sestrinska reč

ČASOPIS UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA R. SRBIJE

BROJ 75

Štampano izdanje: ISSN 0354-8422 Online izdanje: ISSN 2466-5126

ORIGINALNI ČLANAK
//Original article

PREGLEDNI ČLANAK
//Review

STRUČNI RAD
//Professional article

PRIKAZ SLUČAJA
//Case report

AKTUELNE TEME
//Current Topic

SAOPŠTENJA
PISMO UREDNIKU
//Letter to the Editor

DECEMBAR 2017.
GODINA XXI

Časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije

sestrinska reč

Godina XXI ● Broj 75 ● Beograd, Resavska 28 ● Decembar 2017

IZDAVAČ:
Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije
Glavni i odgovorni urednik:
Prof. dr sc.med. Divna Kekuš
Naučni odbor:
Prof. dr sc.med. Ljiljana Milović- počasni član
Prof. dr sc.med. Dragana Milutinović - predsednik
Prof. dr sc.med. Divna Kekuš
Doc. dr sc.med. Dragana Simin
Dr vet. Verica Milovanović,vms
Prof. dr sc.med. Mile Despotović
Dušanka Tadić, dipl.def
Redakcioni odbor:
Prof. dr sc.med. Divna Kekuš – glavni i odgovorni urednik časopisa
Dr vet. Verica Milovanović – zamenik glavnog i odgovornog urednika
Prof. dr. sc.med. Ljiljana Milović
Prof. dr sc.med. Dragana Milutinović
Doc. dr sc.med. Dragana Simin
Mr sc. Sanja Stanisavljević
Dušanka Tadić, dipl.def.
Prof.dr sc.med. Mile Despotović
Dijana Otašević, dipl.med.sestra
Vesna Cmiljanić, struk.med.sestra
Bojana Jovanović, struk.med.sestra
Mr sc. Lidija Milenović
Tehnička priprema za štampu:
Štamparija Bigraf plus, Crnotravska 7-9
Uredništvo i administracija:
Resavska br. 28, Beograd
Tel/Fax: 011/33-47-353, 33-47-354
E-mail: office@umsts.org
Site: www.umsts.org
Žiro račun UMSTS: 205-158443-59
PIB: 102593313
Izlazi: Dva puta godišnje
Tiraž: 500
ISSN 0354 - 8422 = Sestrinska Reč
COBISS. SR - ID 54398466

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.253.5

SESTRINSKA reč : časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije / glavni i odgovorni urednik Divna Kekuš. - 1996, br. 1 (jan./mart)- . - Beograd : Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije, 1996- (Beograd : Bigraf plus).
- 30 cm

Polugodišnje. - Drugo izdanje na drugom medijumu: Sestrinska reč (Online) =
ISSN 2466-5126
ISSN 0354-8422 = Sestrinska reč
COBISS.SR-ID 54398466

REČ GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA 3
Divna Kekuš

PRIMERENOST TERAPIJSKE I INFORMATIVNE KOMUNIKACIJE NIVOU ZDRAVSTVENE PISMENOSTI KORISNIKA ZDRAVSTVENIH USLUGA 4
Divna Kekuš[1], Sanja Stanisavljević[1], Sandra Joković[2], [1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, [2] Medicinski fakultet Foča, Katedra za zdravstvenu negu[2]

HOSPIS VS. PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE – EVOLUCIJA I RAZLIKE 8
Branimirka Aranđelović[1], Dragana Milutinović[1], Svetlana Simić[2,3], [1]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za zdravstvenu negu, [2]Klinički centar Vojvodine, Klinika za neurologiju, Novi Sad, [3]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za neurologiju

UTICAJ SUPSTITUCIONE TERAPIJE BUPRENORFINOM 12
Milena Despotović[1], Mile Despotović[2], Hristos Aleksopulos[2], Jelena Aleksandrić[2], Nela Marinović[2], [1]Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu, [2]Visoka medicinska škola strukovnih studija Ćuprija

NAVIKE U ISHRANI I UHRANJENOST STUDENATA VISOKOŠKOLSKIH USTANOVA MEDICINSKOG OBRAZOVNOG POLJA U REPUBLICI SRBIJI 16
Svetlana T. Stojanović, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

ZDRAVSTVENA NEGA I PODRŠKA PORODICE OBOLELIMA OD KARCINOMA PLUĆA ... 20
Natalija Hadživuković[1], Vojo Kulić[2], Srđan Živanović[1], Veselinka Šuić[1], Sandra Joković[1], Jelena Pavlović[1]
[1]Medicinski fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, BiH, [2] Univerzitetska bolnica Foča

SESTRINSKE PROCEDURE I ZDRAVSTVENA NEGA U REFRAKTIVNOJ HIRURGIJI 24
Marica Lazić, Vojnomedicinska akademija, Klinika za očne bolesti

NOMOFOBIJA 27
Jasmina Ćirović[1], [1]Dom zdravlja „Zvezdara"- Odeljenje za neuropsihijatriju, Beograd

AKTIVNOSTI KOMORE MEDICINSKIH SESTARA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA SRBIJE 29
Radmila Ugrica, direktor KMSZTS

IZVEŠTAJ O RADU UDRUŽENJA 31
Dijana Otašević, predsednik UMSTB Srbije

IZVEŠTAJ SA 31. SIMPOZIJUMA MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA ONKOLOŠKIH INSTITUCIJA REPUBLIKE SRBIJE 33
Dušanka Tadić, s.r., Predsednik Sekcije sestara u onkologiji UMSTBS

IZVEŠTAJ SA SIMPOZIJUM UMSTBS- TARA 2017 34
Dušanka Tadić, Dijana Otašević

UPUTSTVO AUTORIMA 37

PLAN RADA STRUČNIH AKTIVNOSTI UMSTBS ZA 2018. godinu 36

Slika sa naslovne strane: Hram Svetog Save, grafika (turističke minijature)

Poštovane kolege i saradnici,

pred vama je jubilarni 75. broj časopisa Sestrinska reč koji će, nadam se po kvalitetu i aktuelnosti tema, doživeti uspeh prethodnog broja promovisanog na Simpozijumu na Tari i već otkupljenog u celokupnom tiražu. Izuzetno interesovanje kolega za unapređenjem naučne i stručne delatnosti u oblasti sestrinstva omogućilo je da se u kratkom vremenskom roku iznedri drugi broj časopisa.
Sa zadovoljstvom ističemo da je Časopis u ovoj godini, sa novim rukovodstvom Udruženja i novim glavnim i odgovornim urednikom, ispunio standarde Srpskog citatnog indeksa (SCI), te je indeksiran u kategoriji M53.

Postojanje i usavršavanje časopisa ovog tipa značajan je za sestrinstvo u celini, za razvoj sestrinske prakse zasnovane na dokazima, jačanje profesionalnog identiteta sestara, kao i transparentnost potencijala i kvaliteta našeg kadra.

Uz najlepše želje za ostvarenjem uspeha na profesionalnom i ličnom planu u predstojećoj 2018. godini, pozivam Vas na buduću saradnju, razmenu iskustva i znanja i izgradnju konstruktivne profesionalne mreže.

Divna Kekuš

PRIMERENOST TERAPIJSKE I INFORMATIVNE KOMUNIKACIJE NIVOU ZDRAVSTVENE PISMENOSTI KORISNIKA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Appropriateness of therapeutic and informative communication to the health literacy level of health service users

Divna Kekuš[1], Sanja Stanisavljević[1], Sandra Joković[2]
[1] Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu,
[2] Medicinski fakultet Foča, Katedra za zdravstvenu negu[2]

APSTRAKT
Zdravstvena pismenost podrazumeva znanje, motivaciju i kompetenciju pojedinca da pronađe, razume, proceni i primeni zdravstvenu informaciju radi prosuđivanja i donošenja odluka koje se tiču zdravlja.
U oblasti zdravstvene pismenosti razlikuju se tri nivoa funkcionalnosti: funkcionalna (bazična), interaktivna i kritička zdravstvena pismenost. Procena nivoa zdravstvene pismenosti vrši se standardizovanim instrumentima kao što su: REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), WRAT (Wide Range Achievement Test), Test CLOZE", TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults), kao i NVS test (The Newest Vital Sign).
Savremeni koncept zdravlja zdravstvenu pismenost svrstava u zdravstvene resurse kao faktor koji doprinosi povećanju zdravstvenog potencijala, samim tim i kvaliteta života. Značaj primerenosti terapijske i informativne komunikacije u svakodnevnom radu zdravstvenih radnika ogleda se u proceni nivoa zdravstvene pismenosti korisnika i primeni adekvatnih metoda i tehnika komunikacije u pružanju zdravstvenih usluga, posebno u radu sa vulnerabilnim grupama i grupama pod rizikom.
Ključne reči: *Zdravstvena pismenost, terapijska komunikacija, edukacija pacijenata*

ABSTRACT
Health literacy implies the knowledge, motivation, and competence of an individual to find, understand, evaluate and apply health information for the purpose of judging and making decisions about health.
In the field of health literacy three levels of functionality are distinguished: functional (basic), interactive and critical health literacy. The assessment of the health literacy level is carried out by standardized instruments such as: REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), WRAT (Wide Range Achievement Test), CLOZE test, TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) and NVS test (The Newest Vital Sign).
The contemporary concept of health places health literacy in health resources as a factor that contributes to increasing health potential, and therefore quality of life as well. The importance of the appropriateness of therapeutic and informative communication in the daily work of health workers is reflected in the assessment of the level of health literacy of the users and the application of adequate methods and techniques of communication in the provision of health services, especially in dealing with vulnerable groups and groups at risk.
Key words: *Health literacy, therapeutic communication, patient education*

UVOD

Svojim istorijskim, političkim, društvenim i ideološkim karakteristikama pismenost je oduvek integralni deo kulture i tradicije. Pojam "pismenost" potiče od latinske reči literatus, što znači „učen čovek"[1]. Prema UNESCO-voj preporuci pismena je ona osoba koja može s razumevanjem da čita i napiše kratku jednostavnu rečenicu koja se odnosi na njen svakodnevni život [2]. Kada se umeće čitanja, pisanja i razumevanja pročitanog ili izgovorenog primeni na područje medicine ili zdravlja uopšte, tada govorimo o zdravstvenoj pismenosti.

Zdravstvena pismenost se kao polje naučnog interesovanja otvara 1974. godine, kada Simonds, objašnjavajući uticaj zdravstvenog vaspitanja na zdravlje, obrazovanje i komunikaciju uvodi ovaj termin [3]. Prepoznata kao značajan prediktor zdravlja fenomen zdravstvene pismenosti postaje osnova niza istraživanja [4].

Zdravstveno pismena osoba je ona koja svoje zdravlje i zdravlje svoje porodice postavlja u određeni kontekst, razume koji faktori utiču na njega i zna kako da ih upotrebi. Pojedinac sa adekvatnim nivoom zdravstvene pismenosti ima sposobnost da preuzme odgovornost za sopstveno zdravlje, zdravlje svojih bližnjih ali i za javno zdravlje (5).

Ograničena zdravstena pismenost je snažno povezana sa pojedinim socioekonomskim faktorima kao što su: obrazovanje, prihodi, zaposlenost, etnička pripadnost, rasa i starost (6).

Korespondent:
Prof.dr sc.med. Divna Kekuš
Vojvode Milenka 48, Beograd, Srbija,
Tel:+38163366141
divnakekus@gmail.com

POJMOVNO ODREĐENJE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI

U stručnoj literaturi nalazimo različite pristupe i definicije zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost se najčešće definiše kao "stepen u kojem pojedinac ima sposobnost da primi, obradi i razume osnovne zdravstvene informacije i usluge potrebne za donošenje odgovarajućih zdravstvenih odluka"[7].

Američka organizacija Healthy People 2010 daje slično određenje, definišući zdravstvenu pismenost kao „Stepen sposobnosti pojedinaca za dobijanje, obradu i razumevanje bazičnih zdravstvenih informacija i usluga potrebnih za donošenje odgovarajuće zdravstvene odluke" [8].

Novija definicija zdravstvene pismenosti nudi jedan prošireni model i naglasak stavljaja na različitost dimenzija sposobnosti pojedinca, ali i širi kontekst svrhe tih sposobnosti, i glasi: "„Zdravstvena pismenost povezana sa pismenošću obuhvata ljudsko znanje, motivaciju i kompetenciju da pronađe, razume, proceni i primeni zdravstvenu informaciju radi prosuđivanja i donošenja odluka koje se tiču zdravstvene zaštite, prevencije bolesti i promocije zdravlja u svakodnevnom životu sa ciljem da se održi ili unapredi kvalitet života"[5].

NIVOI ZDRAVSTVENA PISMENOST

U oblasti zdravstvene pismenosti razlikuju se tri nivoa funkcionalnosti [8,9]:

Funkcionalna (bazična) pismenost - odnosi se na komunikaciju u vezi činjeničnih informacija vezano za zdravstvene rizike. Podrazumeva posedovanje bazičnih veština u čitanju i pisanju da bi se efikasno funkcionisalo u svakodnevnim situacijama.

Interaktivna zdravstvena pismenost - podrazumeva razvoj ličnih veština (rešavanje problema, donošenje odluka, veština komunikacije) tako da pojedinac može delovati nezavisno od primljenog znanja. Podrazumeva razvijene kongitivne, socijalne veštine i pismenost koji omogućavaju izdvajanje informacija i izvođenje značenja u različitim tipovima komunikacija, kao i primenu novih informacija u promenljivim okolnostima.

Kritička zdravstvena pismenost - odnosi se na razumevanje socijalnih determinanti zdravlja u kombinaciji sa veštinama za preduzimanje aktivnosti na individualnom i nivou zajednice.

Funkcionalna zdravstvena pismenost je osnovni, najniži stepen zdravstvene pismenosti, dok su interaktivna i kritička zdravstvena pismenost viši stepen, koji progresivno omogućuju veću autonomiju pojedinca i ličnu osnaženost. Napredovanje između nivoa zdravstvene pismenosti ne zavisi samo od kognitivnog razvoja, već i od izloženosti različitim informacijama i porukama[8].

INSTRUMENTI PROCENE NIVOA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI

Procena nivoa zdravstvene pismenosti se razvijala zajedno sa paradigmom zdravstvene pismenosti, tako da su istraživači razvili dva pristupa za procenu zdravstvene pismenosti. Prvi pristup je da se razvije instrument procene nivoa zdravstvene pismenosti od strane zdravstvenih radnika, a drugi je instrument za samoprocenu nivoa zdravstvene pismenosti u slučajevima kada pojedinac sam primeti da ima teškoće u razumevanju zdravstvenih informacija[10].

Za testiranje zdravstvene pismenosti u svetu se koriste brojni testovi, od kojih su neki prevedeni na različite jezike i validirani. Najčešće spomenuti testovi zdravstvene pismenosti u literaturi izrađeni su prvenstveno za englesko govorno područje, kao npr. REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), WRAT (Wide Range Achievement Test), „Test Cloze", TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults), kao i NVS test (The Newest Vital Sign)[11-14].

REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) je praktični instrument za brzu procenu zdravstvene pismenosti, a temelji se na prepoznavanju reči koje se koriste u komunikaciji sa zdravstvenim radnicima. Testiranje traje do tri minuta, može ga sprovoditi medicinsko osoblje bez posebnog obučavanja, a sastoji se od popisa 66 reči različite dužine i težine izgovora.

WRAT sadrži reči opšteg karaktera, van medicinskog područja i zato je testiranje vremenski duže i kompleksnije.

Testovi prepoznavanja reči kojima se ocenjuje sposobnost čitanja, ne garantuju razumevanje pročitanog. Za tu svrhu se koriste testovi razumevanja, koji ocenjuju koliko pacijent razume pročitani materijal. Najčešće je u upotrebi test **CLOZE.** U testu je, nakon uvodne rečenice, u daljem tekstu svaka peta reč zamenjena ravnom crtom, identične dužine koja zamenjuje reč, pa ispitanici treba da otkriju, tako što će popuniti praznine u tekstu. Kao tačna reč računa se samo forma identična originalu, a rezultati testa govore koliko je tekst razumljiv tom ispitaniku.

TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) je test za ocenu funkcionalne zdravstvene pismenosti u odrasloj populaciji, konstruisan 1995 godine, koji pored numeričke ocene sadrži i ocenu razumevanja pročitanog teksta koja se temelji na modifikovanom testu Cloze. Testiranje traje do 22 minuta. Napravljena i skraćena verzija, **S-TOFHLA,** koja ne oduzima više od 12 minuta[14].

NAJNOVIJI VITALNI ZNAK (NEWEST VITAL SIGN) - NVS je test koji je razvila kompanija Pfizer sa ciljem da se proceni funkcionalna zdravstvena pismenost kod pacijenata, primenom etikete za hranu - sladoled. Čitanjem sadržaja etikete za sladoled i odgovaranjem na 6 pitanja u zadatom roku od 3 minuta, procenjuje se funkcionalna, a delimično i kritička zdravstvena pismenost i numeričke sposobnosti ispitanika. Ovaj test je u korelaciji sa TOFHLA testom. Pokazano je da je čitanje i razumevanje podataka koji se nalaze na etiketama za hranu usko povezano sa razumevanjem zdravstvenih informacija i da je NVS test podesan za brzu procenu niske zdravstvene pismenosti. NVS postoji u engleskoj i španskoj verziji, a nedavno je validiran i na japanskom jeziku. Razvoj ovog instrumenta uključio je ispitivanje koje je obuhvatilo više od 1000 ispitanika. NVS je senzitivniji od TOFHLA testa za otkrivanje marginalne zdravstvene pismenosti i prilagođeniji je mlađoj populaciji[14].

Medicinsko osoblje retko koristi merenje zdravstvene pismenosti pacijenata, prevashodno zbog nedostatka vremena i odgovarajućih instrumenata. Razvoj ovih testova je u povoju i za sada ograničen pretežno na englesko govorno područje[15].

Većina instrumenata za određivanje nivoa zdravstvene pismenostije primenljiva u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i ima karakter procene funkcionalnog nivoa zdravstvene pismenosti.[16-19] Međutim, istraživanja ukazuju na činjenicu da je zdravstvena pismenost usko povezana sa kontekstom i sadržajem, i da postoji potreba za razvojem specifičnih instrumenata u ovoj oblasti, jer jedna osoba može pokazati visok nivo zdravstvene pismenosti kada se ispituje opštim instrumentom, dok kod ispitivanja u nepoznatom okruženju ili stanju (bolesti) može pokazati nizak nivo zdravstvene pismenosti[19].

Nedavno urađena studija ispitivanja validnosti postojećih instrumenata za procenu zdravstvene pismenosti identifikovala je 72 instrumenta na engleskom i 37 na nekom drugom jeziku.

Takođe, 47% instrumenata je bilo specifično u pogledu konteksta ili sadržaja[20].

PRIMERENOST TERAPIJSKE KOMUNIKACIJE NIVOU ZDRAVSTVENE PISMENOSTI KORISNIKA

Savremeni koncept zdravlja funkcionalnu pismenost svrstava u zdravstvene resurse (faktore koji doprinose povećanju zdravstvenog potencijala), dok funkcionalnu nepismenost tretira kao zdravstveni rizik (faktor koji smanjuje zdravstveni potencijal). Unutar zdravstvenog sistema neophodno je da korisnici imaju najmanje zadovoljavajući nivo funkcionalne zdravstvene pismenosti, kako bi kvalitetno učestvovali u ostvarenju zdravstvene zaštite[21].

Istraživanja pokazuju da je zdravstvena pismenost snažniji prediktor zdravstvenog statusa, nego tradicionalni socio-demografski faktori: uzrast, obrazovanje, zanimanje, materijalni status, rasa i nacionalnost[22,23]. Dokazana je veza između nivoa zdravstvene pismenosti i saradljivosti pacijenta, ishoda lečenja, učestalosti zdravstvenih kontrola i hospitalizacija, pristupa i korišćenja usluga zdravstvene zaštite, troškova i ukupnog kvaliteta zdravstvene zaštite[14]. Pacijenti sa nižom zdravstvenom pismenošću izbegavaju pisane izvore informacija, imaju veći broj hospitalizacija, a manji broj lekarskih kontrola. Nizak nivo zdravstvene pismenosti povezuje se i sa dominacijom depresivnih simptoma, fizičkih ograničenja, hroničnih bolesti (KVB, diabetes, astma), neprimerenim korišćenjem lekova, nepridržavanjem uputstava lekara, porastom prevalence prijavljenih komplikacija, niskim znanjem o zdravlju, ređim učestvovanjem u odlukama vezanim za lečenje i lošijom komunikacijom sa zdravstvenim radnicima. Osobe sa niskom zdravstvenom pismenošću imaju manje preventivnog zbrinjavanja, lošije fizičko i mentalno funkcionisanje, češće koriste usluge hitnih službi i prave ozbiljne medicinske greške i propuste, zbog nemogućnosti da shvate sadržaj uputstva, etiketa ili upozorenja o upotrebi lekova, za dijagnostičke procedure i dr.[15,24].

Treba istaći da visoka opšta pismenost, ne znači istovremeno i visoku zdravstvenu pismenost i obrnuto. Istraživanje vezano za pismenost sprovedeno u Kanadi, 2008. godine, na 275 srednjoškolaca pokazalo je da nivo generalne (opšte) pismenosti nije u skladu sa nivoom zdravstvene pismenosti. Upravo iz tog razloga zdravstvena pismenost postaje veliki izazov za zdravstvenu edukaciju[25].

Komunikacioni aspekt u sagledavanju zdravstvene pismenost može se tumačiti prema stepenu razumevanja odnosno interaktivne kritičke zdravstvene pismenosti i razumevanja socijalnih determinanti zdravlja u preduzimanju određenih aktivnosti. Značajna je činjenica da se učeći veštine komunikacije dolazi do saznanja o važnosti komunikacije u stvaranju kvalitetnih odnosa u interakciji zdravstveni radnik – pacijent[26].

Kako svaka komunikacija ima svoj sadržajni aspekt i odnosni aspekt, važno je znati da sadržajni aspekt objašnjava prenošenje informacije o predmetu, osobi, događaju, zdravstvenom stanju i potrebama, dok odnosni aspekt objašnjava kako se tokom komunikacije prenosi i odnos prema sadržaju i prema osobi sa kojom se komunicira. Odnos prema osobi i sadržaju komunikacije bitno utiče na prihvatanje ili neprihvatanje tog sadržaja od sagovornika. Stav ili odnos prema sadržaju komunikacije možda nije toliko značajan kod prenošenja apstraktnih istina, ali je posebno značajan kod životnih i praktičnih veština, odnosno sadržaja koji imaju uticaj na nečiji život, ponašanje i delovanje[26,27].

Posebno mesto u interpersonalnoj komunikaciji zauzima terapijska komunikacija koja se ubraja u komunikacione metode ili strategije u komunikaciji zdravstveno vaspitnog sadržaja. Dati savet, ohrabriti pacijenta, ostvariti socijalni kontakt i primeniti socijalnu komunikaciju mnogi autori izdvajaju kao posebnu veštinu. Prema istraživanjima (Maguire, 1986., Silverman, 1998., Andrews, 2004., Parle, Maguire, 1996., Ramirez, 1995., Rooter, 1995) ostvareni efekti uspešne terapijske komunikacije doprinose :

- Tačnije prepoznavanje pacijentovih potreba i problema;
- Veće zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom negom;
- Bolje pacijentovo razumevanje pregleda, bolesti i terapije;
- Bolje pridržavanje uputstava, veća spremnost pacijenata na promenu ponašanja;
- Niži nivo stresa, manja sklonost prema anksioznosti i depresiji kod pacijenata;
- Veće zadovoljstvo poslom i niži stres kod zdravstvenih radnika.

Zdravstveni radnici neretko "rutinski" podrazumevaju postojanje određenog nivoa zdravstvene pismenosti pacijenata (sposobnost da čita i shvati sve vrste materijala relevantnog za zdravlje). U stvarnosti, mnogim pacijentima komunikacija sa zdravstvenim radnicima, kao i praćenje datih uputstava predstavlja krupan problem, prevashodno zbog siromašnog rečnika, niskog nivoa opšteg i znanja u vezi zdravlja, problema sa asimilacijom novih informacija i koncepata. Podaci iz literature govore da preko 50% pacijenata ne razume informacije koje dobija od strane zdravstvenih radnika. To ukazuje na važnu činjenicu da komunikacioni sadržaj nije prilagođen stepenu njihove zdravstvene pismenosti[24].

