sestrinska reč

ČASOPIS UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA R. SRBIJE

BROJ 80

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

UVEK UZ VAS!

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 2020.
GODINA XXIII

Časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije

sestrinska reč

Godina XXIII ● Broj 80 ● Beograd, Resavska 28 ● Oktobar, 2020.

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

NURSING RESEARCH 4
Despotovic Mile[1], Despotovic Milena[2], Kekus Divna[3], Stanojevic Čedomirka[1], Marinovic Nela1, Ilić Biljana[1]

KOMUNIKACIJA U FIZIOTERAPEUTSKOJ PRAKSI. 7
Stevan Jovanović[1], Divna Kekuš[1], Biljana Stojanović Jovanović[1]

PALIJATIVNA NEGA KAO INTEGRALNI DEO ZDRAVSTVENE NEGE 11
Katarina Đukanović[1], Slobodanka Bogdanović Vasić[1]

ISTRAŽIVANJA SESTRINSKE PRAKSE - NEOPHODAN FAKTOR U USPOSTAVLJANJU I ODRŽAVANJU VISOKIH STANDARDA ZDRAVSTVENE NEGE 15
Biljana Stojanović – Jovanović[1], Divna Kekuš[1]

DIJAGNOZA KARCINOMA ŽELUCA 20
Jandrić -Kočić C Marijana

PSIHOFARMAKOTERAPIJA U TRETMANU PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA KOD KARCINOMA DOJKE 23
Mirjana Stojković-Ivković

MULTISISTEMSKA HISTIOCITOZA LANGERHANSOVIH ĆELIJA SA DOMINANTNIM LEZIJAMA U PLUĆNOM PARENHIMU 26
Jovan Javorac [1,2], Dejan Živanović[2], Miroslav Ilić[1,3], Ana Milenković[1]

UČEŠĆE MEDICINSKE SESTRE SPECIJALISTE IZ OBLASTI JAVNOG ZDRAVLJA U PREVENCIJI PROFESIONALNIH BOLESTI I POVREDA NA RADU 29
Slavica Đorđević

DOKUMENTOVANJE EKSTRAVAZACIJE CITOTOKSIČNIH AGENASA 32
Maja Savić[1], Sanja Stanisavljević[2], Dušanka Tadić[2]

SAOPŠTENJE IZ UDRUŽENJA - Izveštaj sa Simpozijuma glavnih sestara i babica, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege, Tara, 27.11.-01.12.2019.godine. 37

SAOPŠTENJE IZ KMSZTS - Deo aktivnosti KMSZTS za vreme epidemije Kovid19 u R. Srbiji 38

UPUTSTVO AUTORIMA 41

Poštovani čitaoci i autori,

Kategorizacija domaćih naučnih časopisi za medicinske nauke za 2019. godinu 0354-8422 Sestrinska reč udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije M52

U ulozi glavnog i odgovornog urednika sa ponosom i velikim zadovoljsvom obaveštavam Vas da je naš časopis „Sestrinska reč"u Kategorizaciji domaćih naučnih časopisa za medicinske nauke za 2019. godinu od strane Ministarstva za prosvetu nauku i tehnološki razvoj svrstan u kategoriju naučnih časopisa M52 .

Sumirajući rezultate želim da izrazim zahvalnost recenzentima na podršci i saradnji u podizanju kvaliteta radova koji se objavljuju na stranicama našeg časopisa, a time i u njegovom boljem pozicioniranju na domaćoj i međunarodnoj naučnoj sceni.

Zahvaljujem se i svim autorima radova koji su doprineli da se časopis nadje u kategoriji M52 (http://scindeks.ceon.rs).

Očekujemo u budućnosti više radova sestara iz prakse, posebno iz oblasti zdravstvene nege zasnovanoj na dokazima.

Pozivam Vas i dalje na buduću saradnju, razmenu iskustva i znanja i izgradnju konstruktivne profesionalne mreže.

……

Radove slati na mejl: sestrinskarec@gmail.com

Divna Kekuš,
Glavni i odgovorni urednik
časopisa Sestrinska reč

NURSING RESEARCH

Despotovic Mile[1], Despotovic Milena[2], Kekus Divna[3], Stanojevic Cedomirka[1], Marinovic Nela[1], Ilić Biljana[1]
[1]The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Srerbia
[2]Faculty of Medical Sciences University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia
[3]Academy for Applied Studies Belgrade, College of Health Sciences, Belgrade, Serbi

APSTRAKT
S razvijanjem institucija za obrazovanje medicinskih sestara, javila se potreba za kontinuiranom edukacijom i proširenjem fonda naučnog znanja, a nakon uvođenja zdravstvene nege i sestrinstva na fakultete, naučna istraživanja u ovoj oblasti postala su neizbežni deo unapređenja profesije. Sestrinstvo u svoj fokus stavlja brigu o drugima i neretno se bavi temama poput ishrane, obezbeđivanja sigurnosti i bezbednosti, zbrinjavanja, pitanja higije i slično.
Promovisanje istraživanja i uključivanja sestara u istraživačke timove je od velikog značaja za sam kvalitet rada sestara jer podstiče rad zasnovan na dokazima i podacima. Uopšteno govoreći, možemo reći da istorija istraživanja u sestrinstvu započinje zajedno sa modernim sestrinstvom. Medicinske sestre koje se bave istraživanjima često doživljavaju nedostatak podrške od strane sestara mendžera i nerazumevanje od kolega koji smatraju da rad na istraživanju negativno utiče na kliničku praksu. Ovakva situacija ukazuje na to da istraživački rad treba da bude ohrabrivan još za vreme školovanja.
Postoje tri velike oblasti kada su u pitanju istraživanja u sestrinstvu: obrazovanje sestara, sestrinska praksa i administracija u sestrinstvu. Kada su u pitanju trendovi u obrazovanju sestara, prvenstveno se apostrofira znajčaj kvalitativnih istraživanja koja imaju korene u filozofiji i humanizmu i koja mogu da pruže dokaze za praksu sestara. U oblasti sestrinske prakse, akcenat se stavlja na istraživanja koja se bave promocijom zdravlja i zdravih životnih stilova. Najzad, u oblasti administracije u sestrinstvu najčešća su istraživanja koja se bave donošenjem odluka zasnovanih na dokazima. Najveći fokus stavljan je na teme poput nege, energetskih terapija, znanja i stavova i duhovnost, a odnos nege i lečenja, upravljanje simptomima, kvalitet života i depresija bili su teme koje su se najčešće ispitivale.
U Srbiji, medicinske sestre su tek od nedavno dobile mogućnost da se obrazuju na akademskom nivou, a takođe i sve je veći broj visokih škola za medicinske sestre. Ovakva situacija govori u prilog podsticanju istraživačkog rada.
KLJUČNE REČI: Sestrinstvo, istraživanje u sestrinstvu, sestinska nega

ABSTRACT
With the development of nursing education institutions, there emerged a need for continued education and expansion of the body of related scientific knowledge. After the introduction of nursing care and nursing into the university curricula, scientific research in this area became an inevitable part of the advancement of the profession. Nursing focuses on the care for others and deals with issues such as nutrition, security and safety, admission and care, hygiene issues and similar.
Promoting the research and involvement of nurses in research teams is of great importance to the quality of nurses' work, as it encourages evidence-based and data-based work. Generally speaking, we can say that the history of nursing research begins together with modern nursing. Nurses involved in research are often faced with a lack of support from managerial nurses and misunderstanding from colleagues who believe that doing research has a negative impact on clinical practice. Such a situation suggests that research work should actually be encouraged during school.
There are three major areas with regard to nursing research: nursing education, nursing practice, and nursing administration. When it comes to trends in nursing education, the emphasis is primarily put on the importance of quality research rooted in philosophy and humanism that is also able to provide practically usable results. In the field of nursing practice, the emphasis is on research that promotes health and healthy lifestyles. Finally, in the field of nursing administration, the most common is evidence-based research. The primary focus is placed on topics such as nursing, energy therapies, knowledge and attitudes, and spirituality. The relationship between care and treatment, symptoms management, quality of life and depression are the topics most commonly examined.
In Serbia, nurses have only recently been given the opportunity to study at a university level. There is also an increasing number of nursing colleges. This situation speaks in favor of stimulating and fostering research work.
KEYWORDS: nursing, research in nursing, nursing care

KEYWORDS: hip arthroplasty, health care.

Korespondent:
Prof.dr Despotović Mile
e-mail: despotmile@gmail.com

INTRODUCTION

Regardless of the rich history that has accompanied the development of nursing, it is a relatively new scientific discipline. For many years, nurses and nursing were viewed as a supporting branch of medicine that involved only practical work. The founder of modern nursing is Florence Nightingale, who believed that nursing should create the best conditions for the patient so as to enable the nature to do its work (1). According to the International Council of Nurses, health care is autonomous and collaborative care for persons of all ages, families, groups and communities, sick or healthy, in all environments (2). A nurse works to improve health, prevent disease and care for sick, disabled and dying persons. Advocacy, promoting a safe environment, research, involvement in health policy-making, and patient and health system management, and education are also nursing key roles. This definition is perhaps the most comprehensive one so far and includes various facets of nurses' work. It includes the importance of nursing research and education and extends the lay perception of a nurse as a mere provider of practical procedures related to patient care.

Research topics in nursing

With the development of nursing education institutions, there emerged a need for continued education and expansion of the body of related scientific knowledge. After the introduction of nursing care and nursing into the university curricula, scientific research in this area became an inevitable part of the advancement of the profession. Nursing focuses on the care for others and deals with issues such as nutrition, security and safety, admission and care, hygiene issues and the like. Sarkis and Koners point out that knowledge in these fields is often passed on verbally, from one generation of nurses to another. They observe nurses often rely more on common sense, tradition, learning through trial and error, much more often than on written documents (3). Therefore, it should be emphasized that promoting the research and involvement of nurses in research teams is of great importance for the quality of nursing work itself as it encourages evidence-based and data-based work.

In general, the history of nursing research begins together with modern nursing. The 1859 work of Florence Nightingale "Notes on Nursing" (4) is considered to be the first scientific publication on nursing. This publication contains advices and practices for the following areas: ventilation and heating, domestic health, delegating duties in absence, noise, variety (environment), eating and diet, bed and bedding, lighting, room hygiene, personal hygiene, advice to the patient family and the observation of patients. Also of importance is her work on the mortality and morbidity of soldiers during the Crimean War (5).

Most of the earlier nursing studies dealt with nursing education. American Journal of Nursing was established in 1900 (6). In 1949 the same journal reported that the most serious handicap of effective nursing research was the inability to draw up a definitive plan for scientific research (7). Due to the growing number of nursing schools, as well as the establishment of the first doctoral programs (1924 at the University of Columbia), interest in research has grown, and avenues opened to diversify and thus improve the field (8).

The need for new scientific journals continued to grow, thus leading to the 1952 launch of the Nursing Research. In 1959, Marjorie Simpson (9) starts the first Nursing Research Self-help Group in the UK called the Research Discussion Group. It acted as a nucleus for the Royal College of Nursing Research Society which still operates today.

Over the years, there has been an increase in the number of nursing studies so that they address a variety of aspects of nursing care. As early as the 1960s, there was research addressing skin care, oral hygiene and vomiting mechanisms (10).
In the 1970s, the Brigs Report (11), which is considered by many to be a historical turning point for nursing, brought about a serious reconsideration of nursing research. Brigs opined that nursing must be research-based. However, decades after the report was published, some authors suggest that nursing has not become research-based. They argue that nurses do not understand what research is.

The authors dealing with this topic are often nursing researchers themselves. Experiences vary depending on the characteristics of the society in which research is conducted, the cultural factors and the stage of the development of the nursing profession in a particular country. It is a fact that research studies are being conducted and that their numbers are higher than before. However, some researchers question the extent to which nurses are trained in scientific work. Some authors find that research nurses often experience a lack of support from managerial nurses and resentment from colleagues who believe that research work has a negative impact on clinical practice (12). Such a situation suggests that research work should actually be encouraged during school, so that students get introduced to the techniques employed by research teams, methodology, critical thinking and necessary skills. This would enable them to carry out their own research and to apply the results obtained in practice.

Many countries have strategic plans that address the needs of the nursing profession and provide guidance for future researchers to better implement national public health policies. Clara Aaarts in her "Nursing Research Strategy in Sweden" identifies the following topics of importance: life with chronic illness and multimorbidity, mental health and health effects of migration, poor health and equality of care, safety, guidance and organization of nursing care, information and communication technology (13).
South Korean authors have analyzed the current status of evidence-based nursing research (14). They surveyed twenty publications, including national medical journals, masters theses and doctoral dissertations by November 2016. Most of the publications examined were journals (80.9%). The most common topic for the implementation of evidence-based nursing was readiness for evidence-based nursing (16 papers). The most common topic in systematic reviews and meta-analyzes was the intervention effect of exercise programs. The most common topic in the guidelines was temperature control.

Shobhi finds there are three major areas with regard to nursing research: nursing education, nursing practice, and nursing administration. When it comes to trends in nursing education, this author puts forward the importance of quality research rooted in philosophy and humanism that is also able to provide practically usable results. In the field of nursing practice, the emphasis is on research that promotes health and healthy lifestyles. Finally, this author states that the most common topics in the area of nursing administration have to do with evidence-based decision making.

Chinese authors analyze trends in nursing research and compare China to the world. They state that nursing research in China is under development and the number of publications is increasing rapidly (16). On the other hand, clinical research on nursing in developed countries is at a stage of stable development or a stage of maturation, characterized by a flat curve of publication volume

and a stable rate of development. The authors estimate that there is a 25-30 year difference between China and more developed countries when it comes to the state of nursing research.

Contemporary nursing research topics differ greatly from older works. Increasing attention is being paid to alternative methods in nursing.

In order to investigate the prevalence of holistic nursing research, one group of authors used a consecutive sample of 579 studies published in six journals from 2010 to 2015 that were identified as the most consistent with the scope of holistic nursing care. Of the total number of studies, 275 were considered holistic and included in the analysis (17).

The primary focus was placed on topics such as nursing, energy therapies, knowledge and attitudes, and spirituality. The relationship between care and treatment, symptoms management, quality of life and depression were the topics most commonly examined. Overall, 56% of studies were quantitative, 39% were qualitative and 5% were mixed. Only 32% of the studies were funded. The findings of this study speak in favor of the importance of holistic studies and the benefits they may have for nursing practice.

INSTEAD OF CONCLUSION

In Serbia, nurses have only recently been given the opportunity to study at a university level. There is also an increasing number of nursing colleges. In the recent years, nursing gas become an area of study in both master's and PhD programs. In these programs, students learn, among the other things, basic methodological and statistical procedures, data analysis and critical thinking. This situation speaks in favor of stimulating and fostering research work. Finally, there are also relevant national scientific journals that support nursing research and evidence based nursing. Researches in nursing are very important link between theory and nursing practice, because they have contribution in raising the quality of nursing care. Therefore, it is of great importance to encourage nurses to engage in research work and provide them with a wide range of knowledge and skills necessary to participate in scientific and research practice, all with the aim of achieving better health care services and improving the quality of life of patients.

REFERENCES:

1. *Karimi H, Masoudi Alavi N. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. Nurs Midwifery Stud. 2015;4(2):e29475.*
2. *International Council of Nursing, Nursing Definitions, available at: https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions*
3. *Sarkis JM, Conners VL. Nursing research: historical background and teaching information strategies. Bull Med Libr Assoc. 1986;74(2):121–125.*
4. *Nightingale F. Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not. New York, NY: D. Appleton and Company; 1860. http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html*
5. *Fee E, Garofalo ME. Florence Nightingale and the Crimean War [published correction appears in Am J Public Health. 2011 May;101(5):776]. Am J Public Health. 2010;100(9):1591.*
6. *The history of Nursing education, available at: http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9781496300232_Polit10e/samples/Polit10e_CS_Ch01.pdf*
7. *Research in nursing (editorial). Am J Nurs 1949 Dec;49(12):743-4*
8. *Chism, L. A. (2010) Overview of the Doctor of Nursing Practice degree. In L.A. Chism (Ed.), The Doctor of Nursing Practice (pp. 3-33). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.*
9. *Hopps, L.C.Review. The development of research in nursing in the United Kingdom. Journal of Clinical Nursing 1994, 3, 199–204.*
10. *Lučanin D, Sedić, Čukljek S Sestrinska istraživanja- pokretači profesionalnog razvoja, Zbornik radova Konferencije Perspektive individualnog i profesionalnog razvoja u sestrinstvu, Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008. str. 53-56*
11. *Moule P, Goodman M. Research in nursing, Available at: https://in.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/25224_01_Moule_&_Goodman_Ch_01.pdf*
12. *Yates, M. (2015). Research in nursing practice. Bridging the gap between clinicians and the studies they depend on. The American Journal of Nursing, 115(5), 11.*
13. *Aarts C. Strategy for nursing research in Sweden.Invest Educ Enferm. 2017 Jan;35(1):5-7.*
14. *Ryu S, Yun SW, Kim YS. Trends in Evidence-based Nursing Research in South Korea. J Korean Acad Nurs Adm. 2017 Sep;23(4):385-396.*
15. *Shobhi S. Current Trends in Nursing Research. International Journal of Nursing Research and Practice. Vol. 1 No. 1 (2014) January—June*
16. *Shi-FanHan, Rui-FangZhu,Ting-TingQin. A study on clinical nursing research trends and hotspots based on bibliometric analysis. Chinese Nursing ResearchVolume 4, Issue 4, December 2017, Pages 162-169*
17. *Delaney, C., McCaffrey, R. G., Barrere, C., Kenefick Moore, A., Dunn, D. J., Miller, R. J., … (Susan) Zhu, X. (2018). Trends in Contemporary Holistic Nursing Research: 2010-2015. Journal of Holistic Nursing, 36(4), 385–394.*

KOMUNIKACIJA U FIZIOTERAPEUTSKOJ PRAKSI

Stevan Jovanović[1], Divna Kekuš[1], Biljana Stojanović Jovanović[1]

Akademija srukovnih studija Beograd

Odsek Visoka zdravstvena škola[1]

APSTRAKT

Komunikacija se smatra najvažnijim aspektom prakse zdravstvenih radnika a komunikacioni odnos zdravstveni radnik-pacijent podrazumeva dve grupacije ljudi koje imaju različite pozicije odnosno, uloge koje određuju njihov interakcijski odnos. Proces komunikacije između fizioterapeuta i pacijenta sve se više prepoznaje i kao terapeutska praksa. Kroz komunikacione interakcije, fizioterapeuti mogu da obrazuju, motivišu, osnaže il oslobode, izraze empatiju ili autoritet, pokažu interes ili grade poverenje.

U fizioterapiji, kao i u drugim zdravstvenim profesijama, orijentisanim prema pacijentu, biopsihosocijalni i njemu blizak, pristup u komunikaciji fokusiran na pacijenta su uspostavljeni kao vodiči i okviri za način na koji praktičari i treba da komuniciraju sa svojim pacijentima. Ovi komunikacioni modeli se koriste kako bi se podelila informacija kao i odgovornost ali i smanjile razlike u moći između zdravstvenog radnika-fizioterapeuta i pacijenta. U skladu sa tim, ovaj komunikacioni model je posebno usmeren na razumevanje potreba pacijenata i njihovog rešavanja u cilju što bolje perspektive svakog pacijenta. Razvijanje aktivne saradnje između pacijenta i terapeuta stvara odnos definisan kao "terapeutska alijansa" karakterisan empatijom, poverenjem i poštovanjem.

Mnogi oblici tretmana koje sprovode fizioterapeuti ne mogu biti uspešni bez doprinosa pacijenta i njegove motivacije za saradnju kako tokom same komunikacione interakcije, tako i izvan nje. komunikacione veštine pozitivno utiču na pacijentovu psihologiju a time i fiziologiju jer su one neodvojive a odnos između fizioterapeuta i pacijenta tokom procesa rehabilitacije, budi osećaj „saputništva" na putu tokom kog se pruža prilika da se pacijent oslobodi svojih fizičkih, socijalnih i okolinskih ograničenja.

KLJUČNE REČI: komunikacij,a fizioterapeutska praksa, pacijent.

ABSTRACT

Communication is considered to be the most important aspect of the practice of healthcare professionals, and the communication relationship between the health care provider and the patient involves two groups of people who have different positions or roles that determine their interaction and relationship. The communication process between physiotherapist and patient is increasingly recognized as a therapeutic practice.

Through communication interactions, physiotherapists can educate, motivate, empower, or release, express empathy or authority, show interest, or build confidence. In physiotherapy, as well as in other patient-oriented, biopsychosocial and related health care professions, a patient-centered communication approach has been established as guides and frameworks for practitioners to communicate with their patients. These communication models are used to share information as well as accountability but also to reduce power disparities between the physiotherapist and the patient. Accordingly, this communication model is specifically aimed at understanding the needs of patients and addressing them in order to maximize the perspective of each patient. Developing active patient-therapist collaboration creates a relationship defined as a "therapeutic alliance" characterized by empathy, trust, and respect.

Many forms of treatment performed by physiotherapists cannot be successful without the patient's contribution and motivation to cooperate, both during and outside the communication interaction. communication skills have a positive effect on the patient's psychology and therefore physiology as they are inseparable, and the relationship between the physiotherapist and the patient during the rehabilitation process creates a sense of "companionship" on the path during which the patient is free from his or her physical, social and environmental limitations.

KEYWORDS: communication, and physiotherapy practice, patien

UVODNA RAZMATRANJA

Komunikacija se smatra najvažnijim aspektom prakse zdravstvenih radnika (profesionalaca zdravstvenih struka). Pristup u razmatranju odnosa zdravstveni radnik-pacijent podrazumeva da su to dve grupacije ljudi koje imaju različite pozicije odnosno uloge koje određuju njihov interakcijski odnos [1]. Proces komunikacije između fizioterapeuta i pacijenta sve se više prepoznaje i kao terapeutska praksa. Prema zaključcima Svetske konfederacije fizioterapeuta, komunikacione sposobnosti spadaju u osnovne stručne kompetencije u fizioterapeutskoj profesiji [2]. Kroz komunikacione interakcije, fizioterapeuti mogu da obrazuju, motivišu, osnaže il oslobode, izraze empatiju ili autoritet, pokažu interes ili grade poverenje [3].

Takođe, tokom komunikacije sa pacijentom, fizioterapeut usmerava i vodi razgovor čime obezbeđuje vrstu i potrebnu količinu informacija o stanju i okolnostima u kojima se pacijent odnosno klijent nalazi a koje olakšavaju ili ometaju njegove mogućnosti kao i o aspektima koje smatra značajnim za njegovo zdravlje i dobrobit [4]. Prema istraživanju Stenmara i Nordholma, sprovedenom na uzorku od 187 švedskih fizioterapeuta, većina njih je smatrala da je odnos pacijent-terapeut kao i resursi samog pacijenta najvažniji faktori za uspeh tretmana, čak više nego sama primena fizioterapeutskih metoda, tehnika i agenasa u sklopu tretmana [5].

Od 90-tih godina u fizioterapeutsku teoriju i praksu se uvodi termin „praksa zasnovana na dokazima" koji podrazumeva metod

Korespondent:

Jovanović Stevan

ul.Drinčićeva 11a /66

11 000Beograd

jovanovicsstevan@gmail.com

Telefon: 0641124329

kliničkog donošenja odluka u praksi koja integriše najkvalitetnije dostupne naučno istraživačke dokaze u naučno-stručnoj literaturi. U skladu sa tim, opšte je prihvaćeno mišljenje da fizioterapeuti treba da usmere svoje aktivnosti na promociju zdravog telesnog funkcionisanja koje se najčešće odnosi na telesnu posturu, pokret i kretanje a takođe i da u okviru terapeutske procene i dijagnostike, objektivno i efektivno izmere pomenute funkcionalne telesne karakteristike. Zbog toga su stručnjaci ovog profila često u iskušenju da se fokusiraju isključivo na fizičke aspekte i njihove objektivne mere, jer se to dobro uklapa i u skladu je sa praksom zasnovanom na dokazima. Pri tome, zanemaruje se holistički pristup koji je potreban kako bi se zaista pomoglo ljudima sa zdravstvenim problemima i određenim stepenima onesposobljenosti [6].

Postoji potreba za širim, integrativnim pristupom, gde fizioterapeutska praksa zavisi od šireg raspona veština i znanja nego što se to tradicionalno tvrdi [7]. Emocionalni i socijalni aspekti života pacijenata odnosno klijenata treba da budu integrisani u fizioterapeutski pristup. Činjenica je da raste istraživačko interesovanje za efekte određenih komunikativnih tehnika, kao što su motivacioni razgovor i savetovanje rezultati fizioterapijskog lečenja [8]. Studije su takođe pokazale da pacijenti to opažaju i da je komunikativna sposobnost terapeuta središnja karakteristika dobre fizioterapije [9].

METOD

Dostupna literatura pregledana je pretraživanjem elektronskih baza podataka (EBSCO Medline, EBSCO host, Science Direkt, ProQuest) koje su dostupne preko Konzorcijuma biblioteka Srbije za objedinjenu nabavku (KoBSon).

KLJUČNE KARAKTERISTIKE BIOPSIHOSOCIJALNOG I TEORIJSKOG PRISTUPA U KOMUNIKACIJI USMERENOG NA PACIJENTA

U fizioterapiji, kao i u drugim zdravstvenim profesijama, orijentisanim prema pacijentu, biopsihosocijalni pristupi su uspostavljeni kao vodiči i okviri za način na koji praktičari treba da komuniciraju sa svojim pacijentima [10]. Biopsihosocijalni pristup zdravstvenoj zaštiti zasniva se na ideji da su loše zdravstveno stanje ili fizička disfunkcija zasnovani ne samo na fizičkom problemu, već da postoji uticaj i drugih faktora kao što su nečija lična osećanja, događaji i okolnosti u nečijem životu kao i svest o zdravlju [11]. U kontekstu "zdravstvene komunikacije", biopsihosocijalni pristup zahteva od praktičara da pri proceni i uspostavljaanju funkcionalne terapeutske dijafnoze kao i planiranju i sprovođenju tretmana, ima u vidu biološke, socijalne i psihološke faktore, koji moraju biti ugrađene u efektivni komunikacioni pristup u kliničkoj praksi [12].

Prema autorima, ove tri komponente su međusobno povezane pa se opisuju kao "biopsihosocijalna komunikacija"[13]. Nadalje, ovakav pristup se opisuje kao "društveni razgovor" sa nekoliko pitanja koja terapeut postavlja u cilju postizanja balansa između psihosocijalnog i biomedicinskog sadržaja takvog razgovora [13]. U tom cilju, predlaže se upotreba "otvorenih pitanja" odnosno pitanja bez ponuđenih ili sugerisanih odgovora [14].

