ČASOPIS UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA R. SRBIJE

sestrinska reč

BROJ 77

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

OKTOBAR 2018.
GODINA XXI

Časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije

sestrinska reč

Godina XXI ● Broj 77 ● Beograd, Resavska 28 ● Oktobar, 2018.

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
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

ZNANJA I STAVOVI STUDENATA O HUMANOM PAPILOMA VIRUSU I HPV VAKCINI 4
Ljiljana Antić[1], Dragan Antić[1], Hristos Aleksopulos[1], Mile Despotović,[1] Milena Zlatanović[2]
[1] Visoka medicinska škola strukovnih studija u Ćupriji
[2]Dom zdravlja Ćuprija

PUŠENJE KAO FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK KARDIOVASKULARNIH BOLESTI KOD ZDRAVSTVENIH I PROSVETNIH RADNIKA CRNE GORE 9
Gordana Magdelinić[1], Srđan Živanović[2], Ljiljana Babović[3], Milena Magdelinić[4], Milan Magdelinić[5]
[1]Visoka medicinska škola Berane,[2]Srednjoškolski centar Foča, [3]Klinički centar Crne Gore, [4]Medicinski fakultet Podgorica,
[5]Medicinski fakultet Podgorica

SUPRAKONDILARNI PRELOMI HUMERUSA KOD DECE 14
Andrea Božić [1,2], Zlatko Ćirić [3], Milena Mikić[1,4], Ivana Dondo[1,4]
[1] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenu negu
[2] Medicinska škola „7. april" Novi Sad
[3] Institut za plućne bolesti Sremska Kamenica
[4] Klinički centar Vojvodine, Novi Sad

FAKTORI RIZIKA ZA BEZBEDNOST BOLESNIKA NA HEMODIJALIZI 18
Jelena Petrušić [1], Branislava Brestovački Svitlica[2,3]
[1] Klinički centar Vojvodine, Klinika za nefrologiju i imunologiju
[2] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad,
[3] Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Novi Sad

PRIMENJENI MENADŽMENT U REFORMI SREDNJEG STRUČNOG OBRAZOVANJA U SRBIJI 24
Ljiljana Jovčić [1]
[1] Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd

PREVENCIJA BOLNIČKIH INFEKCIJA U FORMALNOM I NEFORMALNOM OBRAZOVANJU MEDICINSKIH SESTARA 30
Tamara Dodik[1], Biljana Majstorović[2]
[1]Opšta bolnica „Đorđe Joanović" Zrenjanin
[2] Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd

SINDROM „SLOMLJENOG SRCA" – TAKOTSUBO KARDIOMIOPATIJA 34
Ljiljana Stanimirović[1], Snežana Kovačević[1]
[1]Opšta bolnica „Dr Laza K. Lazarević", Šabac, Srbija

ŠESDESETOGODIŠNJI JUBILEJ VISOKE ZDRAVSTVENE ŠKOLE STRUKOVNIH STUDIJA U BEOGRADU I ŠESDESET PET GODINA VIŠEG/VISOKOG OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA 37
Divna Kekuš[1]
[1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd

RADMILA UGRICA – IZVEŠTAJ IZ KOMORE 41

DIJANA OTAŠEVIĆ - IZVEŠTAJ SA 17. SIMPOZIJUMA VRNJAČKA BANJA 44

DIJANA OTAŠEVIĆ – IZVEŠTAJ SA STUDIJSKOG PUTOVANJA 47

DIJANA OTAŠEVIĆ – PLAN AKTIVNOSTI ZA 2019 48

UPUTSTVO AUTORIMA 50

Naslovna strana – Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu –izvor: sajt Škole

Poštovane kolege i saradnici,

Pred vama je novi 77. broj časopisa Sestrinska reč koji po kvalitetu i aktuelnosti tema nastavlja da ostvaruje visoke ciljeve koje smo postavili kao članovi uređivačkog odbora UMSTS. Želim da se zahvalim autorima radova, na podršci i saradnji. Posebno bih istakla značajan doprinos recenzenata u podizanju kvaliteta radova koji se objavljuju na stranicama našeg časopisa, a time i u njegovom boljem pozicioniranju na domaćoj i međunarodnoj naučnoj sceni. Sa zadovoljstvom ističemo da je Časopis u prethodnoj godini, sa novim rukovodstvom Udruženja i novim glavnim i odgovornim urednikom, ispunio standarde SCI indexa, 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, što govori u prilog tome da se povećava broj radova čiji su autori i koautori istaknute medicinske seste iz prakse, lekari, nastavnici Visokih škola I fakulteta za sestre.
Pozivam Vas na buduću saradnju, razmenu iskustva i znanja i izgradnju konstruktivne profesionalne mreže.

UZ NAJBOLJE ŽELJE ZA PREDSTOJEĆU 2019. GODINU
POZIVAMO VAS NA V KONGRES UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA R. SRBIJE / MAJ 2019.

PLENARNA TEMATIKA V KONGRESA:
“VREDNOVANJE SESTRINSKE PROFESIJE U ZDRAVSTVENOM SISTEMU REPUBLIKE SRBIJE U SUSRET EVROINTEGRACIJAMA”

ZNANJA I STAVOVI STUDENATA O HUMANOM PAPILOMA VIRUSU I HPV VAKCINI

THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF STUDENTS ABOUT HUMAN PAPILLOMAVIRUS AND HPV VACCINE

Ljiljana Antić[1], Dragan Antić1, Hristos Aleksopulos[1], Mile Despotović[1], Milena Zlatanović[2]
[1] Visoka medicinska škola strukovnih studija u Ćupriji
[2]Dom zdravlja Ćuprija

APSTRAKT

UVOD: Humani Papiloma Virus (HPV) predstavlja ogroman zdravstveni problem, ne samo kod nas, već i u svetu, obzirom da je HPV uzročnik karcinoma grlića materice i jedna od najčešćih polno prenosivih infekcija. To implicira potrebu da sudenti strukovnih medicinskih škola imaju adekvatan nivo znanja o faktorima rizika, merama prevencije, kao i dijagnostike ovog teškog oboljenja.

CILJ: Cilj rada je da ispita razlike u znanju i stavovima sudenata o HPV kao uzročniku raka grlića materice i primeni HPV vakcine na pre-testu i post-testu.

METOD RADA:Ispitivanjem je obuhvaćeno ukupno 104 studenta (53 na pre-testu i 51 na posttestu), starosti od 19 do 35 godina; 93,5 % studentkinja i 6,5 % studenata Visoke medicinske škole strukovnih studija u Ćupriji.

REZULTATI: Najbolje znanje na post-testu, studenti su pokazali u poznavanju registrovanih HPV vakcina, 83,9% studenata, u odnosu na 5,7% na pre-testu.(p<0,000). Visok nivo znanja na post-testu (68.5% studenata) studenti su imali o ciljnoj populaciji za HPV vakcinu, prema 32,1%studenat na pre-testu (p<0.000). Neočekivano lošije znanje o merama prevencije za karcinom grlića materice, studenti su pokazali na posttestu (64,7%), u odnosu na pre-test, gde je 71,7% studenata dalo tačan odgovor. (p=0.005).

ZAKLJUČAK: Znanja, koja su naši studenti pokazali o HPV i HPV vakcini na pre-testu su nezadovoljavajuća. Znanjem koje su studenti pokazali na post- testu možemo biti zadovoljni, a nivo svesti o preventivnim pregledima ni na post-testu nije povećan.

KLJUČNE REČI: HPV, vakcina, studenti, edukacija, pre-test, post-test

ABSTRACT

INTRODUCTION: Human papillomavirus (HPV) represents a huge health issue, not only with us, but worldwide as well, considering that HPV is the trigger of the cervical cancer and one of the most comman infections trasmitted through sexual contact. This implies that students of voccational studies posses an adequat knowledge about the risk factors, prevention and diagnosis of this severe illness.

AIM: The aim of this research is to look into the differences of the knowledge and attitudes of the students about HPV as the cause of the cervical cancer, and to apply HPV vaccines in pre-testing and post-testing.

METHODS: The research includes 104 students (53 in pre-testing and 51 in post-testing), aged from 19 to 35; 93% female students and 6.5% male students of the College of Applied Health Sciences in Cuprija.

RESULTS: The students demonstrated the best knowledge during the post-testing about the registered HPV vaccines, 83.9% of students in comparison to 5.7% during the pre-testing (p<0.000). The students had a high knowledge level in post-testing (68.5% of students) about the target population for HPV vaccine, in comparison to 32.1% of students during pre-testing (p<0.000). Surprisingly, the students demonstrated less knowledge about the cervical cancer prevention during post-testing (64.7%), in contrast to pre-testing, where 71% of students answered correctly (p=0.005).

CONCLUSION: The knowledge of the students about HPV and HPV vaccine during pre-testing is considered unsatisfactory. The knowledge that the students demonstrated in post-testing may be satisfactory, whereas the level of awareness about prevention has not been higher in post-testing either.

KEY WORDS: HPV, vaccine, students, education, pre-testing, post-testing.

UVOD

Humani Papiloma Virus (HPV) predstavlja ogroman zdravstveni problem, ne samo kod nas, već i u svetu, obzirom da je HPV uzročnik cervikalnog karcinoma i jedna od najčešćih polno prenosivih infekcija. Po podacima za 2010. godinu rak grlića materice je bio treći najčešći karcinom kod žena u svetu, sa incidencijom od 7.9 na 100 000 žena. Većina (oko 85%) novootkrivenih slučajeva obolevanja od raka grlića materice je u manje razvijenim regionima sveta. [1] Srbija sa incidencijom od 24.1 na 100, 000 žena ima najveću učestalost raka grlića materice u odnosu na sve druge republike bivše Jugoslavije (osim Makedonije) i jednu od najvećih među zemljama jugoistočne Evrope.Rak grlića materice se rangira kao četvrti najčešći karcinom kod žena u Srbiji i drugi najčešći kod žena između 15 i 44 godine starosti [2].

Kada se radi o mortalitetu od raka grlića materice, Srbija je sa

Korespondent:
Ljiljana Antić
Visoka medicinska škola strukovnih studija Ćuprija
E-mail: ljantic_vms@hotmail.com

standardizovanom stopom mortaliteta od 7.7 na 100. Ooo žena na trećem mestu u Evropi, posle Rumunije (10.8) i Moldavije (7.9) [1]. Starosna distribucija za rak grlića materice pokazuje tipičan porast posle 30 godina, sa vrhom učestalosti u žena starosti od 45 do 49 i 70-74 godina. Poslednjih godina vrh u obolevanju od karcinoma grlića materice pomera se prema mlađim starosnim grupama, ali je redak kod žena mladjih od 20 godina, a najučestaliji je kod zena preko 45 godina starosti [3]. Problem visoke incidence morbiditeta i mortaliteta u Srbiji, može se delimično pripisati nedostatku svesti o zdravlju, ali i problemu u pristupu zdravstvene zaštite, kao i programima prevencije.

Prema današnjim saznanjima medicinske nauke, infekcija Humanim papiloma virusom (HPV) je značajan faktor u nastanku raka grlića materice[4,5]. Podaci o prevalenci HPV u opštoj populaciji u Srbiji još uvek nisu dostupni. Međutim, u Južnoj Evropi, regionu kome Srbija pripada, procenjuje se da je prevalenca HPV infekcije oko 9,2 % žena u opštoj populaciji[2]. Nakon HPV 16/18 podaci potvrđuju HPV 31/33/35/45/52/58 kao najčešće otkrivene vrste kod invazivnog karcinoma širom sveta[6]. Najbolji način borbe protiv raka grlića materice je primarna prevencija, sprečavanje nastanka oboljenja uklanjanjem štetnih delovanja ili uvođenjem pozitivnog ponašanja. U Srbiji je 2006. godine registrovana polivalentna vakcina Gardasil, za HPV tipove 16,18, 6 i 11. Vakcina je namenjena ženskoj populaciji, starosti od 9 do 26 godina; njena primena je efikasna samo kod osoba koje nisu bile u kontaktu sa HPV tipovima 6, 11.16 i 18, a vreme zaštite je 4 do 5 godina. Primena HPV vakcine je pokrenula brojne polemike, kontraverze i potrebu za konsenzusom stručnjaka iz različitih oblasti medicine [7]. Kako se radi o relativno kratkom periodu primene, nedovoljan je broj studija o efikasnosti kao i rizicima primene [8, 9]. Srbija je zemlja sa visokom stopom mortaliteta od raka grlića materice, to implicira potrebu da studenti strukovnih medicinskih škola imaju adekvatan nivo znanja o faktorima rizika, merama primarne i sekundarne prevencije, kao i dijagnostike ovog teškog oboljenja. Osim adekvatnog nivoa znanja, neophodno je uticati na stavove studenata i promenu njihovog ponašanja, da bi to primenili u praksi, profesionalno i lično.

Kako je oblast reproduktivnog zdravlja značajna za studente, ne samo sa profesionalnog, već i ličnog aspekta, mnogi studenti svoja znanja iz ove oblaste inoviraju ne samo putem formalnog obrazovanja, već i primenom informalnih oblika obrazovanja.

Ova studija ispituje znanja i stavove studenata o HPV i HPV vakcini, pre nastave iz metodske jedinice koja obrađuje ovu tematiku i nekoliko sedmica posle održane nastave iz ove oblasti.

CILJ

Cilj rada je da se utvrdi nivo znanja i stavovi sudenata o HPV i primeni HPV vakcine, kao i značaj obrazovne intervencije u posmatranoj polpulaciji.

METOD

Istraživanje je tađeno po tipu studije preseka. Studija je sprovedena u populaciji studenata studijskih programa strukovna medicinska sestra i strukovna medicinska sestra babica. Ovo je studija pretest-posttest, ispitivanje nivoa znanja i svesti o prevenciji cervikalnog karcinoma pre i posle obrazovne intervencije. Uzorak čini 104 studenta druge godine studija, koji su slušali nastavu iz predmeta Zdravstvena nega u ginekologiji i akušerstvu i predmeta Reproduktivno zdravlje. Kao instrument ispitivanja primenjen je nestrukturisani anketni upitnik, sa 11 pitanja zatvorenog tipa, koja su bila identična za pre i post-test. Pre-test je rađen u martu 2018. godine, pre obrazovne intervencije iz oblasti cervikalnog karcinoma. Post-test je rađen u aprilu 2018.godine, tri sedmice posle obrazovne intervencije. Isti studenti su učestvovali u ispitivanju za pre-test i post-test. Uslov za uključivanje u ispitivanje studenta je njihovo prisutvo obrazovnoj intervenciji.

VARIJABLE

U ovom radu analizirane su tri grupe podataka od značaja za znanje studenta o HPV: (1) socio-demografske karakteristike studenata, (2) znanja studenata o HPV i HPV vakcini i (3) stavovi studenata o prevenciji karcinoma grlića materice.

STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Izabrani podaci su obrađeni metodama deskriptivne i inferencijalne statistike. Distribucije učestalosti izabranih varijabli su prikazane po rezultatima na pre-testu i post-testu, a značajnost razlike je testirana pomoću hi kvadrat ($\chi 2$) testa. Za minimalni nivo statističke značajnosti korišćen je $p<0,05$, a $p<0,01$ je uzeto kao statistički visoka značajnost. Varijable koje su pokazale statistički značajnu razliku na pre-testu i post-testu, dodatno su testirane putem univarijantne i multivarijantne logisticke regresije, u odnosu na način informisanja (predavanja, radio/TV i štampa ili internet i stručna literatura). Povezanost je izražena preko unakrsnog odnosa šansi (Odds Ratio, OR) i 95% intervala poverenja (95% CI).

Analize su izvršene korišćenjem softvera SPSS paketa (verzija 21).

REZULTATI RADA

Ispitivanjem je obuhvaćeno ukupno 104 studenta, druge godine studija Visoke medicinske škole strukovnih studija, starosti od 19 do 35 godina. Prosečna starost ispitivanih studenata je 22.2 godine. U ispitivanju je učestvovalo 93,5 % studentkinja i 6,5 % studenata; 49 studentkinja i 4 studenta na pre-testu i 47 studentkinja i 4 studenta na post-testu. Svi studenti su pre upisa studija završili srednju medicinsku školu i imali su određeni kvantum znanja iz oblasti malignih oboljenja žena.

U tabeli 1 prikazani su odgovori studenata na pre-testu i posttestu. Razlika u znanju o tipovima HPV na pretestu (11,3%) i posttestu (33,3%) je značajna ($p<0.000$). Da kondom nije pouzdana zaštita od HPV infekcije, znalo je 49,1% studenata na pretestu i 86,3% studenata na postestu i razlika je značajna ($p= 0.000$). Da identifikuje vrste HPV vakcina, na posttestu je znalo 83,9% studenata ($p=0,016$). Na pitanje o ciljnoj populaciji za HPV vakcinu, 24,5% studenata smatra da se vakcina daje ženskoj populaciji od 9 do 18 godina, pre početka seksualne aktivnosti, 24,3% smatra da se daje i muškoj i ženskoj populaciji od 9 do 26 godina, a 42,1% je dalo tačan odgovor, da se vakcina daje ženskoj populaciji od 9 do 26 godina, koja nije inficirana HPV ($p=0,079$). Stavovi studenata o vakcinaciji protiv HPV su različiti: 29,9 % studenata ima pozitivan stav o vakcinaciji, 32,7% smatra da vakcina nije dovoljno ispitana, a 37,4 % studenata ima ima negativan stav prema vakcinaciji zbog saznanja o smrtnim slučajevima posle vakcinacije ($p< 0.000$). Studenti bi mladima dali više saveta u vezi zaštite reproduktivnog zdravlja i u tom pogledu nema značajne razlike među studentima na pre-tetsu i post-testu. Ukupno 28,2% studenata bi savetovalo mladima konzistentnu primenu kondoma pri svakom seksualnom odnosu; 26,2% smatra da je odlaganje početka seksualne aktivnosti i pouzdan partner adekvatna mera zaštite; najviše studenata, 38,2% smatra da su redovni ginekološki pregledi i PAPA testiranje najbolja prevencija reproduktivnog zdravlja; HPV tipizaciju i HPV

vakcinu kao najznačajnije preventivne mere navodi samo 6,7% studenata (p< 0.000).

Način informisanja naših studenata o HPV na pretestu: 1/4 studenata se informiše putem interneta, 1/5 prati radio/tv emisije, 1/7 putem štampe, 28,3% studenata informacije je dobilo na predavanjima, a stručnu literaturu je koristilo samo 5.7% studenata. Na post-testu, 45,1% studenata se informisalo putem interneta, 41,2 % je informacije dobilo samo na predavanjima, a 13,7 % studenata je koristilo stučnu literaturu (p=0,004).

U tabeli 2 su prikazani tačni odgovori studenta na pre-testu i post-testu. Značajno više studenata (33.3%) na posttestu je znalo da identifikuje tipove HPV kao uzročnike raka grlića materice u odnosu na 11.3% studenata na pretestu (p<0.000). Viši nivo znanja studenti su na postestu su imali o registrovanim HPV vakcinama (83,9%), prema 5.7% na pretestu (p<0.000). Dve trećine (68.5%) studenata je znalo ciljnu populaciju za HPV vakcinu, u odnosu na 32.1% studenata na pretestu (p<0.000). Značajna je razlika u znanju studenata o zaštitnoj ulozi kondoma od HPV infekcije; 86,3% studenata na post-testu, u odnosu na 49,1% studenata na pte-testu je znalo da kondom ne pruža adekvatnu zaštitu od infekcije HPV. Na post-testu je 78,4% studenata znalo da HPV vakcina štiti samo od odgovarajućih tipova HPV, u odnosu na 62.3% studenata na pre-testu (p<0.000). Nema razlike u stavovima studenata o prihvatanju HPV vakcine; na pretestu 45.3% studenata je imalo svest da je antiHPV vakcina nedovoljno ispitana, kao i 49.0% studenat na post-testu.(p=0,070). Neočekivano je to što je redovne ginekološke preglede i PAPA testiranje kao najbolje vidove prevencije raka grlića materice apostrofiralo 71.7% studenata na pre-testu, a isto je učinilo 64,7 % studenata na postestu. (p=0,005).

DISKUSIJA REZULTATA

Ovo istraživanje je dizajnirano da ispita znanja i stavove studenata o HPV i HPV vakcini, pre nastave iz metodske jedinice koja obrađuje ovu tematiku i nekoliko sedmica posle održane nastave iz ove oblasti. Utvrdili smo da su studenti na pre-testu dali ukupno 40,3 % tačnih odgovora, a na post-testu 67,5%. Znanja koje su studenti imali pre obrazovne intervencije iz ove oblasi su na prosečnom nivou. Posle obrazovne intervencije, kvantum znanja je povećan za 27,3%. Studije objavljene od 1992 do 2006 godine, pokazale su da je znanje javnosti o infekciji HPV loše; nešto veći nivo znanja imaju zdravstveni stručnjaci i žene [10]. Studije koje su istrazivale znanja studenata na pre i post testu imaju razlicite rezultate. Kao i u ovoj studiji, znanja studenata sa Univerziteta Manis uTurskoj o HPV, na pre-testu su bila oskudna, a posle obrazovnih intervencija iz te oblasti, na post-testu, studenti su pokazali zadovoljavajuće znanje[11].

Slične rezultate su dobili i autori koji su ispitivali znanje mađarskih studenata, sa preporukom na zdravstveno obrazovanje i mere prevencije širenja infekcje HPV-om, posebno na rizično sekusalno ponašanje[12]. Studentkinje državnog univerziteta u Floridi, svesne su HPV kao uzročnika raka grlića materice, ali njihovo poznavanje HPV je bilo umereno. U istraživanju Gerenda i sar, veće znanje o HPV su imale studentkinje koje su bile testirane na HIV, koje su imale više seksualnih partnera i dijagnostikovanu cervikalnu displaziju [13]. Merzouk i sar. su ispitivali znanja studenta o HPV i potvrdili viši nivo znanja kod studenta kod kojih je pored klasičnog vida edukaciije primenjen i DVD-HPV edukativni program[24]. Znanja grčkih studenata, u poređenju sa znanjima babica iz prakse, tkđ. su nezadovoljavajuća. Većina babica (78,5%) je svesna da je HPV glavni uzročnik raka grlića materice,

Tabela 1. Učestalosti i χ2 test za odgovore studenata na pretestu i posttestu

Varijable	studenti		P value
	pretest	posttest	
	n (%)	n (%)	
Pol			<0.000
muško	4 (7.5)	4 (7.8)	
žensko	49 (92.5)	47 (92.2)	
Godine			0.001
19-21	22 (41.5)	22 (43.1)	
22-23	22 (41.5)	21 (41.2)	
<23	9 (17.0)	8 (15.7)	
HPV tipovi-uzročnici raka grlića materice			<0.000
HPV6,11,16,18	1.32 6 (11.3)	29(56.9)	
HPV16.18,31,33,43,45	6 (11.3)	17(33.3)	
HPV-svi tipovi	41(77.4)	5(9.8)	
Kondom je zaštita od HPV			<0.000
Da	20(37.7)	5(9.8)	
Ne	26 (49.1)	44 (86.3)	
Ne znam	7 (13.2)	2(3.9)	
Uloga HPV vakcine			<0.000
Sprečava rak grlića materice	15 (28.3)	10(19.6)	
Štiti od određenih tipova HPV	33 (62.3)	40(78.4)	
Za lečenje raka grlića materice	5 (9.4)	1(2.0)	
Tipovi HPV vakcine			<0.000
Cervarix	18(34.0)	5(8.9)	
Gardasil	32(60.3)	4(7.2)	
Cervarix i Gardasil	3 (5.7)	47(83.9)	
Vakcine i tipove HPV			p=0.011
Cervarix 11 i 16 Gardasil 6.11.16 i 18	15(28.3)	11(21.6)	
Cervarix 6 i 11 Gardasil16.18	14(26.4)	13(25.5)	
Cervarix 6 i 11, Gardasil 6.11.16 i 18	24 (45.3)	27 (52.9)	
Vakcina se daje			<0.000
Ž. od 9 do 18 g, pre sex. aktivnosti	13 (24.5)	6(11.1)	
M. i Ž. od 9 do 26 g.	23 (43.4)	11(20.4)	
Ž. od 9 do 26 g.bez HPV infekcije	17(32.1)	37 (68.5)	
Stav o vakcinaciji Gardasil vakcinom			<0.000
Pozitivan	5 (9.4)	23(45.1)	
Nije dovoljno ispitana	24(45.3)	25 (49.0)	
Negativan, ima smrtnih slučajeva	24(45.3)	3(5.9)	
Savet za mlade			<0.000
Kondom, konzistentna primena	19(35.8)	12(15.0)	
Pouzdan partner, odlaganje početka seks.aktivnosti	12(22.6) 38 (71.7)	31(38.7) 33 (64.7)	
Redovni k. pregledi i PAPA	5(9.4)	4(5.1)	
HPV tipizacija i HPV vakcina			
Kako se informišete o HPV			0.004
Internet	14 (26.4)	23 (45.1)	
Radio/TV	11 (20.8)	0 (0.0)	
Štampa	8 (15.1)	0 (0.0)	
Predavanja	15 (28.3)	21 (41.2)	
Stručna literatura	3 (5.7)	7 (13.7)	
Drugo	2 (3.8)	0 (0.0)	

Tabela 2. Učestalosti i χ2test za tačne odgovore studenata na pretestu i post-testu

Varijable	studenti		P value
	pretest	posttest	
	n (%)	n (%)	
Uzročnik Ca PVU			<0.000
HPV16.18,31,33,43,45	6 (11.3)	417 (33.3)	
Kondom zaštita od HPV			<0.000
Ne	26 (49.1)	44 (86.3)	
HPV vakcina			<0.000
Štiti od određenih tipova HPV	33 (62.3)	40(78.4)	
Vrste HPV vakcina			<0.000
Cervarix i Gardasil	3 (5.7)	47(83.9)	
Vakcine i tipove HPV			0.070
Cervarix 6,11 Gardasil 6.11.16 18,31,33,45,52,58	24 (45.3)	27 (52.9)	
Vakcina se daje			<0.000
Ž. od 9 do 26 g.bez HPV infekcije	17 (32.1)	37(68.5)	
Stav o vakcinaciji Gardasilom	53 (49.5)	51 (49.1)	0.070
Nije dovoljno ispitana	24 (45.3)	25 (49.0)	
Savet za mlade			0.050
Redovni k. pregledi i PAPA	38 (71.7)	33 (64.7)	

dok je samo 48,3 % studenata to znalo [15]. Znanja studentkinja privatnog koledža zdravstvene nege iz Sao Paula, o HPV su se progresivno povećavala sa godinama studija; studentkinje 4. godine su imale veće znanje od studentkinja prve godine, zbog niskog nivoa informacija stečenih pre ulaska u koledž. [16] Najveću razliku u znanju na post-testu, studenti u ovoj studiji su pokazali u znanju o registrovanim HPV vakcinama i o ulozi kondoma u prevenciji od HPV. Većina naših studenata na post-testu je znala da kondom nije efikasna mera prevencije HPV. Brojne studije su pokazale da korišćenje kondoma od strane muškaraca ima malu ili nema nikakvu zaštitu protiv genitalne HPV-infekcije za žene[17-19]. Što se tiče o statvovima studenta o primeni Gardasila, svaki drugi ispitanik u ovoj studiji, na post-testu, Gardasil vakcinu ne bi preporučio kao meru primarne prevencije, jer smatra da je nedovoljno ispitana. Adolescenti iz oblasti Milana, imaju svest o HPV i vakcinaciji, ali potcenjuju mogućnost HPV infekcije, što je povezano sa nižom sklonosti za vakcinaciju [20]. Stavovi švedskih studenta o HPV vakcinaciji, doslednoj primeni kondoma pri svakom seksualnom odnosu i Papanikolau testiranju, nisu promenjeni posle obrazovnih intervencija, iako se nivo znanja u velikoj meri povećao[21]. Neke studije su ispitivale komplikacije i negativna dejstva vakcinacije. Čak 43.86 % grčkih studentkinja nisu bile spremne da prihvate HPV vakcinu zbog informacija o ozbiljnim neželjenim efektima [22]. Japanski istraživači su potvrdili isplativost primene HPV vakcine i njenu implementaciju u cilju smanjenja morbiditeta od cervikalnog karcinoma za žene do 45 godina života[8].

Samo 1/3 naših studenata je na post-testu znala da identifikuje onkogene tipove HPV, što je nezadovoljavajuće. Kako je na pre-testu, na to pitanje tačno odgovorilo samo 1/10 studenata, možemo smatrati da je predavanje bilo svrsishodno, ali da se studenti ne snalaze najbolje sa materijom koja ima kvantitativne vrednosti. Rezultati znanja studenata Univerziteta u Rimu, iz 2010 godine, pokazuju da su znanja studenata o HPV nezadovoljavajuća, u poređenju sa rezultatima iz 2008/9 godine i sa rezultatima studenata u svetu[23].

Ne možemo biti zadovoljni rezultatom našeg ispitivanja o stavovima studenata o prevenciji raka grlića materice za mlade. Na pre-testu je 2/3 studenata smatralo da su redovni kontrolni pregledi kod ginekologa/urologa i PAPA test najbolji vid prevencije raka grlića materice. Na post-testu, takav stav je imalo nešto manje naših studenata. Svi ostali ponuđeni odgovori na ovo pitanje bili su tačni (konzistentna primena kondoma, odlaganje početka seksualne aktivnosti i pouzdan partner, HPV tipizacija i HPV vakcina). Kako su domaće preporuke, kao najznačajnije mere prevencije raka grlića materice individualna vakcinacija u kontrolisanim uslovima i redovni citološki pregledi, tačan odgovor na ovo pitanje je PAPA testiranje i redovni ginekološki/urološki pregledi. Imajući u vidu ovakvo činjenično stanje o raku grlića materice, veliki je značaj poznavanja mera prevencije. Značaj i ulogu medicinskih sestara u programima prevencije raka grlića materice ispitivali su brojni istraživači i potvrdili veliku ulogu zdravstvenih stručnjaka u odluci za prihvatanje vakcinacije [24].

Kako je dužina preživljavanja značajno kraća za mlađe starosne grupe žena, značajno je razviti sveobuhvatne programe prevencije raka grlića materice za ove grupe žena.

Ciljnu populaciju kojoj je namenjena HPV vakcina, na post-testu je znalo da identifikuje 2/3 naših studenata. Da je uloga HPV vakcine u zaštiti od određenih tipova HPV, znalo je ¾ studenata na post-testu. Vakcina je namenjena ženskoj populaciji, starosti od 9 do 26 godina; njena primena je efikasna samo kod osoba koje nisu bile u kontaktu sa HPV tipovima 6, 11.16 i 18, a vreme zaštite je 4 do 5 godina.

Potrebni su zdravstveno- obrazovni napori da se poboljša znanje studentske populacije o HPV i otklone barijere za vakcinaciju [25].

Primenu HPV vakcine i njen značaj u prevenciji karcinoma grlića materice potvrdile su neke studije [26, 27], dok ima i onih koje navode ograničen doprinos i negativne efekte vakcinacije. O stvarnim efektima vakcine može se govoriti tek tada kad se dokaže da vakcina prevenira klinički manifestnu bolest, a ne samo dispaziju [28,29].

U slučaju vakcinacije, važno je da se nastavi sa redovnim skriningom kako bi se osigurala zaštita od posledica infekcije HPV tipovima protiv kojih vakcine ne pružaju zaštitu i na adekvatan način merio uspeh primarne i sekundarne prevencije raka grlića materice[30,31].

Polovina naših studenata je informacije o HPV dobila na predavanjima u srednjoj školi i putem interneta, petina se informisala preko radiija/TV. Posle obrazovne intervencije iz ove oblasti, 60% studenata je svoje znanje dopunilo koristeći internet i stučnu literaturu.

Većina turskih studenata se informisala o HPV putem televizije (38,1%), preko interneta 28,8% , od svojih prijatelja 28,0%, preko štampe (26,3%) i stručnih knjiga (11,9%) [32].

Studenti socio-medicinskog univerziteta na severoistoku SAD, uglavnom su čuli za HPV putem televizijskih reklama, ali bi više voleli da informacije dobiju od lekara [33].

Većina studenata privatnog univerziteta je kao glavni izvor informacija o svim seksualno prenosivim bolestima, pa i HPV, navela formalno obrazovanje iz zdravstvenog vaspitanja [34] i većina studenata želi da dobije više informacija o HPV vakcini [35, 36].

Znanja opšte javnosti o infekciji HPV, rizicima i prevenciji su nezadovoljavajuća, po rezultatima sistematskog pregleda literature iz ove oblasti u periodu od 1992. do 2006. godine. Potrebno je povećati napore kako bi se javnosti pružile relevantne informacija o infekciji HPV [37].

U ovoj studiji nismo ispitivali faktore koji bi mogli uticati na znanja i stavove naših studenata o HPV(faktore vezane za reproduktivno i seksualno ponašanje, rak grlića materice u ličnoj i porodičnoj istoriji, primenu prventivnih praksi). Kako se radi o izuzetno značajnoj oblasti, smatramo da se studenti o HPV,

prevenciji, dijagnostici i terapiji edukuju počev od prve do završne godine studija, kako bi se povećala svest o HPV. U tom cilju, planiramo ispitivanje nivoa znanja babica iz prakse.

ZAKLJUČAK

Znanja, koja su studenti pokazali o HPV i HPV vakcini na pre-testu su nezadovoljavajuća. Znanjem koje su studenti pokazali na post- testu možemo biti zadovoljni, ali nivo svesti o preduzimanju preventivnih pregleda ni na post-testu nije povećan. Kako se radi o izuzetno značajnoj oblasti reproduktivnog zdravlja, stavove i ponašanje studenata treba menjati putem kontinuiranog inoviranja znanja kroz programe svih vidova obrazovanja.

