upozoriti pacijenta da ne koristi alkohol.

Hepatitis C

Je osnovni oblik hepatitisa vezan za transfuzije. Period inkubacije je promjenjiv i može trajati od 15 do 160 dana. Klinički razvoj hepatitisa C je sličan razvoj hepatitisa B. Simptomi su obično blagi. Hronično nošenje virusa je značajna hronična oboljenja jetre prate hepatitis C. Postoji povećan rizik dobijanja ciroze i raka jetre nakon hepatitisa C. Dugatrajna terapija interferonom, u malim dozama, pokazala se kao efektna u predhodnim eksperimentima kod nekih pacijenata sa hepatitisom C.
Za hepatitis C ne postoji vakcina

Hepatitis D (delta agens)

U nekim slučajevima hepatitisa B. Samo pojedini slučajevi hepatitisa B su rizični. Virus zahtjeva površni antigen virusa hepatitisa B da bi se razvijao. Često se javlja kod osoba koje koriste intravenozne lijekove, kod pacijenta koji idu na hemodijalizu i kod pacijenata koji primaju višestruke krvne transfuzije. Seksualni kontakt sa osobama koje su zaražene hepatitisom B jedan je od načina prenošenja hepatitisa B i D.

Inkubacija varira između 21 i 140 dana.

Simptomi su slični simptomima hepatitisa B, s tim što su pacijenti više skloni razvijanju fulminantnog hepatitisa, razvoju hroničnog aktivnog hepatitisa i ciroze.

Liječenje je slično liječenju ostalih oblika hepatitisa.

Hepatitis E

Hepatitis E je najnoviji otkriveni virus. Prenosi se fekalno-oralnim putem.
Inkubacija je različita i smatra se da traje između 15 i 65 dana. Početak i simptomi bolesti su slični simptomima ostalih tipova virusnog hepatitisa.
Prevencija: glavni metod prevencije je izbjegavanje kontakata sa izvora zaraze kao i higijena (naročito pranje ruku).
Efektnost upotrebe imunoglobulina kao i zaštite od virusa hepatitisa E je neizvjesno

Edukacija pacijenata oboljelih od hronične upale jetre i hepatitisa B i C:

Vodić za prehranu

- Namirnice moraju biti svježe
- Jela moraju biti topla i umjereno posoljena
- Raznovrsnu hranu treba uzimati u čestim i malim obrocima i jesti bez žurbe
- Hranu treba dobro sažvakati !
- Uzete namirnice trebaju obilovati šećerima (ukoliko pacijent nije dijabetičar) kojih najviše ima u medu, voćnim sokovima i voću.
- Uzimati dovoljne količine bjelančevina kojih ima najviše u nemasnom mesu, jajima, svježem obranom kravljem siru, te mlijeku sa manjim procentom masnoće.
- Najbolje uzimati biljne masnoće (biljna mast, margarin, ulje)
- Povrće se može jesti sirovo ili kuhano.
- Voće i povrće obilno uzimati da se nadoknadi gubitak kalija uzrokovanim lijekovima.
- Salatu prirediti s uljem ili limunovim sokom.

Zabranjeno (štetno)

- Vrela hrana
- Pripremanje jela sa zaprškom, kao i prženje.
- Masne gotove supe, svinjski proizvodi, konzervirana hrana, pržena i tvrdo kuhana jaja, masni sirevi, masniji mileram, svjež hljeb, krastavci, hren, celer, kelj, suho povrće, pečeni krompir.
- Šljive, dunje, grožđe, ribizle
- Kolači sa puno nadjeva, pržena tijesta (palačinke, torte itd..)
- Pušenje se ne preporučuje
- Jak čaj, jaka kafa, sva alkoholna pića i gazirana pića.

PROMOCIJA POTREBE ZA ADEKVATNOM FEKALNOM ELIMINACIJOM (pražnjenje crijeva)

Faktori koji utiču na pražnjenje crijeva

Navike pražnjenje crijeva razlikuje se u različitim fazama života. Okolnosti kao što su vrsta hrane, uzimanje tečnosti i pražnjenje, aktivnosti, psihološki faktori, način života, lijekovi i medicinski tretmani, kao i oboljenja, mogu da utiču na pražnjenje crijeva.

Razvoj

Novorođenčad i bebe.

Mekonij je prva fekalna materija koja prolazi kroz novorođenčad, obično, do 24h poslije rođenja. Ona je crne boje (kao katran) bez mirisa i ljepljiva. Prelazna stolica, koja ostaje do jedne sedmice je obično zeleno-žute boje, sadrži mukus i nije u čvrstom stanju. Pošto su unutrašnji organi kod beba još nerazvijeni voda se ne upija tako dobro, stolica je česta, tečna i mekana. Kkao se unutrašnji organi razvijaju bakterijska flora se povećava. Bebe koje doje imaju stolicu svijetlo žute do zlatne boje, dok bebe koje već koriste dječiju hranu imaju stolicu tamno žute ili smeđe boje koja je bolje formirana.

Mala djeca 1 – 6 godina

Postoji neka vrsta kontrole pražnjenja crijeva koja počinje od 18 mjeseci do druge godine života. Ovog doba dijete je naučilo da hoda i nervni mišični sistemi su se razvili dovoljno da se može kontrolisati utroba.

Djeca školskog uzrasta i mlade osobe

Neka djeca školskog uzrasta mogu da odlože pražnjenje crijeva zbog aktivnosti kao što je npr.igranje.

Starije osobe

Stariji pacijenti treba da se informišu da se normalne navike pražnjenja mogu često mijenjati, zavisno od : vrste hrane, uzimanje tečnosti, aktivnosti, psiholoških faktora, lijekova itd.

Navike pražnjenja

Rano navikavanje na pražnjenje crijeva (može naviknuti tijelo) na eleminaciju fekalija u određeno vrijeme svaki dan. Mnoge osobe prazne crijeva nakon doručka kada gastrokolični refleks stvara mnogo peristaltičke talase u velikom crijevu. Ako to osoba ignoriše, voda se i dalje apsorbuje, čineći fekalije tvrdim i teškim za pražnjenje. Ako normalni nagon za pražnjenje ostaje ignorisan ili neprimjećen, uslovni refleksi vremenom slabe.

OPĆI PROBLEMI ELIMINACIJE FECESA

Zatvor (konstipacija)

Zatvor (tvrda stolica) je definisano kao „manje“ od tri pokretanja pražnjenja crijeva sedmično. To se dešava kada je prolaz fekaloija kroz debe crijevo spor, što onemogućava vrijeme za dodatno crpljenje tećnosti iz debelog crijeva. Tvrdu stolicu prati teško pražnjene crijeva i pvećani napori voluntarnih mišića za pražnjenje. Veoma je važno da se definiše zatvor u odnosu na normalne navike pražnjenja. Neke osobe se prazne samo nekoliko puta sedmično, dok se druge osobe prazne svaki dan nekoliko puta. Pažljiva procjena navika osobe je potrebna, da bi se izvršila dijagnoza zatvora.

Karakteristike zatvora (konstipacije)

- Umanjena frekvencija pražnjenja
- Tvrda, suha, formirana stolica,
- Napinjanje i bol prilikom pražnjenja
- Žalbe na osjećaj napunjenosti, pritiska i nepotpunog pražnjenja crijeva,
- Korištenje laksativa
- Smanjen apetit
- Glavobolja

Uzroci konstipacije:

- Neadekvatan unos vlakana I tečnosti u ishrani.
- Nedovoljna aktivnost ili pokretljivost.
- Neredovnost navika pražnejnja crijeva.
- Nedostatak privatnosti
- Hronična upotreba laksativa,
- Emotivni poremećaj npr.depresija
- Lijekovi – opijati, preparati koji sadrže željezo,
- Bol npr. Hemoroidi

Opasnosti od konstipacije:

- Prenatrpanost fecesa
- Divertikulitis
- Valsava efekt

Proliv (dijareja)

Proliv se odnosi na prolaz tečnih fekalija i na ubrzanu peristaltiku crijeva. On je suprotnost zatvoru, a lezurtira brzim kretanjem fekalija kroz debelo crijevo. Brz prolaz griza umanjuje vrijeme potrebno za apsorpciju vode i elektrolita. Kod nekih osoba se dešava učestalo pražnjenje crijeva, ali se ne smatra prolivom, osim ako su fekalije ne formirane i u tečnom stanju. Osobi koja ima proliv teško ili nemoguće je da kontroliše nagon za pražnjenje u nekom periodu vremena. Proliv i prijetnja nezadržavanja izvor su zabrinutosti i stida. .Spazmodični grčevi često su povezani s prolivom.

Nadutost

Zrak ili gasovi u gastrointestinalnom sistemu zovu se flatus (vjetar). Postoje tri glavna uzroka flatusa:

a.) aktivnost bakterija na griz u debelom crijevu,
b.) gutanje zraka,
c.) gas koji prelazi iz krvotoka u crijeva.

Nadutost gasovima je prisustvo prevelike količine gasovima u crijevma koja dovodi do razvlačenja i uvečanja crijeva (intestinalna nadutost).

Glavni uzročnici proliva

Uzrok

- Psihološki stres (npr.zabrinutost)
- Lijekovi (antibiotici) i željezo
- Individualne alergije, netolerancija pojedine hrane i tečnosti
- Sindrom malpsorpcijene bolesti (ulcerozni kolitis)
- Kronovo oboljenje .
- Ostala oboljenja
- Hiruški zahvati
- Bakterijska invazija (trovanje hranom)

Manifestacije dijareje

- Veoma mekan / tečan feces
- Teškoće u kontroli defekacije – moguća inkontinencija
- Stolica može sadržavati krv, sluz, gnoj.
- Pacijent doživljava grčeve – pojačava se" krčanje" crijeva,
- Javlja se umor, blijedilo i opšta slabost,
- Smanjenjo mokrenje
- Dolazi do poremećaja ravnoteže vode i elektrolita

Kod djece i starijih ljudi može rapidno doći do dehidracije i hipokalijemije.

Procjena	Normalan obrazac defekacije i prakse. Opis fecesa trenutno – da li su prisutne neke promjene. Specifičnosti problema: • Koji problem sada postoji. • Kada i kako je nastao. • Šta je uzrokovalo problem. • Šta je pokušano do sada u cilju otklanjanja problema.
Implementacija	Održavanje zdravog načina/obrasca defekacije: • Redovna i dovoljna tjelovježba. • Adekvatan unos vlakana u ishrani – povrće, voće, cijele žitarice. • Unos tečnosti – 2000-3000 ml dnevno • Ne ignorisati nagon za defekaciju. • Dozvoliti vrijeme za defekaciju • Izbjegavati lijekove koji se mogu kupiti bez recepta u cilju otklanjanja konstipacije • Eliminisati prekomjeran unos kofeina i alkohola.
Menadžment dijareje	• Piti najmanje 8 čaša vode dnevno. • Izbjegavati GI iritanse – alkohol, kofein. • Hrana koja sadržava natrijum, kalijum.npr. krompir, paradajz, banane, breskve. • Ograničiti unos hrane sa visokim sadržajem vlakana: npr. izvjesno svježe voće i povrće, cijele žitarice. • Ograničiti unos masne hrane. • Ponovo uspostaviti normalnu floru crijeva sa jogurtom. • Njegovati kožu u području anusa.

Sestrinska njega – zdravstvena edukacija o ishrani

Cjelovite žitarice

Cjelovite žitarice mogu pomoći u olakšavanju osjećaja pritisaka i boli uzrokovane konstipacijom. Također predstavljaju hranu "dobrim" bakterijama, važnim za zaštitu protiv napuhavanja i plinova. Rafinirane žitarice, primjerice bijeli kruh, uskraćeni su za vitalne nutrijenete i vlakna, i nisu od pomoći osobama koje boluju od sindroma iritabilnog kolona.

Voće i povrće

Voće i povrće su "skladišta" vrijednih nutrijenata poput vitamina C, vitamina E, folne kiseline, beta-karotena i mnogih drugih. Voće i povrće također sadržavaju značajne količine prehrambenih vlakana. Studije su pokazale da povišen unos voća i povrća može značajno smanjiti abdominalnuibol te maksimalno redukovati osjećaj opšte slabosti koji se nerijetko javlja kod ovih pacijenata. Svježe voće i povrće važan su dio pravilne prehrane.

Jogurt

Bakterijske kulture koje se koriste pri proizvodnji jogurta iste su one vrste koje egzistiraju u intestinalnom sustavu, ako je nazivamo "dobre" bakterije. Jedući jogurt, "regeneriramo" unutrašnjost probavnoga trakta, tj. crijevnu mikrofloru. Ove bakterije ne samo da nas štite od infekcija štetnim bakterijama, nego pomažu i u olakšavanju simptoma sindroma iritabilnog kolona. Osobe koje imaju simptome karakteristične za sindrom iritabilnog kolona prijavile su manje slučajeva napuhavanja i stvaranja plinova kada su konzumirali proizvode obogaćene "dobrim" bakterijama.

Komponente hrane koje pomažu u olakšavanju simptoma

Pšenica, grah, artičoke, mekinje, smokve, neke su od namirnica koje sadrže netopiva prehrambena vlakna.

Prehrambena vlakna

Prehrambena vlakna važan su dio zdrave prehrane. Dva su tipa prehrambenih vlakana: vlakna topiva u vodi i netopiva vlakna. Topiva vlakna (npr. pektin) se u procesu probave otapaju stvarajući viskoznu, gelu sličnu masu koja štiti cjelokupan probavni trakt od absorpcije različitih supstanci. Npr, sprječavajući apsorpciju holesterola, imaju veliku ulogu u prevenciji različitih kardiovaskularnih bolesti. Topiva vlakna nalaze se u voću i povrću kao što su šljive, prokulice, te žitaricama riži i zobi.

Netopiva vlakna (npr. celuloza, hemiceluloza, lignin) ulaze i izlaze iz probavnog trakta gotovo nepromijenjena. Također mogu apsorbirati vodu, a pripisuje im se laksativno djelovanje, jer sprječavaju konstipaciju (zatvor) i osiguravaju redovito pražnjnje crijeva. Ovakvo "čišćenje" sprječava duže zadržavanje nekih toksičnih supstanci u organizmu štiteći ga pri tome od različitih bolesti ili potencijalno opasnih stanja.

Pšenica, grah, artičoke, mekinje, smokve, neke su od namirnica koje sadrže netopiva prehrambena vlakna.

Primarna uloga prehrambenih vlakana u organizmu je održavanje funkcije gastrointestinalnog trakta. Prehrambena vlakna koristila su se za liječenje konstipacije i kao laksativ stotinama godina. Mnoge studije pokazale su unos hrane bogate prehrambenim vlaknima smanjuje incidenciju raka crijeva i rektalnog tumora. Tako je npr. utvrđeno da bi se rizik od razvoja raka crijeva u Americi smanjio za31 % ukoliko bi populacija dnevno unosila 13 g prehrambenih vlakana.

Veoma je važno imati na umu da se prilikom pvećanog unosa namirnica bogatih prehrambenim vlaknima treba povećati unos tekućine kako bi stolica ostala mekana te kako bi pražnjenje crijeva bilo olakšano.

Lactobacillus acidophilus

Lactobacillus acidophilus je jedna od nekoliko vrsta „prijateljskih" bakterija koje žive u intestinalnom taktu. To je ujedno i najčešća bakterijska kultura koja se koristi pri proizvodnji jogurta i sličnih fermentiranih mliječnih proizvoda. Konzumiranje ovih bakterija može potaknuti poboljšanje crijevne mikroflore i „izbacivanje" štetnih bakterija koje potiču napuhavanje i stvaranje plinova. Najbolji izvor ovih bakterija su jogurti obogaćeni živim, aktivnim kulturama. Bez obzira što osobe sa sindromom iritabilnog kolona možda jedu normalno, malnutricija je nerijetka jer se nutrjenti najčešće ne apsorbiraju pravilno. Kao rezultat navedenoga, osobe sa sindromom ir-

itabilnog kolona zahtijevaju čak za 30 % viši unos proteina od normalnoga (jer su proteini nužni za oporavk tkiva) kao i povišen unos mikronutirjanata, vitamina i minerala.

UNIVERZALNE MJERE PREDOSTROŽNOSTI: PRANJE RUKU

1. Pranje i dezinfekcija ruku,
2. Sprečavanje povreda iglama i drugim oštrim predmetima,
3. Upotreba rukavica, maski i korištenje zaštitne odjeće.

Pranje i dezinfekcija rurku

Pranje ruku je najvažnija pojedinačna procedura u prevenciji infekcija pošto je dokazano da su ruke važan put za prenošenje infekcije.

Kriteriji za pranje ruku:

- koristiti sapun,
- koristiti tekuću vodu,
- izbjegavati prskanje po odjeći i na pod,
- dobro trljati šake jednu sa drugom jedan minut
- dobro ocijediti šake tako da ih okrenete nagore i
- dobro posušiti šake.

Za brisanje ruku upotrebljavati papirne ubruse za jednokratnu upotrebu kao brz, pogodan i pouzdan metod sušenja ruku. Pranje ruku treba vršiti poslije kontakta sa pacijentom (klijentom) i prije provođenja aseptične tehnike kao i na početku i na kraju radnog vremena i poslije upotrebe toaleta. Prije pranja ruku treba skinuti prstenje, narukvice, ručni sat i lak sa noktiju, a rukave zavrnuti što više. Dezinfekcija čistih ruku vrši se neposredno prije provođenja aseptične tehnike i to sa 5% alkoholnom otopinom hlorheksidina.

Spečavanje povreda iglama i drugim oštrim predmetima

Za sprečavanje povreda iglama i drugim oštrim predmetima mjere predostrožnosti su:

U postupku odlaganja igala nakon upotrebe, iste nije uputno savijati, lomiti ili stavljati poklopac na igle za jednokratnu upotrebu, već ih odmah odložiti u kontejner od debelog kartona, stakla, tvrde plastike ili metala. Kontejner treba da stoji tako blizu mjesta gdje se koriste igle koliko to dozvoljava praktičnost.

Instrumente za jednokratnu upotrebu odmah nakon upotrebe odlagati u kontejnere od debelog kartona, stakla, tvrde plastike ili metala. Kada se napuni kontejner dosipa se dezinfekciono sredstvo do vrha, kontejner se zatvori orginalnim (neoštećenim) zatvaračem i odlaže u PVC vrećicu za otpatke crne boje, a iste zavezane u kontejner za otpad.

Oštre predmete (instrumente) za višekratnu upotrebu odmah nakon upotrebe odložiti u bubrežnjak. Pri čišćenju i pranju ovih instrumenata (pod mlazom tekuće vode) prije dezinfekcije ili sterilizacije nositi lateks rukavice.

Izbjegavati nepotrebno rukovanje kontaminiranim oštrim instrumentima, uključujući i igle.

Upotreba rukavica, maski i korištenje zaštitne odjeće

Zaštitne rukavice služe za zaštitu osoblja i bolesnika i treba ih uvijek nositi kad se dolazi u dodir sa krvlju, slinom i sluznicom, kao i pri rukovanju sa priborom i predmetima koji su bili u dodiru ili su kontaminirani ovim izlučevinama.

Sterilne rukavice moraju se koristiti u svakom slučaju aseptičnog pristupa bolesniku i sterilnom materijalu.

Jednokratne PVC rukavice se moraju obavezno koristiti prilikom dodira sa kontaminiranim materijalom i predmetima.

Rukavice se moraju koristiti prilikom svake intervencije na bolesniku pri čemu dolazi ili može doći do narušavanja integriteta kože i sluznica, u previjalištima, pri pregledu svih oralnih lezija i u svakom drugom slučaju gdje može doći do prenosa uzročnika infekcije.

Upotreba maski

Zaštitne maske se nose iz dva razloga:

Da bi se zaštitila otvorena rana od mikroorganizama iz usta i nosa osoblja koje je obrađuje i da bi se zaštitili profesionalci od mogućeg infektivnog agensa.

Masku treba nositi: u ambulantama porodične medicine i ambulanti hitne pomoći za vrijeme intervencija na otvorenim ranama i opekotinama i za vrijeme pregleda i njege bolesnika koji boluju od visokokontagioznih oboljenja, kao i kod posebno osjetljivih bolesnika kojima je uništen prirodni odbrambeni sistem.

U stomatološkim ambulantama za vrijeme pregleda i intervencija, kao i u stomatološkoj tehnici, u porodilištu prilikom porođaja, ginekoloških intervencija i rada u dječijoj sobi i u laboratoriju prilikom uzimanja uzoraka.

Maska mora da pokriva usta i nos, a mijenja se nakon 1,5 - 2 sata nošenja ili čim se ovlaži. Ne smije se nositi u džepu ili oko vrata. Jednom korištena maska se ne smije ponovo koristiti. Prije stavljanja maske i nakon skidanja maske obavezno je pranje ruku.

Korištenje zaštitne (medicinske) odjeće

Medicinska odjeća i obuća kao faktor u kontroli infekcija imaju svoje značenje prije svega u zaštiti profesionalaca.
Medicinsku odjeću i obuću čine mantil, bluza i hlače ili bluza i suknja kao i klompe ili borosane.
Profesionalci su obavezni da nose medicinsku odjeću i obuću na radnom mjestu.
Zanavljanje odjeće i obuće vrši se jednom u dvije godine na prijedlog glavne sestre ustanove.

Tri osnovne prepreke u unapređivanju prakse prevencije infekcije

- Nedostatak znanja
- Teškoća u promeni navika
- Neadekvatno okruženje

Prikazi slučaja

Gospodin N.N. star 67. godina, boluje od visokog krvnog pritiska unazad deset godina i koristi antihipertenzive u terapiji, gojazan i slabo pokretan, žali se da unazad tri mjeseca ima problema sa neredovnom stolicom.
Uraditi dodatnu procjenu?
Napraviti plan?

Gospođa M.B.starosti 23. godine, zaposlena, dolazi ne naručena u popodnevnim satima zbog problema učestalih stolica tokom dana. Vidno je iscrpljena, inače do sada je dolazila samo zbog povremenih prehlada.
Uraditi dodatnu procjenu?
Napraviti plan?

LITERATURA

1. Savary M, Miller G. The esophagus: handbook and atlas of endoscopy. Solothurn, Switzerland: Gassmann, 1978.
2. Armstrong D, Bennett JR, Blumm AL, Dent J, De Dombal FT, Galmiche JP, et al. The endoscopic assessment of oesophagitis: a progress report on observer agreement. Gastroenterology; 1996; 11:85-92.
3. Heading RC. Long term menagement in gastro-ezophageal reflux disease. Scand. J. Gastroenterol. 1995; 30(suppl. 213):25-30.
4. De Boer WA., Tytgat GNJ., Review article: drug therapy for reflux oesophagitis. Aliment. Pharmacol. Ther. 1994; 8:147-57.
5. Kahrilas DS., Gastro-oesophageal disease. JAMA 1996; 276:983-8.
6. Moss SF., Arnold R., Tytgat NJ., Spechler SJ., Delle Fave G., Rosin D., Jemsen RT., Modlin IM: Concensus Statement for Menagement of Gastro Esophageal Reflux Disease, J. Clin. Gastro, 1998; 27 (1).
7. Galmiche JP., Letessier E., Scarpignato C. Treatment of gastro-oesophageal reflux disease in adults, BMJ; 1998; 316:1720-3.
8. Labenz J., Blum A.L., Bayerdorfer E., Meining A., Stolte M., Borsh G.; Curing Helicobacter pylori infection in patients with duodenal ulcer may provoke reflux esophagitis. Gastroenterology 1997; 112:1442-7
9. Popović ,O. : Interna medicina I . Zavod za izdavanje udžbenika i nastvna sredstva Beograd 2000; str. 678
10. Godwin , M. MD MSc FCFP

10

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 10

Pedijatrija

Zdravstvena zaštita adolescenata

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Način predavanja
9:00-10:15	Normalan rast i razvoj dojenčeta i djece do 5 god.	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban:** • Navesti parametre normalnog rasta i razvoja dojenčeta i djeteta do 5 godine života • Opisati komponente razvoja u djetinjstvu • Diskutovati o tehnikama efikasne komunikacije sa djecom različitih uzrasta i stadija razvoja • Znati primjeniti u praksi Rourke dječiji karton	Predavanje i diskusija
10:15-10:30 Pauza			
10:30-10:45	Temperatura i febrilne konvulzije	• Diskutovati o čestim zdravstvenim problemima • Primjena sestrinskog procesa • Uloga sestre u edukaciji roditelja	Predavanje i diskusija Diskusija slučaja
10:45-11:30	Abdominalna bol, obična prehlada, akutni bronhitis	• Diskutovati o preventivnim mjerama i ouobičajenim zdravstvenim poremećajima kod djece • Primjena sestrinskog procesa • Edukacija roditelja i djece	Predavanje i diskusija Diskusija slučaja
11:30-12:15	Gastroenteritis,otitis media,nutritivna anemija	• Diskutovati o preventivnim mjerama • Upotreba sestrinskog procesa • Uloga sestre u edukaciji roditelja	Predavanje i diskusija Diskusija slučaja
12:15-13:00 Pauza za ručak			

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Način predavanja
13:00-14:00	Strategije promocije zdravlja & prevencije povreda Preporuke, važnost i značaj majčinog mlijeka za pravilan rast i razvoj	• Navesti raspored imunizacija koje se preporučoju u BiH • Diskutovati o preventivnim mjerama za roditelje/staratelje dojenčadi i djece • Diskutovati o sigurnosnim mjerama važne za dobrobit dojenčeta i djece do 5 god.	Predavanje i diskusija
14:00-15:00	Zdravstvena zaštita adolescenta – poremećaji ishrane i rizici za samoubistvo	• Diskutovati o psihosocijalnim problemima u adoles cenciji • Diskutovati o njezi pacijenta sa poremećajem u ishrani • Upotreba HEADSSS pristupa u procjeni	Diskusija u velikoj grupi
15:00-15:30	Uloge članova tima Studij slučaja	• Opisati kako tim P/O med.može imati interaktivan odnos sa adolescentom na terapeutski način • Diskutovati kako ljekar i sestra mogu raditi kao tim u menadžmentu pacijenta u adolescenciji	Diskusija slučaja

Rast i razvoj

Pripremila: Hikmeta Spahić

Uvod

Važnost praćenja rasta i razvoja djeteta ima veliku ulogu u svim fazama fizičkog i emocionalnog zdravlja djeteta.Mnogobrojna istraživanja sugeriraju da razvoj djeteta od rođenja do 6 god ima najvažniji uticaj na ciklus razvijanja mozga,učenja.ponašanja i zdravlja.

Rast i razvoj su trajni, organizovani i vremenski određeni procesi na koje utiču faktori sazrijevanja, okruženja i genetike.Praćenje rasta i razvoja sastoji se od pet komponenti.Fizički rast, razvoj motorike, razvoj čula, psihosocijalni razvoj, razvoj u aktivnostima svakodnevnog života.

Uloga tima u monitoringu rasta i razvoja

- Monitoring fizičkog i emocionalnog zdravlja djeteta
- Screening
- Identifikacija riziko faktora
- Identifikacija razvojnih problema tokom razvoja
- Uspostavljanje dobre komunikacije s roditeljima
- Smanjiti rizik –prevencijom,edukacijom roditelja,davanjem potpore,pravilnim tretmanom i upućivanjem dalje(ako je potrebno)

Kod redovnih posjeta zdravom djetetu potrebno je

- Uspostavljanje dobre komunikacije sa roditeljima/starateljima ili djetetom(zavisi od dobi)
- Pitati dali imaju zabrinutosti vezano za zdravlje djeteta
- Provjeriti eventualne faktore rizika
- Izvršiti odgovarajuće preglede i uraditi procjenu
- Obaviti razgovore sa roditeljima/starateljima i riješiti njihove zabrinutosti
- Savjetovati o mjerama prevencije
- Educirati roditelj/staratelje što mogu očekivati u budućem rastu i razvoju djeteta

Tehnike komunikacije

- **Dojenčad -** obavezno uključiti roditelje u procedure, roditelji u vidnom polju djeteta, dati dojenčetu poznate predmete, ograničen broj nepoznatih ljudi, skrenuti pažnju sa flašicom / cuclom, neka roditelji drže dijete.
- **Malo djete -** koristiti čvrst i direktan pristup, tehnike skretanja pažnje, jedno po jedno uputstvo, pripremiti dijete neposredno prije početka procedure, dozvoliti izbor ako je moguće, reći djetetu kako može da sarađuje.
- **Predškolsko dijete** - objasniti procedure jednostavnim izrazima, pokazati korišćenje opreme, koristiti lutku pri objašnjavanju, objasniti nepoznate predmete, ukjučiti dijete kad god je moguće.

Strategije promocije zdravlja podrazumijevaju

Redovni ljekarski pregledi obavljaju se 2 sedmice poslije rođenja, zatim nakon 2,4,6 i 12 mjeseci. Mjere zaštite kao što je vakcinacija djece je zakonski obavezna,zatim sigurnosne mjere djeteta, pravilna ishrana, karekteristike i učestalost eliminacije urina i stolice, uobičajene navike spavanja i odmaranja, čulna stimulacija.Uz redovne preglede djeteta obavljaju se i druge procedure kao što je snimanje deformiteta kukova.

Njega zubi - Preporučuje se prvi posjet stomatologu 6 mjeseci nakon izbijanja prvog zuba (što bi trebalo biti u 12. mjesecu života).Za djecu se preporučuje pranje zuba. Upotreba zubnog konca se također potiče, da bi se razvila navika kod djeteta.

Alati za screening kao što je **Rourke record** mogu pomoći zdravstvenim radnicima, roditeljima/starateljima u praćenju normalnog rasta i razvoja.Korištenju kao alata za screening pokazao se pouzdanijim nego sama klinička procijena.

Rourke dječiji karton služi kao instrument smjernice za pračenje novorođenčeta i djeteta zasnovane na dokazima

Ime i prezime _____ Datum rođenja:_____ M Ž ŽDužina:_____cm. Obim glave_____cm. Porođajna težina:_____g. Težina na otpustu:_____g.

Komentari poroda:

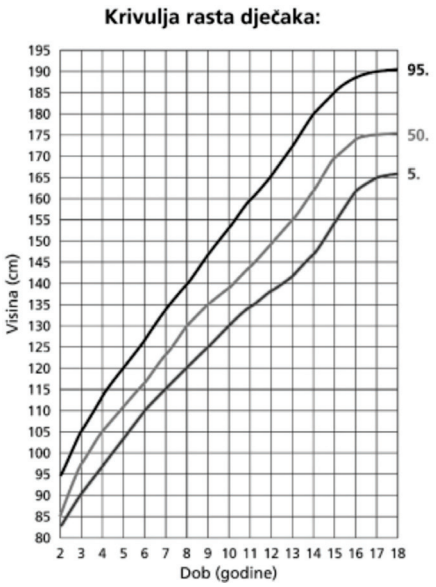
Datum/Starost		9 mj			12-13 mj			18 mj		2-3 god		4-5 god	
Rast		V	T	**OG**	V	T 3 PT	**OG** 47cm	V	T	V	T	V	T
Roditeljska zabrinutost													
Ishrana		0 Dojenje 0 Formula obogaćena Fe 0 ± Vit. Supl 0 Ne bočica u krevetu 0 Meso 0 Ne bjelance i citrusi 0 Sigurna hrana od davljenja			0 Fluor po potrebi 0 Homo mlijeko 0 Bjelance, žumance, citrusi 0 Smanjen apetit			0 Ne bočica u krevetu		0 Fluor po potrebi 0 Homo mlijeko 2% 0 Kanadske smjernice za ishranu/ Canadian's Food Guide		0 Fluor po potrebi 0 Homo mlijeko 2% 0 Canadian's Food Guide	
Edukacija i savj eti	Sigurnost	0 sjedište za auto 0 Otrovi, PCC Stepenice/dubak 0 Sigirnost u kupatilu 0 Elek. utičnice 0 Sigurne igračke/ zadavljenje			**0 detektori dima** 0 nezapaljiva posteljina 0 topla voda < 54^{0}C					0 šljemovi za bicikla 0 šibice		0 Šljemovi za bicikl 0 Šibice 0 Bezbijednost od vode	
		0 Noćni plač						0 disciplina					
	Ponašanje	0 Dnevna briga po potrebi								0 Procjena dnevne njege i predškolskih potreba			
	Visoki rizik	0 kućna posjeta po potrebi 0 pušenje iz druge ruke			0 Nicanje zuba			0 Higijena zuba 0 Taolet trening				0 Higijena zuba	
	Ostalo									0 Higijena zuba 0 Taolet trening			

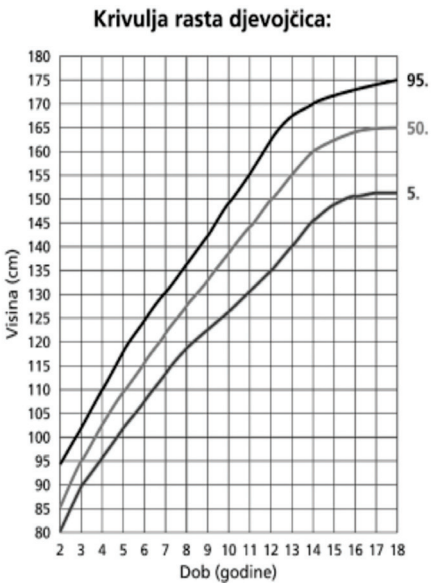
Razvoj Promatranja i mjerenja	0 Nespecifično mama – tata 0 Igranje skrivalica 0 Stoji uz pridržavanje 0 Ustaje 0 Sjedi 0 Opozicija palca i kažiprsta	0 Prva riječ 0 Stoji kratko 0 Hoda uz podršku	0 10-20 riječi 0 Pokazuje i pita 0 Slijedi naredbe 0 Hoda u nazad 0 Koristi kašiku dobro 0 Slaže 2-3 bloka	0 50 riječi 0 rečenice od 2 riječi 0 Hod uz stepenice 0 Šuta/baca loptu	0 Poptupne rečenice 0 Postavlja "šta, zašto, koji" pitanja 0 Ravnoteža na jednoj nozi 0 Hod "peta-prsti"
Pregled Ostali pregled ovisi o procjeni ispitivača na osnovu simptomai problema.		0 Test pokrivanja/ otkrivanja (cover-uncover test) i ispitivanje roditelja 0 Test ispitivanja sluha tako što se rukama pljesne pored uha djeteta (clap test) i ispitivanje roditelja 0 Kukovi	0 Fontanele 0 Cover/uncover test i ispitivanje roditelja 0 Clap test i ispitivanje roditelja	0 Vid 0 Cover/uncover test i ispitivanje roditelja 0 Ispitivanje sluhu	0 Vid 0 Cover/uncover test i ispitivanje roditelja 0 ispitivanje sluha
Problemi i Plan	***Anti-HBs & Hbs AG**** (ako je majka HbsAg pozitivna) Hgb. (ako postoji rizik)*	Hgb. (Ako je u riziku)* Prisutnost olova u serumu (ako postoji rizik)*		Prisutnost olova u serumu (ako postoji rizik)	
Imunizacija smjernice mogu ovositi od provincije do provincije (vrijedi za Kanadu)	TBC kožni test ?*	***MMR*** **Varicella vakcina ***	**HIB** **aPDT polio**		***MMR*** **aPDT polio**
Potpis					

(A) Bold slova – dobri dokazi *(C) Italic slova – osrednji dokazi* (C) Ravna slova – Opcijski

Kako pratiti rast djeteta centilnim krivuljama?

- Prati se redovitim mjerenjem visine
- Dojenčad mjeriti svaka tri mjeseca dok se mjerenja u djece predškolskog i školskog uzrasta
- provode dvaput godišnje
- Krivulje rasta načinjene su na temelju statistički obrađenih podataka velikog broja zdrave djece
- Posebno za djevojčice i za dječake





RASPORED RUTINSKE IMUNIZACIJE ZA DOJENČAD I DJECU

Cilj programa imunizacije je spriječiti bolest i širenje dječijih zaraznih oboljenja.
Imunizacija se sprovodi kampanjski i kontunuirano.

Više od četvrtine djece i BiH od 18 – 29 mjeseci nije prošlo kompletan program imunizacije.

Dijete u Federaciji BiH prima vakcine prema sljedećem rasporedu:

- odmah poslije rođenja protiv tuberkuloze i hepatitisa B
- sa navršenim jednim mjesecom života protiv hepatitisa B
- sa navršena dva mjeseca života protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b
- u četvrtom mjesecu života protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b
- sa navršenih šest mjeseci života protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja, dječije paralize i hepatitisa B
- sa 11 mjeseci života protiv morbila, rubeole i parotitisa
- u osamnaestom mjesecu života - revakcinacija protiv dječije paralize i bolesti koje uzrokuje hemofilus influence tip b
- u petoj godini života - revakcinacija protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja i dječije paralize
- u šestoj godini života - revakcinacija protiv morbila, rubeole i parotitisa
- u četrnaestoj godini - revakcinacija protiv difterije i tetanusa, dječije paralize
- u osamnaestoj godini života - revakcinacija protiv tetanus

Sgurnost djeteta i zaštita od povrjeđivanja

Godine 2005 formiran je multidisciplinarni tim zdravstvenih i drugih profesionalaca u suradnji sa stručnjacima AKAZ-a za razvoj vodića baziranim na dokazima o preporukama za prevenciju nenamjernih povređivanja u kući, jaslicama i vrtiću djece u dobi od 0-5 godine.Preporuke su uglavnom namjenjene zdravstvenim radnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti/timovima porodične medicine-doktorima medicine,medicinskim sestrama/tehničarima,patronažnim sestrama,pedijatrima, specijalisatima urgentne medicine. Preporuke treba da koriste roditelji, članovi porodice djece, nastavnici i odgojitelji predškolskog odgoja.

Osnovni cilj preporuka je da se kod svih zdravstvenih radnika razviju i održe profesionalne vještine i znanja o procjenii i prevenciji povreda kod djece.Prema podacima SZO iz 2002god.podaci govore da je skoro 5% smrti djece od 0-4 god.nastalo povrjeđivanjem ili posljedicama povrjeđivanja i da se povećava za 20% kod djece od 5-14 god.To je uglavnom odgovornost roditelja/staratelja,članovima porodice,odgojitelja u predškolsim ustanovama. Jako su važni edukativni program usmjereni ka promjenama znanja,stavova i prakse i predstavlja snažan instrument u prevenciji povrjeđivanja kod djece.

Najčešći uzroci nenamjernog povrjeđivanja kod djece od 0-5 godine su opekotine korozije, padovi, trovanja, davljenja, gušenja i povrede iz vatrenog oružja.

Metode provođenja primarne prevencije su savjetovanje u obliku

- usmenog informiranja
- usmenog savjetovanja
- pismenog informiranja i savjetovanja
- distribucija promotivnog materijala(informativni letek)

Preventivne mjere

1. Saobraćajne nesreće; Sjedišta u autu, posebna sjedišta za dojenčad: Ne stavljajte dječije sjedište niti dijete na prednje sjedalo auta dok ne napuni 12 godina.

2. Utapanje- Sigurnost/bezbjednost u kadi; Nikada ne ostavljajte malo dijete samo u kadi.

-Sigurnost u vodi; Potičite lekcije plivanja, bezbjedno ronjenje i jedrenje da biste smanjili rizik od utapanja.

3. Opekotine - Postavite **detektore dima** u kući, koristite **ne-zapaljivu posteljinu,** toplina vode treba biti <54°C.

4. Zadavljenje/ugušenje - Koristite bezbjedne igračke i namirnice (izbjegavajte tvrde, male i okrugle, ljepljive ili suviše glatke. Slično vrijedi i za namirnice)

5. Padovi - Procjeniti kuću zbog mogućih opasnosti za djecu.**,**npr. budite uvijek na oprezu kada presvlačite bebu, **ne koristite hodalice**; **neka su prostori sa prozorima i stepenicama uvijek dobro zaštićeni,** neka djeca uvijek nose **šljemove** pri vožnji bicikla**.**

6. Otrovi - neka vam je uvijek pri ruci telefonski broj **P/Omed. i SHMP,** ladice/ormari u kojima držite lijekove, deterdžente i rastvarače trebaju biti van dječijeg domašaja.

Identifikacija djece izložene riziku

Faktorin koji utiču na rizik su: nizak socio-ekonomski status, mladi roditelji, jedan roditelj, nasilje u porodici(u braku ili predhodno fizičk zlostavljanje), nedostatak socijalne podrške, neplanirana ili neželjena trudnoća.

Kućne posjete; Za redovne kućne posjete se pokazalo da preveniraju fizičko zlostavljanje i zanemarivanje djece.

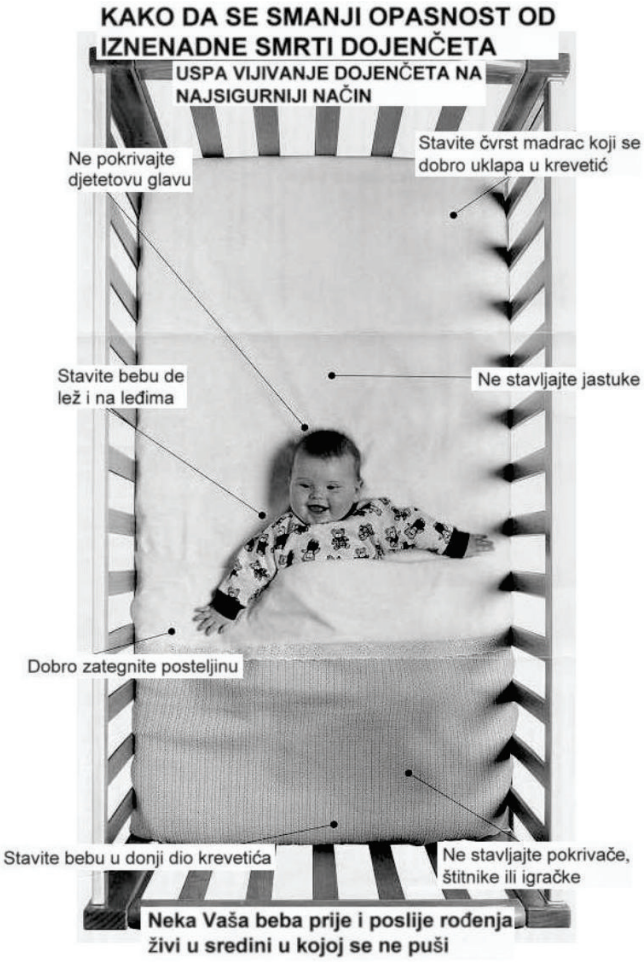
U BiH 36% djece izloženo je fizičkom ili psihološkom kažnjavanju.

Izloženost pasivnom pušenju; Pasivno pušenje pridonosi bolestima u djetinjstvu kao što su infekcije gornjeg respiratornog trakta, izljevi u području srednjeg uha, stalan kašalj, pneumonija, astma i SIDS.

Pozicija za spavanje - SIDS(sindrom iznenadne dojenačke smrti) : "Spavanje na leđima"

Da bi zaštitili novorođenče od "SIDS-a postoje tri načina smanjenja rizika, ako je beba zdrava

- Spavanje na leđima
- Bebina glava ne smije biti pokrivena tokom spavanja
- Bebu držati podalje od dima cigarete prije i poslije rođenja



LITERATURA

1. Projekt za razvoj porodične/obiteljske medicinske sestre-BiH-George Brovn Colege,Toronto Kanada 2001god.
2. Radni materijal za medicinske sestre/tehničare Porodične/obiteljske medicine-QUEEN"S UNIVERSITY
3. Lemon poglavlje 6 : aspekti fiziologije i anatomije, poglavlje 7; zdravo roditeljstvo
4. www.akaz.ba/vodilje/dokumenti/AKAZ

ČESTI PEDIJATRIJSKI PROBLEM

Povisena temperatura

Slučaj za diskusiju djetete sa temperaturom

Majka dovodi na pregled dijete staro 20 mjeseci zbog povišene temperature i kaže vam da je oko 39 C¨ koja traje već dva dana. Pokušavala je smanjiti temperaturu, ali nije uspjela. Dijete je uznemireno i neprekidno plače. Dijete je bez znakova vitalne ugroženosti.

Primjenite sestrinski proces
Uraditi procjenu.... Napraviti plan-postaviti cilj
Edukacija roditelja

Uvod

Povisena temperature znak bolesti ali odbrambene sposobnosti organizma.Ona je odgovor tijela na infekcije i pomaze da tijelo sve odbrambene mehanizme stavi u funkciju.Groznica je klinički znak, a ne dijagnoza sama po sebi i za sebe.

Uzroci groznice - kod male djece (do oko 3 mjeseca) je manje uobičajena nego kod starije djece i obično joj je uzrok ozbiljna bakterijska infekcija (meningitis ili bakterijemija itd.) Ne-specifične virusne infekcije (gornjeg respiratornog trakta i gastroenteritis) su najčešći uzroci.Virusni uzročnici su varičele, morbili, herpes, gingivostomatitis, i bolesti ruku- stopala- usta.Bakterijske infekcije koje su često prepoznatljive obuhvataju – meningitis, otitis mediapneuminija, septički arthritis, limfadenitis(zapaljenje limfnih čvorova) itd.

Preporuke mjerenja temperature Kanadskog udruženja pedijatara

Uzrast	**Preporučena tehnika**
Od rođenja -2 god.	1.Rektalno 2.Aksilarno
Od 2-5 god.	1.Rektalno 2.Timpanično 3.Aksilarno
Stariji od 5 god.	1.Oralno 2.Timpanično 3.aksilarno

Raspon normalne tjelesne temperature

Aksilarno - 36,0 - 37,2ºC Rektalno – 36,5 – 37,8ºC Oralno - 36,5 – 37,5º

Pravilno mjerenje temperature je jako bitno. Groznica je općenito definisana kao: Rektalna temperatura od 38C ili više. Ovo otprilike odgovara pazušnoj temperaturi od 37 C. Ako je važno da se isključi groznica, izmjerite rektalnu temperaturu jer pazušna i oralna mjerenja mogu biti lažno normalna.

Upotreba sestrinskog procesa

Primjenom sestrinskog procesa njege djeteta sa temperaturom možemo pomoći timskom ljekaru u pravovremeno postavljanju dijagnoze. Informacije o simptomima zapaženi od strane roditelja ili starijeg djeteta su jako bitne za sestrinsku procjenu.Određeni simptomi mogu da ukazuju na uzročnike bolesti.

Procjena

- Zdravstvena istorija
- Da li je šmrkav nos i ima li kihanja, bola u uhu i grlu, prisutnost kašlja (URTI)
- Ima li povračanje ili dijareja, krvi, sluzi(gastroenteritis)
- Postoji li prisutnost dizurije ili učestalost uriniranja (UTI)
- Palpirati zglobove na osjetljivost(bol) i dali dijete hramlje moglo bi upućivati na infekcije kostiju ili zglobova.
- Je li prisutna letargija, smanjenje budnosti, glavobolja i bol u vratu(mogućnost meningitisa)
- Pratiti status vakcinacija i upotrebu antibiotika
- Da li je mjerena temperatura, na koji način, da li je praćen porast temperature
- Provjeriti disanje (kussmaulovo disanje)
- Procijeniti koliko roditelji znaju o postupku snižavanja temperature

	Normalan	**Umjereno bolesno**	**Toksičan**
Kvalitet plača	Jak plač ili nikakav	Cviljenje ili jecanje	Slab, stenjanje, ili piskav
Reagovanje na roditeljsku utjehu	Zadovoljan ili kratak plač	Povremeno plače	Neutješan, uporan plač
Budnost	Budan ili se lako budi	Produžena stimulacija buđenja	Ne razbuđuje se
Boja	Ružičasta	Ekstremiteti blijedi ili cijanozni	Opšte bljedilo, pjegav ili cijanozan
Hidracija	Koža/ oči normalne, vlažne sluznice	Suha usta	Gnjecava koža i/ili upale oči
Socijalni /društveni odgovor	Smije se ili je stalno živahan	Kratko se smije ili je kratko živahan	Ne smije se, nije zivahan ili je anksiozan

Plan

- Glavni cilj je sniziti temperatutu, ako je dijete visokofebrilno
- Na osnovu procjene napraviti plan
- Pratiti vitalne parametre
- Edukacija roditelj
- Menadžment febrilnog djeteta
- Primjena antipiretika po uputi ljekara
- Održavanje hidratacije(vode)
- Direktne mjere hlađenja (tople kupke, lagana pamučna odjeća, lagan pamučni pokrivač)
- Indirektne mjere hlađenja(redukcija sobne temperature)

- Hladna i ledena voda se ne preporučuje (drhtanje djeteta će izazvati povećanje unutrašnje temperature)
- Alkohol se ne preporučuje (dolazi do isparavanja, može izazvati opekotine)
- Prevencija febrilnih konvulzija
- Smanjenje nervoze roditelja

FEBRILNE KONVULZIJE

Slučaj za diskusiju djeteta sa febrilnom konvulzijom

13-mjesečna djevojčica u majčinom naručju stiže u ambulantu. Majka je zabrinuta jer je dijete cijeli dan toplo, uznemireno i odbija da jede. Nos joj curi već dva dana i kašlje periodično.Majka je mjerila temperaturu i kaže da je bila 37,2 C.Dok je u čekaonici izgledalo da dijete ne reaguje, ono se odjednom ispružilo i grčevito izbacilo sva četiri uda. Sestra hitno unosi dijete u ordinaciju i dok ljekar dođete (za 2 minute) grčeviti pokreti prestaju.

Koja je najvažnija intervencija med.sestre u ovom slučaju – identifikujte dodatnu procjenu /edukacija roditelja

Uvod

Febrilne konvulzije su prigodno cerebralni napadi koji se javljaju u visokoj temperaturi kod djece, a kod kojih temperatura nije uzrokovana akutnom intrakranijalnom infekcijom. Konvulzije nastaju kod porasta temperature, ali mogu i za vrijeme visoke temperature kao i kod pada temperature.

Sestrinski proces

Procjena

- zdravstvena istorija
- procijeniti vitalne parametre
- procijeniti težinu febrilnog napada i javljanja ponovnog

Plan

- **Glavni cilj** spriječiti ponovni napad
- Na osnovu procijene
- Prepoznati klasifikacije i težinu febrilnog napada
- Pratiti i bilježiti vitalne parametre
- Umiriti roditelje
- Edukacija roditelja
- Pratiti znakove bolesti i temp.
- Napajati dijete
- Upotreba lijekova (po uputi ljekara)
- Obloge od mlake vode i kupke
- Paziti da se dijete ne povrijedi
- U slučaju grčeva poleći dijete na bok i odmah pozvati amb

UOBIČAJENI ZDRAVSTVENI POREMEĆAJI

- Akutni abdominalni bol
- Obična prehlada
- Akutni bronhitis
- Gastroenteritis
- Otitis media
- Anemia

ABDOMINALNA BOL

Uvod

Abdominalna bol može biti akutna i hronična rekurentna bol. Najćešća GI pritužba(70% slučajeva) gdje povraćanje prije bola ukazuje na gastroenteritis, a bol pa povraćanje ukazuje na hirurško stanje. **Akutna abdominalna bol** traje manje od tri dana i simptom je mnogih oboljenja.

Uzročnici akutnog bola u abdomenu

Novorođenčad i dojenčad	Starija dojenčad i mala djeca
Malrotacija sa zapletom crijeva Ingvinalna kila Zlostavljanje djeteta Apendicitis	Intususcepcija Apendicitis Ingvinalna kila Dijabetička ketoacidoza Zlostavljanje djeteta Pijelonefritis

Upotreba sestrinskoga proces

Procjena

- zdravstvena istorija
- početak i lokalizacija bola
- faktori koji olakšavaju ili izazivaju bol
- ima li povračanja,proljieva ili krvi u stolici(pogledati pelene)
- procijeniti vitalne znake(temperature, dehidracije,šoka ili sepse)

Plan

Obavezno primiti kod liječnika (konsultovati se sa liječnikom o daljnjem tretmanu i savjetovanju roditelja).

OBIČNA PREHLADA

Uvod

Prehlada je najučestalija bolest i djeca je mogu dobiti 6 do 10 puta na godinu. Maksimalno virusno širenje javlja se u prva 2-4 dana. Prenosi se direktnim kontaktom sa infektivnim izlučevinama i vlažnim kapljicama u zraku.

Definicija

Akutni, blag i samo-ograničavajući sindrom uzrokovan virusnom infekcijom sluznice gornjeg respiratornog trakta

Simptomi – opšta nelagoda, blago povišena temperatura ili bez nje, nazalna sekrecija, opstrukcija ili kongestija, kihanje, kašljanje, bol u grlu i promuklost, konjuktive mogu biti vodnjikave ili upaljene. Traje u prosjeku 5-7 dana, ali može dijete učiniti osjetljivim na bakterijske infekcije kao što su otitis media, sinuzitis, pneumonija i pogoršanje kod hronične astme.

Upotreba sestrinskog procesa

Procjena

- Provjeriti prethodnu medicinsku i porodičnu istoriju alergija,astme ili drugih respiratornih problema
- Obrazac prijašnji prehlada tokom godine.

Pitati roditelje

- Ima li weezinga, dispneje, stridora, nemogućnost gutanja, slinjenje i teške glavobolje
- Ima li groznice/povišene Tj temperature,drhtavice,anoreksije,mučnine,dijareje.
- Pitati o kašlju(koliko traje,karater kašlja i vrijeme(dan ili noć).
- Gdje je lociran bol (facijalno,glava,uho ili bol u prsima).
- Da li je dijete izloženo drugim osobama sa sličnim simptomima
- Da li je dijete izloženo pasivnom pušenju.

Plan

- **Glavni cilj;** spriječiti širenje bolesti
- Na osnovu procjene
- Vitalni parametric (temperature, pulsa i krvnog pritiska)
- Edukacija roditelja

Implementacija

- Svi članovi porodice češće pranje ruku
- Izbjegavati izloženost dojenčadi prehlađenim osobama
- Parno tuširanje ili inhalacije pare
- Slane nosne kapljice/sprejevi
- Ili ¼ čajne kašike soli u 500 ml.prokuhane vode
- Tečnost i hidracije će pomoći smanjenju i opstrukciji gornjih disjnih puteva
- Ispiranje slanom vodom kod upale grla

Edukacija roditelja/djece

- Objasniti da je prehlada uzrokovana virusima koji se ne mogu iskorijeniti antibioticima.
- Pojasniti da nepažljiva upotreba antibiotika (korištenje lijekova bez savjeta ljekar/sestra) može uzrokovati neželjene efekte kao što su dijareja, gljivična infekcija, i otpornost na lijekove.
- Naglasiti da sredstva za prehladu služe da ublaže simptome i spriječe komplikacije prije nego da liječe infekciju.
- Prikažite upotrebu nazalnih pipeta i slanih kapljica koje pomažu čišćenju nazalnog iscjetka kod male djece.
- Preporučite odmor i povećano oralno unošenje tekućine.
- Povećati vlažnost vazduha u stanu; staviti ovlaživač u dječju sobu
- Raspravite o načinima prevencije širenja prehlade
- Svi ukućani moraju često prati ruke
- Kako su komplikacije češće kod djece tokom prve godine života, pokušati izbjeći kontakte djece sa drugim ljudima sa prehladama i ograničite posjete područjima sa velikim gužvama kao što su šoping mjesta

Evaulacija

Praćenje/kontrolni pregledi nije indikovano ukoliko se simptomi ne pogoršaju nakon 3-5 dana, ili se razviju novi simptomi ili se simptomi ne poboljšavaju ili ublažavaju nakon 10-14 dana

AKUTNI BRONCHITIS

Uvod

Rijetko se sreće kao samostalna bolest, obično je dio upale grla, gornjih respiratornih puteva ili prati pneumoniju.Pojavljuje se u zimskim mjesecima,a najviše obolijevaju mala djeca.Bolest traje kratko i rijetko se komplicira.

Definicija

Akutni bronhitis je kratkotrajna upala sluznice traheobronhalnog stabla, odnosno dušnika i bronha, koja je obično povezana s virusnim infekcijama gornjeg dijela dišnih peteva.

Uzročnici

Respiratorni su virusi uzročnici akutnog bronhitisa, a podjednako ga često uzrokuju virusi obične prehlade, kao što su rinovirusi i koronavirusi, i oni invazivniji, kao što su virusi influence i adenovirusi, a u djece i respiratorni sincicijski virus i virusi parainfluence

Simptomi

Početni simptomi bronhitisa najčešće su istovjetni s prehladom, a to su: hunjavica, blaža grlobolja, konjunktivitis, promuklost.Kašalj se pojavljuje rano i razvija se tokom bolesti.U početku je suh i nadražajan,a za nekoliko dana postaje produktivan,najčešće s bistrim izgledom. U male je djece temperatura obično povišena, a može biti i vrlo visoka.

Upotreba sestrinskog procesa

Procjena

Uključiti roditelje/dijete zavisno od starosne dobi

- Utvrditi početak, trajanje i karakteristike kašlja,posabno za noćni kašalj
- Raspitati se o učestalosti i prethodnih epizoda kašlja
- Pitati o simptomima kao što su groznica, faringitis,dispneja, bol u grudima
- Pitati o infekcijskim bolestima ostalih ukućana
- **Uvijek pitati da li ukućani puše**
- Provjeriti prethodnu med.istoriju, posebno vezano za respiratorna oboljenja
- Utvrditi imunizaciju djeteta i ukućana

Plan

- Zavisno od procjene
- Hidratacija
- Ako je groznica prisutna tretirati
- Prestanak pušenj u okruženju djeteta
- Olakšati kašalj
- Edukacija

Implementacija

- Hlađenje djeteta mlakom vodom
- Unositi mnogo tečnosti, ne brinuti ako djete ne jede puno
- Savjet da niko ne puši u blizini djeteta
- Savjet o davanju antipiretika
- Savjetovati kada je vrijeme da se ponovno kontaktira ljekar, npr. ako dođe do pogoršanja bolesti, ako dijete odbija tečnost, kašalj kod krupa se ne smiruje nakon 24 sata

Evaluacija

Naručiti dijete u ambulantu, ako simptomi ne prestaju nakon 7-14 dana ili ako se stanje pogoršava.

GASTROENTERITIS/DIJAREJA

Slučaj

18 mjeseci staro dijete donosi majka na pregled sa žalbom da dijete ima proljev i povraćanje u zadnja dva dana. Navodno sve što pojede ne ostaje u njemu pa čak i voda. Dijete izgleda loše sa smanjenom aktivnošću.Nije mjerila temperaturu.

Primjeniti sestrinski proces

Uraditi dodatnu procjenu ,prijem kod ljekara ,napraviti plan ,edukacija roditelja

Uvod

Ova bolest poznata je i kao virusni gastroenteritis.Virusi uzrokuju 30 do 40 posto slučajeva infektivnog proljeva u razvijenom svijetu. Nakon infekcija gornjeg respiratornog trakta, virusni gastroenteritis je druga najčešća bolest.Najveća učestalost u djece u dobi od 3-15 mjeseci

Definicija

Upala želuca i crijeva uzrokovana najčešče rotavirusom,virus Norwalk i neki adenovirusi,bakterije ili paraziti.Obično se šire fekalno.oralnim putem,može i kapljično sa osobe na osobu.

Simptomi

Vodenasti proljev (rijetko stolica sadrži sluz ili krv) groznica, grčevi i nadutost u trbuhu, mučnina i povračanje,dehidracija-suha sluznica,uvećana fontanela,smanjena suznost,pojava tahikardije.

Sestrinski njega djeteta sa dijarejom

Procjena putem intervjua roditelja

- Koliko stolica je dijete imalo,koliko promjenjenih pelena,je li bilo krvi ili sluzi,izgled urina
- Boja kože
- Način ishrane djeteta
- Vitalni znaci(da li je mjerena temp, jeli prisutna groznica kod djeteta,disanje,rad srca,puls…)
- Prisustvo dehidracije

Plan

- Glavni cilj je sprećavanje dehidracije djeteta
- Mjeriti vitalne parametre
- Prijem kod ljekara
- Edukacija roditelja

Implementacija

- Nadomještanje tekućine i elektrolita (davanje ORS)
- Promjena ishrane
- Spriječiti porast temperature
- Savjeti za roditelje o prevenciji**;**
- Objasniti roditeljima da se infekcije mikroorganizama prenosi neopranim rukama.

- Dijete će najbolje zaštititi ako se pridržava odgovarajući postupak sa hranom i pranjem ruku nakon korištenja toaleta ko god je u kontaktu sa djetetom
- Dojenje vjerojatno pruža određenu zaštitu od infekcije.
- Nakon mijenjanja pelena treba temeljito prati ruke sapunom i vodom, a samo mjesto mijenjanja pelena treba dezinficirati.
- Pokušajte ograničiti kontakt ruku i usta, pogotovo kada postoji rizik da su površine ili predmeti, (primjerice igračke) zaraženi.
- Održavajte čistoću površina i redovito dezinficirajte mjesta na kojima se djeca igraju i igračke

Solucija za oralnu rehidraciju (ors)

Rastvori za oralnu rehidraciju	
- 1 litra čiste ili flaširane vode - 1 šolja đusa od narađe - 4 kafene kašike šećera - 1 kafena kašika sode bikarbone - 3/4 kafene kašike soli	**ILI:** - 1/2 šolje unaprijed skuvanih pirinčanih cerealija - 2 šolje vode - 1/4 kafena kašika soli

OTITIS MEDIA-BOL U UHU (OTALGIJA)

Uvod

Otitis media je jedna od najčešćih bolesti kod dojenčadi i male djece Do dobi od 3 godine 70% djece barem jednom preboli upalu uha. Upale uha obično počinju prehladom, koja može dovesti do nakupljanja tekućine iza djetetova bubnjića .Akutna upala uha može biti vrlo bolna.

Definicija

Otitis meda je zapaljenje srednjeg uha (AOM). Bakterije su uglavnom uzročnici AOM-a.

Faktori rizika - Sva djeca su osjetljiva na upale uha, ali neka su im djeca sklonija. Djeca s najvećim rizikom uključuju:

- djecu koja idu u vrtić
- djeca čija su braća i sestre imala česte upale uha
- djeca u čijoj porodici postoje slučajevi astme, alergija ili ekcema
- djeca koja su izložena pasivnom pušenju

Simptomi - Najčešći anamnestički podaci od roditelja su da je dijete prehlađeno par dana, curi mu nos, te se probudilo s bolovima u uhu, povišena tjelesna temperature..Dojenčad koju muče bolovi bit će bezvoljna i njihov plač će se razlikovati od plača kad su gladna ili umorna.Mala djeca mogu trljati ili povlačiti uši i ne odgovarati na zvukove ,jake bolove i obično su popraćene povišenom temperaturom

Komplikacije - Najčešće posljedice čestih upala srednjeg uha su oslabljeni sluh (nagluhost).
Prevencija - Vrlo je važna i prevencija upala uha. Zadnje epidemiološke studije govore da su upale rjeđe kod djece koja su dojena, te u porodicama gdje se ne puši. Zadnjih godina se provodi i cije-

pljenje protiv bakterija Haemophillus influenzae i Streptococcus pneumoniae.

Sestrinski proces kod AOM(Otalgije)

Procjena

- Zdravstvena istorija
- Da li je dijete bilo prehlađeno
- Prisutnost bola,temperature
- Procjena plača

Plan

- Glavni cilj je olakšati bol
- Prijem kod ljekara
- Zavisi od procjene
- Ponoviti procjenu za 48-72 sata
- Edukacija roditelja

NUTRITIVNA ANEMIJA KOD DJECE

Slučaj djeteta sa nutritivnom anemijom

Majka dolazi u ambulantu sa djetetom u naručju starim 8 mjeseci i traži da je primite kod ljekara i govori vam da njeno djete u zadnje vrijeme slabo jede,spava više nego uobičajeno.Jako je zabrinuta jer je dijete prije bilo zdrava i vesela beba .

Upotreba sestrinskog procesa

Identifikujte dodatnu procjenu podataka koje želite prikupiti.Procjenu uradite putem intervjua majke. Napravite plan njege ovog djeteta

Uvod

Nutritivna anemija je jedno od najčešćih oboljenja dječije dobi. Dijagnoza i liječenje je jednostavno i uglavnom se obavlja na primarnom nivou zdravstvene zaštite. U slučaju da liječenje izostane, mogu nastati ozbiljne posljedice na psihički i somatski razvoj djeteta. Zadnjih desetljeća kampanje međunarodnih organizacija kao što su Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) i UNICEF usmjerene su na primjenu prirodne prehrane s ciljem da se osigura zdravlje djeteta i majke .Nutritivna anemija kod djece je jedan od rasprostranjenijih oboljenja nedovoljne ishrane u svijetu.

Definicija

Anemija je stanje koje je definirano smanjenim volumenom crvenih krvnih stanica (eritrocita) u cirkulaciji i/ili smanjenom količinom hemoglobina (proteina koji nosi kisik u crvenim krvnim stanicama).

Etiologija

- Novorođenčad rođena u terminu imaju adekvatne zalihe željeza u jetri i hematopoetskom tkivu.
- Majčino mlijeko ima relativno malo željeza, ali se to željezo bolje apsorbuje nego ono iz kravljeg mlijeka
- Deficit željeza se razvija poslije 6 mjeseci od rođenja, ukoliko mješovita ishrana ne obezbjeđuje dovoljno apsorbujućeg željeza, čak i kod dojenčadi koja su hranjena isključivo majčinim mlijekom

Faktori rizika

- Ishrana siromašna željezom
- Ishrana uglavnom mliječnom i brašnastom hranom,
- Nedovoljna zastupljenost mesa u ishrani,
- Česte infekcije,
- Loša apsorpcija željeza (malapsorptivni sindrom),
- Upotreba svježeg kravljeg mlijeka tokom prve godine,
- Brzo povećanje tjelesne težine u prvoj godini, posebno u prvih 6 mjeseci života je dodatni riziko faktor koji doprinosi nastanku anemije

Simptomi

- Bljedilo je najupadniji znak anemije
- Djete djeluju vrlo prozračno i blijedo
- Slabo jedu, nervozna su, umorna, osjetljiva na hladnoću.
- Mogu se javiti promjene na noktima ili kosi u vidu lomljivosti i bjelkaste ispruganosti, mrlje na jeziku
- Zaostajanje u rastu i razvoju

Sestrinski proces kod djeteta sa nutrutivnom anemijom

Sestinska njega djeteta sa nutritivnom anemijom se odnosi prvenstveno na prevenciju bolesti i savjetovanju roditelja o pravilnoj prehrani djeteta

Procjena

- Dosadašnji zdravstveni status djeteta (urođene bolesti, česte infekcije),
- Provjeriti Rourk karton
- Vitalni parametri
- Način ishrane (gubitak apetita, dužina dojenja, uvođenje nemliječne ishrane, udio mlijeka u ishrani),
- Socio-ekonomski status,
- Prenatalna anamneza (preterminski porođaj, porođajna težina, blizanačka trudnoća, učestalost poroda kod majke).

Plan

- Glavni cilj je ukazati važnost pravilne prehrane
- Na osnovu procjene
- Ishrana majčinim mlijekom u prvih šest mjeseci

- Pratiti Rourk karton
- Provjeravati vitalne parametre
- Edukacija roditelja

Preporuke

U terminu rođena djeca koja su isključivo hranjena majčinim mlijekom, ne trebaju dopunsko željezo do 6-tog mjeseca starosti.

U terminu rođenoj dojenčadi koju majke ne doje treba davati formulu obogaćenu željezom za dojenčad od rođenja.

Za nedonošćad, sa uključivanjem dopunskog željeza treba početi sa najmanje 8 nedelja starosti i nastaviti do prvog rodjendana.

Kravlje mlijeko ne treba uključivati u ishranu dok se adekvatna količina čvrste hrane koja sadrži željezo i vitamin C ne uključi u ishranu, po mogućnosti izmedju 9 i 12 mjeseca starosti.

Djeci preko 1 godine starosti treba davati preporučenu dnevnu količinu željeza.

LITERATURA

1. Projekt za razvoj porodične/obiteljske medicinske sestre-BiH-George Brovn Colege,Toronto Kanada 2001god.
2. Radni materijal za medicinske sestre/tehničare Porodične/obiteljske medicine-QUEEN"S UNIVERSITY
3. Lemon poglavlje 6 : aspekti fiziologije i anatomije,poglavlje 7; zdravo roditeljstvo
4. www.akaz.ba/vodilje/dokumenti/AKAZ
5. www.plivazdravlje.hr/bolest-članak/bolest326
6. www.unicef.org/bih/ba/child_development_4790.html
7. http://porodicnamedicina.com/download/klinicki_vodici/malokrvnost/sideropenijskaanemija-koddjece.pdf

PREVENTIVNO ZDRAVSTVENO SAVJETOVANJE ADOLESCENATA

Pripremio: Ibrahim Gledo

Slučaj za diskusiju

U ordinaciju vam je došla adolescentica da dobije recept za astmu. Brzo ste to završili i imate malo vremena da s njom razgovarate. Dobijate utisak da je ona uznemirena zbog nečega i pitate se da li bi joj mogli nekako pomoći.

Uvod

Adolescencija je vrijeme mnogobrojnih promjena za školsko dijete, tinejdžera i njegovu porodicu. Zadatak tima porodične medicine je olakšati roditeljima i adolescentima da se ova faza tranzicije, prelaska iz dječjeg u odraslo doba završi uspješno. Izuzetno je važno da i roditelji i adolescenti razumiju fizičke, psihičke i socijalne promjene koje se dešavaju tokom odrastanja. Ove promjene su praćene specifičnim bolestima i neobičnim prezentacijama simptoma što zahtjeva i jedinstvenu komunikaciju i iskušenja u menadžmentu tima porodične medicine. Pravilne vještine komunikacije i prakticiranje EBM sa mladima može biti vrlo korisno i plodonosno.

Praktične tačke za komunikaciju i rad sa adolescentima

- Viđati mlade ljude lično kao i sa roditeljima. Nemojte potpuno isključivati roditelje, ali neka bude jasno da je uvijek adolescent centar rasprave. Učinite ovo rutinski kao način poštivanja njihovih zdravstvenih prava.
- Budite empatični, puni poštovanja i neosuđujući, posebno kad se razgovara o ponašanju kao što je zloupotreba, koja može rezultirati loše po adolescenta.
- Ne kritizirajte i ne poredite ih sa drugim mladim osobama- Obezbijedite povjerljivost u svim kliničkim postavkama.
- Budite ono što jeste. Nemojte pokušati biti *cool* ili *hip*. Mladi žele da vi budete njihov doktor a ne njihov prijatelj. Koristite SOFTEN neverbalnu komunikaciju
- Postavljajte direktna otvorena pitanja i slušajte pažljivo odgovore bez prekidanja
- Pokušajte da komunicirate i objasnite koncepte u manirima njihovog razvoja. Za mlade adolescente koristite samo „ovdje i sada„ konkretne primjere, a izbjegavajte apstraktne koncepte (ako... onda) diskusija.
- Ako je prikladno napravite punu psihosocijalnu istoriju adolescenta (HEADSSS).
- Ohrabrite adolescente da dovoljno spavaju, pravilno se hrane i dovoljno vježbaju
- Ponudite odgovore o sigurnom seksualnom ponašanju,

HEADSSS protokol

H home (kućni život uključujući odnos sa roditeljima)
E education (obrazovanje ili zapošljenje, uključujući finansijska pitanja)
A activitas (aktivnosti uključujući sport, socijalne veze i posebno bliske prijatelje)
A affect (raspoloženje, posebno da li raspoloženje reaguje na situacije)
D drug (droga uključujući cigarete i alkohol)
S sex (informacije o bliskim vezama i seksualnim rizicima, ponašanjima može biti važno i kod akutnih i hroničnih bolesti adolescenata)
S suicid, depresija i samopovreda
S sleep (spavanje)

Vodeći uzroci mortaliteta kod adolescenata su nezgode (smrt od incidentalnih povreda), samoubistva ili ubistva.

Morbiditet je često u vezi upotrebe droga, cigareta, korištenja alkohola, riskantnih seksualnih iskustava, nedovoljne i nepravilne ishrane i neadekvatne fizičke aktivnosti. Jedna trećina adolescenata je uključena bar u jedan od navedenih visokoriskantnih ponašanja.

Doktori trebaju da odrede ciljeve i vrijeme preventivnih savjetovanja za ove faktore rizika. Adolescenti često ne žele da razgovaraju o riskantnim ponašanjima, posebno ako sumnjaju u povjerljivost podataka. Ključ izvođenja relevantnih i korisnih preventivnih savjetovanja za adolescente je u razvoju neophodnog povjerenja za diskusiju.

Preporuke specifičnog savjetovanja adolescenata su nažalost limitiranog nivoa dokaza za razliku od preporuka za skrininge i prevenciju kod odraslih i male djece.

Ključne preporuke za praksu

Klinička preporuka	**Odnosi dokaza**	**Reference**
Adolescent treba da nastoji prakticirati 30 minuta umjerene do snažne fizičke aktivnosti većinu sedmice, najbolje svaki dan u sedmici	C	20
Doktori treba da ispitaji seksualno aktivne osobe mlađe od 25 godina na Chlamydia infekciju	A	7
Doktori treba da pitaju adolescente o korištenju alkohola i daju savjete da spriječe lumperaje i zloupotrebu alkohola	C	22
Doktori treba da pitaju adolescente o pušenju i obezbijede preporuke za prestanak i intervencije za one koji koriste cigarete	C	22
Adolescente treba savjetovati da nose pojas u vozilu i kacigu pri vožnji motora	C	22
A - dosljedan, dobar kvalitet pacijetnu orijentisani dokaz ; B - nedosljedan ili ograničen kvalitet u pacijentu orijentisanom dokazu; C - koncenzus, dokaz orijentisan ka bolesti , uobičajena praksa, mišljenje eksperta		

Akcidentalna smrt, suicid i homocid su vodeći uzroci smrti adolescenata u USA, a 40% adolescenata koji su izgubili život zbog saobraćajnog udesa je uzimalo alkohol ili drogu. Rizični faktori za suicid adolescenata uključuju zloupotrebu supstanci, ličnu ili familijarnu historiju depresije, probleme u školi i pri komunikaciji sa roditeljima. Procjenjuje sa da jedan od 20 adolescenata ima simptome depresije. Više od 75% adolescenata u USA koristi alkohol, a više od 25% se opija i pije više od 5 pića u jednoj konzumaciji. Cigarete je u adolescenciji probalo više od 60% adolescenata iako je ovaj trend u opadanju u zadnjoj dekadi.

Preventivne zdravstvene preporuke

Doktori trebaju skrinirati adolescente na depresiju ukoliko pokazuju neki od čestih simptoma depresije kao što su loš školski uspjeh, ljutnja ili iritabilnost. Ne postoje jake preporuke za rutinskoskriniranje svih adolescenata na simptome depresije i suicidalne ideje ako ne pokazuju neki od simptoma tipičnih za depresiju. Međutim, pošto je suicid vodeći uzrok smrtnosti u ovom razvojnom dobu preporučljivo je pitati adolescente o simptomima depresije i suicidalnom razmišljanju.

Da bismo jednostavnije radili skrininge kod adolescenata koristimo pitanja HEADDSS modela

HEADDSS -Model sa pitanjima za intevju adolescenta	
Dom/Zdravlje Gdje i sa kime živiš, i da li su tvoji roditelji i tvoji zakonski skrbnici? Kako se dobro slažeš sa porodicom? Kako je zdravlje općenito, imaš li problema?	**Depresija (uključujući suicidne osjećaje)** Da li si ikada depresivan? Šta radiš da se zabaviš? Da li kada želiš da se povrijediš? Imaš li nekoga sa kim možes razgovarati o svome problemu?
Obrazovanje/Zaposlenost Koji si razred i u koju školu ideš? Da li se specijaliziraš u obrazovnom programu? Imaš li posao?	**Sigurnost** Da li se osjećaš sigurno u školi i kod kuće? Da li koristiš zaštitnu opremu pri vožnji? Da li netko bio nasilan prema tebi? Imaš li iskustvo sa vatrenim oružjem?
Aktivnosti Sta radiš za zabavu? Imaš li prijatelje sa kojima se družiš? **Droga** Da li pušiš? Uzimaš li droge? Piješ li? Ako da, koliko i kako često?	**Seksualnost** Jesi li imao-la odnos? Koristiš li šta za kontracepciju? Imaš li kondom svaki puta kada imaš seks? Jesi li ikada bila trudna? Da li ti je neko uradio nešto što ne želiš?

POREMEĆAJI ISHRANE KOD ADOLESCENATA

Slučaj za diskusiju

14- godišnju djevojku je majka dovela u ambulantu. Majka vam govori da je razlog što su tu taj što njena kćerka ne pohađa redovno školu već zadnja 3 mjeseca i da je učitelj to prijavio roditeljima.

Isto tako 18-godišnji sin je rekao svojim roditeljima da čuje sestru kako povraća u kupatilu skoro svake večeri tokom nekoliko zadnjih sedmica.

14-godišnjakinja je veoma tiha dok njena majka govori i ne uspostavlja kontakt očima

Anoreksija ima prevalencu od 0,5 – 2%.
Bulimija nervoza pogađa 4-9% adolescenata i mlađih odraslih ženskih osoba.
Dijagnoza poremećaja prehrane trebala bi se razmotriti kod adolescenata koji su uključeni u potencijalne nezdrave vježbe kontrole težine, ili demonstriraju opsesivna mišljenja o težini, obliku, ili vježbanju.
Skorašnje kanadske studije pokazuju da 27% djevojčica od 12-18 godina imaju poremećaj navika i stavova o prehrani.
Subkliničke varijante postoje u oko 10% slučajeva. Ovi poremećaji su udruženi sa fizičkim oboljenjima.

Faktori koji dovode do poremećaja prehrane

Genetski, ženski pol, držanje raznih dijeta, socijalno-ekonomski položaj, poremećaji ličnosti, loši odnosi u porodici, zanimanja koja zahtijevaju puno vježbanja, oboljenja koja imaju u menadžmentu dijetu, hronične bolesti.

ANOREXIA NERVOSA

Anoreksija nervoza (Anorexia nervosa) je bolest koja se karakterizira izrazitim poremećajem prehrane (engl. “eating disorder”) kao i određenim psihičkim promjenama. U najvećem postotku od anoreksije obolijevaju tinejdžeri, uglavnom djevojčice (oko 95%), dok muškarci mnogo rjeđe. Anorektična osoba je opsjednuta idejom vitkosti i uporno i dosljedno izbjegava obroke, a kad mora jesti pojest će samo salatu, malo kuhanog povrća ili samo voće.

- Ovu bolest treba uvijek shvatiti veoma ozbiljno, jer najnovije svjetske statistike govore da svaka peta oboljela djevojka umire u stanju krajnje pothranjenosti. Mnogi pacijenti imaju hronični tok koji traje 10 ili više godina
- Prognoza je bolesti deprimirajuća pogotovo ako uzmemo u obzir da su bolesnice mlade djevojke na pragu života -1/3 se izliječi-1/3 ostaje doživotno anorektično a- 1/3 umre od posljedica izgladnjivanja.

Kriterijum za postavljanje dijagnoze Anorexia nervoza - Izvor: *Dijagnosticki i statisticki priruc-nik za mentalne poremecaje (DSM-IV)*

Neurotični gubitak apetita

1. Intenzivan strah od gojaznosti, koji se ne smanjuje kako gubitak težine napreduje.
2. Poremećaj načina na koji se doživljava tjelesna tezina, veličina ili oblik (npr. tvrdnja da se “osjećam debelo” čak i kad je mršav ili vjerovanje da je jedno područje tijela “predebelo” čak i kad je očigledna neuhranjenost).

3. Odbijanje da održava tjelesnu težinu iznad minimalne normalne težine za uzrast i visinu (npr:gubitak težine koji dovodi do održavanja tjelesne težine 15% ispod očekivane, neuspjeh da se ostvari očekivani napredak u težini tokom razvojnog perioda vodi ka održavanju tjelesne težine 15% manje od očekivane).
4. Kod žena, odsustvo najmanje tri uzastopna menstrualna ciklusa kada se inače očekuje da se dogode (primarna ili sekundarna amenoreja).

BULIMIA NERVOSA

Bulimija nervoza (Bulimia nervosa) je takođe poremećaj prehrane i ima dosta sličnosti sa anoreksijom. OboIljevaju uglavnom ženske osobe, od puberteta pa sve do tridesetih godina života. Glavna sličnost sa anoreksijom je zajednički strah od debljine i opsesivna težnja za vitkošću, a glavna različitost je u načinu prehrane i blažim psihičkim poremećajima.
Intenzivna preokupacija tjelesnom težinom i oblikom karakterizirana sa prejedanjem, nedostatakom kontrole i samoevaluacijom. Obično su blago prekomjerne težine, a vjerovatnije je prisutan poremećaj ličnosti ili porodična anamneza afektivnih poremećaja.

Kriterijumi za postavljanje dijagnoze Bulimia nervosa - Izvor: *Dijagnosticki i statisticki prirucnik za mentalne poremecaje (DSM-IV)*

1. Rekurentne epizode halapljivog jedenja (brza konzumacija velike količine hrane u odvojenom vremenskom periodu, obično kraćem od 2 sata).
2. Tokom halapljivog jedenja, strah od nemogućnosti da stane sa jelom.
3. Redovno praktikovanje samo-indukovanog povraćanja, upotreba laksativa, ili rigoroznih dijeta ili posta kako bi se anulirali efekti prejedanja.
4. Prosječan minimum od dvije epizode halapljivog jedenja nedeljno, u trajanju od najmanje 3 mjeseca.
5. Na samo- evoluciju prekomjernog jedenja utiče tjelesna težina i oblik, ali poremećaj se ne javlja isključivo tokom epizoda neurotičnog gubitka apetita. binge-purge (prejedanje- pražnjenje) Ovaj vid poremećaja može se pojaviti kod mladih koji imaju normalnu težinu ili su pomalo gojazni.

Identifikacija adolescenata sa poremećajem prehrane

SCOFF Upitnik

- Da li činite sebe bolesnim (Sick) zato što se osjećate sitim?
- Da li se brinete da ste izgubili kontrolu (Control) nad količinom koju jedete?
- U bilo kojem periodu od 3 mjeseca da li ste izgubili preko (Over) 6,5 kg ?
- Da li vjerujete sebi da ste debeli (Fat) čak i kad drugi kažu da ste premršavi?
- Da li biste rekli da hrana (Food) dominira vašim životom?

Tretman

- Model promjene je važan –"spremnost na promjene" mora se evaluirati
- Odrediti da li je hospitalizacija ili vanbolničko liječenje potrebno
- Multidisciplinarni pristup
- Nutricionalna rehabilitacija
- Psihoterapija- kognitivno-bihevioralna terapija je prva
- Porodična terapija
- Farmakoterapija

LITERATURA

1. Žigić D. i sar. Opšta medicina-porodična medicina. AS Delo, Zemun. Beograd, 2003.
2. Kaplan H.I, Sadock B.J. Psychiatry. American Psychiatric Association. 1995.
3. http://www.bcchildrens.ca/NR/rdonlyres/6E51B8A4-8B88-4D4F-A7D9--13CB9F46E1D6/11051/headss20assessment20guide1.pdf
4. http://www.aap.org/pubserv/psvpreview/pages/Files/HEADSS.pdf
5. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000341.htm

11

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 11

Javno zdravstvo

Vrijeme	Metode učenja/ edukacije	Tema edukacije i predavači	Nastavni ciljevi	Dodatni izvori informacija
9.00-12.00	Predavanja sa praktičnim primjerima i diskusijom	• Reformske promjene u sektoru primarne zdravstvene zaštite i koncept porodične medicine u Federaciji BiH • Procjena zdravstvenih zahtjeva i potreba pripadajuće populacije putem tehnike socijalno medicinske dijagnostike • Planiranje, programiranje, i evaluacija zdravstvene zaštite populacionih skupina . • Zdravstveno-statističko izvještavanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) • Planirane aktivnosti na sistematskim pregledima djece i odraslog stanovništva.	Nakon edukacije polaznik će biti osposobljen za : • identifikaciju zdravstvenih potreba i zahtjeva populacije, • definiranje vodećih faktora rizika i osjetljivih populacionih skupina, • definiranje, implementaciju i evaluaciju programa zdravstvene zaštite , • evidenciju i sistem izvještavanja.	1. Strategija za razvoj Primarne zdravstvene zaštite, Federalno ministarstvo zdravstva 2006., dostupno na http://www.fmoh.gov.ba 2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti u Federaciji BiH 2010, dostupno na http://www.fmoh.gov.ba
12.00-13.00 Pauza za ručak				
13.00-16.00	Predavanja sa praktičnim primjerima i diskusijom	• Menadžment hroničnih nezaraznih oboljenja puten nadzora faktora rizika • Preventivni programi u PZZ /timu obiteljske medicine (neadekvatna ishrana, nedovoljna fizička aktivnost pušenje, hipertenzija) • Promocija zdravlja	Nakon edukacije polaznik će biti osposobljen za : • identifikaciju, evidenciju i nadzor prevevodećih faktora rizika • definiranje potreba, planiranje, • provođenje i evaluaciju preventivnih programa i intervencija promocija zdravlja	1.Politika mladi i zdravlje u BiH, dostupno na www.fmoh.gov.ba 2.Politika za hranu i ishranu u Federaciji BiH, dostupno na www.fmoh.gov.ba 3.Strategija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u Federaciji BiH, dostupno nawww.fmoh.gov.ba

CILJEVI, METODE I SADRŽAJ PROCJENE ZAHTJEVA I POTREBA ZA ZDRAVSTVENOM ZAŠTITOM PRIPADAJUĆE POPULACIJE PUTEM SOCIJALNO MEDICINSKE DIJAGNOSTIKE U RADU TIMA OBITELJSKE MEDICINE

Cilj edukacije: Osposobljavanje tima obiteljske medicine da ovlada u procjeni zahtjeva i potreba za zdravstvenom zaštitom opredjeljene populacije putem socijalno-medicinske dijagnostike, u skladu sa prioritetima i resursima, a što će pomoći da se unaprijedi zdravlje stanovništva i smanji nejednakost, a pružena medicinska zaštita bude adekvatnija, racionalnija i kvalitetnija.

Znanja: Usvajanje znanja tima opće/obiteljske medicine o izradi socijalno-medicinske dijagnoze pripadajuće populacije s ciljem pripreme plana i programa rada imajući u vidu prioritetne probleme stanovništva.

Vještine: Razvijanje vještina tima opće/obiteljske medicine u procjeni trenutnog stanja zdravlja u pripadajućoj populaciji i stvaranje uslova za rad na očuvanju i unapređenju zdravlja baziranim na zdravstvenim potrebama.

Metod edukacije: Predavanje, diskusija, praktičan rad, instrukcije za praktičnu primjenu.

Formulacija problema

Definicija i koncept procjene zahtjeva i potreba za zdravstvenom zaštitom pripadajuće populacije putem socijalno medicinske dijagnostike

Osnovni uslov za dobro planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite na određenoj teritoriji je adekvatna procjena zdravstvenih potreba i zahtjeva zajednice.
Ljudske potrebe su mnogobrojne: od fizioloških potreba, preko potreba za fizičkom sigurnosti, samopoštovanjem i poštovanjem općenito, pri čemu je važno kontinuirano zadovoljavanje istih. Potrebe za zdravljem imaju posebnu vrijednost, jer su one preduslov za razvoj punog životnog potencijala pojedinca.