Dobru komunikaciju sa pacijentom možemo ostvariti samo ako pružene informacije prilagodimo individualnom nivou njegove zdravstvene pismenosti. To podrazumeva nekorišćenje stranih reči i izraza, latinskih dijagnoza, kao i prilagođavanje obima i količine informacija mogućnostima bolesnika da ih asimilira[27]. Neophodno je imati u vidu sledeće činjenice:

- procenat zaboravljanja je veći što je informacija više, zato treba istaći najznačajnije;
- mnogi stariji ljudi zaboravljaju većinu informacija od onog što im se kaže;
- većina ljudi se najbolje seća onog što im se prvo kaže, pa najznačajnije informacije treba prvo dati, a kasnije ih ponoviti nekoliko puta, čime se ističe njihova važnost;
- tražiti od bolesnika da neke informacije ponovi jer ćemo tako imati uvid u njegovo razumevanje;
- pisana uputstva i informacije dati kao potporu verbalno datim informacijama ali isključivo na razumljiv način (jednostavna slova i crni tisak, uvlačenje prvog reda koji povećava brzinu čitanja, izbegavanje skraćenica, koristiti arapske brojeve umesto rimskih, obavezno redove nejednake dužine jer se lakše prate…).

ZAKLJUČNA RAZMATRANJA

Koncept zdravstvene pismenosti doneo je novinu u „osnaživanju korisnika" kao jednom od glavnih ciljeva promocije zdravlja, koje podrazumeva razvoj svesti o mogućnosti izbora, lične odgovornosti i kritičke sposobnosti vezano za lično i zdravlje drugih ljudi[28]. Osnaživanjem pojedinaca i čitavog društva, posredstvom razvoja zdravstvene pismenosti, postiže se poboljšanje zdravstvenih ishoda i smanjenje dispariteta u oblasti zdravlja. Zbog toga je Svetska zdravstvena organizacija označila zdravstvenu pismenost kao cilj javnog zdravlja za 21. vek[29].

U svakodnevnom radu zdravstvenih radnika nivo zdravstvene pismenosti korisnika nužno postaje okosnica terapijske i informativne komunikacije. U cilju pružanja kvalitetnije zdravstvene zaštite, smanjivanja zdravstvene nejednakosti i poboljšanja zdravstvenih ishoda u našoj sredini, neophodno je organizovano pristupiti pre svega prilagođavanju mernih instrumenata za ispitivanje zdravstvene pismenosti, a potom i usklađivanju tehnika efikasne komunikacije, posebno u radu sa vulnerabilnim grupama i grupama pod rizikom.

LITERATURA

1. *Mojsović Z, suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Visoka zdravstvena škola: Zagreb; 2004.*
2. *Bečić E i sur. Međunarodne organizacije o obrazovanju odraslih. Agencija za obrazovanje odraslih. Zagreb; 2009.*
3. *Simonds SK. Health Education as Social Policy. Sage Journals 1974;2:1-10. dostupno na: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10901981740020S102 (1.12.2017.)*
4. *Dulmen S. Patient-centredness. Patient Education and Counseling 2003;51:195-196.*
5. *Sorensen et al, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012; 12:80*
6. *Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health. The role of health Literacy. Alliance for health and future. London: International Longevity center – UK, 2006.*
7. *Ubavić S, Krajnović D, Marinković V. Analiza instrumenata za procenu zdravstvene pismenosti koji se mogu primeniti na primarnom nivou zdravstvene zaštite Arh.farm. 2015;65: 72 – 87.*
8. *Mogford E, Gould L, Devoght A. Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. Health Promotion International. 2010; 26(1): 4-13.*
9. *Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000; 15(3): 209.*
10. *A Pharmacy Health literacy user guide, AHRQ Health Literacy Tool, http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/qualityresources/tools/literacy/index.html*
11. *Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. J. B. Lippincott Company (2. izd.), Philadelphia; 1996.*
12. *Maag D. Health literacy - compendium of prior research. Studies in Communication Sciences 2005;5(2):11-28.*
13. *Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. Journal of General Internal Medicine 1995;10:537-541.'*
14. *Easton P, Entwistle V, Williams B. Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature. BMC Public Health. 2010; 10: 459. Avaible from: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/459.*
15. *Peerson A, Saunders M. DEBATE Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. Health Promotion International. 2009; 24(3): 285-296.*
16. *Davis TC, Wolf MS, Arnold CL, Byrd RS, Long SW, Springer T. et al. Development and Validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): A Tool to Screen Adolescents for Below-Grade Reading in Health Care Settings. Pediatrics, 2006; 118 (6): 1707-1714*
17. *Shih C, Chang T, Jensen AD and Chiu C. Development of a health literacy questionnaire for Taiwanese hemodialysis patients. BMC Nephrology 2016; 17:54*
18. *Al Sayah WF, Williams B, Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals with Diabetes:A Systematic Review and Evaluation of Available Measures, Health Education & Behaviour,2012; 40 (1): 42-55*
19. *Ghanbari S, Rameyankhani A, Montazeri A, Mehrabi Z . Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric properties. Plos One, 2016; 11(2)*
20. *Nguyen TH, Park H, Han HR, Chan PS, M.K.Paasche-Orlow, Haun J, Miyong T.Kim. State of science of health literacy measures: Validity implications for minority populations. Patient education and counseling 2015; 98: 1492-1512*
21. *Kekuš D. Zdravstveno vaspitanje. Beograd: Digital art; 2009.*
22. *Fisher-Wilson J. The crucial link between literacy and health. Annals of Internal Medicine. 2003; 139: 875-878.*
23. *Speros C. Health literacy: concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2005; 50: 633-640.*
24. *Brangan S. Development of SMOG-Cro Readability Formula for Healthcare Communication and Patient Education. Coll Antropol 2015;39:11–20*
25. *Wu A, Begoray D, Macdonal M et al. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. Health Promotion International. 2010; 25(4): 444-452.*
26. *Kekuš D. Komunikacije u profesionalnoj praksi zdravstvenih radnika,drugo izmenjeno izdanje, Digital Art, Beograd, 2010;140-145.*
27. *Kekuš D. Modeli integrisanih komunikacija u zdravstvu, doktorska disertacija, Fakultet organizacionih nauka, Beograd, 2009.*
28. *Stanisavljević S., Kekuš D. Zdravstvena pismenost - savremeni postulat zdravstvenog vaspitanja i promocije zdravlja. 46. Međunarodni kongres "Dani preventivne medicine", Niš , 2012.*
29. *Jović Vraneš A. Bjegović-Mikanović V et al. Evaluation of a health literacy screening tool in primary care patients: evidence from Serbia, Health Promotion International.2014, 29 (4): 601-7*

HOSPIS VS. PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE – EVOLUCIJA I RAZLIKE

Hospice vs. palliative care – evolution and differences

Branimirka Aranđelović[1], Dragana Milutinović[1], Svetlana Simić2,3
[1]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za zdravstvenu negu
[2]Klinički centar Vojvodine, Klinika za neurologiju, Novi Sad,
[3]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za neurologiju

APSTRAKT
Preteče današnjih hospisa postojale su u starom i srednjem veku u okviru religioznih institucija u kojima su konačište pronalazili umorni hodočasnici, putnici, siromašni, bolesni i stari. Usledio je istorijski razvoj da bi 1967. godine zahvaljujući Dame Cicely Saunders osnovan prvi moderan hospis u Velikoj Britaniji.Razvojem modernog hospis pokreta počinje intenzivan razvoj palijativnog zbrinjavanja u svetu. Termini hospis i palijativno zbrinjavanje se često koriste kao sinonimi, što svakako nisu. Heterogena terminologija je delimično „krivac" za različito tumačenje palijativnog zbrinjavanja u različitim zemljama. Termini, modeli i usluge se razlikuju od zemlje do zemlje, posebno između Evrope i Amerike.I hospis i palijativno zbrinjavanje predstavljaju filozofiju zbrinjavanja sa ciljem poboljšanja kvaliteta života teško obolelih i njihovih porodica. Uključuju holistički pristup i multidisciplinaran tretman.Razlike se odnose na mesto pružanja usluge,stadijum bolesti, kao i kriterijume koje treba da ispunjava pacijent.
Ključne reči: *hospis, palijativno zbrinjavanje, palijativna medicina, istorijski razvoj*

ABSTRACT
The forerunners of today's hospices existed in ancient and midlle age within the religious institutions in which they are finding a shelter weary pilgrims, travelers, the poor, the sick and the old. Followed by a historical development to 1967 thanks to Dame Cicely Saunders founded the first modern hospice in the UK. The development of the modern hospice movement began intensive development of palliative care in the world. Terms hospice and palliative care are often used interchangeably, they certainly aren't that. Heterogeneous terminology is partially "guilty" for the different interpretation of palliative care in different countries. Terms, models and services differ from country to country, particularly between Europe and America. Hospice and palliative care both philosophy are aimed at improving the quality of life of seriously ill and their families. They include a holistic and multidisciplinary approach to treatment. The differences relate to the place of service, stage of disease, as well as criteria to be met by the patient.
Key words: *hospice, palliative care, palliative medicine, historical development*

UVOD

U poslednjih pola veka desila se revolucija u svetu u pogledu zbrinjavanja neizlečivih, teško obolelih i umirućih pacijenata. Tokom zbrinjavanja ovih pacijenata primenjuju se principi palijativnog zbrinjavanja, dok zbrinjavanje terminalno obolelih uključuje i hospis zbrinjavanje. Kada se govori palijativnom terminologijom u različitim zemljama se preklapaju termini palijativno zbrinjavanje, palijativna medicina, hospis, hospis zbrinjavanje, suportivno zbrinjavanje (prevencija i suzbijanje neželjenih dejstava tumora)[1], terminalno zbrinjavanje(zbrinjavanje u poslednjoj fazi bolesti), zbrinjavanje na kraju života (kada je životni vek ograničen na nekoliko dana ili sati)[1,2], koji dovode do konfuzije i nemogućnosti upoređivanja kvaliteta palijativnog zbrinjavanja među zemljama u kojima se primenjuje. Iz tog razloga Evropsko udruženje za palijativno zbrinjavanje (European Association for Palliative Care, EAPC) ističe važnost usaglašenosti termina u svim zemljama [1]. Palijativni pojmovi su se menjali kroz njihov istorijski razvoj od hospitala preko modernog hospis pokreta, pa sve do palijativnog zbrinjavanja i palijativne medicine [3].U evropskim zemljama postoje iste, ali i različite strukture razvoja službi i pružanja zbrinjavanja što se dovodi u vezu sa različitim tumačenjem termina hospis i palijativno zbrinjavanje. Suština je u svim zemljama ista, ali su različiti oblici primene[1]. Sličnosti hospisa i palijativnog zbrinjavanja ogledaju se u zbrinjavanju teško obolelog pojedinca. Hospis pruža palijativno zbrinjavanje bez prolongiranja života dok palijativno zbrinjavanje po potrebi može da uključi kurativan tretman.Palijativno zbrinjavanje od hospisa razlikuje mesto pružanja usluge, vremeodnosno stadijum bolesti, kriterijumi koje treba da ispunjava pacijent da bi dobio određenu uslugu, kao i plaćanje[4].

Kada kurativna medicina iscrpi sve mogućnosti u lečenju pacijenta sa aktivnom, progresivnom i odmaklom bolešću, odgovarajuće medicinsko zbrinjavanje nastavlja palijativna medicina. Fokus se stavlja na specifične, ali i jedinstvene potrebe svakog pacijenata sa osnovnim ciljem poboljšanja kvaliteta života. Osim pacijenta, uključuje razmatranje potreba porodice, pre i posle smrti pacijenta [2]. Palijativna medicina je novija specijalistička, a negde subspecijalistička grana medicine [5]. U Velikoj Britaniji postoji još od 1987. godine [3].U našoj zemlji od skora postoji specijalizacija iz palijativne medicine [6]. Palijativno zbrinjavanje kao izborni predmet (Palijativna medicina i Palijativna nega) uveden je u nastavni program medicinskih fakulteta i visokih medicinskih škola u Srbiji [7], a u Visokoj zdravstvenoj školi strukovnih studija u Beogradu uveden je na specijalističkim strukovnim studijama - oblast Javno zdravlje [8].

Korespondent:
Branimirka Aranđelović
Tolstojeva 10/4,Novi Sad, Srbija
Mob.: 064/18 15 322
E-mail: branimirka.arandjelovic@gmail.com

EVOLUCIJA HOSPISA

Istorijat bolnica i hospisa je usko povezan i isprepleten. Prema istorijskim podacima, ove ustanove su postojale u starom i srednjem veku. Bila je to mešavina hospitala, svratišta, hospisa, bolnica i hotela. U srednjem veku osnovna funkcija nije bilo lečenje nego smeštaj i nega pacijenata. Evropske bolnice su se razvile iz srednjovekovnih gostinskih soba u samostanima i manastirima. S obzirom da su bolnice stacionarne ustanove sa kurativnim zadatkom, tek u 17. veku se počinju razlikovati od prihvatilišta za stare, iznemogle i bolesne, a današnji izgled dobile su u 19. veku, razvojem medicinske nauke i prakse[9].

Termin hospis datira još iz 4. veka, a nastao je od latinske reči hospes što znači gost, odnosno hospitium što znači gošćenje, konak. Odnosi se na mesta koja su služila kao konačišta i skloništa, u kojima je ukazivano „gostoprimstvo" odnosno gde su dobijali smeštaj i negu iscrpljeni, umorni putnici, hodočasnici, siromašni, bolesni, beskućnici i starci[2,10-13]. Krajem 4. veka, u Rimu,ovu vrstu karitativne ustanove osnovala je pokrštena patricijka Fabiola,koja je otvorila svoju kuću za siromašne, putnike i bolesne [9,10]. Arhiepiskop Vasilije je oko 370. godine osnovao u Cezareji, Kapadokija, komplekse zgrada za smeštaj putnika i nemoćnika, s posebnim odeljenjimaza lečenje bolesnika i smeštaj gubavaca [9]. Tokom 11. veka, u doba krstaških ratova podizani su mnogi hospisi u manastirima i samostanima. Umorni hodočasnici su u njima konačili, dobijali hranu i negu[10,13-15]. Ne možemo da ne spomenemo veliki doprinos Rastka Nemanjića – Svetog Save za osnivanje prvih srpskih bolnica po uzoru na vizantijske hospitale. Sveti Sava je osnovao prvu srpsku bolnicu u manastiru Hilandar na Atosu 1199. godine [9,16], a u Srbiji u manastiru Studenica 1207. godine [9,16,17]. Osnovna svrha je bilo lečenje što je u ono vreme bila retkost u ostalim delovima Evrope. U to vreme u Srbiji su postojali i hospitali za siromašne i neizlečive bolesnike [16].Prvi pisani dokumenti o hospisu i lečenju bolesnih i nemoćnih spominju se u Studeničkom tipiku Svetog Save [17].U 17. veku sveštenik St. Vincent de Paul je osnovao Milosrdne sestare (Sisters of Charity) u Parizu kao domza siročiće, siromašne, bolesne i umiruće ljude[14]. Godine 1842. u Lionu, Francuska, prvi put se osniva hospis kao mesto za smeštaj umirućih bolesnika, i vezuje se za rad gospođe Jeanne Garnier[10,13].Irske Milosrdne sestre osnovale su Our Lady's hospis za zbrinjavanje umirućih osoba u Dablinu 1879. godine[2,10,14], i St Joseph's hospis za siromašneumirućepacijenteu Londonu 1905. godine [10,14].

Začeci modernog hospisa i palijativnog zbrinjavanjavezuju se za Dame Cicely Saunders, medicinsku sestru, socijalnog radnika i lekara[10,12-14]. Zahvaljujući njenoj viziji, dobroti i predanosti, dala je veliki doprinos u razvoju modernog hospisa i palijativnog zbrinjavanja te je proglašena pionirom modernog hospis pokreta [12-14]. Hospis pokret je imao veliki uticaj širom sveta promovišući palijativno zbrinjavanje i unapređenje standarda zdravstvene zaštite [18].Gospođa Saunders je osnovala 1967. godine prvi savremeni hospis St Christopher's u Londonu, u kome je objedinjena nekadašnja briga o umirućim pacijentima sa novim medicinskim dostignućima u okviru palijativnog zbrinjavanja. Hospis se osim kliničke nege bavio edukacijom i istraživanjem[12-14].Hospis St Christopher's se razlikovao od ostalih hospisa zahvaljujući gospođi Saunders. To je bilo mesto ne samo za umiranje nego da se poboljša kvalitet preostalog života, uključujući psihološke i duhovne domene, pružanje podrške i adekvatnu kontrolu bola [11,12].Nakon poznanstva sa gospođom Saunders, kao i posete St Christopher's hospisu, Florence Wald, dekan School of Nursing, Univerziteta Yale,1974. godine osniva prvi hospis u Sjedinjenim Američkim Državama, Connecticut Hospice u Branford, Connecticut[12,14,15]. Florence Wald smatraju majkom američkog hospis pokreta[11,12].Godine 1969., Elisabeth Kübler Ross je publikovala knjigu O smrti i umiranju(On death and dying) koju je napisala na osnovu intervjua više od 500 umirućih bolesnika Opšte bolnice u Čikagu [15].Knjiga je doprinela podizanju svesti o umiranju i širenju hospisa u UK, SAD i celom svetu [15,18].

HOSPIS I HOSPIS ZBRINJAVANJE

Hospis je sistem interdisciplinarne nege koji pruža usluge palijativnog zbrinjavanja za pacijente svih uzrasta, ukoliko im je prognoza preživljavanja šest meseci ili manje[4,5,19].Prema definiciji, hospis zbrinjavanje (hospice care) podrazumeva celovit pristup osobi, s ciljem da zadovolji sve potrebe fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne. Usluge pružaju multiprofesionalni timovi koji zbrinjavanje baziraju na individualnim potrebama i ličnom izboru pacijenta, sa fokusom na odsustvo bola[1], dostojanstvo, udobnost i spokojno umiranje [1,4,11]. U domovima pacijenata (najčešće),specijalizovanim palijativnim jedinicama, staračkim domovima, dnevnim boravcima i u hospisima, zbrinjavaju se osobe suočene sa krajem životnog veka uz pružanje podrške njihovoj porodici[1,4,19].

Kao što je rečeno, u mnogim zemljama termin hospis zbrinjavanje se koristi kao sinonim za palijativno zbrinjavanje[13]. Zbrinjavanje teško obolelih pacijenata varira od zemlje do zemlje. U nekim zemljama su funkcije hospisa i jedinica za palijativno zbrinjavanje slične dok se u drugim razlikuju [1].U većini zemalja stacionarni hospis je samostalna služba sa fokusom na terminalno zbrinjavanje[1,13].

Hospisi se najčešće grade kao prizemne zgradesa ambijentom koji podseća na dom [1,10,18]. Prosečan hospis se sastoji od stacionarnog dela, dnevne bolnice, kućne nege, ambulante, savetovalištau periodu žalosti i kapele za vernike[10,18]. Uključuje posebne prostorije koje su namenjene za društvene i terapijske aktivnosti. Najmanji kapacitet je osam kreveta. Sobe u hospisima su jednokrevetne ili dvokrevetne[1].Usluge su dostupne 24 sata sedam dana u nedelji. U stacionarnom hospisu broj medicinskih sestarase kreće od 1,2 do 1,5 po jednom ležećem pacijentu[1,10].Boravak pacijenta obično traje od 10 do 14 dana [10].Finansiranje hospisa varira od zemlje do zemlje. U nekim zemljama se finansiraju iz nacionalnog fonda za zdravstveno osiguranje, neki hospisi se oslanjaju na dobrovoljne donacije, a neki su privatni [18].Treba napomenuti da hospis nije samo moderna zgrada gde se zbrinjavaju terminalno oboleli nego je pre svega filozofijazbrinjavanja [2,18], koja kaže da se uvek nešto može učiniti kako bi se pomoglo pacijentu [18].

Svetski dan hospisa i palijativnog zbrinjavanja obeležava se druge subote u oktobru svake godine. Ove godine obeležen je 14. oktobra sa temom „Univerzalno zdravstvo i palijativno zbrinjavanje – ne napuštajmo one koji pate" (Universal Health Coverage and Palliative Care: Don't leave those suffering behind) [20].

EVOLUCIJA PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA

Palijativno zbrinjavanje se u svetu razvijalo na različite načine i preklapalo se sa razvojem hospisa. Na samom početku hospis i

palijativno zbrinjavanje su se koristili kao sinonimi. To je možda razlog nerazumevanja definicija, terminologije i svrhe palijativnog zbrinjavanja udanašnje vreme, što potvrđuju istraživanja i praksa[1,21]. Terminologija je pod uticajem istorijskog razvoja, kao i razvoja zdravstvenih usluga na kraju životnog veka u različitim zemljama [21]. Evolucija palijativnog zbrinjavanja se može grubo podeliti na tri faze. U prvoj, najranijoj fazi razvoja, fokus je bio na zbrinjavanju terminalno obolelih pacijenata sa osnivanjem mesta za umiranje [3]. Druga, srednja i ključna faza razvoja povezana je sa razvojem modernog hospis pokreta u Velikoj Britaniji u drugoj polovini XX veka i gospođom Cicely Saunders[3,13]. Od tada se uspostavljaju mnogi programi za palijativno zbrinjavanje posebno u Velikoj Britaniji, Kanadi, SAD, Australiji i Skandinaviji [2]. Treća, savremena faza se odnosi na današnji period s tim što se i dalje razvija [3].

Pojam palijativan potiče od latinske reči pallium što znači „maska“ ili „ogrtač“ [3,13]. Termin palijativno zbrinjavanje (palliative care) prvi je upotrebio kanadski hirurg Balfour Mount, 1975. godine, kada je osnivao palijativnu službu u okviru bolnice Royal Victoria, Univerziteta u Montrealu, Kanada. U francuskom govornom području Kanade, pojam hospis se koristio u drugom kontekstu, a takođe, reč je imala negativnu konotaciju koja se odnosila na siromaštvo te je iz tog razloga nastao pojam palijativno zbrinjavanje. Balfour Mount se smatra ocem palijativnog zbrinjavanja u Kanadi [1,3].

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Palijativno zbrinjavanje je aktivno, holističko zbrinjavanje teško obolelih od strane multidisciplinarnog tima kada bolest ne reaguje na kurativan tretman [1,2,18,22]. Uključuje kontrolu bola i drugih simptoma bolesti, psihološku, socijalnu i duhovnu podršku obolelih, kao i podršku porodici u periodu žalosti nakon gubitka voljene osobe [1,2,18,19]. Definicije u oblasti palijativnog zbrinjavanja su važne jer se često koriste neadekvatni termini uz pogrešno tumačenje. Postoje brojne definicije, ali se najčešće primenjuje definicija Svetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2002. godine koja glasi:„palijativno zbrinjavanje je pristup koji poboljšava kvalitet života pacijenata i njihovih porodica, suočavajući se sa problemima koji prate bolesti koje ugrožavaju život, kroz prevenciju i olakšavanje patnji putem rane identifikacije i nepogrešive procene i lečenje bola i drugih problema, fizičkih, psiholoških i duhovnih“[13].

Osnovni cilj palijativnog zbrinjavanja je sprečavanje i ublažavanje patnji, postizanje, poboljšanje i očuvanje kvaliteta života ljudi koji su suočeni sa ozbiljnim, neizlečivim bolestima i njihovih porodica [1,2,5,18,19,23]. Poimanje kvaliteta života može da odredi samo pacijent sam za sebe [1,13].Afirmacija života, gledanje na smrt kao na normalan proces, ublažavanje bola i drugih simptoma, integracija psiholoških i duhovnih aspekata zbrinjavanja pacijenta, podrška pacijentima koja će omogućiti da žive što aktivnije sve do kraja života, podrška porodici u borbi tokom trajanja bolesti i u periodu žalosti nakon gubitka, timski pristup u prepoznavanju potreba pacijenata i njihovih porodica, neki su od principa palijativnog zbrinjavanja koje je postavila SZO [13].

Palijativno zbrinjavanje nije ograničeno na unapred definisane medicinske dijagnoze. Ove usluge su dostupne, na osnovu procene i prognoze, pacijentima svih uzrasta, u bilo koje vreme bez obzira na stadijum bolesti [1,4,5,13,19,22]. Preporučuje se inkorporisanje u ranoj fazi toka bolesti [2].Filozofija palijativnog zbrinjavanja se odnosi na pacijentovu autonomiju, dostojanstvo, potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka, odnosno na holističkom pristupu[1].Komponente palijativnog zbrinjavanja su: kontrola simptoma, komunikacija, rehabilitacija, kontinuirano zbrinjavanje, terminalno zbrinjavanje, edukacija i istraživanje [23]. Jedna od važnih komponenti palijativnog zbrinjavanja je i služba u periodu žalosti, koja pruža podršku i utehu porodici nakon gubitka voljene osobe [1,13,23].Kvalitet palijativnog zbrinjavanja između ostalog zavisi i od komunikacije, i to interakcije svih uključenih aktera: pacijenata,zdravstvenih radnika i porodica.

