

snaga sestrinstva



Glasnik medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava, Zagreb

Predstavljamo: KLINIKA ZA PLASTIČNU, REKONSTRUKCIJSKU I ESTETSKU KIRURGIJU



00 ZDRAVSTVENA
NJEGA KOD
KIRURŠKIH
ZAHVATA
NA DOJCI

00 ISTRAŽIVANJE:
PERCEPCIJA
VLASTITOG TIJELA
KOD MLADIH
DJEVOJAKA

00 ZDRAVSTVENA
NJEGA
BOLESNIKA S
POTKOLJENIČNIM
ULKUSOM

00 FLORENCE
NIGHTINGALE

SADRŽAJ

RIJEČ UREDNICE..... 3

Predstavljamo: KLINIKA ZA PLASTIČNU, REKONSTRUKCIJSKU I ESTETSKU KIRURGIJU 4

 Razgovor s predstojnikom Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku
 i estetsku kirurgiju, doc. dr. sc. Krešimirom Martićem, dr. med. 4

ZDRAVSTVENA NJEGA KOD KIRURŠKIH ZAHVATA NA DOJCI 9

 Rekonstrukcija dojke..... 13

 Prevenција i rano otkrivanje karcinoma dojke 20

 Istraživanje: Percepcija vlastitog tijela kod mladih djevojaka 22

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S POTKOLJENIČNIM ULKUSOM..... 29

 Ulcus cruris 29

 Dijagnostika potkoljениčnih ulkusa 31

 Komplikacije potkoljениčnih ulceracija 31

 Liječenje potkoljениčnih ulceracija 32

FLORENCE NIGHTINGALE 41

IZVIJEŠĆA SA STRUČNIH SKUPOVA I DOGAĐANJA..... 47

 Hrvatski akreditacijski centar za edukaciju kardiovaskularnih perfuzionista 47

NAJAVE STRUČNIH SASTANAKA 48

 2. simpozij medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava..... 48

UPUTE AUTORIMA 50

IMPRESSUM

SNAGA SESTRINSTVA, Glasnik medicinskih sestara i tehničara Kliničke bolnice Dubrava

Mjesto objavljivanja: Zagreb
Godina objavljivanja: 2019.
Nakladnik: KB Dubrava, Av. Gojka Šuška 6, 10040 Zagreb
Učestalost objavljivanja: tromjesečno
Kontakt: snaga.sestrinstva@kdb.hr

Uredništvo

Glavna urednica: Ljiljana Vuković
Kontakt: ljvukovic@kdb.hr
Irena Rašić, Ružica Mrkonjić, Valentina Koščak, Martina Fruk Marinković, Milka Grubišić, Vesna Renjić

Lektor za hrvatski jezik: Danica Crnobrnja

Recenzenti: Snježana Čukljek, Jadranka Pavić, Štefanija Ozimec Vulinec,
Ivica Matić, Ksenija Eljuga, Tamara Salaj

Grafički dizajn i oblikovanje: Antonija Čičak

Tisak: Grafo-Amadeus, Zagreb

Fotografije preuzete sa www.freepik.com i www.123rf.com



Riječ urednice

Ljiljana Vuković, mag. med. techn.
Glavna urednica glasnika Snaga sestrinstva



Pred vama je novo, proljetno i prvo ovogodišnje izdanje našeg časopisa. Od početka godine članovi uredništva bili su uključeni u dva projekta: prvi je priprema novoga broja časopisa, a drugi je organizacija 2. simpozija medicinskih sestara i tehničara Kliničke bolnice Dubrava.

Obzirom na veliki interes i, usudit ću se reći, uspjeh simpozija prošle godine, odlučeno je da ove godine simpozij traje dva dana. Interes za izlaganja i ovaj put je bio iznad očekivanog. Imamo prijavljenih 30-ak radova od kojih će dio biti usmeno izložen a dio prezentiran u obliku postera. Drugog dana simpozija pripremili smo dvije izuzetno zanimljive radionice: prva je organizirana u suradnji s Hrvatskom udrugom kardioloških medicinskih sestara i koju će voditi kolega Ivica Benko, dok je druga, potaknuta zanimanjem nakon izlaganja na prošlogodišnjem simpoziju, organizirana u suradnji s kolegama Samkom Ekić i Borisom Vučićem s Klinike za psihijatriju Kliničke bolnice Dubrava.

Kompletan program i ostale detalje o simpoziju možete pronaći u časopisu, a ovom prilikom vas pozivam da se, ukoliko to već niste učinili, prijavite i pridružite nam se na simpoziju.

Već vam je poznato kako u svakom izdanju pobliže predstavljamo jednu od jedinica naše ustanove. Ovoga puta predstavljamo Kliniku za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu koja je i Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju dojke i kirurgiju šake.

Srdačno vas pozdravljam i veselim se susretu na simpoziju!



Predstavljamo: KLINIKA ZA PLASTIČNU, REKONSTRUKCIJSKU I ESTETSKU KIRURGIJU



Razgovor s predstojnikom Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju, doc. dr. sc. Krešimirom Martićem, dr. med.

Razgovor vodila: Mirjana Parać, dipl. med. techn

Poštovani doc. Martić, prije svega čestitam na funkciji predstojnika Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju.

Recite nam nešto o povijesti Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju?

Počeci plastične kirurgije u Hrvatskoj povezani su s dolaskom anesteziologa i plastičnih

kirurga iz Engleske 1946. godine u tadašnju državu u cilju liječenja ozlijeđenih u Drugom svjetskom ratu. Jedna skupina kirurga educirana je u Vojnoj bolnici u Zagrebu, a druga u Kliničkoj bolnici na Rebru. U kasnijem razdoblju razvoja specijalisti i nastavnici iz KBC Rebrow i tadašnje Opće bolnice Dubrava povezuju se i stvaraju uvjete za početak razvoja plastične kirurgije.

Početak Domovinskog rata, Vlada Republike Hrvatske preuzima tadašnju Vojnu

bolnicu u zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Prvi voditelj Odsjeka za plastičnu kirurgiju postaje doc. dr. sc. Rudolf Milanović. U sklopu reorganizacije Vojne u Novu bolnicu, a zatim i Kliničku bolnicu Dubrava, tijekom 1995. god. za voditelja Odsjeka imenuje se doc. dr. sc. Zdenko Stanec iz KBC Zagreb iz tima prof. dr. sc. Ivana Prpića.

Tijekom sljedećih godina Odsjek postaje Odjel za plastičnu kirurgiju Klinike za kirurgiju a 2008. god. prerasta u Kliniku

za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu na kojoj se razvija stručna djelatnost, održava dodiplomska i poslijediplomska nastava i organiziraju brojni stručni i znanstveni skupovi i edukacije.

Možete li nam nešto reći o sebi?

Rođen sam 5. listopada 1976. god. u Mostaru, oženjen i otac četvero djece. Opću gimnaziju završio sam u Posušju, a zatim sam upisao i završio Medicinski fakultet u Zagrebu 2001. god. Nakon završenog studija i provedenog javnog natječaja dobio sam zaposlenje na Medicinskom fakultetu u Zagrebu u svojstvu znanstvenog novaka na Katedri za Kirurgiju, pod mentorstvom prof. dr. sc. Zdenka Staneca. Tim zaposlenjem započela je moja stručna i znanstvena karijera vezana za dvije najbolje ustanove bitne za stručni i znanstveni napredak: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava. Zatim je krenula edukacija i specijalizacija iz opće kirurgije i subspecijalizacija iz plastične kirurgije. Imao sam sreću da sam svoju stručnu edukaciju obavljao uz vrsne plastične kirurge, priznate u svijetu, gdje sam praktično mogao učiti najkompleksnije operacije iz područja plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije.

Iza Vas je dugogodišnja kirurška karijera, možete li opisati svoje početke?

Kroz rad i edukaciju na Klinici za Kirurgiju i Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju upoznao sam temeljne vrijednosti i pravila kirurške struke, a zahvaljujući širokoj edukaciji iz raznih kirurških struka i radu u Hitnoj službi, dobio sam bolji uvid u različite kirurške principe, način planiranja i pristupa liječenju, kao i poslijeopratijsko praćenje bolesnika što je jako bitno u prepoznavanju i liječenju komplikacija. Takvim pristupom i učenjem može se bolje promišljati, predvidjeti i smanjiti na značajno manju mjeru mogućnost komplikacija liječenja. Jako bitno je da sam kroz takav pristup rada naučio cijeniti kompleksnost i širinu plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije ali i poštivati svaku drugu kiruršku struku, a osobito multidisciplinarni pristup liječenju bolesnika, što i danas svakodnevno nastojim primijeniti u radu.

Učio sam najviše od svojih kolega s Klinike za Kirurgiju i Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava. Tijekom specijalizacije i subspecijalizacije mentor mi je bio prof. dr. sc. Zdenko Stanec, a praktično sam najviše imao priliku naučiti od prof. dr. sc. Žica, prof. dr. sc. Budija, doc. dr. sc. Milanovića i doc. dr. sc. Vlajčića. Kirurške vještine i principe učio sam od brojnih odličnih kirurga iz drugih specijalističkih grana kirurgije, tijekom specijalizacije iz opće kirurgije, što mi je omogućilo razumijevanje širine kirurgije i danas uvelike olakšava rad u plastičnoj, rekonstrukcijskoj i

estetskoj kirurgiji. U kolegama sam uvijek tražio njihove pozitivne vrijednosti i osobine i moram priznati da sam imao sreću da su starije kolege uvijek bile spremne pomoći, osobito kada ste pokazali interes i želju za radom.

Klinika je Referentni centar Ministarstva zdravstva za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju dojke i kirurgiju šake. Kada i kako je to veliko priznanje postignuto? Koji su Vaši planovi za daljnji razvoj Klinike?

Klinika je prvi put postala Referentni centar Ministarstva zdravstva 26. lipnja 2003. god., a od 01. listopada 2013. god. Klinika je Referentni centar Ministarstva zdravstva za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju dojke i kirurgiju šake. U tijeku je obnova statusa Referentnog centra za novo razdoblje od 5 godina.

Također, na temelju stručnog i znanstvenog rada te aktivnog sudjelovanja na svjetskim kongresima i Europskoj udruzi za plastičnu kirurgiju, Klinika (tada Odjel) svrstala se u vodeće ustanove za plastičnu kirurgiju u regiji. Klinika je ujedno i EBOPRAS (European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery) akreditirani edukacijski centar za područje plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije od 7. veljače 2005. god.

Postojeća sistematizacija prepoznaje Odjel za onkoplastičnu kirurgiju dojke i estetsku kirurgiju te Odjel za kirurgiju šake i rekonstrukcijsku kirurgiju.

Danas se na Klinici godišnje educira oko 30 liječnika različitih kirurških specijalnosti i sub-specijalnosti iz Hrvatske, te se zahvaljujući akreditaciji EBO-PRAS-a provodi specijalistička edukacija stranih državljana iz područja plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije u trajanju od 5 godina.

Na temelju dugogodišnje suradnje plastičnih, rekonstrukcijskih i estetskih kirurga, radiologa, patologa, citologa, specijalista nuklearne medicine, psihijata i onkologa, formiran je Tim za multidisciplinarno liječenje raka dojke.

Potrebno je razvijati razne segmente struke kako u stručnom tako i u znanstvenom pogledu. Osobito je bitan multidisciplinarni pristup problemima i kroz suradnju s drugim strukama zajednički razvijati znanstvenu i stručnu djelatnost.

KB Dubrava ima razvijene brojne kirurške struke (abdominalna, ortopedija i traumatologija, torakalna, maksilofacijalna, plastična, kardijalna, vaskularna kirurgija) te smo u mogućnosti obavljati najsloženije operativne zahvate. Ono po čemu smo jedinstveni u Republici Hrvatskoj su sinkroni operativni zahvati u kojima istodobno sudjeluju kirurzi različitih specijalnosti. Na taj način moguće je kirurško liječenje najtežih bolesnika, uz smanjenje preoperativnog rizika i troškova liječenja. Razvojem takve sofisticirane kirurgije, direktno se stimulira razvoj svih kirurških struka.

Uz potrebne tehničke uvjete

planiramo daljnje razvijanje pojedinih područja plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije: onkoplastični multidisciplinarni pristup liječenju karcinoma dojke, onkološke kirurgije, rekonstrukcijske kirurgije, mikrokirurgije, kirurgije šake i kirurgije kongenitalnih anomalija. Potrebno je zadržati kontinuitet razvoja i estetske kirurgije kao nužnog dijela u edukaciji specijaliziranih, kao i nekirurških postupaka u plastičnoj, rekonstrukcijskoj i estetskoj kirurgiji.

Kako bismo mogli funkcionirati kao Referentni centar Ministarstva zdravstva RH, potrebno je omogućiti dodatni operativni prostor ili napraviti reorganizaciju postojećeg prostora za neometano funkcioniranje Referentnog centra i mogućnost pravodobnog operiranja hitnih stanja u plastičnoj kirurgiji što smo kao Referentni centar i dužni omogućiti pacijentima.

U tom smislu bit će nužno napraviti dodatne napore u radu Klinike i osigurati dodatne tehničke uvjete za unaprjeđenje rada i daljnjeg razvoja pojedinih područja plastične i rekonstrukcijske kirurgije (priklađan operativni mikroskop, intraoperativni rtg aparat i sl.)

Klinika sudjeluje u izvođenju projekta Hrvatske zaklade za znanost (HRZZ) pod nazivom: „Sonoelastografija i magnetska rezonancija u dijagnostici i liječenju karcinoma dojke“ pod vodstvom voditelja projekta prof. dr. sc. Boris Brkljačića koji bi se izvodio na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u

Zagrebu i dijelom na Klinici za plastičnu kirurgiju Kliničke bolnice Dubrava od 20.03.2017. god. koja je i nastavna baza. Također sudjelujemo u organizaciji simpozija o multidisciplinarnom liječenju karcinoma dojke i tiskanju smjernica za multidisciplinarno liječenje karcinom dojke.

Klinika je pokretač osnivanja Hrvatskog društva za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju - HDPREK te još uvijek daje veliki doprinos radu Društva.

Na Klinici se izvode složeni mikrokirurški zahvati. Možete li opisati zahtjevnost takvih zahvata?

Mikrokirurgija je vrlo široki pojam, a može se definirati kao operacija s uporabom povećanja (lupe ili operacijski mikroskop), uporabom posebnog instrumentarija i primjenom posebne operacijske tehnike. Mikrokirurgija se primjenjuje u brojnim segmentima plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije i omogućava planiranje najsloženijih zahvata kako bismo izliječili maligne bolesti, rekonstruirali prirodne ili stečene defekte tkiva i omogućili izlječenje i funkcionalni oporavak ili postizanje boljeg ili zadovoljavajućeg estetskog rezultata. Ovi principi su osobito važni u liječenju ozljeda ekstremiteta, osobito šake, gdje se zahvaljujući pravodobnom i pravilnom liječenju brojni pacijenti nakon liječenja ponovno mogu vratiti u normalnu radnu aktivnost. Kod onkoplastičnog pristupa liječenju malignih bolesti, oso-

bito karcinoma dojke, rekonstrukcija nakon liječenja predstavlja neizbježni i sastavni dio liječenja i ima značajan psihosocijalni učinak na cijeli proces liječenja. Liječenje ozljeda živaca bitno je u uspostavljanju funkcije udova, a zahtijeva mikrokirurške postupke i principe.

Razvoj mikrokirurških procedura ne može se provesti bez motiviranog i educiranog medicinskog osoblja koji uključuje liječnike, operacijske i odjelne sestre i tehničare, kao i ostalo osoblje na odjelu, jer takvi pacijenti uključuju posebnu pripremu i praćenje nakon liječenja. Naravno da je potrebno osigurati i tehničke uvjete bez kojih nije moguće razvijati ovaj dio plastične i rekonstrukcijske kirurgije.

Koja je po Vašem mišljenju odlika vrsnog kirurga s osvrtnom na polje plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije?

Mislim da je jako bitno za svaku kiruršku struku biti upoznat s osnovnim kirurškim principima i postupnim usavršavanjem i specijalizacijom za pojedina područja. Za svaku kiruršku struku jako je bitno iskustvo koje se stekne kroz rad u Hitnoj službi i suradnji s drugim kirurškim strukama jer osnovni temeljni kirurški principi koji se ne usvoje u fazi učenja mogu ostati trajni nedostatak u svakodnevnom radu. Naravno bez svakodnevne trajne stručne i znanstvene edukacije, u vremenu u kojem svakodnevno imamo nove metode liječenja, vrlo brzo možete izgubiti korak

sa suvremenim metodama liječenja. Također mislim da bez potrebne strasti nema dobrog kirurga, a radno vrijeme kirurga je gotovo kada je pacijent propisno zbrinut.

Plastična, rekonstrukcijska i estetska kirurgija bavi se najširim područjem kirurgije, usko surađuje sa svim drugim kirurškim strukama i velikim brojem nekirurških struka. Zato je zahtjevnost struke jako velika, jer morate imati široko teoretsko znanje, ne samo svog dijela struke već i drugih kirurških struka. Osim toga, morate poštivati principe plastične, rekonstrukcijske i estetske kirurgije i posjedovati i unaprjeđivati kroz rad tehničke vještine struke. Naravno da ne možete biti vrhunski kirurg u svim područjima ovako široke struke ali neke osnove ovako širokog područja morate imati da biste mogli biti kompetentan plastični, rekonstrukcijski i estetski kirurg.

Našu struku često mijenjaju s estetskom kirurgijom ili se u medijima pojavljuju samozvani estetski kirurzi koji gotovo uvijek nisu sposobni riješiti komplikacije nekih estetskih zahvata, pa takvi pacijenti vrlo često traže našu pomoć. Nažalost to je cijena komercijalizacije medicine i želje za brzom zaradom. Mišljenja sam da dobre i trajne rezultate u estetskoj kirurgiji možete postići jedino ako prođete pravi razvojni put kroz plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju do estetske kirurgije, jer jedino tada možete razumjeti kako pristupiti i liječiti postojeću bolest i medicinski, funkcionalni ili estetski problem.

Koliko je bitno izgraditi odnos pun povjerenja s pacijentom?

To je uvjet kvalitetnog i dobrog liječenja. S pacijentom morate uvijek postaviti realne ciljeve liječenja, upozoriti ga na moguće ishode liječenja i moguće komplikacije i tek tada ćete trajno zadobiti povjerenje pacijenta čak i onda kada ishod liječenja nije prema vašem očekivanju. Ne treba zaboraviti da bez obzira koliko kvalitetno pristupimo liječenju i koliko kvalitetne tehnike i materijale koristimo, da je u kirurškim strukama uvijek moguć neželjeni tijek liječenja.

Koliko je važna uloga medicinske sestre/tehničara u svakodnevnom radu Klinike?

Bez dobre suradnje medicinskog osoblja i timskog pristupa liječenju ne možemo očekivati najbolji ishod liječenja. Educirano medicinsko osoblje, koje uključuje liječnike, medicinske sestre i tehničare, kako na odjelu tako i u operacijskoj dvorani, čini naš svakodnevni posao kvalitetnijim, jednostavnijim i svodi mogućnost pogreške na najmanju moguću mjeru, a pacijentima ulijeva povjerenje i sigurnost. Međusobno povjerenje i poštivanje liječnika i medicinskih sestara i tehničara je osnovni uvjet kvalitetnog kirurškog liječenja i timskog pristupa liječenju. Naravno da svi imamo odgovornosti i obveze u svom dijelu rada i koliko se savjesno pridržavamo radnih obveza utoliko će cijeli proces liječenja biti kvalitetniji. Zato je bitno imati teoretska i

praktična znanja i primijeniti ih u svakodnevnom radu.