PRISTUP KOMUNIKACIJI FOKUSIRAN NA PACIJENTA

Pristup u komunikaciji fokusiran na pacijenta je blizak biopsihosocijalnom pristupu. Glavna karakteristika ovog pristupa je komunikacioni model koji se koristi kako bi se podelila informacija kao i odgovornost ali i smanjile razlike u moći između zdravstvenog radnika-fizioterapeuta i pacijenta, koju pacijenti mogu osećati zbog situacije u kojoj su se našlii. U skladu sa tim, ovaj komunikacioni model je posebno usmeren na razumevanje potreba pacijenata i njihovog rešavanja u cilju što bolje perspektive svakog pacijenta [15]. Komunikacija sa fokusom na pacijenta, podrazumeva iskazivanje poštovanja i uvažavanje znanja i iskustva svakog pojedinog pacijenta [15]. Komunikaciona strategija koja se ovde upotrebljava teži da uključi i stimuliše pacijentov narativ i dobije informacije o iskustvima pacijenta [16]. Odluke o tretmanu terapeut deli sa svojim pacijentom a odnost terapeut-pacijent se opisuje kao „kolaborativna alijansa"[17]. Specifične karakteristike komunikacionog modela usmerenog na pacijenta su upotreba pitanja „sa otvorenim krajem" i pitanja koja ne usmeravaju odgovor („pitanja bez direktive"). Zbog toga, komunikacija uključuje emocionalni aspekt ličnih iskustava a izbegava se prekidanje pacijentovog narativa [17].

U studiji Jensena i saradnika [18]. navodi se da pristup fokusiran na pacijenta uključuje veštine „dobrog slušanja" pacijenta što omogućuje veće razumevanje socijalnog i psihološkog konteksta u kome se pacijent nalazi. Ishod lečenja odnosno rehabilitacije pacijenta svakako može biti unapređen ako se upoznaju i uzmu u obzir pomenuti konteksti i emocionalno–psihološki stavovi odnosno preferencije [19]. Pristup u kome je pacijent na centralnom mestu, omogučava da se tokom procesa fizioterapeutskog tretmana razvije međusobno razumevanje problema, prioriteta i postavljanje ciljeva [20].

TERAPEUTSKA ALIJANSA (TERAPIJSKI SAVEZ)

Odnos između kljenta odnosno pacijenta i terapeuta se u literaturi najčešće označava kao "terapeutska alijansa" i potekao je iz prakse u oblasti kliničke psihologije. Po definiciji, to je svesna i aktivna saradnja između pacijenta i terapeuta [21]. Pregledom literature, mogu se prepoznati još neki termini koji definišu ovaj odnos na gotovo identičan način a to su "terapijski odnos" i "raport pacijenta" Već i sama reč engleskog jezika "rapport" označava: " odnos karakterisan usaglašenošću, uzajamnim razumevanjem i empatijom što čini komunikaciju mogućom i lakom" [22].

Termin "terapijski odnos" je definisan empatijom, poverenjem i poštovanjem, iskazanim kroz saradnju i komunikaciju [23]. Pomenuti termini označavaju gotovo identičan narativ koji podrazumeva saradnju i reciprocitet u komunikaciji između terapeuta i klijenta u najširem smislu. U literaturi pretežno vezanoj za kliničku psihologiju i psihoterapiju, razmatra se pojam terapijske alijanse i u tom smislu predlaže teorijski razvoj koncepta saveza-alijanse, sugerišući da postoje varijacije u različitim fazama terapije i da se one mogu objasniti zahvaljujući dinamičkoj prirodi saveza. Naime, razlikuju se dve faze terapijske alijanse: prva, pronađena u ranim fazama terapije, zasnivala se na pacijentovoj percepciji terapeuta kao onoga koji daje podršku i potporu, dok je druga, tipičnija za kasniji period terapije i predstavljena je kao kolaborativni odnos između pacijenta i terapeuta sa svrhom prevazilaženja pacijentovog problema i podrazumeva podelu odgovornosti u radu na postizanju ciljeva terapije i osećaju zajedništva [24].

Istraživanja ukazuju da se efekti fizioterapeutskog tretmana mogu značajno unaprediti tzv. opštim medijatorima kao što su efektivna komunikacija i psihološka interakcija između pacijenta i kliničara [25]. Upravo terapeutska alijansa je odnos koji podrazumeva ove aspekte. Ona je centralna komponenta terapeutskog

procesa i određuje ishod tretmana [26]. Terapeutska alijansa se zasniva na Frojdovoj teoriji transfera i povratnog transfera[24]. To je model koji se sastoji od elemenata kao što su dogovor i usaglašenost o ciljevima tretmana, dogovor i usaglašenost o zadacima tretmana i razvoj lične veze koja podrazumeva recipročna pozitivna osećanja između klijenta i terapeuta [25].

UČEŠĆE PACIJENTA U KOMUNIKACIJI

Učešće pacijenta u komunikaciji je esencijalna komponenta fizioterapeutskog tretmana. Sam cilj fizioterapeutskog tretmana je da optimizuje pacijentovu funkciju pokreta i kretanja[2]. Zbog toga, aktivna terapija, vežbe i strategije upravljanje pacijenata sopstvenim rehabilitaciono terapijskim procesom koje oni treba da sprovode u njihovim dnevnim aktivnostima, ima centralno mesto u fizioterapeutskom tretmanu [27]. Takav koncept zahteva aktivno učešće pacijenta kao i preuzimanje izvesne odgovornosti za tok procesa njihove rehabilitacije. Mnogi oblici tretmana koje sprovode fizioterapeuti ne mogu biti uspešni bez doprinosa pacijenta i njegove motivacije za saradnju kako tokom same komunikacione interakcije, tako i izvan nje.

Pacijent kao individua, mora biti uključen i aktivno učestvovati u svakoj fazi tretmana i nikako ne može biti pasivni primalac terapije. On mora pokazati posvećenost i aktivno učešće u procesu sopstvene rehabilitacije. Fizioterapeuti kroz komunikaciju sa pacijentom sprovode savetodavni rad i edukaciju i time mu daju podršku u ovladavanju odgovarajućim aktivnostima. Jedan od osnovnih profesionalnih ciljeva fizioterapeuta je efikasnost odnosno samoefikasnost. Ovaj cilj se ne može postići bez efektivne komunikacije i saradnje sa pacijentom. U kontekstu fizioterapije efektivna komunikacija i saradnja sa pacijentom podrazumeva podsticanje i razvijanje njegovih kapaciteta da kroz tu saradnju, samostalno sprovede naučene vežbe i ostale propisane režime koji su dizajnirani da optimizuju njegovo fizičko funkcionisanje [28].

Efikasnost mnogih aspekata fizioterapije, zasniva se na učešću i angažovanju pacijenata koje nastaje kao posledica reciprociteta u odnosu sa fizioterapeutom[28]. Smatra se da učešće pacijenta kao i pridržavanje propisanom režimu funkcionisanja, neposredno za vreme trajanja tretmana kao i izvan tih perioda, zavisi od kvaliteta komunikacionog odnosa pacijent-fizioterapeut [8].

POVRATNA SPREGA U VERBALNOJ I NEVERBALNOJ KOMUNIKACIJI

Tokom procesa tretmana, uobičajeni pristup fizioterapeuta je da komunikacijom navodi pacijenta na izvođenje određenih aktivnosti pomoću kombinacije verbalnog uputstva i objašnjavanja, vizuelne demonstracije i manuelng vođenja i asistencije. Ovakav vid komunikacije sadrži elemente fidbeka, odnosno povratne informacije, koju fizioterapeut pruža pacijentu kao odgovor na njegove aktivnosti. U literaturi se komunikaciona povrtana sprega između fizioterapeuta i pacijenta naziva augmentativni ili spoljašnji fidbek. Augmentativni fidbek je informacija dobijena iz spoljnog izvora kao dopunskog, u odnosu na percepciju onoga ko izvodi pokret. On može biti verbalne ili neverbalne prirode i može se pružiti istovremeno sa izvođenjem određene motorne aktivnosti, odmah nakon nje, ili znatno kasnije[29].

Istraživanja govore da fizioterapeuti u komunikaciji koriste najviše verbalno i fizičko vođenje (vođenje fizičkim kontaktom). Verbalne sugestije su uglavnom u obliku kratkih komentara [29]. Glavni značaj vođenja fizičkim kontaktom odnosno primene spoljašnjeg manuelnog fidbeka je korišćenje taktilnih informacija kako bi se poboljšala orijentacija pokreta koje izvode pacijenti u prostoru i time dobio odgovarajući i korektno izveden pokret u toku terapijskog procesa.

Vizuelno vođenje odnosno vizuelni fidbek se koristi u manjoj meri. Povratne informacije mogu da poboljšaju motoričko učenje kod zdravih subjekata. Tokom tretmana, pacijent koristi povratne informacije za detekciju grešaka u izvođenju motornih aktivnosti kako bi tokom terapijskog tretmana bio vođen ka očekivanom cilju. Pažljivo planiranje sadržaja i pažnja usredsređena na povratne informacije mogu znatno povećati efikasnost terapijskog procesa. Komunikacija pacijenata i fizioterapeuta sa sadržajem fidbeka, poseduje i društveno afektivne elemente koji utiču na atmosferu koja upravlja ovom interakcijom.

Prema istraživanju Amoudi i saradnika, pozitivne komunikacione veštine fizioterapeuta, igraju značajnu ulogu u redukovanju osećaja bola kod ortopedskih pacijenata kao i smanjenju depresivnih elemenata a povećavaju motivaciju. Kako autori navode, komunikacione veštine pozitivno utiču na pacijentovu psihologiju a time i fiziologiju jer su one neodvojive [30]. U literaturi se navodi da odnos između fizioterapeuta i pacijenta tokom procesa rehabilitacije, budi osećaj „saputništva" na putu tokom kog se pruža prilika da se pacijent oslobodi svojih fizičkih, socijalnih i okolinskih ograničenja[7].

ZAKLJUČAK

U svojoj praksi, fizioterapeuti danas ne koriste često biopsihosocijalni i pristup fokusiran na pacijenta, baveći se uglavnom biomedicinskim aspektima problema koje ističu njihovi pacijenti u komunikaciji. Fizioterapeuti obraćaju malo pažnje na psihosocijalne aspekte stanja u kojima se nalaze pacijenti. Takođe, prilikom komunikacija sa pacijentom-klijentom, postavljaju „zatvorena pitanja"(na koja se uglavnom odgovara sa da ili ne), iniciraju konverzaciju, prekidaju pacijente i donose odluke bez dovoljnog uvažavanja iskustava stavova ili potreba njihovih pacijenata.

Svakako da postoji potreba sticanja znanja i veština u oblasi komunikacija još tokom studija fizioterapije, gde će studenti naučiti kako da integrišu efektivne komunikacijske veštine u svoju buduću praksu. Takođe razvijanje veština komunikacije u terapeutskoj praksi značajno unapređuje efekte terapijskog tretmana, čime one postaju njegov izrazito važan element.

LITERATURA

1. Kekuš D. Komunikacije u profesionalnoj praksi zdravstvenih radnika, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija; Digital Art, 2010.
2. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Policy statement: description of physical therapy. Preuzezeto 18.01 2020. Dostupno na: http://www.wcpt.org/policy/ps.
3. Hiller A. Toward relationship-centred care: patient-physiotherapist interaction in private practice. (Doctoral dissertation, The University of Melbourne). Retrieved from Preuzeto 2017. Dostupno na: https://minerva-access.unimelb.edu.au/ handle/11343/129510.
4. Afrell M, Rudebeck CE. 'We got the whole story all at once': physiotherapists' use of key questions when meeting patients with long-standing pain. Scand J Caring Sci. 2010 Jun;24(2):281-9. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00718.x. Epub 2009 Dec 20.
5. Stenmar L, Nordholm L. Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. Phys Ther. 1994;74:1034–1039.
6. Jones M, Grimmer K, Edwards I, Higgs J and Trede F. Challenges in applying best evidence to physiotherapy practice, health and clinical reasoning mode to facilitate evidence-based practice. Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2006: 4: 1-9.
7. Heckman KA ,Cott CA. Home-based physiotherapy for the elderly, a different world. Physiotherapy Canada 2005: 57: 274-83.
8. Lonsdale C, Hall A.M., Williams G.C , McDonough S.M., Ntoumanis N, Murray A. Hurley D.A. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. BMC Musculoskelet Disord 13, 104. Preuzezeto: 2020. Dostupno na:. https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-104.
9. Cooper K. Smith B. H. Hancock. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. Physiotherapy 2008:94(3)244-52. doi:10.1016/j. physio.2007.10.006
10. Pinto R. Z, Ferreira M. , Oliveira V. C., Franco M. R, Adams R., Maher C. G. Ferreira P. H. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. Journal of Physiotherapy 2012:58(2) 77-87.
11. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 1977: 196 (4286)129-36.
12. Epstein R. M, Morse D. S,Williams G. C, leRoux P, Suchman A. L. Quill, T. E. Clinical practice and the biopsychosocial approach. In R. M. Frankel, T. E. Quill & S. H. McDaniel (eds.), The biopsychosocial approach: past, present, Rochester, New York: The University of Rochester Press; 2013.
13. Roter D. L, Stewart M,Putnam S. M, Lipkin M. Stiles W, Inui T. S. Communication patterns of primary care physicians. Journal of the American Medical Association 1997. 277(4) 350-56. doi:10.1001/jama.277.4.350.
14. Smith R. C, Fortin A. H, Dwamena F. Frankel R. M. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. Patient Education and Counseling, 2013: 91(3) 265-70. doi:10.1016/j.pec.2012.12.010).
15. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidencebased medicine and patient-centered medicine. Patient Education and Counseling 2000:39(1)17-25. doi:10.1016/s0738-3991(99)00087-7
16. Epstein R. M, Street Jr. R. .The values and value of patientcentered care. Annals of Family Medicine 2011 : 9 (2), 100- 03. doi:10.1370/ afm.1239
17. Hiller A, Delany C. Communication in physiotherapy: challenging established theoretical approaches. In B.E. Gibson, D.A. Nicholls, J. Setchell, & Synne Groven, K (eds.), Manipulating practices: A critical physiotherapy reader Norway: Cappelen Damm Akademisk. Available: Preuzezeto 2018. Dostupno na: https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/29.)
18. Jensen G, Gwyer J, Shepard K and Hack L Expert practice in physical therapy. Physical Therapy 2000: 80: 28-43.
19. Jones R Evidence-based practice and health policy development, the link between knowledge and action. Physiotherapy2004; 91:14-21
20. Brown JB, Weston, WW and Stewart MA Patient centred interviewing: Finding common ground. Canadian Family Physician 1989; 35:153-57.
21. Ackerman SJ, Hilsenroth MJ. A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clin Psychol Rev 2003;23(1):1–33.
22. Merriam,Webster dictionary Preuzezeto: 2020. Dostupno na: https://www.merriam-webster.com/dictionary/rapport)
23. Cole MB, McL ean V. Therapeutic relationships re-defined. Occup Ther Ment Health 2003;19(2):33–56.
24. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. Front Psychol. 2011; 2:270. Published 2011 Oct 18. doi:10.3389/fpsyg.2011.00270
25. Babatunde F, MacDermid J. MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. BMC Health Serv Res Preuzezeto 2020. Dostupno na: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3
26. Graves TA, Tabri N, Thompson-Brenner H, Franko DL, Eddy KT, Bourion-Bedes S, Bron A, et al. A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. Int J Eat Disord. 2017; 50:323–40.
27. Higgs J, RefshaugeK, Ellis, E. Portrait of the physiotherapy profession. Journal of Interprofessional Care. 2001; 15(1) 79-89. doi:10.1080/13561820020022891
28. Redmond R, Parrish M. Variables influencing physiotherapy adherence among young adults with cerebral palsy. Qualitative Health Research 2008;18(11)1501-510. doi:10.1177/1049732308325538.
29. Hartveld A. RHegarty J. Augmented Feedback and Physiotherapy Practice. Physiotherapy 1996; 82 (8) :480-90.
30. Amoudi M., Anabtawi R., Bzoor A., Keelani S., Abu Hassan W. The Effectiveness of Positive Communication Skills in Reducing Pain during Physiotherapy Session: A Quantitative Result from Questionnaire Surveys of Palestinian Orthopaedic Patients. Universal Journal of Public Health 20175(1): 17-24, doi: 10.13189/ujph.2017.050103.

PALIJATIVNA NEGA KAO INTEGRALNI DEO ZDRAVSTVENE NEGE

PALIATIVE CARE AS AN INTEGRAL PART OF NURSING CARE

Katarina Đukanović[1], Slobodanka Bogdanović Vasić[1]
[1] Akademija strukovnih studija Šabac, Odsek za medicinske i poslovno-tehnološke studije

APSTRAKT
Palijativno zbrinjavanje podrazumeva holistički pristup u tretmanu teško obolelih pacijenata sa ciljem postizanja što boljeg kvaliteta života i podrške obolelom i njegovoj porodici. Ono uključuje timski rad, a najveća odgovornost pripada medicinskim sestrama, kao članovima tima koji najviše vremena provode sa bolesnikom i njegovom porodicom. Medicinska sestra ima ulogu u ranoj identifikaciji i adekvatnom tretiranju bola, ali i drugih psihičkih, fizičkih i socijalnih patnji ove kategorije bolesnika. Kako bi uspešno odgovorila svim izazovima u svakodnevnom radu neophodno je da poseduje profesionalne kompetencije koje između ostalog uključuju komunikaciju, saradnju sa ostalim članovima tima, razumevanje prirode bolesti i podršku pacijentu i porodici tokom trajanja bolesti.
KLJUČNE REČI: palijativno zbrinjavanje, medicinska sestra, tim za palijativno zbrinjavanje, hospis, zdravstvena nega

ABSTRACT
Palliative care involves a holistic approach in the treatment of patients with terminal illness with the aim of achieving the best possible quality of life and support for the patient and his family. It involves teamwork and the greatest responsibility is on the nurses because they spend the most time with patients and their family. Nursing interventions are aimed at early identification and treatment of pain and other psychological, physical and social suffering of this patients. In order for the nurse to successfully respond to all the challenges of daily work, it's necessary that she owns professional competencies which include communication, collaboration with other team members,understanding the disease and supporting the patient and family during of the illness.
KEY WORDS: palliative care, nurse, palliative care team, hospice, healthcare

UVOD

Svakodnevni napredak medicine i njenih disciplina doprineo je značajnom produžavanju života obolelih od malignih bolesti, ali se one i dalje nazivaju neizlečivim bolestima koje obolelima ugrožavaju život [1]. Palijativno zbrinjavanje podrazumeva medicinsku negu i brigu o teško obolelim pacijentima, ali i o njihovim porodicama [2]. Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO) palijativno zbrinjavanje je: " Pristup kojim se poboljšava kvalitet života pacijenata i njihovih porodica koji se suočavaju sa problemom povezanim sa bolešću koja ugrožava život, tako što sprečava i ublažava patnju uz pomoć rane identifikacije i besprekorne procene i terapije bola i drugih problema, psihičkih, fizičkih i duhovnih " [3].

Začeci palijativnog zbrinjavanja datiraju još s kraja 19.veka kada su u Engleskoj, Irskoj, Francuskoj otvarane ustanove koje su preteče današnjih hospisa. Termin hospis potiče od reči hospice – što znači gostoprimstvo, i u 19.veku su to bile ustanove za smeštaj i zbrinjavanje umornih putnika, bolesnih i siromašnih. Ove ustanove su se menjale sve do sredine prošlog veka, tačnije 1967.godine kada je osnovan prvi moderni hospis St.Christophers u Londonu od strane Dame Cicley Saunders. Dame Saunders bila je medicinska sestra, socijalni radnik i lekar koji se smatra začetnikom modernog hospisa. Njena predanost i humanost doprineli su razvoju palijativnog zbrinjavanja svuda u svetu [1, 4].

Iako su palijativno zbrinjavanje i hospis u nekim krajevima sveta sinonimi, oni ipak imaju određene razlike. Palijativno zbrinjavanje je šire područje u odnosu na hospis, jer nekada svojim pos tupcima može dovesti do produžavanja života [5].

CILJEVI I PRINCIPI PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA

Iako maligne bolesti najčešće predstavljaju indikaciju za palijativno zbrinjavanje, i druge neizlečive bolesti nažalost doprinose tome. Kardiovaskularne bolesti su najčešći uzrok smrtnosti u svetu, a većina bolesnika u palijativnom zbrinjavanju koja nema malignu bolest, boluje od hroničnih kardiovaskularnih ili respiratornih bolesti. Dijabetes melitus, cerebrovaskularne bolesti, neuromuskularna oboljenja zbog svog progresivnog toka, u težim stadijumima predstavljaju indikacije za palijativno zbrinjavanje [2].

Suočavanje sa dijagnozom maligne bolesti, ali i drugih neizlečivih bolesti, nije lako, kako za obolelog pojedinca, tako ni za njegovu porodicu. Nekada su se takve dijagnoze krile od pacijenata, ali danas u skladu sa osnovnim etičkim principima, pacijent i njegova porodica imaju puno pravo da znaju dijagnozu i da budu adekvatno informisani o svim aspektima tretmana, kako bi mogli da se uključe u lečenje [6].

U odnosu na sve navedeno neki od osnovnih ciljeva palijativnog zbrinjavanja su:

- afirmacija života i shvatanje umiranja kao normalnog procesa
- ublažavanje bola i drugih simptoma koji bolesniku izazivaju patnju
- poboljšanje kvaliteta života pacijenta i što aktivniji život
- stvaranje sistema podrške za pomoć oboleloj osobi i njenoj porodici [2].

Osim zbrinjavanja teško obolelih, palijativna nega promoviše zdrav način života i prihvatanje umiranja [1]. Prisustvo maligne bolesti izaziva strah, ne samo zbog loše prognoze, već i zbog simptoma koji je prate, bola i patnje. Način života, socio-ekonomski

Korespondent:
Katarina Đukanović
Adresa: Vojislava Lukića 49, Crna Bara, Bogatić
Telefon: 0611582764
E-mail: katarinapavic994@gmail.com

status, verska uverenja utiču na prihvatanje maligne bolesti . Unapređenje i dostizanje što boljeg kvaliteta života bolesnika i njegove porodice predstavljaju opšte ciljeve palijativnog zbrinjavanja [7, 8].

Neki od vodećih principa na kojima se temelji palijativno zbrinjavanje su:

- nezavisnost, a to znači da svaku osobu treba posmatrati kao pojedinca i poštovati njenu suštinsku vrednost
- dostojanstvo, neophodno je palijativno zbrinjavanje pružati s poštovanjem pacijenta i njegove porodice, otvoreno i bez bilo kakve vrste diskriminacije
- odnos između zdravstvenog radnika i pacijenta podrazumeva odnos poverenja i saradnju osoblja koje pruža palijativni tretman sa pacijentom i njegovom porodicom, jer su oni važni partneri u zbrinjavanju
- komunikacija, dobre komunikacijske veštine su neophodan preduslov za pružanje kvalitetne palijativne nege
- bol i gubitak voljene osobe, tim za palijativno zbrinjavanje pruža podršku obolelom i njegovoj porodici tokom čitavog procesa bolesti, ali i tugovanja nakon gubitka, naravno samo onda kada su oni sposobni da prime tu podršku [2, 9].

RAZVOJ PALIJATIVNOG ZBRINJAVANJA U SRBIJI

Prvi koraci u razvoju palijativnog zbrinjavanja u našoj zemlji preduzeti su 2004. godine kada je u Beogradu osnovan prvi hospis – BELhospice, i 2005. godine kada je održana Evropska konferencija o palijativnom zbrinjavanju nakon koje su u saradnji sa Savetom Evrope izneti prioriteti za palijativno zbrinjavanje u Srbiji. Vlada Republike Srbije je 2009.godine usvojila Strategiju za palijativno zbrinjavanje u kojoj je naglašena potreba za integracijom palijativne nege u zdravstveni sistem i potreba da ove usluge budu dostupne stanovništvu u Srbiji. Ova strategija je dokument od nacionalnog značaja i sadrži bliže uslove implementacije palijativnog zbrinjavanja, a rađena je u skladu sa preporukama Komiteta Ministara Saveta Evrope [2].

Projekat za razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji završen je 2014. godine i finansiran je od strane Evropske unije. Osnovni zadatak projekta je da se kroz kontinuiranu medicinsku edukaciju osposobi više od hiljadu zdravstvenih radnika za pružanje palijativne nege na svim nivoima zdravstvene zaštite. Ciljevi na primarnom nivou bili su da svi domovi zdravlja oforme timove za palijativno zbrinjavanje u okviru službi kućnog lečenja, na sekundarnom nivou da se formira 30 specijalizovanih jedinica za palijativno zbrinjavanje u okviru odeljenja za produženo lečenje i negu, i na tercijarnom nivou formiranje konsultativnih timova za palijativno zbrinjavanje. Specifični cilj bio je uvođenje predmeta Palijativna nega na fakultete zdravstvene struke, kao i specijalizacije za lekare [9].

Kasnije analize su pokazale da 59,3% domova zdravlja u Republici Srbiji nemaju posebnu službu kućnog lečenja, a da u Beogradu funkcioniše specijalizovana ustanova, i to Gradski zavod za gerontologiju koji pruža palijtivnu negu oko hiljadu i pet stotina starih lica dnevno. Uvedena je specijalizacija iz oblasti Palijativne medicine na Medicinske fakultete u našoj zemlji [10].

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE U SVETU

Što se tiče zemalja u okruženju, utisak je da je situacija slična kao i kod nas. U Republici Hrvatskoj palijativno zbrinjavanje dostupno je malom broju pacijenata, Strateški plan razvoja palijativne skrbi usvojen je 2013.godine kada su i finansirani pilot projekti u nekoliko domova zdravlja i bolnica u Hrvatskoj. Edukaciju o palijativnom zbrinjavanju nakon razvoja projekta prošlo je oko tri stotine ljudi, a specijalizacije iz palijativne medicine ne postoje na fakultetima. U Bosni i Hercegovini postoji Centar za palijativnu negu – Hospis JZU UKC u Tuzli sa odeljenjima za ležeće pacijente, dnevnom bolnicom, dečjim hospisom. Makedonija poseduje dva hospisa izgrađena od 1998.-2000.godine. Mađarska pokazuje nešto bolje rezultate u implementaciji palijativnog zbrinjavanja. Poseduju oko 50 organizacija, 12 hospis udruženja i 30 timova kućne nege. Edukacija je na visokom nivou, od bazičnih kurseva za volontere, do naprednih kurseva za zdravstvene radnike [10].

Palijativno zbrinjavanje u Evropi i u svetu je na mnogo višem nivou nego na Balkanu.

