sestrinska reč

ČASOPIS UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA REPUBLIKE SRBIJE

BROJ 83

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

ORIGINALNI ČLANAK
//Original article

PREGLEDNI ČLANAK
//Review article

STRUČNI ČLANAK
//Professional article

PRIKAZ SLUČAJA
//Case report

AKTUELNE TEME
//Current topics

PISMO UREDNIKU
//Letter to the Editor

SAOPŠTENJA
//Statements

DECEMBAR 2021.
GODINA XXIV

UVEK UZ VAS!

Časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije

sestrinska reč

Godina XXIV • Broj 83 • Beograd, Resavska 28 • Decembar, 2021.

IZDAVAČ:
Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije
Glavni i odgovorni urednik:
Dr sc. med. Dušanka Tadić
Naučni odbor:
Prof. dr sc. med. Dragana Simin, predsednik
Prof. dr sc. med. Ljiljana Milović
Prof. dr sc. med. Dragana Milutinović
Prof. dr sc. med. Mile Despotović
Dr sc. med. Biljana Stojanović Jovanović, prof. struk. stud.
Bojana Jovanović, mast. zdrav. nege
Redakcioni odbor:
Dr sc. med. Dušanka Tadić, glavni i odgovorni urednik
Prof. dr sc. med. Ljiljana Milović
Prof. dr sc. med. Dragana Milutinović
Dr sc. med. Sanja Šumonja, prof. struk. stud.
Mr sc. Sanja Stanisavljević
Mr sc. Živana Vuković Kostić
Dragan Kodžo, struk. mast. med. sest.
Dijana Otašević, dipl. med. sest.
Vesna Cmiljanić, struk. med. sest.
Katarina Katanić, struk. med. sest.
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 Dušanka Tadić. - 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

COVID-19 I SUOČAVANJE SA SAOSEĆAJNIM ZAMOROM COVID-19 AND COPING WITH COMPASION FATIGUE *Dragana Milutinović*	**UVODNIK** EDITORIAL	**3**
SYNTAX SKOR KAO PREDIKTOR NEŽELJENIH DOGAĐAJA KOD BOLESNIKA NAKON AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA SYNTAX SCORE AS PREDICTOR OF ADVERSE EVENTS IN PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION *Aleksandar Davidović, Jelica Davidović, Marina Đorđević, Radmila Resimić, Dijana Otašević, Snezana Lazić, Bratislav Lazić, Dane Cvijanović*	**ORIGINALNI ČLANAK** ORIGINAL ARTICLE	**4-8**
SEKSUALNOST ONKOLOŠKIH PACIJENATA - STAVOVI I UVERENJA STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA U NOVOM SADU SEXUALITY IN CANCER PATIENTS - ATTITUDES AND VIEWS OF THE STUDENTS OF THE FACULTY OF MEDICNE OF NOVI SAD *Slobodan Tomić, Sanja Tomić, Aleksandar Jovanović, Milena Mikić, Goran Malenković*	**ORIGINALNI ČLANAK** ORIGINAL ARTICLE	**9-13**
PROCENA NIVOA ISPITNE ANKSIOZNOSTI STUDENATA ZDRAVSTVENE NEGE ASSESSMENT OF EXAM ANXIETY LEVEL AMONG NURSING STUDENTS *Snežana Dukić, Boris Golubović*	**ORIGINALNI ČLANAK** ORIGINAL ARTICLE	**14-18**
STRUKTURIRANA EDUKACIJA OBOLELIH OD DIJABETESA - PREGLED ORGANIZACIONO - METODOLOŠKIH STRATEGIJA I FAKTORA USPEHA STRUCTURED EDUCATION OF PATIENT WITH DIABETES - A REVIEW OF ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL STRATEGIES AND SUCCESS FACTORS *Hajnalka Požar, Dragana Simin*	**PREGLEDNI ČLANAK** REVIEW ARTICLE	**19-25**
ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA CELIJAKIJOM TOKOM BOLNIČKOG LEČENJA NURSING CARE OF A PATIENT WITH CELIAC DISEASE DURING HOSPITAL TREATMENT *Sanja Stojanović , Hajnalka Požar*	**STRUČNI ČLANAK** PROFFESIONAL ARTICLE	**26-30**
SAOPŠTENJA IZ UDRUŽENJA (UMSTBS) STATEMENTS FROM THE ASSOCIATION *Dijana Otašević*	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**31-33**
UPUTSTVO AUTORIMA INSTRUCTIONS TO AUTHORS	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**34-36**

COVID-19 I SUOČAVANJE SA SAOSEĆAJNIM ZAMOROM

COVID-19 AND COPING WITH COMPASION FATIGUE

Dragana Milutinović
Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenu negu, Novi Sad

UVOD

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) proglasila je 2020. godinu Međunarodnom godinom medicinskih sestara i babica, u čast 200. godišnjice rođenja Florens Najtingel, kako bi istakla doprinos medicinskih sestara u transformaciji zdravstvene zaštite širom sveta. Zbog uticaja pandemije COVID - 19 i povećane vidljivosti doprinosa medicinskih sestara – tehničara, SZO je produžila obeležavanje Godine medicinskih sestara i babica na 2021. godinu. Sada, kada smo na izmaku druge Godine medicinskih sestara i babica, kraju četvrtog talasa korone izazvanog delta sojem virusa i najavi petog talasa uzrokovanog omikron sojem, pitamo se: „Šta je sledeće?"

U okolnostima preopterećenog zdravstvenog sistema, fizički i mentalni integritet medicinskih sestara i babica postaje ranjiv jer moraju da uravnoteže potrebe pacijenata sa sopstvenim potrebama i potrebama njihovih porodica. Sindrom usko povezan sa traumatičnim i složenim situacijama u radnom okruženju medicinskih sestara i babica je saosećajni zamor (Compassion fatigue - CF) [1].

ŠTA JE SAOSEĆAJNI ZAMOR?

Saosećajni zamor je negativna posledica kontinuirane brige o pacijentima i njihovim porodicama odnosno, posledica izloženosti tuđoj patnji, a podrazumeva stanje emocionalne, mentalne i/ili fizičke iscrpljenosti. Sosećajni zamor ima dva aspekta - sindrom sagorevanja i sekundarni traumatski stres. Sindrom sagorevanja je negativna emocionalna reakcija na spoljne stresore povezane sa radnim okruženjem, kao što je dugo radno vreme, velika opterećenja, nedostatak vremena i resursa za rad. Sekundarni (ili posredni) traumatski stres (STS) odnosi se na emocionalne reakcije ili ponašanja koja su posledica izloženosti traumatičnom iskustvu pacijenta. U literaturi takođe nailazimo i na termin vikarijska (indirektna) traumatizacija [2,3].

MANIFESTACIJE SAOSEĆAJNOG ZAMORA

Saosećajni zamor može negativno uticati na zdravlje medicinskih sestara i babica, a manifestuje se simptomima i znacima koji se klasifikuju kao telesni (iscrpljenost, nesanica, kompromitovan imunitet, somatizacija, glavobolja, stomačne tegobe, malaksalost i umor), bihejvioralni (učestala konzumacija alkohola i/ili apsentizam, gnev i razdražljivost, otežano donošenje kliničkih odluka, nesposobnost da se uspostave i održe dobri interprofesionalni odnosi i nedovoljno kvalitetno pružanje nege, što pacijente izlaže riziku), psihološki (emocionalna iscrpljenost, negativna slika o sebi, depresija, redukovana sposobnost empatije i saosećanja, neosetljivost ili preosetljivost na emocionalne stimuluse, nezadovoljstvo poslom, cinizam, osećaj ljutnje i beznađa, neracionalan strah, prisline i neželjene misli/ideje, neodgovarajuće reakcije, poteškoće u razdavajanju privatnog od profesionalnog života) i duhovni (uglavnom se preklapaju sa psihološkim simptomima: gubitak duhovnosti i nezainteresovanost za introspekciju, slabo rasuđivanje i gubitak razboritosti) [3,4].

STRATEGIJE ZA REDUKOVANJE SAOSEĆAJNOG ZAMORA

Protektivni faktori i strategije za redukovanje saosećajnog zamora i drugih emocionalnih stresova uključuju: druženje, praksu svesnosti i fokusirane pažnje, zdrave životne navike (ishrana i fizička aktivnost), vođenje dnevnika i stručnu pomoć. Svi ovi protektivni faktori su usmereni na razvoj rezilijentnosti (otpornosti), samoefikasnosti i percipirane podrške [5].

Verujem, da u cilju negovanja drugih, treba najpre da negujemo sebe. Nažalost, pandemija je otežala mogućnosti za bavljenje nekim od ovih aktivnosti. Međutim, odvajanje vremena za sebe, čak i tokom naporne smene, biće neophodno za ublažavanje uticaja kolateralne štete u ovom istorijski i globalno stresnom vremenu za sve zdravstvene radnike.