Postoje dva nivoa pružanja palijativnog zbrinjavanja, to su opšte i specijalističko palijativno zbrinjavanje. Opšte palijativno zbrinjavanje se pruža uglavnom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a pruža ga zdravstveno osoblje koje mora da bude upoznato sa osnovnim principima palijativnog zbrinjavanja[1,13]. Ovu vrstu zbrinjavanja pružaju i stručnjaci (onkolozi, neurolozi, internisti i drugi) koji su zbog opisa svog posla uključeni u palijativno zbrinjavanje bolesnika, ali im palijativno zbrinjavanje nije osnovna delatnost[1]. Specijalističko palijativno zbrinjavanje zahteva multidisciplinarni i interdisciplinarni timski pristup koji uključuje lekare, medicinske sestre, psihologe, socijalne radnike, fizioterapeute, duhovnike i po potrebi druge profile[1,4,13,18,19,24]. Usluge pružaju profesionalci koji su prošli edukaciju iz specijalističkog palijativnog zbrinjavanja[1,4,13,18,19].Specijalističko palijativno zbrinjavanje se pruža u domu pacijenta, u specijalizovanim odeljenjima opštih bolnica, hospisima, prihvatilištima, staračkim domovima, dnevnim bolnicama, ambulantama odnosno u svim okruženjima gde se sprovodi zbrinjavanje pacijenata[1,4,13,18]. Usluge palijativnog zbrinjavanja treba da se pružaju u kontinuitetu, da su uvek dostupne svim pacijentima u skladu sa potrebama i da budu pružene na željenom mestu pacijenta [1,13].

UMESTO ZAKLJUČKA

Za razumevanje i razlikovanje hospisa u odnosu na palijativno zbrinjavanje dovljno bi bilo zapamtiti:„Hospis zbrinjavanje je uvek palijativno, ali nije svako palijativno zbrinjavanje hospis zbrinjavanje“[5,25].

LITERATURA:

1. *Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European association for palliative care [Internet]. Eur J Palliat Care. 2009 [Preuzeto 21 Dec 2016];16(6):278-89. Dostupno na:http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3d&tabid=735*
2. *Report of the National advisory committee on palliative care [Internet]. [Dublin]: Department of Health (IE); [Preuzeto 25Okt 2016]. 157 p. Dostupno na: http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2012/07/Report-of-the-National-Advisory-Committee-on-Palliative-Care-2001.pdf*
3. *Ten Have H, Janssens R. Palliative care in Europe: concepts and policies. Amsterdam: IOS Press; 2001.*
4. *National Caregivers Library. Hospice vs. palliative care [homepage on the Internet]. [Preuzeto15 Dec 2016]. Dostupno na: http://www.caregiverslibrary.org/caregivers-resources/grp-end-of-life-issues/hsgrp-hospice/hospice-vs-palliative-care-article.aspx*
5. *American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Frequently asked questions about hospice and palliative care [homepage on the Internet]. [Preuzeto15 Dec 2016]. Dostupno na: http://palliativedoctors.org/faq*
6. *Pravilnik o specijalizacijama i užim specijalizacijama zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika (“Sl. glasnik RS”, br. 10/2013, 91/2013, 113/2013 i 109/2014).*
7. *Informacioni centar Evropske unije u Beogradu. Rastemo zajedno 2 [Internet]. Beograd: Informacioni centar Evropske unije; 2016 [Preuzeto12 Dec 2017]. 48 p.Dostupno na: http://europa.rs/images/publikacije/rastemo-zajedno-2-srb.pdf*
8. *Nastavni plan studijskog programa: Specijalista strukovna medicinska sestra – oblast Javno zdravlje [Internet]. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu;[Preuzeto 12Dec 2017]. Dostupno na: https://www.vzsbeograd.edu.rs/studentski-servisi/specijalisticke-strukovne-studije/nastavni-planovi.html*
9. *Maksimović J. Uvod u medicinu sa teorijom medicine. Novi Sad: Medicinski fakultet; 2001.*
10. *Milićević N, Kovčin V, Babić M. Palijativno zbrinjavanje osoba obolelih od malignih bolesti. Srp Arh Celok Lek. 2001;129(1-2):22-8.*
11. *Wheat A. Palliative care – evolution of a vision. Med Health R I. 2009 Jan;92(1):34-6.*
12. *Aranđelović B, Simić S, Milutinović D. Život i delo Dame Cicely Saunders – pola veka od osnivanja prvog modernog hospisa. Med Čas. 2016;50(4):150-3.*
13. *Council of Europe. Preporuka Rec (2003) 24 Komiteta ministara državama članicama u vezi sa organizacijom palijativnog zbrinjavanja [Internet]. Stockholm: EAPC East Coordination Centre; 2003 [Preuzeto 20 Jul 2016]. 82 p. Dostupno na: http://www.palliativecareserbia.com/pjd/Preporuke%20Saveta%20Evrope.pdf*
14. *Foster E. Communicating at the end of life: finding magic in the mundane. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group; 2012.*
15. *History of hospice care [Internet]. Alexandria: National Hospice and Palliative Care Organization; [Poslednja izmena 28 Mart 2016; Preuzeto 25 Nov 2016]. Dostupno na: http://www.nhpco.org/history-hospice-care*
16. *Joksimović Stevanović D. Osam vekova bolnice u Studenici. Timočki medicinski glasnik. 2007;32(4):216-7.*
17. *Glišić R. Zdravstvena nega u hirurgiji 1. Beograd: Cicero; 2011.*
18. *Milićević N. The hospice movement: history and current worldwide situation. Arch Oncol. 2002;10(1):29-32.*
19. *Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. N Engl J Med. 2015 Aug; 373(8):747–55.*
20. *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. About World Hospice and Palliative Care Day [Internet]. London: c2015 [Preuzeto10 Nov 2017]. Dostupno na: http://www.thewhpca.org/latest-news/item/world-hospice-and-palliative-care-day-theme-announced*
21. *Payne S, Seymour J, Ingleton C. Palliative care nursing, principles and evidence for practice. Berkshire: Open University Press; 2004.*
22. *Aranđelović B, Svetlana S. Palijativno zbrinjavanje obolelih od amiotrofične lateralne skleroze. Timočki medicinski glasnik. 2017;42(1):35-41.*
23. *Zeppetella G. Palliative care in clinical practice. London: Springer; 2012.*
24. *Šaponjski J. Sestrinske kompetencije u rehabilitaciji starih i timu za palijativnu negu. Sestrinska reč. 2015;19(71):15-7.*
25. *Raudonis BM. Palliative care. In: Lubkin IM, Larsen PD, editors. Chronic illness: impact*

UTICAJ SUPSTITUCIONE TERAPIJE BUPRENORFINOM

Influence of buprenorphine replacement therapy

Milena Despotović[1], Mile Despotović[2], Hristos Aleksopulos[2], Jelena Aleksandrić[2], Nela Marinović[2]
[1]Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu, [2]Visoka medicinska škola strukovnih studija Ćuprija

APSTRAKT
Uvod. *Opijati i opoidi stvaraju i fizičku i psihičku zavisnost. Broj zavisnika od psihoaktivnih supstanci, kao ni zvanični podaci o broju zavisnika od opijata u Srbiji nisu poznati. Kancelarija Ujedinjenih Nacija za drogu i kriminal procenjuje da je, u 2014. godini, oko 29 miliona ljudi na svetu zavisno od neke vrste droga.* ***Metod rada.*** *Ovaj rad pripada grupi preglednih radova. Na osnovu ključnih reči (buprenorfin, substituciona terapija, psihoaktivne supstance) pregledane su različite baze podataka, izdvojene reference analizirane, sistematizovane i prikazane u ovom radu.* ***Diskusija.*** *U lečenju zavisnosti od opijata, najčešće se primenjuje supstituciona terapija. Supstituciona terapija kod opoidnih bolesti zavisnosti predstavlja vid terapije u kojoj se koristi antagonist, odnosno nova supstanca sa svojstvima i dejstvima sličnim supstanci koja se obično koristi. Agonisti se koriste u cilju obezbeđivanja kontrolisanijeg oblika zavisnosti.*
Najčešće korišćeni antagonist je metadon čija upotreba u Evropi dostiže 90% ukupne opoidne supstitucije, mada ga u poslednje vreme sve više zamenjuje buprenorfin, koji je parcijlni agonist-antagonist i najviše se primenjuje u Francuskoj. Istraživanja pokazuju da buprenorfin izaziva manje fizičke zavisnosti u odnosu na metadon i druge supstitute. Takođe, čini se da kod buprenorfina postoji manje potencijala za zloupotrebu leka. ***Zaključak.*** *Mnogi aspekti uticaja buprenorfina nisu do kraja ispitani. Socijalna reintegracija je važan aspekt socijalne rehabilitacije opoidnih zavisnika i zato je izuzetno značano prepoznati psiho-socijalne faktore koji mogu delovati kao protektivni faktori, ali i kao faktori rizika. Kako uticaj buprenorfina na ishode socijalne rehabilitacije do sada nije proučavan, neophodno je dizajnirati nove studije koje bi išle u ovom pravcu.*

Ključne reči: *buprenorfin, substituciona terapija, psihoaktivne supstance*

ABSTRACT
Introduction. *Opiates and opoids create physical and psychological addiction. Official statistics on the number of opiate addicts in Serbia doesn't exist. The United Nations Office on Drugs and Crime estimates that in 2014 some 29 million people in the world are dependent on some sort of drug.* ***Method.*** *This paper belongs to a group of review papers. Based on the key words (buprenorphine, substitution therapy, psychoactive substances), as well as various databases, isolated references were analyzed, systematized and presented in this paper.*
Discusion. *Substitution therapy is most often used therapy method. Substitution therapy is a form of therapy in which an antagonist, a new substance with properties and actions of similar substances, is used. Agonists are used to provide a more controlled form of addiction. The most commonly used antagonist is methadone whose use in Europe reaches 90% of total opioid substitution, although it has been lately replaced by buprenorphine, a partial agonist-antagonist and is most commonly used in France. Researches show that buprenorphine causes less physical dependence than methadone and other substitutes. It also appears that there is less potential for drug abuse when buprenorphine is used instead of methadone.*
Conclusion. *Many aspects of the effects of buprenorphine have not been fully tested. Social reintegration is an important aspect of social rehabilitation of opioid addicts, and it is therefore extremely important to recognize psychological and social factors that can act as protective factors, but also as risk factors. As the impact of buprenorphine on the outcomes of social rehabilitation has not been studied so far, it is necessary to design new studies that would go in this direction.*

Key words: *buprenorphine, substitutional therapy, psychoactive substances*

UVOD

Deseto izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti i zdravstvenih problema (ICD - 10) definiše sindrom zavisnost kao skup fizioloških, bihejvioralnih i kognitivnih pojava u kome upotreba jedne određene supstance ili skupa supstanci dobija mnogo veću vrednost za datog pojedinca u odnosu na druge oblike ponašanja koje su nekada imali mnogo veću vrednost. Centralna karakteristika sindroma zavisnosti je želja (1).

Nacionalno istraživanje o stilovima života iz 2014. godine pokazalo je da se upotreba psihoaktivnih supstanci prema mišljenju stanovništva u Srbiji ne smatra najznačajnijim problemom u društvu (upotreba droga se nalazi na šestom mestu). Ipak, u okviru svih vrsta zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, zavisnost od droga smatra se značajnijom od alkohola, iako je rasprostranjenost manja. Takođe, upotreba droga se smatra većim problemom i od pušenja (2).

Opijati i opoidi stvaraju i fizičku i psihičku zavisnost. Deluju tako što blokiraju iste receptore kao endogeni enkegalini i endorfini. Oni izazivaju respiratornu depresiju, deluju depresivno na centralni nervni sistem, inhibiraju centar za kašalj. Opiati imaju euforične, analgetičke, sedativne i hipnotičke efekte (3). Opijum, njegovi prirodni derivati poput kodeina i morfijuma i polusintetički derivati kao što je heroin nazivaju se opijatima.

Korespondent:
Milena Despotović
despotovicm12@gmail.com

Čisti sintetički opijati kao što je metadon nazivaju se opoidima. Neki od neželjenih efekata upotrebe ovih supstanci su: gubitak telesne mase, usporenost, pospanost, uske zenice, izrazito bledilo lica, nerazgovetan govor, vidljivi tragovi uboda iglom zapušten izgled, sužavanje interesovanja, česte pozajmice, promena karaktektera, nagle promene raspoloženja, bolovi, preznojavanje, drhtavica, mučnina, prolivi, uznemirenost, gubitak libida, neredovan menstrualni ciklus ili izostanak menstruacije, toksično oštećenje jetre (hepatitis), infekcija virusom HIV-a, depresije, pokušaji samoubistva, kao i realizovana samoubistva. Ukoliko dođe do intoksikacije, odnosno predoziranja, postoji rizik od smrtnog ishoda(3,4). Zbog ovako ozbiljnih posledica, može se zaključiti da opijum i njegovi derivati izuzetno negativno utiču na psihičko i fizičko zdravlje zavisnika. Takođe, upotreba ovih psihoaktivnih supstanci jedan je od najvažnijih javnozdravstvenih problema i socijalnih bolesti.

Nažalost, broj zavisnika od psihoaktivnih supstanci, kao ni zvanični podaci o broju zavisnika od opijata u Srbiji nisu poznati. Kancelarija Ujedinjenih nacija za drogu i kriminal procenjuje da je, u 2014. godini, oko 29 miliona ljudi na svetu zavisno od neke vrste droga. Zavisnici od opijata su grupa koja u najvećoj meri traži da bude uključena u programe terapije u Evropi i Aziji. Prevalenca zavisnosti od opijata na globalnom nivou iznosi 0,3-0,5 %, kada je u pitanju odraslo stanovništvo starosti između 15 i 64 godine i stabilna je tokom godina (5).

Metod rada

Ovaj rad pripada grupi preglednih radova. Na osnovu ključnih reči (buprenorfin, substituciona terapija, psihoaktivne supstance) pregledane su različite baze podataka, kako elektronske, tako i bibliotečke, izdvojene reference analizirane, sistematizovane i prikazane u ovom radu.

Diskusija

U lečenju zavisnosti od opijata, najčešće se primenjuje supstituciona terapija. Iako daje izuzetno dobre rezultate, ovaj vid terapije nije jedini, tako da se u lečenju mogu koristiti razni vidovi psihosocijalnih intervencija, poput individualne i grupne psihoterapije i socioterapije, zatim radna terapija i drugi vidovi terapijskih zajednica (6). Ipak, svi ovi vidovi terapija najčešće samo dopunjavaju supstitucionalnu terapiju i poboljšavaju njen ishod. Pre sprovođenja terapije, najbitnije je sagledati potrebe pacijenta i sačiniti individualni plan terapije u cilju njegovog izlečenja.

Supstituciona terapija kod opoidnih bolesti zavisnosti predstavlja vid terapije u kojoj se koristi antagonist, odnosno nova supstanca sa svojstvima i dejstvima sličnim psihoaktivnoj supstanci koja se koristi. Agonisti se koriste u cilju obezbeđivanja kontrolisanijeg oblika zavisnosti. Upotreba antagonista ublažava mnoge apstinencijalne simptome, koje osobe zavisne od različitih psihoaktivnili supstanci često doživljavaju i smanjuje zdravstvene i društvene rizike. Najčešće korišćeni antagonist je metadon čija upotreba u Evropi dostiže 90% ukupne opoidne supstitucije, mada ga u poslednje vreme sve više zamenjuje buprenorfin koji je parcijlni agonist-antagonist i najviše se primenjuje u Francuskoj. Procenjeno je da je 2000. godine oko 80 000 ljudi u Francuskoj bilo na terapiji buprenorfinom, nasuprot 5 000 metadonskih pacijenata. Ovaj odnos se tokom godina menjao u korist buprenorfina (6,7).

Buprenorfin je otkriven 1966. godine u Engleskoj, u laboratoriji kompanije Rekit i Kolman Razmatranje o upotrebi buprenorfina u lečenju bolesti zavisnosti počinje 1975. godine, kada Jasinski izjavljuje da buprenorfin uspešno kombinuje karakteristike metadona sa karakteristikama čistih antagonista opijata i tako blokira morfin. U svojoj studiji iz 1978, on naglašava da buprenorfin nema samo terapijsko dejstvo kao analgetik malog rizika za zloupotrebu, već i kao novi lek za tretman bolesti zavisnosti, manje toksičan od metadona. Ipak, trebalo je da prođe gotovo tri decenije dok FDA nije odobrila upotrebu buprenorfina u tretmanu opoidne zavisnosti. Do 1985. godine, buprenorfin je bio široko raprostranjen i korišćen kao analgetik. Injekcije buprenorfina bile su odobrene u 29 zemalja sveta, dok su u 16 zemalja bile u upotrebi i sublingvalne tablete. U Velikoj Britaniji, buprenorfin je od 1978. godine bio korišćen u tretmanu jakih bolova, a od 1982. bio je u upotrebi kao sublingvalni analgetik. Nakon mnogo istraživanja i pokušaja da se buprenorfin uključi i programe supstitucionalne terapije, sredinom devedesetih, nakon skandala vezanih za transfuziju krvi, Francuska postaje prva zemlja koja stavlja buprenorfin u upotrebu za lečenje opoidne zavisnosti i dozvoljava lekarima da prepisuju buprenorfin (Subuteks) kao bilo koji lek, u svakodnevnoj lekarskoj praksi (8).

Pored analgezije, promene raspoloženja, euforije, česta je i pospanost. Farmakološki efekti se javljaju nakon 15 minuta od unošenja supstance u organizam i traju 6 sati ili duže kada se daju intramuskularno. Kada se buprenorfin daje intravenski, vreme za početak i trajanje efekata se skraćuju. Sublingualna apsorpcija buprenorfina zavisi od PH vrednosti. Dužina vremena držanja tablete pod jezikom ima malo uticaja na apsorpciju. Iako se buprenorfin brzo apsorbuje kroz oralnu sluznicu, sistemska apsorbcija je sporija. Vreme da se postigne najveća koncentracija u plazmi varira od pojedinaca do pojedinca (raspon od 40 minuta do 3.5 sata). Istovremeno uzimanje naloksona ne utiče na farmakokinetiku buprenorfina. Buprenorfin je veoma lipofiličan i ima visoku distribuciju.

Iako se o buprenorfinu zna mnogo manje nego o metadonu, koji je i dalje najzastupljeniji lek u supstitucionalnoj terapiji širom sveta, od otkrivanja buprenorfina sprovedene su brojne studije i klinkički trajali u kojima je testirana delovotvornost i efekti buprenorfina.

Istraživanja su pokazala da su nuspojave koje se javljaju kod upotrebe buprenorfina slične nuspojavama metadona i drugih potpunih opoidnim agonista i one uključuju mučnine, povraćanje, vrtoglavice, glavobolje i drugo, ali je njihov intenzitet mnogo manji kod upotrebe buprenorfina (9).

Takođe, čini se da kod buprenorfina postoji manje potencijala za zloupotrebu leka. Generalno, zloupotreba supstitucionalne terapije može da bude karakteristika ponašanja opoidnih zavisnika, pri čemu na učestalost, način zloupotrebe i dodatne štetne efekte utiču različiti faktori. Ovi faktori uključuju farmakološki profil konkretnih pojedinaca, supstitut koji koriste, stepen fizičke zavisnosti, individualno iskustvo i ostale faktore. Na žalost, smrt može da bude jedna od ozbiljnih posledica zloupotrebe buprenorfina i ovakav ishod se dešavao širom sveta, najčešće u kombinaciji sa depresorima centralnog nervnog sistema. Ipak, smrtni slučajevi kao ishod zloupotrebe buprenorfina su daleko malobrojniji u odnosu na smrtne ishode prouzrokovane metadonom. Ono što je bitnije je da izveštaji iz SAD-a i Francuske pokazuju da se broj smrtnih slučajeva, izazvanih zloupotrebom supstitucionog leka, smanjuje(10).

Očigledno je da buprenorfin ima brojne javnozdravstvene efekte. Retrospektivna studija uzastopnih zadesnih predoziranja drogom od juna do oktobra 2013, sprovedena je u Njujorku. Slučajevi sa raspoloživim uzorcima krvi su testirani na buprenorfin i norbuprenorfin korišćenjem tečne hromatografije sa masenom detekcijom. Rezultati toksikologije su povezani sa dokumentacijom iz njujorške vitalne statistike. Rezultati su pokazali da je od 98 nenamernih smrti izazvanih predoziranjem, samo 2 (2,0%) bilo pozitivno na metabolite buprenorfina. Svaki od 98 uzoraka pokazao je prisustvo više supstanci koje mogu da budu uzrok neželjenih smrtnih slučajeva. Buprenorfin je retko uzrok smrtnih slučajeva

nastalih predoziranjem. Kako je bezbednost i efikasnost buprenorfina dobro dokumentovana, a predoziranje kao rezultat tretmana buprenorfinom izuzetno retka pojava, lečenje buprenorfinom se preporučuje (11). Cilj studije sprovedene u Engleskoj i Velsu bio je da se ispita rizik od predoziranja metadonom i buprenorfinom u tretnamu opoidne zavisnosti. Studija je dizajnirana kao retrospektivna studija i koristila je nacionalne baze podataka za Englesku i Vels. Podaci o smrtnim ishodima čiji je uzrok psihoaktivna supstanca dobijeni su iz Kancelarije za nacionalnu statistiku, a podaci o korišćenju metadona i buprenorfina su dobijeni iz Nacionalne zdravstvene službe za period 2007-2012. Tokom ovog perioda od 6 godina, registrovano je ukupno 2366 smrtnih slučajeva povezanih sa metadonom i 52 slučaja povezanih sa buprenorfinom. Od 2007 do 2012, smrt usled predoziranja se dešavala u 0.137 na 1000 recepata za metadon, u odnosu na 0.022 na 1000 prepisanih recepata za buprenorfin (uključujući buprenorfina-nalokson). Analiza podataka pokazala je odnos relativnog rizika od 6,23 za metadon u odnosu na buprenorfin. Ova analiza relativne bezbednosti buprenorfina i metadona u okviru supstitucione terapije otkriva da je buprenorfin šest puta sigurniji nego metadon i da je rizik od predoziranja mnogo manji (12).

Detoksikacija je jedan od važanijih aspekata lečenja, ali se relativno malo zna o vremenu trajanja i ozbiljnosti posledica tokom perioda detoksikacije i skidanja sa buprenorfina. Sekundarna analiza podataka iz randomizovane, kontrolisane placebom, dvostruko slepe studije Duna i saradnika objšnjava ovaj fenomen. Cilj je bio da se utvrdi vremenski tok i težina detoksikacije i skidanja sa buprenorfina pod rigoroznim, dvostruko-slepim uslovima, koristeći više kriterijuma za skidanje sa leka. Učesnici su bili odrasli opoidni zavisnici, podvrgnuti tretmanu buprenorfinom i nasumično su podeljeni u grupe. Grupa kod koje je režim skidanja trajao 4 nedelje doživela je relativno blage i stabilane simptome tokom kursa skidanja, sa nekoliko ekstremih vrhova u težini simtoma. Nasuprot tome, grupe kod kojim je režim trajao jednu ili dve nedelje doživele su simptome ozbiljne težine tokom nedelje nakon poslednje doze buprenorfina, a zatim pad nakon toga. Grupa koja je bila na režimu od četiri nedelje imala je manje problema sa snom, u odnosu na druge dve grupe (13).

Istraživanja su pokazala i da je buprenorfin bezbedniji za trudnice u odnosu na metadon (14,15), kao i da je seksualna disfunkcija kod terapije buprenorfinom manje zastupljena nego kod terapije metadonom (16). Ipak, i pored brojnih pozitivnih strana, buprenorfin može izazvati i neke neželjene efekte, pa je tako dokazano da upotreba buprenorfina može dovesti do nepravilnosti u disanju tokom sna (17).

Relativno mali broj studija bavi se uticajem buprenorfina na socijalno funkcionisanje i socijalnu rehabilitaciju opoidnih zavisnika u režimu supstitucionalne terapije. Socijalni efekti terapije metadonom su češće ispitivani, što je i logično imajući u vidu istoriju i široku zastupljenost leka (18, 19, 20). Ipak, znajući da su socijalni faktori u stalnoj interakciji sa psihološkim profilom i biološkim činjenicama, neophodno je utvrditi kakav je efekat buprenorfina na socijalnu integraciju zavisnika. Najzad, socijalno funkcionisanje je jedan od aspekata kvaliteta života i važan faktor javnozdravstvenih strategija, koji može poslužiti kao baza novih nacionalnih i lokalnih planova u rehabilitaciji opoidnih zavisnika.

