

PRIJAVA PLANA TRAJNOG USAVRŠAVANJA ZA MEDICINSKE SESTRE

NAZIV USTANOVE:		Opća bolnica Varaždin- Služba za plućne bolesti i TBC			
ADRESA:		KLENOVNIK			
TELEFON:	099 3960 030	FAX:		E-MAIL:	mgeci@obv.hr

DATUM	NAZIV TEME (VRSTA)	OPIS I CILJ	PREDAVAČ (VODITELJ)	MJESTO ODRŽAVANJA
Veljača 2017.	Zdravstvena njega i edukacija bolesnika oboljelog od tuberkuloze	Tuberkuloza je zarazna bolest koja prvenstveno zahvaća pluća (primarna tuberkuloza), ali može zahvatiti i neke druge organe, pa tada govorimo o izvanplućnoj tuberkulozi (sekundarna i tercijalna). Uzročnik tuberkuloze je bacil tuberkuloze ili Kochov bacil - nazvan prema Robertu Kochu koji je 1882. godine objavio svoje otkriće. Od tuberkuloze može oboljeti svatko, ali češće se javlja u problematičnim odnosno socijalno ugroženih skupina ljudi, zbog neishranjenosti i loših higijenskih standarda. Izvor zaraze je bolestan čovjek u čijem se iskašljaju nalaze bacili tuberkuloze koji se šire kapljičnim putem baš kao i obična prehlada. Kod većine ljudi uzročnik tuberkuloze uništava se vlastitom otpornošću organizma pa samo manji postotak ljudi oboli od aktivne tuberkuloze. Svaka neliječena osoba može zaraziti 10 do 15 osoba na godišnjoj razini, od kojih će barem jedna oboljeti. Bolest se većinom otkriva slučajno pojavom općih simptoma koji traju dulje od 3 tjedna.	Marijeta Fištrek, dipl.med.techn David Sanković,apsolvent sestrinstva Vedran Vuglovečki, student sestrinstva	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

		Tuberkuloza je izlječiva zarazna bolest ako se otkrije na vrijeme i pravilno liječi redovnim uzimanjem više lijekova istodobno (antituberkulotici). Liječenje započinje u bolnici u trajanju od 2 mjeseca, a nakon otpusta iz bolnice traje još 4 mjeseca kod kuće, pridržavajući se liječničkih uputa. Nepravilno liječenje smanjuje mogućnost potpunog liječenja, a može dovesti i do razvoja multirezistente tuberkuloze. Kako u liječenju tako i u prevenciji vrlo je značajna edukacija oboljelih, te njihovih obitelji koje provode medicinske sestre. U radu se najveći naglasak stavlja na sam proces zdravstvene njege oboljelih, odnosno sestrinske dijagnoze kao što su Pothranjenost, Smanjeno podnošenje napora, Socijalna izolacija, Neupućenost i slične, proizašle iz aktualnih problema, te na temelju toga izrađene sestrinske intervencije. U radu je još opisana klinička slika, dijagnostika i incidencija bolesti, anatomija pluća, vrste, načini i metode liječenja, te uloga i intervencije medicinske sestre u liječenju oboljelih.		
Ožujak 2017.	Karcinom pluća	Karcinom pluća je nastaje malignom preobrazbom epitelnih stanica bronha. Obzirom na tip malignih stanica zastupljenih u karcinomu pluća razlikujemo dvije velike skupine - mikrocelularni (eng. Small Cell Lung Cancer - SCLC) i ne-mikrocelularni (eng. Non-Small Cell Lung Cancer - NSCLC). U skpinu ne-mikrocelularnih ubrajamo adenokarcinom te planocelularni i velikostanični karcinom. Općenito, maligni tumori nastaju zbog oštećenja gena na DNA u našim stanicama zbog čega umjesto	Ljubica Radmilović Varga, dr.med.	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