LITERATURA

1. *Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):E359-86.*
2. *WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Cancers in Serbia. Summary Report 2010.*
3. *Incidencija i mortalitet u centralnoj Srbiji, 2010. Registar za rak Srbije, Beograd, 2012.*
4. *Llanos AAM, Tsui J, Rotter D, Toler L, Stroup AM. Factors associated with high-risk human papillomavirus test utilization and infection: a population-based study of uninsured and underinsured women. BMC Womens Health. 2018 ;18(1):162.*
5. *Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle In come Countries: A Systematic Review. Asian Pac J Cancer Prev. 2018;19(2):319-324.*
6. *Riethmuller D, Jacquard AC, Lacau St Guily J, et al. Potential impact of a nonavalent HPV vaccine on the occurrence of HPV-related diseases in France. BMC Public Health. 2015;15:453.*
7. *Matejić B, Kesić V.[Ethics and reproductive health: the issue of HPV vaccination].Srp Arh Celok Lek. 2013;141(1-2):127-30.*
8. *Konno R, Konishi H, Sauvaget C, Ohashi Y, Kakizoe T. Effectiveness of HPV vaccination against high grade cervical lesions in Japan.. Vaccine. 2018 pii: S0264-410X(18)30668-6.*
9. *Wang KL.Human papillomavirus and vaccination in cervical cancer. Taiwan J Obstet.Gynecol. 2007; 46(4):352-62.*
10. *Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M.Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. Prev Med. 2008; 46(2):87-98.*
11. *Yanıkkerem E , Piyan G , Kavlak T, Karadeniz G. Assessing the Role of Education on Turkish University Students'Knowledge about HPV and Related Diseases. Asian Pacific J Cancer Prev, 2010; 11(6):1703-1711.*
12. *By Marek E, Dergez T., Rebek-Nagy G, Szilard I., Kiss I., Ember I. et al. Effect of an educational intervention on Hungarian adolescents' awareness, beliefs and attitudes on the prevention of cervical cancer. In Vaccine. 2012; 30(48):6824-6832.*
13. *Gerend MA, Shepherd JE.Correlates of HPV knowledge in the era of HPV vaccination: a study of unvaccinated young adult women. Women Health. 2010;51(1):25-40.*
14. *Merzouk MD, Courtney P, Garrett-Albaugh S, Janoo J, Hobbs G, Vernon M.Knowledge of HPV in West Virginia High School Health Students and the Effects of an Educational Tool. J Pediatr Adolesc Gynecol.2011;24(5):278-81.*
15. *Dinas K, Nasioutziki M, Arvanitidou O, et al.Awareness of human papillomavirus infection, testing and vaccination in midwives and midwifery students in Greece. J Obstet Gynaecol. 2009; 29(6):542-6.*
16. *Cirilo CA, Barbosa AS, Zambrano E.Level of behavior and knowledge concerning human papillomavirus among university students of a nursing college. Rev Soc Bras Med Trop. 2010; 43(4):362-6.*
17. *Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: rates and risk factors in a cohort of female university students.Am J Epidemiol 2003; 157: 218-26.*
18. *Kjaer SK, Svare EI, Worm AM, Walboomers JM, Meijer CJ, van den Brule AJ.Human papillomavirus infection in Danish female sex workers: decreasing prevalence with age despite continuously high sexual activity. Sex Transm Dis 2000; 27:438-45.*
19. *Christopher A. Hearing addresses condoms for HPV prevention. J Natl CancerInst 2004; 96:985.*
20. *Pelucchi C, Esposito S, Galeone C, et al.Knowledge of human papillomavirus infection and its prevention among adolescents and parents in the greater Milan area, Northern Italy. BMC Public Health. 2010; 28 (10):378.*
21. *Gottvall M, Tydén T, Höglund AT, Larsson M.Knowledge of human papillomavirus among high school students can be increased by an educational intervention. Int J STD AIDS. 2010; 21(8):558-62.*
22. *Bakogianni GD, Nikolakopoulos KM, Nikolakopoulou NM. HPV vaccine acceptance among female Greek students. Int J Adolesc Med Health. 2010; 22(2):271-3.*
23. *Meleleo C, Sorbara D, Serino L, et al.[Survey among female university students on HPV infection epidemiology and prevention]. Ig Sanita Pubbl. 2010; 66(4):563-8.*
24. *Barnard M, George P, Perryman ML, Wolff LA. Human papillomavirus (HPV) vaccine knowledge, attitudes, and uptake in college students: Implications from the Precaution Adoption Process Model.PLoS One. 2017; 12(8):e0182266.*
25. *Dillard JP, Spear ME.Knowledge of human papillomavirus and perceived barriers to vaccination in a sample of US female college students. J Am Coll Health. 2010; 59(3):186-90.*
26. *Vassilakos P, Untiet S, Petignat P. [Cervical cancer prevention in Switzerland: the challenges of the vaccine era]. Rev Med Suisse. 2012; 8(359):2015-6, 2018-20.*
27. *Dillner J, Nygård M, Munk C, et al. Decline of HPV infections in Scandinavian cervical screening populations after introduction of HPV vaccination programs.Vaccine. 2018 ; 36(26):3820-3829.*
28. *Bakogianni GD, Nikolakopoulos KM, Nikolakopoulou NM. HPV vaccine acceptance among female Greek students. Int J Adolesc Med Health 2010; 22(2):271-3.*

29. Inbar R, Weiss R, Tomljenovic L, et al Behavioral abnormalities in female mice following administration of aluminum adjuvants and the human papillomavirus (HPV) vaccine Gardasil.Immunol Res. 2017; 65(1):136-149.
30. Monsonego J. [Prevention of cervical cancer: screening, progress and perspectives]. Presse Med. 2007; 36(1 Pt 2):92-111.
31. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje raka grlića materice. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd. 2012. http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2012/Novembar/VodicZaDijagnostikovanjeILecenjeRakaGrlicaMaterice.pdf
32. Yanıkkerem E, Piyan G, Kavlak T, Karadeniz G. Assessing the Role of Education on Turkish University Students' Knowledge about HPV and Related Diseases. Asian Pacific J Cancer Prev, 2010; 11(6):1703-1711.
33. Sandfort JR, Pleasant A. Knowledge, attitudes, and informational behaviors of college students in regard to the human papillomavirus. J Am Coll Health. 2009; 58(2):141-9.
34. Baer H, Allen S, Braun L. Knowledge of human papillomavirus infection among young adult men and women: implications for health education and research. J Community Health. 2000; 25(1):67-78.
35. Ratanasiripong NT. A review of human papillomavirus (HPV) infection and HPV vaccine-related attitudes and sexual behaviors among college-aged women in the United States. J Am Coll Health. 2012; 60(6):461-70
36. Durusoy R , Yamazhan M, Işıkgöz Taşbakan M, Ergin I, Aysin M, Pullukçu H, Yamazhan T. HPV Vaccine Awareness and Willingness of First-Year Students Entering University in Western Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2010; 11: 1-6.
37. Klug SJ, Hukelmann M, Blettner M. Knowledge about infection with human papillomavirus: a systematic review. Prev Med. 2008; 46(2):87-98.

PUŠENJE KAO FAKTOR RIZIKA ZA NASTANAK KARDIOVASKULARNIH BOLESTI KOD ZDRAVSTVENIH I PROSVETNIH RADNIKA CRNE GORE

Gordana Magdelinić[1], Srđan Živanović[2], Ljiljana Babović[3], Milena Magdelinić[4], Milan Magdelinić[5]

[1]Visoka medicinska škola Berane,[2]Srednjoškolski centar Foča, [3]Klinički centar Crne Gore, [4]Medicinski fakultet Podgorica, [5]Medicinski fakultet Podgorica

APSTRAKT

UVOD: Godišnje više ljudi umre od kardiovaskularnih bolesti (KVB) nego od bilo kog drugog uzroka. Faktori rizika u nastanku KVB su mnogobrojni i imaju kumulirajući efekat.Rezultati dosadašnjih studija pokazuju da pušenje cigareta ima ključnu ulogu u razvoju KVB.

CILJ ISTRAŽIVANJA: Utvrditi uticaj pušenja, kod zdravstvenih i prosvjetnih radnika, na nastanak kardiovaskularnih bolesti.

Ispitanici i metode istraživanja: Istrživanje je sprovedeno po tipu studije presjeka u populaciji zdravstvenih i prosvjetnih radnika opštine Berane. Uzorak je bio sastavljen od 109 zdravstvenih radnika i 71 prosvjetnih radnika. U istraživanju su učestvovali svi zdravstveni radnici zaposleni u Domu zdravlja „Dr Nika Labović"u Beranama i svi zaposleni prosvjetni radnici zaposleni u Osnovnoj školi „Vuk Kardžić" u Beranama. U istraživanju je korištena anketa, a podaci su prikupljeni prospektivno. Kao instrumenti za sprovođenje istraživanja upotrijebili su se upitnici: "Work related stress" i "Cindi". Za statističku obradu podataka korišćeni su X kvadrat i ANOVA test.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA: Prosječna starosna dob zdravstvenih radnika je iznosila 43.70±11.90 godina, dok je prosječna starosna dob prosvjetnih radnika 42.29±10.90 godina. Više od polovine zdravstvenih i prosvjetnih radnika se izjasnilo da su pušili. Svakodnevno je pušilo 36.7% zdravstvenih radnika i 39.4% prosvjetnih radnika. U grupi prosvjetnih radnika najveci procenat ispitanika (49.3%) skoro nikada nije izložen duvanskom dimu na radnom mjestuU odnosu na zdravstvene radnike, prosvjetni radnici su značajno zabrinutiji zbog zdravstvenih posljedica pušenja.

ZAKLJUČAK: Kod zdravstvenih i prosvjetnih radnika opštine Berane pušenje je značajan faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti.

KLJUČNE RIJEČI: kardiovaskularne bolesti, faktori rizika, pušenje.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Per year more people die from diabetic and vascular diseases (KVD) than from any other cause. Risk factors of the KVD are numerable and have a cumulative effect. The results of past studies shows that smoking cigarettes plays a key role in the development of KVD.

THE AIM OF THE RESEARCH: Determine to the influence of smoking in health and education workers on development of the cardiovascular diseases.

RESPONDENTS AND METHODS OF RESEARCH: Research was conducted to the type of section study in the population of health and education workers in the Berane municipality. The sample was composed of 109 health workers and 71 educational workers. In the research was participated all health workers employed in the Health Center "Dr Nika Labovic" in Berane and all educational worker employed in the Primary school „Vuk Kardžic" in Berane. In the research was used the questionnaire, and the data was collected prospectively. As implementing instruments for research were used questionnaires:"Work related stress" and "Cindy".χ square and ANOVA test were used for statistical data processing.

RESEARCH RESULTS: The average age of health workers was 43.70 ± 11.90 years, while the average age of educational workers was 42.29

± 10.90 years. More than half of health and education workers said that smoking. 36.7% of health workers and 39.4% of educational workers smoked daily. In the group of educational workers, the highest percentage of respondents (49.3%) are almost never exposed to tobacco smoke at work. In relation to health workers, educational workers are significantly worried about health effects of smoking.
CONCLUSION: In the health and education workers of Berane municipality, smoking is a significant risk factor for the development of cardiovascular diseases.
KEY WORDS: cardiovascular disease, risk factors, smoking.

UVOD

Kardiovaskularne bolesti (KVB) predstavljaju značajan, kako zdravstveni, tako i socijalno- ekonomski problem savremenog društva. Vodeći su uzrok smrti sa preko 50% učešća, najviše pogoršavaju kvalitet života, uzrokuju invalidnost, ekonomski slabe naciju i skraćuju očekivanu dužinu života. Svaki četvrti stanovnik u razvijenim zemljama boluje od ishemijske bolesti srca i životni vijek mu je skraćen za u prosjeku sedam godina (1).

Na većinu najznačajnijih faktora rizika koji doprinose nastanku bolesti srca i krvnih sudova svaka osoba može uticati, smanjujući ih, isključujući ih iz svog života. To su promjenljivi faktori rizika. Postoje faktori rizika na koje nije moguće uticati, oni su nepromjenljivi faktori. Neminovno starenje označava prisustvo različitih uticaja, faktora rizika i njihovo nagomilavanje sa godinama života, zbog čega su starije osobe pod većim rizikom. Rizik se udvostručava na svakih 10 godina poslije 55. godina života (2).

Godine 1964. objavljen je izvještaj američke zdravstvene službe (Surgeon Generals Report on Smoking and Health) u kojem je pušenje definitivno proglašeno rizičnim faktorom i uzrokom niza bolesti koje znatno smanjuju kvalitet života i dovode do prerane smrti. Od tada su brojne kliničke, laboratorijske i epidemiološke studije u svijetu ispitivale učinke pušenja na zdravlje i potvrdile da konzumiranje duvana i duvanskih proizvoda i to posebno pušenje cigareta, ali i izloženost duvanskom dimu, odnosno tzv. pasivno pušenje, znatno doprinose obolijevanju i prijevremenom umiranju od niza bolesti (3-5).

Duvanski dim sadrži preko 4.000 različitih hemijskih sastojaka. Najpoznatija od njih je nikotin – koji stvara zavisnost. Organizam se postepeno privikava na nikotin (6). Djelovanjem nikotina na nadbubrežnu žljezdu oslobađa se adrenalin i noradrenalin, što dovodi do povećanja frekvencije srca, stiskanje malih krvnih sudova i povećanje krvnog pritiska. Uz navedene promjene sastojci duvanskog dima inhalirani u pluća prelaze u krvotok i uzrokuju oštećenja na endotelnim zidovima krvnih žila. Smatraju se aktivatorima pucanja ateroma i učesnicima u trombogenezi. Kod dugogodišnjih pušača, pušenje je odgovorno za 50% svih smrtnih ishoda koji su se mogli izbjeći, a pola od njih je od kardiovaskularnih bolesti (KVB). Ovaj nepovoljan uticaj pušenja je povezan sa količinom duvana koji se dnevno puši i sa dužinom trajanja pušenja. Taj uticaj je prisutan i kod muškaraca i kod žena, a može da bude i veći kod žena, što ukida relativnu zaštitu žena od aterosklerotičnih oboljenja (7).

Prestanak pušenja značajno smanjuje rizik od smrti bilo kojeg uzroka u bolesnika s KVB i može se mjeriti s drugim sekundarnim preventivnim postupcima. Prestankom pušenja u bolesnika s KVB rizik tokom iduće 2-3 godine padne na nivo nepušača koji imaju KVB, a kod asimptomatskih bolesnika potrebno je 8 do 10 godina da se dosegne nivo rizika nepušača (8).

Cilj ovog istraživanja je bio utvrditi zastupljenost pušača kod zdravstvenih i prosvjetnih radnika.

ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

U istraživanju su učestvovali svi zdravstveni radnici zaposleni u Domu zdravlja „Dr Nika Labović"u Beranama (ukupno 109 zdravstvenih radnika) i svi zaposleni prosvjetni radnici u Osnovnoj školi „Vuk Kardžić" u Beranama (ukupno 71 prosvjetni radnik).

U istraživanju je korištena specijalno dizajnirana anketa. Podaci su prikupljeni prospektivno. Kao instrumenti za sprovođenje istraživanja upotrijebili su se upitnici: Work related stress i Cindi. Nakon provjere integriteta podataka obavljena je statistička analiza u programu IBM SPSS Statistics v. 20.0 for Windows. Korišten je hi-kvadrat i ANOVA test.

Kriterijumi za uključivanje u istraživanje:
- da osobe nisu mlađe od 18 i ne starije od 65 godina;
- da je svaki ispitanik stanovnik opštine Berane;
- da je ispitanik zdravstveni radnik Doma zdravlja „Dr. Nika Labović" ili prosvjetni radnik Osnovne škole „Vuk Karadžić"u Beranama;
- da svaki ispitanik dobrovoljno učestvuje u istraživanju.

Kriterijumi za isključivanje iz istraživanja:
- da su osobe mlađe od 18 i starije od 65 godina;
- da ispitanici nisu stanovnici opštine Berane;
- da ispitanik nije zdravstveni radnik Doma zdravlja „Dr. Nika Labović"i nije prosvjetni radnik Osnovne škole „Vuk Karadžić" u Beranama;
- da ispitanik nije dobrovoljni učesnik istraživanja.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Istraživanjem je obuhvaćeno 180 ispitanika, koji su prema kriterijima za uključivanje u istraživanju, podjeljeni u dvije grupe. Prvoj grupi pripadalo je 109 (60.6%) zdravstvenih radnika, dok drugoj grupi 71 (39.4%) prosvjetni radnik u opštini Berane. Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u polnoj strukturi ispitanika ispitivanih grupa, tako da su u obje ispitivane grupe dominirale žene, $\chi 2=0.024$; $p=0.507$. U grupi zdravstvenih radnika bilo je ukupno 22.9% ispitanika muškog i 77.1% ispitanika ženskog pola. U grupi prosvjetnih radnika bilo je ukupno 23.9% ispitanika muškog i 76.1% ženskog pola. Prosječna starosna dob zdravstvenih radnika je iznosila 43.70±11.90 godina, dok je prosječna starosna dob prosvjetnih radnika 42.29±10.90 godina. Primjenom Anova testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u prosječnoj starosnoj dobi ispitanika ispitivanih grupa, $F=0.644$; $p=0.423$.

Tabela 1. prikazuje učestalost pušenja među članovima porodice. Kod 56% zdravstvenih radnika neko u porodici puši, dok kod 56.3% prosvjetnih radnika takođe neko u porodici puši. Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna

Korespondent:
Gordana Magdalenić
Kontakt telefon: +382 69 381 883
e-mail: gordanamberane@gmail.com

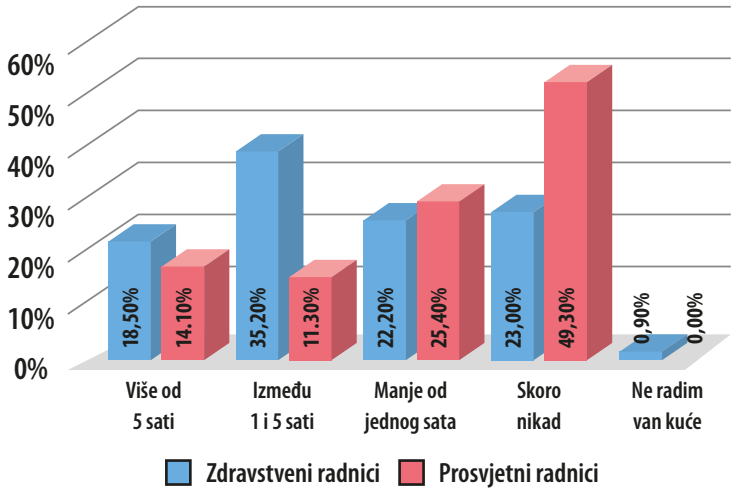
razlika u učestalosti pušenja među članovima porodice, χ2=0.002; p=0.542.

Tabela 1. Učestalost pušenja među članovima porodice

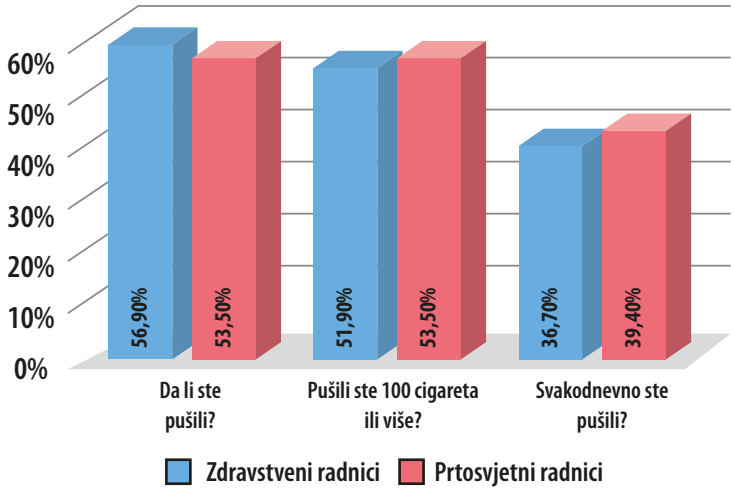
		Grupe		Ukupno
		Zdravstveni radnici	Prosvjetni radnici	
ne, niko ne puši	Broj	48	31	79
	%	44,0%	43,7%	43,9%
da, neko je pušač	Broj	61	40	101
	%	56,0%	56,3%	56,1%
Ukupno	Broj	109	71	180
	%	100,0%	100,0%	100,0%
				χ2=0.002; p=0.542

Najveći procenat zdravstvenih radnika duvanskom dimu na radnom mjestu je izloženo između 1-5 sati (35.2%), dok je 23.1% zdravstvenih radnika odgovorilo da skoro nikada nisu izloženi duvanskom dimu. U grupi prosvjetnih radnika najveci procenat ispitanika (49.3%) skoro nikada nije izložen duvanskom dimu na radnom mjestu, te je primjenom hi kvadra testa ustanovljena statistički značajna razlika u dužini izlaganja duvanskom dimu na radnom mjestu u odnosu na ispitivane grupe, χ2=11.335; p=0.001 (Grafikon 1.)

Grafikon 1. Dužina izlaganja duvanskom dimu na radnom mjestu



Grafikon 2. Učestalost pušenja među ispitivanim grupama



Od ukupnog broja zdravstvenih radnika 56.9% je dalo pozitivan odgovor da su pušili, dok je taj procenat u grupi prosvjetnih ranika 53.5%, te primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika, χ2=0.195; p=0.386. U grupi zdravstvenih radnika 51.9% ispitanika je ispušilo 100 cigareta i više u životu, dok je u grupi prosvjetnih ranika taj procenat 53.5% i nije ustanovljena statistički značajna razlika, χ2=0.048; p=0.474. Svakodnevno je pušilo 36.7% zdravstvenih radnika i 39.4% prosvjetnih radnika. Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u učestalosti svakodnevnog konzumiranja cigareta u odnosu na ispitivane grupe, χ2=0.136; p=0.415 (Grafikon 2.).

Najveći procenat ispitanika obje ispitivane grupe izjasnio se da trenutno ne konzumira cigarete i to 65.1% zdravstvenih i 70.4% prosvjetnih radnika. Cigarete svakodnevno konzumira 25.7% zdravstvenih i 22.5% prosvjetnih radnika. Povremeno konzumira cigarete 9.2% zdravstvenih i 7% prosvjetnih radnika. Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u trenutnom statusu pušenja između zdravstvenih i prosvjetnih radnika, χ2=0.415; p=0.519 (Tabela 2).

Tabela 2. Trenutni status pušenja

		Grupe		Ukupno
		Zdravstveni radnici	Prosvjetni radnici	
Da, svakodnevno	Broj	28	16	44
	%	25,7%	22,5%	24,4%
Povremeno	Broj	10	5	15
	%	9,2%	7,0%	8,3%
Ne, nikako	Broj	71	50	121
	%	65,1%	70,4%	67,2%
Ukupno	Broj	109	71	180
	%	100,0%	100,0%	100,0%
				χ2=0.415; p=0.519

Analizom prosječnog broja cigareta koje ispitanici ispitivanih grupa ispuše na dnevnom nivou, nije ustanovljena statistički značajna razlika između zdravstvenih (17.9±12.37) i prosvjetnih radnika (15±9.11), F=0.644; p=0.423 (Tabela3)

Tabela 3. Prosječan broj cigareta na dnevnom nivou

	N	X	SD	SEM	Minimum	Maximum
Zdravstveni radnici	52	17,90	12,37	1,71	1,00	60,00
Prosvjetni radnici	36	15,00	9,11	1,51	1,00	40,00
						F=0.644; p=0.423

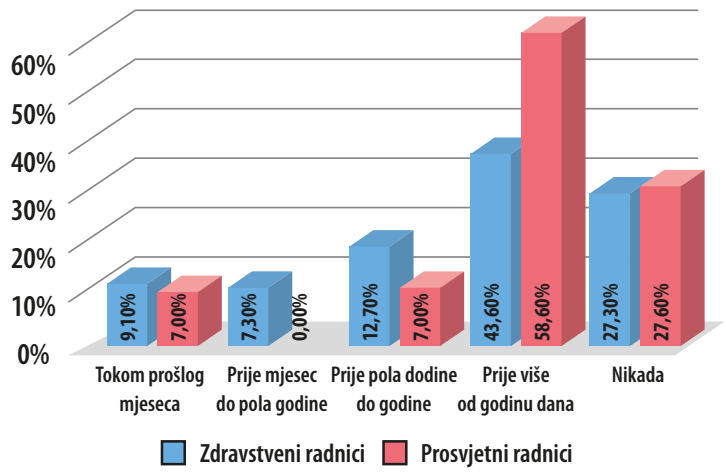
Od ukupnog broja ispitanika obje ispitivane grupe koji su odgovorili na pitanje o želji za prestankom konzumiranja cigareta, 19 (30.6%) zdravstvenih i 11 (28.9%) prosvjetnih radnika je odgovorilo pozitivno tj. da bi voljeli da prestanu da puše. Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u želji za prestanak konzumiranja cigareta u odnosu na ispitivane grupe, χ2=1.120; p=0.290. (Tabela 4).

Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u pokušaju apstinencije od duvana u odnosu na ispitivane grupe, χ2=1.082; p=0.298. Najveći procenat ispitanika je pokušao da prestane da puši prije više od godinu dana i to 43.6% zdravstvenih i 58.6% prosvjetnih radnika. Nikada nije prestalo da puši 27.3% zdravstvenih i 27.6% prosvjetnih radnika (Grafikon 3).

Tabela 4. Želja za prestanak konzumiranja cigareta

		Grupe		Ukupno
		Zdravstveni radnici	Prosvjetni radnici	
Ne	Broj	8	2	10
	%	12,9%	5,3%	10,0%
Da	Broj	19	11	30
	%	30,6%	28,9%	30,0%
Nisam siguran/na	Broj	11	8	19
	%	17,7%	21,1%	19,0%
Ne pušim više	Broj	24	17	41
	%	38,7%	44,7%	41,0%
Ukupno	Broj	62	38	100
	%	100,0%	100,0%	100,0%
				χ2=1.120; p=0.290

Grafikon 3. Pokušaj apstinencije od duvana u trajanju od najmanje 24h



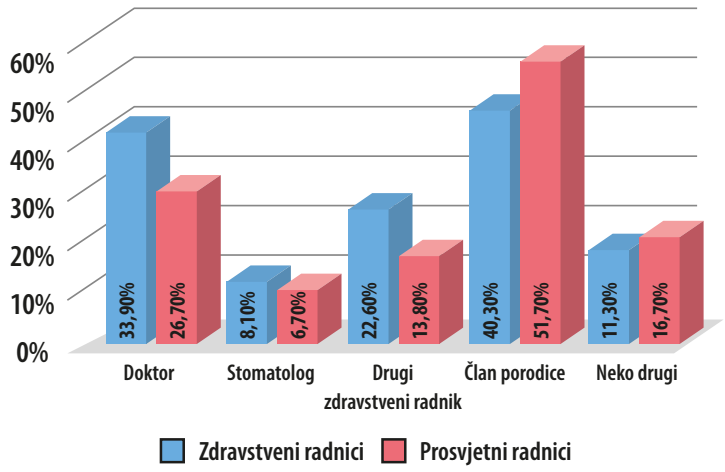
Prosvjetni radnici su bili statistički značajno više zabrinuti zbog štetnih zdravstvenih posljedica pušenja u odnosu na zdravstvene radnike, χ2=9.018; p=0.003 (Tabela 5.).

Tabela 5. Zabrinutost zbog štetnih zdravstvenih posljedica pušenja

		Grupe		Ukupno
		Zdravstveni radnici	Prosvjetni radnici	
Veoma zabrinut/a	Broj	16	17	33
	%	26,2%	45,9%	33,7%
Donekle zabrinut/a	Broj	16	13	29
	%	26,2%	35,1%	29,6%
Ne previše zabrinut/a	Broj	13	5	18
	%	21,3%	13,5%	18,4%
Nisam uopšte zabrinut/a	Broj	16	2	18
	%	26,2%	5,4%	18,4%
Ukupno	Broj	61	37	98
	%	100,0%	100,0%	100,0%
				χ2=9.018; p=0.003

Primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika u dobivanju savjeta za prestanak pušenje od određenih osoba u odnosu na ispitivanu grupu. Najveći procenat ispitanika je savjete o prestanku pušenja dobijao od članova porodice (p=0.327) i to 40.3% zdravstvenih i 51.7% prosvjetnih radnika (Grafikon 4.).

Grafikon 4. Savjet o prestanku pušenja



DISKUSIJA

Analizom navike pušenja u ovom istraživanju došli smo do sljedećih podataka. Kod više od polovine ispitanika i jedne i druge grupe neko u porodici puši, tako da nije ustanovljena statistički značajna razlika u učestalosti pušenja među članovima porodice. Najveći broj zdravstvenih radnika na radnom mjestu je izložen duvanskom dimu u prosjeku od 1-5 sati, a samo njih 20% se izjasnilo da nikada nisu izloženi duvanskom dimu, dok u grupi prosvjetnih radnika najveći broj njih nikada nije izložen duvanskom dimu na radnom mjestu, tako da je uočena statistički značajna razlika između ove dvije grupe ispitanika.

Više od polovine zdravstvenih i prosvjetnih radnika se izjasnilo da su pušili. Više od polovine ispitanika se izjasnilo da je ispušilo više od 100 cigareta u životu. Svakodnevno je pušilo 36.7% zdravstvenih radnika i 39.4% prosvjetnih radnika. Svakodnevno puši 25.7% zdravstvenih radnika i 22.5% prosvjetnih radnika. Najveći procenat ispitanika obje ispitivane grupe izjasnio se da trenutno ne konzumira cigarete. Povremeno konzumira cigarete 9.2% zdravstvenih i 7% prosvjetnih radnika. Ustanovili smo da ne postoji statistički značajna razlika u prosječnom broju cigareta koje se dnevno popuše.

Na osnovu podataka istraživanja o zdravstvenom stanju stanovništva Crne Gore iz 2000. godine procjenjeno je da u populaciji odraslog stanovništva (lica iznad 20 godina starosti), prevalencija svakodnevnih pušača iznosila 37,4% (28,5% u populaciji žena i 47,7% u populaciji muškaraca), uz još 6,1% povremenih pušača, što je ukupno iznosilo 43,5%. Studija zdravstvenog stanja populacije Crne Gore iz 2008. ukazuje da je došlo do značajnog smanjenja prevalencije konzumiranja duvana među stanovništvom Crne Gore i da ona trenutno iznosi 32,7% (26,4% svakodnevnih pušača i 6,3% povremenih pušača). Među ženama puši njih 29% (26% svakodnevno i 6% povremeno) a među muškarcima njih 36,7% (30% svakodnevno i 6,7% povremeno). Procjene Instituta za javno zdravlje Crne Gore iz Podgorice su da godišnje u Crnoj Gori od posljedica pušenja duvana umire oko 800-1000 osoba (9).

U Srbiji je u 2013. godini 34,7% stanovnika pušilo (svakodnevno ili povremeno), što ne predstavlja značajnu promjenu u odnosu na učestalost pušenja u 2006. godini (33%). Pušenje je i dalje ostala zastupljenija navika kod muškaraca (37,9%), nego kod žena (31,6%). U godini koja je predhodila istraživanju svaki treći pušač (33%) je pokušao da ostavi pušenje, dok je svaki drugi (58%) bio zabrinut za sopstveno zdravlje zbog posledica izloženosti du-

vanskom dimu (10). Statistički značaju razliku u pokušaju apstinencije između naše dvije ispitivane grupe nismo uočili, jer više od polovine prosvjetnih radnika i nešto manje od polovine zdravstvenih radnika su pokušali da prestanu da puše prije godinu dana. U odnosu na zdravstvene radnike, prosvjetni radnici su značajno zabrinutiji zbog zdravstvenih posljedica pušenja.

Prema rezultatima istraživanja provedenog 2015. godine, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o upotrebi duhana u odrasloj populaciji u Hrvatskoj, puši 31,1% stanovništva (27,5% svakodnevno, a 3,6% povremeno) (11), što je veći procenat nego u populaciji Crne Gore i opštine Berane.

Kao što vidimo u navedenim rezultatima, postotak zdravstvenih i prosvjetnih radnika koji konzumiraju cigarete je veoma visok, kao i postotak pušača opšte populacije Crne Gore (32,7%) i Hrvatske (31,1%), dok Republika Srbija 2013. godine bilježi 34,7% pušača, što je takođe zabrinjavajući podatak.

ZAKLJUČAK

Poznavanje povezanosti bioloških i psihosocijalnih faktora i koronarne bolesti ukazuje na neophodnost planiranja novih preventivnih mjera, koje ne treba usmjeriti samo ka usvajanju zdravog stila života (promjene navika u ishrani, prestanak pušenja, povećanje fizičke aktivnosti, kontrola tjelesne mase), već i ka modifikaciji emocionalnog reagovanja i ponašanja prema promjenama u porodici, na poslu i u socijalnom okruženju individue (12).

Kod zdravstvenih i prosvjetnih radnika opštine Berane pušenje je značajan faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti, što navodi na potrebu mjera prevencije i promocije zdravih stilova života.

U ovom radu utvrdili smo značajne nepravilnosti zdravstvenog ponašanja kod obje ispitivane grupe, u vidu konzumiranja cigareta, izloženosti duvanskom dimu, želji za prestankom pušenja i sl. Razlike među grupama nisu bile statistički značajne, sem u većoj izloženosti duvanskom dimu zdravstvenih radnika u odnosu na prosvjetne kao i u većoj zabrinutosti prosvjetnih radnika zbog štetnih zdravstvenih posljedica pušenja. Profesija zdravstvenih i prosvjetnih radnika je zdravstveno-edukativnog karaktera i veoma odgovorna (obavezujuća prema korisnicima usluga). S toga, značaj ovog istraživanja je u cilju boljeg i kvalitetnijeg zdravstvenog ponašanja čiji bi konačni uspjeh bio zdravo stanovništvo.

LITERATURA

1. *Prevencija kardiovaskularnih bolesti. Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd, Novembar 2005.*
2. *Berenson GS, Srinivasan SR, Wattigney WA, Harsha DW. Obesity and cardiovascular risk in children Ann NY Acad Sci. 1993;699:93-103.*
3. *Anderson HC, Mc Gregor DH, Tanimura A. Mechanisms of Calcification in Atherosclerosis in "Pathobiology of the Human Atherosclerotic Plaque", ed Glagov S., Newman W.P., Schaffer S.A., N.Z. Springer. 1990: 32-38.*
4. *Rosengen A, Tibblin G, Wilhelmsen L. Self-perceived phychological stress and incidence of coronary artery disease in middle-aged men. Am J Cardiol 1991, 68:1171-5.*
5. *Henry C McGill, Jr, C Alex McMahan, Edward E Herderick, Gray T Malcom, Richard E Tracy, Jack P. Strong and the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) Research Group. Origin of atherosclerosis in childhood and adolescence. American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 72, No. 5, 1307S-1315s, November 2000.Presented at the symposium Fat Intake During Childhood, held in Houston, June 8–9, 1998.*
6. *Shankar RR, Eckert GJ, Saha C, Tu W, Pratt JH.The Change in Blood Pressure during Pubertal Growth. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(1):163-7.*
7. *Stamler R, Stamler J, Riedlinger W.F et al. Weight and blood pressure. Findings in hypertension screenings of 1 million Ameri-cans. J Am Med Assoc 1978, 240: 1607-1611.*
8. *Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003;290:86-97.*
9. *Kavarić N. Gojaznost kao faktor rizika nastanka kardiovaskularnih poremećaja u dece školskog uzrasta. Doktorska disertacija. 2013. Podgorica*
10. *Institut za javno zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut". Zdravstveno statistički godišnjak Republike Srbije 2015. Beograd, 2016.*
11. *Dečković V, Ivičević Uhernik A, Mihel S. Istraživanje o upotrebi duhana u odrasloj populaciji Republike Hrvatske. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2015: 4-24.*
12. *Brigitta Maćešić, Branka Špehar. Prevencija kardiovaskularnih bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. SG/NJ 2014;19:30-41.*

SUPRAKONDILARNI PRELOMI HUMERUSA KOD DECE

SUPRACONDYLAR FRACTURES OF HUMERUS AT CHILDREN

Andrea Božić [1,2], Zlatko Ćirić [3], Milena Mikić[1,4], Ivana Dondo[1,4]
[1] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstevnu negu
[2] Medicinska škola „7. april" Novi Sad
[3] Institut za plućne bolesti Sremska Kamenica
[4] Klinički centar Vojvodine Novi Sad

APSTRAKT
UVOD: Suprakondilarni prelomi humerusa zauzimaju značajno mesto u morbiditetu dece. Uspeh u lečenju ovih preloma svakako zavisi od pravovremeno postavljene dijagnoze, brzine transporta i kvaliteta zdravstvene nege.
CILJ RADA: Sagledati razlike kod dece sa suprakondilarnim prelomom humerusa u odnosu na primenjenu metodu lečenja.
Materijal i metode. Istraživanje je sprovedeno na Institutu za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine u Novom Sadu iz istorija bolesti da bi se dobili relevantni podaci koji su statistički obrađeni.
REZULTATI: Suprakondilarni prelomi lakta se nalaze na trećem mestu po učetalosti. Najveći broj isptanika pripada starosnoj kategoriji od 7-9 godina. Povrede su češće na levoj ruci. Najveći broj ispitanika iz obe grupe povredu je zadobilo u maju, padom u igri. Kod 63,3% ispitanika iz obe grupe prošlo je od 0 – 2h od momenta povređivanja do intervencije. Statistički značajna razlika postoji u načinu transporta između pacijenata lečenih konzervativnim i operativnim putem.
ZAKLJUČAK: Kod suprakondilarnih preloma kod dece, pravilno postavljenom transportnom imobilizacijom i što bržim transportom do zdravstvene ustanove smanjuje se rizik od nastanka komplikacija kao i potreba za otvorenom redukcijom. Smanjena dužina hospitalizacije omogućava brže vraćanje svakodnevnim aktivnostima, smanjenju mogućnosti nastanka intrahospitalnih infekcija, kao i smanjenju troškova lečenja.
KLJUČNE REČI: suprakondilarni prelomi humerusa, deca

ABSTRACT
INTRODUCTION: Supracondylar fractures of the humerus occupy a significant place in the morbidity of children. The success in treating these fractures certainly depends on the timely diagnosis, the speed of transport and the quality of nursing care.
Aim. Observe differences in children with supracondylary fracture of the humerus compared to the applied treatment method.Material and methods. The research was conducted at the Institute for Health Care of Children and Youth of Vojvodina in Novi Sad using custom questionnaires and disease history to obtain relevant data that was statistically processed.
RESULTS: Supracondylar elbow fractures are in third place by frequency. The largest number of respondents belongs to the age category of 7-9 years. Injuries are more often on the left hand. The majority of respondents from both groups suffered injuries in May, a fall in the game. In 63.3% of respondents from both groups passed from 0 to 2h from the moment of injuries to the intervention. A statistically significant difference exists in the mode of transport between patients treated with conservative and operative pathways.
CONCLUSION: In the case of supracondylary fractures in children, properly installed transport immobilization and faster transport to a health institution, the risk of complications and the need for an open reduction are reduced. Reduced length of hospitalization allows for quicker return to daily activities, reduction of the possibility of intrahospital infections, and reduction of treatment costs.
KEYWORDS: supracondilar fractures of humerus, children

UVOD

Kod dece uzrasta ispod 15 godina, u najčešće nenamerne povrede spadaju različiti prelomi gornjih i donjih ekstremiteta, a na šestom mestu sa učestalošću od 5,2% nalaze se frakture humerusa (1). Prelomi lakta čine 7-9% svih preloma u dečijem uzrastu, dok suprakondilarni prelomi humerusa predstavljaju jednu od tipičnih povreda dečjeg uzrasta koji nastaju kao posledica pada na ispruženu ruku i čine oko 60% do 75% svih fraktura donjeg okrajka humerusa u dece (2, 3-8). U odnosu na stranu češće se javljaju na levom laktu 58%, u odnosu na desni lakat 42%, zbog funkcije odbrane koju leva ruka vrši pri padu, dok se desna ruka više upotrebljava za hvatanje, i češće se javljaju kod dečaka nego kod devojčica (2, 9).