Intervencije na radnom mestu su imperativ za rešavanje emocionalnih tegoba koje medicinske sestre i babice trenutno doživljavaju. Organizacije koja nude resurse za pomoć u pogledu njihovog mentalnog zdravlja i blagostanja smatraju se „zdravim radnim okruženjem". Nažalost, u uslovima pandemije većinu resursa je teško implementirati, ali važno je ugraditi ove mogućnosti u strateške ciljeve organizacija, tako da ti resursi budu dostupni tokom budućih kriza [1].

ZAKLJUČAK

Medicinske sestre i babice često zanemaruju sopstvene potrebe dok brinu o svojim pacijentima. Do danas je preko četiri miliona ljudi umrlo od koronavirusne bolesti širom sveta, a oko trinaest hiljada u Srbiji. Uticaj pandemije bio je traumatičan za mnoge medicinske sestre i babice. Zajednički napori rukovodilaca zdravstvenih ustanova i svih medicinskih sestara i babica je imperativ u proceni, primeni i ublažavanju saosećajnog zamora, koji je normalan odgovor na abnormalnu izloženost traumi kod onih na prvoj liniji fronta.

LITERATURA

1. *Chatmon BN, Rooney E. Taking care of the caretaker: Navigating compassion fatigue through a pandemic. Aus J Adv Nurs 2021;38(3):1-4.*
2. *Yilmaz G, Üstun B. Professional Quality of Life in Nurses: Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue. J Psychiatric Nurs 2018; 9(3):205-11.*
3. *Bouchard L. Compassion Fatigue in Advanced Practice Registered Nurses: Why Don't We Know More? Nurs Clin North Am 2019; 54(4):625-37.*
4. *Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. Int J Nurs Stud 2017; 69:9-24.*
5. *Boyle DA. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. Online J Issues Nurs 2011;16(1):2.*

SYNTAX SKOR KAO PREDIKTOR NEŽELJENIH DOGAĐAJA KOD BOLESNIKA NAKON AKUTNOG INFARKTA MIOKARDA

SYNTAX SCORE AS PREDICTOR OF ADVERSE EVENTS IN PATIENTS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Aleksandar Davidović[1], Jelica Davidović[2], Marina Đorđević[3], Radmila Resimić[4], Dijana Otašević[4], Snežana Lazić[5], Bratislav Lazić[5], Dane Cvijanović[1]

[1]Kliničko bolnički centar Zvezdara, Odeljenje za interventnu kardiologiju

[2]Kliničko bolnički centar Zvezdara, KO za kardiovaskularne bolesti

[3]Kliničko bolnički centar Zvezdara, Odsek koronarne jedinice

[4]Kliničko bolnički centar Zvezdara

[5]Medicinski fakultet u Pristini sa privremenim sedistem u Kosovskoj Mitrovici

SAŽETAK

Uvod: *Akutni koronarni sindrom se manifestuje kao STEMI i NSTEMI akutni infarkt miokarda (AIM). Neželjeni kardiovaskularni događaji su: slabost srca, nefatalni reinfarkt, ponavljajući angiozni bol, ponovna hospitalizacija i mortalitet. SYNTAX skor je angiografski indikator koji je prediktor neželjenih događaja nakon AIM.*

Cilj rada *je utvrđivanje značaja Syntax skora kao prediktora neželjenih ishoda kod bolesnika nakon akutnog infarkta miokarda.*

Metod rada: Retrospektivna studija sprovedena je u KBC Zvezdara u Beogradu, u Odseku interventne kardiologije, analizom medicinske dokumentacije za vremenski period januar - mart 2020. godine. Ispitano je 80 bolesnika oba pola, životne dobi od 30 do 80 godina hospitalizovanih zbog infarkta miokarda. Praćeni parametri su: socioepidemiološki podaci, SYNTAX skor, neželjeni događaji (ponovni infarkt, revaskularizacija, moždani udar i mortalitet).

Rezultati: *Od 80 ispitanika uključenih u studiju, 32,5% je bilo ženskog, a 67,5% muškog pola. Njih 75% imalo je STEMI, a 25% NSTEMI entitet. Prosečna starost obolelih bila je 61,7 godina. Neželjeni događaji godinu dana nakon hospitalizacije bili su prisutni kod 40% bolesnika sa STEMI i to: reinfarkt kod 6,7%, ponovna revaskularizacija kod 23,3%, moždani udar kod 1,7% i letalni ishod kod 8,3% bolesnika. SYNTAX skor je nizak kod 24 bolesnika (40%) sa STEMI infarktom miokarda i visok SYNTAX skor kod 25 ispitanika (41,6%).*

Zaključak: *SYNTAX skor je, kao prediktor neželjenih ishoda, od izuzetnog značaja za kliničku praksu i praćenje bolesnika nakon akutnog infarkta miokarda.*

Ključne reči: *akutni infarkt miokarda, neželjeni događaji, SYNTAX skor*

SUMMARY

Introduction: *Acute coronary syndrome manifests as STEMI and NSTEMI acute myocardial infarction (AIM). Adverse cardiovascular events include: heart failure, nonfatal reinfarction, recurrent angio pain, rehospitalization, and mortality. The SYNTAX score is an angiographic indicator that is a predictor of adverse events after AIM.*

The aim of this study was to determine the significance of Syntax score as a predictor of adverse outcomes in patients after acute myocardial infarction.

Method: *A retrospective study was conducted at the Zvezdara Clinical Hospital in Belgrade in the Department of Interventional Cardiology, by analyzing medical documentation for the period January - March 2020. 80 patients of both sexes, aged 30 to 80, were examined and hospitalized for myocardial infarction. The monitored parameters were: socioepidemiological data, SYNTAX score, adverse events (recurrent infarction, revascularization, stroke and mortality).*

Results: *Of the 80 respondents included in the study, 32.5% were female and 67.5% male. 75% of them had STEMI and 25% NSTEMI entity. The average age of the patients was 61.7 years. Adverse events one year after hospitalization were present in 40% of patients with STEMI, namely: reinfarction in 6.7%, revascularization in 23.3%, stroke in 1.7% and lethal outcome in 8.3% of patients. SYNTAX score is low in 24 patients (40%) with STEMI myocardial infarction and high SYNTAX score in 25 subjects (41.6%).*

Conclusion: *The SYNTAX score as a predictor of adverse outcomes is extremely important for clinical practice and follow-up of patients after acute myocardial infarction.*

Key words: *acute myocardial infarction, adverse events, SYNTAX score*

Autor za korespondenciju:
Aleksandar Davidović
Ul. Paje Jovanovića 11/9 Beograd
e-mail: davidovicalex@hotmail.com

Rad primljen: 04.06.2021; Rad prihvaćen: 24.01.2022.

UVOD

Akutni koronarni sindrom (AKS) je stanje uzrokovano naglim nastankom poremećaja krvotoka kroz koronarne krvne sudove sa posledičnom ishemijom i nekrozom dela srčanog mišića. Akutni koronarni sindrom ima tri kliničke manifestacije, definisane u skladu sa nalazom elektrokardiograma (EKG): akutni miokardijalni infarkt (AIM) sa ST elevacijom (ST Segment Elevation Myocardial Infarction - STEMI), infarkt miokarda bez elevacije ST segmenta (Non ST Segment Elevation Myocardial Infarction – NSTEMI) i nestabilna angina pektoris [1,2]. Osnovni patogenetski mehanizam predstavlja ruptura ili erozija ateroma čije oslobađanje blokira već sužene koronarne arterije. Ruptura ateromatoznog plaka je u 60% slučajeva uzrok AKS, dok se erozija plaka sreće kod 30% slučajeva [3].

Ateroskleroza, bolest modernog društva, je vodeća vaskularna bolest u svetu i kod nas i glavni je uzrok AKS. Usko je vezana za produženje životnog veka i nezdrav način života. Redovno praćenje kritične populacije i utvrđivanje funkcionalne rezerve miokarda je značajan segment rada primarne zdravstvene zaštite i preventive medicine. Prema podacima za 2016. godinu kardiovaskularne bolesti (KVB) su na globalnom nivou bile uzrok 31% svih smrtnih slučajeva u svetu, sa većom zastupljenošću (82%) u manje razvijenim zemljama [4].

Očekivani životni vek i opšta starost stanovništva se povećavaju, a uporedo sa tim, došlo je i do povećanja broja starijih ljudi sa AKS [5]. Između 2002. i 2010. godine, 73% smrtnih ishoda od AKS dogodilo se kod ljudi starijih od 65 godina [6], a oko 50% kod ljudi starijih od 85 godina [7].

Osnovna terapijska mera kod bolesnika sa STEMI akutnim infarktom miokarda je reperfuziona terapija, primarna perkutana intervencija, kako bi se što pre otvorila infarktom zahvaćena arterija i uspostavio protok. Terapijska strategija kod NSTEMI je još uvek diskutabilna, ali savremene tendencije kliničke prakse idu u smeru što ranije primene perkutane koronarne intervencije (PKI). Glavni neželjeni kardiovaskularni događaji, koji su uključeni u klinička istraživanja su: slabost srca, nefatalni reinfarkt, ponavljajući angiozni bol, ponovna hospitalizacija zbog kardiovaskularnih bolesti, ponovljena perkutana koronarna intervencija i mortalitet [8]. Neželjeni kardiovaskularni događaji takođe mogu da uključe: neplaniranu koronarnu revaskularizaciju, moždani udar, maligne aritmije i sve kardiovaskularne uzroke smrti. Pravovremeno predviđanje ovih neželjenih ishoda je visoko korisno za poboljšanje efekata tretmana bolesnika sa AIM.