Najbolja palijativna nega pruža se u Velikoj Britaniji zahvaljujući dobroj integraciji palijativnog zbrinjavanja u zdravstveni sistem i velikom broju hospisa. Specijalizacija Palijativna medicina u UK postoji od 1987.godine. Slede je Australija i Novi Zeland, a od evropskih zemalja u vrhu liste su Nemačka i Holandija. Nemačka poseduje 65 ustanova za palijativno zbrinjavanje. U Holandiji od 60% osoba koje zahtevaju palijativnu negu, oko 45% je koristi. Amerika je odmah iza Holandije na listi zemalja sa dobrom palijativnom negom. U Severnoj Americi hospis se prvi put pojavio 1971.godine, a danas je to široka mreža kvalitetnog palijativnog zbrinjavanja [11].

TIM ZA PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Palijativno zbrinjavanje podrazumeva aktivan, holistički pristup teško obolelom pacijentu i njegovoj porodici, onda kada ne postoji izlečenje. Sprovodi ga multidisciplinarni tim, sastavljen od medicinskih stručnjaka, ali i drugih profesionalaca koji svojim doprinosom mogu poboljšati kvalitet života pacijenta. Bolesnik i njegova porodica su ravnopravni članovi tima i saradnici tokom palijativnog zbrinjavanja [1].

Kako bi tim efikasno funkcionisao svi članovi moraju imati zajednički cilj, razumeti uloge drugih članova tima i međusobno komunicirati. Potrebno je da članovi tima održavaju redovne sastanke, kako bi se utvrdili prioriteti bolesnika/porodice i adekvatno sačinjavao plan zbrinjavanja [12].

Prisustvo i aktivna participacija porodice u procesu palijativnog zbrinjavanja je izuzetno značajna za bolesnika. Nekada članovi porodice nisu spremni da se uključe u palijativni tretman, jer žele svoju dragu osobu da sačuvaju u lepšem sećanju, ali, sa druge strane, prisustvo i podrška porodice ohrabruje bolesnika u borbi protiv straha od smrti [13].

Članovi tima za palijativno zbrinjavanje nastoje da sa obolelim i njegovom porodicom ostvare odnos poverenja i razumevanja. Najveća odgovornost tokom pružanja palijativnog zbrinjavanja pripada medicinskim sestrama, uzimajući u obzir da one najviše vremena provode sa bolesnikom tokom čitavog dana. Medicinska sestra kontinuirano prati stanje bolesnika, procenjuje njegove potrebe za negom, kao i potrebe porodice [2].

DUŽNOSTI MEDICINSKE SESTRE KAO ČLANA TIMA ZA PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE

Edukacija medicinskih sestara iz oblasti palijativne nege može doprineti njenom razvoju i integrisanju u postojeće zdravstvene sisteme. Uvođenjem predmeta Palijativna nega na Medicinske fakultete i Visoke zdravstvene škole, ali i adekvatnom kontinuiranom edukacijom medicinske sestre su postale kompetentan kadar za sprovođenje palijativne nege [14].

Prisustvo medicinske sestre u timu za palijativno zbrinjavanje je od izuzetnog značaja za pružanje pomoći i podrške obolelom i porodici tokom trajanja bolesti. Usled razvoja maligne bolesti, ili kao posledica terapije, većina onkoloških bolesnika ima slične simptome, koje medicinska sestra treba na vreme da prepozna i u kolaboraciji sa ostalim članovima tima tretira. Neki od njih su: kancerski bol, opstipacija, povišena temperatura, anoreksija, hronična mučnina, izmenjen integritet kože i dr. [15].

Hronični kancerski bol je jedan od najčešćih simptoma kod bolesnika sa malignitetom. Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije (SZO), 15 miliona ljudi boluje od malignih bolesti, a 2/3 njih imaju bolove [16]. Postojanje bola nije samo neprijatno, već je i štetno za organizam, te se stoga mora rano identifikovati i tretirati. Važnu dužnost u tome ima medicinska sestra, koja primenom skala za procenu bola i detaljnom anamnezom treba da proceni bol [14]. U svetu je bol problem koji medicinska sestra može da reši sama sve do primene farmakoterapije, ali kod nas on predstavlja kolaborativni problem sestre i lekara [1].

Medicinske sestre u onkologiji i palijativnoj nezi treba da budu obučene da prepoznaju bolni sindrom i etiološke faktore koji ga izazivaju, kako bi na vreme preduzele intervencije za smanjenje bola [1]. Po nalogu lekara medicinska sestra može da primeni farmakološke mere za suzbijanje bola, što podrazumeva da bude upoznata sa svojstvima leka, načinom primene i neželjenim efektima. Osim toga treba da savetuje bolesnika kako da prepozna i opiše bol, i da ga obuči za uzimanje lekova prema terapijskoj šemi [17].

Pored kontrole bola, medicinska sestra treba da poseduje veštine za procenu i način zbrinjavanja i ostalih simptoma koji se neretko javljaju kod onkoloških bolesnika [1]. Jedan od takvih simptoma je i opstipacija, koja je često posledica primene opijatnih analgetika. U okviru tretmana opstipacije medicinska sestra treba da primeni dijetetske mere, ishranu bogatu vlaknima i da podstiče aktivnost bolesnika kad god je to moguće. Hronična mučnina i povraćanje u onkologiji su često neželjene posledice primene hemioterapeutika. Pre bilo kakve medikamentozne terapije, medicinska sestra treba da obezbedi mir bolesniku, udoban položaj, ishranu spram njegovih mogućnosti, sa manjim i češćim obrocima. Primenom antiemetika se može kontrolisati povraćanje [14].

Usled napredovanja bolesti i smanjene otpornosti organizma neretko dolazi do razvoja infekcije koja se manifestuje povišenom telesnom temperaturom. Medicinska sestra mora bolesniku objasniti razloge zbog kojih je telesna temperatura povišena i obučiti ga da redovno meri telesnu temperaturu ukoliko to njegovo stanje dozvoljava. Osim toga sestra ukazuje na potrebu obavljanja lične higijene i objašnjava načine snižavanja telesne temperature bolesniku i/ili članu porodice. Samoinicijativno uzimanje lekova za snižavanje telesne temperature iz grupe salicilata ili antipiretika nije dozvoljeno, zbog rizika od krvarenja, jer je usled primene citostatika kod onkoloških bolesnika smanjen broj trombocita [1].

Redovnom procenom i adekvatnom negom kože sprečava se nastanak dekubitalnih rana. Medicinska sestra svojim postupcima kao što su promena položaja, masaža, održavanje posteljnog rublja čistim i zategnutim, može prevenirati razvoj dekubitalnih promena [18]. Onkološki bolesnici mogu imati ograničenu pokretljivost ili potpunu nepokretnost i zavisnost od druge osobe, te su u riziku za nastanak dekubitusa. Primenom antidekubitalnih pomagala ili ležaja, higijenom i redovnom kontrolom kritičnih mesta smanjuje se rizik dekubitalne promene ili dalja progresija već nastale promene [2].

Prema navedenom, medicinska sestra u palijativnom zbrinjavanju u okviru svojih kompetencije treba da:

- Postupa u skladu sa etičkim principima i izvodi procedure sa mnogo pažnje
- Poseduje sposobnost prepoznavanja najčešćih simptoma, kao i način njihovog tretmana
- Vrši obuka bolesnika i članova porodice za prepoznavanje određenih simptoma i njihovo lečenje
- Shvati uticaj bolesti na članove porodice, pruža podršku i ohrabrenje
- Poseduje komunikacijske veštine, sposobnost suptilnog saopštavanja neprijatnih vesti
- Sarađuje sa članovima tima, pruža im podršku i motivaciju
- Bude posvećena, humana, fleksibilna u poslu
- Poseduje svest o sebi i svojim mogućnostima
- Kontinuirano radi na sebi i proširenju sopstvenih znanja i veština [19, 20].

ZAKLJUČAK

Povećana incidenca malignih bolesti i drugih neizlečivih bolesti doprinosi povećanju potrebe stanovništva za palijativnim zbrinjavanjem. Medicinske sestre kao članovi tima za palijativno zbrinjavanje koji najviše vremena provode sa pacijentom i njegovom porodicom, moraju pružiti sveobuhvatnu negu. Da bi u tome uspele, pored obrazovanja i veština, moraju biti posvećene i fleksibilne kako bi se izborile sa svakodnevnim zahtevnim situacijama uz ograničeno vreme i resurse. U Srbiji palijativno zbrinjavanje nije na istom nivou kao u Evropi i svetu, ali to ne treba da bude preprека medicinskim sestrama da svojim postupcima doprinesu boljem kvalitetu života teško obolelih pacijenata.

LITERATURA

1. Bošković S. Zdravstvena nega u onkologiji. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu; 2012.
2. Downing J, Milićević N. Palijativna medicina. Evropska unija.2012. Available from: http://www.mf.uns.ac.rs/userfiles/File/Katedre/Katedra%20za%20infektivne%20bolesti/Prirucnik.pdf. Accessed March 2020.
3. World Health Organisation (WHO). WHO definition of palliative care 2007. Available from: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ Accessed March 2020.
4. Aranđelović B, Simić S, Milutinović D. Život i delo Dame Cicley Saunders – pola veka od osnivanja modernog hospisa. Med Čas (Krag).2016; 50(4): 150-53
5. Aranđelović B, Milutinović D, Simić S. Hospis vs.Palijativno zbrinjavanje – evolucija i razlike. Sestrinska reč. 2017; 75:8-11.
6. Gmajnić R, Kraljik N, Ebling B. Najčešći onkološki problemi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Impresum 2011; 8-17.
7. Klikovac T. Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje. Psihološka istraživanja 2010;13(2):261-271.
8. Šupić V, Despotović M, Hadživuković N, Kulić V, Bogdanović G, Živanović S. Kvalitet života osoba na hemioterapiji. Sestrinska reč. 2017;18-21.
9. Nacionalna strategija za palijativno zbrinjavanje.Vlada Republike Srbije. Službeni glasnik RS 2009. Br 55/05, 71/05-ispravka, 101/07 i 65/08
10. Dom zdravlja Obrenovac [homepage on the Internet].Obrenovac:Janković S. Palijativno zbrinjavanje u svetu i kod nas [citied 2020 March 23]. Available from: http://www.domzdravljaobrenovac.com/pdf/Palijativno%20le%C4%8Denje%20S%20Jankovic.pdf
11. Stephen R. Connor et all. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. WHO. 2014
12. Crawford GB, Price SD. Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. MJA.2003;179(6):32-34.
13. Vlaisavljević Ž, Ranković I, Stojković M, Popović D. Palijativno zbrinjavanje sa posebnim osvrtom u gastroenterohepatologiji. Materia medica.2013;29(1):1-9.
14. Jovanović D. Osnovi onkologije i palijativna nega onkoloških bolesnika.Novi Sad: Medicinski fakultet Novi Sad.2008.
15. Onkološki priručnik za medicinske sestre-tehničare. Društvo za borbu protiv raka.Beograd 1997.
16. World Health Organization: National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guideline, 2nd ed. Geneva 2002.
17. Pavlović J, Dragošev G. Sestrinske intervencije u menadžmentu kancerskog bola. Inspirium.2015;14:39-44.
18. Pražić S. Sestrinske intervencije. Klinički centar Niš 2009.
19. Šaponjski J. Sestrinske kompetencije u rehabilitaciji starih i timu za palijativnu negu.Sestrinska reč.2015;19:15-16.
20. Sekse RJT, Hunskar I, Ellingse S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis.J Clin Nurs.2018; (1-2):21-38.

ISTRAŽIVANJA SESTRINSKE PRAKSE - NEOPHODAN FAKTOR U USPOSTAVLJANJU I ODRŽAVANJU VISOKIH STANDARDA ZDRAVSTVENE NEGE

NURSING PRACTICE RESEARCH - A NECESSARY FACTOR IN ESTABLISHING AND MAINTAINING HIGH NURSING STANDARDS

Biljana Stojanović – Jovanović,[1] Divna Kekuš[1]
Akademija srukovnih studija Beograd / Academy of Applied Studies Belgrade,
Odsek Visoka zdravstvena škola[1]/departrment School of applied health Science Studies,

APSTRAKT

UVOD: Istraživanja u sestrinstvu danas imaju veliki uticaj na sadašnju i buduću sestrinsku praksu, čineći bitnu komponentu obrazovnog procesa.

CILJ: Istražiti na kom radnom mestu su angažovane medicinskie sestare posle završene specijalizacije kliničke nege, kakav je njihov stepen motivacije za daljom edukacijom u struci i da li prate rezultate istraživanja sestrinske prakse čitajući stručne časopise.

Ispitati postoji li razlika u stavovima prema istraživanju u sestrinstvu u odnosu na životnu dob ispitanika

ISPITANICI I METODE: U istraživanju je učestvovalo (N 86) medicinskih sestara, specijalista kliničke nege koji su završili Specijalističke studije na studijskom programu Klinička nega,Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, do 2019. godine. Od instrumenata je korišćen anketni list koji je dizajniran za potrebe ovog istraživanja. i modifikovana verzija Bootove skale stavova medicinskih sestara prema istraživanju, koja se sastoji iz subskala;Interes i podrška okoline, Isplativost i korist i Prepreke (teškoće).

REZULTATI: Na nivou celog uzorka, životna dob ispitanika se kretala od 24 do 59 godina, prosečno 42 godine 3 meseca (SD = 9 godina 4 meseca). Najveći broj ispitanika, njih 40 (46,5%) je navelo bolničko odeljenje kao svoje radno mesto,38(44,2%) je navelo da čita samo jedan sestrinski časopis, 33(38,4%) da su prilično motivisani za nastavak edukacije u struci. Sa povećavanjem godina života ispitanika zabeležen je pozitivniji stav prema istraživanjima.

ZAKLJUČAK: Svaka medicinska sestra mora biti svesna važnosti profesionalnog i stručnog usavršavanja te mora odgovorno na tome i raditi. rezultati ukazuju da je sa povećanjem godina života ispitanika zabeležen pozitivniji stav prema istraživanjima u domenima podrške okoline koju imaju pri realizaciji sestrinskih istraživanja i isplativosti i koristi od sestrinskih istraživanja.

KLJUČNE REČI: zdravstvena nega, istraživanje,medicinske sestre,edukacija.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Research in nursing today has a major impact on current and future nursing practice, forming an essential component of the educational process.

OBJECTIVE: To investigate the workplace and position in which nurses are engaged after completing the specialization in clinical care, what is their level of motivation for further education in the profession and whether they follow the results of research on nursing practice by reading professional journals.

To examine whether there is a difference in attitudes towards nursing research in relation to the age of the respondents.

SUBJECTS AND METHODS: The research involved (N 86) nurses, clinical care specialists who completed specialist studies at the study program Clinical Care at Higher Education School of Professional Health Studies in Belgrade, until 2019. A questionnaire designed for the purposes of this research was used as an instrument. and a modified version of the Boot scale of nurses' attitudes toward research, which consists of subscales: Environmental Interest and Support, Cost-effectiveness and Benefits, and Barriers (Difficulties).

RESULTS: At the level of the whole sample, the age of the respondents ranged from 24 to 59 years, on average 42 years 3 months (SD = 9 years 4 months). The largest number of respondents, 40 of them (46.5%) stated that the hospital ward was their workplace, 38 (44.2%) stated that they read only one nursing journal, 33 (38.4%) that they were quite motivated to continue education in the profession. As the age of the respondents increased, a more positive attitude towards research was recorded.

CONCLUSION: Every nurse must be aware of the importance of professional development and work responsibly. The results indicate, that with the increase in the age of the respondents, a more positive attitude towards research in the domains of environmental support they have in the implementation of nursing research and the cost-effectiveness and benefits of nursing research.

KEY WORDS: health care, research, nurses, education.

Korespondent:
Biljana Stojanović-Jovanović
ul. Drinčićeva 11a /66, Beograd
biljananstojanovic@gmail.com
Telefon: 069 19 10 884

UVOD

Naučno istraživanje je sistematsko traženje činjenica iz kojih se izvode određeni naučni principi i zakonitosti. Osim pomenutog, naučno istraživanje doprinosi opštem napretku čovečanstva, jer kritički preispituje naučna otkrića iz prošlosti i pronalazi bolja rešenja za nove i složene probleme [1].

Uslov za bavljenjem naukom osim formalnog obrazovanja, moraju biti i motivisanost, kreativnost i spremnost za timski rad. Istraživanja uopšte, pa samim tim i istraživanja u sestrinstvu, se sprovode sa ciljem da se dođe do novih saznanja koja će se pridodati već postojećem fondu znanja i tako uticati na razvoj teorije i prakse sestrinstva. Znanje koje nastaje iz istraživanja može imati praktičan uticaj i služiti za edukaciju sestara i obogaćivanje sestrinske literature.

Istraživanja su važan faktor u uspostavljanju i održavanju visokih standarda zdravstvene nege. Sestrinskim istraživanjima se unapređuje ne samo stručna praksa već i sestrinstvo kao nauka, na kojoj se sve više bazira sestrinska praksa. Sestrinsko istraživanje mora da se odnosi na problem od interesa za struku, savremenu teoriju i praksu, kao i da ima stručnu i društvenu opravdanost ali i tehničkih mogućnosti za realizaciju [2]. Sa razvojem obrazovanja sestara u Republici Srbiji povećava se i broj istraživačkih radova iz područja zdravstvene nege. Međutim, u odnosu na zemlje zapadnog sveta, istraživačkih radova u sestrinstvu kod nas još uvek nema dovoljno.

Činjenice govore da je vrlo mali broj medicinskih sestara uključen u istraživačke projekte, u odnosu na relativno veliki broj medicinskih sestara koje učestvuju u svakodnevnoj praksi zdravstvene nege [2,3]. Dosadašnja istraživanja u sestrinstvu su bila jednostavnije strukture, te kao takva nisu osiguravala odgovore na pitanja koja proizlaze iz složenijih i sveobuhvatnih teorija zdravstvene nege. Sestrinstvo razvija vlastitu metodologiju te najčešće teškoće sestara pri istraživanjima koje su proisticale iz nesigurnosti u identifikaciji i definisanju problema, kao i nedovoljnom poznavanju istraživačkih metoda će polako biti prevaziđene [2].

Medicinska sestra u postupku istraživanja može biti glavni istraživač, član istraživačkog tima, korisnik rezultata istraživanja, evaluator rezultata istraživanja, osoba koja prepoznaje probleme u zdravstvenoj nezi koje je potrebno istražiti, zastupnik pacijentovih interesa tokom postupka istraživanja i učesnik i/ ili ispitanik istraživanja [3]. Prema više različitih istraživanja medicinske sestre kao prepreke za sprovođenje istraživanja navode: nedostatak vremena, nedostatak interesa, nedovoljnu svesnost o istraživačkoj literaturi, nedovoljno razumevanje istraživačkog procesa, nedovoljan autoritet za promenu prakse, nedostatak podrške kolega, nedostatak potpore za implementaciju nalaza istraživanja u praksu [4-5].

Medicinske sestre koje su "istraživački pismene" imaju kapacitet za kritičku misao, poseduju analitičke veštine za pristup relevantnim istraživanjima i dokazima, imaju kritičko razumevanje istraživačkih procesa, sposobnost čitanja i kritičkog procenjivanja, imaju svest o etičkim pitanjima vezanim za istraživanje [6-8].

Istraživanja u sestrinstvu danas imaju veliki uticaj na sadašnju i buduću sestrinsku praksu, čineći bitnu komponentu obrazovnog procesa. Prioriteti uključuju, istraživanja koja se bave unapređenjem zdravlja i preventivne zdravstvene prakse za sve starosne grupe, zdravstvene potrebe visokog rizika, životno zadovoljstvo pojedinaca i porodica, i razvoj troškova zdravstvene nege. Neki od ciljeva za sprovođenje sestrinskih istraživanja u budućnosti su osiguravanje kredibiliteta profesije medicinske sestre, obezbeđivanje odgovornosti za praksu medicinske sestre i dokumentovanje troškova nege [9]. Najvažniji cilj u budućnosti za sprovođenje istraživanja u sestrinstvu su istraživanja zasnovana na dokazima. Praksa zasnovana na dokazima (EBNP) znači da medicinske sestre donose kliničke odluke na osnovu najboljih istraživačkih dokaza i zdravstvenih potreba svojih pacijenata. U dvadeset prvom veku javlja se potreba da se klinička praksa podrži istraživanjem. Istraživanja mogu pomoći u identifikovanju prioritetnih oblasti potrebnih za poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva, smanjenju rizika od bolesti i invaliditeta i poboljšanju kvaliteta života [4].

Obavezni preduslovi za ozbiljno bavljenje istraživanjem jesu sposobnost pretraživanja literature, primena adekvatne metodologije, prihvatanje odgovornosti za objavljene rezultate i poštovanje etičkih principa [10,11].

CILJEVI RADA

Istražiti na kom radnom mestu su angažovane medicinskie sestare posle završene specijalizacije kliničke nege, kakav je njihov stepen motivacije za daljom edukacijom u struci i da li prate rezultate istraživanja sestrinske prakse čitajući strične časopise.
Ispitati postoji li razlika u stavovima prema istraživanju u sestrinstvu u odnosu na životnu dob ispitanika.

ISPITANICI I METODE

U istraživanju je učestvovalo (N 86) medicinskih sestara, koji su završili Specijalističke studije na studijskom programu Klinička nega Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu, do 2019. godine. Od instrumenata su korišćeni anketni list koji je dizajniran za potrebe ovog istraživanja i Boothova skala stavova medicinskih sestara prema istraživanju. Korišćena skala ima 45 pitanja koja su razvrstana u 3 subskale: Interes i podrška okoline, Isplativost i korist i Prepreke (teškoće) za sprovođenje istraživanja. Odgovori su dati na Likertovoj skali od 5 stepena počevši od 1 (u potpunosti se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem) [12]. Istraživanje je realizovano od 01. do tridesetog aprila 2019. godine.

Etički aspekt studije: Istraživanje ni jednim svojim postupkom nije ugrozilo prava ispitanika, a podaci dobijeni od samih ispitanika su zaštićeni i dostupni samo istraživaču. Ispitanici su pismeno informisani o osnovnim ciljevima istraživanja, značaju traženih podataka i ispunjavanju skale. Ispitanici su potpisom dokumenta, Dobrovoljni pristanak informisanog ispitanika za učešće u istraživanju, dali svoju saglasnost za istraživanje.

Statistička analiza podataka: Korišćene su odgovarajuće metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Od deskriptivnih statističkih mera, korišćene su apsolutna frekvenca, procenat, medijana, aritmetička sredina, minimum, maksimum, interkvartilno odstupanje i standardna devijacija. Analiza i obrada podataka vršene su pomoću paketa namenjenog statističkoj obradi podataka (Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, version 23.0, 2015). Dobijeni rezultati su prikazani grafički.

REZULTATI

Istraživanjem je obuhvaćeno ukupno 86 ispitanika, 13 (15,1%) muškog i 73 (84,9%) ženskog pola. Životnom dobu do 30 godina je pripadalo devet (10,5%) ispitanika. Najveći broj ispitanika, njih 29 (33,8%), imalo je između 31 i 40 godina života. Sledećem životnom dobu, od 41. do 50. godina pripadalo je 27 (31,5%) ispitanika. Starosnoj dobi između 51 i 60. godina pripadalo je 21 (24,2%) ispitanika.

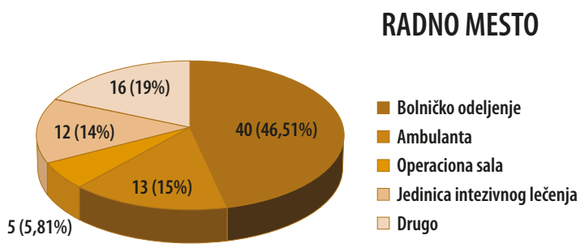
Na nivou celog uzorka, životna dob ispitanika se kretala od 24 do 59 godina, prosečno 42 godine 3 meseca (SD = 9 godina 4 meseca). Ispitanici muškog pola su bili prosečno mlađi od ispitanika ženskog pola (39 godina 8 meseci naspram 42 godine 9 meseci). Primenom t-testa nezavisnih uzoraka, isključeno je postojanje statističke značajnosti razlike prosečne starosti ispitanika u odnosu na pol, t = -1,085, df = 84, p = 0,281. Tabela 1.

Tabela 1. Struktura uzorka u odnosu na pol ispitanika i životnu dob

Pol	n	Starost (u godinama)			
		Min	Max	M	SD
Muški	13	29	53	39,69	7,80
Ženski	73	24	59	42,73	9,52
Ukupno	86	24	59	42,27	9,30

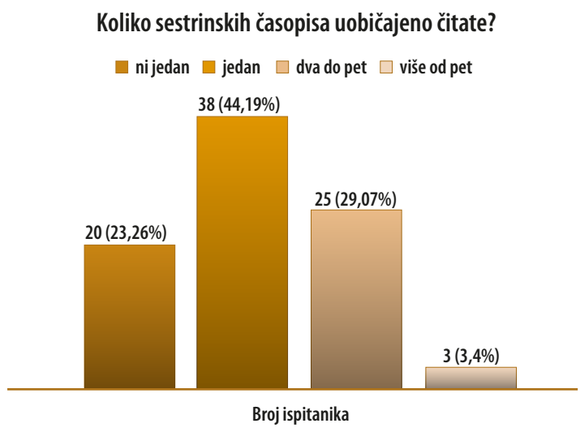
Kao svoje radno mesto, najveći broj ispitanika, njih 40 (46,5%) je navelo bolničko odeljenje. S druge strane, najmanji broj ispitanika, njih pet (5,8%) je navelo operacionu salu. Ambulanta i jedinica intenzivnog lečenja / terapije su navedeni sa uporedivom zastupljenošću, kod 13 (15,1%), odnosno 12 (13,95%) ispitanika Grafikon 1.

Grafikon 1. Distribuciju uzorka u odnosu na radno mesto ispitanika.



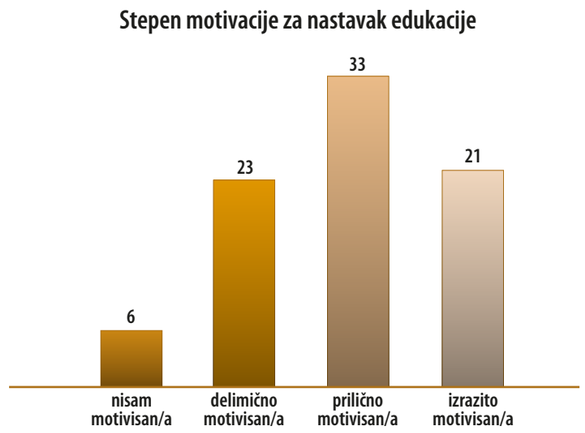
Najveći broj ispitanika, njih 38(44,2%) je navelo da čita jedan sestrinski časopis. S druge strane, najmanji broj ispitanika, njih tri (3,5%) je navelo da čita više od pet sestrinskih časopisa. Istovremeno, 25(29,1%) ispitanika čita od dva do pet sestrinskih časopisa, dok 20(23,3%) ispitanika ne čita sestrinske časopise Grafikon 2.