Kliničku sliku suprakondilarnog preloma humerusa karakteriše jak bol u predelu lakta koji se pojačava pri svakom pokretu. Pored toga, prisutni su još i otok i hematom, osetljivost oba kondila i klasičan deformitet u obliku slova »S« u predelu zgloba lakta (10). Prelomi mogu biti zatvoreni i otvoreni. Pri zatvorenim prelomima integritet kože nije prekinut, dok pri otvorenim prelomima postoji

Korespondent:
asist. dr sci.med. Andrea Božić
e-mail: 0519andrea@gmail.com
Jug Bogdana 25, 21000 Novi Sad
Tel: +381 64 38 58 449

defekt kože (različitog stepena) kroz koji se može uočiti koštani fragment (10).

Suprakondilarni prelomi humerusa zauzimaju značajno mesto u morbiditetu dece. Dugotrajna onesposobljenost ovih pacijenata i shodno tome ne mali troškovi lečenja, nedvosmisleno uzrokuju da ove povrede, osim medicinskog imaju i socijalni i ekonomski značaj. Uspeh u lečenju ovih preloma svakako zavisi od pravovremeno postavljene dijagnoze, pravilne imobilizacije i brzine transporta, čime se postiže smanjen broj komplikacija i olakšava dalje lečenje.

Izbor i izvođenje tretmana zavisi od kliničke slike i rendgenskog nalaza (9). U lečenju suprakondilarnih preloma humerusa kod dece koriste se sledeće metode: konzervativni način lečenja koji podrazumeva primenu gipsane imobilizacije u trajanju od dve do tri nedelje, i hirurški način lečenja (ortopedska repozicija u opštoj anesteziji i perkutana fiksacija ulomaka pomoću dve Kiršnerove igle, odnosno vertikalna skeletna (transolekranonska) ekstenzija ili otvorena (krvava) repozicija u opštoj anesteziji (11).

Medicinska sestra i zdravstvena nega imaju veoma značajnu ulogu predstavljajući nezaobilaznu kariku u svakoj od faza lečenja. Da bi se poboljšao kvalitet zdravstvene nege, medicinske sestre moraju stalno da usavršavaju svoje znanje u smislu kontiniurane edukacije i da poseduju visoka strukovna i akademska znanja. Kod suprakondilarnih preloma humerusa u dečijem uzrastu, njihov posao ne zahteva samo klasičnu zdravstvenu negu, već poznavanje i prepoznavanje povreda, stanja, dijagnostičkih procedura, komplikacija i psihologije deteta, kao i edukaciju roditelja o predstojećem periodu lečenje i brizi deteta u kućnim uslovima (12).

CILJ

Cilj istraživanja bio je da se sagledaju razlike u demografskim podacima, o načinu povređivanja i transporta i dužini hospitalizacije kod dece sa suprakondilarnim prelomom humerusa u odnosu na primenjenu metodu lečenja.

MATERIJAL I METODE RADA

Mesto eksperimentalnog istraživanja

Jednogodišnje retrospektivno istraživanje je sprovedeno na Klinici za dečju hirurgiju Instituta za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine u Novom Sadu i podrazumevalo je obradu kliničkog materijala. Retrospektivnom analizom obuhvaćeno je 60 pacijenata kod kojih su primenjene različite metode lečenja – 30 pacijenata kod kojih je sprovedeno konzervativno lečenje odnosno 30 pacijenata koji su operativno lečeni. Ovim istraživanjem, a na osnovu istorija bolesti, odnosno medicinske i ekonomske dokumentacije, dobijeni su demografski podaci o pacijentima, način povrede i transporta, kao i vreme koje proteklo od trenutka povređivanja do momenta lečenja.

U ispitivanje su bili uključeni pacijenti sa suprakondilarnim prelomom humerusa lečeni konzervativnim odnosno operativnim putem, a koji su se javili na Kliniku za dečju hirurgiju u Novom Sadu radi lečenja navedenog preloma.

Statistička obrada podataka

Prikupljeni podaci su unošeni u posebno kreiranu bazu podataka na personalnom računaru. Nakon unosa podataka, izvršena je njihova statistička obrada korišćenjem programskog paketa SPSS. U obradi podataka primenile su se sledeće tehnike/metode: deskriptivna frekventna analiza; pokazatelji mere centralne tendencije (aritmetička sredina); mere varijabiliteta (standardna devijacija) za prikazivanje numeričkih podataka; Studentov T test i X^2 za nivo značajnosti. Kompletan rad je obrađen u tekst procesoru Word 2007, a grafikoni su izvedeni u programskom paketu Exel 2007.

Etička razmatranja istraživanja

Istraživanje je odobrio Etički komitet i direktor Instituta za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, kao i Etički komitet Medicinskog fakulteta.

REZULTATI RADA

U toku analiziranog perioda suprakondilarni prelomi se nalaze na trećem mestu po učestalosti 11,7%, odnosno na prvom mestu u odnosu na ostale vrste preloma 58,1%. Od ukupno 30 pacijenata kod kojih je suprakondilarni prelom lakta lečen konzervativnom metodom, njih 70% su muškog pola, dok je taj procenat kod pacijenata lečenih operativnim putem bio 66,7% (p>0,05).

Najveći broj pacijenata iz obe grupe, pripada starosnoj kategoriji od 7 – 9 godina čija je prosečna starost 8 godina (χ^2=8 i SD=1.17) (Tabela 1.)

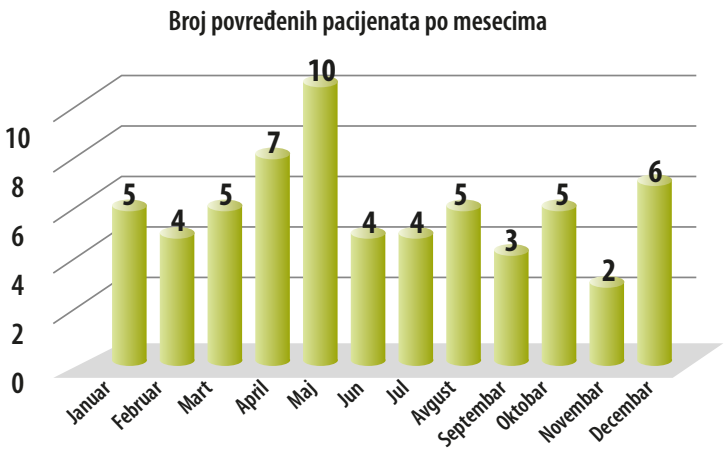
Tabela 1. Starosna struktura pacijenata

Godine života	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
1 – 3	5	16.7	3	10	8	13.3
4 – 6	9	30	9	30	18	30
7 – 9	9	30	11	36.7	20	33.3
10 – 12	3	10	6	20	9	15
13 – 15	3	10	1	3.3	4	6.7
16 – 18	2	3.3	0	0	1	1.7
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

p>0,05

Najveći broj pacijenata iz obe grupe, njih 10 povredu je zadobilo tokom maja meseca (Grafikon 1).

Grafikon 1. Distribucija pacijenata prema mesecu povređivanja



Najveći broj dece iz obe grupe, 41,7% povredu je zadobilo prilikom pada u igri (Tabela 2.)

Od ukupno 60 pacijenata lečenih konzervativnim i operativnim putem, levu stranu je povredilo u obe grupe po 17 pacijenata, dok je desnu stranu povredilo u svakoj grupi po 13 pacijenata (p>0,05).

Sa kolima hitne medicinske službe i sa transportnom imobilizacijom došlo je 20% pacijenata koji su lečeni konzervativnim

Tabela 2. Distribucija pacijenata prema mehanizmu povređivanja

Mehanizam povređivanja	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Pad sa bicikla	10	33.3	5	16.7	15	25
Pad u igri	13	43.3	12	40	25	41.7
Pad sa visine	7	23.4	13	43.3	20	33.3
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

p>0,05

putem dok je taj procenat kod onih koji su lečeni operativnim putem bio 0 (p<0,05) (Tabela 3.).

Tabela 3. Način transporta pacijenata do bolnice

Način transporta	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Sa roditeljima bez imobilizacije	19	63.3	17	56.7	36	60
Sa roditeljima sa imobilizacijom	5	16.7	12	40*	17	28.3
Sa kolima HP bez imobilizacije	0	0	1	3.3	1	1.7
Sa kolima HP sa imobilizacijom	6	20	0	0	6	10
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

*p<0.05

Kod 63,3% ispitanika iz obe grupe prošlo je od 0 – 2h od momenta povređivanja do intervencije (p>0,05) (Tabela 4.).

Tabela 4. Vremenski period od momenta povređivanja do intervencije

Vreme od povrede do intervencije	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
0 – 2 h	18	60	20	66.7	38	63.3
2 – 4 h	9	30	7	23.3	16	26.7
4 – 6 h	2	6.7	2	6.7	4	6.7
Više od 6 h	1	3.3	1	3.3	2	3.3
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

p>0,05

Svi pacijenti sa koji su lečeni konzervativnom metodom bili su pušteni kući istog dana, dok je 63,3% pacijenata lečenih operativnim putem, u bolnici provelo od 1 do 3 dana (p<0,05) (Tabela 5.).

Tabela 5. Distribucija pacijenata prema dužini hospitalizacije

Dužina hosptalizacije	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
1 – 3 dana	30	100	19*	63.3	49	81.7
4 – 6 dana	0	0	8*	26.7	8	13.3
7 – 9 dana	0	0	1	3.3	1	1.7
10 – 12 dana	0	0	2	6.7	2	3.3
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

*p<0,05

DISKUSIJA

Suprakondilarni prelomi humerusa predstavljaju najčešče prelome u zglobu lakta. Učestalost ovih preloma u našem istraživanju, kao i u drugoj literaturi iznosi oko 60% (3, 13, 14). Specifična građa distalnog okrajka humerusa, sa dva udubljenja, volarno fossa coronoidea, a dorzalno fossa olecrani, čini ovaj deo humerusa najvulnerabilnijom tačkom stuba humerusa, što objašnjava tako visoku incidencu (69%) ovih preloma u odnosu na ukupan broj preloma lakta u dečjem uzrastu (14).

Kao i u našem istraživanju, učestalost suprakondilarnih preloma lakta u pogledu pola pokazuje da su ovi prelomi dva puta češći kod dečaka nego kod devojčica (6, 9, 15). To se može povezati sa uzrastom pacijenata i načinom povređivanja, gde su dečaci u tom uzrastu skloniji nepažljivim situacijama u igri.

Incidenca suprakondilarnih peloma je najveća između 5. i 8. godine, nakon čega se do 15. godine smanjuje zbog sastava kostiju koji postepeno postaje kao kod odraslih (16). 84% suprakondilarnih preloma humerusa nastaje pre 10. godine života što smo i potvrdili u našem istraživanju gde je najveći broj pacijenata u obe grupe pripadao starosnoj strukturi od 7 do 9 godina (4).

Najveći broj ispitanika u obe grupe povredu je zadobilo tokom meseca maja. Prema studiji Carol C. Haser-a, najveći broj dece uzrasta 5 – 10 godina povredu je zadobilo tokom leta, dok se u istraživanju Gajdobranski Đ. i saradnici, većina preloma desila u periodu april – septembar, što je period najveće eksponiranosti dece akcidentalnim zbivanjima u igri (4, 17).

U našem istraživanju najveći broj dece iz obe grupe povredu je zadobilo prilikom pada u igri, što je slično istraživanju koje su sproveli Gajdobranski Đ. i saradnici na Klinici za dečju hirurgiju u Novom Sadu u periodu 1991-2000 (4).

Učestalost suprakondilarnih preloma lakta u odnosu na stranu povređivanja u našem istraživanju je češća na levoj strani nego na desnoj, kao i u istraživanju Al-Algawy-a i saradnika (18). Prema studiji Mohammed M. Zamzan i saradnika i Devkota P. i saradnika ta učestalost je 58:50, odnosno 54:48 u korist leve ruke (19, 20). Većina ovih povreda uzrokovane su padom i najčešće pogađaju nedominantnu ruku (21). Ova pojava se može objasniti i zbog funkcije odbrane koju vrši leva ruka pri padu, dok se desna ruka više upotrebljava za hvatanje (9).

Kod suprakondilarnih preloma humerusa imobilizacija se koristi da bi smanjila bol, omogućila lakši transport povređenog, sprečila da zatvoreni prelom ne postane otvoreni, da smanji oštećenja nerava, mišića i krvnih sudova i da onemogući pokretanje povređenog ekstremiteta kako bi se sprečila pojava komplikacija. Ovakve situacije zahtevaju brzu evaluaciju, privremenu imobilizaciju, adekvatan transport i pravovremenu hiruršku intervenciju (22). Analizom podataka dobijenih u ovom radu dobijamo statistički značajnu razliku u načinu transporta između pacijenata lečenih konzervativnim i operativnim putem, gde je sa kolima hitne medicinske službe i sa transportnom imobilizacijom došlo 20% pacijenata lečenih konzervativnim putem, dok je 40% pacijenata koji su lečeni operativnim putem došlo u pratnji roditelja sa transportnom imobilizacijom.

Na izbor metode lečenja kao i na pojavu komplikacija utiče i vreme koje prođe od momenta povređivanja do početka intervencije. U literaturi Walmsley-a i saradnika nailazimo na podatak da se potreba za otvorenom repozicijom povećala sa 11,2% na 33% kod dece kod koje je prošlo više od 8h od povređivanja do intervencije (23). U našem istraživanju kod najvećeg broja ispitanika iz obe grupe prošlo je 0-2 h od povrede do intervencije, nasuprot istraživanju Zhou-a i saradnika gde je kod većine pacijenata lečenih operativnim putem prošlo između 2 i 12h (24). Razlog ovom dugom vremenskom periodu može se pripisati razdaljini koju su ovi pacijenti primorani da pređu da bi došli do zdravstvene ustanove, odnosno iz okolnih ruralnih sredina gde se ovakve vrste povreda ne mogu sanirati.

U našem istražvanju dobijaju se veoma slični podaci sa podacima iz literature, gde je najveći broj pacijenata lečenih operativnim putem u bolnici provelo 2-4 dana, dok su svi pacijenti lečeni konzervativnim putem bili otpušteni kući istog dana (24, 25).

ZAKLJUČAK

Suprakondilarni prelomi lakta zauzimaju prvo mesto po učestalosti u odnosu na ostale prelome lakta, dva puta su češći kod dečaka nego kod devojčica i češći su na levoj strani u odnosu na desnu. Prosečna starost pacijenata bila je 8 godina. Najveći broj ispitanika u obe grupe povredu je zadobilo tokom meseca maja, prilikom pada u igri. Pravilno postavljenom transportnom imobilizacijom i što bržim transportom do zdravstvene ustanove smanjuje se rizik od nastanka komplikacija kao i potreba za otvorenom redukcijom. Smanjena dužina hospitalizacije omogućava brže vraćanje svakodnevnim aktivnostima, smanjenju mogućnosti nastanka intrahospitalnih infekcija, kao i smanjenju troškova lečenja.

LITERATURA

1. *Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder A, Branche C, Rahman F et al. World report on child injury prevention. World Health Organization. 2008.*
2. *Kumar V, Singh A. Fracture Supracondylar Humerus: A Review. J Clin Diagn Res. 2016; 10(12): RE01–RE06*
3. *Prpić Ivan i suradnici. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga, Zagreb, 2002.*
4. *Gajdobranski Đ, Marić D, Tatić M, Đurić-Nosek D, Mikov A. Osteosinteza Kiršnerovim iglama u lečenju dislociranih su prakondilarnih preloma humerusa u dece. Med Pregled 2003; LVI (7-8): 355-61.*
5. *Jandrić SĐ. Terapijski efekat fizikalnih procedura na kontrakture lakta kod djece sa suprakondilarnim prelomom humerusa. Acta Chir lugosl 2007; 54(2): 39-43.*
6. *De Pellegrin M, Brivio A, Pescatori E, Tessari L. Frattura sovracondiloidea di omero in età infantile. Osteosintesi percutanea in posizione prona. G.I.O.T. 2008; 34: 199-204.*
7. *Čekanauskas E, Degliute R, Kalesinkas RJ. Treatment of supracondylar humerus fractures in children, according to Gartland classification. Medicina 2003; 39(4): 379-83.*
8. *De Coulon G, Ceroni D, De Rosa V, Pazos JM, Kaelin A. Nonoperative treatment of displaced supracondylar fractures in children: Rigault type 2 fractures. Acta Orthopaedica. 2005; 76(6), 858-61.*
9. *Arena S, Vermiglio G, Terranova A, Vermiglio M, Arena P. Trattamento ortopedico e riabilitativo nelle fratture sovracondiloidee di omero in età evolutiva. Acta Chirurgica Mediterranea. 2006; 22: 169-73.*
10. *Dragović M, GerzićZ. Osnovi hirurgije. Beograd: Medicinska knjiga. 1994;1733.*
11. *Richard AK Reynolds, Holly Jackson. Concept of treatment in supracondylar humeral fractures. Injury, Int. J. Care Injured. 2005; 36: 51-6.*
12. *Griffin KJ, Walsh SR, Markar S, Tang TY, Boyle JR, Hayes PD. The pink pulsless hand: a review of the literature regarding management of vascular complications of supracondylar humeral fractures in children. Eur J Vasc Surg. 2008; 36(6):697-702.*
13. *Marjanović Z, Nikolić P, Đorđević-Marušić N, Milićević R. Procena vrednosti skeletne ekstenzije primenjene u lečenju dislociranih suprakondilarnih preloma humerusa u dece. Acta Orthop Iugosl. 1999; XXX(2): 125-31.*
14. *Timotijević S, Denisenko I, Baščarević Lj, Grbić R, Đorović S, Ćosić M, et al. Biomehanička razmatranja visoke incidence suprakondilarnog preloma humerusa dece. Acta Orthop Iugosl 1998; XXIX(1):51-6.*
15. *Azbug JM, Herman MJ. Management of supracondylar humerus fractures in children: Current concepts. J Am Acad Ortho Surg 2012;20(2): 69–77.*
16. *Kuoppala E, Parviainen R, Pokka T, Sirviö M, Serlo W, Sinikumpu JJ. Low incidence of flexion-type supracondylar humerus fractures but high rate of complications. Acta Orthop 2016; 87(4): 406–11.*
17. *Carol C Hasser. Supracondylar Fractures of the Humerus in Children. European Journal of Trauma 2001; 271-15.*
18. *Al-Algawy H, Aliakbar AH, Witwit IHN. Open versus closed reduction and K-wire fixation for displaced supracondylar fracture of the humerus in children. Eur J Orthop Surg Traumatol 2018. [Epub ahead of print]*
19. *Mohammed M Zamzan, Khalid A Bakarman. Treatment of displaced supracondylar humeral fractures among children: Crossed versus lateral pinning. Injury. Int J. Care Injured 40. 2009; 625-30.*
20. *Devkota P, Khan JA, Acharya BM, Pradhan NMS, Mainali LP, Singh M, Srestha SK, Rajbhandavi AP. Outcome of Supracondylar Fractures of the Humerus in Children Treated by Closed Reduction and Percutaneous pinning. J Nepal Med Assoc 2008; 47(170): 66-70.*
21. *Eric M Henderson, Kenneth A Egol, Harold JP von Bosse, Mark E Schweitzer, Sarah K Pettrone, David S Feldman. Calculation of rotational deformity in pediatric supracondyla humerus fractures. Skeletal Radial 2007; 36: 229-35.*
22. *Supracondylar Humerus Fractures in Children. [cited 2017 December 15]. Available from: http://at.uwa.edu/admin/UGA/emergency%20protocol-orthopedic.doc*
23. *Walmsley PJ, Kelly MB, Robb JE, Aunan IH, Porter DE. Delay increases the need for open reduction of type-III supracondylar fractures of the humerus. Journal of Bone and Joint Surgery 2006; 88, 4; ProQuest Nursing & Allied Health Source pg. 258.*
24. *Zhou Q, Kong Q, Gao B. Treatment of Grtland type II and III supracondylar fracture of humerus in children. Chi J repar and reconst surgery2018; 1:32(6): 698-702.*
25. *Levent Karapinar, Hasan Ozturk, Taskin Altay, Boyram Kose. Closed reduction and percutaneus pinning with three Kirschner wires in children with type III displaced supracodylar fractures of the humerus. Acta Orthop Traumatol Turc 2005; 39(1):23-9.*

FAKTORI RIZIKA ZA BEZBEDNOST BOLESNIKA NA HEMODIJALIZI

RISK FACTORS FOR PATIENT SAFETY ON HEMODIALYSIS

Jelena Petrušić [1], Branislava Brestovački Svitlica[2,3]
[1] Klinički centar Vojvodine, Klinika za nefrologiju i imunologiju
[2] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad,
[3]Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Novi Sad

APSTRAKT
UVOD: Kontinuirano unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata je sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu.
CILJ RADA: Utvrditi faktore koji utiču na bezbednost pacijenata na hemodijaliznom tretmanu
METODOLOGIJA: Za pronalaženje empirijskih radova korišćena je elektronska baza MEDLINE
REZULTATI RADA: Faktori koji utiču na bebezbdnost pacijenata na hemodijalizi su: neispravnost dijaliznih aparata, kvalitet dijalizne vode, kontrola infekcija, padovi pacijenata, sprovođenje terapije lekovima i neefikasna komunikacija.
ZAKLJUČAK: Greške koje se dešavaju u toku dijaliznog tretmana nemoguće je u potpunosti eliminisati, ali se njihova učestalost može svesti na minimum. Neophodna su stalna ulaganja u edukaciju medicinskog osoblja ali i pacijenata kako bi se aktivno mogli uključiti u lečenje. U cilju povećnja bezbednosti potrebno je i stalno praćenje i preispitivanje procedura kako bi se na vreme uočili potencijalni rizici.
KLJUČNE REČI: bezbednost pacijenata, hemodijaliza, medicinske sestre

ABSTRACT
INTRODUCTION: Continuous improvement of the quality of health care and patient safety is an integral part of everyday activities of healthcare workers, healthcare associates and all other employees in the healthcare system.
OBJECTIVE: To determine factors that influences the safety of patients on hemodialysis treatment
METHODOLOGY: The electronic database MEDLINE was used to find empirical works
RESULTS: Factors affecting the patients' chances of hemodialysis include: malfunction of dialysis machines, quality of dialysis water, control of infections, falls of patients, implementation of drug therapy and ineffective communication.
CONCLUSION: Mistakes occurring during dialysis treatment cannot be completely eliminated, but their frequency can be reduced to a minimum. Continuous investments are needed in the education of medical staff as well as patients in order to be actively involved in the treatment. In order to increase security, it is necessary to continuously monitor and review procedures in order to identify potential risks in time.
KEY WORDS: patient safety, hemodialysis, nurses

HEMODIJALIZA

Hemodijaliza predstavlja vantelesnu razmenu supstanci između krvi pacijenta i elektrolitnog rastvora koji je po sastavu sličan normalnoj krvi. Ova razmena odvija se preko semipermeabilne membrane koja se nalazi u aparatu - dijalizatoru.

Pre započinjanja tretmana neophodno je obezbediti pristup krvnim sudovima pacijenta. Vaskularni pristup može biti privremen i on se omogućava plasiranjem katetera ili trajan kada je neophodno kreirati arteriovensku fistulu ili graft. Pri započinjaju svakog dijaliznog procesa u vaskularni deo se uvode dve igle (kanulacija vaskularnog pristupa), od kojih jedna ide u arterijski krvni sud i pomoću nje krv iz organizma pacijenta odlazi u dijalizator, dok se druga igla uvodi u venski krvi sud i preko nje se krv iz dijalizne mašine vraća u organizam bolesnika. U dijalizatoru se preko semipermeabilnih membrana vrši razmena svih onih supstanci koje se normalno izlučuju putem bubrega i na taj način održava njihova normalna koncentracija (1).

Procenjuje se da se danas gotovo 1,5 milion bolesnika koji su u terminalnoj fazi hronične bubrežne insuficijencije dijalizira, a procenat osoba kojima je ova procedura neophodna kako bi preživeli je u stalnom porastu (2,3).

Dužina trajanja hemodijalize i interval u kom se ona ponavlja zavise od svakog pacijenta ponaosob. Za većinu bolesnika dovoljna dužina trajanja dijaliznog procesa je 4h i neophodno ga je ponavljati 3 puta nedeljno.

BEZBEDNOST PACIJENATA NA HEMODIJALIZI

Osigurati bezbednost osoba kojima je potrebna medicinska pomoć jedan je od najvećih izazova sa kojima se zdravstveni sistem susreće. Istraživanja koja su sprovedena u Americi, Australiji i Velikoj Britaniji pokazuju da 1 od 10 hospitalizovanih pacijenata doživi neki neželjeni ishod koji može ozbiljno ugroziti njegovo zdravlje. Deo ovih neželjenih ishoda nastaje kao posledica primene terapije. Međutim, gotovo polovina njih može biti prevenirana, a u čak 8% slučajeva nastaje smrtni ishod koji je mogao biti sprečen. Ujedno, ovi preventabilni faktori predstavljaju veliki finansijski iz-

Korespondent:
Doc. dr sci. med. Branislava Brestovački Svitlica
E mail: branislava.brestovacki@mf.uns.ac.rs;
Telefon: +381 64 869 5695

datak za zdravstveni sistem (3,4).

Stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata postalo je sastavni deo svakodnevnih aktivnosti zdravstvenih radnika, zdravstvenih saradnika i svih drugih zaposlenih u zdravstvenom sistemu (5).

FAKTORI RIZIKA ZA BEZBEDNOST BOLESNIKA NA HEMODIJALIZI

Faktori koji ugrožavaju bezbednost pacijenta javljaju se sa različitom učestalošću. Najveći rizik nose kvalitet dijalizne vode, ponovna upotreba membrana i kontrola infekcija.

Drugi faktori rizika koji su zastupljeni sa velikom učestalošću su sprovođenje terapije lekovima, padovi pacijenta i neispravnost opreme za dijalizu (6).

Centri u kojima se vrši hemodijaliza su dosta složeni i njihovo funkcionisanje zahteva saradnju mnogobrojnog osoblja i korišćenje savremene tehnologije. Zato su i faktori rizika koji utiču na bezbednost bolesnika mnogobrojni, a mogućnost za nastanak grešaka velika. U svakoj od ovih ustanova neophodno je da se potencijalni rizici koji ugrožavaju bezbednost pacijenta prepoznaju i da se primene mere koje će sprečiti njihov nastanak .

Oblasti u kojima bezbednost pacijenta može biti ugrožena prikazane su u tabeli 1.

Tabela 1. Faktori rizika za bezbednost bolesnika

Ljudski faktori rizika	Komunikacija između lekara i pacijenta Komunikacija između medicinskog osoblja Vođenje medicinske dokumentacije
Faktori rizika od strane pacijenta	Nedovoljna obučenost osoblja Nepoštovanje protokola i procedura Padovi Sprovođenje terapije lekovima
Faktori rizika vezani za vaskularni pristup	Teškoće pri kanulaciji Pomeranje igle, krvarenje Tromboza, infekcije
Faktori rizika vezani za dijaliznu opremu	Neadekvatna dijalizna oprema Neispravnost vode za dijalizu

SPROVOĐENJE TERAPIJE LEKOVIMA

Za pacijente koji su na hemodijalizi karakteristična je složenost terapije. Kod njih se često javljaju i druge bolesti udružene sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom kao što je hipertenzija, šećerna bolest ili kardiovaskularna oboljenja. Zbog toga je neophodno u terapiju uvesti više lekova kako bi se simptomi oboljenja držali pod kontrolom. Većina njih uzima i do 12 različitih vrsta lekova koji su podeljeni u više dnevnih doza. Kako je terapijski režim izuzetno zahtevan, pacijenti često postaju nezadovoljni što se odražava odbojnošću i nesaradnjom. Kao posledica toga dolazi do neredovnog uzimanja terapije, pri čemu se simptomi oboljenja intenziviraju, a bezbednost pacijenta ugrožava.

Prilikom ordiniranja terapije lekovima, bezbednost pacijenta može biti ugrožena propisivanjem neadekvanih lekova ili pogrešnih doza lekova (7).

Do grešaka u terapiji sprovođenja lekovima dolazi i zbog činjenice da osim nefrologa, lekove propisuju i lekari drugih specijalnosti. Osim grešaka koje se odnose na doze i izbor lekova, faktor rizika za bezbednost bolesnika predstavlja i priprema i primena leka u nesterilnim uslovima jer povećava mogućnost za nastanak i širenje infekcije.

Kolika je učestalost grešaka u terapiji lekovima pacijenata na hemodijalizi pokazalo je istraživanje koje je obuhvatilo 7 različitih studija. Rezultati su pokazali da su kod 395 pacijenata registrovane 1593 greške, što bi u proseku iznosilo 4 greške po pacijentu. Najčešće su ove greške nastajale kao posledica neadekvatnog laboratorijskog praćenja (23,5%), potom kao posledica pogrešnog doziranja leka (20,4%), dok je kod nešto više od šestine pacijenata odgovarajući lek nije bio propisan iako su postojale medicinske indikacije (8). Ova objedinjena studija takođe je pokazala da greške najčešće nastaju kod primene lekova u terapiji kardiovaskularnih oboljenja (27,5%). Nešto manji, ali ipak znatan procenat grešaka zabeležen je u propisivanju endokrinih lekova kao i nefroloških lekova (15%).

Kako bi se smanjila učestalost ovih grešaka neophodno je sprovesti niz strategija. Veliku pomoć u redukciji grešaka pruža otvaranje elektronskih medicinskih kartona. Ujedno, uvođenje kompjuterske podrške u propisivanje terapije smanjilo bi greške u doziranju lekova i redukovalo učestalost propisivanja lekova koji su u međusobnoj interakciji. Program bi trebao da ima i centralizovani pristup, odnosno svi lekari koji učestvuju u lečenju pacijenta bi trebalo da mu imaju pristup i mogućnost da unose izmene u terapiji (9). U sklopu uključivanja pacijenta u program za unapređenje bezbednosti, radi se na stalnom ohrabrivanju i podsticanju bolesnika da uvek sa sobom imaju listu sa lekovima koje uzimaju i da je pokazuju svim lekarima koji učestvuju na bilo koji način u lečenju pacijenata.

PADOVI PACIJENATA

Veliki broj istraživanja pokazala su da je među dijaliziranim pacijentima sve više onih koji su stariji od 65 godina i onih koji imaju brojne komorbiditete. Veća starosna dob nosi i znatno veći rizik za povređivanjem, pa su tako padovi znatno češći u ovoj populacijskoj grupi. Kod više od 30% osoba koje imaju preko 65 godina registruje se makar jedan pad unutar godinu dana, pri čemu su oni znatno češći kod osoba koje imaju neko telesno oštećenje. Padovi predstavljaju problem jer mogu dovesti do preloma kostiju, razvoja funkcionalnih oštećenja i zahtevati dugoročnu negu (10).

Iako se ranijih godina padovima među pacijentima na dijalizi nije pridavao poseban značaj, pokazano je da oni i te kako mogu uticati na ishod lečenja. Primećeno je da se padovi uglavnom dešavaju u kućnim uslovima, kao i da su mnogo češći u prvoj polovini dijaliznog tretmana. Postoje brojni faktori rizika koji su povezani sa padovima kod starijih osoba. Oni su uglavnom uslovljeni postojanjem brojnih oboljenja koji se javljaju u kasnijem životnom dobu (artritis poremećaj vida, depresija, šećerna bolest, poremećaj sna, neuropatija). Isto tako, terapija ovih oboljenja zahteva polimedikamentozno lečenje koje samo po sebi može povećati rizik za nastanak padova (sedativi, triciklični antidepresivi, antikonvulzivi i antiaritmici) (10,11).

U poslednjih nekoliko godina urađeno je više studija koje su ispitivale učestalost padova među pacijentima na hemodijalizi. Istraživanje koje su sproveli Cook i saradnici (10) pokazalo je da je 47% pacijenata doživelo najmanje jedan pad za vreme trajanja studije. Među njima, kod više od polovine ispitanika (57%) padovi su se ponovili za vreme trajanja studije. Ipak, učestalost povreda bila je gotovo slična kao i u opštoj populaciji.

Druga studija koju su sproveli Desmet i saradnici pokazala je da 12,7% ispitanika doživelo pad tokom osmonedeljnog trajanja studije, a 3% imalo je i frakturu kosti kao posledicu pada (11). Kako bi se sprečio nepovoljan ishod, predloženo je niz programa koji se odnose na prevenciju padova. Ovi programi pre svega podrazumevaju pravilnu identifikaciju pacijenata koji su u povećanom riziku

za razvoj pada. U tu svrhu kreirane su skale za procenu rizika od padova koji sadrže faktore rizika (12).