U kliničkoj praksi, radi određivanja optimalnog vremena za primenu invazivne terapije AIM neophodna je procena stepena ishemijskog rizika i određivanje prediktora neželjenih ishoda. Predviđanje ishoda oboljenja se vrši procenom i praćenjem različitih kliničkih, angiografskih, ehokardiografskih ili biohemijskih indikatora. Stratifikacija bolesnika prema stepenu rizika od neželjenih događaja se vrši odmah po prijemu bolesnika sa AIM, ali i kasnije u daljem praćenju toka bolesti. Uvođenje terapijske strategije PKI značajno je poboljšalo preživljavanje bolesnika nakon AIM kod oba tipa bolesti (STEMI i NSTEMI), međutim pojedine kategorije pacijenata sa AIM pokazuju visoke rizike za neželjene ishode, te se održava i visok morbiditet i mortalitet.

U interventnoj kardiologiji značajno mesto pripada SYNTAX (Synergy Between Percutaneous Coronary Intervention With Taxus and Cardiac Surgery) skoru kao kliničkom alatu za procenu opstrukcije koronarnih arterija, koji će istovremeno ukazati na izbor optimalnog tretmana za revaskularizaciju u lečenju bolesti koronarnih arterija PCI ili bajpasa - bypass grafting koronarnih arterija-CABG [9]. SYNTAX skor je takođe koristan za numeričko kvantifikovanje rizika od neželjenih događaja nakon PCI i snažan je nezavisni prediktor ishemijskih ishoda tokom jedne godine, uključujući i smrtnost.

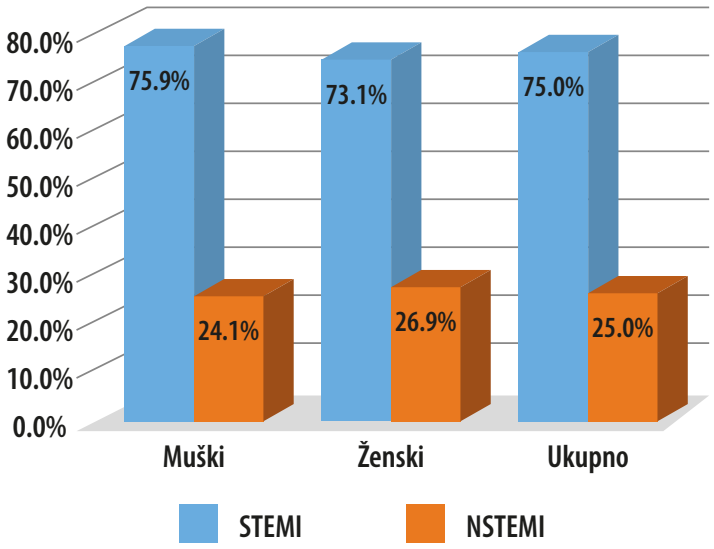
Cilj rada je utvrđivanje značaja Syntax skora kao prediktora neželjenih ishoda kod bolesnika nakon akutnog infarkta miokarda.

METOD RADA

Studija je sprovedena u KBC Zvezdara u Beogradu, u Odeljenju za kardiovaskularne bolesti, u Odseku interventne kardiologije, kao retrospektivna analiza medicinske dokumentacije za vremenski period januar - mart 2020. godine, uz odobrenje Etičkog odbora KBC Zvezdara. Ispitano je 80 bolesnika oba pola, životne dobi od 30 do 80 godina, hospitalizovanih zbog infarkta miokarda. Ovo istraživanje je retrospektivna studija, pri čemu su definisani parametari praćenja tokom hospitalizacije i godinu dana nakon revaskularizacije miokarda: socioepidemiološki podaci, SYNTAX skor, neželjeni događaji (ponovni infarkt, revaskularizacija, moždani udar i mortalitet). SYNTAX skor je definisan prema utvrđenim vrednostima: do 16 nizak, umeren od 16 do 20 i visok preko 20. Rezultati su prikazani procentualno i grafički, a za analizu rezultata je korišćena deskriptivna metoda. Instrumenti istrazivanja su elektronska baza podataka, medicinski protokoli i medicinska dokumentacija bolesnika.

REZULTATI

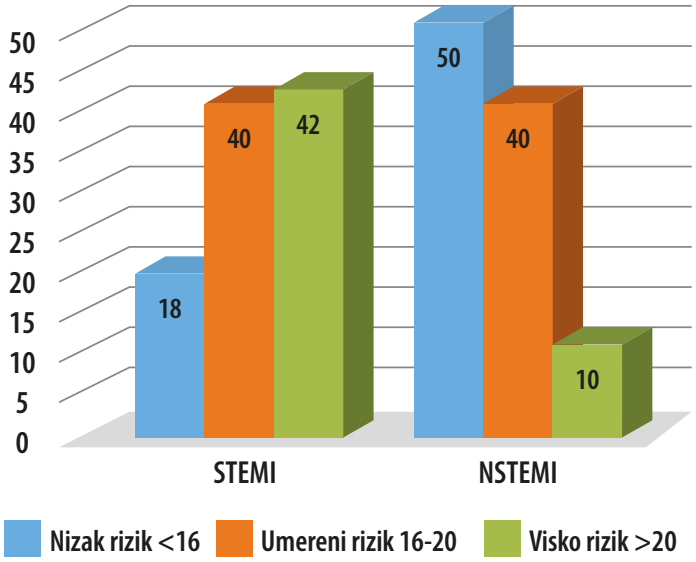
Istraživanjem je obuhvaćeno 80 pacijenata koji su lečeni perkutanom koronarnom intervencijom u Kliničko bolničkom centru Zvezdara, na Odeljenju interventne kardiologije sa dijagnozom infarkta miokarda. U istraživanju je bilo ispitanika oba pola, 32,5% ženskog (26 bolesnica) i 67,5% ispitanika muškog pola (54 bolesnika). Među obolelima, njih 60 (75%) imalo je STEMI entitet infarkta miokarda (ST elevacija), dok je kod 25% tj. 20 bolesnika dijagnostikovan NSTEMI entitet (bez ST elevacije) (Grafikon 1).



Grafikon 1. Distribucija pacijenata prema polu u odnosu na vrstu AMI

Prosečna starost obolelih bila je 61,7 godina. Bolesnici sa NSTEMI infarktom miokarda bili su mlađi, sa prosekom starosti 59,3 godine, u poređenju sa obolelima od STEMI infarkta miokarda čiji je prosek starosti bio 62,5 godina.

Grafikon 2. ukazuje na vrednosti SYNTAX skora naših ispitanika. Kod pacijenata sa STEMI entitetom akutnog infarkta miokarda zapaža se da je 11 bolesnika, tj. 18,3% imalo nisku vrednost skora, 24 bolesnika (40%) umerene vrednosti i 25 bolesnika (41,6%) visoke vrednosti SYNTAX skora. Pacijenti sa NSTEMI infarktom miokarda imali su značajno manji rizik od neželjenih događaja tokom hospitalizacije. Visok rizik imala su dva pacijenta, tj. 10%, osam bolesnika (40%) imalo je umereni rizik, dok je 50%, tj. 10 bolesnika pokazalo nizak stepen rizika od neželjenih događaja (Grafikon 2).

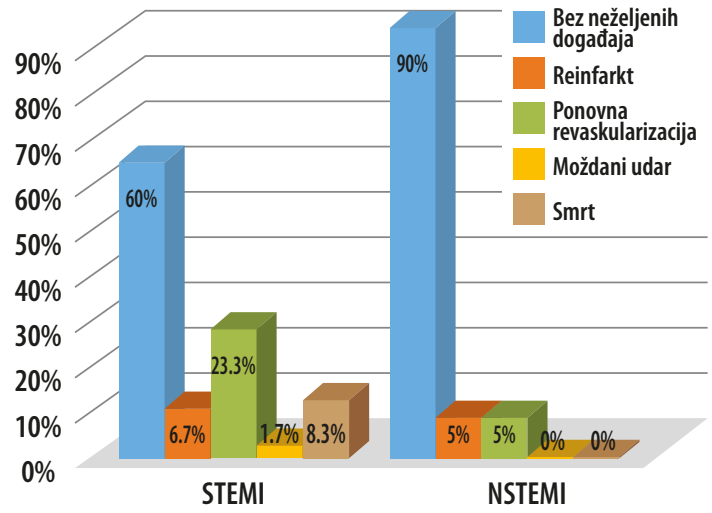


Grafikon 2. Vrednosti SYNTAX skora (STEMI vs NSTEMI)

Na Grafikonu 3. prikazani su neželjeni događaji kod ispitanika u periodu od jedne godine nakon hospitalizacije.Tokom hospitalizacije nije bilo neželjenih događaja, niti smrtnog ishoda.