Grafikon 2. Distribuciju ispitanika u odnosu na broj sestrinskih časopisa koji čita



Da su prilično motivisani za nastavak edukacije u struci je izjavio najveći broj ispitanika, njih 33(38,4%). Uporediv broj ispitanika, njih 23(26,7%), odnosno 24(27,9%) je izjavio da su delimično, odnosno izrazito motivisani. S druge strane, najmanji broj ispitanika, njih šest (6,98%), je naveo da nisu motivisani za nastavak edukacije u struci Grafikon 3.

Grafikon 3. Distribucija ispitanika u odnosu na stepen motivacije za nastavak edukacije u struci



Prema rezultatima statističke analize povezanosti između stavova prema istraživanju u sestrinstvu u odnosu na životnu dob ispitanika, može se zaključiti da su dva od tri koeficijenata korelacije dostigla statističku značajnost. Tačnije, izračunate značajnosti razlike su ispod zadatog nivoa od 0,05 čime je potvrđena statistička značajnost u datom uzorku. Imajući u vidu vrednosti koeficijenata Pirsonove linearne korelacije, izračunata je mala pozitivna korelacija između starosti ispitanika i skora na subskali Interes i podrška okoline (r = 0,245), odnosno skora na subskali Isplativost i korist (r = 0,237).

Može se zaključiti da je sa povećanjem godina života ispitanika zabeležen pozitivniji stav prema istraživanjima u domenima podrške okoline koju imaju pri realizaciji sestrinskih istraživanja i isplativosti i koristi od sestrinskih istraživanja. Sa druge strane, ne može se tvrditi da rezultati ispitivanja stavova prema preprekama za sprovođenje sestrinskih istraživanja variraju statistički značajno prema starosti ispitanika ovog uzorka (Tabela 2).

Tabela 2. Korelacija rezultata ispitivanja stavova prema pojedinačnim subskalama Boothove skale stavova medicinskih sestara prema istraživanju u odnosu na životnu dob ispitanika

Subskala	r	P
Interes i podrška okoline	0,245*	0,023
Isplativost i korist	0,237*	0,028
Prepreke (teškoće)	0,140	0,200

* p < 0,05.

DISKUSIJA

Sestrinstvo se razvijalo prvenstveno kao žensko zanimanje, za razliku od medicine koja se uvek percipirana kao muško područje rada [13]. Najveći broj ispitanika ove studije (N 86) je ženskog pola 84,9%. Životnom dobu, između 31 i 40 godina života pripadalo

najviše ispitanika. Ovakav rezultat je i očekivan s obzirom da specijalističke studije upisuju najčešće odmah posle završenih osnovnih studija. Ispitanici muškog pola su bili prosečno mlađi od ispitanica ženskog pola ali je isključeno postojanje statističke značajnosti razlike prosečne starosti ispitanika u odnosu na pol (p = 0,281). Najveći broj ispitanika u našem istraživanju je navelo bolničko odeljenje kao svoje radno mesto što je i očekivano s obzirom na odabir Specijalizacije kliničke nege.

Naučni i stručni članak je glavni način komunikacije u nauci, a naučni i stručni časopis je primarni medij u kojem se objavljuju takvi članci. Važnost pristupa stručnim i naučnim časopisima na srpskom jeziku ogleda se u potrebi da medicinske sestre čitaju časopise na svom maternjem jeziku, jer jedan veći broj njih se ne koristi ni jednim drugim jezikom.

Rezultati naše studije ukazuju da najveći broj ispitanika, njih 44,2% čita jedan sestrinski časopis. S druge strane, najmanji broj ispitanika, njih tri 3,5% je navelo da čita više od pet sestrinskih časopisa. Istovremeno, 29,1% ispitanika čita od dva do pet sestrinskih časopisa, dok 23,3% ispitanika ne čita sestrinske časopise.

Za vidljivost časopisa u međunarodnoj naučnoj zajednici od velike je važnosti indeksiranost u relevantnim sekundarnim izvorima informacija za određeno naučno područje, što sestrinskim časopisima u Srbiji još uvijek nedostaje. Kreiranjem stručnih i naučnih časopisa za područje sestrinstva, medicinskim sestrama bilo bi omogućeno objavljivanje stručnih i naučnih radova.

Situacija sa naučnim časopisima u zemljama Evropske unije je malo bolja. Italija izdaje jedan sestrinski naučni časopis, Češka i Slovenija takođe po jedan. Ujedinjeno Kraljevstvo objavljuje oko 40 sestrinskih naučnih časopisa a ukupno danas u svetu, objavljuje se oko pet stotina sestrinskih naučnih časopisa (od kojih je desetak s visokim impakt faktorom) [14].

Motivacija za rad je unutrašnji proces u kojem pojedinac prima određene podsticaje iz okruženja (nagrade, povratne informacije, smernice i posledice prethodnih napora) koji se kombinuju s određenim unutarnjim značajem. U našoj studiji za nastavak edukacije u struci 38,4% ispitanika se izjasnilo da su prilično motivisani. S druge strane 6,98%, je naveo da nisu motivisani za nastavak edukacije u struci.

Istraživanje Leilani T. i saradnika je pokazalo da medicinske sestre nisu motivisane da primenjuju rezultate istraživanja u kliničkoj praksi. Osim pomenutog utvrđeno je da na visinu motivacije utiče i dužina vremena između formalnog obrazovanja i trenutnog zapošljavanja.

Mnoge medicinske sestre se zaposle odmah nakon formalnog školovanja, kada dobiju posao jedan broj retko ima potrebu da se i dalje školuje i nadograđuju svoje znanje, iz čega se zaključuje da nisu svesne svoje odgovornosti i nivoa kvaliteta koji se očekuje u njihovom radu [15]. S druge strane, medicinske sestre koje se školuju ne dobijaju priznanje za svoje kvalifikacije, niti radna mesta koja im prema stečenim kompetencijama pripadaju. Osim toga, nisu ni plaćene u skladu sa svojim obrazovanjem, pa se smanjuje motivacija i želja za upisivanjem studija koje ne omogućavaju bolja radna mesta, a zahtevaju posvećenost i vreme da bi se uspešno završile. Takođe, na smanjivanje motivacije u svakodnevnom radu i istraživanju zdravstvene nege utiče i stalni odlazak visokoobrazovanih medicinskih sestara u druge zemlje Europske unije u potrazi za boljim uslovima rada i života.

Gubitkom stručnih medicinskih sestara menja se organizaciona struktura u timovima, a preopterećene medicinske sestre gube motivaciju za daljim usavršavanjem u struci. Medicinska sestra da bi se bavila istraživanjem mora imati visoki stepen usvojenih znanja, stručnost, visoke moralne činioce, značajan stepen motivacije i kreativnosti [16]. Kako se sestrinstvo razvijalo u sve veću i složeniju profesiju, tako se i povećava potreba za obuhvatnijom edukacijom medicinskih sestara, pa tako zadaci medicinske sestre u 21. veku postaju sve složeniji. Javlja se potreba uvođenja složenih metoda i postupaka zdravstvene nege zbog sve složenijih oblika bolesti, što odmah dovodi do potrebe kontinuirane edukacije i celoživotnog učenja medicinskih sestara [17].

Radi povećanja kvaliteta zdravlja i pružanja zdravstvene nege potrebno je da medicinske sestre stalno obnavljaju i poboljšavaju lično obrazovanje te da istovremeno studijski programi sestrinskih studija budu atraktivni kako bi motivisali medicinske sestre i potencijalne studente za upis na studijske programe sestrinstva [18]. Osim stručno profesionalnih sadržaja i teorije, medicinske sestre bi trebale usavršavati i sadržaje iz veština komuniciranja, organizacije rada, informatike, metodologije istraživanja, pedagoško-psihološke sadržaje ali i sadržaje iz opšte kulture, kako bi uvek mogle adekvatno odgovoriti na savremene zahteve svoje profesije, odnosno da bi zadovoljstvo pacijenata pruženom zdravstvenom negom bilo na visokom nivou [19]. U našem istraživanju rezultati ukazuju da je sa povećanjem godina života ispitanika zabeležen pozitivniji stav prema istraživanjima u domenima podrške okoline koju imaju pri realizaciji sestrinskih istraživanja i isplativosti i koristi od sestrinskih istraživanja. Rezultati slične studije su u suprotnosti sa našim jer govore u prilog tome da mlađe medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema istraživanju u sestrinstvu [14]. Rezultati istraživanja [20,21]
nisu potvrdili vezu između životne dobi ispitanika i stavova prema istraživanjima u sestrinstvu. Analiza rezultata na tri subskale u skladu je s nalazima drugih istraživanja u kojima je takođe utvrđeno da medicinske sestre smatraju da su istraživanja važna i korisna za sestrinsku praksu ali i percipiraju prepreke za sprovođenje istraživanja [12,14].

Može se reći da je identifikovanje stavova medicinskih sestara prema istraživanjima tek prvi korak koji u budućim studijama treba povezati s drugim značajnim varijablama kako bi se moglo kvalitetno proceniti prihvatanje promena u sestrinskoj praksi kao i sprovođenje zdravstvene nege utemeljene na dokazima. Još jedna zanimljiva tema za buduća istraživanja može biti ispitivanje odnosa između stavova prema istraživanju i sprovođenja istraživanja.

Naime, poznato je da stav sam za sebe ne rezultira nužno i promenom ponašanja. Odnos stavova i ponašanja ljudi zaslužuje više pažnje. Na prvi pogled jasno je da stavovi ljudi determinišu njihovo ponašanje. Međutim, to nije uvek tako. Neka istraživanja su pokazala da je korelacija između stavova i ponašanja ljudi zapravo vrlo mala, ako je uopšte ima [21]. Dakle, to što medicinske sestre imaju pozitivne stavove ne mora značiti da će ih i sprovoditi u praksi.

ZAKLJUČAK

Kvalitet zdravstvene nege, ne zavisi samo od humanosti i sposobnosti savladavanja savremene tehnologije, on zavisi i od kontinuirane edukacije medicinske sestre kroz programima kontinuirane edukacije. Svaka medicinska sestra mora biti svesna važnosti profesionalnog i stručnog usavršavanja te mora odgovorno na tome i raditi.

U cilju razvoja i unapređenja sestrinske teorije i prakse neophodno je promovisanje sestrinskih istraživanja, praćenje relevantne literature, učestvovanje na seminarima, kongresima, konferencijama, kursevima i drugim stručnim skupovima.ostoji statistički značajna razlika u stavovima prema istraživanju u sestrinstvu, s obzirom na dob ispitanika.

Istraživanja su važan faktor u uspostavljanju i održavanju visokih standarda zdravstvene nege.te se mora nastojati da medicinske sestre bez obzira na životnu dob imaju pozitivnije stavove prema istraživanju.

LITERATURA

1. *Chelagat D. Chebor A. Documentation: Historical perspectives, Purposes, Benefits and Challenges an Faced by Nurses. International Journal of Humanities and Social Science. 2013 ; 16:236-240*
2. *Стојановић-Јовановић Б. Основи методологије истраживања у сестринству. Београд: ВЗШСС; Друго издање 2017.*
3. *Nieswiadomy RM. Foundation of Nursing Research. 6. izd. Boston: Pearson; 2012.*
4. *Hofmeister N. Attitudes of Nurses Toward Research. Master Theses. Grand Valley State University 2007.*
5. *Bostrom AC, Malnight M, MacDougall J, Hargis D. Staff nurses' attitudes toward nursing research: a descriptive survey. J Adv Nurs. 1989;14:915-922.*
6. *Omishakin MYJ, Oyetunde MO. Overview of Nursing Research. International Journal of Nursing Didactics 2015;5(12):5-13.*
7. *Švrakić S. Menadžerske funkcije u sestrinstvu .Sarajevo: BlicDruck 2003.*
8. *Duffey L, Hepburn K, Christensen R, Brugge-Wiger P. Aresearch agenda in care for patients with Alzheimer's disease. Image: Journal of Nursing Scholarship 1989: 21, 254–257.*
9. *Colling J. Procedures, ethics, and funding sources. Urologic Nursing 2004;24:130–133.*
10. *Savić J. Kako napisati, objaviti i vrednovati naučno delo u biomedicini.Beograd: Kultura 2001.*
11. *Vučkovi-DekićLj, Milenković P, Šobić V. Etika naućnoistraživačkog rada u biomedicini. Srpsko lekarsko društvo: Akademija medicinskih nauka: Medicinski fakultet Univerziteta, Beograd 2002*
12. *Bostrom AC, Malnight M, MacDougall J, Hargis D. Staff nurses' attitudes toward nursing research: a descriptive survey. J Adv Nurs. 1989;14:915-922.*
13. *Radcliffe M. Doctors and nurses: new game, same result. BMJ. 2000;320;1085.*
14. *Kovačević A. Stavovi medicinskih sestara prema istraživanju u sestrinstvu [Diplomski rad]. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2017 [pristupljeno 01.05.2019.] Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:152:663167*
15. *Leilani T, Biskupski K, Pheley A, Lehto R. Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. Clinical Nursing Studies 2015;3 (2): 90-96*
16. *Estabrooks CA, Floyd JA, Scott – Findlay S, O'Leary K, Gushta M. Individual determinants of reserach utilization: A systematic review. J Adv Nurs. 2003;43(5):506-520*
17. *Ljubičić M, Šare S. Povezanost teorije i prakse u zdravstvenoj njezi. Sestrinski glasnik 2015 20 (3): 254-256.*
18. *Dal U, Arifoélu B, Razí G. What factors influence students in their choice of nursing in North Cyprus? Journal of Nursing Education. 2009;1(1):1924-30.*
19. *Hallin K, Danielsone E. Registered Nurses' perceptions of their work and professional development. Journal of Advanced Nursing. 2008;61(1):62–70*
20. *Marsh GW, Brown TL. The measurement of nurses' attitudes towards nursing research and the research environment in clinical settings. J Clin Nurs. 1992;1:315- 322.*
21. *Smirnoff M, Ramirez M, Kooplimae L, Gibney M, Dee McEvoy M. Nurses' attitudes toward nursing research at a metropolitan medical center. Appl Nurs Res. 2007;20:24- 31.*

DIJAGNOZA KARCINOMA ŽELUCA

DIAGNOSIS OF GASTRIC CARCINOMA

Jandrić - Kočić C Marijana
Dom zdravlja Krupa na Uni, Republika Srpska / Health center Krupa na Uni

APSTRAKT

UVOD: Karcinom želuca je četvrti najčešće dijagnostifikovan karcinom u svijetu i drugi najčešći uzrok smrtnosti od karcinoma. Dijagnoza zahtijeva histopatološku analizu tkiva dobijenog ezofagogastroduodenoskopijom ili citološku analizu brisanja /ispiranja želuca.
PRIKAZ SLUČAJA: Pacijent starosti 55. godina javlja se u ambulantu porodične medicne zbog dispeptičnih tegoba praćenih gubitkom u tjelesnoj težini, slabošću i malksalošću prisutnih unazad šest mjeseci. Fizikalnim pregledom prisutna osjetljivost na duboku palpaciju u epigastriju. Ultrazvučni preged abdomena uredan, u laboratorijskim nalazima prisutna anemija. Pacijent se upućuje na ezofagogastroduodenoskopiju koja korporalno, na maloj krivini želuca, detektuje veliku ulceraciju dna prekrivenog fibrinom i detritusom, bedemastih rubova. Nalaz bioptata otkriva prisustvo adenocarcinoma ventriculi mixed (tubular adenocarcinoma cum poorly cohesive carcinoma). Kompjuterska tomografiju abdomena utvrđuje vidno zadebljanje želuca u regiji male krivine na arealu dimenzija 110x 26 mm i veći broj pojedinačnih limfnih žlijezda veličine do 8 mm u masnom tkivu uz malu krivinu želuca. Po nalogu onkološkog konzilijuma uradi se totalna gastrektomija sa limfadenektomijom. Patohistološki nalaz nakon operativnog zahvata glasi adenocarcinoma ventriculi gradus III, pT3N-1Mx (mala krivina, dio prednjeg i zadnjeg zida želuca infiltrativan, zahvata sve slojeve zida, ali ne vrši infiltraciju seroza, veličine 7x6 cm, R0L1V0Pn0). Ponovni pregled onkološkog konzilijuma indikuje hemoterapiju/radioterapiju u hospitalnim uslovima i nakon toga 5-fluorouracil/leukovorin hemoterapiju.
ZAKLJUČAK: U nedostatku specifičnih simptoma i mogućnosti za skrining i ranu detekciju najveći broj karcinoma želuca dijagnostifikuje se u naprednoj fazi kada je prognoza loša (prosječno preživljavanje iznosi 24 mjeseca), a mogućnosti liječenja ograničene. Identifikacija novih bioloških/molekularnih markera u ranoj dijagnozi karcinoma želuca omogućila bi bolju kvalitetu života i duže preživljavanje oboljelih.
KLJUČNE RIJEČI: dijagnoza, karcinom želuca

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gastric cancer is the fourth most commonly diagnosed cancer in the world and the second most common cause of cancer mortality. Diagnosis requires histopathological analysis of tissue obtained by esophagogastroduodenoscopy or cytologic analysis of gastric wiping / flushing.
CASE REPORT: Patient aged 55 years presents in a family medical clinic due to dyspeptic problems accompanied by weight loss, weakness and maladaptation present at six months. Physical examination present sensitivity to deep palpation in the epigastrium. Ultrasound abdominal examination neat, laboratory anemia present. The patient is referred for esophagogastroduodenoscopy, which corporally, on a small curve of the stomach, detects a large ulceration of the bottom covered with fibrin and detritus, femoral margins. Bioptate finding reveals the presence of ventriculi mixed adenocarcinoma (tubular adenocarcinoma cum poorly cohesive carcinoma). Computed tomography of the abdomen determines the visible thickening of the stomach in the region of small curvature in the area of dimension 110x 26 mm and a large number of individual lymph glands up to 8 mm in fat with a small curve of the stomach. A total gastrectomy with a lymphadenectomy is done at the request of the oncological consulium. The pathohistological finding after surgery is adenocarcinoma ventriculi gradus III, pT3N1Mx (small curve, part of the anterior and posterior gastric wall infiltrative, engages all layers of the wall, but does not infiltrate serosa, size 7x6 cm, R0L1V0Pn0). A re-examination of the oncology consilium indicates chemotherapy / radiotherapy in hospital conditions and thereafter 5-fluorouracil / leucovorin chemotherapy.
CONCLUSION: In the absence of specific symptoms and screening and early detection capabilities, the highest number of gastric cancers is diagnosed at an advanced stage when the prognosis is poor (average survival is 24 months) and treatment options are limited. Identification of new biological / molecular markers in early diagnosis of gastric cancer would allow a better quality of life and longer survival of the diseased
KEYWORDS: diagnosis, gastric cancer

UVOD

Karcinom želuca je četvrti najčešće dijagnostifikovan karcinom u svijetu i drugi najčešći uzrok smrtnosti od karcinoma (3 – 10%). Incidencija je najveća u Japanu (više od 40 na 100 000), istočnoj Aziji, Južnoj Americi i istočnoj Europi (1,2). Hronični atrofični gastritis (perniciozna anemija, toksična i dijetalna sredstva, prethodna operacija želuca s refluksom žuči), hipertrofična gastropatija (Metenierova bolest), želučani polipi, infekcija Helicobacter pylori, nizak socioekonomski status, pretilost, pušenje, ishrana bogata solju, dimljenom ili slabo konzerviranom hranom, nitratima, nitritima i sekundarnim aminima povezane su sa povećanim rizikom (1,2). Većina karcinoma želuca javlja se sporadično, dok 8% do 10% ima nasljednu komponentu. U ranoj fazi ne postoje specifični simptomi, do 50% pacijenata može imati nespecifične gastrointestinalne tegobe, poput dispepsije (1,2).

Dijagnoza karcinoma želuca zahtijeva histopatološku analizu tkiva dobijenog gastroskopijom ili citološku analizu brisanja /ispiranja želuca (1,2). Terapija obuhvata subtotalnu ili totalnu gastrektomiju sa limfadenektomiju, radioterapiju i/ili hemoterapiju.

Korespondent:
Jandrić-Kočić Marijana
Stevana Jakovljevića 23
78 000 Banjaluka
marijanajandrickocic@gmail.com

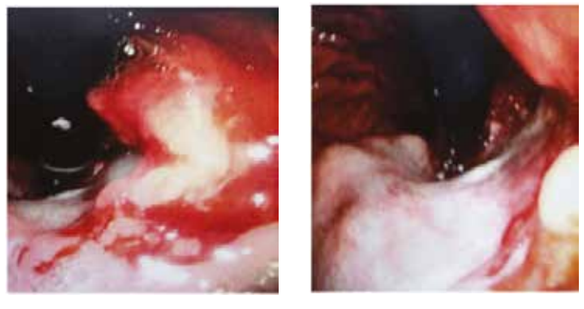
PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent starosti 55. godina javlja se u ambulantu porodične medicne zbog dispeptičnih tegoba praćenih gubitkom u tjelesnoj težini, slabošću i malksalošću. Iste su prisutne unazad šest mjeseci sa pogoršanjem unazad trideset dana. Pantoprazol tablete 40 mg, koje je koristio samoinicijativno više mu ne pomažu. Apetit mu je značajno slabiji i misli da je dosta smršao.U redovnoj terapiji koristi Enalapril tablete 20 mg 2x1, Bisoprolol tablete 5 mg 1x1, Atorvastatin tablete 10 mg 1x1. Nepušač. Pacijent je svjestan, orijentisan, afebrilan, eupnoičan, pokretan, komunikativan, slabije osteomuskularne građe, koža i vidljive sluzokože blijede, nema osipa, edema, periferne limfadenopatije. Glava uredne konfiguracije, kosmatost muškog tipa, bulbusi medioponirani, zjenice kružne, simetrične, urednih reakcija na svjetlost i akomodaciju.

Nosnice prohodne, Valeove tačke neosjetljive na pritisak. Ždrijelo mirno, jezik vlažan, obložen. Vrat cilindričan pokretan, štitna žlijezda nije uvećana. Grudni koš sveden, simetrično respiratorno pokretan, disajni šum uredan. Srčana akcija ritmična, tonovi jasni, nema šuma, TA 100/60 mmHg, pO2 98%. Abdomen u ravni grudnog koša, mek, osjetljiv na duboku palpaciju u epigastriju, nema oragnomegalije, bubrežne lože neosjetljive na sukusiju. Ekstremiteti bez deformiteta, venskih varikoziteta. Nalaz na kranijalnim nervima uredan. Nema lateralizacije u antigravitacionom položaju ekstremiteta, u Rombergu stabilan. Meningealni znaci uredni.

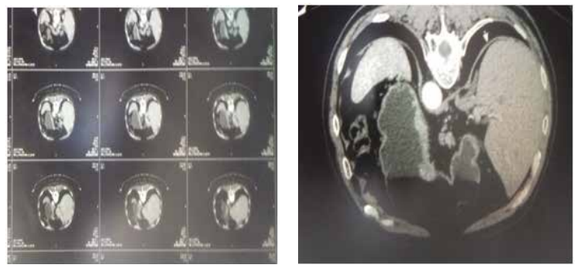
Ultrazvučni pregled: Jetra normalne veličine, grubljezrnaste homogene građe, bez fokalnih lezija. Žučna kesa normalne debljine zida, u lumenu bistra žuč. Nema dilatacije intra ni ekstraheptičnih žučenih vodova. Pankreas normalne veličine bez fokalnih lezija. Veliki krvni sudovi abdomena bez znakova tromboze i disekcije. Slezena normalne veličine homogene građe. Oba bubrega normalnog oblika i položaja i veličine, nema znakova nefroze ni litijaze. Mokraćna bešika normalne deljine zida, u lumenu bistar urin. Crijevne vijuge distendirane, žive peristaltike.Nema ascitesa, slobodne tečnosti u pleuri i perikardu. KKS Le 8.3, Er 3.9, Hgb 85, HCT 0.28, Tr 316. Pacijent se upućuje na ezofagogastroduodenoskopiju po hitnom protokolu. Tom prilikom se korporalno, na maloj krivini žeuca, detektije velika ulceracijadna prekrivenog fibrinom i detritusom, bedemastih rubova sa koje se uzmu uzorci za biopsiju (slika 1).

Slika 1. Maligno suspektna ulceracija verifikovana ezofagogastroduodenoskopijom



Patohistološki nalaz otkriva postojanje adenocarcinoma ventriculi mixed type (tubular adenocarcinoma cum poorly cohesive carcinoma). Pacijent se upućuje onkologu koji indikuje kompjuterску tomografiju abdomena. Ista utvrđuje vidno zadebljanje želuca u regiji male krivine na arealu dimenzija 110x 26 mm, diferencijalno dijagnostički tumorski neoplastični proces. Uz malu krivinu želuca u masnom tkivu veći broj pojedinačnih limfnih žlijezda veličine do 8 mm (slika 2).

Slika 2. Zadebljanje želuca u regiji male krivine verifikovano kompjuterskom tomografijom



Onkološki konzilijum indikuje totalnu gastrektomiju sa limfadenektomijom.

Patohistološki nalaz nakon operativnog zahvata (Gastrectomia totalis cum eosophagojejuno anastomosis sec. Roux en Y/ EEA stapler / Lympadenectomia D2/D3, jejunostomia nutritiva, drainagae x 3) glasi: adenocarcinoma ventriculi gradus III, pT3N-1Mx Mala krivina, dio prednjeg i zadnjeg zida želuca infiltrativan, zahvata sve slojeve zida, ali ne vrši infiltraciju seroza, veličine 7x6 cm, R0L1V0Pn0. Ponovni pregled onkološkog konzilijuma preporučuje hemoterapiju/radioterapiju u hospitalnim uslovima i nakon toga 5-fluorouracil/leukovorin hemoterapiju.

DISKUSIJA

Ezofagogastroduodenoskopija (engl. Esophagogastroduodenoscopy, EGD) predstavlja metodu izbora u dijagnozi karcinoma želuca. Omogućava vizualizaciju lokacije karcinoma, obim zahvaćenosti sluznice i biopsiju (ili citološku četkicu) tkiva (1,2).