Prostorije u kojima se vrši dijaliza neophodno je često čistiti i dezinfikovati, pa podovi koji su mokri mogu predstavljati idealnu podlogu za nastanak padova. Zato je neophodno da vlažni i mokri podovi budu adekvatno obeleženi kao i da postoji oprema kojom se mogu brzo posušiti (13). Ovako okruženje zahteva i adekvatno i jako osvetljenje naročito tokom perioda kada se pacijenti na dijalizi smenjuju.

INFEKCIJE

Razlozi za nastanak infekcije su višestruki. Pacijenti usled postojanja hronične bubrežne insuficijencije imaju oslabljen imuni sistem, što predstavlja idealnu podlogu za brži i lakši razvoj infekcija. Osim toga, česte hospitalizacije, korišćenje vaskularnog pristupa, kontakt sa zaraženim pacijentima i kontaminiranom opremom nose znatno veći rizik za razvoj infekcija.

Prema podacima Centra za kontrolu i prevenciju bolesti Sjedinjenih Američkih Država, infekcije među dijaliziranim pacijentima predstavljaju drugi po redu uzrok hospitalizacije i smrti, odmah nakon kardiovaskularnih bolesti (14). Najčešće infekcije koje se sreću među ovim pacijentima su infekcije izazvane virusima hepatitisa B i C, kao i infekcije izazvane bakterijama među kojima poseban rizik za bezbednost pacijenta predstavljaju one koje su izazvane multirezistentnim sojevima.

Hepatitis B infekcije

Pacijenti koji su na dijalizi nalaze se pod povećanim rizikom za razvoj infekcija izazvanih virusima hepatisa B zbog transfuzija koje su im često neophodne kao i zbog dugotrajnog postojanja vaskularnog pristupa. Zbog mnogobrojnih hospitalizacija ovi bolesnici se često nalaze u kontaktu sa pacijentima koji već imaju infekciju kao i sa dijaliznom opremom koja može biti kontaminirana (15).

Pre započinjanja dijaliznog tretmana neophodno je da se svim pacijentima uradi serološko testiranje na virus hepatitisa B, a oni pacijenti koji su negativni vakcinišu. Obavezna vakcinacija osim pacijenata obuhvata i svo medicinsko osoblje koje učestvuje u dijaliznom tretmanu. Vakcina se daje u najmanje tri doze, a nakon sprovođenja kompletne vakcinacije pacijente bi trebalo testirati kako bi se utvrdilo postojanje zaštitnih antitela. Kod onih bolesnika koji nisu razvili specifičan imuni odgovor indikovano je davanje jedne buster doze.

Osim sprovođenja vakcinacije uveden je i niz mera koje pacijente koji nisu zaraženi virusom hepatitisa B izlaže manjem riziku za dobijanje infekcije. Ove mere uključuju izolaciju pacijenta koji imaju hepatitis B u posebne sobe kako ne bi dolazili u kontakt sa neinficiranim pacijentima. Osim toga, sa pacijentima koji su zaraženi trebalo bi da radi posebno osoblje koje neće dolaziti u kontakt sa sero-negativnim pacijentima, čime se rizik za transmisiju virusa smanjuje. Ujedno, oprema kojom se vrši dijaliza trebalo bi da bude podeljena tako da pacijenti koji nemaju hepatitis B virus koriste opremu koja nije bila u kontatu sa zaraženim bolesnicima. U sprečavanju širenja infekcija primenjuju se i specifične mere koje se odnose na higijenu ruku, korišćenje rukavica, čišćenje i dezinfekciju prostorija i opreme između svakog pacijenta. Kako bi se zaraženi pacijenti na vreme otkrili preporučuje se i rutinsko testiranje pacijenta na hepatitis B antigen jednom mesečno (16).

Hepatitis C infekcije

Među dijaliziranim pacijentima prevalencija infekcija izazvanih virsom hepatitisa C je znatno veća nego u slučaju hepatitis B virusa (HBV) (15). Faktori rizika za nastanak ove infekcije slični su kao i kod HBV infekcija: učestale hospitalizacije i kontakt sa medicinskim osobljem, aparatima i pacijentima koji imaju ovu virusnu infekciju, kao i povećana potreba za transfuzijama krvi.

Kontrola širenja hepatitis C infekcija (HCV) primarno je fokusirana na odvojeno pripremanje i administraciju lekova za zaražene i nezaražene pacijente kao i na sprovođenje higijenskih mera: adekvatnu higijenu ruku, čišćenje i dezinfekciju opreme nakon svakog

pacijenta. Izolacija pacijenata se u slučaju dokazanih HCV infekcija ne preporučuje jer se prethodno navedene mere smatraju dovoljnim u sprečavanju transmisije virusa (16).

Bakterijske infekcije

Bakterijske infekcije među hemodijaliziranim pacijentima pokazale su se kao jedan od najvećih opasnosti za bezbednost bolesnika i povezane su sa velikim rizikom za nastanak smrtnog ishoda. Učestalost bakterijskih infekcija prvenstveno zavisi od tipa vaskularnog pristupa koji se koriste u dijalizi. Pacijenti koji imaju centralni venski kateter imaju znato već rizik za razvoj infekcije od osoba koje imaju arterio-venski graft ili fistulu. Istraživanja koja su rađena pokazuju da se infekcije javljaju kod 4,2 na 100 pacijenata koji imaju kateter u odnosu na 0,9 odnosno 0,5 na 100 osoba koje imaju graft ili fistulu (17).

Kako bi se sprečio ovako veliki broj infekcija koje nastaju kod osoba koje imaju centralni venski kateter uvedene su i smernice za prevenciju infekcija:

1) higijena ruku osoblja i pacijenta pre kontakta sa kateterom ili izlaznom ranom

2) dezinfekcija kože i primena optimalne tehnike prilikom postavljanja katetera

3) aplikacija antimikrobnih masti koje ne oštećuju strukturu katetera na izlazno mesto

Poseban rizik po bezbednost pacijenta predstavljaju infekcije izazvane multirezistentnim sojevima. Ove infekcije ujedno su i veliki izazov za lekare jer je njihovo lečenje otežano zbog toga što ne reaguju na veliki broj antimikrobnih lekova. Sojevi koji su najčešći prouzrokovači infekcija uključuju vankomicin rezistentan enterokok, vankomicin i meticilin rezistentan stafilokok i multirezisentne gram negativne bacile. Studije koje su urađene pokazuju da je rizik za nastanak infekcije ovim sojevima među dijaliziranim pacijentima 100 puta veći nego u opštoj populaciji.

U kontroli širenja ovih infekcija primenjuju se svi oni principi koji važe za sprečavanje nastanka infekcija s tim što su mere koje se ovde primenjuju agresivnije i odnose se na stalni nadzor i testiranje, higijenu ruku kao i na dekolonizaciju (16).

VASKULARNI PRISTUPI

Vaskularni pristupi omogućavaju kontakt između bolesnika i dijalizne mašine i bez njih dijalizni tretman ne bi bio moguć. Ipak, ove strukture nose veliki rizik za bezbednost pacijenta.

Postoje tri oblika vaskularnog pristupa: arteriovenski graft, arteriovenska fistula i venski kateteri. Svaki od njih ima svoje prednosti i mane.

Danas se preporučuje da se u svim situacijama kada je to moguće prvo kreira arteriovenska fistula ili graft jer se ova dva tipa pristupa povezuju sa znatno manjom učestalošću oboljevanja i nastanka smrtnog ishoda (18). Meta-analiza koja je sprovedena na preko 500 000 hemodijaliziranih pacijenata pokazala je da je upotreba centralnog venskog katetera bila povezana sa većim rizikom za nastanak infekcija, kardiovaskularnih oboljenja, većim brojem hospitalizacija i smrtnog ishoda (19).

Osim infekcije, postoje i drugi faktori rizika koji ugrožavaju bezbednost bolesnika među kojima su najznačajniji krvarenje i teškoće pri kanulaciji vaskularnog pristupa. Teškoće pri kanulaciji

nastaju usled otežanog pristupa zbog nemogućnosti da se pristupni vaskularni sud palpira. Medicinskom osoblju je nekad potrebno i više pokušaja kako bi se kanulacija izvršila što može dovesti do povređivanja pacijenta i nastanka krvarenja. Posebno rizičnu grupu predstavljaju konfuzni pacijenti jer mogu izvući iglu iz krvnog suda.

Faktor rizika za nastanak krvarenja može predstavljati i nepravilno postavljena igla i njeno pomeranje tokom dijaliznog tretmana. Iako su dijalizne mašine danas dosta savremenije nego ranije i mogu da registruju skoro sva tehnička odstupanja, pomeranje igle nekad može biti

malo tako da protok krvi ostane dovoljan i ne aktivira alarm na mašinama, dok je gubitak krvi znatno veći pa iskrvarenje može biti veliko, a pacijent životno ugrožen (6).

Česte faktore rizika koji ugrožavaju bolesnika predstavljaju i tromboza venskih sudova i prolongirano krvarenje koje nastaje nakon hemodijalize. Tromboza uzrokuje smanjen protok krvi kroz vaskularni pristup čime se smanjuje adekvatna doza dijalize, a dijalizni tretman gubi svoju funkciju. Prolongirano krvarenje nakon hemodijalize nastaje kao posledica velike doze antikoagulantnih lekova ili zbog postojanja stenoze venskog dela vaskularnog pristupa.

U sprečavanju povreda i neželjenih događaja puno pažnje se posvećuje i edukaciji osoblja. Nedovoljno obučeno osoblje može imati poteškoće u kanulaciji venskog pristupa što dovodi do nastanka povreda i produženog krvarenja. Kako bi se poboljšala osposobljenost zdravstvenih radnika koji učestvuju u dijalizi uvedeni su simultani treninzi. Oni se pre svega odnose na simulaciju kanulacije venskog pristupa gde se kroz različite situacije osoblje obučava kako da pravovremeno reaguje u situaciji kada nastane neki od prethodno navedenih neželjenih događaja (20).

KOMUNIKACIJA

Neuspešna komunikacija predstavlja jedan od najvećih rizika po bezbednost pacijenta. Kritične tačke u komunikaciji odnose se na nesporazume između lekara i pacijenta, kao i između lekara i drugog medicinskog osoblja. Neuspešna komunikacija sa pacijentom najčešće nastaje kao posledica nespremnosti bolesnika da pričaju o zdravstvenom problemu ili nelagodnosti da sa lekarom podele svoje tegobe. Isto tako, zbog velikog broja pacijenata lekari često nemaju dovoljno vremena koje bi posvetili pacijentu što dovodi do nerazumevanja dijaliznog tretmana i prirode same bolesti od strane pacijenta. Izveštaj Svetskog udruženja nefrologa potvrđuje ove tvrdnje. Sa lekarske tačke gledišta, veći problemi u komunikaciji ne postoje, kontakt sa pacijentom se lako ostvaruje, a više od polovine lekara smatra da većina pacijenata slobodno može da razgovara o problemu koji ima. Sa druge strane, ispitivanje sprovedeno među pacijentima ukazuje na to da se oko 20% ispitanika ne oseća prijatno kada razgovara o svojoj bolesti sa medicinskim osobljem, isto toliko pacijenata navodi da su informacije koje dobijaju od lekara i drugih zdravstvenih radnika nepotpune i neadekvatne (21).

Da bi dijalizni tretman bio uspešno sproveden mora postojati i dobra komunikacija između lekara i medicinskih tehničara. Neuspešna komunikacija na ovom nivou javlja se pre svega usled različitog načina na koji zdravstveni radnici komuniciraju. Lekari su naučeni da budu kratki i sažeti u svojim izlaganjima, dok se medicinski tehničari nasuprot njima trude da budu opširniji i daju što više opisa. Kao posledica različitog načina komunikacije dolazi do nerazumevanja i propuštanja važnih činilaca koji determinišu stanje pacijena zbog čega on može biti i životno ugrožen (22).

Podjednako važna stavka koja utiče na bezbednost bolesnika i neuspeh komunikacije jesu stanja koja se javljaju kod pacijenata sa hroničnom bubrežnom insuficijencijom. Studije koje su sprovodene pokazuju da kod osoba sa bubrežnim bolestima, naročito kod onih na dijalizi dolazi do oštećenja kognitivnih funkcija i memorije zbog čega im može biti teže da razumeju prirodu bolesti i način lečenja (23).

SAVREMENA TEHNOLOGIJA I OPREMA ZA DIJALIZU

Oprema za dijalizu sastoji se iz više struktura: aparata - dijalizatora, dijaliznih membrana, sistema za pripremanje dijalizne tečnosti i monitora putem koga se prate parametri dijalize. Unutar dijalizatora nalaze se dijalizne membrane kroz koje se krv filtrira. Bilo koja od ovih struktura može ugroziti bezbednost pacijenta ukoliko se ne koristi pravilno i u skladu sa propisima.

Problemi sa opremom za dijalizu najčešće dovode do zaustavljanja dijaliznog procesa pre planiranog vremena. Osim prekida dijaliznog tretmana, greške koje se vezuju za dijaliznu opremu obuhvataju i formiranje tromba unutar dijaliznog sistema, curenje tečnosti koje nastaje kao posledica neispravnodg dovodnog sistema dijalizatora, kao i mašinama indukovanu hemolizu (21,24). Razlaganje eritrocita može nastati kao posledica dejstva mehaničkih i hemijskih faktora. Mehanički uzroci nastanka hemolize su opstrukcija i smanjen protok krvi usled fabričkih grešaka u konstrukciji dijalizatora, savijanja sistema cevi kroz koje prolazi krv i nesrazmernog odnosa između prečnika kanile i brzine protoka krvi. Hemijski uzroci hemolize su supstance kojima se vrši dezinfekcija aparata (24).

Tokom hemodijalize iz krvi bolesnika uklanjaju se otpadni produkti metabolizma filtracijom kroz semipermeabilnu membranu koja se nalazi u dijalizatoru. Dijalizna membrana prepoznata je kao jedan od glavnih faktora kojim se bezbednost bolesnika i kvalitet dijaliznog tretmana mogu poboljšati. Materijal od kojih se ove membrane izrađuju treba da bude takav da ne pokrene imunološku reakciju u organizmu pacijenta. Danas su u upotrebi dva tipa membrana: celulozne i sintetske. Istraživanja koja su poredila ove membrane pokazala su da se bioinkopatibilne reakcije češće javljaju prilikom upotrebe celuloznih membrana, kao i da one manje apsorbuju endotoksine, što pacijente izlaže većem riziku za nastanak pirogenih reakcija (1).

Ranije su veliki faktor rizika za bezbednost bolesnika bile membrane koje su se upotrebljavale više puta. Ova procedura zahtevala je visok standard u pogledu održavanja higijene i sterilizacije nakon svake upotrebe. Greške koje su se javljale odnosile su se na dodeljivanje membrane pogrešnom pacijentu kao i na rizik za širenje infekcije (25).

Pored aparata i membrana na bezbednost bolesnika utiče i kvalitet dijalizne tečnosti. Voda od koje se priprema dijalizna tečnost mora ispuniti određene standarde u pogledu elektrolitnog sastava i stepena čistoće. Praksa je da se sastav dijalizne tečnosti prilagođava svakom pacijentu ponaosob kako bi se izbegli elektrolitni i metabolički poremećaji. Bezbednost bolesnika biva ugrožena ukoliko dođe do hemijske i mikrobiološke kontaminacije dijalizne tečnosti.

Kako bi se bezbednost bolesnika unapredila u praksu su uvedeni protokoli i uputstva za upotrebu dijaliznih mašina koja se striktno moraju poštovati. Kako bi se osiguralo da će ista i odgovarajuća membrana u ponovnom dijaliznom tretmanu biti dodeljena pravom pacijentu uvedeno je obeležavanje dijalizatora i membrana bar kodovima pa se na taj način može izvršiti tačna identifikacija. U cilju smanjivanja hemijske i mikrobiološke kontaminacije dijalizne tečnosti uveden je stalni mikrobiološki nadzor. Ovaj na-

dzor podrazumeva kontrolu sistema za preradu vode, tečnosti za dijalizu i dijaliznih mašina. Analize koje se rade uvek moraju biti vršene od strane kvalifikovane osobe: farmaceut, mikrobiolog ili specijalista higijene. Uzorci za analizu uzimaju se najmanje jednom mesečno, a u slučaju pojave neželjenih reakcija i češće. Uzorci dijalizne tečnosti uvek se uzimaju sa više mesta: na mestu ulaska vode u sistem za preradu, posle omekšivača, pre i posle reverzne osmoze i na ulasku u dijaliznu mašinu. Tečnosti se uvek ispituje na prisustvo bakterija i endotoksina jer su istraživanja pokazala da nema korelacije između broja bakterija i koncentracije endotoksina (1,25).

UNAPREĐIVANJE BEZBEDNOSTI PACIJENTA

Centri u kojima se odvija dijaliza predstavljaju potencijalne izvore rizika za bezbednost pacijenta. U njima se nalaze brojni faktori koji mogu ugroziti zivot pacijenata. Unapređenje u oblasti bezbednosti u dijaliznim centrima može se postići na više načina.

Kultura bezbednosti pacijenta zasniva se na identifikaciji potencijalnih izvora opasnosti kao i implementaciji procesa kojima se rizični faktori mogu eliminisati i tako smanjiti mogućnost za nastanak grešaka. Za uvođenje kulture bezbednosti pacijenata odgovoran je menadžment zdravstvene ustanove. On je u obavezi da kreira niz strategija i protokola kojima će u kritičnim oblastima smanjiti faktori rizika na minimum. Ipak, i pored svih napora koji se ulažu u poboljšanje bezbednosti greške se ipak dešavaju i zato ni ustanove koje imaju visoke bezbednosne mere nisu potpuno lišene mogućnosti za njihov nastanak (5,6).

Održavanje kulture bezbednosti zasniva se pre svega na prijavljivanju grešaka koje se dešavaju, kako od strane pacijenta tako i od strane medicinskog osoblja. Da bi se greške prijavljivale neophodno je i jednima i drugima pružiti sigurno okruženje koje neće pojedinca kriviti za nastanak greške već će uzrok nastanka problema potražiti u sistemu.

Nakon identifikacije problema vrši se analiza uzroka nastanka greške. Pomoću nje se otkriva koji su delovi sistema i procesa doveli do njenog nastanka. Cilj analize je da se odredi šta se desilo, zašto se desilo i kako da se ista greška više ne ponovi. Vodeći se pravilom da se na greškama najviše može naučiti, ovaj metod pomaže da se utvrdi koje to delove procesa treba promeniti kako bi se bezbednost unapredila. Analizom se preispituju svi oni propisi, procesi i ljudski faktori koji bili u vezi sa određenim problemom. Ovu analizu u dijaliznim centrima sprovode timovi koji nakon završenog procesa treba da daju i niz predloga kojima će se buduće greške prevenirati, a bezbednost i kvalitet zdravstvene zaštite unapredili (20).

ČEK LISTE

Jedan od načina za unapređenje bezbednosti bolesnika jeste i formiranje kontrolnih listi. Ove liste formirne su sa ciljem da se medicinskom osoblju olakša izvođenje i praćenje procedura i protokola koje se izvode, ali i da bi se poboljšala komunikacija između medicinskog osoblja, kao i između pacijenata i medicinskih sestara (26).

U cilju praćenja procedura i protokola kreirano je više ček listi koje obuhvataju:

- Ček listu za kontrolu rutinske dezinfekcije prostorijama u kojima se vrši hemodijaliza
- Ček listu za kontrolu pripremanja i aplikacije lekova koji se daju muskularno
- Ček listu za kontrolu kanulacije i dekanulacije AV grafta/fistule
- Ček listu za povezivanje i skidanje katetera
- Ček listu za kontrolu nege katetera
- Ček listu komunikacije između medicinskih sestara i pacijenata

Do danas je formirano više ček listi koje su specifične za dijalizni tretman. Ove liste uglavnom se sastoje iz tri dela koja obuhvataju period pre započinjanja dijalize, period u toku dijaliznog tretmana i vreme nakon završetka dijaliznog procesa. Lista koju su kreirali Marcelli i saradnici zasnovana je na iskustvu pacijenta i može je popuniti medicinska sestra uz minimalnu saradnju sa lekarom (27).

ZAKLJUČAK

Unapređenje bezbednosti pacijenta predstavlja osnovu u celom zdravstvenom sistemu pa i u dijaliznom tretmanu. Greške koje se dešavaju u toku dijaliznog tretmana nemoguće je u potpunosti eliminisati, ali se njihova učestalost može svesti na minimum. Da bi se to postiglo neophodna je dobra komunikacija između lekara i pacijenata, kao i između članova medicinskog tima. Neophodna su i stalna ulaganja u edukaciju medicinskog osoblja ali i pacijenata kako bi se aktivno mogli uključiti u lečenje. U cilju povećnja bezbednosti potrebno je i stalno praćenje i preispitivanje procedura kako bi se na vreme uočili potencijalni rizici i mogle primeniti mere prevencije koje će sprečiti njihov štetan efekat. Kontinuiranom upotrebom ček lista i stalnom kontrolom medicinskog osoblja može se smanjiti nastanak grešaka. Vođeni ovim strategijama, zajedničkim delovanjem poboljšavamo i unapređujemo kvalitet života pacijenata na hemodijalizi.

LITERATURA

1. *Hrvačević R. Savremene metode dijalize. II izdanje, Beograd, 2012.*
2. *US Department of Health and Human Services. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. Hemodialysis - What is hemodialysis and how does it work? Dostupno na: https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/kidney-failure/hemodialysis. Pristupljeno 30.10.2017.*
3. *US Department of Health and Human Services. Agency for Helathcare Research and Quality. Dostupno na: https://psnet.ahrq.gov/glossary#P. Pristupljeno 30.10.2017.*
4. *Emslie S, Knox K, Pickstone M. Improving patient safety: Insights from American, Australian and British healthcare. ECRI Europe, United Kingdom, 2002.*
5. *Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC, 2000.*
6. *Garrick R, Kliger A, Stefanchik B. Patient and Facility Safety in Hemodialysis: Opportunities and Strategies to Develop a Culture of Safety. Clin J Am Soc Nephrol. 2012; 7: 680-6*
7. *Manley HJ, McClaran ML, Overbay DK. Factors associated with medication-related problems in ambulatory hemodialysis patients. Am J Kidney Dis. 2003; 41: 386-393.*
8. *Manley H, Cannella CA, Bailie GR, St Peter WL. Medication-Related Problems in Ambulatory Hemodialysis Patients: A Pooled Analysis. Am J Kidney Dis. 2005; 46(4):669-680.*
9. *St Peter WL. Improving medication safety in chronic kidney disease patients on dialysis through medication reconciliation. Adv Chronic Kidney Dis 2010; 17(5):413-419.*
10. *Cook W, Tomlinson G, Donaldson M, Markowiz SN, N.aglie G, Sobolev B, Jassal SV. Falls and fall-related Injuries in older dialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol. 2006; 1:1197–1204.*
11. *Desmet C, Beguin C, Swine C, Jadoul M: Falls in hemodialysis patients: Prospective study of incidence, risk factors, and complications. Am J Kidney Dis. 2005; 45:148–153.*
12. *Heung M, Adamowski T, Segal J, Malani P. A Successful Approach to Fall Prevention in an Outpatient Hemodialysis Center. Clin J Am Soc Nephrol. 2010; 5(10):1775–1779.*
13. *Heartland Kidney Network: Quality Improvement Department. Fact sheet: Patient Safety in the dialysis facility: A basic and practical approach. Updated 2006.*
16. *Centers for Disease Control and Prevention: Dialysis Data Reports. Dostupno na: http://www.cdc.gov/dialysis/monitoring/Data-reports.html. Pristupljeno 03.11. 2017.*
17. *Reddy GA, Dakshinamurthy KV, Neelaprasad P, Gangadhar T, Lakshmi V. Prevalence of HBV and HCV dual infection in patients on haemodialysis. Indian Journal of Medical Microbiology 2005; Dostupno na: http://www.ijmm.org/article.asp?issn=0255-0857;year=2005; volume=23; issue=1;spage=41;epage=43;aulast=Reddy#ft7. Pristupljeno 03.11. 2017.*
18. *Kallen A, Arduino M, Pratel PR. Preventing infections in patients undergoing hemodialysis. Expert Rev Anti Infect Ther. 2010; 8(6):643-655.*
19. *Klevens RM, Edwards JR, Andrus ML, Peterson KD, Dudeck TC, Horan TC. Dialysis surveillance report: National Healthcare Safety Network – data summary for 2006. Semin Dial. 2008; 21:24–28.*
20. *Vascular Access 2006 Work Group: Clinical practice guidelines for vascular access. Am J Kidney Dis. 2006; 48:S176–S247.*
21. *Ravani P, Palmer SC, Oliver MJ, Quinn RR, MacRae JM, Tai D et all. Associations between Hemodialysis Access Type and Clinical Outcomes: A Systematic Review. J Am Soc Nephrol. 2013; 24:465–473.*
22. *Kliger AS. Maintaining safety in the dialysis facility. Clin J Am Soc Nephrol. 2015; 10:688- 695.*
23. *Report on the findings from the ESRD professional survey. Rockville, MD, Renal PhysiciansAssociation, 2007. Dostupno na: http://www.kidneypatientsafety.org/uploadedFiles/ HSSProfessionalSurveyReport_FNL_3-21-07.pdf. Pristupljeno 05.11.2017.*
24. *Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care. 2004; 13:i85-i90.*
25. *Kurella M, Chertow GM, Fried LF, Cummings SR, Harris T, Simonsick E at all. Chronic kidney disease and cognitive impairment in the elderly: The health, aging, and body composition study. J Am Soc Nephrol. 2005;16:2127–2133.*
26. *Tharmaraj D, Kerr PG. Haemolysis in hemodialysis. Nephrol. 2017;22(11):838-847.*
27. *US Department of Health and Human Services. Agency for Helathcare Research and Quality. Dangerous dialysis. Dostupno na: https://psnet.ahrq.gov/webmm/case/224. Pristupljeno 07.11.2017.*
29. *Thomas A, Silver SA, Rathe A, Robinson P, Wald R, Bell CM, Harel Z. Feasibility of a hemodialysis safety checklist for nurses and patients: a quality improvement study. Clin Kidney J. 2016;9:335-342.*
30. *Marcelli D, Matos A, Sousa F. Implementation of a quality and safety checklist for haemodialysis sessions. Clin Kidney J. 2015;8:265–270.*

PRIMENJENI MENADŽMENT U REFORMI SREDNJEG STRUČNOG OBRAZOVANJA U SRBIJI

APPLIED MANAGEMENT IN VOCATIONAL EDUCATION REFORM IN SERBIA

Ljiljana Jovčić[1]
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Beograd

APSTRAKT
U izgrađivanju savremenijeg sistema obrazovanja, kao temeljna polazišta mogu nam poslužiti njegove osnovne funkcije, sažete u sledećem: osposobljavanje svakog mladog čoveka, a i odraslih, za društvenu praksu, za uključivanje u društvenu podelu rada i društveni život, i doprinos što potpunijem ispoljavanju ljudske ličnosti. Time je obuhvaćena ekonomska, socijalna i humana funkcija obrazovanja.Ovo nalaže realizaciju osnovnih ciljeva obrazovanja i vaspitanja: stvoriti kulturnog čoveka, produktivnog radnika, omogućiti svakome da pronađe svoje mesto u društvenoj zajednici i da postane aktivan i koristan član društva u kome živi.Tako koncipiran sistem obrazovanja obuhvata sva polja, sve nivoe i oblike institucionalnog, a i neinstitucionalnog obrazovanja. Jedna od osnovnih karakteristika tog sistema će biti: fleksibilnost i adaptibilnost, moć brzog i efikasnog prilagođavanja novim društvenim potrebama i očekivanjima u skladu sa zahtevima naučno-tehnološkog razvoja. Rad komparira srednje stručno obrazovanje u Srbiji sa istim nivoom u Evropskoj unijii drugim evropskim zemljama, te apostrofira neophodnost reformi. Implicira značaj primene postulata menadžmenta kao društvene tehnologije koja omgućava postizanje efikasnoti i efektivnosti institucija i poduhvata.
KLJUČNE REČI: menadžment, srednje stručno obrazovanje, reforma, kompetencije

ABSTRACT
In the reforming of modern education system, its basic functions can be used as main points,consisted in the following; enabling of each young man, as well as adults, for the social practice, for the social labour division inclusion and social life and a contribution of more complete human personality expression. In that manner, the economic, social and human function of education are included.It enjoins the realisation of the main aims of education and breeding: to create a polite person, productive worker, to enable everyone to find their place in a social community and to become active and useful member of a society where he lives. That concept of a system of education covers all the fields, levels and forms of institutional and non-institutional education. One of the main characteristics of the system will be: flexibility and adaptability, the possibility of a quick and efficient adaptation to new social needs and expectations in concordance with science- technological development demands. The work compares the vocational education in Serbia to the same level in the European Union and other European countries, then it highlights the necessity of reforms. It implies the importance of the use of management demands as social technology which enables the efficiency achievement and the effectiveness of institutions and ventures.
KEY WORDS: management, vocational education, reform, competences

UVOD

U poslednjoj deceniji dokumenta međunarodnih organizacija (UN, OECD, EU) naglašavaju razvoj institucionalnog sistema kvaliteta kao jedan od najznačajnijih zadataka obrazovanja[1]. Kvalitet obrazovanja kao ekonomsku kategoriju karakteriše efikasnost i efektivnost kao odnos kulturne prakse i kao oblik nacionalnog identiteta i raznolikosti i treba ga posmatrati, pre svega, u kontekstu društveno-ekonomskog rasta i razvoja. Evropa se razvija ka ka društvu ekonomije i znanja, a motivacija i veštine su ključ za jačanje konkurentnosti i adaptivnosti radne snage [1].

PREGLED LITERATURE

Dejvis navodi da je ključ poboljšanja obrazovnih programa u zemljama u tranziciji tzv. kadrovsko planiranje, u skladu s kojim se radi i obrazovno planiranje, i kurikulumi obrazovnih institucija prilagođavaju potrebama tržišta, odnosno detaljnim zahtevima radnih mesta za koja obrazuju kadar [2]. Frenk, oslanjajući se na radove Agarvala i Darcija (Aggarwaland Darzi, 2006), a zatim i na Hauarda i Temblina (HowardS. Barrows, RobynM. Tamblyn: Problem - Based Learning – An Approachto Medical Education) ističu da obrazovanje u dobrom broju zemalja ima fundamentalni problem – oskudno povezivanje teorije i prakse. Osnovni zahtev koji ove teoretske škole iskazuju prema npr. medicinskom obrazovanju je da ono mora da bude prilagođeno očekivanjima koja će struka imati prema svršenim učenicima, a to su najčešće znanja, veštine i kompetencije u odabranoj oblasti medicine. Uopšteno rečeno, npr. medicinsko obrazovanje (bez obzira na nivo) treba da osposobi pojedinca za efektivno, efikasno i humano rešavanje zdravstvenih problema pacijenata, što podrazumeva varijetet podveština, kao što su kognitivne veštine kliničkog rezonovanja, interpersonalne veštine, veština komunikacije i humanog pristupa [3, 4, 5].

Vinterton insistira da obrazovanje mora da se orijentiše

Korespondent:
Prof.dr Ljiljana Jovčić
E-mail: ljiljana.jovcic@yahoo.com

ka pristupu kojim dominiraju očekivane kompetencije, a koji je definisan u Berlinskom komunikeu (BerlinCommuniqué 2003) i dokumentima Bolonjske radne grupe o okvirima kvalifikacija u obrazovanju (2004), pre svega u komparabilnim i kompatibilnim kvalifikacijama koje treba da se opišu u terminima radnog opterećenja, nivoa, ishoda učenja, kompetencija i profila. Izveštaj Bolonjske radne grupe definiše ishode učenja kao iskaze šta se od učenika očekuje da zna, razume i može da uradi na kraju perioda učenja [6].

Kolin citira Gardnera govoreći o dva tipa znanja: deklarativnog (knowingwhat) i proceduralnog (knowinghow), koji samo u simbiozi mogu dati sumu znanja potrebnu da bi se ispunili kasniji profesionalni zadaci. Svako znanje i učenje primarno počiva na mentalnim sposobnostima s implicitnom pretpostavkom da postoji kapacitet za prenos znanja i logiku učenja. Novi zahtevi u učenju pretpostavljaju kognitivne preduslove i specifična znanja i veštine, odnosno njihovu interakciju [7].

Klime smatra da se u od srednjeg ka visokom obrazovanju znanje mora u većem procentu pretvarati u veštine [8]. Proktor i Duta razlikuju perceptualne veštine, veštine odgovora na podražaj, motorne veštine i veštine rešavanja problema. Veštine se razvijaju s vremenom, predstavljaju odgovor na zahteve okruženja, predstavljaju komponente ponašanja strukturisane u koherentne modele i konačno – kognitivni zahtevi se smanjuju kako rastu veštine. Veštine rešavanja problema zavise od intelekta i mentalnog modela, ali se mogu razviti kroz praksu [8].

Nudeći alternativnu perspektivu Sandberg ističe značaj razumevanja kulturološkog okvira u kome pojedinac (u interakciji s drugima) definiše kolektivne kompetencije, sistem simbola koji se dele u svrhu razumevanja aspekata zajedničkog radnog iskustva. Implikacije interpretativne, kulturološke perspektive za sagledavanje kompetencija vidimo u posebnim znanjima i veštinama koje se smatraju specifičnim razumevanjem tržišta rada. Razvoj tih kompetencija ne fokusira se na transfer znanja i veština kod pojedinaca već na promenu u razumevanju samog rada [9].

Maksić i Ševkušić smatraju da „obrazovanje i stučno usavršavanje nastavnika radi povećanja njihove profesionalne kompetetnosti predstavlja jedan od ključnih elemenata aktuelne ferofme obrazovnog sistema u Srbiji [10].

Ševkušić i Šefer iznose rezultate akiconog istraživanja novog pristupa nastavi, u kom isksutva iz istraživanja govore u prilog uvođenja tematskog planiranja i primeni grupno-istraživačkog modela učenja, kao i da su posmatrani učenici za kraće vreme formirali veći broj stavova i pokazali razvijanje shvatanja nastavne oblasti, u većem obimu [11].

U svakoj oblasti ljudskog delovanja pa stoga i u reformisanju postojećeg obrazovanja neophodno je adekvatno upravljanje procesima. Menadžment je svojevrsna društvena tehnologija koja omogućava efektivnost i efikasnost. Folet smatra da je menadžment sposobnost da se posao obavi preko ljudi. Danas je to kontinuiram proces kojim se pokreće i usmerava aktivnost radi ostvarenja svrhe postojanja preduzeća, odnosno institucije. Menadžment je preduslov za osptanak, rast i razvoj preduzeća, intitucije, odnosno projekta i ideje [12].