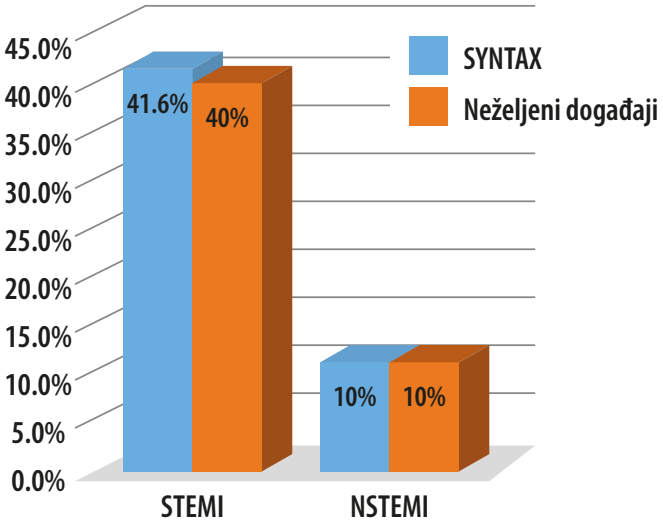
Neželjeni događaji godinu dana nakon hospitalizacije bili su prisutni kod 24 bolesnika (40%) sa STEMI infarktom miokarda, i to: reinfarkt kod 4 bolesnika (6,7%), ponovna revaskularizacija kod 14 bolesnika (23,3%), moždani udar kod jednog bolesnika (1,7%) i letalni ishod kod 5 bolesnika (8,3%) (Grafikon 3).

Kod bolesnika sa NSTEMI infarktom miokarda samo je dva bolesnika (10%) imalo neželjene događaje: jedan je doživeo ponovni infarkt i kod jednog je izvršena ponovna revaskularizacija, dok je 90% bolesnika bilo bez neželjenih događaja (Grafikon 3).



Grafikon 3. Neželjeni događaji u periodu nakon hospitalizacije (STEMI vs NSTEMI)

Prateći procenat neželjenih događaja kod 24 bolesnika (40%) sa STEMI infarktom miokarda i visok SYNTAX skor kod 25 ispitanika (41,6%), možemo zaključiti da je ovaj skor od izuzetnog značaja za kliničku praksu, sa posebnim osvrtom na edukaciju pacijenata o faktorima rizika, usvajanju novih životnih stilova i potrebama redovnih kardioloških kontrola (Grafikon 4).



Grafikon 4. Uporedni prikaz SYNTAX skora i neželjenih događaja posle hospitalizacije

DISKUSIJA

Veliki problem nakon AIM oba tipa je pojava neželjenih kardiovaskularnih događaja koji značajno pogoršavaju prognozu ove bolesti. Uprkos intezivnim i savremenim strategijama reperfuzione terapije i primene sekundarne prevencije, bolesnici nakon AIM i dalje ostaju u riziku [10]. Razvoj neželjenih kardiovaskularnih događaja nakon AIM uslovljava potrebu za pronalaženjem prediktora ovih ishoda u cilju njihove prevencije. U poslednjim decenijama klinička istraživanja se u mnogome usmeravaju ka ispitivanju i otkrivanju što preciznijih prediktora jednogodišnjeg mortaliteta i pojave neželjenih kardiovaskularnih ishoda nakon AIM [11]. Prediktorna moć skorova zavisi najviše od prisutnih komorbiditeta i karakteristika obolelih od AIM. U cilju sprovođenja optimalne terapijske strategije i povećanja stope preživljavanja bolesnika nakon AIM, obično se koristi kombinacija pojedinih skorova, da bi se obezbedilo praćenje što više značajnih kliničkih, angiografskih i ehokardiografskih prediktora neželjenih ishoda AIM.

SYNTAX je skor velike senzitivnosti koji sa velikom snagom izdvaja nisko, srednje i visoko rizične bolesnike za intrahospitalni, 6-mesečni i godišnji mortalitet, kao i sagledavanje drugih neželjenih događaja.

U našem istraživanju, od 80 ispitanika 75% je imalo STEMI, dok je svaki četvrti ispitanik (25%) imao NSTEMI. SYNTAX skor je kod najvećeg udela ispitanika sa STEMI (41.6%) visokih vrednosti i ukazuje na povećan rizik od nastajanja neželjenih efekata. U slučaju ispitanika sa NSTEMI samo 10% je imalo visoku vrednost SYNTAX skora. Korelacija umerenog i visokog SYNTAX skora sa visokom incidencom neželjenih kardiovaskularnih događaja i reinfarkta stenta pokazana je u studiji na 807 pacijenata sa STEMI [12]. Kliničko istraživanje kombinacije SYNTAX skora sa PAMI ili Zwolle skorom pokazalo je značajno poboljšanje predikcije mortaliteta i glavnih neželjenih kardiovaskularnih događaja kod pacijenata nakon PKI [13]. Prediktivnu vrednost SYNTAX skora za mortalitet i glavne neželjene kardiovaskularne događaje nakon PKI pokazale su i novije studije [14].

U našem istraživanju, neželjeni događaji godinu dana nakon hospitalizacije bili su prisutni kod 40% bolesnika sa STEMI infarktom miokarda i to: reinfarkt kod 6,7%, ponovna revaskularizacija kod 23,3%, moždani udar kod 1,7% i letalni ishod kod 8,3%. Slični rezultati su dobijeni i u studiji analize 3.545 pacijenata sa STEMI iz Bremen STEMI-registra u periodu 2006-2010 godine, kod kojih je ustanovljen jednogodišnji mortalitet od 12% [15]. EPICOR studija je pokazala da su glavni neželjeni kardiovaskularni događaji značajnije češći kod bolesnika sa NSTEMI nego sa STEMI [16]. HORIZONS-AMI studija, koja je ispitala oko 3.000 bolesnika sa AIM, pokazala je da je incidenca reinfarkta bila 1,8% u 30 dana, 4,0% u 12 meseci, i 6,9% u tri godine nakon AIM [17]. Mnoge studije su pokazale da je povećan rizik od ishemijskog moždanog udara (IMU) nakon AIM, koji ima najveću incidencu u prvim danima nakon AIM [18]. Ishemijski moždani udar se javlja kod 0,9% bolesnika sa AIM u roku od jednog meseca i kod 3,7% u roku od godinu dana nakon AIM sa dvostruko većom smrtnošću u toku prve godine nakon AIM, u poređenju s onima koji nisu imali IMU [18]. Kod bolesnika sa NSTEMI infarktom miokarda, u našem istraživanju, samo je 10% bolesnika imalo neželjene događaje: jedan je doživeo ponovni infarkt i kod jednog je izvršena ponovna revaskularizacija, a 90% bolesnika je bilo bez neželjenih događaja. U studiji Poudel i sar, publikovanoj 2019. godine navodi se da je incidenca glavnih neželjenih kardiovaskularnih događaja prisutna u dijapazonu od 4,2% do 51%, nezavisno od terapijskog protokola [19]. ACUITY studija ustanovila je da kod pacijenata koji imaju NSTEMI i koji nisu u potpunosti revaskularizovani, postoji veća stopa AIM i revaskularizacije izazvane ishemijom nakon jedne godine [20]. Na rezultate u konkretnom uzorku uticali su terapijski protokoli i pridruzene bolesti.

ZAKLJUČAK

SYNTAX skor je instrument značajan za kliničku praksu i praćenje pacijenata tokom perioda hospitalizacije, ali i dobar pokazatelj za planiranje i sprovođenje individualne terapije i lecenja bolesnika sa umerenim i visokim rizikom od neželjenih događaja. Visoke vrednosti SYNTAX skora mogu uticati na organizaciju rada multidisciplinarnog tima koji brine o ovoj grupi obolelih, kako bi se ispunili zahtevi za njihovim kontinuiranim praćenjem, edukacijom i savremenom terapijom. Procena neželjenih događaja SYNTAX skorom kod ispitanika sa akutnim koronarnim sindromom moze dati novi pristup opservaciji, lečenju pacijenata i organizaciji zdravstvene službe, koji se zasniva na timskom radu stručnjaka interventne kardiologije, kardiologa, anesteziologa, medicinskih sestara, tehničara i drugih saradnika.