Masovni skrining (asimptomatska populacija) ili nadzor (subjekti u riziku) karcinoma želuca je isplativ i preporučuje se u regijama s velikom učestalošću kao što su Japan i Kina. Američko društvo za gastrointestinalnu endoskopiju preporučuje endoskopski nadzor za osobe visokog rizika (istorija želučanog adenoma, familijarna adenomatozna polipoza, Lynch sindrom, Peutz-Jeghersov sindrom i Metenierova bolest) svake 1 do 2 godine (1,2). U ostalim slučajevima gastroskopija je indikovana samo kod osoba starijih od 55 godina sa prisutnim simptomima alarma (nerazjašnjena sideropenična anemija, disfagija, odinofagija, izolovana mučnina ili povraćanje u trajanju dužem od 48 sati, gubitak tjelesne težine, palpabilna masa ili limfadenopatija, nerazjašnjeni ikterus, prva pojava dispepsije u starijem životnom dobu) (3,4,5). Primjena ezofagogastroduodenskopije u skriningu i ranoj detekciji karcinoma želuca ima značajna ograničenja. Dijagnostički kriterijumi ezofagogastroduodenoskopije nisu dovoljni za isključivanje maligne bolesti (odsustvo simptoma alarma u ranoj fazi bolesti). Samim tim ista ima ograničenu prediktivnu vrijednost za karcinom želuca (multicentrične studije govore u prilogu manje od 1% karcinoma detektovanih gastroskopijom) (6,7,8,9).

Ezofagogastroduodenoskopija ne detektuje značajan broj želučanih maligniteta. Studije provedene u Velikoj Britaniji utvrdile su 11.3% želučanih karcinoma propuštenih prilikom ezofagogastroduodenoskopije 3 godine prije postavljanja dijagnoze. Studije provedene u Švedskoj otkrile su 59% osoba sa simptomima

alarma (disfagija, anemija, hematemeza, gubitak težine, povraćanje) u vrijeme ezofagogastroduodenoski propuštene dijagnoze. Muški rod, odsustvo simptoma alarma, neadekvatno uzeta biopsija, endoskopisti s manje iskustva, upotreba inhibitora protonske pumpe i neadekvatna patohistološka dijagnoza navode se kao mogući razlozi (10). Retrospektivno istraživanje grupe autora iz Japana je otkrilo 75,2% propuštenih površnih karcinoma želuca na prethodnim endoskopijama (potreba za ponovom endoksopijom kod osoba s infekcijom Helicobacter Pylori i patohistološkim nalazom atrofičnog gastritisa) (11). Ezofagogastroduodenoskopija je invazivna, stresna i neugodna procedura koju značajan broj pacijenata odbija. Sve navedeno ukazuje na veliku potrebu za manje invazivnim ili neinvazivnim ali i vrlo specifičnim biomarkerima u skriningu i ranoj dijagnozi kolorektalnog karcinoma. Ograničeni literarni podaci ukazuju da ugljenohidratni antigen 72-4 (engl. Carbohydrat antigen 72-4, CA 72-4) u kombinaciji sa CA19-9, karcinoembrionskim antigenom (carcinoembryonic antigen, CEA) i timidin kinazom 1 (biomarker ćelijske proliferacije), odnosno CEA, interleukinom 6, interleukinom 8 i faktorom nekroze tumora α ima značajnu osjetljivost i specifičnost u ranoj dijagnostici karcinoma želuca. (7).

Pojedini autori predlažu upotrebu Gastro Panela, komercijalno dostupnog alata za mjerenje četiri biomarkera u krvi, i to bazalnog gastrina-17, pepsinogena I i II (detekcija atrofičnih promjena), antitijela na Halicobacter pylori u detekciji osoba sa visokim rizikom za karcinom želuca (7).

Ostali potencijalni cirkulirajući biomarkeri za ranu detekciju uključuju: M2-piruvat kinazu (metabolički marker povezan sa tumorom), trefoil faktor 3, adipocitokin leptin (nezavisni biomarkeri crijevne metaplazije), p-53 autoantitijela, protein IV (povezan sa ćelijskim ciklusom), olfaktomedin 4 i protein vaskularne adhezije-1 (molekule upalne signalizacije).

Genetske promjene, uključujući značajan dobitak ili gubitak hromosomskog materijala, jednostruke nukleotidne promjene i mutacije i epigenetske promjene, poput aberantne metilacije DNA, modifikacije histona, mikroRNA i duge nekodirajuće RNK, prekomjerne ekspresije ili smanjenja regulacije, opisani su kao glavni aspekti koji su uključeni u pokretanje i napredak skringa karcinoma želuca (7).

ZAKLJUČAK

U nedostatku specifičnih simptoma i mogućnosti za skrining i ranu detekciju najveći broj karcinoma želuca dijagnostifikuje se u naprednoj fazi kada je prognoza loša (prosječno preživljavanje iznosi 24 mjeseca), a mogućnosti liječenja ograničene. Identifikacija novih bioloških/molekularnih markera u ranoj dijagnozi karcinoma želuca omogućila bi bolju kvalitetu života i duže preživljavanje oboljelih .

LITERATURA

1. *Dicken B J, Bigam D L, Cass C, Mackey J.R, Joy AA, Hamilton S. Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions. Annals of surgery. 2005; 241(1): 27–39. Available from: https://doi.org/10.1097/01.sla.0000149300.28588.23.*
2. *Hu B, El Hajj N, Sittler S, Lammert N, Barnes R, Meloni-Ehrig A. Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology. J Gastrointest Oncol. 2012; 3 (3):251-61. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418539/.*
3. *Jurčić D, Bilić A. Racionalan pristup bolesniku s dispepsijom. Medicus. 2006; 15 (1): 15 – 23. Available from: file:///C:/Users/marijanajandrickocic/Downloads/Jurcic_02%20(1).pdf.*
4. *Dimić-Lisica I, Bergman Marković B, Bukmir L, Bašić Marković N, Radošević Quadrantu, Lisica I. Pristup bolesniku sa dispepsijom u obiteljskoj medicini. Acta Med Croatica.2015; 69: 271-278. Available from: http://docplayer.rs/174857119-Pristup-bolesniku-s-dispepsijom-u-obiteljskoj-medicini.html.*
5. *Black C J, Houghton LA, Ford A C. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. Therapeutic Advances in Gastroenterology. 2018. Available from: https://doi.org/10.1177/1756284818805597*
6. *Necula L, Matei L, Dragu D, Neagu AI, Mambet C, Nedeianu S, Bleotu C, Diaconu CC, Chivu-Economescu M. Recent advances in gastric cancer early diagnosis. World J Gastroenterol. 2019; 7 25(17): 2029-2044. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6506585/.*
7. *Black C J, Houghton LA, Ford A C. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. Therapeutic Advances in Gastroenterology. 2018. Available from: https://doi.org/10.1177/1756284818805597.*
8. *Ching H, Hale MF, Sidhu R, McAlindon ME. Reassessing the value of gastroscopy for the investigation of dyspepsia. Frontline Gastroenterology. 2018; 9:62-66. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5824766/.*
9. *Pongprasobchai S, Asanaleykha A, Tantayakom P. Repeat Upper Gastrointestinal Endoscopy in Patients with Functional Dyspepsia: Yield, Findings, and Predictors of Positive Findings. Gastroenterology Research and Practice.2015. Available from: https://doi.org/10.1155/2015/904683.*
10. *Menon S, Trudgill N. How commonly is upper gastrointestinal cancer missed at endoscopy? A meta-analysis. Endosc Int Open. 2014; 2 (2): E46-50. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476431/.*
11. *Sekiguchi M, Oda I. High miss rate for gastric superficial cancers at endoscopy: what is necessary for gastric cancer screening and surveillance using endoscopy? Endoscopy international open. 2017; 5 (8); E727–E728. Available from: https://doi.org/10.1055/s-0043-112245.*

PSIHOFARMAKOTERAPIJA U TRETMANU PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA KOD KARCINOMA DOJKE

PSYCHOPHARMACO THERAPY IN THE TRETMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERDS IN BREAST

Mirjana Stojković –Ivković
Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika "Železnice Srbije" u Beogradu, Odeljenje neurologije i psihijatrije

APSTRAKT

Savremena isrtaživanja i klinicka praksa potvrdjuju da oko polovina onkoloskih pacijenata ima razne psihijatrijske komorbiditetne poremećaje koji zahtevaju dijagnostiku i terapiju.

CILJ: ovog rada je da se kroz prikaz slučaja ukaže na potrebu lečenja onkoloških pacijenata u bilo kojoj fazi lečenja, lekovima i psihoterapijom.

PIKAZ SLUČAJA: Pacijentkinja starosti 44 god, udata , ima dvoje dece (26 i 20), nezaposlena, javlja se prvi put na pregled godinu dana nakon opereracije karcinoma dojke (dg Ca ductalae mammae). Završila je sa zračenjem i hemoterapijom VI-og ciklusa. Dolazi zbog neraspoloženja, tuge, napetosti, strahova. Pre 10 god lečila se bolnički od depresije. Od tada se sporadično leči ambulantno. Nakon farmakološkog i psihoterapijskog lečenja došlo je do povlačenja simptoma i oporavka.

ZAKLJUČAK: Karcinom dojke kod polovine obolelih pacijentkinja praćen je komorbiditetnim psihičkim poremećajima. Iz tog razloga u onkološkom timu prisutan je i psihijatar, radi procene psihičkog stanja kao i lečenja obolele osobe.

KLJUČNE REČI: Psihofarmakoterapija, mentalni poremećaj, karcinom dojke, komorbiditet, depresija

ABSTRACT

Contemporary research and clinical practice conform that halfof oncologial patients have varions psychiatric comorbid disorders that require diagnosis and therapy.

The aim of this paper is to highlight the need for the tretment of oncological patients at any stage of treatment, medication and psychotherapy, through a case report.

CASEREPORT: Patient aged 44, married with two children (26, 20), unemployed, appearing for the first time one year after breast cancer surgery. She completed radiation and chemotherapy with a VI cycle. Comes flom unhappiness, sadness, tension,fears. 10 years ago, she was treated for depression. She has since been sporadically treated outpatienthy.

Following pharmacological and psychotherapy treatmant, withdrawal symptoms and recovery occurred.

CONCLUSION: Breast cancer in half of the diseased patients was followed by comorbidity with psychiatrie disorders. For this reason, a psychiatrist is also present in the oncology team for the purpose of assessing the mental state and freating the diseased person.

KEYWORDS: Psychopharmacotherapy, mental disordr,breast cancer, comorbidity, depression

UVOD

Onkološka bolest ne pogadja samo telo vec zahvata psihički, socijalni i duhovni nivo. Zato je pored onkologa - hirurga ,neophodan i psihijatar u lečenju ovih pacijenata. Ca dojke u velikom broju države čini 25% svih malignih bolesti ženske populacije,u neravijenim zemljama čak 28%,dok u strukturi mortaliteta učestvuje sa oko 14-15 %.

U Srbiji 26% svih obolelih i 17.5 % svih umrlih žena zbog malignih tumora imaju dijagnozu Karcinoma dojke. (1)

Pacijentkinje obolele od Karcinoma dojke susreću se sa jos većim problemom od ostalih onkoloških bolesnika, jer dojka predstavlja simbol materinstva, simbol plodnosti, ženstvenosti, seksualnosti i utiče na samopouzdanje i samopotvrdjivanje. Nije isto operisati ono sto se ne vidi i ono sto ženu čini "ženom".

Vrlo često u toku hirurške intervencije dolazi do amputacije dojke, i žene to teško doživljavaju (bez obzira koliko imaju godina) jer pored strahova od toka i prognoze bolesti one se suočavaju i sa problemom narušavanja telesnog integriteta, tj menja im se telesna šema. To dodatno predstavlja okidač za pojavu depresivnosti, anksioznosti, osećaja krivice, i bezvrednosti, gubitka samopoštovanja i samopouzdanja kao i promene perspektive o budućnosti.

Lečenje se zatim nastavlja zračenjem i hemioterapijom.Nakon vidljivih fizickih promena kod žena (opadanje kose,mrsavost,mucnine , povracanja…) dolazi do njihovog povlačenja i socijalne izolovanosti , do osećaja marginalizacije,stigmatizacije , samosažaljenja i tada počinju intrapersonalni problemi tj narušava se komunikacija s porodicom.(2)

Mnoge pacijentkinje svoja emocionalna stanja pokazuju kroz somatske simptome. Mnoge potiskuju emocije-dugotrajna žalost, bes, ljutnja, doživljaj bezuspešnosti, osećaj krivice, strah i dugotrajni stresovi guše njihov imuni sistem. Istraživanja su pokazala da od Ca dojke najviše obolevaju depresivne pacijentkinje, one koje potiskuju depresivno raspoloženje, one koje se plaše emocija tako da ih ne izrazavaju,psihički sputane i osobe siromašnih fantazija. (3) David Kisen je proučavajući pacijentkinje obolele od raka, zaključio da ove pacijentkinje imaju jaku blokiranost emocija sa

Korespondent:
Dr Mirjana Stojković –Ivković
Ohridska 3, Zemun
064 163 97 92
e-mail mirivkovic@gmail.com

narcističkom omnipotencijom osobe koja ima potrebe da svoje probleme rešava sama.

Imajući u vidu napred navedeno smatram (a i mnoga istraživanja su potvrdila) da veliki procenat žena obolelih od Ca dojke ima psihičke probleme i da je neophodno ucešće psihijatra u timu .

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentkinja, starosti 44 god ,udata, dvoje dece (26 i 20),nezaposlena, javlja se na pregled zbog neraspoloženja,tuge, napetosti, uznemirenja , straha da bude sama u kuci ili na ulici.Na kontrole mora neko da je prati.Dolazi u pratnji supruga. Hoce da se hospitalizuje na Psihijatriji. Pre godinu i po operisala je Ca dojke (Ca ductale), zavrsila je sa zračenjem i hemioterapijom VI –og ciklusa. Pre 10 god imala je depresiju i lečila se bolnički. Od tada se leči ambulantno. Ovo je prvi dolazak u našu ustanovu.

Odlučila je da se obrati psihijatru jer je stanje u kući postalo nepodnošljivo. Suprug je počeo da kasni s posla, pod izgovorom da mora više da radi zbog egzistencije. Sin studira, ima svoje obaveze ali ipak uskoči kad je neophodno. Kćerka ne želi da pomaže, ne želi da menja svoj život, smeta joj majčin izgled i kada nosi i kada ne nosi periku. Govori joj da ne može takvu da je gleda. U više navrata je i vredjala. Nakon tih svadja, kćerka je odlučila da nadje stan i da ode što je kod pacijentkinje dovelo do velike napetosti, depresije, anksioznosti, psihomotornog nemira.

U psihičkom statusu: anksioznost, afekat depresivno polarizovan, sa somatizacijom, psihomotorni nemir, pad voljno-nagonskog dinamizma (gubitak apetita, adinamija, nesanica), depresivne misli sa suicidalnim idejama i mislima.

Propisan je antidepresiv, anksiolitik i uključen psihoterapijski tretman.

Nakon mesec dana usledila je kontrola, pacijentkinja je došla u pratnji sina, bila raspoloženija, subjektivno se bolje osećala, počela je sama da se šeta i izlazi iz kuće. Na sledećoj kontroli, nakon mesec dana, dolazi sama daje podatak da nije imala ni jedan napad straha. Na trećoj kontroli, dolazi sama, išla je zajedno sa kćerkom da kupe posteljinu i neke sitnice za stan koji je kćerka iznajmila. Na sledećoj kontroli daje podatak da je upisala kurs Nemakog jezika i da je zadovoljna svojim psihičkim stanjem.

DISKUSIJA

Psihoonkologija je posebna oblast u medicini, proistekla iz liaison psihijatrije,koja primenjuje psihofarmakoterapijske intervencije za vreme lečanja onkoloških pacijenata. Reakcija na bolest je svojstvena svakom pacijentu i može se manifestovati kroz anksiozni poremećaj, depresivni poremećaj, poremećaj prilagodjavanja, PTSP, seksualne disfunkcije (impotencija, anorgazmija, doživljaj neprivlačnosti), suicidalne ideje (nedostatak porodične i socijalne podrške) agresivnosti i PLu stanjima ekstremnog stresa., kao i psihotićne reakcije.(4)

Rak dojke izaziva uznemirenost kod pacijentkinja,zatim jaku napetost, tugu,ljutnju, očaj, pacijentkinje menjaju način i stil života kao i način uobičajenog funkcionisanja a sama bolest izaziva brojne strahove i brige (strah od smrti, od vraćanja maligne bolesti, od neželjenih dejstava terapije). Zadatak psihijatara je da kod ovih bolesnika ublaže ili otklone tegobe , uspostave psihičku ravnotežu. Da se tuga i očaj zamene optimizmom i nadom u izlečenje.(5) Odnos pacijentkinje prema lečenju može biti veoma različit:prihvata bolest i saradjuje u lečenju –aktivno učešće, zatim prihvata bolest ali se predaje "tako mora biti"-kapitulirajući stav, na kraju ne prihvata lečenje-negira bolest, izbegavajući stav.(4)

Faze kroz koje prolaze pacijentkinje u toku onkološkog lečenja su:postavljanje dijagnoze, operacija, hemioterapija, zračenje,kontrola, rehabilitacija,preživljavanje (dugoročno) –izlečenje ili pojava recidiva, metastaza i na kraju palijativno lečenje (terminalna faza). (6)

U terapiji onkoloških pacijentkinja važan je izgradjen odnos i poverenje izmedju psihijatra i pacijentkinje u svim fazama lečenja.Lečenje zavisi od faze bolesti, nivoa regresije pacijentkinje kao i njenih mehanizama odbrane,prisutnost psihijatrijske simptomatologije i podrške porodice .Od psihoterapijskih metoda koriste se kratka dinamska psihoterapija, kognitivno-bihejvioralna, psihoedukacija, supurativna psihoterapija itd. Cilj ovih terapija je da se otklone otpori u lečenju, da se otklone aktuelne konfliktne situacije kojima je pacijentkinja izložena,da je motivišemo za lečenje,da je naučimo da se saživi sa bolešću,da je zaustavimo u njenoj regresiji, pasivizaciji.infantilizaciji tj. da je pokrenemo da aktivno učestvuje u lečenju.

Pored psihoterapije koriste se i psihofarmaci u lečenju psihijatrijskih poremećaja kod obolelih od Ca dojke. Pre uvodjenja psihofarmaka (anksiolitika, antidepresiva, antipsihotika) neophodno je proceniti intenzitet poremećaja, komorbiditet, premorbidne crte ličnosti, intenzitet bola,

Antidepresivi kod onkoloških pacijenata pomažu u ublažavanju neželjenih dejstva hemioterapije (nesanice i smanjenja apetita), smanjenju bola (deluju analgetski i pojačavaju delovanje narkotika)i lečenju depresije.(7,8)

ZAKLJUČAK

S obzirom da je u našoj drzavi, nakon svih dešavanja, došlo do povećanja incidence malignih bolesti a posebno karcinoma dojke kod zena, praćeno psihickim problemima, izražene su potrebe za angažovanjem psihijatra u onkoloskom timu zbog procene mentalnog zdravlja i psihofarmakoterapije tj lečenja ovih pacijentkinja. Od otkrivanja bolesti do palijativnog zbrinjavanja obolela pacijentkinja prolazi kroz različite faze i bolesti i lečenja, tako da je neophodna procena njenog mentalnog stanja i pružanja adekvatne pomoći u svakom trenutku bolesti. Iz etičkih, moralnih i naučnih razloga psihijatar procenjuje psihičko stanje i odlučuje koji vid terapije je najbolji za konkretnu pacijentkinju.Vrlo često je neophodna i farmakoterapija i psihoterapija. Antidepresivi pored toga što otklanjaju depresiju, ublazavaju neželjena dejstva hemioterapije, smanjuju bol, a preko prostaglandina, njihovo imunostimulativno i antimikrobno delovanje može pomoći u rešavanju infekcija nastalih nakon hemioterapije i zračenja. Psihoterapijske metode : psihoedukacija, suportivna psihoterapija,opustanje, kognitivno-bihejvioralna psihoterapija, kratka dinamska i druge , u praksi su se pokazale delotvorne i korisne.

Potrebno je naučiti pacijentkinje da oslobode svoje emocije, da promene stil zivota, da preuzmu odgovornost za sebe i svoj zivot i da pokažu bezuslovnu ljubav prema sebi i drugima.

LITERATURA

1. *Nacionalni vodič dobre kliničke prakse "Rak dojke " 13/2 Beograd, 2013. : 9*
2. *Braš M." Epidemiologija i kliničke slike najčešćih psihijatrijskih poremećaja u onkologiji"Psihoonkologija", Osijek:Grafika 2008:51-78*
3. *Jerotić V. " Neurotične promene našeg vremena" Ars Libri ,Beograd, 2004.*
4. *Marić J."Klinička psaihijatrija", Barex, Beograd,1998. :321-322*
5. *Braš M. "Psihoonkologija "Osijek:Grafika 2008:182*
6. *Klikovac i saradnici, "Psihološke karakteristike, izloženost stresnim životnim dogadjajima i koping strategije kod pacijentkinja obolelih od Ca dojke " zbornik radova,Beograd : 65-66*
7. *Braš M"Antidepresivi u lečenju hronične boli,onkologiji i palijativnoj medicini"*
8. *Tsaras K et al.Asion Pac "Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patient:Prevalence and Associated factors" Cancer Prev (2018)*

MULTISISTEMSKA HISTIOCITOZA LANGERHANSOVIH ĆELIJA SA DOMINANTNIM LEZIJAMA U PLUĆNOM PARENHIMU

MULTISYSTEMIC LANGERHANS-CELL HISTIOCYTOSIS WITH DOMINANT LESIONS OF THE LUNG PARENCHYMA

Jovan Javorac [1,2], Dejan Živanović [2], Miroslav Ilić [1,3], Ana Milenković [1]

[1] Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Srbija / Institute for pulmonary diseases of Vojvodina, Sremska Kamenica, Serbia

[2] Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera, Katedra za biomedicinske nauke, Subotica, Srbija / College of Vocational Studies for Education of Preschool Teachers and Sport Trainers, Department of Biomedical Sciences; Subotica, Serbia

[3] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Novi Sad, Srbija / University of Novi Sad, Faculty of Medicine, Novi Sad, Serbia

APSTRAKT

Histiocitoza Langerhansovih ćelija (LCH) je retka bolest još uvek nedovoljno razjašnjene etiologije koju karakteriše abnormalna monoklonska proliferacija CD1a+/CD207+ mijeloidnih dendritskih ćelija (Langerhansove ćelije) u različitim organima, uključujući kosti, kožu, limfne čvorove, jetru, pluća, koštanu srž i centralni nervni sistem (CNS). Plućna histiocitoza Langerhansovih ćelija (PLCH) se može javiti kao izolovano oboljenje, ili pluća mogu biti zahvaćena u okviru multisistemske bolesti. U radu su prikazani slučajevi dva pacijenta sa multisistemskom LCH, uz dominantno zahvatanje pluća. Kod prvog bolesnika bolest je u terminalnom stadijumu, sa hroničnom respiratornom insuficijencijom koja zahteva dugotrajnu oksigenoterapiju u kućnim uslovima, i sa evidentnim razvojem teške plućne hipertenzije, te se kao jedini potencijalno efikasni terapijski postupak može razmatrati transplantacija pluća. Drugi bolesnik je u početnim stadijuma bolesti, sa još uvek zadovoljavajućom plućnom funkcijom, zbog čega se kod njega može razmatrati upotreba novih, tzv. target lekova u cilju sprečavanja progresije bolesti. Zbog svega navedenog, kod obolelih je neophodno od trenutka postavljanja dijagnoze dosledno primenjivati sve raspoložive farmakološke metode, adekvatno palijativno zbrinjavanje i individualno prilagođenu zdravstvenu negu, jer se samo na taj način može osigurati prihvatljiv nivo kvaliteta života ovih bolesnika.

KLJUČNE REČI: histiocitoza Langerhansovih ćelija, LCH, pluća, lečenje, zdravstvena nega

ABSTRACT

Langerhans cell histiocytosis (LCH) is a rare disease of unknown aetiology characterized by abnormal monoclonal proliferation of CD1a+/CD207+ myeloid dendritic cells (Langerhans cells) in various organs, including bones, skin, lymph nodes, liver, lungs, central nervous system (CNS). Pulmonary Langerhans cell histiocytosis (PLCH) may occur as single-system disease or the lungs may be affected within a multisystemic disease. This paper presents cases of two patients with multisystemic LCH, with predominant lung involvement. In the first patient, the disease is in the terminal stage, with chronic respiratory failure requiring long-term oxygen therapy at home and development of severe pulmonary hypertension, so the lung transplantation may be considered as the only potentially effective therapeutic procedure at this moment. The second patient is in the initial stage of the disease, with satisfactory pulmonary function for now, so it could be considered to use some new targeted therapy to prevent the progression of the disease. Thus, it is essential to consistently apply, as soon as possible, all available pharmacological treatments, as well as adequate palliative and health care, to ensure a decent quality of life for these patients.

KEYWORDS: Langerhans cell histiocytosis, LCH, lung, treatment, health care.

UVOD

Histiocitoza Langerhansovih ćelija (LCH) je retka bolest još uvek nedovoljno razjašnjene etiologije koju karakteriše abnormalna monoklonska proliferacija CD1a+/ CD207+ mijeloidnih dendritskih ćelija (Langerhansove ćelije). Ranije se ova bolest smatrala reaktivnom klonskom proliferacijom Langerhansovih ćelija, ali je poslednjih godina definisana kao neoplazma mijeloidnog porekla (pre svega zbog otkrića BRAF V600E mutacije kod obolelih), sa značajnom upalnom komponentom koja uzrokuje neke od akutnih i hroničnih manifestacija ove bolesti [1]. Ova evolucija od inflamatornog/imunološkog poremećaja do neoplazije, otvorila je mogućnost i za razvoj ciljne, tzv. target terapije za ovu bolest.

Patomorfološki supstrat ovog oboljenja su granulomi sastavljeni od Langerhansovih ćelija i infiltrata zapaljenskih ćelija (eozinofili, limfociti, neutrofili, histiociti) koji mogu biti prisutni u gotovo svakom organu, ali najčešće su zahvaćene kosti, koža, limfni čvorovi, jetra, pluća, koštana srž i CNS (hipofiza) [2]. U zavisnosti od proširenosti bolesti, možemo govoriti o jednosistemskoj LCH (SS-LCH; zahvatanje jednog organa ili sistema), lii multisistemskoj LCH (MS-LCH; zahvatanje 2 ili više organskih sistema). Pacijenti sa SS-LCH i zahvatanjem skeleta, kože ili limfnih čvorova imaju odličnu prognozu i zahtevaju minimalno, ili ponekad čak i nikakvo lečenje. Klinički ishodi MS-LCH su nepredvidivi, krećući se u rasponu od spontane rezolucije do fulminantne progresije i fatalnog ishoda. Deca sa zahvaćenošću jetre, slezine ili koštane srži su sa najvećim rizikom od smrtnog ishoda zbog LCH [3].