Zdravstvene potrebe (potrebe za zdravstvenom zaštitom)

Zdravstvene potrebe predstavljaju onu količinu zdravstvenih usluga koje treba u određenom vremenu pružiti da bi se očuvalo i unaprijedilo zdravstveno stanje koliko to omogućava postojeće medicinsko znanje i tehnologija. One mogu biti: potrebe pojedinca, porodice, grupe stanovništva i zajednice.

U širem smislu, zdravstvene potrebe bi bile one čije zadovoljavanje omogućava da se zdravlje održava na nivou fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja u skladu sa definicijom zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije. U užem smislu, zdravstvene potrebe se definišu kao nedostatak ili oštećenje zdravlja.

Zdravstvene potrebe mogu biti *opažene* (shvaćene, participirne) i *neopažene* (neshvaćene), u zavisnosti od intenziteta poremećaja, zdravstvene i opće kulture pojedinca.

Zahtjevi za zdravstvenom zaštitom

Zahtjevi za zdravstvenom zaštitom predstavljaju onu količinu i vrstu zdravstvenih usluga koje potražuje pojedinac, porodica, grupa stanovništva ili zajednica. Da bi se potreba manifestovala zahtjevom, neophodno je da postoji motiv da se zatraži zdravstvena zaštita kao i da ostoji zdravstvena

organizacija ili pojedinac od koga se može zatražiti usluga. (2)
Zahtjevi za zdravstvenom zaštitom mogu biti *potencijalni i izraženi*. Potencijalni zahtjevi su ekvivalent zdravstvenim potrebama, a izraženi zahtjevi korištenju zdravstvene zaštite. Broj zahtjeva je zato uvijek veći od korištenja zdravstvene zaštite.

Starost i pol su veoma važni denominatori ispoljavanja zahtjeva za zdravstvenim uslugama: starenjem raste broj zahtjeva za uslugama. Također, žene fertilne dobi (starost 15-49 godina) imaju veći broj zahtjeva za zdravstvenim uslugama nego muškarci.

Šematski, odnos zahtjeva i potreba se može prikazati kao fenomen sante leda: vrh (manji dio) predstavlja zahtjeve, dok veći dio (ispod površine) predstavlja zdravstvene potrebe.

Korištenje zdravstvene zaštite predstavlja realizaciju zahtjeva za zdravstvenom zaštitom.

Svrha poznavanja zahtjeva i potreba za zdravstvenom zaštitom je da se sakupe informacije koje će proizvesti promjene korisne za zdravlje stanovništva.

Socijalnomedicinska dijagnostika zajednice

Zaštita zdravlja stanovništva predstavlja jednu od najznačajnijih djelatnosti usmjerenih na zadovoljenje zdravstvenih potreba, za što je osnov poznavanje zajednice u cjelini u interakciji zdravstveno-socijalnog, kulturnog i ekonomskog okruženja, sa ciljem definisanja prioriteta za djelovanje i planiranja zdravstvene zaštite.

Socijalnomedicinska dijagnostika je proces prikupljanja, mjerenja i analiziranja objektivnih pokazatelja-indikatora o zdravstvenom stanju stanovništva i funkcionisanju zdravstva na istom području.

U mjerenju zdravstvenog stanja se koriste *individualni pristup,* gdje je jedinica posmatranja pojedinac i *javnozdravstveni pristup*, gdje je jedinica posmatranja stanovništvo ili odabrana populaciona grupa. Razlike se odnose na jedinicu posmatranja i vrijeme ocjene. Individualni pristup podrazumijeva posmatranje oboljenja/simptoma, a socijalnomedicinski pristupom se utvrđuju zdravstveni problemi zajednice, rizikofaktori, uzroci nastanka, mehanizmi širenja, različiti uticai, mogućnosti prevencije i rješavanja zdravstvenog problema.
Za procjenu zdravstvenog stanja stanovništva određeneog područja se koriste direktni i indirektni pokazatelji, kao što su:

- Demografski podaci
- Vitalni događaji
- Pozitivni indikatori zdravstvenog stanja
- Negativni indikatori zdravstvenog stanja

Demografski pokazatelji

Demografija je nauka koja se bavi proučavanjem stanovništva kroz kvantitativna obilježja: broj stanovnika, starosna i polna struktura, biološki tip stanovništva.

Broj i starosna struktura stanovništva jednog područja se stalno mijenjaju kao posljedica prirodnog i migracionog kretanja stanovništva. Ove promjene mijenjaju obim i sadržaj zdravstvenih potreba stanovništva. Informacije o promjenama u stanovništvu imaju veliki značaj za planiranje zdravstvene zaštite.

Osnovni izvor podataka o stanovništvu je popis stanovništva. Kako je posljednji popis stanovništa u Bosni i Hercegovini izvršen 1991. godine, od tada se koriste procjene broja i strukture stanovništva.

Biološki tip stanovništva određenog područja se određuje na osnovu starosne strukture posmatrajući učešće dobnih grupa stanovništva. Prema Sundbergu, tip stanovništva može biti: progresivan, stacionaran ili regresivan u zavisnosti od učešća starosnih podgrupa u ukupnom stanovništvu

Biološki tip	**Starosne grupe**		
	0-14 godina (%)	**15-49 godina (%)**	**50 i više godina (%)**
Progresivan	40	50	10
Stacionaran	33	50	17
Regresivan	20	50	30

Vitalni pokazatelji

Vitalni pokazatelji predstavljaju pokazatelje prirodnog kretanja stanovništva koje je posljedica rađanja i umiranja u određenom vremenskom periodu na određenoj teritoriji i to su:

Stopa nataliteta: $\frac{\text{Broj živorođene djece}}{\text{Broj stanovnika sredinom kalendarske godine}} \times 1000$

Visokim natalitetom se smatra natalitet preko 20/‰, srednjim od 15-19, a niskim ispod 14‰.
Na vrijednost stope nataliteta utiče broj žena fertilne dobi, reproduktivna moć žena fertilne dobi, pismenost, kultura, religija, opća socio-ekonomska situacija i drugo.

Stopa mortaliteta: $\frac{\text{Broj svih umrlih u toku godine}}{\text{Broj stanovnika sredinom kalendarske godine}} \times 1000$

Mortalitet dojenčadi: $\frac{\text{Broj umrle dojenčadi u toku godine}}{\text{Broj živorođene djece tokom iste godine}} \times 1000$

Prirodni priraštaj: $\frac{\text{Broj rođenih-broj umrlih u toku godine}}{\text{Broj stanovnika sredinom kalendarske godine}} \times 1000$

Prirodni priraštaj je pokazatelj obnavljanja stanovništva. Na vrijednost prirodnog priraštaja utiču stopa rađanja, umiranja, broj žena fertilne dobi, starosna struktura stanovništva, opća socio-ekonomska situacija i drugo.

Pozitivni indeksi zdravlja

U pozitivne indekse zdravlja spadaju pokazatelji psihofizičke kondicije zajednice a na osnovu antropometrijskih, psihometrijskih, sociometrijskih i bioloških mjerenja.

Antropometrijska mjerenja se provode s ciljem proučavanja uticaja faktora sredine na fizički razvoj stanovništva mjerenjima visine, težine, obima glave itd. I provode se kroz sporadična istraživanja.

Psihometrijskim mjerenjima se određuju psihičke sposobnosti i karakteristike stanovništva.

Sociometrija proučava odnose, ponašanje i reakcije u zajednici.
Biološka mjerenja podrazumijevaju procjenu individualnih u odnosu na standardne vrijednosti (npr. pretrage krvi, urina itd.)

Negativni indeksi zdravlja

Negativni indeksi zdravlja podrazumijevaju:

- Morbiditet
- Mortalitet
- Invalidnost
- Apsentizam

Morbiditet i moratilet sui najčešće korišteni pokazatelji koji služi za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva. Koriste se opće i specifične stope. Izračunavaju se kao odnos registrovanog broja oboljenja i broja stanovnika, te pomnoži sa 1000 ili 10.000 u zavsinosti od veličine populacije.

Ciljevi procjene zdravstvenih zahtjeva i potreba pripadajuće populacije putem socijalno medicinske dijagnostike

- Utvrditi sastav i strukturu pripadajuće populacije, te probleme u zajednici
- Poznavati vitalne događaje, kao i pokazatelje zdravlja pripadajuće populacije
- Odabrati prioritete na koje se može uticati programskom zdravstvenom zaštitom
- Implementirati mjere, aktivnosti i/ili programe kojima se može uticati na prioritetne probleme zajednice
- Odabrati pokazatelje/indikatore za praćenje promjena
- Podrška reformskim promjenama u zdravstvu u smislu jačanja preventivnog pristupa naspram pretežno kurativnog

Faze u implementaciji procjene zdravstvenih zahtjeva i potreba pripadajuće populacije

- Poslije utvrđivanja socijalno-medicinske dijagnoze pripadajućeg stanovništva, odabira prioriteta i implementacije odabranim aktivnosti ili programa, godišnje pratiti odabrane pokazatelje
- Praćenjem korištenja zdravstvene zaštite u skladu sa zdravstvenim potrebama i zahtjevima, planirati raspodjelu vremena tima opće/obiteljske medicine i modificirati sadržaj rada tima.

LITERATURA

1. Cucić V, Socijalna medicina, Savremena administracija, 2000., Beograd
2. Jakšić Ž, Kovačić L, Socijalna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
3. National Insitute for Health and Clinical Excellence, Health needs assessment:Apractical guide, 2005.
4. Nikšić D, Praktikum iz socijalne medicine sa teorijskim osnovama, Sarajevo, 2007.
5. Smajkić A. Socijalna medicina sa organizacijom zdravstva, Sarajevo, 1997.
6. Hrabač B.i suradnici, Socijalna medicina, Sveučilište u Mostaru, Mostar 2010, ISBN 978-9958-690-72-3.
7. Strategija za razvoj Primarne zdravstvene zaštite, Federalno ministarstvo zdravstva 2006, dostupno na www.fmoh.gov.ba

PLANIRANJE, PROGRAMIRANJE I EVALUACIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE STANOVNIŠTVA

Cilj edukacije: Razumijevanje procesa planiranja, programiranja i evaluacije zdravstvene zaštite stanovništva kroz rad timova obiteljske medicine.

Znanja: Usvajanje znanja o značaju procesa planiranja, programiranja i kasnije evaluacije u svakodnevnoj praksi.

Vještine: Razvijanje vještina za izradu plana i programa zdravstvene zaštite za pripadajuće stanovništvo/korisnike.

Metod edukacije: Interaktivno predavanje, diskusija i primjer sa instrukcijama za praktičnu izradu programa.

Formulacija problema

U teoriji savremenog menadžmenta koja se bazira na planiranju, organiziranju, upravljanju i kontroliranju resursa, sve veća pažnja se posvećuje planiranju kao proaktivnom pristupu u postavljanju ciljeva, sa stvaranjem okruženja koje omogućuje odvijanje aktivnosti u željenom pravcu.

Obzirom na aktuelnu reformu Primarne zdravstvene zaštite kroz organizaciju timova obiteljske medicine i njihovu kontinuiranu edukaciju, otvaraju se mogućnosti i potreba za usvajanjem znanja i vještina menadžerskog planiranja i programiranja u zdravstvenoj zaštiti stanovništva. Neophodna je izmjena stavova zdravstvenih radnika u odnosu na promociju zdravlja, prevenciju oboljenja i integrirani menadžment oboljenjima što neophodno uključuje i javnozdravstvene metode i pristupe. Narastanje zdravstvenih troškova i ograničena sredstva za zdravstvenu zaštitu vodi ka nejedna-kom pristupu zdravstvenoj zaštiti – geografski pristup, pristup humanim resursima, finasijski pristup.

Planiranje zdravstvene zaštite

Planiranje predstavlja dinamičan proces predviđanja aktivnosti, sredstava i mjera za realizovanje planiranih ciljeva. Stoga je planiranje *funkcija izbora ciljeva i politike,* programa i postupaka u svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva. Krajnji cilj koji treba ostvariti u zdravstvenoj zaštiti je poboljšanje i unapređenje zdravlja stanovništva.
Za zdravstveni sektor koji mora biti održiv, racionalan i efikasan, planiranje znači definiranje prioriteta u uslovima limitiranih izvora finansiranja i prilagođavanje zdrav-stvenih ustanova u aktuelnu zdravstveno- socijalnu i ekonomsku tranziciju. Reformski trendovi u zdravstvenom sektoru zahtjevaju racionalizaciju resursa, a planiranje predstavlja postavljanje ciljeva koji uključuju izvršenje efikasnih i efektivnih zdrav-stvenih usluga.
Sa stanovišta vremenskog perioda, planiranje može biti za kratkoročni (1-3 godine), srednjoročni (do 10 godina) i dugoročni period (10 i više godina).
Sa stanovišta veličine područja, planovi mogu biti općinski, kantonalni, entitetski i državni.

Nivoi planiranja u zdravstvenim institucijama su:

1. *strateško planiranje sa definiranjem dugoročnih ciljeva u trajanju 5 i više godina*
2. *taktičko planiranje sa ciljevima srednjoročnog karaktera u trajanju 1-5 godina*
3. *operativno planiranje za definiranje ciljeva kratkoročnog perioda 1-12 mjeseci.*

Strateško planiranje zahtijeva poznavanje interakcija sa okolinom – položaj zdravstvene ustanove u sistemu, definiranje resursa (kadar, prostor, oprema, usluge) i fokusiranje na dugoročne ciljeve. Strateško planiranje predstavlja primarnu odgovornost top menadžera i upravnih odbora ali uključuje i učešće rukovodioca svih nivoa, i ima za cilj osiguranje procesa prilagođavanja zdravstvene ustanove na sve unutrašnje i vanjske promjene prije nego se one pojave, kao i definiranje ciljeva za budućnost i izrada akcionih planova kratkoročnih aktivnosti sa dugoročnim efektima.

Taktičko i operativno planiranje predstavlja definiranje kratkoročnih ciljeva i aktivnosti čija je glavna funkcija da omoguće implementaciju definiranog u strateškom planiranju, a realizira se od strane rukovodioca službi, odjela i konačno voditelja timova obiteljske medicine. Operativni plan je dinamička razrada usvojenog tekućeg plana i uglavnom se utvrđuje za period od mjesec dana
Sa stanovišta predmeta koji obuhvataju, integralni dijelvi jedinstvenog plana zdravstvene institucije su:

1. Plan medicinske djelatnosti, odnosno plan vrste i obima zdravstvenih usluga
2. Plan i vrsta nemedicinskih usluga
3. Plan kadrova
4. Plan troškova poslovanja
5. Plan ukupnog prihoda itd.

Programi zdravstvene zaštite

Bez dobrog planiranja i programiranja zdravstvene zaštite nema ni dobrog provođenja aktivnosti. Ključne aktivnosti u izradi planova i programa zdravstvene zaštite su:

1. *proučavanje potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom*
2. *efektivnost i cost-efektivnost ponuđenih zdravstvenih usluga*
3. *analiza raspoloživih službi i usluga.*

Program zdravstvene zaštite predstavlja detaljnu kvantifikacija i kvalifikacija postavljenih strateških ciljeva u oblasti zaštite i unapređenja zdravlja stanovništva. svega što je predviđeno planom.
Program treba sadržavati dva bitna obilježja:

1. *odražavanje stvarnih zdravstvenih potreba stanovništva procjenjen temeljnom socio-medicinskom analizom i metodom procjene zdravstvenih potreba stanovništva*
2. *da bude realno postavljen i da obuhvati sve kategorije stanovništva, posebno vulenrabilne skupine stanovništva.*

U postupku izrade planova i programa zdravstvene zaštite treba uvažavati neke opšte principe:

1. *Jedinstvenost*
2. *Sveobuhvatnost*
3. *Usklađenost*
4. *Podjela rada i timski rad*
5. *Preglednost (preciznost, jasnoća i kvantificiranost).*

Zdravstvena zaštita u programima treba da obuhvati ukupno stanovništvo i to sa stanovišta potreba za obezbjeđenjem svih nivoa zdravstvene zaštite. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, kao i strateški dokumenti o razvoju PZZ definiraju aktivnosti koje trebaju da realiziraju timovi obiteljske medicine koji su osnovni nosioci posla u PZZ:

1. *rano otkrivanje, sprečavanje i suzbijanje uzroka oboljevanja i povrjeđivanja*
2. *briga za očuvanje zdravlja i liječenja svih članova obitelji*
3. *provodjenje mjera zdravstvene zaštite i briga o zdravstvenom stanju stanovni-štva*
4. *praćenje higijensko-epidemiološke situacije už i radnoj okolini uz preduzima-nje potrebnih mjera*
5. *kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika.*

Primarna zdravstvena zaštita naročito provodi:

1. *mjere zdravstvene zastite djece predškolskog uzrasta*
2. *brigu o njihovom zdravstvenom stanju i unapređenju zdravlja i učestvuje u podizanju psihofizičke sposobnosti*
3. *brigu o zdravstvenoj zaštiti zena za vrijeme trudnoće, porođaja i nakon porođaja, te o drugim zdravstvenim potrebama žena*
4. *mjere za promociju prirodne ishrane dojenčeta-dojenja;*
5. *mjere zdravstvene zaštite osoba sa smetnjama u razvoju;*
6. *ispitivanje nepovoljnog uticaja okoline na zdravstveno stanje i zdravstvenu sposobnost*
7. *hitnu medicinsku pomoć;*
8. *liječenje u ordinaciji, odnosno u stanu osiguranika;*
9. *kurativne i rehabilitacijske mjere;*
10. *koordiniranje i provođenje nužnih dijagnostičkih i terapeutskih postupaka.*

(Izvod iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti, FBIH 1998.)

Metode izrade planova i programa

Sadržaj metodologija rada izrade programa predstavlja dio stručnog rada.

Prvi korak – Definirati problem

U svakoj zdravstvenoj ustanovi kao dijelu sistema dinamičnog i otvorenog sistema zdravstva koji je u interakciji sa dešavanjima u cijeloj zajednici, postoje brojna dešavanja koja se mogu definirati kao prioriteti ili problemi koji zovu na akciju kao što su : prostor, oprema, distribucija i profil kadra, organizacija usluga, odnos sa drugim nivoima zdravstvene zaštite itd.
Za adekvatno definiranje problema ili prioriteta u procesu planiranja protok informacija je *"conditio sine qua non"* jer planiranje je u osnovi process prikupljanja informacija, prevodjenja i adaptiranja informacija, razumjevanje informacija i komunikacije.
U svakodnevnoj praksi u timu obiteljske medicine neophodno je imati ulazne informacije o opredjeljenom stanovništvu i njihovim zdravstvenim potrebama u datom okruženju.

Drugi korak - Razvoj metodološkog obrasca

Predloženi koncept zahtijeva podatke i informacije:

1. *Opšti populacioni podaci područja*
2. *Pokazatelji za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva*
3. *Pokazatelji higijensko-epidemiloških prilika*
4. *Aanaliza organizacije rada zdravstvene službe*
5. *Prioritetni problemi*
6. *Ciljevi programa (definiranje mjerljivih ishoda programa)*
7. *Mjere koje treba ostvariti radi realizacije ciljeva*

Kriterija za postavljanje programskih prioriteta

Pri izboru prioriteta treba voditi računa o tome da se biraju problemi kod kojih će se minimalnim ulaganjem postići maksimalni efekat. U izboru prioritetnih problema odluka se nikada ne donosi na bazi jednog kriterijuma, već na bazi što više kriterija kako bi se sveobuhvatnije doprinijelo poboljšanju zdravlja stanovništva.

1. *Frekvencija oboljenja (prevalenca, incidenca, specifični morbiditet)*
2. *Trajanje i težina oboljenja*
3. *Infektivna oboljenja*
4. *Invalidnost*
5. *Vulnerabilna populacija*
6. *Ekonomska racionalnost ulaganja u rješavanju problema itd.*

Plan i program medicinske djelatnosti, odnosno plan vrste i obima zdravstvenih usluga u timovima obiteljske medicine

Dobro organizovana obiteljska zdravstvena zaštita podrazumjeva kontinuirani rad timova obiteljske medicine koji 1/3 radnog vremena provodi u ordinaciji, 1/3 treba provoditi na terenu vršeći kućne posjete i kućna liječenja, a preostali dio se odnosi na administrativne poslove, edukaciju, grupna savjetovanja i aktivnosti promocije zdravlja. Ovakav raspored radnog vremena moguć je uz adekvatno planiranje i programiranje zdravstvene zaštite poznatog/opredjeljenog stanovništva.

Za svaku starosnu skupinu neophodno je programirati broj zdravstvenih usluga. Postoje dogovorni kriteriji (standardi), a prema zdravstvenim potrebama.

Procjena zdravstvenih potreba /Assessing Health Needs/ je sistematski metod identificiranja zdravstvenih potreba stanovništva i potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom. Metod uključuje epidemiološki i kvalitativni pristup determiniranju prioriteta i istraživanje raspoloživih resursa u svrhu dostizanja poželjnih outcoma (ishoda). U literaturi je opisan *"life-cycle model"*koji omogućava globalnu procjenu zdravstvenih potreba stanovništva, a prema starosnim grupama, u skladu sa promjenama u biološkom/fiziološkom i socijalnom životnom krugu.

Stanovništvo	**Mjesečno**		**Godišnje**	
	Ljekar	**Sestra**	**Ljekar**	**Sestra**
Dojenčad	1	1	12	12
Trudnice	1	1	9	9
Predškolska djeca	-	-	2	2
Školska djeca	-	-	2	2
Radnoaktivno stanovništvo od 45 godina od 65 godina	-		1 2	1 2

Za svaku od populacionih skupina treba postojati jasan protokol i procedura zdravstvene zaštite.

Primjer programa zdravstvene zaštite novorođenčadi i dojenčadi (protokol i procedura)*

Pregled pupkovine	Kontrola psihofizičkog razvoja
Način ishrane	Podizanje glave
Pregled kukova – način povijanja, AD kapi	Termin kada počinje da se smije
Pregled refleksa	Termin kada počinje da sjedi
Mjerenje težine i visine	Termin kada počinje da puže
Stanje uhranjenosti	Termin kada počinje da izgovara riječi
Imunizacioni status	San
Higijenski režim	Edukacija majke o prepoznavanju poremećaja

Primjer programa zdravstvene zaštite djece predškolskog uzrasta (protokol i procedura)*

Ishrana Imunizacioni status Mjerenje visine i težine Stanje uhranjenosti Pregled i kontrola koštanog sistema Pregled i kontrola vida Pregled i kontrola sluha	Pregled i kontrola govora Pregled zuba Samokontrola (mokrenje i defekcija) San Igre Dječije respiratorne bolesti Nesreće u kući (trovanja povrede, posjekotine, opekotine)

** Izvor: Mašić I. Porodična/obiteljska medicina. Avicena 2007. Sarajevo*

Pored standardanih protokola i procedura neophodno je procijeniti cjelokupnu situaciju i programirati aktivnosti na tri nivoa – zdravstvena edukacija i promocija, primarna zdravstvena zaštita i nivo sekundarne zdravstvene zaštite (konsultacije sa specijalističkim službama).

Evaluacija

Evaluacija je završna etapa procesa planiranja. Na osnovu ranije definisanih indikatora, evaluacija utvrđuje da li su ostvareni postavljeni ciljevi, da li su dostizanjem ciljeva postignuti željeni rezultati i kakav je.

LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, ("Službene novine Federacije BiH", broj 46/10)
2. Zdravstveno stanje i organizacija zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine 2009. Zavoda za javno zdravstvo FBIH.Sarajevo 2010
3. Zdravstveno-statistički godišnjak FBIH 2008. Zavod za javno zdravstvo FBIH.Sarajevo 2009.
4. Mašić I. Porodična/obiteljska medicina. Avicena 2007. Sarajevo
5. Nikšić D. Proaktikum iz socijalne medicine sa teorijskim osnovama, Sarajevo 2007.
6. Jakšić Ž, Kovačić L, Socijalna medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
7. Smajkić A. Socijalna medicina sa organizacijom zdravstva.Sarajevo 1997.
8. Pilav A. Zdravstveni indikatori i značaj njihove primjene u svakodnevnom radu.Med. Arhiv.1999;53 (4,supl. 3): 51-53
9. Pilav A, Dizdarević A.Mogućnosti za monitoring i evaluaciju prakse patronažne sestre upotrebom medjunarodne klasifikacije sestrinske prakse. Materia Socio Medica15(1-2):7-12.2003.
10. Jokić I, Dračić S, Pilav A.Značaj podataka i medicinske dokumentacije u obiteljskoj medicini i prijedlozi za poboljšanje.Acta Informatica Medica11(3-4):59-60.2003.

Zdravstveno-statističko istraživanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Cilj:
Osnovni cilj ovoga modula je edukacija timova obiteljske medicine o značaju i načinu vodjenja evidencija iz oblasti zdravstva.

Metod edukacije:
Predavanje- teoretski koncept sa instrukcijama za praktičnu primjenu; diskusija

Instrument za edukaciju:
Izvještajne tabele (dnevna evidencija, tekuća evidencija, izvještajni obrazac)

Formulacija problema

Zdravstveno-statistički informacioni sistem - pojam i definicija

Jedan od podsistema društvenog sistema je zdravstveno-statistički sistem koji predstavlja trasfer informacija između pojedinih oblasti zdravstvene zaštite i čini temelj za praćenje, planiranje, programiranje i usmjeravanje razvoja zdravstvene zaštite i zdravstvene djelatnosti.
Sve ove aktivnosti su usmjerene ka jednom cilju-unaprjeđenju i poboljšanju zdravstvenog stanja cjelokupnog stanovništva.

Zdravstveno-statistički informacioni sistem je važan za zdravstveno planiranje i kreiranje zdravstvene politike. Važan značaj leži i u monitoringu zdravstvenih usluga i programa, te za evaluaciju tih uticaja u unaprjeđenju zdravstvenog stanja stanovništva. Ovaj sistem je bitan osobito u smislu preraspodjele resursa na nivou države.

Osnovna uloga zdravstveno-informacionog sistema je da obezbjedi informacije o demografskoj situaciji, o zdravstvenom profilu države, koštanju i djelatnosti zdravstvenih službi i programa.

Zdravstveno-statistički informacioni sistem čine četiri komponente:

- Prikupljanje podataka
- Obrada podataka
- Publikovanje
- Pohranjivanje informacija

Sistem evidencija u zdravstvu

Jednim od najznačajnijih dijelova stručno-medicinskog rada smatra se prikupljanje i korištenje podataka o zdravstvenoj zaštiti, odnosno o zdravstvenoj službi. Prikupljanje informacija iz oblasti zdravstva vrši se vođenjem evidencija po jedinstvenim statističkim standardima i metodološkim principima korištenjem jedinstvenih definicija, klasifikacija i nomenklatura, što čini bazu za jedinstveni informacioni sistem.

Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva propisuje da su sve zdravstvene ustanove, nadležni organi uprave kao i zdravstveni radnici koji samostalno u vidu zanimanja pružaju usluge zdravstvene zaštite, dužne voditi evidenciju. Pri vođenju evidencije, zbog obezbjeđenja jedinstvenog sistema istraživanja primjenjuju se jedinstveni statistički standardi (definicije, nomenklature i klasifikacije) čime se obezbjeđuje uporedivost podataka na svim nivoima, samim tim i na međunarodnom nivou.

Prema utvrđenoj metodologiji, sistem evidencija u zdravstvu se odvija u tri faze:

1. upisivanje podataka u osnovnu medicinsku dokumentaciju
2. upisivanje podataka u obrasce dnevne evidencije o radu i oboljenjima. Obrasci dnevne evidencije su pomoćni obrasci koji predstavljaju vezu između obrazaca osnovne medicinske dokumentacije i izvještajnih obrazaca, a osnovna upotreba je za sastavljanje periodičnih izvještaja.
3. upisivanje podataka u izvještajne obrasce, tj. Zbirne periodične izvještaje.

Periodični izvještaji o radu zdravstvenih ustanovadostavljaju sve zdravstvene ustanove na obrascima zakonski propisanima. Dostavljanje se vrši nadležnom Kantonalnom zavodu za javno zdravstvo, propisanom dinamikom. (tromjesečno u roku od 30 dana po isteku tromjesečja), a Kantonalni zavodi za javno zdravstvo izvještavaju Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH.

Izvještaj o radu Primarne zdravstvene zaštite (Obrazac br 02.0A)

Izvještaj o radu Primarne zdravstvene zaštite sadrži podatke o:

- Vrsti službe, vrsti zdravstvene zaštite koja djeluje na nivou PZZ
- Mreži
- Zdravstvenim radnicima po profilima
- Zdravstvenim suradnicima
- Preventivnom radu u PZZ
- Posjetama u ordinaciji po vrstama zdravstvenih radnika
- Kućne posjete
- Usmjerenje pacijenata ka specijalistima i na laboratorijske pretrage

Mreža

Vrsta službe, vrsta zdravstvene zaštite

Pod „Službom“ se podrazumijeva dio zdravstvene ustanove, odnosno organizaciona jedinica koja pruža određeni vid zdravstvene zaštite ili zdravstvenu zaštitu određenim grupama stanovništva.

Mjesto-punkt

Mjesto ili punkt predstavlja **arhitektonsku cjelinu** u kojoj se pruža zdravstvena zaštita.

Broj ordinacija

Podrazumijeva ukupan broj ordinacija koje ima služba na određenom punktu (u jednom punktu može biti više ordinacija)

Kadar

Radni tim

Radni tim čine doktor medicine ili doktor stomatologije ili doktor medicine-specijalista i jedan ili više zdravstvenih tehničara sa višom ili srednjom stručnom spremom prema standardima za određenu vrstu zdravstvene zaštite. Broj radnih timova bi trebao odgovarati broju doktora ako se uzme u obzir da su oni uglavnom nosioci radnog tima.

U dio izvještajnog obrasca“Zdravstveni radnici“ upisuju se svi zdravstveni radnici razvrstani po profilima zdravstvenih usmjeranja, a koji su radili u izvještajnom periodu.

Zdravstveni saradnici

Zdravstveni saradnici su osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i učestvuju u dijelu pružanja zdravstvene zaštite.

Rad

Preventivni rad

Sistematski pregledi predstavljaju pregled određenih grupacija stanovništva (predškolska i školska djeca, radnici...) i pojedinaca prema utvrđenom načinu rada u svrhu utvrđivanja zdravstvenog stanja

Periodični pregled podrazumijeva sistematski ili ciljani pregled radnika koji rade na radnim mjestima sa posebnim uvjetima rada i obavljaju se prema propisanom načinu rada (vrsta, sadržaj i obim pregleda) u propisanim rokovima.

Kontrolni pregled poslije sistematskih i periodičnih pregleda podrazumijeva ponovni pregled određenih grupacija stanovništva i pojedinaca koji se vrši nakon sistematskih i periodičnih pregleda, a u cilju utvrđivanja mjera poduzetih nakon sistematskih i periodičnih medicinskih pregleda.

Pregledi u cilju zapošljavanja obavljaju se prema utvrđenom načinu za osobe koje su u procesu zapošljavanja.

Posjete

Pod terminom ***„posjeta“*** se podrazumijeva kontakt licem u lice sa ljekarom, odnosno ostalim zdravstvenim radnicima (sa višom i srednjom stručnom spremom) u ordinaciji ili savjetovalištu u svrhu pružanja medicinske pomoći, za određeno oboljenje/stanje odnosno radi dobijanja savjeta u vezi sa vlastitim zdravljem ili zdravljem člana porodice, u izvještajnom periodu.
Kućna posjeta podrazumijeva kontakt licem u lice sa ljekarom, odnosno ostalim zdravstvenim radnicima (sa višom i srednjom stručnom spremom) u kući bolesnika radi pružanja medicinske pomoći.

Dnevna evidencija pregleda i posjeta u službama PZZ (Obrazac br.2-01-30)

Upisivanje podataka potrebnih za sastavljanje zbirnih periodičnih izvještaja vrši se u osnovnu medicinsku dokumentaciju za svakuosobu kja se obratila odgovarajućoj službi zdravstvene ustanove zbog pružanja zdravstvene zaštite, odnosno drugih usluga. Sastavljanje odgovarajućih zbirnih periodičnih izvještaja vrši se uz upotrebu tzv. „Pomoćnih obrazaca“ koji služe kao veza između osnovne medicinske dokumentacije (zdravstveni karton, istorija bolesti, protokol) i zbirnih periodičnih izvještaja.
Izvor podataka za popunjavanje dnevne evidencije pregleda i posjeta je zdravstveni karton pacijenta
Zbog specifičnosti izvještavanja pojedine službe u PZZ dostavljaju svoje izvještaje na posebnim izvještajnim obrascima:

- Izvještaj o radu službe za zdravstvenu zaštitu žena
- Izvještaj o radu hitne medicinske pomoći
- Izvještaj o radu patronažne djelatnosti
- Izvještaj o radu službe za plućne bolesti i TBC
- Izvještaj službe za radiologiju (rentgen)

Izvještavanje o oboljenjima,stanjima i povredama u PZZ

Izvještavanje se vrši u skladu sa važećom Desetom međunarodnom klasifikacijom bolesti, povreda i uzroka smrti (MKB).

Izvještavanje se vrši na „pomoćnim obrascima“ tekuće evidencije koje služe za formiranje mjesečnih, odnosno tromjesečnih izvještaja koji se dostavljaju nadležnim kantonalnim zavodima za javno zdravstvo.

Pod oboljenjem, odnosno stanjem utvrđenim prilikom pregleda podrazumjevaju se rezultati ljekarskog i drugih pregleda koji se može podvesti pod jednu od kategorija ili podkategorija važeće revizije, sada X MKB. U tabelama morbiditeta registriranog u ambulantno polikliničkoj djelatnosti registriraju se konačne dijagnoze. Konačna dijagnoza se upisuje onda kada je ljekar utvrdi prilikom posjeta-pregleda ili nakon više posjeta. Ukoliko se radi o hroničnim oboljenjima oni se registriraju za jednog pacijenta samo jednom u toku izvještanog perioda za tekuću godinu. Ponovnom posjetom u narednoj godini (od 01.01.) po istoj dijagnozi ponovno se registrira jednom za tu godinu. Svako novo akutno

oboljenje ili stanje se šifrira u skladu sa postavljenom dijagnozom.
Ako dijagnoza nije postavljena, ljekar upisuje glavni simptom (R00-R99) ili problem i šifru tog zdravstvenog problema (Z00-Z99).

Povrede:

Povrede se po X MKB šifriraju sa dvije šifre, odnosno

1. vrsta povrede (topografski po poglavljima S i T) i
2. po vanjskom uzroku povreda (poglavlja X,Y, V,W)

LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, („Službene novine Federacije BiH", broj 46/10)
2. Zdravstveno stanje i organizacija zdravstvene zaštite u Federaciji Bosne i Hercegovine 2009. Zavoda za javno zdravstvo FBIH.Sarajevo 2010
3. Zdravstveno-statistički godišnjak FBIH 2008. Zavod za javno zdravstvo FBIH.Sarajevo 2009.

POJAM I KONCEPT PROMOCIJE ZDRAVLJA I IMPLEMENTACIJA U TIMU OBITELJSKE MEDICINE

Cilj edukacije: Razumijevanje značaja determinanti zdravlja i faktora rizika, nivoa prevencije i nadzora faktora rizika, kao i značaja promocije zdravlja u radu timova obiteljske medicine.

Znanja: Usvajanje znanja o identifikaciji i monitoringu faktora rizika, nivoa prevencije i značaju intervencija promocije zdravlja u svakodnevnoj praksi tima obiteljske medicine.

Vještine: Razvijanje vještina za definiranje ciljeva i prioriteta u preventivno-promotivnom radu, izrade plana i sadržaja intervencija kao i mehanizama evaluacije ishoda preventivno-promotivnih intervencija za pripadajuće stanovništvo/korisnike.

Metod edukacije: Interaktivno predavanje, diskusija i primjer sa instrukcijama za praktičnu izradu programa.

Formulacija problema

Promocija zdravlja predstavlja instrument za organizirano djelovanje svih sektora zajednice, ustanova i pojedinaca u cilju unapređenja zdravlja stanovništva. Po povelji iz Otawe, promocija zdravlja se definira kao sveobuhvatni socijalni i politički proces koji omogućuje ljudima da kontroliraju i unaprijede svoje zdravlje, identificirajući pet prioritetnih područja: razvoj politike zdravog življenja, stvaranje okoliša koji podržava koncept zdravlja, jačanje akcija zajednice za zdravlje, razvijanje individulanih vještina i re-orijentacija zdravstvenog sistema.

Ciljevi promocije zdravlja:

- Podrška zajednici u postizanju vrednovanja zdravlja kao zdravstvene i socio-ekonomske kategorije.
- Jačanje odgovornosti pojedinca za sopstveno zdravlje i osposobljavanje u mjerama očuvanja i unapređenja zdravlja.
- Podrška reformskim promjenama u zdravstvu u smislu zaokreta od terapeutskog ka preventivnom pristupu.

Faze u implementaciji intervencija promocije zdravlja:

- Definicija problema – veličina javno zdravstvenog problema u određenoj populacionoj ili nozološkoj skupini.
- Definisanje i prioritizacija ciljeva – cilj aktivnosti usmjeren na unapređenje zdravlja određene populacione skupine, definiranje rizičnih skupina.
- Izrada plana i programa aktivnosti – sadržaj aktivnosti, nosioci aktivnosti, vremensko trajanje.
- Resursi – kadar, prostor, oprema, finansijska sredstva.
- Implementacija – metode, tehnike.
- Mehanizam nadzora i evaluacije – mjerljiva procjena rezultata, indikatori.

Promocija zdravlja u radu tima obiteljske medicine

- populacione skupine (inicijative promocije zdravlja vezane za specifičnosti zahtjeva i potreba pojedinih populacionih skupina, usmjerenih na jačanje samozaštite i individualnih znanja i vještina unapređenja zdravlja, podržanih adekvatnim intervencijama promocije zdravlja u zajednici)
- vodeći javno zdravstveni problemi (edukacija pacijenata o prevenciji i nadzoru vodećih uzroka oboljevanja, smrtnosti i invalidnosti, mjere nadzora i prevencije faktora rizika, bolesti ovisnosti, faktori okoliša)
- suradnja sa mjestima / izvršiocioma aktivnosti.promocije zdravlja u zajednici (obrazovne i školske ustanove svih nivoa, zdravstvene ustanove, poljoprivredni sektor, ekologija i okoliš, nevladine organizacije itd.)

LITERATURA

1. Strategija za razvoj Primarne zdravstvene zaštite, Federalno ministarstvo zdravstva 2006, dostupno na www.fmoh.gov.ba
2. Hrabač B. i suradnici, Socijalna medicina, Sveučilište u Mostaru, Mostar 2010, ISBN 978-9958-690-72-3.
3. Strategija kontrole duhana u Federaciji BiH, Federalno ministarstvo zdravstva 2003
4. Politika mladi i zdravlje u BiH, Federalno ministarstvo zdravstva, dostupno na www.fmoh.gov.ba
5. Politika za hranu i ishranu u Federaciji BiH, Federalno ministarstvo zdravstva, dostupno na www.fmoh.gov.ba
6. Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji BiH, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH 2002

PROMOVIRANJE ZDRAVE ISHRANE I FIZIČKE AKTIVNOSTI U RADU TIMA OBITELJSKE MEDICINE

Cilj edukacije : Edukacija i osposobljavanje tima obiteljske medicine za promociju zdrave ishrane i fizičke aktivnosti i implementaciju mjera za smanjenje gojaznosti kod pripadajuće populacije.

Znanja: Usvajanje znanja tima obiteljske medicine o socijalno medicinskim aspektima gojaznosti (oštećenje zdravlja, lični i troškovi za zajednicu, promjene u obitelji i socijalne interakcije), mogućnostima identifikacije rizičnih pojedinaca i rizičnih populacionih skupina u pripadajućoj populaciji i prevencije putem adekvatnog informiranja, savjeta i edukacije pripadajuće populacije.

Vještine: Razvijanje vještina tima obiteljske medicine za informiranje, savjetovanje i edukaciju rizičnih pojedinaca i populacionih skupina o značaju zdrave ishrane i fizičke aktivnosti u prevenciji i smanjenju gojaznosti.

Metod edukacije: Predavanje - teoretski koncept sa instrukcijama za praktičnu primjenu.

Formulacija problema

Nezdrava ishrana, gojaznost i drugi poremećaji vezani za ishranu spadaju među vodeće izazove s kojim se danas susreću mnoge zemlje širom svijeta. U zadnje dvije dekade prevalenca gojaznosti se utrostručila i ako se ne poduzmu akcije, procjenjuje se da će do 2010 godine u Evropskom regionu 150 miliona odraslih i 15 miliona djece i adolescenata biti gojazno. Trenutno je u većini zemalja Evrope trenutno je 30-80% odraslih i oko 20% djece prekomjerno teško, a među djecom je trećina gojazna, što govori da su djeca su posebno ugrožena populaciona grupa,

Prekomjerna tjelesna težina i fizička neaktivnost su među vodećim riziko faktorima u nastanku niza hroničnih nezaraznih oboljenja kao što su: oboljenja srca i krvnih žila, visok krvni pritisak, šećerna bolest, moždani udar, neke vrste karcinoma (dojka, materica, jajnici, žučna kesa, debelo crijevo, pankreas, jetra bubrezi, prostata), artiritis, osteoporoza, druga oboljenja koštano mišićnog sistema itd. Poznato je da osobe s prekomjernom tjelesnom težinom imaju 2-6 puta veći rizik razvoja povišenog krvnog tlaka, da je 80% osoba sa šećernom bolesti gojazno ili prekomjerno teško, rizik od razvoja srčanog udara je značajno povećan kod odraslih, djeca s prekomjernom tjelesnom težinom imaju 3-5 puta veći rizik od nastanka srčanog ili moždanog udara prije 65-te godine života). Zatim, kod gojaznih ljudi češće su povišene vrijednosti holesterola u krvi (nivo holesterola u krvi ovisi o unosu zasićenih masti koje se svakodnevno hranom unose u organizam), a gojaznost se povezuje i sa prijevremenom smrtnosti (npr. smrtnost gojaznih muškaraca je značajno veća u odnosu na smrtnost normalno uhranjenih muškaraca).

Nepravilne prehrambene navike i fizička neaktivnost su prisutne i na našim prostorima. Tako su nedavna istraživanja stanja uhranjenosti na području Federacije BiH,ustanovila da u populaciji odraslih ima čak 41% prekomjerno teških, malo više među muškarcima (48,4%) nego među ženama (35,9%), i 21.5% gojaznih ljudi, više među ženama (25%) nego među muškarcima (16,5%), a najnovije istraživanje na djeci starosti 0-5 godina je pokazalo da je čak 17% djece starosti 0-5 god. u F BiH prekomjerno teško. Samo 15% odraslih se bavi umjerenom fizičkom aktivnošću, a neaktivna su i djeca, pa je tako među školskom djecom starosti 11-13 godina stopa fizički neaktivnih iznosi 27,2%.

Algoritam aktivnosti prevencije i smanjenja gojaznosti

1. Određivanje stanja uhranjenosti (visina, težina, ITM), stepena fizičke aktivnosti kod svakog pacijenta najmanje jednom godišnje pri posjeti ambulanti obiteljske medicine
2. Evidencija stanja uhranjenosti i stepena fizičke aktivnosti u dodatku za zdravstveni karton
3. Postupak sa normalno uhranjenim i fizički aktivnim pacijentom - promocija zdrave ishrane, fizičke aktivnosti u timu obiteljske medicine
4. Postupak sa prekomjerno uhranjenim/gojaznim i fizički neaktivnim pacijentom
   - procjena navika u ishrani vezanih za konzumaciju masnoća
   - promjena u navika u ishrani, povećanje stepena fizičke aktivnosti, savjetovanje o smanjenju tjelesne težine

1. Određivanje stanja uhranjenosti i stepena fizičke aktivnosti

Kod svakog pacijenta odrediti stanje uhranjenosti mjerenjem visine i težine, i određivanjem indeksa tjelesne mase ITMa.
Kod svakog pacijena ustanoviti stepen fizičke aktivnosti pomoću kratkog upitnika (vidi dalje)

2. Evidentiranje stanja uhranjenosti i stepena fizičke aktivnosti

Nakon obavljenih mjerenja i provjere stepena fizičke aktivnosti, unijeti podatke u odgovarajuće rubrike u zdravstvenom kartonu

Ime i prezime_____

Visina (cm)	
Težina (kg)	
Vrijednost ITMa(TTkg/TVm^2)	

Granične vrijednosti ITMa : Podhranjenost ITM< 19;Normalna težina ITM 19-24.9; Prekomjerna težina ITM 25-30; Gojaznost ITM>30prvi stepen gojaznosti ITM 30,0 - 34,9, drugi stepen gojaznosti ITM 35,0 - 39,9, treći stepen gojaznosti ITM >40,0.

1. Da li se bavite fizičkom aktivnošću? a. da b. ne
2. Koliko vremena provodite u šetnji (računajući odlazak i dolazak s posla bez upotrebe prevoznih sredstava)? a. dnevno_____ b. u sedmici_____
3. Koliko vremena posvećujete aktivnostima kao što su plivanje, vožnja bicikla, ples, rad u bašti, teži kućni poslovi? a. dnevno_____ b. u sedmici_____
4. Koliko vremena posvećujete intenzivnijim fizičkim aktivnostima (sportske aktivnosti)?
   a. dnevno_____ b. u sedmici_____

3. Postupak sa normalno uhranjenim i fizički aktivnim pacijentom: promocija zdrave ishrane i fizičke aktivnosti u timu obiteljske medicine

Preventivne aktivnosti predstavljaju sastavni dio prakse tima obiteljske medicine, pri čemu posebnu pažnju liječnika i sestre u timu obiteljske medicine treba da zauzimaju rizični pojedinci i populacione skupine kao što su predškolska i školska djeca, mladež, stari itd., kod kojih treba promovirati zdravu ishranu i bavljenje fizičkom aktivnosti. Kako svaka od ciljnih spolnih i dobnih skupina, kao i svaki pojedinac ima određene specifičnosti, od članova tima obiteljske medicine zahtjeva se poznavanje i odabir adekvatnih sadržaja i tehnika i preventivnog rada. Prilikom svake posjete upitati pacijenta da li i dalje upražnjava uravnoteženu ishranu i dati savjet o koristima zdrave ishrane i fizičke aktivnosti.

4. Postupak sa prekomjerno uhranjenim pacijentom - smanjenje tjelesne težine u timu obiteljske medicine

4.1 Određivanje navika u ishrani pomoću kratkog upitnika za procjenu sadržaja masti, koje su zbog energetske gustoće i sadržaja, identificirane kao glavni faktori ishrane koji doprinose razvoju gojaznosti.

Rangiranje ishrane u odnosu na unos masti - rezultati

Namirnica	**1**	**2**	**3**	**Rezultat (score)**
Mlijeko	Punomasno	Poluobrano	Obrano (jednom sedmično ili rjeđe konzumira mlijeko)	
Sir	Punomasni npr. travnički, sir za picu, gorgonzola	Srednje masni npr. Edamer, Briu, Kamamber, Gauda	S malo masti npr. mladi sir (jednom sedmično ili rjeđe jede sir)	
Namazi, kremovi	Punomasni mileram, kajmak, slatka pavlaka	Sladoled, punomasni (čvrsti) jogurt	Jogurt s malo masti (jednom sedmično ili rjeđe jede namaze)	
Puter, margarin	Debelo namazan	Tanko namazan	Veoma tanko namazan ili ne maže	
Meso (govedina, teletina, svinjetina, janjetina)	Masno meso 4 dana u sedmici ili više	Nemasno meso 4 dana u sedmici ili više	3 dana u sedmici ili rjeđe	
Prerađeni mesni proizvodi (salame, konzerv.naresci)	4 dana u sedmici ili više	2-3 dana u sedmici	Jednom sedmično ili manje	
Pržena hrana i ulja	4 dana u sedmici ili više	2-3 dana u sedmici	Jednom sedmično ili manje	
Keksi, kolači, čokolada	4 dana u sedmici ili više	2-3 dana u sedmici	Jednom sedmično ili manje	
Grickalice (čips, grisini, kikiriki)	4 dana u sedmici ili više	2-3 dana u sedmici	Jednom sedmično ili manje	
			Ukupni rezultat	

Rangiranje rezulata (scora)

Unos masti	**Dobar**	**Zadovoljavajući**	**Nezadovoljavajući**	**Veoma nezadovoljavajući**
Ukupni rezultat	**27**	**18-26**	**10-17**	**9 i manje**

4.2 . Savjetovanje o promjeni navika u ishrani i fizičkoj aktivnosti i smanjenja tjelesne težine (ljekar ili sestra)

Djelotvorno grupno savjetovanje o promjeni navika u ishrani, stepena fizičke aktivnosti i smanjenja tjelesne težine predstavlja značajan dio preventivnog rada tima obiteljske medicine, koji zahtjeva adekvatnu osposobljenost i edukaciju tima obiteljske medicine, organizaciju i uređenost prostora ambulante, dostupnost promotivno –preventivnih materijala, itd.

Prvi korak: Klasifikacija pacijenata prema sadržaju masti u ishrani prema rezultatima u kategorije - 27 - unos masti dobar, 18-26 - unos masti zadovoljavajući, 10-17 - unos masti nezadovoljavajući, 9 i manje – veoma nezadovoljavajući. Klasifikacija pacijenata prema stepenu fizičke aktivnosti: neaktivan (manje od 30 min sedmično), nedovoljno fizički aktivan (30 min dnevno manje od pet dana sedmično) i zadovoljavajuća fizička aktivnost (30 min dnevno pet i više dana sedmično)

Drugi korak: Formiranje grupa 10-15 pacijenata koji su pod visokim rizikom (gojazni, veoma nezadovoljavajući unos masti i fizički neaktivan) motiviranih za uključenje u program promjena navika u ishrani i smanjenja tjelesne težine.

Treći korak: Testiranje motivacije i spremnosti za o uključenje u program promjena navika u ishrani i smanjenja tjelesne težine. Diskutiranje rezultata testa sa pacijentima.

Četvrti korak: Organizacija grupnih savjetovanja, sa preporukom da se posebno planirane posjete za savjetovanje, u sesijama trajanja 60 min. Obavljaju ih liječnik i sestra u timu obiteljske medicine. U okviru procesa savjetovanja pacijenata o promjenama navika u ishrani i smanjenju tjelesne težine, treba nabrojati sve dobrobiti pravilne ishrane i fizičke aktivnosti, odnosno održavanja težine u poželjnim granicama. Pri tome se osvrnuti na situaciju u porodici i u okruženju (osobe koje bi bile podrška, dostupnost zdravijih namirnica, prostora za vježbanje, itd).

Tokom savjetovanja treba biti uporan i iznova iznalaziti razloge zašto bi pacijent trebao reducirati tjelesnu težinu i promijeniti prehrambene navike i baviti se fizičkom aktivnosti. Posebno je potrebno razviti strategiju borbe sa tzv. «kriznim situacijama» u kojima se pacijent vraća starim navikama i imati unaprijed pripremljen plan u smislu savjeta koji se daju pacijentima tim povodom., zatim potrebno je adekvatno savjetovati pacijente kada ispolje zabrinutost u slučaju neuspjeha itd. Potrebno je s pacijentima dogovoriti realne i održive promjene navika u ishrani, kao i odgovarajuću fizičku aktivnost, te način borbe protiv kriznih situacija odnosno nekontrolisanog i nepotrebnog konzumiranja hrane, itd. Kada se postignu promjene, ustrajavati održavanju napravljenih promjena.

LITERATURA

1. Different Methods for Nutritional Counselling in Primary Health Care, The Postgraduate Nutrition Dietetic Center, Aberdeen 1992
2. Obesity – preventing and managing the global epidemic: report on a WHO consultation, Geneva, World Health Organization, 1998 (document WHO/NUT/NCD/98.1).
3. Handbook for Primary Health Care Teams – Screening for CHD Risk Factors- Healthy Hart Campaign 1991, Ayrshire and Arran Health Board, Health Information Services, Edinburg 1991
4. Changing What You Eat, A Guide for Primary Health Care Professionals, Health Education Authority, London 1993
5. What is a Healthy Lifestyle?, World Health Organization, 1998 (document EUR/ICP/LVNG 01 07 02 E 66134).
6. The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000-2005, WHO Regional Office for Europe, 2001
7. Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji BiH, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Sarajevo 2002
8. Zdravstveno ponašanje školske djece u Federaciji BiH, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH, Sarajevo 2002
9. Multiple Claster Indicator Survey, MICS, Istraživanje o ženama i djeci, 2005
10. European Health 21 Target 11 – Healthier living, WHO Regional Committee for Europe at its forty-eight session, Copenhagen, September 1998
11. N. Zjuzin, Fizičke aktivnosti u trećoj dobi - Brošura “ Žena, sport i zdravlje”, Ministarstvo kulture i sporta Federacije BiH i Kantona Sarajevo, Sarajevo 2002

PREVENCIJA I ODVIKAVANJE OD PUŠENJA U RADU TIMA OBITELJSKE MEDICINE

Cilj edukacije: Edukacija i osposobljavanje tima obiteljske medicine za implementaciju mjera prevencije i odvikavanja od pušenja kao faktora rizika.

Znanja: Usvajanje znanja tima obiteljske medicine o socijalno medicinskim aspektima bolesti ovisnosti (oštećenje zdravlja, lični i troškovi za zajednicu, promjene u obitelji i socijalne interakcije), mogućnostima identifikacije osjetljivih populacionih skupina u pripadajućoj populaciji i prevencije putem adekvatnih informiranja, savjeta i edukacije pripadajuće populacije.

Vještine: Razvijanje vještina tima obiteljske medicine za informiranje, savjetovanje i edukaciju pacijenata o prevenciji i odvikavanju od pušenja kao i značaj koordinacije sa drugim nivoima zdravstvene zaštite u terapiji i rehabilitaciji oboljenja i stanja direktno uzrokovanih pušenjem.

Metod edukacije: Predavanje, diskusija i primjer sa instrukcijama za praktičnu primjenu.

Formulacija problema

Pušenje predstavlja vodeći pojedinačni faktor rizika po zdravlje svih populacionih skupina u većini zemalja širom svijeta. Po podacima SZO, svake godine u svijetu od posljedica pušenja umire oko 4 miliona ljudi, sa prognozom da će u slučaju odsustva efikasnih mjera kontrole duhana na internacionalnom planu, do 2020. godine od posljedica pušenja godišnje umirati do 10 miliona ljudi širom svijeta.

Izazivajući značajna oštećenja zdravlja, pušenje se direktno povezuje sa 30-40% smrti uzrokovanih kardiovaskularnim oboljenjima i 30% smrti uzrokovanih malignim neoplazmama, pri čemu je posebno značajno da se maligna neoplazma pluća 10-30 puta češće razvija kod pušača nego kod nepušača. Takođe, pušenje se povezuje i sa uzrocima smrti usljed hroničnih obstruktivnih oboljenja pluća, pri čemu se rizik od nastanka smrti usljed hroničnih obstruktivnih oboljenja pluća 5-8 puta češće razvija kod pušača nego kod nepušača. Pušenje tokom trudnoće ostavlja štetne efekte po zdravlje ne samo majke nego i novorođenčeta sa povećanim rizikom od prijevremenog poroda, smanjenje porođajne težine novorođenčeta i sklonosti djeteta ka infekcijama uha i obstruktivnim oboljenjima respiratornog trakta. Pušenje je često udruženo i sa drugim nezdravim životnim navikama kao što su konzumacija alkohola, nepravilna ishrana, neadekvatna fizička aktivnost uzrokujući multipla oštećenja zdravlja sa povećanim rizikom nastanka kardiovaskularnih oboljenja, hroničnih obstruktivnih oboljenja respiratornog trakta, malignih neoplazme bronha i pluća itd. što od tima obiteljske medicine zahtjeva adekvatne preventivne, dijagnostičke i terapeutske usluge.

U odnosu na indikatore životnog stila i navika, po rezultatima populacionih istraživanja urađenih od strane Zavoda za javno zdravstvo Federacije BiH na respektabilnim uzorcima stanovništva, evidenira se prisustvo brojnih nezdravih navika koje poprimaju razmjere faktora rizika po zdravlje staovništva.

Korištenje sredstava koja izazivaju ovisnost predstavlja značajan javno zdravstveni problem u Federaciji BiH, sa 37.6% stalnih pušača u odrasloj populaciji od čega se gotovo 50% odraslih muškaraca i 30% odraslih žena i 13.8% trenutnih pušača u populaciji školske djece i mladih, od čega 10% djevojčica i 16.8% dječaka.

Algoritam aktivnosti prevencije i odvikavanja od pušenja

1. Određivanje pušačkog statusa kod svakog pacijenta najmanje jednom godišnje prilikom posjete ambulanti obiteljske medicine iz bilo kojeg razloga
2. Evidencija pušačkog statusa u dodatku za zdravstveni karton
3. Postupak sa nepušačem - prevencija pušenja u timu obiteljske medicine.
4. Postupak sa pušačem
   - procjena stepena ovisnosti
   - odvikavanje od pušenja, savjetovanje, nikotinska zamjenska terapija i farmakoterapija.

1. Određivanje pušačkog statusa

Kod svakog pacijenta pri svakoj posjeti odrediti pušački status, postavljem pitanja da li trenutno puše ili ne.

2. Evidencija pušačkog statusa

Nakon dobijenih odgovora popuniti dodatak u zdravstvenom kartonu pacijenta.

1. Pušački status: a. pušač b. nepušač c. bivši pušač

2. Pušačka anamneza i navike:

2.1 Koliko dugo pušite:
a. do 5 godina b. 5 do 10 godina c. 10 do 20 godina d. preko 20 godina

2.2 Koliko cigareta pušite na dan:
a. do 10 cigareta b. 10-20 cigareta c. 20-30 cigareta d. 30-40 cigareta

2.3 Da li ste pokušavali da prestanete sa pušenjem a. da b. ne

2.4 Ako jeste, u koliko navrata: _____

2.5 Razlog neuspjeha:
a. Nedostatak motiva
b. Krize ovisnosti
c. Izloženost pušenju u kući
d. Izloženost pušenju na radnom mjestu
e. Nedostatak podrške i savjeta

2.6 Da li razmišljate da prestanete sa pušenjem u sljedećih šest mjeseci: a. da b. ne

3. Postupak sa nepušačem: Prevencija pušenja u timu obiteljske medicine

Preventivne aktivnosti predstavljaju sastavni dio prakse tima obiteljske medicine, pri čemu posebnu pažnju lječnika i sestre u timu obiteljske medicine zauzimaju ciljne populacione skupine kao što su predškolska i školska djeca, mladež, majke i trudnice, kod kojih treba eliminirati pušenje kao potencijalni faktor rizika. Kako svaka od ciljnih spolnih i dobnih skupina ima određene specifičnosti, od članova tima obiteljske medicine zahtjeva se poznavanje i odabir adekvatnih sadržaja i tehnika i preventivnog rada. Prilikom svake posjete upitati pacijenta da li je i dalje nepušač i dati savjet o štetnosti izloženosti duhanskom dimu zbog pušenja drugih lica.

4. Postupak sa pušačem - Odvikavanje od pušenja u timu obiteljske medicine

4.1 Obavljanje Fagerstrom-ovog test za procjenu stepena ovisnosti o nikotinu (ljekar ili sestra) koji omogućuje klasifikaciju prema stepenu nikotinske ovisnosti i ukazuje na one kojima je potrebna terapija (6 više poena)

Pitanje	**Odgovor**	**Poeni**
1. Kada po buđenju zapalite prvu cigaretu	Nakon 5 min. Nakon 6 –30 min. Nakon 31-60 min. Više od 60 min.	3 2 1 0
2. Da li Vam je teško da se suzdržavate od pušenja na mjestima gdje je to zabranjeno ?	Da Ne	1 0
3. Koje biste se cigarete najteže odrekli ?	Prve jutarnje Bilo koje druge	1 0
4. Koliko cigareta dnevno popušite ?	10 ili manje 11 do 20 21 do 30 31 i više	0 1 2 3
5. Da li više pušite u prvim časovima po buđenju, nego tokom ostatka dana?	Da Ne	1 0
6. Da li pušite kad ste bolesni i ležite u krevetu?	Da Ne	1 0

Rezultati:

0-2 veoma niska ovisnost, 3-4 niska ovisnost, 5 srednja ovisnost, 6-7 visoka ovisnost, 8-10 veoma visoka ovisnosnost. Posebno važna pitanja 2 i 4.

4.2 . Savjetovanje o prestanku pušenja (ljekar ili sestra)

Djelotvorno grupno savjetovanje za odvikavanje od pušenja predstavlja značajan dio preventivnog rada tima obiteljske medicine, koji zahtjeva adekvatnu osposobljenost i edukaciju tima obiteljske medicine, organizaciju i uređenost prostora ambulante, dostupnost promotivno –preventivnih materijala, farmakološke terapije odvikavanja itd.

Prvi korak: Klasifikacija pacijenata pušača spram stepena nikotinske ovisnosti na osnovu rezulata Fargerstrom-ovog testa u kategorije: 0-2 veoma niska ovisnost, 3-4 niska ovisnost,5 srednja ovisnost, 6-7 visoka ovisnost, 8-10 veoma visoka ovisnost.

Drugi korak: Formiranje grupa 10-15 pacijenata iz kategorije visoko rizičnih pacijenata kategorije visoke i veoma visoke ovisnosti o nikotinu (rezultati Fagerstrom-ovog testa iznad 6) motiviranih za uključenje u program odvikavanja od pušenja.

Treći korak: Testiranje motivacije i spremnosti za odvikavanje od pušenja i prijava odvikavanja od pušenja. Diskutiranje rezultata testa sa pacijentima.

Četvrti korak: Organizacija grupnih savjetovanja, sa preporukom da se posebno planirane posjete za savjetovanje, u sesijama trajanja 60 min. Obavljaju ih liječnik i sestra u timu obiteljske medicine. U okviru procesa savjetovanja pacijenata o prestanku pušenja treba nabrojati sve dobrobiti koje pacijenti stiču samim činom prestanka pušenja, upitati za situaciju u porodici i osvrnuti se na problem pasivnog pušenja a posebno izloženost djece duhanskom dimu. Tokom savjetovanja treba biti uporan i iznova iznalaziti razloge zašto bi pacijent trebao prekinuti sa pušenjem. Posebno je potrebno razviti strategiju borbe sa tzv. «kriznim situacijama» koje motiviraju pacijenta na pušenje i imati unaprijed pripremljen plan u smislu savjeta koji se daju pacijentima tim povodom, zatim potrebno je adekvatno savjetovati pacijente kada ispolje zabrinutost u smislu dobijanja na težini i sl., kao i dogovoriti datum prestanka pušenja sa pacijentom, i način borbe sa apstinencijalnim simptomima kod pacijenata prilikom prekida.

4.3 Farmakološka terapija odvikavanja (Nikotin zamjenska terapija NZT, antidepresivi, trankvilizatori)

NZT ima funkciju da reducira apstinencijski sindrom i potrebu za pušenjem i održava raspoloženje, pažnju i nošenje sa stresom. Iskustva pokazuju da odrasla populacija prosječno u trajanju od 1 godine, 3-4% sami prestanu sa pušenjem, 6-8% prestane uz kratku intervenciju (2-5 minuta), 12-16% prestane uz intenzivnu intervenciju,(4-8 sesija trajanja 15-30 min).
NZT- flasteri, NZT- žvakaće gume sa nikotinom, Bupropion (Zyban®, Wellbutrin SR) Buspiron.

LITERATURA

1. Hrabač B. i suradnici, Socijalna medicina, Sveučilište u Mostaru, Mostar 2010, ISBN 978-9958-690-72-3.
2. Strategija kontrole duhana u Federaciji BiH, Federalno ministarstvo zdravstva 2003
3. Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji BiH, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH 2002
4. GYTS, Globalno istraživanje pušenja kod mladih u Federaciji BiH, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH 2008, dostupno na www.zzjzfbih.ba
5. ESPAD istraživanje u Federaciji BiH, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH 2008, dostupno na www.zzjzfbih.ba
6. A. Ramić-Čatak,Tobacco Control Strategy in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Materia Socio Medica, 2006, vol.18 no.3, 122-125
7. A. Ramić-Čatak, E. Imamovic, Preventive Approach to Risk Factor Control in Family Medicine Teams in the Federation of Bosnia and Herzegovina –Smoking Prevention and Cessation Procedures. Materia Socio Medica, 2007, vol.19 no.2, 116-120

12

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 12

Izvještajni zadatak 2
Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

II dio

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Način predavanja
9:00-10:00	Prestanak pušenja revizija prakse/audit	Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban: Javno prezentirati rezultate timskog zadatka	Izvještaji, prezentacija i ocjenjivanje
10:00-10:15 Pauza			
10:15-10:45	Prestanak pušenja revizija prakse/audit		Izvještaji, prezentacija i ocjenjivanje
10:45-11:30	Prestanak pušenja revizija prakse/audit		Izvještaji, prezentacija i ocjenjivanje
11:30-12:15	Prestanak pušenja revizija prakse/audit		Izvještaji, prezentacija i ocjenjivanje
12:15-13:00 Pauza za ručak			
13:00-14:00	Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban prepoznati: rizične faktire za nastanak PTSP-a, znake i simptome PTSP, te se upoznati sa osnovama liječenja i potrebi hospitaliziranja	Predavanje i diskusija
14:00-15:00	Saradnja sa centrima za mentalno zdravlje u zajednici Značaj za naše društvo		Predavanje i diskusija
15:00-15:30	Diskusija o slučajevima		Diskusija slučaja Diskusija u velikoj grupi

POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ - PTSP

Pripremili: Larisa Gavran i Fatima Topčić

Prikaz slučaja

Bolesnik N.N. star 41 godinu, oženjen, otac maloljetnog sina, zaposlen, preko godinu dana na bolovanju. Preko deset puta je bio u životno ugrožavajućim situacijama, oko godinu dana je bio na prvoj liniji fronta, poginulo mu je 11 "njegovih boraca", od toga 6 pred "njegovim očima, a jedan je ostao bez obje noge i nakon toga umro". Osjećao bi "jaku bol po nekoliko dana nakon događaja, često je sanjao slike koje je proživljavao". Nikad nije plakao, ali bi mu bilo teško. Po završetku rata o tim događajima nije nikom pričao, nikad supruzi nije pričao o ratnim događanjima, ali bi mu ona znala govoriti "da po noći viče, nekad bi mu spominjala imena, koja doziva u snu", nekad bi toliko "vikao i stenjao", da bi ga budila, tada je bio "sav oznojen" i teško bi ponovno zaspao. Često se budio sav "slomljen". Prije 4 godine "promijenilo se rukovodstvo i došao sam u nemilost, izgubio sam ovlasti koje sam do tada imao, iako sam ostao na istom radnom mjestu", noćne more postajale su sve češće, sve sam lošije spavao, po danu bih bio zamišljen, bezvoljan, potišten, na posao bih odlazio napet, na svaku sitnicu bih planuo, nekoliko puta sam bez gotovo ikakvog razloga udario sina, sve sam više razmišljao o tome, da se mi nismo borili za takovu državu, često su mi dolazile slike s ratišta. Mislio sam da bi bilo najbolje da se ubijem jer i ženi sam već dodijao.

Definicija

Jednim od prvih stručnih opisa PTSP-a može se smatrati Freudova studija o ratnoj neurozi iz 1921g. u kojoj on opisuje dva stadija neuroze-neposredni (kao reakcija na stress u borbi) i kasniji ili odgođeni (koji bi mogao odgovarati PTSP-u). U literaturi ga se još opisuje kao reakcija na ekstreman stres s trajanjem dužim od šest mjeseci.
PTSP je produžena i/ili opetovana reakcija na ekstremno traumatsko iskustvo, što rezultira slijedećim simptomima: pretjeranom pobuđenosti i pokušajem izbjegavanja takvih stanja i mogućih situacija, obamrlosti, osjećajem strave i sl. Ukratko emocialni se doživljaj javlja ponovo i to sa intenzitetom i na način kao prilikom samog traumatskog događaja.
PTSP ozbiljno mijenja kvalitetu života oboljeloga, mijenja stil življenja, radnu aktivnost, spavanje, često dovodi do umanjenja radne sposobnosti ili do nesposobnosti, dolazi do gubitka seksualnih potreba i socijalnih kontakata (osim sa osobama koje su takođe oboljele od PTSP-a). Oboljeli od PTSP-a često izbjegavaju i članove najuže obitelji. Život im postaje težak, sniženog su praga na frustraciju. Često dolazi do gubitaka vitalnih nagona što može rezultirati suicidalnošću. Vrlo često se javlja komorbiditet, često alkoholizam i druge ovisnosti, depresija, pa i psihotične dekompenzacije, a česte su i somatske bolesti.

Značaj

U Federaciji BiH je i tokom proteklih godina u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite evidentiran trend rasta registrovanih mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. U ukupno registrovanom morbiditetu na nivou primarne zdravstvene zaštite, mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja se nalaze na devetom mjestu sa učešćem od 3,2%.

Etiologija posttraumatskog stresnog poremećaja

Već je istaknuto, da je bitni faktor u nastanku posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) stresor i podrška okoline nakon traumatskog događaja, te struktura ličnosti. Psihološke teorije kao bitne etiološke faktore navode razbijanje individualne bazične sigurnosti o vlastitoj neranjivosti i dostupnosti pomoći, raspoloživosti obrambenih mehanizama u savladavanju narcističkih povreda i procesu samostalne ili suportirane prorade traumatskog iskustva. Zbog jake i nekontrolirane amplitude emocija pri traumatskom događaju dolazi do poremećaja procesuiranja traumatske memorije, koja može biti kompletna, ali je češće parcijalna (disocijativna). Morfološki se najodgovornijim za PTSP smatra hipokampus, a s obzirom na poremećaj neurotransmitorskih sustava najodgovornijim se smatraju: glutamatni/GABA, noradrenergični, serotonergični, a u dijelu bolesnika i dopaminergični.

Rizični faktiri za nastanak PTSP-a

Nakon doživljenog traumatskog doživljaja sve osobe ne razviju PTSP. Osobe s određenim rizičnim faktorima će lakše razviti PTSP. Rizični faktori za nastanak PTSP-a mogu se podijeliti na:

1. Pretraumatske faktore, koji obuhvaćaju raniji psihijatrijski poremećaj, spol (PTSP je prevalentniji kod žena, osim borbenog PTSP-a, koji je češći kod muškaraca), ličnost (osjetljivije su osobe koje imaju veću kontrolu izvana nego iznutra), niži socioekonomski status i obrazovanje, etničke manjine, raniju traumu, obiteljsku anamnezu psihijatrijskih bolest
2. Peritraumatske čimbenike, koji obuhvaćaju težinu traume, doživljenu prijetnju za život, peritraumatske emocije, peritraumatsku disocijaciju.
3. Postraumatske čimbenike, koji obuhvaćaju doživljeni nedostatak socijalne podrške i kasnije životne stresore.

Klinička slika
Koje znake i simptome možete očekivati kod našeg pacijenta N.N.?

Kontaktibilan, uredno svestrano orijentiran, očuvanog fonda znanja, urednih amnestičkih funkcija, intelektualno iznad prosječan. Emocionalno labilan, depresivno-disforičan, psihomotorno usporen i agitiran, jače vegetativno stigmatiziran, oznojen, "lomi prste", povremeno "gubi nit" pri i najmanjem uzbuđenju, uz priču o ratu se u dva navrata rasplakao, moli da prekinemo "tu priču". Potvrđuje suicidalna razmišljanja, ali se boji da ne osramoti obitelj, osjeća se prevarenim, povrijeđenim, ima osjećaj obezvređenje svojih ideala i "prazninu življenja". Nema sumanutih misli, nema halucinacija. Očuvano testiranje realiteta uz depresivnu obojenost doživljaja i budućnosti.
MKB-10 navodi, da se PTSP pojavljuje kao odgođeni ili produljeni odgovor na stresogeni događaj ili situaciju (kraćeg ili duljeg trajanja), iznimno jake ugroženosti ili katastrofične prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost, u gotovo svakog.

Tipični simptomi

Prema MKB-u10: epizode ponovnog proživljavanja traume nametljivim sjećanjima (*flashback*) ili u snovima, emocionalnoj ukočenosti i tuposti, izbjegavanju ljudi, nereagiranju na okolinu, anhedonija, izbjegavanja situacija koja bi mogla podsjećati na proživljenu traumu i pojačana pobuđenost.

Znaci

Vegetativni poremećaji i poremećaji raspoloženja.

Dijagnostika

Stresogeni događaj (kriterij A) ili situacija iznimno jake ugroženosti ili katastrofične prirode koja može izazvati sveprožimajuću uznemirenost kod gotovo svakog predstavlja *condition sine qua non* za postavljanje dijagnoze PTSP-a. Važno je istaknuti kriterije E i F koji se u praksi često izostave:

- Kriterij E: trajanje simptoma najmanje jedan mjesec.
- Kriterij F: poremećaj uzrokuje značajno oštećenje u socijalnom, random i/ili drugom funkcioniranju

Diferencijalna dijagnoza

- veliki depresivni poremećaj,
- anksiozni poremećajem,
- panični poremećaj,
- alkoholizam,
- ovisnostima o psihoaktivnim tvarima
- poremećaj ličnosti

Hospitalizacija u slučaju preovladavanja suicidalnih ideja.

Liječenje

Naš N.N. je u bolnici uveden u medikamentoznu terapiju jednim od selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SIPPS) u dozi dvostrukoj od preporučene za depresivni poremećaj uz bazalni antipsihotik prve generacije, eksiraju se sedativi i hipnotici (postepeno). Uvede se u intenzivne socioterapijske aktivnosti uz svakodnevne individualne suporte, zaduži se za modernizaciju formulara za evidentiranje promjena psihičkog stanja bolesnika. Postepeno se postiže ublaženje simptoma, doza antidepresiva se još povisi do maksimalno preporučene. Pušten na izlaz tokom subote i nedjelje nakon 15 dana, vraća se u još boljem stanju. Otpušta se nakon 25 dana u stanju djelomične remisije uz još suspektnu suicidalnost i noćne more, ali im je frekvencija niža.

PTSP se tradicionalno liječi psihoterapijom, no danas postoji sve više teoretskih spoznaja koje govore u prilog i medikamentoznog liječenja ovog poremećaja. Tri su vrlo važna aspekta koja obuhvaćaju liječenje PTSP-a: edukacija, psihosocijalna i psihoterapijska podrška i/ili liječenje i primjena psihofarmakoloških metoda liječenja. Posebno važnu ulogu u procesu prevencije i liječenja PTSP-a imaju liječnici obiteljske medicine jer oni najčešće prvi dođu u kontakt s psihotraumatiziranim osobama. Na njima je procijeniti treba li bolesnik daljnju specijalističku obradu ili im je dovoljno pružiti psihosocijalnu podršku i psihoedukaciju, koje su posebno važne u prve dvije nedjelje nakon traume.
Od farmakoloških metoda liječenja primjenjuju se antidepresivi i anksiolitici. Od antidepresiva se primjenjuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS), klasični antidepresivi (klomipramin i maprotilin), antidepresivi s dualnim djelovanjem i inhibitori enzima monoamino oksidaze (IMAO).
U primjeni SIPPS-a potrebno je davati dva do tri puta više doze nego kod primjene u liječenju depresivnog poremećaja, i upozoriti bolesnika da će do poboljšanja doći tek za 6-8 nedjelja, ponekad čak za 12 nedjelja. Kod izrazito agitiranih bolesnika, anksioznih, emocionalno labilnih i nestrpljivih bolesnika u čekanju postizanja oporavka potrebna je i primjena anksiolitika, sedativa i hipnotika. Kod dijela bolesnika se pokazala opravdana primjena IMAO-a, stabilizatora raspoloženja pa i antipsihotika

nove generacije. Kod bolesnika s razvojem psihotične slike potrebno je pravovremeno uvođenje antipsihotika nove generacije u dozama, koje se primjenjuju kod drugih vrsta psihoza.

Saradnja sa centrima za mentalno zdravlje

Projekat mentalnog zdravlja u BiH predstavlja rezultat kontinuiranog opredjeljenja resornih entitetskih ministarstava zdravstva za nastavkom reforme sektora mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini. Krajnji cilj projekta je unaprijeđeno mentalno zdravlje sveukupne populacije, kao i sposobnosti kreatora politika i odgovornih institucija u postizanju europskih standarda u zaštiti mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini.
Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini pružaju se kroz mrežu od 50 centara za mentalno zdravlje (CMZ), i to 31 u Federaciji BiH, 18 u Republici Srpskoj i jedan u distriktu Brčko. Svaki centar mentalnog zdravlja u FBiH ima na raspolaganju 10 psihijatrijskih kreveta koji su namijenjeni za akutnu hospitalizaciju i nalaze se na psihijatrijskim odjelima općih bolnica u regijama kojima pripadaju. Usluge iz oblasti mentalnog zdravlja na sekundarnom i tercijarnom nivou pružaju se u univerzitetskim bolnicama u Sarajevu, Tuzli i Mostaru, i psihijatrijskim odjelima u općim bolnicama u drugim većim gradovima u Federaciji.

U većini mjesta u BiH gdje funkcionišu centri premda su uočeni pozitivni pomaci u: rehabilitaciji i liječenju, smanjenju broja pacijenata te dužini hospitalizacije, nemožemo biti zadovoljni sa uspostavljanjem interdisciplinarne suradnje unutar zdravstvenog sistema, s jedne strane sa timovima opće/ porodične/obiteljske medicine, a s druge sa bolničkim službama. Također nismo uvjereni niti u dobru međusektorsku suradnju na lokalnom nivou sa centrima za socijalni rad, školama, nevladinim udruženjima, lokalnim vlastima i dr. Dokaz da je ova suradljivost upitna je i pokrenuti projekat od strane AKAZ-a FBiH koji je i predložio aktivnosti za ostvarenje kvalitetne zaštite mentalnog zdravlja u zajednici kroz podizanje nivoa svijesti o ulozi i značaju centara za mentalno zdravlje u okviru doma zdravlja i unapređenje saradnje između centara za mentalno zdravlje sa službama u domu zdravlja i organizacijama u okruženju.
U isčekivanju smo i želimo da ovaj projekat koji će se implementirati na čitavom području Bosne i Hercegovine, u narednom periodu poluči ostvarenju specifičnih ciljeva projekta odnosno:

- Poboljšanju administrativnih i zakonodavnih okvira koji će omogućiti efikasno djelovanje i procese u oblasti zaštite mentalnog zdravlja u oba BiH entiteta.
- Ljudski resursi osposobljeni za pružanje kvalitetnijih usluga u zaštiti mentalnog zdravlja.
- Ostvarenje kvalitetne zaštite mentalnog zdravlja u zajednici je podržano kao jedan od prioriteta reforme od strane upravljačkih struktura Domova zdravlja.
- Ojačani kapaciteti za borbu protiv stigmatizacije i diskriminacije vezanih za mentalne poremećaje.

LITERATURA

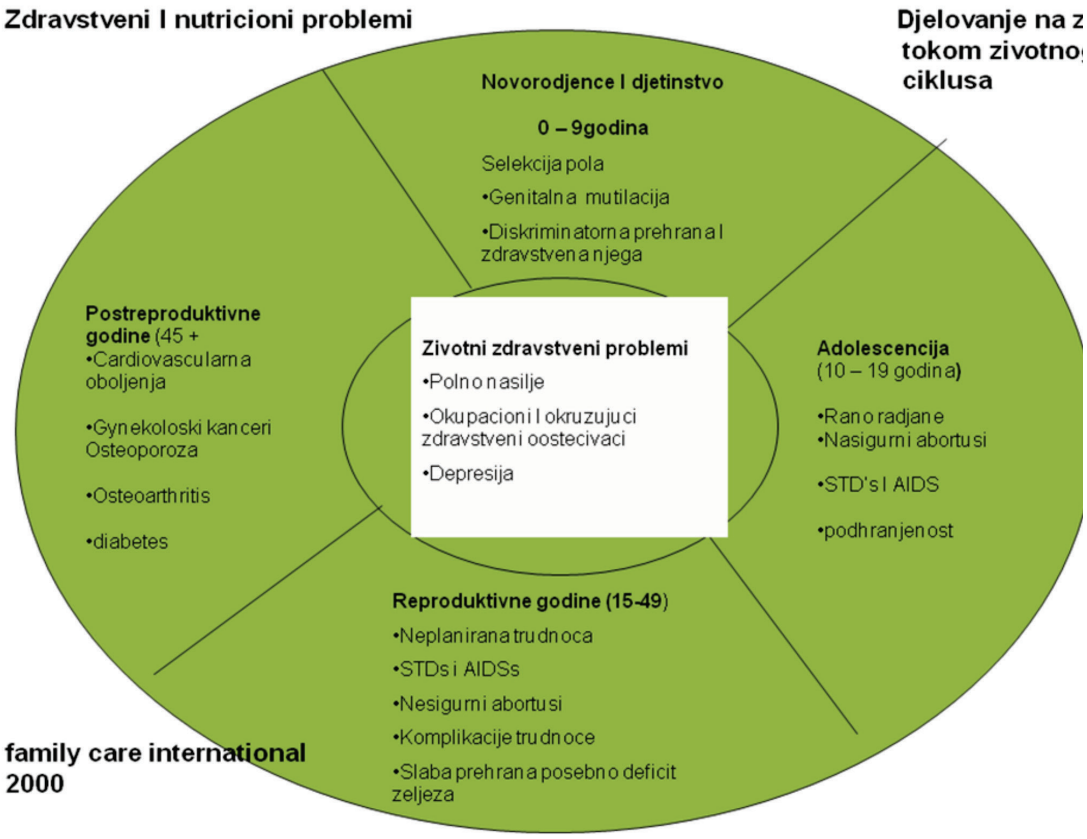
1. Folnegović-Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Zadnja izmjena 27.12.2010. dostupno na: http://www.cybermed.hr/clanci/posttraumatski_stresni_poremecaj_ptsp
2. Folnegović-Šmalc V. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). 2010.Medix broj 89/90: 134-137.
3. http://www.akaz.ba/Projekti/Projekti.htm
4. Zavod za javno zdravstvo FbiH. Investiranje u mentalno zdravlja. Svjetski dan mentalnog zdravlja, 10.10. 2011.godine. dostupno na: http://www.zzjzfbih.ba/tag/mentalno-zdravlje/
5. Mimica N, Uzun S, Kozumplik O, Folnegović-Šmalc V. Farmakoterapija posttraumatskog stresnog poremećaja. 2010.Medix broj 89/90:155-159.

13

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 13

Zdravlje žena

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	
9:00-10:15	Zdravlje žena & Uloga med.sestara u zdravlju žena Kontracepcija Vaginitis/cervicitis	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban:** Diskutovati o značaju sestrinske uloge u zdravlju žena (kroz pružanje potpore,davanja informacija kao i monitoring Opisati sve opcije kontracepcije Diskutovati o koristima, neželjenim dejstvima kao i o djelotvornosti kontraceptia	Predavanje i diskusija Diskusija kroz prikaz slučaja Sestrinski plan njege u cilju prevencije SPI
10:15-10:30 PAUZA			
10:30-12:00	Spolno prenosive infekcije	Opisati znake i simptome SPI Diskutovati o opcijama liječenja SPI Diskutovati o potencionalnim komplikacijama SPI	Predavanje i diskusija Studije slučaja
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-14:00	Menopauza	Definisati menopauzu Opisati znake i simptome menopauze Diskutovati o psihosocijalnim aspektima žene u menopauzi Diskutovati o opcijama liječenja uključujući i ishranu	Diskusija o slučajevima- žena nakon menopauze
14:00-15:00	Osteoporoza	Definisati osteoporozu Definisati riziko faktore Diskutovati o opcijama prehrane Definisati pre i postmenopauzalne preventivne mjere	
15:00-15:30	Audit #3 assignment: Pap testing	Identificirati ciljeve audit zadatka Identificirati ulogu svakog člana tima u izradi zadatka	Velika grupa Diskusija



KONTRACEPCIJA

Priredila: Fehrija Salković

Kontracepcija obuhvaća sve metode koje sprječavaju nastanak neželjene trudnoće. Kontracepcijske metode najvjerojatnije postoje koliko i ljudski rod. U nekim dijelovima svijeta primjenjuju se normalno, dok u nekim još uvijek postoje predrasude, što iz vjerskih razloga što iz straha i neznanja. Prema načinu djelovanja dijelimo ih na barijerna sredstva, hormonske metode, maternične uloške, hirurške metode, prirodne metode i postkoitalnu zaštitu.Pošto nema "savršene" metode izbor kontracepcije će biti neka vrsta kompromisa. Sigurnost i djelotvornost su vjerojatno najvažniji faktori, a nekima je važna i njihova praktičnost, dostupnost i cijena. Pri izboru metode važno je biti informisan o njenim prednostima i nedostacima, mogućim popratnim efektima, djelotvornosti zaštite od trudnoće i spolno prenosivih infekcija, te o pravilnom načinu upotrebe. Potrebno je uzeti u obzir i dob, zdravstveno stanje, koliko često imate spolne odnose, te osobne stavove i uvjerenja. Najbolje bi bilo konsultirati se s porodičnim ljekarom koji će vam pomoći u donošenju odluke, a za neke metode je ljekarski pregled obaveza

Prirodna kontracepcija

Metode prirodne kontracepcije su: računanje plodnih dana (kalendarska, metoda), promatranje vaginalne sluzi (ovulacijska metoda), mjerenje bazalne temperature, simptotermalna metoda, prekinuti snošaj, dojenje, trajna apstinencija.

Ove se metode najčesce upotrebljavaju kad religijski, financijski ili kulturološki razlozi ne dopustaju

upotrebu drugih metoda. Predstavljaju metodu izbora i za parove koji žele imati kontrolu nad vlastitom plodnošču bez vanjskih utjecaja. Svrha kontracepcije nije samo spriječiti zaćeče vec planiranje potomstva i razmaka izmedju poroda što u nerazvijenim dijelovima svijeta može spasiti zivot majkama i djeci. Stoga se primjena ovih metoda nastoji popularizirati u siromašnim predjelima gdje druge metode nisu dostupne. Primjenom većine prirodnih metoda kontracepcije žena ili oba partnera uče kako funkcionira tijelo te kako na prirodan način kontrolirati plodnost. Odgovornost je, kao i obično, uglavnom na ženi koja treba voditi dnevnik menstrualnog ciklusa, mjeriti temperaturu ili promatrati cervikalnu sluz. Od muškarca se traži visok oblik suradnje u obliku apstinencije za vrijeme plodnih dana.