Srednje stručnog obrazovanje u zemljama Evropske unije i drugim evropskim zemljama

Krajem devedesetih godina razvoj evropskog obrazovanja dobija novi zamah i pravac. Kamen temeljac postavio je White paper Evropske unije o obrazovanju iz 1996 (EU, 1996), dokument čiji je glavni cilj bio usaglašavanje obrazovanja, sistema osposobljavanja, zapošljavanja, potreba i njihovog daljeg razvoja u okvirima ukupnog budućeg razvoja Evrope. Njime je postavljen ključni princip moderne Evrope – kompatibilnost socijalne integracije, zapošljavanja i lične ispunjenosti svakog građanina, s naglaskom na obrazovanje kao najvažniji segment obezbeđivanja te kompatibilnosti, a sve u cilju izgradnje učenog evropskog društva. Kako evropske sisteme obrazovanja i osposobljavanja odlikuje niz specifičnosti i međusobnih razlika, navedeni dokument je trebalo da što brže uspostavi neke zajedničke osnove reforme evropskog školstva [13].

On je, praktično, označio početak promena u sistemima stručnog obrazovanja i osposobljavanja u zemljama Evropske unije. Ali, konkretni pravci budućih zajedničkih akcija EU u obrazovanju (inovacije, istraživanje, obrazovanje i osposobljavanje) u periodu 2000–2006. godine utvrđeni su u dokumentu pod nazivom „Prema učenoj Evropi" ("Teaching and Learning: Towardsthe Learning Society"). Čitav proces promena dobio je generalni cilj, a to je promocija širokog pristupa obrazovanju i njegovom permanentnom usavršavanju i osavremenjivanju [14].

U stvaranju otvorenog i dinamičnog evropskog obrazovanja posebno su izdvojene tri dimenzije:

1. Znanje - da bi građani bili sposobni da se aktivno uključe u sadašnje procese promena (evropski građani će razvijati svoje fondove znanja, šireći i obnavljajući ih kontinuirano i postepeno).

2. Jačanje prava građanstva - (zajedničkim vrednostima i razvojem osećanja pripadnosti zajedničkoj društvenoj i kulturnoj sferi jačaće građanska pripadnost).

3. Kompetencije (sposobnosti) - razvoj zapošljavanja sticanjem potrebnih kompetencija kroz promene u sistemu rada i njegovoj organizaciji; (to znači da treba promovisati, na bazi doživotnog obrazovanja – kreativnost, fleksibilnost, adaptivnost, sposobnost učenja i rešavanja problema).

Članovi Saveta Evrope su se saglasili na Lisabonskoj konferenciji 2000. godine, da je budući razvoj zemalja članica okrenut ka doživotnom obrazovanju koje će biti propraćeno uspešnom tranzicijom ka učenom društvu i ekonomiji zasnovanoj na znanju. Evropsko obrazovanje i sistemi osposobljavanja predstavljaju centralnu tačku predstojećih promena [15].

Postoje dva jednako važna razloga za uvođenje principa doživotnog obrazovanja kao jednog od prioriteta u obrazovanju u zemljama EU. To su:

1. Evropa se razvija ka društvu i ekonomiji koji se baziraju na znanju i učenju; pristup savremenim informacionim tehnikama i znanjima. Motivacija i veštine korišćenja ovih izvora postaju ključ za jačanje evropske konkurencije i poboljšanje zapošljavanja i adaptivnosti radne snage.

2. Evropljani danas žive u složenom društvenom i političkom svetu. Pojedinci, više nego ikada, žele da planiraju svoje živote, da aktivno doprinose društvu, da uče, da prihvataju kulturne, etničke i jezičke razlike. Obrazovanje je, upravo, ključ za učenje i razumevanje kako da se odgovori na ove izazove (Memorandum Lisabonske konferencije).

Ova dva aspekta direktno izdvajaju i dva jednako važna zadatka doživotnog obrazovanja: promociju aktivnog građanstva i promociju zapošljavanja.

Aktivno građanstvo podrazumeva pronalaženje načina uključivanja ljudi u sve sfere društvenog i ekonomskog života, procenjivanje šansi i rizika s kojima se susreću, kao i negovanje osećanja pripadnosti društvu u kojem žive. Tu se podrazumeva i stvaranje uslova za zapošljavanje, kao i jačanje evropske konkurencije i puta u „novu ekonomiju". I zapošljavanje i aktivno građanstvo zavise od adekvatnog i savremenog znanja i veština koje poseduju pojedinci. Zbog toga je doživotno obrazovanje suštinska politika razvoja građanstva, jačanja društvene kohezije i zapošljavanja.

Memorandum razlikuje tri bazične kategorije smislenih aktivnosti učenja:

- formalno učenje, koje se ostvaruje u obrazovnim institucijama i institucijama za osposobljavanje i koje se završava dobijanjem priznatih diploma i kvalifikacija;
- neformalno učenje, koje se realizuje izvan glavnih sistema obrazovanja i ne obezbeđuje na kraju formalne sertifikate; neformalno učenje može se ostvarivati i na radnom mestu i u okviru institucija ili službi koje su komplementarne formalnom sistemu;
- informalno učenje (svakodnevno učenje) je doprinos sopstvenom povećanju znanja i veština (isto, str. 8).

Svakodnevno učenje danas postaje ogroman rezervoar učenja i može biti značajan izvor inovacija i metoda učenja. Uvažavajući sve to, Memorandum nastoji da poveže ukupan proces učenja tokom čitavog života pojedinca u komplementaran proces koji čine formalno, neformalno i svakodnevno učenje, bez obzira da li se ostvaruju kontinuirano ili povremeno. Iz Memoranduma je potekao veći broj evropskih i nacionalnih dokumenata u kojima se pomenute ideje razvijaju na lokalnim nivoima [15].

U mnogim zemljama je izražena tendencija ka decentralizaciji sistema obrazovanja, posebno u domenu upravljanja i odlučivanja. U pokušajima objašnjenja ove tendencije podjednako se pridaje značaj političkim i ekonomskim razlozima. Neke zemlje, kao na primer Nemačka, prenele su značajne nadležnosti u procesu odlučivanja u obrazovanju na nivo regionalnih vlada. U nordijskim zemljama (Finska, Norveška, Švedska) najveća moć odlučivanja je na nivou opština. U Holandiji je ostvaren najveći stepen decentralizacije, jer su kompentencije u odlučivanju za mnoga pitanja obrazovanja prenete na nivo škola i roditelja. S druge strane, Francuska, Grčka i Italija, na primer, imaju izraženu centralizaciju ovog procesa, jer se odluke donose na nacionalnom nivou.

Zemlje Centralne i Istočne Evrope, koje su tokom protekle decenije ušle u proces celovite tranzicije privrede i društva, takođe su krenule putem decentralizacije sistema obrazovanja. Izuzetak je Mađarska, koja je prve korake ka decentralizaciji ostvarila nešto ranije, 1985. godine. U svim ovim zemljama, kao i u baltičkim zemljama, koje su bile sastavni deo nekadašnjeg Sovjetskog Saveza, obrazovni sistem je bio izuzetno centralizovan. Zemlje ovog regiona su uglavnom krenule u dva pravca transformacije sistema obrazovanja: ka ostvarenju demokratsko-političkog sistema upravljanja ili ka administrativno-profesionalnom sistemu upravljanja. U prvom slučaju naglasak je na političkoj legitimnosti upravljanja i značajnoj ulozi lokalnih uprava, posebno u predškolskom i osnovnom obrazovanju. Ovim pravcem decentralizacije krenule su Bugarska, Poljska i Mađarska. U slučaju administrativno-profesionalnog sistema upravljanja u obrazovanju posebno je naglašena uloga eksperata. Odluke se uglavnom donose od strane inspektora, saveta za nastavne planove i programe i sl. Ovaj pravac su sledile Češka Republika i Rumunija.

Navedeni primeri ukazuju na dominantne pravce transformacije u pojedinim zemljama, mada je teško govoriti o „čistim" pravcima i obrascima transformacije. U savremenom obrazovanju reforme su deo kontinuiranog procesa promena. Mnoge zemlje preduzimaju manje ili veće akcije na poboljšanju svog obrazovanja, kao i sagledavanju pravca njegovog razvoja u budućnosti.

Komparacijom preporuka i aktuelnih reformi srednjeg stručnog obrazovanja u zemljama EU možemo ustanoviti samo okvir potencijalnih kompetencija kojima treba težiti u okviru domaće reforme koja je najavljena, ali ne i detaljno obrazložena. Radi se o tzv. „bazičnim kompetencijama", u okviru kojih će se razrađivati potrebe tržišta i kurikulumi srednjih stručnih škola u Srbiji.

Bazične kompetencije podesne za sveopšte ciljeve podrazumevaju kontinuiran pristup učenju u svrhu slobodne participacije u društvu znanja, kao osnovnog prava pojedinca na aktivno učešće u društvenim procesima i zapošljavanju. Društvene i ekonomske promene modifikuju i nadograđuju profil osnovnih veština koje svako treba da poseduje kao minimum, a koje omogućavaju aktivno učešće u radnom i društvenom životu na lokalnom i evropskom nivou. Bazične kompetencije koje nalazimo najpre u Lisabonskim zaključcima (član 26), a koje nisu fiksirana lista već ključne oblasti, su: IT veštine, strani jezici, tehnološka kultura, preduzetništvo i društvene veštine (s tim da se osnovna pismenost na maternjem jeziku i osnovni nivo matematičkih znanja podrazumevaju). Navedene kompetencije su interdisciplinarne i sve do jedne zahtevaju tehničke, kulturne i lične kapacitete za komunikaciju i performanse. Lisabonski memorandum ih definiše kao veštine potrebne za aktivno učešće u društvu znanja i ekonomiji, tržištu rada i demokratskim procesima, za razvoj ličnog identiteta i usmeravanje u životu pojedinca. Neke od ovih veština, kao što je digitalna pismenost, su relativno nove, dok su druge prisutne u manje-više svim školskim sistemima.

Društvene veštine kao što su samouverenost, samoodređenje i sposobnost preduzimanja rizika su takođe od sve većeg značaja, jer se od modernog čoveka očekuje sposobnost da deluje samostalno i nezavisno. Preduzetničke veštine razvijaju kapacitet kako za unapređenje individualnih radnih performansi, tako i za diverzifikovane aktivnosti privrednih subjekata, doprinose kreativnosti u radu i pomažu samozapošljavanju.

Nove generičke veštine koje bi svako trebalo da poseduje su: veština učenja, usvajanja promena i upravljanja informacijama. Od zaposlenih se traži sve više, pre svega da uče i usvajaju nove veštine, te da se brzo adaptiraju na nove izazove i situacije. Zajedno, pomenute veštine formiraju čvrstu osnovu za sledeće što se očekuje – kontinuirano obrazovanje kroz život (doživotno učenje). Savremeno tržište rada zahteva promenljive profile veština, kvalifikacija i iskustva, što postaje jasno ako se sagleda procenat nezaposlenih u državama koje istrajavaju na tradicionalnim modelima učenja (među kojima je i Srbija) koji imaju malo veze s tržištem rada.

Onima koji u bazičnom školovanju ne uspevaju da steknu potrebne veštine treba omogućiti mogućnost stalnog usavršavanja, bez obzira koliko se pokušaja završi neuspešno, ali i mogućnost prekvalifikacije u svakom trenutku. Svakako, tardicionalno obrazovanje i sistem prakse su odgovorni za obezbeđivanje osnovnih ishoda učenja, ali se mora pojačati uticaj neformalnih oblika, da bi se došlo do željenih ishoda školovanja.

Lisabonski memorandum posebnu pažnju usmerava na razvoj ljudskih resursa, odnosno investicija u iste kao prioritet država EU. To ne podrazumeva samo povećanje nivoa investicija u novcu, već njihovo prekombinovanje u pravcu pomenutog doživotnog obrazovanja zaposlenih (za nove oblike upravljanja, upravljanje diverzitetima, novim tehnologijama i sl.), ciljanog i kontinuiranog treninga (zasnovanog na praksi) i uvođenja nekog oblika poreskih olakšica za, (u tom smislu) posebno napredne kompanije. Na individualnom nivou to znači omogućavanje finansijskih beneficija za pojedince koji se usavršavaju, bolje organizovan sistem napredovanja i jasniji profil radnih mesta, tj. zahteva koji se pred zaposlene postavljaju. Takođe, pravo na učenje i sticanje veština moraju dobiti i nezaposleni, pogotovu oni čija znanja zastarevaju dok čekaju na zaposlenje, i koji ih moraju održavati nekom vrstom treninga, pri čemu se posebno mora voditi računa o starijima od 35 godina, niže kvalifikovanim i onima koji u tim godinama ostaju bez radnog mesta. U ovom procesu društveni partneri su država, privreda i školstvo, i samo oni zajedno mogu obezbediti društvenu klimu i uslove za doživotno obrazovanje [16].

Inovacije u obrzovanju i ciljevima učenja, kao deo menadžmenta inovacijama, efektivna nastava i metodi učenja, jedini su

odgovarajući kontekst za kontinuirano obrazovanje/trening. U razvijenim zemljama se shvatanje šta je učenje, gde ga i u koje okvire postaviti, drastično menja. Rastu očekivanja da se nastava i metode učenja postave u kontekst prepoznavanja i usvajanja najširih mogućih interesovanja, potreba i zahteva , ne samo pojedinaca već i interesnih grupa u multikulturnom miljeu modernog, globalizovanog tržišta. Ta činjenica upućuje na prelaz ka sistemu učenja koji je koncentrisan na pojedinca, uz fleksibilne granice između sektora i nivoa obrazovanja. Omogućiti pojedincu da bude aktivan u usavršavanju znači unaprediti postojeće prakse i razviti nove, kao i obezbediti varijetet pristupa i mogućnosti u okviru konteksta učenja. Kvalitet i ishodi učenja su i temelj i cilj navedenih potreba za promenama.

Naravno, za početak su dovoljne minimalne promene i inovacije u školstvu, koje će omogućiti pojedincu da se snađe u diverzitetu potreba i procesa edukacije. Zemlje u tranziciji, kao što je naša, nemaju finansijska sredstva za nagle i potpune zaokrete u obrazovanju, koji iziskuju drastično povećanje budžetskih izdvajanja, pa se može krenuti od inoviranja metoda učenja u raspoloživim uslovima, pri čemu pre svega mislimo na promenu obrazovnih kurikuluma, a naročito u srednjim stručnim školama koje produkuju kadrove direktno za tržište rada. Međunarodna iskustva po ovom pitanju apostrofiraju: učenje u realnom vremenu, učenje uz rad (learningbydoing), edukaciju edukatora (posebno nastavnika prakse) i smanjivanje distance između nastavnika i učenika.

Većina obrazovnih i sistema prakse/treninga su još uvek organizovani kao da se u društvu i na tržištu ništa nije promenilo u poslednjih pola veka. Obrazovni sistemi se moraju adaptirati promenama načina života, zapošljavanja i rada savremenog pojedinca, tj. ka produktivnom učenju koje je u saglasju s društvenim procesima, potrebama tržišta, i razvoju kognitivnih, praktičnih i društvenih veština.

Unapređenje kvaliteta nastavnih metoda i metoda učenja u ovom kontekstu značiće još i investiciju, usvajanje, nadogradnju i održivost veština budućih i sadašnjih kadrova u obrazovanju. Ti kadrovi treba, za početak, da se prilagode promeni okruženja i zahteva koji se postavljaju pred ishode učenja, kao i promeni tipa učenika koji sve glasnije izražavaju zahteve za interaktivnijim odnosom s nastavnicima. Ukratko, od nastavnika se umesto nastupa excathedra očekuje da budu vodiči, mentori i medijatori. Njihova uloga, ključna u procesu promena, je da pomognu i podrže učenike, prepoznaju njihove kapacitete i steknu njihovo poverenje da bi se kreirao proces praktičnog i participativnog predavanja i metoda učenja koje će postati esencijalne profesionalne veštine edukatora i trenera, u formalnom i neformalnom obrazovnom okruženju. Aktivno učenje pretpostavlja motivaciju za učenje, veštine učenja i kapacitet za usvajanje kompetencija. Uloga edukatora je u tome prosto nezamenljiva, u smislu prepoznavanja i negovanja kapaciteta za stvaranje i upotrebu znanja.

Sledeća promena koja je za očekivati odnosi se na vrednovanje učenja. Pravilno vrednovanje u ovom smislu značajno unapređuje načine na koje učenici razumeju i cene učenje i njegove ishode. U ekonomiji znanja, razvijanje i upotreba ljudskih resursa do maksimuma (ne u pežorativnom smislu) je ključni faktor u postizanju konkurentnosti pojedinaca i kompanija/organizacija. U tom smislu diplome, sertifikati i kvalifikacije su važne reference za zaposlene na tržištu rada i u preduzetništvu. Rastuća potreba za kvalifikovanim radnicima i rastuća konkurencija među pojedincima da steknu i sačuvaju radno mesto vodi ka najvećim zahtevima za prepoznavanjem znanja i veština do sada. Stoga se traži modernizacija nacionalnih sistema sertifikacije prilagođenih potrebama tržišta, interdisiplinarnosti obrazovnih profila i sl, rečju – obezbeđivanje vizibilnosti i ispravnog prepoznavanja kao integralnih elemenata kvaliteta obrazovanja. Misli se pre svega na sektore srednjeg, višeg i visokog obrazovanja i preciziranje obrazovnih profila i zanimanja prilagođenih kretanjima u privredi i tržištu rada. Takođe, Lisabonski memorandum preporučuje da se sertifikuje i neformalno obrazovanje, te da se ovaj sektor učini prepoznatljivim i znatno bolje zakonski uredi nekim oblikom akreditacije [16].

Memorandum preporučuje Accreditation of Priorand Experiential Learning (APEL) sistem koji evaluira i prepoznaje znanje, veštine i iskustvo koje pojedinac poseduje kroz lični razvoj, formalno i neformalno obrazovanje, ali ima i kapacitet da otkrije veštine i kompetencije koje je pojedinac stekao kroz rad i da ih na osnovu neke vrste provere zvanično vrednuje [17]. Suština programa je vezana za procese u kojima se kompetencije pojedinaca (znanja, veštine, stavovi i sposobnosti) stečeni neformalno (u radu i životu) na određeni način priznaju i sertifikuju [18]. Za pojedinca su potencijalni benefiti ovakvih programa očigledni. Za poslodavce, oni omogućavaju produktivnost i efikasnost. Podrazumeva se i da je ovde reč o delikatnom modelu, pa je esencijalno dizajniranje operativnog i validnog sistema za klasifikaciju neformalnog učenja.

Podrazumeva se da svako ima obezbeđen pristup kvalitetnim informacijama i savetima o mogućnostima učenja i usavršavanja. U tradicionalnom modelu obrazovanja događaji su sledili u nizu: završetak školovanja, zapošljavanje i možda, ali retko, neki oblik treninga u međuvremenu. Danas, svakome treba informacija šta se sledeće može naučiti, poslovi se češće menjaju, česte su prekvalifikacije i odstupanje od oblasti znanja za koju se osobe školuju. U tom kontekstu potreban je novi pristup koji sadrži neki oblik vođenja karijere između obrazovnog, ličnog i profesionalnog razvoja. Život i rad u društvu znanja navodi aktivne građane koji su samomotivisani da tragaju za svojim ličnim i profesionalnim razvojem. To znači da sistem logistike za ovakve težnje mora da se promeni od „snabdevača" znanjem do patrnera u znanju. Praktični zadaci koji se ovim postavljaju pred obrazovanje svode se tako na vođenje pojedinca kroz život kako bi on realizovao motivacije, obezbediti mu relevantne informacije i olakšati donošenje odluka. To uključuje mnogo proaktivniji pristup – dopreti do ljudi umesto da se čeka da oni sami zatraže savet, kao i praćenje njihovog napretka. Takođe, vođenje karijernih i obrazovnih mogućnosti podrazumeva i prevenciju neuspeha i napuštanja obrazovanja/treninga/praktične obuke.

Za sve pomenuto neophodne su informacije, tj. sistem obaveštavanja o mogućnostima kako bi zainteresovani bili dovoljno obavešteni da preduzmu buduće inicijatove i akcije. Internetski izvori informacija i dijagnostičkih alata otvaraju mnoštvo mogućnosti za unapređenje kvalitetnog karijernog vođenja i savetničkih servisa. U Srbiji ne postoji centralizovan sistem informisanja o mogućnostima i prednostima celoživotnog učenja, već se svodi na pionirske pokušaje pojedinih veb sajtova, najčešće onih za traženje posla. Tako, npr, učenici koji upisuju srednje stručne škole uglavnom nemaju predstavu o daljim mogućnostima i oblicima edukacije zarad napredovanja u karijeri, kao ni o kompetencijama potrebnim za to. Ipak, još je teže informisati (ne)zaposlene koji ne koriste digitalna sredstva komunikacije. Dakle, Srbija, paralelno s promenom tradicionalnog pogleda na obrazovanje, mora da gradi sistemaki kapacitet za analizu i upravljanje informacijama, kako bi se pomoglo pojedincima da se snađu u informacionim lavirintima, nađu u njima nešto korisno i značajno za njih, a onda i ispune potrebe za usavršavanjem koje su identifikovali. U svetu mnogobrojnih edukatora, formalnih i neformalnih, nije se lako snaći, odnosno, neka instanca mora da ih klasifikuje prema kvalitetu ponude.

Zašto je ovo suštinski komplikovan proces za koji se pitamo da li će ikada zaživeti u Srbiji? Stoga što potencijalni savetnički servis, u smislu doživotnog učenja i usavršavanja, treba da odgovori

na širok spektar zahteva i potreba različitih javnosti. Zatim, mora biti i globalno i lokalno prihvatljiv (adaptibilan na društvene i individualne okolnosti onih koje savetuje), upoznat s lokalnim zahtevima tržišta rada i sl. Stoga karijerno savetovanje polako napušta državne institucije i prelazi u polje privatnih inicijativa, nevladinih organizacija i drugih neformalnih kanala. Čak su i same kompanije, najpre strane, a sada i neke domaće počele s investiranjem u servise podrške za svoje zaposlene. Pa ipak, najveća odgovornost ostaje na javnom sektoru, upravo u određivanju minimalnih standarda za to kako se stiču kompetencije i koje su kredibilne ustanove za njihovo sticanje.

Razmatrajući odgovornost državnog sistema za organizaciju projekta doživotnog obrazovanja, moramo konstatovati da i lokalne samouprave moraju imati važno mesto u procesu, pre svega zato što su bolje upoznate s lokalnim potrebama tržišta, najbliže su svojim stanovnicima i sl. Najveći broj stanovnika Srbije provede život učeći i radeći lokalno, u svojoj sredini, tako da se i sticanje kompetencija događa lokalno. Mreže društvenih odnosa su posebno važne za motivaciju za učenje i pozitivne ishode učenja. Približavanje znanja pojedincu zahteva reorganizaciju sistema i resursa obrazovanja.

Potreba za razvojem srednjeg stručnog obrazovanja u Srbiji

Modernizacija države, pre svega njena orijentacija ka novim tehnologijama, uticaće na inoviranje ciljeva stručnog obrazovanja u Srbiji i približavanje evropskim standardima. Zbog toga će stručno obrazovanje kod nas biti, pre svega, usmereno na jačanje stručnih znanja, sticanje sposobnosti i veština, kao i veće fleksibilnosti u savlađivanju promenljivih zahteva u svetu rada kako bi mladi ljudi, pripremljeni za nove profesionalne izazove, mogli da se uključe u ukupnu transformaciju našeg društva u „društvo koje uči". Jedan od modela dostizanja learning society je razvijanje spremnosti i sposobnosti mladih za stručno usavršavanje i doškolovavanje.

Usklađivanje razvoja obrazovanja s potrebama tržišne privrede zahteva i ukupnu reformu srednjeg stručnog obrazovanja. Da bi se povezali tržišna privreda, tehnološki razvoj i potrebe u oblasti zapošljavanja, neophodno je i drugačije motivisano opredeljivanje učenika za upis u srednje škole i izbor profesije. Isto tako, nužno je i usaglašavanje diploma i kvalifikacija u našoj zemlji sa svetskim standardima, kao i diversifikacija institucionalnih oblika i modela, programa i metoda rada.

Prilagođavanje sistema obrazovanja strategiji razvoja društva i privrede, zahteva i reformu nastavnih planova i programa u pravcu obezbeđivanja funkcionalne, informatičke i tehnološke pismenosti, podsticanje kreativnosti, razvoj kritičkog mišljenja i potrebnih veština svakog pojedinca. U okviru tih promena treba obezbediti horizontalnu i vertikalnu fleksibilnost nastavnih programa, odnosno prohodnost za dalje školovanje. Takođe, treba da se uvaže i principi doživotnog obrazovanja, da se pomogne lakše i brže zapošljavanje pojedinaca i da se obezbedi kompletan lični razvoj sadašnjih i budućih generacija.

Srednje stručne škole, pored osnovnih ciljeva i zadataka, imaju još i neke specifične zadatke, pre svega da:

- obezbede sticanje opšteg i stručnog obrazovanja, utemeljenog na savremenim dostignućima nauke, tehnologije i prakse;
- učenicima ponude stručnu obuku za određena zanimanja i poslove, u skladu s potrebama tehnologije radnih procesa u individualnim poljima rada;
- podstaknu stručni razvoj učenika u skladu s njihovim individualnim sposobnostima i potrebama društva, kao i da motivišu sticanje novih znanja; da obezbede dalje stručno obrazovanje, obuku i samoobrazovanje;
- spoje obrazovanje i različita polja rada kroz direktnu saradnju s preduzećima u kojima može da se odvija deo stručnog usavršavanja;
- ponude opcione aktivnosti koje mogu da potpomognu sticanje opšte kulture i razvoju kreativnosti, umetnosti, sporta itd.

Izbor srednje škole zavisi od izbora učenika i stvarnih mogućnosti za upis. Iako većina učenika koja završi osnovnu školu nastavlja obrazovanje u srednjim školama, oni pokazuju različita interesovanja za pojedina zanimanja, pa su i uslovi upisa različiti.

Srednje medicinsko obrazovanje

Efektivno medicinsko obrazovanje nikada nije bilo važnije nego danas, jer radno okruženje i zahtevi koji se pred zaposlene postavljaju daleko nadilaze postojeći sistem obrazovanja, koji gubi tempo suočen sa inovacijama u medicini,stalnim razvojem,kreiranjem novih radnih mesta,generisanjem novog kulturološkog okruženja i unapređenjem svakodnevne zdravstvene nege i upotrebe novih tehnologija.Otuda u poslednjim decenijama raste potreba za medicinskim radnicima koji pospešuju efikasnost medicinskih ustanova kroz generisanje novih ideja i njihovo pretvaranje u ekonomski isplative veštine i kompetencije.

Značaj medicinskog obrazovanja i njegove implikacije na brže zapošljavanje kadrova leži u činjenici da ono podstiče pojedince da se proaktivno suoče sa prilikama koje su oko njih,a koje su specifične u različitim okruženjima i kulturama. Zbog toga izuzetnu važnost ima srednje medicinsko obrazovanje koje podrazumeva uključivanje i kreiranje društveno korisnih vrednosti putem kreativnog razmišljanja i primene vlastitog rada, vremena i ideja.Ono što razlikuje srednje medicinsko obrazovanje u odnosu na više nivoe školstva su razlike u intelektualnoj zrelosti i zrelosti u ponašanju,uz način na koji su im medicinska znanja predstavljena i u kojoj meri su ih oni usvojili.

Srednje medicinsko obrazovanje se trenutno promoviše u većini evropskih zemalja,pri čemu je usvojeno nekoliko različitih pristupa:

- posebne strategije/akcioni planovi fokusirani posebno na integraciju prakse u obrazovanje
- obuhvatnije obrazovne strategije koje sadrže ciljeve za srednje medicinsko obrazovanje
- pojedinačne ili višestruke inicijative vezane za ovaj nivo obrazovanja na lokalnom nivou

U ovu svrhu poslednjih decenija donete su različite inicijative i strateška dokumenta.Mnoge zemlje u EU su u procesu reforme svoji obrazovnih sistema s ciljem da ih prilagode novim zdravstvenim,ekonomskom i socijalnim zahtevima,te u skladu sa tim integrišu ili ojačaju prisustvo prakse u njima.

Uprkos činjenici da je 75% svih učenika u srednjem obrazovanju upisano u stručne škole, većina učenika koja završi osnovno obrazovanje želi da se upiše u gimnazije, što znači da je ova disproporcija posledica ograničenog broja mesta u gimnazijama. Učenici koji završe četvorogodišnju srednju stručnu školu obično se prijavljuju za upis na fakultet.

Međutim, podaci o nezaposlenim kadrovima koji su završili srednje obrazovanje pokazuju neusklađenost između mesta obrazovanja i mesta zapošljavanja. Postojeći obrazovni sistem u Srbiji karakteriše:

- postojanje velikog broja obrazovnih ustanova s različito planiranim upisnim kapacitetima koji ne odražavaju potrebe tržišta rada;
- iz godine u godinu u prvi razred srednjih stručnih škola upisuje se isti broj učenika, što pokazuje da ne postoji usklađivanje ni s potrebama privrede ni s podacima o nezaposlenim kadrovima određenih profila;

- prethodne konstatacije direktno utiču da se jedan broj profila svrstava u kategoriju tzv. „homogenih diversifikovanih profila sa suficitarnim zanimanjima". To podrazumeva: veliku pokrivenost teritorije nezaposlenim kadrovima istog profila; dužinu čekanja na posao koja je jednaka trajanju školovanja; spori tempo zapošljavanja (kada ne bi bilo novog priliva nezaposlenih, svi sadašnji nezaposleni kadrovi ovih profila bi se zapošljavali u periodu od četiri do 12 godina); tzv. slaba koncentracija nezaposlenih u velikim gradovima; slaba pokretljivost nezaposlenih profila iz pojedinih područja rada.

Analiza stanja srednjeg stručnog obrazovanja je pokazala da škole različito pristupaju definisanju mreže škola, kao i da je pitanje mreže srednjeg stručnog obrazovanja jedno od ključnih pitanja buduće reforme. Stav velikog broja škola je da ovakva mreža ne odražava potrebe tržišta rada, a u pojedinim slučajevima, ni kapacitete samih škola.

Redefinisanje kriterijuma za uspostavljanje efikasne i adekvatne mreže srednjih stručnih škola na nacionalnom nivou je jedan od mogućih puteva buduće reforme stručnog obrazovanja.

ZAKLJUČAK

Iz osnovnih smernica razvoja obrazovanja i karaktera našeg društva proizilazi savremena škola koja će biti znatno samostalnija i prema svojoj društvenoj sredini još otvorenija. To povlači za sobom duboke promene u:strukturi i organizacionom zasnivanju celokupnog života i rada škole; metodama i oblicima rada, u korišćenju objekata, sredstava i informacionih tehnologija; položaju i funkciji nastavnika, učenika i studenata; vrednovanju (i napredovanju) učinka produktivnosti i rezultata rada nastavnika i cele ustanove obrazovanja; upravljanju i rukovođenju ustanovom obrazovanja; izgrađivanju novih društvenih odnosa; povezivanju i interakciji između škole i društvene sredine i povezivanju škole i nauke itd. Za preduzimanje adekvatnih aktivnosti na reformi srednjeg stručnog obrazovanja, zasnovanih na strategijama i taktikama, neophodan je novi, primenjeni menadžment u reformi srednjeg stručnog obrazovanja u Srbiji.

Iskustva evropskih zemalja pokazuju da su nastojanja da se reformišu obrazovni sistemi povezana s inoviranjem nacionalnih sistema zanimanja, a razloge za to treba tražiti u povezanosti rada i obrazovanja. Stoga se, najčešće, pri reformisanju nacionalnih programa polazi od standarda zanimanja kao osnove za utvrđivanje obrazovnih sadržaja i osmišljavanje nastavnih planova i programa. Uglavnom, nacionalni sistem klasifikacije zanimanja predstavlja osnov za standardizaciju znanja i veština. Ekonomski značaj novih formi obrazovanja ogleda se u pripremi kadrova za tržište rada koji će znatno lakše i brže dolaziti do radnog mesta.