Bolest se javlja u svim starosnim grupama, od neonatalnog perioda do odrasle dobi, mada se čini da je češća kod dece uzrasta 0-15 godina (prosečno oko 4 slučaja na milion stanovnika), sa odnosom muškog i ženskog pola od 1,2: 1,59 [4]. Procenjena incidencija među odraslima je 1 do 2 slučaja na million stanovnika [2], a u toj populaciji se bolest javlja češće kod muškaraca (odnos mušog i ženskog pola je 2:1), i to obično u starosnoj dobi od 20 do 40 godina; najčešće su zahvaćena pluća (bilo kao SS-LCH ili MS-LCH), i u preko 90% slučajeva u pitanju su aktivni ili bivši pušači. Kao dodatni mogući faktori rizika se navode: porodična predispozicija, rasa (veća učestalost kod Latinoamerikanca i niža incidencija kod Afroamerikanaca), povezanost sa infekcijama majke i novorođenčadi, nevakcinisanje u detinjstvu, porodična anamneza oboljenja štitaste žlezde, in vitro oplodnja i lošiji socioekonomski uslovi života [1].

Kliničke prezentacije bolesti zavise od zahvaćenog organa. Kod preko 80% pacijenata zahvaćene su kosti, i to najčešće kosti lobanje, femur, mandibula i kosti karlice, sa kliničkim prezentacijama u vidu bola u kostima ili lokalnog tumefakta [4]. Najčešće forme kožnih lezija su seboroični ekcem kod novorođenčadi ili papule sa centralnom ulceracijom kod starije dece. Kao posledica zahvaćenosti hipotalamo-hipofizne osovine, vrlo često dolazi do destrukcije neurohipofize i nastanka insipidnog dijabetesa sa tipičnim kliničkim prezentacijama (poliurija, polidipsija). Kao posledica destukcije adenohipofize, može doći do deficita u lučenju hormona rasta, prolaktina, TSH, ACTH, LH i FSH i posledičnih endokrinih poremećaja. Zahvatanje sive ili bele mase mozga i kičmene moždine je retko. Zahvaćenost pluća je česta kod odraslih osoba i klinički se manifestuje se tahipnejom, dispnejom, suvim kašljem i bolom u grudima [5]. Kao posledica zahvaćenosti hematopoeznog sistema (kostna srž i slezina) nastaje pancitopenija i posledični anemijski sindrom, sklonost ka infekcijama i hemoragijski sindrom. Usled zahvaćenosti hepatobilijarnog sistema dolazi do uvećanja jetre i sklerozirajuće upale žučnih puteva.

Za dijagnozu bolesti su neophodni dobro uzeta anamneza, fizikalni nalaz, laboratorijska i funkcionalna ispitivanja, ali od najvećeg značaja su radiološke dijagnostičke metode (RTG, kompjuterizovana tomografija (CT), magnetna rezonanca) i patohistološka analiza materijala uzetog biopsijom organa u kom se nalaze granulomi (tzv. zlatni standard).

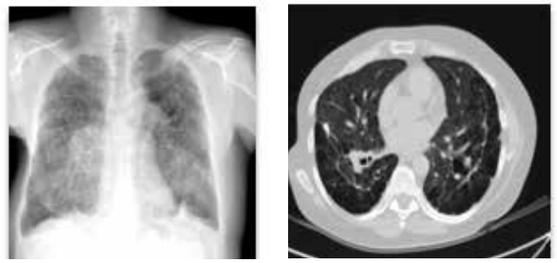
Još uvek ne postoje ujednačeni stavovi u pogledu terapije LCH, što je posledica nedovoljno razjašnjene etiologije i patogeneze bolesti. Pacijenti sa zahvaćenošću jednog organa obično zahtevaju samo lokalnu terapiju ili observaciju. Pacijenti sa izraženijom kliničkom formom bolesti koja zahvata više organa zahtevaju sistemsku terapiju koja se sprovodi na osnovu preporučenih terapijskih protokola (kortikosteroidi, metotreksat, kladribin, vinblastin, etopozid, bisfosfonati, prostaciklin i ostali lekovi). Kako kod jednog broja obolelih postoji pozitivna BRAF V600E mutacija, ciljna terapija BRAF inhibitorima je budućnost u lečenju ovih bolensika [6].

U radu su prikazana dva slučaja bolesnika sa multisistemskom formom LCH, ali sa dominantnom zahvaćenošću plućnog parenhima, s ciljem da se šira stručna javnost upozna sa ovom retkom bolešću u različitim fazama njenog razvoja, kao i sa potencijalnim terapijskim i palijativnim mogućnostima zbrinjavanja ovih bolensika.

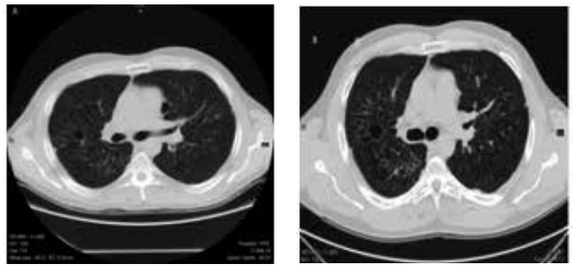
PRIKAZ SLUČAJEVA

Prvi pacijent je muškarac rođen 1976. godine kod koga je u 20-oj godini života postavljena dijagnoza multisistemske histiocitoze Langerhansovih ćelija nakon hirurški zbrinjavanih recidivantnih pneumotoraksa. Dijagnoza je postavljena patohistološkim pregledom materijala uzetog transbronhijalnom biopsijom pluća, a pored pluća, granulomi LC su patohistološki viđeni još u bioptatu tumefakta na koži poglavine, bez zahvatanja kostiju lobanje, i u podviličnoj pljuvačnoj žlezdi. Oboleli je i na supstitucionoj terapiji zbog centralnog diabetes insipidusa i primarnog hipotireoidizma, verovatno nastalih kao posledica osnovnog oboljenja. Pored zabrane pušenja (bio je aktivni pušač u vreme postavljanja dijagnoze), tokom dugogodišnjeg toka bolesti lečen je kortikosteroidima, interferonom alfa, te terapijskim protokolom koji čini kombinacija ciklofosfamid-vinkristin-prednisolona (CVP) i etopozida (osam ciklusa). CT nalazi pre i nakon primenjenog CVP-etopozid protokola su stacionarni i pokazuju postojanje brojnih tankozidnih cista sa potpunom destrukcijom plućnog parenhima (slika 1) i posledičnim kontinuiranim pogoršanjem plućne funkcije. S obzirom da se radi o pacijentu sa hroničnom respiratornom insuficijencijom koja zahteva dugotrajnu oksigenoterapiju u kućnim uslovima, progresivnim oštećenjem plućne funkcije i evidentnim razvojem teške plućne hipertenzije, u narednoj fazi lečenja može se razmatrati transplantacija pluća, kao jedini potencijalno efikasni terapijski postupak u završnim stadijumima PLCH.

Slika 1. Rentgenski (A) i CT snimak (B) iz avgusta 2019. godine (pacijent 1)



Slika 2. CT snimak iz marta 2017. godine (A) i avgusta 2019. godine (B) (pacijent 2)



Drugi pacijent je muškarac rođen 1981. godine kod koga je u 36-oj godini života postavljena dijagnoza multisistemske LCH, takođe nakon spontanog pneumotoraksa i urađene transbronhi-

Korespondent:
Jovan Javorac
Veselina Masleše 24/14, 21137, Novi Sad, Srbija
E-mail: javoracjovan@gmail.com
Telefon: +381 64 06 06 861

jalne biopsije posle toga. Pored pluća, radiološkim i funkcionalnim ispitivanjima dokazano je postojanje centralnog diabetes insipidusa, sekundarnog hipotireoidizma, hipogonadotropnog hipogonadizma i hipopituitarizma, nastalih kao poslodica granulomske destrukcije selarne regije i hipofize. Na CT snimku grudnog koša opisane su multiple tankozidne cistične promene sa zadebljanjem intesticijuma između njih (slika 2A), a nalaz je stacionaran i nakon dvogodišnje primene oralne kortikosteroidne terapije, uz savet za obavezan prestanak pušenja (slika 2B). Aktuelna ispitivanja plućne funkcije su zadovoljavajuća, tako da je pacijent trenutno jedino na supstitucionoj terapiji pratećih endokrinoloških poremećaja. Kao što se iz prethodno prikazanog slučaja može videti, ovaj pacijent je u riziku od daljeg pogoršanja plućne funkcije i kao takav predstavlja idealnog kandidata za uključivanje u neku od studija koje se aktuelno izvode u cilju ispitivanja novih terapijskih modaliteta, poput ciljne terapije sa BRAF ili MEK inhibitorima koji, prema rezultatima dosadašnjih istraživanja, predstavljaju budućnost lečenja ovog teškog oboljenja.

ZAKLJUČAK

Histiocitoza Langerhansovih ćelija je i dalje nedovoljno istražena bolest, kako u pogledu etiologije i patogeneze, tako i u pogledu lečenja. Pred zdravstvenim radnicima koji se susreću sa ovim bolesnicima nalazi se više izazova. Pre svega, s obzirom da se radi o izuzetno retkoj bolesti, obično je potreban dug vremenski period da bi se postavila dijagnoza. Tome naročito doprinosi činjenica da skoro bilo koji organ može biti zahvaćen, što jasno ukazuje na potrebu multidisciplinarnog pristupa u dijagnostici i angažovanje stručnjaka različitih kliničkih specijalnosti. Iako ponekad može imati i povoljan klinički tok, kod velikog broja obolelih LCH vremenom napreduje, dovodeći do progresivnog oštećenja funkcije organa koje zahvata. Komplikacije se pojavljuju kod 30-50% pacijenata, a najčešće su u pitanju poremećaji u koštano-zglobnom sistemu, oštećenje sluha, insipidni dijabetes, pojava ožiljaka na koži i različitih neuropsiholoških poremećaja i oštećenja (anksioznost, depresija, intelektualni i kognitivni deficit), što značajno smanjuje kvalitet života obolelih osoba [8]. Čini se ipak da zahvaćenost pluća dovodi do najveće onesposobljenosti pacijenta. U odsustvu adekvatne terapije, plućna histiocitoza Langerhansovih ćelija dovodi do teške respiratorne insuficijencije koja zahteva kontinuiranu kiseoničnu terapiju kod kuće, i tada transplantacija pluća preostaje jedini potencijalno efikasni vid lečenja. Zbog svega navedenog, neophodno je od trenutka postavljanja dijagnoze LCH dosledno primenjivati sve raspoložive farmakološke metode lečenja uz adekvatno palijativno zbrinjavanje obolelih, kao i holistički usmerenu i individualno prilagođenu zdravstvenu negu, jer se samo na taj način može osigurati prihvatljiv nivo kvaliteta života ovih bolesnika.

LITERATURA

1. *Monsereenusorn J, Rodriguez-Galindo C. Clinical characteristics and treatment of Langerhans cell histiocytosis. Hematol Oncol Clin N Am. 2015;29(5):853-873.*
2. *Allen C, Merad M, McClain K. Langerhans-cell histiocytosis. N Eng J Med. 2018;379(9):856-868.*
3. *Gadner H, Grois N, Pötschger U, Minkov M, Aricò M, Braier J, et al. Improved outcome in multisystem Langerhans cell histiocytosis is associated with therapy intensification. Blood. 2008;111:2556-62.*
4. *Windebank K, Nanduri V. Langerhans cell histiocytosis. Arch Dis Child. 2009;94(11):904-8.*
5. *Kilpatrick SE, Wenger DE, Gilchrist GS, Shives TC, Wollan PC, Unni KK. Langerhans' cell histiocytosis (histiocytosis X) of bone. A clinicopathologic analysis of 263 pediatric and adult cases. Cancer. 1995;76(12):2471–84.*
6. *Tazi A. Adult pulmonary Langerhans' cell histiocytosis. Eur Respir J. 2006;27(6):1272–85.*
7. *Berres ML, Lim KP, Peters T, Price J, Takizawa H, Salmon H, et al. BRAF-V600E expression in precursor versus differentiated dendritic cells defines clinically distinct LCH risk groups. J Exp Med. 2014;211(4):669–83.*
8. *Vrijmoet-Wiersma CM, Kooloos VM, Koopman HM, Kolk AM, van der Laan I, Grootenhuis MA, et al. Health-related quality of life, cognitive functioning and behaviour problems in children with Langerhans cell histiocytosis. Pediatr Blood Cancer. 2009;52(1):116-22.*

UČEŠĆE MEDICINSKE SESTRE SPECIJALISTE IZ OBLASTI JAVNOG ZDRAVLJA U PREVENCIJI PROFESIONALNIH BOLESTI I POVREDA NA RADU

Slavica Đorđević[1]

[1]Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola

APSTRAKT

Pitanja bezbednosti na radu i profesionalnih povreda i oboljenja predstavljaju ogroman problem, ne samo u našoj zemlji, već i u svetu, a kako se globalni problemi povreda na radu i profesionalnih oboljenja u zdravstvenom sistemu povećavaju, sa njima se povećavaju i problemi smanjenja kvaliteta rada usled profesionalnog oboljenja ili povrede nastale na radu kao i negativan uticaj pojave profesionalnog oboljenja u životu svakog pojedinca.

Rad medicinskih sestara je vrlo složen i sveobuhvatan unutar zdravstvenog sistema i kao takav suočen je sa različitim rizicima i sa njima povezanim posledicama za zdravlje. Prema statistici ministarstva rada u SAD svake godine preko 35.000 medicinskih sestara i negovateljica doživi lokomotorne povrede zbog kojih moraju da otvore bolovanje.

To ukazuje da visokoobrazovane medicinske sestre moraju da imaju adekvatan nivo znanja o faktorima rizika, merama prevencije, kao i bezbednosti na radu, tako i brige o sopstvenom zdravlju.

Prema istraživanjima Američkog udruženja medicinskih sestara (ANA), medicinske sestre koriste 30% više bolovanja nego drugi zdravstveni radnici, što govori o učestaloj izloženosti neželjenim opasnostima, stresu, štetnim materijama i prekomernim fizičkim naporima.

Neusklađenost između zahteva vezanih za posao i okoline, odnosno nemogućnosti da se tim zahtevima udovolji dovode do profesionalnog stresa. Profesionalni stres je pojava kojoj su često izloženi zdravstveni radnici. Sindrom sagorevanja "burn out" rezultat je trajne ili učestale emocionalne opterećenosti nastale usled intenzivne brige za druge i pružanja pomoći drugima.

KLJUČNE REČI: profesionalna oboljenja, bezbednost na radu, povreda na radu, edukacija, rizično ponašanje, neželjeni događaji.

ABSTRACT

Safety issues and occupational injuries and professional diseases or disorders - are enormous problems, not only in our country, but also in the world; and as the global problems of occupational injuries and professional diseases and disorders in the health providers system are increasing, with them increases the problems of decreasing quality of professional tasks due to occupational disease or injury occurred at work as well the negative impact of occupational disease occurrences in the life of every individual.

The work of nurses is very complex and comprehensive within the health system and as such is faced with various risks and related consequences for health. According to statistics Ministry of Labor in the United States each year more than 35,000 nurses and nurse experience locomotor injuries for which must open the sick leave.

This implies the need that the highly educated nurses must have an adequate level of knowledge about all risk factors, prevention measures and safety and care about their own health.

According to the research of the American Nurses Association (ANA), nurses use 30% more sick leave than other health care workers, according to the incidence of exposure to unwanted risk, stress, harmful substances and excessive physical effort. The mismatch between the requirements related to the job and the environment, or the inability to satisfy those demands lead to professional stress. Professional stress is a phenomenon which often exposed health care workers. burn out syndrome is the result of persistent or recurrent emotional burdens incurred due to the intense concern for others and help others.

KEY WORDS: occupational diseases, safety at work, injuries at work, education, risky behavior, unwanted events.

UVOD:

Rad medicinskih sestara je vrlo složen i sveobuhvatan unutar zdravstvenog sistema i kao takav suočen je sa različitim rizicima i sa njima povezanim posledicama za zdravlje. Osim adekvatnog nivoa znanja, neophodno je uticati na stavove medicinskih sestara, promenu njihovog ponašanja kako bi se to primenilo u praksi, profesionalno i lično. Kako je stanje zdravlja značajno za zdravstvene radnike, ne samo sa profesionalnog već i ličnog aspekta, mnogi svoja znanja iz ove oblasti inoviraju ne samo putem formalnog obrazovanja, već i primenom neformalnih oblika obrazovanja. Ova studija sagledava znanja i stavove medicinskih sestara o povredama na radu i profesionalnim oboljenjima.

Pitanja bezbednosti na radu i profesionalnih povreda i oboljenja predstavljaju ogromne probleme, ne samo u našoj zemlji,već i u svetu, a kako se globalni problemi povreda na radu i profesionalnih oboljenja u zdravstvenom sistemu povećavaju, sa njima se povećavaju i problemi smanjenja kvaliteta rada usled profesionalnog oboljenja ili povrede nastale na radu, kao i negativan uticaj pojave profesionalnog oboljenja u životu svakog pojedinca.

Korespondent:

Slavica Đorđević, dipl.med.sestra

Akademija strukovnih studija Beograd

Odsek Visoka zdravstvena škola

e-mail: slavica.djordjevic30@gmail.com

CILJ RADA:

Cilj rada je da se sagledaju razlike u nivoima znanja, stavovima i informisanosti zaposlenih medicinskih sestara (srednjeg, višeg i visokog obrazovanja), kao i samoprocena o značaju primene zaštitnih mera i obezbeđivanja bezbednih uslova rada u radnoj sredini, kao i da se utvrdi nivo znanja i stavova o pitanjima bezbednosti i profesionalnim povredama i oboljenjima usled neželjenih događaja koji se dešavaju na radnom mestu.

METOD RADA:

Istarživanje je sprovedeno u domu zdravlja "Dr M.Ivković, Palilula", toku decembra 2018. i januara 2019.godine. Korišćen je anketni upitnik sa 20 pitanja zatvorenog tipa. Ukupno je obuhvaćeno 64 ispitanika, medicinskih sestara-tehničara (MS) koje su raspoređene na punktovima/ambulantama(intervencije i previjališta) sa analizom mesta rada (centralna ambulanta ili punkt DZ), stručne spreme, radnog iskustva u službi, informisanosti o zdravstvenim rizicima na radnom mestu, stavovima o značaju prevencije povreda u vezi sa radom, kao i upoznatosti postojanja pisane procedure za primenu mera zaštite na radnom mestu. Anketnim upitnikom izvršena je samoprocena o postojanju stresa na random mestu, kao i da li imaju oboljenja vezana za posao i kolika je prisutno odustvovanja sa posla usled profesionalnih bolesti ili povrede u poslednjih godinu dana.

TEORIJSKI OKVIR:

Međunarodna organizacija rada (ILO) je proglasila 28.april za Svetski dan bezbednosti i zdravlja na radu, sa ciljem da se doprinese smanjenju broja smrtnih ishoda, a u vezi sa radom.
Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju RS(1) povredu na radu definiše kao povredu osiguranika koja se dogodila u prostornoj, vremenskoj i uzročnoj povezanosti sa obavljanjem posla, a profesionalne bolesti definišu se kao određene bolesti nastale u toku rada, prouzrokovane dužim neposrednim uticajem procesa i uslova rada na radnim mestima, odnosno poslovima koje je zaposleni obavljao.

Kao što je definisano od strane SZO "zdravlje na radu se bavi svim aspektima zdravlja i bezbednosti na random mestu i ima snažan fokus na primarnoj prevenciji opasnosti", a sve u cilju obavljanja svakodnevnih radnih zadataka sa što manjim posledicama na zdravlje radnika.

Posebno važan segmen je prepoznavanje rizika, procena i analiza mogućnosti za nastanak povrede na radu, kao i način za unađređenje kako bi se rizik eliminisao. Ukoliko se ipak utvrdi postojanje rizika koji bi i pored upotrebe zaštitne opreme i sprovođenja mera zaštite mogli dovesti do rizika po zdravlje, to radon mesto smatraće se radnim mestom sa povećanim rizikom, što se mora definisati i aktom o proceni rizika u samoj zdravstvenoj ustanovi (2).

Veoma je važno da medicinske sestre imaju razvijenu svest o značaju postojanja znanja u pogledu poštovanja procedura lične zaštite, kao i ličnu odgovornost prema sopstvenom zdravlju, a to je moguće pravilnom i kontinuiranom primenom zaštitne opreme. Posebnu pažnju treaba posvetiti motivisanju zaposlenih da prijave neželjenu (akcedentnu) situaciju.

Prema podacima Uprave za bezbednost i zdravlje na radu u RS je u 2018.godini bilo 10.404 povrede na radu, 3 profesionalna oboljenja, a 7 smrtnih ishoda usled povreda na radu. Prema podacima od toga je 788 teških povreda, kao i teške povrede (pri dolasku, odlasku sa posla) 522, a 9.087 lakih povreda na radu. Najveći broj povreda na radu zabeležen je u delatnostima prerađivačke industrije (27,17%), zdravstvene i socijalne zaštite (8,81%), trgovine na veliko i trgovine na malo, popravke motornih vozila i motocikala (8,68%) i saobraćaja i skladištenja (8,18%) (3).

U svetu postoji trend da se promocija i unapređenje zdravlja uvrsti u programe koji su osmišljeni tako da se ohrabri i pomogne u izgradnji zdravog oblika ponašanja na radnom mestu.

Sprovođenje medijskih kampanja sa posebnim naglaskom na sestrinstvo kao profesiju je veoma značajan segment rada koji ima za cilj informisanje i podizanja svesti svih činilaca sistema o njihovim zakonskim obavezama i značaju unapređenja stanja u oblasti bezbednosti i zaštite na random mestu. Bilo bi dobro raditi na kontinuiranom usavršavanje nastavnog osoblja u cilju obezbeđenja kvaliteta nastave kako bi se oblasti bezbednosti i zdravlja na radu uvrstila u sve nastavne programe na svim nivoima obrazovanja medicinskih sestara (4).

REZULTATI:

Anketom je utvrđeno da su ispitanici najvećim delom 46,7% sa radnim iskustvom od preko 20 godina staža, a 15,63% preko 50 godina starosti, što ukazuje na negativnu starosnu strukturu zaposlenih medicinskih sestra-tehničara (Tabela1).

Tabela 1.

Pol ispitanika	Muški	2	3,12%
	Ženski	62	93,88%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Godine života ispitivanog uzorka (MS)	20 do 29 godina starosti	12	18,75%
	30 do 39 godina starosti	18	28,12%
	40 do 49 godina starosti	24	37,5%
	Više od 50 godina starosti	10	15,63%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Mesto rada	Gradska ambulanta	18	2,12%
	Prigradska ambulanta	42	65,63%
	Seoska ambulanta	4	6,25%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Stručna sprema	Strukovna specijalizacija	4	6,25%
	Strukovne studije/viša škola	18	28,12%
	Srednja škola	42	65,62%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Radno iskustvo u službi	Do 5 godina radnog iskustva	4	6,25%
	6 do 10 godina radnog iskustva	8	12,5%
	11 do 20 godina radnog iskustva	22	34,38%
	Više od 20 godina radnog iskustva	30	46,7%
	Ukupno ispitanika	64	100%

Uglavnom su dosta dobro informisani o zdravstvenim rizicima na radnom mestu 75%, ali ipak postoji potreba za unapređenjem jer 15,63% nije dovoljno informisano o zdravstevnim rizicima na radnom mestu (Tabela 2).

Jednoglasno dele stav o značaju prevencije povreda u vezi sa radom 100%, većina 96,8% upoznati su sa postojanjem pisane procedure za primenu mera zaštite na radnom mestu. Većina 96,8% primenjuju mere zaštite na radnom mestu. Najvećim delom 71,8% smatra da zaštitna sredstva postoje(ali nisu u dovoljnoj meri dostupna na radnom mestu), dok 21,87% smatra da nisu dovoljno dostupna zaštitna sredstva što ukazuje da samo 6,45% smatra da su sredstva za zaštitna dostupna u potpunosti (Tabela 2).

Stavovi o potrebama sprovođenja periodičnih zdravstvenih pregleda su podeljeni, tako da 53,12% smatra da periodični pregled treba da se sprovoditi na 6 meseci, a 46,88% ispitanika smatra

Tabela 2.

Informisanost o zdravstvenim rizicima na radnom mestu	U potpunosti informisan/a	48	75%
	Delimično informisan/a	6	9,37%
	Nedovoljno informisan/a	10	15,63%
	Ukupno informisan/a	64	100%
Stav o značaju prevencije povreda u vezi sa radom	Izuzetno značajno	64	100%
	Značajno	0	0%
	Nije od značaja	0	0%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Upoznatost sa postojanjem pisane procedure za primenu mera zaštite na radnom mestu	Da, upoznata sam	62	96,88%
	Ne znam	2	3,12%
	Ne postoji	0	0%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Redovnost primene zaštitnih mera na radnom mestu	U potpunosti	62	96,88%
	U zavisnosti od situacije	2	3,12%
	Neredovno	0	0%
	Ukupno ispitanika	64	100%
Stav o dostupnosti sredstava na radnom mestu	Dostupna u potpunosti	4	6,45%
	Dostupna su, ali ne dovljno	46	71,88%
	Nisu dovoljno dostupna	14	21,87%
	Ukupno ispitanika	64	100%

da je dovoljno jednom godišnje. Najveći broj ispitanika 59,38% odgovorilo je da ne zna da li imaju oboljenje vezano za posao kojim se bave, dok je veliki broj njih 28.12% na osnovu samoprocene smatrao da postoje oboljenja koja imaju veze sa radom (Tabela 3).

Najveći deo ispitanika 68,75% smatra da je njihov posao izuzetno stresan. Mali broj ispitanika 9,38% je u poslednjih godinu dana odsustvovalo sa radnog mesta zbog profesionalne bolesti ili bolesti vezane sa radom (Tabela 3).

Najveći broj ispitanika 62,50% je u potpunosti upoznato sa procedurom prijave neželjenog (akcedentnog) događaja, ali 31,25% nije upoznato sa procedurom, kao i 6,25% tvrdi da ne zna odgovor govori da postoji potreba za unapređenjem u ovom segment (Tabela 3).

Više od pola ispitanika 53,12% daje podatak da je doživelo neželjeni događaj i pored mera zaštite na radu. Posebno je značajno da i dalje trećina ispitanika 31,25 % nikada ne prijavljuje neželjeni događaj (Tabela 3).