Čime se bavite u slobodno vrijeme?

Svaki dan nastojim provesti što više vremena s obitelji. Prije sam se redovito bavio sportom, ali u zadnjih nekoliko godina u sve manjoj mjeri. Ipak, ponekad nađem slobodnog vremena za nogomet, vožnju bicikla i trčanje. Čitanje se nažalost uglavnom svelo na stručnu literaturu, zbog brojnih obveza.

Docente Martiću, zahvaljujem na razgovoru i želim Vam puno uspjeha u daljnjem radu.



Slika 1. Djelatnici operacijske dvorane



Slika 2. Medicinske sestre i pomoćne djelatnice



Slika 3. Liječnici i glavna sestra Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

ZDRAVSTVENA NJEGA KOD KIRURŠKIH ZAHVATA NA DOJCI

Mirjana Parać, dipl. med. techn.,
Marina Plantak, med.techn

Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku
i estetsku kirurgiju

Sažetak: Karcinom dojke najčešća je maligna bolest kod žena. Svake godine u Hrvatskoj je 2500 novootkrivenih pacijentica s karcinomom dojke dok je umrlih preko 900. Jedna od osam žena kroz svoj život dobit će karcinom dojke. Bolest u 1 % slučajeva pogađa i mušku populaciju. Rano otkrivanje bolesti preduvjet je za visoku stopu izliječenja. Maligne bolesti dojke liječe se kirurškim zahvatom i adjuvantnom terapijom, ovisno o stadiju bolesti i obilježju tumora.

Pored straha za život, kod žena kod kojih je dijagnosticiran tumor, uvijek je prisutan i strah za gubitak jedne ili obje dojke. Ženama je važan i estetski izgled, stoga se savjetuje i rekonstrukcija dojke. Rekonstrukcija može biti primarna ili sekundarna. Na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava većinom se preporuča primarna rekonstrukcija kod koje se tijekom prve i jedine operacije nakon resekcije tumora pristupa tehnikama rekonstrukcije izgleda dojki. Ako postoji indikacija i želja pacijentice tijekom iste operacije može se izvesti i profilaktička mastektomija druge dojke. Rekonstrukcija se može napraviti vlastitim tkivom ili silikonskim implantatima. Kod vlastitog tkiva koristi se leđni mišićni režanj (Latissimus

dorsi) ili slobodni trbušni režanj (DIEP režanj). Kod manjeg broja pacijentica koje ne žele rekonstrukcijski zahvat preporuča se nošenje epiteza (ortopedsko pomagalo).

Na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava godišnje se kirurški zbrine oko 10 muškaraca i oko 400 žena s bolestima dojke. Od toga pola zahvata su biopsije dojke i poštodne operacije karcinoma te pola zahtjevnije rekonstrukcije izgleda dojke koje se većinom obavljaju silikonskim implantatima ili mikrokirurškom rekonstrukcijom vlastitim tkivom.

Uloga medicinske sestre kao člana tima u liječenju karcinoma dojke značajna je tijekom sveukupne skrbi.

Medicinska sestra na odjelu planira i provodi pripremu pacijentica za operativne zahvate te preuzima brigu o sveukupnoj poslijeoperacijskoj njezi. Medicinska sestra mora biti i psiholog, jer sam način pristupa, toplina i suosjećajnost donekle će ublažiti brigu i strah kod bolesnika. Također aktivno sudjeluje u procesu prevencije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije bolesnica s karcinomom dojke.



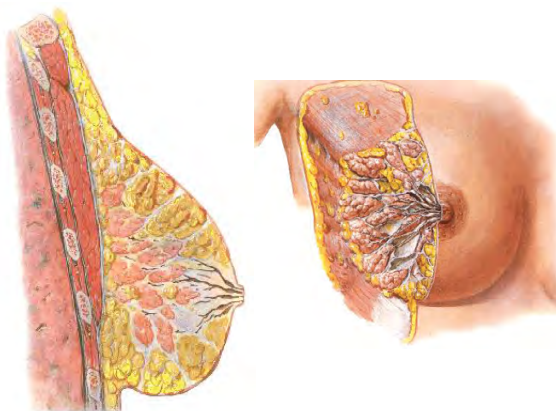
Operacijska sestra/tehničar obavlja dio zdravstvene njege u operacijskoj dvorani. Njezina uloga je priprema operacijske dvorane, potrebnog potrošnog materijala i sterilnog instrumentarija. Odgovorna je za pridržavanje principa asepse i antiseptike. Operacijska sestra, kao dio tima, mora sudjelovati u izgradnji dobre komunikacije sa svim članovima tima što pridonosi dobroj suradnji i ugodnoj radnoj atmosferi tijekom složenih višesatnih rekonstrukcijskih zahvata.

KLJUČNE RIJEČI: Karcinom dojke, mastektomija, rekonstrukcija dojke, prijeoperacijska priprema, poslijeoperacijska njega, medicinska sestra/tehničar

Uvod

Dojka je simbol ženstvenosti, majčinstva i plodnosti. Ima veliki utjecaj na psihofizičku stabilnost i samosvijest žene. Stoga karcinom dojke ne pogađa žene samo tjelesno, nego i emocionalno. Stvaraju se kompleksi koji mogu dovesti do distanciranja od obitelji i društva.

Anatomija dojke



Slika 4. Anatomija dojke. (Izvor: www.google.com)

Dojka (mammariae) je simetrični parni organ smješten na prednjoj strani prsnog koša. Dojka je s gornje strane ograničena klavikulom, s medialne strane sternumom, a lateralna granica je leđni mišić (m. latissimus dorsi). Nalazi se u visini 3 - 7 rebra. Na vrhu dojke je bradavica (mamillae) kroz koju izlaze izvodni kanali mliječne žlijezde. Oko bradavice je kružno pigmentirano područje (are-

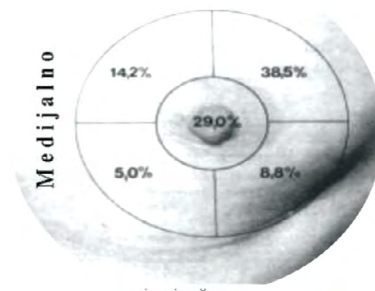
ola). Dojka je građena od žljezdanog i masnog tkiva, krvnih i limfnih žila (1).

Bolesti dojke

Bolesti dojke mogu biti benigne ili maligne naravi. Benigne su mastopatije, ciste i fibroadenomi dojke. Maligne se nazivaju karcinomom.

Učestalost pojavnosti karcinoma dojki prema smještaju je:

- 39 % u vanjskom gornjem kvadrantu
- 9 % u donjem vanjskom kvadrantu
- 5% u unutarnjem donjem kvadrantu
- 29 % središnji dio – areola (2).



Slika 5. Pojavnost karcinoma dojke prema kvadrantima. (Izvor: www.google.com)

Faktori rizika za nastanak karcinoma dojke

Postoje visoki, srednji i niski faktori rizika za nastanak karcinoma dojke. Relativni rizik (RR) je mjera koja pokazuje jačinu povezanosti između faktora rizika i bolesti.

Visoki rizik (RR > 4,0)

- karcinom dojke kod dvoje ili više bliskih srodnika
- srodnik obolio prije 50 god. ili ima bilateralni rak dojke
- ADH ili ALH
- karcinom druge dojke

Srednji rizik (RR 2,0 - 4,0)

- karcinom dojke u jednog bliskog srodnika
- nerotkinje
- prva trudnoća nakon 35. god.

- izloženost zračenju u djetinjstvu

Niski rizik (RR < 2,0)

- rana menarha
- kasna menopauza (nakon 55. god.)
- proliferativna fibrocistična bolest dojke
- povećana tjelesna težina nakon menopauze
- uzimanje oralnih kontraceptiva prije 45 god.
- nadomjesna hormonska terapija (prvih 5 godina) (2).

Povijest liječenja karcinoma dojke

Najstariji zapisi o raku dojke datiraju iz 1600. god. pr. Krista (3). Radi se o papirusu dugom 4,68 metara, na kojem je opisano 48 kirurških slučajeva, od čega 8 bolesti dojke. Papirus je poznat kao nalaz Edwina Smitha (Teba 1862. god.), a pretpostavlja se da ga je napisao Imhotep koji je u starom Egiptu proglašen bogom. To je ujedno i najstariji liječnički zapis na papirusu. Pretpostavlja se da je to prijepis iz 1600. god. pr. Krista., a prvotni papirus bio je znatno stariji, iz 3000. god. pr. Krista. U njima se opisuje kauterizacija raka dojke instrumentom koji bi odgovarao nekoj vrsti žarača, no autor papirusa zaključuje kako nema uspješnog liječenja raka dojke.

Prvi značajni napredak u liječenju karcinoma dojke dolazi s Halstedom i Meyerom koji 1894. godine istodobno, a neovisno jedan o drugome, objavljuju svoju operaciju i rezultate u liječenju raka dojke.

U zagrebačkoj Bolnici milosrdnih sestara koju je 1845. godine utemeljio biskup Haulik u samostanu sv. Vinka, bilo je 12 kreveta isključivo za žene, među kojima je bilo i onih što su se liječile i od raka dojke. Prvi kirurg bolnice bio je dr. Theodor Wickerhauser za kojega Čačković piše: "Isto tako ne upušta se u zamašne i velike operacije niti kod karcinoma, gdje se ograničuje gotovo samo na ekstirpaciju kožnih tumora, amputaciju dojke s odstranjenjem pazušnih žlijezda".

Vrste operativnih zahvata u modernoj kliničkoj praksi

Zbog današnje epidemije raka dojke, postoji velika potreba u razvoju kirurgije dojke. Na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava, vrše se svi zahvati u liječenju benignih i malignih tumora dojki, rekonstrukcije

dojki, korekcija kongenitalnih anomalija i estetski zahvati na dojkama.

Kod benignih tumora vrše se biopsije sumnjivih tumorskih promjena u dojkama, postavljajući rezove („Omega incizija“) na koži tako da osiguravaju odličan estetski rezultat poslije operacija.



Slika 6. Biopsija dojke kroz „omega inciziju“

Kod prisutne sekrecije iz dojki radi se mikrodohotomija, tj. operativni zahvat izrezivanja žljezdanog voda i žlijezde koja luči u vod.

Kod malignih tumora dojke potrebno je učiniti operativni zahvat koji uključuje zahvat na dojci i limfnim čvorovima. Zahvat na dojci može biti poštediti kao što je kvadrantektomija, segmentektomija ili tumorektomija. U nekim slučajevima mora se učiniti subkutana mastektomija kod koje se ukloni cijela dojka, a može biti s očuvanjem kože, očuvanjem kože i bradavice koji se rade zajedno s rekonstrukcijom dojke.

Od zahvata na limfnim čvorovima u novije se vrijeme radi biopsija sentinel limfnog čvora, odnosno prvog limfnog čvora koji prima limfu iz područja tumora, tj. najvjerojatnije da su u sentinel limfnom čvoru prisutne metastaze. Radi se i pazušna limfadenektomija koja obuhvaća vađenje svih limfnih čvorova iz pazuha.



Slika 7. Kvadrantektomija s biopsijom sentinel limfnog čvora iz pazušne regije



Slika 8. Subkutana mastektomija bez očuvanja kože i bradavice te rekonstrukcija vlastitim tkivom sa trbuha



Slika 9. Subkutana mastektomija s očuvanjem kože i bradavice te rekonstrukcija vlastitim tkivom leđnim mišićem

Rekonstrukcija dojke

Rekonstrukcija dojki zauzima vrlo važno područje u liječenju karcinoma dojke.

Tip rekonstrukcije ovisi o obliku i veličini dojki te želji bolesnice.

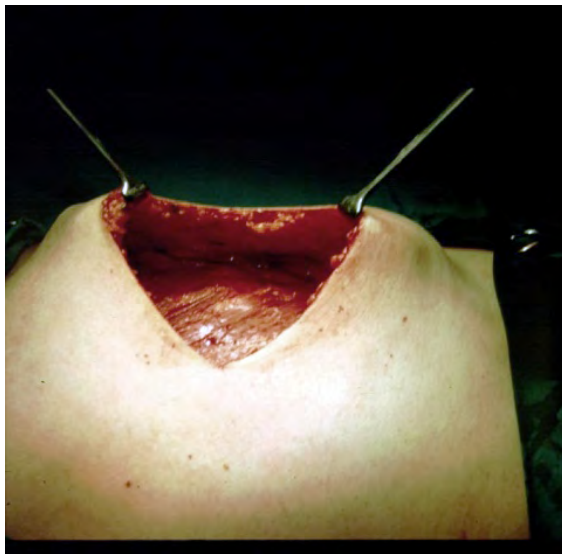
Klasificira se kao:

- primarna ili sekundarna rekonstrukcija
- rekonstrukcija sa silikonskim implantatima i ekspanderima
- rekonstrukcija vlastitim tkivom
- rekonstrukcija bradavice i areole

Danas je opće prihvaćeno da se rekonstrukcija dojki planira paralelno sa zahvatom zbog raka i to se klasificira kao **primarna rekonstrukcija dojki**. Kod nekih bolesnica primarna rekonstrukcija nije moguća zbog stadija bolesti. U tom se slučaju provodi **sekundarna ili odgođena rekonstrukcija**.

Rekonstrukcija sa silikonskim implantatima i ekspanderima

Rekonstrukcija dojki može se izvesti uporabom silikonskih implantata, tkivnih ekspandera, vlastitim tkivom ili kombinacijom. Silikonski implantat ugrađuje se ispod pektoralnog mišića.



Slika 10. Modificirana radikalna mastektomija



Tijekom operacije postavlja se aktivna drenaža.

U poslijeoperacijskom tijeku, nakon rekonstrukcije, bolesnica leži na leđima uz standardnu zdravstvenu njegu. Medicinska sestra promatra dojku kako bi se uočile eventualne promjene u smislu hematoma te se kontrolira količina izdreniranog volumena.



Slika 11. Rekonstrukcija izgleda dojki s implantatom



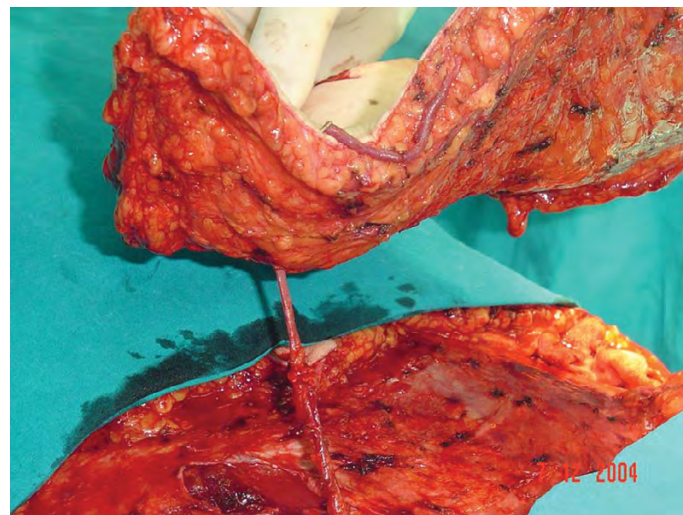
Slika 12. Prikaz redon drenaže

Rekonstrukcija dojke vlastitim tkivom

U novije vrijeme najbolji rezultati postižu se rekonstrukcijom dojki vlastitim tkivom. Za rekonstrukciju se najčešće koristi mišić s leđa kao otočasti režanj ili slobodni prijenos tkiva s trbuha (TRAM, DIEP) što predstavlja vrlo kompleksne rekonstrukcijske zahvate.



Slika 13. Rekonstrukcija dojke vlastitim tkivom s trbuha mikrokirurškom tehnikom (perforator režnjem - DIEP)



Slika 14. Ekspander u subpektoralnom smještaju

Specifičnosti poslijeoperacijske zdravstvene njege nakon rekonstrukcije vlastitim tkivom je praćenje sljedećih parametara:

Boja režnja:

- blijeda - ukazuje na arterijsku trombozu
- plavičasta - ukazuje na vensku trombozu

Kapilarno punjenje:

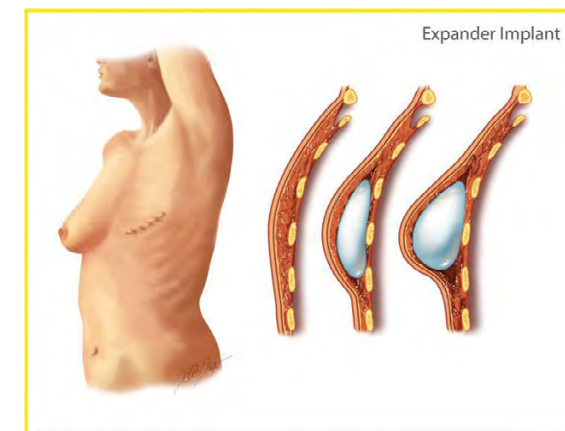
- laganim pritiskom na režanj pratimo koliko je vremena potrebno da se kapilare ispune krvlju
- kod venske staze kapilarno punjenje je ubrzano
- kod arterijske staze kapilarno punjenje je usporeno

Toplina:

- bolesnica je prvih nekoliko sati pothlađena što utječe na mikrocirkulaciju i parametre vitalnosti

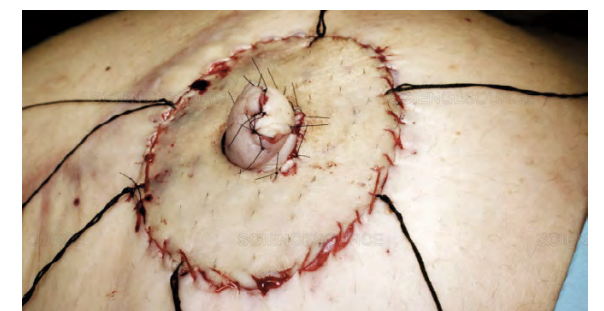
Sekundarna rekonstrukcija dojke

Kod sekundarne rekonstrukcije dojke ugradi se tkivni ekspander ispod pektoralnog mišića u svrhu ekspanzije mišića i kože. Ekspander se puni svaki tjedan dana dok se ne postigne veličina postojeće dojke. Nakon toga u drugom operativnom aktu odstranjuje se ekspander i postavlja trajni silikonski implantat.



Rekonstrukcija bradavice i areola

Završna faza rekonstrukcije dojke je rekonstrukcija izgleda bradavice. Ona se radi 6 mjeseci nakon rekonstrukcije izgleda dojki metodom lokalnih kožnih režnjeva za bradavicu i slobodnog kožnog režnja za areolu. Izgled bradavice može se postići i tetoviranjem.



Slika 15. Rekonstruirana bradavica i areola



Prijeoperacijska priprema kod rekonstrukcije dojke

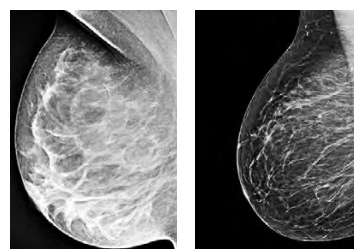
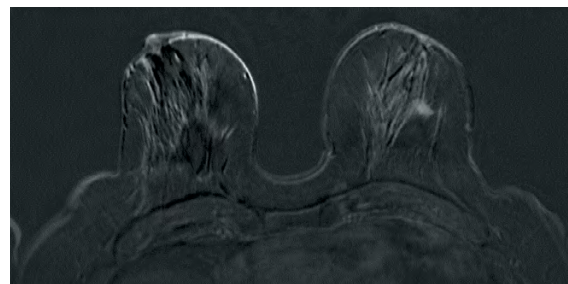
Predoperacijska priprema obuhvaća psihičku (stvaranje kontakta s pacijenticom) i fizičku pripremu pacijentice za operativni zahvat.