LITERATURA

1. *Joshi R, Alim M, Kengne AP, et al. Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries - a systematic review. PLoS One. 2014; 9:e103754.*
2. *Turpie AG. Burden of disease: medical and economic impact of acute coronary syndromes. Am J Manag Care. 2006;12:S430-4.*
3. *Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanović Batut". Incidence and mortality of Acute Coronary Syndrome in Serbia. dostupno na: http://www.batut.org.rs/download/publikacije/2017Akutni%20koronarni%20sindrom.pdf*
4. *Kucharska Newton AM, Monda KL, Campbell S, et al. Association of the platelet GPIIb/IIIa polymorphism with atherosclerotic plaque morphology. The ARIC Study. Circ Res. 2013;112:118-47.*
5. *Alpert JS, Thygesen K, Antman E, et al. Myocardial infarction redefined - a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. J Am Coll Cardiol. 2000;36: 959-69.*
6. *Ahaun Sentera. A new precise definition of acute myocardial infarction. Cliveland Clinic Journal of Medicine. 2009;76:3159-66.*
7. *Tsai IT, Wang CP, Lu YC, Hung WC, Wu CC, Lu LF, et al. The burden of major adverse cardiac events in patients with coronary artery disease. BMC Cardiovasc Disord. 2017 Jan 4;17(1):1.*
8. *Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST segment elevation. Eur Heart J. 2015;37(3):265-315.*
9. *Piepoli MF, Corrà U, Dendale P, Frederix I, Prescott E, Schmid JP, et al. Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. Eur J Prev Cardiol. 2016 Dec;23(18):1994-2006.*
10. *Santos IS, Goulart AC, Brandão RM, Santos RC, Bittencourt MS, Sitnik D, et al. One-year Mortality after an Acute Coronary Event and its Clinical Predictors: The ERICO Study. Arq Bras Cardiol. 2015 July; 105(1):53-64.*
11. *E.D. Peterson, D. Dai, E.R. DeLong, et al. Contemporary mortality risk prediction for percutaneous coronary intervention: results from 588,398 procedures in the National Cardiovascular Data Registry J Am Coll Cardiol. 1923-1932.*
12. *Garg S, Sarno G, Serruys PW, Rodriguez AE, Bolognese L, Anselmi M, et al. Prediction of 1-year clinical outcomes using the SYNTAX score in patients with acute ST-elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: a substudy of the STRATEGY (Single High-Dose Bolus Tirofiban and Sirolimus-Eluting Stent Versus Abciximab and Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction) and MULTISTRATEGY (Multicenter Evaluation of Single High-Dose Bolus Tirofiban Versus Abciximab With Sirolimus-Eluting Stent or Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction Study) trials. J Am Coll Cardiol Intv. 2011;4:66-75.*
13. *Kul S, Uyarel H, Turfan M, Ertas G, Vatankulu MA, Kucukdagli OT, et al. A new prognostic evaluation of patients with acute ST-elevation myocardial infarction undergoing primary angioplasty: combined Zwolle and Syntax score. Kardiol Pol. 2014;72:146-54.*
14. *Chen J, et al. Validation of the Ability of SYNTAX and Clinical SYNTAX Scores to Predict Adverse Cardiovascular Events After Stent Implantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. Angiology. 2016;67(9):820.*
15. *Schmucker J, Wienbergen H, Seide S, Guenther K, Fach A, Fiehn, et al. Identification of predictors of 1-year mortality after ST-elevation myocardial infarction-results from the Bremen STEMI-registry. European Heart Journal, Volume 34, Issue supp1 _1,1 August 2013:P1317.*
16. *Rossello X, Bueno H, Pocock SJ, Van de Werf F, Danchin N, Annemans L, et al. Predictors of all-cause mortality and ischemic events within and beyond 1 year after an acute coronary syndrome: Results from the EPICOR registry. Clin Cardiol. 2019 Jan; 42(1):111-9.*
17. *Stone SG, Serrao GW, Mehran R, Tomey MI, Witzenbichler B, Guagliumi G, et al. Incidence, predictors, and implications of reinfarction after primary percutaneous coronary*

intervention in ST-segment-elevation myocardial infarction: the Harmonizing Outcomes with Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction Trial. Circ Cardiovasc Interv. 2014 Aug; 7(4):543-51.

18. *Yan F, Liu H, Jiang W. Prevalence and associated factors of mortality after percutaneous coronary intervention for adult patients with ST elevation myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis protocol. Medicine (Baltimore) 2019;98(26): e16226.*

Poudel I, Tejpal C, Rashid H, et al. Major Adverse Cardiovascular Events: An Inavitable Outcome of ST elevation myocardial infarction? A Literature Review. Curens. 2019; 11(7):e5280.

19. *Stone GW, Bertrand ME, Moses JW, Ohman EM, Lincoff AM, Ware JH, et al. Routine upstream initiation vs deferred selective use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in acute coronary syndromes: The ACUITY timing trial. JAMA. 2007;297:591-602.*

SEKSUALNOST ONKOLOŠKIH PACIJENATA - STAVOVI I UVERENJA STUDENATA MEDICINSKOG FAKULTETA U NOVOM SADU

SEXUALITY IN CANCER PATIENTS - ATTITUDES AND VIEWS OF THE STUDENTS OF THE FACULTY OF MEDICNE OF NOVI SAD

Slobodan Tomić[1], Goran Malenković[2], Sanja Tomić[2], Aleksandar Jovanović[3], Milena Mikić[2]

[1]Univerzitet Novi Sad, Medicinski fakultet, student doktorskih studija, Novi Sad, Srbija

[2]Univerzitet Novi Sad, Medicinski fakultet, Katedra za zdravstvenu negu, Novi Sad, Srbija

[3]Univerzitet Novi Sad, Medicinski fakultet, Katedra za neurologiju, Novi Sad, Srbija

SAŽETAK

Uvod: *Rastući broj pacijenta lečenih i izlečenih od karcinoma priznanje je većem terapijskom uspehu i ranom otkrivanju bolesti, ali sa ovim uspehom dolazi i izazov zdravstvenih radnika u rešavanju problema koji utiču na njihovu seksualnost. Ovom studijom želeli smo da utvrdimo sta-vove i uverenja studenata integrisanih studija medicine i studenata osnovnih akademskih, odnosno strukovnih studija zdravstvene nege u pogledu zbrinjavanja seksualnosti kod onkoloških pacijenata, kao i da utvrdimo postojanje razlika između dve studijske grupe uključene u ovo istraživanje.*

Materijal i metode: *Istraživanje je sprovedeno u periodu od novembra do decembra 2018.godine, u vidu studije preseka i obuhvatilo je ukupno 116 studenata Medicinskog fakulteta u Novom Sadu podeljenih u dve grupe. U svrhu procene stavova studenata, kao instrument koristio se upitnik Sexuality Attitude and Belief Survey (SABS), autora Reynolds K. i Magnan M.A. iz 2005. godine.*

Rezultati: *Najveći procenat studenata zdravstvene nege (91,4%) se slaže sa stavkom da razumeju kako bi lečenje seksualnosti moglo da utiče na zdravlje pacijenata, dok se čak 89,7% ove grupe ispitanika ne slaže sa stavkom da je seksualnost previše ličan problem da bi se o tome razgovaralo sa pacijentima. Najveći procenat studenata medicine (74,1%) se složio sa stavkom da je većina hospitalizovanih pacijenata suviše bolesna da bi se zanimala za seksualnost. Najveće neslaganje (69%) izmereno je za izjavu prema kojoj studenti koriste svoje vreme da razgovaraju sa pacijen-tima o njihovim seksualnim problemima.*

Zaključak: *Rezultati ovog istraživanja su pokazali da ne postoje statistički značajne razlike u stavovima između studenata obe studijske grupe.*

Ključne reči: *seksualno zdravlje, studenti medicine, studenti zdravstvene nege, onkološki pacijenti, stavovi*

SUMMARY

Introduction: *The increasing number of treated and survived cancer patients is an acknowledg-ment to more successful therapies and early detection of cancer diseases. However, this success has created a challenge for health care professionals in addressing the issues that affect patients' sexuality. The aim of this study was to determine the attitudes and beliefs of students integrated studies of medicine and bachelor students, and professional studies of nursing care in terms of sexuality in cancer patients, and to determine the existence of differences between the two study groups involved in this research.*

Material and methods: *The survey was conducted from November to December 2018, in the form of cross-sectional study and included a total of 116 medical students divided into two groups. For the purpose of assessment of students as a means bet using the questionnaire Sexuality Attitude and Belief Survey (SABS) by authors Reynolds K. and Magnan M.A. from 2005.*

Results: *The highest percentage of nurses (91.4%) agree with the sentence to understand how to treat sexuality could affect the health of patients, while as many as 89.7% of this group of res-pondents disagreed with the sentence that sexuality is too personal problem to was discussed with patients. The highest percentage of medical students (74.1%) agreed with the sentence that most of the hospitalized patients are too sick to be interested in sexuality. The largest discrepancy (69%) was measured for a declaration under which students use their time to talk with patients about their sexual problems.*

Conclusion: *Results of this study showed that there are no significant differences in attitudes be-tween students at both study groups.*

Keywords: *sexual health, medical students, nursing students, oncology patients, attitudes*

Autor za korespondenciju:
Sanja Tomić
Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad
Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad
e-mail: sanja.tomic@mf.uns.ac.rs

Rad primljen: 15.12.2021; Rad prihvaćen: 23.01.2022.