Najveći broj ispitanika 84,38% smatra da je najprikladniji način obuke zaposlenih za primenu zaštite na radu demonstracija mera uz postojanje pisane procedure o primeni, što se i u stručnoj

Tabela 3.

Tvrdnja	Odgovori			
	Da	Ne	Ne znam	Ukupno
Utvrđena oboljenja u vezi sa radom	18 28.12%	8 12.50%	38 59.38%	64 100.00%
Stav o prisustvu stresa na radnom mestu	44 68.75%	20 31.25%	0 0%	64 100.00%
Odsustovanje sa posla zbog bolesti/ povrede na radu u poslednjih godinu dana	6 9.38%	52 81.25%	6 9.38%	64 100.00%
Inofmisanost sa procedurom prijave neželjenog događaja za zdravlje na random mestu	40 62.50%	24 31.25%	0 6.25%	64 100.00%
Iskustvo (lično) rizičnog događaja za zdravlje na random mestu	34 53.12%	24 37.50%	6 9.38%	64 100.00%
Prijava neželjenog događaja za zdravlje na radnom mestu	40 62.50%	20 31.25%	4 6.25%	64 100.00%
Iskustvo u prihvatanju sugestija od značaja za bezbednost i zdravlje na radu od strane poslodavca	18 28.12%	30 46.88%	16 25.00%	64 100.00%
Stav o najprikladnijem načinu obuke za primenu mera zaštite na radu	10 15.62%	0 0%	54 84.38%	64 100.00%
Stepen satisfakcije brigom za zdravlje i bezbednost na radu od strane poslodavca	18 28.12%	8 12.50%	38 59.38%	64 100.00%

literaturi smatra kao najbolji način obuke. Najveći broj ispitanika 65,6% zadovoljan je merama koje poslodavac preduzima za bezbednost i zaštitu na radu, što ukazuje na visok stepen brige poslodavca za zdravlje zaposlenih u navedenom slučaju (Tabela 3), ali i postojanje suprotnosti u iskazanim stavovima u pogledu postojanja zaštitne opreme.

Analizirajući rezultate studije "Znanje, stavovi i percepcije profesionalnih opasnosti i bezbednosnih praksi kod nigerijskih zdravstvenih radnika"(5) autori su došli do zaključka da je visok nivo znanja koji su pokazali ispitanici u suprotnosti sa praksom.

Upoređujući rezultate iz navedene studiju sa rezultatima koji su prikazani u ovom radu uočava se da je zajedničko to da bez obzira na znanje medicinskih sestara i postojanje zaštitne opreme i dalje se dešavaju neželjene (akcedentne) situacije u visokom procentu, a kod nas se u visokom procentu i ne prijavljuje.

ZAKLJUČAK

Medicinske sestre kroz svoje obrazovanje dobijaju dovoljno informacija i stiču znanja o profesionalnim bolestima koje mogu da očekuju na radnom mestu. Istraživanje je pokazalo da ta znanja treba da se obnavljaju i nadograđuju, uz preporuku da to bude edukacija na samom radnom mestu, najbolje u vidu demonstracije bezbednosti na radu kao i prepoznavanja rizičnog ponašanja na radnom mestu.

Uloga strukovnih medicinskih sestara, posebno specijalista iz oblasti javnog zdravlja je da svoje znanje i iskustvo prenesu na kolege i da se poveća broj onih koji poštuju procedure u svakodnevnom radu.

Sagledavajući rezultate njihove samoprocene dolazi se do jasnih zaključaka da je neophodno da se i dalje radi na unapređenju u pogledu razvijanja svesti o odgovornom ponašanju prema sebi, ali razvijanja svesti kod poslodavca o potrebi za pojačanim merama zaštite i bezbednosti na radu.

Posebnu pažnju treba posvetiti razvijanju navike prijave akcedentne sistuacije, koja bi dovela do pravovremene aktivnosti i ublažavanja posledica nastalih nakon same povrede. Sve to će imati veliki pojedinačni značaj za zdravlje kako medicinskih sestara tako i ostalih zdravstvenih radnika.

LITERATURA

1. *https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_penzijskom_i_invalidskom_osiguranju.html*
2. *https://www.paragraf.rs/propisi/pravilnik_o_nacinu_i_postupku_procene_rizika_na_radnom_mestu_i_u_radnoj_okolini.html*
3. *https://www.minrzs.gov.rs/sr/dokumenti/izvestaji/uprava-za-bezbednost-i-zdravlje-na-radu/izvestaji-o-radu*
4. *http://www.batut.org.rs/*
5. *Knowledge, attitudes and perceptions of occupational hazards and safety practices in Nigerian healthcare workers"; https: //bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-016-1880-2; BMC Research Notes volume 9, Article number: 71 (2016)*

DOKUMENTOVANJE EKSTRAVAZACIJE CITOTOKSIČNIH AGENASA

DOCUMENTING OF EXTRAVASATION OF CYTOTOXIC AGENTS

Maja Savić[1], Sanja Stanisavljević[2], Dušanka Tadić[2]
[1]Vojnomedicinska akademija, Republika Srbija
[2]Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola, Republika Srbija

APSTRAKT
Kao potencijalna komplikacija sistemske primene citotoksičnih agenasa ekstravazacija zahteva posebnu pažnju svih zdravstvenih radnika uključenih u tretman onkoloških pacijenata. U svetlu činjenice da se u svetu, na dnevnom nivou, indikuje više od 100.000 doza hemioterapije i aplikuje više od 1.000.000 intravenskih infuzija citostatika, zabrinjava podatak da se u slučaju primene citostatika preko perifernih intravenskih kanila ekstravazacija registruje kod 0,5% do 6% onkoloških pacijenata, a preko centralnih venskih linija u 6% slučajeva. Svaka ekstravazacija rezultira oštećenjem tkiva, a u zavisnosti od vrste i osobine aplikovane supstance, može se ispoljiti u različitim formama, od kožne reakcije do tkivne nekroze. Potencirajući višestruki značaj dokumentovanja i prijave akcidenta, autori navode neophodne elemente i predlažu formu sestrinskog dokumentacionog lista u slučajevima ekstravazacije citostatika. Medicinska sestra mora dokumentovati sledeće podatke o akcidentu: ime i prezime pacijenta, datum rođenja, naziv klinike, primarnu onkološku dijagnozu, datum i vreme ekstravazacije, naziv citostatika, simptome i znake ekstravazacije i preduzete mere. Pravilno dokumentovanje i prijava akcidenta predstavljaju zakonsku obavezu zdravstvenih radnika, prvenstveno medicinskih sestara, proisteklu iz potrebe mapiranja faktora rizika za njegovu pojavu, procene poštovanja standardnih sestrinskih procedura u primeni citostatske terapije, praćenja toka zbrinjavanja nastale komplikacije, ishoda preduzetih mera, ali i unapređenja postojećih i razvijanja novih preventivnih strategija.
KLJUČNE REČI: ekstravazacija, citostatici, dokumentovanje, medicinske sestre

ABSTRACT
As a potential complication of a systemic administration of cytotoxic agents, extravasation requires particular caution of all health practitioners involved in treatments of oncological patients. In the light of the fact that more than 100.000 doses of chemotherapy are indicated worldwide and more than 1.000.000 intravenous infusion of cytostatic drugs are administered on daily bases, it is upsetting that in the case of cytostatic administration through peripheral intravenous cannulas extravasation occurs in 0,5 to 6% of oncological patients, while in the case of administration through central venous lines it occurs in 6% of the cases. Each extravasation results in tissue damage and depending on type and features of the administered substance can be manifested in different forms, from skin reaction to tissue necrosis. By highlighting the multiple significance of documenting and accident reporting, the authors state the necessary elements and propose the form of a nurse documenting list for the cases of extravasation of cytostatic agents. A nurse must document the following data on an accident: patient's name and surname, date of birth, name of the clinics, primary oncological diagnosis, date and time of extravasation, name of the cytotoxic drug, symptoms and signs of extravasation and the measures undertaken. The accurate documenting and reporting of accidents are legally binding for health practitioners, particularly nurses, as a result of the need to map the risk factors of their occurrence, to assess compliance of the standard nursing procedures in administration of cytostatic therapy, to follow up the course of the management of complications, outcomes and the undertaken measures but also to improve the existing and develop new preventive strategies.
KEY WORDS: extravasation, cytostatics, documenting, nurses

UVOD

Ekstravazacija predstavlja proces tokom kojeg se potencijalno štetna supstanca (tečnost, lek) nasumično i nenamerno aplikuje u okolno tkivo [1,2]. Ako se ograničimo na onkološku terapiju, ekstravazacija se definiše kao slučajno, najčešće perivaskularno (paravensko) isticanje cistostatika u tkivo koji okružuje krvni sud (uglavnom potkožno tkivo) [1,3,4]. Svaka ekstravazacija rezultira oštećenjem tkiva, a u zavisnosti od vrste i osobine aplikovane supstance, stepen oštećenja tkiva kreće se od vrlo blage kožne reakcije do veoma ozbiljnog oštećenja tkiva (nekroza) [1,2], pri čemu se simptomi ne moraju ispoljiti odmah, već i nakon nekoliko dana ili nedelja od akcidenta [1,4]. Iz tog razloga, ova komplikacija zahteva posebnu pažnju svih zdravstvenih radnika uključenih u zbrinjavanje onkoloških pacijenata, a najznačajnije su intervencije koje preduzimaju medicinske sestre poput prevencije, prepoznavanja, tretmana i dokumentovanja ekstravazacije citotoksičnih agenasa [1-11].

Svakog dana u svetu se indikuje više od 100.000 doza hemioterapije i aplikuje više od 1.000.000 intravenskih infuzija citostatika [1,3]. Esktravazacija citostatika nije retka komplikacija. Podaci o prevalenciji ekstravazacije prilikom aplikacije hemioterapije

Korespondent:
Jovan Javorac
Veselina Masleše 24/14, 21137, Novi Sad, Srbija
E-mail: javoracjovan@gmail.com
Telefon: +381 64 06 06 861

preko periferne intravenske kanile ukazuju na činjenicu da se ona javlja kod 0,5% do 6% onkoloških pacijenata koji imaju neželjene događaje u vezi sa tretmanom, a procenjuje se da taj procenat, prilikom aplikacije preko centralnih venskih linija, iznosi 6%. [1,3,4]. Petogodišnje istraživanje (2007-2012) o incidenciji ekstravazacije citostatika sprovedeno u Dnevnoj bolnici za hemioterapiju u okviru Čiba univerzitetske bolnice u Japanu, pokazalo je da je, tokom ispitivanog perioda, od 43.557 pacijenata koji su primali hemioterapiju, kod svega 35 (0,08%) dijagnostikovana ova neželjena reakcija [5]. Isto istraživanje navodi smanjenje incidencije ove komplikacije sa 0,11% 2007. godine na 0,01% 2012. godine [5]. Za sada u Srbiji nema zvaničnih statističkih podataka o broju ekstravazacijskih akcidenata uzrokovanih citotoksičnim agensima.

FAKTORI RIZIKA ZA EKSTRAVAZACIJU CITOSTATIKA

Faktore rizika za ekstravazaciju citostatika možemo podeliti u četiri grupe:

1) Endogeni faktori – tanke, fragilne, sklerotične vene pacijenta, limfedem, opstrukcije venae cavae, pojedine bolesti ili stanja koja dovode do smanjene osetljivosti na dodir/bol (diabetes mellitus, ozračena regija, pareza), Syndroma Raynaud [1,2,5,7,10], poremećaji hemostaze [2,7,10];
2) Egzogeni faktori – neadekvatan izbor vrste i promera kanile [7,8,10], plasiranje kanile na nepogodno mesto [1,7,8,10], aplikacija medikamenta pod velikim pritiskom [1,7], neadekvatna zaštita i fiksacija kanile, nepravilno plasiran intravaskularni kateter/port-a-cath, kao i njihovo oštećenje [2];
3) Faktori koji onemogućavaju rano prepoznavanje simptoma ekstravazacije – otežana komunikacija i/ili nemogućnost pacijenta da prijavi osoblju bilo kakvu nelagodnost (konfuznost, sedacija, pacijenti sa oštećenim vidom/sluhom), poremećaji senzibiliteta [1,2,5,7,8];
4) Karakteristike samog citostatika – prema EONS vodiču za ekstravazaciju citostatika u odnosu na potencijal oštećenja tkiva koje izazivaju u slučaju ekstravazacije, citotoksični agensi se mogu podeliti u tri grupe: nevezikanti, iritanti i vezikanti (Tabela 1) [1,3,4,7]; dok nešto novija podela ustaljena u Velikoj Britaniji svrstava citotoksične agense u sledećih pet kategorija (Tabela 2) [6]:

- neutralni agensi – u slučaju ekstravazacije ne izazivaju inflamatornu reakciju niti oštećenje tkiva [6];
- inflamatorni agensi – inflamacija tkiva praćena je osećajem povremenog i intenzivnog peckanja [4,6];
- iritanti – lokalno izazivaju osećaj nelagodnosti, bola, toplote i „žarenja“ zahvaćene regije. Prisutni su eritem i hiperpigmentacija. Koža postaje sjajna i tvrda, ili izrazito mekana na dodir [6]. Generalno, ovi medikamenti nemaju visok potencijal za nekrozu tkiva [4];
- eksfolijanti – dovode do inflamacije i deskvamacije kože [6], uz manju mogućnost za pojavu nekroze tkiva od vezikanata [4];
- vezikanti – imaju korozivni efekat prouzrokujući pojavu bula i nekrozu tkiva [4].

SIMPTOMI I ZNACI EKSTRAVAZACIJE CITOTOKSIČNIH AGENASA

Rano prepoznavanje i pravovremeno reagovanje zdravstvenih radnika u slučaju ekstravazacije citostatika od izuzetne je važnosti u tretmanu pacijenata sa aplikovanom hemioterapijom [1,6]. Najčešći simptomi na koje se pacijenti žale tokom aplikovanja su: bol, crvenilo, osećaj oticanja, peckanja i „žarenja“ kože, kao i neodređena nelagodnost, pri čemu nijedan od ovih simptoma nije siguran pokazatelj ekstravazacije medikamenta [1,6,7,9].

U sigurne rane znake ekstravazacije ubrajaju se edem i eritem zahvaćene regije, dok se kasnije mogu uočiti inflamacija, induracija i pojava bula [1,3,6,9-11]. Povećan otpor prilikom propiranja kanile, usporen ili zaustavljen tok infuzionog rastvora i nemogućnost aspiracije krvi iz kanile, zahtevaju dodatan oprez i intenzivnije praćenje pacijenta [6,9-11].

INICIJALNI TRETMAN PACIJENTA U SLUČAJU EKSTRAVAZACIJE CITOTOKSIČNIH AGENASA

Nakon dijagnostikovanja ekstravazacije sprovode se mere koje zavise od vrste citostatika i količine paravenski aplikovanog medikamenta, čijoj realizaciji medicinska sestra pristupa u dogovoru sa lekarom [3]. Sve sprovedene procedure moraju biti evidentirane u medicinsku dokumentaciju [12].

Inicijalno zbrinjavanje ekstravazacije citostatika podrazumeva [1-4]:

1) Zaustaviti aplikovanje leka (ne deplasirati kanilu);
2) Diskonektovati sistem za infuziju od kanile;
3) Brizgalicom od 10 ml pokušati sa aspiracijom što je moguće više citostatika [12];
4) Ukoliko je moguće, primeniti metodu istiskivanja citostatika iz zahvaćenog tkiva (optimalno unutar 6 sati od akcidenta, a najkasnije 24 sata nakon ekstravazacije, uz inciziju i ispiranje zahvaćene regije rastvorima sol. 0,9% NaCl ili sol. Hartman, pri čemu je neophodno izbegavanje direktnog pritiska na zahvaćenu regiju);
5) Označiti zahvaćenu regiju i po mogućnosti je fotografisati;
6) Uzeti odgovarajući set za paravansku aplikaciju citostatika (sterilne rukavice, špricevi, igle, sterilni tupferi i gaze, markeri, tople/hladne obloge, dezinfikaciono sredstvo, sterilna aqua destilata, antidoti i uputstvo za upotrebu, dokumentacioni list) i obavestiti lekara;
7) Po nalogu lekara deplasirati kanilu;
8) Elevirati ekstremitet i po nalogu lekara dati analgetike [1,3,4,10].

Osim neposredno preduzetih mera nakon ekstravazacije, koje su dovoljne u slučaju ekstravazacije nevezikanata [1,3,4,10], u praksi se sprovode i specifične mere kao što su primena antidota [1-4,7,8,10,11], druge medikamentozne terapije i eventualna hirurška obrada rane [3,9,11].

U slučaju ekstravazacije vezikanata, u zavisnosti od njihovog apoptoznog mehanizma, primenjuje se jedan od sledeća dva postupka [1-4,7,9,10]:

1) lokalizacija (stavljanje hladnih obloga radi sprečavanja širenja medikamenta i to četiri puta dnevno po 20 minuta, jedan do dva dana) [1,3] i neutralizacija (aplikacija specifičnog antidota) [1,4,10];
2) disperzija (stavljanje toplih obloga na zahvaćenu regiju i to četiri puta dnevno po 20 minuta, jedan do dva dana)[1,3] i dilucija (supkutana aplikacija hijaluronidaze sa ciljem razblaživanja citostatika) [1,4,9,10].

Strategija lokalizacije primenjuje se u slučaju paravenske aplikacije vezikanata koji se vezuju za DNK ćelije (Tabela 1). Ovi citostici, nakon što ih kancerogena ćelija apsorbuje, brzo ulaze u jedro i vezujući se za DNK ubrzavaju apoptozu, a kako se nastavlja njihova apsorpcija, prodiru i u okolne, nekancerogene ćelije dovodeći do njihove destrukcije. Stoga je svrha stavljanja hladnih obloga ograničavanje i sprečavanje širenja medikamenta, što je zasnovano na principu vazokonstrikcije. [1,2,4].

Strategija disperzije primenjuje se u slučaju paravenske aplikacije vezikanata koji se ne vezuju za DNK ćelije (Tabela 1). Ovi citostatici izazivaju smrt ćelije ne vezujući se za njenu DNK, već

rastvaranjem u liposolubilnim delovima tkiva, pa je cilj njihove neutralizacije ubrzana resorpcija, što se postiže lokalnom dilatacijom krvnih sudova stavljanjem toplih obloga [1-4].

Osim obezbeđivanja i poznavanja specifičnosti čuvanja i načina davanja antidota, medicinska sestra je dužna da u dokumentaciju obavezno zabeleži: koji antidot je aplikovan, način aplikacije, datum, vreme i ime i prezime lekara koji je ordinirao antidote. Za sada su u praksi dostupni sledeći antidoti [1,3,4,7,8,10,11]:

1) Dexrazoxane: Jedini je registrovani antidot za antracikline. Tretman deksrazoksanom započinje se najkasnije 6 sati nakon akcidenta. Petnaest minuta pre započinjanja tretmana medicinska sestra skida hladne obloge i deksrazoksan razblažuje sa 25 ml sterilne aque destilate [1,3]. Aplikuje se u vidu intravenske infuzije (uvek suprotna ruka od akcidenta) [3], 3 dana za redom [1,3,4]. Hematološka toksičnost, porast transaminaza, mučnina i bol na mestu aplikacije su najčešći neželjeni efekti [4].

2) Dimethylsulfoxide (DMSO 99%): Nakon markiranja zahvaćene regije, medicinska sestra na istu nanosi DMSO, dva puta dnevno, u tankom sloju. Nakon sušenja (10-25 minuta) postavlja se neokluzivni flaster/gaza [1,3]. Tretman traje 14 dana [4].

3) Natrijum-tiosulfat: Aplikuje su u vidu supkutane injekcije, neposredno nakon akcidenta. Rastvor se pravi tako što se 4 ml natrijum-tiosulafata razblaži sa 6 ml sterilne aque destilate [7].

4) Hijaluronidaza: Preparat se priprema tako što se 150-1500 IJ hijaluronidaze razblaži sa 1 ml sterilne aque destilate i aplikuje supkutano ili intradermalno, u zahvaćenu regiju i to u pet doza od po 0,2 ml [3].

5) Kortikosteroidi: Iako su u širokoj upotrebi u praksi, njihova primena nakon ekstravazacije citostatika se ne preporučuje [4,7,8,10].

Prevencijom i adekvatnim tretmanom zahvaćene regije, može se limitirati potreba za hirurškom obradom rane. Ipak, u slučaju težeg oštećenja tkiva neophodno je hiruško lečenje čiji je cilj uklanjanje oštećenog tkiva i sledstveno tome, prevencija progresije oštećenja tkiva, redukcija bola i povratak funkcije oštećene regije (u što većoj meri) [3,9,11].

ZNAČAJ I ZAKONSKA OSNOVA UVOĐENJA SESTRINSKOG DOKUMENTACIONOG LISTA ZA SLUČAJ NASTANKA EKSTRAVAZACIJSKOG AKCIDENTA

Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva [13] propisuje da su "zdravstvene ustanove, privatna praksa i druga pravna lica dužni su da vode zdravstvenu dokumentaciju i evidencije, na način, po postupku i u rokovima utvrđenim ovim zakonom". Vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencija, sastavljanje i dostavljanje propisanih izveštaja sastavni je deo stručno-medicinskog rada zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika.

Pravilnikom o načinu prijavljivanja, prikupljanja i praćenja neželjenih reakcija na lekove [14] preciziran je postupak u slučaju pojave neželjenog događaja.

Prepoznajući značaj evidentiranja ekstravazacijskih akcidenata, u Evropi je još 2003. godine, na inicijativu onkološkog tima Klinike za onkologiju u Beču, kreiran dokumentacioni list [1], a njegova poslednja dostupna verzija, koja je zapravo revizija i dopuna svih prethodnih, objavljena je od strane onkoloških stručnjaka u Zapadnom Midlendu u Engleskoj 2017. godine [3].

S obzirom da u Republici Srbiji još uvek ne postoji standardizovani dokumentacioni list za evidentiranje i praćenje posledica ekstravazacije citotoksičnih agenasa, autori predlažu formu sestrinskog dokumentacionog lista (Prilozi – Obrazac 1 i Obrazac 2), konstruisanu na osnovu dostupnih izvora iz strane literature i zakonskih okvira RS u ovoj oblasti, koja može doprineti unapređenju sestrinske prakse u oblasti onkologije, što će u narednom periodu biti predmet našeg istraživanja.

Dokumentovanje i prijavljivanje svakog slučaja ekstravazacije citotoksičnih agenasa značajno je iz sledećih razloga:

1) Pružaju se precizne informacije o akcidentu, značajne za dalji tretman i lečenje bolesnika;

2) Proverava se i osigurava primena postojećih standardnih procedura u postupku pojave navedenog akcidenta i time vrši provera kvaliteta sestrinskog rada;

3) Vrši se dopuna i korekcija postojećih standarda sestrinskih intervencija i njihovo usklađivanje sa savremenim medicinskim saznanjima i postojećim resursima [1-4].

ZAKLJUČAK

Iako se u većini situacija ekstravazacija prevenira poštovanjem standardizovanih postupaka administracije medikamenata, u slučajevima pojave navedenog akcidenta, pravilno dokumentovanje i prijava predstavljaju zakonsku obavezu zdravstvenih radnika, a posebno medicinskih sestara, proisteklu iz potrebe mapiranja faktora rizika za njegovu pojavu, procene poštovanja standardnih sestrinskih procedura u primeni citostatske terapije, praćenja toka zbrinjavanja nastale komplikacije, ishoda preduzetih mera, ali i unapređenja postojećih i razvijanja novih preventivnih strategija. Treba istaći neophodnost kreiranja, a potom i povremenih revizija dokumentacionog lista, u cilju evaluacije, inoviranja i korekcija standardizovane sestrinske dokumentacije.