Nakon postavljanja dijagnoze karcinoma dojke, kod žena nastupa stanje stresa i straha od bolesti i smrti. U tim trenucima bitna je potpora obitelji i prijatelja. Ženu treba upoznati s tijekom liječenja, kirurškim i onkološkim, uz informiranje o mogućnosti rekonstrukcije izgleda dojke.

Medicinska potpora u smislu psihičke pripreme pacijentica počinje u ambulanti za dojku gdje liječnik upoznaje pacijenticu s kirurškim liječenjem. Treba razgovarati s pacijenticom o njezinim brigama i strahovima i nastojati odgovoriti na sva postavljena pitanja čime se smanjuje anksioznost. Ženu i njezinu obitelj upućuje se također na mogućnost pronalaska potpore u Udrugama žena operiranih na dojci.

Fizička priprema pacijentice za operativni zahvat uključuje prikupljanje nalaza prema protokolu:

- laboratorijski nalazi, EKG i RTG srca i pluća
- anesteziološki pregled
- potpisani pristanak za operativni zahvat i anesteziju
- premedikacija prema uputama anesteziologa
- upute o planu liječenja i prehrani
- nalazi slikovnih metoda
- nalaz citopunkcije ili biopsije širokom iglom



Slika 16.
Slikovna metoda -
mamografija i
magnetska
rezonanca dojki

Na dan operativnog zahvata provode se metode planiranja izvođenja same operacije:

- Prijeoperativna markacija tumora žicom (UZV, stereotaksijski, MR) kada je dokazana tumorska tvorba, ali nije palpabilna
- crtanje i planiranje operativnog zahvata
- markacija sentinel limfnog čvora (kod bolesnika bez dokazanih metastaza u l. čvorovima). Biopsija sentinel limfnog čvora je metoda za prikaz limfne drenaže s ciljem detekcije prvog limfnog čvora koji drenira limfu iz područja smještaja tumora dojke.



Slika 17. Planiranje operativnog zahvata



Slika 18. Markacija sentinel limfnog čvora



Slika 19. Markacija nepalpabilne promjene dojke sa žicom pod kontrolom UZV

Intervencije medicinske sestre/tehničara u operacijskoj dvorani

Operacijska sestra sudjeluje u perioperacijskoj, intraoperacijskoj i poslijeoperacijskoj pripremi, što podrazumijeva pripremu operacijske dvorane, potrebnog sterilnog materijala i instrumentarija, provjeru aparata, pripremu pacijenta i namještanje u odgovarajući položaj, aktivno sudjelovanje tijekom zahvata, a nakon zahvata pospremanje dvorane, instrumenata, zbrinjavanje preparata. Neizostavni je dio tima za kirurško liječenje i njezino sudjelovanje treba biti planirano, primjereno i ciljano a temelji se na iskustvu i znanju. Mora biti spremna na sve promjene tijekom operativnog zahvata, paziti na sterilnost, pravilno zbrinjavanje preparata i vođenje sestrinske dokumentacije.

Poslijeoperacijska zdravstvena njega

Poslijeoperacijska zdravstvena njega planira se na temelju učinjenog zahvata. Bolesnica se postavlja u Fowlerov položaj, elevira se ruka na operiranoj strani u svrhu sprječavanja razvoja edema, kontroliraju se vitalne funkcije, zavoji i drenaže te se provodi ordinirana terapija i rana mobilizacija bolesnice.

Rana se previja prvi poslijeoperacijski dan kada se odstrani pasivna drenaža, a aktivna drenaža se odstranjuje na dan kada je izdrenirani volumen

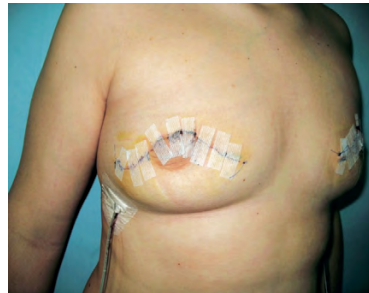
manji od 30 ml. Kod rekonstrukcije silikonskim implantatima postavlja se elastično kompresivni grudnjak čija je funkcija pozicioniranje implantata i kompresija dojki. Kompresivni grudnjak pacijentice nose 6 tjedana, 24 sata dnevno. Kod rekonstruk-

cije vlastitim tkivom s trbuha, postavlja se elastični pojas oko trbuha koji se također nosi 6 tjedana.

Previjanje može biti klasično, modernim oblogama za rane ili steristrip trakama.



Slika 20. Prevojni materijal modernim oblogama ili steristrip trakicama



Slika 21. Elastično kompresivni grudnjak



Slika 22. Poslijeoperacijska komplikacija tromboza vene



Slika 23. Punkcija seroma pazušne regije



Slika 24. Epiteze

Komplikacije poslije rekonstrukcije dojki mogu biti:

- opće kirurške komplikacije (infekcija, hematoma, serom)
- pojava fibrozne kapsule
- ruptura implantata
- migracija implantata
- tromboza arterije ili vene
- nekroza tkiva kože ili režnja

Pacijentice koje ne žele rekonstrukcijski zahvat izgleda dojki preporuka je nošenje posebnih grudnjaka s umetkom (epiteza).

Epiteze kod bolesnica služe za postizanja simetrije

izgleda dojki i statike tijela. Prvih tjedana se nosi lagani poliuretanski umetak a nakon 3-4 tjedna prelazi se na silikonsku epitezu koja odgovara veličini postojeće dojke. Nenošenje epiteze može dovesti do skolioze i edema ruke.

Rana fizikalna terapija počinje se provoditi 2. - 5. poslijeoperacijskog dana, postupnom fizikalnom terapijom i vježbama radi razgibavanja ramenog zgloba i jačanja mišića ruku.

Svaka pacijentica na Klinici za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju u KB Dubrava dobije edukacijski materijal za samostalno provođenje vježbi kod kuće.



Slika 25. Rana poslijeoperacijska fizikalna terapija

Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege nakon operacija dojke

- Neinformiranost u svezi s bolešću i liječenjem te mogućnostima rekonstrukcijskih zahvata na dojci
- Strah u svezi dijagnoze raka dojke što se očituje otežanom prilagodbom bolesnice
- Bol nakon operativnog zahvata što se očituje verbaliziranjem boli od strane bolesnice
- Oštećenje integriteta kože operativnim zahvatom što se očituje mogućnošću infekcije i krvarenja
- Seksualna disfunkcija u svezi s gubitkom dojke što se očituje povlačenjem u sebe i distanciranjem od partnera

- Procjena razine boli koristeći skale boli
- Intervencije za smanjenje boli: analgetici, distrakcija
- Kontrola zavoja
- Kontrola aktivne drenaže
- Poštivanje asepse i antiseptike
- Uključivanje obitelji kao podrška bolesnici
- Uključivanje u udruge žena operiranih od raka dojke

Evaluacija procesa zdravstvene njege

Cilj je postignut što je vidljivo kroz:

- Dobru informiranost bolesnice
- Smirenost i zadovoljstvo bolesnice
- Smanjenje razine boli
- Uredno cijeljenje rane
- Zadovoljavajuću seksualnu funkciju

Ciljevi zdravstvene njege su:

- Bolesnica će znati o kakvoj se bolesti radi
- Bolesnica će reducirati strah i emocionalni stres
- Bolesnica će demonstrirati smanjenje boli i nelagode
- Rana cijeli bez komplikacija
- Bolesnica će lakše prihvatiti izgled dojki nakon rekonstrukcijskog zahvata

Intervencije medicinske sestre su:

- Objasniti način liječenja i mogućnosti rekonstrukcije dojke
- Omogućavanje verbalizacije strahova i emocija





Prevenција i rano otkrivanje karcinoma dojke

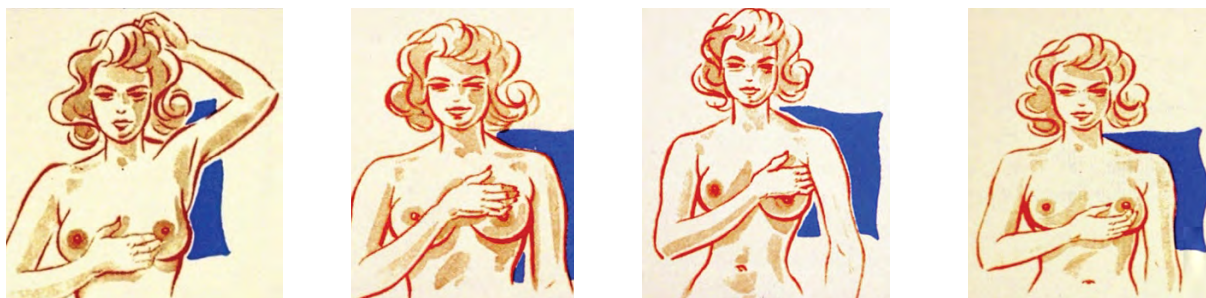
Žene treba što bolje educirati o ovoj učestaloj malignoj bolesti kako bi je otkrili u ranom stadiju kada je prognoza preživljenja značajno bolja. Također ih treba uputiti u metode samopregleda, liječničkog pregleda i dijagnostičkih pretraga (UZV, MMG, MR, MSCT te citološke punkcije ili biopsije širokom iglom-core biopsija).

Program ranog otkrivanja raka dojke u Hrvatskoj sukladno je odrednicama Nacionalne strategije prevencije i ranog otkrivanja raka. Screening mamografija provodi se periodično kako bi se otkrili mali karcinomi koji nisu palpabilni prilikom samopregleda ili kliničkog pregleda dojki.

Mamografija se provodi svake 1, 2 ili 3 godine od 40. – 50. godine do otprilike 70. – 75. godine života ovisno o nacionalnim screening programima

Samopregled dojki

Metoda samopregleda je jednostavna, kratkotrajna i bezbolna. Preporuka je da se počne provoditi od petnaeste godine života jednom mjesečno 5 - 7 dana nakon menstrualnog ciklusa, a u menopauzi se može provoditi bilo koji dan u mjesecu. Žene trebaju obratiti pozornost na promjenu oblika i veličine dojki, prisutnost kvržica i zadebljanja, nabranost kože te prisutnost iscjetka iz bradavica spontano ili na pritisak.



Slika 26. Metode samopregleda dojki

Redovitim samopregledom žena aktivno sudjeluje u očuvanju i unaprijeđenju osobnog zdravlja.

Kod žena s visokom i srednjim rizikom za nastanak karcinom dojke preporuka je provoditi:

- Samopregled jednom mjesečno
- Klinički i UZV pregled svakih 6 mjeseci
- Prvu mamografiju s 40 god, odnosno 10 godina prije nego što je majka oboljela od raka dojke, ali ne prije 30 godine
- MMG jedanput godišnje

Kod žena s niskim rizikom preporuka je:

- Samopregled jednom mjesečno od 15 godine
- Klinički i UZV pregled svakih 12 mjeseci
- Prva mamografija s 40 god,
- MMG jednom u 2 godine do 50 god.,a zatim jedanput godišnje

Također je bitno spomenuti i faktor rizika za razvoj karcinoma dojke u obiteljima s pozitivnom obiteljskom anamnezom (nositelji mutacije gena BRCA 1 i/ili 2). Te žene trebaju biti pod češćom kontrolom:

- Samopregled jednom mjesečno od 18. god.
- Klinički i UZV pregled svakih 6 mjeseci od 25. god.

- Prva mamografija 10 godina prije nego što je majka oboljela od raka dojke, najkasnije s 40 god.
- MR dojke jednom godišnje (opcija)
- transvaginalni UZV i određivanje serumskog Ca 125 od 25. god. jednom godišnje
- prevencija tamoksifonom
- profilaktička mastektomija obostrano (opcija)

Zaključak

- Karcinom dojke je najčešća maligna bolest kod žena
- Liječenje je uspješno ako se bolest otkrije u ranoj fazi
- Medicinska sestra je dio tima u procesu prevencije dijagnostike, liječenja i rehabilitacije bolesnica s karcinomom dojke
- Važno je kontinuirano prosvjeđivanje žena o samopregledu dojki
- Osim fizičke vrlo je bitna i psihička rehabilitacija nakon operacije dojke
- Nakon rekonstrukcijskog zahvata žene su sigurnije i strah je prisutan u manjoj mjeri
- Sve operirane pacijentice potrebno je uputiti na ućlanjenje u Udrugu žena operiranih od karcinoma dojke

Literatura

1. Keros P, Pećina M, Ivančić – Košuta M. Temelji anatomije čovjeka. Zagreb: Naprijed; 1999.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Odsjek za zloćudne bolesti s registrom za rak: Incidencija raka u Hrvatskoj
3. Rak dojke-Carnet projekt dostupno na <http://rakdojke.kbsplit.hr/rakdojke.htm>.
4. Vrdoljak E, Šamija M, Kusić Z, Petković M, Gugić D, Krajina Z. Klinička onkologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
5. Stanec Z, Sutlić Ž, Šoša T, Tonković I. i sur. Kirurgija. Zagreb: Naklada Ljevak; 2001.
6. Prlić N, Rogina V, Muk B. Zdravstvena njega 4. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
7. Kalauz S. Zdravstvena njega kirurških bolesnika s odabranim specijalnim poglavljima. Zagreb: Visoka zdravstvena škola; 2000.
8. Izvor slika iz Arhive Klinike za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju KB Dubrava

Percepcija vlastitog tijela kod mladih djevojaka

Ana Behur¹, Ksenija Eljuga², Mirjana Parać¹, Mirna Žulec²

¹ Klinička bolnica Dubrava, Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i kliničku prehranu

² Veleučilište u Bjelovaru, preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Sažetak: Estetika ima vrlo veliku ulogu u životu čovjeka već od samog razvoja civilizacije a potvrđena je od mnogih sociologa, psihologa i znanstvenika. Estetskom korekcijom tijela, iz zdravstvenih razloga ili vlastitog nezadovoljstva pri poimanju osobnosti i vlastitog izgleda, bavi se estetska kirurgija koja je dio plastične kirurgije. Ova grana medicine danas je na vrhuncu svog razvitka te postaje vrlo popularna i dostupna pogotovo kada je riječ o kirurškim korekcijama.

U razdoblju od 22. lipnja do 10. srpnja 2017. godine na društvenoj mreži Facebook prove-

dena je anketa kojoj su pristupile 1202 ispitanice u dobi između 18 i 25 godina. Cilj ankete bio je ispitati doživljaj mladih djevojaka o poimanju vlastitog tijela. Preuzeti anketni upitnik pod naslovom „Experiences and attitude among Saudi female University students towards cosmetic surgery“ odobrio je autor Marwan A. Bakarman.

Izvorni upitnik sadrži 4 tablice, a za ovo istraživanje korištena je jedna, prevedena i prilagođena te sadrži 7 pitanja.

Od ukupnog broja ispitanica njih 59 % smatra svoje tijelo privlačnim. Međutim, rezultati koji se odnose na samodopadnost vlastitog fizičkog izgleda upravo onakvog kakvo ono jeste, pokazuju djelomično nezadovoljstvo (45 %).

Pozitivan stav o vlastitom izgledu ima značajne pozitivne učinke na fizičko, psihičko i socijalno zdravlje, dok negativna slika o poimanju samog sebe uzrokuje loše učinke i često utječe na socio-ekonomsko stanje tijekom života.

U mlađoj populaciji, osobito ženskoga spola, estetska kirurgija svojim razvojem svakim danom ima sve veći značaj. Kod mladih žena i djevojaka često se javlja nezadovoljstvo fizičkim izgledom, ali prema njihovim željama treba biti vrlo obazriv jer katkad nisu realne.

Ključne riječi: estetika, estetska kirurgija, percepcija tijela

Uvod

Povijest svjedoči kako su tijela lijepih žena bile inspiracija mnogih umjetnika u stvaranju njihovih djela. Jedan od njih je Michelangelo Buonarroti (16. st.) koji je stvorio vlastiti likovni svijet utemeljen na prikazu estetskog značaja.

Estetska kirurgija omogućuje da se primjenom različitih kirurških tehnika preoblikuju određeni dijelovi tijela koji narušavaju fizički izgled osobe (1). Indikacije u većini slučajeva nisu funkcionalne prirode, nego samo narušavaju sklad i proporciju tijela. Iz dana u dan sve više osoba poseže za estetskim zahvatima u želji za unaprijeđenjem vlastitog tjelesnog izgleda. Sagledavajući učestalost estetskih zahvata obzirom na spol, žene su one koje se češće odlučuju za korekciju svoga tijela. U Sjedinjenim Američkim Državama, 2005. godine provedeno je istraživanje o učestalosti estetskih zahvata obzirom na spol. Rezultati istraživanja potvrđuju da se 79 % klijenata odnosilo na ženski spol, dok se 21 % odnosilo na muški (2).

Svaka osoba ima vlastitu percepciju ljepote koja ne mora biti usklađena s pratećim estetskim trendovima nametnutim većinom preko medija koji svakodnevno prezentiraju ideale ljepote (3).

Od samog razvoja civilizacije estetika ima važnu ulogu u društvu. Dobar primjer su mnogi poznati umjetnici, književnici, kipari, slikari i glazbenici. Kod svih je u fokusu njihovog umjetničkog stvaranja bila ženska ljepota. Najznačajniji prestavnik u 16. st. visoke renesanse i preteče manirizma bio je Michelangelo Buonarroti, talijanski slikar, kipar i pjesnik. Predmet njegovog stvaranja bila je čovjekova figura i tzv. fenomen neprolazne ljepote (4). U 20. stoljeću Umberto Eco, talijanski estetičar, teoretičar umjetnosti, književnik i voditelj katedre za semiotiku na Sveučilištu u Bologni naglašavao je koliko je važna proporcija ljudskog tijela (5). Uz njih, i mnoga istraživanja svjedoče o vječnoj ljudskoj želji za privlačnim izgledom i potrebom za uljepšavanjem zbog individualnih ili društvenih mjerila lijepoga.

Gledano s medicinskog značaja, briga o očuvanju i unaprijeđenju zdravlja povezuje se s lijepim izgledom, a ne samo postizanjem fizičke ljepote (6). Istraživanje koje su proveli Beigel i suradnici (2009.) pokazuju da se i uspjeh na poslovnom i ljubavnom životu povezuje s tjelesnim izgledom (7).

Estetska kirurgija u Europi

Raspon estetskih zahvata danas je vrlo raznolik i podrazumijeva postupke od relativno malih (npr. blefaroplastika) do velikih kirurških operacija (npr. abdominoplastika). One mogu imati značajan utjecaj na zdravlje i podizanje samopoštovanja. Na fizičku savršenost utječu i mnoge kulturološke promjene, pa mladi danas postaju sve više zabrinuti vlastitim tjelesnim izgledom (8).

Istraživanje u Velikoj Britaniji koje je provela organizacija „Girlguiding“ 2012. godine potvrđuje kako mladi ljudi estetske korekcije vide kao lako rješenje za vlastite tjelesne nepravilnosti, a pripisuju se korištenju društvenih medija koji promoviraju estetske zahvate kao jednostavne postupke pri promjeni fizičkog izgleda. Dobiveni rezultati pokazali su da je 41 % djevojčica u dobi od 7 do 10 godina i 62 % dječaka u dobi od 11 do 16 godina izjavilo da su imali pritisak i da su se osjećali manje lijepim i uspješnim iz razloga što ne izgledaju kao osobe koje se učestalo prikazuju u medijima (9).