Rezultati dobijeni u studiji sprovedenoj na zdravoj odrasloj populaciji, sugerišu da i niske doze buprenorfina smanjuju odgovore na neke vrste negativnih socijalnih stimulusa, dok istovremeno poboljšavaju pozitivno reagovanje na socijalne stimulanse. Ovakvi rezultati obezbeđuje podršku za dalja ispitivanja uloge opijata u posrednovanju između reagovanja na socijalno odbijanje i reagovanja na socijalne nagradu (21). Prema nekim podacima, upotreba buprenorfina povećava kvalitet života opoidnih zavisnika i ovaj trend je vidljiv u svim aspektima kvaliteta života: fizičkom, psihološkom, socijalnom i aspektu okruženja (22). Podaci iz francuske nacionalne baze su otkrili da su osobe koje koriste metadon ili buprenorfin sklone rizičnom ponašanju u saobraćaju i izazivanjima nesreća, što se može objasniti kombinovanim uticajem ranijeg rizičnog ponašanja i tretmana ovim supstancama (23).

ZAKLJUČAK

Postojeća istraživanja govore u prilog tome da buprenorfin u manjoj meri izaziva fizičku zavisnost u odnosu na metadon, iako je metadon i dalje najčešće korišćena supstanca u substitucionoj terapiji. Međutim, mnogi aspekti uticaja buprenorfina nisu do kraja ispitani. Socijalna reintegracija je važan aspekt socijalne rehabilitacije opoidnih zavisnika i zato je izuzetno značano prepoznati psiho-socijalne faktore koji mogu delovati kao protektivni faktori, ali i kao faktori rizika. Kako uticaj buprenorfina na ishode socijalne rehabilitacije do sada nije proučavan, neophodno je dizajnirati nove studije koje bi išle u ovom pravcu. Takođe, neophodno je prepoznati smer ove interakcije i utvrditi da li socijalni faktori utiču na terapiju buprenorfinom, u kojoj meri i da li buprenorfin utiče na socijalnu rehabilitaciju i reintegraciju pojedinca u sistem, vodeći računa o individualnom psihološkom profilu svakog uključenog pojedinca. Nažalost, brojni instrumenti za procenu socijalnog funkcionisanja nisu validirani za srpsko govorno područje, pa je validacija ovih skala neophodna u budućnosti.

LITERATURA:

1. *WHO, Abuse (drug, alcohol, chemical, substance or psychoactive substance), available at: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/abuse/en/*
2. *Nacionalno istraživanje o stilovima života stanovništva Srbije 2014. godine korišćenje psihoaktivnih supstanci i igre na sreću, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut", jun 2014.*
3. *Milovanović D, Sakoman S, Mićić J, Dimitrijević I. Bolesti zavisnosti. Evropski centar za mir i razvoj (ECPD) Univerziteta za mir Ujedinjenih nacija, 2004.*
4. *Znaci zloupotrebe opijata, available at: http: //www.drajzerova.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=29&Itemid=45*
5. *World Drug Report, Executive Summary, available at: http: //www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_24may.pdf*
6. *Vester A, Buning E. Informacija o supstitucionalnoj terapiji za zavisnost od opijata. EuroMehtwork, 2003, available at: http://putokaz.org.rs/pdf/INFO_O_SUPST_TERAPIJI.pdf*
7. *Li X1, Shorter D, Kosten TR. Buprenorphine in the treatment of opioid addiction: opportunities, challenges and strategies. Expert Opin Pharmacother. 2014 Oct;15(15):2263-75.*
8. *Campbell N, Lovell A. The history of the development of buprenorphineas an addiction therapeutic. Ann N Y Acad Sci. 2012 Feb;1248:124-39.*
9. *Washington T, Fanciullo G. Buprenorphine: Side Effects and Tolerability, in Handbook of Methadone Prescribing and Buprenorphine Therapy, pp 201-211, Springer 2013 edition*
10. *Lofwall M, Walsh S, A Review of Buprenorphine Diversion and Misuse: The Current Evidence Base and Experiences from Around the World. J Addict Med. 2014 Sep-Oct;8(5):315-26.*
11. *Paone D1, Tuazon E2, Stajic M3, Sampson B3, Allen B2, Mantha S2, Kunins H2. Buprenorphine infrequently found in fatal overdose in New York City. Drug Alcohol Depend. 2015 Oct 1;155:298-301*
12. *Marteau D, McDonald R, Patel K. The relative risk of fatal poisoning by methadone or buprenorphine within the wider population of England and Wales. BMJ Open 2015;5:e007629*
13. *Dunn KE, Saulsgiver KA, Miller ME, Nuzzo PA, Sigmon SC. Characterizing opioid withdrawal during double-blind buprenorphine detoxification. Drug Alcohol Depend. 2015 Jun 1;151:47-55.*
14. *Meyer MC1, Johnston AM, Crocker AM, Heil SH. Methadone and buprenorphine for opioid dependence during pregnancy: a retrospective cohort study. J Addict Med. 2015 Mar-Apr;9(2):81-6.*
15. *Wiegand SL1, Stringer EM, Stuebe AM, Jones H, Seashore C, Thorp J. Buprenorphine and naloxone compared with methadone treatment in pregnancy. Obstet Gynecol. 2015 Feb;125(2):363-8.*
16. *Yee A1, Danaee M1, Loh HS2, Sulaiman AH1, Ng CG1. Sexual Dysfunction in Heroin Dependents: A Comparison between Methadone and BuprenorphineMaintenance Treatment. PLoS One. 2016 Jan 28;11(1):e0147852.*
17. *DeVido J1, Connery H2, Hill KP2. Sleep-disordered breathing in patients with opioid use disorders in long-term maintenance on buprenorphine-naloxone: A case series. J Opioid Manag. 2015 Jul-Aug;11(4):363-6.*
18. *Babor T et all. Behavioral and Social Effects of Heroin Self-Administration and Withdrawal. Arch Gen Psychiatry. 1976;33(3):363-367*
19. *Sun HM, Li XY, Chow EP, Li T, Xian Y, Lu YH, Tian T, Zhuang X, Zhang L. Methadone maintenance treatment programme reduces criminal activity and improves social well-being of drug users in China: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2015 Jan 8;5(1):e005997.*
20. *Chang KC1,2, Lin CY3. Effects of publicly funded and quality of life on attendance rate among methadone maintenance treatment patients in Taiwan: an 18-month follow-up study. Harm Reduct J. 2015 Oct 16;12:40.*
21. *Bershad AK1, Jaffe JH2, Childs E1, de Wit H3. Opioid partial agonist buprenorphine dampens responses to psychosocial stress in humans. Psychoneuroendocrinology. 2015 Feb;52:281-8.*
22. *Mitchell SG1, Gryczynski J, Schwartz RP, Myers CP, O'Grady KE, Olsen YK, Jaffe JH. Changes in Quality of Life following Buprenorphine Treatment: Relationship with Treatment Retention and Illicit Opioid Use. J Psychoactive Drugs. 2015 Apr-Jun;47(2):149-57.*
23. *Corsenac P1, Lagarde E, Gadegbeku B, Delorme B, Tricotel A, Castot A, Moore N, Philip P, Laumon B, Orriols L. Road traffic crashes and prescribed methadone and buprenorphine: a French registry-based case-control study. Drug Alcohol Depend. 2012 Jun 1;123(1-3):91-7.*

NAVIKE U ISHRANI I UHRANJENOST STUDENATA VISOKOŠKOLSKIH USTANOVA MEDICINSKOG OBRAZOVNOG POLJA U REPUBLICI SRBIJI

Nutritional habits and nutritional status of students of higher education institutions of the medical educational field in the Republic of Serbia

Svetlana T. Stojanović
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

APSTRAKT
Studenti visokoškolskih ustanova medicinskog obrazovnog polja trebalo bi da imaju visok edukativni nivo kada je u pitanju pravilna ishrana koja je važan faktor u promociji i održavanju dobrog zdravlja. U ovom tekstu, bez kritičkog osvrta, saopšteni su rezultati većeg broja istraživanja koja su razmatrala pitanja navika u ishrani i zastupljenosti kategorija uhranjenosti studenata medicinskih nauka Beogradskog, Novosadskog, Kragujevačkog i Niškog univerziteta, kao i studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, dok su za studente Medicinskog fakulteta Prištinskog univerziteta sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici prikazani samo rezultati ispitivanja navika u ishrani. Istraživanja ovakve vrste mogu pomoći ne samo da se bolje sagleda aktuelna problematika, već i u koncipiranju edukativnih, preventivnih programa i za kreiranje sadržaja obrazovnih programa.

Ključne reči: *studenati visokoškolskih ustanova medicinskog obrazovnog polja, navike u ishrani, uhranjenost*

ABSTRACT
Students of higher education institutions in the medical education field should have a high educational level when it comes to proper nutrition, which is an important factor in the promotion and maintenance of good health. In this text, without a critical review, are presented the results of major numbers of researches which consider nutrition habits and nutrition categories of students of medical sciences of University of Belgrade, Novi Sad, Kragujevac and Nis as well as students of Higher Education School of Professional Health Studies in Belgrade, while for students of University in Pristina with temporary location in Kosovska Mitrovica are presented only results of nutrition habits researches. This kind of research can be useful not only to get a better view of the actual situation, but also in summering educational and prevential programmes and also for creating educational programme contents.

Key words: *students of higher education institutions of the medical educational field, nutritional habits, nutritional status*

UVOD

U životu svake mlade osobe odlazak na fakultet svakako je značajan period (1), koji predstavlja posebno životno razdoblje kada se dešavaju biološko i psihološko sazrevanje (2). Analizirajući stručne i naučne publikacije koje se bave istraživanjem zdravstvenog ponašanja studenata, grupa domaćih autora ističe da studenti predstavljaju populaciju sa posebnim rizikom za nastanak posledica fizičke neaktivnosti i neadekvatne ishrane (3). Tako da je sa aspekta istraživanja kvaliteta ishrane, upravo studentska populacija posebno interesantna zbog svog ujednačenog ritma obaveza i česte ishrane u studentskim restoranima (4). U populaciji studenata često se zapaža da se ne hrane prema savremenim preporukama, standardima i vodičima (5). U skladu sa svojim obavezama na fakultetima studenti veći deo dana provode van kuće, što dovodi do neredovne ishrane i izbora lako dostupne tzv. brze hrane (3). Danas se zna da promena životnog okruženja može da dovede i do promena životnih i zdravstvenih navika. Studentska populacija sklona je konzumiranju visokoenergetske hrane siromašne nutrijentima, kao i preskakanju obroka, najčešće doručka, a neodgovarajuće zdravstvene navike i neodgovarajuće navike u ishrani, za posledicu imaju sve veći broj mladih koji imaju problema s telesnom masom (1). Uhranjenost mladih ljudi kojoj pripada populacija studenata rezultat je njihovih navika i mogućnosti (u kvalitativnom i kvantitativnom smislu, redovnog konzumiranja obroka), ali i umnih i fizičkih aktivnosti, kao elemenata energetske potrošnje koji mogu biti specifično usmereni ka studiranju, ali i rekreativnih fizičkih aktivnosti, koje se svrstavaju u zdravstvene navike (6). Poremećaji u ishrani uglavnom se vezuju za mladalački period i ženski pol, u smislu manjeg unos namirnica radi održavanja vitkosti (4); dok prekomerna telesna masa i gojaznost koje se smatraju jednim od većih epidemioloških problema kako u razvijenim, tako i u nerazvijenim zemljama pokazuju trend porasta (7). Studenti visokoškolskih ustanova medicinskog obrazovnog polja trebalo bi da imaju visok edukativni nivo kada je u pitanju pravilna ishrana koja je važan faktor u promociji i održavanju dobrog zdravlja.

Korespondent:
Mr sc.med.dr Svetlana T. Stojanović, specijalista higijene
Adresa: Cara Dušana 254, Zemun-Beograd
Telefon: +381642451277
E-mail:svetlanast@ymail.com

METODOLOGIJA RADA

Prikazani su rezultati dostupnih istraživanja, bez kritičkog osvrta, koji su se odnosili na navike u ishrani i zastupljenost kategorija uhranjenosti studenata medicinskih nauka Beogradskog, Novosadskog, Kragujevačkog i Niškog univerziteta, kao i studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, dok su za studente Medicinskog fakulteta Prištinskog univerziteta sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici prikazani samo rezultati ispitivanja navika u ishrani.

NAVIKE U ISHRANI STUDENATA FAKULTETA MEDICINSKIH NAUKA

Prospektivna studija preseka sprovedena je u periodu od januara do maja 2013. godine na uzorku od šest stotina studenata, svih godina studiranja sa fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Beogradu (studenti Farmaceutskog fakulteta, Fakulteta veterinarske medicine, Medicinskog i Stomatološkog fakulteta). Ispitivani studenti su prihvatili da učestvuju u studiji, nakon što su od anketara dobili informacije o ciljevima i metodima ispitivanja i dali usmenu saglasnost.

Kriterijum za uključivanje bila je dobrovoljnost i upotreba srpskog jezika. Ispitanici su popunjavali namenski kreiran upitnik za potrebe ovog istraživanja u pauzama predavanja. Ova studija je bila deo šireg ispitivanja pod nazivom „Stavovi i ponašanja studenata u vezi sa faktorima rizika za hipertenziju“, tako da su predstavljeni ispitivani nutritivni faktori rizika za razvoj hipertenzije.

Ovom studijom je utvrđeno da preko 80% ispitanika konzumira slane grickalice i više od 70% ispitanika se hrani u objektima brze hrane, a u toku ispitnog roka ovi procenti se povećavaju. Redovna konzumacija slatkiša primećena je kod velike većine studenata (93,2%), a tokom ispitnog roka, 74,7% konzumira slatkiše tri puta nedeljno ili češće; dok je majonez zastupljen u ishrani više od polovine ispitanih studenata (57,2%) (8).

Takođe se skoro 80% studenata izjasnilo da konzumira ribu, ali velika većina njih 79,2% je konzumira svega jednom nedeljno ili ređe. Učestalost zastupljenosti voća i povrća kod ispitivanih studenata bila je na relativno prihvatljivom nivou, ali dnevno unete količine nisu odgovarajuće. Povrće u poređenju sa voćem studenti svakodnevno više konzumiraju, a preporučene količine voća i povrća (prema DASH dijeti) uzima manje od 2% ispitanih studenata. Razmatrana je i zastupljenost soje i ovsenih mekinja u njihovoj ishrani i utvrđeno je da soju u svoju ishranu uopšte ne uključuje čak 71,5% studenata, a 67,7% njih ne konzumira ovsene mekinje. (8).

Prema istraživanju Đorđević M. i Trajković Pavlović Lj. kod 52% studentkinja druge godine Odseka za zdravstvenu negu Medicinskog fakulteta u Novom Sadu ukupan unos voća i povrća u prosečnom dnevnom unosu namirnica bio je manji od preporuka Svetske zdravstvene organizacije. Kako je ispitivan značaj uhranjenosti, kvaliteta ishrane i nivoa fizičke aktivnosti studentkinja u proceni rizika za razvoj osteoporoze utvrđen je i unos kalcijuma, kao i ukupan unos proteina. Ispitivane studentkinje su u proseku dnevno unosile 683,2+/-231,8 mg kalcijuma, a kod njih 18% prosečan dnevni unos kalcijuma koji je bio manji od 500 mg. Pokazano je, takođe i da je unos ukupnih proteina kroz prosečne dnevne količine konzumiranih namirnica bio 88,2+/- 19,2 g, odnosno 32,4+/-10,6 g proteina biljnog i 49,0+/-15,9 g proteina životinjskog porekla, dok je odnos proteina u odnosu na poreklo (biljnog porekla prema proteinima životinjskog porekla) bio 0,6 (9).

Studenti Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu u odnosu na svoje kolege sa drugih fakulteta istog univerziteta, imaju redovnije obroke, češće konzumiraju voće, ali se i češće hrane u objektima brze hrane (10).

Poređenje rezultata ispitivanja navika u ishrani, sa aspekta zastupljenosti voća i povrća u ishrani, studenata farmacije univerziteta u Nišu sprovedenog 2011. godine sa ispitivanjem navika u ishrani studenata Medicinskog fakulteta istog univerziteta iz 2002. godine pokazalo je da se približno isti broj opredelilo za ishranu u studentskim restoranima, manji broj njih se hrani i porodici i da je veći broj studenata koji samostalno pripremaju hranu (11).

Iako je dve trećine ispitivanih studenata Farmaceutskog fakulteta u toku dana konzumiralo voće, zabrinjavajuće je što 29% njih to nije činilo nijednom u toku dana. Kada je povrće u pitanju, situacija je nešto povoljnija nego što je bila 2002.godine. Naime, istraživanje iz 2011.godine je pokazalo da je povrće konzumiralo 80% studenata, kao i nešto veći unos voća u porodičnoj ishrani u odnosu na društvenu, što ukazuje na povoljne porodične navike u ishrani. Kod studenata koji se samostalno hrane zapaža se veći unos prerađevina od voća, pre svega sokova, a smanjeni unos svežeg voća (2011.god.). Ali, sa aspekta unosa povrća, ishrana studenata koji se hrane u porodici ili sami brinu o svojoj ishrani je manje kvalitetna kada se uporedi sa ishranom studenata koji se hrane u menzi.

Studenti Medicinskog fakulteta (2002.god.) su znatno više unosili citrusno voće, a 2011. godine se zapaža veći unos ostalih vrsta voća, pre svega jabuka. Na ovakav izbor moguće da utiču ekonomske prilike, kao i niža cena ovog voća. Unos prerađevina od voća, kao što su voćni sokovi i marmelada pokazao je trend opadanja, verovatno zbog sve težih ekonomskih uslova U grupi povrća najzastupljeniji je bio krompir, a sledi zeleno lisnato povrće. Utvrđeno je da se plodovito i korenasto povrće (paprika, paradajz, šargarepa) znatno manje unosilo, ali je ukupan unos povrća zadovoljavajući. Takođe se unos svežeg povrća u ispitanim godinama statistički nerazlikuje (11).

Autori ističu da kako je poređeno rađeno između studenata početnih godina studija (2011.god.) i na kraju studija (2002.god.), nije bilo lako odrediti da li su zapažene razlike uslovljene proteklim vremenskim periodom ili su nastale kao posledica zrelosti ispitanika koje u period života od 22. do 25. godine sazrevaju, osamostaljuju se i donose drugačije odluke u okviru svoje ishrane (11).

Petina studenata medicine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici „nikada“ ne doručkuje, a svaki deseti student medicine (9,1%) dnevno nema „nijedan“ kuvani obrok. „Više puta dnevno“ voće je zastupljeno u ishrani trećine ovih studenata; kod 15,6% njih, u ovoj učestalosti zastupljeno je povrće, ali i kod svakog sedmog studenta Medicinskog fakulteta obrano mleko. Takođe „više puta dnevno“ 9,1% studenata medicine konzumira ražani ili hleb od integralnog brašna. Koka-kolu, sokove sa šećerom i slatkiše „nikada“ ne uzima 14,3% studenata medicine, a takođe „nikada“ njih 10,4% ne jede hamburger, hot-dog ili kobasice (3).

Sa jedne strane običaji i kultura, a sa druge strane uticaj porodice i socijalnog okruženja, kao i dostupnost hrane imaju veliki značaj ne samo u pogledu izbora vrste namirnica, već i u pogledu učestalosti konzumiranja tokom dana (11).

UHRANJENOST STUDENATA FAKULTETA MEDICINSKIH NAUKA

Kako je u već spomenutim istraživanjima u kojima su ispitivanu grupu činili studenti medicinskih nauka Univerziteta u Beogradu, studentkinje Odseka za zdravstvenu negu Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu i studenti Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu (istraživanje iz 2002.godina) i Farmaceutskog fakulteta istog

univerziteta (istraživanje iz 2011.godina), pored kvaliteta ishrane, ispitivana i uhranjenost najpre će biti predstavljeni rezultati do kojih se došlo u ovim istraživanjima.

Na osnovu antropometrijskih podataka studenata Farmaceutskog fakulteta, Fakulteta veterinarske medicine, Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Univerziteta u Beogradu utvrđeno je su da je svaki peti student prekomerno uhranjen ili gojazan, od čega ih je najviše na Fakultetu veterinarske medicine. Takođe su ispitanici muškog pola bili značajno češće gojazni nego osobe ženskog pola (8).

Najveći broj (74%) studentkinja Odseka za zdravstvenu negu Medicinskog fakulteta u Novom Sadu bilo je normalno uhranjeno, njih 12% bilo je pothranjeno; 8% su imale prekomernu telesnu masu a kod 6% je utvđena gojaznost I stepena (9).

Prema istraživanju Gordić I. i Anđelković M. iz 2014.godine kod ispitivanih studenata Fakulteta medicinskih nauka univerziteta u Kragujevcu, nijedan student nije bio u kategoriji predgojaznih i gojaznih, dok je jedan student pothranjen, kao i svaka deseta studentkinja (10).

Uhranjenost studenata Medicinskog i Farmaceutskog fakulteta Niškog univerziteta iz obe ispitivane godine (2002.godina i 2011. godina) bila je, po autorima zadovoljavajuća, a najveći broj studenata bio je normalne uhranjenosti (11).

Poređenje zastupljenosti kategorija uhranjenosti studenata medicinskog, veterinarskog i ekonomskog fakulteta Univerziteta u Beogradu pokazalo je na prvom sistematskom pregledu da je na medicinskom fakultetu najviše studenata u kategoriji normalno uhranjenih (77.2%). Za razliku od njih predgojaznih i gojaznih studenata je najviše na veterinarskom fakultetu (19.0% i 5.0), a pothranjenih je najviše na ekonomiji (11.6%). Prema podacima sa drugog sistematskog pregleda utvrđeno je da se na svim fakultetima indeks telesne mase studenata povećao. Kod studenata Medicinskog fakulteta ta razlika je bila visoko statistički značajna, na veterinarskom fakultetu i kod studentkinja i kod studenata, a na ekonomskom kod studentkinja značajna, a kod studenata čak visoko statistički značajna. Zapaženo je da se uglavnom svuda smanjio broj studenata koji su bili u kategoriji normalno uhranjenih, a povećao broj onih u kategoriji predgojaznih i gojaznih (6).

Ispitivanje uhranjenosti studenata Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, sa studijskih grupa medicina, stomatologija i zdravstvena nega pokazalo je da osobe muškog pola imaju veće prosečne vrednosti indeksa telesne mase u odnosu na osobe ženskog pola. Najveći procenat ispitanika (67,21%) je u kategoriji fiziološke uhranjenosti, i to više osoba ženskog pola (70,7%), u odnosu na muški pol (12,2%). Predgojaznost je zastupljena više kod muškaraca i to u odnosu na ukupan uzorak (11,47%).Najmanji procenat ispitivanih studenata spada u kategoriju gojaznih, i to samo 3,28% osoba muškog pola, Prekomerna telesna masa, predgojaznost je utvrđena sa približno jednakom distribucijom u odnosu na studijski smer (12).

Stojanović D. sa sar. ispitivala je faktore rizika od nastanka oboljenja kardiovaskularnog sistema u studentskoj populaciji na Medicinskom fakultetu u Nišu i pokazala da su gojaznost i abdominalna gojaznost bile značajno više zastupljene kod studenata, nego kod studentkinja.Naime, svaki treći student svrstan je u grupu predgojaznih, dok je 7,27% studenata bilo gojazno. Za razliku od ispitanika muškog pola, kod studentkinja gojaznost se značajno ređe sretala, 1,32% studentkinja bilo je gojazno i 7,95% njih predgojazno. Svaki deseti student imao je obim struka koji se smatra rizičnim za nastanak kardiovaskularnih bolesti, dok je kod studentkinja zastupljenost abdomnalne gojaznosti bila svega 1,32% (13).

NAVIKE U ISHRANI I UHRANJENOST STUDENATA VISOKE ZDRAVSTVENE ŠKOLE STRUKOVNIH STUDIJA U BEOGRADU

Ispitivanje navika u ishrani studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu pokazalo je da svakodnevno ruča 81,7% studenata, doručkuje nešto više od polovine studenata, a večera polovina studenata; skoro polovina ispitanika nikada ne uzima prepodnevnu užinu, a jedna četvrtina ispitanika nema nikada poslepodnevnu užinu(14) Interesantno je da 2/3 onih koji uvek razmišljaju o svom zdravlju pri izboru načina ishrane, i 1/2 ispitanika koji nikad ne razmišljaju o zdravlju svaki dan doručkuje(14).