UVOD

Seksualnost i seksualno zdravlje su integralni deo života svake osobe i jedna od kompo-nenti blagostanja ljudskog zdravlja i kvaliteta života. Ipak, u svakodnevnom okruženju fenomen seksualnosti uglavnom implikuje isključivo seksualni čin (fizički kontakt), dok se ostali aspekti seksualne aktivnosti, kao što su percepcija sopstvenog tela, intimnost, bliskost i drugi načini komunikacije, kao i aktivnosti kojima se iskazuje naklonost, često zanemaruju [1,2]. Slična si-tuacija je i u našoj sredini, koja je prilično konzervativnog shvatanja, utemeljenog na patrijar-halnim osnovama tradicionalnog i društveno prihvatljivog ponašanja. Vaznost prepoznavanja i rešavanja problema u vezi sa seksualnošću onkoloških bolesnika istaknute su sve većim brojem istraživanja, realizovanih poslednjih 10-ak godina [3-5].

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) seksualnost posmatra kao integralnu kompo-nentu ljudskog iskustva i obezbeđuje holističku definiciju seksualnosti kao intergaciju somatskih, emocionalnih, intelektualnih i društvenih aspekata seksualnog bića na pozitivan način, sa ciljem da se obogati i poboljša sopstvena ličnost, komunikacija i ljubav [6]. Međutim, iako je procena seksualnosti prioritetna komponenta kvalitetne nege, rezultati sprovedenih studija ukazuju na postojanje brojnih barijera za njenu realizaciju [5-11]. Većina autora realizovanih istraživanja na ovu temu saglasni su da je prvi inicijalni korak u rešavanju problema utvrđivanje stavova zdravstvenih radnika prema seksualnosti [6-10]. Barijere od strane zdravstvenih radnika, koje se navode kao najčešće, su konzervativna verovanja zasnovana na individualnim i društveno prihvaćenim stavovima, te netačne pretpostavke u vezi sa seksualnim potrebama onkoloških pacijenata [5,12-19]. Neki od razloga zbog kojih zdravstveni radnici ne razgovaraju sa svojim pacijentima o seksualnosti: su nedovoljno vremena tokom radnog procesa, nedovoljno znanje, negativni stavovi prema seksualnosti i zabrinutost zbog narušavanja intime pacijenata [20-24]. Cilj ovoga rada bio je da se utvrde stavovi i uverenja studenata Medicinskog fakulteta u Novom Sadu prema seksualnosti onkoloških pacijenata.

MATERIJAL I METODE

Uzorak

Istraživanje je sprovedeno u obliku studije preseka tokom novemba i decembra 2018. godine, na uzorku od 116 studenata Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, podeljenih u dve grupe:

I grupa – studenti sestrinstva treće (45) i četvrte (13) godine, ukupno 58 studenata;

II grupa- studenti medicine pete (26) i šeste (32) godine, ukupno 58 studenta.

Ovi studenti su izabrani jer su na svojim studijskim programima odslušali nastavu iz predmeta: Ginekologija i opstetricija, Onkologija i Palijativna zdravstvena nega.

INSTRUMENT

Upitnik *Sexuality Attitude and Belief Survey* – SABS, autora Reynolds K. i Magnan M.A, kreiran je tako da procenjuje stavove i uverenja zdravstvenih radnika i/ili studenata sestrinstva i medicine u vezi sa seksualnošću tokom kliničko-bolničke prakse [19]. Sadrži 12 stavki i koristi šestostepenu Likertovu skalu (1- potpuno se slažem; 6 - apsolutno se ne slažem). Da bi se sprečile tendencije u odgovaranju, 7 od 12 stavki (stavke 1,2,4,6,8,10 i 12) su obrnuto kodirane tako da je 1- potpuno se ne slažem, dok je 6 - apsolutno se slažem. Ukupni bodovi kreću se u rasponu od 12 do 72. Veći broj bodova govori u prilog postojanja više prepreka u proceni seksualnosti onkoloških pacijenata i participaciji ispitanika [19].

STATISTIČKA ANALIZA

Analiza podataka je obuhvatila metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Numerička obeležja su prikazana putem srednjih vrednosti (aritmetička sredina) i mera varijabiliteta (stan-dardna devijacija), a atributivna obeležja korišćenjem frekvencija i procenata. Univarijantna analiza je uključila primenu $\chi 2$ testa za atributivna obeležja, odnosno Studentovog t-testa i jednosmerne analize varijanse (ANOVA) za numerička obeležja. Statistički značajnim se smatraju vrednosti nivoa značajnosti $p<0,05$. Za statističku obradu podataka korišćen je pro-gramski paket IBM SPSS Statistics 20.

ETIČKA RAZMATRANJA

Protokol istraživanja odobren je od strane Etičke komisije Medicinskog fakulteta u Novom Sadu.

REZULTATI

U studiji je učestvovalo najviše studenata treće godine sestrinstva i šeste godine medicine. Najveći broj ispitanika u obe grupe (86) je ženskog pola (Tabela 1).

Tabela 1. Sociodemografske karakteristike uzorka

		Zdravstvena nega (n= 58)	Integrisane studije medicine (n= 58)	Ukupno (n=116)
Pol	Muški	12 (10,4%)	18 (15,5%)	30 (25,9%)
	Ženski	46 (39,6%)	40 (34,5%)	86 (74,1%)
Godina studija				
III godina		45 (38,8%)	0 (0%)	45 (38,8%)
IV godina		13 (11,2%)	0 (0%)	13 (11,2%)
V godina		0 (0%)	26 (22,4%)	26 (22,4%)
VI godina		0 (0%)	32 (27,6%)	32 (27,6%)

Prosečne srednje vrednosti pojedinačnih stavki SABS upitnika u grupi studenata se-strinstva kretale su se u rasponu od 2,57±1,01 do 4,83±1,23, a u grupi studenata medicine od 3,03 ±1,67 do 4,22 ±1,44 (Tabela 2). Procenat slaganja ili neslaganja izvršen je dihotomizacijom opcija odgovora na sredinu između ocena od 3 i 4, na sledeći način: opcije odgovora od 1 do 3 i od 4 do 6 u skali Likertovog tipa su klasifikovane kao slaganje i neslaganje. Više od tri četvrtine studenta sestrinstva (86,2%) smatra da je razgovor o seksualnosti veoma značajan za zdravlje pacijenata i gotovo svi (91,4%) razumeju važnost lečenja seksualnih disfunkcija. Ove dve stavke imale su najveću srednju vrednost (4,83 ± 1,23 vs 4,81 ± 1,08) u grupi studenata sestrinstva. Dve trećine studenata obe grupe (65,5% vs 60,3%) smatraju da je dobijanje saglasnosti za razgovor o seksualnosti obaveza zdravstvenog radnika (Tabela 2). U visokom procenatu studenti sestrinstva i medicine (48,3% vs 74,1%) slažu se sa stavom da su hospitalizovani onkološki pacijenti nezainteresovani za seksualnost. Neprijatnost tokom komunikacije o seksualnim problemima izraženija je kod budućih lekara (48,3% vs 22,4%). Iako se studenti u najvećem procentu ne slažu da je seksualnost suviše ličan problem da bi se o tome razgovaralo (89,7% vs 67,2%), gotovo polovina studenata sestrinstva (48,3%) i nešto

više od po-lovine studenata medicine (51,7%) se složilo da o seksualnosti treba razgovarati samo na inicija-tivu pacijenata.

Tabela 2. Stavovi i uverenja studenata u vezi seksualnosti onkoloških pacijenata

Stavke	Grupa*	Mean ±SD	Slaganje (%)	Neslaganje (%)	t	p
POZITIVNE STAVKE						
SABS 1	1 2	4,83 ± 1,23 4,16 ± 1,55	86,2 67,2	13.8 32.8	2.584	0.01
SABS 2	1 2	4,81 ± 1,08 4,00 ± 1,73	91,4 63,8	8.6 36.2	3.027	0.00
SABS 4	1 2	3,81 ± 1,69 3,84 ± 1,51	62,1 60,3	37,9 39,7	0.116	0.90
SABS 6	1 2	3,28 ± 1,47 3,41 ± 1,38	34,5 50,0	65,5 50,0	0.521	0.60
SABS 8	1 2	3,34 ± 1,51 4,12 ± 1,48	48,3 74,1	51,7 25,9	2.803	0.00
SABS 10	1 2	3,40 ± 1,45 3,31 ± 1,70	43,1 50,0	56,9 50,0	0.294	0.76
SABS 12	1 2	2,57 ± 1,01 3,10 ± 1,67	10,3 32,8	89,7 67,2	2.083	0.04
NEGATIVNE STAVKE						
SABS 3	1 2	2,90 ± 1,58 3,03 ± 1,67	65,5 60,3	34,5 39,7	0.458	0.64
SABS 5	1 2	3,41 ± 1,52 3,74 ± 1,49	48,3 41,4	51,7 58,6	1.170	0.24
SABS 7	1 2	4,03 ± 1,41 4,22 ± 1,44	32,8 31,0	67,2 69,0	0.716	0.47
SABS 9	1 2	4,31 ± 1,48 3,69 ± 1,72	22,4 48,3	77,6 51,7	2.086	0.03
SABS 11	1 2	3,52 ± 1,35 3,45 ± 1,42	48,3 51,7	51,7 48,3	0.268	0.78

Grupa: 1- studenti sestrinstva; 2- studenti medicine; p<0,05*

Na visinu SABS skora kod studenata zdravstvene nege najviše su uticale izjave: „Razgo-vor o seksualnosti je od suštinskog značaja za zdravlje pacijenta" i "Razumem kako bi lečenje seksualnosti moglo da utiče na zdravlje pacijenta", dok je na visinu skora kod studenata medicine najviše uticala izjava: "Koristim vreme da razgovaram o seksualnim problemima sa svojim pacijentima" (Tabela 3).