		zdravih stanica nastaju maligne stanice; gomilanjem oštećenja povećava se vjerojatnost nastanka malignog tumora. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, incidencija raka pluća u Hrvatskoj je 2013. god. iznosila 64.2/100 000 osoba, a u Europi 45.8/100 000 osoba dok je mortalitet od raka pluća 2013. god. u Hrvatskoj iznosio 65.4, a u Europi 45.3/100 000 osoba.¹ Čimbenici rizika za razvoj karcinoma pluća su pušenje duhana (80-90% oboljelih), prirođeni genetski čimbenici te izlaganja radonu, azbestu i zagađenjima zraka uključujući i pasivno pušenje. Prestankom pušenja rizik se smanjuje ali se vjerojatno nikada ne vraća na normalu. Najčešći simptomi su kašalj, ponekad uz hemoptize te otežano disanje, bolovi u prsnoj koži, naglo mršavljenje. Dijagnoza karcinoma pluća se temelji na anamnezi i kliničkoj slici uz radiološku (rtg, MSCT, PET-CT) i bronhoscitološku obradu. Kao i kod drugih karcinoma, terapija se može podijeliti na kurativnu s ciljem izlječenja tumorske bolesti i palijativnu/simptomastku kojom se ne može izliječiti karcinom, ali se mogu smanjiti tegobe uzrokovane proširenom malignom bolesti. Terapijski pristup ovisi o vrsti karcinoma, kliničkom stadiju bolesti i sveukupnom zdravstvenom stanju bolesnika u trenutku postavljanja dijagnoze. Liječenje obuhvaća kirurški zahvat (pneumektomija, lobektomija, segmentektomija, tumorektomija s		
--	--	---	--	--

¹ http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/Bilten-2013_final.pdf

		limfadenektomijom), aplikaciju kemoterapijskih protokola ali i ciljanih lijekova (eng. target therapy) ovisno o histološkom tipu karcinoma te radioterapiju. Općenito, prognoza karcinoma pluća je znatno lošija u odnosu na karcinome drugih sijela. U SAD-u 5-godišnje preživljenje oboljelih od karcinoma pluća je oko 17%, tj. za lokaliziranu bolest 54.8%, lokalno uznapredovalu 27.4%, metastatsku 4.2%.² Konačni ishod karcinoma pluća ovisi o postojanju/odsutnosti plućnih simptoma, veličini tumora, tipu tumorskih stanica, proširenosti tumora, metastazama u limfnim čvorovima te o vaskularnoj invaziji.		
Travanj 2017.	Proces zdravstvene njege u bolesnika s CVI	Cerebrovaskularni inzult (CVI, moždana apopleksija, moždani infarkt, moždani udar, moždana kap, šlag) je akutni moždani incident aterosklerotske bolesti, najčešće potaknut ekscencom promjenom krvnog tlaka, a u rijetkim je slučajevima izazvan prsnućem arterijske anurizme ili začepljenjem moždane arterije. Moždani udar može biti ishemijski (uzrokovao ugruškom koji začepi arteriju i onemogućio protok krvi kroz nju) ili hemoragijski (uzrokovao puknućem krvne žile i prodiranjem krvi u okolno tkivo). U akutnoj fazi cerebrovaskularnih bolesti, najčešće prvih 24 do 48 sati od hospitalizacije, sestrinske aktivnosti usmjerene su prema održavanju bolesnikovih vitalnih funkcija. U postakutnoj fazi, plan zdravstvene njege, usmjeren je na održavanje tjelesnih funkcija i prevenciji komplikacija kako bi bolesnik bio u	Ivana Lončar,bacc.ms. Natalija Kruhoberec,bacc.ms. Marko Rudnički,student sestrinstva	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

² https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nscl.pdf

		što boljem fizičkom stanju za rehabilitacijski program. Najčešće sestrinske dijagnoze zdravstvene njege kod bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom: -Smanjena mogućnost brige o sebi: hranjenje, održavanje osobne higijene, odijevanje, eliminacija -visok rizik od komplikacija dugotrajnog ležanja -visok rizik rizik za pad -inkontinencija urina -inkontinencija stolice -smanjena mogućnost kretanja U zbrinjavanju bolesnika oboljelih od moždanog udara medicinska sestra je samostalan nositelj zdravstvene njege. Bolesnici oboljeli od moždanog udara ovisni su o tuđoj pomoći jer zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba u smislu uzimanja hrane, održavanja osobne higijene, odijevanja, im je otežano ili potpuno onemogućeno, a problem smanjene pokretnosti ili nepokretnosti je dugotrajan. Ovi problemi ne pogađaju samo oboljele nego i članove njihove obitelji, zato medicinska sestra svojim znanje i razvijenim vještinama pomaže bolesniku i njegovoj obitelji u očuvanju kvalitete života.		
Svibanj 2017.	Standardne mjere zaštite	Standardne mjere predostrožnosti ili zaštite primjenjuju se neselektivno na sve bolesnike bez obzora na njihovu dijagnozu, a temelje se na pretpostavci da krv, tjelesne tekućine, sekreti, ekskreti te mukozne membrane mogu sadržavati prenosive infektivne agense. Osmišljene su kako bi se njima zaštitili i bolesnici i zdravstveno osoblje. Njihova bi	Tatjana Kolačko, dipl.med.techn.	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