Beli hleb je najzastupljeniji u ishrani ovih studenata, sledi kombinovana upotreba belog i crnog hleba, dok samo 1/5 koristi crni, ražani hleb. Crni hleb u ishrani je značajno zastupljeniji u ishrani studenata uzrasta 26 i više godina, dok ova starosna grupa studenata za petinu više koriste krompir najviše 1-2 puta nedeljno. Testenine i pirinač polovina studenata koristi 1-2 puta nedeljno(14) Trećina ispitanika je svakodnevno imala sveže povrće, a sveže voće nešto više od trećine ispitanika, odnosno to čini samo trećina mlađih ispitanika. Oni takođe dva puta češće konzumiraju slatka peciva (kolače, keks) (14).

Svakodnevno konzumira mleko i mlečne napitke u količini od jedne šolje 2/5 ispitanika, a sir je u najvećem broju korišćen 1-2 puta nedeljno. Mlađi ispitanici u dvostruko većem broju nisu koristili sir; iz ove starosne grupe dvostruko više njih konzumiraju pileće meso 3-5 puta nedeljno. Pileće meso, inače konzumira najveći broj ispitanika, dok među ispitanicima koji svakodnevno konzumiraju svinjsko meso deset puta je više muških nego ispitanika ženskog pola. Muškarci takođe češće konzumiraju jaja (14).

Margarin je najčešći namaz, slede majonez, maslac i kajmak, dok 1/4 ispitanika ne koristi nikakav namaz na hleb (14). Pri pripremi hrane najviše njih prednost daje ulju, znatno manje svinjskoj masti i puteru.

U odnosu na ukupan broj ispitivanih studenata samo 9,3% uvek razmišlja o svom zdravlju pri izboru načina ishrane, dok 7,3% nikada ne razmišlja o svom zdravlju pri izboru načina ishrane.

Ispitanici koji uvek razmišljaju o zdravlju najčešće konzumiraju ribu 1-2 puta nedeljno, a u ishrani gotovo kod trećina njih zastupljen je crni, ražani hleb (14). Polovina studenata iz ove grupe ne koristi namaz na hleb, dok grupa koja nikad ne misli na svoje zdravlje pri izboru namaza najviše koristi majonez, maslac i margarin (14).

Takođe, u grupi ispitanika koji nikada ne razmišljaju o svom zdravlju njih 22,8% svakodnevno konzumira slatko pecivo (kolače, keks), a gotovo isti procenat (22,2%) njih pri izboru masnoće za pripremanje hrane prednost daju svinjskoj masti/puteru (14).

Novije istraživanje (2015.god) u kom je ispitivanu grupu činilo sto studentkinja Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu ispitivane su antropometrijske karakteristike, nutritivni status i navike u ishrani studenata. Ograničenje samog istraživanja se odnosi na mali broj ispitanika i na to što su sve ženskog pola, tako da se za konačni sud ne možemo u potpunosti da oslonimo na ove rezultate. Ohrabruje to što je utvrđeno da je normalno uhranjenih studentkinja bilo 83%, sa prekomernom telesnom masom 11%, a samo 5% pothranjenih, ali su sve studenkinje sa prekomernom telesnom masom i gojaznošću pripadale grupama koje se hrane u studentskoj menzi, ili koje same organizuju ishranu. Inače, posmatrano u odnosu na način organizacije ishrane, srednje vrednosti indeksa telesne mase ispitanica, kao i procenta telesne masti bile su slične. Zapaženo je da je su u ishrani studentkinje koje su se hranile u roditeljskom domaćinstvu značajno manje bile zastupljene masti i belančevina, ali značajno više ugljeni hidrati u poređenju sa ostalim grupama. Za njihovu ishranu je karakteristično i to da su u isto vreme imale značajno manje obroka, manje konzumirale voća i mleka i mlečnih proizvoda (15).

UMESTO ZAKLJUČKA

Ispitivanja navika i kvaliteta ishrane studenata i procena stanja uhranjenosti kada su u pitanju studenti visokoškolskih ustanova medicinskog obrazovnog polja, omogućilo bi bolje sagledavanje aktuelne problematike. Takođe, predstavljalo bi osnovu za koncipiranje edukativnih, preventivnih programa namenjenih studentskoj populaciji, ali i za kreiranje sadržaja obrazovnih programa.

LITERATURA:

1. *Banožić M, Ljubić A, Pehar M, Ištuk J, Čačić Kenjerić D. Prehrambene navike studenata Sveučilišta u Mostaru. Hrana u zdravlju i bolesti, znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku:2015; 4 (2) 105-112.*
2. *Simić-Vukomanović I.Procena mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja studentske populacije. Doktorska disertacija. Univerzitet u Kragujevcu;Fakultet medicinskih nauka. Kragujevac, 2015.*
3. *Đurić D, Mirković M, Ilić A, Ilić D, Ćorac A, Milošević J. Navike u ishrani i fizičkoj aktivnosti studentske populacije. Praxis medica:2013; 42 (2) 33-39.*
4. *Ilić D, Đurđević Milošević D, Popović G.Navike u ishrani studentkinja u Šapcu. 35.Nacionalna konferencija o kvalitetu; Kragujevac;13-15, maj 2008. www.cqm.rs/2008/cd 2/A3.html.*
5. *Hot N, Jašić M, Osmančević S. Konzumiranje namirnica koje mogu imati nepovoljne učinke na zdrav¬lje kod studentske populacije na Univerzitetu u Tuzli. Zbornik sažetaka i radova sa petog međunarodnog simpozija Hranom do zdravlja. Tuzla-Trondheim-Osijek-Novi Sad-Štip, 2012. god.;40.*
6. *Ilić-Živojinović JB. Analiza povezanosti socio-ekoloških faktora i akademskog stresa sa mentalnim zdravljem studenata. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu;Medicinski fakultet.Beograd, 2015.*
7. *Giacometti J, Buretić-Tomljanović A. Prevalencija dislipidemije u studentskoj populaciji Sveučilišta u Rijeci.Medicina Fluminensis 2013, Vol. 49, No. 2, p. 184-192.*
8. *Zeković M, Stojković T, Milosević Georgiev A, Krajnović D. Ispitivanje zastupljenosti odabranih faktora rizika za razvoj hipertenzije u populaciji studenata Medicinskih fakulteta. Praxis medica;2015; 44 (2) 13-19.*
9. *Đorđević M, Trajković Pavlović Lj . Značaj stanja uhranjenosti, kvaliteta ishrane i nivoa fizičke aktivnosti studentkinja u proceni rizika za razvoj osteoporoze. Hrana i ishrana; 2012, vol. 53. No. 2, 83-88.*
10. *Gordić I, Anđelković M. Navike u ishrani i indeksi gojaznosti kod studenata Univerziteta u Kragujevcu. Knjiga sažetaka Četvrti nacionalni kongres racionalne terapije u medicine; 4-5. april 2014. godine.Hotel "Šumarice"; Kragujevac.62-63.*
11. *Nikolić M, Nikolić M, Vuković Mirković B. Unos voća i povrća kod studenata farmacije u Nišu. Hrana i ishrana; 2014, vol. 55. No. 2,59-64.*
12. *Stevanović B, Bjelanović J, Babin B.Antropometrijske karakteristike i stanje ishranjenosti*
13. *studenata u Novom Sadu. Sestrinski žurnal; Vol 4: (1). Oktobar 2017; 30-35.*
14. *Stojanović D, Višnjić A, Mitrović V, Stojanović M. Faktori rizika od nastanka oboljenja kardiovaskularnog sistema u studentskoj populaciji. Vojnosanit Pregl 2009; 66(6): 453-58.*
15. *Dimoski Z, Majstorović B, Kocić S,Radovanović S. Nutritivne navike studenata. MATERIA MEDICA Maj 2011; Vol. (27): No. 2; 310-17.*
16. *Miljanovic G, Mutavdzic B, Marjanovic M, Zivaljevic Z, Janosevic M, Masic S, Pelva D. Anthropometric characteristics, nutritional status and dietary habits in college population. Serbian J Experiment Clin Res 2015; 16 (3): 241-247.*

ZDRAVSTVENA NEGA I PODRŠKA PORODICE OBOLELIMA OD KARCINOMA PLUĆA

Health care and family support of a lang cancer suffers

Natalija Hadživuković[1], Vojo Kulić[2], Srđan Živanović[1], Veselinka Šuić[1], Sandra Joković[1], Jelena Pavlović[1]
[1]Medicinski fakultet Foča, Univerzitet Istočno Sarajevo, BiH
[2] Univerzitetska bolnica Foča

APSTRAKT

Uvod: *Karcinom pluća je često maligno obolenje i jedan od vodećih uzroka smrti. Već godinama je to najčešće maligno obolenje u muškoj populaciji, a u poslednje vreme je sve češći i kod žena. Zdravstvena nega i emocionalna podrška ovim bolesnicima je od izuzetnog značaja. Ukoliko jedan od članova prodice oboli od ove bolesti, porodica često ima problem da savlada i razume sopstvene reakcije u toj situaciji. Cilj ovog istraživanja je bio da se ispita informisanost pacijenata o njihovoj bolesti i koliko su članovi porodice spremni da pruže podršku obolelom članu.*

Metode: Istraživanjem su obuhvaćeni pacijenti koji boluju od karcinoma pluća, a koji su bili hospitlizovani na odelenju Onkologije Univerzitetskog kliničkog centra u Foči radi hemioterapije. Po završetku terapije pacijenti su otpušteni na kućno lečenje. Tokom kućne posjete anketirani su pacijenti i članovi porodice. Uzorak čine N=18 pacijenta, kao i N=18 članova njihovih porodica, koji se brinu o pacijentu u kućnim uslovima. Pacijenti su anketirani anonimnim upitnicima, a rezultati su prikazani grafički.

Rezultati: *Rezultati istraživanja su pokazali da su naši ispitanici prilično dobro informisani o svojoj bolesti, mada se ponekad desi da ne razumiju dovoljno dobivene informacije. Polovina ispitanika 50% nije adekvatno upoznata sa nus efektima hemioterapije. Dve trećine (78%) ispitanih članova porodica su spremni da pruže podršku obolelom članu porodice, ali se čak u procentu od 34% ustručavaju tražiti pomoć od medicinskih radnika.*

Zaključak: *Smatra se da znanje i informisanost o karakteru i težini bolesti u značajnoj meri doprinose lakšem prihvatanju dijagnoze i podstiču obolelog na aktivno učešće u sopstvenom lečenju. Zbog složenosti zdravstvene nege za obolele od karcinoma pluća, sestre treba da su dovoljno edukovane u trendu sa tehnološkim razvojem (dijagnostika, terapija, emocionalna podrška, zdravstveno vaspitni rad, integracija i reintegracija obolelog u pripadajuće grupe i okruženja).*

Ključne reči: *karcinom pluća, informisanost porodice, podrška, edukacija.*

ABSTRACT

Introduction: *Lung cancer is often a malignant disease and one of the leading causes of death. It hes been the most common malignant disease in male population for years and has also become more frequent in fe male population. Health care and emotional support to these patients is of considerable inportance. If one of the family members is diagnosed with this disease, the family often experience problems overcomeing and understanding their own reactions in that situation. The aim of this study was to investigate to which extend the patients are informed about their disease.the awareness of patients about their disease, as well as to examine how wich family members are willing to support a sick member of their family.*

Methods: *The study included patients suffering from lung cancer who were admitted to the Oncology Department of the University Clinical Centre in Foca for chemotherapy. After the end of the treatment patients were discharged to home health care treatment. During the home visits, patients and familiy members were interviewed. The sample consisted of N = 18 patients, and N = 18 their family members who cared for the patient at home. Patients were interviewed by means of anonymous questionnaire, and the results are displayed graphically.*

Results: *The results showed that the respondents were quite well informed about their disease, although it sometimes happened that they did not sufficiently understand well enough given information. Half of the respondents (50% of them) were not adequately informed about the side effects of chemotherapy. Two-thirds (78%) of the family members were willing to support a sick family member, and even up to 34% of them where reluctant to seek help from health professionals.*

Conclusion: *It is believed that knowledge and information on the character and severity of the disease significantly contribute to easier acceptance of the diagnosis and encourage the patient to active participation in their own treatment. Since the health care of lung cancer sufferers is complex , nurses should be educated enough keeping pace with technological development (diagnostics, therapy, emotional support, health education, work integration and reintegration of the patient in the corresponding group and environment).*

Keywords: *lung cancer, awareness of family, support, education.*

Korespondent:
Natalija Hadživuković
Hercegovačka 23, Foča, Republika Srpska
Tel: +387 63970454
natalijahadzivukovic@yahoo.com

UVOD

Maligne tumorske procese na plućima nazivamo karcinomima. Oni nastaju nekontrolisanim umnožavanjem malignih ćelija, ali se u njih mogu proširiti i tumori drugih organa. Tada govorimo o metastatskom tumorskom procesu. Karcinom pluća može nastati u različitim delovima pluća, odakle se širi prilično predvidivim šablonom. Obično, ako se karcinom pluća proširi, prvo ide na obližnje limfne čvorove zatim i na one udaljenije između pluća u dio koji nazivamo medijastinum. U medijastinumu, karcinom pluća teži da prvo ostane na strani na kojoj je tumor nastao. Nakon prelaska srednje linije medijastinuma razvija se u naprednu neoperabilnu bolest. Maligna obolenja imaju veoma jak uticaj na bilo koju populaciju. Uticaj se može smanjiti otkrivanjem i kontrolom rizikofaktora, ranim otkrivanjem bolesti, ranim lečenjem i rehabilitacijom. Očekuje se da će programi prevencije i detekcije znatno redukovati morbiditet od malignih obolenja kao i mortalitet širom sveta [1]. Karcinom pluća je veoma česta maligna bolest i čini 12,3% od svih novootkrivenih slučajeva karcinoma. Smrtni ishod kod 280 000 muškaraca i 67 000 žena godišnje dovodi se u vezu sa karcinomom pluća, što ga čini vodećim uzrokom smrtnosti kod malignih bolesti u evropskoj populaciji starijoj od 45 godina[2].

Specifičnost za Balkanski region, u odnosu na podatke iz razvijenih evropskih zemalja i Severne Amerike, je da se karcinom pluća dijagnostifikuje u kasnijoj fazi, da je među obolelim manji broj pušača i da je ukupno preživljavanje kraće, što nameće nove zadatke u preventivnom, dijagnostičkom i terapijskom smislu [3]. Karcinom pluća se kod oko 80% bolesnika dijagnostikuje u razvijenim kliničkim stadijumima, kada je moguće primeniti hemioterapiju, radioterapiju ili simptomatsku terapiju, koja je najnepovoljniji izbor za liječenje ove bolesti. U ovim odmaklim kliničkim stadijumima (IIIb, IV) uglavnom su jasno ispoljene plućne, odnosno sistemske manifestacije bolesti. Svega oko 15% bolesnika se prepozna u početnim stadijumima bolesti (Ia, Ib, II), kada je moguće primeniti hirurško lečenje, a neznatan procenat bolesnika se otkriva u najranijoj fazi obolenja [4,5]. Pušenje je u najvećem broju slučajeva glavni i najpoznatiji faktor rizika u nastajanju karcinoma pluća. Rizik od nastanka bolesti se povećava sa brojem popušenih cigareta i dužinom pušačkog staža, naročito ako čovek počne da puši kao mlad. Od ostalih faktora rizika treba pomenuti genetsku predispoziciju, izloženost azbestu, gasu radonu, zagađenom vazduhu, hronične opstruktivne bolesti pluća, tuberkulozni bolesnici... [6].

Zdravstvena nega u sprečavanju malignih obolenja ima značajno mesto kada se zna da maligne bolesti predstavljaju uzrok mortaliteta i morbiditeta u svim starosnim grupama. Sestrinski proces (PZN): procjene, setrinske dijagnoze, planiranje, sprovođenje i evaluacija, ostaju metod rada koji će pomoći sestrama u obezbeđivanju svojih intervencija, kao i profesionalnom usavršavanju i unapređivanju onkološke zdravstvene zaštite[7]. Onkološka zdravstvena nega se mora sprovoditi na dosledan i pouzdan način, kako bi onkološki bolesnici dobili najbolji kvalitet pružene zdravstvene zaštite. Veoma je kompleksna i zahteva sveobuhvatni, holistički pristup obolelom i njegovoj porodici[8].

CILJ RADA

Cilj ovog istraživanja je bio da se ispita informisanost pacijenata sa karcinomom pluća o njihovoj bolesti, kao i da se ispita koliko su članovi porodice spremni da pruže podršku obolelom članu svoje porodice i uključe u dalju brigu obolelog u kućnim uslovima.

METODOLOGIJA

Istraživanjem su obuhvaćeni pacijenti koji boluju od karcinoma pluća a koji su bili hospitlizovani na odelenju Onkologije Univerzitetskog kliničkog centra u Foči radi hemioterapije. Po završetku terapije pacijenti su otpušteni na kućno lečenje. Tokom kućne posete anketirani su pacijenti i članovi porodice. Uzorak čine N=18 pacijenta, kao i N=18 članova njihovih porodica, koji se brinu o pacijentu u kućnim uslovima. Istraživanje je sprovedeno u Foči u periodu od 01.01.2016. do 01.08.2016. godine. U istraživanju su korišteni sledeći instrumenti:

1. Sociodemografski upitnik, koji sadrži pitanja vezana za godine starosti, pol, stepen obrazovanja, broj članova porodice i mjesto boravka.
2. Upitnik za pacijenta definisan sa pitanjima, a koja se odnose na informisanost o bolesti i nus efektima tretmana i upotrebe pomoćnih sredstava u lečenju.
3. Upitnik za članove porodice o vrsti podrške kao i njihovu spremnost da brinu o obolelom članu.
4. Sestrinsku dokumentaciju koja obuhvata i sestrinsku anamnezu, listu zdravstvene nege, listu opšteg stanja pacijenta.

Pitanja u upitnicima su bila i otvorenog i zatvorenog tipa.U cilju analize rezultata prikupljenih anketama primenjeno je grafičko prikazivanje.

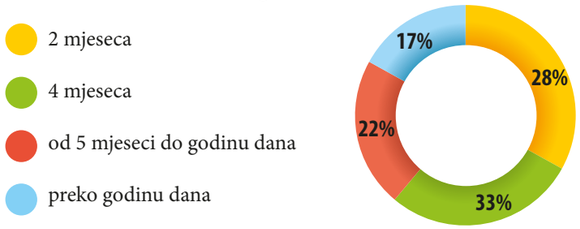
REZULTATI

U tabeli 1 dati su podaci o sociodemografskim karakteristikama ispitanika. Iz priloženog možemo uočiti da je veći procenat obolelih osoba bio muškog pola 62%, dok je osoba ženskog pola bilo 38%, starosne dobi od 60 - 69 i 70 - 79 godina starosti. Najmanje obolelih je iz grupe preko 80 godina (22%). Vezano Gradska sredina je mesto stanovanja gde živi 56%, na selu i u prigradskim naseljima po 22%. Najviše porodica je sa tri člana po domaćinstvu,38%, sa dva člana 29%, sa četiri člana 22% i 11% ispitanika koji žive sami.

Tabela 1. Socio-demografske karakteristike ispitanika

Socio-demografske karakteristike ispitanika	Broj (%)
Pol	
Muškarci	11 (62)
Žene	7 (38)
Starost ispitanika	
60-69	7 (39)
70-79	7 (39)
>80	4 (22)
Mjesto stanovanja	
Selo	4 (22)
Prigradsko naselje	4 (22)
Grad	10(56)
Broj članova porodice	
Živi sam	2 (11)
Dva člana	5 (28)
Tri člana	7 (39)
Četiri člana	4 (22)

Grafikon br.1. Koliko dugo se lečite od ove bolesti



Podaci iz Grafikona br.1 daju podatke koliko dugo ispitanici boluju od ove bolesti. Uočava se da oko 60% ispitanika boluje od ove bolesti od 2-4 meseca, što nas navodi na činjenicu da se kod njih ova bolest tek otkrila. Ostali ispitanici boluju od ove bolesti od pet meseci i više.

Na tabeli br. 2. Uočava se isti broj pacijenata (39%) koji je dobro i delimično upoznat o svojoj bolesti, a da 22% nije dovoljno informisano. Uočavamo da je u najvećem procentu (50%) lekar dao prve informacije o bolesti, a medicinska sestra 39%, i 11% otpada na informacije koje je dobio od nekih drugih osoba. Veoma mali broj obolelih je razumeo u potpunosti dobivene informacije 22%, delimično 50%, a nije razumeo 28%. Ispitanici su bili uglavnom loše informisani o nus pojavama hemioterapije. Polovina ispitanika (50%) je izjavila da je nedovoljno informisana o ovim problemima, 39% je ipak dovoljno razumelo dobivene informacije, dok ih 11% nije u potpunosti razumelo. Najveći broj obolelih je dovoljno edukovano o higijensko dietetskom režimu 80%, a manji broj 20% je ipak ostao needukovan po ovom pitanju.

Tabela br.2. Informisanost pacijenata o svojoj bolesti

Informisanost pacijenata o svojoj bolesti	Broj (%)
Da li ste dovoljno upoznati o svojoj bolesti	
Da	7 (39)
Delimično	7 (39)
Ne	4 (22)
Ko Vam je pružio prve informacije	
Medicinske sestre	7 (39)
Lekari	9 (50)
Druge osobe	2 (11)
Da li ste razumeli informacije o bolesti	
Jesam u potpunosti	4 (22)
Delimično	9 (50)
Nisam razumeo	5 (28)
Koliko ste informisani o nus pojavama hemioterapije	
Dovoljno	7 (39)
Nedovoljno	9 (50)
Nisam u potpunosti razumio	2 (11)
Da li ste edukovani o higijensko -dijetetskom režimu od strane med.sestara Ds	
Da	15 (80)
Ne	3 (20)

Rezultati pokazuju da su dve trećine (78%) ispitanih članova porodica spremne da pruže podršku obolelom, dok je svega 22% ispitanika dalo negativan odgovor (Tabela br.3). Komunikacija se pokazala kao najvažnija pomoć oboleleom (44%), ali i sve ostale vrste pomoći kao što su: spremanje obroka (28%), pomoć u obavljanju lične higijene (17%) i svakodnevna briga (11%) za njih su takođe važne. Veoma teško je pokazati nerazumijevanje jer je situacija teška i zahteva odrađenu vrstu kompromisa u odnosima, pa je porodica u ovakvim situacijama možda čak i previše popustljiva, tako da je 55% dalo potvrdan odgovor na ovo pitanje, 28% je odgovorilo da su delimično spremni razumeti obolelog, a 17% da ga uopšte ne razumeju. Na pitanje da li za vreme kućne posete traže pomoć od medicinskih radnika 55% je dalo potvrdan odgovor, 34% je izjavilo da se ustručava, a 11% da nema vremena za razgovor. Takođe, 44% je izjavilo da oboleli član predstavlja „ teret“ za njih i da se ponekad osećaju umorno, 34% je dalo odričan odgovor na ovo pitanje, dok je 22% izjavilo da se zaista oseća umorno oko brige za oboleleog.

Tabela br. 3. Informisanost i stavovi članova porodice obolelih od karcinoma pluća

Informisanost i stavovi članova porodice obolelih od karcinoma pluća	Broj (%)
Da li ste spremni da pružite podršku vašem članu porodice za vreme bolesti	
Da	14 (78)
Ne	4 (22)
Najznačajnija vrsta pomoći	
Svakodnevna briga tokom 24h	2 (11)
Pomoć pri obavljanju lične higijene	3 (17)
Spremanje obroka	5 (28)
Razgovor	8 (44)
Da li imate dovoljno razumevanja za vašeg člana porodice u situacijama kada je neraspoložen ili ima bilo koji problem	
Da	10 (55)
Delimično	5 (28)
Ne	3 (17)
Da li za vreme kućne posete tražite pomoć od medicinskih radnika kako da se ponašate u situacijama kada vam je najteže	
Ustručavam se	6 (34)
Pitam sve što me interesuje	10 (55)
Nemam dovoljno vremena	2 (11)
Da li vam član porodice u nekim situacijama predstavlja „teret“ i ponekad se osećate umorno	
Da	4 (22)
Ne	6 (34)
Ponekad se osećam umorno	8 (44)

DISKUSIJA

Karcinom pluća je često maligno obolenje i jedan od vodećih uzroka smrti. Već godinama je to najčešće maligno obolenje u muškoj populaciji, što je pokazalo i naše istraživanje, a u poslednje vreme je sve češći i kod žena. Bolesnici oboleli od ovog karcinoma imaju brojne probleme i potrebe, koje značajno utiču na njihov život i remete njihovo funkcionisanje. Zdravstvena nega i emocionalna podrška ovim bolesnicima je od izuzetnog značaja [2].