Na europskoj razini razvijaju se novi standardi za estetsku kirurgiju i nekirurške medicinske usluge (10). Švedska je uvela nove propise kojima se propisuje tko može obavljati estetske zahvate. Danska vlada je 2007. godine uvela nove propise za kirurške i nekirurške estetske postupke. Svi oni koji obavljaju estetske intervencije moraju biti registrirani od strane Danske zdravstvene zajednice. Zdravstveni odbor obavlja najavljene i nenajavljene inspekcije koje provode liječnici iz odbora. U situacijama prekršenih standarda, Zdravstveni odbor može zabraniti operacije zdravstvenoj ustanovi, prekinuti operaciju, nametnuti novčanu kaznu, opomenuti ustanovu ili postupak uputiti policiji (11).

Estetska kirurgija u domeni je kvalificiranih plastičnih kirurga. Kirurzi u drugim specijalizacijama mogu vršiti estetske zahvate, ali samo ako se radi o zahvatima povezanim s anatomske područjem njihove stručnosti. Na primjer, otorinolaringolozi mogu obavljati estetsku kirurgiju na ušima i nosu (12).

Estetska kirurgija u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj svaki zahvat koji potencijalno ne ugrožava zdravlje pacijenta estetski se ne kori-

gira na trošak Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (13).

HZZO snosi troškove zahvata kao što su: estetska rekonstrukcija kongenitalnih anomalija, rekonstrukcija dojke nakon mastektomije i estetska rekonstrukciju nakon teških ozljeda (13,14). Kod teških ozljeda ne postoje unaprijed definirani operacijski protokoli već se svakom slučaju pristupa individualno (15).

Etika estetske kirurgije

Posljednjih godina potražnja za estetskim korekcijama znatno se povećala i mnogi ih smatraju rješenjem za poteškoće osobne prirode. Usporedno s tim, posljednjih nekoliko godina, sve je vidljiviji porast zlouporabe etičkih principa koji se povezuju s estetskom kirurgijom (16). Beauchamp i Childress su 1979. godine objavili načela biomedicinske etike među kojima su izdvojena četiri načela koja su tada usvojena kao etička baza za suvremenu medicinsku praksu. Ona uključuju: dobročinstvo, poštivanje, nezlouporaba položaja i pravda. Navedena načela poslužila su kao etički temelj koji podupire suvremenu kiruršku praksu (17).

Prije realizacije želje za fizičkom promjenom, kirurg treba dobro procijeniti deformaciju, tjelesnu i emocionalnu zrelost i željeni ishod klijenta. Ponekad klijenti trebaju proći temeljitu procjenu i savjetovanje koja zahtijeva psihološku procjenu (18). Ukoliko se procijeni da je želja za promjenom fizičkog izgleda opravdana, može se pristupiti kirurškom zahvatu.

Popularizacija estetskih kirurških zahvata kod mladih žena

S medicinskog stajališta, smatra se da su estetski zahvati kod djece i adolescenata neetički. Od strane roditelja, mnogi se slažu da njihova djeca budu zadovoljna tjelesnim izgledom i često im pružaju podršku u realizaciji njihove želje za estetskom promjenom (19). Najčešći zahvat koji se izvodi u toj dobi je korekcija odstojećih ušiju. Smatra se da je najbolje vrijeme za korekciju prije polaska u školu, odnosno oko pete do šeste godine zbog društvenih odbacivanja kojima su djeca izložena. Odstojeće ili „klempave uši“ u bjelaca pojavl-

juje se oko 5% slučajeva, nasljedno su obilježje, a nasljeđuju se autosomno dominantno. Benigne su prirode, no brojna istraživanja pokazuju emocionalnu traumu, psihološku tjeskobu i probleme u ponašanju ukoliko se operacijski ne korigiraju (20).



Kada je riječ o estetskim korekcijama kod odraslih, u većini slučajeva se radi o mladim djevojkama zbog želje za unaprjeđenjem fizičkog izgleda. Zbog nezadovoljstva vlastitim izgledom imaju smanjeno samopoštovanje, a česti razlozi korekcija su društvene kritike i odbacivanja. Takve poruke društva ili medija imaju utjecaj da žene razviju negativnu sliku o vlastitom tijelu. Ispravljanjem fizičkih nepravilnosti poboljšavaju svoje samopoštovanje i tzv. „self image“ (18). Smatra se da težnja idealnom izgledu u kombinaciji s niskim samopouzdanjem može povećati želju za daljnjim estetskim zahvatima. Putem medija, estetska kirurgija predstavlja se kao nekomplikiran i brz postupak koji će učiniti žene mlađima, atraktivnijima i samouvjerenijima i daje određeni vanjski pritisak pokazujući ideal ženskog i muškog fizičkog izgleda (19, 21). Međutim, u većini slučajeva prikazuju se retuširane i obrađene slike koje se promoviraju putem filmova, reklama i otvorenih društvenih mreža koje u konačnici utječu na poimanje fizičkih prednosti i nedostataka kod mladih osoba (22). Uslijed nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom mogu se javiti značajni poremećaji poput tjelesnog dismorfnog poremećaja koji se sastoji od preokupacije sa zamišljenim tjelesnim nedostatkom (23). Estetska kirurgija može pomoći osobama kako bi se osjećale bolje zbog eliminacije nepravilnosti, ali je važno utvrditi je li zahvat doista pravo rješenje problema (19).

Najčešći estetski kirurški zahvati u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj najčešći estetski kirurški zahvati su: augmentacija dojki (povećanje grudi silikonskim implantatima), redukcijska mamoplastika (smanjenje grudi), ritidektomija (lifting lica), blefaroplastika (korekcija vjeđa), operacija otapostaze (korekcija uški), septorinoplastika (operacija nosa), abdominoplastika (zatezanje kože trbuha) i liposukcija (odstranjivanje nakupina masnog tkiva) (24).

Cilj istraživanja

Kod mladih žena i djevojaka moguće je često nezadovoljstvo fizičkim izgledom pa prema njihovim željama treba biti vrlo obazriv jer katkada nisu realne.

Cilj ovoga rada bio je analizirati doživljaj mladih djevojaka o poimanju vlastitog tijela.

Metode i ispitanici

Istraživanje je provedeno anketnim upitnikom koji je bio javno objavljen na društvenoj mreži „Facebook“ u razdoblju od 22. lipnja do 10. srpnja 2017. godine. U istraživanju su sudjelovale 1202 ispitanice. Starosna dob ispitanica je od 18 do 25 godina.

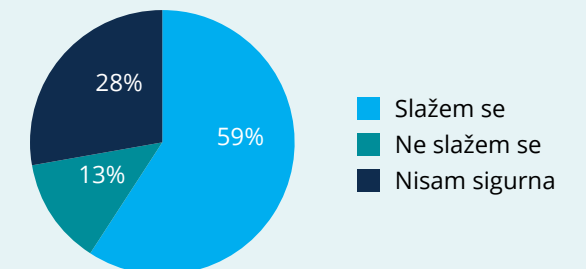
Za procjenu doživljaja vlastitog tijela, primijenjen je anketni upitnik prevedene i prilagođene verzije „Iskustva i stavovi među studenticama Saudijskog Sveučilišta o estetskoj kirurgiji“ („Experiences and attitude among Saudi female University students towards cosmetic surgery“) uz dopuštenje autora Marwan A.Bakarmana. Izvorni upitnik sadrži četiri tablice. Za potrebe ovoga istraživanja korištena je tablica koja se odnosila na percepciju vlastitog tijela. Online anketni upitnik sastavljen je pomoću „Google obrazaca“ i sadržavao je sedam tvrdnji. Na svaku tvrdnju ispitanice su imale mogućnost odabrati jedan od ponuđenih odgovora (slažem se/ ne slažem se/nisam sigurna). Kako bi se osigurala predviđena dobna pripadnost ispitanog uzorka, na početku ankete ispitanice su upisale broj svojih godina. Upitnik je bio u potpunosti anonim.

Sve analize rezultata provedene su uz pomoć programa Microsoft Office Excel 2007.

Rezultati

Dobiveni odgovori izvan predviđene dobne pripadnosti nisu uračunati u rezultate ovoga istraživanja. Od ukupno 1428, zbog dobi je isključeno 226 odgovora. Rezultati uključuju 1202 popunjena anketna upitnika, a u grafikonima su prikazani u obliku postotaka i opisani brojačno.

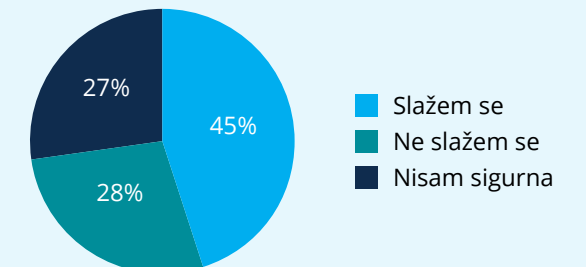
1. Tvrdnja - Moje tijelo izgleda privlačno.



Grafikon 1. Prikaz stavova o privlačnosti vlastitog tijela

Tvrdnju „slažem se“ odabralo je 713 ispitanica (59 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabralo je 157 ispitanica (13 %), dok su tvrdnju „nisam sigurna“ odabrale 332 ispitanice (28 %).

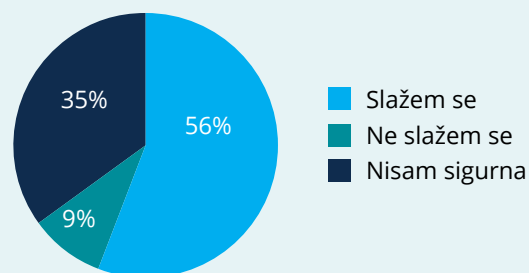
2. Tvrdnja - Sviđa mi se moj fizički izgled upravo onakav kakav jest.



Grafikon 2. Stavovi o dopadnosti vlastitog fizičkog izgleda upravo onakvog kakav jeste

Tvrdnju „slažem se“ odabralo je 546 ispitanica (45 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabralo je 333 ispitanica (28 %), dok je tvrdnju „nisam sigurna“ odabralo 323 ispitanice (27 %).

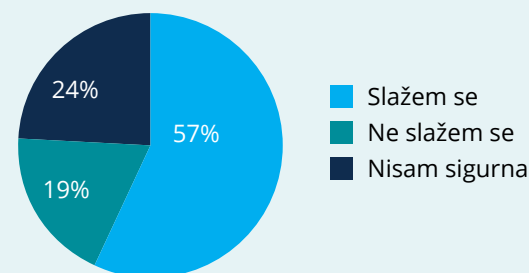
3. Tvrdnja - Većina ljudi me smatra osobom dobrog izgleda.



Grafikon 3. Stavovi o doživljaju sebe kao osobe dobrog izgleda od strane većine ljudi.

Tvrdnju „slažem se“ odabralo je 677 ispitanica (56 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabralo je 112 ispitanica (9 %), dok je tvrdnju „nisam sigurna“ odabralo 413 ispitanica (35 %).

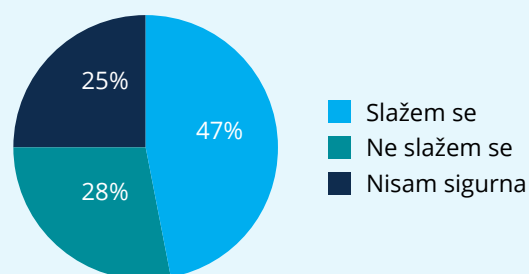
5. Tvrdnja - Zadovoljna sam načinom na koji mi odjeća pristaje.



Grafikon 5. Prikaz stavova o zadovoljstvu pristajanja odjeće

Tvrdnju „slažem se“ odabralo je 687 ispitanica (57 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabrale su 232 ispitanice (19 %), dok je tvrdnju „nisam sigurna“ odabralo 283 ispitanice (24 %).

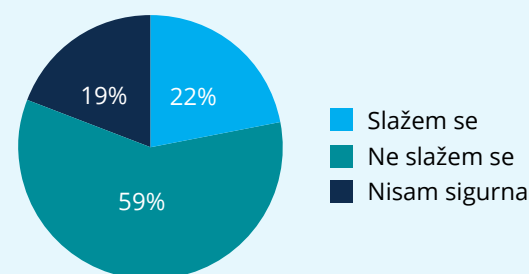
4. Tvrdnja - Zadovoljna sam načinom na koji izgledam bez odjeće.



Grafikon 4. Stavovi o zadovoljstvu vlastitog izgleda bez odjeće

Tvrdnju „slažem se“ odabrale su 564 ispitanice (47 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabrale su 343 ispitanice (28 %), dok je tvrdnju „nisam sigurna“ odabralo 295 ispitanica (25 %).

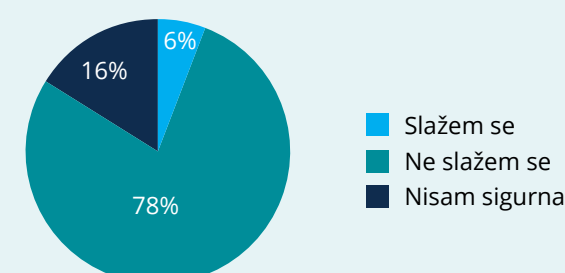
6. Ne volim svoju tjelesnu građu.



Grafikon 6. Prikaz stavova o nedopadnosti vlastite tjelesne građe

Tvrdnju „slažem se“ odabralo je 266 ispitanica (22 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabralo je 710 ispitanica (59 %), dok je tvrdnju „nisam sigurna“ odabralo 226 (19 %) ispitanica.

7. Ja sam fizički neprivlačna osoba.



Grafikon 7. Prikaz stavova o poimanju sebe kao neprivlačne osobe

Tvrdnju „slažem se“ odabrale su 73 ispitanice (6 %), tvrdnju „ne slažem se“ odabrala je 941 ispitanica (78 %), dok je tvrdnju „nisam sigurna“ odabralo 188 ispitanica (16 %).

Rasprava

Prva tvrdnja se odnosi na osobni doživljaj privlačnosti vlastitog tijela. Od ukupnog broja ispitanih, njih 59 % smatra svoje tijelo privlačnim, dok se 13 % protivi, a 28 % u tvrdnju nije sigurno. Prema dobivenim rezultatima veći dio ispitanih smatra svoje tijelo privlačnim, no obzirom na dob ispitanika primjetan je udio od 28 % ispitanih mladih žena koje pokazuju nesigurnost vezanu uz prvu tvrdnju.

Druga tvrdnja se odnosi na samodopadnost vlastitog fizičkog izgleda upravo onakvog kakav jest. Samo 45 % ispitanih složilo se s tvrdnjom, dok ostatak ispitanica nije sigurno u tu tvrdnju (27 %) ili se s njom ne slaže (28 %). U ovoj tvrdnji tek manje od polovici ispitanih djevojaka sviđa se njihovo tijelo, dok od ostalog rezultata polovica ili nije sigurna ili se sa tvrdnjom ne slaže. Više od polovice ispitanog uzorka (56 %) smatra se osobom dobrog izgleda od strane svoje okoline, ali je za zamijetiti da čak 34 % u ovu tvrdnju nije sa sigurnošću potvrdilo. Manje od polovice (47 %) je zadovoljno načinom na koji izgleda bez odjeće, dok se 29 % negativno ocjenilo, a 24 % nije sigurno u nave-

denu tvrdnju. Tvrdnju o zadovoljstvu načina pristajanja odjeće, potvrdilo je 57 % ispitanog uzorka, odnosno većina ispitanica je više zadovoljna kako im pristaje odjeća, nego kako izgledaju bez odjeće.

Postavljene su tvrdnje o negativnom sagledavanju svog tijela (šesta i sedma tvrdnja). Šesta tvrdnja glasi: „Ne volim svoju tjelesnu građu“. S ovom tvrdnjom složilo se 22 % ispitanica. Negiralo ju je 59 % ispitanih, a 19 % u tvrdnju nije sigurno. Obzirom na pokazane rezultate, može se primijetiti da manji broj ispitanica nije zadovoljno građom tijela, ali i 19 % se izjasnilo da nije sigurno.

Posljednja tvrdnja odnosi se na vlastitu fizičku neprivlačnost. 78 % ispitanih se nije složilo s tvrdnjom što znači da veći dio ispitanih osoba sebe smatra fizički privlačnom osobom. Rezultat zadnje tvrdnje pokazatelj je relativne diskrepancije u odnosu na preostale tvrdnje.

Najveći dio ispitanih žena smatra svoje tijelo privlačnim, smatra se osobom dobrog izgleda, iskazuje zadovoljstvo u svezi s pristajanjem odjeće, voli svoju tjelesnu građu i ne smatra se fizički neprivlačnom osobom. Međutim, nameće se pitanje što je s dobivenim rezultatima u kojima su se ispitanice opredjelile da nisu sigurne u navedene tvrdnje. Osjećati se ugodno i zadovoljno načinom na koji izgledamo od velike je važnosti za svakog pojedinca. Pozitivan stav o vlastitom izgledu ima značajne pozitivne učinke na fizičko, psihičko, ali i socijalno zdravlje. Negativno poimanje samog sebe prouzrokuje loše učinke i često utječe na socio-ekonomsko stanje tijekom života. Samopoštovanje ima središnju ulogu u mentalnom zdravlju, ali još uvijek nije dovoljno poznato kako mladi procjenjuju sami sebe tijekom razdoblja adolescencije i mlađe odrasle dobi.

Zaključak

Stope postupaka estetske kirurgije značajno su porasle tijekom proteklih nekoliko desetljeća, ali tek u novije vrijeme počele su se pojavljivati studije vezane za stavove o estetskoj kirurgiji i percepciju vlastitog tijela. Značajan broj istraživanja na ovu temu govori kako estetika ima neizbježnu ulogu u životu čovjeka od početka razvoja civilizacije. Često se postavljaju etička pitanja o opravdanosti

provođenja estetskih zahvata, a ponajviše kada se radi o adolescentima i općenito mladim osobama. Velika većina onih koji se odlučuju za intervencije estetske kirurgije su mlade punoljetne osobe. Ovom anketom ispitani su doživljaji vlastitog tijela među 1202 žene starosne dobi između 18 i 25

godina koji pokazuju pozitivne rezultate na navedene tvrdnje, ali i otvaraju mogućnost za daljnju raspravu. U mlađoj populaciji, osobito ženskoga spola, estetska kirurgija svojim razvojem svakim danom ima sve veći značaj.