		rutinska primjena morala biti zlatni standard rada svakog zdravstvenog djelatnika. U svakodnevnoj praksi, standardne mjere zaštite, primarna su pretpostavka uspješne kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom, a obuhvaćaju: higijenu ruku, uporabu osobne zaštitne odjeće, higijenu okoline uključujući i dezinfekciju (površina, predmeta i pribora), sigurno postupanje s oštrim predmetima, sigurno odlaganje medicinskog otpada. U svakodnevnoj praksi, kvaliteta te sigurnost bolesnika i djelatnika postiže se upravo dosljednom primjenom standardnih mjera zaštite.		
Lipanj 2017.	Specifičnosti zdravstvene njege dementnog bolesnika	Starenje je ireverzibilan proces praćen degenerativnim promjenama na raznim organima i organskim sustavima. Kada se govori o degenerativnim bolestima mozga starijih osoba obično se misli na smanjenje njihovih duševnih i tjelesnih sposobnosti i ta se pojava podrazumijeva, odnosno smatra gotovo normalnom i uobičajenom. U posljednje vrijeme puno se govori o demenciji. Pojam demencije, točnije dementnog sindroma, označava složeni poremećaj različitih kognitivnih aktivnosti kao odraz promjena u normalnoj funkciji ljudskog mozga. S obzirom na produljenje očekivane životne dobi a time i povećani udio starijeg stanovništva u populaciji, broj bolesnika sa različitim oblicima dementnog sindroma u suvremenom svijetu je u stalnom porastu. Poremećaji pamćenja i koncentracije, poremećaji pažnje, poremećaji orijentacije u vremenu i prostoru, kao najvažniji simptomi	Petra Dukarić,bacc.ms. Valentina Kukec, studentica sestrinstva	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

		unutar dementnog sindroma predstavljaju veliki problem ne samo za bolesnika, već i za njegovu najbližu okolinu, ponajprije za članove bliže obitelji. Pri planiranju sestrinskih intervencija osobito treba voditi računa o činjenici da degenerativne bolesti mozga kao i životna dob bolesnika ne dopuštaju planiranje intervencija koje bi bile usmjerene oporavku i izlječenju od bolesti. Degenerativne bolesti mozga u ljudi starije dobi imaju ireverzibilan tijek. Ovo je važna činjenica osobito stoga što će intervencije trebati mijenjati s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja bolesnika. Posebno važne intervencije su one koje su usmjerene edukaciji bolesnikove okoline. Gerijatrijski sindrom „4 „N“ u gerijatriji su komplikacije koje nastaju u gerijatrijskog bolesnika: nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost, nekontrolirano mokrenje. Prisutnost brojnih kroničnih bolesti i njihovih komplikacija, sestrinsku skrb za dementnog bolesnika čini izuzetno složenom. Kako bi dublje mogli shvatiti ljude s demencijom, moramo poznavati temeljne osobine i simptome te bolesti. Znanje o kompleksnosti ograničenja, promjenama i gubicima stvara bolje razumijevanje za te ljude.		
Rujan 2017.	Proces zdravstvene njege u bolesnika s CVI	Cerebrovaskularni inzult (CVI, moždana apopleksija, moždani infarkt, moždani udar, moždana kap, šlag) je akutni moždani incident aterosklerotske bolesti, najčešće potaknut ekscesnom promjenom krvnog tlaka, a u rijetkim je slučajevima izazvan prsnućem arterijske anurizme ili začepljenjem moždane arterije. Moždani udar može biti ishemijski (uzrokovan	Ivana Lončar, bacc.ms. Natalija Kruhoberec, bacc.ms. Marko Rudnički, student sestrinstva	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

		ugruškom koji začepi arteriju i onemogućiti protok krvi kroz nju) ili hemoragijski (uzrokovani puknućem krvne žile i prodiranjem krvi u okolno tkivo). U akutnoj fazi cerebrovaskularnih bolesti, najčešće prvih 24 do 48 sati od hospitalizacije, sestrinske aktivnosti usmjerene su prema održavanju bolesnikovih vitalnih funkcija. U postakutnoj fazi, plan zdravstvene njege, usmjeren je na održavanje tjelesnih funkcija i prevenciji komplikacija kako bi bolesnik bio u što boljem fizičkom stanju za rehabilitacijski program. Najčešće sestrinske dijagnoze zdravstvene njege kod bolesnika s cerebrovaskularnim inzultom: -Smanjena mogućnost brige o sebi: hranjenje, održavanje osobne higijene, odijevanje, eliminacija -visok rizik od komplikacija dugotrajnog ležanja -visok rizik rizik za pad -inkontinencija urina -inkontinencija stolice -smanjena mogućnost kretanja U zbrinjavanju bolesnika oboljelih od moždanog udara medicinska sestra je samostalan nositelj zdravstvene njege. Bolesnici oboljeli od moždanog udara ovisni su o tuđoj pomoći jer zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba u smislu uzimanja hrane, održavanja osobne higijene, odijevanja, im je otežano ili potpuno onemogućeno, a problem smanjene pokretnosti ili nepokretnosti je dugotrajan. Ovi problemi ne pogađaju samo oboljele nego i članove njihove obitelji, zato medicinska sestra svojim znanjem i razvijenim		
--	--	--	--	--