Davanje informacija ovim bolesnicima ima za cilj ne samo dati informaciju, već je objasniti i pojasniti sve ono što je bitno za njegovu bolest i lečenje kao i za prihvatanje bolesti i nastavak života uz nju.

Smatra se da znanje i informisanost o karakteru i težini bolesti u značajnoj meri doprinose lakšem prihvatanju dijagnoze i podstiču obolelog na aktivno učešće u sopstvenom lečenju [9].

Rezultati istraživanja su pokazali da su naši ispitanici dobro i prilično dobro (78%) informisani o svojoj bolesti mada se ponekad desi da ne razumeju dovoljno dobivene informacije.

Veoma važno i korisno za pacijente sa ovom dijagnozom su i informacije vezane za nus efekte hemioterapije koja se kod ovih pacijenata koristi kao najčešći vid lečenja. To je jako invazivan

vid lečenja i pacijenti ga teško podnose, pa je od velikog značaja dati informacije vezane za: mučninu, gađenje, povraćanje, gubitak apetita, alopeciju. Naši ispitanici su bili delimično upoznati sa ovim propratnim pojavama.

Analizom podataka o edukaciji ovih pacijenata kao i članova porodice o higijensko-dijetetskom režimu koji pacijent mora da sprovodi, možemo zaključiti da je najveći procenat ispitanih dobro edukovan po ovom pitanju. Kada pričamo o edukaciji ne možemo a da ne spomenemo da su sestre te koje najviše vremena provode sa obolelima, bilo da su hospitalizovani u bolnice ili su na kućnom lečenju. One su te koje daju savjete, koje brinu, aktivno slušaju i pružaju podršku u svakom pogledu i na svaki način. Bolest i krize uvijek utiču na relacije prema najbližima. Kada je neka osoba suočena sa teškom bolešću, pogođena je i njena porodica. Reakcije porodice u kriznoj situaciji su takođe problem sa kojima se susreću medicinske sestre. Pacijent često očekuje da ga porodica podrži u bolesti. Ako ne doživi i ne osjeti tu očekivanu podršku, osjeća se iznevjerenim. Porodica često ima problem da savlada i razumije sopstvene reakcije u toj situaciji. Ipak se pokazalo da osobe koje imaju dobru socijalnu mrežu lakše prolaze kroz krize i probleme nego osobe koje nemaju nikoga [10]. Od toga kako medicinska sestra pruža podršku, kako pacijentu tako i njegovoj porodici, zavisi kako će oni savladati postojeću situaciju jer kada se neko u porodici razboli, promjeni se funkcionisanje i ravnoteža cijele porodice. Karcinom pluća često ima lošu prognozu, pa oboleli na kraju svoje bolesti budu smješteni na kućno lečenje. Dužnosti medicinske sestre su da edukuju članove porodice da pruže pomoć obolelima u vidu emocionalne podrške, savjeta vezanih za ishranu, higijensko-dijetetskim merama, terapiji bola. U našem istraživanju porodica je prilično edukovana o svim ovim merama. Ono što je još važnije je i činjenica da je ona spremna da pomogne, ohrabri i pruži podršku svom obolelom članu.

Zbog složenosti zdravstvene nege za obolele od karcinoma pluća, sestre treba da su dovoljno edukovane u trendu sa tehnološkim razvojem (dijagnostika, terapija, emocionalna podrška, zdravstveno vaspitni rad, integracija i reintegracija oboljelog u pripadajuće grupe i okruženja).

Karcinom pluća je značajan zdravstveni problem u cijelom svijetu. Uprkos poboljšanjima u lečenju u prethodnih nekoliko decenija, preživljavanje pacijenata sa karcinomom pluća je i dalje loše. Svugdje u svijetu veliki akcenat je stavljen na prevenciju malignih oboljenja [11,12]. Uloga medicinske sestre je veoma važna u zaštiti i ranom otkrivanju malignih obolenja. Potrebno je preko raznih savjetodavnih i edukativnih aktivnosti podići nivo volje, zdravstvene svijesti i znanje o faktorima rizika za nastank malignih oboljenja a zatim usvajanje zdravih stilova života [13]. Ono što je takođe od presudne važnosti u radu sa ovim pacijentima i njihovim porodicama jeste dobra komunikacija. Bolest, strah od smrti i osećaj da je smrt realno moguća, zahtevaju analizu odnosa u porodici uopšte. Neophodno je pojasniti pacijentu da se životni vek obolelih od ma-lignih bolesti sve više produžava uz različite faze poboljšanja i pogoršanja, ponovljenih lečenja i medicinskih intervencija. Istina, otvorenost i iskrenost u vezi sa aktuelnim stanjem pacijenta predstavljaju ključ delot¬vorne komunikacije sa onkološkim pacijen¬tima. Zbog toga treba pripremiti porodicu da takvo stanje može dugo trajati i da je njihova podrška veoma važna za sam tok„bolesti i lečenje. Bole¬snika je potrebno informisati o de¬taljima bolesti, događajima u porodici, okruženju, poslu i aktuelnim društvenim događanjima. Takva komunikacija će biti od velike pomoći bolesniku da ne bude orijen¬tisan samo na misli o bolesti i da postoji nada za budućnost [14]. Otvorena komunikacija pojačava nadu, pacijentu pomaže da nađe snagu kada se suočava sa teškom situacijom i istovremeno mu potvrđuje da ga bolest nije onesposobila i isključila iz svakodnevnog života. Bolesnik želi učestvovati u životu, a ako ga izolujete od okoline i društvenih događaja, postaće nepoverljiv i povući će se u sebe.

ZAKLJUČAK

Na osnovu sprovedenog istraživanja možemo zaključiti da su naši ispitanici dobro informisani o svojoj bolesti. Jedino su izjavili da nisu dobili dovoljan broj informacija vezano za nus (propratne) pojave koje se javljaju pri hemioterapiji. Članovi porodice su pokazali veliku spremnost da pruže podršku obolelom članu svoje porodice i uključe se u dalju brigu obolelog u kućnim uslovima. Dobra komunikacija igra ključnu ulogu u radu sa ovom grupom pacijenata.

LITERATURA:

1. *Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje karcinoma pluća/ [izradila] Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; [rukovodilac Dragana Jovanović; urednik Goran Milašinović]. – Beograd, 2012. Dostupno na:www.zdravlje.gov.rs/.../Vodici/Vodic%20za%20dija.*
2. *Jauković Lj, Ajdinović B, Janković Z, Dugonjić S. Učestalost i distribucija metastaza u kostima otkrivenih metodom scintigrafije koštanog sistema kod bolesnika sa karcinomom pluća. Vojnosanit Pregl 2006; 63(12): 1001–1005.*
3. *Vještica M, Stanetić M, Novaković-Lacković L, Gojković Z, Špirić Z, Rakita I. i dr.Karakteristike carcinoma pluća kod žena u Republici Srpskoj. Časopis udruženja pulmologa Republike Srpske 2012; 2 (1-2): 23-27.*
4. *Petrović M, Tomić I, Ilić S. Neuroendokrina diferencijacija kao prognostički faktor u preživljavanju kod uznapredovalog nemikrocelularnog karcinoma pluća. Vojnosanit Pregl. 2007; 64(8):525-9.*
5. *Tomić I, Petrović M, Plavec G, Ilić S. Uticaj hemioterapijskog protokola i neuroendokrine diferencijacije na rezultate lečenja metastatskog nesitnoćelijskog karcinoma pluća. Vojnosanit Pregl. 2007; 64(9):591-6.*
6. *Žigić. Z.,Buljugić. S.Istina o štetnostima pušenja i duhana. Tuzla, 2002.*
7. *Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo.Beograd: Naučna KMD, Beograd, 2004.*
8. *Bošković S. Zdravstvena njega u onkologiji. Beograd: Finegraf Beograd; 2012.*
9. *Eide H, Eide T. Komunikacija sestra pacijent. Beograd, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Srbije. Beograd, 2005.*
10. *Stamenović M. Zdravstvena njega u internoj medicini I i II. Ćuprija: Viša medicinskaškola strukovnih studija .Ćuprija, 2012.*
11. *Samardžija G. Patohistološka procena tumorske regresije kod nemikrocelularnih carcinoma pluća posle neoadjuvantne terapije. Doktorska disertacija. Novi Sad:Medicinski fakultet u Novom Sadu; 2016.*
12. *Tyczynski JE, Bray F, Parkin DM. Lung cancer in Europe in 2000: epidemiology, prevention, and early detection. Lancet Oncol 2003; 4(1): 45–55.*
13. *Zorka Mojsović; Sestrinstvo u zajednici; Priručnik za studij sestrinstva – drugi dio; Korisnici u zajednici; Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2007.*
14. *Adžić I, Radak V. Komunikacija-ključni element internih odnosa sa javnošću kod pružanja zdravstvene nege onkološkom pacijentu i porodici. Rauché Zdravstveni časopis 2014;5: 17-19.*

SESTRINSKE PROCEDURE I ZDRAVSTVENA NEGA U REFRAKTIVNOJ HIRURGIJI

Nurses procedures and health care in refractive surgery

Marica Lazić
Vojnomedicinska akademija, Klinika za očne bolesti

APSTRAKT

Učestalost miopije (kratkovidosti), hipermetropije (dalekovidosti) i astigmatizma dovodi sve veći broj pacijenata na procedure refraktivne hirurgije Operativni zahvat traje nekoliko minuta a izvodi se u lokalnoj (kapljičnoj) anesteziji. Cilj rada je upoznati medicinske sestre-tehničare šta je to refraktivna hirurgija i poznavanje kriterijuma za operativno lečenje. Priprema pacijenata za refraktivni tretman, učešće medicinske sestre u preoperativnoj pripremi i postoperativnom tretmanu. Kroz zdravstveno prosvećivanje o higijensko dijetetskom režimu i značaju redovnih kontrola pomoći operisanom pacijentu da uspešno protekne postoperativni tok.

U Klinici za očne bolesti VMA, je od 2007. godine izvršeno 2062 intervencije, na godišnjem nivou oko 200, zastupljenija je PRK (photorefractive keratectomy) metoda u odnosu na LASIK (LAY-sik) metodu. Kriterijumi za oerativni zahvat se moraju poštovati. Refraktivna hirurgija se može primenjivati tek nakon navršene 21 godine života. Život bez konvencionalnih pomagala je mnogo bolji i kvalitetniji

Ključne reči: *Kratkovidost, Dalekovidost, Refraktivna hirurgija,*

ABSTRACT

The frequency of myopia (myopia), hypertherapy (presbyopia) and astigmatism are leading to increasing number of patients for refractive surgery. Procedure lasts for several minutes and it is performed in local (drip) anesthesia. The goal is to inform the nurses and the technicians about what is refractive surgery with understanding of the criteria for surgical treatment. Most important thing is patients preparation for refractive treatment and nurses participation in preoperative preparation and postoperative treatment. Health enlightenment about hygienic diet regime and the importance of regular controls are helping the patient and his/her's successfull pass through postoperative course.

From the year of 2007-th , 2062 interventions were carried out at the VMA Clinic of Ophthalmology. It is about 200 interventions on the annual level and from that number of interventions PRK (photorefractive keratectomy) method is more representative than LASIK (LAY-SIK) method. We have to respect the surgical criteria. Refractive surgery can only be applied after 21 years of age. Life without conventional aids is much better.

Key words: *Myopia, Hypermetropia, Refractive surgery*

UVOD

Refraktivna hirurgija obuhvata niz postupaka - hirurških i laserskih kojima se koriguje refraktivna greška - dioptrija. Ametropija je medicinski izraz za refraktivnu anomaliju (grešku) i uvrštena je u kategoriju invalidnosti od strane SZO.

Korekcija vida pomoću lasera u svetu se primenjuje od 80-ih godina dvadesetog veka. U Klinici za očne bolesti VMA se primenjuje od 2007. godine i to PRK (photorefractive keratectomy) i LASIK (LAY-sik) metoda.

Učestalost miopije (kratkovidosti), hipermetropije (dalekovidosti) i astigmatizma dovodi sve veći broj pacijenata na procedure refraktivne hirurgije.

Za period 2007.- 2017. godina u VMA je urađeno preko 2000 intervencija, oko 200 na godišnjem nivou. Najčešće se oba oka rade simultano. U 98% slučajeva operativni zahvat prolazi bez komplikacija.

Laserske metode su toliko uznapredovale da su veoma popularne zbog svoje bezbednosti, uspešnosti i jednostavnosti, a uklanja se zavisnost od konvencionalnih pomagala kao što su kontaktna sočiva i naočare.

PROCEDURA - PRIPREMA PACIJENATA

Tabela 1 - Indikacije za refraktivnu hirurgiju

Indikacije za PRK proceduru	Indikacije za LASIK proceduru
Hipermetropija do +4D	Hipermetropia do +4.5D
Miopija do -8D	Miopia do -10D
Astigmatizam do ±4D	Astgmatizam do 5D

Slika 1 – snop svetlosti kod Dalekovidosti

Slika 2 - snop svetlosti kod Myopie

Slika 3 – Normalno oko i astigmatizam

Korespondent:
Marica Lazić
Mob tel: +381 62 330 399
maca.lazic@gmail.com

Priprema pacijenta za intervenciju - lekarske procedure
- oftalmološki pregled;
- vidna oštrina;
- merenje očnog pritiska;
- pregled biomikroskopom;
- pregled očnog dna u medikamentnoj midrijazi;
- tumačenje kornealne topografije;
- zaključak lekara i izbor refraktivne metode.

SESTRINSKE PROCEDURE - PRIPREMA PACIJENATA ZA INTERVENCIJU

- ARK (autokeratorefraktometrija) - kompjutersko snimanje vidne oštrine;
- Oculyzer (kornealna topografija) - kompjutersko snimanje određivanje stanja rožnjače;
- širenje zenica;
- priprema i ukapavanje ordiniranih kapi i podela terapije po nalogu;

Slika 4 – ARK (autokeratorefraktometrija – kompjutersko snimanje vidne optrine

Slika 5 – Lokalna anestezija

U sestrinskoj anamnezi stručna i edukovana medicinska sestra treba da putem intervjua sazna i dobije podatak od pacijenta da li boluje od bolesti kod kojih je kontraindikovana intervencija, a to su: autoimuna oboljenja, trudnoća i dojenje, Diabetes mellitus, sistemske bolesti, sindrom suvog oka, Glaukom, Keratokonus, visoki iregularni astigmatizam, Uveitisi i keratitisi, Herpes zoster.

Preoperativna priprema pacijenta se sastoji u terapijskom uputsvu za primenu terapije po šemi u zavisnosti za koju se metodu lekar opredelio:

- priprema i ukapavanje antibiotskih kapi i Lopidin kapi (za sniženje očnog pritiska kod LASIK metode).
- priprema za lokalnu anesteziju (Benoxi ili Tetrakain).

Šema terapije
- Kapi Floxal 3x dnevno 3 dana pre intervencije.

Za obe procedure daju se vitaminski suplementi, analgetici i sedativi.

Davanje jasnih instrukcija pacijentu koje su neophodne u preoperativnoj pripremi:

- Ne nositi meka kontaktna sočiva minimum 7 dana, a tvrda 30 dana pre pregleda i operacije.
- Sva šminka treba da se ukloni oko očiju bar tri dana pred operaciju.
- Ne stavljati parfem ili dezodorans na dan operacije.
- Ne koristiti kreme za lice na dan operacije.

PROCEDURA PRIPREME MATERIJALA

Priprema materijala i opreme koji se koriste u refraktivnoj hirurgiji:
- Blefarostat;
- Sterile drape;
- Četkica ili mikrokeratom;
- Sterilni tupferi:
- Tečnost za ispiranje rožnjače.

Slika 6 - Instrumenti i materijal za operativni zahvat

IZVOĐENJE OPERATIVNOG ZAHVATA

- Objasniti postupak pacijentu;
- Postaviti ga da leži u odgovarajući položaj na leđima sa blago savijenim kolenima,
- Glavu fiksirati jastukom,
- Pokupiti kosu zaštitnom kapom;
- Ušne školjke zatvoriti tupferima;
- Ruke držati pored tela.

Slika 7 – priprema pacijenta i sestre instrumentarke

Pored hirurga-operatora, medicinske sestre, član tima je i inženjer koji upravlja kompjuterom.

Slika 8 Operator izvodi operativni zahvat

Razlika u metodi operativnog rada je sledeća:

- PRK metoda se izvodi četkicama

Slika 9 Softverska podrška

- LASIK metoda se izvodi mikrokeratom nožićem

Slika 10 PRK metoda

POSTOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Postoperativna zdravstvena nega podrazumeva edukaciju pacijenta za pravilno i po šemi ukapavanja kapi. Praktično pokazati i zamoliti pacijenta da to uradi sam, strpljivo pomoći više puta ako je potrebno.

Nakon intervencije LASIK metodom terapijska šema je:
- Tobradex kapi mesec dana 5 puta u toku dana
- Rashladjene kapi za oči, veštačke suze (Hylo comod) 5-6 puta u budnom stanju

Nakon intervencije intervencije PRK metodom terapijska šema:
- Tobradex kapi 4x dnevno 30 dana
- Uniklofen 0,01% 4x dnevno tokom 3 dana
- Veštačke suze (rashlađene) na 10-15 min tokom prvog postoperativnog dana, a nakon toga po potrebi
- Nakon obe intervencije nastaviti sa vitaminskim suplementima, analgeticima i sedativima po potrebi.

Važno je objasniti pacijentu značaj postoperativne kontrole:
- Kontrola neželjenih efekata (defekt epitela rožnjače, skok IOP-a), radi lekar
- Kontrola stabilnosti rožnjače (kontrolni oculyzer) - pregled radi edukovana medicinska sestra, nakon 3, 6 i 12 meseci
- Kontrole su preporučene po šemi 1-og, 7-og i 30-og dana; nakon 6 meseci i nakon godinu dana

Kroz zdravstveno vaspitne intervencije, skrenuti pažnju pacijentu da je neophodno:
- Nošenje tamnih naočara 2 nedelje nakon intervencije;
- Da je obavezan pratioc;
- Neophodnost odmora i više sna;
- Izbegavati tv, mobilni telefon i kompjuter;
- Frizersko pranje kose (sa zabačenom glavom);
- Ne stiskati i ne trljati oči rukama;
- Ne koristiti šminku najmanje 2 nedelje;
- Ne baviti se klektivnim sporom najmanje mesec dana;
- Ne kupati se u kadi i na bazenu najmanje 3 meseca.

ZAKLJUČAK

Medicinska sestra u oftalmologiji, je član tima operativnih zahvata u reefraktivnoj hirurgiji. U Klinici za očne bolesti VMA, je od 2007. godine izvršeno 2062 intervencije, na godišnjem nivou oko 200, zastupljenija je PRK metoda. Kriterijumi za operativni zahvat se moraju poštoati, refraktivna hirurgija se ne radi pre navršene 21 godinine života. Cilj je da ljudi uživaju u svakodnevnom životu oslobođeni pomagala.

Medicinske setre poštuju procedure u pripremi bolesnika, materijala i edukativnog postupka pre, u toku i nakon izršene intervencije. Značajno je objasniti bolesniku koji su postupci značajni u pravilnoj pripremi za intervenciju, ali još važnije kako da se ponaša posle intervencije. Pravilne sestrinske procedure i zdravstveno vaspitne intervencije doprinose da je procenat komplikacija veoma mali, i da je zadovoljstvo pacijenata pokazatelj uspešnosti rada čitavog tima kao i edukovanih medicinskih sestara u oftalmologiji.

LITERATURA:

1. *Lippincot Williams & Wilkins (2004), Nursing procedures, ISBN 978-1-58255-281-1*
2. *Nema, H.V (e.) (2003) Diagnostic Procedures in Ophthalmology London, Alpha Science International Ltd.,*
3. *Lewis, S.M., et al.. (2003) Medical-Surgical Nursing, 5th et Philadelphia; Elsevier Science*
4. *Hackett, J. Disturbance of the Inner Ear. Carroll and Graf Pubs, Inc 2003*
5. *Long-term Follow-up of LASEK Mitomycin C Performed to Correct Myopia in Thin*
6. *Coreas Garcia Gonzalesm, Drake Rodriguez- Casanova, refract Surg 2017.Dec 1;33(12)813-819 do 10.3928/1081597x-20171004-*

NOMOFOBIJA

Nomophobija

Jasmina Ćirović[1]

[1]Dom zdravlja „Zvezdara"- Odeljenje za neoropsihijatriju, Beograd, Srbija.

APSTRAKT

Strah od gubitka mobilnog telefona i nemogućnost telefonskih poziva stvorila je fobiju savremenog doba - Nomofobiju. Cilj rada je bio da se prikaže nova vrsta zavisnosti od koje pati veliki broj ljudi, posebno žena. Takođe cilj je bio da se prikaže fenomen nomofobije kao pokazatelje zavisnosti ljudi u svetskoj populaciji. Prikazani su rezultati istraživanja sprovedenih u Velikoj Britaniji 2008. god. i preko DSCOLT PORTALA u korišćenju samih mobilnih telefona. U prvom istraživanju anketirano je 2163 ispitanika korisnika mobilnih telefona. Anketa je pokazala da čak 13 miliona Britanaca pati od nomofobije. Rezultati pokazuju da 70% žena i 61% muškaraca pati od nomofobije.

Kod mladjih ispitanika rezultati pokazuju da 77% mlađih korisnika mobilnih telefona od 18-24 godina ima strah da će ostati bez telefona, bez baterije ili loših signala. Prikazano je da 53% korisnika telefona ima nomofobiju od kojih 20% ispitanika nikada ne isključuju svoj mobilni telefon.

Date su preporuke istraživača na koji način ljudi mogu da provere da li su zavisnici od gubitka telefona, kao i neke aktivnosti koje mogu dovesti do ublažavanja simptoma kao što su: da treba na sat vremena gasiti telefon u toku dana, dok je osoba kod kuće, ili ga ostaviti u neku fioku od koje se treba udaljiti. Te radnje treba ponavljati i sledeći dan, povećavajući vreme bez telefona (na dva sata) i tako produžavati vreme, dok se osoba u potpunosti ne reši straha od gubitka telefona, baterije ili signal. To dovodi do lepšeg života bez zavisnosti i anksioznosti.

Ključne reči: *Nomofobija, mobilni telefon, anksioznost .*

ABSTRACT

Fear of losing mobile telephone and impossibility of phone calls created modern world phobia -Nomophobia. The aim of the paper was to show a new type of dependency that many people especially women, suffer from Display of how widespread nomophobia is among world population. Methods: Reasrch has been conducted in Great Britain in 2008, and DSCOLT PORTALA. In Great Britain 2 116 people, mobile hones users, was in a survey . Reasch showed that up to 13 million Britains suffers from Nomophobia.

Results show that 70 % women and 61 % men suffers from Nomophobia. 77 % people between 18 – 24 years of age have fear of lossing their phones, lossing battery or having poor signal. Phone users have 53% Nomophobia; 20% people that was in a survey never turn off their phones. Conclusion: Recommend to people that Turn off your phone for an haur a day. While home , put it away and leave it. Next day do the same but this time for two haurs . Do so until you lose the fear . Once you get rid of anxiety your life will be better and fulfilled.

Keywords: *Nomophobia, mobile phone, anxiety.*

UVOD

Nomofobija potiče od reči ''no-mobile-phone" i svrrstava se u posebnu vrstu fobija. U kolektivno novoj komunikacijskoj eri više se govori o konekciji nego o komunikaciji. Patološka veza ljudi sa telefonom reflektira se u ljudskom intimnom i vrlo angažovanom odnosu sa njima samima i sa svima s kojima nas povezuje. Mobilni telefoni postali su neodvojivi deo našeg identiteta, naš tehnosocijalni protetski produžetak, bez koga se većina ljudi oseća nesigurno a ponekada u potpunosti izgubljeno.

Naučnik iz oblasti neuronauka, profesorka farmakologije na Oxfordu Susan Greenfield, tvrdi da je ljudskim bićima najgore kada im nedostaje pažnja. Tekstualne poruke su kao injekcija dopamina, doza pažnje koja ljude stimuliše, u smislu da ''neko misli na mene" čime se razvija zavisnost za tim dopaminskim distrakcijama i teško se nalazi zadovoljenje u periodima bez kontakta. Iz tih razloga, zavisnici uvek drže telefon u ruci, jer omogućava neprekidnu povezanost, ''online" (instant) spojeni sa milionima ljudi sa Interneta.