Tabela 3. Izjave koje su najviše uticale na vrednost SABS skora u odnosu na studijski program

STUDIJSKI PROGRAM	IZJAVA	MEAN ±SD
Zdravstvena nega	Razgovor o seksualnosti je od suštinskog značaja za zdravlje pacijenta.	4.83 ± 1.23
	Razumem kako bi lečenje seksualnosti moglo da utiče na zdravlje pacijenta.	4.81 ± 1.08
	Meni je neprijatno da govorim o seksualnim problemima.	4.31 ± 1.48
	Koristim vreme da razgovaram o seksualnim problemima sa svojim pacijentima.	4.03 ± 1.41
Integrisane studije medicine	Koristim vreme da razgovaram o seksualnim problemima sa svojim pacijentima.	4.22 ± 1.44
	Razgovor o seksualnosti je od suštinskog značaja za zdravlje pacijenta.	4.16 ± 1.55
	Većina hospitalizovanih pacijenata je suviše bolesna da bi se zanimala za seksualnost.	4.12 ± 1.48
	Razumem kako bi lečenje seksualnosti moglo da utiče na zdravlje pacijenta.	4.00 ± 1.73

Analizom ukupnog skora SABS upitnika prema godini studija nezavisno od studijskog programa, nije dobijena statistički značajna razlika prema pomenutim karakteristikama (F=0,713 p=0,546). Kod muških ispitanika je zabeležen veći ukupan skor (44,77), međutim, razlika u od-nosu na ispitanike ženskog pola prema ovom parametru nije statistički značajna (t=1,072 p=0,286). Podjednake su ukupne vrednosti skora za obe grupe ispitanika posmatrane prema stu-dijskom programu, pa dobijena razlika nije statistički značajna (t=0,229 p=0,819). (Tabela 4)

Tabela 4. Razlika u ukupnom skoru SABS u odnosu su na godinu studija, pol i studijski program

STUDIJSKI PROGRAM	N (%)	MEAN ±SD
Zdravstvena nega Integrisane studije medicine	58 (50) 58 (50)	44.00±7.34 44.17±6.41
		t= 0.22; p=0.81*
GODINA STUDIJA		
Zdravstvena nega		
III godina IV godina	45 (38.8) 13 (11.2)	44.14±5.41 45.67±8.22
Integrisane studije medicine		
V godina VI godina	26 (22.4) 32 (27.6)	43.39±7.31 44.48 ±6.73
		***F= 0.71; p=0.54*
Pol		
Muški Ženski	30 (25.9) 86 (74.1)	44.77±4.73 43.85±5.73
		t= 1.07; p=0.28*

Nivo značajnosti p je iztračunat primenom t- t-testa i **F- ANOVA*

DISKUSIJA

Seksualnost u populaciji onkoloških pacijenata se u našoj sredini nalazi u sferi tema o ko-jima se gotovo i ne priča, pa se kao takva često izbegava i zanemaruje. Kada je reč o privatnosti, iako većina studenata obe grupe smatra da seksualnost nije suviše lično pitanje da bi se o njemu razgovaralo, skoro polovina budućih lekara (48,3%) i 22,4% studenata sestrinstvoseća neprijatnost na samu pomisao razgovora o ovoj temi, i 22,4% studenata sestrinstva se složilo sa kolegama.

Rezultati drugih autora potvrđuju poteškoće s kojima se suočavaju medicinske sestre i le-kari tokom evaluacije seksualne funkcije [7]. Glavni faktori koji doprinose osećaju neprijatnostii nelagode su percepcija budućih zdravstvenih radnika da pacijenti ne žele da razgovaraju na ovu temu, teret predrsuda koje sa sobom nosi ova tema, lični stav prema seksualnosti, kao i uticaj pola i godina života pacijenata. Značajan uticaj i moguće barijere treba tražiti i u odsustvu seksualnog obrazovanja u nastavnim programima tokom školovanja zdravstvenih radnika [8-10,12]. Istraživanje čiji su rezultati objavljeni 2015.godine, realizovano u Turskoj na uzorku od 155 stu-denata druge, treće i četvrte godine medicine sa ukupnim rezultatom SABS skora od 41.55 najpribližnije je našim rezultatima [13]. Novije istraživanje Tuguta sa saradnicima, takođe reali-zovano u Turskoj, ukazuje na nešto niže vrednosti skora, dok su, u poređenju sa studentima med-icine u Kini, naši rezultati niži [6,14].

Na nivou naše studije su se posebno istakle stavke koje prave razliku između studenata sestrinstva i medicine. U grupi 1 najveći procenat slaganja studenata sestrinstva (91,4%) odnosi se na

razumevanje negativnog uticaja bolesti i tretmana na seksualnost. Ovo je vrlo važno kao ključni element holističkog koncepta zdravstvene nege. Takođe ohrabruje, jer ukazuje na visok stepen svesti i pozitivan stav među diplomiranim medicnskim sestrama, što čini polaznu tačku za implementaciju procene seksuanosti u svakodnevnom radu sa pacijentima. Ovi rezultati u skladu su sa drugim studijama koje su sprovedene među studentima i praktičarima [25, 26].

Studenati medicine (74,1%) u našem istraživanju su bili skloni uverenju da su hospitali-zovani pacijenti bili suviše bolesni da bi se bavili pitanjem seksualnosti, što je u skladu sa stavo-vima kolega iz Turske [13, 14]. Ovo nije iznenađujući rezultat, već još jedna poteškoća sa kojom se suočavaju onkološki pacijenti, jer je mišljenje budućih zdravstvenih radnika zasnovano na društvenoj interpretaciji seksualnosti, pri čemu se u našem okruženju ona smatra neprikladnom tokom bolesti. Ovakav rezultat možemo jednim delom objasniti i odsustvom obuke i nedovoljnom edukacijom studenata medicine za uzimanje seksualne anamneze.

Autori sličnih istraživanja navode da ovakvim rezultatima mogu doprineti i osećanja sra-mote koja postoje kod studenata, kao i loša pripremljenost kroz kliničko-bolničku praksu. U prilog iznetim navodima ide i podatak iz naše studije da većina studenata nije spremna da inicira razgovor na temu seksualnosti: svega nešto više od trećine studenata obe grupe (32,8% vs 31,0%) je razgovaralo sa pacijentima o njihovim seksualnim problemima. Rezultati brojnih studija ukazuju da pacijenti žele da razgovaraju o seksualnosti, ali oni očekuju da medicinske sestre i lekari pokrenu razgovor [27-9]. Rezultati u našem istraživanju pak ukazuju da budući zdravstveni rad-nici očekuju da pacijenti izraze zabrinutost odnosno iniciraju razgovor na temu seksualnosti. Mnogobrojni autori navode nedostatak obuke, znanja, kao i kulturne i verske razlike između zdravstvenih radnika i pacijenata kao prepreku za uzimanje seksualne anamneze, što za posledicu ima dalje izbegavanje ove teme i neidentifikovanje zdravstvenih potreba pacijenata [16-26]. Interesantan podatak iz studije ukazuje na visok nivo prihvatanja konsultacija o seksual-nosti kao delu odgovornosti gotovo podjednako i diplomiranih medicinskih sestara i lekara u obe grupe studenata (43,1%vs 50,0%). U poređenju sa ranijim studijama u kojima su medicinske sestre izjavile da razgovor o seksualnosti nije u opisu njihovog posla [7], ovakav rezultat naših studenata ohrabruje. Takođe, imajući u vidu epidemiološku situaciju karcinoma u našoj zemlji, ovo može biti i rezultat rastuće svesnosti o potencijalnim problemima u domenu seksualnosti sa kojima se suočavaju oboleli od malignih bolesti.

Ova studija ima nekoliko ograničenja. Realizovana je kao pilot studija u kojoj su učestvovali studenti Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, jer sličnih istraživanja, koja bi uključivala zdravstvene radnike, do sada nije bilo. Relativno mali uzorak studenata koji su učestvovali u studiji ograničavajući je faktor te se rezultati ne mogu generalizovati. Moguće ograničenje odnosi se na to da iako su odgovori anonimni, postoji mogućnost pristrasnosti u smislu društveno i/ili profesionalno prihvatljivih odgovora. Obzirom na multikulturalnu sredinu koja je karakteristika Novog Sada i uticaj kulturnih i verskih razlika između zdravstvenih radnika i pacijenata koja su u prethodnim istraživanjima istaknuta, trebalo bi u budućim istraživanjima ispitati ovu vezu.