		vještinama pomaže bolesniku i njegovoj obitelji u očuvanju kvalitete života.		
Listopad 2017.	Standardne mjere zaštite	Standardne mjere predostrožnosti ili zaštite primjenjuju se neselektivno na sve bolesnike bez obzora na njihovu dijagnozu, a temelje se na pretpostavci da krv, tjelesne tekućine, sekreti, ekskreti te mukozne membrane mogu sadržavati prenosive infektivne agense. Osmišljene su kako bi se njima zaštitili i bolesnici i zdravstveno osoblje. Njihova bi rutinska primjena morala biti zlatni standard rada svakog zdravstvenog djelatnika. U svakodnevnoj praksi, standardne mjere zaštite, primarna su pretpostavka uspješne kontrole infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom, a obuhvaćaju: higijenu ruku, uporabu osobne zaštitne odjeće, higijenu okoline uključujući i dezinfekciju (površina, predmeta i pribora), sigurno postupanje s oštrim predmetima, sigurno odlaganje medicinskog otpada. U svakodnevnoj praksi, kvaliteta te sigurnost bolesnika i djelatnika postiže se upravo dosljednom primjenom standardnih mjera zaštite.	Tatjana Kolačko, dipl.med.techn.	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana
Studeni 2017.	Specifičnosti zdravstvene njege dementnog bolesnika	Starenje je ireverzibilan proces praćen degenerativnim promjenama na raznim organima i organskim sustavima. Kada se govori o degenerativnim bolestima mozga starijih osoba obično se misli na smanjenje njihovih duševnih i tjelesnih sposobnosti i ta se pojava podrazumijeva. odnosno smatra gotovo normalnom i uobičajenom. U posljednje vrijeme puno se govori o demenciji. Pojam demencije, točnije dementnog sindroma, označava složeni	Petra Dukarić,bacc.ms. Valentina Kukec, studentica sestrinstva	OBV-Služba Klenovnik Velika dvorana

		poremećaj različitih kognitivnih aktivnosti kao odraz promjena u normalnoj funkciji ljudskog mozga. S obzirom na produljenje očekivane životne dobi a time i povećani udio starijeg stanovništva u populaciji, broj bolesnika sa različitim oblicima dementnog sindroma u suvremenom svijetu je u stalnom porastu. Poremećaji pamćenja i koncentracije, poremećaji pažnje, poremećaji orijentacije u vremenu i prostoru, kao najvažniji simptomi unutar dementnog sindroma predstavljaju veliki problem ne samo za bolesnika, već i za njegovu najbližu okolinu, ponajprije za članove bliže obitelji. Pri planiranju sestrinskih intervencija osobito treba voditi računa o činjenici da degenerativne bolesti mozga kao i životna dob bolesnika ne dopuštaju planiranje intervencija koje bi bile usmjerene oporavku i izlječenju od bolesti. Degenerativne bolesti mozga u ljudi starije dobi imaju ireverzibilan tijek. Ovo je važna činjenica osobito stoga što će intervencije trebati mijenjati s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja bolesnika. Posebno važne intervencije su one koje su usmjerene edukaciji bolesnikove okoline. Gerijatrijski sindrom „4 „N“ u gerijatriji su komplikacije koje nastaju u gerijatrijskog bolesnika: nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost, nekontrolirano mokrenje. Prisutnost brojnih kroničnih bolesti i njihovih komplikacija, sestrinsku skrb za dementnog bolesnika čini izuzetno složenom. Kako bi dublje mogli shvatiti ljude s demencijom, moramo poznavati temeljne osobine i simptome te bolesti. Znanje o kompleksnosti ograničenja, promjenama i gubicima stvara		
--	--	--	--	--

		bolje razumijevanje za te ljude.		
--	--	----------------------------------	--	--

**POMOĆNIK RAVNATELJICE ZA SESTRINSTVO
GLAVNI TEHNIČAR**

Ime i prezime i potpis

Damir Poljak, dipl.med.techn.

M. P.

RAVNATELJICA ZDRAVSTVENE USTANOVE

Ime i prezime i potpis

Sanja Zember dr.med.