LITERATURA

1. *Riegler, K. Qualitätssicherung: Undevenis et quo vadis? Zur Genese und zukünftigen Entwicklungeines Leitmotivs der europäischen Hochschulreformen. Zeitschriftfür Hochschulrecht, Hochschul management und Hochschulpolitik, 2010; 9(6), 157-167.*
2. *Davis R. G. Planning Education For Development, Center for Studies in Education and Development Harvard University Cambridge, Massachusetts, 1980.*
3. *Aggarwal R, Darzi A. Technical-skills training in the 21st century. N Engl J Med.2006; 355(25):2695–2696. [cited 2018 Oct 04].*
4. *Barrows, Howard S. Tamblyn, B.Problem-Based Learning, An Approach to Medical Education, SPRINGER PUBLISHING COMPANY, New York, 1980.*
5. *Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: A systematic review of published definitions. Med Teach , 2010;32(8):631–637.*
6. *Delamare Le Deist, F.; Winterton, J. What is competence and does it matter? Fifth Conference on HRD Research and Practice: International Comparative and Cross Cultural Dimensions of HRD, Limerick, 27-28 May, 2004.*
7. *Collin, A. Learning and development. In Beardwell, I.; Holden, L. (eds). Human resource management: a contemporary perspective. 2nd ed. London: Pitman, p.1997; 282-344.*
8. *Klieme, E. The development of national educational standards: an expertise. Berlin: BundesministeriumfürBildung und Forschung, 2004.*
9. *Sandberg, J. Competence: the basis for a smart workforce. In Gerber, R.; Lankshear, C. (eds). Training for a smart workforce. London: Routledge, 2000; 47-72.*
10. *Maksić, S., &Ševkušić, S. Pripremanastavnikazarealizacijuizbornihpredmeta. Nastava i vaspitanje, 2007;56(2), 162-173.*
11. *Ševkušić, S., &Šefer, J. Akciono istraživanje novog pristupa nastavi poznavanja društva u četvrtom razredu osnovne škole. Nastava i vaspitanje, 2006; 55(3), 269-282.*
12. *Milisavljević M.Strategijski menadžment: analiza, izbor, promena, CID Ekonomskog fakulteta u Beogradu, Beograd, 2012.*
13. *White paper on education and training: teaching and learning towards the learning society Europa, dostupna: http://europa.eu/documents/comm/white_papers/pdf/com95_590_en.pdf (pristup 10.11.2017. godine)*
14. *Cordis Europa http://cordis.europa.eu/news/rcn/5257_en.html (pristup 10.11.2017. godine)*
15. *Lifelong Learning and Lifewide Learning, National Agency for Education, Stockholm, January 2000.; EURYDICE European Unit, The challenge of lifelong learning for the education systems of European Union Member States, Brussels, 2000;*
16. *A Memorandum on Lifelong Learning, http://arhiv.acs.si/dokumenti/Memorandum_on_Lifelong_Learning.pdf (pristup 10.11.2017. godine)*
17. *Recognising Experiental Learning, Corradi, C., Evans, N., Valk, A. (ed.). Tartu University Press, 2006. https://www.bvekennis.nl/Bibliotheek/06-0432_Experiental_Learning.pdf#page=17 (pristup 10.11.2017. godine)*
18. *GAA VelikaBritanija http://www.qaa.ac.uk/academicinfrastructure/apl/guidance.asp (pristup 10.11.2017. godine)*

PREVENCIJA BOLNIČKIH INFEKCIJA U FORMALNOM I NEFORMALNOM OBRAZOVANJU MEDICINSKIH SESTARA

PREVENTION OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS IN FORMAL AND INFORMAL EDUCATION OF NURSES

Tamara Dodik[1], Biljana Majstorović[2]
[1] Opšta bolnica „Đorđe Joanović" Zrenjanin
[2] Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

APSTRAKT
UVOD: Aktuelnost i značaj bolničkih infekcija (BI) obavezuje medicinske sestre da dobro poznaju i dosledno sprovode mere prevencije BI u svakodnevnim aktivnostima nege bolesnika. Elementarna znanja o bolničkim infekcijama i merama prevencije, medicinske sestre stiču kroz nastavne sadržaje u srednjim medicinskim školama, koja značajno proširuju u nastavku školovanja na osnovnim i specijalističkim strukovnim studijama. Nakon zasnivanja radnog odnosa, kroz kontinuiranu edukaciju, medicinskim sestrama je omogućeno praćenje novina u oblasti prevencije BI.
CILJ: Sagledati zastupljenost sadržaja o prevenciji BI u formalnom i neformalnom obrazovanju medicinskih sestara.
Materijal i metode: Istraživanje je sprovedeno po tipu studije preseka, anketiranjem 50 medicinskih sestara zaposlenih na Internom odeljenju Opšte bolnice u Zrenjaninu. Instrument istraživanja je Anketni list za medicinske sestre, dizajniran za potrebe istraživanja.
REZULTATI: Najveći procenat medicinskih sestara (94%) ima srednji stepen obrazovanja. Za nastavak školovanja zainteresovano je 2/3 medicinskih sestara. Više od 1/2 medicinskih sestara smatra da je i pored dovoljno stečenog znanja o BI u toku školovanja, edukacija iz ove oblasti neizostavni segment sestrinske prakse. Želju za dodatnom edukacijom izrazilo je 70% ispitanica, dok su ostale navele da bi prisustvovale edukaciji samo ukoliko je obavezna (24%), a 6% ni tada, jer ne očekuje nova saznanja.
ZAKLJUČAK: Tokom formalnog obrazovanja medicinskih sestara ne stiče se dovoljno znanja o bolničkim infekcijama i merama prevencije, te postoji potreba da se u srednjim školama poveća fond sati posvećen sadržajima o prevenciji BI, kao i potreba za obaveznaom kontinuiranom edukacijom sestara iz prakse.
KLJUČNE REČI: medicinske sestre, obrazovanje, edukacija, bolničke infekcije

ABSTRACT
INTRODUCTION: The actuality and the significance of hospital-acquired infections (HAI) obliges nurses to know well and to consistently implement prevention measures HAI in everyday patient care activities. Nurses gain their elementary knowledge about hospital-acquired infections and preventive measures through teaching materials in secondary medical schools, which they significantly expand during their education in basic and specialist vocational studies.After being employed, through constant training ,nurses are enabled to follow news in the field of (HAI) prevention.
GOAL: Toperceive the represention of content about prevention of HAI in the process of formal and informal education of nurses.
Material and methods: The research was conducted by using the cross-sectional study type, by interviewing 50 employed nurses at the internal department in the Community Hospital in Zrenjanin. The instrument of research was a questionnaire for nurses,desgined for research purposes.
RESULTS: The largest percentage of nurses (94%) have a secondary level of education. 2/3 nurses are interested in continuing their education. More than ½ of the nurses think that, beside sufficiently acquired knowledge about HI during schooling, training in this field is an indispensable segment of nurse practise.The desire for additional education was expressed by 70% of the respondents,while the others claimed , that they would attend education only if it was obligatory (24%) ,and 6% wouldn't even then do it,because they do not expect new knowledge.
CONCLUSION: During the formal education of nurses,not enough knowledge about HAI and prevention measures is acquired,so there is need to increase the amount of hours in secondary schools ,dedicated to the contents of prevention of HAI,as well as the need for obligatory continuous training of nurses in practise.
KEY WORDS: nurses,education,hospital-acquired infections

Korespondent:
Tamara Dodik
Ul. Paje Radišića 5, Elemir
Mail: porodicadodik@gmail.com
Tel. 065 3 737 478

UVOD

Bolničke infekcije (BI) predstavljaju uvek aktuelnu temu u sestrinstvu. Sa jedne strane zato što dovode do pogoršanja i komplikacija osnovnog oboljenja kod pacijenata čime se produžava i poskupljuje lečenje, a sa druge strane što su i same medicinske sestre često profesionalno izložene riziku od ovih infekcija.

Imajući u vidu da se BI smatraju indikatorom kvaliteta nege pacijenata (1) kao i činjenicu da je zdravstvena nega profesionalno područje rada medicinskih sestara, jasno je da se od medicinskih sestara očekuje znanje kako o BI i putevima prenošenja tako i o merama prevencije BI.

U toku srednjeg obrazovanja medicinske sestre kroz teorijsku i praktičnu nastavu predmeta zdravstvena nega i uže stručnih predmeta stiču znanja o opštim i specifičnim merama zaštite od infekcija, uče kako se sprovodi zdravstvena nega pacijenata i određene sestrinske intervencije, stičući na taj način elementarna znanja o bolničkim infekcijama i merama prevencije (2).

Na Osnovnim strukovnim studijama, BI kao nastavna jedinica nalaze se u programu svih uže stručnih predmeta i na taj način se značajno proširuje znanje o BI i merama prevencije koje je predhodno stečeno u srednjoj školi. Kao posebna oblast BI se izučavaju u okviru predmeta Infektivne bolesti sa epidemiologijom i Zdravstvena nega u infektologiji na II godini osnovnih strukovnih studija (2).

Na Specijalističkim strukovnim studijama iz oblasti Klinička nega, prevencija BI se izdvaja kao zaseban predmet, ali u statusu izbornog predmeta.

Zdravstveni radnici imaju pravo i dužnost da u toku rada stalno prate novine i da se stručno usavršavaju radi održavanja i unapređivanja kvaliteta svog rada. Stručnim usavršavanjem kroz specijalizacije i uže specijalizacije, kao i kontinuiranu edukaciju, zdravstveni radnici stiču znanja i veštine. Kontinuirana edukacija podrazumeva učešće na stručnim i naučnim skupovima, i učešće na seminarima, kursevima i drugim programima KE (3).

Stalne novine u lečenju bolesnika i uvođenje novih tehnologija u terapiji, dijagnostici i zdravstvenoj nezi obavezuju medicinske sestre na praćenje ovih novina, što im je omogućeno kroz kontinuiranu edukaciju. Tako stečena znanja i praktične veštine im omogućavaju usklađivanje sa standarnim postupcima u lečenju bolesnika, a samim tim pružanje kvalitetnije zdravstvene nege (4). Sa druge strane, stalno usavršavanje u svojoj profesiji, stvara otvorenost prema novinama, pruža osećanje sigurnosti i kompetentnosti u radu (5). Značaj BI obavezuje medicinske sestre da prate novine iz ove oblasti kao i da se dodatno edukuju na ovu temu, kroz razne vidove KE.

Cilj: Sagledati zastupljenost sadržaja o prevenciji BI u formalnom i neformalnom obrazovanju medicinskih sestara.

Materijal i metode: Istraživanje je sprovedeno po tipu studije preseka anketiranjem 50 medicinskih sestara zaposlenih na Internom odeljenju Opšte bolnice„Đorđe Joanović“ u Zrenjaninu, nakon dobijene saglasnosti Etičkog odbora. Instrument istraživanja je Anketni list za medicinske sestre, posebno dizajniran za potrebe istraživanja. Rezultati su prikazani apsolutnim brojevima, procentima i tabelama.

REZULTATI I DISKUSIJA REZULTATA

Najveći broj anketiranih medicinskih sestaraima više od 40godina života, tj. 23ispitanice od ukupno 50, što čini 46%. Najstarija ispitanica ima 61, a najmlađa 20 godina. Među ispitanim medicinskim sestrama čak 94% ima završenu srednju školu (47 ispitanica), dok je više odnosno visoko obrazovanje steklo 6% ispitanica. Prema godinama radnog staža najbrojniju grupu čine ispitanici sa radnim iskustvom dužim od 20 godina (38%), sledi grupa ispitanica sa 11-20 godina (34%), dok je najmanje bilo ispitanica sa 1-10 godina radnog iskustva (28%) (Tabela 1).

Tabela 1. Sociodemgrafski podaci ispitanika

Obeležje		n (50)	%
Godine života	20 do 30	13	26
	31-40	14	28
	41- 50	11	22
	51 – 60	11	22
	61 i više godina	1	2
Stepen stručne spreme	srednja stručna sprema	47	94
	viša/ visoka	3	6
	specijalizacija	0	0
Dužina radnog staža	manje od 10 godina	14	28
	od 11-20 godina	17	34
	više od 20 godina	19	38

Više od 2/3 ispitanika smatra da su medicinske sestre delimično odgovorne za nastanak bolničkih infekcija, što je u osnovi i tačno s obzirom na to da ima i drugih učesnika u procesu lečenja bolesnika koji takođe mogu biti odgovorni. Faktore rizika koji utiču na nastanak bolničkih infekcija moguće je podeliti na: faktore koji su vezani za bolesnika (primarno oboljenje, starost bolesnika i stanje imunosupresije), faktore koji su povezani sa dijagnostičkim i terapijskim procedurama i faktore rizika u samoj bolnici (6). Pretpostavljamo da trećina ispitanika koja je navela da medicinske sestre nisu odgovorne za nastanak bolničkih infekcija, prioritet daju brojnim problemima u sistemu zdravstvene zaštite, koji mogu biti razlog pojave bolničkih infekcija na nekom odeljenju, počev od deficita kadra do nedostatka sredstava za rad i neadekvatnih uslova rada, na koje medicinske sestre ne mogu uticati.(Tabela 2.)

Tabela 2. Stav ispitanika o odgovornosti medicinskih sestara za nastanak bolničkih infekcija

Odgovori	n	%
Da	0	0
Da, delimično	34	68
Ne	16	32
Ukupno	50	100

Na piatnje da li se tokom školovanja dovoljno nauči o bolničkim infekcijamai merama prevencije, samo je četvoro ispitanika potvrdno odovorilo (8%). Ostali ispitanici su se složili da u toku školovanje ne dobijaju dovoljno informacija o bolničkim infekcijama i merama prevencije, a više od ½ je potvrdilo da edukacija o BI i merama prevencije predstavlja neizostavni segment sestrinske prakse (Tabela 3 .). Ovakvi odgovori su očekivani s obzirom na to da je 94% ispitanika sa srednjim nivoom obrazovanja, u okviru kog se stiču samo elementarna znanja o BI. (Tabela 3.)

Tabela 3. Distribucija ispitanika prema odgovorima na pitanje: „ Da li se tokom školovanja dovoljno nauči o bolničkim infekcijama i merama prevencije?“

Na pitanje da li bi nastavile školovanje, potvrdan odgovor je dalo 66% ispitanika, s tim što je 38% dalo odgovor „Da, samo ukoliko je besplatno“, dok 1/3 nije motivisana za nastavak školovanja.

Tabela 3. Distribucija ispitanika prema odgovorima na pitanje: „Da li se tokom školovanja dovoljno nauči o bolničkim infekcijama i merama prevencije?"

Odgovori	n	%
Da	4	8
Da, ali je neophodno edukovati se i nakon školovanja	26	52
Ne, u školi ne dobijamo dovoljno informacija o bolničkim infekcijama i merama prevencije	20	40
UKUPNO	50	100

Sa povećanjem godina radnog staža smanjuje se interesovanje ispitanika za nastavak školovanja, što je donekle i očekivano. Nove forme kontinuirane edukacije, u toku radnog procesa medicinskih sestara omogućavaju da se reedukacijom i doedukacijom zaposlenih, pomogne u podizanju ukupne kvalifikacione strukture i osposobljenost za uspešno prihvatanje novih tehnologija i metoda rada (7). Medicinske sestre sa kraćim radnim stažom često u radu slede obrazac ponašanja iskusnijih medicinskih sestara, ne primenjujući znanja i veštine koje su stekle u toku formalnog obrazovanja (8), tako da je potpuno jasno koliki je značaj kontinuiranih edukacija. (Tabela 4.)

Tabela 4. Željamedicinskih sestarada nastave školovanje u odnosu na godine radnog iskustva

Odgovori ispitanika	GODINE RADNOG ISKUSTVA			UKUPNO n (%)
	1-10 n (%)	11-20 n (%)	više od 20 n (%)	
Da	7(50,0)	5(30,0)	2(11,0)	14(28,0)
Da, ali samo ukoliko je besplatno	7(50,0)	9(53,0)	3(16,0)	19(38,0)
Ne	-	3(18,0)	14(74,0)	17(34,0)
UKUPNO	14(100,0)	17(100,0)	19(100,0)	50 (100,0)

Skoro svi ispitanici su potvrdili dosadašnje prisustvo edukacijama o bolničkim infekcijama, koja se periodično organizuju u Opštoj bolnici „Đorđe Joanović" u Zrenjaninu. Iako je 70% ispitanika potvrdno odgovorilo na pitanje o tome da li bi prisustvovale edukaciji o bolničkim infekcijama, četvrtina ukupnog broja anketiranih medicinskih sestara je navela da bi prisustvovala samo ukoliko je edukacija obavezna, a bilo je i onih koje ne bi prisustvovale edukaciji jer ne očekuju nova saznanja iz ove oblasti (Tabela 5). Poznate su brojni razlozi koje medicinske sestre navode kao razlog ne prisustvovanja programima KE, počev od vremenskog ograničenja, finansijskih ograničenja, ličnog otpora, kadrovskih problema, porodičnih ograničenja i drugo (9). Razlozi nezainteresovanosti medicinskih sestara koje su uzele učešće u našem istraživanu za edukaciju mogu biti brojni, počev od toga da su već imali edukacije iz ove oblasti, preko mogućnosti da nisu zadovoljnisadržajem ili organizacijom prethodnih edukacija, pa do nezadovoljstva zbog preopterećenosti poslom usled deficita kadra. S obzirom na to da nismo postavili pitanje o razlozima, neophodno je sprovesti dodatno istraživanje kako bismo ih identifikovali i ciljano usmerili aktivnosti na savladavanju prepreka.(Tabela 5.)

Tabela 5. Zainteresovanost medicinskih sestara za edukaciju o bolničkim infekcijama

Odgovori	n	%
Da, želim da znam više	35	70
Da, ukoliko je obavezna	12	24
Ne, jer znam dovoljno	0	0
Ne, jer neočekujem nikakve novine da čujem	3	6
Ukupno	50	100

Ispitanici su pokazale najveću zainteresovanost za temu „Mere lične zaštite zdravstvenih radnika u radu sa bolesnicima" (64%), zatim „Prevencija bolničkih krvnoprenosivih infekcija" (48%) i „Prevencija bolničkih infekcija sistema za varenje" (46%) (Tabela 6).Ovakva distribucija odgovora je u skladu sa aktuelnom epidemiološkom situacijom, i očekivano je bilo da medicinske sestre u najvećem procentu budu zainteresovane za mere lične zaštite u radu sa bolesnicima. Infektivne bolesti su uvek aktuelna tema, posebno za medicinske sestre, koje su, zbog prirode posla, najizloženije riziku od infekcije. Za negu obolelih od većine infektivnih bolesti potrebne su standardne mere zaštite, ali ima i onih koje zahtevaju primenu posebnih mera i sredstava lične zaštite (skorašnja situacija sa morbilima je zahtevala i primenu partikularnih maski). Zainteresovanost za krvlju prenosive infekcije je takođe

Tabela 6.Teme iz oblasti bolničkih infekcija za koje su medicinske sestre zainteresovane

Teme	n (50)	%
Mere lične zaštite zdravstvenih radnika u radu sa bolesnicima	32	64
Prevencija bolničkih krvnoprenosivih infekcija	24	48
Prevencija bolničkih infekcija sistema za varenje (Cl. Difficile)	23	46
Mere prevencije infekcija krvi udruženih sa vaskularnim kateterima	21	42
Prevencija bolničkih urinarnih infekcija	18	36
Prevencija bolničkih pneumonija	17	34

očekivana jer su medicinske sestre permanentno izložene riziku od ovih infekcija, od kojih je jedino hepatitis B virusna infekcija vakcinom preventabilna. I treća tema koja se našla u sferi većeg interesovanja medicinskih sestara jeste „Prevencija bolničkih infekcija sistema za varenje", koja je aktuelna već nekoliko godina unazad s obzirom na to da je Cl. Difficile jedan od vodećih uzročnika bolničkih infekcija. Pohvalno je to što nije bilo ispitanika koji nisu zaokružilinijednu temu, kao i to što je 26% bilo zainteresovano za sve ponuđene teme.(Tabela 6.)

ZAKLJUČAK

Mišljenje većine medicinskih sestara je da se tokom formalnog obrazovanja ne stiče dovoljno znanja o bolničkim infekcijama i merama prevencije i da je neophodna dodatna edukacija nakon školovanja. Ovi odgovori ukazuju na neophodnost uvođenja većeg fonda časova posvećenim prevenciji BI u srednjim školama kao i obaveznu kontinuiranu medicinsku edukaciju nakon završetka školovanja.

Imajući u vidu značajnu ulogu medicinskih sestara u prevenciji BI, neophodno je omogućiti i podržati nastavak obrazovanja medicinskih sestara, a kontinuiranu edukaciju o BI i merama prevencije uvesti kao obavezan sadržaj profesionalnog usavršavanja medicinskih sestara.

LITERATURA

1. *Marković-Denić Lj. Bolničke infekcije – problem savremene medicine i uloga medicinske sestre u njihovoj prevenciji. Sestrinska reč 2018;76:4-6*
2. *Majstorović B, Kekuš D.Prevencija bolničkih infekcija u procesu obrazovanja medicinskih sestara. XVII Simpozijum udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije. Nacionalni simpozijum sa međunarodnim učešćem. Vrnjačka Banja 9.5-13.5.2018.*
3. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti. "Sl. glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015, 106/2015 i 113/2017 - dr. zakon*
4. *Fumić N, Marinović M, Brajan D. Kontinuirana edukacija medicinskih sestara s ciljem unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege. Acta Med Croatica 2014; 68 (1): 13-16*
5. *Milutinović D. Obrazovanje sestara, stečene kompetencije i mesto u sistemu zdravstvene zaštite: problemi i izazovi u Srbiji. Zbornik predavanja. 5. Međunarodna naučna konferencija o razvoju karijere za nastavu, praksu i istraživanje u sestrinstu. Beograd 2011.*
6. *Raković-Savčić Lj. Prevencija infektivnih bolesti. Beograd: autorsko izdranje, 2016.*
7. *Bošković S. Sestrinstvo i babištvo: osnovi profesije. Beograd: Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica R. Srbije, 2014.*
8. *Knežević D, Jović D, Petrović-Tepić S. Uloga medicinske sestre u prevenciji infekcija izazvanih multirezistentnim bakterijama. SG/NJ 2017;22:224-9*
9. *Dragošev G. Menadžment kontinuirane medicinske edukacije: most do izuzetnostimedicinske sestrejedinice intenzivnog lečenja, Stručni rad. UINARS, 2014. Dostupno na: https://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/2217-656X/2014/2217-656X1410023D.pdf*

SINDROM „SLOMLJENOG SRCA“ – TAKOTSUBO KARDIOMIOPATIJA

''BROKEN HEART SYNDROME'' - TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY

Ljiljana Stanimirović
Snežana Kovačević
Opšta bolnica „Dr Laza K. Lazarević“, Šabac, Srbija

APSTRAKT

UVOD: Psihosomatske bolesti ukazuju na uzročnu povezanost mentalnih i somatskih oboljenja u kliničkoj praksi. Sindrom „slomljenog srca“ ili takotsubo kardiomiopatija je novijeg datuma i prvi put su je opisali 1991. godinejapanski lekari. Sindrom se 9 puta češće javlja kod žena, a karakteristično je da kod preko 60% bolesnika, nastanku simptoma predhodi snažan emocionalni stres.Ovo stanje oponaša simptome srčanog infarkta, te se često u takvom stanju pacijentu postavlja pogrešna dijagnoza.

PRIKAZ SLUČAJA: Pacijent ranije nije lečen kao kardiološki i psihijatrijski bolesnik. Sedam dana pre pojave akutnih kardioloških tegoba, predhodila je stresna situacija-smrt supruge pacijenta. Primljen je kao hitan slučaj u koronarnu jedinicu internog odeljenja Opšte Bolnice Šabac, a sledećeg dana, zbog kliničkog nalaza, upućen u Opštu Bolnicu u Valjevu na hitnu koronarografiju. Zaključak nalaza koronarografije: na koronarnim arterijama angiografski se ne uočavaju značajne stenoze. Predložena je dalja internistička i psihijatrijska medikamentna terapija u nadležnoj bolnici.

ZAKLJUČAK: Cilj nam je bio da ukažemo na neophodnost holističkog pristupa svakom pacijentnu od strane svakog lekara, jer jedini adekvatni tretman kod psihosomatskih bolesnika je istovremeno lečenje somatskog oboljenja i primena psihofarmaka. Akutni stres zbog emocionalnog gubitka uz dalje prisutnu anksioznost je izazvao akutne kardiološke tegobe, koje će se za dalje sprečiti i redovnim psihijatrijskim lečenjem.

KLJUČNE REČI: sindrom „slomljenog srca“ ili takotsubo kardiomiopatija, akutni stres, psihosomatika, žena.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Psychosomatic diseases indicate a causal relationship between mental and somatic illnesses in clinical practice. A broken heart syndrome or Takotsubo cardiomyopathy is of a recent date and was first described in 1991 by Japanese doctors. The syndrome is 9 times more common in women, and it is characteristic that over 60% of patients experience severe emotional stress before the onset of symptoms. This condition mimics the symptoms of a heart attack, and often in such a state, the wrong diagnosis is made to the patient.

CASE REPORT: The patient was not previously treated as a cardiac and psychiatric patient. Seven days before the onset of acute cardiac problems, the stressful situation was preceded by the death of the patient's wife. He was received as an emergency case in the coronary unit of the Internal Department of the General Hospital Šabac, and the following day, due to a clinical finding, was sent to the General Hospital in Valjevo for emergency coronarography. Conclusion of the findings of coronarography: on coronary arteries, angiographically, no significant stenoses are observed. Further internist and psychiatric medication therapy was proposed at the competent hospital.

CONCLUSION: Our goal was to point out the necessity of a holistic approach to each patient by each physician, because the only adequate treatment in psychosomatic patients is the simultaneous treatment of somatic illness and the use of psychopharmaceuticals. Acute stress due to emotional loss, with further present anxiety, has caused acute cardiac problems, which will further be prevented by regular psychiatric treatment.

KEY WORDS: "broken heart syndrome" or takotsubo cardiomyopathy, acute stress, psychosomatics, women.

UVOD

Psihosomatska bolest je telesna bolest, sa pato–anatomskim oštećenjima, nastala delovanjem nekoliko etioloških faktora, među kojima psihogenom pripada prioritetno mesto. Osnovni uzrok je stres. Dugodecenijska istraživanja se mogu svesti na sledeće: stres je uniformni ali nespecifični odgovor organizma na delovanje stresora; stresor je svaki agens koji može da ugrozi telesni i pihički integritet individue; postoji samo mali broj univerzalnih stresora (bolest, rat, zemljotres). Odgovor organizma se odvija kroz tri faze: faza alarma (brza reakcija) organizma po adrenergičnoj osi; faza otpora koja se odvija uglavnom preko parasimpatikusa i faza iscrpljenja [1].

TAKOTSUBO KARDIOMIOPATIA

U Japanu Sato i saradnici 1990. godine su prvi opisali stresom indukovanu kardiomiopatiju(Takotsubo kardiomiopatija). Takotsubo kardiomiopatija (sindrom apikalnog baloniranja, stres kardiomiopatija, „ampula“ kardiomiopatija, „amfora“ kardiomiopatija, sindrom slomljenog srca) predstavlja relativno nov klinički kardiološki entitet, koji se karakteriše bolom u grudima, elektrokardiografskim promenama u smislu elevacije ST segmenta ili inverzije T talasa, tranzitornom asinergijom medijalnih i/ili apikalnih segmenata leve komore i povišenim vrednostima biomarkera nekroze miokarda.Zahvaljujući karakterističnom izgledu leve

Korespondent:
Dr Ljiljana Stanimirović,
Adresa: Bogojavljenska 33, Šabac
Telefon: 064/862-3390
E-mail adresa: drljiljanastanimirovic@gmail.com

komore, sindrom je originalno nazvan takotsubo kardiomiopatija, zbog sličnosti sa japanskom spravom za hvatanje hobotnica (ćup sa uzanim vratom i širokom bazom). Tipična dinamika elektrokardiografskih promena podrazumeva pojavu elevacije ST segmenta u odvodima V2- V6, koja je obično kratkotrajna (ponekad svega nekoliko časova), a smenjuje je formiranje dubokih negativnih T-talasa uz znatno produžavanje QT intervala; negativni T talasi dostižu maksimum trećeg dana, a zatim postepeno postaju plići, da bi u periodu između druge i treće nedelje došlo do njihovog ponovnog produbljavanja, nakon čega sledi postepena, često usporena, normalizacija [2].

Tokom devedesetih godina većina izveštaja o ovoj bolesti dolazi od japanskih autora [3,5], da bi kasnije, od 2000. godine bile opisane i prve serije u SAD-u i u Evropi [6,7].Ukupna učestalost sindroma ne može se sa sigurnošću utvrditi. Jednom od retrospektivnih analiza utvrđeno je da 1,5 do 2,5% bolesnika primljenih u bolnicu pod dijagnozom akutnog koronarnog sindroma ispunjava kriterijume za takotsubo kardiomiopatiju. Najmlađi opisani bolesnik imao je svega deset godina. Sindrom se češće javlja kod starije populacije, kod osoba u sedmoj i osmoj deceniji života [4,5]. Prisutna je izrazita polna zastupljenost tako da se sindrom javlja 9 puta češće kod žena prosečne starosti 58-77 godina, koje su u post menopauzi. Razlog nije u potpunosti utvrđen ali se predpostavlja da ključnu ulogu u etiologiji sindroma imaju polni hormoni koji su u disbalansu kod žena u tom razdoblju.Takođe su primetili da se sindrom javlja najčešće tokom proleća i leta, za razliku od infarkta srca koji je češći zimi [6].

Ovo stanje oponaša simptome srčanog infarkta, te se često u takvom stanju pacijentu postavlja pogrešna dijagnoza. Bolest se javlja kod pacijenata koji ranije nisu imali problema i bolesti koronarnih arterija ili srca, ili čak nemaju predispoziciju (nisu u rizičnoj grupi) za razvoj kardiovaskularnih bolesti. Sindromu slomljenog srca tipično predhodi iznenadan emocionalni stres. Na neočekivani, iznenadni i jak stres, kod nekih ljudi se javlja odgovor u smislu otpuštanja velike količine adrenalina i noradrenalina u krvotok. Velike količine hormona mogu štetno delovati na srce, obzirom da se pod uticajem adrenalina povećava broj otkucaja srca. Javlja se iznenadni bol u grudima (kao vodeći simptom u 33-71% slučajeva) i/ili se bolesnici mogu žaliti samo na dispneju i nepravilan rad srca [7].

U isto vreme psihički status je izmenjen u smislu prisutne anksioznosti koja se manifestuje kroz psihičke i fizičke fenomene. Pacijent je uplašen, upadljivo otvorenih očiju, verbalizuje strah od gušenja, a u osnovi je prisutan strah od smrti. Preznojavanje, jeza, nestabilnost pri hodu su samo neki od brojnih somatskih reakcija na stres. Produbljivanje psihičke simptomatologije ide u pravcu čak i psihosomatske uznemirenosti ili pak depresivnosti [8].

Veliki broj bolesnika u ranom kliničkom toku pokazuje znake manifestne srčane slabosti što zahteva primenu inotropnih lekova i/ili intraaortne balon pumpe. Posle ovako dramatične prezentacije kod većine bolesnika nakon nekoliko dana dolazi do popravljanja hemodinamskog stanja i postepenog oporavka. Smrtni ishodi su retki <1% bolesnika.Za razliku od stanja infarkta srca u slučaju takotsubo kardiomiopatije, pacijent se relativno brzo oporavlja ako se deluje brzo, u toku prvih 48 sati [9,10].

Američke istraživačke studije su pokazale da na pacijente sa „sindromom slomljenog srca“ najbolje deluje Aspirin, beta blokatori ili inhibitor angiotenzin konvertujućeg enzima (ACE inhibitori), uz konsultaciju psihijatra i psihofarmakološku terapiju[10,15].

Konsultativni pregled psihijatra je neophodan i na osnovu anamneze, heteropodataka i psihijatrijskog pregleda na osnovu procene i dalje prisutnog posttraumatskog stresnog sindroma i anksioznosti kao posledice negativne anticipacije budućnosti, uključiti psihofarmake, a vremenom pribeći i psihoterapijskom radu[12,14].

ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Anksioznost se definiše kao difuzna, unutrašnja slobodno lebdeća napetost, koja nema realnu-spoljnu opasnost, već ima unutrašnju opasnost koja se manifestuje specifičnim reakcijama koje su izazvane hiperaktivnošću vegetativnog nervnog sistema. To je bitna razlika od straha koji koji predstavlja odgovor na poznati uzrok ili spoljni objekat. Šira definicija anksioznosti obuhvata specifične promene na psihološkom, psihomotornom i vegetativnom planu ličnosti. Vegetativna simptomatologija, kao posledica preterane aktivacije autonomnog nervnog sistema, je izražena i obuhvata simptome od strane kardiovaskularnog, respiratornog, vazomotornog, digestivnog i urinarnog sistema, pri čemu se naročito uočavaju : ubrzan puls-tahikardija, pojačano znojenje-hiperhidroza i proširene zenice-midrijaza[13].

Zajedničke karakteristike svih anksioznih poremećaja su:

- Subjektivni osećaj napetosti
- Akutni početak
- Relativno očuvana radna sposobnost
- Prepoznavanje patoloških misli
- Izostanak otuđenja od realnosti[15].

Lečenje anksioznih poremećaja obuhvata medikamentnu i psihoterapiju. Medikamentna

terapija je efikasna u slučajevima gde je funkcionalnost pacijenta oštećena, te se deluje pravovremenom,redovnom terapijom antidepresivima [14].

U hroničnim oblicima anksioznosti, potrebna je procena situacije u kojoj se pacijent nalazi, analiza uzroka i posledice poremećaja. Kroz psihoterapijski rad, veoma je važno dati pacijentu dovoljno informacija i pomoć sa ciljem da razume svoja osećanja. Intelektualna i emocionalna analiza situacije zajedno sa pacijentom, od suštinske je važnosti[16].

PRIKAZ SLUČAJA

Podaci iz istorije bolesti

Bolesnik starosti 78 godina, penzioner, živi sam, supruga umrla pre 7 dana. U zdravstvenu ustanovu dolazi sanitetskim vozilom zbog bola u sredograđu koji je počeo 2 sata pre dolaska u bolnicu. Do sada nije lečen internistički-kardiološki,imao normalne vrednosti krvnog pritiska i glikemije, nema povišene lipide u krvi. Bivši pušač. Negira alergije na lekove i druge alergene. Majka lečena od infarkta mozga. Objektivno pri pregledu kardiologa, svestan, samostalno pokretan, afebrilan, eupnoičan, bled, preznojen, uplašen. Auskultatorno na plućima normalan disajni šum. Srčana akcija tahiaritmična po tipu apsolute, frekvenca komora oko 140/minuti, krvni pritisak 160/90mmHg. Abdomen u ravni grudnog koša, palpatorno mek, bolno neosetljiv. Jetra i slezina se ne palpiraju. Bez edema potkolenica.

Elektrokardiogram (EKG) pri prijemu: frekvenca 140/min., ST elevacija od V4 – V6 do 7mm, retke ventrikularne ekstra sistole (VES) pojedinačne, nepotpuni blok desne grane (RBBB). Laboratorijski nalazi:CK: 859 – 1512; CK-MB: 99 – 229. Odmah po prijemu uključena dvojna antiagregaciona terapija (Plavix 600mg, Aspirin 300mg sažvakao), izopentenil pirofosfata (IPP statin), antiaritmik III klase parenteralno, fibrinolitička terapija (Actilysae), a nakon toga niskomolekularni heparin. Nakon primljene Actilysae, dolazi do spuštanja ST segmenta za 50% od V4 – V6, ali se održava atrijalna fibrilacija (AF) sa brzim komorskim odgovorom (do 180/min.), čestim VES pojedinačnim i u paru, sa znacima srčanog

popuštanja. U terapiju uvedeni kardiotonici, diuretici, ACE inhibitori i antiaritmici III klase parenteralno. Ehokardiografski nalaz: akinezija apeksa i apikalnog lateralnog segmenta, posteriornog zida i septuma srca.

U dogovoru sa interventnim kardiologom bolesnik se upućuje u Opštu bolnicu u Valjevu na hitnu koronarografiju. U zaključku nalaza koronarografije stoji: na koronarnim arterijama angiografski se ne uočavaju značajne stenoze. Sa predloženom terapijom, bolesnik vraćen u koronarnu jedinicu u Šapcu za dalje praćenje i lečenje.

Dobijanjem podatka o teško podnetom gubitku supruge, internista – kardiolog traži konsultativni pregled psihijatra.

Nalaz psihijatra: pacijent svestan, adekvatno orjentisan u osnovnim determinantama, verbalno sarađuje. Na pitanje kako je srčana bolset počela, glas postaje drhtav, odgovori sa produženom latencom. Navodi da je smrt supruge teško podneo, od toga ga „žiga i boli srce", ne može da spava. Nerado uzima obroke hrane, „kuća je prazna" iako ga deca obilaze, mahom sedi sam i gleda slike supruge. Plaši se kako će sam dalje u životu. Noć pred odlazak u bolnicu sanjao je suprugu, naglo se probudio i osetio jak bol u grudima. Sin je bio sa njim i pozvao hitnu pomoć. Pažnja tenacitetna na emocionalni gubitak, emocionalno labilan uz afekat depresivno polarisan i redukovane voljne dinamizme. Misaoni tok usporen sa negativnom anticipacijom budućnosti i anksioznost. Ima uvid u svoje stanje. Uključena terapija anksiolitika i antidepresiva, uz predlog daljeg ambulantnog psihijatrijskog lečenja.

DISKUSIJA

Naučna istraživanja Univerziteta ''Džon Hopkins" dokazala su da velika tuga može da dovede do tegoba sličnih ''srčanom udaru", nazivajući to patološko stanje ''stresnom kardiopatijom" ili sindromom ''slomljenog srca", pripisujući ga naglom lučenju i naletu adrenalina s kojim organizam ne može da se izbori. Stres najčešće nastaje zbog bola usled smrti bliske osobe, ali i usled neke druge iznenadne nesreće (na primer, u životno ugrožavajućim situacijama praćenim velikim strahom i tugom, što je slučaj u saobraćajnim nesrećama i slično).Zbog prekida osećaja topline i blaženstva, koji su postojali u ljubavnoj vezi, u kojoj organizam luči ''ljubavnu mešavinu" hormona blaženstva i sreće (dopamina i endofrina), u nastalom stresu (usled prekida emotivne veze) počeli su da se u povećanoj meri luče ''hormoni stresa" (adrenalin i kortizol), izazivajući sindrom „slomljenog srca" [8,10,14].