Prednost ovih metoda je njihova jednostavnost, ne moraju se kupovati, ne mijenjaju normalne procese u organizmu te za njihovu uporabu obicno nije potrebna posjeta ljekaru**.**

Nedostatak je njihova manja uspješnost u sprječavanju trudnoće te činjenica da nijedna ne štiti od spolno prenosivih bolesti. Manjoj uspješnosti pridonosi nedostatak discipline i 'riskiranje' tokom plodnih dana. Mnogi parovi zamjeraju prirodnim metodama veliku potrebu planiranja, proračunatost i hladnoću, čime se umanjuje spontanost seksualnih odnosa. Protivnici ove metode nazivaju neprirodnima jer se sprječava seks u plodnom razdoblju kad bi, po prirodnim nagonima i zakonima kojima je svrha razmnožavanje, partneri trebali imati seks. Neprirodnim se takodjer naziva 'propisivanje' vremena kad muskarac moze pristupiti zeni bez obzira na njegove osječaje i potrebe. S druge strane, parovi koji primjenjuju prirodno planiranje porodice znaju reči kako ih je to još više povezalo, omogučilo razumijevanje prirodnog procesa te suradnju u planiranju obitelji. Prirodna kontracepcija je nesumnjivo zahtijevna metoda planiranja začeca koja zahtijeva suradnju oba partnera te se nakon nekog vremena može zaključiti je li to oboma prihvatljivo ili ne.

Pearl index

Pearl index je vrijednost koja se koristi u medicinskoj znanosti za ocjenu učinkovitosti kontracepcijskih metoda. Označava broj neželjenih trudnoća na 100 žena koje kontracepcijsku metodu koriste godinu dana. Pearl index za kondom je 3, za ženski kondom 5, dijafragmu 6, cervikalnu kapu 6-9, spermicidna sredstva 6, kontracepcijske tablete 0.1-0.9, spirala 1-3. Pearl index za metode prirodne kontracepcije usporediv je s većinom ovih metoda ako se ispravno provodi. Medjutim, zbog nedovoljne discipline te povremene nepredvidljivosti prirodnih procesa taj broj za ove metode može iznositi 2-20.

Računanje plodnih dana-metoda kalendarskog ritma

Japanski ginekolog i endokrinolog Kyusaku Ogino je 1923. demonstrirao kako ovulacija prethodi menstruaciji 12-16 dana. Njegove rezultate je nedugo nakon toga potvrdio Hermann Hubert Knaus iz Austrije. Iako su se njihove metode računanja malo razlikovale i nastale su nezavisno jedna od druge, kalendarska metoda nastala u to doba povezuje se s obojicom i često naziva Knaus-Ogino ili Ogino-Knaus metoda. Osim imenima istrazivaća te nazivom "kalendarska metoda" računanje plodnih dana je poznato i pod nazivom "ritam metoda". Računanje plodnih dana temelji se na spoznaji da većina žena ima ovulaciju sredinom menstrualnog ciklusa. Ovulacija je izbacivanje jajne stanice iz jajnika. Jajna stanica se moze oploditi 24 sata nakon izlaska iz jajnika. Buduči spermiji mogu preživjeti 3-6 dana u plodnoj sluzi žene očito je kako je "plodni prozor" za vrijeme kojeg je potrebno suzdržavanje od seksa velik. Za korištenje ove metode žena treba pratiti menstrualni ciklus najmanje 6 mjeseci.

Prvi dan plodnog prozora odredjuje se oduzimanjem 18 dana od najkraćeg menstrualnog ciklusa. Zadnji dan plodnog prozora odredjuje se oduzimanjem 11 dana od najdužeg menstrualnog ciklusa. Jedan menstrualni ciklus poćinje od prvog dana menstruacije. Prvi dan slijedeće menstruacije jest pocetak slijedećeg menstrualnog ciklusa. Praktićan primjer: trajanje zadnjih 6 ciklusa je bilo: 28, 32, 30, 28, 30 i 28 dana. Najkraći ciklus je trajao 28, a najduzi 32dana. Prvi dan plodnog prozora: 28-18=10; zadnji dan plodnog prozora: 32-11=21. Plodni prozor (plodni dani) kod ove žene traje od 10-21. dana menstrualnog ciklusa. Jednostavnija metoda računanja je "minus 20, minus 10" koja zahtijeva par dana dužu apstinenciju. Ova metoda nije pouzdana kod žena s neredovitom menstruacijama i ciklusima različite dužine. Osim toga, čak i kod žena "urednog" ciklusa ovulacija može nastupiti u bilo kojem dijelu mjeseca, čak i tokom menstruacije. Ponekad se može dogoditi i više ovulacija u jednom mjesecu. Nedostaci kalendarske metode su očiti. Budući se ne temelji na trenutnom ciklusu nego na prosjeku prethodnih ciklusa, potrebno je očekivati duge periode apstinencije i relativno visoku neučinkovitost, osobito ako su ciklusi nepravilni. Kalendarska metoda je osobito nepouzdana nakon poroda, pobačaja ili prije menopauze jer ciklusi mogu tada znatno varirati po duzini.

Promatranje cervikalne sluzi-ovulacijska metoda

Ova se metoda često naziva ovulacijska metoda, čije varijacije su Billingsova ovulacijska metoda i njena standardizirana modifikacija Creighton model (nazvana po sveucilistu Creighton) koju je razvio dr. Thomas Hilgers i koja se koristi u istrazivanjima. Jednostavne metode namijenjene populaciji zemalja u razvoju nazivaju se Modificirana sluzna metoda (Modified Mucus Method - MMM) te dvodnevna metoda (Two-Day Method), ali metoda koju su razvili Billings i suradnici ostaje široko primijenjivani standard. Pocetkom 1950-ih Keefe je predložio promatranje sluzi. U isto vrijeme australski lijecnik dr. John Billings je na zahtijev pacijentica počeo podrobnije istraživati metode prirodnog planiranja obitelji te našao referencu iz 1855. koja govori o promjenama cervikalne sluzi prije ovulacije. Istrazivanja na brojnim ženama u slijedećih desetak godina dovela su do nedvojbenog zaključka iz 1964. kako se promatranjem cervikalne sluzi može predvidjeti ovulacija. Supružnici Billings su nakon toga naveliko popularizirali metodu. Temelji se na tipičnim promjenama cervikalne sluzi tokom menstrualnog ciklusa. Cervix je vrat maternice čija sluz izlazi kroz otvor rodnice

Posebna razmatranja

1. Dob

Adolescencija – prateći menstruaciju, ciklusi mogu biti neredovni na početku a ovulacija nestalna

a.) mlada odrasla osoba – metod je teže koristiti ako su intervali između menstruacija nepravilni, skori prekid sa hormonalnim kontraceptivima, bilježenje nepravilne temperature ili tokom postporođajnog perioda kada ovulacija nije predvidiva.
b.) dojilja – u jednoj studiji posmatrajući asocijaciju simptotermalnih prognozera sa laboratorijskim mjerenjem ovulacije, simptotermalna metoda tačno otkriva 77 do 94 posto ženskih potencijalnih plodnih dana, ali je apstinencija također bila preporučena u pola od dana kada žene nisu plodne. Simptomi su bili osjetljivi ali ne specifični kod predviđanja ovulacije.
c.) zrela žena – u vrijeme perimenopauze, ciklusi mogu postati nestalni a ovulacija može postati nepredvidiva.

2. Ograničeno sposobni

a.) Metodi zahtijevaju sposobnost da se kontrolišu plodni period ciklusa kalendarskim ritmom, posmatranjem simptoma koji se mijenja sa ciklusom ili bazalnom tjelesnom temperaturom, samo ili u kombinaciji. Žene sa određenim ograničenjima mogu ove metode smatrati teškima za praćenje.

Koliki su troškovi?

Troškovi zavise od metode koja se trenutno koristi. Ako parovi izaberu periodično apstiniranje bazirano na kalendaru ili simptomima i znacima, tada je trošak bilježenja minimalan. Za parove koji izaberu da koriste drugu kontracepciju tokom plodnih dana, onda će trebati kupiti kondome, dijafragme ili spermicide. Njima će trebati manje kondoma ili spermicida jer oni samo trebaju metodu prepreke tokom plodnih dana. Troškovi mogu biti vezani samo za savjetovanje potrebno da se razumiju metode. U Kanadi, ovo se savjetovanje može dobiti besplatno u provincijski – finansiranim medicinskim klinikama ili klinikama za planiranje porodice.

Početni koraci i monitoring

Kada započne uvoditi ove metode, par treba koristiti apstinenciju ili drugu ne-hormonalnu metodu kontracepcije sve dok se šema ciklusa ne uspostavi i ne prepozna. Par treba biti pažljivo podučen o reproduktivnom ciklusu, simptomima za kontrolu i bilježenje temperature. Par će vjerovatno imati koristi od ponovljene posjete nakon nekoliko ciklusa bilježenja da pregledaju metodu i individualiziraju koncept plodnih dana. Savjetovanje je dostupno preko ljekarskih ordinacija, klinika i organizacija za planiranje porodice uključujući Serena-u.

Rješavanje problema

1. Postoje li komplikacije ako se javi trudnoća?

Neke su studije ispitale mogućnost povećanja hromozomskih anomalija ili spontanih pobačaja ako se trudnoća desi izvan plodnih dana, pošto su jajašce i sperma "prošli svoje najbolje vrijeme". Studije o čovjeku nisu pokazale pouzdan dokaz za ovo.

2. Testiranje na spolno prenosive bolesti
Kako ove metode ne pružaju zaštitu od seksualno prenosivih bolesti (STD), uključujući HIV, parovi bi se trebali konsultovati u vezi sa rizicima i prema tome pregledati.

Ostale metode kontracepcije

Mehaničke metode kontracepcije obuhvaćaju sve mehaničke i kemijske metode koje sprječavaju kontakt spermatozoida s jajnom stanicom: *kondom*, *femidon* (ženski kondom), *dijafragma* i *cervikalna kapa*. Koriste se gotovo uvijek u kombinaciji s gelovima, tabletama ili kremama koje imaju spermicidno djelovanje.

Kondom

Klasično sredstvo mehaničke kontracepcije je kondom. U eri prije uvođenja kontraceptivnih pilula i spirale, kondom je predstavljao najčešće rabljeno sredstvo za zaštitu od neželjene trudnoće. Danas se po učestalosti uporabe, prije svega zbog opasnosti prijenosa spolnih bolesti, nalazi na drugom

mjestu. Kondom je jedino kontraceptivno sredstvo koje istodobno štiti i od prijenosa spolnih bolesti. Stoga predstavlja idealno zaštitno sredstvo za sve one koji imaju spolne kontakte s više partnera ili tek započinju seksualni kontakt s novim partnerom. Mehanizam djelovanja je očigledan, kondom sakuplja sjemenu tekućinu i na taj način onemogućuje svaki mogući kontakt spermatozoida i jajne stanice.

Ispravno korišten kondom predstavlja vrlo sigurno kontraceptivno sredstvo. *Pearl Index* za kondom (broj trudnoća/100 žena koje se metodom koriste godinu dana) je 3.

Dijafragma

Izgleda kao manji gumeni šeširić (*Ortho Diaphragma*). Sastoji se od nešto čvršćeg gumenog prstena preko kojeg je u vidu kupole prevučen gumeni pokrov. Koristi se neposredno prije spolnog odnosa tako što se stavlja duboko u rodnicu, kako bi prekrila vrat maternice i tako mehanički spriječila prolaz spermatozoida u materničnu šupljinu. Kada se pravilno uvede u rodnicu dijafragma leži svojim stražnjim rubom iza vrata maternice u stražnjem forniksu (udubljenje između vrata maternice i stražnje stijenke rodnice), dok se prednji rub dijafragme nalazi u području uretralnog nabora.

Dijafragma se koristi u kombinaciji sa spermicidnom kremom koja se nanosi duž ruba gumenog prstena i to sa strane koja priliježe na vrat maternice. Najmanje šest sati nakon spolnog odnosa dijafragma se ne smije pomicati sa svog mjesta. Proizvodi se u različitim veličinama, što se određuje prilikom ginekološkog pregleda. Obratite pozornost da se veličina rodnice mijenja nakon poroda ili nakon radikalne dijete, tako da se mijenja i veličina dijafragme. Obzirom na materijal od kojeg je napravljenai kji vremenom postaje porozan i može se cjepati,rok trajanja dijafragme se procjenjuje na dvije godine njuje na dvije godine. *Pearl Index* za dijafragmu iznosi 6.

Prednosti:

- Oko 80% djelotvornosti protiv trudnoće (ako se koristi sa spermicidom).
- Može se koristiti samo kada je to potrebno, odnosno za vrijeme spolnog odnosa.
- Ako se pravilno koristi, mogućnost trudnoće je 6% u prvoj godini korištenja.
- Dijafragma se može staviti maksimalno 6 sati prije početka spolnog odnosa.
- Nema hormona, pa nema ni hormonalnih nuspojava.
- Penis može ostati u vagini nakon ejakulacije. Spolni odnos za vrijeme ženine menstruacije je čišći, jer dijafragma zadržava menstrualnu krv.
- Može se koristiti tijekom dojenja, nakon što se vagina i grlić maternice vrate u normalno stanje.

Nedostatci:

- Mora se umetati u vaginu svaki put prije seksa i ne smije biti unutra više od 6 sati.
- Ne štiti potpuno od spolno prenosivih infekcija.
- Manje efektivna nego ostale metode.
- 20 % osoba koje počnu koristiti dijafragmu slučajno zatrudni u prvoj godini.
- Potrebno je obaviti ginekološki pregled da bi se utvrdilo koja dijafragma najbolje prijstaje
- Potrebno je oprati ruke sapunom i vodom prije stavljanja dijafragme.
- Umetanje dijafragme može prekinuti spolni odnos.
- Korištenje dijafragme povećava rizik od infekcija urinarnog trakta.
- Ako ne volite dirati svoju vaginu, dijafragma možda i nije dobra metoda za vas.
- Nekim je ženama teško postaviti dijafragmu na ispravan način.

- Dijafragma se može pomaknuti za vrijeme spolnog odnosa. Ako mijenjate položaje, provjeravajte pokriva li dijafragma još uvijek grlić maternice.
- Nakon poroda, abortusa, pobačaja ili dobivanja više od 7 kg na težini potreban je novi pregled da bi se se utvrdilo koja vam dijafragma u tom slučaju pristaje.

Korištenje dijafragme zahtijeva uvježbanost. Kao i kod ostalih metoda kontracepcije, preporučuje se istovremena upotreba i prezervativa, kao zaštita od spolno prenosivih infekcija. Nakon što se premaže spermicidnim sredstvom, žena je treba sama umetnuti u vaginu prije svakog spolnog odnosa. Veličina dijafragme mora biti prilagođena svakoj osobi, a odluku o tome donosi ginekolog.

Cervikalna kapa izgleda slično kao dijafragma, samo što je daleko manja, te pokriva samo vrat maternice (*Fem cap*, *Lea*). Također se mora uvesti u rodnicu najmanje 10 minuta prije spolnog odnosa, te se koristi zajedno sa spermicidnom kremom. Odstranjuje se najranije šest sati nakon spolnog odnosa, a može ostati u rodnici i više dana za razliku od dijafragme. Najveći problem kod cervikalne kape je što može za vrijeme spolnog odnosa skliznuti, zbog čega se veoma rijetko primjenjuje. *Pearl Index* za cervikalnu kapu iznosi 6 - 9.

Spermicidna sredstva se nalaze na tržištu u obliku gelova, tableta ili krema, i primjenjuju se prije svakog odnosa unošenjem duboko u rodnicu. Njihovi najčešći sastojci su *octoxinol-9* i *nonoxinol-9*, koji kemijski uništavaju spermatozoide. Mnogobrojna znanstvena istraživanja jasno ukazuju kako primjena spermicidnih sredstava sprječava i širenje spolno prenosivih bolesti. Već male količine nonoxinola-9 su dostatne za inaktivaciju AIDS virusa u pokusima in vitro. Iako se ne javlja često, svakako treba spomenuti kontaktnu alergiju koja se može javiti u 1 - 5% žena koje koriste spermicidna sredstva. Stopa zakazivanja je različita ovisno o sastavu, a *Pearl Index* se kreće oko 6.

Hormonski oblici kontracepcije

Hormonalna kontracepcija-kontracepcijska metoda za žene: u tu vrstu kontracepcije spadaju kontracepcijske tablete, hormonske injekcije i hormonski umeci i flasteri. Sve hormonalne metode može propisati samo ginekolog odnosno liječnik.

Kontracepcijske tablete

Kontracepcijske tablete su daleko najpopularnija metoda kontracepcije i ujedno i najčešća. Tableta spriječi ovulaciju, dakle mjesečno oslobađanje jajašca iz jajnika, što spriječava trudnoću. Tablete osim brojnih prednosti imaju i neke mane. Prednost je u preciznom reguliranju menstrualnog ciklusa, tableta također ublažava menstrualne bolove i predmenstrualni sindrom, umanjuje rizik za nastanak upale reproduktivnih organa, oblaži teškoće zbog nečiste kože, štiti od raka jajnika i raka sluznice maternice, štiti od izvanmaternične trudnoće i koči nastanak cisti u jajnicima. Najpouzdaniji je oblik kontracepcije. Loše strane tablete: tijekom prvih mjeseci uzimanja može uzrokovati neugodne popratne učinke kao što su depresija, povećanje tjelesne težine, osjetljivost prsiju, zadržavanje vode u tijelu. Potrebno ih je uzimati redovito. A još jednom naglašavamo da ginekolozi ne bi smjeli propisivati tablete samo zbog toga da se ženama regulira menstrualni ciklus. Time se naime m ogu prikriti nepravilnosti koje kasnije mogu izbiti na vidjelo u teškim oblicima. Loša strana tih tableta je također da ne štite od spolno prenosivih bolesti i zato uz tableticu treba koristiti i kondom. A tako je i kod svih ostalih oblika hormonalne kontracepcije.

Kontracepcijski flaster

Taj flaster sadrži slične hormone kao hormonske kontracepcijske tablete, samo što hormone u tijelo unosimo preko kože.

Flaster treba mijenjati jednom tjedno, i to tri tjedna za redom, zatim slijedi tjedan dana pauze, u kojoj nastupi krvarenje. Prednost flastera pred tabletama je u tome što hormone ne unosimo kroz želudac. Flaster je posebno preporučljiv za one žene koje često zaborave uzeti tabletu i također za one čiji želudac već odbija tabletu. Da, i to se događa.

Injekcije

Sadrže ženske spolne hormone, koji privremeno spriječe ovulaciju. Kontracepcija djeluje tri mjeseca. Loše svojstvo injekcija je što mogu uzrokovati često krvarenje iz rodnice. Injekcije su primjerene za one žene koje ne žele ili ne smiju koristiti tablete. Primjerene su i za one žene koje smeta svakodnevno uzimanje tablete.

Intrauterini uložak

Intrauterini uložak je od plastične tvari prekrivene bakrom ili hormonalnim pripravkom. Umeće ga ginekolog. Upotrebljiv je od jedne do pet godina, prije svega ga koriste žene koje su već rodile. Kod intrauterinog uloška je moguće da se nost upale reproduktivnih orgmenstruacija produži, izrazitiji su menstrualni grčevi. Može uzrokovati alergiju i povećati mogućana.

Intrauterini uložak – IUD (*intrauterine device, spirala)* se sastoji od komadića plastike koji je svojom formom prilagođen unutrašnjosti maternične šupljine. U većini slučajeva obložen je bakarnom žičicom (*bakarna spirala*) ili je u novije vrijeme uložen u hormonski (gestagenski) cilindar (*Mirena*). Trajnost intrauterinog uloška se kreće od 3 do 5 godina.

Mehanizam djelovanja **inertnih IUD** počiva na *sterilnoj upali* sluznice maternice, koju izazivaju sve vrste intrauterinih uložaka, kao nespecifičnu reakciju na prisustvo stranog tijela u materničnoj šupljni, kao i mehaničkoj smetnji u procesu implantacije. **Bakarni intrauterini uložak** posjeduje dodatni učinak izazvan djelovanjem bakarnih iona koji inaktiviraju mnogobrojne enzime i potiču produkciju prostaglandina, tako da je upalna reakcija još snažnije izražena.

Hormonski uložak, osim opisane lokalne reakcije ispoljava učinak na cervikalnu sluz koja se zgušnjava i postaje nepropusna za spermije, potom utječe na sluznicu maternice koja se nalazi u stanju atrofije i snažno smanjuje pokreljivost jajovoda koji nisu u stanju prihvatiti oslobođeno jajašce.

Intrauterini uložak nije pogodan za mlade djevojke, ali je osobito pogodan za žene u periodu između dvije trudnoće.Druga pogodna skupina su žene koje ne mogu ili ne žele uzimati oralnu kontracepciju, kao i žene iznad 40 godina (jer tada raste rizik od neželjenih učinaka uzimanja kontraceptivnih tableta).Ne štiti od spolno prenosivih infekcija. Menstruacije mogu postati bolnije i obilnije

Pilula za dan poslije/Hitna kontracepcija

Hitna kontracepcija ne bi trebala biti metoda prvog izbora, nego se treba koristiti u slučajevima kada ostale metode zakažu. Podrazumijeva primjenu lijekova za sprečavanje neželjene trudnoće nakon nezaštićenog spolnog odnosa koji je mogao rezultirati trudnoćom ili kod ″zatajenja″ drugih metoda kontracepcije (npr. pucanje kondoma). Koristi se unutar 72 sata od nezaštićenog spolnog odnosa.

Ukoliko ste imali nezaštićeni spolni odnos i sumnjate da bi moglo doći do oplodnje, u hitnim situacijama (i samo njima!) možete koristiti ovu metodu. No, to nije regularna kontraceptivna metoda. Tu pilulu možete dobiti kod svog liječnika, i ne može se kupiti bez recepta u ljekarnama, te se ne preporučuje često korištenje (maksimalno 1-2 puta na godinu samo u HITNIM slučajevima). Podrazumijeva uzimanje hormonskih preparata neposredno nakon seksualnog odnosa. Hitnu kontracepciju je moguće provesti na nekoliko načina:

1. davanjem visoke doze estrogena tijekom 5 dana, no često u ovom slučaju dolazi do mučnine i povraćanja;
2. uzimanjem dviju kombiniranih kontraceptivnih tableta u razmaku od 12 h (pogreška 0.2-7.4%)
3. uzimanjem dviju doza od 0.75 mg levonorgestrela u razmaku od 12 h (0.4- 4.7 %), ne kasnije od 72 h od odnosa. Ova metoda je novija od prethodnih dviju te su i nuspojave svedene na minimum.

Vaginitis/cervicitis

Vaginitis (infekcija vagine) je jedan od najčešćih ginekoloških problema. Najčešći uzročnici su Trichomonas vaginalis, Candida albicans uzročnik vaginalne kandidijaze i Gardnerella vaginalis uzročnik bakterijske vaginoze (BV) (uzrok 90% svih vaginitisa). Vagina ima brojnu floru mikroorganizama koja je u normalnim uvjetima uravnotežena. Od fizioloških, stalnih stanovnika vagine važni su laktobacili, korinebakterije i gljivice. Mnogobrojni faktori mogu prouzročiti neravnotežu i posljedičnu infekciju. Važan faktor je hemijska kiselost koja vlada u rodnici. Ona sprječava rasta patogenih mikroorganizama. Od ostalih faktora tu su: korištenje higijenskih pripravaka namijenjenih ženama, kontraceptivi, tablete koje se primjenjuju vaginalno (vaginalete), antibiotici, spolno prenosive bolesti, spolni odnos i stress.Tačan broj ove bolesti teško je utvrditi zbog mnogobrojnih asimptomatskih slučajeva bolesti, samodijagnosticiranja i samoliječenja. Računa se da otprilike 5-15% žena boluje od vaginitisa. Komplikacije bolesti upala vagine može dovesti do hronične iritacije i propadanja epitela rodnice. To, ipak, može dovesti do olakšanog prijenosa spolnih bolesti, uključujući HIV. Komplikacije bakterijskog vaginitisa (BV) uključuju endometritis, upalu zdjelice, i infekcije poslije operacijski rana nakon ginekoloških zahvata.U trudnoći, bakterijska viroza i trihomonijaza su povezani s povećanim rizikom za prerano pucanje plodnih ovoja, prijevremenih trudova i prijevremenih porođaja.

Klinička slika: Gotovo sve bolesnice su mlade, spolno aktivne žene. Glavni znak zbog kojeg se javljaju liječniku je iscjedak neugodna zadaha.Bakterijska vaginoza: karakterizirana je pojavom homogenog, smrdljivog, bijelog ili zelenog iscjetka iz vagine uz osjećaj svrbeža. To je najčešći uzrok vaginoza (50%). BV je uzrokovana pojačanim rastom bakterija od kojih je najvažnija Gardnerella vaginalis. BV u 50% bolesnika prolazi asimptomatski. Da bi se postavila dijagnoza bakterijske vaginoze potrebno je imati sljedeće kriterije:

1. gusti bijeli ljepljivi iscjedak,
2. vaginalni pH viši od 4.5,
3. otpušta neugodni miris s kalijevim hidroksidom (KOH).

Vaginalna kandidijaza: svrbež je glavni simptom. To je praćeno gustim, bijelim iscjetkom bez mirisa koji može biti u vrlo malim količinama.

Vaginalna kandidijaza ima slijedeće simptome:

Eritema i oticanje stidnih usana s manjim lezijama (pustulopapulozne promjene), 2. vaginalni eritem (crvenilo) s ljepljivim, gustim iscjetkom. Grlić maternice obično ostaje normalan. Trichomonas vaginalis: mnoge pacijentice nemaju nikakvih simptoma ni znakova bolesti (20-50%). Simptomi uključuju iscjedak iz vagine koji može biti bijel, siv, žut, zelen. Mogu se javiti peckanje prilikom mokrenja, svrbež i krvarenje poslije spolnog čina.

Infekcija trihomonasom ima sljedeće simptome:

1. stidnica je eritematozna (zacrvenjena) i edematozna (otečena) s ekskorijacijama (izljuštenje epitela),
2. gusti vaginalni iscjedak koji može biti bijel, siv, žut ili zelen,
3. mala tačkasta krvarenja na grliću maternice i u rodnici,
4. "colpitis macularis" je specifična za trihomonasnu infekciju, a 2-5% bolesnica će imati taj nalaz na pregledu,
5. dijagnoza trihomonasne infekcije se bazira laboratorijskoj potvrdi uzročnika. Upozorenje

Sve žene s abnormalnim vaginalnim iscjetkom trebale bi se podvrgnuti ginekološkom pregledu. Treba se napraviti specifične pretrage npr. kolposkopija, cervikalna biopsija poradi mogućeg karcinoma grlića maternice.

Terapija: Pošto Trichomonas vaginalis često, osim rodnice, zahvaća i manje žlijezde u ženskim spolnim organima, sistemska terapija se preporuča. Lijek izbora je metronidazol. Vaginalna kandidijaza: postoji cijeli niz prikladnih i dovoljno jakih lijekova protiv gljivica. U slučajevima otpornosti na lijekove može se primijeniti borična kiselina. Bakterijska vaginoza: metronidazol ili klindamicin su učinkoviti u liječenju BV.

Napomena: ako upala ne reagira na lijekove onda treba pomišljati na rezistenciju uzročnika prema lijekovima. Tada se treba posavjetovati s osobnim liječnikom ili specijalistom za zarazne bolesti. Seksualne navike: pacijenticama se savjetuje da se suzdrže od seksualne aktivnosti dok se postavi dijagnoza uzročnika. Također, ne bi se smjelo prakticirati vođenje ljubavni bez zaštitnih sredstava (od strane muškarca-kondom!) dok infekcija i upala nisu zaliječeni.

Prognoza: prognoza vaginalnih upala je u velikoj većini dobra i većina stanja će biti izliječena.

Edukacija: promocija sigurnog seksa koji ima najvažniju ulogu u smanjivanju incidencije ove bolesti.

SPOLNO PREVNOSIVE BOLESTI

Spolno prenosive bolesti (*sexually transmitted diseases - STD*) predstavljaju drugu najčešću skupinu bolesti u žena između 15 - 45 godina. Javljaju se sa učestalosti od oko 10%, a češće se u ovoj dobnoj skupini javljaju samo bolesti povezane s trudnoćom (15 - 20%). Ulcerativne spolne bolesti kao sifilis postale su rijetke, a obolijevanje od gonoreje je u zadnjih 20 godina opalo za 95%. Klamidije su jedine spolno prenosive bakterije, koje su i dalje podjednako rasprostranjene u svim dobnim skupinama. Najveći problem predstavljaju spolno prenosivi virusi: infekcija sa humanim papiloma virusom (HPV) poprimila je epidemijske razmjere, dok se infekcija sa herpes virusom povećala pet puta u populaciji adolescenata.

Spolno prenosive bolesti se razvijaju obično pritajeno s dugim asimptomatskim fazama, tako da se u oboljelih ne javljaju klinički znaci bolesti, zbog čega nosioci bolesti koji za nju uopće ne znaju, nesvjesno prenose infekciju na druge osobe. Glavni faktori rizika za spolno prenosive bolesti su nedovoljna upućenost, promiskuitet osobito kod nezaštićenog spolnog odnosa, analni spolni odnos, loši socijalni uslovi kao i loša zdravstvena zaštita.

Osobiti značaj imaju STD u razdoblju adolescencije, odnosno u populaciji tinejdžera. Američki znanstvenici upozoravaju da je četvrtina svih STD u dobnoj skupini od 15 - 19 godina, pri čemu najveći značaj ima *velika četvorka*: klamidija, gonoreja, herpes i HPV. Glavni razlog za porast učestalosti spolno prenosivih bolesti u mlađoj populaciji je osim biološkog (osobita osjetljivost stanica genitalnog sistema prema infekciji u ovom uzrastu) i kulturološko - odgojni faktor.

Iako postoji općenito porast upotrebe kondoma kod mlađih tinejdžera, njegova upotreba je i dalje na nezavidno niskoj razini. Većina adolescenata potcjenjuje rizik zaraze. Nerijetko je upotreba kondoma neispravna ili dolazi do prekida njegove upotrebe sa napredovanjem veze. Stariji partneri djevojaka i mlađih homoseksualaca često neće podržati njihovu želju za upotrebom kondoma. Pa čak i kod sasvim ispravne upotrebe kondoma, neki se virusi kao što su herpes virus ili HPV mogu prenijeti s mjesta koje kod zaražene osobe nije prekriveno kondomom. Oralni seks također nije *safe sex*, pa iako neće dovesti do neželjene trudnoće, postoji mogućnost prijenosa spolnih infekcija, zbog čega se sve češće viđaju slučajevi oralnog herpesa ili oralne gonoreje.

Spektar genitalnih infekcija u žena obuhvata osim upale rodnice (*colpitis* ili *vaginitis*) ili stidnice (*vulvitis*) čitav niz oboljenja, koji se osim pojedinačno javljaju i u uzročno - posljedičnoj vezi u različitim kombinacijama. Upala grliča maternice (*cervicitis*), upala sluznice maternice (*endometritis*), kao i upala jajovoda i jajnika (*salpingitis* / *adnexitis*) su pri tome veoma često nerazdvojivi kako u etiološkom, tako i u kliničkom odnosno terapeutskom pogledu, te se označuju jednim izrazom **upalna bolest zdjelice** (*pelvic inflammatory disease - PID*). PID se javlja s incidencijom od 100 - 200 / 100.000 žena, odnosno u dobu adolescencije: jedna od 8 djevojaka!

Kasno dijagnosticirane i neliječene spolne bolesti mogu imati ozbiljne posljedice. Infekcija može naime, nakon upale jajovoda i jajnika, dovesti do stvaranja ožiljkastih promjena, apscesa i neprohodnosti jajovoda, pri čemu rastu rizici za neplodnost i nastanak ektopične (izvanmaterične) trudnoće. Rizik od neplodnosti nakon jedne epizode PID iznosi 15%, nakon dvije epizode PID 35% i nakon tri ili više epizoda PID čak 55%. Rizik javljanja izvanmaterične trudnoće nakon PID je povišen 7 - 19 puta. Neke spolno prenosive bolesti poput HPV infekcije mogu izravno utjecati na nastanak raka vrata maternice, a nekim spolnim bolestima majka može zaraziti dijete prilikom poroda.

Spolno prenosive bolesti	Simptomi	Potencijalne komplikacije	Prevencija	Tretman
Gonoreja	Abnormalni vaginalni iscjedak-gust ili krvav iz penisa ili vagine Često i bolno uriniranje Moze biti asimptomatski	Infekcije genitalnog trakta Neplodnost Generalizirana infekcija	Apstinencija Kondomi (koristiti svaki put) Ograničiti broj partnera (znati anamnezu)	Oralni – cefixime 400 mg., ili cipro 500 mg.
Klamidija	Nesto mukoznog iscjetka Bol pri uriniranju Neugodnost tokom odnosa	Cervicitis Ektopična trudnoća Neplodnost	Apstinencija Korištenje kondoma Tražiti od partnera da se testira	Azithromycin 1 mg oralno
Hepatitis B	Inkubacija je 2 sedmice do 6 mjeseci Zamorenost, bol u mišićima, temperatura, mučnina Žutilo Djeca mogu biti asimptomatična	Ciroza Karcinom jetre	Univerzalna opreznost Kondomi Vakcinacija novorodjenčadi, djece	Aktivna bolest-mirovanje
HIV/ AIDS	Znojenje dlanova, stalna dijareja, zamorenost, kašalj, gubitak težine, noćno znojenje	*Mnoge infekcije i karcinomi*	Krv i tkivni fluidi opreznost uključujući kondome	AZT i ostali retrovirusni lijekovi
Sifilis	Primarno je obično samo bezbolna ranica Sekundarno se javlje osip, zamorenost, glavobolje, visoka temperatura I bez liječenja ova dva stanja prolaze spontano i ulaze u latentnu fazu	Smrt od tercijarnog sifilisa	Tretman ako je poznat kontakt Izbjegavati kontakt	Penicilin

Spolno prenosive bolesti	Simptomi	Potencijalne komplikacije	Prevencija	Tretman
Herpes simplex (1 i 2)	Prenosi se samo sa aktivnih ozljeda Skupina plikova koji stvaraju krastu i suše se (bolno) Potencijalne komplikacije Moze biti rekurentno Tip 1 oralni Tip2 genitalni Moze biti sistemski-meningitis Vaginitis		Izbjegavanje kontakta sa aktivnim ozljedama ili kontaminiranim fluidima kao salina ili cervikalni sekreti)	Acyclovir ili drugi antivirotici da suzbiju simptome i skrate trajanje
Genitalne bradavice (HPV)	Genitalne bradavice Svrbljiv vaginalni iscjedak Često asimptomatično	Promjene cervikalnih stanica	Izbjegavati seksualni kontakt sa osobama sa HPV-om	Podophyllin, cryosurgery, laser, operacija

Prikaz slučaja

D.M; 15-djevojka Vašeg tima kod koje ste u radu stekli puno povjerenje dolazi Vam žaleći se na vaginalnu iritaciju i teže nego uobičajeno pražnjenje. Prilikom daljeg razgovora kaže da je seksualno aktivna, imala je samo 2 partnera u prošloj godini,i oba nisu bila sa drugim partnerima dok su s njom. U daljem razgovoru, priznaje da je primjetila neka čudna ispupčenja na penisu njenog sadašnjeg partnera.

ZADATAK: Napraviti sestrinsku procjenu i plan njege za pacijenta sa SPB (sa tačke prevencije)

MEN0PAUZA

U suštini je fiziološki prekid menstrualnih ciklusa uslijed slabljenja funkcije ovarija.

U perimenopauzalnom periodu menstrualni ciklusi mogu da se smanjuju količinski (oligomenoreja) iza kojih slijedi kompletna amenoreja, ili kod nekih žena krvarenja u ovom periodu mogu biti česta,obilna ili prolongirana prije nego što započne oligomenoreja. Menstrualni ciklusi mogu varirati u dužini,a intervali između ciklusa mogu biti različite dužine.Menopauza nastaje kada se ciklus nije pojavio godinu dana.U svakom slučaju bilo koje vaginalno krvarenje kod žene koja nije krvarila > 6 mjeseci mora se evaluirati.

Menopauza može biti prirodna, arteficijelna ili prijevremena.

Menopauza se prirodno javlja otprilike u dobi oko 50 godina kod žena u SAD. Kako ovariji stare odgovor na gonadotropine hipofize (FSH i LH) se smanjuje u početku rezultirajući sa skraćenjem folikularne faze (znači skraćenjem menstrualnog ciklusa),smanjenjem broja ovulacija,smanjenom progesteronskom produkcijom i češćom iregularnošću u ciklusima.

Kao posledica nedostatka estrogena nema negativnog feedbacka (negativne povratne sprege), nivo LH i FSH se polako povećava,a nivo estrogena i progesterona se smanjuje.

Androgen androstenedion se reducira na polovinu,ali testosteron se blago smanjuje jer stroma ovarija nastavlja da luči bazalnu količinu,kao i nadbubrežna žlijezda. Androgeni se konvertiraju/pretvaraju u estrogen na periferiji naročito u masnim ćelijama kože čineći tako većinu cirkulirajućeg estrogena u postmenopauzalnih žena.

Ova prelazna faza tokom koje žena izlazi iz reproduktivne dobi počinje prije menopauze. Naziva se perimenopauzalnim periodom.

Kad prođe duže od 1 godine od zadnje menstruacije (menopauza) govorimo o postmenopauzalnom periodu.

Prijevremena menopauza odnosi se na iscrpljivanje ovarija, nepoznatog je uzroka i pojavljuje se prije 40-te godine. Može biti povezana sa pušenjem,životom na većoj nadmorskoj visini ili slabom ishranom.

Arteficijelna menopauza nastaje kao rezultat ooforektomije,hemoterapije,zračenja karlice,ili bilo kojeg procesa koji remeti krvotok u ovarijima.

Simptomi i znaci

Simptomi perimenopauzalnog perioda mogu široko varirati - od toga da ih nema pa do vrlo jakih.

Vazomotorni simptomi - -toplotni valovi /valunzi i preznojavanja kao znak vazomotorne nestabilnosti javljaju se kod 75% žena. Većina žena ima valove > 1 godine,a 25-50% > 5 godina, žena osjeća toplotu i vrućinu i može da se znoji ponekad veoma profuzno.Koža naročito glave i vrata postaje crvena i topla.Toplotni val može trajati od 30 sekundi do 5 minuta i iza njega može da slijedi groznica.

Vazomotorni simptomi u vidu toplotnih valova koincidiraju sa početkom LH oscilacija i kao rezultat efekata niskog nivoa estrogena na termoregulacioni centar u hipotalamusu. Kao dokaz ovome je da dodavanjem estrogena nestaju vazomotorni simptomi.

Brojni *psihološki i emocionalni simptomi* kao :zamorljivost,iritabilnost,nesanica, nemogućnost koncentracije,depresija,slabije pamćenje,glavobolja,anxioznost i nervoza mogu biti izazvani smanjenjem estrogena,ali i stresom zbog starenja i promjenom uloge u životu. Poremećaj sna zbog toplotnih valova može doprijieti zamoru i razdražljivosti. Povremena vrtoglavica, parestezije, palpitacije i tahikardija mogu se javiti.

Mučnina,zatvor,proliv,artralgije,mijalgije,hladne ruke ili noge kao i dobijanje na težini takođe mogu da se jave.

Velika redukcija estrogena vodi brojnim *promjenama u donjem genitalnom traktu* - vaginalna sluznica i koža vulve postaju tanje, normalna bakterijska flora se mijenja, labia minora, klitoris,uterus i ovariji se smanjuju u veličini.

Inflamacija vaginalne sluznice (atrofični vaginitis) može dovesti do toga da sluznica izgleda kao jagoda crvena i to može voditi češćem mokrenju, hitnom mokrenju,vaginalnoj suhoći i bolom pri odnosu(dyspareunia). Kod žene slabi tonus zdjelice, kao i dno male karlice što može voditi urinarnoj inkontinenciji, cistitisu i vaginitisu.Sve to može usloviti i slabljenje libida.

Kardiovaskularne bolesti uključujući i moždani udar postaju prevalentnije /češće poslije menopauze. Nadomjesna terapija estrogenom može se razmotriti kod žena koje nemaju koronarnu srčanu bolest jer ona može smanjiti rizik i do 50%.

Osteoporoza je drugi veliki zdravstveni problem koji donosi menopauza. U većem riziku su gracilne, bijele žene, pušači, koje koriste kortikosterioide, veći konzumenti alkohola (> 2 pića/dan), koje koriste levotiroxin i sjedilačkog načina života/manje pokretne osobe.

Oko 25% žena u postmenopauzi ima znake izražene osteoporoze.

Dijagnoza i tretman

Menopauza je nešto što čeka svaku ženu. Sam termin menopauza označava zadnju menstruaciju u životu a da je žena definitivno ušla u postmenopauzu treba da prođe period od 1 godine bez ciklusa.

Kod prijevremene menopauze dijagnozu treba postaviti mjerenjem nivoa FSH koji je povišen kod iscrpljenosti ovarija. Kod mlađih osoba treba isključiti endokrine poremećaje kao bolesti štitnjače,dijabetes.

Razgovor o fiziološkim događanjima tokom menopauze, o brigama,strahovima i stresovima u ovom periodu ženinog života je takođe važno. Kada dominiraju psihološki simptomi može se probati sa *psihoterapijom, antidepresivima ili blagim sedativima*.

Nadomjesna terapija estrogenom-NTE smiruje toplotne valove i druge simptome i smanjuje rizik od osteoporoze i koronarne bolesti.Međutim u žena koje imaju uterus, *NTE* može povećati rizik od endometrijalnog karcinoma (kojeg obično nagovjesti vaginalno krvarenje i obično se riješava hirurškim putem).

Kombinovana terapija estrogen-progesteron smanjuje ovaj rizik i bolja je za žene koje imaju uterus. Žene kojima je urađena histerektomija može se dati sam estrogen jer one nemaju rizik od Ca endometrija. Doza estrogena se povećava ili smanjuje prema simptomima žene.Dosta studija navodi rizik od Ca dojke prilikom uzimanja većih doza estrogena kroz duži vremenski period. Niže doze estrogena su sigurnije.

Ljekar treba da prodiskutuje o rizicima i koristi NTE sa pacijenticom i ako se ona odluči za tu terapiju treba uraditi kompletan fizikalni pregled,mamogram i PAPA test prije započinjanja same terapije.

Monitoring žena u menopauzi je potreban bez obzira da li one koriste ili ne hormonsku nadomjesnu terapiju a to podrazumijeva kompletne, redovne fizikale preglede i godišnju mamografiju.

Upotreba oralnih ili vaginalnih estrogena može poboljšati simptome vaginalne atrofije,vaginitisa,atrofiju donjeg urinarnog trakta (naročito uretre i trigonuma bešike),često mokrenje,pečenje i ponekad inkontinenciju.

Estrogen se obično daje kontinuirano. Radi se o konjugovanom ekvinom estrogenu obično u najmanjoj efektivnoj dozi-0,625 mg/dan uzetoj oralno jedan put na dan tokom cijelog mjeseca ili transdermalnom estradiolu 0,0375-0,1mg i doza se može povećati ako se simptomi ne smiruju.

Ako pacijentica ima uterus onda se dodaje progesteron(medroxiprogesteron acetat) i to 2,5mg svaki dan(ili 1-25 dana) ili 5mg –samo 10 –14 dana u mjesecu.

Iregularna krvarenja mogu da se pojave tokom prve godine uzimanja terapije ali vremenom endometrij atrofira i krvarenja prestaju.

U slučaju obilnih krvarenja pored HNT treba uraditi i *endometrijalnu biopsiju*, ako se krvarenje pojavi 1 godinu poslije menopauze.U slučaju stenoze cervikalnog kanala koja se pojavljuje kod žena u menopauzi ne treba žuriti sa biopsijom nego *UZ procijeniti* debljinu endometrija i ako je < 5mm mali je rizik od hiperplazije ili Ca endometrija.

U početku uzimanja ciklične terapije(estrogen-stalno i progesteron-10-14 dana u mjesecu) mogu da se jave redovna mjesečna krvarenja kod prestanka uzimanja progesterona i to je efekat ciklične terapije,ali ako pacijentica ne želi da ima krvarenja onda treba urediti kontinuiranu terapiju (estrogen i progesteron skupa).

Lokalni estrogen u vidu estrogenskih krema može se koristiti za atrofični vaginitis i dispareuniju bez obzira da li pacijentica uzima ili ne HNT.Moguća šema upotrebe estrogenskih aplikatora je:

1 aplikator noću -14 dana, potom ½ aplikatora noću-1 mjesec dana, pa ½ aplikatora sedmično dalje, sa individualno prilagođenim trajanjem uzimanja, što ojačava vaginalni epitel. Ponekad estrogen apliciran vaginalno redovito može da se sistemski resorbira i da rezultira sa vaginalnim krvarenjem kod žena koje imaju uterus. Kod takvih žena ako moraju nastaviti redovan lokalni tretman estrogenom treba razmotriti dodavanje progesterona oralno.

Injekcije estrogena se rijetko indiciraju na Zapadu a u slučaju operacije (histertektomija)–odmah nakon operacije preporučuju se *transdermalni flasteri* prije nego što žena pređe na oralnu terapiju.

Kontraindikacije estrogenske terapije:

Uključuje podatak o estrogen ovisnoj neoplazmi endometrija, dojke ili rekurentni tromboflebitis ili tromboemboliju,nejasna uterina krvarenja i anamnezu ili prisustvo uznapredovale bolesti jetre .

Kada je estrogen kontraindiciran onda se može koristiti samo progesteron (medroxiprogesteron acetat 10 mg/dan oralno ili depo 150 mg / mjesečno i.m.). Sedativi se mogu dati jedno kratko vrijeme ali paziti zbog rizika od ovisnosti kod žena u menopauzi.

Menadžment simptoma menopauze

Simptomi koji ženama u menopauzi stvaraju izrazitu nelagodu /distres

Hormonalni proizvodi	Hormonalni režim (način liječenja)
Estrogen - oralni	Ciklični estrogen (dani 1-25)
Progestin - oralni	Ciklični progesteron (12-14 dana/mjesec)
Androgen - oralni	Kontinuiran - neprekidan estrogen (svaki dan)
Transdermalni	Ciklični progesteron (12-14 dana/mjesec)
Vaginalni	Kontinuiran - neprekidan estrogen (svaki dan)
Ubrizgavajući / injekcioni	Kontinuiran - neprekidan progesteron (svaki dan)
Kombinacije: oralni, transdermalni i injekcioni	Ciklični estrogen (sam estrogen, bez dodatka drugih hormona - (dani 1-25) Kontinuiran - neprekidan estrogen (sam estrogen, bez dodatka drugih hormona - (svaki dan)

Ne-hormonalni menadžment simptoma

Vazomotorni	Urogenitalni	Psihološki
- Clonidin - Belladonna derivati - Beta blokeri - Crni Cohosh - Dijetetski phytoestrogen	- Različiti lubrikanti, koji nisu na bazi petroleuma - Kegel vježbe - Pesari tamo gdje je potrebna potpora mokraćnom mje-huru / uterusu - Različiti medikamenti za nagonsku inkontinenciju	- Anti - depresivi tamo gdje je dijagnoza definitivno postav-ljena - Tehnike relaksacije - opuštanja - Crni Cohosh - St. John trava (Hhypericum perforatum) - Valeriana

Napomena: kada je riječ o ne-hormonalnom tretmanu kao i tretmanu biljnim/prirodnim medikamen-tima, ovdje su navedeni samo oni za koje postoje izvjesni dokazi o njihovoj djelotvornosti.

SAVJETI O ISHRANI ŽENA U MENOPAUZI

Prehrana prilagođena ženama u menopauzi

Ako niste pristaša nikakvih proizvoda za rješavanje (ublažavanje) menopauzalnih tegoba, nego sve i inače rješavate na ostale načine (prehrana, vježbanje i slično), evo kakav se režim prehrane preporučuje ženama u menopauzi:

Unosite prehranom u organizam dovoljno kalcija

Unošenjem kalcija u organizam, činite dobro svom koštanom sustavu (prevencija osteoporoze). Birajte mlijeka s dodatkom kalcija, proučite koje su namirnice osobito bogate kalcijem (npr. brokula, neke vrste plave ribe). Oprez - savjetujte se s liječnikom o konzumaciji dodatnog kalcija u namirnicama, jer prevelika količina kalcija može štetno djelovati na bubrege.

Unosite prehranom u organizam dovoljno željeza

Željezo i kalcij su i inače minerali kojima je prehrana žena i inače siromašna. Željezo je potrebno za mnoge procese u organizmu, za odgovarajuću kvalitetu krvi, opskrbljenost kisikom stanica i drugo. Proučite koje su namirnice osobito bogate željezom, npr. crveno meso, zeleno povrće, riba, jaja.

Birajte namirnice bogate vlaknima

Vlaknate namirnice posebno su pogodne za regulaciju probave (probava je i inače usporenija u višoj životnoj dobi; “crijeva su lijena”) - konzumirajte namirnice kao što su razne žitarice, svježe voće i povrće.

Konzumirajte dnevno dovoljne količine svježeg voća i povrća

Osim vlakana, koji blagotvorno djeluju na probavu, svje-že voće i povrće sadrži i mnoge vitamine koji su organizmu i inače potrebni, a u odmakloj životnoj dobi, kada je organizam osjetljiviji i lošijih imunoloških karakteristika, svježe voće i povrće posebno je važno (i to posebno u zimskim mjesecima).

Pijte dovoljne količine vode (tekućine)

U svakodnevnom životu i inače ne pijemo dovoljne količine vode, odnosno tekućine, koja je bitna za uredno funkcioniranje organizma (ne samo kada je riječ o dijeti). Stoga se preporučuje dnevno popiti od 2 do 3 litre tekućine - neka dio toga bude mineralna voda, posebno ona obogaćena magnezijem (dobro za probavu).

Izbjegavajte namirnice bogate masnoćama

Zbog raznih biokemijskih procesa u organizmu, u odmakloj životnoj dobi postoji veća sklonost taloženju masnoća, posebno na krvnim žilama (sklonost aterosklerozi), što je put ka kardiovaskularnim bolestima. Stoga, izbjegavate li masne namirnice, time prevenirate kardiovaskularne bolesti, koje su općenito vodeći uzrok smrtnosti u svijetu.

Ne pretjerujte sa šećerom i solju i izbjegavajte pretjerano začinjena jela

Time preventivno djelujete na razvoj kardiovaskularnih bolesti (poglavito povišenoga arterijskog tlaka i bubrežnih bolesti).

Ograničite konzumaciju alkoholnih pića, kave, cigareta

Nije potrebno objašnjavati ovo upozorenje, tek ćemo spomenuti da se čaša crnog vina (čak je i dobro za krvne žile) i kave dnevno tolerira. S kavom ne treba pretjerivati jer pogoduje razvoju povišenoga arterijskog tlaka.

Preporučljive su namirnice na bazi soje

Kako je već rečeno, soja je biljka s karakteristikama prirodnog estrogena, ona je tzv. fitoestrogen, pa se namirnice na bazi soje preporučuju ženama u menopauzi (pogledati odjeljak o biljnim pripravcima).

Tjelesna aktivnost koja se preporučuje ženama u menopauzi

Tjelesna aktivnost i u menopauzi iznimno je važna. Osim tzv. Kegelovih vježbi (koje se preporučuju za jačanje mišića dna male zdjelice u svih žena u kojih postoji slabost te skupine mišića), preporučuje se, kao uostalom i tijekom cijelog života, redovita tjelesna aktivnost, kako bismo se općenito dobro osjećali, a vježbajući stvara se dobra podloga za zdravlje organizma u kasnijoj životnoj dobi. U svim bolje opremljenim sportskim centrima postoje posebni programi za svaku dobnu skupinu, pa je uputno priključiti se određenoj grupi i raditi vježbe prilagođene upravo vama, a kako bi vježbanje bilo ugodnije, činite to u društvu, redovito. Nadalje, pješačenje, kada ste god u prilici, ciljano i odmjereno planinarenje, boravak na svježem zraku i u prirodi, bavljenje unucima npr. i lagane dječje igre - uvijek imate priliku za odmjerene tjelesne aktivnosti.

Važno je znati da su preventivni pregledi kod ginekologa, odnosno liječnika obiteljske medicine važni i nužni - to bi trebao biti stil života. Samo tako ćete se pravodobno upoznati sa svime što vas u određenoj dobi očekuje, kada, kako i gdje možete dobiti pomoć, odnosno pronaći ćete odgovore na svoja pitanja.

OSTEOPOROZA

Osteoporoza je termin koji označava poroznost kostiju, odnosno generalizirano progresivno smanjivanje gustoće kostiju koji uzrokuju slabost koštanog sustava.

Uosteoporoz idolazi dosmanjenja količine kalcija u kostima, minerala koji je 99% zastupljen upravo u kostima i zubima.

Pri smanjenju koštane gustoće, kosti postaju krhke te osjetljive na različite fizičke stresove kao što su udarci i padovi što rezultira povećanom učestalošču prijeloma i to najčešće kuka, kralježnice te ručnog zgloba.

Koštana je masa u muškaraca i žena najveća sredinom trećeg desetljeća života za koje je vrijeme metabolizam kostiju ujednačen i stvaranje kostiju je otprilike jednako resorpciji. U starijoj životnoj dobi stvaranje kostiju postaje sporije od gubljenja te dolazi do razvoja osteoporoze. Općenito, osteoporoza predstavlja jednu od najčešćih bolesti starije životne dobi, pri čemu su žene pogođene više nego muškarci. Opadanje spolnih hormona tijekom života uzrokuje postupni gubitak kalcija i nepravilnu pregradnju kostiju, zbog čega najveća opasnost od osteoporoze prijeti upravo ženama u postmenopauzi.

Učestalost osteoporoze najveća je u starijih žena bijele rase, a najmanja u starijih žena crne rase. Ipak važno je naglasiti da iako je osteoporoza prvenstveno percipirana kao bolest žena, ona pogađa i muškarce, a prisutna je i u brojnim sistemskim zdravstvenim poremećajima kao što su poremećaji štitnjače (hiperparatireoza, hipertireoza) ili šećernoj bolesti.

Osteoporoza je toliko česta da u brojnim zemljama zauzima epidemijske razmjere, pri čemu je postala jedan od najznačajnijih uzroka obolijevanja, invalidnosti pa čak i smrtnosti.

Klinička podjela osteoporoze:

Idiopatska osteoporoza - rijedak oblik bolesti nepoznata uzroka koji se pretežito javlja u mlađih odraslih osoba.

Postmenopauzalna osteoporoza - najčešći oblik osteoporoze koji se javlja između 50. i 75. godine života. Postmenopauzalna osteoporoza je fiziološko stanje koje u žena starije životne dobi nastaje kao posljedica prirodnog popuštanja funkcije jajnika. Iako je šest puta češća u žena, može se pojaviti i kod muškarca pri patološkim stanjima povezanim s niskim koncentracijama testosterona.

Sekundarna osteoporoza - čini 5% svih slučajeva osteoporoze. Najčešći uzroci sekundarne osteoporoze su: endokrine bolesti, ljekovi - kortikosteroidi, barbiturati, heparin, pušenje, dugotrajna imobilizacija, kronične bolesti bubrega i jetre, KOPB - kronična opstruktivna bolest pluća, sarkoidoza, reumatoidni artritis.

Simptomi i faktori rizika osteoporoze

Simptomi osteoporoze

Bolesnici s osteoporozom u početnoj fazi bolesti ne moraju imati nikakve tegobe. Progresijom bolesti razvijaju se i simptomi.

- **Bolovi u kostima i mišičima**, osobito u leđima.
- **Smanjenje tjelesne visine** i pogrbljeno držanje.
- **Prijelomi** vrata bedrene kosti (kuka), kralježnice (prsni kralješci) te ručnog zgloba.

Veliki broj različitih čimbenika može povećati rizik od razvoja osteoporoze:

- **Spol** - učestalost prijeloma kao najčešće komplikacije osteoporoze je dva puta češča u žena nego u muškaraca. Muškarci s niskom razinom testosterona su također pod povečanim rizikom.
- **Dob** - rizik od razvoja osteoporoze se povisuje s životnom dobi.
- **Rasa** - bijela rasa ima najveći rizik od osteoporoze dok crna rasa ima najniži rizik.
- **Naslijeđe** - pojava osteoporoze u bliskoj obitelji povećava rizik od razvoja te bolesti.
- **Pretjerana mršavost** - žene i muškarci koji su izuzetno mršavi imaju povišeni rizik od osteoporoze.
- **Pušenje** - iako se ne zna točan mehanizam djelovanja, dokazano je da pušenje povisuje rizik od osteoporoze.
- **Izloženost estrogenu** - povećana izloženost endogenom estrogenu u smislu ranog dobivanja prve menstruacije ili kasnog nastupa menopauze snižava rizik od osteoporoze.
- **Poremećaji prehrane** - žene i muškarci koji boluju od anoreksije ili bulimije imaju povišeni rizik od osteoporoze.
- **Liječenje kortikosteroidima** -dugotrajna upotreba kortikosteroida kao što su **prednison, kortison, prednisolon ili deksametazon** uzrokuju oštečenja koštanog tkiva i smanjenje koštane gustoće. Ukoliko osoba mora uzimati ove lijekove kroz duži vremenski period potrebno je redovito mjerenje gustoće kostiju denzitometrijom te po preporuci liječnika korištenje lijekova koji preveniraju gubitak koštanog tkiva.
- **Hipertireoza** - česti endokrini poremećaj štitnjače karakteriziran visokim vrijednostima tireoidnog hormona (T4) uzrokuje smanjenje koštane gustoće.
- **Neki diuretici** - lijekovi koji potiću izlučivanje tekučine iz organizma putem mokrenja često uzrokuju i gubitak velikih količina kalcija mokraćom (furosemid).
- **Karcinom dojke** - žene u postmenopauzi s karcinomom dojke su pod povećanim rizikom od razvoja osteoporoze. Rizik je posebno povišen kod žena koje su podvrgnute kemoterapiji.
- **Smanjeni unos kalcija**.
- **Sedentarni način života** - tjelesna aktivnost od najranije dobi je ključna u održavanju zdravlja kostiju.
- **Kronični alkoholizam** - alkoholizam je jedan od najznačajnijih faktora rizika za razvoj osteoporoze u muškaraca. Prekomjerna konzumacija alkohola smanjuje stvaranje koštanog tkiva te smanjuje apsorpciju kalcija u crijevima.
- **Depresija** - povisuje rizik od osteoporoze.

Dijagnostika i komplikacije osteoporoze

Najčešče korištena metoda za mjerenje gustoće kostiju, odnosno dijagnosticiranje osteoporoze je **denzitometrija**.

Denzitometrija je posebna radiološka metoda koja je tijekom godina, zbog svoje točnosti te jednostavne primjene postala metoda izbora u dijagnosticiranju osteoporoze.

- Preporuka Nacionalne Fondacije za Osteoporozu je primjena denzitometrije u sljedećim slučajevima:
- Žene u postmenopauzi.
- Žene starije od 50. godina koje imaju barem jedan od faktora rizika za razvoj osteoporoze.
- Žene iznad 65. godina koje su u postmenopauzi i nikada nisu bile na denzitometriji.
- Dugotrajna upotreba kortikosteroida.
- Osoba koja boluje od dijabetesa tip I, bolesti bubrega ili jetre ili ima obiteljsku anamnezu osteoporoze.

Komplikacije osteoporoze

Najčešča komplikacija osteoporoze su **frakture** odnosno prijelomi koji nastaju uslijed povećane krhkosti kostiju. Najčešći prijelomi kao posljedica osteoporoze su prijelomi kuka, kralježnice ili ručnog zgloba. Prijelomi kuka su osobito opasni jer mogu uzrokovati invalidnost, a s obzirom na relativno dugo postoperativno ležanje i dugu fazu rehabilitacije povećavaju smrtnost u starijih ljudi.

Prevencija osteoporoze

Razvoj i napredovanje osteoporoze u postmenopauzi valja spriječiti zdravim načinom života i, prema potrebi, odgovarajućim lijekovima.

Postoje određene mjere kojima je moguće prevenirati razvoj osteoporoze.

Dovoljan unos kalcija i vitamina D - prosječna dnevna potreba za kalcijem kod odrasle osobe procijenjena je na oko 800-1300 mg. Ipak, treba naglasiti da se potrebe za kalcijem mijenjaju ovisno o životnoj dobi te o stanjima kao što su trudnoća i dojenje koji iziskuju povećane potrebe za kalcijem. Postmenopauzalnim ženama koje uzimaju hormonsku nadomjesnu terapiju preporuča se dnevni unos od 1200 mg kalcija i 400 internacionalnih jedinica vitamina D.

Postmenopauzalnim ženama koje ne uzimaju hormonsku nadomjesnu terapiju preporuća se uzimanje 1500 mg kalcija te 800 internacionalnih jedinica vitamina D.

Najbogatiji izvori kalcija u hrani su punomasno mlijeko i mliječni proizvodi, sardine, brokula, naranče, soja, sojino brašno, bademi crvena paprika, losos i dagnje. Dobar izvor vitamina D se nalazi u tunama i srdelama. S obzirom da je današnjim užurbanim načinom života teško zadovoljiti unos potrebnih minerala iz hrane, preporuča se uzimanje kalcija i vitamina D kao dijetetski dodatak prehrani. Najefikasnije je uzimati oba preparata u jednoj tableti podijeljenoj u dvije dnevne doze.

Vježbanje - redovita tjelesna aktivnost dokazano potiče stvaranje koštanog tkiva te smanjuje smanjenje mineralne gustoće u kostima. Smatra se da je tjelesna aktivnost započeta već u adolescenciji je jedan od najznačajnijih čimbenika prevencije osteoporoze. No, početak tjelesne aktivnosti u bilo kojoj životnoj dobi doprinosi smanjenju progresije bolesti. Preporučuje se tjelesna aktivnost koja najviše djeluju na opterećenje koštanog sustava kao što su jogging, brzo hodanje, skijanje i penjanje.

Prestanak pušenja - pušenje smanjuje apsorpciju kalcija u crijevima smanjujući time mineralnu gustoću kostiju.

Izbjegavanje alkohola - konzumacija više od dva alkoholna pića dnevno povezana je sa smanjenom apsorpcijom kalcija i razvojem osteoporoze.

Savjetovanje s liječnikom o hormonskom nadomjesnom liječenju - hormonska nadomjesna terapija ima brojne pozitivne učinke na zdravlje olakšavajući ženama postmenopauzalne tegobe kao što su valunzi, promjene raspoloženja, suhoća rodnice, bolni spolni odnosi, učestale vaginalne i urinarne infekcije te smanjujući rizik od kardiovaskularnih bolesti, osteoporoze i demencije.

Prevencija padova - osobe koje imaju dijagnosticiranu osteoporozu moraju pripaziti na moguće padove. Preporuča se nošenje niskih peta, stavljanje na cipele specijalne đonove u kojima se ne skliže. Također u zimskim uvjetima treba pripaziti na poledicu. Starije osobe trebaju urediti svoj dom na način da im se omogući lagano kretanje. Korisno je ugraditi držače u kadi i gumene podloge protiv sklizanja.

Izbjegavanje dizanja teških predmeta.

Zaključak

Osteoporoza je bolest koja pogađa oko 10%populacije i uz produžavanje životnog vijeka,sjedalački način života,loše životne navike i lošu prehranu polako ali sigurno poprima epidemijske razmjene. Iako postoji široka paleta lijekova za liječenje osteoporoze,prevencija i dalje ostaje stup temeljac u borbi protiv ove bolesti. Prema tome potrebno je razvijati svijest u populaciji o faktorima rizika razvoja osteoporoze te neprestalno isticati tjelesnu aktivnost i pravilnu ishranu kao najučinkovitije metode jačanja kosti i cjelokupne musculature te održavanje optimalne težine. Ostatak leži na svakom pojedincu da preuzme odgovornost za vlastito zdravlje kao što je napisano u zakonu o zdravstvenoj zaštiti FBiH.

Studija slučaja osteoporoze

Jedan od vaših pacijenata je 58-godišnja žena. Ona vam saopćava sljedeću priču. Tokom zime ona se okliznula na led i osjetila povređivanje gornjeg dijela leđa. Mislila je da će to proći samo od sebe pa je tretirala bol toplotom i paracetamolom. Međutim, nakon 4 sedmice bol se nije poboljšavao. Otišla je na urgentni odjel gdje joj je urađen rtg-snimak jer su mislili da joj je slomljeno rebro. Rtg-snimak nija pokazao frakturu rebra ali je pokazao kompresivnu frakturu kralješka T10.

Rečeno joj je da ponese snimke i konsultuje svoj tim porodične medicine za daljni tretman.

Koji su najveći rizici u ovom slučaju?

Koji su manji rizici?

Koja edukacija je odgovarajuća?

LITERATURA

1. Ryder B, Campbell H. Natural family planning in the1990s. Lancet 1995;346:233-4.
2. Jarvis G. It makes sense and empowers couples. BMJ 1993;307:1358.
3. Kennedy DI, Gross BA, Parenteau-Carreau S, Flynn AM, Brown JB, Visness CM. Breastfeeding and thesymptothermal method. Stud Fam Plann 1995;26:107-15.
4. Billings EL, Billings JJ, Brown JB, Burger HG. Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation. Lancet 1972;299:282-4.
5. World Health Organization. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. II The effectiveness phase. Fertil Steril 1981;36:91-8.
6. World Health Organization. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. III. Characteristics of the menstrual cycle and of the fertile phase. Fertil Steril 1983;40:773-8.
7. Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, Cates W, Policar M. Contraceptive Technology. 16th Ed. Printed Matter Inc. Atlanta, GA, 1994.
8. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception 1989;39:577-96.
9. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet 1992;339:227-30.
10. Stagge P. Sicherheit von Kondomen. TW Gynäkologie 1996; 9:438-446 Nutz M. Das Diaphragma als sichere Alternative. hautnah gynäkologie+geburtshilfe 1997;4:163-165 Roddy et al. Effect of Nonoxynol-9 Gel on Urogenital Gonorrhoea and Chlamydial
11. Ghiatas AA. The spectrum of pelvic inflammatory disease. Eur Radiol. 2004 Jan 29 Blake DR. Adolescent Sexually Transmitted Diseases: Recent Developments. Curr Infect Dis Rep. 2004; 6(2): 141-148.
12. Wachter I. Jugendgynäkologie: Genitalinfektionen. TW Gynäkologie 1996; 9: 663-664
13. SOGC. Kanadski koncenzus o menopauzi i osteoporozi / The Canadian Consensus conference on menapause and Osteoporosis. 1998.

14

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 14

Genitourinarni sistem

Dermatologija

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Način predavanja
9:00-10:00	Cistits	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban:** • Definira cistitis • Navesti riziko faktore za cistitis • Klinicke manifestacije cititisa • Najčešći uzroci uroinfekcija • Urinokultura	Predavanje i diskusija
10:00-10:15 Pauza			
10:15-10:45	Sestrinski plan njege za pacijente sa problemima eliminacije urina	• Opisati česte probleme eliminacije urina • Da diskutira o ciljevima njege kod pacijenata sa specifičnim urinarnim problemima	Predavanje i diskusija
10:45-11:30	Sestrinski proces-prikaz slučaja	Napraviti plan sestrinske njege za pacijenta sa cistitisom	Diskusija u manjim grupama bazirana na slučaju
11:30-12:15	Uloga sestre u prevenciji rekurentnih uro infekcija Tipovi inkontinencije	• Sestrinske intervencije u cilju prevencije uro infekcija • Sestrinske inervencije u cilju sprećavanja rekurentih infekcija	Predavanje i diskusija
12:15-13:00 Pauza za ručak			
13:00-14:00	Prenosive bolesti Prenos i kontrola bolesti	• Identificiratikategorije mikroorganizama koji uzrokuju bolest • 5 glavnih mikrooragnizama koji prenose bolesti	Predavanje i diskusija
14:00-15:00	Uloga sestre u prevenciji prenošenja bolesti Lanac infekcije Prkidanje lanca infekcije	• Opisati ulogu sestre u prekidanju lanca infekcije • Opisati ulogu sestrinskog procesa u prekidu lanca infekcije	Predavanje i diskusija
15:00-15:30	Važnost pranja ruku	• Opisati proceduru paravilnog pranja ruku	Predavanje i diskusija

GENITOURINARNI SISTEM I DERMATOLOGIJA

Pripremila: Fatima Topčić

Slučaj

Pacijent sa infekcijom urinarnog trakta

Gospođa Renata ima 69 godina i dolazi u vašu ambulantu sa povišenom temperaturom i jakim bolom u leđima. Razgovarajući s njom, također otkrivate da osjeća hitnost i pečenje kod pražnjenja. Iz razgovora sa pacijenticom dolazimo do saznanja da je dijabetičar i da je na oralnim hipoglikemicima. Kaže da je dijabetes «vrlo dobro kontrolisan». Ne koristi druge lijekove. Gospođa Renata vam također govori da se kod kuće stara o svom mužu. On je prije četiri godine imao moždani udar zahtijeva gotovo potpunu njegu. «Dani nisu dovoljno dugi za sve što moram uraditi», kaže. Izgleda veoma umorno i sjeda na stolicu čim je na raspolaganju. Daje Vam podatke da je urin zgusnut, mutan i ima neugodan miris. Šećer u krvi iznosi 8.4 . Govori Vam također da jučer nije mogla zadržati malo mokraće »ali danas sam vrlo oprezna da se to ne bi ponovilo». Nastavlja, «popijem nešto kada znam da mogu stići u toalet inače bih tamo išla stalno».

Nakon doktorskog pregleda izlazi iz ordinacije sa receptom Trimethoprim-sulfamethoxazole. Prije odlaska kući, gospođa Renata vam se vraća na edukaciju o tome sta joj je činiti dalje.

Upotreba sestrinskog procesa: Identifikujte dodatnu procjenu podataka koje želite prikupiti. Napravite plan njege za ovou pacijentaicu sa posebnim naglaskom na rizične faktore i zdravstvenu njegu.

Uvod

Urinarni trakt uključuje organe koji stvaraju i sakupljaju urin i izbacuju ga iz tijela, a održava ravnotežu vode i soli u organizmu. U ovom procesu glavnu ulogu imaju bubrezi koji filtriraju otpadne produkte metabolizma, vodu i soli iz krvi i tako stvaraju urin koji prolazi kroz parne cjevčice tzv. mokraćovode (ureter), u mokraćni mjehur. Mjehur pohranjuje urin koji se zatim eliminira iz organizma preko cjevčice tzv. mokraćne cijevi (uretra). Zdrav urin je sterilan. U njemu nema bakterija, virusa niti gljivica. On je, zapravo, antiseptik koji ispire iz organizma potencijalno štetne bakterije.

Definicija

Urinarna infekcija (UTI) je upala bilo kojeg dijela urinarnog trakta. Infekcija se pojavljuje kad mikroorganizmi, najčešće bakterije iz probavnog sustava, dospiju kroz mokraćnu cijev u urinarni trakt i počnu se množiti.

Najčešći put infekcije je prodor mikroorganizama iz probavnog odnosno vanjskog dijela spolnog sistema kroz mokraćnu cijev u mokraćni sistem.

Infekcije urinarnog trakta dijelimo prema mjestu inficiranja odnosno lokalizaciji i po tipu infekcije. Po mjestu inficiranja odnosno lokalizaciji uroinfekcije dijelimo na:

- infekcije donjih mokraćnih puteva
- infekcije gornjih mokraćnih puteva

Značaj

43% žena u životnoj dobi od 14-60 godina su imale bar jedanput infekciju urinarnog trakta (cistits).

Prevalenca i incidenca

- Podaci u svijetu nam govore slijedeće da godišnje posjete ljekaru zbog UTI iznose
- 8 miliona posjeta ljekaru
- Reproduktivna dob 2.5% (odnos M:Ž =1:50)
- Gerijatrija 10-30% (odnos M:Ž= 1:1)
- Godišnja cijena liječenja u svijetu iznosi 6 milijardi dolara

Riziko faktori koji dovode do pojave uroinfekcije su slijedeći:

- Predhodna uroinfekcija
- Diabetes mellitus (nivo šećera u urinu)
- Trudnoća
- Upotreba spermicida i dijafragme
- Abnormalnosti urinarnog trakta-imaju za posljedicu nepotpuno pražnjenje mjehura
- Neurološka disfunkcija
- Renalna bolest
- Mehanička trauma
- Cistoskopija i kateterizacija
- Smanjena otpornost organizma

Najčešće infekcije donjih mokraćnih puteva su:

- CISTITIS (upala sluznice mokraćne bešike),
- URETRITIS (upala uretre)
- PROSTATITIS (upala prostate)

Cistitis

Najčešća infektivna bolest danas tretirana. Češće se obolijevaju žene nego kod muškaraci, ali ne isključuje ni to da muškarci obolijevaju od pomenute bolesti. Ovo može biti dijelom uzrokovano time što je ženska uretra kraća i bliža anusu, što dozvoljava bakteriji iz crijeva da lakše dođe u dodir sa uretrom. Ponekad taj dodir dovodi do infekcije mokraćnih puta.

Infekcije mokraćnog mjehura česte su u žena tijekom reproduktivnih godina. Bakterije iz rodnice mogu putovati u mokraćnu cijev i mokraćni mjehur. Žene često nakon spolnih odnosa dobivaju upalu mokraćnog mjehura, najvjerojatnije zato što tijekom spolnog odnosa dolazi do ozljeđivanja mokraćne cijevi. Neke žene imaju ponavljane infekcije mjehura, a rijetko su one uzrokovane abnormalnom povezanošću između mokraćnog mjehura i rodnice. Jedan od glavnih razloga čestih upala mokraćnog mjehura u žena je kratka mokraćna cijev kojom bakterije ukoliko ih ima u okolini (rodnici ili završnom debelom crijevu) lagano dospijevaju do mjehura.

Komplikacije infekcija urinarnog trakta u trudnoći treba posebno istaknuti

- Ako se bakterijska infekcija mjehura ne otkrije i ne liječi kod trudnica, čak 25% razvije upalu bubrega (pijelonefritis), koja povećava rizik prijevremenog poroda, povećava perinatalni mortalitet i povećava rizik za kasniju kroničnu bolest bubrega.
- Čak i ako se ne razvije upala bubrega, neliječena infekcija mokraćnog trakta koja se pojavi u

prvom ili trećem trimestru trudnoće povećava rizik mentalne retardacije i zastoja u rastu fetusa s 1.2% na 2%. Neke vrste E.coli mogu povećati rizik komplikacija u trudnoći, uključujući pobačaj i prijevremeni porod.

Uretritis je upala mokraćne cijevi kojom mokraća izlazi iz mjehura izvan tijela. Upalu mokraćne cijevi kod žena mogu uzrokovati bakterije, virusi i gljivice. U žena uzročnici obično putuju u mokraćnu cijev iz rodnice ili iz debelog crijeva. Muškarci znantno rjeđe imaju upalu mokraćne cijevi od žena. Kod muškaraca najčešće upale mokraćne cijevu uzrokovane su ureaplasma, mycoplasma, chlamidia, HPV i gonorejom. Uretritisi (upale mokraćne cijevi, upale završne cijevi) su češći kod mlađih muškaraca i žena. Jednostavno se dijagnosticiraju, ali se osobito kod muškaraca dugotrajno, a ponekad i teško izliječe.
Prostatitis (upala prostate)

Infekcije mokraćnog mjehura muškaraca rjeđe su, a najčešće započinju upalom mokraćne cijevi, a zatim upalom prostate, a ukoliko se to ne liječi dolazi do upale mokraćnog mjehura.

Upalne bolesti prostate danas se dijele na dvije grupe: akutna upala prostate i kronična upala prostate s tim da se kod kronične upale razlikuju tri oblika: kronična upala uzrokovana bakterijama, kronična upala kod koje bakterije ne uspijevamo utvrditi i bolna prostata. Sve tri podgrupe kronične upale prostate neki objedinjuju u nazivu prostatični sindrom.

Uroinfekcije klasificirame po tipu infekcije su :

- Simptomatske
- Asimptomatske
- Akutne –prve i pojedinačne
- Hronične
- Rekurentne relaps i reinfekcija
- Komplicirane
- Nekomplicirane

Šta znači komplicirana a šta nekomplicirana infekcija urinarnog trakta -UTI?

Nekomplicirana UTI znači da infekcija nije povezana sa strukturnim ili neurološkim abnormalnostima.

Komplicirana UTI je povezana sa strukturnim ili neurološkim abnormalnostima.

Reinfekcija –znači rekurentna bakteriurija uzrokovana novim organizmom.

Relaps infekcija - znači rekurentna bakteriurija uzrokovana istim organizmom.

Infekcije urinarnog trakta u zavisnosti od drugih stanja pacijenta su nekomplikovane kod mladih žena a mogu biti komplikovane kod muškaraca i kod žena koji imaju urološke abnormalnosti ili im je nedavno rađena kateterizacija ili cistoskopija. Također infekcije mogu biti neugodne i opasne kad pacijenata kod koji dolazi do čestih infekcija odnosno cistitisa.

Simptomi i znaci

- Početak upale je obično nagli, a simptomi mogu varirati od lagano iritirajućih do jako bolnih, mogu biti različiti od žene do žene, a najčešći su:
- učestalo mokrenje
- neugoda, pečenje i osjećaj pritiska pri mokrenju

- bolno mokrenje malih količina urina
- česta, nekontrolirana i neodgodiva potreba za mokrenjem
- potreba za mokrenjem noću
- promijenjena boja urina (zamućenost)
- ponekad krv u urinu
- jak i neugodan miris urina
- inkontinecija
- uretralni i suprabubična bol
- bol u leđima
- temperature obično nema što ne znači da se može i pojaviti

Ukoliko se pojavi bilo koji od gore navedenih simptoma može se posumnjati na uroinfekciju i sestra treba biti vrlo pozorna kod uzimana podataka od ovakvih pacijenata, bilo da pacijet traži telefonski savjet ili dolazi u ambulantu tražeći pomoć.

Najčešći uzročnici uroinfekcije kod odraslih su slijedeći:

1. Escherichia coli
2. Staphylococcus saprophyticus
3. Klebsiella pneumoniae
4. Proteus mirabilis
5. Enterococcus faecalis
6. Pseudomonas aeruginosa
7. Enterobacter cloacae
8. Citrobacter

Na koji način dolazimo do dijagnstike uroinfekcije :

Zlatni standardi:

- Urinokultura, (kod mladih žena često se izostavlja koje prvi put imaju infekciju)
- Laboratorijski pregled urina
- Sediment urina (mikrohematurija i leukocituriju)

Uz sve ovo što smo naveli jako bitno je da se urin zna uzeti parvilno a urin se uzima na slijedeći način:

- Prvi jutarnji urin sadrži najveći broj bakterija
- Prije uzimanja urina oprati se mlakom vodom bez sapuna i dezinficijensa
- U sterilnu bočicu se uzima srednj mlaz urina

Normala nalaz urina je slijedeći:

• Količina	1000-1500 ml u toku 24 sata
• Boja	zlatnožuta
• Izgled	bistra prozirna
• Miris	blag
• Spec.težina	1015-1025g/cm
• Reakcija	kisela
• Sediment	0-2E,0-5L
• Bjelančevine	
• Bilirubin	
• Urobilinogen	

Urinokultura - zašto je bitna i šta nam kaže njen nalaz?

Urinokultura se radi kod rekurentne UI, pijelonefritisa i kod trudnica. Terapija kod navedenih infekcija je slijedeca, daju se antibiotici.Normalno, urin ne sadrži bakterije, niti druge organizme (on je sterilan). Urino kultura je test koji otkriva i identifikuje bakteriju koja može biti uzrok infekcije urinarnog trakta (mokraćnih puta). Uzorak urina se sakuplja u čistu bočicu i čuva u uslovima koji omogućuju bakterijama da rastu. Ako bakterija ne raste, test je negativan. Ako bekterija raste u velikom broju koji je dovoljan da naznači infekciju, test je pozitivan. Tip bakterije će biti identifikovan mikroskopom i/ili pomoću hemijskih testova. Ovaj test se radi na uzorku urina, uzetom ujutru odmah nakon ustajanja. I drugi testi također mogu biti urađeni na uzorku sakupljenom za urino-kulturu .

Bakteriološka kontrola urina se treba uraditi

- Prije početka Th
- 48 –72 sata nakon Th
- 1-2 sedmice nakon Th
- 4 –6 sedmica nakon Th
- kod muškaraca
- i žena sa kompliciranim UTI

Ovo su sve informacije koje treba da zna porodicna medicinska sestra jer samo dobro informisana odnosno dobro educirana sestra moze kvalitetno obavljati svoj posao.Da bi se rekurentne uroinfekcije smanjle i svele na minimum trebamo raditi na prevenciji i to slijedece intervencije: za liječenje i sprečavanje urinarnih infekcija može nam pomoći nekoliko jednostavnih savjeta:

- Pijte puno vode, barem 8 čaša na dan (otprilike 1.5 - 2 litre), imajući na umu da unos tekućine u svakom slučaju ovisi i o fizičkoj aktivnosti i vanjskoj temperaturi. Povećani unos tekućine potiče često mokrenje kojime se iz mjehura ispiru bakterije.
- Ne ignorirajte potrebu za mokrenjem, mokrite čim osjetite potrebu i potpuno ispraznite mjehur. Usvojite naviku da mokrite svaka 2 do 4 sata, jer mokrenje ispire bakterije iz mokraćne cijevi (uretre), sprečavajući ih da dođu do mokraćnog mjehura.
- Bolje se tuširajte nego kupajte u kadi. Ako se kupate u kadi ne sjedite u vodi duže od 30 minuta. Ne koristite pjenušave i uljne kupke i jake sapune koji mogu nadražiti uretru i genitalije i učiniti ih plodnim tlom za razvoj bakterija. Donje rublje je najbolje prati blagim deterdžentima.
- Izbjegavajte uske hlače i gaćice. Uske hlače, na primjer, nadražuju mokraćnu cijev i onemogućuju prozračivanje genitalnog područja. Preporučuje se nositi pamučno, a ne sintetsko donje rublje. Vlažnost genitalnog područja pogodna je za razmnožavanje bakterija. Pamučno donje rublje omogućuje bolju prozračnost tog dijela tijela.
- Izbjegavajte rafiniranu hranu, zaslađene voćne sokove, šećer, kavu i alkohol u prehrani. Svakako treba izbjegavati opstipaciju.
- U novije vrijeme vrlo je popularno korištenje preparata od brusnice (list i plod). Čini se da sok od brusnice i borovnice sprečava prianjanje bakterija uz zid mokraćnog mjehura. Zato se preporučuje dnevno popiti 2 do 3 čaše tih sokova. Da bi djelovali, treba 8 tjedana svakodnevno piti te sokove.
- Dati instrukcije nakon defekacije
- Od ljekovitog bilja za liječenje uroinfekata, najdužu i najčešću primjenu ima brusnica, i urološki čajevi.

Tipovi inkontinencije:

1. **Hitna inkontinencija** - nevoljni prolaz urina kratko nakon jakog osjećaja hitnosti pražnjenja
2. **Stresna inkontinencija** - gubitak urina prilikom kihanja, kašljanja itd, usljed abdominalnog pritiska.
3. **Funkcionalna inkontinencija** - nastala zbog nemogućnosti pristupa toaletu zbog kognitivnog poremećaja i/ili fizickog funkcioniranja/barijera okoline.
4. **Inkontinencija suviška** - nesamovoljni gubitak urina udružen sa prekomjernom distenzijom mokraćnog mjehura.
5. **Totalna inkontinencija**

Vrlo bitna uloga sestre kod pojave inkontinencije (bilo koji tip inkontinencije) je promovisanje vježbi za jačanje mišića dna zdjelice.među najpoznatije i najučinkovitje vježe spadaju Keiglove vježbe.

Šta znače Kegelove vježbe za pacijenta sa inkontinencijom ?

Kegelove vježbe pomažu ojačati dno zdjelice, pomoć su liječenju inkontinencije i oporavljaju tonus mišića nakon porođaja. Nazvane su prema dr. Arnoldu Kegelu, ginekologu koji ih je i osmislio. Kada se osnaže mišići zdjelice bolje podržavaju uretru.

Kegelove vježbe uključuju stiskanje pubokoksigealnog mišića (isti mišić koji zaustavlja mlaz mokraće) i njegovo zadržavanje dok se sporo broji do 3. Žena se treba zatim opustiti dok izbroji do 5, a zatim ponoviti stezanje. Postepno treba povećavati zadržavanje stisnutog mišića dok se ne izbroji 10. Trebalo bi napraviti pet vježbi tri puta na dan i ostati na tome. Rezultati će biti vidljivi za šest do osam sedmica.Vježbe treba redovno izvoditi da bi se dobio koristan učinak. Za lakše razlikovanje tog mišića od ostalih treba pokušati zaustaviti mlaz mokraće dva do tri puta prilikom mokrenja. Međutim, kada se jednom spozna koji su to mišići, nije poželjno često zadržavati mokraću, jer to može voditi urinarnim infekcijama.

Kako taj mišić postaje jači lakše ga je razlikovati od drugih mišića u blizini koji se također grče.

Kegelove vježbe nisu učinkovite ukoliko se stišću mišići trbuha, bedara ili stražnjice istodobno kada se stišće područje rodnice. Zapravo to samo povećava pritisak unutar trbuha i pogoršava problem.

SKRINING URINARNE INKONTINENCIJE

DATUM

1. Da li ste ikada radili procjenu na urinarnu inkontinenciju? Da ☐

*Kada*_____*Od strane koga*_____

2. Da li ste nedavno primijetili promjenu u vašoj inkontinenciji? Da ☐

3. Da li osjećate nelagodu ili pečenje tokom uriniranja? Da ☐ UTI

Datum kada je rađena kultura urina:_____

*Rezultati*_____

Liječeno? Da ☐

4. Da li imate poteškoće u dolasku do toaleta?

Kod kuće Da ☐

Izvan kuće Da ☐

Zašto?