Britanski pisac Will Self o potencijalu da se ljudi ''navuku" na Internet upozorava da on u potpunosti ispunjava kriterijume o zavisnosti dovodeći osobu u opsesivno mentalno stanje povezano s kompulsivnim aktivnostima. Mašine kojima se ljudi povezuju sa Internetom, paradigma su zavisničkih stanja. Pisac navodi da se od njih teško odvojaju kao alkoholičari od pića. Smatra se da 70% žena ima nomofobiju, dok je taj broj kod muškaraca 61%. Opšte je poznato da su mnogi ljudi širom sveta zavisni od svojih mobilnih telefona, ne ispuštaju ih iz ruku. Zvanično za ovaj poremećaj postoji medicinski naziv ''Nomofobija".

UTVRDJIVANJE POREMEĆAJA

Napredak komunikacije u tehničkom i tehnološkom smislu učinio je da je komunikacija postala globalan koncept, sve prisutnu konekciju i veliko bekstvo od verbalne – govorne komunikacije. Veštine komunikacija predstavljaju aktivnost duha koja se vremenom i iskustvom menja, transformiše, preoblikuje. Internet, on-line komunikacija primer je transformisane komunikacije u 21 veku (Kekuš, D.)

U cilju utvrđivanja da li osoba pati od Nomofobije potrebno je da ispita ili prati sledeće znake:

- da li nikako ne može da ostane bez telefona;
- da li opsesivno proverava poruke;
- da li stalno puni bateriju, i posebno,
- da li nikad ne odlazi u toalet bez telefona?

Korespondent:
Jasmina Ćirović
Zenička 24, 11000 Palilula, Beograd, Srbija
Tel:+38164 229 13 62
E mail:ognjencirovic952@gmail.com

PRIKAZ ISTRAŽIVANJA: Prema istraživanju utvrđeno je da 53 % korisnika mobilnih telefona pati od nomofobijekoja se izražava u vidu panike od gubljenja telefona ili straha da se jedan dan provede bez telefona[1]. Načnici iz Velike Britanije sproveli su istraživanje 2008 godine koje je pokazalo da 66 % ukupnog broja ispitanika, je veoma uznemireno na pomisao da će izgubiti telefon. Kod mladih taj broj je i veći 76 % (uzrasta od 18-24 godine).

Istraživanje o razlozima za posedovanje dva telefonska aparata, 40 % ispitanika je izjavilo da ima dva telefona iz sledećih razloga[1]:

- kao razlog da mu je neophodno zbog posla;
- Iz straha da se baterija ne isprazni;
- Strah da će se izgubiti jedan telefon.

Ekipa sa DSCOLT PORTALA sprovela je istraživanje na 94 učesnika iz različitih zemalja i došli su do poražavajućih podataka. Dnevno su provotili ispitanici 2 h i 45 min. na telefonu, ne računajući razgovor. Prvo su objavili anketu na koju se prijavilo 100.000 zainteresovanih. Svi su hteli iz ''prve ruke" da vide koliko su zavisni od svojih telefona.[3]

Za potrebe istraživanja od 5 dana DISCOUNT je napravio poseban program koji prati apsolutno svaki dodir ekrana od telefona ispitanika. Došli su do rezultata da prosečan korisnik telefon dodirne 2617 puta. Ako se izračuna na godišnjem nivou to iznosi neverovatnih 1 000 000 puta. Smatra se da su rezultati vezani za neki prosečan vid upotrebe telefona. Ako želimo da ispratimo ekstreme među zavisnicima, onda su stvari još radikalnije. Najveći zavisnici od telefona, pričaju 3.75 h i dodirnu 5 427 puta telefon, a na godišnjem nivou to je 2 000 000 dodira . Istraazivanje je pokazalo da je 87 % ispitanika, makar jednom u toku noći između 00 h - 05 h, dodirnulo svoj telefon i koristilo samo jednu aplikaciju –FACEBOOK.

Najbolji primer za to je da su ljudi u restoranima, na satancima u društvu uvek sa svojim mobilnim telefonima. Ovakvo ponašanje pre par godina smatralo bi se neukusnim ponašanjem, dok u današnje vreme predstavlja sasvim ''normalan" vid komunikacije. Koliko god da su telefoni ljudima olakšali život, pametni telefoni su uspeli da stvore i pravu zavisnost. Sve češće se druženje sa prijateljima, porodična okupljanja, pretvaraju u jednu veliku farsu tišine koju učesnici ne doživljavaju kao neprijatnu, već je radosno ispunjavaju surfujući na talasima svog telefona .[2]

Postavlja se pitanje da li će ljudi u budućnosti prestati da se viđaju i komuniciraju i da li će većinu ljudi mobilni telefoni napraviti zavisnicima. Smatra se da Nomofobija kao vrsta fobije u svojim kandžama drži milione ljudi širom sveta.

Ljudi doživljavaju zbog nomofobie klasične simptome mentalnog stresa, ubrzani rad srca, znojenje dlanova, samo kad se nađu u situaciji da nemaju mobilni telefon ili su na mestu gde ga ne mogu koristiti. Ovo je postao veliki problem, pogotovo kod tinejdžera. Ukoliko ne mogu da vide šta se dešava na Snapchat-u ili Instragramu oni se uspaniče zbog toga što ne znaju šta se dešava u društvu. Profesor Mark Griffiths sa Univerziteta ,, Trent " u Nottinghamu misli da je važno šta je na telefonu - društveno povezivanje koje stvara FOMO odnosno strah od toga da ćete nešto propustiti. On smatra da je teorija o vezivanju u kojoj osoba postaje emotivno zavisna od telefonu, zato što on sadrži deo njenog života, mali deo nomofobije . [4]

Slika 1 - Poster prezentacija, NOMOFOBIJA, autor Jasmina Ćirović-Simpozijum Udruženja medicinskih sestara i babica Srbije, Tara 2017

ZAKLJUČAK

Istraživači preporučuju da treba preduzeti neke mere za odvikavanje o ove zavisnosti. Preporuka je da treba sa sobom uvek nositi punjač za mobilni da se ne dodje u stanje panike. Tako će se osoba osećati osećati sigurno. i ne doživeti napad panike. Ako želite da se rešite ovog stanja u potpunosti, onda bi trebalo da se pristupi malo drastičnijim merama.

Date su preporuke istraživača na koji način ljudi mogu da provere da li su zavisnici od gubitka telefona, kao i neke aktivnosti koje mogu dovesti do ublažavanja simptoma kao što su: da treba na sat vremena gasiti telefon u toku dana, dok je osoba kod kuće, ili ga ostaviti u neku fioku od koje se treba udaljiti. Te radnje treba ponavljati i sledeći dan, povećavajući vreme bez telefona (na dva sata) i tako produžavati vreme, dok se osoba u potpunosti ne reši straha od gubitka telefona, baterije ili signal. To dovodi do lepšeg života bez zavisnosti i anksioznosti. Za ozbiljnije zavisnike od mobilnih telefona psihijatri se odlučuju za medikamentoznu terapiju .

LITERATURA:

1. *Fenomen nomofobije - http://www.securenvoy com /blog /2012/02/16/66 – of the- population - surffer fromnomophobia the – fear of beins without – their – phone/*
2. *DSCOL PORTAL USA*
3. *news.bbs.co.uk/newsbeat/hi/health/newso/7624700.stm.*

SAOPŠTENJA IZ KOMORE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA SRBIJE

Za Sestrinsku reč direktor KMSZTS Radmila Ugrica

Komora želi da naše društvo prepozna i razume koliko humanosti, znanja, truda i požrtvovanosti medicinske sestre i tehničari ulažu u svoj rad i posvećena je vraćanju ugleda i stvaranju realne pozitivne slike o svim zdravstvenim radnicima.

Pravo na siguran i dostojanstven rad zdravstvenih radnika mora biti garantovano a NASILJE NAD ZDRAVSTVENIM RADNICIMA NE SME BITI TOLERISANO!

Pozivamo sve kolege i koleginice da na sajtu Komore (www.kmszts.org.rs) prijave nasilje.

Vrlo često se ne prepoznaje ili zanemaruje verbalno nasilje kao vid nasilja, a kako istraživanja pokazuju ono je najčešće uvod u samo fizičko nasilje sa ozbiljnim posledicama.

Komore zdravstvenih radnika na sastanku Komisije za bezbednost zdravstvenih radnika Ministarstva zdravlja Republike Srbije koji je održan 07.12.2017. godine u prostorijama Lekarske komore Srbije su ponovo istakle stanovište da svi vidovi nasilja moraju biti adekvatno i ozbiljno shvaćeni, razmatrani, prevenirani i ankcionisani.

Sastanku su prisustvovali: Darko Bjelić, predstavnik Ministarstva zdravlja, direktori komora zdravstvenih radnika: direktor LKS dr Milan Dinić, direktor FKS dr sci. farm. Svetlana Stojkov, direktor SKS prof. dr Vitomir Konstatinović, direktor KBS prim. dr sc. med Slavica Cimbaljević, direktor KMSZTS Radmila Ugrica i predstavnici sindikata Radica Ilić i Darko Đurić. Direktor Lekarske komore Srbije je izneo predlog da se pored pravne pomoći za zdravstvene radnike žrtve nasilja osigura i psihološka pomoć koja bi umanjila posledice pretrpljenog straha. Prisutni su razmatrali aktuelnu situaciju, izložili rezultate, i pojedinačnih i zajednički koordiniranih aktivnosti i složili se da je neophodno izraditi zajednički izveštaj o dosadašnjim aktivnostima, koji će uz iznete predloge i planove za neophodno unapređenje bezbednosti zdravstvenih radnika u 2018. godini biti dostavljeni Ministru zdravlja.

KMSZTS je ukratko iznela rezultate rada po ovom pitanju i dala Komisiji Izveštaj o sprovedenim aktivnostima za poboljšanje bezbednosti zdravstvenih radnika – medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije koji možete pročitati u na sajtu KMSZTS.U periodu od 10.08.2017. do 05.12.2017., putem našeg sajta nasilje na radnom mestu prijavilo je 11 članova Komore od toga 10 žena i 1 muškarac.Verbalno nasilje (vikanje, vređanje) je prijavilo 90,9% a pretnju fizičkim nasiljem ili zastrašivanje 54,5%. Fizičko nasilje bez povrede je prijavilo 27,3%, a fizičko nasilje sa povredom 18,2%. Anketu o nasilju nad zdravstvenim radnicima popunila su 103 zdravstvena radnika, od toga 86,4% žena i 13,6% muškaraca. Kao razlog napada 51% je naveo nerealna očekivanja pacijenata, 43,8% nerealna očekivanja članova porodice, 35,4% pacijenata koji su napali zdravstvene radnike je bilo pod dejstvom alkohola, 30,2% je navelo dugo čekanje na pregled, 29,2% anketiranih navode da su napadači bili psihijatrijski pacijenti, 21,9% kao razlog napada navodi nezadovoljstvo pregledom. 76,8% anketiranih je razočarano statusom zdravstvenih radnika u društvu, kod 49,5% njih napad je prouzrokovao smanjenje zadovoljstva poslom, 40,4% se oseća bespomoćno, 39,4% oseća strah, 37,4% je izgubilo motivaciju za rad, 16,3% se bori sa anaksioznošću, a 16,2% su izgubila kako samopouzdanje tako i empatiju prema pacijentima.

Kolege su kao moguća rešenja naveli:

Uvođenje statusa službenog lica - 72,8%

Poboljšanje statusa zdravstvenih radnika u društvu - 63,1%

Uvođenje mera obezbeđenja (alarmi, kamere) -59,2%

Bolje informisanje pacijenata o njihovim pravima i obavezama – 52,4

Povećanje efikasnosti kroz povećanje broja zdravstvenih radnika - 50,5

Efikasnije angažovanje službenika obezbeđenja – 41,7

Obuke za odbranu i upravljanje stresnim situacijama – 34%

Informisanje zdravstvenih radnika o postupanju u slučaju napada – 38,8

Skraćenje vremena čekanja na pregled – 18,4

KMSZTS je za prijem i razmatranje prijava nasilja, te pružanje pravne pomoć članovima Komore žrtvama nasilja, u vidu pravnog saveta o samom postupku i načinu prijave nasilja nadležnim organima ili za pomoć pri podnošenju krivične prijave, angažovala advokata i stavila na raspolaganje sve svoje stručne i infrastrukturne kapacitete. Anketu o nasilju nad zdravstvenim radnicima KMSZTS distribuira i kroz Službeno glasilo Komore broj 9., stoga molimo koleginice i kolege da je u što većem broju popune i dostave Komori, kako bi imali uvid koje vidove prevencije i sprečavanja nasilničkog ponašanja prema zdravstvenim radnicima članovi Komore smatraju najcelishodnijima i najefikasnijima.

U 2018. g. Komora planira I dalje, da sve kapacitete prioritetno usmeri na postizanje pune zaštite prava medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara na siguran i dostojanstven rad, kao i na unapređenje naše profesije, kako u samom procesu rada tako i u kontinuiranom celoživotnom procesu medicinske edukcije i usavršavanja znanja i veština. Moderna i kvalitetna medicinska edukacija je neophodna za podizanje kvaliteta rada zdravstvenih radnika, a samim tim i nivoa zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga, ali i za postizanje lične i profesionalne satisfakcije zdravstvenih radnika.

U tom cilju u Službenom glasilu KMSZTS br. 9 za naše članove, Udruženje ART i Udruženje stoma sestara Srbije donirali su akreditovane programe kontinuirane edukacije i mi im se od srca zahvaljujemo na pomoći da kolege i koleginice bez materijalnih troškova ostvare propisan minimum od 10 bodova u licencnoj godini, koji je neophodan za blagovremenu obnovu licence.

Komora se posebno zahvaljuje Zdravstvenom savetu Srbije što je odobrio sprovođenje ova 2 testa u službenom glasilu KMSZTS, jer je omogućio Komori da odgovori na iskazanu potrebu članstva za povećanjem dostupnosti kontinuirane medicinske edukacije koja je potpuno besplatna za sve članove Komore.

Svim članovima Komore, koleginicama i kolegama zdravstvenim radnicima, korisnicima zdravstvenih usluga i svim ljudima dobre volje, Komora želi srećne Božićne i Novogodišnje praznike i puno zdravlja, radosti i blagostanja u predstojećoj 2018. godini!

IZVEŠTAJ PREDSEDNIKA O RADU UMSTBS ZA 2017. GODINU

16.12.2017
Predsednik UMSTBS
Dijana Otašević

Na osnovu izmena i dopuna Statuta UMSTBS, usvojenom u APR 24.03.2017 godine, na sednici Skupštine UMSTBS, održanoj 09.04.2017 godine u Beogradu, svi rukovodeći, stručni i naučni organi izabrani u prethodnom sazivu Skupštine, su razrešeni dužnosti, a u skladu sa zakonom i odredbama važećeg Statuta, izabrani su novi organi UMSTBS.

Organi UMSTBS su:

Predsednik - UMSTBS - Dijana Otašević, KBC "Zvezdara", Beograd.

Zamenik predsednika UMSTBS - Vesna Cmiljanić, VMA, Beograd.

Za zamenika predsednika Upravnog odbora UMSTBS izabrana je Aleksandra Karajović, OB Kruševac. Predsednik Skupštine UMSTBS je Vojmir Šunderić, DZ Čačak, a zamenik predsednika Skupštine je Jovica Stojčić, OB Leskovac. Predsednik Nadzornog odbora UMSTBS je Katarina Katanić, OB Čačak, a zamenik predsednika Nadzornog odbora je Srđan Milosavljević, OB Leskovac. U skladu sa Statutom izabran je i Etički odbor UMSTBS, čiji je predsednik Zora Todorović, OB Valjevo.

Predsednik Naučnog odbora UMSTBS je Prof. dr sci. med. Dragana Milutinović, Medicinski fakultet Novi Sad predsednik Katedre za zdravstvenu negu. Glavni i odgovorni Urednik časopisa ''Sestrinska reč" je prof. dr sci.med. Divna Kekuš, professor Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, koja je i predsednik Redakcionog odbora časopisa "Sestrinska reč".

Počasni član Naučnog odbora je prof. dr sci. med. Ljiljana Milović, jedan od osnivača UMSTBS i prvi predsednik Udruženja.

Udruženja okruga, udruženja ZU su sa UMSTBS potpisale Sporazum o saradnji, kojim su precizirani međusobni odnosi i obaveze UMSTBS i članica po pitanju članstva i realizacije programa KME u skladu sa brojem članova.

Stručne aktivnosti UMSTBS su se odvijala po Planu i programu za 2017. dodinu.

Sastanci Stručnog odbora Udruženja su se odvijali po planu, jedan do dva puta mesečno u skladu sa tekućim stručnim aktivnostima (realizacija akreditovanih programa KME, Simpozijumi, priprema programa za akreditacija i dr), učešće na stručnim skupovima u zemlji i inostranstvu.

Od januara do decembra meseca 2017. god, održano je 14 sastanaka Stručnog odbora UMSTBS, 3 sednice Upravnog odbora, jedna elektronka konsultacija, što je u skladu sa Statutom i Poslovnikom o radu UO, 2 sednice Nadzornog odbora i 1 sednica izborne Skupštine UMSTBS.

Odražane su i 2 sednice Naučnog odbora, 1 sednica Redakcionog odbora, i više elektronskih konsultacija.

Udruženje je tokom 2017. izadlo publikovalo i dva broja časopisa „Sestrinskas reč" br 74, i 75, koji je sastavni deo Srpskog citatnog indeksa, što je verifikovano Ugovorom sa CEON, započeto u 2015, nastavljeno, 2016 i u 2017.god.

Štampani su programi rada i Zbornici radova sa Simpozijuma u elekrtronskoj formi.

Preuređen je sajt Udruženja.

Tokom 2017 godine UMSTBS je imalo uspešnu saradnju sa KMSZTS, uz finansijsku podršku ogranka Beograd realizaciji novembarskog Simpozijumu glavnih sestara i profesopra ZN, i 31 Simpozijumu onkoloških institucija Srbij, ogranka Kragujevac – finansijska podrška stručnom sastanku i održavanju tribine u Smederevu, finansijska podrška Ogranka Užice- novembarskom

SAOPŠTENJE ZA JAVNOST

Ograđujemo se od izjava i pisanja pojedinih bivših članova UMSTBS koji su zauzimali neke pozicije, kao "visoki funkcioneri", tokom 2016. i u prva 3 meseca 2017. god, svojim neprofesionalnim delovanjem i neetičkim ponašanjem zarad ličnih interesa, direktno radili na štetu UMSTBS, pokušali da destabilizuju i uruše ugled republičkog udruženja, koje ima tradiciju rada i postojanja

UMSTBS je nastavilo uspešan rad, omasovilo članstvo novim mladim i iskusnim obrazovanim medicinskim sestramatehničarima i babicama iz zdravstvenih ustanova R. Srbije, eminentnih sestara iz prakse i mnogih drugih.

Sestrinska javnost sa razlogom postavlja pitanja da li je istupanje pojedinaca na čelu sa generalnim sekretarom biranog u više uzastopnih mandata, bio samo nastavak odlaska izabrane grupice sa prethodnim predsednikom, koja je nanela UMSTBS veliki finansijski gubitak i koja je smenjena u martu 2016. godine. Iako je ostatak grupice bivšeg rukovodstava iz 2014. godine, sa generalnim sekretarom, sopstevnim samovoljnim odlukama, istupio iz članstva UMSTBS u aprilu mesecu 2017., lažno se predstavljajući kao" nastavak tradicije" nekog udruženja iako postoji na papiru i ima 2 meseca rada, obmanjuju sestre u svojim matičnim zdravstvenim ustanovama, i bez uporišta u sestrinskoj javnosti R.Srbije, nastavljaju da širi neistine o "kontinuitetu", prisvajajući zasluge drugih i publikacije Udruženja.

Mnogobrojni su dokazi kršenja zakona i moralnih načela, kao što su sam naziv njihovog udruženja, skaćenica udruzenja i mejl adresa, i mnoge druge .....ali mi se više nećemo baviti onima koji su napustili Udruženje, već ćemo to prepustiti drugim državnim organima, koji će to zakonski rešiti.

Simpozijumu glavnih sestara i profesopra ZN, na čemu se UMSTBS zahvaljuje. Takođe značajno je istaći da je KMSZTS otkupila određeni broj primeraka najnovijeg broja našeg časopisa "Sestrinska reč"br.74., kao i VMŠSS iz Ćuprije, Medicinska škola Beograd iz Deligradske, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu i mnogi drugi.

Tokom 2017. godine bila je i uspešna saradnja sa SMSTS, ali smatram da ta saradnja treba da bude aktivnija i sadržajno drugačija, kako bi bila vidljiva i široj sestrinskoj javnosti.

STRUČNE AKTIVNOSTI UMSTBS – KONTINUIRANA EDUKACIJA

Od novembra meseca o.g. ponovo je reaktiviran je poddomen za arhivu časopisa na sajtu UMSTBS, na šta nas obavezuje potpisani ugovor i standardi SCIndexa. Časopis je indeksiran u kategoriji M53)

Ukupno je održano:

- 2. Simpozijuma – maj- novembar 2017. god,
- 31.Simpozijum onkoloških institucija Srbije
- Ukupno 1006 učesnika
- 6. Stručnih sastanaka I kategorije – 986 učesnika
- 2. Kursa- 114 učesnika
- 22. Predavanja sa pismenim rešavanjem testa- 5700 učesnika

Uvidom u dokumentaciju UMSTBS koju čine izveštaji o realizovanoj KME prosleđeni KMSZTS i Zdravstvenom savetu u 2017. godini (naročito posle 09.04.2017) učešće na organizovanoj KME u okviru Udruženja uzelo je ukupno 7806 učesnika.

Na realizovanim programima KME UMSTBS ukupno je učestvovalo:

Medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara - 7674 učesnika

Lekara, stomatologa i biohemičara- 132 učesnika.

Broj polaznika povećan za oko 1000

U poređenju sa prethodnom, 2016.g. kada je bilo 6943 učesnika KME, veoma smo zadovoljni jer se trend povečanja broja učesnika nastavlja, sto je pokazao veliki broj prisutnih i na Simpozijumu na Tari.

Nadzorni odbor UMSTBS je konstatovao na poslednjoj sednicu od 16.12.2017 godine da je UMSTBS, pozitivno poslovalo uz izmirenje svih finansijskih obaveza.

Sekcije UMSTBS su članice međunarodnih sestrinskih asocijacija, EAOS i PNAE.

Rad UMSTBS su, naročito tokom održavanja Simpozijuma podržali brojni sponzori, kao što su Zlatiborac, Cepter, Vega medikal, Eko-Lab, Aktavis, FTP, Vicor, a generalni sponzor Simpozijuma je bila agencija Evro turs, dugogodišnji prijatelj UMSTBS. Pedijatrijsku sekciju UMSTBS već nekoliko godina podržava i Jonson.Jonson. Zahvalnost dugujemo i menadzmentu hotela „Omorika" na uspešnoj organizaciji Simpozijuma.

Obeležavanje 12-og maja - Međunarodnog dana sestara, postalo je tradicija u radu Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije. Ove godine održana je u Šapcu svečana akademija i stručni sastanak I kategorije na preporučenu temu ICN "Učešće medicinskih sestara u postizanju ciljeva održivog razvoja u R.Srbiji".

Članica UMSTBS Udruženje Mačvanskog okruga bila je domaćin obeležavanja Međunarodnog dana sestara, 12.05.2017. god.u Šapcu. Učešće u materijalnom smislu u pripremi Akademije podržale su Udruženja okruga, zdravstvene ustanove, Beograd, i podružnice Udruženja. Na svečanoj Akademiji nagrađene su najbolje sestre po predlozima članica UMSTBS.

Obeležen je i 18. Maj 2017 Dan onkoloških sestara Evrope (ECND-European Cancer Nursing Day), koji je ustanovio EONS. Ovaj dan obeležavaće se svake godine istog datuma sa fokusom na različite teme bazirane na strateškim prioritetima EONS-a. Tema prvog, inauguracionog Dana onkoloških sestara Evrope usmerena je na značaj zastupanja onkoloških sestara.

Tribina na temu ''Sadašnjost i budućnost sestrinske profesije u Srbiji - izazovi i perspektive", održana je 17.oktobra 2017. godine u Regionalnom centru za profesionalni razvoj zaposlenih u Smederevu, sa ciljem ukazivanja na probleme sestrinske profesije u našoj zemlji. U radu Tribine, osim predsednika UMSTBS, Dijane Otašević, učestvovali su i director KMSZTS Radmila Ugrica, član ZSS Dušica Biočanin, predsednik SMSTS Radica Ilić. Tribini je prisustvovala i Ružica Nikolić, predsednik IO Ogranka Beograd.