Literatura

1. Alexias G, Dilaki G, Tsekeris C. *The „Beautiful“ pain: cosmetic surgery and the embodiment of pain*. 2012. Dostupno na adresi: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=130257. Datum pristupa 13.5.2017.
2. AAFPRS - Facial Plastic Surgery Today. *Facial Plastic and Reconstructive Surgery* | Alexandria, VA. 2006;20:3 Dostupno na adresi: https://www.aafprs.org/patient/fps_today/vol20_3/pg2.html; Datum pristupa: 13.5.2017.
3. Maskalan A. Ljepota boli: moderne metode stvaranja lijepih besmrtnika. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu; 2012.; Dostupno na adresi: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=139446; Datum pristupa: 13.5.2017.
4. Hrvatska enciklopedija. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Dostupno na adresi: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=40550>. Datum pristupa: 14.5.2017.
5. Metesi Deronjić Ž, Umberto Eco, Umjetnost i Ljepota u srednjovjekovnoj estetici. Zagreb: Institut za povijest umjetnosti, 2007; 183 str.
6. Etcoff N. *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty*, New York: Anchor.
7. Beigel H. B. *Sex and Human Beauty, The Journal of Aesthetics and Art Criticism*, Philadelphia. 2009;1: 83–92.
8. Rankin M. *Quality-of-Life Outcomes after Cosmetic Surgery*. *J Am Soc Plast Surg*. 1998;102:2146 – 7.
9. The Girl Guides Association. *Girls' Attitudes Survey*, 2012. Dostupno na adresi: <http://girlsattitudes.girlguiding.org.uk/home.aspx>; Datum pristupa 04.07.2017.
10. European Commission for Centralisation. *Patient Safety in Cosmetic Surgery soon to be ensured by European Standards*. Dostupno na adresi: <http://www.cen.eu/cen/News/PressReleases/Pages/Aestheticsurgery.aspx>; Datum pristupa: 04.07.2017.
11. National Board of Health, Denmark. *Statutory Order regarding cosmetic treatments*. 2007. Dostupno na adresi: <http://www.sst.dk/publ/Publ2010/TILSYN/Kosmetik/UKversionStatuaryOrderCosmeticTreatment.pdf>; Datum pristupa: 04.07.2017.
12. *Review of the Regulation of Cosmetic Interventions: Call for Evidence*. Department of Health. 2012. Dostupno na adresi: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/156124/Call-for-evidence-cosmetic-procedures.pdf. Datum pristupa: 04.07.2017.
13. *Opseg prava na zdravstvenu zaštitu*, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Dostupno na adresi: <http://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/opseg-prava-na-zdravstvenu-zastitu/>. Datum pristupa: 23.7.2017.
14. Arellano AO, Wegener EE, Freeland AE. *Mutilating injuries to the hand: early amputation or repair and reconstruction*. *Orthopedics*. 1999; 7:683-4.
15. Colic M. *Ethical aspects of plastic surgery*. *Chir Maxillofac Plast*. 1989;19:79–85. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2489525>. Datum pristupa 05.07.2017.
16. Beauchamp, Childress. *Principles of biomedical ethics*. 4th ed. Oxford: 1979.
17. Michael A. Bermant *ethics of cosmetic plastic surgery adolescents*. *Virtual Mentor*. 2005;7:3. Dostupno na adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23249497>. Datum pristupa: 05.07.2017
18. Okopny C. L. *Reconstructing women's identities: The phenomenon of cosmetic surgery in the United States*. University of South Florida; 2005.
19. Janis, Jeffrey E., Rod J. Rohrich, Karol A. Gutowski. "Otoplasty." *Plastic and reconstructive surgery* 2005;115.4:60-72. Dostupno na adresi: <http://journals.lww.com/plasreconsurg/Abstract/2005/04010/Otoplasty.24.aspx> Datum pristupa: 28.8.2017.
20. Silverstein B, Perdue L, Peterson B, & Kelly E. *The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women*. *Sex Roles*. 1986;4:519 –532.
21. Currie D H. *Decoding femininity: Advertisements and their teenage readers*. *Gender Soc*. 1997;11:453–477.
22. Veale D. *Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases*. *The British Journal of Psychiatry*. 1996;169:196-201.
23. *Plan i program mjera zdravstvene zaštite Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo*. *Narodne novine* 30/2002. Dostupno na adresi: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/2002_03_30_648.html ; Datum pristupa: 05.07.2017.

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S POTKOLJENIČNIM ULKUSOM

Romana Vukšić, bacc. med. techn., Marina Plantak, med. techn., Katarina Kljak, med. techn.
Klinika za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Sažetak: Najčešći uzrok kroničnog ulkusa potkoljenice je kronična venska insuficijencija i periferna arterijska bolest. Kronična venska insuficijencija podrazumijeva oslabljen venski protok i zahvaća površinski ili duboki venski sustav zajedno s perforantnim venama. Periferna arterijska bolest je opstruktivno-okluzivna bolest donjih ekstremiteta koja značajno reducira normalni protok krvi. Oba patološka stanja dovode do promjena mikrocirkulacije s posljedičnim kroničnim potkoljениčnim ulkusom.

Razumijevanje patofiziologije koja dovodi do pojave ulkusa iznimno je važna u liječenju bez obzira na etiološki čimbenik. Dobrom selekcijom bolesnika i pravilnim odabirom metoda revaskularizacije moguće je postići višegodišnju prohodnost revaskulariziranih krvnih žila. Uz poznavanje dijagnostike i odgovarajućeg kirurškog liječenja uzroka ulkusa potrebno je i poznavanje rekonstrukcijskih metoda zbrinjavanja defekta koji nastaje nakon obvezno učinjene nekrektomije. Defekt se pokriva slobodnim kožnim transplantatom, lokalnim fasciokutanima i mišićnim reznjevima, kao i slobodnim reznjevima. Postoje i drugi oblici tretiranja defekata primjenom negativnog tlaka, posebnih obloga, hiperbarične oksigenoterapije i primjene zamjenskih oblika kožnog pokrova.

Ključne riječi: potkoljениčni ulkus, zdravstvena njega, medicinska sestra

Uvod

Kroničnom ranom smatra se ona rana koja nakon odgovarajuće terapije ne pokazuje znakove cijeljenja u predviđenom razdoblju između

4 i 8 tjedana. Neadekvatno cijeljenje rane može biti uvjetovano lokalnim faktorima kao što su infekcija, hipoksija, ponavljane traume, prisustvo nekrotičnog tkiva u rani ili sustavnim bolestima i stanjima kao što su šećerna bolest, vaskularne bolesti, pothranjenost, uporaba lijekova i sl. Najčešće kronične rane su potkoljениčne ulceracije i njihova je učestalost 75 % od svih kroničnih rana. Predstavljaju veliki problem za bolesnika jer narušavaju kvalitetu života i predstavljaju veliko opterećenje za zdravstveni sustav (1).

Približno 90 % ulceracija nastaje kao posljedica cirkulatornih bolesti koje mogu biti venske, vensko-arterijske i arterijske, ishemijske, neuropatske i dr. Pri određivanju uzroka nastanka ulceracije važni su klinički znakovi, uzimanje precizne anamneze od bolesnika i heteroanamneze.

Ulcus cruris

Ulcus cruris je ulceracija lokalizirana na koži donjeg dijela potkoljenice koja u najvećem broju slučajeva nastaje kao rezultat kronične venske insuficijencije, odnosno disfunkcije venskog sustava uzrokovane valvularnom inkompetencijom koja može biti izolirana ili udružena s venskom opstrukcijom. Kronična venska insuficijencija dovodi do progresivnog kroničnog venskog zastoja, edema i promjena na koži te na kraju do pojave ulceracije (2).

Glavna karakteristika ulkusa je nedovoljna epitelizacija u samom središtu ulkusa i formiranje granulacijskog tkiva uz izrazito oslabljenu tendenciju cijeljenja zbog čega potkoljениčni ulkus ubrajamo u kronične rane (3).

Venski ulkus

Venske ulceracije najčešće čine 70 - 80 % svih ulceracija donjih ekstremiteta. Glavnu ulogu u nastanku venskih ulceracija ima kronična venska hipertenzija s hidrostatskim i hidrodinamskim refluksom uslijed distenzije kapilarnog bazena u koži i povećanja permeabilnosti kapilara. Fibrinogen iz kapilara taloži se u vidu depozita perikapilarno i blokira transport kisika u tkivo. Slaba oksigenacija dovodi do znakova hipostatskog dermatitisa. Takvi uvjeti dovode do otežanog cijeljenja nakon traume i kasnijeg nastanka dermoskleroze (4)

Faktori rizika za nastanak venskog ulkusa su varikoziteti, tromboza dubokih vena, kongestivna srčana bolest, pretilost, smanjena fizička pokretljivost, tromboze nakon porođaja ili infarkta srca, profesije vezane uz stalno sjedenje ili stajanje, traumatske povrede, edemi, frakture, dugotrajna sustavna kortikosteroidna terapija.

Glavna klinička karakteristika kroničnog venskog ulkusa je da je lokaliziran na medijalnoj strani donje trećine potkoljenice te topla koža. Rubovi rane su neravni i subminirani uz žute naslage ili nekrotično tkivo uz jaku sekreciju a dno ulkusa obilježavaju brojne nečiste granulacije s mogućim venskim krvarenjem. Okolina rane je otečenih okrajina uz hiperpigmentaciju kože. Dubina rane je različita, često plitka. Bol je u pravilu umjerena i često popušta kod podizanja okrajine. Noga je topla na dodir a preboljela venska tromboza je česti anamnestički podatak.



Slika 1. Venski ulkus

(Izvor: www.moje-vene/venski_ulcus.htm, pristup: 08.05.2018.)

Arterijski ulkus (ishemijski)

Arterijske ulceracije se javljaju u oko 20 % slučajeva i nastaju kao posljedica oboljenja arterija donjih ekstremiteta. Najčešće je riječ o obliterirajućoj aterosklerozi, trombangitisu ili ponovljenim ateroembolijama (4). Faktori rizika za nastanak arterijskog ulkusa su dijabetes, hematološka oboljenja (anemije), sustavni vaskulitis, koronarna bolest, hipertenzija, hiperlipidemija i pušenje.

Karakteristike kroničnog arterijskog ulkusa su:

- lokalizacija – stopalo, prsti, prednja ili lateralna strana donje trećine potkoljenice
- dno ulkusa – blijedo, bez granulacija, izražena nekroza tkiva
- rubovi rane – dobro naznačeni
- sadržaj – često minimalna sekrecija
- okolina rane – tanka, sjajna, suha, hladna, atrofična koža, nema edema
- dubina – ulkusi su često maleni i duboki
- bol – kod mirovanja, osobito noću, smanjuje se spuštanjem noge
- noga – hladna
- anamneza – dijabetes, hipertenzija, pušenje.

Lokaliziran je često u području palca ili prednjeg dijela i dorzuma stopala u cijanotičnoj arei gdje koža pokazuje znakove nastanka gangrenoznih promjena. Kod bolesnika se javljaju često jaki bolovi, pa s obzirom na kliničku sliku, lokalizaciju promjena i bolove, postavljanje dijagnoze u pravilu je relativno lagano. Kod tipičnih kliničkih slika ulkus je pokriven žutim gnojnim eksudatom s dosta nekrotičnog sadržaja. Pri uklanjanju ovih naslaga nalazi se da je proces napredovao sve do tetiva ili dubokih fascija. Nema vidljivih granulacija. U procjeni stanja može se učiniti tzv. stepping test na način da bolesnik vježba 2 - 3 minute i tada dolazi do pojave bolova.



Slika 2. Arterijski ulkus

(Izvor: rozi-step.hr/vrste-rana/ozljede/ulkus, pristup: 08.05.2018.)

Neuropatski ulkus

Neuropatske ulceracije javljaju se u oko 10 % slučajeva. Nastaju zbog periferne neuropatije kod šećerne bolesti, ponovljenih trauma te povrede spinalnih živaca (4). Lokalizirane su na stopalima. Incidencija pojavljivanja u dijabetičara je 2 % godišnje. Dijabetička neuropatija i angiopatija često se razvijaju istodobno. Najčešće neadekvatna obuća, trauma ili infekcija pokreću slijed koji završava pojavom dijabetičkog ulkusa. Javljaju se najčešće na plantarnom dijelu stopala na mjestu najjačeg pritiska. Ovi ulkusi skloni su komplikacijama. Dijabetički ulkusi najčešći su uzroci amputacija stopala i noge (1).



Slika 3. Dijabetičko stopalo

(Izvor: Šoša T., Sutlić Ž., Stanec Z., Tonković I. i suradnici. Kirurgija. Zagreb, 2007.)

Dijagnostika potkoljeničnih ulkusa

Dijagnostika kronične venske insuficijencije, a time i potkoljeničnog ulkusa, uključuje klasičnu anamnezu, fizikalni pregled i odgovarajuću dijagnostiku.

Na prvom mjestu je ultrasonografija (dopler vena). Njome se procjenjuju prohodnost dubokog venskog sustava i funkcija valvula. Sljedeća dijagnostička metoda je MSCT angioflebografija te MR flebografija, dok se klasična flebografija polako napušta.

U dijagnostici periferne arterijske bolesti uz anamnezu i klinički pregled perifernih arterijskih pulzacija koriste se obojeni dopler UZV ili dvostruki (duplex) scan arterijske cirkulacije. Od daljnjih pretraga izvodi se digitalna suptrakcijska angiografija (DSA), magnetska rezonancija – angiografija (MRA). Koristi se i neinvazivna dijagnostička metoda, tzv. Ankle-Brachial Indeks (ABI), tj. mjerenje omjera sistoličkog tlaka u području skočnog zgloba i nadlaktice (3).

Ostale pretrage koje se rade u cilju otkrivanja ulceracija su laboratorijske analize SE, KKS, DKS i kolesterol koje otkrivaju eventualne hematološke poremećaje, šećernu bolest i vaskulitis. Vršiti se i analiza brisa ulceracije kod kliničkih znakova infekcije, celulitisa i drugih komplikacija.

Komplikacije potkoljeničnih ulceracija

Komplikacije uslijed ulceracije mogu dovesti do infekcija različitim patogenima, najčešće gram-pozitivnim i gram-negativnim bakterijama, češće se javljaju kod arterijskih i neuropatskih ulceracija nego kod venskih. Zbog toga dolazi do trajnog edema u predjelu skočnog zgloba, ali i do kontaktnog alergijskog dermatitisa zbog senzibilizacije na lokalne lijekove. Ispod ulceracija razvija se osteomijelitis, naročito kod neuropatskih ulceracija.

Ono što prati ulceracije je i osteoporoza i ankiloza zgloba uslijed stalne imobilizacije kod kroničnog venskog ulkusa. Iako je rijetka, a jako bolna, može se javiti i maligna alteracija koju karakterizira neugodni miris bez tendencije zarastanja i podignutih rubova (4).

Poremećaji cijeljenja rane

Do poremećaja u cijeljenju kronične rane dolazi zbog slabe prokrvljenosti i ishrane u upalnoj fazi cijeljenja.

Neki od poremećaja koji utječu na slabo cijeljenje rane su:

- **Neadekvatna perfuzija** - najčešće se susreće kod bolesnika s aterosklerotskim promjenama i to kod dijabetičara, paraplegičara, pušača i bolesnika kod kojih je provedena dugotrajna terapija zračenjem;
- **Infekcija** - uobičajeni uzročnici infekcije su: Staphylococcus Aureus, MRSA, Streptococcus beta-hemolyticus, Pseudomonas aeruginosa, Bacteroides spp., Candida albicans;
- **Neadekvatna nutritivna** - loša prehrana dovodi do poremećaja metabolizma i zastoja u zarastanju;
- **Kortikosteroidi** - oslabe učinak makrofaga i zbog protuupalnog svojstva sprječavaju upalnu fazu cijeljenja rane;
- **Poremećaj aktivnosti proteaze i njezinih inhibitora** - izrazito je poremećena kod kroničnih rana;
- **Poremećaj citokina i upalnog odgovora** - također prisutan zbog suprimirane aktivnosti makrofaga;
- **Promjene karakteristike stanica** - stanice u kroničnim ranama imaju nisku aktivnost mitoze, smanjen odgovor fibroblasta na faktore rasta i postoji povećanje broja starih stanica;
- **Poremećaj migracije keratinocita** - nedostatak epitelizacije najvidljivija je karakteristika kronične rane;
- **Promjene ekstracelularnog matriksa** - također odgađaju epitelizaciju;
- **Prisustvo nekrotičnog tkiva i fibrinskih naslaga** - zbog neadekvatne prokrvljenosti. Nekrotično tkivo i fibrinske naslage omogućuju perzistiranje bakterija, mehanički sprječavaju kontrakciju rubova rane (5).

Uz navedene faktore na proces cijeljenja utječu i faktori vezani uz bolesnika, ali i iskustvo i znanje medicinskog osoblja te materijalne mogućnosti.

Čimbenike koje valja spomenuti vezano za bolesnika su: dob, pokretljivost, stanje uhranjenosti, psiho-socijalni status te odnos prema bolesti.

Liječenje potkoljeničnih ulceracija

Liječiti treba bolesnika, a ne samo lokalno izraženu bolest. Liječenje može biti sustavno i lokalno i obje se metode međusobno dopunjuju (6).

Sustavno liječenje

U ovaj vid liječenja ubraja se liječenje uzroka nastanka kronične rane, kao i učinak na čimbenike koji pogoduju produljenom cijeljenju ili onemogućuju sam tijek cijeljenja rane.

Podrazumijeva: liječenje cirkulatorne insuficijencije, korekciju nutritivskog deficita, korekciju i praćenje razine šećera u krvi, liječenje drugih metaboličkih bolesti, kontrolu povišenog krvnog tlaka i masnoća, itd. (7).

Za ublažavanje boli i osjećaja svrbeža primjenjuju se analgetici i antihistaminici. Također za liječenje egzantema nastalih hematogenim rasapom antigena iz ulkusa (id reactio) sustavno se primjenjuju kortikosteroidi i antihistaminici.

Lokalno liječenje

Lokalno liječenje može se podijeliti na konzervativne i aktivne postupke.

Sastoji se od čišćenja i dezinfekcije ulkusa, poticanja granulacije i epitelizacije te sprječavanja sekundarne infekcije, njege i zaštite okolne kože i, ukoliko je potrebno, kirurških zahvata.

Konzervativni postupci liječenja

U konzervativne postupke ubrajaju se: lokalna zaštita i terapija primjenom odgovarajućih pokrivala za rane, prevencija i liječenje infekcije (antiseptici), nekirurški debridement, kompresivna terapija kod venskih ulkusa, terapija negativnim tlakom, odgovarajuća obuća i izbjegavanje pritiska, postupci oksigenacije tkiva - hiperbarična oksigenoterapija (HBOT), ozonoterapija i lokalna uporaba hemoglobin spreja (7).

Primjena antiseptika

Cilj primjene antiseptika na rane je reducirati broj i vrstu mikroorganizama koji je kontaminiraju ili inficiraju. Baktericidnim i bakteriostatskim učinkom antiseptici smanjuju ukupnu količinu mikroba na površini lezije. Na taj način sprječavaju razvoj infekcije, smanjuje se uporaba antibiotika te indirektno utječe na smanjenje i učestalost razvoja rezistencije. Učinak im je ograničen na površinu rane, jer uglavnom ne prodiru u tkivo. Kemijski spojevi koji su citotoksični ili uzrokuju odgođeno cijeljenje rane ne smiju se primjenjivati. Citotoksičnost ovisi o koncentraciji aktivne tvari. U niskim koncentracijama antiseptici nisu toksični za stanice tkiva, ali i dalje imaju antibakterijski učinak. Primjena antiseptika na otvorenu ranu mora biti ograničena, dobro procijenjena, individualna i ciljana obzirom na bolesnika (komorbiditetni faktori), vrstu i status rane.

Najčešće primjenjivani antiseptici u kliničkoj praksi su vodene otopine:

- 1 % povidon-jodida,
- 0,5 % klorheksidin diglukonata,
- 3 % vodikovog peroksida,
- 1,0 % srebrnog sulfadiazina,
- 0,1 % ili 0,2 % oktenidin hidroklorida (1).

Međutim, postoje kontradiktorni stavovi o primjeni antiseptika na rane temeljeni na činjenicama o učinku toksičnosti na tkivo i utjecaju na cijeljenje rane. Neki liječnici ne odobravaju njihovu primjenu na otvorenu ranu, dok drugi smatraju da njihova primjena može ubrzati cijeljenje rane. U kliničkoj praksi antiseptici se široko primjenjuju za sve vrste rana, bez obzira na preporuke mnogih stručnih udruženja.

Terapija kisikom

Terapija kisikom temelji se na činjenici da većina kroničnih rana nastaje zbog poremećaja cirkulacije, odnosno smanjene količine kisika u rani. Nedostatak kisika izravno usporava i otežava cijeljenje rane.

Postoji nekoliko metoda oksigenacije tkiva.