Velika udaljenost ☐

Ne možete vidjeti kuda idete (naočari, osvjetljenje)

Ne možete sami ustati sa stolice ili kreveta ☐

Ne možete se na vrijeme otkopčati ☐

Ne možete sjesti na toalet ili se podići sa toaleta

5. Da li imate tvrdu stolicu? Da ☐ - Može doprinijeti inkontinenciji

*Intervencija*_____

*Rezultati*_____

6. Kada osjetite nagon za mokrenjem, da li vam je teško doći do toaleta na vrijeme? Da ☐ - Nagon

7. Da li idete u toalet češće od svaka 2 sata? Da ☐ - Nagon

8. Da li ikada puštate veliku količinu ili sav sadržaj mokraćnog mjehura? Da ☐ - Nagon

9. Da li se budite mokri noću? Da ☐ - Nagon

10. Da li morate ustajati više od 2 puta po noći da odete u toalet? Da ☐ - Nagon

11. Da li vam mokraća pomalo curi na putu do toaleta? Da ☐ - Nagon

12. Da li vam mokraća konstantno curi? Da ☐ - Prelijevanje

Provjera na nadutost mokraćnog mjehura:

*Datum*_____

*Rezultati*_____

npr., skeniranje mjehura, naizmjenična kateterizacija, abdominalna procjena

13. Da li se morate naprezati da bi mokrili?	Da ☐ - Prelijevanje ili pogoršana kontraktilnost mjehura
14. Da li imate osjećaj da vam mjehur nije ispražnjen nakon mokrenja?	Da ☐ - Prelijevanje ili pogoršana kontraktilnost mjehura
15. Da li imate poteškoća kod započinjanja mokrenja?	Da ☐ - Prelijevanje ili moguća opstrukcija
16. Da li ispuštate male količine urina pri aktivnosti (na primjer: uspinjanje, kašljanje, kihanje)?	Da ☐ - Stres
17. Da li ispuštate urin samo tokom dana?	Da ☐ - Stres
# broj uložaka koje dnevno koristite:_____ Nazivi marke:_____	
(uključujući toalet papir, peškiriće, itd.)	
Klijent se moli da popuni formular evidencije o mokraćnom mjehuru zbog dodatnih informacija	Da ☐ Ne ☐

Komentari:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ZAKLJUČAK PROCJENE

Vjerovatni tip inkontinencije kod ovog pacijenta (može biti više od jednog)

[] NAGON [] STRES [] PRELIJEVANJE

Rukovodi ocjenjivač [] - Uputiti se na strategije za početni menadžment ILI

Uputnica za procjenu i menadžment:

(Molimo upišite ime specijaliste ako je moguće)

☐ Ljekar p/o medicine_____ ☐ Urolog_____

☐ NACS _____ ☐ Urognekolog_____

☐ Fizikalni terapeut_____ ☐ Drugi_____

(Pošaljite primjerak ovog obrasca i liste lijekova koje koristite sa uputnicom)

Datum_____ Potpis ocjenjivača:_____

Sestrinski proces kod pacijenata sa UTI

Sestrinska njega pacijenta sa infekcijom UT odnosi se na liječenje i sprječavanje recidiva:

- Procjena
- Plan
- Implementacija
- Evaluacija

Procjena

- Zdravstvena istorija (bol,temperatura,mokrenje,urin)
- Spolni odnosi,
- Lična higijena,
- Šta pacijent zna o svojoj bolesti i prevenciji,
- Procjena putem intervjua

Navike mokrenja Koliko puta ste mokrili u zadnja 24 sata? Da li ustajete u toku noći da mokrite? Koliko puta? **Opis urina** Kako biste opisali svoj urin? Izgled(bistar,mutan) Miris(slab,jak miris)? **Problemi eliminacije urina** Peckanje,često mokrenje,malo urina,bol pri mokrenju, Imate često kapanje urina ili osjećaj smanjene snage toka urina? Slučajno propuštanje urina? kad kašljete ili kišete ili kad se smijete? **Prethodna oboljenja urinarnog sistema (bubrega , kamenci itd)**	**Faktori koji utiču na mokrenje** **Lijekovi** (diuretik pojačava, spasmolitik, antidepresiv, antihistaminik i dr. zadržavaju urin Unos tečnosti-koju količinu i vrstu tečnosti unosite svaki dan (npr. 5 čaša vode, 3 šolje kafe, 2 čaše koka kole) **Faktori okoline**-da li imate problema sa odlaskom u toalet (pokretljivost-skidanje odjeće Wc šolja suviše nisko, nema ručke ? **Oboljenje**-da li bolujete od povišenog pritiska, srčanog oboljenja, tumora, uvećane prostate, diabetes melitus ili diabetes insipidus?

Specifična pitanja

- Kada je bol počeo?
- Gdje je bol počeo? Možete li odrediti lokaciju bola?
- Da li je urin promijenio boju?
- Da li ima neugodan miris?
- Da li uzimate neke lijekove?

Plan

- Glavni ciljevi za pacijenta su:
- Olakšavanje bola
- Sprječavanje ponovnih infekcija
- Olakšavanje boli

Osnovne zadaće sestre su:

- savjet o upotrebi termofora,
- unosu dosta tekućine i
- podstiče pacijenta da mokri svaka 2-3 sata),
- izbjegavati kafu, čaj, začine, kole, alkohol

U edukaciji o sprečavanju nastanka ponovnih infekcija sestra je dužna da nauči pacijenta:

- održava ličnu higijenu,
- Unosi 2-2,5 litara tečnosti,
- Prepozna znake i simptome urinarne infekcije i zna komplikacije koje nastaju zbog čestih urinarnih infekcija (prestanak rada bubrega i sepsa)

Imlementacija

Provođenje aktivnosti koje su planirane:

1. Redovno uzimanje antimikrobne terapije
2. Savjeti o upoterbi termofora
3. Unošenje 2-2,5 litra tečnosti na dan
4. Edukacija pacijenta o njegovoj bolesti, ličnoj higijeni (pranje ruku,spolovila, kupanje)
5. Kegelove vježbe (stezanje i opuštanje mišića zdjelice čime se vraća tonus)
6. Ocjena vitalnih znakova i nivoa svijesti

Evaluacija

- U slučaju recidiva-ponovnog javljanja urinarne infekcije ponoviti sestrinski proces zajedno sa
- pacijentom i pronaći uzroke koji sudoveli do recidiva.
- Prevencija ponavljanja urinarnih infekcija

Vrlo bitna je edukacija pacijenta i njegove porodice, a to je glavna zadaća porodične medicinske sestre, te u okviru toga za ovakve pacijente treba uraditi slijedeće:

Higijena

- bolje se tuširati nego kupati u kadi
- Poslije defekacije očistiti perineum od sprijeda prema nazad
- Izbjegavati upotrebu baznih sapuna, pudera za higijenu intimnog dijela
- Ženama u menopauzi preporučiti redovnu upotrebu estradiol vaginalne kreme
- Da bi se poboljšala diureza i izbacile bakterije iz uro-trakta treba unositi dovoljno tečnosti u organizam
- Popiti 2 čaše vode prije i 2 čaše poslije spolnog odnosa
- Ne piti kafu, čaj, alkohol i tečnosti koje iritiraju urinarni trakt
- Isprazniti mjehur prije i nakon seksualnog odnosa
- Izbjegavati uske hlače i gaćice jer onemogućavaju prozračivanje genitalnog područja
- Nositi pamučno donje rublje
- Zakiseliti urin uzimanjem C vitamina ili soka od brusnice 2-3 čaše dnevno

Za pacijente sa ovakvim problemina je bitno da steknu navike mokrenja, znači da nauče što je dobro za njih i zbog čega to trebaju poštovati i sprovoditi a vrlo bitno je da pacijent zna da treba urinirati svaka 2-3 sata, prazniti skroz mjehur, žene –mokriti odmah poslije seksualnog odnosa. Kod uzimanja

terapje treba se obratiti pažnja da se lijekovi uzimaju tačno propisana koloičina lijeka, da se kod ponovljenih infekcija urina uzima c vitamin u dozi od 1000 mg ili sok ili čaj od brusnice.

Vrlo bitno je kod pacijenata sa bolestima urinarnog trakta napraviti i neki interni vodič za njegovu sigurnost npr.kao sto je ovaj:

- Pristupačnost toaletu (ukloniti prepreke-tepisi)
- Svjetlo za noćni odlazak u toalet
- Savjetujte da se ugrade držači u toaletu
- Savjetujte odjeću koja se lako skida
- Objasnite važnost 8-10 čaša vode dnevno
- Informišite pacijenta i porodicu o vezi između pušenja i raka mokraćnog mjehura
- Objasnite pacijentu ili porodici važnost mokrenja svaka 2-3 sata

Zbog komplikacija koje uzrokuju infekcije urotrakta (hipertenzija, kamenci i prestanak rada bubrega, sepsa) posebnu pažnju posvetiti starijim osobama preko 65 godina.

Rad na prevenciji i unapređenju zdravlja je najjeftiniji i najefikasniji put da se smanje oboljenja i osigura kvalitetan način života.

Sestrinski plan njege za pacijenta sa problemom eliminacije urina

Mokrenje (uriniranje, pražnjenje) se odnosi na pražnjenje mokraćnog mjehura. Urin se nakuplja oko 250-450 ml kada pritisak počne stimilirati nervne receptore u zidu mjehura koji šalju impulse do centra za mokrenje u kičmenoj moždini a zatim prema mozgu da osoba postane svjesna potrebe za mokrenjem.

Zaključke koje donosimo na kraju su slijedeće:

- Infekcije urinarnog trakta - značajan uzrok morbiditeta u svim dobnim skupinama
- Populacija u riziku- seksualno aktivne mlade žene, starije osobe i kateterizirane osobe
- E. coli je najčešći patogen (odgovorna za 80% slučajeva svih UTI), zatim Staphylococcus aureus i Entrokoki (odgovorni za većinu komplikovanih UTI)

  Urinokultura-zlatni standard za dijagnozu UTI

LITERATURA

1. http://farmakon.info/index.php?option=com_content&task=view&id=77&Itemid=89
2. http://www.urolog-5ek.com/prostatitis.html
3. Nastavni materijal za obrazovanje porodične medicinske sestre
4. Reference: Canadian Nurse – April 2001
5. http://www.centar-zdravlja.net/clanci/zensko-zdravlje/2/2824/infekcije-mokracnog-sustava/

PRENOS - TRANSMISIJA BOLESTI

Mikroorganizmi se nalaze svuda oko nas : vodi, tlu, te na tjelesnim poput kože, u probavnom traktu i drugim mjestima koja su otvorena za spoljne uticaje (npr.usta , gornji disajni trakt,vagina, i donji urinarni sistem.

Većina mikroorganizama je bezopasan neku su čak i korisni ,jer obavljaju nezamjenjive funkcije u tijelu. Infekcija podrazumijeva invaziju mikroorganizama na tkivo i njihovo raznožavanje.Takvi mikroorganizmi se nazivaju uzročnicima zaraze. Ako ne postoje klinički dokazi da određeni mikroorganizam uzrokuje bolest ,onda se ta infekcija naziva asimptomatična ili subklinička.Neke subkliničke infekcije mogu prouzrokovati značajne komplikacije npr.citomegalovirusne (CMV) infekcije kod trudnice mogu dovesti do ozbiljnog oboljenja djeteta,međutim primjetna promjena u normalnoj funkciji naziva se oboljenjem.
Mikroorganizmi variraju po:

1. Svojoj patogenosti(sposonost da uzrokuje bolest)
2. Mikroorganizmi također variraju po težini bolesti koju uzrokuju i stupnju prenosivosti npr. uobičajeni virus prehlade se lakše prenosi nego bacil koji uzrokuje Gubu.Ako se uzročnik zaraze može prenijeti na nekoga direktnim ili indirektnim kontaktom preko vektora (životinje) ili prenosioca ili zrakom stanje koje nastaje naziva se *zarazna bolest.*
3. Patogenost je sposobnost da se prouzrokuje oboljenje a mikroorganizam koji uzrokuje bolest je patogen .Mogi inače bezopasni mikroorganizmi mogu prouzrokovati neku bolest pod određenim uslovima .Patogen prouzrokuje bolest ili infekciju kod zdrave osobe.
4. Oprtunustički patogen prouzrokuje bolest samo kod osjetljivih osoba

Zarazne bolesti najčešći su uzročnik smrti širom svijeta. Kontrola širenja mikroorganizama i zaštita stanovništva od zaraznih bolesti i infekcija vrši se na međunarodnom,državnom,nivou zajednice i individualnom nivou.Svjetska zdravstvena organizacija je agencija broj jedan za kontrolu na međunarodnom nivou.

Da bi smanjili mogućnost prenošenja mikroorganizama sa jednog mjesta na drugo koristimo aseptičke tehnike. Asepsa je odsustvo mikroorganizama. Postoje dvije vrste asepse : medicinska i hirurška. Medicinska asepsa uključuje sve prakse usmjerene ka sprećavanju prodora nekog mikroorganizma u određeni prostor ,ograničavajući broj, rast i prenošenje tog mikrororanizma. Prljavao (zaraženo) znači vjerovatno prisustvo mikroorganizama koji mogu biti uzročnici infekcija .

Hirurška asepsa ili sterilna tehnika, znači mjere koje čuvaju neki prostor ili predmet zaštičenim od svih mikroorganizama, a to podrazumijeva tehnike koje uništavaju sve mikroorganizme i njihove spore.Hirurška asepsa koristi se pri svimprocedurama koje zahtijevaju sterilne dijelove tijela.

Suprotno od asepse je SEPSA a to je vrlo ozbiljno stanje infekcije koje može poprimiti razne oblike uključujući i septički šok.

Postoji 5 glavnih mikroorganizama koji uzrokuju infekcije kod ljudi a to su : bakterije,virusi, gljivice, rikecije i protozoe. Bakterije su mikroorganizmi koji najčešće uzrokujuinfekcije. Postoji nekoliko stotina vrsa bakterija koje mogu prouzrokovati oboljenja kod ljudi,te mogu živjeti i prenositi se zrakom, vodom , tlom, tjelesnim tkivom, tjelesnim tečnostima . Virusi uglavnom se sastoje od nukleinskih kiselina i moraju ući u živu ćeliju da bi se razmnožili i izazvali infekciju.Česti virusi uključuju rinovirus koji uzrokuje obićnu prehladu,virusi hepatitisa,herpes virusi,te porodice virusa koji uzrokuju slabljenje imunološkog sistema. U gljivice spadaju i plijesni. Paraziti nastanjuju druge žive organizme i tu spadaju razne vrste glista ,crijevne gliste bube itd.

Vrste zaraza

Kolonozacija je proces kojim jedna vrsta mikroorganizma postaje prvladavajuća flora.U tom slučaju se mikroorganizmi mogu rasti i razmnožavati ali ne uzrokuju bolest.Infekcije nastaju kada novi ili preovladavjući mikrooganizmi izvrše invaziju na dio tijela a odbranbeni mehanizam domaćina je nemoćan ,dovode do oštećenja tkiiva i infekcija postaje manifestna kada znaci i simptomi postaju jedinstveni i razlikuju se od drugih normalnih stanja.

Infekcije mogu biti lokalne ili sistematske. Lokalne su ograničene na određeni dio tijela gdje su se nastanili mikroorganizmi. Ako se mikroorganizmi šire i oštete različite dijelove tijela infekcija je sistemska. Ako se u uzoeku krvi nađu bakterije odnosno mikroorganizmi to stanje se naziva **Bakterijemija.** Kada bekteremija završi sistemskom infekcijom onda se to zove **Septikemija.**

Infekcije mogu biti akutne i hronične ,akutne nastaju iznenada, kratko traju a hronične se mogu pojaviti polagano i mogu trajati mjesecima pa i godinama.

Intarhospitalne infekcije

Nozokomijalne infekcije su klaificirane kao infekcije koje su povezane sa boravkom u bolnici i pružanjem zdravstvenih usluga u zrdavstenim ustanovama. Nozokomijalna ili intrahospitalne infekcije se mogu pojaviti priliko pacijentova boravka u zdravstvenoj ustanovi ili nakon otpuštanja. Od intrahospitalnih infekcija mogu oboljeti i zdravstveni radnici npr.hepatitis Bi HIV infekcije što može prouzrokovati značajne probleme i duže odsustvo s posla.

Lanac zaraze

Lanac zaraze sačinjava 6 karika i to:

1. Rezervoar zaraze
2. Izvor zaraze
3. Putevi širenja zaraze
4. Ulazna vrata
5. Patogenost i virulencija
6. Dispozicija ili otpornosta domaćina
7. Da bi došlo do infekcije moraju biti zstupljene sve karike infekcije, ovaj lanac se još naziva **Vogralikov lanac**

Etiološki uzročnici - Mogućnost bilo kojeg mikroorganizma da prouzrokuje infekcijski proces zavisi od broja prisutnih organizama, patogenosti i virulencije mikroorganizama, sposobnosti mikroorganizama da uđe u tijelo,osjetljivosti domaćina te sposobnosti mikroorganizama da živi u tijelu domaćina.

Neki virusi poput virusa velikh boginja imaju sposobnost da zaraze sve osjetljive ljude nakon što se izlože virusu. Na drugoj strani imamo mikroorganizme poput bacila tuberkuloze koji zaraze relativno mali broj ljudi koji su osjetljivi i izloženi ,obično su to ljudi koji nemju dobre uslove za život,imaju lošu ishranu itd.

Nosilac je osoba ili životinja koja nosi određene uzročnike zaraze ,te je potencijalni izvor zaraze ali ipak ne pokazuje kliničke znakove oboljenja. Kliconoša može postati i tokom perioda inkubacije ,oporavka i post oporavka osobe koja klinički ima prepoznatljivo oboljenje . Ova vrsta nosioca se naziva inkubatorni ili oporavišni nosilac. Pod bilo kojim okolnostima stanje kliconoštva može trajati kratko (privremeni ili tranzitivni) ili dugo (hronični kliconoša).

Rezervoar zaraze

Brojni su rezervoari zaraze mikroorganizama. Uobičajeni rezervoari zaraze su ooboljeliljudi oko nas,oboljele životinje,zaraženo tlo,ili naše okruženje općenito. Ljudi su najčešći izvor infekcije za sebe i druge ljude .npr. osoba sa virusom gripe prenosi taj virus i na druge ljude u svojo okolini. Insekti ,ptice ,mlijeko fekalije također mogu biti i jesu izvori i rezervoari infekcija. Od rezervora zaraze mikroorganizmi se na okolinu prenose različitim putevima širenja.

Putevi prenošenja mikroorganizama

Različiti su putevi kojima se mikroorganizmi prenose sa jednog domaćina na drugog. Kojim putem će se prenijeti u mnogome zavisi od načina izlučivanja uzročnika iz organizma i mogućnosti njihovog opstanka u spoljašnjoj sredini. Mikroorganizmi koji u spoljašnjoj sredini na žive dugo prenose se direktnim kontaktom. Infekcije nastaju I indirektnim kontaktom, preko pribora ili materijala koji su bili u dodiru sa oboljelom osobom
Postoje 4 načina prenošenja zaraze:

1. vazdušni (aerogeni),
2. fekalno-oralni,
3. kontaktni,
4. transmisivni

Pri širenju infekcija značajnu ulogu ima prenošenje infekcija kapljicama sekreta, tzv. Fligeovim kapljicama. One dospevaju u spoljašnju sredinu pri kašljanju I kijanju tako da mogu direktno da se udišu.

Kod nekih bolesti isključivi faktor u prenošenju jesu razne vrste insekata koji se nazivaju **vektori.**

Ulazna vrata infekcije

MJesta u organizmu kroz koja uzročnici oboljenja prodiru u njega nazivaju se vrata infekcije. Ovo su najčešće prirodni otvori i ozljeđena koža. Od prirodnih otvora najčešće usta i nos. Mada veliki broj mikroorganizama napada organizam i ima mogućnosti da prodre u njega, oboljenje nastaje tek ako se oni prilagode na novu sredinu i počnu da se razmnožavaju.

Patogenost i virulencija

Patogenost -sposbnost uzročnika da izazove bolest,

Virulencija – je stupanj patogenosti,ako je patogenost visoka visoka je i virulencija a ako je tako i mali broj uzročnika izazove bolest a bolest ima tešku kliničku sliku,teške posljedice a često i smrtni izhod.

Letalitet - je mjera za virulenciju :broj umrlih:broj oboljelih ^{puta} 100

Infektivna doza – količina uzročnika ,npr.visoka infektivna doze je trovanje hranom Salmonelama a niska infektivna doza je npr.obolijevanje tifusa ,morbila ,bjesnilo itd.

Otpornost – osjetljivost domaćina

Otpornost organizma ima važnu ulogu u nastanku infekcije.
Od prirodnih prepreka koje se suprostavljaju mikroorganizmima glavne su **koža i sluzokoža.** Koža

predstavlja nepremostivu prepreku za većinu mikroorganizama a malo je oni koji mogu da prodru kroz neoštećenu kožu. Ako se desi da neke bekterije prodru u kožu, tu su prisutne odbrambene materije, posebno ferment **Lizozim** koji ih uništava

Sluzokože su manje otporne na dejstvo bakterija jer nemaju odgovarajuću mehaničku zaštitu.
Sekret pljuvačne žlezde predstavlja jednu od važnih odbrambenih materija u ustima. Pljuvačka u sebi sadrži izvesne bakterijske materije (lizozim) koje sa uspehom deluju na bakterije
Kiseli sadržaj želudca u stanju je da ubije većinu patogenih mikroorganizama. Bakterije koje su normalni stanovnici debelog creva luče materije koje antagonistički deluju na patogene bakterije I na taj način sprečavaju njihovo razmnožavanje
Većina udahnutih bakterija zadržava se na dlačicama i sekretu nosnog otvora a one koje prodru dublje obuhvataje epitelne ćelije sluzokože nosa

Osjetljivost domaćina

- prva linija odbrane - koža i sluznica
- druga linija odbrane - nespecifični celularni i hemijski odgovor
- treća linija odbrane - specifičan imuni odgovor

Imunitet može biti: aktivni, pasivni, prirodni umjetni i stečeni.

Standardne mjere opreza za kontrolu infekcije

Slijedeće smjernice su preuzete od direktiva koje je uspostavio Centar za kontrolu bolesti (CDC) u SAD-u. Ove smjernice su napravljene s ciljem da zaštite zdravstvene radnike od dobivanja bolesti/oboljenja preko kontakta sa tjelesnim tečnostima ili zaraženom opremom.

Vodič u praksi	
Prevencija povreda od uboda iglom	- odmah nakon upotrebe, igle i druge oštre instrumente staviti direktno u čvrstu posudu otpornu na ubod. - na igle se ne vraćaju poklopci prije odbacivanja - ako morate vratiti poklopac, koristiti tehniku jedne ruke - posuda otporna na ubod mora biti dostupna na mjestu upotrebe igle
Odlaganje oštrica	Posuda mora biti dostupna za odlaganje igli i drugih oštrica. Upotreba ovakve posude štiti radnike koji rukuju otpadnim materijalima – osoblje za održavanje čistoće, radnici u praonici, radnici sa smećem.
Pranje ruku	Pažljivo pranje ruku mora se obaviti prije i nakon svakog kontakta sa pacijentom, nakon što se skinu rukavice i nakon kontaminacije bilo kojim potencijalno infektivnim materijalom.
Rukavice	- Rukavice se moraju nositi ako zdravstveni radnik anticipira direktnoj izloženosti krvi, izlučevinama, ekskrecijama drugim tjelesnim tečnostima ili uzorcima tkiva. - Rukavice nisu zamjena za pranje ruku ili mjere opreza od uboda igle.

Pranje ruku

U rutinskim situacijama, CDC preporučuje dobro pranje ruku pod mlazom tekuće vode makar 10 sekundi, koristeći običan sapun.
U situacijama kada je rizik od otpornih organizama veći ili je otpornost pacijenta manja, preporučuje se upotreba antibakterijskog sapuna.
Održavanje zdrave kože (zdravstvenog radnika) je važno. Mjere kao što su adekvatno ispiranje i sušenje i povremena upotreba losiona biće od pomoći.

Odlaganje igala i kontamirane opreme

Ako se upotrebljene igle odlažu u obično smeće, važno je da se dekontaminiraju što je više moguće prije odlaganja da bi se zaštitili radnici koji rukovode smećem.
Preporučujemo da se doda potpuna hlorna solucija na posudu otpornu na ubod koja je onda zatvorena prije odlaganja.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE - SESTRINSKI PROCES

Procjena- sestrinska istorija

Kod sestrinske istorije sestra procjenjuje :

- Stepen rizika od infekcije kod pacijenta
- Pritužbe pacijenta koje uzrokuje prisustvo neke infekcije .
- Da bi sestra identifikovala pacijente podložne riziku ,vrši reviziju katrona,odrađuje sestrinski inerviju kako bi prikupila informacije o faktorima koji utiču na razvoj infekcije ,posebno postojeća oboljenja i procesa,istoriji novih infekcija,upotrebi trenutnih lijekova,terapijskim mjerama,trenutnim uzročnicima stresa ,ishrani ,istoriji vakcinacija itd.

Fizička procjena

- Znaci i simptomi neke infekcije variraju s obzirom na dio tijela koji je zahvaćen. Npr. kihanje, vodenast ili sluzav iscjedak iz nosa ,zapušenost nosa obično se javljauju kod infekcija nosa i sinusa ,frkventnost uriniranja ,moguća zamućenost urina,bezbojnost ili promjena boje urina često se javljaju kod urinarnih infekcija .Membrane i sluznice su veoma često uključene u infekcijske procese a za rezultat ima :
- Loklizirano oticanje
- Lokalizirano crvenilo
- Bol i osjetljivost na dodir ili pokret
- Osjetna vrućina na inficiranom dijelu
- Gubitak gunkcije dijela tijela koji je inficiran
- Znaci sistemskih infekcija su:
- Visoka temperatura
- Ubrzan puls i disanje
- Malaksalost,nelagodnost i gubitak energije
- Anoreksija i u nekim slučajevima mučnina i povračanje
- Uvečanost i osjetljivost limfnih žlijezda

Planiranje

Glavni ciljevi tretmana kod pacijenta osjetljivih na infekcije su:

- Održati ili uspostavitio dbrambeni mehanizam
- Spriječiti širenje mikroorganizama
- Smanjiti ili ublažiti probleme vezane za infekcije

Implementacija

Kada god je to moguće sestra koristi mjere za prevenciju infekcija .Ako se infekcija ne može spriječiti ,sestra radi na tome da ne dođe do širenja infekcije među ljudima te na liječenju postojeće infekcije. U slijedećem dijelu opisane su određene sestrinske aktivnosti koje remete lanac infekcije, sprječavaju i kontrolišu prenošenje zaraznih mikroorganizama, te promovišu njegu zaraženog klijenta a to su:

Pranje ruku - važno u svakom okruženju uključujući i bolnice, jedna od najefektnijih kontrola zaraze. Svaki klijent može nosti mikrooraganizme koji su u tom trenutku bezazlen za samo klijenta ali su potencijalno opasni za druge iz okruženja. Važno je prati ruke u slijedećim vremenskim razdobljima da bi se spriječilo širenje mikroorganizama i to: prije obroka, nakon upotrebe noćne posude ili korištenja toaleta nakon što tijelo dođe u dodir sa bilo kojom tjelesnom supstancom, poput ispljuvka ili gnoja iz rane. Zdravstveni radnici bi trebali prati ruke prije i poslije pružanja njege.

Sestrinske intervencije koje prekidaju lanac infekcije

Veza	Intervencije	Razlozi za intervencije
Rezervoar (izvor)	Promijeniti zavoj kada je prljav ili mokar Pomozite klijentima da održavaju higijenu kože i oralnu higijenu	Vlažni zavoji idealno mjesto za rast i razmnožavanje mikroorganizama Higijenske mjere smanjujurezidentnih i tranzitinih mikroorganizama i vjerovatnoću infekcije
Mjesto izlaska iz rezervoara	Izbjegavati razgovor kašljanje, kihanje nad otvorenim ranama ili sterilnim dijelovima , pokrijte usta kada kašljete ili kišete	Ove mjere ograničavaju broj mikroorganizama koji izađu iz respiratornog sistema
Način prenošenja Način prenošenja Način prenošenja	Perite ruke između konatakata sa klijentima, nakon što ste dirali tjelesne supstance i prije rada ili diranje otvorenih rana. Upozoriti pacijente, njegovatelje da redovno peru ruke prije obroka, nakon obavljene nužde i nakon sto su dirali zarazan materijal. Odložiti zaprljan materijal u vrećice za odlaganje otporne na vlagu. Započnite i sprovodite aseptične mjere predostrožnosti za sve klijente.	Pranje ruku je važno sredstvo kontrole i prevencije prenošenja mikroorganizama. Vrečice otporne na vlagu sprečavaju širenje infekcije na druge ljude. Svi klijenti mogu biti nositi potencijalno zarazne mikroorganizme koji se mogu prenijeti na druge. Zaštitta usta i očiju sprećava širenje mikroorganizama prenosivim kapljicama.

Veza	Intervencije	Razlozi za intervencije
Osjetljivi domaćini	Nosite maske i zaštitu za oči kada ste u neposrednom konataktu sa pacijentima koji imaju infekcije koje se prenose kapljicama iz respratornog trakta. Nosite rukavice kada radite sa izlučevinama i stolicom pacijenta,nosite zaštitne kape ako postoji opasnost da se uprljate sa tjelesnim supstancama. Nosite masku i zaštitu za oči kada postoji mogučnost prljanaj tjelesnim supstancama npr.kod ispisranja. Koristite sterilne tehnike za procedure poput davanja injekcija i kateterizacije. Koristite sterilne tehnike kada otkrivate rane ili mijenjate zavoje . Odlažite korištene igle i šprice u namjenske kontejnere otporne na probode. Obezbijedite pribor za ličnu higijenu za svakoga pacijenta. Održite integritet pacijentove kože i sluznice. Pobrinite se pacijentova dijeta bude izbalansiraana. Educirati populaciju o značaju vakncinacije.	Rukavice i mantili sprečavaju prljanje kože ,ruku i odjeće. Zaštita za oči i usta pruža zaštitu od mikroorganizama koji se nalaze u pacijentovim tjelesnim supstancama. Otvorene rane su podložne mikrobnim infekcijama . Povrede iglama koje su zaražene krvlju zaraženih pacijenata ili nosilaca ,glavni su uzročnik Hepatitisa B (HBV) I HIV-a kod zdravstvenih radnika . Ljudi su manje otporni na mikroorganizme druge osobe nego na vlastite mikroorganizme. Nedirnuta koža i sluznica štite od invazije mikroorganizama. Izbalansirana dijeta pruža bjelančevine i vitamine neophodne za izgradnju i održavanje tjelesnog tkiva. Imunizacija štiti od patogenih mikroorganizama.

Odbrambeni mehanizam kod osjetljivih domaćina

Ljudi su u stalnom kontaktu sa mikroorganizmima iz vlastitog okruženja. U normalnim uslovim prirodni odbrambeni sistem spriječava nastanak infekcija. Osjetljivost je stepen do kojeg je osoba otporna na infekciju. Mjere koje mogu smanjiti nastanak infekcije su slijedeće:

- Higijena
- Ishrana
- Tekućina
- Odmor i san
- Stres
- Imunizacija
- Sprečavanje infekcije kod kuće:
- Prati ruke prije nego što se dođe u dodir s hranom,prije jela, nakon upotrebe toaleta,prije ikakvog kućnog tretmana i nakon kontakta sa bilo kojom tjelesnom supstancom(npr.gnoj iz rane)
- Neka nokti budu čisti,kratki,dobro njegovani bez oštrih rubovaili zanoktice koje mogu skrivati mikroorganizme.
- Ne koriistiti tuđe predmete za ličnu higijenu ,četkicu za zube,ručnike i slično.

- Prati svježe voće i porće prije jela
- Obratiti pažnju na sve znakove i simptome infekcije i odmah obavijestiti svog ljekara ili sestru
- Održavati dovoljan unos tekućine da bi pospiješili stvaranje i izlučivanje urina .Ovo pomaže pri ispiranju mokraćnog mjehura i uretre od mikroorganizama.

Najvažnija mjera koja se teba sprovoditi kod sprećavanja nastanka infekcija mikroorganizmina je **higijena –pranje ruku.** Higijena ruku štiti vaše zdravlje i zdravlje vaših pacijenata od nepotrebnih infekcija. Kod raznovrsnih tretmana i postupaka njegovanja, vaše ruke dolaze svakodnevno u dodir sa pacijentima, sa kontaminiranim materijalima i instrumentima.
Doći će se u kontakt sa patogenim i fakultativno patogenim mikrobima koji mogu dovesti do nastanka opasnosti od infekcije: kod pacijenta sa oslabljenom odbranom i kod vas lično.
Dakle potpuno je jasno, sigurna higijena ruku je važan faktor profilakse infekcija.
Pošto su ruke zdravstvenih radnika najčešći vektor nozokomijalnih infekcija, higijena ruku - uključujući pranje ruku i antisepsu ruku - je primarna preventivna mjera.
Temeljitim pranjem ruku adekvatnim količinama vode i sapuna uklanja se više od 90% prolazne, tj. površinske, flore uključujući sve ili većinu kontaminanata. Antimikrobni sapun još dalje smanjuje privremenu floru, ali samo ako se koristi nekoliko minuta. Pranje ruku (ne-medicinskim) sapunom je bitno kada su ruke prljave, i treba da postane rutina nakon fizičkog kontakta sa pacijentom.
Kod pranja ruku pridržavati se sljedećih mjera:

- ruke prati svježe pripremljenim tečnim sapunom, sapunom u prahu ili dehidriranim pahuljicama sapuna
- nokti na rukama treba da su kratko podrezani
- skinuti nakit za vrijeme rada
- dezinfikovati ruke protočnim dezinfekcionim sredstvom;
- ruke posušiti sterilnim ubrusima za ruke, papirnim ubrusima za jednokratnu upotrebu ili osušiti aparatom sa toplim zrakom.

Procedura pranja ruku

- Pustiti umjereno toplu vodu.
- Nakvastiti šake. Iz dispenzera istisnuti izabrano sredstvo.
- Ruke oprati do lakata toplom vodom i sapunicom.
- Ponovo početi pranje ruku četkicom i sapunom.
- Na četkicu za višekratnu upotrebu nakapati sredstvo za pranje.
- Pranje započeti od vrhova prstiju. Trljati svaki prst posebno, i na kraju sve zajedno, prvo na jednoj ruci, zatim i na drugoj. Temeljno oprati ruke i šake, obratiti posebnu pažnju na prste.
- Odbaciti četkicu u sudoperu ili na rezervisano mjesto.
- Isprati ruke od prstiju prema laktu.
- Pokvasiti ruke protočnim dezinfekcionim sredstvom.
- Obrisati ruke sterilnom kompresom ili posušiti toplim vazduhom.
- Slavinu zatvoriti upotrebljenim ubrusom. Voditi računa da se slavina ne dodiruje golom rukom.
- Pranje započeti od vrhova prstiju. Trljati svaki prst posebno, i na kraju sve zajedno, prvo na jednoj ruci, zatim i na drugoj. Temeljno oprati ruke i šake, obratiti posebnu pažnju na prste.

LITERATURA

1. Nastavni materijal za obrazovanje porodicne medicinske sestre Quins univerziteta
2. Marinković.Lj. (Pranje ruku) u Zdravstvena njega. Izdavač Beograd1996 godina
3. Bosanlijek Sarajevo - www.bosnalijek.ba
4. http.//www.plivazdravlje.hr
5. http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13575&rnd=

15

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 15

Gerijatrija

Zdravstvena zaštita starije populacije i osjetljivije (ranjive) populacije

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	
9:00-10:15	Starije životno doba	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • Opiše normalne fizičke promjene kod starijih osoba • Opiše razvojne zadatke ove dobne skupine • Prepozna kognitivna oštećenja kod ovih osoba • Prepozna znake i simptome depresije	Predavanje i diskusija
10:15-10:30 PAUZA			
10:30-12:00	Smjernice za promociju zdravlja za starije osobe	• Uoči riziko-faktore za padove kod starijih osoba • Odredi preventivne mjere da bi se smanjla učestalost padova • Poboljša kvalitet života kod starijih osoba : poremećaj spavanja, depresija, ishrana i konstipacija • Odredi smjernice za promociju zdravlja za ovu populaciju u cilju održavanja kvaliteta života	Predavanje i diskusija
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-13:30	Lijekovi i starije osobe	• Identificira lijekove koji su kontraindicirani kod starijih osoba • Opiše prednosti smanjenja lijekova kod starijih osoba	Predavanje i diskusija
13:30-14:30	Prikaz slučaja	• Napravi sestrinski plan njege za`starije pacijente sa fokusom na prevenciju padova i sigurnosti	Rad u manjim grupama
14:30-15:30	Demonstracija MMSE (mini pregled mentalnog statusa)	• napravi kognitivnu procjenu starije osobe koristeći MMSE • timska uloga ljekara isestre u pružanju njege starijima	Zajednička diskusija u velikoj grupi

GERIJATRIJA - Zdravstvena zaštita starije populacije i osjetljivije (ranjive) populacije

Pripremio: Atif Ljevaković

Prikaz slučaja

U ambulantu dolazi sedamdesetsedmogodišnja žena zbog slabosti u rukama i nogama. Registrovana je kao pacijent vaseg tima, ali u kartonu nalazite da je zadnji put posjetila ljekara prije više od sedam godina. Živi sama, u seoskom domaćinstvu. Ima petero djece. Penzioner je.

1. Koje elemente gerijatrijske procjene može uraditi medicinska sestra?

Pacijentica navodi da nije padala poslednjih nekoliko godina, nema problema sa inkontinencijom. Suprug je umro prije godinu dana. Sama održava kuću. Obično je djeca posjete jednom sedmično i donose potrebne namirnice. Ima nekoliko životinja o kojima se sama brine. Rjetko se kupa. Nema apetit, te jede uglavnom obroke koji ne zahtijevaju huhanje (sir, kajmak, jaja, suho mesa). Ne koristi lijekove. Slabije se kreće. Alkohol kozumira svako jutro (1 rakijska čašica). Ne puši. Osjeća se usamljno i napušteno. Izgleda zapušteno. Povremeno ima vrtoglavicu.

2. Kako bi procjena bila potpuna, medicinska sestra treba otići u kućnu posjete.

Šta treba tražiti i uraditi tokom kućne posjete?

UVOD

U razdoblju između 60. i 70. godine života velika većina žena i muškaraca povlači se iz aktivnog radnog procesa. U toj dobi postoji cijeli niz socijalnih, medicinskih i ekonomskih okolnosti koje mogu negativno utjecati na čovjekovo zdravstveno stanje. Najčešći izvori opasnosti za psihičko zdravlje su i velika pasivnost i povlačenje jer vode u osamljenost koja je danas jedan od glavnih problema u starijoj dobi. Većina starijih ljudi žali za prošlošću, osjeća da više nema što očekivati od budućnosti, pojavljuju se sumnja, neodlučnost, strah, ponekad i zablude mišljenja, pogrešna tumačenja opažanja i iluzije. U toj dobi čest je multimorbiditet (prisutnost više dijagnoza bolesti. Iako pojedini poremećaji ne moraju imati invalidizirajući karakter, kronične bolesti i ograničenja svakako sprečavaju ispunjenje želja.Pravilna prehrana dovoljno je dobra obrana protiv tjelesnoga i duševnog starenja. Umjerena tjelesna aktivnost povoljno djeluje na sve organe i podržava fizičku i mentalnu kondiciju, odgađa degenerativne procese, pruža nove sadržaje, zadovoljstvo i radost, sprečava umor i donosi svježinu. Zahvaljujući porastu standarda i napretku zdravstvene zaštite, u razvijenim se zemljama produljio životni vijek i porastao udio starijih osoba u cjelokupnoj populaciji, a samim tim i broj mnogih kroničnih bolesti među kojima psihički poremećaji čine znatan udio, pa on u osoba starijih od 65 godina iznosi do 30%. Najčešća patološka stanja vezana uz stariju dob su depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, paranoidna stanja i druge psihoze, opadanje kognitivnog funkcioniranja i dementni poremećaji. Promjene u kognitivnom funkcioniranju jesu među najčešćim i najvažnijim zdravstvenim stanjima vezanim uz dob.

Tipični klinički sindrom koji je izravna posljedica tjelesnih i psihičkih promjena nazvan je „organski psihosindrom". Može biti akutni kao što su različita konfuzno-smetena stanja i kronični kao demencija. Demencija je klinički sindrom karakteriziran propadanjem prije stečenih mentalnih funkcija

(Alzheimerova i vaskularna demencija). Važno je razlikovati demenciju od staračke zaboravljivosti koja nastaje zbog usporavanja mentalnih procesa.Učestalost depresije povećava se s dobi kao i učestalost suicida. Depresija se često pojavljuje uz demenciju, zbog infarkta ili inzulta na mozgu. Novija istraživanja pokazuju da najmanje trećina stanovnika domova umirovljenika imaju psihičke tegobe, pri čemu su najčešće depresivne slike. Mogući uzroci pojave depresivnih stanja u starijoj životnoj dobi su osamljenost, otuđenost, nezadovoljstvo odlaskom u mirovinu, gubitak partnera, odlazak djece, smanjenje potreba i motivacije. Ako je potrebno provesti terapiju, naglasak se stavlja na održavanje samopoštovanja, organizaciju slobodnog vremena i kvalitetnih sadržaja te pronalaženje aktivnosti koje prema preostalim sposobnostima čovjek može obavljati. Za neke od takvih aktivnosti danas se u svijetu organiziraju i dnevne bolnice. Kod starijih osoba često je potrebno medikamentozno liječenje. Psihofarmakoterapija se primjenjuje uglavnom kod onih bolesnika koji razviju kliničku sliku nekog od spomenutih psihičkih poremećaja. Ovisno o vrsti poremećaja i simptomatologiji, najčešće se dajusedativi, antidepresivi i antipsihotici. Osnovno je pravilo da se lijekovi u starijih osoba moraju davati s oprezom. Doziranje je individualno, a u pravilu su doze niže od prosječnih terapijskih doza. Pri upotrebi psihofarmaka potrebno je voditi računa o njihovim nuspojavama, osobito racionalna primjena potrebna je kod često propisivanih benzodijazepina gdje su učestale mogućnosti poput padova i lomova. Grana medicine koja se bavi prevencijom, dijagnostikom i liječenjem tjelesnih i psihičkih poremećaja u starijoj dobi te poticanjem dugovječnosti i duševnog zdravlja zove se gerijatrijska psihijatrija.Umirovljenici mogu znatno pridonjeti vlastitoj obitelji i društvu, zato ih treba na odgovarajući način povezati i dati smisao njihovim aktivnostima. U našem društvu svakako je potrebno podržavati uvjerenje kako je dužnost svake humane civilizacije poštovati i uvažavati starije osobe i unatoč njihovoj smanjenoj snazi dopustiti im da se osjećaju ravnopravnim sudionicima društva. Treba poticati i podržati svaku društvenu inicijativu koja omogućuje starijim osobama da budu društveno angažirane i aktivne u tjelesnom i psihičkom pogledu, da budu korisne prenoseći novim naraštajima svoja iskustva, znanje i vještine dok društvena zajednica treba pokazati dostatnu zahvalnost, brinuti se o njima i omogućiti im sretnu starost.

Definicija

Starenje je biološki fenomen u kojem se mijenja odnos osobe prema vremenu, svijetu, okolini, ali i prema vlastitoj prošlosti. Suočenje sa starenjem započinje između 50. i 60. godine života kada se i muškarci i žene moraju suočiti s brojnim tjelesnim promjenama kao što su debljina, gubitak elastičnosti, slabiji vid i sluh, promjene na kosi, istrošenost zglobova, lošija kvaliteta sna, promjene na unutarnjim organima, manji radni kapacitet i učinkovitost.

PROCJENA STARIJIH OSOBA PREMA FUNKCIONALNIM ZDRAVSTVENIM OBRASCIMA

Ova smjernica je uopšteni okvir za organiziranje specifičnijih procjena.

Procjena funkcionalnog zdravstvenog obrasca uključuje procjene fokusirane na način na koji ljudi funkcionišu, na primjer njihova pokretljivost (mobilnost), status ishrane, menadžment lijekovima, vještine suočavanja sa problemima itd.

Ovaj pristup nije ograničen samo na procjenu fizičkog zdravlja nego takođe uključuje i socijalne, razvojne, kulturne i duhovne aspekte.

Termin "obrazac" ukazuje na ponovljene akcije ili dogadjaje i opisuje način kako se pacijenti najčešće osjećaju ili reaguju. Jedan izdvojeni događaj ne bi bio ustaljeni obrazac.

Percepcija zdravlja – obrazac menadžmenta zdravlja

Opisuje kako ljudi doživljavaju svoje zdravlje i dobro stanje i kako oni tretiraju sopstveno zdravlje i zdravstvenu njegu.
Procjene uključuju:

- percepciju zdravstvenog statusa i poznavanje potrebne njege.
- lijekove - broj, vrste, neželjena dejstva, interakcije, znanje.
- upotrebu/zloupotrebu alkohola, cigareta i drugih supstanci.
- rizik od padova i povreda u okruženju, zdravstveni status itd.
- želju za traženjem zdravstvene zaštite/njege.
- mogućnost za dobivanjem odgovarajuće zdravstvene njege.
- finansijska pitanja-uključujući prihode i rashode ako su prisutni.

Prehrambeni – Metabolički obrazac

Procjene uključuju:

- status ishrane i nivo hidracije.
- cjelovitost kože i tkiva.
- apetit i unos hrane.
- restrikcije ishrane, želja i mogućnost da se to slijedi.
- oralno zdravlje, GI status.

Obrazac eliminacije hrane

Procjene prisustva i/ili uzroka :

- urinarna i fekalna kontinencija ili inkontinencija.
- konstipacija.
- dijareja.
- urinarna retencija.

Aktivnost – obrazac vježbanja

Opisuje sposobnost osobe da preduzme aktivnosti i vježbe i uključi procjene fizičke pokretljivosti, tolerancije aktivnosti (npr. kardiovaskularni i respiratorni status) kao i individualnu sposobnost da

nastavi sa **aktivnostima dnevnog življenja** (**ADŽ**-a).

Ove procjene su jako važne u određivanju kako dobro osoba može voditi nezavisan život svom domu ili u zajednici.

Osnovne ADŽ-a za nezavisnost u domu uključuju:

- presvlačenje i dotjerivanje
- jedenje
- kretanje
- prenošenje i toaleta
- higijena i kontinencija

Instrumentalne ADŽ-a za nezavisnost u zajednici uključuju:

- kupovinu
- kućne poslove i brigu o domu
- korištenje novca
- priprema hrane i korištenje lijekova
- putovanje i upotreba telefona

Kućna posjeta može biti korisna.U toku jedne kućne posjete često se mogu otkriti problemi koji ne bi bili očigledni pri posjetama pacijenta ambulanti

Odmor i obrazac spavanja

Uključuje procjenu kako dobro je osoba sposobna da obezbijedi količinu i kvalitet odmora i spavanja koja odgovara njenim biološkim i emocionalnim potrebama.
Procjena uključuje:

- obrazac spavanja
- interferencije/uplitanja na sposobnost spavanja
- uticaj na interferenciju-sigurnost, sposobnost da se suoči sa stresom itd.
- upotreba lijekova- koji promovišu ili interferiraju sa odmorom i spavanjem.

Samopercepcija/samo-opažanje – obrazac samokoncepta

Opisuje samopercepcije osobe kao što su samopouzdanje, govor tijela i emocije.
Uključuje procjenu prisustva:

- depresije-najrasprostranjenija mentalna bolest kod starijih i najjednostavnija za tretiranje.
- Anksioznost-manifestacije anksioznosti kod starijih su često somatske i kognitivne.

Uvijek razmotriti **razvojne zadatke kod starijih** kada se upotpunjuje procjena iz ovog područja.

Obrazac uloga i odnosa

Sa starenjem, uloge i odnosi se mijenjaju i mogu rezultirati sa:

- socijalnom izolacijom
- iskustvom žaljenja
- promjene u strukturi i odgovornostima u familiji
- izmjenjenom komunikacijom

Procijeniti način i kvalitet podrške dostupne pacijentu.
Paziti na zamorenost onoga koji pruža njegu među onima koji obezbjeđuju tu njegu i podršku.

Seksualnost - reproduktivni obrazac

Društvo smatra da starije osobe ne mogu i ne bi trebali biti seksualno aktivni. U stvarnosti seksualno izražavanje odraslih se nastavlja kroz čitav njihov život.

Uplitanja u seksualno izražavanje kod starijih osoba mogu biti rezultat:

- fizioloških promjena, oboljenja
- uticaja lijekova
- nedostatka privatnosti
- socijalne izolacije

Suočavanje – Obrazac tolerancije stresa

Procjena uključuje:

- izvore stresa za individuu
- uobičajena ponašanja pri suočavanju sa problemima
- sadašnja ponašanja suočavanja
- manifestacije nesposobnosti suočavanja

Obrazac vrijednosti i vjerovanja

Naše vrijednosti i vjerovanja usmjeravaju izbore koje mi pravimo kroz naše živote. Istraživanja vrijednosti i vjerovanja pacijenta su jako važna posebno u pogledu postavljanja ciljeva za njegu i planiranje budućnosti.
Nađite vremena da razgovarate sa pacijentom. Saznajte njihova dostignuća i njihove ciljeve.
Uključite ih u diskusiju o njezi i za sadašnjost i za budućnost.

UTICAJ FIZIČKIH PROMJENA USLJED STARENJA

Kožni sistem:

- Suha koža, blijeda, manje elastična.
- Kosa - tanja i siva.
- Gubitak potkožne masti.
- Sušenje sluznica (mukoznih membrana)

Kardiovaskularni sistem:

- Krvni sudovi manje elastični i suženi.
- Smanjena snaga srčanog mišića.
- Promjene sistema kondukcije (provođenja).

Respiratorni sistem:

- Pluća manja i rigidnija
- Kalcifikacija rebarne hrskavice
- Kašalj i reduciran laringealni refleks

Muskuloskeletalni sistem:

- Smanjena mišićna masa i snaga
- Skupljanje tetiva.
- Redukcija u koštanim mineralima i koštanoj masi

Nervni sistem:

- Smanjenje broja nervnih ćelija
- Sporiji refleksi i odgođeni odgovori

Senzorni organi:

- Gubitak vida i sluha
- Manje akutan osjećaj okusa
- Viši prag za osjećaj bola, dodira, temperature

Gastro-intestinalni sistem:

- Promjene dentalnog statusa
- Smanjenje u osjećaju okusa i produkciji pljuvačke
- Neke promjene u motilitetu GI trakta

Genitourinarni sistem:

- Smanjenje renalnog krvnog protoka i filtracije
- Smanjenje kapaciteta mokraćnog mjehura
- Uvećanje prostate
- Atrofija ženskog reproduktivnog sistema

Dodatno:

- Smanjena imuna reakcija
- Niža normalna tjelesna temperatura
- Smanjena produkcija tiroidee i ostalih hormona uključujući i insulin

IZAZOV STARENJA

Izazov starenja je prihvatanje i nalaženje smisla u životu koji se živi i u planiranju budućnosti. Ovo daje pojedincu egointegritet koji pomaže njoj/njemu u prilagođavanju i suočavanju sa realnošću starenja i mortaliteta.
Osjećaji bijesa, gorčine, depresije i neadekvatnosti mogu rezultirati osjećajima očaja i utučenosti.

SPECIFIČNI RAZVOJNI ZADACI

- Razviti zadovoljstvo sobom kao osobom .
- Biti spreman na prihvatanje promjena u ulogama.
- Naći socijalno, emocionalno i fizičko zadovoljstvo radije nego postati suviše zabrinut zbog zdravstvenih problema ili fizičkih ograničenja nastalih zbog godina.
- Postići zadovoljstvo kroz razmišljanja o sopstvenim životnim postignućima u prošlosti, prije nego biti preokupiran brojem godina preostalih za život.

NE SPECIFIČNA I ATIPIČNA PREZENTACIJA OBOLJENJA KOD STARIJIH PACIJENATA

Simptomi, fizikalni nalazi i pokazane laboratorijske vrijednosti kod nekih starijih pacijenata sa akutnim oboljenjima mogu se razlikovati od normalno očekivanih kod mlađe populacije. Ova varijacija u prezentaciji može praviti poteškoću kod dijagnosticiranja pneumonije ili miokardijalnog infarkta i egzacerbacija hroničnih oboljenja kao što je depresija. Ljekar ili medicinska sestra svjesni zašto i kako se oboljenja mogu atipično prezentovati kod starijih pacijenata, mogu poboljšati rezultate minimiziranjem dijagnostičkih grešaka i odugovlačenja u liječenju.

Kod starih pacijenata, prvi znak akutnog oboljenja ili pogoršanja hroničnog stanja je uglavnom funkcionalno ili kognitivno pogoršanje prije nego jedna ili dvije specifične žalbe koje su vezane za sistem u pitanju. Novi početak pogoršanja kao što su padovi, inkontinencija, konfuzija, slabost, anoreksija ili gubitak težine mogu poslužiti kao upozorenje razvoja bolesti i moraju se odmah pratiti.

Mogući uzrok atipične prezentacije:

1. Fiziološke promjene vezane za starenje mogu umanjiti reakciju na bolest.
   - Sa starenjem neuroni mogu smanjiti perifernu osjetljivost, uzrokujući reduciran osjećaj boli.

     Npr: pacijent sa perifernom neuropatijom može da ne primijeti razvijanje čira stopala.
2. Progresivan gubitak fiziološke i funkcionalne rezerve uzrokovan normalnim starenjem
   - Sa starenjem, organ ili sistem gubi sposobnost kompenzacije, te tako ne reagira na očekivan način na neku bolest ili oštećenje.
3. Kompleksna interakcija multipnih hroničnih stanja sa akutnom bolesti
   - Akutno oboljenje se može slabo evidentirati zbog multipnih drugih problema.
4. Pacijent ili njegovatelj izvještavaju o simptomima.
   - Pacijent sa demencijom može da nema kognitivnu sposobnost da obradi simptome i informacije i zato ih, ako uopšte, prijavljuje netačno.
   - Neki pojedinci prihvataju simptome oboljenja kao neizbježan znak starenja i zato što osjećaju da se ništa ne može uraditi oko toga, možda neće razgovarati o simptomima.
   - Neki se pacijenti toliko plaše zdravstvene njege ili hospitalizacije da možda poriču svoje simptome.
   - Porodica i pacijent možda ne razumiju značaj pacijentovih simptoma i propuštaju da traže odgovarajuću njegu.

Neki primjeri:

Kod starih osoba, **urinarna inkontinencija** može biti manifestacija ne samo infekcije urinarnog trakta već praktično infekcije bilo gdje u tijelu.

Rizik od **pneumonije** je povećan kod starih ljudi zbog promjena u plućnoj funkciji, uključujući pogoršanje efektivnosti kašlja i zbog toga što su oni više osjetljivi na nokturalnu aspiraciju.

Kod starijeg pacijenta, nedostatak **febrilnog odgovora** na infekciju može biti zbog problema sa održavanjem temperature tijela, razlike u odgovoru na pirogene, smanjene osjetljivosti hipotalamusa na pirogene ili na prekid proizvodnje i konzervacije toplote tijela.

Za stare osobe je važno znati njihovu osnovnu temperaturu. Kod svake stare osobe sa temperaturom od 38°C ili većom mora se procijeniti da li postoji infekcija.

Infekcija: Neki pacijenti sa infekcijom se mogu jedino žaliti na opštu slabost, nemogućnost izvedbe uobičajenih aktivnosti ili slab apetit. Sa **pneumonijom**, uobičajene važne indicije kao što su groznica, bol u grudima ili kašalj sa purulentnim ispljuvkom, mogu biti odsutne.

Infekcija urinarnog trakta: Kao i bilo koja druga infekcija kod starih ljudi, infekcija urinarnog trakta (UTI) može se predstaviti atipičnim simptomima, kao pogoršanje ili ponovni početak inkontinencije, letargije, smanjenog apetita, fekalne impakcije (stvrdnjavanje izmeta u zadnjem crijevu), dehidracije, pada u funkcionalnom statusu, bol ili vrlo često, konfuzije. Uobičajeni simptomi UTI kod mlađih pacijenata, kao povećana potreba za mokrenjem ili učestalo mokrenje, možda i ne budu prisutne.

Miokardijalni infarkt: Oko 7% muškaraca i 3% žena u dobi između 65 i 84 godine pokazuju ECG dokaz da su imali «tihi» miokardijalni infarkt. Bol u grudima se često manifestuje ali može biti nejasno opisano ili slabo locirano. Pacijent može opisati bol koja upućuje na grlo, rame ili abdominalnu bol ili se može žaliti samo na dispneju.

Kongestivno srčano zatajivanje: Tipični simptomi kao dispneja pri naprezanju mogu odsustvovati kod starijih pacijenata čiji dnevni život uključuje malo napora. Oni se mogu žaliti na umor, opštu slabost ili druge nejasne simptome. Ortopneja može biti prikrivena ako pacijent uvijek/obično spava na više jastuka ili u naslonjaču sa pokretnim sjedištem.

Depresija: Neki depresivni pacijenti mogu dati sliku kognitivnog pogoršanja i zato što oni naginju apatiji zbog promijenjenog mentalnog stanja oni možda i ne pokušavaju da izgledaju dobro pri formalnoj procjeni mentalnog statusa. Pazite na istoriju depresije. Pacijenti sa depresijom mogu opisati doživljavanje umora ili nejasne gastrointestinalne žalbe. U jednoj studiji je dijagnoza depresije izostavljena kod 48% pacijenata koji su opisali samo somatske žalbe.

Depresija može biti udružena sa povećanom anksioznošću ili iritabilnošću i može se također vidjeti kod pacijenata koji zloupotrebljavaju alkohol, posebno kod onih koji su kasnije u životu počeli puno piti.

KOGNITIVNA SPOSOBNOST – VJEŠTINE MIŠLJENJA

KOGNITIVNO TESTIRANJE

Kognitivno testiranje uključuje procjenu:

- Orijentacije, pamćenja i zadržavanja upamćenog sadržaja
- Sposobnost slijeđenja komandi
- Sposobnost donošenja odluka
- Sposobnost za osnovne kalkulacije/računanja
- Sposobnost rasuđivanja

Tipovi kognitivnog oštećenja

Postoje 2 tipa kognitivnog oštećenja: delirijum (ili konfuzija) i demencija.

Delirijum/konfuzija

Ovo je reverzibilno stanje. Pravovremeno prepoznavanje i njega može prevenirati permanentno/trajno oštećenje.

Manifestacije:

- dezorijentiranost u vremenu i prostoru ali ne i gubitak identiteta i memorije
- loše rasuđivanje
- promjene raspoloženja
- poremećen san
- izmijenjen nivo svijesti itd

Uzroci:

- lijekovi
- infekcije
- emocionalni stres
- hipo, hiperglikemija
- bol
- hipoksija
- anemija
- dehidracija
- Demencija

Najčešći uzrok je Alzhajmerova bolest.

Ostali uzroci – cerebralnovaskularna oboljenja, Parkinsonizam.
Treba imati u vidu genetiku i okruženje/faktore okoline.
Karakterizirana je :

- postupnom progresijom kognitivnog gubitka, i
- fizičkim i hemijskim promjenama u mozgu

Kognitivna procjena: Mini pregled mentalnog statusa

Mini pregled mentalnog statusa (MMSE)

U širokoj primjeni; koristi se za screening; koristi se za posmatranje progresa bolesti; standardizovan je kako bi se smanjile varijacije u rezultatima testa; rezultati se mogu koristiti u određivanju stadija bolesti.

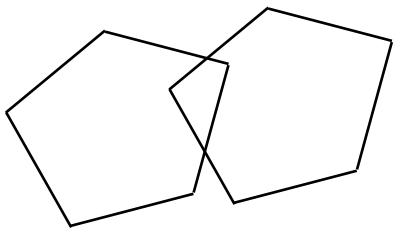
Ograničenja MMSE

- nije osjetljiv /senzitivan za ranu fazu Alzhajmerove bolesti
- nema evaluacije izvršnih funkcija
- ne pravi razliku između različitih tipova demencije
- nije koristan kod uznapredovale Alzhajmerove bolesti

Bodovanje MMSE-a

Maksimalan zbir poena je 30.

REZULTAT:	
Normalna spoznaja	27-30
Blago pogoršanje	20-26
Umjereno pogoršanje	10-19
Ozbiljno pogoršanje	0-9

STANDARDIZIRANI PREGLED MINI-MENTALNOG STATUSA	
	Maksimalno bodova
1. Koja je ovo (**godina**) (**sezona**) (**mjesec**)? Koji je danas **datum**? Koji je ovo **dan** u sedmici?	3 1 1
2. U kojoj se (**zemlji**) (**provinciji**) (**gradu**) nalazimo? Koji je naziv ove **bolnice/zgrade**? Na kojem se **spratu** nalazimo?	3 1 1
3. Imenovaću 3 predmeta. Nakon što kažem sva tri, želim da ih ponovite Zapamtite koji su jer ću vas za nekoliko minuta zamoliti da ih ponovo imenujete. **Lopta; Auto; Čovjek**. Molim vas ponovite mi te tri stvari.	3
4. Spelujte riječ ”**svijet**”. Sada je izgovorite naopačke.	5
5. Sada, koja su to tri objekta koje ste trebali zapamtiti? **Lopta Auto Čovjek**	3
6. Pokažite svoj **ručni sat.** Pitajte: Kako se ovo zove?	1
7. Pokažite **olovku.** Pitajte: Kako se ovo zove?	1
8. Želim da ponovite frazu za mnom: **”NIŠTA AKO, I ILI ALI”**	1
9. Pročitajte riječi na ovoj stranici i zatim uradite što se traži: **ZATVORITE OČI**	1
10. Uzmite papir u svoju desnu/lijevu ruku, presivijte ga jednom na pola sa obje ruke i stavite ga na pod.	3
11. Napišite čitavu rečenicu na tom komadu papira.	1
12. Precrtajte ovaj crtež. 	1
UKUPNO	**30**

GERIJATRIJSKA DEPRESIJA

Najčešći emocionalni problem kod starijih i najjednostavniji za tretiranje.

Manifestacije mogu uključivati**:**

- Efekte ponašanja.
- Emocionalne i simptome raspoloženja.
- Kognitivne promjene.
- Fizičke simptome.

Depresija može imitirati demenciju pa procjena mora biti potpuna da se izbjegna pogrešna dijagnoza.

SMJERNICE ZA NJEGU PACIJENTA SA DEPRESIJOM

- Osigurati bezbjednost pacijenta.
- Kontrolirati ili tretirati uzročne faktore.
- Promovirati ishranu, odmor, eliminaciju, komfor.
- Povećati fizičku funkciju – aktivnost, vježbanje.
- Promovirati pozitivanu samokoncepciju.
- Povećati socijalnu podršku.
- Maksimizirati autonomiju.
- Obezbijediti emocionalnu podršku.
- Educirati pacijenta o bolestima i njezi.
- Obezbijediti kontakte u zajednici.

Skala gerijatrijske depresije

Izaberite najbolji odgovor kako ste se osjećali tokom prošle sedmice:

1. Da li ste suštinski zadovoljni svojim životom?	DA	**NE**
2. Da li ste umanjili puno svojih aktivnosti i interesa?	**DA**	NE
3. Imate li osjećaj da vam je život prazan?	**DA**	NE
4. Da li se često dosađujete?	**DA**	NE
5. Da li ste većinu vremena u dobrom raspoloženju?	DA	**NE**
6. Da li imate bojazan da će vam se dogoditi nešto loše?	**DA**	NE
7. Da li se najveći dio vremena osjećate sretnim?	DA	**NE**
8. Da li se često osjećate bespomoćnim?	**DA**	NE
9. Da li radije ostajete u kući nego da izađete ili da radite nove stvari?	**DA**	NE
10. Da li imate više problema sa memorijom nego većina?	**DA**	NE
11. Da li mislite da je sada divno biti živ?	DA	**NE**
12. Da li osjećate da ste sada prilično nekorisni?	**DA**	NE
13. Da li ste puni energije?	DA	**NE**
14. Da li smatrate da je vaša situacija beznadežna?	**DA**	NE
15. Da li smatrate da je većina ljudi bolja nego što ste vi?	**DA**	NE

Odgovori u **boldu** ukazuju na depresiju.
Iako se razlučivanje osjećaja i specifičnosti stiče tokom studija, za kliničku upotrebu > 5 tačaka ukazuje na depresiju i treba da navede na dodatni razgovor. Rezultat > 10 je skoro uvijek depresija.
Po Yesavage J.A. 1983.

SMJERNICE PROMOCIJE ZDRAVLJA ZA STARIJE PACIJENTE

Sigurnost koja se odnosi na padove i korištenje sigurnih lijekova, ishranu, spavanje, procese eliminacije hrane

Odmor i spavanje kod starijih

Blizu 1/3 našeg života provedemo spavajući i/ili odmarajući.
Na spavanje jako utiče prisustvo bola, stres, ili umanjene tjelesne funkcije koje su apsolutno potrebne za zdravlje i dobro stanje
Neadekvatan kvalitet i kvantitet sna je rizik za fizičko i mentalno zdravlje.

Promjene u načinu/obrascu spavanja povezane sa godinama

- Manje dubokog spavanja i manje odmarajući san.
- Sve faze spavanje se mijenjaju sa starenjem posebno faza IV.
- Osjećaj nelagode i problemi zbog bolesti utiču na san npr. bol, nokturija, dispnea.
- Apnea pri spavanju je češća kod starijih osoba

Njega koja olakšava odmor i san

- Odgovarajući odmor – raspored spavanja.
- Adekvatne aktivnosti i vježbe.
- Olakšavanje bola i neugodnosti.
- Topla kupka, toplo mlijeko, mali obrok.
- Pomoć u menadžmentu stresa.
- Izbjegavanje lijekova kao što su barbiturati jer vode konfuziji i usporenosti slijedeći dan.

Nutricione potrebe starijih

Osnovne potrebe

Osnovne potrebe iste kao i za mladje odrasle osobe s izuzetkom:

- manje kalorija obično zbog reducirane aktivnosti
- pažnju treba posvetiti prisustvu vlakana u ishrani.
- oprez sa unošenjem tečnosti.
- za žene u postmenopauzi – povećan unos kalcija i vitamina D.

Rizični faktori ishrane kod starijih

- slaba motiviranost za jedenjem ili pripremanjem hrane
- smanjen apetit
- smanjen unos tečnosti
- uticaj ishrane na oralno zdravlje
- nevarenje i netolerancija hrane
- nemogućnost starije osobe da sebi priušti hranu koja je hranjiva.

Konstipacija kao problem za starije osobe

Funkcija crijeva je obično glavna briga za starije.

Uzroci konstipacije kod starijih

- usporena peristaltika i smanjena mišićna snaga
- neaktivnost
- smanjen unos hrane, tečnosti i vlakana
- smanjena senzorna percepcija – signal za defekaciju može proći neprimjećen.
- tendencija ka nepotpunom praznjenju crijeva
- zloupotreba laksativa

Njega koja ce prevenirati konstipaciju

- adekvatan prehrambeni unos hrane, tečnosti (1500-2000 ml), vlakna
- vježbanje
- adekvatno vrijeme i privatnost-rutina može pomoći.
- oprez kod nagonske defekacije
- mogu se koristiti: omekšivači stolice – npr ducosate sodium; laksativ za formiranje stolice

Lijekovi i starije osobe

Statistika

Prema statistikama najmanje 90% starijih osoba koriste makar 1 lijek dnevno.
Mnogi pacijenti koriste više od jednog lijeka.

Grupe lijekova koje se često koriste	
Kardiovaskularni lijekovi	Trankvilizatori
Antihipertenzivi	Laksativi
Analgetici	Sedativi
Anti-artritici	Antacidi

Rizični faktori povezani sa uzimanjem lijekova kod starijih osoba

- Stupanj absorpcije, distribucije, metabolizma, detoksikacije i ekskrecije lijekova se mijenja kod starijih (neki lijekovi su kontraindicirani)
- Neželjeni efekti (nus-pojave) mogu biti veći i značajniji kod starijih osoba
- Lijekovi mogu djelovati u interakciji s drugim lijekovima i uzrokovati ozbiljne negativne efekte.
- Režim upotrebe lijekova može biti suviše komplikovan.

Polifarmacija

Prekomjerna i nepotrebna upotreba lijekova udružena sa većom incidencom neželjenih dejstava. Indikacije polifarmacije:

- Lijekovi bez očite koristi i potrebe
- Upotreba duplih lijekova iz iste kategorije
- Neodgovarajuci lijek, pogrešna doza
- Korištenje lijeka da se tretira neželjeni efekt drugog lijeka
- Pacijent je bolje po prestanku korištenja lijeka.

Prevencija polifarmacije

Imati ažuriranu listu pacijentovih lijekova. Neka pacijent donese **sve lijekove** u ambulantu periodično – uključujući i one koje je bez recepta kupio u apoteci. Poznavati pacijentovu anamnezu. Poznavati djelovanja lijekova. Kad se novi problem pojavi, razmotriti neželjeno dejstvo lijeka kao mogući uzrok.

Pad kod starijih osoba

Padovi su vodeći uzroci nesreća medju starijim osobama. Većina padova se dešava kod kućei oni su glavni uzroci smanjenja nezavisnosti starije osobe. Strah od padova obično vodi socijalnoj / društvenoj izolaciji.

Rizični faktori za padove

- slab vid i loša percepcija prostora
- kognitivno oštećenje
- oslabljen hod ili ravnoteža, reducirana mišićna snaga
- ortostatska hipotenzija
- sedacija
- slabost
- bol ili osjećaj nelagode posebno u stopalima i nogama
- nesigurna okolina
- učestalo mokrenje i upotreba diuretika

Program prevencije padova

1. **Inspekcija** kuce- napraviti preporuke.
2. **Procjena** pacijenta – uključuje vid, sluh, snagu, pokretljivost, itd.
3. **Revizija** lijekova.
4. **Obezbijediti** savjete vezane za ishranu – npr. unos kalorija, dodaci kalcija.
5. **Uključiti** pacijenata u program vježbanja

Periodična procjena rizika od padova

Opća razmatranja

INTRINZIK (unutrašnji) FAKTORI	EKSTRINZIK (vanjski) FAKTORI
Pacijent → napraviti profil pacijentovih riziko faktora.	**Okruženje/okolina** → napraviti procjenu kućnih riziko faktora.

Profil za starije osobe u riziku
• starosna dob 75 godina i stariji
• udovci/udovice ili starije osobe koje žive same
• oštećen vid
• oštećena kognicija /spoznajne funkcije
• uzimanje psihotropnih lijekova
• uzimanje više lijekova istovremeno
• smanjena sposobnost/funkcija donjih ekstremiteta
• bolni problemi sa stopalima
• dva ili više posrtaja u proteklom mjesecu
• prisutnost akutne bolesti
• istorija prethodnih padova
• poteškoće sa ravnotežom ili hodom

Procjena unutrašnjih faktora

Riziko faktor	Manevar
Lijekovi	vizuelno pregledajte sve kutije sa lijekovima kod pacijenta bilo pri pacijentovoj posjeti ambulanti ili prilikom kućne posjete. Redovno provjeravajte potrebu za uzimanjem nekog lijeka; smanjite broj lijekova koje pacijent uzima kao i njihove doze
Oštrina vida	osigurajte redovnu procjenu/pregled oftalmologa
Sluh	otklonite cerumen; pravilno održavanje slušnih pomagala
Posturalna hipotenzija	izbjegavajte kauzativne lijekove, provjeravajte krvni pritisak u stojećem položaju
Poremećaj donjih ekstremiteta	provjerite da li pacijent nosi odgovarajuću obuću i da li održava higijenu stopala uključujući nokte; pregledajte pomoćna sredstava koja koristi pri hodu; obezbjedite odgovarajuću dijagnozu poremećaja, naročito artritisa ili prethodnog moždanog udara.
Demencija	tražite reverzibilne uzroke; napravite ponovnu procjenu lijekova koje pacijent uzima; napravite procjenu pacijentovog mentalnog statusa.

Procjena vanjskih faktora

OPASNOSTI/**PROCJENA**	ISPRAVKE/**PLAN**
OKOLINA KUĆE Nesigurne stepenice ili staze Slabo osvjetljenje Led, lišće Predmeti ispod nogu	Popraviti. Adekvatno, čak i osvjetljavanje. Svjetleće trake za označavanje stepenica i ulaza. Ukloniti prepreke i opasnosti.
OSVJETLJENJE Neodgovarajuće, pretjerano ili nedostupno	Izbjegavati blještavilo i sjene, posebno u blizini stepenica ili ulaza. Noćno osvjetljenje ili senzorno svjetlo. Reflektor izražajnih boja za označavanje stepenica. Premjestiti prekidače na ulaz u sobu.
PODOVI Otrcani, nepričvršćeni tepisi Vlažni ili voskom ulašteni podovi	Naličje tepiha koje se ne kliže sa krajevima koji su pričvršćeni za pod. Ukloniti komade tepiha. Postaviti gumene prostirke oko sudopera, lavaboa i kada. Koristiti vosak koji se ne kliže.
STEPENIŠTA Slabo osvjetljena Previše strmi ili previsoki stepenici Neodgovarajući rukohvati Nered na stepenicima	Dobro osvjetljenje na vrhu i dnu. Svjetleća traka za označavanje prve i posljednje stepenice. Maksimalna visina stepenika – 15 cm. Sigurni i dobro pričvršćeni rukohvati s obje strane stepeništa od vrha do dna. Ukloniti nagomilane predmete.
NAMJEŠTAJ Postavljeni tako da predstavljaju prepreku Klimavi, ili loše popravljeni Stolice sa niskim naslonima, bez naslona za ruke	Skloniti sve sa prolaza i hodnika. Koristiti čvrste stolove sa četiri noge. Stolice trebaju izdržati težinu čak i kada se oslanja na naslone.
KUHINJA Kabineti ili police koje su previsoke Brojčanik pećnice koji je teško očitati, mogućnost za požar	Držati na dohvat ruke predmete koji se često koriste. Označiti trakom položaj u kojem je pećnica uključena tj. isključena.
KUPATILO Klizava kada Korištenje držača za ručnike kao rukohvate Prenisko sjedalo WC šolje Loše osvjetljenje, neuredan kabinet sa lijekovima Zaključavanje vrata	Postaviti prostirku za kadu ili sjedalo za kadu. Koristiti rukohvate pored kade & WC šolje. Podići sjedalo WC šolje. Ogledalo koje uvećava pored ormarića. Periodično očistiti medicinski ormarić. Izbjegavati zaključavanje kako bi pristup bio slobodan u slučaju nesreće.

SKRINING I PREVENCIJA

Smjernice kanadske operativne grupe za skrining i prevenciju:

Muškarci preko 65 godina

Stanje	Manevar	Populacija
"A" preporuke		
Kognitivno oštećenje	Praćenje bazirano na opisu umanjenja	Stare osobe
Padovi/povrede	Multidisciplinarna procjena poslje pada	Stare osobe
Hipertenzija	Farmakološki tretman	Stare osobe, specifične podgrupe
Gripa	Strategije koje imaju za cilj obuhvatanje visokorizične grupe	Specifične grupe (npr. dijabetičari), stare osobe
Pneumokokna upala pluća	Jedna doza 23-valentne pneumokokne vakcine	Imunokompetentni pacijenti ≥ 55 godina u institucijama
"B" preporuke		
Kognitivno oštećenje	Praćenje bazirano na opisu gubitka pamćenja	Stare osobe
Oboljenje koronarnih arterija srca	Generalni savjet za ishranu o mastima i holesterolu	Muškarci 30-69 godina
Umanjena oštrina vida	Test za procjenu oštrine vida/ Snellen-ove tablice	Stare osobe
Poremećaji sluha	Upit, test šaputanja ili audioskop	Stare osobe
Kućna i rekreacijska povreda	Zakonodavstvo, sigurnosna pomagala, stepenice, kade	Stare osobe
Hipertenzija	Mjerenje krvnog pritiska	Stare osobe
Gripa	Imunizacija, godišnje	Stare osobe

Žene preko 65 godina

Stanje	Manevar	Populacija
"A" preporuke		
Karcinom dojke	Mamografija i klinički pregled	Žene 50-69 godina
Kognitivni poremećaj	Praćenje bazirano na opisu umanjenja	Stare osobe
Padovi/povrede	Multidisciplinarna procjena poslje pada	Stare osobe
Hipertenzija	Farmakološki tretman	Stare osobe, specifične podgrupe
Gripa	Strategije da obuhvate visokorizične grupe	Specifične grupe (npr. dijabetičari), stare osobe
Pneumokokna upala pluća	Jedna doza 23-valentne pneumokokne vakcine	Imunokompetentni pacijenti ≥ 55 godina u institucijama
"B" preporuke		
Karcinom cerviksa	PAP-a test	Žene
Kognitivni poremećaj	Procjena bazirana na žalbi individue o gubitku memorije	Stare osobe
Umanjena oštrina vida	Test za procjenu oštrine vida/ Snellen-ove tablice	Stare osobe
Poremećaj sluha	Upit, test šaputanja ili audioskop	Stare osobe
Kućna i rekreacijska povreda	Zakonodavstvo, sigurnosna pomagala, stepenice, kade	Stare osobe
Hipertenzija	Mjerenje krvnog pritiska	Stare osobe
Gripa	Imunizacija, godišnje	Stare osobe
Osteoporozne frakture	Savjetovanje, nadomjesna hormonska th.	Žene u perimenopauzi

OPREZ: ove smjernice se moraju razmotriti u odnosu na očekivanu životnu dob pacijenata, njihov medicinski i funkcionalni status kao i njihovu volju da se podvrgnu preporučenom manevru.

LITERATURA

1. Kanadska Operativna grupa za preventivnu zdravstvenu zaštitu – http://www.ctfphc.org
2. www.zdrav-zivot.com.hr

16

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 16

Onkologija i palijativna njega

Vrijeme	Nastavna strategija	Tema	Nastavni ciljevi	Predloženi izvori informacija
9:00-10:30	Predavanje i diskusija	Česti karcinomi Skrining karcinoma	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • Diskutuje o čestim karcinomima • Diskutuje o skriningu za karcinom dojke, cerviksa, crijeva, pluća i prostate • Diskutuje o promjenjivim i nepromjenjivim faktorima rizika povezanim sa razvojem karcinoma • Opiše podršku koju treba da pruži tim porodične medicine pojedincu i njegovoj porodici	
10:30-10:45 PAUZA				
10:45-12:00	Predavanje i diskusija	Palijativna njega Menadžment bola	• Definisati palijativnu njegu • Opisati ciljeve palijativne njege • Definisati bol i tipove bola • Opisati sredstva za procjenu pacijentove boli • Diskutovati o farmakološkim i nefarmakološkim mjerama korištenim u pružanju njege pacijentima sa bolom	
12:00-13:00 PAUZA ZA RUČAK				
13:00-14:00	Predavanje i diskusija	Nošenje sa tugom i gubitkom	• Poznavati faze žalovanja kroz koje prolazi ožalošćeni • Poznavati normalne reakcije duboke žalosti (nekomplicirano žalovanje) • Uloga medicinske sestre/tehničara u procesu žalovanja (sestrisnki plan njege)	
14:15-15:30	Rad u grupama i diskusija	Nošenje sa tugom i gubitkom	• Primjena sestrinskog procesa vezanog za žaljenje i gubitak	

ONKOLOGIJA I PALIJATIVNA NJEGA

Pripremili: Mediha Avdić, Zaim Jatić

Učestalost karcinoma

Maligna oboljenja su jedan od najvećih zdravstvenih i društvenih problema današnjice zbog velike učestalosti, visoke smrtnosti, patnje koju nanose oboljelim i njihovim porodicama i velikog finansijskog i socijalnog opterećenja zdravstvenih sistema i društva u cjelini. Borba protiv malignih oboljenja je prioritet u mnogim zemljama, a u Evropi je to iskazano kroz program „Europe against cancer" koji je započeo još 1985. godine.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), svake godine u svijetu od malignih neoplazmi oboli više od 12 miliona ljudi, a 7,6 miliona umre od ove opake bolesti. Udio malignih oboljenja u strukturi ukupnog broja smrti u svijetu iznosi 20-25% u svim uzrocima smrti. Više od 70% smrtnih slučajeva uzrkovanih karcinomom se javlja u zemljama sa niskim i srednje visokim dohodkom, u kojima su resursi za prevenciju, dijagnostiku i liječenje malignih oboljenja ograničeni ili uopšte ne postoje.

Prema Izvještaju Zavoda za javno zdravstvo F BiH, maligne neoplazme se nalaze među 10 vodećih grupa bolesti u F BiH. Posmatrajući ukupan broj oboljelih u apsolutnom broju kao i stopu prevalence obolijevanja od malignih neoplazmi u F BiH u periodu od 2004 – 2009. godine, uočljiv je trend porasta (u 2004. godini registrovana su 291 slučaja na 100.000 stanovnika, a 2009. godini 493 na 100.000 stanovnika).

Kada se posmatra kantonalna distribucija ukupnog broja oboljelih od malignih neoplazmi, evidentno je da se najveći broj registruje u Kantonu Sarajevo i u Tuzlanskom kantonu, što je vjerovatno posljedica dostupnije kompletne dijagnostike.

U rangu oblijevanja u ukupnom stanovništvu F BiH, među malignim neoplazmama na prvom mjestu se nalaze maligne neoplazme bronha i pluća, zatim dojke, probavnih organa, krvi i hematopoeznih organa.

U 2009. godini od malignih neoplazmi limfoidnog tkiva i hematopoetskih organa u koje spadaju i leukemije, umrlo je 199 lica, što je za 20% više nego u 2007. godini, kada je evidentirano 165 umrlih. Zabrinjavajući je porast učešća u mlađim dobnim grupama.

U proteklom petogodišnjem razdoblju, među registriranim oboljelim od raka redovito je više muškaraca. U 2009. godini taj omjer je 53,1% muškaraca: 46,9% žena, slično kao i 2008. godine (53,7% : 46,3%). Prosječna dob oboljelih je 62 godine (60 kod muškaraca, 63 kod žena). Raspon dobi je 0 do 99 godina (i za muškarce i za žene).

Najmanji broj registriranih je u dobi ispod 24 godine i povećava se tako da je najveći broj registriran u dobi od 65 i više godina. Primjetan je veći udio žena u dobi od 25-54 godine.

Deset vodećih malignih tumora među registriranim slučajevima raka u muškaraca u FBiH, 2009.

Lokalizacija	Broj registriranih oboljelih	Indeks strukture
Pluća, bronh i traheja (C33-34)	555	25,9
Prostata (C61)	227	10,7
Rektum (C19-20)	158	7,4
Mokraćni mjehur (C67)	148	6,9
Želudac (C16)	140	6,5
Debelo crijevo (C18)	118	5,5
Dušnik (C32)	98	4,6
Jetra (C22)	75	3,5
Mozak, živčani sustav (C70-72)	70	3,3
Bubreg (C64)	68	3,2
Ostali (bez raka kože)	482	22,5
UKUPNO (bez raka kože)	**2139**	**100,0**

Deset vodećih malignih tumora među registriranim slučajevima raka u žena u FBiH, 2009.

Lokalizacija	Broj registriranih oboljelih	Indeks strukture
Dojka (C50)	493	26,1
Grlić maternice (C53)	153	8,1
Pluća, bronh i traheja (C33-34)	143	7,6
Tijelo maternice (C54)	135	7,1
Jajnik (C56)	108	5,7
Rektum (C19-20)	97	5,1
Želudac C16)	97	5,1
Debelo crijevo (C18)	72	3,8
Jetra (C22)	56	3,0
Mozak, živčani sustav (C70-72)	53	2,8
Ostali (bez raka kože)	482	25,5
UKUPNO (bez raka kože)	**1889**	**100,0**

Prema podacima Federalnog zavoda za statistiku, udio mortaliteta od malignih neoplazmi u ukupnom mortalitetu kreće se od 18% do 20% i zauzima drugo mjesto, odmah iza bolesti srca i krvnih žila.

Deset vodećih uzroka smrti od malignih tumora kod muškaraca u FBiH, 2009.

Lokalizacija	Broj umrlih	Indeks strukture
Pluća, bronh i traheja (C33-34)	794	33,9
Prostata (C61)	173	7,4
Želudac (C16)	165	7,0
Jetra (C22)	153	6,5
Rektum (C19-20)	141	6,0
Gušterača (C25)	126	5,4
Debelo crijevo (C18)	96	4,1
Mozak, živčani sustav (C70-72)	96	4,1
Mokraćni mjehur (C67)	89	3,8
Dušnik (C32)	81	3,5
Ostali (bez raka kože)	429	18,3
UKUPNO (bez raka kože)	**2343**	**100,0**

U 2009. godini od raka je umrlo više muškaraca nego žena (58,9% : 41,1%). Prosječna dob umrlih od raka je 66 godina (i za žene i za muškarce), raspon dobi od tri do 99 godina za muškarce i jedan do 98 godina za žene. Najveći broj umrlih se registrira u dobnoj skupini od 65 i više godina.

Deset vodećih uzroka smrti od malignih tumora kod žena u FBiH, 2009.

Lokalizacija	Broj umrlih	Indeks strukture
Dojka (C50)	244	14,9
Pluća, bronh i traheja (C33-34)	213	13,0
Jetra (C22)	113	6,9
Želudac C16)	113	6,9
Rektum (C19-20)	110	6,7
Gušterača (C25)	89	5,4
Jajnik (C56)	88	5,4
Mozak, živčani sustav (C70-72)	86	5,3
Debelo crijevo (C18)	69	4,2
Tijelo maternice (C54)	51	3,1
Ostali (bez raka kože)	460	28,2
UKUPNO (bez raka kože)	**1636**	**100,0**

Rak dojke je vodeći uzrok smrti žena od raka . Na drugom mjestu je rak pluća, a rak tijela maternice se takođe nalazi među deset vodećih uzroka smrti.

PREVENCIJA I RANO OTKRIVANJE MALIGNIH OBOLJENJA

Prevencija je dugoročno najisplativija mjerea u smanjenju morbiditeta i mortaliteta od malignih oboljenja, jer najmanje jedna trećina karcinoma je preventibilno.

Opšte mjere prevencije karcinoma

Upotreba duhana

Upotreba duhana je najznačajniji rizik za nastanak karcinoma koji se može prevenirati. Procjenjuje se da je duhan uzrok za 22% smrti uzrokovanih malignomima.

Pušenje duhana izaziva brojne vrste karcinoma: pluća, jednjaka, grkljana, usta, ždrijela, bubrega, mokraćnog mjehura, gušterače, želudca i cerviksa. Oko 70% karcinoma pluća je izazvano pušenjem. Također je veoma bitno i ‘’pušenje iz druge ruke’’ kao uzrok karcinoma.

Fizička neaktivnost

Fizička neaktivnost se definira (SZO) kao manje od 5x20 minuta umjerene fizičke aktivnosti sedmično ili manje od 3x30minuta intenzivnije fizičke aktivnosti sedmično.

Dovoljna fizička aktivnost smanjuje relativni rizik za karcionome digestvinog trakta (osobito jetre i kolona), dojke, endometrija i pankreasa.

Ishrana i gojaznost

Zdrava ishrana i normalna težina (Indeks tjelesne težine 18-25) su također mjera prevencije malignih oboljenja. Ishrana bogata voćem i povrćem mogu djelovati preventivno protiv mnogih karcinoma. Prekomjerna težina i gojaznost su povezani s karcinomima jednjaka, kolorektuma, dojki i bubrega.

Ishrana bogata crvenim i usoljenim mesom, suhomesnatim proizvodima i konzerviranim mesom povećavaju rizik za nastana kolorektalnog karcinoma.

Upotreba alkohola

Upotreba alkohola je rizični faktor za brojne carcinome: usta, ždrijela, grkljana, jednjaka, jetre, kolorektuma i grudi. S porastom količine popijenog alkohola raste i rizik.

Infekcije

Sljedeće infekcije su povezane s nastankom određenim karcionoma:

- Virusni hepatitisi B i C (karcinom jetre)
- Humani papiloma virus (Cervikalni karcinom skoro 100%, analni karcinom 90%, karcinom vanjskih genitalija 40%. Genotipovi 16 i 18 su odgovorni za 70% cervikalnih karcinoma.)
- Helicobater pylori (povećan rizik za karcionom želuca)
- Infestacija šistozomijazom (povećan rizik za karcinom mokraćnog mjehura)
- Jetreni metilj (povećan rizik za karcinom bilijarnih puteva)

Infekcije u nerazvijenom dijelu svijeta izazivaju 22% smrti od karcinoma, a u razvijenim zapadnim zemljama 6%.
Prevencija je vakcinacija i liječenje pomenutih infekcija.

Zagađenje životne sredine

Zagađenje karcinogenim tvarima zraka, vode i tla predstavlja značajan rizik za nastanak 1-4% karcinoma. Hrana, također, može sadržavati karcinogene hemikalije (aflatoksini, diksini). Zagađenje prostorija prilikom sagorjevanja uglja su značajan rizik za karcinom pluća, osobito kod žena nepušača (1,5% svih smrti od karcinoma pluća).