ZAKLJUČAK

U slučaju sindroma ''slomljenog srca" na srcu se ne uočavaju morfološke promene. U kliničkom smislu javlja se niz simptoma i znakova: bol u grudima, nepravilan ritam rada srca do malignih oblika aritmije koji mogu izazvati akutni zastoj srca. Svi ovi poremećaji izazivaju određene slabosti, najčešće vrtoglavicu, nesvesticu, psihičku napetost, ili psihičke tegobe - tugu, apatiju, subdepresiju, čak i depresiju. Pregled psihijatra i uključenje terapije su neophodni da se momentalno stanje stabilizuje[15]. Dalje psihijatrijsko lečenje pacijenta je prevencija da se ne ponovi takotsubo kardiomiopatija. Simptomi i znaci su obično privremenog trajanja, ne zahtevaju specijalno kardiološko lečenje, već brigu neposredne društvene okoline i pomoć psihologa i/ili psihijatra. Pokazalo se da su antidepresivi neophodni u terapijisindroma [14]. Ukoliko se pristupi holistički pacijentu uz kardiološku, psihijatrijsku medikamentnu i psihoterapiju, lečenje ovog sindroma je uspešno i brzo dolazi do oporavka.

LITERATURA

1. *Kecmanović D. Psihijatrija II tom, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb 1989; 1284-1287*
2. *Sato H, Taiteishi H, Uchida T. Takotsubo-type cardiomyopathy due to multivessel spasm. In: Clinical aspect of myocardial injury: From ischemia to heart failure, Kodama K, Haze K, Hon M (Eds), Kagakuhyouronsha, Tokyo 1990; p.56.*
3. *Bybee KA, Kara T, Prasad A, et al. Systematic review: transient left ventricular apical ballooning: a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2004; 141:858.*
4. *Hachamovitch R, Chang JD, Kuntz RE, et al. Recurrent reversible cardiogenic shock triggered by emotional distress with no obstructive coronary disease. Am Heart J 1995; 129:1026.*
5. *Sharkey SW, Lesser JR, Zenovich AG, et al. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States. Circulation 2005; 111:472.*
6. *Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, et al. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress. N Engl J Med 2005; 352:539.*
7. *Kurisu S, Sato H, Kawagoe T, Ishihara M, Shimatani Y. Nishioka K, et al. Tako-tsubo-like left ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimickingacute myocardial ,infarction. Am Heart J 2002; 143:448-55.*
8. *Nedic 0, Belkic K, Filipovic D, Jocic N. Work stressors among physicians with and without the acquired cardiovascular disorders: assessment using the Occupational Stress Index. Med Pregl 2008;61 (5-6):226-34.*
9. *Lipiecki J, Durel N, Decalf V, Soubeyrand P, Moisa A Citron B, et ai. Transient ballooning of the left ventricular apex.Arch Mal Coeur 2005;98:275-80.*
10. *Derrick, D. The „Broken Heart Syndrome": Understanding Takotsubo Cardiomyopathy. Critical Care Nurse 2009; Vol. 29, 49-57.*
11. *Stožinic S. et al. Med Data Rev 2009;1(3): 23.*
12. *Wittstein, I. S. 2007. The broken heart syndrome. Cleveland Clinic Of Journal Medicine. Vol. 74, Br.1.*
13. *Marić J. Klinička psihijatrija, Beograd, 1998; 164-169.*
14. *Jašović-Gašić M., Damjanović A., Marić N., Miljević Č., Đurić D., Antidepresivi, Beograd 2006.*
15. *Baldwin DS. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for psychopharmacology. Journal of Psyshopharmacology 2005; 19: 567-596.*
16. *National Collaborating Centre for Mental Health. Management of panic disorder and general anxiety disorder in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excelence, 2007.*

ŠESDESETOGODIŠNJI JUBILEJ VISOKE ZDRAVSTVENE ŠKOLE STRUKOVNIH STUDIJA U BEOGRADU I ŠESDESET PET GODINA VIŠEG/VISOKOG OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA

THE SIXTY-YEAR ANNIVERSARY OF HIGH MEDICAL COLLEGE OF PROFESSIONAL HEALTH STUDIES IN BELGRADE AND SIXTY-FIVE YEARS OF HIGHER EDUCATION OF NURSES

Divna Kekuš[1]
[1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

APSTRAKT

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu (Viša medicinska škola u Beogradu) osnovana je 17. januara 1958. godine, kao prva viša medicinska škola u Narodnoj Republici Srbiji. Škola je počela sa radom sa osnovnim zadatakom da obrazuje kadrove više stručne spreme za rad u zdravstveno-socijalnim ustanovama, kao i za rad u higijenskoj službi i sanitarnoj inspekciji. Imala je dva odseka: viša medicinska sestra i viši sanitarni tehničar.

U ovoj godini Škola obeležava šesdeset godina od osnivanja i šesdeset pet godina od početka obrazovanja medicinskih sestara na višem nivou, od kada je 1952.godine osnovana prva Viša škola za medicinske sestre Jugoslovenskog crvemog krsta.

Danas Škola raspolaže sopstvenim prostorom, primenjuje Bolonjsku deklaraciju u obrazovanju sestara i drugih zdravstvenih profila i ima akreditovanih više od dvadeset studijskih programa na osnovnim i specijalističkim studijama. Kadrovska struktura odgovara evropskim standardima tako da danas u Školi radi više od 30 doktora nauka i 35 magistara i lekara specijalista pretežno iz polja medicinskih nauka.

KLJUČNE REČI: Jubilej Visoke zdravstvene škole u Beogradu, Sestrinstvo, Visoko obrazovanje.

ABSTRACT

High Medical College of Professional Health Studies in Belgrade (Higher Medical School in Belgrade) was established on January 17, 1958, as the first higher medical school in the National Republic of Serbia. Education of higher education staff for work in health-social institutions, as well as for work in the hygiene service and sanitary inspection, was the basic task the school started work with. The school had departments for a senior nurse and a senior sanitary technician.

The school is celebrating sixty years since it was founded and sixty-five years from the beginning of nursing education at a higher level, since the first high school for the nurses of the Yugoslav Red Cross was established in 1952.

At this moment the School has its own space, applies the Bologna Declaration in the education of nurses and other health profiles and has more than twenty accredited study program of basic and specialist studies. The personnel structure corresponds to European standards, so today the school has more than 30 Doctors of Science (PhD) and 35 Masters (MSc) and medical specialist from the field of medical sciences predominantly.

Key words: Anniversary of High Medical College of Professional Health Studies in Belgrade, Higher education, Nursing.

UVOD

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu (Viša medicinska škola u Beogradu) osnovana je 17. januara 1958. godine, kao prva viša medicinska škola u Narodnoj Republici Srbiji. Škola je počela sa radom u septembru iste godine, sa osnovnim zadatakom da obrazuje kadrove više stručne spreme za rad u zdravstveno - socijalnim ustanovama, kao i za rad u higijenskoj službi i sanitarnoj inspekciji[1].

Ove godine Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu slavi dva jubileja:

- 60 godina od osnivanja i
- 65 godina obrazovanja medicinskih sestara na višem odnosno visokom nivou obrazovanja.

U skladu sa odredbama Zakona o visokom obrazovanju Republike Srbije, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu je visokoškolska ustanova osnovana od strane Vlade Republike Srbije i u državnom je vlasništvu, sa sedištem u Zemunu, ul. Cara Dušana broj 254.

Korespondent:
Prof.dr Divna Kekuš
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu
Email: divnakekus@gmail.com;
Email: dkekus@vzsbeograd.edu.rs
M.tel: +381 63 366 141

RAZVOJNI PUT ŠKOLE

Škola je imala dva perioda u svom radu, koji su se razlikovali po programu i uslovima prijema studenata na studije. U prvom periodu koji je trajao do 1963. godine škola je bila internatskog tipa i školovanje je trajalo tri godine. Na školovanje su primani samo kandidati ženskog pola, van bračne zajednice, i sa proverom fizičkog i psihičkog zdravlja. Kako je bila internatskog tipa, nije bilo moguće upisati veći broj studenata, pa je u ovom periodu bilo upisano 137 studenata, od kojih je diplomiralo 103. Škola je imala samo dva odseka[1]:

- Odsek viših medicinskih sestara i
- Odsek viših sanitarnih tehničara.

Brz razvoj medicinske nauke, izdvajanje brojnih specijalizacija i subspecijalizacija, rezultirao je potrebom za školovanjem novih profila zdravstvenih radnika na višem nivou. Tako se 1964. godine u Školi otvara odsek viših fizioterapeuta; 1965. godine odsek viših radnih terapeuta; školske 1973/74. godine upisani su prvi studenti na grupi viših ortotičko-protetičkih tehničara, dok su školske 1974/75. godine upisani prvi viši rendgen tehničari. Preseljenjem škole u Zemun školske 1987/88. godine otvara se odsek viših dijetetičara-nutricionista; 1990/91. odsek viših zubnih tehničara-protetičara i 1995/96. godine smer viših medicinsko-laboratorijskih tehničara. Smer viši estetičar-kozmetičar otvoren je školske 1999/2000. godine, a smer viša stomatološka sestra školske 2000/01.

Škola je sa radom otpočela u zgradi sadašnje srednje medicinske škole u Deligradskoj ulici br. 31, a potom je premeštena u ulicu Vojvode Milenka br. 33, zatim u ulicu Pante Srećkovića br. 2, da bi 1988. godine dobila svoju stalnu zgradu u ulici Cara Dušana br. 254 u Zemunu[1].

U svom razvoju imala je nekoliko perioda. Otvarajući mnogobrojne odseke odgovarala je na zahteve društva prateći razvoj i potrebe zdravstvene struke.

Uvodeći posebna usmerenja nastavnim planovima od 1964. godine kao i mnogobrojne odseke za obrazovanje kadrova u hirurškim disciplinama, internističkom i području preventivne zdravstvene zaštite, pedijatrijskom i psihijatrijskom sestrinstvu, bila je preteča u vizionarskom pogledu ukazujući na neophodnost obrazovanja kadrova za usko specijalizovane poslove u sistemu zdravstvene zaštite.

Sama činjenica da je prva škola za obrazovanje sestara osnovana 1952 . godine kao Viša škola za medicinske sestre Jugoslovenskog crvenog krsta podržavala je i podizala sestrinstvo kao osnovni faktor u ciljevima i transferu vlastitih programa rada usmerenih ka zaštiti i unapređenju zdravlja ljudi[2].

Od osnivanja u školi su radili vrhunski stručnjaci, profesori Medicinskog fakulteta u Beogradu i akademici. Prvi direktor škole (od 1958 do 1961 godine) bio je prof. dr sci. Andreja Delini, kasnije prof. dr sci. Živojin Zec, prof. dr sci. med. Branislav Negovanović, prof. Desanka Đuranović, prof. mr sci. Miodrag Savović (od 1984 do 1988 godine), prof. mr sci. Stojan Župac (od 1988-1990. godine), prof. dr sci. Đurica Matić (od 1990 do 1994. godine) i prof. dr sci. med. Anđelka Lazarević (od 1994 do 2016. godine) u čijem je mandatu primenjen Bolonjski process studija, otvoreno najviše odseka i uvedene studije drugog nivoa obrazovanja - specijalističke strukovne studije. Od 2016. godine na čelu Škole je direktor prof. dr sci. med. Dejan Mitrašinović.

Sa aspekta sestrinstva, u šesdesetogodišnjoj tradiciji, dve sestre nastavnici zdravstvene nege rukovodile su Školom.

- Prof. Desanka Đuranović, direktor od 1979-1984. godine je prvi nastavnik u zvanju profesora.
- Prof. dr sci. Đurica Matić, direktor od 1990-1994. godine prvi je doktor medicinskih nauka koja je ostala u obrazovanju sestara.

Vizionarski i pored svih teškoća kroz koje je prolazila, sticala dragoceno i plodno iskustvo da postane stručno - metodološki centar na našim prostorima, Viša/visoka medicinska škola ukazuje na potrebu otvaranja i drugih škola, ne vezujući svoj razvoj samo na orijentaciju širenja i otvaranja novih odseka i težeći ka stvaranju takvih uslova u kojima će dominirati obrazovni kvalitet. Tako je ova škola postala centar obrazovanja kadrova na ovom obrazovnom nivou, rasadnik novih ideja kao i nastavnog kadra koji i danas predaje u mnogim novootvorenim školama za obrazovanje sestara.

Nastavni planovi i programi Više medicinske škole u Beogradu ustupljeni su i bili polazna osnova za osnivanje druge državne Više medicinske škole koja je otpočela sa radom 1998.godine u Ćupriji. Danas kada govorimo o jubilejima, ističemo i jubilej – 20 godina od osnivanja škole u Ćupriji.

Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, danas nije samo najstarija institucija za obrazovanje sestara i drugih zdravstvenih profila na našim prostorima, već je i škola sa najviše akreditovanih programa na osnovnim i specijalističkim studijama u Srbiji i najvećim brojem studenata od uvođenja Bolonjskog procesa.

Akreditovani studijski programi osnovnih studija:[1]

1. Strukovna medicinska sestra
2. Strukovna medicinska sestra-babica
3. Strukovni sanitarno ekološki inženjer
4. Strukovni medicinski radiolog
5. Strukovni fizioterapeut
6. Strukovni radni terapeut
7. Strukovni nutricionista dijetetičar
8. Strukovni medicinsko-laboratorijski tehnolog
9. Strukovni kozmetičar estetičar
10. Strukovna medicinska sestra-vaspitač
11. Strukovni zubni protetičar

Akreditovani Studijski programi Specijalističkih strukovnih studija:

1. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Javno zdravlje
2. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Metodika nastave
3. Specijalista strukovni sanitarno- ekološki inženjer-oblast Sanitarno inženjerstvo i bezbednost hrane
4. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Klinička nega
5. Specijalista strukovni nutricionista-dijetetičar - oblast Javno zdravlje
6. Specijalista strukovni medicinski radiolog- oblast Savremene dijagnostičke tehnike u radiologiji
7. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Anestezija i reanimacija

8. Specijalista strukovni fizioterapeut-oblast Savremene manuelne metode i tehnike u fizioterapiji
9. Specijalista strukovni kozmetičar estetičar-oblast Medicinska estetika
10. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Zdravstvena nega u psihijatriji (do 2016)
11. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Instrumentiranje u OP sali (do 2016)
12. Specijalista strukovna medicinska sestra-oblast Zdravstvena nega starih (do 2016).

SESTRINSTVO - OBRAZOVANJE SESTARA

U svim periodima razvoja Škole kriterijumi za izbor nastavnika uvek su bili veoma strogi. Kako su se za medicinske predmete birali najeminentniji stručnjaci za određenu oblast, kao što su bili akademici Radivoje Berović, Stanislav Bukurov, Jovan Ristić, Stanoje Stefanović, Veselinka Šušić, profesori Medicinskog fakulteta kao Vukan Čupić, Srboljub Stojiljković, Branislav Negovanović, Dragomir Mladenović, Dragomir Diklić, Radomir Gerić, Aleksandar Baljozović, Dimitrije Milovanović, Josif Vesel, Jovan Marić, Zvonimir Lević i mnogi drugi, tako su se i za sestrinske predmete i praktičnu nastavu, uvek birale najstručnije sestre.

U to vreme u Jugoslaviji a i u Evropi, nije bilo fakulteta za sestre, pa je nedostatak formalnog obrazovanja morao biti kompenzovan drugim visokim kvalitetima nastavnika zdravstvene nege. Sestre nastavnici, ulažući najbolji deo sebe, su svojom stručnošću, odgovornošću, ličnim i profesionalnim autoritetom, ostvarivale misiju da obrazuju i vaspitaju kompetentne sestre, široke kulture, koje će imati dostojanstveno mesto u društvu[4].

U pripremi budućih stručnjaka za rad u oblasti zdravstvene nege, ostvarena je mogućnost, da pored nastavnika stručnih predmeta, značajnu ulogu i posebnu odgovornost ostvaruju medicinske sestre saradnici iz nastavnih baza. Značaj angažovanja sestara iz prakse ogleda se u razvoju pozitivnih osobina i komunikacionih veština studenata; učenju ''transfera znanja" kao i u formiranju stavova studenata prema budućoj profesiji[6].

Aktuelne reforme zdravstvenog i obrazovnog sistema u našoj zemlji otvarale su pitanje kvaliteta „ljudskih resursa" od koga zavisi ne samo nivo pruženih usluga, već i korporacija i implikacija ovih društvenih resora u budućnosti. Tako je koncipiran sistem "mentorstva" u obrazovanju medicinskih sestara Srbije, koje proističe upravo iz dualiteta potreba da se omogući, kako profesionalni razvoj studenata zdravstvene nege, tako i razvoj i unapređenje samih zdravstvenih i obrazovnih institucija. Potrebe prakse, mentorstvo temelje na aktuelnoj prosvetnoj i zdravstvenoj politici. Mentorstvo u okviru obrazovnog sistema naše škole tradicionalno postoji u formalnom ili neformalnom obliku. Sestre saradnici iz nastavnih baza, kao eminentni stručnjaci iz prakse, prenose svoja znanja i veštine budućim kolegama kroz kompleksan proces aktivnog učenja prema nastavnom kurikulumu. U okviru vežbi kao aktivne nastave, kao i u stručnoj praksi studenat pohađa evropski model studija u trajanju od 4600 sati.

Treba istaći i odličnu saradnju Škole sa Sestrinskim asocijacijama: Društvom medicinskih sestara u okviru Saveza zdravstvenih radnika Srbije na čelu sa mr Radmilom Nešić, Udruženjem medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije na čelu sa Dijanom Otašević, dipl. med. sestrom i Udruženjem sestara KC Srbije "Sestrinstvo" pod višegodišnjim rukovodstvom viših medicinskih sestara Dobrile Pejović i Zorice Milošević.

Prema ličnoj percepciji, kao na osnovu mišljenja drugih stručnjaka kompetentnih za obrazovanje sestara, ističem da se u periodu 2010-2015. godine, pod rukovodstvom tadašnjeg direktora škole prof. dr Anđelke Lazarević i rukovodilaca sestrinskog odseka prof. dr Radmile Ranković Vasiljević za osnovne studije i prof. dr Divne Kekuš za specijalističke studije, ostvario i dostigao najveći procvat u obrazovanju sestara. On je podrazumevao kreiranje novih nastavnih planova oslanjajući se na postignuća iz školske 1993/94. kada su se discipline Zdravstvene nege izdvojile iz kliničkih predmeta, kao i školske 2002/2003. kada su studije za obrazovanje sestara sa petosemestralnih prerasle u šestosemestralne. Uvođenjem metotodologije istraživanja u okviru predmeta Metodika i organizacija zdravstvene nege, stručne prakse u okviru šestog sesmestra i "sestara mentora", postavljeni su temelji svih kasnije obaveznih smernica u obrazovnom sistemu sestara, dosledno sprovodeći nastavu uz dualitet teorije i stručne kliničke prakse.

Pored odseka strukovna medicinska sestra i strukovna medicinska sestra babica 2014. godine je otvoren Odsek za obrazovanje strukovnih medicinskih sestara vaspitača, originalni, jedinstven program koji je omogućio medicinskim sestrama vaspitačima nastavak školovanja u medicinskom polju, za potrebe obrazovanja kadrova za rad u predškolskim ustanovama.

Sada već istorijski gledano, naše sestre - nastavnici neraskidivo su utkale svoja znanja, umenja, veštine i iskustva u mnogobrojne generacije sestara današnjosti ali i budućnosti. I sve su u nečemu bile prve, bilo kao osnivači škola, prvi predavači predmeta iz oblasti koja im je poverena, prvi autori udžbenika ili prvi doktori nauka u Srbiji.

Kao zalog za budućnost ostaje rad i doprinos sestara nastavnika direktora viših/visokih škola na koje je sestrinstvo ponosno: Marinke Raslapčević, prof. Desanke Đuranović, prof.dr Đurice Matić, kao i prof.dr Ljiljane Milović kao direktora škole iz Ćuprije.

U toku obrazovanja sestara na dvogodišnjem i trogodišnjem nivou studija kao i u primeni Bolonjskog procesa, značajan doprinos u obrazovanju sestara dale su svojim znanjem, ponašanjem i autoritetom mnoge sestre profesori i nastavnici Škole.

Sa velikim poštovanjem ističemo doprinos čiji je "veliki trag" ostao u obrazovanju sestara: Milice Jolić, autora prve knjige Nega bolesnika koju je objavila sa Ljubinkom Vićevac i Draganom Đorđevićem, zatim Milene Tijanić, Desanke Đuranović, Helene Krnić, Dragana Đorđevića, Ljubinke Vićovac, Tamare Stefanović, Kornelije Andrić, Olge Rapaić,

Milanke Živojinović, Miroslave Janićijević, Rade Marinković, Nade Marković, Ljubice Maksimović, Borke Stojković, Aleksandre Kelemente, Božice Legeze, Koviljke Miladinović, Vere Konjikušić, Marije Mandić, Emilije Milić, Branke Kanjevac, Bose Raosavljević, Biserke Savić, Desanke Rakić, Nadežde Bojković, Ratomirke Rudić, Ljubinke Marinković, Miroslave Maksimović, Ružice Glišić, Snežane Bošković, Slobodanke Manojlović, Dušanke Šarenac, Dragice Božić, Nade Damjančević, Ksenije Kovačević, dr Marije Simić, Branke Popović, kao i koleginica koje su nedavno završile radnu karijeru: Nade Kocev, Radmile Ranković Vasiljević, Vide Živanović, Lenke Babić, Darinke Šurlan kao i nastavnika Ljiljane Milović i Mirjane Stamenović, nastavnika Više medicinske škole u Čupriji.

Obeležavajući šesdeset godina obrazovanja sestara u Srbiji, u Monografija ''O ljudima je reč" iz 2012. godine, autora Ksenije Kovačević i Radmile Ranković Vasiljević, dat je prikaz i bibliografski podaci i drugih nastavnika Visoke zdravstvene škole strukovnih studija, koji i dalje rade, sa višedecenijskim iskustvom u praksi i nastavi, čiji je doprinos značajan u obrazovanju sestara.

ZAKLJUČAK

U svom dugogodišnjem radu VZŠSS, vizionarski je ulazila u sve reforme koje su pratile obrazovanje medicinskih sestara, usavršavajući struku po ugledu na razvijene zemlje[3,5].

Dilema "da li je sestrinstvo profesija ili naučna disciplina" koja još uvek postoji u stručnim krugovima naše zemlje, u svetu je odavno prevaziđena pozicioniranjem sestrinstva kao discipline koja je jasno prepoznatljiva sa svojim programom delovanja, nezavisna od drugih disciplina u sistemu zdravstvene zaštite.

Od začetka formalnog obrazovanja medicinskih sestara u Srbiji (1952) kada je Crveni krst Jugoslavije otvorio Višu školu za medicinske sestre, postoji stalna težnja da se sestrinska profesija postavi u legitiman status i da se sestrinstvo promoviše kroz stalno unapređenje i kvalitet zdravstvene nege.

LITERATURA

1. *Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu - sajt škole https://www.vzsbeograd.edu.rs/o-skoli/istorijat-skole.html*
2. *Desanka Đuranović, Milena Tijanić, Dragoslav Đorđević, Radmila Popović: Spomenica Više medicinske škole, Beograd posvećena 30-godišnjici rada Škole i 35 godina od osnivanja Škole JCK. 1988.*
3. *Kekus D. Elements of a strategic approach in the development of a career and teaching practical work and research in nursing, Proceeding of 5th International scientific conference Developing a focus for nursing through better understanding and implementation of safety, productivity and quality improvement, Belgrade, 2011; p. 8-15 Available at: http://udinenetwork.blogs.lincoln.ac.uk/files/2012/11/Belgrade-Serbia.-May-2011-PDF.pdf*
4. *Kovačević K. O ljudima je reč, Monografija 60 godina višeg/visokog obrazovanja medicinskih sestara u Srbiji, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, 2012; p.5-8.*
5. *Kekuš Divna. Koncept iskustva kao zalog za budućnost u obrazovanju medicinskih sestara u Srbiji – treći kongres o istorijatu sestrinstva u Srbiji, Udruženje Sestrinstvo, 2015.*
6. *Ranković Vasiljević R., Stojanović B.: Uticaj sestara iz nastavnih baza na proces učenja kod studenata – budućih sestara, Materijal sa Seminara ''Didaktičko metodička edukacija saradnika iz nastavnih baza u sprovođenju studijskog programa", Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, 2007. str.7-9*

SAOPŠTENJA IZ KOMORE MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA SRBIJE

Za Sestrinsku reč - Radmila Ugrica, direktor KMSZTS

U Komori medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije letos su završeni izbori za članove Skupštine Komore. Izbori za IV saziv Skupštine Komore su održani u nedelju 17. juna na 95 biračkih mesta i ponovljeni na 4 biračka mesta 01. jula 2018. godine, te su u skladu sa odlukama Skupštine Komore, izabrana 203 člana IV saziva Skupštine Komore.

Sve radnje oko pripreme i sprovođenja izbora za članove Skupštine KMSZTS su u skladu sa propisima sproveli Centralna izborna komisija, izborne komisije ogranaka i birački odbori izbornih jedinica. Prosečna ocena kojom su CeSID-ovi posmatrači ocenili rad biračkih odbora na skali od 1 do 5 iznosi 4,67, dok je ocena koju su birački odbori dobili za raspodelu uloga je 4,71. Centralna izborna komisija je 13.07.2018.g. usvojila Izveštaj o sprovedenim izborima za članove Skupštine KMSZTS i predložila Skupštini da donese odluku o verifikaciji mandata izabranih članova, što je na konstitutivnoj sednici održanoj 14.07.2018.g. Skupština i učinila.

Posrednim glasanjem Skupština je na prvoj i drugoj redovnoj sednici IV saziva Skupštine koje su održane 14.07.2018.g. i 25.08.2018.g. izabrala organe Komore i ogranaka.

Organi i tela Komore su: Skupština; Upravni odbor; Nadzorni odbor; Direktor; Etički odbor; sudovi časti prvog stepena; sud časti drugog stepena; Disciplinski tužilac; Odbor za obrazovanje; odbori po stručnim profilima i Komisija za posredovanje.

Ogromna čast i velika odgovornost je moj reizbor na mesto direktora Komore.

Članove Skupštine čine svi stručni profili odnosno medicinske sestre-tehničari, laboratorijski tehničari, fizioterapeuti i radni terapeuti, radiološki tehničari, farmaceutski tehničari, zubni tehničari, sanitarni tehničari i dijetetičari-nutricionisti.

Dobili smo poverenje velike većine naših kolega i koleginca koji su pokazali da imaju iskustva, mudrosti i snage da izberu predstavnike kojima je predanost profesiji prioritet nad ličnim interesima. Pokazali smo da imamo jasnu viziju budućnosti profesije, da znamo da je zajedništvo nepobedivo i da smo spremni da uložimo dodatne napore i energiju da ozbiljno i odgovorno razvijamo sestrinstvo i ne odustanemo u borbi da rad medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara bude prepoznat, priznat i adekvatnu vrednovan.

Ono što me posebno raduje je da pored kolega čiji je rad iz prethodnih mandata vrednovan kao neophodan i u budućnosti, profesiju sada predstavlja i veliki broj mladih snaga, koje će pružiti nov elen i energiju u borbi za mesto, koje medicinskim sestrama i zdravstvenim tehničarima u zdravstvenm sistemu Srbije pripada.

Poručila bih mladim generacijama da uzmu aktivno učešće u radu Komore, jer samo zajedničkim snagama možemo poboljšati naš status i uslove rada. Najčešći uzroci odlazaka mladih sestara i zdravstvenih tehničara iz Srbije su dugo čekanje na zaposlenje, dugački periodi rada na određeno vreme, kao i socio-ekonomski faktori kao što su niska primanja, nerešeni stambeni problemi i smenski rad bez adekvatne nadoknade.

Jedno od ključnih rešenja koje bi moglo da doprinese smanjenju odliva kadrova u inostranstvo je smanjenje hiperprodukcije kadrova, uspostavljanje saradnje na relaciji zdravstvenih ustanova i prosvete i izrada adekvatnih kadrovskih planova na svim nivoima zdravstvene zaštite te ubrzavanje procesa zapošljavanja. Takođe, zarade moraju da budu povećane i to uvođenjem plaćenih dežurstava, posebno plaćenog rada za vikend i praznike i povećanjem naknade za pripravnost po uzoru na lekare.

Težak i odgovoran rad bez savremenih pomagala u sprovođenju zdravstvene nege često dovodi do profesionalnih oboljenja pa mlade koleginice i kolege teže za boljim uslovima rada. Nabavkom savremene opreme za negu bio bi olakšan težak fizički rad medicinskih sestara i tehničara i smanjena profesionalna obolenja.

Potrebno je jasno definisati delokrug rada, opis poslova, uvesti jasne procedure kako bi medicinske sestre i zdravstveni tehničari imali više vremena da se posvete zdravstvenoj nezi na svim nivoima zdravstvene zaštite i maksimalno se posvete svojim pacijentima.

Svi mi u zdravstvenom sistemu Srbije, i iskusni i mladi, treba da uložimo dodatni napor kako bi imali zadovoljnog zdravstvenog radnika i zadovoljnog korisnika njegovih usluga.

Komora će i u 2019. godini nastaviti da odgovorno, profesionalno i uspešno obavlja poslove koji su joj povereni, kao i ostale poslove i postavljene zadatke. Trudiće se da njen rad bude što transparentniji a nivo informisanosti članstva što veći, kako bi na prvom mestu članstvo a zatim i svi drugi kojih se rad Komore dotiče bili što zadovoljniji profesionalnošću i efikasnošću rada.

O radu ogranaka detaljnije se možete informisati na sajtu Komore www.kmszts.org.rs, posetom ogranku ili putem telefona:

Ogranak Beograd, Terazije 27/2, Beograd, 011/3223631
Ogranak Vojvodina, Jevrejska 2, Novi Sad, 021/452154
Ogranak Niš, Generala Bože Jankovića 1, Niš, 018/293005
Ogranak Kragujevac, Daničićeva 51/2, Kragujevac 034/364368
Ogranak Užice, Metohijska 12, Užice, 031/524717
Ogranak Kosovo i Metohija, Anri Dinana 10, Kosovska Mitrovica, 028/498405

Vesna Jocić iz ogranka Niš i Goran Todić iz ogranka Užice su od strane izvršnih odbora svojih ogranaka dobili poverenje i izabrani su da i u ovom mandatu budu predsednici, a njihovi izbori su verifikovani sa više nego dvotrećinskom većinom članova Skupštine.

Novoizabrani predsednik Izvršnog odbora ogranka Beograd je Denis Tomić, ogranka Vojvodina Slaven Ključar, ogranka Kragujevac Nataša Veljković a ogranka Kosovo i Metohija Sreten Trajković.

Nadam se da ćemo u novom mandatu svi zajedno iskoristiti priliku da pokažemo da medicinske sestre i zdravstveni tehničari mogu biti ponosni na svoju Komoru, da ćemo zajednički doprineti stvaranju i očuvanju institucije koja ne vrši samo javna ovlašćenja, već je inicijator i nosilac ostvarenja interesa svih medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara, koja je čuvar ugleda i integriteta, visoke stručnosti, etičnosti i moralnosti profesije. Komora mora biti institucija na koju i zdravstveni radnici i pacijenti mogu da se oslone kada im je to napotrebnije.

Viziju Komore čini ostvarenje boljih uslova rada i bezbednijeg radnog okruženja, ostvarenje veće ingerencije i samostalnosti u radu medicinskih sestara i tehničara, te ostvarenje adekvatne finansijske satisfakcije, kontinuiranog edukativnog napretka i angažovanijeg učešća u kreiranju zdravstvene politike.

SAOPŠTENJA IZ UDRUŽENJA - MEĐUNARODNI DAN BABICA 05.MAJ 2018. KRUŠEVAC

UMSTB Republike Srbije i UMSTB OB Kkruševac obeležili 05.05.2018. Međunarodni dan babica svečanom akademijom u Kruševcu.

Povodom Međunarodnog dana babica 05.maja 2018.godine , Forum za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine - Sekcija babica UMSTBS - organizovana je svečana akademija na preporučenu temu Internacionalne federacije babica (IDM) za.2018.god: „Babice predvode u kvalitetnoj nezi".

Domaćin Svečane akademije bilo je UMSTB Opšte bolnice Kruševac.

Osim babica i medicinskih sestara iz zdravstvenih ustanova R.Srbije, ovoj svečanosti prisustvovali su i predsedmik UMSTBS Dijana Otašević, predsednik IO Ogranka Beograd Ružica Nikolić i predsednica SMSTS Radica Ilić, koje su pozdravile skup.

Obeležavanje dana babica je propraćeno aktivnostima u samom gradu Kruševcu gde su babice iz OB Kruševac davale savete ženama i trudnicama u vezi zdravlj. Pre početka cečane akademije, održan je i sastanka I kategorije na temu ,,Zdravstvena nega trudnica sa trombofilijom" koju su prezentovale Dr sci. Med. Dejana Milojević i Aleksandra Karajović iz OB Kruševac. Nakon stručnog sastanka, održana je panel diskusija na temu ,,Doprinos

babica u implemetaciji politike povećanja nataliteta u Republici Srbiji", u kojoj su Milica Ognjanović-OB KRuševac, Tamara Simović-KC GAK Kragujevac, Sunčica Trajković-KC GAK Niš i Dragana Mladenović-GAK Narodni Front, Beograd, izneli svoja iskustva i viđenje u doprinosu u implemetaciji nacionalne politike povećanja nataliteta u Republici Srbiji.

UMSTBS je dodelio i priznanja izabranim najboljim babicama. Priznanja je uručila predsednik UMSTBS, Dijana Otašević.

Najbolje babice izabrane u 2018. godini:

- Radenković Mirjana-OB Gornji Milanovac
- Snežana Đikanović-DZ Zvezdara
- Milena Janković-KBC Zvezdara
- Natalija Mićić-OB Šabac

Zahvalnice za doprinos i podršku u realizaciji ovog stručnog skupa, uručila je predstavnicima zdravstvenih ustanova, Aleksandra Karajović, glavna sestra OB Kruševac.

Nakon završetka stručnog dela i svečane akademije nagrađene babice i koleginice iz zdravstvenih ustanova iz R.Srbije, su nastavile druženje.

MEĐUNARODNI DAN SESTARA – 12. MAJ 2018. IZVEŠTAJ SA SVEČANE AKADEMIJE POVODOM 12 MAJA MEĐUNARODNOG DANA SESTRINSTVA, VRNJAČKA BANJA 2018.

Vesne Cmiljanić zamenik predsednika UMSTBS

Kao i svake godine, 12. maja 2018. godine, Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije, organizovalo je Centralnu proslavu Međunarodnog dana sestara u Kongresnoj sali hotela „Breza“, u Vrnjačkoj Banji.

Preporučena tema ICN za međunarodni dan sestara 12.05.2018. godine bila je „Medicinske sestre, vodeći glas- zdravlje je osnovno ljudsko pravo“.

Međunarodni dan sestara obeležen je radno prezentacijom akreditovanog pre-

davanja na preporučenu temu ICN za 2018 godinu, stručnim sastankom I kategorije na temu „Medicinske sestre nosioci aktivnosti u promociji zdravlja kao osnov ljudskog prava“ čiji je predavač bila Vesna Cmiljanić, VMA, Beograd, i svečano uz emitovanje sestrinske himne i spota o aktivnostima UMSTBS, kada su koleginicama,

Radmila Ugrica, direktorka Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije i Dijana Otašević, predsednica UMSTBS

koje su izabrane za naj-sestru, uručena priznanja UMSTBS, i prigodne nagrade.

Svečanoj akademiji prisustvovalo je 350 učesnika iz zdravstvenih ustanova iz Republike Srbije, gosti iz Crne Gore, Republike Srpske, BiH, Hrvatske i Makedonije. Svojim prisustvom skup su uveličale i predsednica UMST „Sestrinstvo“ Marija Galić i Zorica Milošević.