Hiperbarična oksigenoterapija (HBOT) – udisanje 100 %-tnog kisika u hiperbaričnoj komori

pri tlaku većem od jednog bara (2- 2,5 bara). Istraživanja su pokazala smanjeni rizik amputacija donjih ekstremiteta u slučaju korištenja hiperbaričnih komora. Međutim, praktičnost korištenja HBOT-a ograničavaju višestruki posjeti specijaliziranim ustanovama, ograničene preporuke specijalista te stanja kod kojih je korištenje kisika pod tlakom kontraindicirano (7).

Temelj učinka hiperbaričnog kisika je u značajnom povećanju transportnih mogućnosti kisika u tjelesnim tekućinama što dovodi do brze korekcije hipoksije. Uz pozitivni učinak na korekciju hipoksije tkiva, primjena hiperbaričnog kisika ima i antimikrobni učinak. Nepovoljno djeluje na razvoj mikroorganizama i to na razini učinka antibiotika širokog spektra. Obnova oštećenih tkiva i zarastanje rana odvija se razvojem fibroblasta i biosintezom kolagena koji čine temelj za mikrocirkulacijsku neoangiogenezu. Hipoksija usporava ili zaustavlja proliferaciju fibroblasta i sintezu kolagena pa se time usporava i zarastanje rana. Dužina liječenja i ponavljanje postupka određuje se individualno.

U svijetu je HBOT prihvaćen kao metoda izbora za liječenje nekih bolesti, a za mnoge druge on je značajan pomoćni lijek. U Hrvatskoj se HBOT sustavno primjenjuje već 30 godina.

Terapija hemoglobinskim sprejem – omogućuje prijenos atmosferskog kisika u bazu rane i primjenjuje se lokalno. Korištenje hemoglobina u spreju nova je metoda obogaćivanja rane kisikom. Hemoglobin služi kao transportna molekula kisiku iz atmosfere kako bi savladao eksudatnu barijeru rane i metodom difuzije obogatio dno rane kisikom. Preduvjet za korištenje je odgovarajuća terapija primarne bolesti.

Kompresivna terapija

Kompresivna terapija je primjena elastičnih ili neelastičnih materijala na određeni dio tijela s određenim pritiskom u cilju liječenja odnosno prevencije svih stadija kronične venske bolesti ili bolesti limfnog sustava. Osnovna je terapija navedenih bolesti kompresija, s posebnim naglaskom da je njezina primjena ključna u liječenju venskog potkoljeničnog ulkusa kao i u prevenciji recidiva (8). Brojni su pozitivni učinci kompresivne tera-

pije na makro- i mikrocirkulaciju: povećani protok kroz vene, smanjenje upalne reakcije te korekcija hipoksije što ima za rezultat bolje i brže cijeljenje rane.

Liječenje venske potkoljenične rane započinje primjenom kratkoelastičnog sustava koji na nozi može ostati do 7 dana, danju i noću.

Kompresivna terapija mora biti individualno prilagođena bolesniku. Prema preporukama stručnih društava kratkoelastični kompresivni sustavi daju najbolje rezultate u inicijalnoj fazi liječenja, u smanjenju edema i poticanju cijeljenja venskog potkoljeničnog ulkusa.

U Hrvatskoj se kompresivna terapija još uvijek nedostavno primjenjuje. Najnovije preporuke ekspertne radne skupine kažu da se jednostavne venske potkoljenične rane veličine do 10 cm² i trajanja do 6 mjeseci liječe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti standardno koristeći sustave za kompresivnu terapiju (8).

Kompresivna terapija ključni je element cijeljenja venske potkoljenične rane. Indikaciju za ovu vrstu liječenja donosi liječnik, uzimajući u obzir kontraindikacije, a provode je zdravstveni djelatnici različitih razina obrazovanja nakon dodatne izobrazbe (medicinske sestre, fizioterapeuti, radni terapeuti...).

Terapija negativnim tlakom

Terapija negativnim tlakom potporna je metoda liječenja kroničnih rana. Koristi se negativni tlak od 40 do 125 mmHg. Dokazani su pozitivni rezultati primjene terapije u obliku pojačane angiogeneze i poboljšanja protoka krvi u rani, smanjenje edema, regulacije vlažnosti rane smanjenjem suvišnog eksudata, stimulacije stvaranja granulacijskog tkiva i retrakcije rane (12).

Postoji nekoliko sinonima koji se koriste za tu vrstu terapije, a to su: Vacuum Assisted Closure (VAC), Topical Negative Pressure (TNP), Negative Pressure Therapy (NPT), Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) (8).

Negativni se tlak postiže pomoću vakuumske pumpe. Postoji nekoliko tipova aparata za terapiju negativnim tlakom. Radi se o uređaju koji stvara negativni tlak u rani (do -200

mmHg) i preko posebnih spužvi ili gaza koje se umeću u ranu i oblikuju prema njoj, posebnim sustavom postiže negativni tlak u rani (9). Postoje dvije vrste terapije: **kontinuirana i intermitentna**. Kontinuirana je kada postoji stalni podtlak u rani, a intermitentna kada se izmjenjuju razdoblja aktivnog podtlaka i razdoblje mirovanja.

Sam postupak je bezbolan za bolesnika.

Smatra se da negativni tlak u rani stvara makro- i mikrodeformacije stanica koje imaju pozitivni učinak na cijeljenje rane, a vibracije koje nastaju značajno poboljšavaju kožnu cirkulaciju (12).

Učinci terapije negativnim tlakom mogu se podijeliti na primarne i sekundarne.

Primarni učinci – makrodeformacije (kontrakcija rane), stabilizacija rane, odstranjenje ekstracelularne tekućine (smanjenje edema), mikrodeformacije (proliferacija stanica).

Sekundarni učinci – smanjivanje volumena rane, poboljšanje perfuzije tkiva rane, smanjenje broja bakterija, poboljšanje pripreme dna rane.

Maksimalna perfuzija tkiva dobiva se negativnim tlakom od 125 mmHg. Smanjenjem veličine rane omogućava se ili potpuno zatvaranje rane ili se olakšava sekundarna rekonstrukcija rane. Ostali pozitivni učinci su čišćenje rane, neutralizacija mirisa iz rane, izolacija rane čime smanjujemo mogućnost sekundarne infekcije, smanjena učestalost previjanja te smanjeni troškovi liječenja i skraćivanje hospitalizacije.

Postoje i kontraindikacije za ovu vrstu liječenja, a to su maligne rane i prisustvo nekrotičnog tkiva



Slika 4. Aparat za negativni tlak (Izvor: arhiva KB Dubrava)



Slika 5. Aplikacija nakon kirurškog zahvata (Izvor: arhiva KB Dubrava)

u rani. Relativne kontraindikacije su eksponirani vaskularni presadak zbog mogućnosti krvarenja, eksponirane krvne žile, živci i tetive, kao i neliječeni osteomijelitis (9).

Primjena obloga u terapiji

Moderne obloge su danas standard u primjeni kod akutnih i kroničnih rana koje cijele s ili bez defekta kože. One na rani stvaraju vlažni, okluzivni medij za koji je dokazano da ubrzava cijeljenje rane, potiče autolitički debridman, smanjuje rizik od infekcije, održava konstantnost temperature, ubrzava vrijeme reepitelizacije, pruža pacijentu atraumatski prijevoz i općenito manju bolnost rane (1).

Izbor modernih obloga u procesu liječenja rane postao je presudan u stvaranju optimalnih uvjeta za zacjeljivanje. Suportivni ovoji su u današnje vrijeme razvijeni u tolikoj mjeri da zadovolje sve specifične zahtjeve za optimalnim uvjetima u svim fazama cijeljenja.

Da bi se obloge praktično mogle primjenjivati, moraju se poštivati protokoli koji sadrže etiologiju rane, procjenu rane, stadij defekta, prisustvo infekcije te opće stanje pacijenta. Ne postoji idealna obloga za sve rane.

Previjanja modernom oblogom imaju velike prednosti u samoj primjeni jer na rani jedna te ista obloga smije stajati do 7 dana. Apsorptivna sposobnost sekrecije puno je veća u usporedbi s gazom.

Obloge za vlažno cijeljenje

Alginati – osnovnu strukturu čini kalcijeva i natrijeva sol alginatne, poliuronske kiseline. Primjenjuje se za rane s jakom sekrecijom (venske, arterijske i dijabetičke geneze, u liječenju dekubitusa, opekлина, na donorska mjesta kožnih transplantata). Ova je obloga neučinkovita na suhim ranama.

Hidrofiber obloga (Aquacel) – specijalna hidrofiber vlakna. Primjenjuje se na akutnim i kroničnim ranama s jakom eksudacijom.

Hidrofiber obloga sa srebrnim ionima (Aquacel Ag) – tehnologija hidrofiber vlakna obogaćena ionima srebra koji se ispuštaju direktno pri apsorpciji sekrecije a koji su baktericidni za široki spektar bakterija.

Hidrokoloidi – okluzivne, samoljepive, sterilne obloge. Njihovu strukturu čine želatina, pektin i Na-karboksimetil celuloza. Hidrokoloidi se razlikuju po sastavu jer su neki okluzivni, a neki semiokluzivni. Karakteristika hidrokoloida je to da je jedna od najispitivanijih obloga (Granuflex).

Hidrogel – sastoji se od netopivog polimera koji je hidrofilan i ima sposobnost apsorpcije značajne količine tekućine. Ne djeluje samostalno, tj. zahtijeva sekundarnu oblogu. Primjenjuje se na ranama oskudne do umjerene sekrecije.

Obloge s aktivnim ugljenom – za rane s intenzivnim mirisom i jakom eksudacijom.

Poliuretanske pjene – od poroznog poliuretanskog materijala. Namijenjene su za tretman rana u fazi granulacije.

Polupropusni filmovi – koriste se za fiksiranje primarne obloge jer nemaju mogućnost upijanja sekreta iz rane.

Silikonske obloge – preveniraju traumu dna rane i idealne su za kožu koja je tanka i sklona oštećenju.

Biološke obloge – načinjene od različitih biomaterijala koji imaju aktivnu ulogu u procesu cijeljenja rana (kolagen, faktori rasta, hijaluronska kiselina, alginat i elastin).

Altrazeal® - jedan od novijih proizvoda za liječenje rana. To je transformirajuća obloga u prašku koja je po svojim osobinama jedinstvena te rani pruža

uvjete za poboljšano cijeljenje. Proizvod je sterilni bijeli prašak koji se aplicira na otvorenu ranu laganim posipanjem. Na površini rane pretvara se u vlažni fleksibilni film koji propušta vlagu i time stvara vlažne uvjete cijeljenja važne za oporavak tkiva dok istodobno ne propušta egzogene bakterije kroz povoj. Primjenjuje se kod kirurških poslijeoperacijskih rana, akutnih površnih rana koje vlaže (donorska regija kožnog grafta, opekline drugog stupnja) te kod kroničnih rana koje sporo zacjeljuju. Altrazeal može ostati na mjestu do 14 dana odnosno dok god je prisutna sekrecija rane. Zbog načina primjene moguće ga je koristiti na regijama koje su teško dostupne za druge obloge, npr. prsti zbog gibljivosti, rane kod kojih su prisutni džepovi te kod rana koje su duboke i nepravilnih rubova.

Aktivni postupci liječenja

U aktivne postupke ubrajaju se uklanjanje mrtvog, oštećenog i inficiranog tkiva (nekrektomija, debridement), zarezivanje čime se stvara otvor koji služi za istjecanje sadržaja (incizija i drenaža), korektivni kirurški zahvati, kompletno odstranjenje promjene do zdravog tkiva (ekscizija), premošćivanje ili uklanjanje suženja i začepjenja arterijske krvne žile (revaskularizacija), kirurški zahvati na venama, plastično-rekonstrukcijski zahvati i amputacije (9).

Ako opći i lokalni uvjeti dopuštaju, prvi postupak u kirurškom liječenju je nekrektomija.

Nekrektomija ili debridement je postupak odstranjenja devitaliziranog tkiva i svega (strana tijela, nečistoća) što koči i usporava proces cijeljenja. To je postupak kojim se kronična rana pretvara u akutnu ranu. Odstranjenjem nekrotičnog tkiva smanjuje se infektivna doza bakterija, odstranjuje tkivo koje predstavlja barijeru u cijeljenju i pojavi granulacijskog tkiva, odstranjuje se mrtva koža, ponekad fascija, dio mišića i kost.

Postoje kirurški, mehanički, enzimatski, biološki i autolitički debridementi (10).

Kirurški debridement - brz i selektivan, izvodi se skalpelom, škarama, kohleom i dermatomom. Često je potrebna sedacija i anestezija bolesnika te vrlo dobra procjena potencijalnog gubitka krvi i općeg stanja bolesnika.

Mehanički debridement - nekrektomija uporabom mehaničke sile (ispiranje pod mlazom, dermoabrazija - brušenje) ili uporabom laserske zrake (termička ablacija) ili promjenom zavoja (odstranjenje adheriranog staničnog debrisa).

Autolitički debridement - temelji se na uporabi fagocita i autolitičkih enzima iz rane. Može se održavati, pa čak i ubrzati vlažnim procesom cijeljenja. Relativno je selektivan i spor te bezbolan pa se može provoditi i kod ambulantnih bolesnika.

Enzimatski debridement - provodi se uporabom raznih kemijskih pripravaka kao što su papain-urea i kolagenaza. Takav se oblik nekrektomije mora koristiti s oprezom kod inficiranih rana, ali je relativno bezbolan te se koristi kod bolesnika kod kojih postoji kontraindikacija za kirurški debridement.

Biološki debridement - „znači uporabu medicinskih crva u rani u cilju selektivne nekrektomije. Takav je debridement efikasniji i brži od enzimatskog ali je iz razumljivih razloga teže psihički prihvatljiv za bolesnika“ (10).

Moguće su razne kombinacije debridmana (kirurški i aplikacija negativnog tlaka) u cilju što bolje pripreme rane. Nakon učinjene nekrektomije ako stanje bolesnika i rane dozvoljavaju, potrebno je učiniti rekonstrukciju (pokrivanje defekta) ili pokriti defekt jednom od vrsta obloga te samim time dovesti ranu do faze spontanog cijeljenja ili pripremiti je za sekundarnu rekonstrukciju. U slučaju potkoljeničnog ulkusa potrebno je operacijski riješiti uzrok ulkusa (venski/arterijski) a zatim pristupiti rekonstrukciji.

Najjednostavnije je pokrivanje defekta slobodnim kožnim transplantatom tipa *Thiersch, Blair*.

Uzimanje slobodnog kožnog transplantata poznato je i ubraja se u opće kirurške tehnike (3). Slobodni kožni presatci su tangencionalno uzeti dijelovi kože koji sadrže epidermis i dio (nepotpuna debljina) ili cijeli dermis (puna debljina). Uzimaju se najčešće s unutarnje strane natkoljenice i nadlaktice. Njihova prednost je u tome što se mogu dobiti u većim količinama s malim defektom davajuće regije na način da se primijeni mrežasti autotransplantat djelomične debljine kože (mesh). No za njihovu primjenu potrebna je dobro vaskularizirana i minimalno kontaminirana

podloga i pravilna imobilizacija tijekom revaskularizacije presadka.



Slika 6. Uzimanje kožnog transplantata
(Izvor: arhiva KB Dubrava)



Slika 7. Postavljeni kožni transplantat
(Izvor: arhiva KB Dubrava)

Sljedeći način rekonstrukcije defekta je pokrivanje defekta **lokalnim fasciokutanim i/ili mišićnim, odnosno mišićno-kutanim režnjevima**. U obzir za pokrivanje dolazi i tzv. „**perforatorski režanj**“ i **slobodni režanj**.

Lokalni režnjevi - odignuti s područja neposredno uz defekt koji namjeravamo pokriti. Po načinu prijenosa u defekt dijelimo ih na: klizne, rotacijske, transpozicijske i interpozicijske.

Perforatorski režnjevi - temelje se na jednom ili više perforatora, odvojenih u cijelosti od podloge.

Slobodni režnjevi - režnjevi koji imaju poznatu vaskularnu peteljku. Mogu sadržavati različita tkiva ovisno o vaskularizaciji na mjestu odizanja. Odignuti režanj može se prenijeti na bilo koji dio tijela gdje postoji primajuća vaskularna peteljka. Izbor režnja ovisi o strukturalnim i funkcionalnim zahtjevima rekonstrukcije.

Uloga medicinske sestre u liječenju potkoljeničnih ulkusa

Uloga medicinske sestre je jedinstvena kada je u pitanju skrb za bolesnike s kroničnom ranom. Često podrazumijeva i prevenciju komplikacija koje se mogu pojaviti u tijeku liječenja te je potrebno utjecati na sve čimbenike rizika koji se mogu mijenjati.

Zdravstvena njega se odnosi na tretiranje aktualnih i potencijalnih zdravstvenih problema. Vodeći se time u kakvom je stanju bolesnik, sestrinske intervencije potrebno je usmjeriti na otklanjanje problema. Neki od njih su:

Smanjena mogućnost brige o sebi - osobna higijena u/s otežanim kretanjem 2' ulkus cruris

Ciljevi:

- Bolesnik će sudjelovati u provođenju osobne higijene, primjereno vlastitom stanju i mogućnostima
- Bez nelagode tražit će pomoć medicinske sestre/tehničara kada mu je potrebna
- Bit će čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećat će se ugodno

Intervencije medicinske sestre:

- procijeniti stupanj samostalnosti bolesnika,
- definirati situacije kada bolesnik treba pomoć,
- dogovoriti osobitosti održavanja osobne higijene (vrijeme, način, specifičnosti),
- osigurati potreban pribor i pomagala (edukacija o korištenju pomagala),
- osigurati privatnost,
- staviti nadohvat ruke potreban pribor i pomagala te poticati bolesnika na korištenje,
- poticati samostalnost,
- biti uz bolesnika ako je potrebno,
- učiniti sigurnom okolinu za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada.

Visoki rizik za oštećenje integriteta kože u/s smanjenom pokretnošću

Cilj: pacijentova koža bit će neoštećena, neće dobiti dekubitus

Intervencije:

- procijeniti postojanje čimbenika rizika za dekubitus (Braden skala), upisati i utjecati na rizike čimbenika,
- nadzirati pojavu edema,
- održavati higijenu kože prema standardu,
- podučiti i pomoći mijenjati položaj,
- napraviti raspored promjene položaja,
- smjestiti u prikladan položaj izbjegavajući pritisak na rizična mjesta,
- izbjegavati Fowlerov položaj i ne rabiti ga duže od 30 minuta,
- izbjegavati trenje kože prilikom promjene položaja,
- koristiti antidekubitalna pomagala,
- nježno masirati ugrožena mjesta pri svakoj promjeni položaja,
- održavati kožu suhom i čistom,
- koristiti pomagala za sprječavanje dekubitusa,
- osigurati optimalnu hidraciju i nutritivnu potporu (bjelančevine, ugljikohidrati, vitamini B i C),
- edukacija bolesnika i obitelji o čimbenicima rizika i mjerama prevencije.

Visoki rizik za nastanak infekcije u/s neadekvatnom njegom rane

Cilj: rana neće biti inficirana

Intervencije:

- higijensko pranje ruku prije i poslije izvođenja toalete rane,
- izvoditi sve postupke po načelima asepse,
- očistiti ranu i sterilno previti,
- dati preventivno propisane antibiotike,
- uzeti bris za mikrobiološku analizu.

Neupućenost u nastanak potkoljeničnog ulkusa i njegovo liječenje

Cilj: pacijent će imati znanje o nastanku

potkoljeničnog ulkusa, bit će upućen u liječenje

Intervencije:

- ispitati koliko pacijent zna što je to ulkus, kako nastaje i kako se liječi,
- osigurati objašnjenje nastanka i liječenja ulkusne rane.