Preventivna mjera: smanjenje zagađenja zraka, vode, tla, hrane. Smanjenje upotrebe uglja u svrhe grijanja.

Karcinogeni na radnom mjestu

Profesionalni karcinogeni su odgovorni za 10% karcinoma pluća i 2% leukemija. Više od 40 supstanci i spojeva su označeni kao profesionalni karcinogeni. Pored pomenutih oni izazivju karcinome mokraćnog mjehura, grkljana, kože, pleure i nazofarinksa.

Preventinvna mjera: smanjenje izloženosti profesionalnim karcinogenima.

Radijacija

Jonizirajuće zračenje može izazvati leukemiju i brojne solidne tumore. Najvći rizik od zračenja imaju djeca i mladi. Izvloženost gasu radona iz zemlje i građevinskih materijala uzrokuje 3-14% karcinoma pluća (drugi uzrok odmah iza pušenja). Prevencija: bolje provjetravanje i zaštita podova i zidova; pažljiva upotreba zračenja u medicini.

Ultravioletno zračenje, posebno sunčeve zrake, je karcinogeno i izaziva karcinome kože: bazocelularni karcinom, planocelularni karcinom i melanoma. Prevencija je izbjegavanje UV zračenja, zaštita odjećom i kremama.

Specifične mjere prevencije

Rano otkrivanje karcinoma

Dvije su mjere bitne za rano otkrivanje karcinoma.

1. prepoznavanje ranih simptoma i znaka
2. skrining

Preponavanje ranih simptoma i znaka

Potrebno je educirati stanovništvo i zdravstvene radnike da prepoznaju rane simptome i znake određenih karcinoma: kvržice, otekline, ulkusi koji ne zacjeljuju, krvarenja, perzistirajuća loša probava i hronična promuklost.
Rano otkrivanje je posebno korisno kod karcinoma dojke, cerviksa, usta, grkljana, kolona, rekutma i kože.

Skrining

Skrining predstavlja upotrebu jednostavnih testova na zdravoj populacije u cilju prepoznavanja pojedinaca koje imaju određeno oboljenje u fazi dok se nisu razvili simptomi ili znaci.
Skrining se primjenje samo u slučajveima kada se dokaže da je metoda učinkovita u dokazivanju pozitivnih i eliminiranju negativnih slučajeva, kao i da je sigurna i pristupačna za doslvno cijelokupnu ciljnu populaciju..
Po programu Svjetske zdravstvene organizaciji do sada su dokazana kao uspješni za masovno testiranje ciljnih populacija:

- Mamografija – karcinom dojke.
- Papa test – karcinom cerviksa

Mamografija

Mamografija kada je sporvedena na više od 70% žena starijih od 50 do 74 godine smanjue smrtnost od karcinoma dojke za 20-30%. Ovaj skrining treba ta se radi svake dvije godine. Ne postoji dovoljno dokaza o efektivnosti mamografije kod žena s umjerenom rizikom između 40 i 50 godina.
Ova metoda je kompleksna i zahtijeva određene resurse.
Samopregled dojki nije efiksan kao skrining sredstvo, ali podstiče podizanje svijesti kod žena o značaju prevencije karcinoma dojke.

Papa test

Svi naučni dokazi upućuju na korisnost skrininga cervikalne citologije (papa test) koji smanjuje incidencu i mortalitet od karcinoma cerviksa. Optimalni početak je tri godine nakon početka seksualnih odnosa ili sa 21 godinom života i ponavljanje najmanje svake 3. godine. Ne postoji jasno određena krajnja dobna granica za prestanak redovnog papa testiranja, ali ne postoje ni dokazi o korisnosti papa testa nakon 64 godine života.
Ne postoje jasni dokazi koji daju prednost novim tehnologijama (citologija u tekućini, kopjuterizirani reskrining i dr) nad papa testom.
Ne postoje dokazi o potencijalnoj korisnosti ili štetnosti g skrininga nainfekciju humanim papiloma virusom.

Carcinom kolona

Po US Preventive Services Task Force i Canadian Task Force on Preventive Health Care i mnogih drugih udruženja prdlaže se skrining karcinoma kolona i to na sljedeći način.
Ovdje navodimo preporuke iz US Preventive Services Task Force.
Populacija između 50 i 75 godina treba da radi 1) visokosenzitivni test na okultno fekalno krvarenje svake godine, 2) sigmoidoskopiju svake 5. godine u kombinaciji s visokosenzitivnim testom na okultno krvarenje i 3) kolonoskopija svake 10. godine.
Svaki pozitivni test na okultnom krvarenju mora biti propraćen kolonoskopskim pregledom.
Za sada ne postoje jasni dokazi o prednosti novih tehnologija kao što su CT kolonografija (virtualna kolonoskopija) ili fekalni DNA test.

PALIJATIVNA NJEGA

Riječ palijativna ima korijen u latinskoj riječi palliatus koja ima značenje „pokrivač, plašt, pokrivanje.'' U prenesenom zanačenju palijativna njega znači ''umotavanje'' pacijenta u plašt njege i zaštite s ciljem ublažavanja simptoma i patnje. Svjetska zdravstvena organizacija definiše palijativnu njegu kao ''pristup koji poboljšava kvalitet života bolesnika i članova njihovih porodica suočenih s problemima uzrokovanim životno ugrožavajućim bolestima prevencijom i olakšavanjem patnje putem ranog otkrivanja, besprijekorne procjene i liječenjem boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih.''

Svi porodični ljekari i medicinske sestre se susreću s pacijentima kojima je potrebna palijativna njega. U svakom trenutku u Kantonu Sarajevo postoji oko 55 pacijenata kojima se pruža ova vrsta zdravstvene zaštite. Pretpostavlja se da svi ljekari imaju dovoljno znanja da mogu pružati primarnu palijativnu medicinsku njegu.
SZO navodi da su glavne karakteristike palijativne njege sljedeće:

- ''Pruža olakšanje od bola i drugih neugodnih simptoma;
- Afirmira život i prihvata smrt kao normalan proces;
- Bez namjere da ubrza ili odgodi smrt;
- Integriše psihološke i duhovne aspekte zdravstvene zaštite;
- Pruža sistem podrške kako bi pacijenti živjeli što aktivnije sve do smrti;
- Pruža sistem potpore porodicama da se nose s pacijentovom boležću i sa vlastitim žalovanjem;
- Timskim radom rješavaju probleme pacijenata i njihovih porodica, uključujući i, ako je indicirano, savjetovanje tokom žalovanja;
- Unaprijeđuje kvalitet života, i može pozitivno uticati na tok bolesti;
- Ako je prikladno u ranom toku bolesti, kombinira se s drugim terapijama koje produžavaju život, kao što su kemoterapija ili zračenje, i uključuje istraživanja koja su potrebna za bolje razumjevanje i liječenje opasnih kliničkih komplikacija.''

U praksi se često izjednačavaju palijativna njega i njega u hospisima, međutim palijativna njega je mnogo šira od njege u hospisima. Hospisi su mjesta rezervirana samo za one pacijente za koje je očekivana dužina života manja od 6 mjeseci.

Za ljekara i medicinsku sestru je veoma bitno da na vrijeme prepozanju stanje ili bolest koje zahtijevaju palijativnu njegu. U početku obim njege je manji, ali kako se s vremenom simptomi i znaci pogoršavaju i povećavaju u frekvenciji i intenzitetu tako raste i obim i količina uloženog rada u palijativnoj njezi.

Najčešća stanja i bolesti koji dovode do potrebe za palijativnom medicinskom njegom.

A. Nesposobnost/slabost

- Više od tri hronične bolesti kod osoba starijih od 75 godina
- Funkcionalno propadanje
- Gubitak tjelesne težine
- Želja pacijenta ili porodice za terapijom „niskog prinosa'' kada su svi terapeutski pokušaji beskorisni i uzaludni
- Učestalo posjećivanje ambulante porodične medicine, hitne medicinske pomoći ili hospitalizacije

B. Maligne bolesti

- Nekontrolirani simptomi karcinomskog tretmana
- Odmah na početku dijagnostikovanja malignoma koji je najvjerovatnije neizlječiv
- U toku progresije malignoma bez obzira na tretman

C. Srčane bolesti

- Stadij III ili IV srčane insuficijencije uprkos optimalnom tretmanu
- Angina pectoris refraktorna na sve oblike tretmana
- Stalna potreba za posjetom hitne medicinske pomoći ili česte hospitalizacije
- Česta pražnjenja iz ugrađenog defibrilatora upkos optimalnom uređaju

D. Plućne bolesti

- Pacijenti zavisni od terapije kiseonikom, saturacija O2 manja od 88% na sobnom zraku
- Nenamjerni gubitak tjelesne težine
- Dispnea pri minimalnom ili umjerenom naporu
- Druge plućne bolesti, npr. plućna fibroza, plućna hipertenzija

E. Demencija

- Satalni problem poanšanja
- Problemi sa hranjenjem – gubitak težine
- Stres njegovatelja – potreba za podrškom
- Česta potreba za posjetom hitne medicinske pomoći
- Povećana briga za sigurnost oboljelog

F. Jetrene bolesti

- Povećana potreba za paracentezom zbog nakupljanja ascitesa
- Pogoršanje konfuzije (hepatična encefalopatija)
- Povećana briga za sigurnost oboljelog
- Pogoršanje simptoma

G. Bubrežene bolesti

- Dijaliza
- Četvrti ili peti stadij bubrežene insuficijencije

H. Neurološke bolesti

- Posljedice moždanog udara
- Parkinsonova bolest
- ALS – amiotrofična lateralna skeleroz
- MS – multipla sklerooza

Organizacija palijativne njege

Palijativna medicinska njega obuhvata fizičke, socijalne, psihološke, duhovne, religijske, egzistencijalne, etičke i zakonske apsekte.

Fizički aspekti palijativne njege

U palijativnoj njezi je vaoma bitno kontroliranje fizičkih i psihičkih simptoma i znakova, koji obuhvataju:

1. Bol
2. Psihijatrijski problemi (anksioznost, depresija, delirijum)
3. Gastrointestinalni simptomi (mučnina i povraćanje, konstipacija, dijareja)
4. Anoreksija, kaheksija i astenija
5. Respiratorni simptomi (Dispnea, kašalj)

MENADŽMENT BOLA

Bol je najčešći pratilac bolesti. To je neprijatno osjećajno i emocionalno iskustvo povezano sa akutnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva ili opisano pojmovima takvih oštećenja. Bol je simptom a ne bolest i kao takav signalizira oštećenje tkiva ili nadolazeće oštećenje tkiva. Predstavlja subjektivno iskustvo i ponekad mnogi pacijenti govore o bolu i kad ne postoje tkivna oštećenja (psihološki razlozi) ali i tada prihvatamo da se radi o bolu.

Receptori za bol i njihovi nervni putevi razlikuju se u različitim dijelovima tijela. Zbog toga je osjet boli različit u odnosu na vrstu i mjesto povrede, npr. receptori za bol u koži su brojni i mogu prenositi tačne podatke kao što su gdje je ozljeda smještena i je li uzrok bio oštar kao što je rana nastala nožem ili tup kao što je od pritiska, vrućine ili hladnoće. Nasuprot tome, signali boli iz crijeva su ograničeni i neprecizni. Crijeva mogu biti ukliještena, rezana ili spaljena, a da ne stvore signal za bol. Međutim, rastezanja i pritisak mogu u crijevima izazvati jaku bol, čak i zbog nečega relativno neopasnog kao što je uhvaćeni zračni mjehurić. Mozak ne može prepoznati tačni izvor boli u crijevu, drugim riječima, bol je teško smjestiti i obično se osjeća na širokom području.

Bol koja se osjeća u nekim područjima tijela ne mora tačno ukazati gdje se nalazi poteškoća, jer se bol može prenijeti na drugo područje. Prenesena se bol događa jer signali iz nekoliko područja tijela često idu u kičmenu moždinu i mozak istim nervnim putevima, npr. bol zbog srčanog napada može se osjetiti u vratu, vilici, rukama ili trbuhu, a bol pri napadu žučnog mjehura može se osjetiti u ramenima.

Ljudi se jako razlikuju u svojoj sposobnosti podnošenja boli. Neka osoba može smatrati bol pri maloj reznoj rani ili podljevu nepodnošljivom, dok će se druga tek malo žaliti zbog velike nezgode ili rane izazvane nožem. Sposobnost podnošenja boli različita je sa obzirom na raspoloženje, ličnost i uslove. U času uzbuđenja za vrijeme sportske utakmice, sportaš može i ne primijetiti teški podljev, ali će biti i te kako svjestan boli nakon utakmice, pogotovo ako je njegov tim izgubio.

Bol se može jako mijenjati s dobi. Kako ljudi stare, manje se tuže na bol, možda zbog toga što promjene u tijelu smanjuju osjet boli. S druge strane, stariji mogu biti jednostavno više stoici nego mlađi ljudi.

Procjenjivanje boli

Procjena je prvi korak u tretmanu bola kod raka. Ona zahtijeva razumijevanje ne samo fizičkih problema, nego takođe i psiholoških, društvenih i duhovnih komponenti patnji pacijenta. Bol može biti oštra ili tupa, isprekidana ili stalna, kucajuća ili postojana, na jednom mjestu ili posvuda. Neke je boli

teško opisati riječima. Jačina može biti različita, od male boli do neizdržljive. Nijedna laboratorijska pretraga ne može dokazati postojanje ili težinu boli.

1. Vjerujete u ono što pacijent iznosi o bolu
2. Inicirajte diskusiju o bolu
3. Procjena intenziteta bola (skale)
4. Uzeti detaljnu istoriju bolesti (lokacija, rasprostranjenost, kvalitet, intenzitet bola, da li je stalan ili povremen, koji ga faktori ublažavaju ili pogoršavaju)
5. Procjeniti psihološko stanje pacijenta
6. Izvršiti pažljiv fizički pregled
7. Uraditi sve potrebne pretrage
8. Razmotriti alternativne metode za kontrolu bola
9. Pratiti rezultate liječenja.

Subjektivni instrumenti za mjerenje bola

Skale za bodovanje kvantificiraju subjektivne informacije o posebnom aspektu bola i uključuju numeričke skale za bodovanje, skale za usmeno bodovanje i vizuelne skale.

- Multidimenzionalne skale
- Crteži bola

Vizuelna skala

Sastoji se od linije dužine 10 cm na čijim krajevima su označeni ekstremi bola. Ekstremi bola su „odsustvo bola“ i „najjači mogući bol“. Pacijent treba označiti mjesto na liniji koje odgovara intenzitetu bola. Ovo je najupotrebljavaniji način za mjerenje bola jer je jednostavan za upotrebu.

Numerička skala

Pacijent ocjenjuje jačinu bola na numeričkoj skali od 0 do 10, gdje 0 označva jedan ekstrem – osustvo bola a 10 drugi – najjači mogući bol. Skala je jednostavna za primjenu i bodovanje i može se upotrebljavati usmeno ili pismeno. Ova skala je dobar izbor za standardno mjerenje intenziteta bola radi poređenja rezultata liječenja, kao i za praćenje hroničnog bola kod pacijenta u različito vrijeme.

Verbalna skala

Koja riječ opisuje Vašu sadašnjuu bolest (nema bola, umjeren, srednje jak, jak, najjači mogući bol)?

Multidimenzionalna skala

Upitnik za bol – McGillov Painquestionnaire (MPQ) koji mjeri vrstu, jačinu, mjesto i dužinu bola kroz seriju pitanja na koje pacijent odgovara. Ovaj upitnik mjeri tri dimenzije bolnog iskustva; kroz senzorne, afektivne i evalucione aspekte. MPQ daje i kvalitativne i kvantitativne rezultate.

Crteži bola

Uključuju pacijenta koji na slici ljudskog tijela označava mjesto, jačinu i vrstu bola. Pacijent treba osjenčiti na crtežu ljudske figure mjesta koja odgovaraju bolnim mjestima na svom tijelu. Istraživanja su potvrdila visoku pouzdanost kvantificiranja kliničkih podataka sakupljenih na ovaj način. Često se koriste kao dijagnostičko sredstvo za ocjenu mjesta, distribucije i kvaliteta bola, kao i za mjerenje progresa i rezultata liječenja.

Objektivni instrumenti za mjerenje bola

- Bilježenje doza i frekvencija uzimanja analgetika
- Mjerenje raspona pokreta u odnosu na početak bola
- Mjerenje bola na kraju raspona pokreta
- Mjerenje razdaljine koju pacijent prehoda prije pojave bola

Skale za bolno ponašanje mjerenje i kvantificiranje određenog ponašanja:

- Verbalne i neverbalne glasne žalbe
- Grimase
- Promjena položaja
- Trljanje bolnog dijela tijela

Ove mjere su praktično sredstvo za objektiviziranje podataka o intenzitetu bola sakupljenih prvenstveno u subjektivnoj ocjeni.

Evaluacija i interpretacija

Pregled nekoliko karakterističnih bolova kod povreda i njihova moguća interpretacija

Pitanje	Odgovor	Moguće implikacije	Akcija
Gdje boli?	Na povrijeđenoj strani	Direktni rezultat povrede: - bol onog što je povrijeđeno - spazam mišićnih refleksa - neugodna pozicija	Uobičajeni cjelokupan pristup oslobađanja od bola
Gdje boli?	Na suprotnoj strani od one koja je povrijeđena	- prethodno medicinsko stanje - komplikacije operacije - pojačanja hroničnog bola	Uspostavljanje dijagnoze, specifično liječenje, po potrebi dalje konsultacije
Gdje boli?	„Svuda“ ili „ne znam“	- situacijski stres - prethodni emocionalni problemi	Farmakološko ili nefarmakološko liječenje, razumijevanje, optimizam
Kakav je osjećaj bola?	„Oštar, reže ili vuče, bolan, pulsirajući, grčevi, spazam“	Vjerovatno razlog direktno povezan povredom	Uobičajeni cjelokupan pristup oslobađanja od bola

Pitanje	Odgovor	Moguće implikacije	Akcija
Kakav je osjećaj bola?	„Bolan, ukočenost, zvonjenje“	Vjerovatno razlog indirektno povezan sa povredom (npr. suzbijanje nerava ili povreda, zastoj krvnog toka)	Dokumentovanje, često kontrolisanje, uspostavljanje dijagnoze prije liječenja
Kakav je osjećaj bola?	„Zuji, smiješan, nepoznat, ne znam“	Razmatrati neorganske uzroke (usamljenost, strah, itd.)	Dokumentovanje, često kontrolisanje, podržavajuće liječenje

Važno je u upotrebi bilo kojeg načina mjerenja bola shvatiti da oni predstavljaju subjektivnu evaluaciju koju je uradio pacijent. Bilo kakvo ocjenjivanje mora uključiti stoga objektivnu ocjenu, uključujući i efekat liječenja na važne funkcije kao što su sposobnosti da se duboko diše, kašlje, pomjera u krevetu i da se kreće ili hoda.

Vrste boli

Ljudi trpe od mnogih različitih boli. Neke od glavnih vrsta uključuju neuropatsku bol, bol nakon hirurškog zahvata, bol zbog raka i bol koja se odnosi na psihološke poremećaje. Hronična bol je također glavno obilježje mnogih bolesti, kao što su artritis, anemija srpastih stanica, upalne crijevne bolesti i AIDS.

Klasifikacija bola

- Prema načinu nastanka (nociceptorni bolovi – somatski i visceralni, neuropatski i psihogeni)
- Prema lokalizaciji regija (npr. bolovi u stomaku, nogama)
- Uzroku nastanka (npr. bolovi od tumora, postoperativni bol)
- Vremenskom trajanju (akutni i hronični bolovi)

Bol koji se pojavi trenutno i ograničenog je trajanja je akutni bol. Obično se može identificirati kao privremen i uzrok je vezna za povredu ili bolest. Ovdje postoji razlika između hroničnog bola koji je definisan kao bol koji traje duži vremenski period, perzistira više od 3 mjeseca. Hronična bol najčešće traje tokom vremena zacjeljivanja povreda i često bez nekog jasnog vidljivog uzroka.

Bol se može podjeliti na somatski i visceralni bol. Somatski bolovi su bolovi kože i mišića, zglobova, kostiju i vezivnog tkiva. Visceralni bol je mukli bol, tj. bol testisa, pluća, uterusa, vezike urinarije, uretera itd. Karakteristično je da ide sa vegetativnim reakcijama.

Neuropatska bol

Neuropatsku bol uzrokuje neka nenormalnost bilo gdje na nervnom putu. Nenormalnost prekine nervne signale koje onda mozak krivo tumači. Neuropatska bol može uzrokovati duboku bol ili osjet pečenja i druge osjete, kao što je preosjetljivost na dodir.

Infekcije kao što je herpes zoster mogu upaliti nerve i izazvati postherpetičku neuralgiju, hroničnu, neuropatsku bol koja se osjeća kao pečenje, a koja se nastavlja u području inficiranom virusom.

Fantomska bol u ekstremitetima

Dobar primjer neuropatske boli je fantomska bol u udovima, pri kojoj neko ko je izgubio ruku ili nogu osjeća bol u nepostojećem ekstremitetu. Jasno je da bol ne može uzrokovati nešto u ekstremitetu koji nedostaje, prije će je uzrokovati nervi iznad mjesta na kojem je ruka ili noga odsječen. Mozak krivo tumači nervne signale kao da dolaze iz amputiranog ekstremiteta.

Bol nakon operativnog (hirurškog) zahvata

Gotovo svako ima bol nakon operacije. Bol je često i stalna i povremena, pojačava se pomicanjem osobe, kašljanjem, smijanjem ili dubokim disanjem ili kada se mijenjaju zavoji hirurške rane.

Obično se nakon operacije propisuju opioidni (narkotički) analgetici. Oni su najdjelotvorniji ako se uzmu svakih nekoliko sati prije nego što bol postane jaka. Doza se može povisiti ili se može dodati drugi lijek, ako se bol povremeno pogoršava, ako osoba mora vježbati, ili ako baš treba promijeniti zavoj na rani. Prečesto pretjerana briga oko mogućnosti da davanje opioida dovede do navikavanja ima za posljedicu da se bol preslabo liječi, ali prema potrebi treba dati odgovarajuće doze.

Medicinsko osoblje i članovi obitelji moraju paziti na nuspojave opioida, kao što su mučnina, smirivanje i zbunjenost. Kad se bol smanji, smanjuje se doza i mogu se propisati neopioidni analgetici, npr. paracetamol.

Bol kod karcinoma

Bol kod raka nastaje na nekoliko načina. Tumor može rasti u kosti, nerve i druge organe uzrokujući blagu nelagodu ili tešku nepopustljivu bol. Neke vrste liječenja raka, kao što su hirurški zahvat i zračenje, također mogu uzrokovati bol. Ljudi sa rakom se često boje boli pa ipak bolesnici i doktori prečesto izbjegavaju odgovarajuće doze analgetika zbog neosnovanog straha od navikavanja. Bol zbog raka se može i mora suzbiti.

Kada je god moguće, bol je najbolje olakšati liječenjem raka. Bol se može smanjiti kada se tumor ukloni hirurškim putem ili ga se smanji zračenjem. Međutim, općenito je potrebno drugo olakšanje boli.

Često su djelotvorni neopioidni lijekovi, kao što su paracetamol ili nesteroidni antiinflamatorni lijekovi. Ako nisu, može se propisati opioidni analgetik. Češće se propisuju opioidi dužeg djelovanja, jer između doza daju više sati olakšanja i općenito omogućuju bolji noćni san.

Kada je to moguće, opoidi se daju na usta (oralno). Neki ljudi, poput onih koji ne mogu podnijeti lijekove oralno, dobivaju opioide drugim putem, kao što su preko kože ili vene. Injekcije se mogu davati svakih nekoliko sati, ali ponavljane injekcije mogu postati smetnja. Mnogobrojne ubode iglom može se izbjeći upotrebom stalne infuzijske pumpe, koja je povezana sa kanilom stavljenom u venu ili ispod kože. Stalnoj infuziji mogu se dodati, kad je potrebno, posebne doze. U neuobičajenim situacijama opioidi se mogu primijeniti izravno u kičmenu (spinalnu) tekućinu preko pumpe što mozgu osigurava visoke koncentracije lijeka.

Vremenom neki ljudi, da bi spriječili bol, trebaju povećane doze opioida, jer rak naraste veći ili razvije otpornost na lijek. Ipak, ljudi sa rakom se ne bi trebali bojati da će lijek prestati djelovati niti se bojati od navikavanja.

Bol u vezi sa psihičkim poremećajima

Neki ljudi imaju stalnu bol bez postojanja bolesti koja bi mogla uzrokovati bol. Mnogi drugi imaju stepen boli i onesposobljenosti u većoj mjeri nego većina ljudi sa sličnom ozljedom ili bolešću. Psihičkim procesima često se pripisuje barem dio tih smetnji. Primjetna bol može po svom porijeklu biti pretežno psihička ili je može uzrokovati fizikalni poremećaj, a povećava se zbog psihičkih stresova u stepenu ili trajanju. Najčešće se psihički stvorena bol očituje glavoboljom, boli u donjem dijelu leđa, boli u licu, boli u trbuhu ili zdjelici.

Činjenica da bol (djelomično ili potpuno) proizlazi iz psihičkih uzroka ne znači da nije stvarna. Psihogena bol zahtijeva liječenje, katkada psihijatra. Kao i ostale vrste liječenja hronične boli, liječenje te vrste boli razlikuje se od osobe do osobe, pa je potrebno uskladiti liječenje sa bolesnikovim potrebama. Neki ljudi se liječe terapijom koja naglašava rehabilitaciju i psihološku potporu. Drugim se ljudima daju različite vrste lijekova ili drugi postupci.

Druge vrste boli

Neke bolesti, kao što je AIDS, mogu uzrokovati tako jaku i nepopustljivu bol kao rak. Liječenje boli koja je u vezi s tim bolestima je isto kao kod raka.

Drugi poremećaji mogu ili ne moraju napredovati, a imaju bol kao najveći problem. Artritis, koji može uzrokovati trošenje i deranje zglobova (osteoartritis) ili nekom specifičnom bolešću (kao što je reumatoidni artritis) je jedan od najčešćih tipova boli. Ako se ne pronađe nalaz kao dokaz bilo bolesti ili psihičkog uzroka, bol se zove idiopatskom, što znači da joj je uzrok nepoznat.

Liječenje boli

Bol mogu pomoći ublažiti nekoliko vrsta analgetika. Ti lijekovi spadaju u tri kategorije:

- opioidni (narkotički) analgetici,
- neopioidni analgetici, i
- pomoćni analgetici.

Opioidni analgetici

Opioidni analgetici su najsnažniji ublaživači boli i glavno su uporište za liječenje jake boli, zbog svoje djelotvornosti. Svi su opioidni analgetici hemijski povezani sa morfijem, prirodnom tvari izvučenom iz maka, iako su neki izvučeni i iz drugih biljaka, a drugi proizvedeni u laboratoriju.

Opioidni analgetici su vrlo djelotvorni u suzbijanju boli, ali imaju mnogo nuspojava. Osoba koja ih uzima tokom vremena može trebati veće doze. Osim toga, prije nego što se dugotrajna upotreba opioidnih analgetika može prekinuti, doza se mora postepeno smanjivati da bi se razvoj znakova prestanka uzimanja sveo na najmanju moguću mjeru. Unatoč tim nedostacima, ljudi sa jakom boli ne bi trebali izbjegavati opioide. Adekvatna upotreba tih lijekova pomaže izbjegavanju nuspojava.

Različiti opioidni analgetici imaju različite prednosti i nedostatke. Morfij, prototip tih lijekova, postoji u obliku injekcije, za uzimanje na usta (i u obliku preko usta postepenim otpuštanjem). Taj oblik donosi olakšanje za 8-12 sati i naširoko se koristi za liječenje hronične boli.

Opioidni analgetici često uzrokuju zatvor stolice (opstipaciju), naročito u starijih ljudi. Laksativi, obično poticajni laksativi, kao što su sena ili fenolftalein, pomažu sprječavanje ili liječenje zatvora stolice.

Ljudi koji moraju uzimati visoke doze opioida često postanu pospani. Nekima to spavanje dobro dođe, ali drugi to ne žele. Poticajni lijekovi, kao što je metilfenidat, mogu pomoći osobi da ostane budnom i živahnom.

Katkada ljudi s boli osjećaju mučninu, a opioidni analgetici mogu mučninu pojačati. Mučninu mogu spriječiti ili ublažiti antiemetički lijekovi uzeti oralno, supozitorijima ili injekcijom. Neki često korišteni analgetici su metohlopramid, hidroksizin i prohlorperazin.

Previše opioida može uzrokovati ozbiljne reakcije uključujući opasno usporenje disanja i čak komu. Ti se učinci mogu otkloniti naloksonom, antidotom koji se daje u venu.

Lijek Djelovanje/sati Napomena

Morfij

- Dat u venu ili mišić 2-3h
- Uzet na usta 3-4 h
- Postepenim otpuštanjem 8-12 h. Počinje djelovati brzo. Oralno može biti jako djelotvoran na bol kod raka.

Kodein

- Oralno 3-4 h Slabije jačine od morfija. Nekada se uzima sa aspirinom ili paracetamolom

Metadon

- Oralno 4-6 h ponekad i dulje. Koristi se i za liječenje odvikavanja od heroina.

Levorfanol

- Dat u venu ili mišić 4 h
- Oralno oko 4 h. Oralni oblik je jak. Može se koristiti umjesto morfija.

Pentazocin

- Oralno do 4 h. Može blokirati poželjno djelovanje drugih opioida na bol. Jak je poput kodeina. Može izazvati zbunjenost i tjeskobu, posebno kod starijih osoba

Fentanil

- i.m. ili i.v. 1-2 h
- Kožni flaster 72 h. Daje se prije i postoperativno pri općoj anesteziji. Nuspojave su: vrtoglavica, bradikardija, srčani zastoj, depresija disanja, spazmi grkljana i bronha, suzbija kašalj.

Neopioidni analgetici

Svi neopioidni analgetici osim paracetamola su nesteroidni antiinflamatorni lijekovi (NSAID - Non-steroidal Anti-Inflammatory Drugs).

Ovi lijekovi djeluju na dva načina:

- upliću se u sistem prostaglandina, sistem tvari koje međusobno djeluju, a djelomično su odgovorne za osjet boli
- većina tih lijekova smanjuje upalu, oteknuće i nadražljivost, što često okružuju ranu i pogoršavaju bol.

Acetilsalicilna kiselina (aspirin), prototip nesteroidnih protuupalnih lijekova (NSAID), koristi se oko 100 godina. Najprije je izoliran iz kore vrbe. Znanstvenici su tek nedavno spoznali kako djeluje acetilsalicilna kiselina (aspirin). Aspirin se uzima na usta i omogućava/daje 4-6 sati umjereno olakšanje. Međutim, uzrokuje nuspojave. Aspirin može nadražiti želudac i prouzročiti pojavu peptičkog ulkusa. Djelujući na sposobnost krvi da se zgruša, aspirin može dovesti do krvarenja po cijelom tijelu. U vrlo visokim dozama, aspirin može uzrokovati ozbiljne nuspojave, npr. nenormalno disanje. Jedan od prvih znakova predoziranja je zujanje u ušima (tinitus).

Brojni NSAID se razlikuju po tome kako brzo djeluju i kako dugo mogu ublažiti bol. Premda su otprilike jednako djelotvorni, ljudi na NSAID reagiraju različito pa pojedina osoba može smatrati neki određeni lijek djelotvornijim ili da ima manje nuspojava nego drugi.

Svi NSAID mogu nadraživati želudac i izazvati peptički ulkus, ali većina to ne uzrokuje kao aspirin. Nadražljivost želuca može se spriječiti ako se NSAID uzimaju sa hranom kao i upotreba antacida. Lijek misoprostol može pomoći u sprječavanju nadražaja želuca i nastanka peptičkog ulkusa, ali može uzrokovati druge probleme, uključujući proljev.

Paracetamol (acetaminofen) je na neki način drugačiji nego aspirin i NSAID. Djeluje i na sistem prostaglandina, ali na drugačijoj razini. Paracetamol ne utječe na sposobnost zgrušavanja krvi i ne dovodi do peptičkog ulkusa ili krvarenja. Paracetamol se uzima na usta ili u obliku supozitorija, a njegovi učinci općenito traju 4-6 sati. Vrlo visoke doze mogu uzrokovati opasne nuspojave, npr. oštećenje jetre.

Nesteroidni protivupalni lijekovi:

Acetilsalicilna kiselina (aspirin), kolin magnezijev trisalicilat, diklofenak, diflunizal, fenoprofen, flurbiprofen, ibuprofen, indometacin, ketoprofen, rofekoksib, meklofenamat, nabumeton, naproksen, oksaprozin, fenilbutazon, piroksikam, salzalat, sulindak, tolmetin.

Upala je zaštitna reakcija tijela na povredu. Snadbjevanje krvlju ozlijeđenog područja se povećava, što donosi tekučinu i bijela krvna zrnca da bi se oštećeno tkivo ograničilo i da se to područje pročisti. Taj proces uzrokuje otok, crvenilo, vrućicu, osjetljivost i bol zbog upale. NSAID lijekovi prekidaju upalu smanjujući te simptome. I NSAID i paracetamol izravno smanjuju bol i povišenu temperaturu.

Pomoćni analgetici

Pomoćni analgetici su lijekovi koji se obično daju iz drugih razloga, a ne zbog boli, ali u određenim okolnostima mogu olakšati bol, npr. neki lijekovi protiv depresije su također nespecifični ublaživači boli i koriste se za liječenje mnogih vrsta hronične boli uključujući bol u leđima, glavobolje i neuropatsku bol. Lijekovi protiv epileptičnih napada, kao što su karbamazepin, i lokalni anestetici koji se uzimaju na usta, kao što je meksiletin, koriste se za liječenje neuropatske boli.

Lokalni i površinski anestetici

Lokalni anestetici se mogu primijeniti izravno na bolno područje ili u njegovoj blizini u cilju smanjivanja boli, npr. može se injicirati u kožu, prije manjeg hirurškog zahvata. Ista se tehnika može koristiti za suzbijanje boli zbog povrede. Kad je hronična bol izazvana ozljedom pojedinog nerva, može se injicirati hemikalija izravno u nerv i trajno zaustaviti bol.

Anestetici koji se primjenjuju površinski (topički anestetici), kao što su losioni ili masti koje sadrže lidokain, mogu se u nekim stanjima koristiti za suzbijanje boli, npr. neki topički anestetici pomiješani sa vodom za ispiranje usta, mogu ublažiti grlobolju.

Krema koja sadrži kapsaicin, tvar koja se nalazi u ljutoj paprici, katkada pomaže u smanjivanju boli prouzročenoj herpes zosterom, osteoartritisom i drugim stanjima.

Liječenje bola bez lijekova

Osim lijekovima, u olakšanju boli, mogu pomoći i mnogi drugi načini liječenja. Često bol uklanja ili je jako smanjuje liječenje uzročne bolesti, npr. smanjenju boli pomaže jednostavno namještanje slomljene kosti i stavljanje gipsanog zavoja ili davanje antibiotika kod inficiranog zgloba.

Često pomažu liječenja primijenjena neposredno na bolno mjesto, kao što su hladni i topli oblozi. Hroničnu bol mogu olakšati neke nove tehnike. UZ (ultrazvuk) proizvodi duboko grijanje i može olakšati bol razderanih i upaljenih ligamenata. Pri električnoj nervnoj stimulaciji preko kože (TENS,Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), na površinu kože se primjenjuje slaba električna struja - nekim ljudima to olakšava bol.

Kod akupunkture sićušne se igle (akupunkturne igle) zabodu u određene tačke tijela. Mehanizmi kojima djeluje akupunktura su slabo protumačeni i neki stručnjaci još sumnjaju u djelotvornost te tehnike. Ipak mnogi ljudi nakon akupunkture osjete, barem privremeno, znatno olakšanje.

Biološka povratna sprega i druge kognitivne tehnike (kao što su hipnoza i odvlačenje pažnje od problema) mogu pomoći ljudima da olakšaju bol promjenom načina na koji usmjeravaju svoju pažnju. Te tehnike vježbaju ljude da suzbijaju bol ili smanjuju njen utjecaj.

Ne smije se podcijeniti važnost psihološke potpore ljudima koji trpe bol. Budući da ljudi sa bolovima pate, treba ih pažljivo nadzirati u pogledu znakova depresije i tjeskobe, što može zahtijevati pomoć psihijatra.

NOŠENJE SA TUGOM I GUBITKOM

Gubitak je događaj koji onemogućuje stalni pristup nama značajnoj osobi (smrt, rastava, nestanak osobe, prekid prijateljstva, prostorna udaljenost) uz koju smo "posebno" emocionalno vezani pa stoga pokreće u nama sistem Attachmenta (privrženosti, odanosti, prianjanja) i s njim povezan osjećaj gubitka sigurnosti i tugovanje (separacionu žalost).

Žalovanje je strogo individualni proces i možemo ga promatrati na više načina: kroz emocionalno doživljavanje, spoznajnu komponentu, interpersonalne odnose - ponašanje (identitet) itd.

Žaljenje pogodi svakoga u određenom periodu života. To je isksutvo koje se ne može izbjeći. Mnogi faktori utiču na to kako ljudi reaguju na žalovanje. Različite kulture i društva imaju različite pristupe smrti i žalovanju.

Uticaji žalovanja

Najveći gubici se dešavaju u okviru porodice. Svaka porodica ima svoj način nošenja sa problemima što utiče na to kako će porodična zajednica reagovati u kriznim situacijama.

Pažnja posvećena tugovanju varira od osobe do osobe. Neke osobe shvate da je njihovo žalovanje za njihovu porodicu i prijatelje beznačajno. Ovo ponekad može biti slučaj, ukoliko je preminula starija i oronula osoba. Žalovanje kod osoba koje imaju problema sa sposobnošću spoznaje je takođe slabo shvaćeno. U kontekstu žalovanja, gubitak kućnog ljubimca nije uvijek prihvatljivo kao značajan gubitak, ipak po shvatanju pojedinca, ovo može biti najuznemirujući i najteži gubitak koji su ikada doživjeli.

Faze žalovanja

Teoretičari kažu da žalovanje prolazi nekoliko faza i da je potrebno proći sve te faze kako bi zaključili proces žalovanja. Važno je napomenuti da faze žalovanja ne moramo prolaziti samo kog smrti neke bliske osobe, nego i kod drugih gubitaka - prekida veze, razvoda, preseljenja.

1. FAZA - negiranje

U ovoj fazi se negira događaj - gubitak ili smrt neke osobe. U svakodnevnog govoru često kažemo da je osoba u ovoj fazi još „u šoku", dakle da ne prihvata činjenicu gubitka. Taj gubitak je prestrašan i prevelik da bi čovjek sa svojim emocionalnim i intelektualnim kapacitetima uopće mogao prihvaititi da se desio. Ova faza, u prosjeku, traje dosta kratko - od nekoliko sati do nekoliko dana.

2. FAZA - ljutnja

Ljutnja je emocija koja se javlja kada nam se na putu do nečeg ili nekoga što jako želimo pojavi prepreka. U slučaju gubitka neke osobe dolazi do ljutnje jer se ne može ostvariti slika koju imamo u glavi, a to je zajednički život sa tom nekom osobom koju smo izgubili. Vrlo često osobe koje su izgubile nekoga prolaze kroz proces ljutnje na osobu koja ih je napustila, ili se desi pomaknuta ljutnja - pa se ljutimo na nekoga ili nešto što nam je tu prisutno, jer pravi objekt ljutnje smo izgubili. Tako smo ljuti na prijatelje, rodbinu, susjede, osobe odgovorne za gubitak nekog koga volimo, svijet, život... Tu fazu ljutnje je dobro proći, kako bi se „očistili" loših emocija koje neminovno dolaze u ovakvim situacijama. Uostalom, lakše je biti ljut, nego

biti tužan. Ljutnja je faza koja traje duže od negiranja, od nekoliko dana do nekoliko tjedana.

3. FAZA - tugovanje

Kada shvatimo da je gubitak nepovratan, ulazimo u stanje i emociju tuge - to je emocija koja nas prati dugo, ponekad i zauvijek. Činjenica je da vrijeme može ublažiti neke rane i da može smanjiti tugu, no vrlo često tuga zbog gubitka nekih osoba ostaje zauvijek - posebice u situacijama kada roditelj izgubi svoje dijete. Tugovanje je faza koja traje duže od prethodne dvije faze - može trajati nekoliko mjeseci. No ova faza može predstavljati i ograničenje i „kočnicu" i životima ljudi, jer dok smo u ovoj fazi zapravo, ne napredujemo i ne nastavljamo sa životom, nego ostajemo u onom istom trenu gubitka zbog kojeg smo i ušli u fazu žalovanja.

4. FAZA - restrukturiranje situacije

U zadnjoj fazi tugovanja dolazi do prestrukturiranja života pojedinca u skladu sa gubitkom koji ga je zadesio. Navikavamo se na situaciju i nastavljamo sa životom - bez neke vrlo drage osobe. U ovoj fazi osoba može iskusiti niz složenih osjećaja - od olakšanja, do krivnje. Teško se naviknuti da život bez nekoga ko nam je bio jako drag, ali isto tako teško je i sam sebi priznati da smo se, kroz neko vrijeme, naviknuli na tu situaciju. Vrlo često se tu dešava i osjećaj krivnje - zašto se smijem nečemu, kada sam iskusio ili iskusila tako veliki gubitak, zašto uživam u nekim stvarima kada nekoga koga volim više nema... No činjenica je da ulazak u ovu fazu predstavlja pravo izliječenje i prihvaćanje nastale situacije.

U svim gore navedemim fazama može se desiti da se osoba zaustavi - od negacije do tugovanja, i da ne nastavlja „obrađivati" svoju tugu prema nekim zakonitostima tugovanja. Loše je kada se to desi, jer je cilj žalovanja doći do posljedenje faze - nastavka života bez neke vrlo drage osobe. Kada se to desi, kada tugovanje poprima neke razmjere koje nisu socijalno prihvatljive, kada osjetimo da je neko naš drag u tugovanju ostao u nekoj od faza, i ne napreduje u osobnom rastu i razvoju, dobro je potražiti stručnu pomoć. Emocije su same po sebi vrlo složene, posebice u ovakvim situacijama kada se osjećamo izuzetno usamljenima, ostavljenima i napuštenima od strane osobe koju smo izgubili.

Faze žalovanja po Elizabeth Kübler Ross-u

1. **PORICANJE**, nevjerica, odbacivanje činjenica, poricanje realiteta: ! pustiti ga da se brani kako mu je najlakše, ne smije mu se predbacivati niti proturječiti, biti strpljiv.
2. **GNJEV**, i bijes radi poremećenih planova, zavist, mržnja prema onima koji mogu uživati u životu, osjećaj odbačenosti, !!često usmjerava prema sestrama i medicinskom osoblju!
3. **CJENKANJE**, pokušava odgoditi smrt npr. «pregovara s Bogom», zavjetuju se, obećavaju da će se promijeniti, preobratiti....
4. **DEPRESIJA**, postaje svjestan sebe u novoj ulozi, žali za propuštenim šansama u vrijeme zdravlja, sadašnje nesposobnosti, osjećaj stida i krivnje, moguća suicidalnost! Biti s pacijentom, bez pretjeranog uvjeravanja „bit će bolje", jer i on realno zna da neće.
5. **PRIHVAĆANJE** neminovnosti sudbine, realiteta, nastoje iskoristiti što se može, prihvaćaju rehabilitaciju , razvijajući preostale sposobnosti i novi stil života, traže mir .! ne smetati im sa svakodnevnim problemima. Pomoć je potrebnija obitelji!

Normalne reakcije duboke žalosti: nekomplicirano žalovanje

Izraz normalna duboka žalost, koja se ponekad naziva nekomplicirana duboka žalost, obuhvata širok opseg osjećanja i ponašanja koji su česti nakon gubitka. Ta ponašanja se mogu opisati pod četiri opće kategorije: osjećanja, fizički dojam, spoznaje i ponašanja.

Osjećanja

- Tuga je najčešće osjećanje koje se otkriva kod ucviljenih i zaista ne treba puno komentara. Često je ispoljeno plačnim ponašanjem.
- Ljutnja se često doživljava nakon gubitka. To može biti jedno od najzbunjujućih osjećanja za preživjelog i kao takvo se nalazi u korijenu mnogih problema u procesu žalovanja. Ukoliko se ljutnja ne prizna primjereno, ona može dovesti do komplikovane ucviljenosti. Jedna od najrizičnijih neprilagodbi ljutnje je stanje okretanja ljutnje unutra prema svojoj ličnosti. U ozbiljnom slučaju retrofleksije ljuta osoba, koja je također ljuta na sebe, može razviti samoubilačko ponašanje.
- Krivica i samo-poniženje su česta iskustva onih koji ostaju nakon smrti. Krivica se obično ispoljava zbog nečega što se dogodilo ili zbog nečega što je bilo zanemareno otprilike u vrijeme smrti.
- Tjeskoba u preživjelom se može kretati od laganog osjećaja nesigurnosti do jakih napada panike. Tjeskoba dolazi iz dva izvora: prvo, oni koji ostaju nakon smrti se boje da neće biti u stanju da se brinu o sebi sad kad su sami, drugo, tjeskoba se odnosi na povišeni osjećaj vlastite svijesti o smrti. U ekstremnim slučajevima, ova tjeskoba može prerasti u potpuno razvijenu fobiju.
- Usamljenost je osjećanje koje često izražavaju oni koji ostaju nakon smrti (npr.gubitak supružnika).
- Zamor se ponekad doživljava kao apatija ili ravnodušnost.
- Bespomoćnost je blisko povezana sa tjeskobom i često je prisutna u ranoj fazi gubitka.
- Šok se najčešće pojavljuje u slučajevima iznenadne smrti.
- Čežnja je normalna reakcija na gubitak i kad oslabi to može značiti da žalovanje prestaje.
- Oslobađanje može biti pozitivan osjećaj nakon smrti.
- Olakšanje – mnogi ljudi osjećaju olakšanje nakon smrti voljene osobe, naročito ako je voljena osoba pretrpjela dugu ili naročito tešku bolest.
- Otupjelost neki ljudi osjećaju nakon gubitka.

Fizički dojam

Najčešće prijavljeni dojmovi koje su iskusili ljudi u dubokoj žalosti:

1. Praznina u stomaku
2. Napetost u grudima
3. Napetost u grlu
4. Prevelika osjetljivost na buku
5. Osjećaj gubitka ličnosti
6. Zadihanost, nedostatak daha
7. Nedostatak energije
8. Suha usta

Mnogo puta će ovi fizički dojmovi izazvati zabrinutost kod onih koji ostaju nakon smrti.

Spoznaje

Postoji mnogi različiti obrasci razmišljanja koji ozznačavaju iskustvo duboke žalosti. Neka razmišljanja su česta u ranim fazama žalovanja i obično nestaju nakon kratkog vremena. Ali, ponekad razmišljanja ustrajavaju i pokreću osjećanja koja mogu odvesti do depresije ili tjeskobe.

- Nevjerovanje
- Zbunjenost
- Preokupiranost
- Osjećaj prisutnosti
- Priviđenja

Ponašanja

Postoji niz određenih ponašanja koja se često povezuju sa reakcijama normalnog žalovanja. Njihov opseg se kreće od poremećaja spavanja i ishrane do rastrešenosti i udaljavanja od društva.

- Poremećaji sna
- Poremećaji ishrane (preveliko ili premalo trošenje hrane)
- Rastrešeno ponašanje
- Društveno izdvajanje
- Snovi o pokojniku
- Izbjegavanje podsjećanja na umrle
- Traženje i dozivanje
- Uzdisanje
- Pretjerana aktivnost
- Plakanje
- Čuvanje i nošenje predmeta koji podsjećaju i koji su pripadali umrloj osobi

Predviđanje žalovanja

Razne studije su identificirale veliki broj faktora koji se mogu koristiti da bi se predvidjele posljedice žalovanja kod pojedinca (Parkes 1995). Iako oni ne pružaju baš uvijek tačna predviđanja rizika, naredni faktori će ili pomoći ili ometati proces žaljenja i mogu se koristiti kao smjernice zdravstvenom radniku kada se brinu o porodicama:

- Veza između ožalošćenog i preminulog
- Okolnosti pod kojima se desila smrt
- Život i fizičko stanje ožalošćenog
- Ličnost ožalošćene osobe
- Socijalni faktori
- Godište preminule osobe
- Porodični uslovi i prilike

Parkes (1993) čvrsto podržava procjenu riziko faktora kod onih koji će biti najviše pogođeni smrću pacijenta kao i korištenje genograma da bi se izvršila raspodjela veza, ranijih žalovanja i drugih većih gubitaka, kao što je razvod. Genogram, ističe Parkes (1993, p.667), „je u palijativnoj njezi korisniji od stetoskopa“.

Neki autori zastupaju stav da žalovanje traje do 9 mjeseci kao i nošenje djeteta u stomaku. Ali većina

autora se priklanja vremenu od 2 godine s dopuštanjem da u nekih osoba može trajati godinama (nakon gubitka djeteta cijeli život) s mogućnošću da neki aspekti tugovanja nikada ne završe.

Upotreba lijekova

Kada je u pitanju savladavanje akutne, normalne duboke žalosti i upotreba lijekova, opći sporazum je da lijekove treba koristiti umjereno i da ih treba fokusirati na pružanje olakšanja od tjeskobe ili nesanice, nasuprot pružanja olakšanja od depresivnih simptoma.

Obično se ne preporučuje davanje antidepresivnih lijekova ljudima koji prolaze kroz reakciju akutne duboke žalosti. Izuzetak bi bio u slučajevima većih depresivnih epizoda.

Komunikacija sa osobom u žalosti

- Zapamtite SOFTEN i BATHE tehnike
- Koristite generalna otvorena pitanja
- Budite svjesni želje osobe da govori o gubitku, njihovim sjećanjima, osjećanjima, zabrinutosti itd.
- Tiho partnerstvo/podrška može biti jako terapeutska**.**

Principi sestrinske intervencije za prevazilaženje gubitka

Briga o ožalošćenim mora početi prije žaljenja i rezultirat će prevencijom psihijatrijskih i fizičkih poremećaja. Ovo znači biti iskren prema porodicama i informirati ih o situaciji kada i prije nego što se desi. Parkes (1993) preporučuje da bi trebalo imati redovne diskusije o porodičnim problemima gdje će multidisciplinarni tim predstaviti svoje nalaze i procjenu porodice. Ovo garantuje da će porodica ostati u fokusu njege. To ohrabruje multidisciplinarni tim da razviju interes, znanje i vještine da bi osigurali visokokvalitetnu stručnu njegu.

Važni principi koji naglašavaju sestrinsku intervenciju:

Model pomoći

Rodbina umirućeg pacijenta treba da bude:

- Sa umirućom osobom koliko i kad god žele
- Pomognuta da brine o fizičkim potrebama
- Sigurna u udobnost pacijenta
- Stalno informisana o planu njege i nastupajućoj smrti
- U stanju da izraze svoje emocije sa drugima, i da imaju utjehu i podršku od rodbine i prijatelja
- Ponuđen pristanak, podršku i utjehu od zdravstvenog osoblja

Rezolucija žalovanja zahtijeva da pojedinac:

- Prihvati realnost gubitka
- Radi na bolu tugovanja
- Privikne se na okolinu u kojoj pokojnik nedostaje
- Emocionalno premjesti pokojnika i nastavi sa svojim životom

Od sestara uključenih u „pomaganje“ zahtijeva se da budu sposobne da:

- Stvaraju okruženja u kojem će pružiti liječenje, uključiti bilo koju potrebnu agenciju za pomoć u različitim aspektima na putu prema rehabilitaciji
- Pružaju mjere udobnosti i da sačuvaju ljudskost u susretu sa bolom i izraženim smanjenjem snage
- Budu sa rodbinom
- Povećaju učešće rodbine i kontrolu u njihovoj budućnosti
- Pruže udobnost i komunikaciju putem dodira
- Pruže emocionalnu i informativnu podršku
- Vode osobu kroz emocionalne i razvojne promjene- pružajući nove mogućnosti, zatvarajući stare
- Predaju i posreduju- terapeutski koristeći ciljeve

Sestrinski proces vezan za žaljenje i gubitak

Procjena

Sestrinski pregled pacijenta koji prolazi kroz gubitak uključuje tri glavne komponente: sestrisnku istoriju, procjenu ličnih izvora za preživljavanje i borbu i fizička procjena.

U toku rutinskog zdravstvenog pregleda svakog pacijenta, medicinska sestra postavlja pitanja u vezi sa prijašnjim i sadašnjim gubicima. Priroda i značenje gubitaka za pacijenta mora se istražiti:

Prijašnji gubici

- Da li ste nekad izgubili nekoga ili nešto Vama veoma važno?
- Da li ste se Vi i Vaša porodica ikad selili?
- Kako ste se osjećali kad ste prvi put krenuli u školu; odselili od kuće? Dobili posao? Otišli u penziju?
- Da li ste fizički u stanju da radite stvari koje volite; koje ste navikli raditi?
- Da li je ikad neko Vama važan preminuo?
- Da li mislite da će ikad biti nekih gubitaka u Vašem životu ili bliskoj budućnosti?

Prijašnja žalost

- Recite mi o gubitku. Šta je gubitak _____ značio Vama?
- Da li ste imali problema sa spavanjem, jelom, koncentracijom?
- Kakve ste stvari radili, kad se tako nešto desi, da bi se osjećali bolje?
- Da li imate duhovnih ili kulturnih običaja koje pratite kad imate takav gubitak?
- Kome bi se okrenuli kada bi bili veoma uznemireni zbog gubitka?
- Koliko dugo Vam je trebalo da se ponovo osjećate kao prije i da se vratite svojim uobičajenim aktivnostima?

Sadašnji gubici

- Šta Vam je rečeno o gubitku? Da li ima nešto što bi ste htjeli znati ili ne razumijete?
- Kakve promjene će ovo (bolest, operacija, problem) donijeti u Vaš život? Šta mislite kako će biti bez izgubljenog objekta?
- Da li ste ikada prije iskusili gubitak kao ovaj?

- Da li se možete sjetiti ičeg dobrog što se može izvući iz ovoga?
- Kakvu vrstu pomoći mislite da ćete trebati?
- Ko će Vam pomagati u vezi s ovim gubitkom?
- Da li postoje osobe ili organizacije u Vašoj zajednici koje bi Vam mogle pomoći?

Sadašnje žaljenje

- Da li imate problema sa spavanjem, jelom, koncentracijom?
- Da li imate ikakvu bol ili nove fizičke probleme?
- Da li uzimate lijekove koji Vam mogu pomoći da prevaziđete ovaj gubitak?
- Šta radite da sebi pomognete u vezi sa ovim gubitkom?

Planiranje

Sveukupni cilj za pacijenta, koji prolazi kroz proces žaljenja za tjelesnom funkcijom ili dijelom tijela, je da se privikne na promjenu i usredsredi svu fizičku i emocionalnu energiju u rehabilitaciju. Ciljevi za pacijente, koji žale za voljenom osobom, su da se sjećaju te izgubljene osobe bez osjećaja bola, da usredsrede emocionalnu energiju u svoj život i da se priviknu na stvarni i dolazeći gubitak.

Implementacija

Najvažnije vještine za situaciju gubitka i žalosti su pažljivo slušanje, tišina, otvoreno i zatvoreno ispitivanje, ponavljanje rečenica, razjašnjavanje i razmišljanje o osjećanjima i izlaganje ukratko. Manje pomoćne reakcije su one koje daju savjete i ocjenu, one koje prekidaju i analiziraju, i one koje daju lažno uvjerenje. Da bi se osigurala efektivna komunikacija, medicinska sestra/tehničar mora napraviti tačnu ocjenu šta je primjereno za pacijenta. Komunikacija sa pacijentima koji žele razgovarati treba odgovarati stepenu njihovog žaljenja. Na definisanje da li je pacijent ljut ili depresivan utiče kako pacijent čuje poruku i kako medicinska sestra/tehničar primi pacijentove odgovore. Koristeći efektivne komunikacijske vještine, medicinska sestra/tehničar uvodi plan za edukaciju pacijenta i porodice, kao i plan za pomoć pacijentu da prođe kroz faze žaljenja.

Pomaganje pri procesu žaljenja

- Ispitati i poštovati pacijentove rasne, kulturne, religiozne i lične vrijednosti u ispoljavanju žalosti
- Objasniti razne zajedničke reakcije na žalost
- Naučiti pacijenta ili porodicu šta da očekuju u procesu žaljenja
- Ohrabriti pacijenta da izrazi i podjeli žalost sa osobama koje pružaju pomoć
- Naučiti članove porodice da ohrabre pacijentovu žalost, da ne tjeraju pacijenta da ide dalje, ili da nameću svoja lična očekivanja na određene reakcije
- Ohrabriti pacijenta da nastavi normalne aktivnosti prema rasporedu koji dozvoljava fizičko i psihološko zdravlje.

Pružanje emocionalne podrške

- Korištenje šutnje i lične prisutnosti zajedno sa tehnikom terapeutske komunikacije. Ove tehnike poboljšavaju ispitivanje osjećanja i naznačuju da medicinska sestra/tehničar shvata njihova osjećanja
- Priznanje žalosti pacijentove porodice i njihovih partnera

- Pružanje izbora koji unaprijeđuju pacijentovu autonomiju. Pacijenti treba da imaju osjećaj kontrole nad svojim životima, čak i u vrijeme kada nemaju puno kontrole
- Pružanje odgovarajuće informacije kako da se koriste izvori u zajednici: religiozni, savjetovanja, grupne podrške
- Predlaganje dodatnih izvora informacija i pomoći.

Evaluacija

Ocjenjivanje efektivnosti sestrinske njege za pacijenta koji žali teško je zbog dugotrajne prirodne životne promjene. Kriterij za ocjenu mora biti baziran na ciljevima pacijenta i porodice. Ciljevi i željeni rezultat za osobu koja žali zavisi od vrste gubitka. Ako rezultat nije postignut, medicinska sestra/tehničar treba da ispita zašto je plan bio neuspješan. Takva istraga počinje pregledom pacijenta, u slučaju da je sestrinska dijagnoza bila pogrešna. Primjeri takvih pitanja i istrage uključuju:

- Da li je pacijentovo ponašanje u toku žalosti nefunkcionalno?
- Da li je očekivani rezultat nerealan za datu situaciju?
- Da li pacijent ima dodatnih stresova koji nisu uključeni u rješavanje procesa žaljenja?
- Da li su sestrinske instrukcije primjenjivane stalno, redovno sa osjećanjima i pažnjom?

LITERATURA

1. Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine 2009. godine, Sarajevo, septembar 2009. godina.
2. Nacrt strategije za prevenciju, tretman i kontrolu malignih neoplazmi u Federaciji Bosne i Hercegovine 2012 – 2020. godine, draft dokument, Federalno ministarstvo zdravstva, juli Sarajevo, 2011.
3. Karkin-Tais A, Liječenje bola, Sarajevo, 1999.
4. Lugton J, Kindlen M, Palijativna njega, prevod, Sarajevo, 1999.
5. Worden W.J, Savjetovanje o dubokoj žalosti i terapija duboke žalosti, prevod, Sarajevo
6. Olakšanje boli kod raka, II izdanje, Svjetska zdravstvena organizacija, Ženeva, 1996.
7. Nastavni materijal za obrazovanje porodične medicinske sestre, V dio, George Brown College, 2001.
8. Pro Mente, Tugovanje-žalovanje, http://www.psiho.biz/index.php?option=com_content&view=article&id=4453:galerija-slika-iceslideshow-opis-slike-3-opis-slike&catid=517:ostali-psiholoki-problemi-i-poremeaji&Itemid=1042 (10.10.2011.)
9. WHO. Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes ; module 2. 1.Neoplasms – prevention and control. 2.Health planning. 3.National health programs – organization and administration. 4.Health policy. 5.Guidelines. I.World Health Organization. II.Series. 2007
10. National Cancer Institute: PDQ® Cancer Prevention Overview. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Dostupno na: http://cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/overview/HealthProfessional. Datum 20.12.2011. godine
11. US Preventive Services Task Force. Dostupno na http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/adultrec.htm#cancer datum 20.12.2011. godine
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 384 November 2007: colonoscopy and colorectal cancer screening and prevention. Obstet Gynecol 2007;110:1199-202. [PMID: 17978144]
13. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Colorectal cancer screening. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2001;165:206-8. [PMID: 11501466]

17

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 17

Izvještajni zadatak 3
Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

III dio

Vrijeme	Nastavna strategija	Tema	Nastavni ciljevi
9:00-11:30	Mješovita velika grupa Izvještaji i diskusija u velikoj grupi	Izvještaji Audit # Papa bris	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • diskutuje o rezultatima audita o papa brisu • razmišlja o informacijama sakupljenim tokom audita • razgovarati o poteškoćama na koje su nailazili u toku rada na procesu audita • shvatiti vrijednost timskog pristupa pri kompletiranju audita
11:30-12:00	Diskusija u velikoj grupi	Poboljšanje stepena Papa testiranja žena u BiH	• identificirati problem unutar sistema zdravstvene zaštite u BiH koji su doveli do slabog pridržavanja preporuka za Papa testiranje • identificirati potencijalna rješenja na svim nivoima zdravstvene zaštite • identificirati aktivnosti koje pojedini ljekari mogu poduzeti da bi se povećao stepen Papa testiranja
12:00-13:00 Pauza			
13:00–14:30	Predavanje i diskusija u velikoj grupi	Zloupotreba alkohola i lijekova	• identificirati pacijente koji imaju problem sa prekomjernim uzimanjem alkohola • objasniti smernice vezane za konzumiranje alkohola koje se smatra prihvatljivim • upotreba CAGE upitnika u identificiranju osoba koje zloupotreljavaju alkohol • naručiti odgovarajuše laboratorijske pretrage da bi se identificirali problemi vezani za alkohol • motivirati pacijente sa prekomjernim unosom alkohola da smanje konzumaciju ili da prestanu piti • diskutovati o prevalenci korištenja droga u zajednici • odrediti faktore rizika i zaštitne faktore vezane za zloupotrebu droga od strane mladih • identificirati kako njega koju pruža tim porodične medicine uključuje primarnu, sekundarnu i tercajarnu prevenciju • diskutuje o strategijama zdravstvene edukacije vezanim za prevenciju zloupotebe droga kod mladih

Vrijeme	Nastavna strategija	Tema	Nastavni ciljevi
14:30-16:00	Predavanje i diskusija u velikoj grupi	Nasilje u porodici zlostavljane žena	• opisati zlostavljanje žena • opisati znake koji mogu upozoravati sestru porodičnr medicine na prisustvo zlostavljanja • opisati emocionalne i fizičke efekte nasilja • opisati strategije preživljavanja zlostavljene žene • objasniti prepreke sa kojima se susreću žene u potrzi za sigurnošću • diskutovati o rutinskom periodičnom skriningu žena vezano za zlostavljanje • opisati strategije preživljavanja zlostavljene žene • diskutovati kako komunikacijske vještine mogu biti korištene u procjeni moguće situacije zlostavljanja • diskutovati o njezi žene koja je bila zlostavljana

ZLOUPOTREBA ALKOHOLA I LIJEKOVA - rastući problemi u BiH

Pripremila: Ikanović Sabina

Definicija

Alkoholizam je bolest koja dovodi do psihičkog i tjelesnog oštećenja, ali istovremeno prouzrokuje ozbiljne socijalne, ekonomske, društvene i druge poremećaje koji imaju krupne posljedice za cjelokupnu zajednicu.

Značaj

U Bosni i Hercegovini upotreba alkohola je društveno prihvatljiva pojava, pa se pije u svim prilikama. Dosadašnja istraživanja i individualni pokazatelji u BiH i Republici Srpskoj govore da se u posljednjih 20 godina, a naročito u poslijeratnom periodu, bilježi povećanje broja osoba koje su ovisne o alkoholu ili eksperimentišu sa alkoholom. Procijenjeno opterećenje bolestima koje se može pripisati alkoholu je 5-10%. Alkoholizam, ali i prekomjerena konzumacija alkohola, jedan je od vodećih faktora rizika sa brojnim posljedicama koje se manifestuju kroz zdravstvene, porodične, finansijske i poslovne probleme, smanjenu radnu sposobnost, nasilje u porodici, povrede i smrti uzrokovane vožnjom u alkoholisanom stanju. Svjetska zdravstvena organizacija naglašava potrebu za efikasnim metodama identifikacije osoba sa štetnom konzumacijom alkohola, prije nego što posljedice po njihovo zdravlje i društveno funkcionisanje postanu izražene, ističući potencijal primarne zdravstvene zaštite, kao prve i najčešće tačke kontakta pacijenata sa zdravstvenim sistemom.

Problemi u vezi sa alkoholom:
Zanemareni "PROBLEM DRINKER "

Medicinsko podučavanje se tradicionalno fokusira na tradicionalno ovisne pacijente, međutim 20% individua su "problem drinkers" (Nisu ovisnici o alkoholu, ali piju iznad nivoa niskog rizika i imaju određene problem povezane sa upotrebom alkohola. U zadnje dvije dekade ljekari iz PZZ stavili su akcenat na detekciji i tretmanu problem drinkersa.

Dijagnostičke kategorije

- APSTINENCIJA
- UMJERENO PIJENJE - NISKORIZIČNO
- RIZIČNO PIJENJE ALKOHOLA
- PROBLEM DRINKING-ZLOUPOTREBA ALKOHOLA
- ALKOHOLNA OVISNOST

Apstinencija

Apstinenti su osobe koje ne piju alkohol, oni spadaju u jednu od ove dvije kategorije:

- osobe koje ne piju iz religioznih razloga (to su često jako zdrave osobe);
- osobe koje imaju dovoljno razloga da ne piju radi bolesti, problemi sa alkoholom u prošlosti, bilo lični ili porodični.
- primarna prevencija–istrajavati u apstinenciji

Umjereno pijenje - niskorizično

Jednog pića dnevno, npr. 1standardno piće (SP) svaki drugi dan; PRAVILO: Ne piti više od 2 SP/ dan!

- "posebne populacije" (trudnice, djeca, mladi,vozači, osobe sa akutnom bolesti jetre, osobe na psihotropnim supstancijama);
- 2 pića maksimalno dnevno za M/Ž;
- 9 pića maksimalno sedmično za Ž;
- 14 pića maksimalno sedmično za M.

Rizično pijenje

Osobe koje imaju dovoljno razloga da ne piju radi bolesti, problemi sa alkoholom u prošlosti, bilo lični ili porodični.
Primarna prevencija – istrajavati u apstinenciji

Zloupotreba alkohola

- Prelazi granicu rizika (više od 2 SP dnevno)
- Jedan ili više socijalnih ili psihičkih problema vezanih za alkohol
- Nema kliničkih karakteristika za ovisnost o alkoholu

Alkoholna ovisnost

Ukoliko se 3 i više stavki od 1-7 dešava tokom bilo kojeg vremena u intervalu od godine dana:

- Tolerancija
- Apstinencijalna kriza
- Alkohol se uzima u većim količinama ili duže nego što je namjeravano
- Stalna želja ili neuspješni pokušaj da se redukuje konzumiranje alkohola
- Veći dio vremena proveden u nabavljanju, korištenju i oporavljanju od dejstva alkohola
- Smanjenje važnih aktivnosti (radnih,socijalnih i dr.)
- Nastavak uzimanja uprkos izazvanim problemima.

Kako u svakodnevnom životu prepoznati alkoholičara (autodijagnostika)?

1 standardno piće sadrži 13,6 gr alkohola

5% pivo	=	12	OZ = 360 ml
12% vino	=	5	OZ = 150 ml
18% vino	=	3	OZ = 90 ml
40% piće	=	1,5	OZ = 45 ml

1 OZ = 30 ml
UNCA = 28 ml

Pitajte sve pacijente

1. **Opšta alkoholna istorija** podrazumjeva pitanja naprimjer:

Da li trenutno uzimate alkohol ili ste uzimali alkohol u prošlosti ?

Da li je ijedan član vaše porodice ikada imao ili ima probleme sa alkoholom?

2. Detaljnija količina- učestalost-istorija

Koju vrstu alkoholnog pića konzumirate?

Koliko standardnih pića konzumirate sedmično?

Koliko standardnih pića konzumirate sedmično?

3. Alkohol skrining upitnici - opsije

CAGE upitnik

Problem pitanja

T-ACE upitnik

SKRINING (snimanje situacije)

Kako bi se identificirali pacijenti kojima bi smo mogli pomoći kratkim intervencijama, neophodno je izvršiti skrining pomoću upitnika. Cjelokupna populacija odraslih osoba trebala bi biti obuhvaćena skriningom, i to po mogućnosti tako što će pitanja vezana za uzimanje alkohola biti uključena u općem upitniku o načinu života.

Skrining na probleme sa alkoholom treba raditi: pri prvoj posjeti porodičnom liječniku, godišnji sistematski pregledi, pri posjetama zbog drugih zdravstvenih problema, prijem u bolnicu, prenatalna njega

Cage upitnik

Da li ste ikada poželjeli da prestanete sa konzumiranjem alkohola? (Cut down)

Da li vam ljudi dosađuju kritikujući vaše konzumiranje alkohola? (Annoyed)

Da li ste se ikada osjetili krivim zato što konzumirate alkohol? (Guilty)

DA li ste ikada osjetili da vam je, da biste "otvorili oči" ujutro prvo potrebno piće (da biste smirili živce ili se riješili mamurluka)? (Eye opener)

Zapamtitie da je CAGE upitnik retrospektivan. Pozitivan skrining: 2 od 4 za muškarce, 1 od 4 za žene

Ako imamo pozitivan CAGE upitnik , procijenite dalje da bi odredili da li je sadašnji problem sa alkoholom, i prirodu problema (npr. problem drinking vs. alkoholne ovisnosti).
Ako Vaš pacijent:

A) Odgovori sa Da na 3 do 4 CAGE pitanja, što ukazuje na vjerovatnu ovisnost o alkoholu, ILI
je trudna ili želi da zatrudni, ILI
koristi kontraindicirajuće lijekove ili postoji medicinsko stanje kao što je disfunkcija jetre, ILI
je izvjestio da ima ispade i/ili je imao ponavljajuće, propale pokušaje odvikavanja od alkohola.
Savjetujte da apstinira.

B) Odgovori sa Da na 1 do 2 CAGE pitanja ILI
Ima pozitivnu porodičnu-obiteljsku anamnezu problema u vezi sa alkoholom, ILI
Je izvjestio o povredama vezanim za konzumiranje alkohola, saobraćajnoj nesreći ili vožnji pod dejstvom alkohola (kada je bio intoksiciran), ILI
Ima moguće naznake istorije bolesti kao što su: hipertenzija, trauma, depresija, anksioznost, poremećaj spavanja, glavobolja ili seksualna disfunkcija, ILI
Ima moguće indikatore poremećaja ponašanja kao što su problemi na poslu, u školi ili sa porodicom-obitelji;
Savjetujte da apstinira ili smanji unos alkohola

C) Odgovor Ne na sva CAGE pitanja. ILI
Ne pokazuje znakove ili "znake upozorenja" da će prekoračiti broj dozvoljenih pića.
Savjetujte da smanji unos alkohola.

Problem pitanje

Da li ste ikada osjetili da pijete previše, ili da imate problem sa alkoholom? Kada ste popili svoje posljednje piće?
Pozitivan odgovor je ako pacijent navede da je to bilo unutar posljednja 24 sata.

T-ace upitnik

Koliko pića vam treba (Take) da biste se dobro osjećali ? (Tolerancija: ≥ 3 SDs = pozitivan odgovor)
Da li vam ljudi dosađuju kritikujući vaše konzumiranje alkohola? (Annoyed)
Da li ste ikada poželjeli da prestanete sa konzumiranjem alkohola? (Cut down)
Da li ste ikada osjetili da vam je, da biste "otvorili oči" ujutro prvo potrebno piće (da biste smirili živce ili se riješili mamurluka)? (Eye opener)

Ovaj upitnik je dizajniran da otkrije konzumaciju alkohola kod trudnica. Žene koje imaju ≥ 2 pozitivna odgovora smatraju se pozitivnim u smislu problema sa alkoholom i zahtijevaju daljnju procjenu. T-ACE upitnik se može koristiti i kod žena koje nisu trudne, kao i kod muškaraca.

Rana prezentacija problema sa alkoholom - LIJEČENJE

Pacijente treba uvjeriti kako ih niko ne smatra alkoholičarima, ali će u koliko nastave piti postojećim korakom, biti izloženi postojećem riziku od narušavanja vlastitog zdravlja i problema na poslu i u ličnim odnosima. Pacijent može biti upoznat s tipovima štetnih posljedica koje mogu proisteći iz prekomjernog uzimanja alkohola. One uključuju povišen krvni pritisak, glavobolje, stomačne tegobe, anksioznost i depresiju, poteškoće u seksualnim odnosima, gojaznost, probleme sa spavanjem, lošu koncentraciju, slučajne povrede, oboljenje jetre, mamurluk, rak, ratdražljivost i finansijske probleme.

Laboratorijski nalazi

Loša skrining metoda zbog niske senzitivnosti (35-50% vs 70-80% za upitnike) i niska specifičnost.

Najviše senzitivan je povišeni GGT (obično detektuje konzumente koji piju više od 4-6 sd/dnevno).

Drugi uzroci povišene GGT: mikrosomalna indukcija (phenobarbital, phenytoin), opstruktivna jetrena bolest, hepatitis, dijabetes, gojaznost. Prosječan polu-život 26 dana; može trebati 4 mjeseca da se vrati u normalne okvire.

Nalazi sa niskom senzitivnošću: povišeni srednji korpuskularni volumen (MCV), povišene AST i ALT, trombocitopenija.

Ne upotrebljavajte ove testove u skriningu opšte populacije, upotrebite ih da osnažite kliničku sumnju.

Procjena pacijenta koji je skriningom pozitivan za problem sa alkoholom

Dijagnosticirajte (rizično pijenje, problem drinking (zloupotreba alkohola), ili alkoholna ovisnost).

Identificirajte zloupotrebu lijekova i pušenje, medicinske komplikacije, psihijatrijske probleme. Upitajte za zloupotrebu supstanci među članovima porodice. Pitajte o pijenju alkohola i vožnji Pitajte o

pacijentovoj socijalnoj situaciji, uključujući i odnos sa supružnikom. Pregledajte pacijenta i naručite odgovarajuće laboratorijske testove. Notirajte prošle pokušaje da prekine i sadašnju spremnost na promjene.

Kratka intervencija za problematično pijenje (problem drinkers)

Pomozite pacijentu da dostigne cilj pijenja (idealno unutar nisko rizičnih granica), i izbjegne intoksikaciju savjetujući ga da ne konzumira više od jednog do dva standardna pića, počinje piti kasnije uveče, izbjegava piti na prazan stomak, zamijeni alkoholno sa nealkoholnim pićem.

Omogućite literaturu za samo - pomoć (pamfleti)

Pacijent treba voditi dnevnik pijenja, uraditi GGT i MCV kao osnovu za daljnje praćenje pacijenta, pratite redovno pacijenta, koristite tehnike motivacijskog ohrabrivanja i razmotrite upućivanje na intenzivniji tretman ako kratki savjeti ne pomognu.

Principi motivacijskog ohrabrivanja

Pacijenti su u raznim stadijima "spremnosti da se promijene": prekontemplacija, kontemplacija, akcija. Najveći broj pacijenata je ambivalentan, vagajući za i protiv promjene nasuprot statusu quo. Ohrabrivanje pacijenata da istraže vlastitu ambivalentnost vodi rješenju i spremnosti na promjene.

Stadij promjena: prekontemplicija

Pacijent ne vidi pijenje kao problem što se karakterizira se kao " pobuna, otpor, racionalizacija".

Liječnička strategija: Diskutovati o ulozi koju alkohol ima u pacijentovom životu, omogućiti informacije. Primjeri pitanju mogu biti: Recite mi nešto o vašem tipičnom danu? Gdje se u to sve uklapa alkohol? Kako vaše pijenje alkohola utiče na vaše zdravlje? Da li ste zainteresirani da saznate više o efektima alkohola na ...?

Stadiji promjena: kontemplacija

Pacijent je ambivalentan prema promjenama - osjeća pijenje alkohola kao problem, ali ima i dobrobiti.

Liječnička strategija: Pitajte pacijenta za diskusiju za i protiv promjena, fokusirati se na njihove brige zbog pijenja i njihove razloge za promjenu. Primjeri pitanja mogu biti: Šta su dobre strane vaše konzumacije alkohola? Šta su manje dobre strane uzimanja alkoholnih pića? Kako vaše pijenje alkohola utiče na vas sada? Kako bi željeli da stvari izgledaju u budućnosti? Kakve brige imate u vezi vašeg pijenja alkohola? Kakve brige bi vas mučile ako promijenite vašu konzumaciju alkohola? Šta mislite sada nakon vaših prethodnih odgovora?

Stadij promjena: akcija

Pacijent je posvećen promjeni

Liječnička strategija: Postavite praktične ciljeve i strategije,fokusirajte se,predstavite više opcija tretmana,naglasite "Vi ste najbolji sudija o tome šta je najbolje po Vas".

ZLOUPOTREBA LIJEKOVA (TABLETOMANIJA)

Zloupotreba lijekova (Tabletomanija) je poseban problem zbog velike dostupnosti i pristupačnije cijene u odnosu na ilegalne psihoaktivne supstance. Problem je velika raznovrsnost tableta koje se mogu zloupotrebljavati: benzodijazepini, barbiturati,...

Lijekovi protiv bolova - Trodon, Valoron, Heptanon (Metadon), Dolantin.
Lijekovi za smirenje i protiv nesanice - Bensedin, Bromazepan, Loram, Flormidal, Nitram, Leksilijum, Demetrin.
Lijekovi za liječenje Parkinsonove bolesti - Artan, Akineton.

Šta se dešava kada neko uzme lijekove ?

Efekti su specifični za svaku od grupa lijekova. Zajedničko im je da izazivaju jaku fizičku i psihičku zavisnost. Razvija se jaka tolerancija. Često se miješaju sa alkoholom što još više pojačava negativna dejstva i lako može dovesti do smrti.

Šta sve može da se desi?

- nesvjestica zbog pada krvnog pritiska
- smrt usljed predoziranja, u kombinaciji sa alkoholom (zbog prestanka disanja),
- smrt usljed sedacije koja vodi ka snu, opštoj anesteziji i komi
- predoziranje zbog spore i nepredvidive brzina eliminacije iz organizma
- pogoršanje nekih, već postojećih bolesti

Veliki broj samoubistava izvrši se uzimanjem prekomjerne doze lijekova.

PREVENCIJA ZLOUPOTREBE DROGA KOD DJECE I ADOLESCENATA

Ključni fokus porodične medicine je prevencija upotrebe droga i poremećaja ovisnosti. Ovi napori su često usmjereni prema adolescentima i djeci.

Primarna prevencija uključuje pomaganje pojedincima koji su izloženi riziku da izbjegnu razvoj ponašanja ovisnosti.

Sekundarna prevencija se sastoji od otkrivanja potencijalno štetne upotrebe supstanci prije početka očitih simptoma ili problema.

Tercijarna prevencija uključuje tretiranje štetnih posljedica zloupotrebe droge i olakšava uključivanje tako da se dalja šteta minimizira.

Timovi porodične medicine mogu takođe pomoći **prevencije recidiva**, tako da ljudi koji su bili uspješno lijčeni ostaju u fazi remisije.

Faktori rizika za zloupotrebu droga

Istraživanja tokom zadnje dvije decenije pokušavala su odrediti porijeklo i putanje zloupotrebe supstanci - kako problem počinje i kako napreduje. Identificirani su neki faktori koji razlikuju osobe koje koriste droge od onih koji ih ne koriste. **Faktori povezani sa većom mogućnošću za upotrebu droga zovu se "riziko" faktori.**
Istraživanje je pokazalo da postoje mnogi faktori rizika za zloupotrebu droga, svaki predstavlja izazov za emotivni i društveni razvoj osobe i svaki ima različit uticaj zavisno od razvojnig stadija te osobe. Iz ovog razloga, oni faktori koji djeluju na rani razvoj u porodici su najvjerovatnije najpresudniji.

Neki od najvažnijih faktora rizika uključuju:

- Haotičnu kućnu okolinu, naročito ako roditelji zloupotrebljavaju supstance ili pate od mentalnih bolesti ili ako postoji anamneza nasilja u porodici i zlostavljanja.
- Neefikasno roditeljstvo, posebno kad su u pitanju djeca sa teškim temperamentom ili poremećajem ponašanja.
- Nedostatak međusobne povezanosti i brige.

Drugi faktori rizika vežu se za sposobnost djeteta da se uklopi u društvene strukture izvan porodične jedinice, posebno u školi, u svom društvu i široj zajednici. Neki od tih faktora su:

- Neodgovarajuće stidljivo i/ili agresivno ponašanje u učionici.
- Neuspjeh u školi.
- Slabe vještine snalaženja u društvu.
- Povezanost sa devijantnim pojedincima iz svog društva ili pojedincima uključenim u devijantna ponašanja.
- Opažanje odobravanja ponašanja upotrebe droge u školi, u svom društvu i široj zajednici.

Istraživanje pokazuje da su mladi ljudi najosjetljiviji u periodima tranzicije u svojim životima. Razvoj od osnovne do srednje škole, selidbe, osnivanje novih veza i traženje zaposlenja – sve su to primjeri tranzicijiskih iskustava.
Drugi faktori kao dostupnost droga, primjeri preprodaje i ubjeđenja da se upotreba droge uopće ne toleriše, takođe utiče na omladinu koja počinje sa upotrebom droge.

Zaštitni faktori

Određeni zaštitni faktori su takođe indentificirani. Ovi faktori nisu uvijek suportni faktorima rizika, ali njihovo prisustvo čini da se smanjuje izgled da se mlada osoba uključi u zloupotrebu droge. Uticaj ovih faktora takođe varira prema razvojnom status pojedinca.

Najvažniji zaštitni faktori uključuju:

- Jake veze sa porodicom (ili sa stabilnim odgajateljima).
- Iskustvo roditeljskog praćenja, poznavanje jasnih pravila vladanja unutar porodične jedinice i roditelji koji su zainteresovani i uključeni u živote svoje djece.
- Uspjeh u školi, koji pruža osjećaj postignuća i smanjuje izgled za izostajanje iz škole.
- Jake veze sa socijalnim institucijama, kao sto su: porodica, škola i religijske organizacije.
- Vještine socijalne sposobnosti, koje uključuju komunikacijske vještine i vještine odnosa u grupi vršnjaka, kao i vještine potrebne da se odupru ili odbiju ponuđači droge.
- Usvajanje konvencionalnih normi o zloupotrebi droga i svjesnost njene štetnosti po zdravlje, socijalne i emocionalne posljedice zloupotrebe droga.

UPOTREBA BENZODIAZEPINA KOD STARIH OSOBA

Benzodiazepini - na našem se tržištu nalazi velik broj lijekova iz te skupine, a koriste se za smirenje, smanjenje tjeskobe i kod nesanice. Najveći je problem što ih većina bolesnika, pa i onih starije dobi, uzima predugo, što uzrokuje psihičku i tjelesnu ovisnost, ali i stvaranje tolerancije, pa nakon nekog vremena lijek gubi svoj učinak. Nuspojave koje ovise o dozi najčešće utiču na središnji živčani sistem, a uključuju nemir, somnolenciju, umor, kognitivne smetnje i teškoće u koncentraciji. Trebalo

bi ih propisivati za kratkotrajno liječenje spomenutih psihičkih tegoba. Prema nekim podacima, kod liječenja nesanice više od 30 dana počinje se gubiti djelovanje tih lijekova. Od tih lijekova u starijih osoba treba izbjegavati one koji se predugo zadržavaju u organizmu, a to je u ovom slučaju diazepam, jer je povećana toksičnost pa dolazi do pospanosti, poremećaja pamćenja i poremećaja ravnoteže s većim rizikom pada i lomova kosti.

Opšta načela primjene benzodiazepina

- ispravno postavljena dijagnoza i izbor BDZ,
- male doze s postupnim povećanjem do optimalne,
- liječenje BDZ ne smije trajati predugo,
- postupno smanjivati dozu prije prekida liječenja,
- misliti na nus pojave lijekova.

LOKALNI RESURSI ZA LIJEČENJE

Iako je BIH daleko od lošeg stanja, još je dosta prostora za unapređenje usluga.

U Federaciji BIH se pomoć u zaštiti duševnog zdravlja pruža kroz tradicionalan pristup u psihijatrijskim odjelima općih bolnica, te kliničkim bolnicama u Mostaru i kliničkim centrima u Tuzli i Sarajevu, ali i kroz specijalizirane bolničko-stacionarne ustanove poput Zavoda za liječenje alkoholizma i drugih ovisnosti, ili Psihijatrijske bolnice. Nažalost, još uvijek ne postoji ustanova za forenzičku psihijatriju. Raspoloživo je 730 bolničkih postelja za Federaciju u svim kantonima, što je oko 8% ukupnog posteljnog fonda F BiH. Prosječna zauzetost postelja namjenjenih za duševno zdravlje je 74,6% a dužina liječenja/boravka je nepune dvije sedmice (13,9 dana).

Kroz multidisciplinaran pristup, kao i bolju međusektorsku saradnju, uz centre za socijalni rad i dnevne centre, usluge osobama sa poremećajima mentalnog zdravlja se pružaju u 33 CMZ-e, u okviru reformskih procese iniciranim od strane Ministarstva zdravstva.

NASILJE U PORODICI

Definicija

Nasilje u porodici je bilo koji oblik fizičkog, seksualnog, psihološkog (emotivnog) ili ekonomskog nasilja koji izlaže riziku sigurnost nekog člana porodice, stalnih ili povremenih partnera i/ili upotreba fizičke ili emotivne snage ili prijetnje fizičkom snagom, uključujući seksualno nasilje, u porodici ili domaćinstvu. Uključuje zlostavljanje djece, incest, udaranje supružnika i seksualno ili drugo zlostavljanje nekog člana domaćinstva.

Svijest BH društva o problemu nasilja

Svijest našeg društva o problemu nasilja u porodici je i dalje na niskom nivou. Svi nivoi vlasti, zakonodavna regulativa kao i mediji ne bave se ovim pitanjem na odgovarajući način. O nasilju u porodici kao problemu kojeg je i zakon prepoznao, počinje da se govori tek u zadnjih deset godina a od nedavno ovim problemom se bave i vlasti i mediji. Neprihvaćanje nasilja kao društvenog problema, snažno utiču još uvijek preovlađujuća tradicionalna shvatanja koja nasilje u porodici ne vide kao nešto što bi trebalo sankcionisati i osuditi. Mnogi na nasilje gledaju kao na vaspitne metode ili na uobičajene oblike komunikacije. Porodično nasilje je tabu tema na koje se reaguje samo u drastičnim slučajevima te je prisutan i problem nedovoljne informisanosti javnosti o pojavi ovog problema na našem prostoru. Interesantno je istaći da je BiH uspjela uspostaviti odgovarajući pravni okvir u skladu sa međunarodnim standardima kada je u pitanju oblast nasilja u porodici tako da se primjećuje „hiper-regulativa“ na način što se u primjeni zakona može stvoriti konfuzija zbog različitih definicija nasilja u porodici u različitim zakonima.