Sponzori svečane akademije bili su kompanije Cepter i Oriflame, čiji predstavnici su uručili nagrade izabranim sestrama iz zdravstvenih ustanova Srbije.

Najbolje sestre iz članica UMSTBS u 2018.godini su:

- Verica Milovanović, VMA,Beograd
- Jasmina Mitrović-IORS
- Snežana Lukić-OB Valjevo
- Ljiljana Tomić-DZ Smederevo
- Snežana Jović-DZ Zvezdara
- Milošević Zorica-OB Gornji Milanovac
- Rakonjac Gordana-DZ Gornji Milanovac
- Božović-Lazarević Mirela-DZ Čačak
- Milka Maksimović-DZ Ivanjica
- Žuža Biljana-OB Čačak
- Ostojić Radmila-DZ Guča
- Đorđević Marina-KBC Zvezdara
- Slavica Đorđević – DZ Palilula
- Nada Popov-CVMU
- Popović Vera-DZ Brus
- Medicinskim sestrama KBC Bežanijska kosa
- Medicinskim sestrama OB Kruševac

IZVEŠTAJ O ODRŽANOM XVII NACIONALNOM SIMPOZIJUMU MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA REPUBLIKE SRBIJE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM, VRNJAČKA BANJA, 09.05 -13.05.2018.GODINE

predsednik UMSTBS Dijana Otašević,

Tradicionalni **Nacionalni Simpozijum sa međunarodnim učešćem**, održan je u Vrnjačkoj Banji, od 09.05. do 13.05.2018. 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.

Realizaciju Simpozijuma pomogla je KMSZTS- Ogranak Beograd i Ogranak Užice.

Simpozijum je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije , kao nacionalni simpozijum sa međunarodnim učešćem (br. akreditacije:D-1-320/18; br. odluke: 153-02-507/2018 od 05.03.2018.godine) za lekare, stomatologe, framaceute, biohemičare, epidemiologe, medicinske setre, zdravstvene tehničare i ginekološko-akušerske sestre-babice.

Simpozijumu je prisustvovao veliki broj učesnika iz zdravstvenih ustanova iz Republike Srbije, Crne Gore, Republike Srpske, Federacije BiH, Hrvatske i Makedonije.

Na svečanom otvaranju Simpozijuma učesnicima se obratila predsednica UMSTBS, Dijana Otašević, koja je otvorila XVII Nacionalni Simpozijum, i pozdravila učesnike poželevši im uspešan stručni rad i ugodan boravak u Vrnjačkoj Banji. Ispred Ministarstva zdravlja, obratio se Dr Aleksandar Stojanović, direktor Doma zdravlja Palilula. Ispred KMSZTS, učesnike je pozdravila direktorka KMSZTS Radmila Ugrica, a u ime Sindikata MSTS, obratila se predsednica Radica Ilić.

Na svečanom otvaranju Simpozijuma, profesor Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, Divna Kekuš, je govorila o novinama u obrazovanju medicinskih sestara na akademskim i i strukovnim master studijama, a Slavica Đorđević – glavna sestra DZ Palilula, učesnike Simpozijuma je upoznala sa Nacionalnim programom podrške dojenju, porodičnoj i razvojnoj nezi novorođenčeta.

Plenarna tematika Simpozijuma realizovana je kroz rad okruglog stola na temu **"Interdisciplinarni pristup u prevenciji, lečenju i zdravstvenoj nezi pacijenata sa infekcijama povezanih sa zdravstvenom zaštitom"**, učešćem afirmisanih predavača Prof. dr Ljiljana Marković-Denić, Dr Vesna Mioljević, Milica Pavićević, Goran Mošić, Marjan Jakuš. Moderator okruglog stola bila je Dijana Otašević. Ostale stručne aktivnosti simpozijuma, pored plenarne tematike, ralizovane su u okviru usmenih i poster prezentacija prikazom iskustava iz svakodnevne sestrinske prakse, iskustva u primeni novih tehnologija dijagnostike i lečenja, kao i ulozi sestre u prevenciji bolničkih infekcija. Ukupno je prezentovano 116 usmenih i poster prezentacija. U svakoj sesiji komisija je izabrala najbolju usmenu/poster prezentaciju a autori nagrađenih radova imaju mogućnost da se njihov rad, nakon adaptacije i recenzija, publikuje u naionalnom sestrinskom časopisu ,, Sestrinska reč", čiji je osnivač i izdavač Udruženje a u kategoriji je M53.

Veliku pažnju učesnika privukla su i popularna predavanja i radionice sponzora u vezi sa aktuelnim temama Simpozijuma i svakodnevnom sestrinskom praksom, poput predavanja „Alternativno sprečavanje kross contaminacije u bolnici , bajka ili istina?" Predavač je bila Aneta Simonoska, kao i predavanje na temu „Tretman i lečenje hirurških rana", predavača Stevana Vučićevića.

Najbolje prezentacije na XVII Simpozijumu proglašene su:

1. Hemoroidi- prevencija i sestrinske aktivnosti u lečenju LHP metodom – **poster prezentacija autora** Slobodana Arsovića, OB Čačak

Usmene prezentacije:

2. Prepoznajmo sepsu-sačuvajmo život - Slavica Trifunčević, Dragana Đurić, Institut za Onkologiju Vojvodine
3. Primena terapije negativnog pritiska (V.A.C) u opštoj hirurgiji Dragana Lazarević, VMA
4. Karcinom pluća-prikaz slučaja - Milena Radić, IORS Beograd
5. Nomofobija kod zdravstvenih radnika - Jasmina Ćirović, DZ Zvezdara
6. Značaj rendgenološkog ispitivanja u stomatologiji - Dragan Antonijević, CVMU Beograd
7.Neonatalna reanimacija - Mirjana Kostić, OB Bar Crna Gora

Kroz interaktivnu diskusiju razmenjena su stručna iskustva i izvedeni su sledeći zaključci:

1. Organizacionu jedinicu za bolničke infekcije trba da čine zaposleni doktor medicine specijalista epidemiologije i medicinska sestra za obavljanje poslova vezanih za prevenciju i suzbijanje bolničkih infekcija (tzv. sestra za bolničke infekcije)
2. Sestra za bolničke infekcije treba da bude strukovna medicinska sestra, edukovana iz oblasti bolničkih infekcija
3. Kadrovska obezbeđenost sestrama za bolničke infekcije: jedna sestra na 200 postelja. Ovo bi trebalo da bude regulisano Pravilnikom o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti i Katalogom radnih mesta u zdravstvu
4. Pored navedenog, treba istaći da u prevenciji i suzbijanju bolničkih infekcija treba da budu uključeni svi zaposleni u zdravstvenim ustanovama, socijalnim ustanovama u kojima se obavlja i zdravstvena delatnost i u privatnoj praksi, kao i menadžment navedenih ustanova
5. Potrebna je dodatna edukacija za pripremu stručnih radova iz oblasti bolničkih infekcija, što bi trebalo organizovati na nacionalnom nivou u saradnnji sa Udruženjem medicinskih sestra, tehničara i babica Republike Srbije i Republičkom stručnom komisijom za nadzor nad bolničkim infekcijama.

Učesnici Simpozijuma su kroz evaluacioni upitnik, Simpozijum ocenili na sledeći način:

1. Informacije o simpozijumu 55,7% učesnika je dobilo od kolega, 44,3% se informisalo putem sajta; nosioci usmenih prezentacija ocenjeni prosečnom ocenom 4,74 a poster prezentacija prosečnom ocenom 4,68;

2. Mesto održavanja simpozijuma 93,3 % učesnika je ocenilo pozitivno (71,1% odlično, 16,9% dobro, 3,5% prosečno, 1,8% loše);

3. Izbor i aktuelnost tema učesnici su ocenili prosečnom ocenom 4,72;

4. Predavače plenarnih tema učesnici su ocenili prosečnom ocenom 4,7, dok su nosioci usmenih prezentacija ocenjeni prosečnom ocenom 4,74 a poster prezentacija prosečnom ocenom 4,68;

5. Nova znanja primenjiva u praksi steklo je 85,7% dok se delimično sa tim slaže 12,5% učesnika;

6. Opšta ocena simpozijuma je 4,72

7. Predložene teme za buduće simpozijume su: izgaranje medicinskih sestara tehničara na radu, profesionalna oboljenja kod medicinskih sestara/tehničara, uključivanje kolega iz privatnog sektora, obrazovanje sestara u Srbiji, tretman hirurških rana

8. Komentari učesnika: „ Ništa ne menjati sve je odlično“, „ Da su češći sastanci“, „Samo tako nastavite“, „Posvetiti posebnu tematiku obrazovanju sestara i usklađivanju diploma sestara sa zemljama u EU“,.....

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 i KMSZTS na pokroviteljstvu.

Beograd, 15.05.2018. godine

PODRŠKA UDRUŽENJA NACIONALNI PROGRAMA ZA PODRŠKU DOJENJU, PORODIČNOJ I RAZVOJNOJ NEZI NOVOROĐENČETA

Srbija je jedna od demografski najstarijih nacija u Evropi.Udeo starijih od 65 godina je za 1/3 veći nego dece uzrasta do 15 godina.

• Svake godine izgubimo od 30.000 do 38.000 stanovnika, a negativne tendencije beležimo već četvrt veka.

• Broj dece u Srbiji je smanjen za skoro 40.000 od 2011.do 2016. godine, a procenjuje se da će ukupan broj stanovnika opasti na 5,5 miliona do 2041. godine.

Zbog stalnog pada stope dojene dece, zaštita promocija i podrška dojenju predstavlja danas javno-zdravstveni prioritet u većini razvijenih zemalja , a od juna meseca i u našoj državi usvojen je Nacionalni programa za podršku dojenju, porodičnoj i razvojnoj nezi novorođenčeta (Program). Koordinator Nacionalnog programa prim. dr Ljiljana Stanković je zajedno sa svojim timom uložila veliki napor da se Program definiše i usvoji u veoma kratkom periodu, a sada nam predstoje dalje aktivnosti za njegovu implementaciju.

Udruženje medicinskih sestara- tehničara i babica Srbije je među prvima pružilo podršku inicijativi za usvajanje ovog Programa još tokom izrade nacrta za usvajanje. Uloga medicinskih sestara i babica za uspešno sprovođenje Programa je višestruka i jedan od najznačajnijih segmenata za dalji napredak.

Vodeći principi Programa su usklađeni sa povezanim strategijama i programima

• Globalna strategija SZO/ UNICEF -a za ishranu novorođenčadi i male dece (iz 2002. godine);

• Milenijumski razvojni ciljevi UN-a (do 2015);

• Ciljevi održivog razvoja (do 2030).

Program podržava ključne principe:

• Uredbe o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine,

• Uredbu o nacionalnom program za unapređenje razvoja u ranom detinjstvu,

• Uredbu o nacionalnom programu za prevenciju gojaznosti kod dece i odraslih.

Specifični ciljevi Programa su:

• Unaprediti znanje i veštine zdravstvenih radnika/saradnika;

• Unaprediti praksu koja podržava dojenje, porodično i razvojno orjentisanu negu novorođenčeta na svim nivoima zdravstvene zaštite;

• Pružiti pomoć timovima za promociju i podršku dojenja u zdravstvenim ustanovama za vršenje unutrašnjeg nadzora

• Obezbediti da se pokazatelji Programa uvedu u redovnu praksu kao sastavni deo usluga zdravstvene zaštite i nege trudnice, porodilje, majke i deteta;

• Obezbediti dostupnost različitih oblika edukacije i podrške dojenju trudnicama i roditeljima u lokalnoj zajednici;

• Ojačati partnerski odnos između zaposlenih u zdravstvenim ustanovama i porodice;

• Unaprediti saradnju u okviru lokalne zajednice (Ustanove, lokalna samouprava, udruženja) radi razvijanja ideja, razmene informacija i uzajamne podrške oko realizacije Programa ;

• Obezbediti dostupnost različitih oblika edukacije i podrške dojenju trudnicama i roditeljima u lokalnoj zajednici;

Sve planirane aktivnosti predviđaju jednak pristup kroz sve nivoe zdravstvene zaštite u radu sa trudnicom, porodiljom, babinjarom , novorođenčetom,odojčetom...

Program aktivnosti za porodilišta i standardno zbrinjavanje novorođenčeta obuhvata:

1. Kontakt koža-na-kožu neposredno po rođenju i prvi podoj u okviru prvog sata ili kada stanje majke dozvoli (sc..), najkasnije 4-6 sati od rođenja deteta;
2. Pružiti majkama praktičnu pomoć da započnu i uspostave dojenje i rešavaju najčešće teškoće;
3. Omogućiti zajednički boravak majke i deteta tokom 24 sata;
4. Podržati majke u dojenju na zahtev;
5. Odvraćati majke od davanja druge hrane i tečnosti novorođenčetu osim majčinog mleka;
6. U medicinskoj dokumentaciji novorođenčeta svakodnevno se evidentira način ishrane ;
7. Čašice za hranjenje ili kašičica se preporučuju u odnosu na flašicu i cuclu;
8. Podučiti majke kako da prazne dojke u cilju održavanja laktacije;
9. Odluka o prekidanju laktacije i o ishrani mlečnim formulama donosi se posle utvrđivanja kontraindikacija za dojenje, ili na zahtev porodilje, koja je prethodno informisana o prednostima dojenja i prirodne ishrane i rizicima hranjenja mlečnom formulom.

Program aktivnosti odeljenja za specijalizovano zbrinjavanje/intenzivno lečenje i negu novorođenčeta i odojčeta se bazira na definisanju primene:

1. Čašice za hranjenje ili kašičica se preporučuju u odnosu na flašicu i cuclu;
2. Jasne procedure i opremljenost za prikupljanje, skladištenje i upotrebu majčinog mleka;
3. Za prevremeno rođenu decu ne-nutritivno sisanje i oralna stimulacija, povremeno dojenje na zahtev.

Program aktivnosti za Dom zdravlja obuhvata aktivnosti kroz tri službe:

Služba za zdravstvenu zaštitu žena

1. Povećati obuhvat trudnica posetom Savetovalištu za trudnice;
2. Povećati obuhvat porođenih žena koje su dobile psihološku podršku i pomoć za prevazilaženje teškoća tokom dojenja, nakon završenih patronažnih poseta, posebno prilikom posete 6 nedelja nakon porođaja;
3. Uvesti obaveznu evidenciju saveta za podršku dojenju u karton trudne/porođene žene.

Služba polivalentne patronaže

Uvođenje ček liste kao obaveznu dokumentaciju patronažnih sestara u kojima bi bili evidentirani:

1. Razlozi za uvođenje dohrane ;
2. Da li je pri uvođenju dohrane konsultovan pedijatar iz doma zdravlja;
3. Način ishrane novorođenčeta do 15- og dana života.

Služba za zdravstvenu zaštitu dece i omladine

1. Obezbediti materijal i jasne instrukcije u vezi podrške dojenju tokom redovnih poseta pedijatru;
2. Ukoliko postoje poteškoće tokom dojenja povećati broj poseta patronažnih sestara
   a. novorođenčetu, po nalogu pedijatra od 15-28 dana.
   b. odojčetu
3. Uvesti jedinstvenu dokumentaciju za pedijatre, u cilju evidentiranja podataka o dojenju, isključivo dojene dece sa navršenih mesec dana, tri meseca, pet meseci, ukupno dojene dece sa tri, šest i 12 meseci; evidentirati vreme kao i razloge za uvođenje dohrane.

Pilot projekat se sprovodi u dve zdravstvene ustanove DZ „dr M.Ivković“Palilula i GAK Narodni Front, čiji zaposleni su prošli dvodnevnu edukaciju koja će im omogućiti bolju primenu Programa.Pilot projekat traje dva meseca, a inplementacija Programa u sve zdravstvene ustanove očekuje se početkom naredne godine. Zdravstvena ustanova određuje višu/visoku medicinsku sestru koja prati sprovođenje Programa i zadužena je za dostavljanje izveštaja Institutu/ zavodu za javno zdravlje jednom mesečno. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ će vršiti obradu i analizu dobijenih podataka uz aktivno učešće predstavnika ove dve zdravstvene ustanove.

Naš zajednički zadatak je da se obezbedi podrška prirodnoj ishrani svakoj bebi, bilo da je ona zdrava ili na lečenju u intenzivnoj nezi, a odluku o dojenju doneće svaka mama samostalno.

Tekst priredila:
Slavica Đorđrvić,
spec.strukovna medicinska sestra
iz oblasti javnog zdravlja
Glavna sestra DZ Palilula
Član Nacionalne stručne Komisije

IZVEŠTAJ O REALIZOVANOM STUDIJSKOM PUTOVANJU MOSKVA – SANKT PETERBURG

U organizaciji Udruženje medicinskih sestar-tehničara i babica Republike Srbije, u periodu od 16.09.-22.09.2018 godine, preko agencije Evro-turs, realizovano je studijsko putovanje Moskva – Sankt Peterburg. Učesnici na studijskom putovanju su bile medicinske setre iz zdravstvenih ustanova Beograda i Srbije, kao i predstavnici VMŠ iz Ćuprije.

Planirani program studijskog putovanja je u potpunosti realizovan uz svesrdnu podršku i angažman Evro-turs agencije. Izražavamo veliku zahvalnost njegovoj ekscelenciji ambasadoru gospodinu Slavenku Terziću, sekretarima ambasade R.Srbije u Moskvi, koleginicama iz univerziteta „Sečenov", kao i predstavnicima Ruske federacije sestara, naročito predsednici gđi. Valentini Sarkisovoj i izvršnom direktoru za međunarodnu saradnju RNA Nataliji Serebrenikovoj na izuzetnom prijemu.

Posebnu zahvalnost izražavamo agenciji Evro-turs koja se maksimalno angažovala da ovo studijsko putovanje bude realizovano na kvalitetan način, a prijemi u institucije Rusije budu organizovani na visokom nivou, kako i dolikuje medicinskim sestrama Srbije. Tokom studijskog putovanja, medicinske sestre iz Srbije su bile primljene u Ambasadi Republike Srbije u Moskvi pri čemu je upriličen i susret sa njegovom ekselencijom ambasadorom gospodinom Slavenkom Terzićem i II sekretarom Ambasade gđom Snežanom Pavlović, koja se veoma angažovala u organizaciji prijema u KC i kod ambasadora R.Srbije u Moskvi.

Ambasador je tokom razgovora više puta izrazio zadovoljstvo posetom medicinskih sestara i UMSTBS, interesovao se o mogućnostima saradnje Udruženja medicinskih sestar-tehničara i babica Republike Srbije i obrazovnih institucija iz Srbije sa sestrinskim udruženjem, obrazovnim institucijama i zdravstvenim ustanovama iz Rusije, te ponudio pomoć u realizaciji saradnje.

Takođe, medicinske sestre su posetile i KC Prvog državnog univerziteta „Sečenov" u Moskvi. Koleginice iz Srbije, primila je gđa Valentina Evgenjevna Jefremova, docent, specijalista za upravljanje radom sestrinske službe, glavna sestra KC i kolegijum glavnih sestara KC.Tokom sastanka, Valentina Evgenjevna Jefremova, je održala predavanje na temu:" Reinženjering aktivnosti medicinskih sestara KC"Sečenov", predstavljajući organizaciju sestrinske službe u KC"Sečenov", upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj nezi, principe edukacije i obuke mladih sestara, kao i sestrinsku dokumentaciju u KC. Predsednica UMSTBS je predstavila aktivnosti UMSTBS , i tom prilikom uručila monografiju UMSTBS i časopis „Sestrinska reč" kolegama iu KC"Sečenov". Valentina Evgenjevna Jefremova je poklonila udruženju knjigu "Organizacija sestrinske službe u ZU u Rusiji", koja je obavezna literatura na studijama sestrinstva. Nakon završetka radnog dela sastanka, ljubazne koleginice iz KC su pokazale sestrama iz Srbije organizaciju rada i aktivnosti sestara prilikom operativnih zahvata uz pomoć robotskog hirurškog sistema "Da Vinči", krio i brahi terapiju, i operacija u 2D i 3D formatu. Poseta prestižnom UKC je završena obilaskom savremenog centra za medicinsku rehabilitaciju, u kome se primenjuju robotske tehnologije za rehabilitaciju pacijenata sa različitim funkcionalnim poremećajima.

Predstavnici UMSTBS, VMŠ iz Ćuprije i svi učesnici studijskog putovanja sastali su se sa predstavnicima RNA, Valentinom Sarkisovom, predsednicom RNA, Natalijom Serebrenikovom, izvršnom direktorkom za međunarodnu saradnju RNA, i Tatijanom Glazikovom, predsednicom Lenjigradskog okruga, članice RNA. Tokom sastanka predsednica Valentina Sarkisova je predstavila rad i organizaciju Ruske nacionalne asocijacije medicinskih sestara, a predsednica UMSTBS, Dijana Otašević je predstavila organizaciju i rad Udruženja medicinskih sestara-tehničara i babica Republike Srbije. Tokom dvočasovnog sastanka razmenjena su iskustva i dogovarane mogućnosti saradnje između dve asocijacije, kao i saradnja sa VMŠ iz Ćuprije. Tom prilikom je potpisan Ugorvor o saradnji između RNA, UMSTBS i VMŠ, u kojem su navedene oblici saradnje u vidu razmene znanja i iskustava, i saradnja u drugim oblastima za koje se utvrdi međusobni interes asocijacija i škole.

Za vreme studijskog putovanja učesnici su obišle brojne znamenitosti i istorijske spomenike Moskve i Sankt Peterburga, koje će ostati dugo u sećanju svima nama koji smo imali mogućnost da to vidimo.

UMSTBS zahvaljuje koleginicama i kolegama, učesnicima studijskog putovanja za aktivno učešće, divno druženje, i veliki doprinos u realizaciji ovog programa.

Predsednik UMSTBS
Dijana Otašević, s.

PLAN RADA STRUČNIH AKTIVNOSTI UMSTBS ZA 2019. godinu

Saradnja sa:
Ruskom nacionalnom sestrinskom asocijacijom – maj 2019
Marquette Univerzitet iz Wisconsin-a, USA

1) V KONGRES UMSTBS

MAJ 2019.god - Divčibare , Hotel "Narcis""

Sadržaj stručnih aktivnosti na Kongresu
- **Plenarna tematika,, Vrednovanje sestrinske profesije u zdravstvenom sistemu Republike Srbije u susret evrointegracijama"**
- **Usmena i poster prezentacija stručnih radova**
- **Predstavljanje saradnika - popularna predavanja**

Za planirani V Kongres očekuje se oko 250 učesnika.

05. Maj 2018 – MEĐUNARODNI DAN BABICA

12. Maj - SVEČANA AKADEMIJA POVODOM MEĐUNARODNOG DANA SESTARA - Hotel „Narcis"
- **Stručni sastanak na preporučenu temu ICN za 2019**
- **Svečana akademija**
- **Dodela priznanja i nagrada medicinskim sestrama**

Studijsko putovanje BEOGRAD – LJUBLJANA – MILANO – JEZERO KOMO – BEOGRAD 19.05. – 25.05.2019. u organizaciji UMSTBS i uz podršku TA Evro-turs.

2) SIMPOZIJUM GLAVNIH SESTARA, BABICA, SESTARA I BABICA IZ PRAKSE I PROFESORA ZDRAVSTVENE NEGE - Novembar 2019. godine, Tara, Hotel "Omorika"

Sadržaj stručnih aktivnosti Simpozijuma:
- **Plenarna tematika**
- **Usmena i poster prezentacija stručnih radova**
- **Predstavljanje saradnika – popularna predavanja**

Za planirani Simpozijum očekuje se oko 250 učesnika.

3) 33.Simpozijum medicinskih sestara – tehničara onkoloških institucija Republike Srbije - Novembar 2019.god

4) STUDIJSKO PUTOVANJE– maj 2019

Sadržaj Studijskog putovanja

- **Poseta zdravstvenim ustanovama**
- **Radni sastanak sa predstavnicima institucija**
- **Radni sastanak sa predstavnicima sestrinsko babičkih strukovnih organizacija**

Planira se učešće oko 30 medicinskih sestara i zdravstvenih saradnika iz zdravstvenih ustanova Republike Srbije.

5) INTERFORUMSKI RAD

- **Forum sestara u psihijatriji**
- **Forum hirurških grana - Intersekcijski rad**
- **Forum internih grana - Intersekcijski rad**
- **Forum sestara u PZZ – intersekcijski rad**
- **Forum za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine**
- **Forum nastavnika i profesora zdravstvene nege srednjih i strukovnih medicinskih škola**

6) STRUČNI SASTANCI INTERSEKCIJSKOG RADA U OKVIRU NAVEDENIH FORUMA
27.септембар 2019.god - obeležavanje Dana UMSTBS

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

UPUTSTVO AUTORIMA

"SESTRINSKA REČ" (skraćeni naziv Sestrin.reč) je naučni, stručni i informativni časopis u izdanju Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije (UMSTBS), dizajniran da pruži kvalitetne i najnovije informacije u domenu zdravstvene zaštite, zdravstvene nege i obrazovanja sestara koje su od interesa za teoriju i praksu u oblasti medicine i sestrinstva. Časopis se objavljuje 2 puta godišnje.

Autori koji su zainteresovani za objavu rukopisa u obavezi su da se pridržavaju navedenih uputstava:

1. **Dostavljanje rukopisa.** Rukopisi se dostavljaju poštom na adresu Uredništva: Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije Beograd, Resavska 28, Beograd, Srbija ili elektronskim putem na e-mail adresu časopisa: sestrinskarec@gmail.com
2. **Autorska prava.** Autori se slanjem rukopisa i prihvatanjem za štampu automatski odriču autorskih prava koje prenose na UMSTBS. Rukopisi koji sadrže materijal koji je već objavljen na drugom mestu ne mogu biti prihvaćeni.
3. **Kategorizacija rukopisa (tip članka).** Kategorizaciju podnetih rukopisa predlaže autor, a konačnu ocenu donosi uredništvo časopisa, primarno na osnovu ocene recenzenata.

Prema Aktu o uređivanju časopisa koji je sačinilo Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije u saradnji sa Narodnom bibliotekom Srbije (Službeni glasnik RS br.79/05) predviđena je sledeća kategorizacija članaka:

Original article (Originalni rad)
Review (Pregledni rad)
Professional article (Stručni rad)
Case report (Prikaz slučaja)
Preliminary communication (Prethodno saopštenje)
Current topic (Aktuelne teme)
Book review (Prikaz knjige)
Letter to the Editor (Pismo uredniku)

- **Originalni naučni rad** (sadrži rezultate izvornih istraživanja; informacije u radu moraju biti obrađene i izložene tako da se eksperimenti mogu ponoviti, a analize i zaključci na kojima se rezultati zasnivaju, proveriti);
- **Pregledni rad** (predstavlja celovit pregled nekog problema na osnovu već publikovanog materijala, koji je u pregledu sakupljen, analiziran i komentarisan);
- **Stručni rad** (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 sa ciljem širenja znanja i prilagođavanja izvornih istraživanja potrebama nauke i prakse);
- **Prikaz slučaja** (prikaz jednog ili nekoliko slučajeva/pacijenata značajnih sa aspekta inovativnog pristupa i unapređenja delatnosti u oblasti zdravstvene nege);
- **Prethodno sopštenje** (sadrži naučne rezultate čiji karakter zahteva hitno objavljivanje, ali ne mora da omogući proveru i ponavljanje prikazanih rezultata);
- **Aktelne teme** (osvrt na savremeno, nerešeno ili kontradiktorno pitanje od teorijskog i praktičnog značaja u oblasti sestrinstva, uz iznošenje sopstvenih rezultata istraživanja ili najnovijih važnih podataka iz literature; konstrukcija članka je slobodna i nije obavezan zaključak, ali su poželjne kratke zaključne napomene sa jasnom porukom);
- **Prikaz knjige** (kritički komentar i stručna oceana dela koje se prikazuje, kao i procena njegovog značaja);
- **Pismo uredniku** (lični stavovi i komentari autora koji se mogu odnositi na tekstove objavljene u Sestrinskoj reči, na teme od značaja za medicinsku i sestrinsku praksu uopšte, kao i na publikacije od posebnog značaja za sestrinstvo; pišu se slobodno uz eventualno navođenje podataka iz literature).

4. **Recenziranje.** Objavljeni radovi se recenziraju. Klinička istraživanja i prikazi slučajeva podležu najmanje dvostrukoj pozitivnoj recenziji. Nakon recenzije autor se obaveštava o zaključku recenzije. Rukopis može biti prihvaćen za objavu, vraćen na doradu ili odbijen.
5. **Tehnički zahtevi.** Radovi se pišu na srpskom ili engleskom jeziku. Pismo časopisa je latinica. Tekst rukopisa mora biti koncizan, sistematičan, jezički korektan i štampan na računaru. Tip pisma mora biti "Times New Roman", veličina fonta u tekstu 12pt, dupli razmak između redova, margine 2,5 cm. Rukopis može sadržati do 30.000 karaktera. Latinski nazivi se pišu italic pismom. Koriste se samo generički nazivi lekova (naziv proizvođača se može navesti u zagradi, ukoliko je neophodno).
6. **Obavezni elementi rukopisa:**

- **Naslovna strana** - sadrži predloženu kategorizaciju članka, naslov članka na srpskom i engleskom jeziku, puna imena i prezimena autora, tačan naziv ustanove ili ustanova kojima autori i koautori pripadaju i država u kojima se ustanove nalaze, kontakt podatke autora-korespodenta u vezi sa rukopisom (ime, prezime, adresa, telefon, e-mail)
- **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 (jedinstveni paragraf) zavisno od kategorije rada;
- **Uvod** – kratak prikaz problematike teme i cilja rada;
- **Metodologija rada** - podaci o izvoru podataka, tipu istraživanja, uzorku ispitanika, mernim instrumentima, ispitivanim varijablama i statističkim metodama obrade podataka (ukoliko se radi o naučnom istraživanju), tj. o metodama primenjenim u radu (u drugim slučajevima);
- **Rezultati istraživanja** - prikaz podataka sa tekstualnim, tabelarnim ili grafičkim pojašnjenjem i obrazloženjem problematike, kao i propratnom diskusijom;
- **Zaključak** - kratke zaključne napomene sa jasnom porukom koja proističe iz rezultata istraživanja;
- **Literatura** - Citiranje literature vrši se prema Vankuverskom sistemu. Reference je potrebno numerisati rednim arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu. Redosled reference navesiti u uglastim zagradama [ ] nakon citata. Maksimalan broj referenci je 30.

Primer osnovne strukture reference za standardni članak u časopisu:

Mochi M, Sangiorgi S, Cortelli P, Carelli V, Scapoli C, Crisci M, et al. Testing models for genetic determination in migraine. Cephalalgia. 1993;13:389-94.

Primer osnovne strukture reference za knjigu:

Erić, Lj. Panična stanja. II dopunjeno i prošireno izdanje. Beograd: Medicinska knjiga; 1991.

Primer osnovne strukture reference za poglavlje iz knjige:

Popovac D. Bronhijalna astma. U: Bolesti pluća. V dopunjeno i prerađeno izdanje. Beograd: Medicinska knjiga; 1994.

Primer osnovne strukture reference za članak sa stručnih sastanaka:

Harris AH, editor. Economics and health. Proceedings of the 19th Australian Conference of Health Economist; 1997 Sep 13-14; Sydney, Australia.

Primer osnovne strukture reference za članak u časopisu na internetu:

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs. 2002; 102(6) [cited 2002 Aug 12]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm.

Detaljne smernice sa više primera različitih izvora citiranja možete naći na stranici: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Napomena: Za naslove časopisa koriste se skraćenice prema Listi indeksiranih časopisa (List of Journals Indexed for Medline) Indeks Medikusa (Index Medicus). Srpski časopisi koji se ne indeksiraju u ovoj publikaciji skraćuju se na osnovu Liste skraćenih naslova srpskih serijskih publikacija (www.scindeks.nb.rs.).

Svi podaci o citiranoj literaturi moraju biti kompletni i tačni. Autori su odgovorni za tačnost citiranih referenci. Prednost u navođenju treba dati radovima publikovanim u celini, po mogućstvu u renomiranim časopisima sa recenzijom.

- **Prilozi** - prilažu se kao posebni, dopunski fajlovi. 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. Ilustracije (slike) su svi oblici grafičkih priloga (dijagrami, grafikoni, slike, fotografije). Potrebno je priložiti samo reprezentativne ilustracije koje dokumentuju rad. Podatke prikazane u tabelama i grafikonima nije potrebno ponavljati u tekstu. Svaka tabela ili ilustracija (slika) treba da sadrži: naslov, odgovarajući broj kao i sva potrebna objašnjenja simbola i skraćenica. Originalnu verziju dijagrama (MS Excell fles) treba sačuvati, u slučaju potrebe u procesu publikacije. Broj i naslov tabele se pišu iznad, a ilustracije (slike) ispod. Fotografje se prilažu elektronski, uz obaveznu zaštitu identiteta lika na fotografiji.

- **Skraćenice** - koristiti samo standardne skraćenice, ali ne u naslovu i apstraktu. Pun naziv pojma sa skraćenicom u zagradi treba dati kod prvog pominjanja u radu, a u daljem tekstu dovoljna je primena samo skraćenica. Za mere koristiti Međunarodni sistem jedinica (International System of Units-SI), a u posebnim slučajevima alternativne jedinice shodno naučnoj disciplini i oblasti.

- **Propratno pismo** - uz rukopis je neophodno priložiti pismo koje je potpisao korespondirajući autor, a koje treba da sadrži: izjavu da rad nije predhodno publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljivanje u nekom drugom časopisu, te izjavu da su rukopis pročitali i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva. Ukoliko je rad nastao u okviru nekog projekta i/ili je (su)finansiran/potpomognut od strane EU, nacionalne fondacije (ministarstva) i drugih relevantnih institucija, potrebno je navesti brojčanu oznaku i naziv projekta. Potrebno je pribaviti saglasnost od nosilaca autorskih prava za korišćenje svih izvoda iz dela zaštićenih autorskim pravima i drugih materijala zaštićenih autorskim pravima koji su korišćeni u rukopisu i navesti izvore u rukopisu i dodatnim materijalima.

Napomena: Uređivanje naučno-stručnih sadržaja časopisa je potpuno nezavisno. Sestrinska reč zadržava pravo određivanja redosleda objavljivanja radova. Redosled kojim su navedeni radovi u časopisu ne odražava vrednost rada. Odgovornost za tačnost prezentovanih informacija i originalnost autorskih sadržaja u sopstvenim radovima snose sami autori.

RADOVE SLATI NA MEJL: sestrinskarec@gmail.com

Publikovanje radova u časopisu „Sestrinska reč“ za medicinske sestre - tehničare je bez novčane nadoknade.
Za sve ostale autore radova - autor i svaki koautor rada uplaćuju iznos godišnje članarine u iznosu od 480.00 RSD za časopis ”Sestrinska reč”, koje obuhvata publikovanje po jednog rada u oba broja u toku jedne kalendarske godine.

EVRO-TURS

27 GODINA SA VAMA

Da putovanje bude uživanje

“EVRO – TURS”. Turistička agencija “EVRO – TURS” je član YUTA.
Sve informacije i rezervacije:
tel. 011/ 3 555 025 ili 011/ 3 549 663
office@evro-turs.rs

Radnim danima od 9.00 do 18.00 / Subotom od 9.00 do 14.00
Srbija, 11030 Beograd, Požeška 80/I
Tel./Fax: + 381 11 355 5025, Tel.: 354 9663
office@evro-turs.rs / www.evro-turs.rs

Licenca kategorije OTP 14/2010
od 29.01.2010