Visoki rizik za infekciju u/s ulkusnom ranom

Cilj: Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije

- laboratorijski nalazi bit će uredni (leukociti, CRP, SE),
- rana i mjesta incizije ostat će čista, čvrstih rubova, bez crvenila, edema i sekrecije,
- mikrobiološki nalaz uzoraka poslanih na bakteriološku analizu bit će sterilan.
- Intervencije:
- mjeriti vitalne znakove,
- pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima,
- provesti pravilno higijenu ruku prije i nakon postupka previjanja operativne rane te pravilna primjena osobnih zaštitnih sredstava (rukavice, maska, pregača),
- uzeti bris operativne rane, evidentirati i izvijestiti o nalazu,
- aseptično previjanje rana,
- pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije,
- održavati setove i instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP),
- primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika.

Anksioznost u/s predstojećeg operativnog zahvata 2' slobodni kožni transplantat

Cilj: bolesnik će verbalizirati svoje strahove i prihvatiti postojeći zdravstveni problem

Intervencije:

- stvoriti empatijski odnos i osjećaj sigurnosti pokazujući razumijevanje bolesnikovih osjećaja i biti uz njega kada je potrebno,
- redovito informirati bolesnika o tretmanu i

- planiranim postupcima,
- omogućiti bolesniku sudjelovanje u donošenju odluka.

Bol u/s nepravilnog rukovanja pokrivalima za ranu

Ciljevi:

- bolesnik će verbalizirati prisustvo boli, koristiti ljestvice za procjenu boli,
- izvijestiti o manjem intenzitetu boli,
- prepoznati uzroke boli i primjenjivati aktivnosti koje preveniraju pojavu boli.

Intervencije:

- stvoriti odnos povjerenja,
- zamoliti pacijenta procjenu intenziteta boli na ljestvici boli,
- ublažavati bol na način kako je bolesnik naučio,
- ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol,
- primijeniti nefarmakološke postupke,
- primijeniti farmakološku terapiju.

Potpuni oporavak bolesnika zahtijeva znanje, angažman i brigu medicinske sestre jer je upravo ona osoba koja najviše vremena provodi uz bolesnika.

Kod svake manipulacije i previjanja bolesnika s kroničnom ranom, medicinska sestra mora poštovati pravila asepse i antiseptike jer samo na taj način može pružiti pravilnu i kvalitetnu skrb. U sestrinske intervencije spada priprema pacijenta, pribora i prostorije u kojoj se vrši previjanje. Ako je potrebno pacijenta previti u operacijskoj dvorani, tada operacijska sestra uz liječnika svojim znanjem i vještinama aktivno i ravnopravno sudjeluje u provođenju zahvata.

Sestrinska dokumentacija nam je također vrlo bitna i moramo je pažljivo bilježiti jer je to naša profesionalna dužnost, pravna zaštita i osigurava kvalitetu rada i sredstvo je komunikacije između osoblja. Ono što nismo zabilježili kao da nismo ni učinili.

Nakon što pacijent napusti bolnicu potrebno je da za njega neizostavnu skrb preuzme primarna zdravstvena zaštita, a bolesnik shvati važnost suradljivosti s liječnikom obiteljske medicine i patronažnom službom.

Uloga primarne zdravstvene zaštite u zbrinjavanju kroničnih potkoljeničnih ulkusa

Liječnik obiteljske medicine zauzima središnje mjesto u liječenju bolesnika s kroničnim ranama te u suradnji s patronažnom službom i službom zdravstvene njege u kući skrbi o bolesnicima godinama ili do kraja njihovog života. Za liječenje kompleksnijih kroničnih rana potrebna je dobra komunikacija između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite.

Komunikacija s bolničkom službom odvija se otpusnim pismom liječnika i sestrinskim otpusnim pismom koje sadrži detaljnije podatke o njezi kronične rane i bolesnika te povijest bolesti nakon pregleda specijalista (11).

Važni suradnici u timu obiteljskog liječnika su medicinska sestra/tehničar i medicinska sestra iz kućne njege. Za uspješno liječenje kroničnih rana iznimno je važna kućna njega stoga sestre moraju biti dobro educirane. Patronažna sestra/zaposlenik doma zdravlja posjećuje bolesnika s kroničnom ranom i ispunjava Izvješće koje dostavlja obiteljskom liječniku jednom mjesečno. Izvješće sadrži socijalni status bolesnika i vrednovanje provedene zdravstvene njege u kući: početak ZNJK, potrebe za ZNJK, ponovno utvrđivanje potrebe za ZNJK (14).

Patronažna sestra treba sudjelovati u edukaciji bolesnika, obitelji, udomitelja, u prevenciji ulkusa i recidivu ulkusa, u rješavanju socijalnih problema, prepoznavanju faktora rizika za druge kronične bolesti koje mogu pogoršati ili uzrokovati kroničnu ranu ili recidiv, treba biti angažirana u suradnji sa socijalnim radnicima i biti važan timski suradnik zbog svoje educiranosti (14).

Poznavanjem uloge primarne zdravstvene zaštite koja je ključna u liječenju bolesnika s kroničnom ranom, možemo zaključiti da su zadaci patronažne sestre i medicinske sestre u kućnoj njezi višestruki i kompleksni. Riječ je o zahtjevnom poslu za koji je potrebno mnogo znanja, vještine, strpljenja i iskustva kako bi se uspješno obavljao. Intervencije su usmjerene na minimaliziranje te uklanjanje poteškoća i problema iz područja zdravstvenog funkcioniranja koji su proizašli kao posljedica narušenog zdravstvenog stanja.

Zaključak

Kronični ulkus je veliki javnozdravstveni, socijalni i ekonomski problem. Podaci pokazuju da je pojavnost u rastućem trendu, što predstavlja i financijsko opterećenje za zdravstveni sustav. Liječenje kroničnog ulkusa treba biti što učinkovitije, jednostavnije te manje bolno za bolesnika. Da bi se to postiglo, potrebna je kontinuirana edukacija liječnika, medicinskih sestara i pacijenata. Ključno je najprije raditi na prevenciji ali i edukaciji

zdravstvenog osoblja u cilju adekvatnog zbrinjavanja bolesnika s kroničnim ranama.

Medicinska sestra je važna članica multidisciplinarnog tima za pružanje zdravstvene zaštite bolesnika s određenom vrstom kronične otvorene rane. Osim u provedbi njege bolesnika s potkoljeničnim ulkusom kao kroničnom ranom, medicinska sestra ima važnu ulogu u edukaciji bolesnika o higijeni i njezi te samokontroli ugroženih skupina kako bi se prevenirao nastanak kronične rane.

Literatura

1. Budi S, Rudman F, Žic R i sur. Smjernice u liječenju kroničnih rana. *Acta Med Croatica*. 2011;65(Suppl. 2):25-31.
2. Zubak D. *Zdravstvena njega bolesnika s bolestima vena (završni rad)*. Varaždin: Sveučilište sjever; 2014.
3. De Syo D, Delalić A, Hančević J i sur. Potkoljenični vrijed (Ulcus cruris). *Acta Med Croatica*. 2009; 63 (Supl. 4):1-144. Dostupno na: http://huzr.tzv.hr/wp-content/uploads/2014/06/2_ACTA_potkoljenicni-vrijed 1. Pristup: 08.05.2018.
4. Višnjić D. *Ulcus cruris*. *Medical cg, (serial on the Internet)*. 2014;58:56 – 8. Dostupno na: <http://issuu.com/medicalcg/docs/br>. Pristup: 08.05.2018.
5. Huljev D. *Priručnik kronične rane*. Zagreb: Hrvatska udruga za rane; 2013.
6. Šošić T, Sutlić Ž, Stanec Z i sur. *Kirurgija*. Zagreb, 2007.
7. Huljev D. *Rani je potreban kisik. Vaše zdravlje – vodič za zdraviji život (serial on the Internet)* 2014;93. Dostupno na <http://www.vasezdravlje.com/printable/izdanje/clanak/2906>. Pristup: 10.05.2018.
8. Sinožić T., Kovačević J. *Rezultati primjene kompresivne terapije u obiteljskoj medicini*. *Acta Med Croatica*. 2015;69(Supl. 1):35 – 41.
9. Huljev D., Gajić A., Gverić T., Leskovec Kecelj N., Triller C. *Uloga terapije negativnim tlakom u tretmanu kroničnih rana*. *Acta Med Croatica*. 2012;66(Supl. 1): 59 – 64.
10. Kučšec – Tepeš N. *Antiseptici u prevenciji infekcije kronične rane – činjenice i zablude*. *Acta Med Croatica*. 2015;69(Supl. 1):91 – 8.
11. Podobnik D. *Uloga liječnika obiteljske medicine u nadzoru liječenja i skrbi kronične rane*. *Acta Med Croatica*. 2015;69(Supl. 1): 43 – 50.
12. Andrić D, Budi S, Delalić A, Kučšec-Tepeš N, Škrilin J, Tunuković S. *Liječenje rana- suvremeni principi i postupci*. Zagreb, 2015.
13. www.moje-vene.com (homepage on the Internet). Zagreb: Krnić A. *Venski ulkus; 2015*. Dostupno na: www.moje-vene.com/venski_ulcus.htm. Pristup: 09.05.2018.
14. <http://rozi-step.hr/vrste-rana/ozljede/ulkus> Pristup: 08.05.2018.



Slika 1. Florence Nightingale (izvor: www.google.com)

FLORENCE NIGHTINGALE

Suzana Horvatić, mag. med. techn.
Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta

Sažetak: Međunarodni dan medicinskih sestara obilježava se svake godine 12. svibnja u spomen na datum rođenja Florence Nightingale, utemeljiteljice moderne sestrinske profesije.

Florence Nightingale je smatrala **da se medicinske sestre trebaju školovati**, da su neizostavne u zdravstvu, te da nije dovoljno biti žena da bi bila dobra medicinska sestra. **Inicirala je uvođenje profesionalnog obrazovanja.**

Smatrala je da je osnovni posao medicinske sestre njega bolesnika, da je potrebno stalno usavršavanje u sestrinstvu, te da sestra mora biti poštovana i punopravna članica tima.

Tvrdila je da se sve navedeno može usvojiti jedino kroz redovnu institucionaliziranu edukaciju, a ne kroz priučavanje. Njezino široko obrazovanje, uspjesi u Krimskom ratu, društveni status i svestrane aktivnosti omogućili su joj da 1860. godine osnuje prvu školu za medicinske sestre u

Londonu. Krajem 19. i početkom 20. stoljeća pojavile su se teorije sestrinstva definirajući ulogu medicinske sestre.

Osnovu teorije Florence Nightingale čini razumijevanje i prihvaćanje čovjeka obuhvaćajući duhovnu, biološku i socijalnu dimenziju.

Njezina teorija uključuje koncepte: čovjeka / osobe, okruženja / društva, zdravlja / bolesti i sestrinstva. Svoja je tumačenja o zdravstvenoj njezi temeljila na središnjem konceptu – okolini. Naime, smatrala je da je okoliš ključni element skrbi za bolesnike.

Vjerovala je da su zdravi uvjeti neophodni za pravilnu sestrinsku skrb, a njezini koncepti koristili su se kasnije u gotovo svim teorijama sestrinstva.

Ključne riječi: Florence Nightingale, sestrinstvo, zdravstvena njega, teorija, okoliš

Uvod

Utemeljiteljica suvremenog sestrinstva Florence Nightingale rođena je 1820. godine u

Firenci. Budući da je bila kćerka ugledne engleske obitelji, omogućena joj je i kvalitetna obrazba. Stekla je veliko znanje iz grčkog i latinskog jezika te matematike, logike, statistike, administracije, prehrane i javnog zdravstva. Od nje se nije očekivalo da sama zarađuje za život, što je s vremenom kod nje izazivalo sve veće nezadovoljstvo. Svijet nemoćnih i siromašnih probudio je u njoj neke druge interese. Dio nje započeo je borbu protiv lijepih snova i začeo čežnju da se odazove izazovu stvarnosti tadašnjeg vremena. Već u ranoj mladosti pokazivala je sklonosti prema nemoćnim i siromašnim ljudima i nije mogla ne zapaziti razliku između bogatih i siromašnih, između onih kojima je sve dano i onih koji nemaju ništa. Misli su joj opsjedali prizori ljudske patnje i želja da bude korisna. Tako je u dobi od dvadeset i četiri godine jasno uvidjela što bi mogla raditi i u čemu bi bila korisna, a to je rad s bolesnicima. Bolnice su u to vrijeme bile mjesta bez osnovnih higijenskih uvjeta.

Bile su zapuštene, vlažne, prljave i pune zaraznih bolesti. Osoblje koje je u njima radilo bilo je na vrlo lošem glasu. Gledalo ih se s prezirom tako da Florence svoju zamisao nije uopće smjela spomenuti obitelji. Savjetovala se sa dr. Samuelom Howerom, američkim dobrotvorom i obiteljskim prijateljem. Potajno je iščitavala izvješća iz njemačkih i francuskih bolnica i molila poznanike da joj pribave što više podataka o bolničkom sustavu i bolničkim izvješćima (1).

Borba i ustrajnost u potajnom radu i duboko potiskivanje osobnog beznađa dovelo ju je i u stanje bolesti. Šestomjesečni oporavak u Rimu koristila je za proučavanje organizacije rada i vođenja sirotišta. Kao i uvijek, brižno je zapisivala važne podatke o svemu što je vidjela i naučila. Odbila je sve ponude za brak kako bi se u potpunosti posvetila pozivu koji je za nju imao životni smisao. Kratko vrijeme provela je u Njemačkoj u Kaiserwerthu, gdje je istraživala kako ugledne kršćanke pomažu u mjesnoj bolnici.

Vrativši se u London, i dalje nije naišla na odobravanje obitelji pa je donijela odluku da nastavi živjeti daleko od kuće i obitelji. Odlučila je otputovati u Pariz i raditi u bolnici katoličkih sestara milosrdnica, odjevena kao časna sestra, no živeći odvojeno od sestara. Posjećivala je bolnice, ambulante, ubožnice i druge slične ustanove. Prisustvovala je liječničkim vizitama i promatrala bolesnike. Sve je brižno zapisivala i slikovno prikazivala. Bila je nadarena za red, istraživanje i donošenje

odluka. Prvi posao dobila je 1853. godine i to na mjestu nadstojnice u londonskom Zavodu za njegu bolesnih gospođa pogođenih posebnim životnim okolnostima. Postavila si je za cilj potpunu reorganizaciju Zavoda, uvela je toplu vodu, postavila zvona za bolesnike, osigurala je dopremu hrane, nabavila alat i pribor za čišćenje. Postupno je postigla uspjeh u svom radu i postaje sve priznatija i cijenjenija.

Zasigurno je taj njen doprinos djelovao da javnost promijenjen stav prema sestrama i njihovom poslu.

U to vrijeme (1853.-1856.) započinje Krimski rat. Britanska vojska pretrpjela je velike gubitke zbog neorganiziranosti, bolesti, gladi i hladnoće. Zdravstvena služba bila je slabo organizirana, nije bilo lijekova, sanitetskog materijala, vode, higijenskih uvjeta. Tadašnji ministar obrane poziva Florence da pomogne i organizira skupinu medicinskih sestara s kojima bi krenula na Krim. Florence je krenula na put sa još 38 žena, no nitko je nije pripremio na kaos i uvjete na koje će naići. U teškim i iscrpljujućim uvjetima i brizi oko ranjenika nikada nije pokazivala beznađe i strah. Bila je uz bolesnike na operacijama, sanirala je higijenske prilike, organizirala je akciju za dobrovoljne doprinose te je bolnice opskrblila rubljem i hranom. Odvojila je ranjenike od bolesnih te ih obilazila noću kad je svjetiljkom rasvjetljavala svoj dugi put obilaska. Tako se i pojavljuje ime „Dama sa svjetiljkom“, a Florence Nightingale postaje legenda svog

vremena (2). U Engleskoj se o Florence Nightingale govorilo kao o „svjetlu nad Krimom“. Prikupljali su se novčani prilozi, a osnovana je i Zaklada Florence Nightingale za utemeljenje instituta za izobrazbu medicinskih sestara.

Kad je u travnju 1856. godine završio rat bila je iscrpljena, ali ovjenčana pobjedom. Vratila se kući i primila brojna odlikovanja za svoje aktivnosti. Kraljica Viktorija duboko je poštivala ono što je Florence Nightingale postigla u Krimskom ratu, što je iskazala brošem na kojem je upisano „Blago milosrdnima“. Tijekom prvih poslijeratnih mjeseci Florence je bila zatrpna pismima i čestitkama, bračnim ponudama i histerijom obožavatelja.

Krimski rat razotkrio je mnoštvo problema koje je trebalo riješiti. Florence je 1859. godine objavila Zapise o bolnici (Notes of Hospital) u kojima je izvijestila javnost o lošem stanju u bolnicama. Iste godine objavila je i udžbenik o njezi bolesnika Zapisi o sestrinstvu (Notes on Nursing). Tijekom Krimskog rata poboljšanjem higijenskih uvjeta smanjila je smrtnost ranjenih s 42% na 2,2%. Iskoristila je to da ukaže na mogućnosti zdravstvene njege u sprječavanju morbiditeta i smanjenju mortaliteta. Navodila je mnoge činjenice, brojeve i statističke podatke tako da se smatra da je začetnica istraživačkog rada u sestrinstvu, začetnica zdravstvene njege zasnovane na činjenicama (evidence based nursing care). Znala je da bol-

nički organizacijski sustav treba mijenjati jer su za mnoge smrti krivi bolnički uvjeti pa je počela prikupljati podatke i proučavati vojne bolnice kako bi došlo do pozitivnih promjena.

Svoje znanje primijenila je kasnije na građanskim bolnicama. Isticala je važnost higijenskih mjera te davala naputke za gradnju bolnica. Ona je potakla inicijativu za osnivanje ustanove u kojoj bi se školovala medicinske sestre.

Od sakupljenih novčanih priloga 1860. godine osnovala je školu za medicinske sestre pri bolnici St. Thomas Hospital. Svaka je učenica bila posebno odabrana jer je izobrazba podrazumijevala strogi rad i disciplinu. Začetnica je etike vrlina kao etičke teorije koja propituje koje to kvalitete pojedinac mora imati kako bi svoje djelovanje sproveo na moralan način. Oblikovala je načela školovanja koja daju obilježja kurikulumu i uvela je u praksu sestrinsku dokumentaciju jer je smatrala da sestre moraju voditi bilješke o bolesnicima. Dala je popis vještina koje se moraju svladati tijekom školovanja (začetak opisa kompetencija). Istaknula je da nadzor nad sestrama mora imati sestra, a ne liječnici. Upravo taj podatak govori o začecima autonomije sestrinske profesije (3).

Osim škole koju je osnovala u Europi, po uzoru na nju osnovane su mnoge škole diljem svijeta.

Neprekidni rad doveo je do toga da se razboljela pa se odlučila povući u osamu. Iz

tišine svoje spavaće sobe zacrtavala je odredbe i memorandum, pisala zapisnike, pisma i knjige. Proučavala je izvješća iz područja zdravstva i zakonodavstva, čak i iz ministarskih poslova. U studenom 1907. godine kralj Edward VII. dodjeljuje Florence Nightingale Orden za zasluge, koji se prvi put dodjeljuje jednoj ženi. Umrula je u dubokoj starosti, u Londonu 13. kolovoza 1910. godine. Prema njezinoj želji pokopana je vrlo skromno u blizini obiteljske kuće u Embleyju.