ZAKONSKI OKVIRI

Zakoni koji regulišu oblast nasilja u porodici u BiH, definicije kao i zaštitu od nasilja su sljedeći:

1. Zakon o zaštiti od nasilja Federacije Bosne i Hercegovine (Službene novine FBiH br.22/05)
2. Zakon o zaštiti od nasilja Republike Srpske (Službeni glasnik RS-a 118/05)
3. Zakon o prekršajima Bosne i Hercegovine (Službeni glasnik BiH br.20/04)
4. Zakon o prekršajima Federacije Bosne i Hercegovine (Službene novine FBiH br.31/06)
5. Zakon o prekršajima Republike Srpske (Službeni glasnik RS br.34/06)
6. Krivični zakon Federacije Bosne i Hercegovine (Službene novine FBiH br.36/03)
7. Krivični zakon Republike Srpske (Službeni glanik br.49/03)
8. Zakon o ravnopravnosti polova (Službeni glasnik BiH br.16/03)
9. Porodični zakon Federacije Bosne i Hercegovine (Službene novine FBiH br.35/05)
10. Porodični zakon Republike Srpske (Službeni glasnik RS-a br.54/02)

ULOGA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Intervju i pregled

Izrazita vulnerabilnost žrtava nasilja u porodici obavezuje stručnjake u zdravstvu da u svakodnevnoj praksi obraćaju pažnju na sve faktore rizika uključujući i rizik po ličnu sigurnost. Prvi intervju je iznimno značajan i možemo reći odlučujući za tok događaja. Intervju se mora voditi po određenim pravilima jer nerijetko predstavlja i ključni dokaz ukoliko dođe do istražnog postupka. Zadatak liječnika u ovom procesu je vrlo zahtjevan i uključuje, pored pružanja pomoći (medicinske pomoći i podrške), i zadobijanje povjerenja žrtve nasilja.

Postupak kod nespecifičnih tegoba i hroničnih stanja zahtijeva, osim standardnih smjernica kod fizikalnog pregleda, i pažljivo vođenje intervjua, uočavanje „markera" vezanih za fizičko nasilje, stanja i poremećaja vezanih za mentalno zdravlje koji bi mogli biti prouzrokovani nasiljem, te stvaranje preduvjeta da se žrtva ohrabri i prizna izloženost nasilju.

ZNAČAJ SKRININGA

Sektor zdravstvene zaštite treba imati značajnu ulogu u prevenciji nasilja u porodici. Veliki se broj osoba svake godine obraća ljekarima i zdravstvenim radnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti indirektno zbog nasilja; zdravstveni radnici često liječe žrtve nasilja, a da ih ne pitaju o zlostavljanju, tako da se ne prepoznaju pravi razlozi njihovih zdravstvenih tegoba, niti se k njima usmjeravaju ključne intervencije. Čak i kada nasilje u porodici rezultira ozljedama za koje je očigledno da ih je nanijela druga osoba, zdravstveni radnici često evidentiraju ozljedu i liječe tekući zdravstveni problem, bez ispitivanja o uzroku ozljede.

Prijedlozi za skrining pitanja.

Uvodna pitanja:

- Budući da je nasilje toliko često u životima mnogih ljudi, svojim pacijentima postavljam pitanja o tome.
- Ne znam predstavlja li Vam ovo problem, ali jedan broj žena koje dolaze kao pacijentice žrtve su nasilja u odnosu s partnerom s kojim žive ili su živjele. Nekima od njih je ili neugodno ili ih je strah same nešto kazati o tome, pa sam im počeo/la postavljati rutinski pitanja u svezi s tim problemom.

Izravna, verbalna pitanja:

- Jeste li u vezi s osobom koja Vas fizički ozljeđuje ili Vam prijeti?
- Je li Vam ove ozljede nanijela neka Vama bliska osoba? Je li to bioVaš partner / muž?
- Je li Vas partner ili bivši partner ikada udario ili fizički ozlijedio? Je li ikada prijetio da će Vas ili nekog Vama bliskog ozlijediti?
- Imate li osjećaj da Vas partner kontrolira ili izolira?
- Jeste li se ikada plašili svog partnera? Imate li osjećaj da ste u opasnosti? Smijete li se sigurno vratiti kući?
- Je li Vas partner ikada prisilio na seksualni odnos kada to niste željeli? Je li Vaš partner ikada odbio siguran seks?

Nužno je razviti i unaprijediti sistem upućivanja žrtava nasilja u odgovarajuće institucije kao što su socijalni rad, psihološko savjetovanje, pravna pomoć, itd.

DIJAGNOSTIKA NASILJA U PORODICI - karakteristike povreda

Individualni faktori rizika vezani za žrtvu:

- životna dob
- spol
- iskustvo zlostavljanja u djetinjstvu i prisustvo nasilja u vlastitom domu
- stepen kognitivnog i fizičkog oštećenja kod djece i starijih osoba
- funkcionalna sposobnost kod djece i starijih osoba
- život sa mentalno bolesnim roditeljima
- seksistički stavovi o ulogama muškaraca i žena
- prisustvo problema vezanih za mentalno zdravlje
- prijevremeno rođena djeca, djeca sa niskom porođajnom težinom

Individualni faktori rizika vezani za zlostavljača:

- spol
- ovisnost o alkoholu i drugim psihoaktivnim supstancama
- problemi vezani za mentalno zdravlje uključujući probleme vezane za poremećaje ličnosti i poremećaje ponašanja
- socijalni problemi (socijalne restrikcije zbog uloge primarnog njegovatelja kada su u pitanju mala djeca i starije osobe, nezaposlenost, socijalna neprilagođenost)
- ekonomski problemi (nedostatak novca, nemogućnost obavljanja punog radnog vremena zbog njege starije osobe ili malog djeteta, nepostojanje stalnih vlastitih prihoda, itd.)
- osobe koje su bile fizički zlostavljane kao djeca imaju veći rizik za moguće fizičko zlostavljanje svoje djece (teorije o transgeneracijskom prenošenju).

Faktori rizika na nivou porodice:

- članovi koji su dugo u poziciji smanjene moći unutar porodice, ili koji su u ovisnoj poziciji,bilo da se radi o fizičkoj ili mentalnoj nesposobnosti ili su u materijalnoj ovisnosti,
- porodice koje su bez socijalne, psihološke i finansijske podrške,
- porodice u kojima je izrazita kontrola muškaraca nad ukupnom dobiti i odlukama unutar porodice,
- porodice u kojima postoji ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim supstancama.

Faktori rizika na nivou zajednice:

- nepostojanje sigurne, inkluzivne i brižne zajednice, što negativno utječe na mogućnost transmisije normi i ponašanja koje upućuju na nenasilje i stoga doprinose izolaciji i nedostatku socijalne podrške za žrtve kao i za one koji se brinu o žrtvama nasilja,
- snažan utjecaj različitih grupa istomišljenika koji imaju moć u zajednici i legitimiraju obrazac nasilja kao obrazac ponašanja u porodici (nasilje nad ženama i nasilje nad djecom),
- različite vrste barijera za aktivno učešće u zajednici kao što su siromaštvo, kulturalno otuđenje, rasizam, nacionalizam, diskriminacija, itd., koje pogoduju kreiranju nasilja i održavaju društvenu izolaciju i izolaciju zajednica.

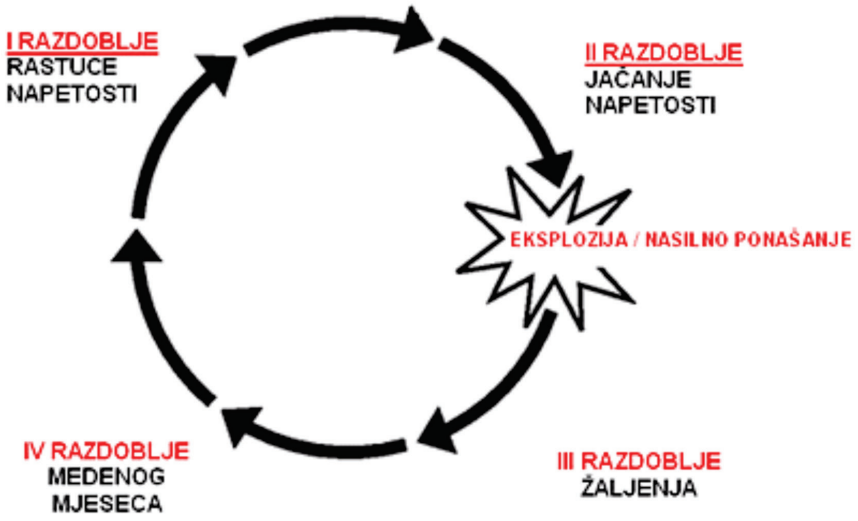
Faktori rizika na nivou društva:

- društveno prihvatanje nasilja kao sredstva rješavanja nesuglasica i različitog mišljenja,
- socijalno prihvatanje fizičkog kažnjavanja djece i žena,
- nedovoljno sankcioniranje nasilja,
- rigidno definiranje uloga muškaraca i žena,
- povezivanja identiteta muškaraca sa pameću i dominacijom,
- žene i djeca se percipiraju kao "vlasništvo" muškaraca,
- uspostavljanje barijera za neovisnost, učešće, samoispunjenje, dignitet svake osobe što rezultira izolacijom i smanjenjem samopouzdanja i samopoštovanja,
- nedovoljno finansiranje programa prevencije nasilja.

Iako žrtve porodičnog nasilja mogu biti osobe oba spola, studije nasilja u porodici pokazuju da je žena najčešće žrtva nasilja u porodici, dok je muškarac u najvećem broju slučajeva nasilnik. U slučajevima porodičnog nasilja, djeca se po pravilu smatraju žrtvama, bez obzira da li je nad njima izvršeno fizičko nasilje ili ne. Nasilje u porodici na djecu ostavlja veoma duboke posljedice i traume. Nasilna lica uglavnom dolaze iz porodica u kojima je nasilje bilo prisutno.

Dinamika nasilja u porodici

Važno je znati da nasilje u porodici s vremenom eskalira, te dobiva na učestalosti i brutalnosti. Uglavnom počinje malim bezazlenim napadima, uvredama, naguravanjem ili šamarom. Za bolje razumjevanje dinamike nasilja prikazan je krug dinamike nasilja u partnerskim odnosima.



I razdoblje

Odnosi među partnerima su napeti, neizbježno dolazi do manjih incidenata, žrtva pokušava smiriti situaciju i smanjiti napetost.

II razdoblje

Raste napetost među partnerima, partner zlostavljač pojačava konrolu žrtve nasilnim ispadima, dok se žrtva zbog straha povlači.

NEKONTROLISANO OSLOBAĐANJE AKUMULIRANE NAPETOSTI DOVODI DO NASILNOG ČINA

III razdoblje

Partner zlostavljač pokazuje kajanje, opravdava svoje nasilničko ponašanje, te ga minimizira, često daje obećanje da se nasilje neće ponoviti.

IV razdoblje

Odnos među partnerima prividno je dobar, žrtva prihvaća isprike zlostavljača dok on negira nasilje. Iskustvo pokazuje da se radi o samo privremenom zatišju i da će se nasilje uskoro opet ponoviti.

VRSTE NASILJA

Nasilje u porodici se manifestuje na različite načine, a kao najčešći oblici nasilja u porodici se izdvajaju:

Fizičko nasilje, koje obuhvata pojave poput: guranja, udaranja rukama, nogama ili različitim predmetima, davljenja, nanošenje povreda i opekotina, povlačenja za kosu, mučenja, sakećenja izbacivanje iz kuće, zaključavanje u neku prostoriju i sl. Fizičko nasilje može ići od relativno blagog udarca do teških ozlijeda, pokušaja ubistva i ubistva.

Psihičko nasilje, odnosi se na oblike emocionalnog zlostavljanja čiji je cilj ostvariti moć i kontrolu nad žrtvom. Uključuje različite zabrane koje nisu primjerene dobi žrtve npr.(druženje s prijateljima, zapošljavanje), vrijeđanje i ponižavanje, ismijavanje u javnosti, omalovažavanje, proglašavanje žrtve psihički bolesnom ili nestabilnom, ucjenjivanje i slično. Ovakva ponašanja osobito štetno djeluju na psihičko zdravlje, sliku o sebi, samopoštovanje i ličnost žrtve.

Seksualno nasilje, obuhvata seksualno uznemiravanje, što znači svako neželjeno seksualno ponašanje druge osobe koja ponižava i ugrožava dostojanstvo i sigurnost žrtva. Uključuje tjelesni kontakt kao što je dodirivanje, glađenje, štipanje, pripijanje uz tijelo, ponašanje poput: nepoželjnih komentara, neprimjerenih komplimenata, egzibicionalizma, neželjenih seksualnih prijedloga, prisilnog seksa, silovanja, incesta, nasilne trudnoće, kao i svaki drugi čin seksualne prirode koji je počinjen protiv volje druge osobe. Ovaj oblik nasilja ostavlja duboke štetne psihičke posljedice na žrtve koje u većini slučajeva zahtijevaju profesionalnu psihološku i psihoterapijsku pomoć.

Ekonomsko nasilje, uključuje uskraćivanje i oduzimanje financijskih sredstava žrtvi, onemogućavanje raspolaganja svojom imovinom i sredstvima za život, sitničavo kontrolisanje izdataka, manipulisanje, ucijenjivanje i prisiljavanje žrtve da se odrekne imovine u korist nasilnog člana porodice i slično.

Valja napomenuti da među različitim oblicima nasilnog ponašanja ne postoji čvrsta granica, tako da je fizičko ili seksualno nasilje u bliskim odnosima uvijek praćeno psihičkim i emocionalnim nasilnim ponašanjem. Takođe valja naglasiti da je izloženost nasilju među roditeljima danas prepoznato kao specifičan oblik nasilja nad djecom u porodici.

POSLJEDICE NASILJA

Posljedice zlostavljanja na ukupno **fizičko zdravlje** žrtava nasilja mogu biti akutne i hronične i nerijetko se mogu dovesti u vezu sa kontinuitetom trpljenja zlostavljanja. Veliki broj žrtava nasilja u partnerskim odnosima kontinuirano ima pritužbe na generalno loše zdravlje, a najčešće se žale na sljedeće bolesti, stanja i simptome: glavobolja, migrene, mišićno-skeletni bolovi, ginekološki problemi, hronična bol, umor, bol u prsima, palpitacije, gastrointestinalni poremećaji, hiperventilacija, poremećaji u ishrani.

Traumatsko iskustvo žrtava nasilja u partnerskim odnosima ostavlja dugotrajne i duboke tragove na mentalno zdravlje, emocije, proces spoznaje, kognitivne funkcije kao što su pamćenje i upamćivanje i često ima dezintegrativan utjecaj na njihovu funkcionalnu povezanost. Preživljavanje psihološke traume kod jednog broja žrtava nasilja manifestira se kao akutni PTSP. Najčešći znaci i stanja koji se mogu definirati kao posljedice zlostavljanja po **mentalno zdravlje su**: uznemirenost, napetost, strah, osjećaj bespomoćnosti, osjećaj krivnje, poremećaji spavanja i ishrane, napadi panike, depresija, samozanemarivanje, nedostatak strpljenja i tolerancije, agresivnost, problemi sa koncentracijom, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, fatalno i nefatalno suicidalno ponašanje itd.

Doktori i zdravstveni stručnjaci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebaju istražiti uzroke poremećaja mentalnog zdravlja, te dati adekvatnu podršku žrtvama nasilja u partnerskim odnosima, uz uvažavanje dostojanstva žrtve radi sprečavanja sekundarne viktimizacije. Istovremeno je potrebno razviti adekvatnu saradnju sa centrima za mentalno zdravlje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i razviti uspješan sistem upućivanja kada su u angažman koji bi trebali pružati doktori u privatnom i javnom sektoru sa dokumentiranim iskustvom i praksom u tretmanu ovih zdravstvenih problema.

DOKUMENTIRANJE NASILJA

Detaljno i precizno evidentiranje nasilja u porodici od ključnog je značaja za definiranje dimenzije problema, uključujući i pitanje prevalencije morbiditeta i mortaliteta. Zdravstveni radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebali bi blagovremeno evidentirati i dokumentirati nasilje, i time omogućiti prevenciju i ranu intervenciju.

Ljekari su obavezni voditi tačnu, iscrpnu i datiranu dokumentaciju o stanju pacijenata i njihovom liječenju. Također su obavezni tu dokumentaciju na pismeni zahtjev predati mjerodavnim policijskim i pravosudnim tijelima.

PREVENCIJA

Prevencija nasilja u porodici je aktivnost od izuzetnog značaja, kojoj se mora posvetiti posebna pažnja. Prevencija podrazumijeva tri kategorije:

Primarna prevencija: sprječavanje pojave nasilja (podizanje svijesti, kampanje, edukacija o ljudskim pravima, edukativni programi za djecu i adolescente i sl.)

Sekundarna prevencija: identifikacija faktora rizika i rizičnih grupa, osiguravanje pomoći (otvaranje SOS telefona, pravno savjetovanje – tumačenja odredbi zakona i sl.)

Tercijarna prevencija: odredbe koje sprečavaju pojavu daljnjeg nasilja (direktna pomoć žrtvama nasilja, otvaranje skloništa, efikasne policijske intervencije, sudske procedure, rad sa nasilnicima).

NASILJE NAD DJECOM U PORODICI

U mnogim istraživanjima su proučavani faktori koji utiču na razmjere posljedica zlostavljanja djece. Kao najznačajniji navode se sljedeći:

- uzrast djeteta za vrijeme zlostavljanja
- trajanje zlostavljanja;
- težina zlostavljanja;
- stepen djetetove bliskosti sa počiniteljem;
- razmjere zastrašivanja, prisile i nasilja pogoršavaju traumu;
- emocionalna klima u djetetovoj porodici;
- djetetovo mentalno i emotivno zdravlje;
- krivnja koju osjeća dijete;
- spol žrtve;
- reakcija roditelja na viktimizaciju djeteta;

Osnovni oblici nasilja nad djecom (zlostavljanja) su: fizičko, emocionalno, seksualno zlostavljanje, te zanemarivanje djeteta.

Fizičko nasilje

Fizičko nasilje uključuje radnje prema osobi mlađoj od 18 godina, a koje rezultiraju rizikom za ozbiljno povrjeđivanje, smrt ili teške fizičke posljedice, izazvane od osoba koje su odgovorne za zaštitu djeteta mlađeg od 18 godina. Kažnjavanje djece je prisutno u porodicama, školama i drugim okruženjima. Kažnjavanje djeteta u djetinjstvu ima dalekosežne posljedice na skladan razvoj ličnosti. Sistematsko fizičko kažnjavanje djece stvara poremećaje kod djece. Trauma u ranom djetinstvu onemogućava skladno, harmonično i svestrano prilagođavanje u kasnijem životu.

Oblici fizičkog nasilja su:

- udaranje rukama i nogama,
- čupanje kose,
- uvrtanje dijelova tijela ili lica,
- batinjanje kaišem, štapom, palicom ili sličnim predmetima,
- povrede tupim predmetima,
- povrede oštrim predmetima,
- opekotine upaljačem, šibicom ili plamenom,
- vezivanje,
- zaključavanje u stanu ili nekoj prostoriji,
- pokušaj davljenja ili utapanja,
- trovanje hranom, ljekovima, alkoholom i sl.

Pokazatelji (znakovi i simptomi) fizičkog nasilja su:

- neobješnjive nove povrede i opekotine, nevjerovatna objašnjenja ili odbijanje davanja objašnjenja za zadobijene povrede,
- nošenje odjeće koja pokriva povrede, čak i kada je toplo vrijeme, odbijanje skidanja na času fizičkog,
- mjesta na tjemenu bez kose,

- hronično bježanje,
- strah od medicinske pomoći i pregleda,
- samodestruktivne tendencije, agresivno ponašanje prema drugima,
- strah od fizičkog kontakta – povlačenje ako ga se dotakne,
- priznavanje da su kažnjeni, ali je kazna prekomjerna (dijete se svaku noć istuče kako bi ga se „natjeralo da uči“),
- strah od kontaktiranja osobe osumnjičene za zlostavljanje,
- prisustvo modrica i ozljeda kože, koje su smještene na nježnim i osjetljivim dijelovima tijela (na zadnjici i donjim dijelovima leđa, na genitalijama i unutrašnjim dijelovima butina, na ušima, usnama, obrazima i vratu).

Ozljede su u vidu tragova kaiša, ujeda, otisaka šake ili prstiju i modrice od tupih predmeta i sl.

Vidovi emocionalnog zlostavljanja su:

Odbacivanje (ponašanje kojim se iskazuje napuštanje ili osuda: odrasli odbijaju da priznaju djetetovu vrijednost i legitimnost dječijih potreba). Primjeri su sljedeći:

- ismijavanje, omalovažavanje, ponižavanje;
- kažnjavanje predškolskog djeteta zbog normalnih aktivnosti u igri i normalnih pozitivnih ponašanja (smijanje, kretanje, istraživanje, vokalizacija, manipulacija predmetima, itd.);
- dijete je krivo za sve („žrtveno jagnje“);
- odbijanje djetetovih, gestovima izraženih potreba za ljubavlju;
- jedno od djece je stalno izloženo nepravičnom postupku;
- demonizacija djeteta;
- odbijanje da se dijete pohvali ili da mu se priznaju uspjesi, itd.

Terorisanje (ponašanje koje stvara klimu straha: prijetnja neodređenim ili teškim kaznama ili nametanje nerealnih očekivanja i kažnjavanja ako ih dijete ne ispuni). Primjeri takvog ponašanja su:

- prijetnja ozljeđivanjem djeteta ili drugih članova porodice, preduzimanje destruktivnih ili nasilnih mjera prema djetetovim stvarima ili životinjama – ljubimcima;
- izlaganje djece ili primoravanje na učešće u zastrašujućim aktivnostima; izlaganje djeteta nasilju u porodici;
- česta promjena „pravila igre“ u odnosima roditelj – dijete;
- česti izljevi bijesa na dijete naizmjenično sa periodima lažne topline, itd.

Ignorisanje (odrasli su psihološki nedostupni djetetu, preokupirani sobom i nisu u stanju da odgovore na djetetovo ponašanje). Primjeri su:

- ne primjećuju ili ne odgovaraju na djetetovu razvojnu kompetentnost koju dijete dostiže;
- odbijaju da tokom dugo vremena uđu u razgovor sa djetetom;
- ne pokazuju interesovanje u razgovoru o djetetu sa učiteljima/ nastavnicima ili drugima;
- uopće ne reaguju na djetetove zahtjeve za pažnjom i ljubavlju;
- odbijaju da se bave aktivnostima usmjerenim na dijete;
- ne smiruju, ne maze ili ne drže malo dijete;
- ne reaguju na djetetov bol;
- ne štite dijete od napada braće i sestara ili drugih članova porodice, itd.

Izolacija (ponašanje koje sprječava dijete da se koristi normalnim prilikama za uspostavljanje socijalnih veza). Primjeri takvog ponašanja su:

- zabranjivanje djetetu da se igra sa drugom djecom;
- ispisivanje djeteta iz škole;
- kažnjavanje djeteta što se upušta u sticanje normalnih iskustava;
- usađivanje pretjeranog, neopravdanog straha u djetetu prema osobama izvan porodice

Eksploatacija (ponašanje roditelja koja podstiču dijete da se upušta u antisocijalne ili devijantne aktivnosti, nametanje djetetu uloge koja zadovoljava roditeljska lična interesovanja, a koja premašuje djetetove moći). Primjeri su:

- primoravanje ili dozvoljavanje djetetu da se bavi prosjačenjem, narkomanijom; stavljanje djeteta u situaciju da preuzme ulogu roditelja (kuhanje, vođenje računa o mlađaj braći i sestrama i sl.);
- primoravanje djeteta da se oblači neadekvatno prema spolu I uzrastu;
- izlaganje djeteta pornografiji i seksualnom angažovanju sa odraslima;
- stvaranje kod djeteta zavisnosti od narkotika, itd.

Pokazatelji (znakovi i simptomi) emocionalnog/psihološkog nasilja su:

- poremećaj navika: sisanje prstiju, ljuljanje, noćno mokrenje, poremećaj hranjenja;
- poremećaj ponašanja: povlačenje ili antisocijalno ponašanje, destruktivnost, okrutnost, krađa;
- poremećaj govora;
- neurotski poremećaji: poremećeno spavanje, inhibiranost i neuobičajena plašljivost;
- psihoneurotske reakcije: histerija, opsesivnost, kompulsivnost, fobije;
- ekstremno ponašanje: pretjerana popustljivost, ekstremna pasivnost ili agresivnost, prezahtjevnost ili potpuna nezahtjevnost, pokušaj suicida;
- umanjene sposobnosti u emocionalnom i intelektualnom razvoju;
- pogoršanje hroničnih bolesti;
- maloljetničko prestupništvo.

Seksualno zlostavljanje obuhvata:

- opscene (izjava ili djela koja vrijeđaju moralnost) telefonske pozive,
- opscene razgovore i aluzije na seks i seksualnost,
- pokazivanje djetetu genitalija ili uobičajeno pokrivenih dijelova tijela
- dodire koje ne odgovarajudjetetu ili su protiv volje djeteta,
- snimanje pornografskih slika ili filmova sa djecom,
- špijuniranje djeteta dok je u kupaonici ili spavaćoj sobi (voajerizam)
- pokušaj seksualnog odnosa i seksualni odnos,
- pokušaj silovanja i silovanje,
- incest, dječija prostitucija.

Seksualna trauma preživljena u ranom djetinstvu može trajno oštetiti moždanu strukturu i funkciju mozga. Disocijacija (poremećaji svjesnosti identiteta, pamćenja ili svijesti uopće) je odbrambeni mehanizam kojim se nastoji potisnuti, zasjeniti sjećanje na prisutnu traumu.

ŠTA AKO VAM SE DIJETE POVJERI?

U većini slučajeva djeca nam povjeravaju male probleme, no važno je pokazati spremnost i volju da ih se sasluša. Ukoliko vam dijete povjeri neki puno ozbiljniji problem, vaša će reakcija uveliko odrediti koliko će vam dijete reći i kako će se osjećati nakon toga.

- Pronađite mirno mjesto za razgovor.
- Iako je takva situacija teška za svaku osobu, važno je da ostanete mirni i puni razumjevanja.
- Djeca su često uplašena ili zabrinuta za vaše osjećaje i boje se da ih vi ili neko drugi neće voliti, ili biti ljuti radi toga što se dogodilo.Razuvjerite ih.
- Vjerujte im. Djeca nikad ne lažu o zlostavljanju.
- Saslušajte ih, ali nemojte ih tjerati da vam kažu više o tome ukoliko sama nisu spremna.
- Recite im da ste tu za njih, da vam je drago da su vam se povjerila i da je vrlo hrabra odluka pričati o tome.
- Djecu nikada ne treba okrivljavati za bilo koji oblik zlostavljanja ili zanemarivanja. Jedan od načina koji im može olakšati povjeravanje jeste objašnjenje da nešto s tom osobom nije uredu.
- Ako je potrebno potražite psihološki savjet putem nevladinih organizacija, obratite se centrima za socijalni rad, policiji i ljekaru.

KAKO POMOĆI DJECI DA SE ZAŠTITE?

Većina djece je naivna i nevina i moguće ih je vrlo lako iskoristiti. Potrebno ih je podučiti kako da se sama zaštite od svih oblika zlostavljanja, isto kao što ih se uči da izbjegavaju druge svakodnevne opasnosti poput saobraćaja. Objasnite djeci da su važni njihovi vlastiti osjećaji. Podučite djecu da svako ima svoja prava i da im niko ne smije oduzeti njihovo pravo da se osjećaju sigurnim, te da im roditelji trebaju pružiti tu sigurnost i zaštitu. Djeca moraju znati da njihova tijela pripadaju samo njima.

IZVORI POMOĆI ZA ŽRTVE U NAŠEM DRUŠTVU

Sigurne kuće

Nevladine organizacje u Federaciji Bosne i Hercegovine koje u svom sastavu imaju sigurne kuće su: Udruženje „Žena BiH“ Mostar, Udruženje žena „Mirjam“ Mostar, Udruženje „Žene sa Une“ Bihać, „Fondacija lokalne demokratije“ – Sarajevo, U.G. „Medica” Zenica i Udruženje žena „Vive Žene“ Tuzla. U navedenim skloništima u toku 2007. godine privremeno je boravilo 265 žrtava nasilja u porodici, od čega je 41,5% boravilo u sigurnoj kući koja djeluje u sastavu Fondacije lokalne demokratije, Sarajevo Vlada Federacije Bosne i Hercegovine je iz proračunskih sredstava izdvojila 200.000 KM za provedbu Zakona o zaštiti od nasilja u porodici. Sredstva će se u skladu sa programom Gender Centra Federacije Bosne i Hercegovine, raspodijeliti na sljedeći način: „Fondacija lokalne demokratije“ Sarajevo (37.500 KM), Udruženje “Žene sa Une” iz Bihaća 35.000 KM, Prihvatilište za žene i djecu u nevolji “Mirjam” iz Mostara - 37.500 KM, te po 30 hiljada KM udruženjima “Žena BiH” - Mostar, “Medica Zenica” - Zenica i “Vive žene” Tuzla.

SOS telefon

Gender Centar Federacije Bosne i Hercegovine je uspostavio SOS liniju 1265 za pomoć žrtvama nasilja u porodici za nivo Federacije Bosne i Hercegovine. Ovaj projekat je urađen u partnerstvu sa Centrom za socijalni rad, Jajce, Fondacijom lokalne demokratije, Sarajevo, “Udruženjem građana

“Medica” - Zenica, Udruženjem žena “Vive Žene” - Tuzla, Udruženjem “Žena BiH” - Mostar i Udruženjem “Žene sa Une” - Bihać. Gender Centar Federacije Bosne i Hercegovine je u saradni sa svim telekom oparaterima u Bosni i Hercegovini dogovorio da pozivi upućeni na navedeni broj budu besplatni.

LITERATURA

1. Tanović-Mikulec E., Salihović.H., Dračić Sabaha. Priručnik za zdravstvene radnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Nasilje nad ženama u partnerskim odnosima, 2009; Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo; Zavod za javno zdravstvo Kantona Sarajevo
2. Strategija prevencije i borbe protiv nasilja u porodici za Bosnu i Hercegovinu za period 2009–2011. godine (“Službeni glasnik BiH”, broj 70/09)
3. Strateški plan za prevenciju nasilja u porodici za Federaciju BiH – 2009–2010 („Službene novine Federacije BiH“, broj 75/08)
4. Capacity building for preventing of injuries and violence: Strategic Plan 2009–2013, World Health Organization, 2009
5. Preventing violence and reducing its impact: How development agencies canhelp, World Health Organization, 2008- Mentor VIP programme document, World Health Organization, 2007
6. TEACH-VIP user’s manual, World Health Organization, 2005
7. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes, World Health Organization, 2004
8. Državna strategija nadzora nad opojnim drogama, sprječavanja i suzbijanja zloupotrebe opojnih droga u Bosni i Hercegovini za period 2009- 2013 Sarajevo
9. Priručnik za edukaciju iz porodične medicine, 2009 Sarajevo

18

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 18

Kardiovaskularni problemi - II dio
Procjena rizika i educiranje pacijenata

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	Nastavna strategija
9:00–10:15	Kardiovaskularni riziko faktori	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban:** • diskutirati o riziko faktorima za nastanak kardiovaskularni bolesti • diskutirati o procjeni kardiovaskularnog rizika	Predavanje i diskusija Korištenje tablice za procjenu desetogodišnjeg KV rizika
10:15–10:30 PAUZA			
10:30-12:00	Hipertenzija	• definisati hiprtenziju • diskutirati o faktorima rizika za razvoj hipertenzije • vodić za skrining i dijagnosticiranje • diskutirati o smjernicama za monitoring hipertenzije • diskutirati o ulozi sestre u monitoringu pacijenata	Predavanje i diskusija
12:00-13:00 RUČAK			
13.00-13:45	Hiperlipidemija	• definirati hiperlipidemiju • diskutirati o skrining preporukama za hiperlipidemiju • diskutirati o važnosti ispravnog načina ishrane kod pacijenata sa hiperlipidemijom • opisati opće principe menadžmenta ishrane • izraditi plan njege baziran na procjeni ishrane	Predavanje i diskusija
13:45-14:15	Uloga medicinske sestre u prevenciji	• diskutirati o preporukama za promjenu životnog stila • diskutirati o prestanku pušenja, izboru zdrave ishrane i povećanju fizičke aktivnost • diskutirati o faktorima koji otežavaju promjene u načinu života	Predavanje i diskusija
14:15-14:45	Diskusija o slučajevima	Upotreba sestrinskog procesa u kreiranju plana njege za fizički neaktivne pacijente	Prikaz slučaja Diskusija u manjim grupama
14:45-15:15	Razvoj vještina:	• mjerenje krvnog pritiska • sestrinski plan njege	Korištenje aparata za mjerenje krvnog pritiska
15:15-15:45	Zadatak # 4 Audit koji se odnosi na hipertenziju	• objasniti upustva za izradu Zadatka • identificirati ciljeve Zadatk • identificirati ulogu svakog člana tima vezano za izradu Zadatka • uputiti bilo koje pitanje ili zabrinutost vezanu za Zadatak	Diskusija u velikoj grupi

KARDIOVASKULARNI RIZIČNI FAKTORI

Priredila: Bahira Jakubović

Kardiovaskularne bolesti glavni su uzrok smrtnosti u svijetu kao i kod nas. Faktori rizika za nastanak bolesti srca i krvnih sudova dijele se na one na koje se može uticati i na one na koje se ne može uticati.

Faktori rizika na koje se ne može uticati:

- Starosna dob (starije osobe češće obolijevaju)
- Pol (muškarci imaju veći rizik od žena sve do menopauze, a nakon toga rizici su izjednačeni)
- Naslijeđe (ako neko od bližih srodnika boluje ili je bolovao/la od srčanih bolesti, veći je rizik za obolijevanje

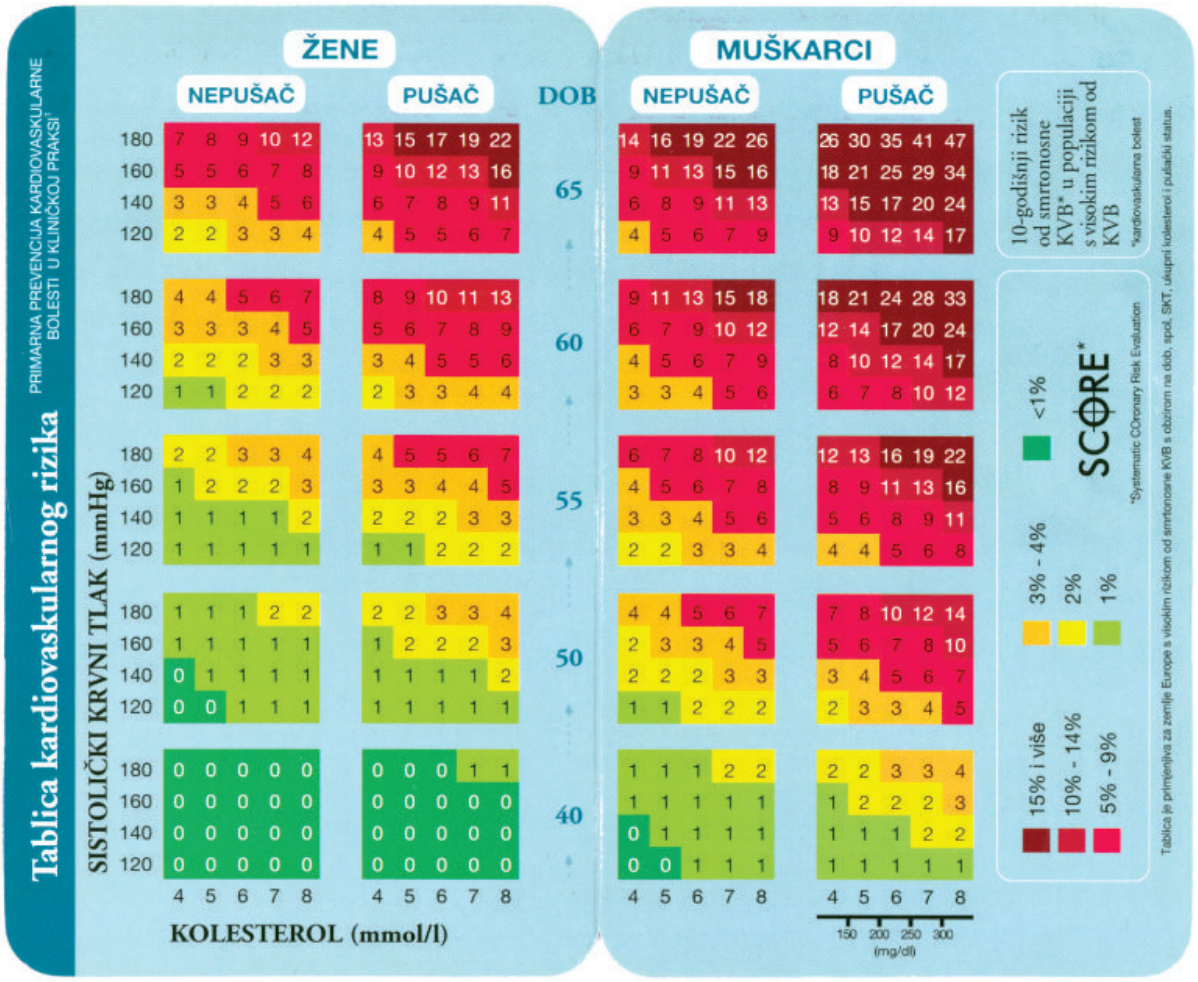
Faktori rizika na koje se može uticati su:

- Povišen krvni pritisak
- Povišene masnoće u krvi
- Šećerna bolest
- Prekomjerna tjelesna težina
- Fizička neaktivnost (premalo kretanja, previše sjedenja)
- Pušenje
- Stres

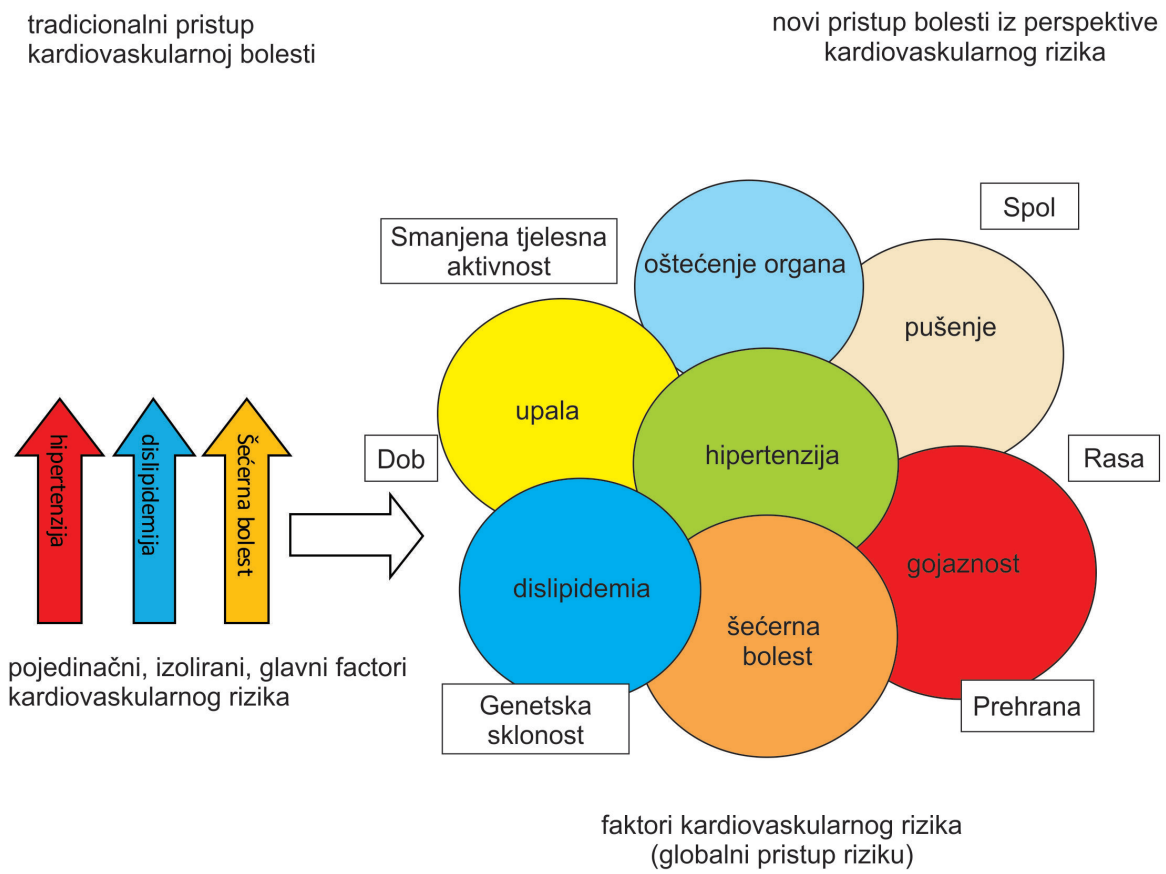
Procjena kardiovaskularnog rizika

Procjena ukupnog kardiovaskularnog rizika vrši se upotrebom tablice Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE). Tablica prikazuje procjenu 10-godišnjeg ukupnog rizika od fatalnog kardiovaskularnog događaja te se primjenjuje za populaciju ≥ 40-69 godina. Upotrebljava se kako bi se mlađim osobama ukazalo na važnost procjene njihovog kardiovaskularnog rizika, motivišući ih u sticanju zdravih životnih navika (nepušenje, zdrava ishrana, fizička aktivnost). Izračunavanje ukupnog KV rizika je vrlo jednostavan postupak kojim izbjegavamo nepotrebno, odnosno nepravilno liječenje pojedinih faktora rizika u osoba sa niskim ukupnom rizikom. Važnost mu daje procjena ukupnog rizika kod osoba s više faktora rizika koji pojedinačno gledano, naizgled nisu značajno povećani, ali kombinacija istih rezultira ne očekivano visokim ukupnim rizikom. SCORE tablica uzima u obzir slijedeće parametre: dob, spol, pušački status, sistolički pritisak (mmHg) i kocentraciju ukupnog serumskog holesterola (mmol/l). Utvrđeni rizik se povećava sa porastom godina života, većim vrijednostima sistolnog pritiska i ukupnog holesterola. Svaki rizik > 5% je definisan kao visok i zahtijeva profesionalnu intervenciju (nefarmakološku i/ili farmakološku). Rizik može biti veći nego što tablice pokazuju kod osoba sa sedentarnim načinom života, zatim kod gojaznih, posebno sa centralnom debljinom, onih sa pozitivnom porodičnom anamnezaom kardiovaskularnih bolesti te socijalno ugroženih[1].

Tablica kardiovaskularnog rizika za zemlje visokg KV rizika



Prema provedenoj analizi Svjetske zdravstvene organizacije 2001 godine zabilježeno je približno 6,6 miliona smrtnih slučajeva prouzrokovanih kardiovaskularnom bolesti, a procjenjuje se da će do 2020. godine ta brojka porasti na 22 miliona[3]. Raniji pristup kardiovaskularnim bolestima koji se zasniva na liječenju pojedinačnih riziko faktora u svakodnevnoj kliničkoj praksi nužno zamijeniti novim pristupom koji se temelji na sistemskoj procjeni ukupnog individualnog kaediovaskularnog rizika bolesnika i liječenjem udruženih višestrukih riziko faktora[4,5].



Velika većina bolesnika uz povišen pritisak ima još jedan ili dva dodatna faktora kardiovaskularna rizika. Udruženost višestrukih faktora rizika u kliničkoj se praksi češće susreće nego izolovana pojava pojedinačnih faktora. Istodobno prisustvo višestrukih faktora rizika u istog bolesnika povećava rizik pojave teških kardiovaskularnih događaja. Zbog ovih saznanja neophodno je djelovati na smanjenje ukupnog kardiovaskularnog rizika[6].

Prevencija kardiovaskularnih bolesti

Prvenstveni cilj **primarne prevencije** KVB je postići karakteristike zdravog življenja s pojedincima koji teže zdravlju, kao i pomoći pojedincima sa malim rizikom za pojavu KVB da zadrže takvo stanje što duže tokom života (pomoć pacijentu pri odluci o prestanku pušenja, savjetovanjem zdrave prehrane, poticanjem redovite tjelesne aktivnosti i to 30 minuta srednje ili jake aktivnosti na dan). Primarna prevencija uključuje i pomoć pacijentu pri postizanju ITT < 25 izbjegavanju centralne debljine, postizanju ciljnih vrijednosti arterijskog krvnog pritiska <1 40/90 mmHg, ukupnog holesterola < 5.0 mmol/l, LDL holesterola < 3.0 mmol/l, glikemije < 6.0 mmol/l. Cilj **sekundarne prevencije** KVB u osoba sa vrlo visokim riziko postizanje još nižih vrijednosti faktora rizika od osoba obuhvaćenih primarnom prevencijom. Arterijski krvni pritisak bi trebao biti < 130/80 mmHg, ukupni holesterol < 2.5 mmol/l, glikemija < 6.0 mmol/, HbA1C < 6.5% ako je to moguće. Procjene se donose individualno, na osnovu procjene pacijenata kao cjelovite osobe[7].

HIPERTENZIJA

Arterijska hipertenzija se na početku novog milenijuma i novog stoljeća i dalje smatra vodećim faktorom rizika u nastanku kardiovaskularnih oboljenja i istovremeno je vodeći faktor rizika i na planu kardiovaskularnog mortaliteta. Najveća prevalencija je u razvijenim zemljama i to u Evropi i Sjevernoj Americi. 20% ukupnog stanovništva i 60% ljudi starijih od 65 godina ima hipertenziju. Prevalencija je slična i kod muškaraca i kod žena i sa godinama ona raste. Osim toga, prevalencija hipertenzije je ostala stabilna ili se je smanjila u zadnjih deset godina u razvijenim zemljama, a povećala se je u zemljama u razvoju. Tako visoka prevalencija hipertenzije doprinosi u cijelom svijetu pandemiji kardiovaskularnih oboljenja. Prevalencija hipertenzije u Sjevernoj Americi iznosi 28% a u Evropi 44%. U SAD se postiže bolja kontrola arterijske hipertenzije nego u zemljama Zapadne Evrope. Ustvari, efikasna kontrola arterijske hipertenzije kao i uspješno liječenje varira u širokom rasponu od zemlje do zemlje, ali općenito se može reći da je daleko od onog nivoa koji bi smo mi željeli.

Hipertenzija kao faktor rizika

Mogućnost nastanka kardiovaskularnih komplikacija kontinuirano raste sa povećanim vrijednostima pritiska. Vrijednostima sistolnog pritiska pridaje se veći značaj kao faktoru rizika nego vrijednostima dijastolnog pritiska. Tačnije rečeno u osoba starijih od 50 godina sistolni arterijski pritisak iznad 140 mmHg predstavlja daleko važniji faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti od dijastolnog pritiska. Normotenzivne osobe u dobi od 55 godina imaju 90% rizik od razvoja hipertenzije do kraja života. Epidemiološka ispitivanja nisu pokazala da postoji jedna određena granica pritiska iznad koje broj komplikacija naglo raste. Iz tog razloga definicija hipertenzije kao i granične vrijednosti hipertenzije su u užem smislu proizvoljne. Na osnovu rezultata epidemioloških studija može se zaključiti da jasna definicija arterijske hipertenzije ne postoji. Nema granice koja sigurno odvaja normalne vrijednosti od patoloških. Morbiditet i mortalitet rastu sa povećanim vrijednostima sistolnog i dijastolnog pritiska i to bez obzira na spol, godine ili rasu. Odnos između pritiska i kardiovaskularnih oboljenja je kontinuiran, stalan i neovisan od drugih faktora rizika. Prema tome što je veći pritisak, osoba ima veći kardiovaskularni rizik. Svako povećanje sistolnog pritiska za 20 mmHg ili dijastolnog pritiska za 10 mmHg, udvostručuje mortalitet od ishemijske bolesti srca i moždanog udara. Studije pokazuju da su vrijednosti arterijskog pritiska od 130-139/85-89 mmHg udružene sa više od 2 puta većim rizikom od nastanka kardiovaskularnih bolesti u poređenju sa vrijednosti arterijskog pritiska nižim od 120/80 mmHg. Što su veće vrijednosti arterijskog pritiska to je veća mogućnost nastanka infarkta miokarda, srčane insuficijencije, moždanog udara i renalnog oboljenja.

Definicija i podjela arterijske hipertenzije

Hipertenzija se dijeli na dvije skupine: esencijalnu i sekundarnu hipertenziju. Esencijalna ili primarna hipertenzija obuhvata 85-95% populacije hipertoničara. Vrlo mali postotak bubrežnih, endokrinoloških i kardioloških bolesti otpada na sekundarnu hipertenziju. Hipertenzija se definiše kao prisustvo povećanog pritiska, i to na razini gdje je pacijent izložen povećanom riziku oštećenja ciljnih organa u nekoliko vaskularnih područja, uključujući retinu, mozak, srce, bubrege, kao i velike krvne sudove. Tačnije rečeno hipertenzija se definiše vrijednostima krvnog pritiska koji je veći od 140/90 mmHg. Pravi prag hipertenzije se mora smatrati fleksibilnim, tako da je granica hipertenzije viša ili niža ovisno o određenom ukupnom kardiovaskularnom riziku svakog pojedinca. Drugim riječima, granica hipertenzije ovisi o individualnom pristupu i procjeni rizika za svakog pacijenta posebno. Sama hipertenzija je udružena sa povećanim morbiditetom i mortalitetom, što u sebi

uključuje aterosklerotično kardiovaskularno oboljenje, moždani udar, zatajivanje srca i renalnu insuficijenciju. Na tabeli prikazana je klasifikacija hipertenzije.

Podjela hipertenzije ovisno o visini krvnog pritiska (mmHg)

Kategorija	Sistolni pritisak	Dijastolni pritisak
Optimalni pritisak	< 120	< 80
Normalni pritisak	120-129	80-84
Visoko normalni pritisak	130-139	85-89
1. stepen hipertenzije (blaga)	140-159	90-99
2. stepen hipertenzije (umjerena)	160-179	100-109
3. stepen hipertenzije (teška)	≥ 180	≥ 110
Izolirana sistolna hipertenzija	≥ 140	< 90

Dijagnoza hipertenzije

Ciljevi dijagnostičkih postupaka su:

1. ustanoviti visinu arterijskog pritiska,
2. identifikovati sekundarne uzroke hipertenzije,
3. procijeniti sveukupan kardiovaskularni rizik traganjem za ostalim faktorima rizika, ustanoviti eventualna oštećenja na ciljnim organima.

Dijagostički postupci obuhvaćaju:

- ponovljena mjerenja arterijskog pritiska,
- anamneza,
- fizikalni pregled,
- laboratorijske pretrage.

Mjerenje krvnog pritiska

Kardiovaskularni rizik linearno raste sa sistolnim i dijastolnim pritiskom. Indirektno mjerenje pritiska od strane ljekara u ambulanti tzv. slučajno mjerenje pritiska predstavlja najčešći dijagnostički postupak. Nerijetko pacijenti imaju povećane vrijednosti pritiska kada se on mjeri u ordinaciji kod ljekara, dok su te vrijednosti daleko niže ili se kreću u granicama normalnih vrijednosti kada se pritisak mjeri van ordinacije ili ambulante. Prilikom mjerenja pritiska u ambulantnim ili kliničkim uvjetima prisutna je određena emocionalna reakcija, pa se to stanje naziva hipertenzija bijelog mantila ili izolovana klinička hipertenzija. Smatra se da najmanje 20% pacijenata spada u tu kategoriju. Ostaje otvoreno pitanje da li je hipertenzija bijelog mantila potpuno bezopasna ili nosi određeni rizik koji je veći nego kod normotenzivnih osoba. Sigurno je da se kod takvog pacijenta mora u određenim intervalima kontrolisati pritisak, primijeniti nefarmakološke mjere.

Mjerenje krvnog pritiska od strane pacijenta

Mjerenje pritiska kod kuće od strane pacijenta, više puta i u različite dane, omogućava da se dobiju "stvarne" vrijednosti pritiska. Prednosti mjerenja pritiska kod kuće u odnosu na mjerenje pritiska od strane ljekara su sljedeće :

- dijagnosticiranje hipertenzije "bijelog mantila" jer su vrijednosti pritiska izmjerene u ordinaciji veće, dok su one prilikom kućnog mjerenja normalne,
- bolja reproducibilnost dobivenih vrijednosti (manje oscilacije) i time tačnija.
- poželjno je provjeriti baždarenost aparata za pritisak

Preporuke za liječenje hipertenzije

Efikasnim liječenjem arterijske hipertenzije mogu se prevenirati komplikacije hipertenzije, što je nedvojbeno dokazano u dobro dokumentovanim studijama počevši još od čuvene Framingham studije. Rezultati Framingham Heart studije pokazuju izrazitu korist od antihipertenzivne terapije kada se primjenjuje kroz duži vremenski period, sa smanjenjem ukupnog mortaliteta za 31% i kardiovaskularnog mortaliteta za čak 60%. Iako se sve to zna, liječenje hipertenzije, je u cijelom svijetu nedovoljno i neadekvatno.

Nefaramakološke mjere

Za sve stepene hipertenzije preporučavaju se nefarmakološke mjere. Modifikacija životnog stila se preporučava u svim smjernicama za liječenje hipertenzije. Nefaramakloški pristup liječenju hipertenzije može dovesti do smanjenja pritiska, što je pokazala DASH studija. U DASH studiji režim ishrane je sadržavao mnogo voća, povrća, mliječne proizvode sa malo masti, a i ostali prehrambeni proizvodi sadržavali su malo holesterola, kao i malo zasićenih i ukupnih masti. Nefaramakološkim mjerama može se značajno sniziti povećane vrijednosti pritiska. Najvažnije nefarmakološke mjere koje mogu prevenirati ili smanjiti povećani krvni pritisak su:

- Redukcija tjelesne težine; indeks tjelesne mase 18.5-24.9 kg/m²
- Redukcija unošenja natrija na 100 mmola dnevno (2,4 g natrija ili 6 g natrij hlorida)
- Voditi računa o dovoljnom konzumiranju kalija, kalcija i magnezija
- Povećati konzumiranje voća, povrća, (najmanje 4 puta dnevno), mliječnih prizvoda sa malo masti, i sa smanjenom količinom zasićenih i ukupnih masti (usvajanje tzv. DASH prehrane)
- Povećati konzumiranje ribe (barem tri puta sedmično)
- Povećati konzumiranje integralnih žitarica (pored djelovanja na pritisak, popravljaju lipidni status i smanjuju rizik nastanka raka)
- Općenito mediteranski tip ishrane (riba, povrće, voće, maslinovo ulje)
- Prestanak pušenja
- Povećati fizičku aktivnost i upražnjavati aerobni program vježbanja (brzo hodanje najmanje 30 min dnevno, više puta sedmično, trčanje, plivanje, smučanje)
- Smanjiti unošenje alkohola; za žene do 20 g/dan, za muškarce 20-39 g/dan
- Relaksacione tehnike, transcendetalna meditacija, joga, razne tehnike disanja

Cilj svih nefarmakoloških mjera smanjiti pritisak, smanjiti broj antihipertenzivnih lijekova, smanjiti ukupan kardiovaskularni rizik, poboljšati prognozu pacijenta, održati ili popraviti kvalitet života pacijenta. Ali, nefarmakološke mjere ne smiju da budu nepotreban razlog sa odlaganjem da se započne sa antihipertenzivnom terapijom, naročito kod pacijenata sa povećanim rizikom.

1. Procjena	• Mjerenje krvnog pritiska i pulsa u tačnim intervalima i koristeći tačnu tehniku. • Intervju: ❑ Nus-pojave kod uzimanja lijekova ❑ Da li pacijent uzima lijek ispravno ❑ Drugi simptomi ❑ Druge zabrinutosti ❑ Individualni faktori rizika
2. Sestrinski sud	• KP dobro kontrolisan? Ili nije? • Baziran na procjeni. • Uključuje objašnjenje za planiranje a zatim za sestrinsku intervenciju.
3. Plan	• Zasnovan na procjeni
4. Implementacija	Edukacija - Lijekovi: ❑ Kako djeluje ❑ Očekivane nus-pojave ❑ Kako se uzima ❑ Posebna upozorenja za stariji Edukacija - Životni stil: ❑ Adekvatan unos kalijuma ❑ Malo natrijuma, malo masnoće ❑ Smanjenje težine; Pušenje ❑ Kofein i alkohol ❑ Vježba • Samo-kontrola KP ako je prikladan

Opće smjernice

- Pratite moguće pacijentovo nepridržavanje antihipertenzivnoj terapiji,
- Educirati pacijenta; uključiti porodicu i sestrinsku njegu,
- Predložiti jeftinu i jednostavnu terapiju,
- Integrirajte uzimanje tableta u rutinsku dnevnu aktivnost,
- Predvidite neželjene efekte,
- Kod neuspješne terapije, budite spremni da promijenite pristup,
- Timski pristup u praćenju i liječenju.

HIPERLIPIDEMIJA

Stanja u kojima postoji **povišen nivo ukupnog holesterola**, holesterola niske gustoće **(LDL-holesterola)** nazivamo **hiperlipidemijama**, dok stanja u kojima imamo i povećan nivo triglicerida i značajno snižen nivo holesterola visoke gustoće **(HDL-holesterol)**, koji ima pozitivne metaboličke učinke, nazivamo **dislipidemijama**.

HDL	lipoproteini visoke gustoće	Odlaže ili sprječava stvaranje masnih naslaga na zidovima arterija jer oni prenose lipide od krvnih sudova do jetre.
LDL	lipoproteini niske gustoće	Štetni jer oni drže holesterol u kvnim sudovima formirajući tako masne naslage.

Primarna hiperlipidemija - Porodična-obiteljska anamneza glavni faktor u određivanju nivoa holesterola u krvi.

Sekundarna hiperlipidemija:

- Oboljenja jetre, štitnjače, bubrega i dijabetes
- Dob i spol
- Prehrana sa puno masnoća
- Nedostatak vježbe
- Gojaznost
- Pušenje
- Prekomjerna upotreba alkohola
- Neki lijekovi

Hiperlipidemija: Holesterol

- **Holesterol** u hrani ima **vrli malo efekta** na nivo holesterola u krvi.
- **Prekomjerna masnoća** ima najveći uticaj na nivo holesterola u krvi.

Poreporučene vrijednosti holesterola u krvi	
Ukupni holesterol	niži od 5.0 mmol/L
LDL-holesterol	niži od 3.0 mmol/L
Trigliceridi	niži od 1.7 mmol/L
HDL-holesterol	više od 1.0 mmol/L za muškarce više od 1.2 mol/L za žene

Prema postojećim preporukama, vrijednosti HDL-holesterola niže, a triglicerida više od navedenog smatraju se povećanim rizikom za nastup kardiovaskularnih bolesti.

Osobe koje već imaju kardiovaskularnu bolest (anginu pektoris, preboljeli srčani ili moždani udar ili koji iz tablica za procjenu 10-godišnjeg rizika imaju vjerojatnost kardiovaskularnog oboljenja više od 5%, **trebaju imati još niže vrijednosti:**

Ukupni holesterol	**niži od 4.5 mmol/L**
LDL-holesterol	**niži od 2.5 mmol/L**

Primarna i sekundarna prevencija

Liječenje hiperlipidemija i dislipidemija u svrhu primarne prevencije kardiovaskularnih bolesti provodi se kod sljedećih osoba:

- koje imaju hiperlipidemiju, nemaju simptoma, a imaju visoki rizik od razvoja kardiovaskularnih bolesti,
- koje zbog prisustva više rizičnih faktora imaju 10-godišnji rizik od nastupa velikog kardiovaskularnog događaja veći od 5% (rizik računa liječnik iz tablica rizika),
- koje imaju ukupni kolesterol veći ili jednak od 8 mmol/L ili LDL-kolesterol veći ili jednak 6 mmol/L najčešće se radi o nasljednim hiperlipidemijama),
- koje imaju arterijski pritisak veći ili jednak od 180/110 mmHg,
- koje imaju šećernu bolest,
- bliski su rođaci bolesnika s poznatom kardiovaskularnom bolešću.

Liječenje hiperlipidemija u svrhu sekundarne prevencije primjenjuje se kod svih osoba kod kojih postoje znakovi i simptomi kardiovaskularnih bolesti (koronarne bolesti, cerebrovaskularne bolesti ili periferne vaskularne bolesti).

Masnoće

Poli-nezasićene masnoće	• Niži nivoi ukupnog holesterola. • Kukuruzno, šafranovo, suncokretovo, sojino ulje.
Mono-nezasićene masnoće	• Smanjuje LDL a povećava HDL. • Maslinovo, kanola, kikiriki ulje.
Zasićene masnoće	• Povećavaju LDL a smanjuju HDL. • Životinjske masnoće, prerađena hrana sa masnim, palminim, kokosovim uljem.
Prekomjerne masne kiseline	• Povećavaju LDL i smanjuju HDL. • Hidrogenizirana ulja – postupak koji tečna ulja drži u čvrstom stanju – kao što je maslac (mast), nađeno u mnogo prerađene hrane kao što su kolači.
Preporuka	• Odrasli = 30% ili manje dnevnih kalorija dolazi iz masnoće. • Manje od 10 % iz zasićenih masti. • Žene = 65 grama ili manje. • Muškarci = 90 grama ili manje. • Djeca u razvoju i tinejdžeri mogu uzeti više.

Preporuke za pravilnu ishranu

- Birati hranu sa manje masnoća (čitajte etikete)
- Vrlo rijetko birati pečene kolače i duboko zamrznutu hranu.
- Izbjegavati puter i umake na povrću.
- Upotrebljavati obrano mlijeko ili jogurt i sireve sa malo masnoće.
- Umjesto crvenog mesa jesti ribu i perad (npr.piletinu i puretinu i to bez kože)..
- Meso sa roštilja/pečeno (ne prženo).
- Jesti više voća i povrća.
- Jesti hranu koja sadrži vlakna jer određeni tipovi vlakana smanjuju masne naslage na arterijskim zidovima i pomažu sniženju nivoa holesterola u krvi,žitarice (hljeb i pahuljice napravljene od pšenice, zobi i raži),povrće (tamno zeleno, tamnije žuto i narandžasto, krompiri sa korom), voće (uključujući suho voće), grah.

OBOLJENJE KORONARNIH ARTERIJA

Najrašireniji tip kardiovaskularnog oboljenja: Ateroskleroza

- Abnormalna akumulacija lipida (masnih supstanci) i fibroznog tkiva u zidovima krvnih sudova
- Upalna reakcija na arterijski zid uzrokuje povredu koja se ponavlja
- Formiranje plaka:
    - ♦ Sužava lumen i spriječava da krv teče do srčanog mišića
    - ♦ Uzrokuje ishemiju.
    - ♦ Može uzrokovati nepovratnu štetu i smrt ćelija miokarda.
    - ♦ Formira se ožiljak na tkivu.
    - ♦ Miokardijalna disfunkcija uzrokuje neadekvatan minutni volumen srca /rad srca.
- Progresivno oboljenje: može biti zaustavljeno i ponekad ponovljeno.
- Prevencija usmjerena na promjenjive faktore rizika:
    - ♦ Holesterol/lipidne abnormalnosti
    - ♦ Pušenje cigareta
    - ♦ Dijabetes
    - ♦ Hipertenzija
    - ♦ Fizička neaktivnost
    - ♦ Gojaznost
    - ♦ Stres

Nepromjenjivi faktori rizika kod oboljenja koronarnih arterija:

- Porodična-obiteljska anamneza
    - ♦ Često visok nivo holesterola
    - ♦ Otac koji je umro od srčanog udara prije navršenih 60 godina
- Starija dob
    - ♦ Više od pola ljudi sa koronarnim arterijskim oboljenjem ima preko 65 godina
- Spol
    - ♦ Posebno u dobi ispod 60 godina
    - ♦ dva puta češće kod muškaraca nego kod žena prije menopause
- Rasa
    - ♦ veći broj oboljelih je osoba crne rase u odnosu na osobe bijele rase

Uloga medicinske sestre u prevenciji kardiovaskularnih bolesti

Pojava kardiovaskularnih bolesti povezana je usko s načinom života (fizička neaktivnost, pušenje), načinom prehrane (debljina), ali i s povećanim nivom masnoća u krvi, povišenim arterijskim pritiskom, šećernom bolešću. Liječenje u svrhu sprječavanja nastanka ili odlaganja nastupa određenih bolesti ili stanja nazivamo prevencijom, pa tako razlikujemo:

- primarnu prevenciju koja se provodi prije nastupa bolesti,
- sekundarnu prevenciju koja se provodi kada je nastupio bilo koji od oblika bolesti,
- tercijarnu prevenciju koja se provodi kada su nastupile trajne posljedice određenih bolesti.

Pristup i preporuke za promjenu životnog stila:

- Razviti saradnju sa pacijentom
- Postići saglasnost pacijenta da promijeni nači života
- Osigurati da pacijent razumije odnos između načina života i bolesti
- Pomoći pacijentu da prevaziđe barijere za promjenu životnog stila
- Uključiti pacijenta u prepoznavanje faktora rizika
- Napraviti plan za promjenu načina života
- Koristiti strategije da se osnaže pacijentove vlastite sposobnosti da se promijeni
- Pratiti napredak promjene stila života u toku kontrolnih pregleda
- Uključiti drugo zdravstveno osoblje ako je potrebno

Prestanak pušenja

Svi pušači trebaju dobiti profesionalnu podršku za trajni prestanak pušenja. Strategija koja bi mogla pomoći u prestanaku pušenja ogledala bi se u:

- Sistematskom otkrivanju pušača u svakoj prilici
- Određivanju pacijentovog stepena ovisnosti i njegovu spremnost da prestane pušiti
- Savjetovati pušače da prestanu pušiti
- Pomoći u dogovaranju strategije odvikavanja od pušenja koja uključuje savjetovanje za promjenu ponašanja, nikotin nadomjesnu terapiju sa ili bez farmakološkog tretmana
- Dogovoriti raspored sljedećih kontrolnih posjeta

Izbor zdrave hrane

Svima treba dati savjete o ishrani i izboru hrane sa malim kardiovaskularnim rizikom. Opšte preporuke (potrebno ih je uskladiti sa lokalnim običajima).

- Hrana treba biti raznovrsna, energtska vrijednost mora biti usklađena da obezbijedi idealnu tjelesnu težinu.
- Treba ohrabriti pacijente da uzimaju sljedeće namirnice: voće, povrće, hljeb od integralnih žitarica, proizvode sa malim stepenom masnoće, ribu I nemasno meso.
- Riblje ulje I omega 3 masne kiseline imaju posebno zaštitnu ulogu
- Ukupni unos masnoće nebi trebao preći 30% energetskog unosa, a unos zasićenih masnoća ne

bi trebao ostići 1/3 ukupnog unosa masnoća. Unos holesterola treba da bude manji od 300 mg dnevno.

Povećanje fizičke aktivnosti

- Svi bi trebali dobiti ohrabrenje i podršku od strane zdravstvenih profesionalaca da oprezno povećaju fizičku aktivnost do nivoa koji je povezan sa najmanji kardiovaskularnim rizikom.
- Iako je cilj najmanje pola sata fizičke aktivnosti za većinu dana u sedmici, i mnogo umjerenija aktivnost je, također, povezana sa zdravstvenim stanjem.
- Zdravim ljudima bi trebalo savjetovati da odaberu aktivnosti u kojima će uživati i koje će postati dio njihove svakodnevnice, najbolje 30 – 40 minuta, 4-5 puta sedmično dok ne postigne 60-75% od srednje vrijednosti maksimalne srčane frekfencije.
- Za pacijente sa već ustanovljenom kardiovaskularnom bolesti, savjeti moraju biti bazirani na opsežnim kliničkim pretragama.

Faktori koji otežavaju promjene u načinu života

Pokušaj promjene načina života može biti težak, ali uvijek treba pokušavati. Nekoliko faktora mogu otežati promjene u načinu života i svrstavamo ih u tri grupe: povezane sa pacijentom, sa ljekarom ili sistemom zdravstvene zaštite.

Ovi faktori uključuju:

- Nizak socioekonomski status - (efekti promjene načina života su uvijek manji kod ove grupe ljudi)
- Socijalan izolacija (samci) - ovi ljudi su uvijek podložniji nezdravom načinu života.
- Stres – stres na poslu i izvan posla prouzrokuje da ljudi zanemare svoje zdravlje i brigu o sebi.
- Negativne emocije – depresija, anksioznost, agresivnost imaju negativan uticaj, ali pravilnim tretmanom može se olakšati promjena načina života.

Pacijenti sa visokim rizikom i niskim socio-ekonomskim statusom, samci ili oni pod stresom će imati više koristi ukoliko se obrati pažnja na njih i intezivira savjetovanje. Svjesnost, razumijevanje, empatija od strane tima će umanjiti barijere i potpomoći promjene u načinu života.

Postupak mjerenja krvnog pritiska

Mjerenje pritiska se obično vrši u sjedećem položaju i to nakon 5 minuta mirovanja. Nadlaktica treba da bude gola i da bude oslonjena na čvrstu podlogu i da bude u visini srca. Leđa pacijenta treba da su naslonjena na stolicu. Trideset minuta prije mjerenja pacijent ne smije da pije kafu niti da puši. Preporučljovo je da mokraćna bešika bude prazna. Prije mjerenja pacijent ne smije da uzima adrenergične stimulatore (na pr. fenilefrin u nazalnim dekongestivima). Prostorija u kojoj se vrši mjerenje pritiska treba da bude topla i bez buke. Arterijski pritisak treba mjeriti jednu i pet minuta nakon zauzimanja stojećeg položaja u starijih bolesnika, dijabetičara, te u drugim stanjima u kojima je hipertenzija učestala ili se može posumnjati na moguću ortostatsku hipotenziju.

Manžeta treba da obuhvata najmanje 80% cirkumferencije nadlaktice i da pokriva dvije trećine dužine nadlaktice. Ako je manžeta suviše mala, dobiće se lažno visoke vrijednosti. Širina i dužina manžete treba da iznosi 12x35 cm. Za gojazne su te dimenzije 12x40 cm, a za mršave, kao i za djecu, 12x18

cm. Manžetu treba brzo naduvati, i to 20 mmHg iznad sistolnog pritiska. Brzina spuštanja živinog stuba treba da iznosi 2-3 mm Hg u sekundi. Pojava prvog Korotkovljevog tona označava vrijednosti sistolnog pritiska (I faza), a nestanak Korotkovljevog tona označava vrijednosti dijastolnog pritiska (V faza). Kod djece se za odredjivanje dijastolnog pritiska uzima IV faza (*muffling*, pritupljenost tonova). Ukoliko su Korotkovljevi tonovi slabi, onda pacijent treba da podigne ruku te da otovori i zatvori šaku 5 – 10 puta i onda treba brzo napumpati manžetu. Razmak izmedju dva konsekutivna mjerenja treba da iznosi najmanje jednu minutu.

Prilikom prvog dolaska pacijenta ljekaru i prvog mjerenja, mjerenje treba izvršiti na obje ruke. Na onoj ruci gdje se nađu veće vrijednosti, na toj ruci treba mjeriti pritisak do kraja života. Mjerenje pritiska treba ponoviti nekoliko puta u različite dane, jer se na osnovu jednog ili dva mjerenja pritiska ne može postaviti dijagnoza arterijske hipertenzije. Pacijenti koji boluju od hipertenzije treba sami sebi da mjere pritisak, i to barem dva puta dnevno i da te vrijednosti zapišu. Ovo mjerenje je naročito važno na početku uključivanja terapije, kada se vrši titriranje lijeka, ili kada se mjenja terapija.

Prikaz slučaja

G.H. je muškarac star 51 godinu koji povremeno dolazi u ovu ambulantu u posljednjih 5 godina ali je obično bio pregledan od strane jednog vašeg kolege koji je sada u penziji. Njegov sin jedinac je poginuo u toku rata a njegova žena je umrla prije 3 godine od raka. On je izbjeglica u vašem gradu od 1993. godine, a došao je zajedno sa svojim bratom (M.H.). Prije rata radio je u fabrici za proizvodnju automobila koja je udaljena nekih 100 km. On živi sa svojim bratom i njegovom familijom. U proteklih nekoliko godina on je nezaposlen, a ponekad zaradi nešto novca radeći u garaži ili vozeći taxi. On vam dolazi zato što se potskliznuo i povrijedio ledja.

Dok je u ordinaciji vi mu mjerite krvni pritisak (KP) i nalazite da je isti 165/105mmHG.

Nastavak prikaza slučaja

Vi ustanovljavate iz anamneze pregleda da ne postoji istorija dijabetesa, srčanih oboljenja, ili hiperlipidemije. Kod njega nisu mjerene vrijednosti glukoze ili holesterola.

Prilikom uzimanaja porodične istorije dobijate podatke da njegov brat kao i majka imaju dijabetes. Njegov brat takodjer ima hipertenziju a majka mu je pretrpjela moždani udar. Otac mu je umro u 60-toj godini od srčanog udara.

On puši od 17-te godine i to 20 cigareta svakog dana. Nakon 30-te godine prilično je naglo dobio na težini i njegova sadašnja tjelesna težina je 100 kg a visok je 177cm. (BMI = 31.9). Ima vrlo malo tjelesne aktivnosti. Veći dio dana provodi u kafiću pijući kafu sa prijateljima. Pije vrlo malo alkohola. Negira bilo kakve simptome angine kao i postojanje otoka na nogama. Prilikom hodanja uzbrdo osjeti kratkoću daha (nešto otežano diše) vjerovatno zbog pušenja. Negira bol u potkoljenici prilikom hodanja. Nije imao nikakve simptome koji bi sugerirali postojanje TIA ili moždanog udara.

Pitanje:

Napraviti plan sestrinske njege za sredovječnog neaktivnog pacijenta sa hipertenzijom.

LITERATURA

1. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP i sur. Estimation of ten-year risik of fatal cardiovascular diease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24:987-1003
2. Third Joint Task Force of European and other Societies of Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003; 24: 1601-1610.
3. Wirld Health Organization. The Wirld Health Reoport 2002: reducing risks, promoting healty life. WHO: Geneva 2002.
4. Aldeman MH, Furberg CD, Kostis JB, et al. Hipertension guidelines: criteria that might make them more clinically useful. Am J Hipertens 2002; 15(10 Pt 1): 917-923.
5. Volpe M, Alderman MH, Furberg CD, et al. Beyond hipertension toward guidelines for cardio-vaskular risik reduction. Am J Hipertens 2004; 17(11 Pt): 1068-1074.
6. Kannel WB. Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. Am J Hipertens 2000; 13(1 Pt 2): 35-105
7. Fort Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Eur Heart J. 2007; 28:2375-414.
8. Vjekoslav G, Marko B, Amila A, Mustafa H, Begler B; Dijagnostičko – terapijski vodić za arterijsku hipertenziju, 2010 Sarajevo
9. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology Gudelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1011-
10. Nastavni material za obrazovanje porodične/obiteljske medicinske sestre 2001.
11. http://www.plivazdravlje.hr/

19

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 19

Kardiovaskularni problemi - III dio
Procjena akutnih problema
Ishrana u porodičnoj medicini

Vrijeme	Nastavna strategija	Tema	Nastavni ciljevi
9:00-10:00	Prikaz slučaja Predavanje i diskusija	Kongestivno zatajivanje srca: vodiči za liječenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (HSI)	Znati smjernice za procjenu, evaluaciju, tretman i praćenje pacijenata sa CHF
10:00- 11:00	Prikaz slučaja Predavanje i diskusija	Oboljenja perifernih krvnih sudova (PVB)	Upoznati učesnike sa menađmentom najčešćih oboljenja perifernih krvnih sudova u ambulanti porodične medicine Periferna arterijska bolest(PAB) i duboka venska tromboza (DVT)
11:00- 11:30	Prikaz slučaja Predavanje i diskusija	Atrijalna fibrilacija – aritmije: vodiči za liječenje	Znati pristup pacijentu sa atrijalnom fibrilacijom, adekvatno zbrinjavanje i upućivanje na sekundrani i tercijarni nivo zdravstvene zaštite, kao i praćenje nakon uvođenja antikoagulantne terapije (INR monitoring i prilagođavanje doze lijeka)
11:30- 12:00	Zajednička sesija ljekari i sestre Velika grupa Predavanje	Kardiopulmonalna reanimacija KPR	Diskutovati o protokolu kardiopulmonalne reanimacije
12:00-13:00 Pauza			
13:00-16:00	Zajednička sesija Prezentacija Rad u grupama na slučajevima	Osnovni principi i edukacija pacijenata o pravilnoj ishrani i fizičkoj aktivnosti. Edukacija vezana za ishranu pacijenata sa: Dijabetesom, hipertenzijom i hiperlipidemijom	Kroz prezentaciju i rad u malim grupama prikazati primjere ishrane pacijenata sa dijabetesom, hipertenzijom i hiperlipidemijom i razviti vještine za budući rad timova

Pripremila: Emina Bajramović

Oboljenja perifernih krvnih sudova

Brojni su pacijenti u našoj populaciji koji imaju oboljenje perifernih krvnih sudova, arterijskih, venskih i limfnih, različite etiologije. Većina uzroka dovodi do poremećaja ishrane perifernih tkiva što ima za posljedicu brojne pojave, počevši od subjektivnog osjećaja hladnih ekstremiteta, bolova, otežanog hoda, pa do pojave ulceracija i gangrena i naravno teške invalidnosti ako je došlo do amputacije ekstremiteta.

Periferna arterijska bolest (PAB)

Bolest perifernih arterija naziv je za aterosklerotsku, stenozirajuću, okluzivnu ili aneurizmatsku bolest aorte i njenih organaka, a koji ne uključuje bolesti koronarnih arterija.

Učestalost okluzivnih bolesti arterija je velika, javlja se u više od 10% muškaraca starijih od 60 godina. U toj životnoj dobi ateroskleroza je uzrok začepljena arterija u više od 95% slučajeva. I neka druga oboljenja neupalne i upalne etiologije mogu da uzrokuju perifernu arterijsku bolest (Mb. Buerger, vasculitis i dr.). Periferna arterijske bolest deset puta češće zahvata donje ekstremitete.

Faktori rizika su: pušenje, povišen krvni pritisak, hiperholestrolemija, hipertrigliceridemije, povišen BMI, šećerna bolest, životna dob, postojanje drugih bolesti srca i krvnih sudova,

Simptomi: trnjenje i pečenje stopala i prstiju u stanju mirovanja, posebno noću, hladna koža stopala, intermitentna klaudikacija koja napreduje do bolova i u odmaranju, blijedoća, trofičke promjene na koži stopala i noktima, smanjena dlakavost na koži potkoljenice

Liječenje podrazumijeva promjenu životnih navika, kao prvo prestanak pušenja. Nakon toga promjene navika u ishrani i fizička aktivnost. Adekvatan higijena i njega kože nogu i stopala spriječava nastanak infekcije i rizika od komplikacija.

Bolesti vena

Bolesti vena su dosta česte u odraslih osoba. Mogu biti posljedica traume, prekomjerne tjelesne težine i fizičke neaktivnosti. Također i neka zanimanja koja zahtijevaju pretežno stajanje tokom radnog vremena doprinose nastanku proširenja vena.

Najčešći simptomi koje imaju bolesnici s bolestima vena nogu su: otok nogu, bol i osjećaj težine u nogama, svrbež kože, crvenilo kože, hiperpigmentacija.

Kod uznapredovalih varikoznih vena nogu ili kod posttrombotskog sindroma mogu nastati manji ili veći defekti kože, trofički ulkusi na potkoljenicama.

Cilj liječenja je smanjenje ili uklanjanje simptoma bolesti, poboljšanje kvalitet života i prevencija komplikacija.

ULCUS CRURIS

Definicija

Ulkusi na nogama su sporo zarastajuće rane koje mogu zahvatiti više slojeva nekog ekstremiteta. Često postaju hronične a mogu biti praćene i lokalnom upalom tkiva. Najčešće su u starijoj životnoj dobi i kod osoba koje boluju od šećerne bolesti.

Etiologija i klasifikacija

Oko 90% ulceracija nastaje kao posljedica cirkulatorne bolesti. Ostali uzroci ulceracija na donjim ekstremitetima su: trauma (promrzline, opekotine, radiacioni dermatitis, erteficijalne traume), neoplazije, infekcije, kožne bolesti.

Mogu biti:

- Venske
- Venske i arterijske
- Arterijske
- Neuropatske

Venske ulceracije

Najčešće, čine oko 70-80% svih ulceracija donjih ekstremiteta.
Hronična venska insuficijencija dovodi do patoloških promjena u venama i tkivima (destrukcije venskih zalistaka ili hronične opstrukcije vene), a posljedica je hronična venska hipertenzija. Završni stadijum venske insuficijencije je ulceracija na potkoljenici.

Faktori rizika: varikoziteti, tromboza dubokih vena, kongestivna srčana bolest, gojaznost, smanjena fizička pokretljivost, imobilizacija nakon hirurških intervencija, tromboze nakon porođaja ili infarkta srca, profesije vezane za stalno sjedenje ili stajanje, traumatske povrede, frakture, edemi, dugotrajna sistemska kortikosteroidna terapija.

Arterijske ulceracije

Javljaju se u oko 20% slučajeva. Nastaju kao posljedica oboljenja arterija donjih ekstremiteta. Najčešće se radi o obliterirajućoj aterosklerozi, trombangitisu ili ponovljenim ateroembolijama.

Faktori rizika za nastanak arterijskih ulceracija su: dijabetes, hematološka oboljenja (anemije), sistemski vaskulitisi, oboljenja limfnih sudova, koronarna bolest, birgerova bolest, hipertenzija, hiperlipidemija, intermitentna klaudikacija, vaskularne intervencije, pušenje.

Neuropatske ulceracije

Javljaju se u oko 10% slučajeva. Nastaju zbog periferne neuropatije kod šećerne bolesti, ponovljenih trauma, tabes dorzalisa, siringomijelije, povrede spinalnih živaca.

Epidemiologija

Prevalenca ulceracija donjih ekstremiteta u odrasloj populaciji je 0,2 do 2%. Iako se češće javlja kod starijih osoba, početak ulceracija krajem četvrte decenije registrovan je u oko 22% slučajeva. Oboljenje značajno utiče na radnu sposobnost, životne navike, kvalitet života i zahtijeva visoke troškove liječenja.

Dijagnoza

Dijagnoza ulkusa postavlja se na osnovu anamneze, kliničkog izgleda, lokalizacije, oblika, veličine, dužine, širine, izgleda ruba, dna ulkusa, okolnog tkiva.

	Venska ulceracija	**Arterijske ulceracija**	**Neuropatska ulceracija**
Lokalizacija	Perimaleolarno (tipično oko medijalnog meleolusa)	Mjesta pritiska i traume (stopalo, prsti, izbočine kostiju), prednja ili lateralna strana donje trećine podkoljenice	Plantarna strana stopala, glave metatarzalnih kostiju, peta, mjesta ponovljene traume i gubitka senzibilitata
Izgled ulceracije	Jedna ili nekoliko, Različitog oblika i veličine, plitki ulkusi Rubovi rane su bedemasti, neravni, podminirani, Često jaka sekrecija, sukrvava Dno ispunjeno granulacionim, nekrotičnim tkivom ili gnojem, Ulcus permagnum (zahvatanje cijelog opsega potkoljenice usljed spajanja većeg broja ulkusa), Lipodermoskleroza (noga u obliku obrnute boce šampanjca zbog induracije i fibroze dermisa i hipodermisa)	Jasno ograničene, Nepravilnog oblika, duboki Suhe, minimalna sekrecija Sivocrnog dna, bez granulacija, Blijedi na elevaciju.	Nepravilnog oblika Obično duboke Okružene kalusom Dno često ispunjeno granulacijama.
Okolna koža	Često edematozna, Eritematozna, Hiperpigmentovana ili sa bijelom atrofijom (Atrophie blanche), Topla na dodir	Zategnuta, Suha, Atrofična, Nekad bez dlake, Hladna na dodir	Često eritematozna, Indurirana sa znacima celulitisa, Topla na dodir
Subjektivni osjećaj	Bol najčešće minimalan, ukoliko nema infekcije i prestaje podizanjem noge	Jak bol, Intermitentna kludikacija, Bol i kod mirovanja osobito po noći, smanjuje se spuštanjem noge	Izmjenjen odgovor na bolne podražaje (nekad izražena hiperestezija: žarenje, probadanje, trenjenje, noćni bol, nekad smanjena osjetljivost ili potpuna anestezija).
Prokrvljenost	Periferni puls prisutan/ palpabilan, Kapilarno punjenje:obično normalno, ABI>0,8	Periferni puls oslabljen ili odsutan, Kapilarno punjenje usporeno, ABI<0,8	Periferni puls palpabilan, Kapilarno punjenje normalno.

Pretrage

Potrebno je napraviti laboratorijske, mikrobiološke analize, odrediti ABI (engl. Ankle Brachial Index-brahijalno zglobni indeks) i doplerski UZ.
Vrijednosti ABI ima značajnu dijagnostičku i prognostičku vrijednost. Normalno je da pritisak na nivou skočnog zgloba jednak ili nešto viši u odnosu na pritisak mjeren iznad brahijalne arterije, te ABI indeks iznosi 1,0-1,2. Ako je ABI <0,9 nalaz upućuje na prisustvo arterijske insuficijencije
Indikacije i izvođenje ostalih pretraga su na višem referalnom nivou.

Komplikacije

- Infekcija i kolonizacija različitim patogenima, najčešće Gram -pozitivnim i Gram-negativnim bakterijama
- Trajni edem u predjelu skočnog zgloba zbog učestalih infekcija i celulitisa okolnog tkiva
- Kontaktni alergijski dermatitis zbog senzibilizacije na lokalne medikamente
- Udaljene ekcematoidne tkz. „id reakcije“ zbog hematogene diseminacije antigenih tvari iz raspadnog tkiva ulkusa
- Osteomijelitis ispod ulceracije zbog čestih infekcija, naročito kod neuropatskih ulceracija
- Periostitis, osteoporoza i ankiloza zgloba usljed stalne imobilizacije kod hronične venske ulceracije
- Maligna alteracija-rijetka (takva ulceracija je izuzetno bolna, neprijatnog mirisa, bez tendecije zarastanja, podrivenenih ili izdignutih ivica).

Ciljevi liječenja

- Ubrzati cijeljenje ulkusa
- Povećati radnu sposobnost
- Smanjiti dužinu i troškove liječenja

Liječenje

Osnovno je primarno procijeniti o kojem se ulkusu radi, budući da postoje razlike između liječenja arterijskog i venskog ulkusa.
Opšte mjere

- Liječenje udruženih bolesti: edema, hipertenzije, dijabetesa, anemije i dr.
- Minimiziranje ili uklanjanje faktora rizika, promjena navika.
    - ♦ Prestanak pušenja
    - ♦ Gubitak težine
    - ♦ Adekvatna ishrana
    - ♦ Izbjegavanje povreda
    - ♦ Pravilna njega stopala
- Favoriziranje svakodnevnog kretanja ili vježbanja.