LITERATURA

1. *European Oncology Nursing Society (EONS). Extravasation Guidelines 2007. EONS, Brussels, Belgium. Available from: https://www.slideshare.net/maur_jmp/eons-clinical-guidelinessection6en (01.06.2019).*
2. *Rubach M. Management of extravasation of antineoplastic agents. Oncology in Clinical Practice. 2018; 14(1): 15-22.*
3. *West Midlands Expert Advisory Group for Systemic Anti-Cancer Therapy (SACT). Guidelines of Management of Extravasation of a Systemic Anti-Cancer Therapy including Cytotoxic Agents, 2017. Available from: https://www.england.nhs.uk/mids-east/wpcontent/uploads/sites/7/2018/04/ management-extravasation-of-a-systemic-anti-cancer-therapy-including-cytotoxic-agents.pdf (24.08.2019).*
4. *WOSCAN Cancer Nursing and Pharmacy Group. Chemotherapy extravasation guideline. 2009. Available from: https://www.beatson.scot.nhs.uk/content/mediaassets/doc/Extravasation%20guidance.pdf (25.08.2019).*
5. *Sakaida E, Sekine I, Iwasawa S, Kurimoto R, Uehara T, Ooka Y et al. Incidence, Risk Factors and Treatment Outcomes of Extravasation of Cytotoxic Agents in an Outpatient Chemotherapy Clinic. Jpn J Clin Oncol. 2014; 44(2):168-71. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302758 (01.06.2019).*
6. *Mayor S editor. Recognising and reducing the risk of chemotherapy extravasation. CancerWorld. 2015: 47-52. Available from: https://cancerworld.net/wp-content/uploads/2016/12/7823_pagina_47_52_eGranround.pdf (01.06.2019).*
7. *Fidalgo P, Fabregat G, Cervantes A, Margulies A, Vidall C, Roila F. Management of chemotherapy extravasation: ESMO clinical practice guidelines. Ann Oncol 2012; 23 Suppl 7: vii167-vii173. Available from: https://www.esmo.org/Guidelines/Supportive-and-Palliative-Care/Management-of-Chemotherapy-Extravasation (02.06.2019).*
8. *Pikó B, Laczó I, Szatmári K, Bassam A, Szabó Z, Ócsai H, Csotye J. Overview of extravasation management and possibilities for risk reduction based on literature data. J Nurs Educ Pract. 2013; 3 (9): 93-105. Available from: www.sciedu.ca/jnep doi: https://doi.org/10.5430/jnep.v3n9p93. (02.06.2019).*
9. *Coyle CE, Griffie J, Czaplewski LM. Eliminating extravasation events: a multidisciplinary approach. J Infus Nurs. 2014; 37:157-164. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24694509 (05.10.2019).*
10. *Schulmeister L. Extravasation Management: Clinical Update. Semin Oncol Nurs. 2011; 27 (1): 82-90. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21255716 (05.10.2019).*
11. *Jagdeep T, Chauhan CG, Vijay D, Dayal C, Thakur A. Extravasational side effects of cytotoxic drugs: A preventable catastrophe. Indian J Plast Surg. 2008; 41(2): 145–150. Available from: http://www.bioline.org.br/pdf?pl08039 (16.11.2019).*
12. *Haseler L, Sibbitt R, Sibbitt W, Michael A, Gasparovic C, Bankhurst A. Syringe and Needle Size, Syringe Type, Vacuum Generation, and Needle Control in Aspiartion Procedures. Cardiovasc Intervent Radiol. 2011; 34(3): 590-600. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21057795/ (31.05.2020).*
13. *Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva ("Sl. glasnik RS", br. 123/2014, 106/2015, 105/2017 i 25/2019 - dr. zakon), pristupljeno 31.12.2019.*
14. *Pravilnik o načinu prijavljivanja, prikupljanja i praćenja neželjenih reakcija na lekove ("Sl. glasnik RS", br. 64/2011, 75/2017 i 82/2017 - ispr.) pristupljeno 31.12.2019.*

PRILOZI

Tabela 1: Podela antineoplastičnih lekova prema posledicama koje izazivaju u slučaju ekstravazacije

Vezikanti	Iritanti	Nevezikanti
Vezuju se za DNK ćelije	Karmustin	Asparaginaza
Mehloretamin	Ciklofosfamid	Bleomicin
Daunorubicin	Dakarbazin	Bortezomib
Doksorubicin	Etopozid	Kladribin
Epirubicin	Fluorouracil	Citarabin
Idarubicin	Ifosfamid	Etopozid – fosfat
Daktinomicin	Melfalan	Gemcitabin
Mitomicin C	Mitoksantron	Interferoni
	Streptozocin	Metotreksat
Ne vezuju se za DNK ćelije		
Vinblastin	Potencijalni iritanti	
Vinkristin	Karboplatin	
Vindesin	Cisplatin	
Vinorelbin	Oksaliplatin	
	Paklitaksel	
	Topotekan	

Tabela 2: Podela antineoplastičnih lekova prema posledicama koje izazivaju u slučaju ekstravazacije ustaljena u Velikoj Britaniji

Neutralni agensi	Inflamatorni agensi	Iritanti	Eksfolijanti	Vezikanti
Asparaginaza	Etopozid fosfat	Karboplatin	Aklarubicin	Amsakrin
Bleomicin	Fluorouracil	Etopozid	Cisplatin	Karmustin
Kladribin	Metotreksat	Irinotekan	Daunorubicin-lipozomal	Dakarbazin
Ciklofosfamid	Raltitreksed	Tenipozid	Docetaksel	Daktinomicin
Citarabin			Doksorubicin-lipozomal	Daunorubicin
Fludarabin			Floksuridin	Doksorubicin
Gemcitabin			Mitoksantron	Oksaliplatin
Ifosfamid			Topotekan	Epirubicin
Melfalan				Idarubicin
Pentostatin				Mitomicin C
Rituximab				Mustin
Tiotepa				Paklitaksel
Beta-Interferon				Streptozocin
Interleukin-2				Treosulfan
Trastuzumab				Vinblastin
Bortezomib				Vinkristin
				Vinorelbin

Izvor: Vidall C, The European School of Oncology e-grandroun

Obrazac 1: Predlog sestrinskog dokumentacionog lista za evidenciju ekstravazacije citotoksičnih agenasa (1)

EVIDENCIJA EKSTRAVAZACIJE CITOTOKSIČNIH AGENASA (1)

Naziv zdravstvene ustanove _____ Ime i prezime pacijenta _____ JMBG _____

Klinika - odeljenje _____ ID broj _____

Dijagnoza: _____
Datum i vreme prepoznavanja ekstravazacije: _____
Citostatik: _____

Citostatik aplikovala: _____
Ekstravazaciju prepoznala: _____

Način aplikacije citostaika:
- ☐ i.v.-bolus
- ☐ i.v.-infuzija
- ☐ i.v.-infuziona pumpa
- ☐ Ostalo _____

Podaci o i.v. kanili:
- ☐ periferna i.v. kanila (_____ G)
- ☐ CVK (_____)
- ☐ Port-a-cath sistem
- ☐ Hickman kateter
- ☐ Ostalo _____

Ekstravazacija prepoznata:
- ☐ tokom aplikacije citostatika
- ☐ neposredno nakon aplikacije citostatika
- ☐ _____ sati nakon aplikacije citostatika
- ☐ _____ dana nakon aplikacije citostatika

Lokalizacija ekstravazacije:
- ☐ leva ruka
  - ☐ unutrašnja strana podlaktice
  - ☐ spoljašnja strana podlaktice
  - ☐ šaka (dorzalna strana)
  - ☐ ručni zglob
  - ☐ antekubitalna regija
- ☐ desna ruka
- ☐ medijastinum
- ☐ vrat
- ☐ ingvinalna regija
- ☐ ostalo _____

Procena količine ekstravazata citostatika: _____ ml
Procena površine zahvaćene regije: _____ cm^2

Simptomi/znaci nakon ekstravazacije:
- ☐ bol
- ☐ otok
- ☐ crvenilo
- ☐ svrab
- ☐ ulceracija
- ☐ nekroza
- ☐ ostalo _____
- ☐ žarenje i peckanje kože
- ☐ hiperpigmentacija kože
- ☐ tvrdoća kože
- ☐ mekoća kože
- ☐ infekcija
- ☐ otežana pokretljivost _____

Obrazac 2: Predlog sestrinskog dokumentacionog lista za evidenciju ekstravazacije citotoksičnih agenasa (2)

EVIDENCIJA EKSTRAVAZACIJE CITOTOKSIČNIH AGENASA (2)

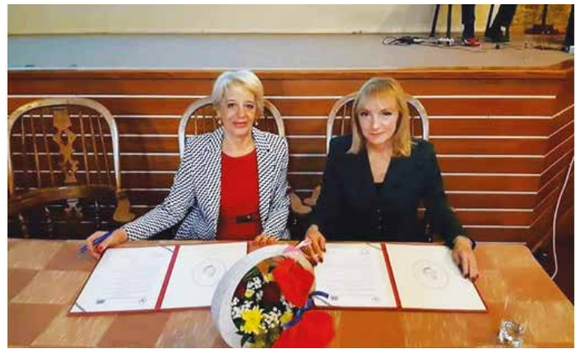
Datum	Dan 1	Dan 2	Dan 3	Dan 4	Dan 5	Dan 6	Dan 7
Neposredno preduzete mere							
1. aspiracija (ml)							
2. elevacija ekstremiteta							
3. obloge - tople							
4. obloge - hladne							
5. istiskivanje citostatika (ml)							
6. _____							
7. _____							
Hirurška obrada rane							
8. previjanje (opis)							
9. ekscizija							
10. transplantacija kože							
Medikamentozna terapija							
11. Analgetici							
a) _____							
b) _____							
c) _____							
12. Antibiotici							
a) _____							
b) _____							
c) _____							
d) _____							
13. Antidot							
a) Dexrazoxane							
b) DMSO							
c) Na-tiosulfat							
d) Hijaluronidaza							
e) Kortikosteroidi							
14. Ostalo							
a) _____							
b) _____							
c) _____							
Praćenje simptoma/znakova nakon ekstravazacije: ↑Poboljšanje ↓Pogoršanje =Nepromenjeno stanje ✓ Bez simptoma/Sanacija							
_____							
_____							
_____							
_____							
_____							
_____							

IZVEŠTAJ SA SIMPOZIJUMA GLAVNIH SESTARAI BABICA, SESTARA I BABICA IZ PRAKSE I PROFESORA ZDRAVSTVENE NEGE, TARA, 27.11.-01.12.2019. GODINE

Tradicionalni Simpozijum glavnih sestara i babica, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege održan je na Tari, u hotelu „Omorika“ od 27.11. do 01.12.2019. godine u organizaciji Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije, Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije i Nj.K.V. Princeza Katarina Karađorđević.

Simpozijum je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije, kao Nacionalni Simpozijum sa međunarodnim učešćem (br. akreditacije: D-1-895/19; br. odluke: 153-02-01685/2019-01 od 19.08.2019.) za medicinske sestre i zdravstvene tehničare,ginekološko-akušerske sestre -babice, lekare, stomatologe, farmaceute, biohemičare,specijaliste menadžmenta u zdravstvu, kao i nastavnike i profesore zdravstvene nege srednjih i visokih škola zdravstvene struke. Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije (Ogranak Beograd, Ogranak Kragujevac i Ogranak Užice) finansijski je pomogla održavanje Simpozijuma.
Simpozijumu je prisustvovalo 357 učesnika iz zdravstvenih i obrazovnih ustanova za medicinske sestre-tehničare iz Republike Srbije, Crne Gore, Republike Srpske, Federacije BiH, Makedonije i Slovenije.

Na svečanom otvaranju Simpozijuma učesnicima se, ispred Ministarstva zdravlja, obratio dr Aleksandar Stojanović, direktor Doma Zdravlja Palilula, direktorka KMSZTS Radmila Ugrica, predsednica Sindikata MSTS Radica Ilić,predsednica UMSTBS Dijana Otašević i predsednik Stručnog odbora Simpozijuma Katarina Katanić. Učesnicima simpozijuma u pozdravnoj reči, obratili su se i direktori institucija za obrazovanje sestara, kao i direktori zdravstvenih ustanova iz R.Srbije.



Nakon svečanog otvaranja Simpozijuma, potpisan je ugovor o saranji UMSTB R.Srbije i UMSTIB R.Srpske, u cilju unapređenja saradnje dve sestrinske i babičke asocijacije na jačanju sestrinstva u obe zemlje.

Predsednik Stručnog odbora Simpozijuma bila je Katarina Katanić, struk.med.sestra, vodeća sestra odeljenja Dečje hirurgije OB Čačak.

Plenarna tematika Simpozijuma realizovana je kroz rad dve plenarne sesije sa veoma aktuelnim temama i afirmisanim predavačima.

Prva plenarna sesija na temu „Bezbednost i zdravlje na radu medicinskih sestara- tehničara„ izazvala je ogromnu zainteresovanost prisutnih na Simpozijumu.Predavanja su održali 5 predavača po pozivu,za sve nivoe zdravstvene zaštite.Kroz interaktivnu diskusiju ,koju je vodila moderator Jelena Panović, struk. med.sestra, iz ZC Užice, razmenjena su iskustva i izvedeni su sledeći zaključci:

1.Uraditi Akt procene rizika za sva radna mesta medicinskih sestara uz učešće Instituta za medicinu rada.
2.Uputiti zahtev Ministarstvu zdravlja da se medicinskim sestrama omogući sistematski pregled (prema novom Zakonu o bezbednosti zdravlja na radu).
3.Predlog da UMSTB RS prihvati izradu Studije za AKCIDENTALNE RIZIKE - UBOD IGLE „ACCIDENT NEEDLE INJURY“ – da se distribuiraju upitnici svim zdravstvenim ustanovama.

Druga plenarna sesija na temu „Nove tehnologije u zdravstvenoj nezi u pedijatriji“ ukazala je na neophodno sticanje kompentencija medicinskih sestara-tehničara za primenu savremenih tehnologija u zdravstvenoj nezi dece. Moderator okruglog stola bila je Milica Pavićević, master mena. javnog zdravlja, Dečja univerzitetska klinika Beograd. A 6 predavača po pozivu, među kojima su i Doc. Dr Dragana Simin sa Katedre za zdravstvenu negu, Medicinski fakultet Novi Sad kao i Doc. Dr Goran Čuturilo, spc. Pedijatrije i kliničke genetike, Dečija univerzitetska klinika, Beograd, diskutovali su na pomenutu temu i zaključili:

1.Obrazovanje svih zdravstvenih radnika treba da prati razvoj novih tehnologija, s obzirom na brz napredak medicine.
2.Deca kao najvulnerabilnija uzrastna grupa zahtevaju posebno obrazovan kadar za zdravstvenu negu dece.
3.Neophodno je da obrazovanje pedijatrijskih sestara bude zastupljeno na strukovnim i akademskim studijskim programima u vidu specijalizacije.

Tradicionalno, stručne aktivnosti Simpozijuma, pored plenarne tematike, realizovane su u okviru 111/119 usmenih i 44/49 poster prezentacija kojih je bilo ukupno 155/168, gde su predstavljena iskustva sestara u svakodnevnoj praksi, u primeni novih tehnologija i lekova, sestrinske procedure kao i sestrinska istraživanja. U svakoj sesiji (a bilo ih je 9), komisija je izabrala najbolju usmenu i poster prezentaciju, a svi autori nagrađenih radova imaju mogućnost da se njihov rad, nakon adaptacije i recenzije, publikuje u nacionalnom sestrinskom časopisu „Sestrinska reč“, čiji je osnivač i izdavač Udruženje a u kategoriji je M53.
Najbolje prezentacije na Simpozijumu bile su:

1. Prijem deteta u dijabetičnoj ketoacidozi- Grozdana Jakovljević- OB Čačak.-Poster prezentacija.
2. Primena antineoplastičnih lekova zatvorenim sistemom- Zor-

ica Šuluburić-OB Čačak-Poster prezentacija.
3. Značaj porta-catch sistema kod primene hemioterapije- sestrinski aspekti- Sanela Mitrović, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Beograd, -Usmena prezentacija.
4.Medicinske sestre- tehničari u sistemu hospitalne trijaže pacijenata sa urgentnim stanjima-Dragana Nikolić, Klinički Centar Vojvodine, Zrgentni centar, Novi Sad-Usmena prezentacija.
5.Stres na radu- uzrok –Oliver Miladinović, OB Kruševac-Usmena prezentacija.
6.Postupci zdravstvene nege kod Krojcfeld-Jakobove bolesti-Dragana Peković, VMA, Klinika za neurologiju, Beograd-Usmena prezentacija.
7.Znanje i veštine sestre u savetovalištu za dijabetes za pravilnu edukaciju pacijenata- Elizabeta Petković, Dom Zdravlja ,,Dr Simo Milošević,,, Beograd -Usmena prezentacija.
8. Zdravstvena nega bolesnika sa pneumotoraksom, Dejan Novaković,VMA, Klinika za grudnu i kardijalnu hirurgiju, Beograd- Usmena prezentacija.
9. Medikamentozno konvertovanje kod supraventrikularne tahikardije, Branislav Lukić, UDK, Beograd-Usmena prezentacija.
Svim prvonagrađenima iz svake sesije su dodeljene prigodne nagrade od strane udruženja, sponzora i sindikata medicinskih sestara Srbije.

Na Simpozijumu je održana i radionica na temu „Međugeneracijski jaz: prilika ili problem,, Doc.dr Drgana Simin sa Katedre Zdravstvene nege MF u Novom Sadu. Sama radionica bila je interaktivna i izazvala je veliko interesovanje sa sveobuhvatnom diskusijom.

UMSTBS i ove godine dalo je maksimalnu podržku implementaciji Nacionalnog programa podrške dojenju i razvojnoj nezi. Članovi RSK za podršku dojenju, predstavili su program i promociju sestrinskih kliničkih praksi i veština za podršku dojenju, što je izazvalo veliko interesovanje učesnika. Sesiju je vodila je bila Slavica Đorđević, a učesnici su bili Danijela Veljković, Vesna Škodrić, Tanja Tomović, GAK Narodni Front, Beograd, RSK MZ za podršku dojenju. Diskusija je bila bogata,sveobuhvatna i trajala je dugo.
U okviru NACIONALNOG PROGRAMA PODRŠKE DOJENJU održano je i predavanje na tamu ,,Mlečni put,,- dr Đurica Ćećez, GAK Narodni Front.

Veliku pažnju učesnika privuklo je i popularno predavanje ,,Centralizacija reprocesiranja medicinskih sredstava- organizacija i značaj,, predavač: Jelena Damnjanović,RUMED Akademi.
Popularno predavanje,,Upotreba hiperpolarizovane svetlosti u medicini", predavač: dr Milica Komnenić, Kompanija Cepter-Internacional, Beograd. Aktuelnost teme i primena u svakodnevnoj sestrinskoj praksi, izazvala je veliko interesovanje učesnika Simpozijuma.

Na osnovu evaluacije, zaključili smo da je Simpozijum pozitivno ocenjen od strane učesnika, visokom prosečnom ocenom(4,76), i da smo kao organizatori napravili dobar izbor tema i predavača.

U ime Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije zahvaljujemo se pokroviteljima Simpozijuma - Ministarstvu zdravlja RS, KMSZTS i Nj.K.V. Princeza Katarina Karađorđević, sponzorima i TA Evro turs, koja je dala značajan doprinos u uspešnoj realizaciji simpozijuma.

Beograd, 09.12.2019. godine

Predsednik Stručnog odbora Simpozijuma
Katarina Katanić, struk.med.sestra

Predsednica Udruženja medicinskih sestara-tehničara i babica Republike Srbije
Dijana Otašević, dipl.med. sestra

AKTIVNOSTI KMSZTS ZA VREME EPIDEMIJE KOVID19 U REPUBLICI SRBIJI

Direktor KMSZTS
Radmila Ugrica

Pandemija izazvana korona virusom (COVID-19) je pandemija nezapamćenih razmera koja je zahvatila sve kontinente, a širenje virusa odnelo je veliki broj života, među kojima i živote zdravstvenih radnika.

Svet se suočio sa velikim izazovom da pronađe rešenje za sprečavanje širenja virusa, pa je i Vlada Republike Srbije, u saradnji sa zdravstvenim radnicima, kao i sve države sveta, pružila jak odgovar na ovaj izazov, preduzimanjem mera i davanjem preporuka svojim građanima, kako bi ih zaštitila od ovog virusa.

Neprocenjiv doprinos, svakodnevno rizikujući svoje živote, u ovoj globalnoj zdravstvenoj pandemiji, dali su zdravstveni radnici. Medicinske sestre i tehničari pokazali su svu svoju stručnost, znanje, odgovornost, solidarnost i humanost u pružanju pomoći obolelima od ove pošasti. Ponosni smo jer smo bez obzira na teškoće uspeli da pokažemo snagu i jedinstvo, upornost i hrabrost medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara, koji su bili stub i oslonac zdravstvenog sistema Republike Srbije, u ovoj epidemiji.

Zato značaj i doprinos medicinskih sestara i tehničara koji su bili na prvoj liniji borbe protiv COVID-19, među kojima su mnogi dali i najveću žrtvu u službi čovečanstva, mora biti vrednovan i cenjen na način na koji oni to zaslužuju.

Pohvala za rad i iskazano herojstvo stigla je i od Svetske zdravstvene organizacije. Skupština SZO je odala priznanja za neverovatan doprinos koji medicinske sestre daju svaki dan, u svakoj zemlji, u nezi bolesnika, a generalni direktor SZO Tedros Adanom Gebrejesus je pohvalio ključni rad medicinskih sestara svuda u

svetu, a posebno njihove izuzetne napore u borbi protiv pandemije COVID-19.

Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, imajući u vidu značaj svih zdravstvenih radnika i pritiska koji trpi zdravstveni sistem Srbije u ovoj situaciji, je u saradnji sa Ministarstvom zdravlja, a u skladu sa instrukcijama Ministarstva finansija, među prvima donirala finansijska sredstva za masovno testiranje zdravstvenih radnika, obezbedila i dostavila zaštitnu opremu najugroženijim zdravstvenim ustanovama koje su bile žarišta zaraze virusom COVID-19. Donirana je pomoć za preko 20 zdravstvenih ustanova i domova zdravlja širom Srbije.

Takođe, Komora će svim svojim članovima, koji su oboleli od virusa COVID-19, pružiti pomoć davanjem jednokratne novčane pomoći.

Komora će, kao i uvek, biti inicijator i nosilac ostvarenja interesa svih medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara, čuvar ugleda i integriteta i visoke stručnosti naše profesije, institucija na koju mogu da se oslone kada im je to napotrebnije.
Veliko hvala svim medicinskim sestrama i zdravstvenim tehničarimana na iskazanom požrtvovanju i herojstvu i puno uspeha udaljem radu.

Direktor KMSZTS
Radmila Ugrica

UMSTBS: PODRŽITE MEDICINSKE SESTRE I BABICE U GODINI SESTRINSTVA

predsednik UMSTBS Dijana Otašević,

Udruženje medicinskih sestara,tehničara i babica R. Srbije je u 2020. godinu započelo realizaciju brojnih stručnih aktivnosti u skladu sa Planom rada, posebno ističući značaj i doprinos sestrinske i babičke profesije u zdravstvenom sistemu zemlje u skladu sa preporukama SZO i podrške sestrama i babicama u svetu u Godini sestrinstva.

SZO je 2020. Godinu proglasila za Godinu medicinskih sestara i babica na svetskom nivou, sa ciljem podrške i isticanja značaja i doprinosa medicinskih sestara i babica, uz povećano ulaganja u sestrinstvo na globalnom nivou.

Generalni direktor SZO Tedros Adhanom Ghebreiesus-a povodom Godine sestrinstva 2020. u ističe da su medicinske sestre i babice okosnica svakog zdravstvenog sistema, te 2020. god poziva sve zemlje da ulažu u medicinske sestre i babice, kao deo svoje posvećenosti zdravlju svih. Ulaganje u sestrinstvo i babištvo doneće ogroman doprinos brzom, ekonomičnom i kvalitetnom skaliranju univerzalne zdravstvene zaštite.

Howard Catton , Izvršni direktor ICN-a ističe da „...Vizija WHO-a za poboljšanje globalnog zdravlja postaće stvarnost samo ako postoji velika investicija u sestrinstvo. Dokazi istraživanja su jasni: imati više medicinskih sestara dovodi do boljih pozitivnih zdravstvenih rezultata..."

Medicinske sestre, kao značajna karika u celokupnom zdravstvenom sistemu svake zemlje ulažu sva svoja znanja i veštine u prevenciji i zbrinjavanju obolelih, nesebično izvršavajući profesionalne zadatke, pružajući pomoć pojedincima, porodicama i društvu u celini. To su suštinske i značajno vredne usluge koje pružaju medicinske sestre. Zato je važno da medicinske sestre i ostali zdravstveni radnici rade u bezbednim uslovima, sa maksimalnom zaštitom i neophodnom podrškom.

Medicinske sestre Srbije su i do sada uvek bile na visini zadatka, u prvim borbenim redovima, i za vreme ratova, i za vreme epidemije Variole vere, kada su naše koleginice Dušica Spasić iz Beograda i Milka Đurašić iz Čačka izgubile život, obavljajući svoje profesionalne dužnosti, zatim za vreme bombardovanja, epidemije gripa, sada za vreme epidemije novog korona virusa, i uvek će kada je to potrebno državi za zaštitu zdravlja našeg stanovništva.

I ovom prilikom, ističemo veliki značaj i doprinos sestrinske profesije, ne samo u suzbijanju infekcije izazvane SARS-CoV2 virusom našoj zemlji, već i svakodnevnim profesionalnim aktivnostima vezanim za očuvanje i unapređenje zdravlja našeg stanovništva svih starosnih uzrasta.

U redovnim uslovima, nažalost profesionalni rad medicinskih sestara u našoj zemlji je nevidljiv, neprepoznat, nemerljiv, on se podrazumeva, kao i profesija kojom se bave.

Ako do sada nije potpuno jasan i priznat značaj profesije sestrinstva, u ovoj situaciji – pandemije Covid -19, potrebno je odati priznanje i dodatno osnažiti profesiju medicinske sestre u zemlji Srbiji!

Zato izražavamo divljenje, zahvalnost i solidarnost sa medicinskim sestrama, babicama i svim zdravstvenim radnicima u Srbiji i u svetu, koji su na prvoj liniji fronta u borbi sa Covidom-19. rizikovali i svoje zdravlje.

U Godini sestrinstva, pozivamo Vladu i Ministarstvo zdravlja u našoj zemlji, da ne zaborave doprinos i značaj medicinskih sestara , ne samo tokom suzbijanja epidemije Kovid 19, već i značajan doprinos koje daju u unapređenju i očuvanju zdravlja našeg stanovništva, te je krajnje vreme da preduzmu odlučne akcije u razvoj sestrinstva u R. Srbiji, kako bi Srpske sestre i babice zauzele mesto u društvu koje im pripada kao i u drugim zemljama Evrope i sveta.

Realizaciju ambicioznog plana aktivnosti UMSTBS promenila je pandemija Kovida 19, što je zahtevalo prestrojavanje aktivnosti UMSTBS i usmeravanje svih kapaciteta u suzbijanju epidemije Kovida 19 u našoj zemlji izazvanoj SARS-CoV2 virusom.

U skladu sa epidemiološkom situacijom u našoj zemlji za vreme epidemije Kovida 19. obzirom da nije bilo stručnih manifestacija, UMSTBS se više puta oglasilo u sredstvima javnog informisanja, ističući značaj medicinskih sestara i babica u suzbijanju i sprečavanju širenja Kovida 19, informišući na ovaj način javnost i ukazujući na značaj sestrinske profesije obeležavajući važne datume za sestrinstvo.

Ove godine Svetski dan zdravlja 7 april, je obeležen pod sloganom: „Podržite medicinske sestre i babice". Ciljevi obeležavanja ovogodišnjeg Svetskog dana zdravlja su:

- Da se skrene pažnja i uvaži rad i požrtvovanost medicinskih sestara i babica.
- Da se naglasi značaj kontinuiranog usavršavanja medicinskih sestara i babica.
- Da se pruži podrška ulaganjima u medicinske sestre i babice.

Svetski dan higijene ruku u zdravstvenim ustanovama - 5. maj posvećen je medicinskim sestrama i babicama., obeležen je pod sloganom "Medicinske sestre i babice, čista nega je u vašim rukama". Udruženje medicinskih sestara-tehničara i babica Republike Srbije(UMSTBS) je podržalo i priključilo se kampanji obeležavanja Svetskog dana higijene ruku u zdravstvenim ustanovama, koja se obeležava na inicijativu Alijanse za bezbednost pacijenata Svetske zdravstvene organizacije (SZO) u 182 zemlje sveta i oko 22 000 zdravstvenih ustanova

Međunarodni dan sestara 12 maja, na temu ICN, obeležava se pod sloganom Medicinske sestre: glas koji vodi svet ka zdravlju" a Evropski dan onkoloških sestara 18.maja obeležava se pod sloganom "Jednakost u pristupu zdravlju i univerzalnoj nezi".

U cilju podrške sestrama i babicama, jedna od akcije Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica R.Srbije je i realizacija donacije lične zaštitne opreme članstvu u zdravstvenim ustanovama u R.Srbiji, uz finansijsku podršku kompanije "Beiersdorf", na čemu smo im veoma zahvalni..

I zato, da nam svet bude zdravijii i bezbedniji, pridružite se globalnoj kampanji SZO u podršci sestrama i babicama 2020 - u Godini sestrinstva i dajte svoj doprinos za jačanje kapaciteta sestrinstva i babištva u R.Srbiji!

Predsednik UMSTBS
Dijana Otašević

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.