U spomen na Florence Nightingale svake se godine u svijetu na njezin rođendan obilježava Međunarodni dan sestrinstva, a u Londonu postoji i muzej posvećen njezinu životu i radu.

Koncepti Florence Nightingale – temelji sestrinskih teorija

Florence Nightingale je smatrala kako medicinska sestra djelujući na okolinu bolesnika

omogućuje na taj način značajan oporavak bolesnicima. Kod razmatranja sestrinske etike nemoguće je ne obratiti pozornost na njene središnje koncepte te etiku vrlina kao značajnu etičku teoriju za sestrinsku profesiju (4). Vjera je za Florence jedna od značajnih vrlina. Živjela je pod utjecajem kršćanske vjere i vjeru u Boga smatrala je temeljnim idealom tako da je zdravstvena njega prema Florence Nightingale vezana uz evangeličku vjeru viktorijanske ere. Prema sestrama je postavila visoke standarde. Očekivala je da sestre budu brižne, obzirne, hrabre, ljubazne, inteligentne i poslušne. Tvrdila je da je primjerena edukacija važna za formiranje karakternih crta. Naglašavajući religioznost u svojim tekstovima, može se zaključiti kako su njene odrednice religioznost i prihvaćanje vjerskih načela. Naglašavala je utjecaj okolinskih, fizioloških i psiholoških činitelja. Svi okolinski činitelji mogu pozi-



Slika 2. Florence Nightingale, Muzej, London

tivno i negativno utjecati na zdravstveno stanje i zdravih i bolesnih. Na okolinu se može djelovati u svrhu očuvanja ili ponovne uspostave zdravstvene ravnoteže. Florence u svom govoru o okolini obuhvaća i fizikalne i psihosocijalne aspekte. Prepoznala je da bi i posjete kućnih ljubimaca mogle povoljno djelovati na bolesnikovo raspoloženje i oporavak. Uzimajući u obzir vrijeme u kojem je živjela, Krimski rat i teške higijenske uvjete bila je zabrinuta za okolinu ne samo u bolnicama u kojima je radila, nego i u domovima bolesnika. Riječ „okoliš“ nije posebno navodila u svojim pisanjima, ali je detaljno opisivala sve komponente okoliša.

Njezina teorija o navedenim komponentama i danas je neophodna za kvalitetnu sestrinsku skrb. Tako je u svojim pisanjima navela četiri osnovne ideje koje sjedinjene čine sestrinstvo: **čovjek / osoba, okoliš / društvo, zdravlje / bolest i sestrinstvo (zdravstvena njega).**

Čovjek / osoba

Koncept osobe odnosi se na pojedinca koji zajedno s medicinskim sestrama istražuje i analizira ono što mu je važno za rješavanje određenih problema. Florence prihvaća i razumije čovjeka kao cjelovitu, multidimenzionalnu osobu. **Svaki bolesnik je jedinstven te se ne smije praviti razlika prema socijalnom statusu ili vjeri.**

Naglašavala je važnost čovjekova suodnosa s medicinskom

sestrom i aktivan suodnos s okolinom, što ujedno pridonosi pozitivnim potencijalima za oporavak. Psihološke i socijalne komponente osobe mogu se razlučiti kroz poimanje self koncepta, osjećaje, misaone procese, interakciju. Duhovna komponenta isprepletena je osobnim duhovnim uvjerenjima.

Florence je spominjala duhovnu dimenziju sestrinstva te je tako ohrabrila sestre da razvijaju osjetljivost prema bolesnikovim duhovnim potrebama (5).

Florence je navodila i primjere bolesnika koji tijekom boravka u bolnici ne bi trebali primati uznemirujuće vijesti, zabranjivala je posjete koje mogu nepovoljno djelovati na oporavak.

Naglašavala je važnost odmora i sna te inzistirala da se bolesnika ne smeta prilikom odmora.

Isticala je važnost komunikacije s bolesnikom, te da bolesnik i sam prepozna štetne čimbenike.

Uočavala je da je depresivnim bolesnicima potreban duži period za ozdravljenje i nužnost uključivanja u aktivnosti koje su prikladne za njegovo stanje, savjetovala je konzumiranje češćih i manjih obroka, raznolike hrane, zagovarala je redovito kupanje pacijenata što u tadašnjim uvjetima nije bilo u praksi.

Okoliš / društvo

Okoliš je ključni element utjecaja u skrbi za bolesnika uključujući fizičke, psihičke i

socijalne čimbenike. U teškom vremenu u kojem je živjela proučavala je stanje u bolnicama koje su bile prljave, vlažne, tamne i zagušljive. Smatrala je da loši higijenski uvjeti narušavaju zdravlje i potiču razvoj bolesti. Iskustva iz Krimskog rata pokazala su da su mnogi čimbenici poput loših higijenskih uvjeta, prehrane, nedostatka pitke vode i neodgovarajuće kanalizacije utjecali na mnogo veću stopu smrtnosti negoli ozljede u ratu. Florence je navodila mnogo okolišnih čimbenika koji izravno djeluju na zdravlje bolesnika. Oni mogu pozitivno i negativno djelovati na zdravstveno stanje zdravih i bolesnih, a medicinska sestra ih mora poznavati i treba znati osigurati pozitivne utjecaje okoline. Smatrala je da se na okolinu može djelovati u svrhu očuvanja ili ponovnog uspostavljanja zdravlja.

Posebno je naglasila pet bitnih esencijalnih komponenti zdravog okoliša: **čist zrak, čista voda, učinkovita odvodnja/drenaža, čistoća prostora i svjetlost.**

Florence je u svojim zapisima spominjala izbjegavanje nepotrebne buke, smatrala je da bolesnike ne treba buditi namjerno ako nije potrebno, naročito ne tijekom prvog dijela sna.

Naglašavala je često mijenjanje postelnog rublja, higijenu bolesnika.

Primjećivala je kako bi bilo bolje da kreveti budu postavljeni tako da bolesnik vidi kroz prozor jer se na taj način osigurava veća udobnost.

Zdravlje / bolest

Florence Nightingale smatrala je da je zdravlje sposobnost iskorištavanja svih potencijala kojima čovjek može raspolagati, a nije stanje suprotnosti bolesti. Zdravlje je pod utjecajem okolskih, fizioloških i psiholoških čimbenika.

Florence je vjerovala da je bolest produkt prirode zbog uvjeta u kojima je čovjek smješten te je ukazivala na cjelokupnu društvenu odgovornost.

Smatrala je da čovjek brže obolijeva kad ne obraća pažnju na svoje zdravlje te da se jačanjem osobnih potencijala i kontrolom okolišnih čimbenika može utjecati na kvalitetu zdravlja.

Prva je počela voditi brigu i o zdravim ljudima a ne samo o bolesnima, te govoriti o važnosti prevencije i zaštiti zdravlja. Svi njezini zapisi doveli su do suvremenog koncepta promicanja zdravlja.

Sestrinstvo (zdravstvena njega)

Florence je smatrala da je svaka žena poput sestre kad brine o nečijem zdravlju, ali sestra ipak treba poznavati i osigurati pozitivne utjecaje na zdravstveno stanje zdravih i bolesnih ljudi.

Zdravstvenu njegu je definirala kao „stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa“ (6). Prema toj definiciji medicinska sestra mora poznavati i osigurati pozitivan utjecaj okoline na zdravstveno stanje svih ljudi, što uključuje osiguravanje svježeg zraka, dobrih higijenskih uvjeta

i kvalitetne hrane. Iz njezinih se zapisa vidi da nije dozvoljavala upis u školu medicinskim sestrama koje su imale druge ambicije. Zalagala se za sestrinsku edukaciju, oblikovala je načela školovanja (prvi kurikulum) i popis vještina koje medicinska sestra treba svladati (početak prvih kompetencija). Ciljeve zdravstvene njege razlikovala je od medicine. Savjetovala je sestre da vježbaju opažanje te da stječu iskustva. Za nju je zdravstvena njega disciplina koja uključuje znanje, stavove, vještine, sustavnost, logičnost i suosjećanje. Također je smatrala da su sestre dužne sudjelovati u svim socijalnim i političkim aspektima radi osiguranja zdravlja svih ljudi. Njezin rad bio je inspiracija za prvu sestrinsku etičku prisegu, tj. ona je u svojoj jednostavnosti postavila temeljna načela sestrinske etike.

Tako je povijesnim početkom izobrazbe medicinskih sestara započela i profesionalizacija sestrinstva.

Florence je navodila mnoge činjenice, statističke podatke, začetnica je istraživačkog rada u sestrinstvu i začetnica zdravstvene njege zasnovane na činjenicama (7).

Teorija prilagodbe okolišu i primjena u sestrinskoj praksi

Objašnjenje zdravstvene njege Florence Nightingale prikazala je kroz iskustva stečenog u Krimskom ratu, shvaćanju zdravlja, religioznosti te interesa za statistiku.

Temeljni koncepti koje je stvorila neophodni su i danas kako bi sestrinska skrb bila kvalitetna. Osnovu njezine teorije, koja sjedinjuje čovjeka uključujući biološku, socijalnu i duhovnu dimenziju slijede navedeni koncepti.

Danas postoje mnoge definicije zdravlja, a navodeći definiciju zdravlja iz Otawe (1986.), koja definira zdravlje kao proces jačanja ljudi nad svojim okruženjem i svojim zdravljem kako bi ga unaprijedili, možemo uočiti važnost koncepta okoliša kao jednog od ključnih elemenata zdravlja ljudi. Četiri navedena koncepta koriste se i danas u svim teorijama sestrinstva.

Danas svaka medicinska sestra mora poznavati činitelje okoline koji utječu na zdravstveno stanje bolesnika, mora prepoznati okruženje kao značajnu odrednicu zdravlja. Ne može se ignorirati povezanost okoliša i zdravlja, što potvrđuju brojni primjeri iz sestrinske prakse. Medicinske sestre trebaju dijeliti znanje, zajedničko iskustvo, nastaviti osobnu izgradnju i razvijati samosvijest. Primjenom ove teorije može se promijeniti i poboljšati način rada te unaprijediti zdravlje. Sestrinske teorije prvenstveno su se razvile iz potrebe da se što jasnije definira područje rada medicinske sestre (8). Teorije objašnjavaju sadržaj, činitelje, načela, odnos. Teorija prilagodbe okolišu opisuje sestrinske aktivnosti i utvrđuje njihovo djelovanje, stvara temelj za sestrinsku praksu, pomaže sestrama kod procjene potrebnih intervencija te potiče davanje odgovarajuće zdravst-

vene njege svakom bolesniku. Ona povezuje teoriju s praksom i pojedine dijelove sestrinske prakse u jednu cjelinu.

Koncepti Florence Nightingale jedna su od osnova zdravstvene njege. Danas se sestrinstvo razvija prema profesionalnim standardima, a u procesu rada i školovanja stavlja se i naglasak na primjenu navedenih koncepata. Medicinske sestre u primjeni procesa zdravstvene njege identificiraju probleme bolesnika koji su izravno povezani s konceptima. Brojni autori zalagali su se za njezina stajališta kao pozitivna i korisna za pacijenta prikazujući jednostavnost, jasnoću i mjerljive ishode teorije. Školovanjem medicinskih sestara i tehničara na dodiplomskoj, diplomskoj i postdiplomskoj razini danas je omogućen odmak sestrinstvu od zanimanja prema pro-

fesiji, što svakako doprinosi i pružanju kvalitetnije zdravstvene skrbi.

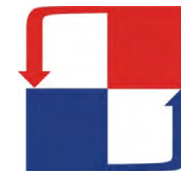
Zaključak

Florence Nightingale utjelovila je mnoge važne ideje koje su presudne za današnje sestrinstvo. **Utemeljila je sestrinstvo, naglasila važnost osiguravanja sigurnosti bolesnika.** Detaljno je opisala komponente okoliša, a sve je to dovelo do suvremenog koncepta promicanja zdravlja. Koncepti, čovjek, okoliš, zdravlje, sestrinstvo, osnova su za razmišljanje o ulozi zdravstvene njege u odnosu na čovjeka, zdravlje, okružje. Medicinske sestre i tehničari prepoznali su primjenu teorije prilagodbe okolišu jer je njezina primjenjivost u praksi dragocjena i koristi se za različite situacije te daje okvire za sestrinske intervencije.

Obzirom na nižu razinu teorije usvajanjem znanja o drugim teorijama dobiva se puno širi pogled na sestrinstvo i zdravstvenu negu bolesnika, a primjerima dobre sestrinske prakse važno ih je implementirati kako bi se postigli predviđeni ciljevi zdravstvene njege. Medicinske sestre i tehničari kao primarni davatelji zdravstvenih usluga danas imaju značajnu ulogu u ostvarivanju ciljeva dimenzija održivog razvoja, uključujući gospodarski, socijalni i okolišni, kao i i utjecaj na socijalne odrednice zdravlja. Danas se sestrinstvo temelji na znanju, teoriji, istraživanjima, a zajedno sa uspostavom visokoškolskog sustava obrazovanja uskladivog s europskim standardima od izuzetnog je značaja za unaprjeđenje sestrinstva u Republici Hrvatskoj.

Literatura:

1. Brown P. Florence Nightingale: Predana britanska začetnica i pobornica suvremene službe medicinskih sestara. Zagreb: Illyricum; 1995.
2. Urbančić D. Ob stopetdesetletnici rojstva Florence Nightingale. 1987. Preuzeto: <http://www.obzornikzdravstvenenega.si>
3. Kalauz S. Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma. Zagreb: Pergamena; 2011. str. 64-66
4. Šegota I. Etika sestrinstva. Zagreb: Pergamena; 1997. str. 11-55
5. Dossey B. M. Florence Nightingale: A 19th Century Mystic. *Journal of Holistic Nursing*; 2010.; 28 (1), 10-35
6. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995. str. 11-16
7. Kalauz S. Etika u sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada; 2012. str. 177-178
8. Pfettscher S. A. Florence Nightingale: Modern Nursing. In: Tomey A.M. & Alligood M. R. (Eds), *Nursing Theorists and Their Work*. Maryland Heights, MO: Mosby; 2010. 7 th ed. pp 71-90
9. Selanders L. C. The power of environmental adaptation: Florence Nightingale's original theory for nursing practice. In: *Journal of Holistic Nursing*. 2010.; pp. 81-88
10. Čukljek S. Sigurnost pacijenta u suvremenoj zdravstvenoj njezi. Zbornik radova konferencije medicinskih sestara „Sestrinstvo, sigurnost i prava pacijenata“. Zagreb; 2006. Preuzeto: <http://bib.irb.hr/326204>
11. Međunarodni dan sestrinstva/ Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb; 2017. Preuzeto: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/međunarodni-dan-sestrinstva>



The European Board of Cardiovascular Perfusion
Hrvatsko udruženje za ekstrakorporalnu cirkulaciju



Hrvatski akreditacijski centar za edukaciju kardiovaskularnih perfuzionista

Dalibor Zovko, mag.med.tech., ECCP, Klinika za kardiovaskularne bolesti Magdalena, Krapinske toplice

Punopravno članstvo pri Europskom odboru za kardiovaskularnu perfuziju (EBCP) hrvatsko udruženje perfuzionista (HUZEC) je stekao 2005. godine uz obavezu formiranja edukacijskog programa koji je predložen i usvojen 2012. godine.

Sporazumom između suradnih ustanova, KBC Zagreb, KB Dubrava i Klinike Magdalena – Hrvatski akreditacijski centar za edukaciju kardiovaskularnih perfuzionista započinje s radom i 2013. godine postaje nositelj akreditacije Europskog odbora za perfuziju.

U proteklom razdoblju petogodišnje akreditacije, što je ujedno i najduži akreditacijski period koji dodjeljuje EBCP, 11 polaznika je završilo edukacijski program te pristupilo i uspješno položilo ispit Europskog odbora te steklo Europski Certifikat kardiovaskularne perfuzije. Certifikat EBCP-a je svojevrsna profesionalna putovnica, međunarodno prepoznat dokument koji potvrđuje da je nositelj

certifikata osposobljen za posao kardiovaskularne perfuzije u skladu s najvišim standardima edukacije perfuzionista koje propisuje Europski



Slika 1.
Europski certifikat kardiovaskularne perfuzije dodijeljen Perfuziji KB Dubrava

odbor, na razini svih zemalja Europske unije.

Po isteku akreditacijskog razdoblja od 5 godina Hrvatski akreditacijski centar aplicirao je za obnovu akreditacije te je u veljači 2019. godine organiziran službeni audit delegacije EBCP-a, koji je predvodila Dominique Hella, MSN, ECCP, predsjedavajuća pododbora za Certifikacije pri Europskom odboru. U sklopu audita delegacija EBCP-a posjetila je Zavod za kardijalnu i transplantacijsku kirurgiju Kliničke bolnice Dubrava. Organiziran je obilazak operacijske sale s posebnim osvrtom na postojeću opremu i sigurnosne protokole vezano uz perfuzijsku tehnologiju, obilazak predavaona, bolničke biblioteke i drugih prostora i sadržaja ključnih za normalno odvijanje edukacijskog programa te je isti završio prezentacijom kurikuluma, tehničke organizacije programa i razgovorom članova delegacije s jednim od polaznika programa.

Temeljem formalne dokumentacije upućene EBCP-u za proces re-akreditacije te izvještaja delegacije koja je provela službeni audit za dvodnevni posjet Zagrebu, EBCP je obnovio akreditaciju Hrvatskog akreditacijskog centra za sljedeće razdoblje od 5 godina čime je još jednom potvrđena visoka razina organizacije edukacije kardiovaskularnih perfuzionista u Hrvatskoj.

U sklopu audita EBCP-a predstavljen je i E-learning Moodle, projekt koji je pokrenut krajem siječnja 2019., s idejom da se obavezni teoretski dio programa Akreditacijskog centra u budućnosti odvija upravo putem ovog on-line sučelja, a čime bi se sam proces edukacije približio suvremenim trendovima i u konačnici olakšalo polaznicima pristup relevantnoj literaturi kao i usvajanje teoretskih znanja.

NAJAVE STRUČNIH SASTANAKA

2. simpozij medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava

Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji!

Veliko mi je zadovoljstvo i čast u ime Organizacijskog odbora pozvati Vas na sudjelovanje na 2. simpoziju medicinskih sestara i tehničara KB Dubrava koji će se održati 26. i 27. travnja 2019. godine. Suočeni s vremenima mnogih promjena i sve većih odgovornosti i zahtjeva, tema ovogodišnjeg simpozija je **Medicinske sestre/tehničari - između izazova i rutine**. U ovome izdanju simpozija očekujemo Vaše sudjelovanje kroz niz stručnih predavanja iz područja sestrinstva i srodnih djelatnosti, želimo potaknuti konstruktivne rasprave a organizirali smo i zanimljive radionice.

Uvjereni smo da će Vam ovaj simpozij pružiti sjajnu priliku za uvid u nove informacije relevantne za sestrinstvo i zdravstvenu skrb, za razmjenu iskustava, stjecanje novih znanja i poznanstava.

Veselim se susretu s Vama.

Predsjednica simpozija
Sanja Piškor, dipl.med.techn.

Datum održavanja: 26. i 27. travnja 2019. god.

Mjesto održavanja: KB Dubrava, Zagreb, Velika predavaonica na II. katu

2. SIMPOZIJ MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA KB DUBRAVA

MEDICINSKE SESTRE I TEHNIČARI, IZMEĐU IZAZOVA I RUTINE

26.-27.
travanj
2019.





Klinička bolnica Dubrava

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

tel. +385 (0)1 290 2444

fax.+385 (0)1 286 3695



Sretan i blagoslovljen Uskrs!