Samo liječenje se može podijeliti na hirurško liječenje i lokalni tretman rane.
U hirurško liječenje spadaju operativni zahvati kojima se rješava venska ili arterijska insuficijancija te rekonstruktivni zahvati (pokrivanje rane slobodnim kožnim transplantatima).

Lokalni tretman rane odnosi se na lokalne nekrektomije - odstranjivanje nekrotičnog tkiva iz ulkusa,

toaleta rane, te prekrivanje rane adekvatnim suportivnim oblogama.

Kod liječenja venskih ulkusa vrlo važnu ulogu ima i kompresivna terapija poluelastičnim povojima kao i primjena elastičnih kompresivnih čarapa.

Izuzetno je važno i prepoznavanje i liječenje infekcije ciljanom antibiotskom terapijom. Od suportivnih postupaka potrebito je spomenuti i terapiju negativnim pritiskom kao i tretman u barokomori.

Neophodna je kontinuirana edukacija ljekara, medicinskih sestara i pacijenata o tretmanu ulkusa koja omogućuje izbor savremene terapije, ubrzava vrijeme zarastanja, smanjuje stopu recidiva, troškove liječenja i gubitak radnih dana.

Prikaz bolesnika sa ranom

Bolesnica starosne dobi 78 godina sa ulceracijom na dorzalnoj površini desnog stopala.
Pridružene bolesti: kardiomiopatija, liječenje i kontrola kod kardiologa, periferna vaskularna bolest.
Od prije 5 mjeseci nastaje ulceracija na desnom stopalu poslije povrede kože.
Ulceracija je veličine 3x4 cm, neravnog dna, pokrivena fibrinskim naslagama, eksudat umjeren, serozan, ivice inflamirane. Ulceracija je bolna, 7 (skala bola od 1-10), takođe, bolesnica osjeća bolove u mišićima listova, osjeća hladnoću oba stopala. Desno stopalo eritematozno, sa diskretnim otokom.
Koji tretman biste primjenili?

ZAŠTITA I NJEGA RANE

Definicija

Rana - prekid anatomskog i funkcionalnog kontinuiteta tkiva.

Podjela rana s obzirom na tok zarastanja:

- Akutne - zarastanje unutar 4 sedmice
- Hronične - zarastanje duže od 6 sedmica

Proces zarastanja rane
Tokom zarastanja, rane prolaze kroz 4 faze. Ukoliko zarastanje zastane u nekoj fazi, rana prelazi u hroničnu. Također postoji i niz drugih faktora koji utiču na zarastanje.

Faze zarastanja rane:

1. Vaskularni odgovor ili hemostaza
    - krvarenje = ispiranje rane od manjih stranih tijela
    - vazokonstrikcija
    - adhezija, agregacija i fuzija trombocita
    - koagulacija, stvaranje fibrina iz fibrinogena = matriks u koji migriraju stanice
2. Upalna faza
    - rana upala (24 – 48 sati nakon ozljede) . Formiranje granulocita – odstranjenje bakterija i stranog debris
    - kasna upala(48 – 72 sata nakon ozljede) .Dominantne ćelije su fagociti – oslobađaju tumor nekrotički faktor – fagocitoza ćelija; limfociti – ključna uloga u regulaciji kolagenaze;

oba tipa ćelija imaju ključnu ulogu u čišćenju rane digestijom bakterija i oslobađanju proteolitičkih enzima koji uništavaju strana tijela i celularni debris

3. Proliferativna faza (5.-7. dana do 2-3 tjedna)
    - fibroblasti počinju sintezu kolagena (tip I – XII) koji je ključni element u fazi zarastanja rane – osigurava čvrstoću i integritet tkiva
    - angiogeneza ili granulacija – stvaranje novih krvnih sudova
    - kontrakcija
    - epitelizacija
4. Maturacija ili faza remodelacije (od 21. dana do 1 god.)

Uslovi koji utiču na zarastanje rane

Lokalni uslovi

- vlažnost – epitelne ćelije lakše migriraju kroz vlažno okruženje
- toplina – potrebna optimalna temperatura za zarastanje rane. Toplinu rane može sniziti slijedeće:
    - čišćenje rane hladnom otopinom
    - otvorena rana dulje nego što je potrebno
    - učestali prevoji
    - ostavljanje rane otvorenom bez zaštite i obloga
- kisik – hipoksija stimulira angiogenezu i razvoj granulacija, a kisik stimulira epitelizaciju
- pH rane – smanjen pH rane poboljšava zarastanje i smanjuje mogućnost infekcije

Opći uvjeti

- prehrana – proteini, masti, ugljikohidrati i vitamini
- dehidracija – elektrolitski dizbalans
- tjelesna građa – kaheksija, anoreksija i pretilost
- sistemske infekcije
- stress
- imunosupresivni agensi – radioterapija i kemoterapija
- lijekovi – antiinflamatorni, citostatisi, imunosupresivi, antikoagulansi, psihofarmaci
- dob – tijekom godina se smanjuje aktivnost fibroblasta
- hronične bolesti

Zbrinjavanje hronične kao i akutne inficirane rane moguće je ukoliko se nakon postavljanja tačne dijagnoze, što podrazumijeva da ranu treba ocijeniti i utvrditi uzrok, uklone svi neželjeni efekte koji bi ometali zarastanje. Treba istaći značaj multidisciplinarnog pristupa, kako u dijagnosticiranju tako i u liječenju rane.

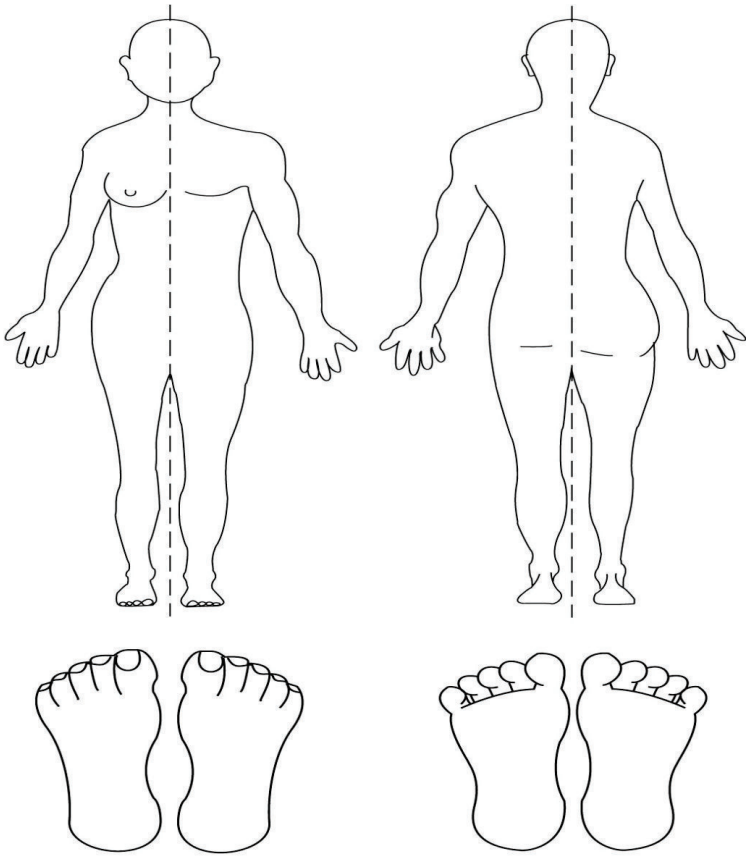
Izbor materijala za liječenje rane zavisi od tipa rane (dubine i stepena oštećenja tkiva) i zato ih treba prije početka liječenja precizno okarakterisati i opisati.

Tim JUDZKS Mr sci dr Zaim Jatić i Šefika Buraković vms, sačinili su karton koji pomaže ljekarima i medicinskim sestrama u opisu rane i donošenju odluke koji tretman primjeniti.

Ime i prezime:	Broj kartona:	Telefon
Adresa:	JMG:	Spol: M Ž
Glavna oboljenja:		
Pacijent/ica:	1. pokretan/a 2. djelimično pokretan/a 3.nepokretan/a	
1. bez inkontinencije 2. inkontinencija urina 3. inkontinencija stolice 4. inkontinencija urina i stolice		
Njega u kući	1. odlična 2. dobra 3. loša	
Datum nastanka rane:	Mjesto nastanka rane: 1. kuća/stan 2. bolnica 3. dom za njegu 4. drugo	
Vrsta hronične rane: 1. dekubitus 2. dijabetski ulkus 3. ulkus kruris 4. drugo		Broj rana
Rizični faktori: 1. oboljenje krvnih žila (arterije, vene, limfni sudovi) 2. dijabetes 3. pušenje 4. malnutricija/kaheksija 5. imunosupresija 6. gojaznost 7. anemija 8. inkontinencija 9. maligna oboljenja 10. insuficijencija jetre 11. insuficijencija bubrega		
Ranije liječenje rane		

Datum						
Površina rane Širina: _____ cm Dužina: _____ cm Površina: _____ cm2 Džepovi Da Ne Tuneli Da Ne						
Dubina rane: ____ cm						
Bol (0-10) _____						
Rub rane 1. Normalan 2. Demarkiran 3. Maceriran 4. Crven/upaljen						
Eksudacija rane 1. Bez 2. Slaba 3. Jaka 4. Gnojna 5. Sukrvava						

Zahvaćeni 1. Fascije ili mišići 2. Tetive ili kosti 3. Neurovaskularne strukture						
1. Neugodan miris rane 2. Bez mirisa						
Bris rane						
Nalaz brisa						
Rana fotografirana						
Upućen/a 1. Hirurg plast/rekon 2. Hirurg vaskular 3. Dermatolog 4. Drugo						
Liječenje rane						
Ljekar			Medicinska sestra			



Metode i postupci u tretiranju rana:

- previjanje
- debridement
- potporne obloge
- kompresivna terapija
- terapija negativnim pritiskom
- hiperbarična oksigenoterapija

Previjanje rane

Pravilno previjanje rane je najosnovniji postupak u adekvatnom liječenju rana.

- Bitno je pridržavati se osnovnih postulata i principa sterilnosti.
- Ranu isprati fiziološkom otopinom pod laganim pritiskom.
- Nježno posušiti površinu rane.
- Dezinficirati okolnu kožu i potom zaštititi kremom.
- Na ranu postaviti adekvatnu potpornu oblogu.

Čiste rane

- ispiranje fiziološkom otopinom
- ne primjenjivati vodikov peroksid-hidrogen
- aplikacija potpornih obloga u ovisnosti o tipu rane
- zaštita okolne kože

Inficirane rane

- primjena vodikovog peroksida (H2O2)-samo dok postoji gnojna sekrecija
- primjena lokalnih antiseptika
- ispiranje fiziološkom otopinom
- zaštita okolne kože
- potporne obloge
    - aktivne obloge se srebrom i/ili ugljenom

Debridman

Debridman je osnovni hirurški postupak kod svih vrsta hroničnih rana kojim se uklanja devitalizirano i strano tkivo, kako bi se omogućilo i ubrzalo cijeljenje rane.

Debridman se mora ponavljati budući da se nekrotično tkivo stalno stvara. Smanjivanjem nekrotičnog tkiva smanjuje se daljnje uništavanje zdravog tkiva te sprječava daljnji bakterijski rast, te time i smanjuje mogućnost infekcije rane.

Načini debridementa u toku liječenja mogu se kombinirati, a ponekad moraju i mijenjati. Neophodno je bol pri debridementu svesti na nivo podnošljivosti. Moderne tehnike debridementa omogućuju brži i bezbolniji tretman, te skraćuju vrijeme hospitalizacije.

Suportivne obloge

Savremene obloge za liječenje rana su u mnogočemu zamijenile klasičnu terapiju hroničnih rana,

a također i akutnih inficiranih rana. Posebna prednost ovih pokrova je bolji efekt na patofiziološke faktore koji onemogućavaju pravilno zarastanje rane. Osiguravaju optimalnu vlažnu i toplu sredinu u rani i ranu štite od uticaja vanjskih faktora, sprečevaju širenje sekreta iz rane na okolno zdravo tkivo. Obloge se odlikuju osobinama koje se moraju poznavati jer se prema uzročniku i drugim patofiziološkim faktorima odabiraju odgovarajuće obloge za zarastanje rane. Isto tako je važno odabrati odgovarajuću oblogu u ovisnosti od faze zarastanja rane.
Liječenje rane savremenim oblogama skraćuje vrijeme zarastanja, smanjuje broj dolazaka pacijenata na previjanje, a to podrazumijeva i manje angažovanje i opterećenje zdravstvenog kadra.

Vrste obloga

Poliuretanski filmovi

To su tanke, polupropusne, šupljikave obloge koji se lijepe za kožu i ne propuštaju bakterije i druge mikroorganizme, kao ni vodu, pa tako smanjuju mogućnost sekundarne infekcije. Zahvaljujući velikoj elastičnosti lako se namještaju, čak i na neravne i pregibne površine, kao što su lakat ili peta. Primarno su namijenjeni za zaštitu ugrožene kože (za prevencija dekubitusa) i za zbrinjavanje površinskih rana bez ili s minimalnim sekretom. Isto tako su podesni za pokrivanje postoperativnih rana. Pri liječenju hroničnih rana služe kao sekundarne obloge, kojima se pokriva primarni amorfni pokrov (gel, alginat itd.). Ova vrsta obloga može ostati na rani do sedam dana, kada se zamijeni novom oblogom u zavisnosti od stanja kože u okolini rane. Bolesniku omogućava normalno održavanje osobne higijene (tuširanje, kupanje).

Hidrokoloidi

To su upijajuće paste ili prašak koji se sastoji od makromolekula koji se pretvaraju u polimerni matriks. U ovu grupu obloga ubrajaju se i hidrofiberi. Odlikuju se sposobnošću upijanja, i kada stupe u dodir sa eksudatom iz rane stvaraju gel žuto-smećkaste boje čime se u rani održavaju povoljni uslovi (vlažnost, pH, temperatura) koji pomažu u njenom zarastanju. Uglavnom se koriste za rane koje se odlikuju manjim, srednjim ili velikim sekretima. Koriste se u svim fazama zarastanja kao i za zaštitu okolne kože, posebno u okolini stoma. Ne mogu se preporučiti za inficirane rane. Hidrokoloidi se postavljaju na ranu tako da dosegnu bar dva centimetra preko ruba rane. Na rani mogu ostati i do sedam dana, odnosno isto zavisi od stanja same rane i kože u okolini rane.

Poliuretanska pjena / membrana

To su obloge napravljene od poliuteranske pjene koja je karakterizirana visokim kapacitetima za upijanje. Preporučuju se za upotrebu kod svih vrsta rana koje imaju manju ili veću sekreciju, a koriste se i u svim fazama zarastanja rane. Zamjenjuju se onda kada je obloga ispunjena sekretom do ivica, obično se to dešava u roku od dva ili tri dana. Za duboke rane i rane sa uvrnutim rubovima i džepovima koriste se posebne obloge koje su napravljene u obliku kockica od poliuretanske pjene. Ove kockice su povezane neljepljivom šupljikavom membranom. Omogućava veliki kapacitet upijanja, lako se postavljaju i kod zamjene pokrova ne izaziva bolove.

Hidrokapilarne obloge

To su također obloge s visokim kapacitetom upijanja. Zbog specifičnih struktura ove obloge ne prelaze preko rubova rane i zahvaljujući tome ne maceriraju kožu u okolini rane. Ova se vrsta obloga preporučuje za različite hronične i akutne rane sa manjim ili velikim sekretima i podesne su u svim fazama zarastanja rane. Obloge se zamjenjuju nakon par dana, u zavisnosti od natopljenosti sekretom (obično je to dva do tri dana).

Hidrogel

To su obloge načinjene od amorfnih hemijskih supstanci u obliku gela i mogu se kombinirati s različitim dodacima (najčešće s alginatima), koji osiguravaju optimalnu vlažnost u rani i tako hidriraju suhe nekroze. Zbog povišenog onkotskog pritiska lako upijaju suvišnu sekreciju u rani i na taj način pomažu endogenim mehanizmima u procesu i brzini zarastanja rane. Gelom se prekrivaju osjetljiva mjesta u blizini nervnih završetaka pa se tako snižava bol. Hidrogelne obloge su namijenjene za rane sa viškom suhih nekroza, jer ih hidriraju i tako omogućavaju autoliznu nekrektomiju. Upotrebljavaju se kod svih hroničnih rana sa suhim nekrozama, a mogu se primjenjivati i kao univerzalna primarni obloga za liječenje svih vrsta dubokih rana i to u svim fazama zarastanja. Poslije primjene ove vrste obloga potrebne su i sekundarne obloge (poliuretanski filmovi ili pjene) koje se zamjenjuju drugi ili treći dan. Važno je voditi računa o koži u okolini rane, jer kod nepravilne upotrebe ovih pokrova koža brzo macerira. Prilikom zamjene obloge okolinu rane treba ispirati fiziološkom otopinom kako bi se nekrotične mase isprale, a kada je to potrebno, prilikom zamjene hidrogelnih obloga korisno je hirurški odstraniti demarkirane nekrotične naslage.

Alginati

To su prirodne, primarne, sterilne, mekane obloge s visokim kapacitetima upijanja tekućine.. Sastoje se od vlakana koja se kada stupe u kontakt sa tekućinama pretvaraju u gel. Ova vrsta obloga namijenjena je za površne i duboke rane sa umjerenim i velikim eksudatima, kao i za inficirane rane, posebno one koje su karakterizirane kapilarnim ili mikrocirkulatornim krvarenjem (hemostatska uloga). Međutim, alginati nisu dobri za liječenje suhe rane. Obloge se tako postavljaju na ranu da ne prelaze preko ivica rane na kožu oko rane. Zamjenjuje se svakih dva do tri dana, odnosno onda kada se vlakna u cijelosti ne pretvore u gel. Odstranjivanje preostalog alginata i gela nije bolno, ali ranu treba uvijek isprati tekućom vodom i nakon toge se postavlja nova obloga. Sekundarna obloga može biti bilo koje vrste pod uslovom da ima sposobnost upijanja tekućine.

Neljepljive kontaktne mrežice

Ove, neljepljive, dobro prijanjajuće mrežice se izrađuju od različitih tkanih i netkanih materijala (poliamida), koji se ne lijepe za ranu, jer su impregnirani neutralnim kremama. Ove obloge se sastoje od mrežaste i porozne strukture pa zato omogućavaju prelazak sekreta iz rane. Sprečavaju neposredan kontakt upijajućeg sekundarnog pokrova sa ranom. Namijenjeni su za zaštitu dna rane i granulacijskog tkiva. Ove mrežice mogu ostati na rani do sedam dana i po potrebi se zamjenjuje samo sekundarna obloga svaki drugi, treći dan. Mrežice se mijenjaju samo onda kada nije moguć prolazak eksudata iz rane kroz mrežicu.

Obloge s dodacima

To su obloge za rane različitih kemijskih struktura i sadrže različite dodatke, koji se koriste za liječenje i zarašćivanje kontaminiranih i inficiranih rana, i zato zahtijevaju poseban tretman. Pokrovi sa dodacima su: s povidon jodom, s aktivnim ugljem, s hidrokoloidima, s jonskim srebrom, s klorheksidnim acetatom, sa Ringer-ovom otopinom, i sa medom.

Obloge s mekanim silikonom

To su primarne i sekundarne obloge, koji imaju ljepljivu površinu prema rani koja je presvučena sa perforiranim mekim silikonskim slojem. Silikonski sloj je inertan, hidrofoban i selektivno ljepljiv, što znači da nježno prijanja na suhu neoštećenu kožu, a neprijanja na ranu i maceriranu vlažnu kožu.

Namijenjeni su za zarastanje različitih vrsta rane, posebno koje imaju umjerene ili obilne eksudate i koriste se u svim fazama zarastanja. Posebno se često koriste za liječenje bolnih rana kao i za rane sa dubokim oštećenjima i ugroženom kožom u okolini rane (macerirana koža,"modro ljubičasta" koža). Ove obloge mogu biti na rani i do četrnaest dana i da bi bolje prianjali na željeno mjesto kombiniraju se s sekundarnim upijajućim pokrovom.

Kolageni

To su upijajuće primarne obloge s poroznim strukturama, napravljene od prirodnog, čistog kolagena. Zbog poroznih struktura upijaju sekrete iz rane, ubrzavajući nastajanje i rast granulacijskog tkiva, čime pomažu lakšem i bržem zarastanju rane. Namijenjeni su za zbrinjavanje rane u svim fazama zarastanja, a posebno kada je prethodno zarastanje bilo usporeno i neadekvatno. Kod inficiranih rana mora se posebno pažljivo postupati, pa se ove obloge kombiniraju i s primjenom antibiotika. Ove obloge ne treba kombinirati s antisepticima iz kojih se oslobađa klor, kao ni sa supstancama koje se koje se vezuju sa bjelančevinama. Ovim oblogama je potrebna pomoć sekundarnih obloga i mijenjaju se treći ili četvrti dan.

Resorptivne terapeutske obloge

To su primarne terapeutske obloge napravljene od oksidirane regenerirane celuloze i kolagena. Aktivno pospješuju prirodne procese zarastanja tako što za sebe vežu proteaze, enzime koji ometaju liječenje rana. Na taj način omogućavaju nesmetano djelovanje faktora rasta, koji učestvuju i ubrzavaju nastajanje granulacija, angiogenezu i stimuliraju migraciju i proliferaciju stanica. Ove se obloge odlikuju i drugim svojstvima kao što su hemostatsko i resorptivno pa se preporučuju u zbrinjavanju svih hroničnih i akutnih rana koje krvare (difuzno kapilarno krvarenje) ili teško zarastaju (smetnje u trećoj fazi zarastanja). Mogu se primjenjivati i na mjestu infekcije ali se onda kombiniraju sa srebrom. Obloge se u roku od dva ili tri dana resorbiraju i tada se zamjenjuju s novom oblogom. Potrebno je da se preko ovih primarnih postave i poliuretanski filmovi koji fiksiraju oblogu na mjestu rane.

Kompresivna terapija

Kompresivna je terapija kao „zlatni standard" indicirana u svim stadijima hronične venske insuficijencije i limfedema. Napredovanjem navedenih stanja elevacija postaje nedovoljna u kontroli edema i venske hipertenzije te kopresivna terapija kao izbor postaje neophodan dio liječenja.

Indikacije

Povoj potkoljenice: Ulcus cruris venosum, svi oblici hronične venske insuficijencije, ako ne postoji sklonost edemima u području natkoljenice
Povijanje do prepone: Phlebothrombosis, Thrombophlebitis, nakon operacija varikoziteta, nakon skleroterapije, limfedemi

Kontraindikacije

Apsolutne: izražena periferna arterijska okluzivna bolest, dekompenzirana srčana insuficijencija, septičan phlebitis – infekcija, dekubitus pete
Relativne: početna srčana insuficijencija, lagana periferna aterijska okluzivna bolest , neuropatije / pareze

Terapija negativnim pritiskom (VAC-Vacum Assisted Closure)

Primjena kontrolisanog negativnog pritiska u zoni rane je pokazala ubrzano zarastanje kod rana nastalih na razne načine. Riječ je o posebnom uređaju koji stvara negativan pritisak u rani (-125 mmHg) i preko posebnog sistema odvodi sekret iz rane. Negativni pritisak osigurava optimalnu količinu tekućeg sadržaja u rani, tenziju tkiva i kapilarni protok u cilju poboljšanja kapilarne perfuzije.

Hiperbarična oksigenoterapija

Hiperbarična terapija je vrsta medicinskog tretmana koja se zasniva na primjeni 100% kisika pod kontrolisano povećanim pritiskom i u određenom vremenskom trajanju ne dužem od devedeset minuta. Terapija se provodi u specijalno dizajniranim komorama u kojima pacijent može imati stalnu komunikaciju sa medicinskom sestrom koja nadzire tretman.

Ljekari i medicinske sestre, moraju odlučivati o obradi rane na temelju pažljive procjene rane i dobroga poznavanja karakteristika i načina djelovanja pojedinih metoda i postupaka.
Izuzetno je važno pacijenta promatrati kao cjelinu, uzimajući u obzir i njegov opći status.
Da bi briga o rani bila uspješna, najbolje je maksimalno djelovati na prevenciji i edukaciji, a jedan segment je i poznavanje procesa zarastanja rane.

NJEGA PACIJENATA KOD PACIJENATA SA DIJABETESOM

Mnogi problemi sa stopalom se mogu spriječiti, a svi pacijenti koji boluju od dijabetesa trebaju biti svjesni problema oštećenja stopala. Nikada nije dovoljno naglašavati potrebu njege stopala jer se dobrom njegom mogu spriječiti teške komplikacije koje mogu završiti amputacijom. Svakom pacijentu potrebno je dati informacije koje sadrže jasne sigurnosne instrukcije

Dnevna njega stopala

- Pregled stopala svaki dan.
- Gledati i opipati između prstiju i oko peta.
- Ako pacijent ne može pregledati svoja stopala može koristiti ogledalo ili zamoliti nekoga da to učini umjesto njega/nje.
- Dnevno prati stopala blagim sapunom i mlakom vodom (provjeriti vodu laktom kako bi bili sigurni da nije pretopla).
- Namakanje nogu se ne preporučuje kao dnevna njega stopala. Ako se namaču, ne bi trebalo da to bude duže od 2 do 3 minute jer bi koža bila premekana i osjetljivija.
- Posušiti stopala peškirom svjetlije boje, posebno između prstiju. Pogledati peškir da nema krvi ili gnoja na njemu. Ukoliko se vidi krv ili gnoj odmah se javiti doktoru.
- Utrljati hidrantnu kremu u stopala (ne nanositi između prstiju) kako bi se spriječila pojava suhoće i raspuknuća.
- Koristiti kremu dva puta dnevno ako je koža izuzetno suha.

Kurije oči i kalusi

- Javljaju se usljed pritiska, najčešće usljed neodgovarajućih cipela.
- Nikada ne sjeći kurje oči i kaluse, uvijek treba zatražiti pomoć profesionalaca.
- Nikada ne koristiti kure za kurje oči, meleme ili tekućine da bi odstranili zadebljalu kožu, jer će takve supstance oštetiti zdravo tkivo.

Nokti

- Rezati nokte na nogama pri jakom svijetlu i nakon kupanja, kada su nokti mekani.
- Uvijek koristiti grickalicu za nokte ili makazice.
- Nikada ne upotrebljavati nož ili grubu turpijicu.
- Nikada ne guliti ili otkidati zanoktice.
- Sijeći nokte na nogama ravno, a nikada u uglovima ili niže završetka noktiju.
- Provjeriti ima li oštrih rubova, ublažiti ih turpijom.

Cipele i papuče

- Ne hodati bos.
- Uvijek nositi dobro napravljene cipele, a ne papuče u toku dana.
- Nositi duboku i dovoljno široku obuću sa zaobljenim vrhom. Nositi cipele sa pertlama ili čičkom, bilo s ravnom (đon da je deblji, oko 1 cm) ili niskom petom.
- Ne nositi salonke, osim u posebnim prilikama.
- Ne nositi otvorene sandale ili sa kaiševima.
- Pogledati unutrašnjost cipele zbog grubih mjesta, šavova ili ekserčića koji mogli izazvati ozljedu.
- Kupovati cipele popodne kada je stopalo najveće. Otisak na kartonu može pomoći da se vidi je li cipela dovoljno široka.
- Nikada ne nositi nove cipele cijeli dan. Nove cipele nositi kod kuće 20-30 minuta, a zatim povećavati vrijeme sve dok pacijent ne bude uvjeren da nema problema. Pregledati stopala imali crvenila ili oštećenja, jer ukoliko ih ima cipele je potrebno dodatno razvući ili kupiti nove cipele.
- Preraspodjela sila nošenja težine na ugrožene dijelove stopala se može postići pomoću specijalne obuće. Oblikovani ulošci načinjeni od supstanci koje imaju svojstva da apsorbuju energiju, kao što su plastoze i mikrocelularna guma, prikladni su za dugoročnu preraspodjelu sila nošenja težine.
- Često su potrebne specijalne cipele za odgovarajući oblik stopala, te oblikovani ulošci. U slučaju ozbiljnog deformiteta, cipele se mogu izraditi individualno za pacijenta.

Čarape

- Uvijek nositi odgovarajuću veličinu i izbjegavajte velike rubove.
- Nikada ne koristite podvezice, elastične ili uske sokne.
- Uvijek nositi čiste čarape.
- Izabrati čarape od pamuka ili vune, a ne sintetička vlakna.
- Žene mogu koristiti tanke hulahop čarape sa mješavinom likre i pamuka.

Obučite pacijente o toploti i hladnoći

- Izbjegavati ekstremne temperature.
- Izbjegavati pregrijane kupke i ne koristiti električne jastuke ili termofore.

Pacijenti sa dijabetesom često imaju slabu cirkulaciju

Podučite pacijente da:

- Prestanu pušiti-nikotin dovodi do stezanja krvnih žila što dovodi do smanjene cirkulacije u stopalima i nogama.
- Da ne sjede prekrštenih nogu ili stoje dugo.
- Da redovno vježbaju, čak i ako pate od grčeva u nogama.
- Da budu aktivni u granicama do kojih to problem dopušta
- Da svaku posjekotinu ili ogrebotinu očiste blagim sapunom i vodom, a zatim omotaju suhim zavojem.
- Da vas obavijeste o bilo kakvoj promjeni boje na stopalima i nogama.
- Ako se radi o povredi, crvenilu, bezbojnosti, gnojenju ili bolu-pacijentu se mora naložiti da se konsultuje sa ljekarom.

KARDIOPULMONALNA REANIMACIJA

Kardiopulmonalna reanimacija (skraćeno: KPR ili CPR, što je na engl. cardiopulmonary resuscitation, a u prijevodu, kardiopulmonalna reanimacija, odn. srčano-plućno oživljavanje) kombinacija je mjera oživljavanja koje se poduzimaju da bi se osobi koja je doživjela zastoj rada srca i/ili disanja (tzv. kardiorespiratorni arest) ponovno uspostavila srčana i plućna funkcija.

Glavni je cilj izvođenja mjera KPR osigurati dostatnu količinu krvi i kisika ćelijama mozga, srca i drugih vitalnih organa, sve dok se složenijim postupcima ne uspostavi normalna srčana akcija i samostalno, spontano disanje.

Ishemijska bolest srca vodeći je uzrok smrti u svijetu. Procjenjuje se da su kardiovaskularne bolesti u Europi odgovorne za 40% svih smrti osoba mlađih od 75 godina. Iznenadni kardijalni arest u odraslih odgovoran je za više od 60% smrti od koronarne bolesti srca.

Žrtvama kardijalnog aresta potrebna je trenutna kardiopulmonalna reanimacija (KPR). Vanjska masaža srca je osobito važna ukoliko defibrilacija nije moguća unutar četiri do pet minuta nakon kolapsa. U prvim minutama nakon uspješne defibrilacije, srčani ritam može biti spor i nedjelotvoran, stoga vanjska masaža srca može biti potrebna do uspostave odgovarajuće srčane funkcije.

Redoslijed postupaka osnovnog održavanja života odraslih

Osnovno održavanje života čini slijedeći slijed postupaka:

1. Provjerite jeste li vi, žrtva i ljudi u blizini sigurni.
2. Provjerite stanje svijesti žrtve
3. Nježno protresite ramena žrtve i glasno upitajte: „Jeste li dobro?“

3.A. Ako odgovara:

- Ostavite ga u položaju u kojem je nađen, pod uvjetom da je okolina sigurna.
- Pokušajte saznati što se dogodilo i po potrebi otiđite po pomoć.
- Redovito provjeravajte žrtvu.

3.B. Ako ne odgovara:

Pozovite pomoć

- Okrenite unesrećenoga na leđa i otvorite mu dišne putove zabacivanjem glave i podizanjem donje čeljusti.
- Stavite ruku na njegovo čelo i nježno zabacite glavu držeći palac i kažiprst slobodnim kako bi mu mogli začepiti nos u slučaju umjetnog disanja.
- Vrške svojih prstiju stavite na vrh brade unesrećenoga i otvorite dišne putove podizanjem brade.

4. Održavajući dišne putove otvorenima, gledajte, slušajte i osjetite disanje unesrećenoga

- Gledajte pomicanje prsnog koša
- Slušajte zvuk disanja nad ustima unesrećenoga
- Osjetite struju zraka na svom obrazu

Unutar prvih nekoliko minuta nakon kardijalnog aresta, unesrećeni može jedva disati ili rijetko i glasno hvatati zrak. To se ne smije zamijeniti s normalnim disanjem.

Gledajte, slušajte i osjećajte najviše 10 sekundi, kako bi ustanovili da li unesrećeni normalno diše. Ako postoji i mala sumnja da li je disanje normalno, ponašamo se kao da disanje nije normalno.

5.A. Ako normalno diše:

- Stavite ga u bočni položaj
- Pošaljite nekoga ili sami pozovite hitnu medicinsku pomoć.
- Provjeravajte da li trajno diše.

5.B. Ako ne diše normalno:

Pošaljite nekoga po pomoć ili, ako ste sami, ostavite unesrećenoga i pozovite hitnu medicinsku pomoć; vratite se i počnite vanjsku masažu srca ovim slijedom:

- Kleknite sa strane unesrećenoga
- Stavite korijen dlana na sredinu prsnog koša unesrećenoga.
- Stavite dlan druge ruke na ruku smještenu na prsni koš.
- Isprepletite prste ruku i uvjerite se da pritisak nije na rebra. Ne vršite pritisak na gornji dio trbušne šupljine ili na donji dio prsne kosti.
- Postavite se okomito na prsni koš unesrećenoga i ispruženih ruku utisnite prsnu kost 4-5 cm.
- Nakon svake kompresije, odpustite pritisak bez odvajanja vaših ruku od prsnog koša žrtve. Ponavljajte ritmom od oko 100 puta u minuti (nešto manje od 2 kompresije u sekundi).
- Kompresija i otpuštanje trebaju jednako trajati.

6.A. Udružite vanjsku masažu srca s umjetnim disanjem:

- Nakon 30 kompresija ponovo otvorite dišne putove zabacivanjem glave i podizanjem donje čeljusti
- Pritiskom palca i kažiprsta ruke smještene na čelu unesrećenoga zatvorite mekani dio nosa.
- Dopustite da mu se otvore usta, ali i dalje odižite donju čeljust.
- Normalno udahnite, usnama obuhvatite usta unesrećenoga; budite sigurni da dobro prijanjaju.
- Polagano upuhniti promatrajući odizanje prsnog koša unesrećenoga; potrebna je otprilike 1 sekunda upuhivanja za dizanje prsnog koša kao pri normalnom disanju; to je učinkoviti udisaj.
- Održavajući glavu zabačenom i bradu podignutom, odmaknite usta od unesrećenoga te promatrajte spuštanje prsnog koša kako zrak izlazi.
- Ponovo normalno udahnite i upuhnite u usta unesrećenoga dajući mu tako 2 učinkovita udisaja. Potom, bez odgađanja, ispravno postavite ruke na njegov prsni koš i napravite sljedećih 30 kompresija.
- Nastavite s vanjskom masažom srca i umjetnim disanjem u omjeru 30:2
- Prekinite kako bi ponovno procijenili stanje samo ako unesrećeni počne normalno disati; u suprotnom ne prekidajte reanimaciju.

Ako početni udisaj ne odigne prsni koš u nesrećenoga kao kod normalnog disanja, tada prije sljedećeg pokušaja:

- Provjerite usnu šupljinu unesrećenoga i uklonite eventualnu opstrukciju.
- Ponovno provjerite da li je glava pravilno zabačena i da li je brada podignuta.
- Ne pokušavajte dati više od 2 udisaja prije nastavljanja vanjske masaže srca.

Ako je prisutno više spašavatelja, trebali bi se mijenjati svake 1-2 minute kako bi spriječili umaranje. Stanka pri zamjeni spašavatelja mora biti minimalna.

6.B. KPR samo vanjskom masažom srca:

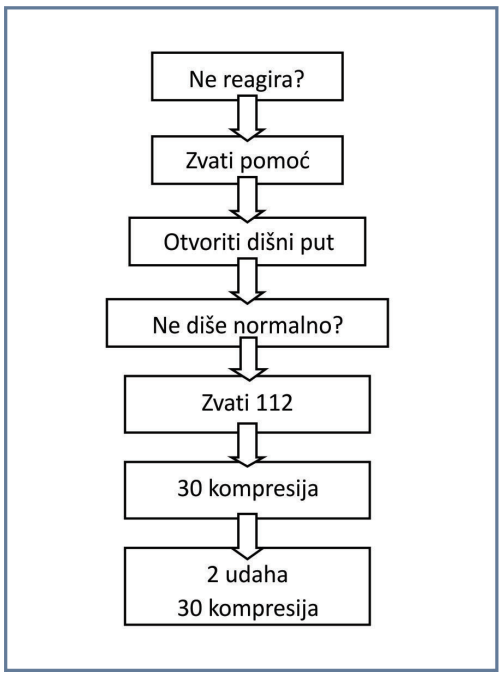
- Ako niste sposobni ili niste voljni dati umjetno disanje, provodite samo vanjsku masažu srca.
- Ako se provodi samo vanjska masaža srca, ona treba biti neprekidna i frekvencije 100/min.
- Prekida se radi ponovne provjere unesrećenoga samo onda kada on počne normalno disati; u suprotnom se vanjska masaža srca ne prekida.

7. Nastavite reanimaciju dok:

- Stručna pomoć ne stigne i preuzme reanimaciju.
- Žrtva ne počne normalno disati.
- Spašavatelj ne bude iscrpljen

Zaključci s Konsenzus konferencije 2005. uključuju:

1. Svaki put kada se započinje vanjska masaža srca, spašavatelj bez odlaganja smješta ruke „na sredinu prsnog koša“.
2. Prsni se koš pritiska frekvencijom od 100/min.
3. Treba paziti da se prsni koš utisne 4-5 cm (kod odraslih).
4. Prsnom košu treba dozvoliti da se vrati u početni položaj nakon svakog pritiska.
5. Jednako vrijeme treba utrošiti na pritisak i vraćanje prsnog koša u početni položaj.
6. Prekidi u izvođenju vanjske masaže srca trebaju biti minimalni.
7. Pipanje karotidnog ili femoralnog pulsa ne treba koristiti kao mjerilo učinkovitosti arterijskog protoka.



Osnovno održavanje života odraslih

„Frekvencija pritisaka“ odnosi se na brzinu kojom primjenjujemo pritiske, a ne na ukupan broj pritisaka svake minute. Broj pritisaka određuje frekvencija ali i broj prekida radi otvaranja dišnih putova, umjetnog disanja te analize automatskog vanjskog defibrilatora.

Napredno održavanje života odraslih

Svi zdravstveni radnici bi morali biti sposobni prepoznati kardijalni arest, pozvati pomoć i započeti KPR. Oprema i lijekovi za reanimaciju moraju biti dostupni, kako bi se omogućila brza reanimacija bolesnika u kardiopulmonalnom arestu. Idealno, oprema (uključujući defibrilator) i lijekovi za kardiopulmonalnu renimaciju bi trebali biti standardizirani i posloženi po određenom redu.

OSNOVNI PRINCIPI ISHRANE

Pripremila: Emina Bajramović

Uvod

Osnovni preduvjet za održavanje dobrog fizičkog i mentalnog zdravlja jedne osobe i njene otpornosti prema bolestima je zdrava i pravilna prehrana. Ona će biti osigurana samo dobrim izborom i kombinacijom raznovrsnih namirnica.

Pod pojmom zdrava ishrana podrazumijeva se ishrana koja svakom zdravom i bolesnom organizmu osigurava optimalnu količinu i odnos unesenih proteina, šećera, masti, vitamina, minerala i vode kako bi se osigurale potrebe organizma za hranljivim materijama, odnosno za energijom.

Zbog nepravilne ishrane ljudi obolijevaju, jer se bolest lakše pojavi kod pothranjenih ili debelih, nego kod osoba sa normalnom tjelesnom težinom.

Prema podacima FAO-a, stopa pothranjenosti u Bosni i Hercegovini u 2010 godini bila je manja je od 5%, što je slično očekivanom procentu pothranjenosti u populacijama razvijenih zemalja, koji se kreće od 4 do 7%.

Nizak socioekonomski status individua i grupa se sve više ispoljava povećanim rizikom od gojaznosti. To se pripisuje negativnom uticaju niskog dohotka i niskog nivoa obrazovanja na odabir namirnica, i podrazumijeva konzumaciju jeftinih namirnica lošeg nutritivnog kvaliteta, te konzumaciju energijom bogatih, a nutrijentima siromašnih namirnica.

Prema posljednjim raspoloživim podacima iz istraživanja Zavoda za javno zdravstvo F BiH, 41% populacije odraslih je prekomjerno teško, a 21,5% gojazno, a prekomjerna težina je ustanovljena i kod 17% djece starosti 0-5 godina.

Gojaznost

Prema Desetoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10) gojaznost je svrstana u grupu endokrinih, nutricionih i metaboličkih bolesti čime je jasno utvrđen njen prvenstveno zdravstveni značaj.

Mnogobrojna svjetska ispitivanja pokazala su postojanje direktne veze između prekomjerne tjelesne težine i gojaznosti sa jedne, te oboljenja kao što su dijabetes, dislipidemije, hipertenzija, bolesti srca i neki tipovi karcinoma sa druge strane.

Savremena medicina gojaznost definiše kao stanje kada u organizmu dolazi do pretjeranog nakupljanja masnog tkiva. Najveći krivac za nastanak gojaznosti je preobilna prehrana, posebno ako u njoj dominira suviše masna hrana. Drugi, podjednako važan preduslov za nastanak gojaznosti je mala i neredovna fizička aktivnost.

Ostali faktori kao što su životne navike, psihološka stanja, genetska predispozicija, te neke bolesti (npr. smanjena funkcije štitne žlijezde, Cushingova bolest i sl.) svakako da imaju određeni, često i vrlo značajan, utjecaj na razvoj gojaznosti ali tek kao dodatni elementi – temelj su uvijek nezdrava i pretjerana ishrana te nedovoljna fizička aktivnost.

Index tjelesne mase

Prema preporuci WHO (Svjetske zdravstvene organizacije) ocjena stanja gojaznosti se donosi na osnovu vrijednosti ITM-(index tjelesne mase), koji predstavlja odnos tjelesne mase i visine, a izračunava se prema sljedećoj formuli:

$$\text{ITM} = \frac{\text{težina (kg)}}{\text{visina}^2\text{ (m)}}$$

Index tjelesne mase	Stepen uhranjenosti
< 18,5	Pothranjenost
18,5-24,9	Normalna uhranjenost
25	Povećena tjelesna težina
25,0-29,9	Predgojaznost
30,0-39,9	Gojaznost
>40,0	Ekstremna gojaznost

Distribucija masti može se procjeniti mjerenjem WHR (engl. waste to hip ratio), koji predstavlja odnos obima struka i kuka. Ovo je dobar indikator za procjenu zdravstvenog rizika. Vrijednosti do 1 za muškarce i do 0,85 za žene su donje granične vrijednosti. Vrijednosti preko pomenutih nose rizik za oboljevanje, nezavisno, ali i udruženo sa gojaznošću.

Mjerenje obima struka je još jedan način da se procjeni distribucija masnog tkiva, pogotovo intraabdominalnih masti. Obim veći od 80 cm kod žena i 94 cm kod muškaraca nosi povećan rizik, a preko 88 cm kod žena i 102 cm kod muškaraca visok rizik za nastajanje raznih oboljenja. Visok odnos abdominalnog masnog tkiva udružen je sa hipertenzijom, smanjenom tolerancijom na glukozu, hiperinsulinemijom i dislipidemijom. Ovi simptomi se označavaju kao „sindrom iks“.

Prema rasporedu masnog tkiva, dva osnovna tipa gojaznosti su: ginoidni ili ženski (oblik kruške) i androidni ili muški (oblik jabuke). Kod ginoidnog tipa gojaznosti višak masnog tkiva se nagomilava potkožno u donjim dijelovima tela, oko karlice i na butinama. Kod ovih osoba je uočena veća sklonost ka pojavi mehaničkih komplikacija u vidu otežanog kretanja, insuficijencije periferne venske cirkulacije i respiratorne insuficijencije. Ovaj tip gojaznosti može biti prisutan kod oba spola. Kod androidnog tipa (centralni ili visceralni tip) masno tkivo se nagomilava u predjelu ramena, grudnog koša i abdomena. Ovaj tip gojaznosti nosi povećan rizik kardiovaskularnih i metaboličkih komplikacija, kao i nekih oblika karcinoma.

Ciljevi pravilne prehrane

- Postići i održavati dobro prehrambeno stanje pacijenta s obzirom na potrebe za makro i mikronutrijentima
- Postići i održati poželjnu tjelesnu težinu

U ishrani mora biti zadovoljeno

- Određena količina prehrambenih sastojaka, koja se unosi u obliku obroka
- Raspored unošenja obroka-vremenski termin uzimanja obroka svakodnevno isti ili približno isti
- Način pripremanja
- Kvalitet sastojaka i njihov međusobni odnos unutar obroka i u ukupnom iznosu za 24 sata
    - Omjer hranljivih sastojaka:
        - 15-20% bjelančevina (1g=4 kcal ili 17 kJ)
        - 20-30% masti (1 g=9kcal ili 38 kJ)
        - 55-60% ugljikohidrata (1g=4kcal ili 17kJ)

Edukacija pacijenata

Prije početka edukacije pacijenta o ishrani, potrebno je izvršiti procjenu prehrambenog stanja i na osnovu dobivenih podataka planirati edukaciju pacijenata, individualno ili u malim grupama.

Procjena prehrambenog stanja

- Klinički podaci
    - Visina, težina, ITM
    - Opseg struka i bokova
    - Izračunati potrebu za energetskim unosom
- Anamneza ishrane
    - Ko kupuje i priprema hranu
    - Učestalost obroka
    - Izbor namirnica
    - Gdje se hrani
    - Unos alkohola
    - Procjena ishrane u poslednja 24 sata
    - Procijeniti unos energije, masti, proteina, ugljikohidrata i vitamina
- Podaci o tjelesnoj aktivnosti
    - Učestalost i vrsta fizičke aktivnosti
    - Procijeniti motiviranost, potrebu i mogućnost vježbanja
- Samokontrola
    - Procijeniti znanje o uticaju hrane i fizičke aktivnosti na zdravlje
    - Bilježenje uzimanja obroka
- Psihosocijalni aspekti
    - Procjena životne okoline
    - Materijalno i obrazovno stanje pacijenta
    - Radno vrijeme
    - Procijeniti religijske i etničke stavove
    - Potpora sredine i porodice
    - Faktor stresa

- Znanje i sposobnost
  - Procijeniti postojeći nivo znanja o bolesti
  - Potrebu i sposobnost učenja
- Očekivanja i spremnost
  - Procijeniti nivo motivacije pridržavanja preporuka
  - Prihvaćanja promjena u ishrani

Zlatna pravila ishrane za dobro zdravlje

- Upražnjavati raznovrsnu ishranu, baziranu na raznovrsnim namirnicama koje potiču uglavnom od biljaka, a ne od životinja.
- Jesti hljeb, žitarice, tjesteninu, rižu ili krompir nekoliko puta na dan.
- Jesti razne vrste povrća i voća, najbolje svježeg i lokalnog, više puta dnevno.
- Održavati poželjnu tjelesnu težinu i svakodnevno upražnjavatie umjerenu fizičku aktivnost, po mogućnosti danju.
- Smanjiti unos masti i ulja, prednost dajte biljnim mastima (npr. suncokretovo, maslinovo), radije jedite kuhanu nego pečenu ili prženu hranu.
- Zamijeniti masno meso i mesne proizvode sa grahom, leguminozama, lećom, ribom, peradi ili nemasnim mesom.
- Koristiti mlijeko i mliječne proizvode (kefir, kiselo mlijeko, jogurt i sir) koji sadrže manje masti.
- Birati hranu koja sadrži malo šećera, rafinirani šećer jesti rijetko, ograničiti unošenje slatkih pića i kolača.
- Sol koristiti umjereno, ne više od jedne čajne kašike dnevno i uvijek birati jodiranu sol.
- Ako se konzumira alkohol, ograničiti unos na ne više od dva pića na dan.
- Pripremati, skladištiti i čuvati hranu na siguran i higijenski ispravan način.

ISHRANA KOD PACIJENTA SA DIABETES MELLITUSOM

Pripremila: Kečo Amela

Ishrana kod pacijenata sa šećernom bolešću je osnov terapije. Ono što kod pacijenti pri postavljanju dijagnoze šećerne bolesti najviše izaziva otpora su upravo mjenjanje prehrambenih navika i osjećaj da im se uskraćuje i zabranjuje određena hrana.

Da bi se uspješno liječila šećerna bolest osnova je motiviranost i dobra edukacija pacijenta. Pri tome je pacijent partner u tretmanu.

U znatnom broju pacijenata napredak može se postići savjetovanjem o smanjenom kalorijskom unosu, povećanju fizičke aktivnosti, te smanjenju tjelesne težine. Ishrana koja se preporučuje pacijentima sa šećernom bolesti ne razlikuje se, u odnosu na energetsku i prehrambenu vrijednost kao i način pripremanja, od uravnotežene prehrana koja se općenito preporučuje zdravim osobama.

Osnovni princip terapije je uravnotežen i izbalansiran unosu svih hranjivih sastojaka, ugljikohidrata,

bjelančevina, masnoća, vitamina i mineral. Energija se u organizmu većinom stvara iz ugljikohidrata. U zdravoj ishrani ugljikohidrati bi trebali biti izvor oko 50% dnevnog kalorijskog unosa. Njihovom neposrednom razgradnjom nastaje glukoza pa su upravo oni i najviše odgovorni za porast šećera u krvi tokom hranjenja.

Preporučeno je jesti u prvom redu složene ugljikohidrate. Glavni predstavnih složenih ugljikohidrata je skrob, a sadrže ga hljeb, tjestenina i ostali proizvodi od raznih žitarica, zatim riža te različite vrste povrća kao što su krompir ili mahunarke. U složene ugljikohidrate spadaju i vlakna. Hrana bogata vlaknima sporije se probavlja i smanjuje učinak povišenja glukoze u krvi. Vlakna nalazimo samo u namirnicama biljnog porijekla, a naročito su vrijedne cjelovite žitarice, povrće, mahunarke i voće.

Jednostavne ugljikohidrate kao što je saharoza, fruktoza ili laktoza nalazimo najviše u slatkišima, voću i mliječnim proizvodima. Sve donedavno se smatralo da su jednostavni šećerni zabranjeni u šećernoj bolesti.

Objašnjenje se nalazilo u pretpostavki da se oni lako probavljaju i brže i više dižu razine glukoze u krvi. To se pokazalo netačnim jer taj učinak u najvećoj mjeri ne ovisi o vrsti ugljikohidrata u obroku nego o njihovoj količini. Jednostavni šećeri imaju zapravo sličnu sposobnost podizanja nivoa glukoze u krvi kao i složeni. Savremene smjernice tako dopuštaju osobama sa šećernom bolesti uzimanje slatkiša, ali svakako u umjerenim količinama i uz ograničenje da to treba biti u sklopu cjelovitog obroka u kojem treba smanjiti za odgovarajuću količinu druge izvore ugljikohidrata.

Bjelančevine - trebaju podmiriti oko 20% ukupnih dnevnih potreba. Glavni izvori bjelančevina u prehrani su meso, riba, jaja, mlijeko i mahunarke. Višak bjelančevina u prehrani može doprinijeti i slabljenju bubrežne funkcije u bolesnika sa šećernom bolešću.
Masnoće se preporučuju u maksimalnim količinama do oko 30% dnevnog unosa.
Vrlo su bogate energijom. Osim ukupne količine, vrlo je važna vrsta masnoća koja se jede. Preporučljivo je većinu potreba podmirivati nezasićenim masnim kiselinama.
Višestruko nezasićene masti nalazimo u biljnim uljima kao što je suncokretovo, sojino ili kukuruzno, a vrlo vrijedne jednostruko nezasićene masti u maslinovom ulju ili bademima.

U povoljnom učinku na nivo masnoća u krvi posebno se ističu omega-3-masne kiseline iz ribe.
Zasićene masti najviše su odgovorne za porast lošeg kolesterola u krvi, a nalazimo ih u namirnicama životinjskog podrijetla, crvenom mesu, mliječnim proizvodima.
Još opasnije su takozvane transmasne kiseline koje obično nastaju tvorničkom preradom namirnica i moralo bi ih se u potpunosti izbjegavati.

Planiranje ishrane

- Edukacija pacijenta obuhvata promjene načina ishrane, veličine porcija, izbalansiranosti i redovnosti obroka, načinu pripreme hrane
- Sa pravilnom ishranom postižemo adekvatan unos gradivnih i energetskih materija, postižu se ciljne vrijednosti tjelesne težine
- Pristup pravilnoj ishrani podrazumjeva uzimanje manjih češćih obroka u toku dana, uz obavezna 3 glavna obroka : doručak 20 % dnevnog unosa, ručak 30% unosa i večera 20% unosa i 2-3 užinine između obroka po 10% dnevnog unosa , ali bez povećenja unosa hrane sa povećanjem broja obroka
- To obezbjeđuje dobru kontrolu osjećaja gladi tako da kod glavnih obroka ne dolazi do prekomjernog uzimanja hrane

Dijeta se planira zavisno od: motivacije pacijenta, godina, pola, psihičkih i fizičkih sposobnosti, načina života, socijalnog i ekonomskog statusa, kulturološkog statusai ranijih navika u ishrani.

U planiranju obroka treba prije svega savladati kako odmjeriti potrebnu količinu određene hrane, takozvane porcije, mjerice, ili jedinice. Dok se ne stekne iskustvo, to se u početku može naučiti vaganjem odnosno mjerenjem volumena. Vrlo je praktično također i uspoređivanje s veličinom nekog poznatog predmeta ili primjerice s veličinom šake ili dlana

Jedno serviranje

Slatkiši	**Grahorice, orašasti plodovi, sjemenke**	**Ulja, preljevi, majoneza**
1 šolja nemasnog voćnog jogurta 1/2 šolja smrznutog jogurta 1 kašičica šećera ili džema	1/2 šolja kuhanog graha 1/2 šolja orašastih plodova 2 kašičica suncokretovih sjemenki	1 kašičica margarina 1 kašičica majoneze 1 kašičica light majoneze 1 kašičica salatnog preljeva 2 kašičica light salatnog preljeva
Niskomasni mliječni proizvodi	**Plodovi mora, perad, krto meso**	**Žitarice (cjelovite**
1 šolja mlijeka ili jogurta 40 g sira	84 g ribe, peradi bez kože ili krtog mesa kuhanog ili pečenog u pećnici	1 šnita kruha 1/2 šolja žitarica 1/2 šolja kuhane riže, žitarice ili tjestenine
Povrće i voće		
1 šolja salate 1/2 šolja drugog povrća 1 voćka srednje veličine 1/2 šolja svježeg, konzerviranog ili smrznutog voća 1/2 šolja sušenog voća 3/4 šolja voćnog soka		

Najjednostavniji pristupi planiranja obroka koriste se tzv. metodom tanjura (Idaho Plate Method). Tanjur se zamišljenim crtama dijeli na jednu polovicu te dvije četvrtine. Jedna četvrtina tanjura ispunjava se hranom bogatom skrobom: proizvodima od žitarica, mahunarkama, a druga četvrtina hranom bogatom bjelančevinama, kao što je nemasno meso ili riba. Polovicu tanjura može se ispuniti povrćem s malo škroba (lisnato povrće, brokula). Posebno su predviđene mjerice voća i mliječnih proizvoda

Planiranje jelovnika prema piramidi pravilne prehrane

Piramida pravilne prehrane za osobe sa šećernom bolešću zasniva se na podjeli namirnica u 6 skupina s obzirom na energetsku i prehrambenu vrijednost, a ne porijeklo. Za svaku skupinu postoji preporučeni dnevni unos. Ovisno o dnevnom energetskom unosu i planiranom broju obroka potrebno je točno utvrditi broj jedinica iz svake pojedine skupine.

Skupina namirnica i preporučeni unos

SKUPINA NAMIRNICA	Preporučeni unos (ovisno o dnevnom energetskom unosu)
1.Hljeb i zamjene	3 – 13 jedinica
2. Povrće	3 – 5 jedinica
3. Voće	3 – 5 jedinica
4. Mlijeko i zamjene	1 – 2 jedinica
5. Meso i zamjene	3 – 10 jedinica
6. Masnoće I zamjene	3 – 8 jedinica

Fizička aktivnost

Kod fizičke aktivnosti povećana potrošnja energije dovodi do smanjenju tjelesne težine, utiče na povećanje osjetljivosti na inzulin i akutno smanjuje nivoa glukoze u krvi. Dokazano je da redovna fizička aktivnost smanjuje rizik pojave šećerne bolesti tipa 2. Hipertenzije povišenih i masnoća u krvi. Danas su prihvaćene preporuke o poželjnih 30 minuta svakodnevnog vježbanja. Hodanje je obično prva preporuka: najjednostavnija mogućnost koja ne zahtijeva posebne uslove i pripreme.

Ishrana kod hipertenzije - DASH dijeta

Pristup liječenja hipertenzije ishranom -DASH dijeta (Dietary Approaches to Stop Hypertension) se temelji na rezultatima DASH studije objavljene u 1997. Istraživanje je pokazalo da ishrana bogata voćem, povrćem i nemasnom mliječnom ishranom, sa smanjenjem zasićenih i ukupnih masti može znatno sniziti krvni pritisak. Studijom koja je trajala 11 sedmica pokazano je da DASH dijeta rezultira smanjenjem sistolnog krvnog pritiska za 5,5 mmHg te dijastolnog pritiska za 3 mmHg u odnosu na kontrolnu standardnu ishranu Amerikanaca.Također je utvrđeno da ovaj model ishrane može imati pozitivan utjecaj i na osobe normalnim vrijednostima krvnog pritiska. Blagotvorno djelovanje DASH dijete objašnjava se kroz povećanje antioksidativnog kapaciteta i smanjenje oksidativnog stresa povezanih sa hiperlipidemijom kod pretilih hipertenzitivnih osoba. Tu dijetu za snižavanje krvnog pritiska preporučuje National Heart, Lung and Blood Institute.

Preporuke DASH dijete

- 2-3 serviranja mliječnih proizvoda sa sniženim udjelom masti
- 8-10 serviranja voća i povrća
- prestati pušiti
- ograničiti unos alkohola
- ograničiti unos soli i procesiranih proizvoda
- ograničiti unos suhomesnatih proizvoda
- izbjegavati proizvode koji sadrže aditiv MSG (natrijev glutamat)
- smanjiti tjelesnu masu
- tjelesna aktivnost
- adekvan unose kalcija, magnezija i kalija
- smanjiti unos masti

Smanjenje unosa soli

Studija "Intersalt" proučavala je učestalost hipertenzije u različitim populacijama, a zaključeno je da populacije koje konzumiraju manje od 4,5 grama soli dnevno imaju niži krvni tlak. U populacija koje unose više od 5,8 g soli dnevno, krvni pritisak raste proporcionalno unosu natrija. Temeljem ove i sličnih epidemioloških studija preporučuje se smanjen unos natrija u svrhu sniženja krvnog pritiska u osoba koje boluju od hipertenzije. Danas su DASH dijeta uz preporuke o smanjenom unosu soli najčešće predlagane nutritivne intervencije za sniženje povišenog krvnog pritiska.Postoje uvjerljivi dokazi prema kojima se smanjenjem unosa soli može postići i smanjenje povišenog krvnog tpritiska. U meta-analizi iz 2002. godine pokazano je da smanjenje dnevnog unosa soli za 6 g rezultira značajnim sniženjem sistolnog i dijastolnog pritiska, kako kod osoba sa povišenim krvnim pritiskom (za 7,11/3,88 mmHg) tako i kod osoba sa normalnim krvnim pritiskom (za 3,57/1,56 mmHg)

Preporuke za broj serviranja:

1. Slatkiši (5 sedmično);
2. Grahorice, orašasti plodovi, sjemenke (1 dnevno);
3. Ulja, preljevi, majoneza (2-3 dnevno);
4. Niskomasni mliječni proizvodi (2-3 dnevno);
5. Plodovi mora, perad, krto meso (0-2 dnevno);
6. Žitarice (cjelovite) (7-8 dnevno);
7. Povrće i voće (8-10 dnevno)

Ishrana kod pacijenata sa hiperlipidemijom

Stanja u kojima postoji povišen nivo ukupnog holesterola, holesterola niske gustoće (LDL-holesterola) nazivamo hiperlipidemijama, dok stanja u kojima imamo i povećan nivo triglicerida i značajno snižen nivo holesterola visoke gustoće (HDL-kolesterol), koji ima pozitivne metaboličke učinke, nazivamo dislipidemijama.

U liječenju hiperlipidemije prvi korak je dijeta.

Metabolizam glukoze i lipida usko su povezani te svako remećenje metabolizma ugljikohidrata potaknuto visokim unosom istih može rezultirati porastom razine triglicerida te smanjenjem razine HDL kolesterola, što je pokazano i meta-analizama studija koje su uspoređivale prehranu bogatu jednostruko nezasićenim masnim kiselinama te prehranu bogatu ugljikohidratima. Podaci prikupljani u NHANES III istraživanju korišteni su i u svrhu utvrđivanja unosa ugljikohidrata i rizika od kardiovaskularnih bolesti. Uočeno je da povišen unos ugljikohidrata uzrokuje smanjenje razine HDL holesterola te povećanje razine triglicerida. Međutim, s druge strane je umjeren unos ugljikohidrata (ugljikohidrati osiguravaju 50-55% ukupno unesene energije) povezan s manjim rizikom od kardiovaskularnih bolesti te sa poželjnim lipidnim profilom. Nadalje, većina osoba dnevno vrlo rijetko unosi količinu ugljikohidrata koja bi osigurala više od 55% ukupne energije pa je samim time i realna opasnost od porasta triglicerida usljed opisanog načina prehrane u općoj populaciji vrlo mala.

Povišen unos prehrambenih vlakana kao i omega-3 masnih kiselina pokazao se blagotvornim i kad je riječ o lipidnom profilu.

Pokazano da povišen unos prehrambenih vlakana, i bez drugih promjena prehrambenih navika, može rezultirati smanjenjem holesterola za 2 - 4 %, kao i da dnevni unos 25 - 30 g prehrambenih vlakana, može rezultirati smanjenjem razine holesterola za čak 12 %.

Kada je riječ o omega-3 masnim kiselinama, brojne studije su dale snažne dokaze prema kojima ove vrste masnih kiselina uspješno i bez neželjenih nuspojava snižavaju razinu triglicerida i holesterola te poboljšavaju omjer HDL i LDL kolesterola.

Preporuke za ishranu kod pacijenta sa hiperlipidemijom

Vrsta hrane	Dozvoljeno	Nije dozvoljeno
Mlijeko i miliječni proizvodi	Obrano mlijeko, maldi sir,jogurt sa što manjim procentom masti 0,9%	Maslac, punomasno mlijeko,vrhnje, punomasni sirevi , tučeno slatko vrhnje
Jaja	bjelance	žumance
Meso i mesne prerađevine	Pileće i pureće bez kožice, teletina	Masno-svinjetina, govedina, janjetina, divljač I pitomi kunići,jezik, paštete, mesni proizvodi iz konzerve, iznutrice
Riba	Sve . naročito plava morska riba	Rakovi , školjke
Povrće	Bilo koje pripremljeno bez masnoća	Avokado, krompir(prženi, restani, pomfrit, čips, pire)kikiriki
Voće	Jabuke(neoguljene), trešnje, višnje, marelica, kruška, breskva, šljive, grožđe, naranče, mandarine,grejp, limun, jagode, borovnice, ribizle,lubenica, dinja, ananas	Grožđice, kokos, banana, smokve, kandirano voće,lješnjaci, orasi bademi, sve vrste kompota sa šećerom, slatko tropsko voće
Vrsta hrane	**Dozvoljeno**	**Nije dozvoljeno**
Hljeb i tjestenina	Crni, polu-bijeli, graham, zobene pahuljice i žitarice integralne	Bijeli hljeb, lisnato tijesio sa maslacem i jajima, čips, slain štapići , krekeri, kokice, krompirovo tijesto
Masnoće	Maslinovo ulje	Maslac, svinjska mast, palmino ulje
Slatkiši	Nemasni kolači, marmelada za dijabetičare	Kolači sa kremom , čokolada i svi proizvodi od nje, palačinke, krofne i ostala peciva, šećer,med, torte, keksi,bombone I tjesto pečeno u masnoći, puding
Začini	Svi (so do 3 g/dan),gorčica , senf i ocat	Majoneza i kečap
Pića	Crna kafa(do dvije šoljice na dan),čaj (preporučen zeleni) bez šećera, mineralna voda, vino (do 2 dcl/dan)	Sva alkoholana pića (žestoka i pivo) kakao i vruća čokolada, gazirana pića, sokovi sa dodatkom šećera

LITERATURA

1. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa. Sarajevo 2009.
2. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo. Vodič za njegu dijabetičnog stopala. Sarajevo 2009.
3. Kronične rane. Hrvatska udruga za rane http://huzr.hr/
4. Hronična rana. hr.wikipedia.com
5. Bolesti kože i potkožnog tkiva: Ulcus cruris. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, 2004. http://www.pcuhealth.org
6. Ulcus cruris http://porodicna medicina.com
7. Dermatološki aspekti venskih oboljenja www.ebookpp.com/me/medenica-doc.html
8. Ćatović Sejdo et al. Higijena ishrane sa dijetetikom. Medicinski fakultet Sarajevo 2000
9. Zildžić Muharem et al. Ishrana, savjeti i zdravlje. Penn, Tuzla, 2005.
10. Vodič za zdravu ishranu. Federalno ministarstvo zdravstva. www.fmoh.gov.ba
11. Poželjna tjelesna težina-pravilna prehrana. www.hzjz.hr/publikacije/zdravlje/tjel_tezina.htm
12. Kardiopulmonalna reanimacija Materijal je preuzet sa Programa kontinuiranog stručnog usavršavanja (CPD), maj 2006 god. (Prevedeno i prilagođeno iz džepnog izdanja Smjernica, uz dozvolu ERC-a)

20

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 20

Izvještajni zadatak 4

Psihosocijalni problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

IV dio

Vrijeme	Nastavna strategija	Tema	Nastavni ciljevi	Predloženi izvori informacija
9:00-11:30	Rad u grupama	4 različite teme	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • Izradi sestrinski plan njege (sa različitom problematikom)	
11:30-12:00	Diskusija u malim grupama	Uloge članova tima	• Identifikuje ulogu porodične medicinske sestre i ljekara u tretmanu pacijenata sa muskuloskeletnim problemima.	
12:00-13:00 PAUZA ZA RUČAK				
13:00-16:00	Mješovita velika grupa Izvještaji i diskusija	Izvještaji Audit # 4 HTA	• Diskutuje o rezultatima audita o hipertenziji • Razmišlja o informacijama sakupljenim tokom audita • Shvati vrijednost timskog pristupa pri kompletiranju audita • Analizira prepreke u postizanju ciljnih nivoa kod populacije pacijenata • Izradi plan za poboljšanje kontrole krvnog pritiska kod oboljele populacije pacijenata • Iznese svoje mišljenje o uticaju trening programa na njihovu praksu • Objasni koje promjene su u stanju napraviti u svojoj ambulanti • Analizira postojeće prepreke u implementaciji pristupa porodične medicne po pitanju njege pacijenta	

PSIHOSOCIJALNI PROBLEMI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI IZBJEGLIH I RASELJENIH LICA

Pripremila: Zineta Mulaosmanović

Bosna i Hercegovina zauzima ukupnu površinu od 51 129 km2. Prema procjenama u BiH sada živi oko 4 000 000 stanovnika, od čega se 51,1% žena i 48,9% muškaraca.BiH čine dva entiteta, Republika Srpska i Federacija Bosne i Hercegovine, koja se sastoji od 10 kantona. Distrikt Brčko je pod suverenitetom države BiH.

Prosječna starost u 2007. godini za žene je iznosila je 39,4 godine, a za muškarce 37,2 godine.Kada se ovi podaci uporede sa podacima iz 1981. godine, kada je prosječna starost za žene iznosila 30,5 godina, za muškarce 28,7 godina, može se uočiti da populacija u Bosni i Hercegovini postaje sve starija.

Analiza demografskih pokazatelja u oba BiH entiteta ukazuje na nizak natalitet, blagi porast mortaliteta, te nizak prirodni priraštaj sa trendom opadanja u FBiH i negativan prirodni priraštaj u RS, što vodi u prirodnu depopulaciju stanovništva. Socioekonomski pokazatelji za BiH ukazuju na visoku nezaposlenost stanovništva i još uvijek nizak bruto domaći proizvod (BDP), sa trendom blagog porasta poslednjih godina.

Ovakva situacija ima dodatne negativne učinke na mentalno zdravlje stanovništva, koje se već nalazi u stanju povećane potrebe zbog predhodnog rata i još uvijek prisutnih posljedica ratnih dešavanja.

Detaljniji podaci o demografskim i socioekonomskim pokazateljima za entitete i Distrikt Brčko se nalaze u Aneksu 5. Dejtonskog sporazuma.

Stanovništvo u BiH 1991. Godine

Prema popisu iz 1991. godine, stanovništvo Bosne i Hercegovine činilo je oko 4,3 milijuna ljudi, sa prosječnom gustoćom naseljenosti od 86,6 stanovnika po četvornom kilometru. Gotovo 40%, odnosno 1,7 milijuna stanovnika, živjelo je u urbanim zonama. Sarajevo, Banja Luka, Zenica, Tuzla, Mostar, Prijedor i Bijeljina bili su nastanjeni sa po više od 100.000 stanovnika, gdje je bila i najviša gustoća naseljenosti. 1991. godine Bosna i Hercegovina je imala oko 1,3 milijona kućanstava, što je činilo prosječnu veličinu kućanstva od oko 3,4 osobe.

Posljedice sukoba od 1992. do 1995. na demografsku sliku Bosne i Hercegovine

Tragičan sukob u regionu i u Bosni i Hercegovini od 1992-1995., ostavio je ogromne, direktne posljedice na demografsku sliku zemlje: oko 250.000 osoba je poginulo, a oko 17.000 osoba zvanično se vodi kao nestalo.

Pored toga, od početka rata do potpisivanja Općeg okvirnog sporazuma za mir u BiH (DMS), iz svojih prijeratnih domova u Bosni i Hercegovini pokrenuto je oko 2,2 milijona osoba, što čini više od 50% predratnog domicilnog stanovništva.

Od tog broja, oko 1,2 milijun osoba potražilo je izbjegličku zaštitu u više od 100 zemalja širom svijeta, dok je, u isto vrijeme, oko milijon ljudi prognano unutar Bosne i Hercegovine.

Izbjeglice iz BiH od 1992. do 1995. godine

Najčešće destinacije privremenog prihvata bile su zemlje Zapadne Europe, dok su također značajan broj izbjeglica iz BiH prihvatile tradicionalne useljeničke prekooceanske zemlje: SAD, Kanada, Australija i Novi Zeland.

Zemlje regiona: Srbija i Hrvatska prihvatile su gotovo 40% izbjeglica iz BiH, dok su Njemačka i Austrija pružile zaštitu najvećem broju bh. izbjeglica izvan regiona. Ove četiri zemlje prihvatile su gotovo 80% svih osoba, koje su, kao izbjeglice, napustile Bosnu i Hercegovinu.

Naravno, najveći problem s kojim se danas suočava Bosna i Hercegovina jesu prognanici i izbjeglice. Procjena je da je tokom rata u BIH ukupno 2 milijona ljudi napustilo svoja ognjišta.
Prema podacima WHO ukupan broj prognanika (raseljenih lica) samo na području Federacije 1995. godine iznosio je 590.363. Drugi ključni podatak odnosi se na izbjeglice. Izneseno je da je oko 1,2 milijuna građana BiH izbjeglo u druge zemlje. Od toga je oko 399 hiljada u inozemstvu steklo ili je u procesu stjecanja državljanstva. Preostalih 815 hiljada u potrazi je za stalnim boravištem i egzistencijalnim rješenjem. U Njemačkoj je, međutim, trajan smještaj dobilo 30 hiljada bosansko-hercegovačkih izbjeglica, a u Hrvatskoj 128 hiljada.

Sve ovo, pored podataka o ljudskim žrtvama, ukazuje na razmjere bosansko-hercegovačke tragedije i potrebu poduzimanja ogromnih napora s ciljem prevladavanja teških socijalnih i ekonomskih posljedica koje je uzrokovao rat.

Integracija izbjeglica iz BiH u zemljama prihvata

Danas, šesnaeset godina nakon potpisivanja Dejtonskog mirovnog sporazuma, u oko 40 zemalja širom svijeta boravi još blizu pola milijona osoba koje su Bosnu i Hercegovinu napustile od 1992. do 1995. i, kao takve, evidentirane su kao izbjeglice iz BiH.
Među njima je relativno mali broj onih koji još uvijek trebaju trajna rješenja, što znači da u zemljama prihvata nisu riješili svoj status kroz državljanski odnos ili dozvolu trajnog boravka, azil, radnopravni status ili na neki drugi legalan način.

Problemi mentalnog zdravlja kod raseljenih osoba

Problemi sa kojima se suočava cjelokupan sistem mentalnog zdravlja u BiH su brojni. Opterećenost usljed mentalnih poremećaja u BiH je značajna i vjerovatno u porastu, dijelom zbog dubokih psiholoških ožiljaka usljed ratnog sukoba, dijelom zbog rasprostranjene socijalne deprivacije u poslijeratnom periodu.

Dugotrajni simptomi traume i stresa kod stanovništva su česti, a poslednjih godina uočljiva je veća učestalost depresije, zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, anksioznih i sa stresom povezanih poremećaja i nasilja, naročito kod adolescenata i mladih odraslih, ali i kod osoba iz drugih dobnih skupina.

Zbog toga možemo govoriti o povećanim potrebama stanovništva za uslugama iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja na koje sadašnji sistem može teško odgovoriti.

Jesu li svi traumatizirani?

Poznati Unicefov izvještaj “Stanje djece u svijetu” (Unicef, 1996a) navodi da “vrijeme ne liječi trau-

mu". Ovaj navod se često čuje, a generaliziraju ga proponenti psihosocijalnog pristupa. Značajne kritike je uputio i Summerfield (1996), na račun pretjerane procjene štete.

Napomene vezane za "traumu"

- Velika je greška koristiti riječ "trauma" ili "traumatizacija" bez razjašnjavanja razlike između izloženosti traumatskim događajima i značajnog oštećenja psihosocijalnog funkcioniranja.
  Nije nužna veza između prvog i poslednjeg slučaja. Eksplicitna ili implicitna sugestija da ta veza nužno postoji i da može dovesti do toga da se proglase bolesnim pojedinci koji su proživjeli strašne događaje bez osvrtanja na njihovo stvarno psihološko blagostanje. Neki ljudi preživljavaju strašne događaje bez značajnijih posljedica po njihovo psihološko blagostanje.
- Ratno iskustvo doista može voditi ka dugoročnom psihološkom oštećenju koje može trajati decenijama (Mooren, 2001) ili čak generacijama kasnije, ali to ne mora, neophodno, biti slučaj. Mnogi ljudi se spontano oporavljaju čak i od ozbiljnijeg posttraumatskog stresnog poremećaja.
- Pretjerani fokus na PTSP kao posljedicu rata može staviti u sjenu prisustvo drugih problema kakvi su depresija i zloupotreba alkohola i sedativa.
- Potrebni su pouzdani i validni kriteriji kako bi se napravila razlika između izvorne, vjerovatno prolazne psihopatologije i klinički subjektivnog i neznačajnog povećanja nivoa simptoma. Puko izvještavanje o tome da određeni ispitanik pokazuje "visok" nivo na nekim skalama simptoma može "patologizirati" kako individualce tako i čitavu populaciju ispitanika.
  Pretjerano korištenje aritmetičkih sredina za populaciju podgrupa, također, može ukazivati na to da svi ispitanici određene populacije imaju povećano prisustvo simptoma, što može, ali i ne mora biti slučaj.
- Pojačani fokus na unutarnju patnju, često povezan sa psihosocijalnim pristupom, može skrenuti pažnju sa materijalnog i ljudskog razaranja koji najčešće jesu primarne posljedice rata. "Ratom pogođene populacije uglavnom ne usmjeravaju svoju pažnju na unutrašnjost, tj. mentalni proces, već na spoljašnost, odnosno razrušenost svog socijalnog svijeta" (Summerfield, 1996,str. 1454).
- Zbog fokusa na psihopatologiju mogu se također zanemariti drugi odgovori na rat – kako među zdravom populacijom tako i među populacijom koja pati od psiholoških poremećaja. Čak i ljudi sa visokim stepenom simptomatologije mogu imati "zdrave snage" i dobru adaptaciju u drugim životnim područjima.

Psihosocijalna patologija raseljenih osoba u BiH

Raseljene osobe, nakon doživljene ratne traume, traže egzistenicju i adaptaciju u novonaseljenim sredinama. U toku socijalne adaptacije i doživljavanja raličitih stresnih situacija, u njima se posteneno razvija psihosocijalana patologija, kako zdravstveni enitet koji dosadašnja medicina objašnjava kao PTSP, a on to u suštini i nije, jer se zanemaruje bit novonastale problematike. Zato, PTSP, sada postaje PSP-Psiho-Socijalana Patologija, kao zdravstveni-socijalni termin kod raseljenih osoba.

PSP- je naručito izražen u destruktivnim porodicam, gdje jedan roditelj je prinuđen da se bori za socijalnu egzistenciju, a djeca iz ovih porodica, zbog nedostatka stalne brige, razumjevanja, nježnosti i autoritivnosti, imaju devijantno ponašanje.

Kod roditelja raseljenih osoba je prisutna standardna mentalna patologija, kod muškarca:PTSP, alkoholizam, depresija a kod žena je većinom depresija, što se putem primarne-porodične medicine, može

koliko-toliko utjecati na dijagnosticiranje i adekvatno liječenje u saradniji sa Centrima za mentalno zrdravlje.

U oblastima zdravstva, socijalne zaštite i stanovanja potrebe djece izbjeglica i raseljenih osoba nisu posebno tretirane, tako da su njihove potrebe uključene kao potrebe njihovih porodica, te postoji generalna ocjena da su ta djeca u težem ekonomskom i socijalnom položaju u odnosu na domicilno stanovništvo.

Djece iz raseljenih porodica u BiH

U Izjveštaju Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH se napominje da je evidentan stalni trend porasta broja korisnika prava na socijalnu zaštitu, odnosno da je sve veći broj djece koja žive u statusu siromašnog stanovništva.

Prema izvještaju, čiji je predlagač bilo Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH, najugroženija su djeca bez roditeljskog staranja i djeca bez jednog roditelja, te djeca sa poteškoćama u razvoju. Kontinuisana edukacija u bezbjednosnim institucijama o svim vidovima **zlostavljanja djece** aktivnije je počela 2005. godine, a značajan napredak evidentiran je zadnjim godinama provođenja Akcionog plana za djecu BiH.

U oblasti obrazovanja, pravni i institucionalni okvir je razvijen, ali praksa pokazuje da su zakoni nekada samo proklamacije, jer finansijski i drugi preduslovi za njihovu implementaciju nisu obezbijeđeni. Kao rezultat, mnogi reformski procesi su započeti, ali sveobuhvatna reforma obrazovanja još nije završena. Iako bi sistem socijalne zaštite trebao doprinijeti smanjenju siromaštva, neke od karakteristika tog sistema su nedefinisane korisničke grupe na osnovu kojih se utvrđuju socijalni transferi, što uz neefikasnost i nejednaku primjenu socijalne zaštite unutar BiH ima za rezultat **pogoršanje položaja ranjivih grupa**, pa time i djece kao indirektnih korisnika socijalne zaštite.

Na nivou BiH ne postoji niti jedan zakon koji reguliše dječiju zaštitu a postojeći zakoni nisu usklađeni.

Da bi Konvencija o pravima djeteta bila primijenjena, te UN Milenijumski razvojni ciljevi bili ispunjeni, Savjet ministara BiH je u julu 2002. godine usvojilo Akcioni plan za djecu BiH od 2002. do 2010. godine, čiji je cilj jačanje položaja djece u BiH.

PSP - kod djece i roditelja iz raseljene populacije BiH

Prema podacima Helsinškog komiteta za ljudska prava, od svih oblika nasilja nad djecom u BiH čak 16 posto otpada na seksualno zlostavljanje.

Nasilnici su uglavnom muškarci, a skoro polovina ovih djela dešava se u porodici. Incest, pedofilija, silovanje, ili bilo koji drugi oblik nasilja u porodici i društvu, problemi su sa kojima se susreću sve zemlje svijeta.

U borbu protiv nekih uključio se i Interpol, a za sve postoje primjeri i u BiH. Iako postoje nadležna ministarstva i socijalne službe i Centri za mentalno zdravlje ,kako bi pomogli žrtvama nasilja - nažalost, rezultati njihovog rada i dalje su slabi.

U BiH ne postoje statistički podaci ni o žrtvama, ali ni o počiniocima ovog zločina, što automatski daje dobre pretpostavke za nove slučajeve. Problem je još veći ukoliko se zna da u BiH ne postoje ni specijalizirane ustanove u kojima bi se liječile žrtve pedofilije, ali ni pedofili.

Siromaštvo u kome se nalazi naša zemlja samo još više doprinosi razvoju pedofilije. Veliki broj stranaca koji borave u BiH također značajno utiče na porast ovog problema.

"U jednom gradu u srednjoj Bosni majka je dovela trinaestogodišnjeg sina ljekaru jer je u posljednjih godinu dana počeo mucati. Nakon svih ljekarskih pretraga ispostavilo se da ne postoje nikakve fizičke smetnje za govor i dječak je poslat na razgovor kod psihijatra. Poslije nekoliko tretmana otkriveno je da dječak još od svoje osme godine ima seksualne odnose sa vojnicima iz obližnje SFOR-ove baze, koji mu za te usluge plaćaju 10-20 maraka. Sve je počelo tako što je dječak išao na kapiju da prosi. Jedne večeri ga je dežurni vojnik odveo u mrak i nagovorio da ga dira. Ne shvatajući sa svojih osam godina šta to zaista znači, dječak je pristao i zaradio 10 maraka. Poslije je imao i druge mušterije. Kako je dječak rastao, počeo je shvatati šta to zapravo znači i to je rezultiralo mucanjem."

Dječakov otac je poginuo kad je njemu bilo samo četiri godine, i upravo djeca iz takvih porodica su često žrtve, kao i djeca bez oba roditelja, ili ona koja imaju očuha, a koji je često i - seksualni zlostavljač.

Povećanju broja seksualno zlostavljane djece u BiH doprinosi i teška ekonomska situacija, nizak kulturni, socijalni i zdravstveni nivo velikog broja porodica u BiH, blaga kaznena politika, neobaveznost majke na svjedočenje (koje u parnicama često odbiju učestvovati ili stanu na očevu-starateljevu stranu, pa čak optuže dijete da je ono krivo).

Nasilje se nad žrtvama ponavlja u dužem vremenskom periodu (djeca nemaju kome prijaviti ovakve slučajeve, a često, pogotovo djeca do deset godina, i ne znaju da su žrtve), tako da je svaka druga djevojčica koja je jednom bila žrtva zlostavljana do 12 godine, a svaka treća do 18 godine života.

Koliko, zaista, u BiH ima seksualnog zlostavljanja djece pokazalo je i uspostavljanje SOS telefona za ovakve slučajeve pri Dječijoj ambasadi, kada se za samo dva mjeseca javilo osmero djece koja su tvrdila da su žrtve.

Primjera u svakodnevnom životu, nažalost, ima i previše. U jednu nadležnu instituciju u Sarajevu došla je majka sa trinaestogodišnjom djevojčicom koja je tvrdila da ju je muškarac s kojim je živjela njena majka istukao. Na djevojčici su bili vidljivi tragovi fizičkog maltretiranja.

U razgovoru sa sociologom djevojčica je priznala da ju je taj čovjek i seksualno zlostavljao, a kad se pobunila i pokušala ga odbiti, on ju je istukao prijeteći joj da to ne smije nikome reći. Kad je socijalni radnik sve ispričao majci, ona je odbila to povjerovati optužujući djevojčicu da laže, da joj želi uništiti sreću, te da će je ostaviti u domu ukoliko ne prizna da ništa od toga nije istina. Djevojčica je, vidno uplašena, rekla socijalnom radniku da je sve izmislila. I otišla sa majkom kući.

Problemi zbog nedostatka odgovarajućih ustanova pojavljuju se i kod slučajeva maloljetničke prostitucije, delikvencije, ili bilo kakvog drugog nasilja nad djecom, ali i odraslima.

Nije rijedak slučaj da žena koju je pretukao suprug nema gdje, pa čak i nakon intervencije policije i ljekara ona mora nazad u svoj dom, rizikujući da opet bude pretučena. Ni o ovom, kao ni o bilo kakvom nasilju u porodici, ne postoje statistički podaci, ali ni adekvatna rješenja.

Žrtve nasilja u društvu i porodici u mnogo slučajeva su žene, no ti primjeri su najčešće nepoznati jer se one teško odlučuju da prijave nasilje, pa makar bilo u pitanju i silovanje.

Dosad urađene državne i međudržavne studije pokazuju da je nasilje nad ženama široko rasprostranjeno, da se dešava u svim društvenim slojevima nezavisno od prihoda, vrste obrazovanja, kulture i

društvenog statusa. No, paralelno sa ovim nasiljem stvarani su i "mitovi" kojima se pokušava opravdati muško ponašanje. Tako se kao čest uzrok nasilja muževa nad ženama navodi alkohol, što nije nikakvo opravdanje. Također se često može čuti komentar "pa ona ga je izazivala", čime se krivica za nasilje prebacuije na ženu iako je ona ustvari žrtva.

Prema ovom stajalištu, žena provocira supruga svaki put kada po nekom pitanju ima mišljenje drugačije od njegovog. Često se ženama prebacuje da su same izabrale muškarca koji ih maltretira, ali činjenica je da gotovo nijedan muškarac na početku veze ne pokazuje svoju nasilnost. Nasilje većinom počinje sa suptilnim ponižavanjem ili verbalnim prijetnjama, a kasnija zlostavljanja muškarac odglumi kao ispade koji se neće ponoviti i obećava poboljšanje. No, istina je da onaj muškarac koji je sklon nasilju teško mijenja svoje navike.

Koliko je u našem društvu normalno nasilje supruga, pokazuje sljedeći primjer. U travničkoj sudnici, na optuženičkoj klupi našao se čovjek koji je pretukao svoju ženu nanijevši joj teške fizičke povrede zbog kojih je završila u bolnici. U prepunoj sudnici, u prisustvu advokata, sudija, tužioca, on je začuđeno pitao: "Pa zar ja ne smijem tući svoju ženu?"

PSIHOLOŠKI I SOCIJALNI ASPEKTI JEDNORODITELJSKIH OBITELJI

Problem samohranog roditeljstva u svijetu se rješava „mrežama“ savjetovališta i škola za roditelje. Npr. u Švedskoj, u Stockholmu je u svakoj većoj četvrti Obiteljski centar gdje stručnjaci različitih područja (psiholozi, soc.radnici) educiraju jednoroditeljske obitelji. Na te načine se budući roditelji pripremaju za kvalitetno partnerstvo i odgovorno roditeljstvo.