UMSTBS je učestvovalo na poziv Udruženje medicinskih sestara,tehničara i babica Republike Srpske i Strukovnog sindikata medicinskih sestara i tehničara R.Srpske na Konferenciji "Profesija medicinske sestre danas i sutra, koja je održana u Banja Luci od 10.02. do 11.02.2017 godine. Predstavnici UMSTBS Dijana Otašević i Snježana Lončar su učestvovale u trodnevnom radu na XV Simpozijumu UMSTIB R.Srpske, koji je održan od 08.06.-11.06.2017.god na Kozari, sa usmeno prezentovanim radom.

Uz zahvalnost članstvu na ukazanom poverenju, kao predsednik Udruženja, nastaviću sa velikim entuzijazmom, timskim radom da podignem ugled Udruženja na dobrobit sestara, tehničara i babica, koje predstavljam.

Svim članovima Udruženja medicinskih sestara-tehničara i babica Republike Srbije, koleginicama i kolegama, saradnicima, prijateljima UMSTBS, kao i korisnicima zdravstvenih usluga, UMSTBS želi srećne Božićne i Novogodišnje praznike!

IZVEŠTAJ SA 31. SIMPOZIJUMA MEDICINSKIH SESTARA-TEHNIČARA ONKOLOŠKIH INSTITUCIJA REPUBLIKE SRBIJE

Predsednik Sekcije sestara u onkologiji UMSTBS Dušanka Tadić, s.r.

U organizaciji Sekcije sestara u onkologiji Udruženja medicinskih sestara i babica Republike Srbije i Kancerološke sekcije Srpskog lekarskog društva , 08.-09. novembra 2017. u hotelu "Crowne Plaza" u Beogradu održan je 31. Simpozijum medicinskih sestara-tehničara onkoloških institucija Republike Srbije tradicionalno u okviru 54. Kancerološke nedelje.

Ovo je 31. put kako se medicinske sestre tehničari u onkologiji u Srbiji okupljaju da bi se unapredila znanja iz ove multidisciplinarne oblasti medicine i zdravstvene nege u onkologiji. Ovogodišnjim programom obuhvaćene su sledeće teme: multidisciplinarni pristup u lečenju i zdravstvenoj nezi obolelih od karcinoma dojke, inovativni lekovi u onkologiji sa aspekta medicinskih sestara, značaj timskog rada u pedijatrijskoj radioterapiji, kao i iskustva u kliničkoj praksi medicinskih sestara u onkologiji.

Dušanka Tadić

Skupu je prisustvovalo oko 200 učesnika iz mnogobrojnih zdravstvenih ustanova Srbije koje se bave onkološkom zdravstvenom zaštitom. Učesnici su aktivno učestvovali u diskusiji i u okviru završne evaluacije pozitivno ocenili skup sa predlozima za unapređenje.

Zaključci 31. Simpozijuma medicinskih sestara-tehničara onkoloških institucija Republike Srbije

1. Neophodna je edukacija sestara sa primarnog nivoa zdravstvene zaštite u cilju sveobuhvatnog zbrinjavanja obolelih od malignih bolesti (motivisati ih da u većem broju prisustvuju programima KME u oblasti onkologije);
2. Insistirati na što većem broju programa KME u oblasti primene inovativnih lekova u onkologiji (namenjenih onkološkim sestrama u celoj zemlji);
3. Motivisati zdravstvene vlasti da podrže koncept bezbednog rukovanja citotoksičnim lekovima u svim zdravstvenim ustanovama, uključujući centralizovanu pripremu istih;
4. U cilju boljeg kvaliteta života i bezbednosti onkoloških pacijenata kao i kvalitetnije zdravstvene nege, poželjno je da što veći broj pacijenata antineoplastičnu terapiju prima putem port-acath sistema umesto putem i.v. kanile;

Predsedavajući članovi 31 Simpozijuma u onkologiji

5. Neophodno je uvođenje standarda zdravstvene nege u onkološku praksu;
6. Potreban je veći broj sestrinskih istraživanja kao uslov sestrinske prakse zasnovane na dokazima.

IZVEŠTAJ O SIMPOZIJUMU GLAVNIH SESTARA I BABICA, SESTARA I BABICA IZ PRAKSE I PROFESORA ZDRAVSTVENE NEGE TARA, 29.11.-03.12.2017. GODINE

Tradicionalni Simpozijum glavnih sestara i babica, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege održan je na Tari, u hotelu „Omorika“ od 29.11. do 03.12.2017. godine u organizaciji Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije i Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije.

Otvaranje Simpozijuma

Simpozijum je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije, kao nacionalni simpozijum sa međunarodnim učešćem (br. akreditacije: D-1-1018/17; br. odluke: 153-02-1697/2017-01 od 19.08.2017.) za medicinske sestre, lekare, stomatologe, farmaceute, biohemičare, kao i nastavnike i profesore zdravstvene nege srednjih i visokih škola zdravstvene struke. Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije (Ogranak Beograd i Ogranak Užice) finansijski je pomogla održavanje Simpozijuma.

Simpozijumu je prisustvovalo 350 učesnika iz zdravstvenih i obrazovnih ustanova za sestre iz Republike Srbije, Crne Gore, Republike Srpske, Federacije BiH, Hrvatske i Makedonije.

Predsednik UMSTBS – Dijana Otašević

Na svečanom otvaranju Simpozijuma učesnicima se, ispred Ministarstva zdravlja, obratio dr Aleksandar Stojanović, direktor Doma Zdravlja Palilula, direktorka KMSZTS Radmila Ugrica, član Zdravstvenog saveta Srbije Dušica Biočanin, član Gradskog veća grada Užica Vidoje Drndarević, kao i predstavnici ogranaka KMSZSRS, direktori i glavne sestre zdravstvenih ustanova, direktori i profesori srednjih i visokih škola zdravstvene struke. Podršku Simpozijumu pružila je i doajen sestrinstva na ovim prostorima, prof. dr Ljiljana Milović, jedan od osnivača i prvi predsednik UMSTBRS. Predsednik Stručnog odbora Simpozijuma bila je Dušanka Tadić iz Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu.

Plenarna tematika Simpozijuma realizovana je kroz rad dva okrugla stola sa veoma aktuelnim temama i afirmisanim predavačima.

Sastanak stručnog i naučnog odbora sa predsednicima sekcija

Prvi okrugli sto na temu „Bezbedan način rada sa citotoksičnim lekovima-izazovi, očuvanje zdravlja medicinskih sestara“ ukazao je na trenutnu situaciju u Republici Srbiji kada je u pitanju bezbedan način rada sa citotoksičnim lekovima, izazove u toj usko specijalizovanoj oblasti rada kao i potencijalnim opasnostima i merama za očuvanje zdravlja medicinskih sestara-tehničara i drugih medicinskih i nemedicinskih radnika koji dolaze u kontakt sa ovim agensima. Kroz interaktivnu diskusiju koju je vodio moderator Dragan Kodžo, struk. med. tehničar, spec. kliničke nege, sa Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije, razmenjena su iskustva i izvedeni su zaključci da je neophodno:

1. Obezbediti zaštitna sredstva i opremu za bezbednu pripremu i primenu citotoksičnih agenasa u svih 5 regionalnih centara, 28 dispanzera i 118 jedinica;
2. Nabaviti zatvorene sisteme za bezbedno rukovanje citotoksičnim agensima i edukovati medicinske sestre za njihovu pripremu i primenu;
3. Obezbediti obavezne periodične preglede za sve zaposlene koji dolaze u kontakt sa citotoksičnim agensima;
4. Principe bezbedene pripreme i primene citotoksičnih agenasa uvrstiti u formalno obrazovanje medicinskih sestara i farmaceutskih tehničara u srednjim i visokim školama zdravstvene struke;
5. Uvesti efikasniji nadzor odeljenja za pripremu i primenu citotoksičnih agenasa od strane komisija Ministarstva zdravlja Republike Srbije;
6. Predložiti uvođenje beneficiranog radnog staža i povećanje koeficijenata (za obračun zarada) za sve zaposlene koji dolaze u kontakt sa citotoksičnim agensima i otpadom;
7. Edukacija tehničkog osoblja o merama zaštite, primeni zaštitne opreme prilikom kontakta sa citotoksičnim otpadom;
8. Izraditi Vodiče dobre prakse za bezbedno rukovanje citotoksičnim agensima, procedure, uputstva i standarde u saradnji sa farmaceutima i lekarima;
9. Uvesti centralizovano rastvaranje citotoksičnih agenasa kao standard u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Učesnici Simpozijuma

Drugi okrugli sto na temu „Izazovi i problemi u organizovanju kliničke stručne prakse u srednjim i visokim školama zdravstvene struke“ ukazao je na opšte i specifične ishode stručne prakse u kliničkom okruženju, principe i zakonsku regulativu stručne prakse, mentorstvo i aktivnosti menadžmenta zdravstvenih ustanova koje se odnose na organizovanje kliničke stručne prakse. Moderator okruglog stola bila je doc. dr Dragana Simin sa Katedre za zdravstvenu negu Medicinskog fakulteta u Novom Sadu a eminentni predavači, profesori zdravstvene nege iz srednjih i visokih škola i fakulteta, kao i saradnici u nastavi iz zdravstvenih ustanova diskutovali su na pomenutu temu i zaključili da je potrebno:

Učesnici drugog okrruglog stola

Prof.dr Dragana Milutinović i doc.dr Dragana Simin

1. Promovisati i stalno unapređivati stručnu praksu u kliničkom okruženju kao esencijalni faktor kvalitetnog profesionalnog razvoja;
2. Promovisati i osnaživati mentorski oblik stručne prakse;
3. Planirati edukaciju sestara, potencijalnih mentora;
4. Kvalitetna stručna praksa mora biti prepoznata i od strane poslodavca kao kriterijum u proceduri za prijem u radni odnos.

Tradicionalno, stručne aktivnosti simpozijuma, pored plenarne tematike, realizovane su u okviru usmenih i poster prezentacija kojih je bilo ukupno 142, gde su predstavljena iskustva sestara u svakodnevnoj praksi, u primeni novih tehnologija i lekova, sestrinske procedure kao i sestrinska istraživanja. U svakoj sesiji komisija je izabrala najbolju usmenu/poster prezentaciju a svi autori nagrađenih radova imaju mogućnost da se njihov rad, nakon adaptacije i recenzija, publikuje u nacionalnom sestrinskom časopisu „Sestrinska reč“, čiji je osnivač i izdavač Udruženje a u kategoriji je M53.

Ispred Ministarstva zdravlja skup je pozdravio Dr Aleksandar Stojanović, director DZ Palilula

Najbolje prezentacije na Simpozijumu bile su:

Učesnici prvog okruglog stola

1 Nepravilno držanje tela kao uzrok deformiteta kičme i drugih patoloških stanja. Ljiljana Trifunović, DZ Lučani (poster prezentacija)

2. Uloga medicinske sestre kod zaustavljanja krvarenja. Gordana Đedović, OB Čačak (poster prezentacija)

3. Komunikacija u timskom radu-specifičnost komunikacije sestra-lekar. Nikola Avramović, Institut za rehabilitaciju Selters, Mladenovac (usmena prezentacija)

4. Ispitivanje faktora rizika za nastanak lumbalnog bolnog sindroma kod medicinskih sestara. Dragana Peković, VMA (usmena prezentacija)

5. Modularnom nastavom do procesa zdravstvene nege. Jasmina Popović, MŠ Niš, Robert Nađ, MŠ Priština, Gračanica (usmena prezentacija)

6. Autizam. Tomislava Kelča, DZ Smederevo (usmena prezentacija)

7. Sestrinske procedure i zdravstvena nega u refraktivnoj hirurgiji. Marica Lazić VMA (usmena prezentacija)

8. Učešće medicinske sestre u zbrinjavanju pacijenata u ketoacidozi. Mirjana Jevremović, KBC „Zvezdara“ (usmena prezentacija)

9. Multipla skleroza kao bolest savremenog doba. Zlata Biro, VMC Slavija (usmena prezentacija).

Radmila Ugrica Direktor Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije

Verica Milovanović, glavna sestra VMA

Posebno predavanje na temu „Akreditacioni standardi za porodilišta i neonatologiju-iz ugla medicinske sestre“ održala je Ružica Nikolić, VMS iz KBC Zvezdara, član Radne grupe za izradu akreditacionih standarda za porodilišta i neonatologiju.

Veliku pažnju učesnika privukla su i popularna predavanja i radionice sponzora u vezi sa aktuelnim temama Simpozijuma i svakodnevnom sestrinskom praksom, poput primene robotizovane komore i druge opreme za rastvaranje citostatika kao i modela za simulaciju u edukaciji medicinskih sestara.

Na kraju Simpozijuma učesnici su popunjavanjem evaluacionih listova ocenili Simpozijum na sledeći način:

1. Informacije o simpozijumu 71% učesnika dobilo je od kolega, 24% putem sajta a 5% poštom;
2. Mesto održavanja simpozijuma 94% učesnika je ocenilo pozitivno (84% odlično,10% dobro);
3. Izbor i aktuelnost tema učesnici su ocenili prosečnom ocenom 4,72;
4. Predavače plenarnih tema učesnici su ocenili prosečnom ocenom 4,72 dok su nosioci usmenih prezentacija ocenjeni prosečnom ocenom 4,59 a poster prezentacija prosečnom ocenom 4,52;
5. Nova znanja primenjiva u praksi steklo je 78% učesnika dok se delimično sa tim slaže 16% posto učesnika.
6. Opšta ocena simpozijuma je 4,76;
7. Predložene teme za buduće simpozijume su: intrahospitalne infekcije, sestrinska istraživanja, profesionalni

Vesna Cmiljanić

Učesnici Poster prezentacije iz Mačvanskog okruga sa Komisijom za ocenjivanje

stres, teme iz akušerstva, pedijatrije, primarne zdravstvene zaštite, urgentnih stanja;

8. Komentari učesnika: „Ništa ne menjati sve je odlično“, „Da su češći sastanci“, „Organizovati međunarodne kongrese“.

Na osnovu pomenute evaluacije zaključili smo da je Simpozijum pozitivno ocenjen od strane učesnika, visokom prosečnom ocenom i da smo kao organizatori napravili dobar izbor tema i predavača.

U ime Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije zahvaljujemo se Ministarstvu zdravlja Republike Srbije na pokroviteljstvu i nadamo se da smo opravdali ukazano poverenje.

Beograd, 18.12.2017. godine
Predsednica Stručnog odbora Simpozijuma
Dušanka Tadić, dipl.def.,struk.med.sestra

UPUTSTVO AUTORIMA

“SESTRINSKA REČ” je naučni, stručni i informativni časopis u izdanju Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije, dizajniran da pruži kvalitetne i najnovije informacije u domenu zdravstvene zaštite i obrazovanja koje su od interesa za teoretičare i praktičare u oblasti sestrinstva. Časopis se objavljuje 2 puta godišnje.

Od zainteresovanih autora za objavu rukopisa zahteva se da se pridržavaju navedenih uputstava:

1. Rukopisi se dostavljaju poštom na adresu Uredništva: Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije Beograd, Resavska 28, Beograd, Srbija ili putem Interneta na meil-adresu: office@umsts.org; umstbs@gmail.com

2. Autori se slanjem rukopisa automatski odriču autorskih prava koje prenose na UMSTB R. Srbije.

3. Kategorizaciju rukopisa predlaže autor, a konačna ocena se vrši na osnovu stručne procene uredništva ili glavnog urednika.

Predložene su sledeće kategorije:
- Original article (Originalni članak)
- Review (Pregledni članak)
- Professional article (Stručni rad)
- Case report (Prikaz slučaja)
- Current Topik (Aktuelne teme)
- Letter to the Editor (Pismo uredniku)

4. Kategorizacija rukopisa. Prema preporukama UNESCO-a, a shodno JUS/ISO propisima i Zakonu o standardizaciji, kategorizacija članaka koje se objavljuju u časopisima je sledeća:

5. a) originalni naučni rad (sadrži rezultate izvornih istraživanja, informacije u radu moraju biti obrađenje i izložene tako da se eksperimenti mogu ponoviti, a analize i zaključci, na kojima se rezultati zasnivaju, proveriti),

b) predhodno sopštenje (sadrži naučne rezultate čiji karakter zahteva hitno objavljivanje, ali ne mora da omogući proveru i ponavljanje iznesenih rezultata),

c) pregledni članak (predstavlja celovit pregled nekog problema na osnovu već publikovanog materijala koji je u pregledu sakupljen, analiziran i komentarisan),

d) stručni članak (predstavlja koristan prilog iz područja struke čija problematika nije vezana za izvorna istraživanja i primarno se odnosi na proveru ili reprodukciju u svetlu poznatih istraživanja radi širenja znanja i prilagođavanja izvornih istraživanja potrebama nauke i prakse).

Kategorizaciju podnetih rukopisa vrši uredništvo časopisa, primarno na osnovu ocene recenzenata.

Objavljeni radovi se recenziraju. Klinička istraživanja i prikazi slučajeva podležu najmanje trostrukoj pozitivnoj recenziji. Nakon recenzije autor se obaveštava o zaključku recenzije. Rukopis može biti prihvaćen za objavu, vraćen na doradu ili odbijen.

6. Svi rukopisi koji pripadaju grupi kliničkih istraživanja i prikaza slučaja/pacijenta, uredništvu se dostavljaju u tri štampana primerka i na elektronskom mediju (CD u Windows okruženju) ili putem Interneta na sledeću meil-adresu: www.umsts.org

7. Tehnički zahtevi

Radovi se pišu na srpskom ili engleskom jeziku. Pismo časopisa je latinica.

Tekst rukopisa mora biti koncizan i jezički korektan, štampan na računaru.

Tip pisma “New Times Roman”, veličina slova 12, dupli razmak između redova, margine 2,5 cm.

Rukopis može sadržati do 30.000 karaktera

8. Obavezni elementi rukopisa:

• Naslovna strana - sadrži predloženu kategorizaciju članka, naslov članka, na srpskom jeziku i engleskom jeziku,

• Imena i prezimena autora, zvanje i afilijacija, tačan naziv ustanove ili ustanova kojima autori pripadaju. Kontakt podatke autora – korespodenta/ime, prezime, adresa, telefon, mejl/

• Sažetak (apstrakt) - na srpskom i engleskom jeziku; formata do 250 reči i izdvojenih 3-5 ključnih reči. Sažetak može biti strukturiran (uvod, cilj, metode, rezultati

sa diskusijom, zaključak) ili nestrukturiran (opisan) zavisno o kategoriji rada;

• Uvod - sa kratkim navođenjem problematike teme;

• Metodologija rada - sa informacijama o uzorku ispitanika, mernim instrumentima i obradom podataka (ukoliko se radi o naučnom istraživanju), tj. o metodama primenjenim u realizaciji problematike (u drugim slučajevima);

• Rezultati istraživanja - sa tekstualnom, tabelarnom ili grafičkom eksplikacijom problematike i propratnom diskusijom;

• Zaključak - sa kratkom sumacijom iznete problematike i mogućnostima njene primene u praksi;

• Literatura- citirane reference – do 25 za originalan rad, ostale kategorije 15-20

Tabele, dijagrami, grafikoni i slike - priložiti samo reprezentativne ilustracije koje dokumentuju rad. Podatke prikazane u tabelama i grafikonima nije potrebno ponavljati u tekstu. Svaka tabela, dijagram, slika treba da sadrži: naslov, odgovarajući broj (koriste se arapski brojevi) onim redom kako se pojavljuju u tekstu, sva potrebna objašnjenja simbola i skraćenica. Originalnu verziju dijagrama (MS Excell fles) treba sačuvati, u slučaju potrebe u procesu publikacije. Tabele se pripremaju u MS Word (Table). Svaka se tabela piše na posebnoj stranici, a ne u tekstu. Treba da ima svoj redni broj koji je povezuje sa tekstom i naslov. Broj tabele i naslov se pišu iznad nje, a grafkona ili dijagrama, kao i slike ispod.

Pridržavati se pravila kucanja, iza znaka interpunkcije ostaviti jedno prazno mesto, a za veće praznine koristiti tabulator. U tabelama koristiti samo mrežu („grid“) bez upotrebe isprekidanih, punih ili duplih linija.

Fotografje se prilažu elektronski, uz napomenu broja i imena autora. Bolesnicima na slikama, oči prekriti crnom trakom da se ne mogu identifikovati.Slike (fotografije i grafikoni) se pripremaju u odgovarajućem apliktivnom softveru (npr. MS Office Excell ili Adobe Photoshop), u crno-beloj varijanti („grayscale“), u rezoluciji 300 dpi i konvertuju u format jpg, tiff ili bmp.

Skraćenice - SI jediničnog sistema mera se koriste kada kod je to potrebno. Prilikom prvog navođenja određenih pojmova neophodno je iste napisati u punom obliku. Ukoliko se ponavljaju više od tri puta u tekstu, nakon punog naziva mogu se koristiti njihove skraćenice.

Latinski nazivi se pišu italic pismom.

Koriste se samo generički nazivi lekova (naziv proizvođača se može navesti u zagradi, ukoliko je neophodno).

RADOVE ZA ČASOPIS SLATI NA
E-majl adresu: sestrinskarec@gmail.com

PLAN RADA STRUČNIH AKTIVNOSTI UMSTBS ZA 2018. godinu

I SIMPOZIJUMI

1. XVII Simpozijum UMSTBS 09.05-13.05.2018.god. Vrnjačka Banja, Hotel ''Breza"

Sadržaj stručnih aktivnosti na Simpozijumu:

- Plenarna tematika
- Usmena i poster prezentacija stručnih radova
- Predstavljanje saradnika - popularna predavanja

Zaplanirani skup očekuje se preko 250 učesnika

2. Simpozijum glavnih sestara, babica, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege 28.11.-02.12. 2018. Godine, Tara, Hotel "Omorika"

Sadržaj stručnih aktivnosti Simpozijuma:

- Plenarna tematika: Okrugli sto
- Usmena i poster prezentacija stručnih radova
- Predstavljanje saradnika – popularna predavanja

Za planirani Simpozijum očekuje se preko 300 učesnika.

3. XXXII - 32. Simpozijum medicinskih sestara – tehničara onkoloških institucija Republike Srbije Novembar, 2018.god

II OBELEŽAVANJE VAŽNIH DATUMA U SESTRINSTVU

5.maj. 2018. SVEČANA AKADEMIJA POVODOM MEĐUNARODNOG DANA BABICA, KRUŠEVAC

- Stručni sastanak na preporučenu temu MFB za 2018.
- Svečana akademija
- Dodela priznanja i nagrada medicinskim sestrama

Nosilac aktivnosti UMSTB OB Kruševac i organizator UMSTBS

12. Maj - SVEČANA AKADEMIJA POVODOM MEĐUNARODNOG DANA SESTARA – HOTEL „BREZA", Vrnjačka Banja

- Stručni sastanak na preporučenu temu ICN za 2018.g.
- Svečana akademija
- Dodela priznanja i nagrada medicinskim sestrama

27. SEPTEMBAR - DAN UMSTBS - OBELEŽAVANJE DANA UDRUŽENJA

III STUDIJSKA PUTOVANJA

1. STUDIJSKO PUTOVANJE U RUSIJA- MOSKVA- ST.PETERBURG– maj 2018.

Sadržaj Studijskog putovanja

- Poseta zdravstvenim ustanovama u Moskvi i St Peterburgu
- Radni sastanak sa predstavnicima institucija
- Radni sastanak sa predstavnicima sestrinsko babičke strukovne asocijacije

Planira se učešće oko 20 medicinskih sestara I zdravstvenih saradnika iz zdravstvenih ustanova Republike Srbije.

IV INTERFORUMSKI RAD

1. Forum sestara u internoj medicini– februar
2. Forum sestara u psihijatriji - Intersekcijski rad
3. Forum sestara u PZZ – intersekcijski rad
4. Forum za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine – Intersekcijski rad
5. Forum nastavnika i profesora zdravstvene nege srednjih i visokih strukovnih medicinskih škola

V KONTINUIRANA EDUKACIJA

MART-APRIL 2018. godine – FORUM NASTAVNIKA realizacija akreditovanih Programa UMSTBS, preko ZUOV i/ili PZV u školama koje obrazuju medicinske sestre i babice

JANUAR – DECEMBAR - Stručni sastanci, predavanja sa pismenim rešavanjem testa i seminari u okviru navedenih Foruma, realizovaće se tokom 2018. godine prema Planu mesečnih aktivnosti UMSTBS.

VI PUBLIKACIJE

Planira se publikovanje dva broja časopisa ''Sestrinska reč" u toku 2018.

Predsednik Udruženja UMSTBS
Dijana Otašević, s.r
Kontakt: umstbs@gmail.com i office@ umsts.org

Udruženje medicinskih sestara-tehničara i babica Republike Srbije

Srećni novogodišnji i božićni praznici!