U Hrvatskoj su se posljednjih godina i sami samohrani roditelji organizirali u vidu udruga i na taj način počeli stvarati mrežu uzajamne podrške. U takvim organizacijama roditelji dobivaju ono što im je nabitnije; emocionalnu i prijateljsku potporu, ali i razmjenu dobara.

Brige i strahovi u odnosu na djecu

- brige o financijskoj sigurnosti djece sada i u budućnosti
- strah da im dijete ne „upadne“ u loše društvo, tj.strah od rizika droge, uličnog nasilja, ali i izbora lošeg partnera
- brige o tome kakva će djeca ispasti, kakva će biti u životu
- brige vezane uz sadašnje ili daljnje školovanje djeteta, uz podmirivanje troškova školovanja
- strah od negativnih emocionalnih ili ponašajnih posljedica po dijete zbog nedostatka drugog roditelja u odgoju
- približno svaki deseti samohrani roditelj navodi da se boji da će umrijeti ili se razboljeti prije nego djeca budu sposobna brinuti se o sebi

Teškoće samohranog roditeljstva

- financijske teškoće
- umor i prezaposlenost
- to što moraju sami preuzeti odgovornost za odgoj djece
- stalna zabrinutost o tome hoće li dobro odgojiti djecu i kakva će biti budućnost njihove djece
- odsustvo kontakta ili loš kontakt djeteta s drugim roditeljem
- nezaposlenost ili nestabilnost zaposlenja
- samoća i usamljenost
- neusklađenost radnog vremena i mogućnosti čuvanja djece
- nemogućnost da djeci priušte ono što djeca žele ili trebaju
- objasniti gdje je drugi roditelj
- nerazumijevanje okoline
- problemi u realizaciji prava na alimentaciju
- neriješeno stambeno pitanje

Kako samohrani roditelji mogu sebi olakšati svakodnevni život?

- Pokušajte se dogovoriti s ostalim roditeljima iz susjedstva oko prijevoza i čuvanja djece.
- Ukoliko je moguće, pokušajte se dogovoriti s poslodavcem oko ostanka kod kuće kad su djeca bolesna, a da to vrijeme odradite (subotom, npr.).
- Strukturirajte dan: od doručka do odlaska u krevet. Redoviti obroci i odlazak na spavanje u određeno vrijeme će vam pomoći ne samo da budete zdraviji i vi i vaša djeca, nego i da se bolje organizirate u odnosu na sve svoje obaveze.
- Planirajte unaprijed što ćete učiniti ako djeca dođu ranije iz škole ili se razbole (a Vi morate raditi)

Kako se nositi s problemima?

- Razgovarajte s nekim. Ne oklijevajte potražiti pomoć psihologa ako vam je teško. Biti snažan znači tražiti i prihvatiti pomoć kad je trebate.
- Pronađite grupu podrške. Važno je prodiskutirati vlastitu situaciju s nekim tko je prošao slično iskustvo. Uspostavite kontakt s ostalim samohranim roditeljima iz susjedstva, djetetove škole, crkve...
- Riješite svoju pravnu situaciju. Većina ljudi ostaje tjeskobna i ne može "krenuti dalje" dok se bračna situacija pravno ne raščisti.
- Utvrdite unaprijed sustav nagrada i kazni s djecom (uvjerite se da svi članovi obitelji znaju pravila i prihvaćaju ih).
- Izbjegavajte fizičko kažnjavanje djece. Umjesto toga, primijenite logične posljedice (npr. dijete uviđa da, ako je potrgalo igračku, nema igračke; ili ako je nešto prolilo, mora to počistiti; ili ako nije obuklo kaput, bit će mu hladno); davanje ili ukidanje privilegija (npr. nagrada može biti gledanje omiljene TV-emisije, izlasci u kino, poslastice, a ukidanje tih privilegija kazna). Tako ćete biti dosljedniji i efikasniji u odgoju djece.
- predvidite unaprijed vašu reakciju na, za vas uznemirujuće situacije. Planirajte unaprijed što ćete reći i učiniti ako npr. odsutni roditelj nenajavljenim dolaskom prekine vaše planove ili nedolaskom razočara djecu. Pokušajte pronaći odgovor koji neće uključiti djecu u scene i NE TJERAJTE DJECU DA ZAUZIMAJU STRANE. Ako vas prijatelji i rodbina konstantno kritiziraju razmislite što biste mogli reći ili učiniti kako biste prekinuli tu diskusiju. Ne dozvolite da vas "uvuku" u takve diskusije, u kojima im se morate opravdavati, posebno ne pred djecom. Ako niste sigurni da dobro postupate, radije razgovarajte sa stručnjakom.
- Kontrolirajte vlastite emocionalne reakcije prema svojoj djeci. Ako ste toliko ljuti na njih da biste ih najradije udarili ili im rekli nešto čime ćete ih povrijediti; dišite duboko; izbrojite do 20 prije nego što bilo što kažete; otiđite u drugu sobu; nazovite prijateljica/icu; pročitajte časopis; priuštite si toplu kupku. Sačekajte dok ne uspostavite kontrolu nad vlastitim ponašanjem prije nego što pokušate preuzeti kontrolu nad situacijom.
- Poštujte ličnost svoje djece. Djeca nisu ničije, pa ni vaše vlasništvo. Budite svjesni toga da vas neke njihove osobine mogu podsjećati na bivšeg partnera, što vas može učiniti kritičnijima prema djetetu, nego što biste trebali biti. Ovo čak može dovesti i do emocionalnog odbacivanja djeteta (npr: "Tvrdoglav si kao otac. A znaš da to mrzim!")
- Pronađite novi hobi ili obnovite stari. Ponekad depresivni i anksiozni ljudi zaborave hobije kojima su si nekad znali priuštiti zadovoljstvo. Pomoći će vam ako pronađete barem jednu stvar koju možete učiniti za sebe, a zbog koje ćete se dobro osjećati. To može biti trčanje, čitanje, slikanje, plivanje...
- Povremeno izađite u društvo. Organizirajte čuvanje djece s drugim samohranim roditeljima kako biste povremeno posjetili prijatelje, otišli u kino i sl. Trebate imati vremena i za sebe kako biste se družili s ljudima vaše dobi. Zadovoljan roditelj je i bolji roditelj.
- Stvarajte ozbiljne, zrele odnose. Ponekad su samohrani roditelji toliko usamljeni da previše lako puste nove, nedovoljno poznate partnere u svoje živote i svoje domove, koji mogu odbacivati i ne prihvaćati njihovu djecu. Imajte na umu da ste vi zaštitnici vaše djece i da ne smijete dozvoliti da bilo tko zlostavlja vaše dijete, bez obzira na to koliko bili usamljeni ili koliko voljeli tu osobu.

Dobre strane samohranog roditeljstva

- izostanak negativnih bračnih iskustava
- zadovoljstvo što mogu slobodno i samostalno donositi odluke koje se tiču njihovog života i života djece
- zadovoljstvo što se djeca razvijaju kao sretne i dobre osobe
- bliskost i povjerenje između roditelja i djece
- podrška bliskih osoba iz njihove okoline

Pet savjeta za samohrane roditelje

1. ZAPAMTITE, VI STE RODITELJ

Bez obzira na situaciju i činjenice vi ste još uvijek obitelj, bez obzira što u vašoj zajednici nema dvoje roditelja. Mnoge obitelji sa samohranim roditeljem emocionalno su zdrave i savršeno funkcioniraju. To je stvar odabira, a ne sreće. Ta obitelj odlučila je da bude zdrava, sretna , ispunjena srećom te pozitivnim vibracijama i osjećajima.

RODITELJSKI SAVJET: Prisjetite se nekih ideala po kojima želite da vaša obitelj bude poznata, zapišite ih. Također ih možete zalijepiti na vrta frižidera ili unutarnju stranu ulaznih vrata. Neka vas to podsjeća na vaš cilj kad vam bude teško.

2. RAZGOVARAJTE SA SVOJIM DJETETOM O NJEGOVIM OSJEĆAJIMA

Kao što i sami znate, i vaše dijete također proživljava osjećaj gubitka. Bez obzira na godine vaše dijete može proživljavati osjećaje tuge, ljutnje ili jednostavno se osjećati drugačije od svojih vršnjaka. Dopustite svom sinu/kćeri da govori o svojim osjećajima. To će znatno učvrstiti vaš odnos.

RODITELJSKI SAVJET: Potražite trenutke kad vas dijete doista sluša. Iskoristite te trenutke da budu što upečatljiviji za vaše dijete, drugim riječima, iskoristite ih u obostranu korist. Takvi trenuci su prava rijetkost u životu s adolescentom.

3. BUDITE SPREMNI

Budite upleteni u njihov život koliko najviše možete. Pokažite im da ste odani svom članu obitelji usprkos stresu i gubitku.

RODITELJSKI SAVJET: Sudjelujte u djetetovim školskim aktivnostima. Pronađite sve one stvari koje možete ili morate obavljati zajednički te sudjelujte aktivno u njima. Ručajte, doručkujte i večerajte zajedno. Zajedno idite u jutarnje ili večernje šetnje.

4. UČITE ODGOVORNOSTI

Adolescenti obično mole roditelje da im daju njihovu neovisnost. Najbolji način da ih naučite odgovornosti jest da im dajete sitne poslove koje će obavljati po kućanstvu. Ne gledajte na te sitne poslove kao na nešto čime ih zamarate već kao priliku da vaše dijete u toj dobi pokaže svoju odgovornost odnosno da se dokaže u svojoj novo stečenoj slobodi.

RODITELJSKI SAVJET: Počnite sa manje odgovornim poslovima i polako im dajte sve odgovornije poslove.

5. ŽIVITE SVOJIM NAČINOM I U GRANICAMA MOGUĆNOSTI

Roditelji često znaju zapasti u velike dugove kako bi se „brinuli“ o svome djetetu. Daju svojem djetetu pravu odjeću za njega, kupuju mu njegov vlastiti auto te ostale „potrepštine“ za koje dijete misli da su mu potrebne. Adolescent neće naučiti ispravnu vrijednost novca, a roditelje će dugovi dovesti do financijskog stresa.

RODITELJSKI SAVJET: Naučite svoje dijete da pravilno i „zdravo“ troši novac. Ukoliko su u godinama gdje se mogu zaposliti, dozvolite im da se zaposle te neka svojim primanjima pokriju troškove za njima prijeko potrebne stvari. Neka jednom ili dva puta nauče na svojim greškama.

ZAKLJUČAK

Porodični doktor se kroz fakultetsku nastavu obučava da uzme adekvtnu amamnezu za postavljanje što tačnije dijagnoze i usješnije terapije. Za vrijeme specijalizacije, slično znanje se prikuplja sa primjesama vještina kolega porodičnih dokora i dobivanjem smjernica za što kvalitenijim radom u praksi. Pacijent, kao konuzmnet socijalne problematike i psiho-tjelesnih oboljenja, dolazi kod svog prodičnog doktora , obično zbog jednog tjelesnog problema.

Savremeni porodični doktor, treba da ima detektor za mentalna oboljenja, socijane probleme, kliničke vještine, emapiju prema pacijentu i promptne odgovore na savremenu psiho-socijanu patologiju-PSP-kao sve učestalije stanje kod pacijnata u ambulantama porodične medicine.

LITERATURA

1. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovina
2. AKAZ (2005) Akreditacijski standardi za dom zdravlja. Sarajevo
3. Butler, T. (1993) Changing Mental Health Services: The Politics and Policy. Champan & Hall. London, Glasgow, New York, Tokio, Melburne, Madras
4. Federalno ministarstvo zdravstva (radna verzija, 2008) Politika mentalnog zdravlja
5. HNI i SWEBiH (2000) Procjena potreba zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u Federaciji Bosne i Hercegovine
6. HNI i SWEBIH (2002) Analiza situacije i procjena potreba: Usluge mentalnog zdravlja u zajednici u Bosni i Hercegovini
7. Mosher, L. & Burti, L, (1994) Community Mental Helath: A Practical Guide. W.W. Norton & Company. New York, London
8. WHO (2003) Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health. WHO
9. Godeč Ž. (2003.) : „Bez oca ili majke odrasta svako 5. dijete u Hrvatskoj
10. Raboteg-Šarić Z., Pećnik N., Josipović V. : „Projekt jednoroditeljske obitelji: osobni doživljaj i stavovi okoline“, Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži,2003, Zagreb
11. Radna uloga jednoroditeljskih obitelji – kodeks dobre prakse za poslodavce i vlade“, Udruga za unapređenje kvalitete življenja LET,2007,Zagreb
12. Grable T. (2008): „Pet savjeta za samohrane roditelje“,
13. Fišter S., Marković N., Radat K., Ogresta J. (2006): „Za i O jednoroditeljskim
14. Policies and practices for mental health in Europe, WHO, 2008.

21

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 21

Muskuloskeletni sistem

Neurologija

I dio

Vrijeme	Nastavna strategija	Tema	Nastavni ciljevi
9:00-11:30	Predavanje	Njega stopala kod pacijenata oboljelih od diajbetesa	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • Izradi sestrinski plan njege (sa različitom problematikom). • Prepoznati pacijenta sa rizikom za nastanak dijabetskog stopala. • Opisati specifične zabrinutosti pacijenta sa dijabetesom. • Objasniti zdravstvenu edukaciju i prevenciju za pacijente sa rizikom od dijabetesa. • Prepoznaju vaskularne i neurogene promjene stopala.
11:30-12:00	Predavanje i diskusija	Uloga med.sestre u monitoringu dijabetičnog stopala	• Identifikuje ulogu porodične medicinske sestre u monitoringu dijabetičnog stopala • Identifikuje ulogu medicinske sestre u prevenciji dijabetičnog stopala oboljelih od dijabetesa.
12:00-13:00 PAUZA ZA RUČAK			
13:00-16:00	Demonstracija pregleda stopala Vježba u grupama pregled stopala	Pregled i njega stopala	• Izradi plan za poboljšanje kontrole dijabetičnog stopala kod oboljele populacije pacijenata • Iznese svoje mišljenje o uticaju trening programa na njihovu praksu • Objasni koje promjene su u stanju napraviti u svojoj ambulanti • Analizira postojeće prepreke u implementaciji pristupa porodične medicine po pitanju njege pacijenta

DIJABETIČNO STOPALO

Pripremila: Advija Čustović

Definicija

Dijabetes melitus je hronično nezarazno oboljenje, koje se karakteriše visokim nivoom glukoze u krvi (hiperglikemijom), a koja nastaje zbog poremećaja u sekreciji inzulina u njegovom nedjelovanju ili zbog postojanja oba poremećaja.

Dijabetes nastaje usljed djelovanja genetskih faktora, faktora vanjske sredine i samog načina života. Pored osnovnih simptoma ispoljenog dijabetes melitusa, veliki značaj imaju komplikacije koje mogu biti akutne i hronične.

Komplikacije oboljelih od dijabetesa mellitus: akutne i hronične

Akutne komplikacije nastaju usljed akutno povišene ili snižene glikemije i zahtijevaju hitnu medicinsku intervenciju.
Hronične komplikacije, daleko su značajnije, nastaju sporije i za njima treba tragati. Dijele se na mikrovaskularne i makrovaskularne komplikacije.
U mikrovaskulane komplikacije se ubrajaju dijabetična: nefropatija,retinopatija i neuropatija.

- Nefropatija- osobe sa DM imaju 20-40% šansu za nastanak nefropatije
- Retinopatija -kod 90% pacijenata sa loše kontrolisanim DM nastaje retinopatija,vodeći uzrok slijepila kod osoba od 20-74 godine u SAD
- Bezbolan,unutrašnji proces koji započinje sa zamućenim vidom.
- Neuropatija-osjećanje se javlja u području perifernih autonomnih i spinalnih nerava uslijed povišene glukoze u krvi kroz duži vremenski period.

Pacijenti pate od:

- Parastezije: trnjenje,osjećajžarenja,bol
- Utrnuće: smanjen osjećaj bola,temperature
- Smanjena svjesnost o položaju tijela,pokretima i poziciji
- Povreda stopala i infekcije.

Neuropatija takođe može uzrokovati:

- Konstipaciju ili dijareu
- Atoničan mokraćni mjehur
- Impotenciju
- Tihi infarkt miokarda

Dijabetično stopalo se izdvaja kao posebna komplikacija zbog složenosti svog nastanka. Rezultat je isključivo sa dejstva:

- Periferne neuropatije (mikrovaskularna dijabetična komplikacija), i
- Periferne angiopatije (makrovaskularna dijabetična komplikacija) [1].

Zbog periferne neuropatije, bolesnik slabije osjeća dodir i bol (senzorna neuropatija). Te je izgubljen važan odbrambeni mehanizam - stopalo je kao tuđe.

Istovremeno, zbog motorne neuropatije opuštaju se mišići potkoljenice i stopala. Popušta savršeni biomehanički sklop stopala i dolazi do neravnomjerne raspodjele sila – spušta se svod stopala, povećava se pritisak na mjestima izbočenja koje čine glavice kostiju stopala. Tako nastaju karakteristične deformacije stopala u dijabetičara (sve do Charcot-ove deformacije stopala).

Zbog autonomne neuropatije znatno je smanjeno izlučivanje znoja, koža postaje suha, neelastična i puca. Povećava se protok kroz arteriovenske anastomoze, stopalo je toplo i otečeno, sa istaknutim venama na dorzumu. Ovakvo je stopalo vrlo podložno infekciji (1). Pod perifernom angiopatijom podrazumevamo suženja lumena arterija kao rezultat progresivne ateroskleroze. Periferni pulsevi su sniženi ili se uopšte ne palpiraju. Rezultat ovih složenih metaboličkih promjena je hipoksija i hiperosmolarnost u tkivu, zbog čega je povišen pritisak u mišićnim vlaknima. Ako dominira periferna neuropatija (neuropatsko stopalo), stopalo će biti toplo, ružičasto i sa vrlo suhom kožom, pulsevi se pipaju zbog očuvane cirkulacije, često su izražene vene na dorzumu stopala, česti su kalusi, bezbolni ulceri (senzorna neuropatija), gangrena na mestu pritiska, Charcot-ova artropatija, neuropatski edemi.

Oslabljena cirkulacija krvi u stopalima uobičajena je za osobe starijeg životnog doba i oboljele od šećerne bolesti. Oštećenja nerava u nogama mogu nastupiti nakon višegodišnje slabe cirkulacije.

Dijabetično stopalo je produkt niza faktora, a jedna je od najtežih komplikacija šećerne bolesti, javlja se najčešće na prstima stopala i na samom stopalu. U svom kliničkom toku ima tendenciju hroniciteta ili perakutnog toka s amputacijama.

Postoje tri osnovna mehanizma koji dovode do nastanka dijabetičkog stopala;

Mikroangiopatija – promjene na arteriolama i kapilarama zbog taloženja glikozamina u bazalnu membranu s posljedičnim zadebljanjem endotela i zatvaranja malih krvnih žila, a što rezultira ishemijom tkiva.

Znaci smetnje u cirkulaciji: bol prilikom trčanja (u listovima), blijeda i plavičasta koža, koža hladna na dodir, slab puls prilikom pregleda.

Polineuropatija – oštećenja živaca što rezultira smanjenjem ili gubitkom osjeta i zbog toga su moguće ozljede i makroangiopatija promjene na velikim i srednjim arterijama u vidu taloženja lipida u intimu što rezultira stenozama.

Znaci oštećenja nerava su**:** neosjetljivost na toplinu i bol, utrnulost, peckanje, osjećaj hladnoće (iako su noge tople), mravinjanje, grčevi u listovima u mirovanju, bolovi u mirovanju (noću), suha i perutava koža, bezbolne kurije oči, bezbolne rane, natekle noge, rožnati žuljevi, deformacije stopala (iskrivljena stopala i nepokretljivost palčeva).

Okluzija arterija posljedica je ishemija tkiva.

Karakteristike dijabetičkog ulkusa

- Lokalizacija – prsti i stopalo (najčešće taban)
- Dno – duboka nekroza sa superinfekcijom uz izraženu progresiju duž tetiva i drugih prostora
- Sadržaj – gnojna, prljava sekrecija
- Okolina – celulitis, flegmona, gangrena

Dijagnoza dijabetičkog stopala se postavlja na nivou tima porodične medicine. Skrining se radi jednom godišnje, a u slučaju promjena češće.

Procjena rizika za nastanak dijabetičnog stopala

U procjeni rizika za nastanak dijabetičnog stopala (ulcera ili aputacije) važno je procijeniti pet ključnih faktora rizika:

- Postojanje prethodne historije ulcera stopala
- Procjena senzilibiteta
- Prisustvo deformiteta
- Procjena cirkulacije
- Procjena znanja za samonjegu i ponašanje

Procjena dijabetičnog stopala/brza provjera rizika
Riziko faktori

1. Ulcer stopala (rana koja nije zacijelila> 2 sedmice) sada ili ranije	**Da**	**Ne**
2. Gubitak senzacije na bilo kojem mjestu (nakon testiranja na 4 mjesta: veliki prst, prvi treći peti metatarzalni prostor koristeći 10 gr monofilament).		
3. Prisustvo kalusa na tabanu, prstima ili abnormalan oblik stopala (npr kandžasti prsti, batičasti prsti haluks i kurije oči)		
4. Palpiranje pulseva (arterija dorzalis pedis i arterija tibialis posterior) i pozitivna historija prisustva manjeg bola u ekstremitetu pri naporu koji se smanjuje odmaranjem.		
5. Pacijent nije u stanju vidjeti ni dohvatiti vrh stopala i niko ga nije podučavao o pravilnom provođenju inspekcije i njege stopala.		
6. Nošenje neadekvatne obuće (suviše uske ili male cipele, gruba i istrošena unutrašnjost obuće, neravnine u obući u predjelu stopala ili pete).		
7. Pacijent nikada ranije nije imao edukaciju o njezi stopala		
8. Pacijent nije provjeravao stanje stopala većinu dana. Pitajte „kako znate da li se pojavilo crvenilo ili neki drugi problem na Vašim stopalima? Ili „Kako često pregledate Vaša stopala?		
9. Pacijent nije prijavio zdravstvenim radnicima probleme na stopalima. Pitajte „Šta biste učinili ako pronađete žulj/plik na Vašem stopalu”.		
10. Pacijent ne primjenjuje korake za smanjenjenje rizika od povrede. Pitajte da li hoda bosih nogu vani ili unutar doma, da li provjerava prisustvo stranih objekata u cipelama prije nego ih obuje, da li provjeri temperaturu vode prije kupanja, itd.		

Ako je odgovor NE za sve stavke od 1 do 4, pacijent je u nižem riziku za nastanak dijabetičnog stopala

Ako je odgovor DA u bilo kojoj stavci od 1 do 4, pacojentima povećan rizik za nastanak dijebetičnog stopala.

Ako je odgovor DA u bilo kojoj stavci od 5 do 10, indicira potrebu povećanja znanja kod

pacijenta za samonjegu i promjene ponašanja.Radi se o Nnedostatku znanja za samonjegu.

Klasificirati stopala u riziku (ako je pacijent prethodno imao,ulcer ili deformitet na stopalimu,ili promjene na koži smatra se u visokom riziku).

- Trenutno nizak rizik
- Povećan rizik
- Visok rizik
- Ulcerirano stopalo

Pregled stopala

Pregled stopala obuhvata vizuelnu inspekciju,palpaciju pulseva,ispitivanje senzibiliteta,te preporuke i smjernice pacijentu za dalju njegu stopala

Vizuelna inspekcija,cilj da se brzo identifikuje jasan problem,dokumentovati nalaze inspekcije stopala i utvrditi potrebu za sveobuhvatnim pregledom stopala.
Vizuelna inspekcija stopala se obavlja:

- Prilikom svake posjete pacijenta koji ima neuropatiju.
- Najmanje dva puta godišnje za osobe sa jednim ili povećanim rizikom u cilju zaštite stopala od razvoja dodatnih faktora rizika.
- Najmanje godišnje ili češće,ako je potrebno za stopala u niskom riziku.

Palpacija (desna i lijeva noga) podrazumijeva:

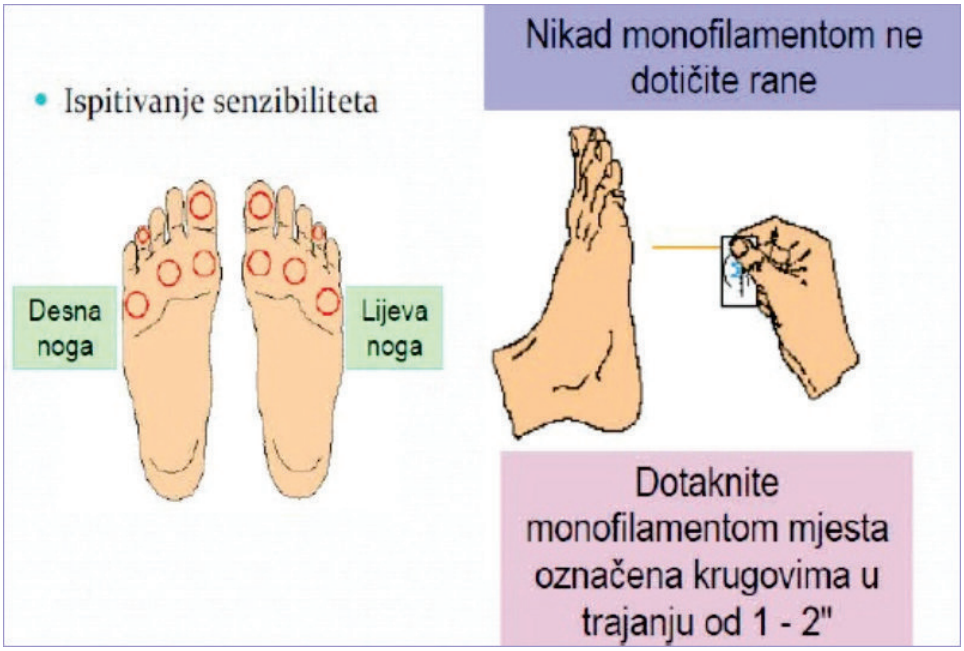
- Palpaciju pulseva(arterije dorzalis pedis i arterije tibialis posterior),
- Temperatura kože.
- Kapilarno punjenje velikog prsta(normalno je za manje od 2 sekunde).

Senzibilitet - Ispitivanje površnog snzibiliteta pomoću monofilamenta.
Monofilament se primjenjuje na dorzumu velikog prsta proksimalno od nokatne lože 4 puta na oba stopala**.**

Upotreba monofilamenta

1. Pokažite pacijentu monofilament.Stavite kraj monofilamenta na šaku ili ruku pacijenta i pokažite da ova procedura neće nanijeti povredu
2. Zamolite pacijenta da legne na leđa,zabaci glavu i sa zatvorenim očima gleda prema plafonu.
3. Zamolite pacijenta da kaže „da“ kada osjeti dodir monofilamenta na njegovom stopalu.Nikada nepitajte pacijenta „Da li osjećate ovo“?
4. Držite monofilament okomito na koži i laganoga mrdajte kada testirate.Pokušajte za 3 sekunde uključiti sljedeće:
    - Postaviti kraj monofilamenta na taban stopala.
    - Potiskujte monofilčament do laganog savijanja.
    - Podignite monofilament sa kože.

5. Ponovite isto na sljedećem mjestuza testiranje.Ako monofilament slučajno sklizne sa kože,ponovo testirajte to mjestokasnije ili u sljedećem testiranju.
6. Ako pacijent nekaže „da“ kada dotaknete testirano mjesto,nastavite testirati slijedeće mjesto gdje pacijent nije osjetio monofilament.
7. Ne koristite monofilament na ranam,nekrotičnimpodručjima,kalusu ili ožiljcima.(3)



- Pacijent ne vidi izvođenje testa
- Ispitivanje se radi na oba stopala
- Pregleda se monofilamentom koji izvodi pritisak 10 g
- Pritisak monofilamenta se postepeno pojačava do njegovog savijanja
- Ispitivanje se vrši na deset tačaka na oba stopala
- Prisustvo neuropatije dokazuje izostanak osjeta na >5 ispitivanih tačaka na svakom stopalu
- Ispitivanje dubokog senzibiliteta (zvučna viljuška).
- Ispitivanje osjećaja za dodir i bol (vata i igla).
- Palpacija (toplina kože, puls arterije dorsalis pedis i arterije tibialis posterior)
- Inspekcija stopala postojanje deformiteta na stopalima (boja kože, dlakavost, promjene u vidu žuljeva, maceracija, plikova, ragada, ulkusa, infekcije, deformiteti, nokti).(3)

Ispitivanje dubokog senzibiliteta pomoću zvučne viljuške

- Primjena 128 hercne zvučne viljuške na dorzumu velikog prsta, na oba stopala.Pacijent osjeća kad vibracija počinje i kad vibracija prestaje (8 pokušaja)
- Pogreške > 4 = periferna neuropatija
- Pogreške > 2 = nema periferne neuropatije

Prevencija dijabetičnog stopala

Od izuzetnog je značaja prevencija dijabetičnog stopala.
Prevencijom se postiže bolji kvalitet života pacijenata oboljelih od DB, tracionalizacija zdravsvene njege.

- Redovno pranje nogu u mlakoj vodi
- Brisanje nakon pranja mekanim ručnikom bez trljanja
- Redovni pregledi stopala
- Nošenje adekvatne i udobne obuće
- Prevencija znojenja
- Pravilno rezanje noktiju
- Masaža kože i druge metode
- Ne hodati bos ili nositi cipele bez čarapa. Prije nego što obučete cipele, uvijek provjerite da ne postoji kamenčić ili nešto drugo što može ozlijediti kožu stopala.
- Nosite čarape od pamuka bez šavova, ili nositi čarape sa šavova iznutra prema van. Mijenjati čarape svakodnevno. Ne nosite čarape koje su prljave ili vlažne
- Nemojte pokušati ukloniti kurje oči ili žuljeve sami. Razgovarajte sa svojim ljekarom ili medicinskom sestrom ako imate kurje oči ili žuljeve.
- Nemojte zagrijavati noge sa vodom lječilišta ili toplom vodom boca. Nemojte zagrijavati noge blizu vatre ili tijela kojeodaje veliku toplinu. Ako imate smanjen osjećaj u nogama, veći jerizik za opekotine.

Kada pregledati stopalo

Koža stopala stari mnogo brže od kože na ostalim djelovima tijela jer je izložena brojnim spoljnim i unutrašnjim uticajima, poput neprimerene i nepravilno oblikovane obuće koja koži onemogućuje disanje i uzrokuje prekomjerno znojenje.

Kontrolisati stopala svaki dan.
Zašto kontrolisati?

- Da bi se rano uočili problemi

Kada kontrolisati?

- Svaki dan nakon kupanja,tuširanja ili mijenjanja čarapa

Gdje kontrolisati?

- Pod dobrim svijetlom ili da neko učini to za vas
- Tražiti posjekotine, otvorene ranice, žuljeve, zacrvenjena područja, otekline

Pipanjem stopala može se rukama osjetiti zadebljanja, raspukline, deformacije i slično.

Preporuke i smjernice pacijentu za njegu stopala

1. Pregledajte stopala svaki dan pažljivo. Dobro pogledajte prostor izmedju svih prstiju. Plik ili infekcija mogu početi izmedju prstiju, a sa dijabetesnom neuropatijom se može desiti da ih ne osjećate, sve dok ne postanu iziritirane i inficirane.
2. Perite stopala mlakom, a ne vrelom vodom. Možda nećete biti u mogućnosti da osjetite pravu temperaturu vode, zato prvo testirajte temperaturu svojim rukama. Izbegavajte dugotrajno kvašenje u vodi. Posebno se morate pobrinuti da noge budu dobro osušene između prstiju jer je, u slučaju da koža ostane vlažna, upravo to pravo mijesto za razvoj brojnih bakterija odnosno gljivica.
3. Poslije pranja nogu poravnajte nokte, najbolje turpijom. Vodite računa prilikom sječenja noktiju da ne dođe do urastanja.
4. Žuljeve ili zadebljanja na koži nježno istrljajte peškirom ili kamenom za glačanje. Na mjestima gde je žulj umetnite mekano jastuče. Plikove pokrijte zavojem.
5. Nosite udobnu obuću. Tijesna i neudobna obuća može dovesti do pojave plikova koji se mogu inficirati i prerasti u ranu.
6. Izbjegavajte da hodate bosi - uvijek obujte papuče ili čarape. Uvijek nosite pamučne čarape. Koža, plastika i drugi materijali mogu iziritirati kožu stopala.
7. Koža treba da je mekana, a ne suha. Koristite svakodnevno losion za negu kože u kome nema alkohola i koji se nakon nanošenja lako upija. Koža nakon upotrebe losiona ne treba da bude vlažna i ljepljiva. Ne mažite prostor izmedju prstiju.
8. Obavezno ukažite svom ljekaru na svaku promjenu u senzibilitetu u stopalima, nogama ili prstima koju ste zapazili. Kažite ukoliko osjećate bol, bockanje, trnjenje.
9. Plivanje, vožnja biciklom, joga su vrste aktivnosti koje su preporučljive jer ne opterećuju suviše stopala. Ipak, prije svake fizičke aktivnosti posavjetujte se sa svojim ljekarom.
10. KONTROLIŠITE NIVO ŠEĆERA U KRVI SVAKODNEVNO, jer je to najbolji način za preveciju komplikacija.

Kada njegu stopala povjeriti drugom

Koža stopala stari mnogo brže od kože na ostalim djelovima tijela jer je izložena brojnim spoljnim i unutrašnjim uticajima, poput neprimjerene i nepravilno oblikovane obuće koja koži onemogućuje disanje i uzrokuje prekomjerno znojenje.
Njegu stopala trebali biste povjeriti nekome drugom ili profesionalnom njegovatelju (pedikiru) u slučaju:

- Ako slabo vidite,
- Rukama loše dohvaćate stopala,
- Iimate urasle nokte, kurije oči ili bradavice koje vi sami možete obraditi samo uz veliki rizik,
- Ako imate na nozi ranu koja sporo zarasta.(4)

Dijabetičar mora redovno brinuti za svoja stopala, što podrazumijeva svakodnevni samopregled nogu, brižnu njegu, besprijekornu higijenu, odabir prikladnih čarapa i dovoljno širokih i udobnih cipela, redovno kretanje i kontrolu šećera u krvi.
Pritom posebnu pažnju mora obratiti na:

- kožu između prstiju (moguća zahvaćenost gljivicama),
- je li koža na stopalima debela i tvrda (izloženija infekcijama),

- kurje oči,
- raspucana koža.

Čak 15% dijabetičara prije ili kasnije dobije rane na nozi. Toj problematici znatno pridonose i nepravilna njega nogu, neprikladna obuća (prije uske cipele, visoke pete) i pedikiri manjkavog znanja, koji nisu svjesni svih opasnosti šećerne bolesti.

Kurije oči i kalusi

- Javljaju se usljed pritiska, najčešće usljed neodgovarajućih cipela.
- Nikada nesjeći kurije oči i kaluse,uvijek treba zatražiti pomoć profesionalca.
- Nikada ne koristiti kure za kurije oči,meleme ili tekućine da bi odstranili zadebljalu kožu,je će takve supstance oštetiti zdravo tkivo.

Nokti

- Rezati nokte na nogama pri jakom svijetlui nakon kupanja, kada su nokti mekani.
- Uvijek koristiti grickalicu za nokte ili makaze.
- Nikada neupotrebljavati nožili grubu turpiju.
- Nikada ne gukiti ili otkidati zanoktice.
- Sjeći nokte na nogama ravno,a nikada u uglovima ili niže završetka nokta.
- Provjeriti ima li rubova, ublažiti ih turpijom.

Prilikom njege stopala izbjeći će se povrede stopala samo pod uslovom da se izbjegava pribor kojim bi se moglo povrijediti. Zato upotrebljavati zaobljen pribor za skraćivanje noktiju na nožnim prstima. Nokte režite ravno i nježno ih isturpijajte. Svakodnevno prati noge blagim sapunom, dobro posušite i zaštitite kožu kremom. Pošto stopala ne osjećaju koliko je voda zagrijejana, najbolje je koristiti termometar i ne prelaziti 37ºC.

Nikada ne koristite oštre predmete kao što su britvice, makazice, nožići za kožu, agresivne preparate za kurje oči odnosno rožnate izrasline.

Pravilna njega stopala amputacija

Veće probleme poput upaljenih zadebljanja trebalo bi liječiti antibioticima ili, u nekim situacijama, kirurški.
Imate li bolno kurje oko, nikako ga nemojte rašpati jer ćete ga time učiniti bolnijim i osjetljivijim.
Ispucala zadebljanja ili kalus najlakše će se odstraniti hidrokortizonskim kremama tokom noći namazati kalus, a ujutro zadebljanje istrljati blago ručnikom.

Uloga medicinske sestre u monitoringu dijabetičnog stopala

Primarni cilj u tretmanu ulcerozne rane na stopalu dijabetičara je zarastanje u što kraćem vremenu pri čemu se mora voditi računa o drugim oboljenjima koja se pored dijabetesa,uporedo odvijaju kod istog pacijenta (komorbiditet se kod dijabetičara gotovo uvijek odnosi na kardiovaskularna i bubrežna oboljenja),te o mogućim reinfekcijama ili razvojem novih bakterijskih sojeva.

Medicinska sestra-tehničar koja ima zadatak da njeguje ranu ovog bolesnika, stoga strategiju tretmana treba osmisliti tako da ona bude sveobuhvatna i učinkovita.

Edukacija pacijentai njegove porodice je osnovna komponenta u liječenju dijabetesa i spriječavanju komplikacija.

Liječenje podrazumijeva multidisciplinarni pristup:

- Edukacija pacijenta (svakodnevni samopregled stopala, nošenje ortopedskih cipela...)
- Redovna kontrola i korekcija šećera u krvi
- Medikamentozna terapija
- Psihosocijalna pomoć
- Fizikalna terapija
- Hiperbarična oksigenoterapija (barokomora).

Hirurško liječenje:

- Nekrektomije,
- Toalete rane,
- Zatvaranje rane režnjem ili slobodnim kožnim transplantatom,
- Lokalni tretman rane - adekvatne suportivne obloge za rane. (4)

SLUČAJ

Pacijen A.R staraosti 45 g. Na inzulinu 20 godina, neregulisan šećer i kreće se između 8,0-10,0 mmol/l. Od komplikacija ima angiopatiju donjih ekstremiteta sa suženjem krvnih sudova od 30-40%, registrovano dopler dijagnostikom. Prostorija u kojoj boravi pretrpana namještajem. Poslije jedne manje povrede noge (udar nogom od sto) zadobio je lakšu lacerokontuzionu ranu. Sam previja ranu nekoliko dana, a nakon što se rana ne smiruje, pacijent se javlja u ambulantu.Nakon pregleda stopala sestra konstatuje ozbiljniju povredu. Uvodi pacijenta ordinirajućem ljekaru koji uključuje antibitike i upućuje ga hirgurgu. Hirurg savjetuje da se nastavi sa antibiotikom (petak) i da se javi u ponedjeljak na kontrolu. Tokom vikenda je došlo do razvoja gangrene, pa je u ponedeljak indikovano bolničko liječenje i aputacija stopala do skočnog zgloba.

U otpusnoj listi je pisalo da je do gangrene došlo uslijed zakašnjenja na kontrolni pregled.

Infekcija se kod dijabetičnog stopala razvija brzo i nekada napreduje i pored propisane antibiotske terapije. Treba naglasiti da je potrebno korigovati inzulinsku terapiju do uspostavljanja metaboličke kontrole

Pacijentu savjetovati da svaku promjenu na stopalima u toku terapije (promjena boje stopala,širenja zapaljenskog žarišta,temperature,bola) odmah prijavi svom ljekaru ili medicinskoj sestri. (7)

LITERATURA

1. Korščić M, Dijabetičko stopalo - liječenje infekcija i kirurška terapija, Zagreb, 2004.
2. Bećir H i saradnici Dijabetes melitus klinički aspekti, Sarajevo, 2002.
3. Avdić M, Švrakić S, Peševski Z, Bajramović E, Jahić E, Vodič za njegu dijabetičkog stopala, Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, 2009.
4. Opšta medicina porodična medicina, Diabetes mellitus, Beograd, 2003.
5. www.plivazdravlje.hr
6. Jatić A, Kečo A, Avdić M, Diabetes mellitus, Sarajevo, 2007.
7. Đurica M. Zdravstvena njega u internoj madicini, Beograd 2008.

22

Plan, program i sadržaj edukacije iz nastavne jedinice 22

Muskuloskeletni sistem

Ishrana u porodičnoj/obiteljskoj medicini

II dio

Vrijeme	Tema	Nastavni ciljevi	
9:00-10:30	Bol u krstima: edukacija pacijenata	**Na kraju ove sesije učesnik će biti sposoban da:** • razumjeti mehanizam nastanka čestih sindroma boli u području ledja i nogu • savjetovati pacijente o tretmanu i rehabilitaciji nakon povrede • napraviti ispravnu procjenu pacijenta sa bolom u ledjima • znati kada je radiološka ili ortopetska procjena potrebna • liječenje bola, vježbe, tjelesni mehanizmi, modifikacija rada	Predavanje i diskusija Kliničke vještine – pregled leđa
10:30-10:45 PAUZA			
10:45-12:00	Artritis i reumatska bolest:	• Prepoznavanje znakova i simptoma; ciljevi tretmana; smanjenje boli i nelagode; umanjenje umora, povećanje mobilnosti	Diskusija
12:00-13:00 RUČAK			
13:00-15:00	Ljekari i tehničari Ishrana dojenčadi: savjetovanje roditelja Nadomjesci u ishrani	• Edukacija vezana za ishranu pacijenata (sa): ♦ Osteoporozom ♦ Koji se oporavljaju od operacije ili akutne bolesti ♦ Renalnim problemima	Diskusija u grupi
15:00-15:30	Evaluacija PAT programa		

BOL U DONJEM DIJELU LEĐA

Uvod

Bol u donjem dijelu leđa širom svijeta stvara štetu od preko sto milijardi dolara godišnje (ako se uračuna gubitak u produktivnosti i odsustvovanjima sa posla)

- bijelci, muškarci i žene podjednako često
- kod jedne trećine onesposobljava
- u 90% je rekurentan
- kod 1/3 zahvaća živčane korjenove
- uvjetuje 1/4 od izgubljenih radnih dana
- U USA gubitci 20-30 mld. dolara

Razlozi za pojavu bola u donjem dijelu leđa

Specifični razlozi nastanka bola u krstima

- malignitet
- infekcije
- prijelomi

Rizični faktori

Starenje	Posebno ako je postojala prijašnja povreda.
Fizički zahtjevni poslovi	Podizanje, dugi periodi stajanja ili sjedenja, okretanje.
Mnogo sjedenja	
Loše držanje	
Određeni sportovi	Koji uključuju okretanje i izvijanje leđa, npr. golf, ronjenje.
Oboljenje zgloba ili kosti	Osteoporoza ili artritis.

Patološke promjene kod bola u donjem dijelu leđa

Oštećenje mišića i ligamenata	**Posebno ako:** ☐ **Loše vježbanje.** ☐ **Neprikladna upotreba** ☐ **Gojaznost** ☐ **Pušenje**
Starenje	**"Nosi i poderi", može voditi u degeneraciju i artritičke promjene, hernijaciju diska pršljena.**
Osteoporoza i frakture	**Posebno kod žena u postmenopauzi.**

Ključna stvar u pomoćl ljudima sa perzietsntnom ne- speciifčnom boli u krstima je vlastito vođenje svog stanja (self menage). Osigurati savjete i informacije najvažniji dio .
Ciljano preporučiti strategije menadžmenta bola ima najveći utjecaj na lični život pacijenata čak i ako bol nije prestala potpuno.

Ključni prioriteti za implementaciju

Informacije, edukacija invididualne postavke za pacijenta

Simptomi

- postepeno nastajanje i napredovanje
- nedefiniranih smetnji i bola ili
- nagli početak nakon nespretnog pokreta, podizanja težine i naprezanja, praćen muskularnim spazmom, ukočenošću - svaki pokret pogoršava stanje

Bol u drugoj (radikularnoj) fazi

- oštri bol u leđima popušta, ostaje neodređen osjećaj slabosti i nelagodnosti
- nastaje stalni, tupi bol niz nadkoljenicu i podkoljenicu, bol u stopalu rijedak
- bol praćen trncima, bockanjem, utrnulošću
- pogoršava se sjedenjem, stajanjem, hodom, kašljanjem, kihanjem, napinjanjem

Zašto popušta bol u leđima? Fragmenti su u kanalu, nema više pritiska na anulus i ligament

Stajanje - nagnut naprijed, bolesna noga flektirana u kuku i koljenu, oslanja se na veliki prst

Hod - spor, podupire leđa rukom, skolioza

Ležanje - na zdravoj, bolesna flektirana u kuku i koljenu

Konzervativni tretman

- Teški simptomi: apsolutno mirovanje na čvrstoj podlozi, jastuk pod koljenima, parenteralno analgetici i sedativi
- Slijedi faza limitirane aktivnosti, odmora, izbjegavanje napora i dizanja
- U trećoj fazi vježbe za abdominalnu muskulaturu i erektore spine, pravilno pozicioniranje tjela, nove navike

Liječenje

- Modifikovana aktivnost- osim ako je bol jaka,lagana aktivnost ubrzava zaliječenje
- Led,toplota, masaža
- Lijekovi
- Fizikalna terapija
- Adaptacija životnog stila
- Smanjenje tjelesne težine

Vježbe za donji dio leđa

- Primarna svrha vježbi za leđa je povećati fleksibilnost i snagu mišića u leđima i abdomenu
- Vježbe raditi uz pomoć ljekara, fizioterapeuta ili medicinske sestre
- Specifične vježbe
- od značaja su vježbe karlice potkoljenskih tetiva,abdominalno jačanje i jaćčanje leđni ekstenzora
- Posebno za nekog ko je već imao povredu vježbe moraju biti stalna praksa

Prevencija (posebno kod budućih napada)

- Učite i vježbajte pravilne kretnje tijela
- Redovno vježbajte da očuvate leđa jakima i savitljivima
- Održavajte dobro držanje
- Izbjegavajte stajanje ili sjedenje na jednom mjestu duge periode
- Održavajte težinu idealnu za vas
- Jedite zdravu hranu,izbjegavajte pušenje

OSTEOARTRITIS I REUMATOIDNI ARTRITIS

Osteoartritis

Opis bolesti

Hrskavica je dio zgloba koji oblaže krajeve kostiju. Uništavanje hrskavice uzrokuje trljanje kostiju jedne o drugu, što uzrokuje bol i gubitak pokreta. U mnogim slučajevima, u osteartritičnim zglobovima mogu se razviti koštane izrasline nalik na mamuze, nazvane osteofiti. Postoje mnogi faktori koji uzrokuju OA. Iako su godine rizični faktor, istraživanja su pokazala da OA nije neizbježan dio starenja. Pretilost može dovesti do osteoartritisa u koljenima. Također, ljudi sa sportskim ozljedama, ozljedama zbog aktivnosti na poslu, te zbog nezgoda imaju povećan rizik od razvoja OA-a. Genetika ima ulogu u razvoju OA-a, pogotovo u rukama. Neki ljudi mogu biti rođeni sa defektnom hrskavicom ili sa malim defektima u načinu na koji su spojeni zglobovi. Kako osoba stari, ti defekti mogu uzrokovati rano uništavanje hrskavice u zglobu. U procesu uništavanja hrskavice, može postojati upala sa oslobađanjem enzima i većim oštećenjima hrskavice.

Simptomi

- bol u zglobovima za vrijeme ili poslije kretanja
- neugodu u zglobu prije ili za vrijeme promjene vremena
- oticanje i ukočenost zglobova, pogotovo nakon kretanja
- koštane izbočine na sredini ili na kraju zglobova prstiju ili baze palca
- gubitak fleksibilnosti zgloba

Koje pretrage se mogu napraviti?

Liječnici postavljaju dijagnozu OA temeljem kliničkog pregleda, te prisutnih znakova i simptoma. Rendgensko snimanje se koristi za potvrdu dijagnoze. Većina ljudi iznad 60-te pokazuju bolest na rendgenskim snimkama, a jedna trećina njih ima stvarne simptome.

Liječenje

Ciljevi liječenja su osigurati olakšanje od bolova, povećanje opsega kretnji i pojačati snagu. Postoji nekoliko vrsta liječenja:

- **Lijekovi.** Mnogi lijekovi bez recepta, uključujući acetilsalicilnu kiselinu (npr. Andol) ili ibuprofen (česti protuupalni lijekovi), mogu biti korišteni za učinkovitu kontrolu boli i upale kod artritisa. Lijekovi na recept (npr. diklofenak) za liječenje osteoartritisa su također dostupni. Liječnik odabire lijek uzimajući u obzir tip artritisa, njegovu jačinu i općenito fizičko zdravlje pacijenta. Pacijenti s vrijedom želuca ili dvanaesterca, astmom, bolestima bubrega ili jetre ne bi smjeli uzimati protuupalne lijekove. Injekcije tekućeg kortizona direktno u zglob mogu privremeno olakšati bol ili oticanje. Važno je znati, međutim, da često ponavljanje injekcija u isti zglob nije preporučljivo jer može oštetiti zglob i imati neželjene nuspojave.
- **Zaštita zgloba.** Štapovi, štake, hodalice ili učvršćenja mogu pomoći olakšanju od stresa i napetosti artritičnih zglobova. Metode učenja obavljanja dnevnih aktivnosti koje su manje stresne i bolne za zglobove također mogu biti od pomoći. Određene vježbe i fizikalne terapije mogu i trebaju se koristiti da bi se smanjila ukočenost, i da bi se ojačali mišići oko zglobova.
- **Operacija.** Općenito, ortoped će se za operaciju odlučiti kada druge metode nekirurškog liječenja nisu uspjele. Liječnik i pacijent će odabrati tip operacije prema tipu artritisa, njegovoj ozbiljnosti i pacijentovom fizičkom stanju. Kirurške procedure uključuju:
    - artroskopsku toaletu zahvaćenog zgloba
    - kirurško ispravljanje angularnih (kutnih) deformiteta zglobova
    - ugrađivanje totalne endoproteze zgloba (tzv. “umjetni zglobovi”)
    - spajanje krajeva kostiju u zglobu, kako bi se spriječilo kretanje zgloba, i na taj način olakšala bol u zglobu

Prognoza

Trenutno, većina tipova artritisa se ne može izliječiti. U međuvremenu, ortopedi u suradnji sa drugim liječnicima i znanstvenicima razvijaju mnoge učinkovite načine liječenja osteoartritisa. U većini slučajeva, osobe s artritisom mogu nastaviti sa svakodnevnim životnim aktivnostima.

Programi vježbanja, protuupalni lijekovi, te redukcija težine za pretile osobe su uobičajene mjere za smanjenje boli, ukočenosti i poboljšanje funkcije. Kod ljudi sa teškim slučajevima artritisa, ortopedska operacija često može osigurati veliko olakšanje boli i uspostaviti izgubljenu funkciju zgloba. Ugrađivanje totalne endoproteze obično omogućava osobi s teškim artritisom u kukovima ili koljenu hodanje bez boli ili ukočenosti.

Reumatoidni artritis

Reumatoidni artritis je hronično oboljenje u kojem dolazi do upale zglobova, njihovog oticanja, bolnosti, ukrućenosti i gubitka funkcije.

Proces započinje u sinoviji, membrani koja omotava zglob, tvoreći zaštitnu vrećicu.

Ova je vrećica ispunjena tekućinom za podmazivanje zgloba koju nazivamo sinovijalnom tekućinom. Osim zaštite zglobova, ova tekućina snabdijeva hranjivim tvarima i kisikom hrskavicu, glatko tkivo koje oblaže krajeve kostiju. Hrskavica je građena prvenstveno od kolagena, strukturnog proteina tijela, koji tvori mrežu vlakana i time podupire zglobove.

Kod reumatoidnog artritisa stalni upalni proces koji zahvaća sinoviju postupno razara kolagen, čime se prostor u zglobu smanjuje i konačno razara samu kost. Kod progresivnog RA razaranje hrskavice se ubrzava kada se tekućina i upalne stanice nagomilavaju u sinoviji, tvoreći panus, izraslinu koja se sastoji od zadebljanog sinovijalnog tkiva. Panus proizvodi više enzima koji razaraju obližnju hrskavicu, pogoršavajući status zahvaćenog područja i privlačeći više upalnih stanica, čime se upalni proces stalno ponavlja. Ovaj proces ne samo da zahvaća hrskavicu i kosti, već oštećuje i organe u drugim dijelovima tijela.

Uzroci

Stvarni uzroci nisu poznati.

Prema najprihvatljivijoj teoriji "okidač" reumatoidnog artritisa je kombinacija nekoliko riziko faktora, među kojima su abnormalni autoimuni odgovor, genetska predispozicija te virusna ili bakterijska infekcija.

Simptomi

Karakterističan simptom RA je jutarnja ukočenost koja traje najmanje pola sata. Simptomi poput malaksalosti, gubitka tjelesne težine i groznice mogu biti početni znaci reumatoidnog artritisa. Neki tvrde da nalikuju simptomima prehlade ili gripe, osim, naravno, što simptomi RA mogu trajati godinama. Otečenost i bol u zglobovima traju najmanje šest sedmica prije nego se RA dijagnosticira.

Premda se RA skoro redovito razvija u zglavcima i zglobovima prstiju, često zahvaća koljena i gležnjeve, zapravo mnoge zglobove. Bol je često simetrična, ali može biti žešća na jednoj strani, ovisno o tome koja se ruka češće koristi. Upaljeni zglobovi obično su natečeni i često se pri dodiru osjeća da su topli. U oko 20% slučajeva RA, upala krajnjih arterija uzrokuje potkožne čvoriće ili kvržice veličine graška ili malo veće. Locirani su u blizini laktova, premda se mogu razviti i bilo gdje drugdje. Čvorići su obično bezbolni, rijetko otkrivaju prisutnost reumatoidnog vaskulitisa (upala krvnih žila), stanja koje pogađa krvne žile pluća, bubrega ili drugih organa. Moguće je nakupljanje tekućine, posebno u koljenima. U rijetkim slučajevima javlja se u zglobnoj vrećici iza koljena i formira Bakerovu cistu nalik tumoru, a ponekad se proteže niz list noge, uzrokujući bol.

Dijagnosticiranje reumatoidnog artritisa nije jednostavno. Mogu mu nalikovati mnoga druga stanja, a simptomi se razvijaju podmuklo.

Rezultati krvnih pretraga i rendgenske snimke mogu biti normalni još mjesecima nakon pojave bolova u zglobovima. Krvnim pretragama može se posumnjati na moguć reumatoidni artritis.

Te pretrage su :

- Reumatodni factor
- Brzina sedimntacije eritrocita (SE)
- C reaktivni protein (CRP)

Liječenje/prevencija

Reumatoidni artritis liječi se lijekovima i promjenom načina života.

Za uklanjanje boli i usporenje progresije oboljenja koriste se mnogi preparati, ali još ne postoji odgovarajući program liječenja.

Cilj većine terapija lijekovima je dugoročno smanjenje upalnog procesa, sprečavanje oštećenja kostiju i ligamenata zglobova, očuvanje pokretljivosti, što veća ekonomičnost liječenja i odsustvo popratnih pojava. U početku se obično primjenjuju nesteroidni antiinflamatorni lijekovi (NSAIL) koji smanjivanjem upale ublažavaju bolove. NSAIL mogu uzrokovati nuspojave kao što su probavne smetnje i krvarenja iz probavnog trakta. Ako se nakon približno 4-6 sedmica uzimanja ne pokažu djelotvornima, terapija se upotpunjuje drugim preparatima. Tradicionalno se u terapiji drugog reda koriste antireumatici, i to tzv. antireumatici polaganog djelovanja. Oni su učinkovitiji od NSAIL-a i mogu dugoročno poboljšati tjelesne funkcije. Neki najčešće propisivani antireumatici su hidroksiklorokin, soli zlata i sulfasalazin. Neki stručnjaci preporučaju da pacijenti s umjerenim do teškim RA odmah započnu terapiju s antireumaticima, sa ili bez NSAIL-a. Indikatori za promptno i agresivno uvođenje antireumatika su lagana progresija, zahvaćenost dijelova tijela s isključenjem zglobova, visoka razina reumatoidnog faktora i genetski markeri. Kortikosteroidi smanjuju upalu i usporavaju oštećenja zglobova. Kratkoročno mogu poboljšati stanje, ali ako se primjenjuju više mjeseci ili godina, mogu izgubiti na učinkovitosti i izazvati ozbiljne nuspojave. Ostali lijekovi koji se koriste su imunosupresivi i blokatori faktora tumorske nekroze (TNF). Ovi preparati mogu uzrokovati teške nuspojave, kao što su povećana osjetljivost na infekcije i oboljenja. Opće mjere: redovita tjelovježba, kontrola težine, zdrava ishrana, primjena toplih i hladnih terapijskih postupaka (ovisno o fazi bolesti), tehnike opuštanja i uzimanje preporučenih lijekova.

Prognoza

Neki stručnjaci dijele reumatoidni artritis na tip 1 i tip 2. Tip 1 je rjeđi oblik koji traje najviše nekoliko mjeseci i ne ostavlja trajnu invalidnost. Tip 2 je kronični oblik koji traje godinama, ponekad doživotno.

ISHRANA PACIJENATA SA RENALNIM PROBLEMIMA

1. Prehrana bolesnika na dijalizi

*Bolesnicima na dijalizi namijenjena je kompletna i uravnotežen*a prehrana koja specifično zadovoljava energetske potrebe bolesnika s restrikcijom unosa tekućine i elektrolita. Hrana je visokokalorična s umjerenom količinom bjelančevina, prilagođenom količinom ugljikohidrata i masti, s pravilnim omjerom kalcija i fosfora te dodanim vlakana, što pomaže održavanju crijevne flore. Hrana može biti dodatak redovitoj prehrani ovisno o dnevnim kalorijskim potrebama bolesnika.

Energetske potrebe bolesnika s kroničnim zatajenjem bubrega odgovaraju onima zdravog čovjeka. Ipak, smanjivanjem glomerularne filtracije ispod 25 ml/min bolesnici obično smanjuju unos energije zbog postupnog razvoja anoreksije.

2. Procjena statusa uhranjenosti

U procjeni unosa prehrambenih tvari uzima se anamneza prehrane, procjena apetita, kvantitativan

i kvalitativan unos hrane, prehrambene navike te unos tekućine. Biokemijski pokazatelji uključuju procjenu zaliha proteina, imunološki status, određivanje vitamina, minerala i elemenata u tragovima, ravnotežu tekućine i elektrolita, kao i status lipida. Određuje se trenutačna, ali i bivša tjelesna težina, uspoređuje se sa standardnim vrijednostima, prate se promjene težine tokom vremena, izračunava indeks tjelesne mase prema formuli: tjelesna težina (kg)/ tjelesna visina ^{2} (m)

Hemodijaliziranim bolesnicima za održavanje neutralne ravnoteže dušika potrebno je minimalno 1,2 g bjelenčevina po kilogramu tjelesne težine dnevno. Oko 50% bjelančevina unesenih hranom trebaju biti životinjskog podrijetla (meso, riba).

Bolesnike s lošim prehrambenim statusom može se tijekom hemodijalize liječiti intradijalitičkom parenteralnom prehranom.

3. Prehrana bolesnika s akutnim zatajenjem bubrega

Bolesnici s akutnim zatajenjem bubrega, a naročito oni u kojih je zatajenje bubrega nastalo u sklopu višestrukog zatajenja organa, često su u hiperkatabolizmu i imaju proteinsko-energetsku pothranjenost. Hiperkatabolizam može biti posljedica temeljne bolesti i njezinih komplikacija, dijalize i lošeg prehrambenog statusa. Brojna istraživanja pokazala su da agresivno nadomještanje hranjivih supstancija i energije može popraviti prehrambeni status i poboljšati ishod liječenja bolesnika s akutnim zatajenjem bubrega.

4. Prehrana djece s kroničnim zatajenjem bubrega

Postizanje odgovarajućeg prehrambenog statusa je značajan problem u populaciji djece s kroničnim zatajenjem bubrega. Pristup prehrani djece treba biti multidisciplinaran, uključiti roditelje, te zadovoljiti tri osnovna uvjeta: 1. propisivanje odgovarajuće prehrane od strane liječnika, 2. praćenje prehrane od strane roditelja, i 3. hranjenje djeteta.

5. Prehrana starijih osoba s kroničnim zatajenjem bubrega

Za prevenciju pothranjenosti prehrana starijih osoba koje se liječe hemodijalizom treba sadržavati 1 g proteina po kilogramu tjelesne težine, s barem 6,3 g esencijalnih aminokiselina. Kalorijski unos treba biti barem 30-35 kcal/kg tijekom 24 sata. Preporučuje se nadomještanje vitamina topivih u vodi i vitamina D3 prema preporuci liječnika. Ukoliko se unatoč pravilno provedenim mjerama ne uspije izbjeći pothranjenost, treba započeti liječenje intravenskim prehrambenim pripravcima tijekom hemodijalize.

6. Prehrana nakon transplantacije bubrega

Bolesnici se nakon transplantacije sve bolje osjećaju, a u većine dolazi do oporavka apetita. Ipak, upravo ova skupina bolesnika zahtijeva posebnu pažnju kako bi što dulje zadržali funkciju transplantiranog bubrega i izbjegli brojne komplikacije koje su posljedica prethodne uremije te upotrebe imunosupresivnih lijekova. Više od 60% bolesnika unutar prvih godinu dana po transplantaciji dobije više od 10 % na tjelesnoj težini.

Dislipidemija je najčešće posljedica imunosupresijske terapije, ali joj u značajnoj mjeri doprinosi i debljina. Treba je započeti liječiti prehrambenim promjenama, a nakon 6 mjeseci od transplanatcije, kada se smanji doza imunosupresivnih lijekova, ukoliko dijetetske mjere ne djeluju, u terapiju treba

uvesti neki od lijekova za snižavanje masnoća u krvi.

Šećerna bolest je česta u transplantiranih bolesnika, jednim dijelom jer se radi o bolesnicima kod kojih je šećerna bolest dovela do zatajenja bubrega, a drugim dijelom zbog razvoja tzv. poslijetransplantacijske šećerne bolesti. Ova poslijetransplantacijska komplikacija razvija se u 15% bolesnika s presatkom bubrega, od čega trećina dobije šećernu bolest unutar prva 3 tjedna po transplantaciji. Kao i u ostalih bolesnika sa šećernom bolesti, potrebna je prehrana kojom će se održati optimalna glikemija.

Najčešće prehrambene preporuke

1. Unos tekućine

U unos vode treba uračunati sve tekućine, ali i sadržaj vode u namirnicama. Bolesnik koji se liječi hemodijalizom između dva postupka ne bi smio donijeti više od 2-3 kg, jer u protivnom teško narušava hemodinamiku organizma, što oštećuje srce i pluća. Svaka dijaliza na koju bolesnik donese više od navedenog predstavlja rizik za bolesnika za koji sam snosi odgovornost zbog nemarnog odnosa prema vlastitom zdravlju. Potreba odstranjenja velikog volumena tekućine dovodi do pada tlaka u toku hemodijalize što dijalizu čini manje učinkovitom, a nerijetko se postupak mora skratiti zbog grčeva i žestokog pada tlaka s općim lošim osjećanjem. Bolesnici na peritonejskoj dijalizi imaju manja ograničenja prilikom unosa tekućine, ali treba voditi računa o tome da dnevne ultrafiltracije ne bi trebale biti veće od 1500 ml i s tim uskladiti unos tekućine.

2. Unos elektrolita

Oštećeni bubrezi ne mogu gospodariti solima u organizmu zbog čega dolazi do njihovog nakupljanja. Povišenje natrija se očituje žeđanjem, povećanim unosom tekućine i gomilanjem vode u tijelu. Razvijaju se edemi, a tekućina se može nakupljati i u plućima što bolesnika životno ugrožava. Javlja se povišeni krvni tlak.

Da bi se smanjio unos tekućine u organizam treba smanjiti unos soli.

U prehrani uremičara treba iskoristiti topivost kalija u vodi tako da se namirnice tijekom noći natapaju u hladnoj vodi koja se potom baci. Time se može smanjiti količina kalija u hrani za gotovo 1/3.

Kalcij je prilikom započinjanja dijalize obično snižen zbog poremećenog izlučivanja fosfora iz organizma i manjka vitamina D3. Organizam manjak kalcija pokušava nadokanaditi njegovim povlačenjem iz kosti, što uzrokuje slabljenje kostiju. Uslijed hipokacijemije može doći do pojave grčeva i trnaca u mišićima. U pojedinim je slučajevima indicirana dijaliza uz uporabu otopina sa sniženom koncentracijom kalcija. Povišena koncentracija fosfora u organizmu potiče rad paratiroidnih žlijezda. Pojačano izlučivanje parathoromona uzrokuje slabljenje kostiju uz povećanu mogućnost prijeloma.

3. Unos vitamina

Bolesnicima s kroničnim zatajenjem bubrega koji se liječe nekom od metoda dijalize treba nadoknađivati vitamine topive u vodi. Preporučuje se 10 mg vitamina B6, do 90 mg vitamina C i 1 mg folne kiseline dnevno. Vitamine topive u mastima nije potrebno nadoknađivati (vitamini A, E i K), dok se vitamini D i B12 nadoknađuju prema preporuci liječnika.

Ishrana pacijenata sa osteoporozom

U velikoj mjeri se na razvoj osteoporoze može utjecati promjenom prehrane i životnih navika. Također imaju utjecaja genetika, neredovite hormonalne promjene, bolesti probavnog sustava, štitnjače i druge metaboličke bolesti poput dijabetesa, policistični jajnici i dr. Glavni uzročnici minusa kalcija u životnoj bilanci u prehrani su manjak unosa kalcija, te unos hrane koja potiče izlučivanje kalcija. Ne zaboravimo niti stres, jer je jedna od prvih akcija adrenalina mobilizacija kalcija iz kostiju.

Preporučeni unos kalcija i vitamina D potrebnog za njegovo uspješnu apsorpciju i ugrađivanje u kosti je: 1000 – 1600 mg kalcija, te 400 – 800 IJ vitamina D. Raspon se odnosi na dob, visinu i težinu osobe, te godišnjem dobu.

Faktori koji utječu na iskorištenje i gubitak kalcija:

- Asorpcija - unos kalcija
- Dob - ukupna apsorpcija kalcija je vrlo varijabilna, i opada sa dobi. Kod dojenčadi i male djece iznosi čak do 60% unešenog kalcija, što je vrijeme za izgradnju kosti i početnu kalcifikaciju. Do odrasle dobi ona postepeno padne na 15 do 20 %, pa čak i više kako osoba stari. Tako se sa smanjenom apsorpcijom s dobi, povećavaju preporuke za unos kalcija za starije iznad 50 godina.
- Vutamin D - sudjeluje i poboljšava apsorpciju kalcija. Možemo ga unositi hranom, a možemo ga i sami proizvesti kada nam je koža izložena suncu, naročito ljeti.
- Trudnoća - u trudnoći raste potreba na kalciju, pa je potreban unos većih količina.
- Biljne tvari - fitinska i oksalna kiselina prirodno su prisutne u mnogim vrstama voća i povrća.

Prevencija

Vrijeme za prvo mjerenje je već u tridesetim, od kada bi trebalo nadzirati stanje svojih kostiju periodično svakih nekoliko godina, baš poput načina na koji pratimo stanje na svom tekućem računu.

Potrebna je široka društvena akcija o važnosti prevencije i njenim učinkovitim načinima. To su svijest o zdravoj prehrani i tjelesnoj aktivnosti, glavnim nosačima prevencije ove podmukle bolesti. Istodobno se postiže povećanje kvalitete života i smanjenje rizika od mnogih drugih bolesti, smanjujući rizik od kasnijeg osteoporotičnog prijeloma i pratećih komplikacija.

Fizička aktivnost - ciljana fizička aktivnost koja je usmjerena na pravilno opterećenje za normalnu koštanu aktivnost je izuzetno bitno sredstvo u liječenju i prevenciji osteoporoze.

Ishrana pacijenata koji se oporavljaju od operacije ili akutne bolesti

NAMIRNICE BOGATE BJELANČEVINAMA / NAMIRNICE VISOKE ENERGETSKE VRIJEDNOSTI

Tokom oporavka od operacije ili liječenja, zdrava ishrana je vrlo važna.
Slijedeća uputstva trebala bi pomoći vratiti izgubljenu težinu i energiju.

- Nemojte propuštati obroke. Lakše ćete pojesti 6 manjih obroka, nego 3 velika.
- Uvijek kada osjetite da ste gladni, pojedite nešto. Jedite ono što želite, onda kada vam se hoće.
- Lijekove popijte prije obroka.
- Prije jela isperite usta.

- Izbjegavajte piti veće količine tekućine, prije ili tijekom obroka.
- Umjesto napitaka niske kalorijske vrijednosti, poput, čaja kafe ili niskokaloričnih napitaka, popijte voćni sok ili sok od povrća, mliječni napitak, ili osvježavajuće piće.
- Unaprijed pripremite obroke, tako da imate pri ruci nešto za jelo u svakom trenutku.
- Ako vam se ne jede crveno meso, možete jesti piletinu, plodove mora, sir, jaja, leće, grah ili orahe – sve te namirnice su vrlo bogate bjelančevinama.

Ako vam ne prijaju topli mesni obroci, probajte hladne mesne nareske.

Bjelančevine: Ishrana bogate bjelančevinama pomoći će vratiti zalihe izgubljene tokom bolesti. U hranu bogatu bjelančevinama ulaze: sve vrste mesa, piletina, riba, koštuničavci, poput oraha i kikirikija, te njihove prerađevine, poput maslaca od kikirijkija

Visoko proteinska / energetska: leće, grah i grašak,jaja, pašteta, mliječni pudinzi, sir, jogurt, mlijeko

NAMIRNICE VISOKE ENERGETSKE VRIJEDNOSTI, BOGATE BJELANČEVINAMA

Obrano mlijeko u prahu - Dodajte ga u mlijeko (2-3 žlice u šalicu mlijeka) i u namirnice u koje inače dodajete mlijeko ili mliječne napitke.

Jaja - Dodajte ih juhama, umacima, desertima i pudinzima

Mlijeko - Koristite ga kao dodatak juhama, zobenim pahuljicama itd.

Margarin/puter - Dodajte ga u povrće, mesne obroke, namažite ga izdašno na kruh, dvopek, krekere ili kekse

Ulje

- Uvijek kada je moguće, hranu pripremajte na ulju
- Koristite one vrste majoneze i salatnih preljeva u kojima se nalazi ulje
- Upotrebljevajte izdašne količine ulja dok kuhate

Tučeno vrhnje - dodajte ga desertima i voćnim salatama

Šećer

- Dodajte ga voću, žitnim pahuljicama, desertima i napitcima
- Sladolede i kruh jedite sa sirupima i slatkim preljevima
- Pijte zaslađene napitke, poput gaziranih i prirodnih sokova i kordijala
- Možete koristiti prehrambene nadomjestke, koji se mogu kupiti u tekućem stanju ili u prahu. Porazgovarajte o tome sa svojim dijetetičarom.

PRIRODNA ISHRANA DOJENČADI (DOJENJE)

Jedno od velikih medicinskih dostignuća protekle decenije jeste naučno dokazana specifična vrijednost mlijeka u zavisnosti od biološke vrste. Sam čovjek kao vrsta je star oko milion godina i donedavno je othranjivao svoje mladunče na dojci. Poslednjih 50 godina, ishrana kravljim mlijekom je uzela maha i u razvijenim i u nerazvijenim zemljama, što je nazvano “jednim od najvećih nekontrolisanih bioloških eksperimenata na svijetu”.

Hemijski sastav majčinog mlijeka

Humano mlijeko je biološki superioran supstrat i u farmakološkom smislu za sada nedostižan cilj, a

pitanje je hoće li to ikada biti. To se prije svega odnosi na zaštitne tvari koje humano mlijeko sadrži: bifidus faktor, lizozim, laktoferin, komplement, interferon, imunogobulini…

Kolostrum je sekret mliječnih žlijezda koji se javlja krajem trudnoće i prvih dana laktacije. Žućkaste je boje (zbog karotina), a sadrži više proteina a manje ugljičnih hidrata i masti od zrelog mlijeka. Povećana količina imunoglobulina u kolostrumu (posebno sekretorni IgA) omogućava zaštitu od git infekcija.

Biološka specifičnost majčinog mlijeka (prednosti dojenja)

- Mlijeko posisano sa dojke je *praktično sterilno*, te je smanjena mogućnost infekcije
- Veća je otpornost prema infekcijama zato što *humano mlijeko sadrži brojne imunološke faktore* koji dijete štite od infekcije
- Hemijski sastav humanog mlijeka je *prilagođen potrebama rasta i razvoja* ljudskog mladunčeta (manje proteina i mineala, manje osmotsko opterećenje bubrega)
- Humano mlijeko je *bolje prilagođeno osobitostima njegovog probavnog sistema*, ta zahtijeva manji probavni napor u crijevu
- Na humanom mlijeku je *manja mogućnost preuhranjivanja* (količina mlijeka je ograničena, a kalorijska gustoća konstantna)
- Humano mlijeko *ne izaziva alergijsku senzibilizaciju* kod dojenčeta, dok je kravlje mlijeko čest alergen te dobi
- Dojenje pomaže *uspostavljanju psihičkog i emocionalnog kontakta* između majke i djeteta, što je osnova socijalnog sazrijevanja
- *Ekonomske prednosti* (specijalizirana, visokovrijedna, a dostupna hrana)

Fiziologija laktacije

Krajem trudnoće dolazi do pada estrogena, a raste sekrecija prolaktina prednjeg režnja hipofize. Poticaj za sekreciju prolaktina je sisanje, odnosno učestalost, trajanje i snaga kojom dijete doji. Prolaktin ima i druge funkcije (sprečavanje ovulacije, retencija vode). Za uspjeh laktacije ključan je međutim tzv. "*oksitocinski refleks*" ili "refleks otpuštanja mlijeka", koji putem glatke muskulature, uz dejstvo oksitocina stražnjeg režnja hipofize, omogućava prelazak mlijeka iz alveola u duktuse. Negativno emocionalno stanje (napetost, strah) može blokirati ovaj refleks.

Sekrecija kolostruma počinje nakon poroda i povećava se svakodnevno. U prvim danima ne prelazi količinu od 50 ml dnevno, a obzirom da dnevna količina varira, ne može se količinski procjenjivati prije 10-12 dana iza poroda. Tada se prosječno izlučuje oko 0,5l dnevno, a sa 6 mjeseci oko 700 -1200 ml/dan.

Uspješno dojenje

Za uspješno dojenje potrebna je:

a.) Priprema žene za germinativnu funkciju kroz odgoj u porodici i školi
b.) Psihofizička priprema u trudnoći (informacije o dojenju kroz savjetovališta za trudnice)
c.) Rani podoj, koji treba biti odmah po rođenju djeteta, što stimulira produkciju mlijeka

- "Rooming in" organizacija rodilišta, što podrazumijeva da dijete boravi uz majku 24 sata, danju i noću (već plač djeteta stimuliše otpuštanje mlijeka iz dojki)

- Izbjegavanje suplementacije u prvim danima (ne dodavati čajeve, kasnije sokove), dijete na dojci nema potrebu za dodatnom vodom
- Ne provoditi kruti režim dojenja, tj. dozvoliti da dojenče samo uvede raspored hranjenja (stavljati ga na dojku kad ono to signalizira)
- "Zaboraviti" bočicu kao sredstvo – tehnika sisanja iz bočice i dojke je različita i može kod dojenčeta izazvati konfuziju

Tehnika dojenja

- Udoban položaj majke, pravilan položaj djeteta koji znači: *da je dijete cijelim tijelom okrenuto majci, da je široko otvorenih usta tako da bradom dodiruje dojku a usnama obuhvati cijelu areolu*. Pri tom je dijete opušteno i zadovoljno, a majka ne osjeća bol u bradavicama
- Toaleta dojki neposredno prije podoja nije potrebna (spiranje prirodnih ulja i gubljenje karakterističnog mirisa majke)
- Dužina podoja je oko 15-20 min. (dozvoliti da dojenče samo odredi dužinu podoja)
- Stimulirati lijenu djecu (koja zaspu već nakon par gutljaja)
- Stavljati dijete na dojku naizmjenično (često je u početku dovoljna jedna dojka)
- Nakon podoja uspraviti dijete te sačekati da vrati zrak
- *Potrebno je uvjerili majku da količina mlijeka u dojci ovisi isključivo o učestalosti, dužini i snazi dojenja – više podoja znači vise mlijeka.*

Da li dijete ima dovoljno mlijeka?

Nesigurni znaci hipogalaktije sa strane djeteta su:

- *plač djeteta* (plač češće znači osjećaj nesigurnosti i potrebu za zaštitom – ono želi da se uzme u naručje)
- *zatvor stolice*, ili rijetke, kašaste, zelene i oskudne stolice
- *slabije sisanje, slabost i pospanost*
- *oskudno mokrenje* (dijete koje dobro sisa je kod svakog previjanja mokro)
- *mala količina posisanog mlijeka dobijena vaganjem podoja* (razlika u težini djeteta prije i nakon hranjenja)

Nesigurni znaci sa strane majke su:

- *Pregled dojke*: slabiji venski crtež, dojke nisu osobito tople, na pritisak iz areola mlijeko ističe u kapima a ne u mlazu
- Sigurniji način procjene je praćenje porasta tjelesne težine (najbolji način).

Uzrast (mj)	Dnevno (gr.)	Nedjeljno (gr.)	Mjesečno (gr.)
0-3	25	175	750
3-6	20	150	600
6-9	15	100	450
9-12	10	75	300

Česti strah od slabog mlijeka kod mladih majki potiče od promjene boje i konzistencije mlijeka kod prelaska sa kolostruma na zrelo mlijeko, koje djeluje vodenije.

Kontraindikacije za dojenje

Najveći broj majki fiziološki može da doji svoju djecu i kontraindikacije za dojenje su vrlo rijetke.

ZAPREKE DOJENJU SA STRANE MAJKE

- **Agalaktija** (izuzetno je rijetka)
- **Hronična iscrpljujuća bolest** – ukoliko ugrožava zdravlje majke
- **Maligna bolest** i citostatska terapija
- **Psihoza** - dojenje se može dozvoliti u prisustvu treće osobe koja će kontrolisati podoj
- **Aktivna TBC** - postoji dilema da li novorođenče zaštititi BCG vakcinacijom uz neizbježno odvajanje od majke i prekid dojenja do konverzije testa i sticanja zaštite, ili primijeniti profilaksu izonijazidom, bez prekida dojenja
- **HBsAg poz. majka (Hepatitis B)** - potrebno je novorođenče zaštititi HB imunim globulinom i vakcinom, ne prekidati dojenje
- **HIV poz. majka** - dojenje treba prekinuti samo ako je infekcija nastupila nakon poroda
- **Akutna respiratorna bolest** - uz masku je dojenje dozvoljeno. Mlijeko sadrži antitijela koja dojenče štite od bolesti
- **Ravne bradavice** - nastaviti dojenje preko "vještačke bradavice"
- **Zastoj mlijeka** - masirati dojke i primjeniti Syntocinon sprej u nos
- **Mastitis** - mlijeko iz bolesne dojke baciti, do ozdravljenja dojiti na zdravoj strani
- **Ragade** - liječiti ragade, držati ih suhim, izlagati zraku

KONTRAINDIKACIJE ZA DOJENJE SA STRANE DJETETA

Neke metabolopatije (*galaktozemija, fenilketonurija, leucinoza*) – dojenje se zamjenjuje specijalnom formulom za ishranu dojenčeta

RELATIVNE ZAPREKE DOJENJU SA STRANE DJETETA

- **Nedonošče ispod 1500 gr**. – izmlazati mlijeko pa hraniti kašičicom ili sondom
- **Malformacije** (palatoshiza, mikrognatija) – izmlazati mlijeko pa hraniti kašičicom ili sondom
- **Teško bolesno novorođenče** – izmlazati mlijeko pa hraniti kašičicom ili sondom
- **Sekundarna intolerancija laktoze u malapsorpciji** - Ne dojiti dok se crijevna sluznica ne oporavi
- **Laktacijska žutica** – prekinuti dojenje pri visokim vrijednostima bilirubina u toku 2 dana ili majčino mlijeko zagrijati na temperaturi iznad 56°C.

Izdajanje (izmlazanje) mlijeka

Kad dojenče ne može sisati zbog bolesti, nezrelosti ili odvajanja od majke, mlijeko *se* izdaja ručno ili pomoću pumpice. Može se čuvati u hladnjaku na +4°C do 72 sata. Prokuhavanje i pasteriziranje mlijeka (na 62,5°C) uništava gotovo sve imunološke faktore, enzime i vitamine, a smrzavanje mlijeka na -20°C ga ostavlja integralnog, ali uništava makrofage i limfocite.

Dvovrsna ishrana

Ishrana u kojoj se jedan ili više podoja zamjenjuje obrocima kravljeg (rijetko kozjeg) mlijeka ili odgovarajućim supstituentom. Treba znati da dojenče koje se počne hraniti bočicom postaje lijeno na grudima, te je dvovrsna ishrana obično uvod u ablaktaciju. Provodi se:

- *dodavanjem poslije svakog podoja* onoliko mliječne hrane koliko dijete može da pojede
- *zamjenom jednog ili više podoja* kompletnim obrokom mliječne hrane.

Ablaktacija (odbijanje od dojke)

Provodi se kada dijete stekne psihomotorne vještine za uzimanje čvrste hrane, *provodi se postupno* i *ne prije navršene jedne godine života*. U slučaju nagle ablaktacije (smrt čeda ili bolest majke), majci se daje inhibitor prolaktina.

VJEŠTAČKA ISHRANA

Ukoliko majka iz bilo kojih razloga ne može da doji svoje dijete, *najbolja zamjena je ishrana mlijekom druge majke*. Ukoliko takva mogućnost ne postoji, onda treba preporučiti ishranu industrijskim preparatima kravljeg mlijeka. Farmaceutska industrija proizvodi preparate visoke kvalitete i bakteriološke sigurnsoti ali nedostupne ostaju biološki aktivne tvari, kao imunoglobulini, komplement, enzimi, bifidus faktor.

Ukoliko standard ne dozvoljava nabavku arteficijelne formule, onda se dijete može hraniti kravljim mlijekom koje se prolagođava za ishranu dojenčeta. Glavne "sirovine" u domaćinstvu su:

- Sirovo kravlje mlijeko – uz odgovarajuću pripremu
- Pasterizirano – nakon kuhanja i pripreme
- Kratkotrajno sterilizirano – nakon pripreme
- Mlijeko u prahu – paziti na razblaženje
- Kondenzirano – ne koristiti jer je previše zaslađeno

Ishrana dojenčadi industrijskim preparatima kravljeg mlijeka

Još uvijek nema jedinstvenih kriterija za sastav "idealnog" adaptiranog kravljeg mlijeka. Postoji više preporuka i za sve je referentni standard humano mlijeko. Tako pripremljeno adaptirano mlijeko je potpuna hrana u prvih 4-6 mj. Ono se daje djeci do kraja prve godine uz drugu nemliječnu hranu.

Oznaku "*humanizirano*" i "*adaptirano*" morala bi imati mlijeka koja zadovoljavaju sljedeće:

- *Ukupna koncentracija proteina je smanjena* na razinu polovinskog – dvotrećinskog mlijeka (1,6 – 2,1 gr %). U nekim proizvodima je dio kazeina zamijenjen laktalbuminom (1:1).

- *Dio mliječne masti zamijenjen je biljnim uljima* (zasićene: nezasićene masne kiseline 1:1).
- *Dodatak laktoze*, bez drugih ugljičnih hidrata
- *Međusobni odnos hranjivih materija* 8 : 50 : 42, kao u humanom mlijeku
- *Smanjena koncentracija soli* – pomoću dijalize
- *Dodatak vitamina i eventualno Fe*

Praktično provođenje vještačke ishrane

Ritam hranjenja (broj i raspored obroka) su kao i kod prirodne ishrane. Dozvoliti dojenčetu da samo uvede odgovarajući režim (self – demand feeding). je bolje nego se držati krutog režima hranjenja.

Kod vještačke ishrane postoji veća mogućnost preuhranjivanja, ukoliko se daje mlijeko veće kalorijske gustoće.

Najveći broj novorođenčadi zadovoljava energetske i nutritivne potrebe sa *150 ml mlijeka na 1 kg* TT dnevno. Opšte je mišljenje da *ne treba davati količinu mlijeka veću od 900 ml dnevno*.

DOHRANA

Dohrana je *uvođenje druge hrane, uz mliječne obroke*.

Sa dohranom treba *početi u periodu od 4-6. mjeseca*, kada se počinju dodavati *voće i povrće* (u obliku sokova i kaša) i *neglutenske žitarice* (riža i kukuruz).

Od 7. mjeseca se uvodi *meso*, *žumance* i *druge žitarice* (pšenica, krompir, raž). Nova vrsta hrane se uvodi postupno, u malim količinama, svaka 3 – 4 dana, da bi se moglo uočiti nepodnošenje hrane.

Posljedice prijevremenog uvođenja čvrste hrane su:

- *veći osmolaritet plazme* i veća sklonost ka hiperosmolarnoj dehidraciji
- *žeđ* kao razlog uzimanja veće količine mlijeka (preuhranjenost)
- *alergijske reakcije* kao posljedica nezrelosti lokalnog crijevnog imuniteta

Principi ishrane nedonoščeta

Teškoće potiču od: **potrebe da se ne prekine stopa intrauterinog rasta, uz nezrelost digestivnih, metaboličkih i ekskretornih funkcija** koje tu osnovnu potrebu ometaju.

Osnovni zahtjev je da se **što prije unese relativno velik unos energije** *do kraja prve sedmice* ***50-100 kcal/kg TT****, a* ***poslije 100-150 kcal/kg*** *TT.*

U ishrani nedonoščadi važnu ulogu igra tzv. "**prematurno mlijeko**" majke, koje sadrži više proteina, te više zaštitnih materija (IgA, Laktoferin…) od zrelog mlijeka, te taj način ishrane treba favorizirati.

Neki u ishrani nedonoščadi koriste *mlijeko veće kalorijske gustoće*, koje im osigurava prirast na težini (Humana 0). Formula se takođe obogaćuje *željezom i vitaminom E*, za kojima nedonošče ima veću potrebu.

Nedonoščad veoma male porođajne težine (ispod 1500 gr.) se hrane preko *nazogastrične sonde*, zbog slabog refleksa sisanja, te loše koordinacije sisanja i gutanja. Sa hranjenjem se počinje 6 sati po rođenju, sa malim obrocima (1-10 ml), u zavisnosti od težine djeteta i podnošljivosti.

Često je u prvim danima potrebna i *parenteralna prehrana* radi savladavanja kalorijskog deficita.

LITERATURA

1. http://cybermed.hr/centri_a_z/enteralna_prehrana/prehrana_kronicnih_bubreznih_bolesnika (dostupno 03.01.2012.)
2. http://medicinabih.info/ (dostupno 04.01.2012.)