ZAKLJUČAK

Studija je otkrila da studenti sestrinstva i medicine razumeju uticaj bolesti i tretmana na seksualnost onkoloških bolesnika. Iako seksualnost ne doživljavaju kao suviše ličan problem, studenti bi ipak samo na inicijativu pacijenata razgovarali o tome. Sumirajući rezultate, možemo reći da je najizraženija barijera studenata, kako sestrinstva tako i medicine, prema seksualnosti onkoloških pacijenata, njihova percepcija da su pacijenti suviše bolesni da bi se zanimali za sek-sualnost.

IZJAVA O KONFLIKTU INTERESA

Autori izjavljuju da nema sukoba interesa.

LITERATURA

1. *Oskay U, Can G, Basgol S. Discussing sexuality with cancer patients: oncology nurses at-titudes and views. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(17):7321-6*
2. *Huang LL, Pu J, Liu LH, Du XB, Wang J, Li JY. et all. Cancer department nurses' atti-tudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: a survey in Sichuan, China. Contemp Nurse. 2013;43(2):146-51*
3. *Beck M, Justham D. Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. Nurs Stand. 2009;8-14;23(31):44-8.*
4. *Krebs L.U. Sexual assessment in cancer care: concepts, methods, and strategies for suc-cess. Seminars in Oncology Nursing, 2008; 24(2):80–90*
5. *Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing? Eur J Oncol Nurs. 2012;16(4):426-31*
6. *World Health Organization. Sexual and reproductive health: defining sexual health.2015. Dostupno na: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions; Pristupano: Novembar, 2016.godine*
7. *Saunamäki N, Andersson M, Engström M. Discussing sexuality with patients: nurses' atti-tudes and beliefs. J Adv Nurs. 2010;66(6):1308-16*
8. *Tsai YF.Nurses' facilitators and barriers for taking a sexual history in Taiwan. Appl Nurs Res. 2004;17(4):257-64.*
9. *Shafik AS, Mohamady HS. Application of PLISSIT Counseling Model for Women with Cervical Cancer Undergoing Treatment on Enhancing Sexuality. American Journal of Nursing Science.2016; 5(3):85-95.*
10. *Jonsdottir JI, Zoëga S, Saevarsdottir T, Sverrisdottir A, Thorsdottir T, Einarsson GV et al. Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals re-garding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a Univer-sity Hospital. Eur J Oncol Nurs. 2016;21:24-30.*
11. *Depke JL, Onitilo AA. Sexual health assessment and counseling: oncology nurses' per-ceptions, practices, and perceived barriers. J Community Support Oncol. 2015;13(12):442-3*
12. *Magnan M.A, Norris D.M. Nursing students' perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. J. Nurs. Educ.2008; 47(6):260-8.*
13. *Demirgoz M.B, Canbulat N.S. Turkish Nursing Students' Attitudes and Beliefs Regarding Sexual Health. Sex Disabil.2015;33:223-31.*
14. *Tugut N, Golbasi Z. Sexuality Assessment Knowledge, Attitude, and Skill of Nursing Students: An Experimental Study with Control Group. Int J Nurs Knowl. 2017 Jul;28(3):123-30.*
15. *Mcfadyen J. Teaching sex education: are Scottish school nurses prepared for the chal-lenge? Nurse Educ. Today.2004; 24(2), 113–20.*
16. *Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care. Nurs Stand. 2010; 1-7;24(52):35-9.*
17. *Hordern A. Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. Cancer Nurs. 2008;31(2):E9-17*

18. *Stilos K, Doyle C, Daines P. Addressing the sexual health needs of patients with gyneco-logic cancers. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(3):457-63.*
19. *Magnan M.A, Reynolds K.E, Galvin E.A. Barriers to addressing patient sexuality in nurs-ing practice. Medsurg Nursing. 2005;14:282-9.*
20. *Gölbaşı, Z, and Evcili, F. Evaluating patient sexuality and nursing: Obstacles and sugges-tions. Anatolian JNursing Health Sciences. 2013; (16): 313-21.*
21. *Moore A, Higgins A, Sharek D. Barriers and facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. Eur J Oncol Nurs. 2013 ;17(4):416-22.*
22. *Kim S, Kang SH, Kim HJ. A sexual health care attitude scale for nurses: Development and psychometric evaluation. International Journal of Nursing Studies. 2011;48:1522-32.*
23. *Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? Eur J Oncol Nurs. 2012;16(4):426-31.*
24. *Julien JO, Thom B, Kline NE. Identification of barriers to sexual health assessment in on-cology nursing practice. Oncol Nurs Forum. 2010;37(3):E186-90.*
25. *FitzGerald M, Crowley T, Greenhouse P, Probert C, Horner P. Teaching sexual history taking to medical students and examining it: experience in one medical school and a na-tional survey. Med Educ. 2003;37:94-8.*
26. *Khanam M, Perveen S, Mirza S. Reproductive and sexual health issues: knowledge, opi-nion and attitude of medical graduates from Karachi. J Pak Med Assoc. 2011;61(7):648–52.*
27. *Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, de Kroon CD, Stiggelbout AM, Kuile MM. Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? Psy-cho-Oncology.2015; 24: 458-64.*
28. *Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, Stiggelbout AM, Ter Kuile MM. Cervical cancer survivors and partners experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. Support Care Cancer. 2016; 24: 1679-87.*
29. *Lianqing Z, Limin Q, Boyong S, Zhihong J, Huayun L, Yongyi C. Patterns and predic-tors of healthcare-seeking for sexual problems among cervical cancer survivors: An ex-ploratory study in China.Biomedical Research 2017; 28(14): 6355-60.*

PROCENA NIVOA ISPITNE ANKSIOZNOSTI STUDENATA ZDRAVSTVENE NEGE

ASSESSMENT OF EXAM ANXIETY LEVEL AMONG NURSING STUDENTS

Snežana Dukić[1], Boris Golubović[1,2]

[1]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Srbija

[2]Klinički centar Vojvodine, Klinika za psihijatriju, Srbija.

SAŽETAK

Uvod: *Ispitna anksioznost je slobodno lebdeći osećaj nelagode u situacijama pripreme, polaganja testova/ispita, koja može prolongirati i u period okončanja testa/ispita.*

Cilj rada: *Istraživanje ima za cilj da utvrdi nivo ispitne anksioznosti kod studenata zdravstvene nege, zatim da li postoje razlike u nivou ispitne anksioznosti studenata u odnosu na sociodemografske varijable, kao i da ustanovi moguće korelacije između visokog nivoa ispitne anksioznosti i sociodemografskih varijabli studenata.*

Ispitanici i metode: *Istraživanje je sprovedeno kao deskriptivna studija preseka na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu. Ispitivanje je obuhvatilo 144 studenta akademskih studija zdravstvene nege. Kao instrumenti istraživanja korišćeni su Opšti upitnik i Instrument za procenu ispitne anksioznosti (Instrument on Test Anxiety).*

Rezultati: *Polovina studenata (50,7%) ispoljavala je optimalan nivo anksioznosti, a četvrtina njih je imala ili nizak ili visok nivo ispitne anksioznosti. Rezultati istraživanja potvrdili su pozitivnu statistički značajnu povezanost visokog nivoa ispitne anksioznosti sa godinom studiranja, materijalnim statusom i pritiskom roditelja i okoline u vezi završetka studija.*

Zaključak: *Prisustvo visokog nivoa ispitne anksioznosti može znatno uticati na uspešnost savladavanja zadataka i postizanje konačnog cilja. Upravo zbog toga, značajna je prevencija ispitne anksioznosti, koja za cilj ima da smanji efekte anksioznosti usled testiranja na onaj nivo koji će omogućiti studentima da postignu samokontrolu stresa i da ostvare najbolje moguće rezultate.*

Ključne reči: *ispitna anksioznost, studenti zdravstvene nege, socioekonomski faktori.*

SUMMARY

Introduction: *Exam anxiety is a free-floating feeling of discomfort in situations of preparation, taking tests/exams, which can prolong into the period of completion of the test/exam.*

Aims: *The research aims were to determine the level of test anxiety in nursing students, then whether there are differences in the level of test anxiety in students due to sociodemographic variables, and to establish possible correlations between high levels of test anxiety and sociodemographic variables of students.*

Methods: *The research was conducted as a descriptive cross-sectional study at the Faculty of Medicine in Novi Sad. The study included 144 students of academic nursing studies. The General Questionnaire and the Instrument on Test Anxiety were used as research instruments.*

Results: *Half of the students (50.7%) showed an optimal level of anxiety, and a quarter of them had either a low or high level of test anxiety. The research results confirmed a positive statistically significant association of high levels of examination anxiety with the year of study, material status and pressure of parents and the environment regarding the completion of studies.*

Conclusion: *A high level of test anxiety can significantly affect mastering tasks and achieving the ultimate goal. Because of this, the prevention of test anxiety is essential, which aims to reduce the effects of anxiety due to testing to a level that will enable students to achieve self-control of stress and achieve the best possible results.*

Keywords: *test anxiety, students, nursing, socioeconomic factors.*

UVOD

Ispitna anksioznost predstavlja oblik anksioznog poremećaja koji se manifestuje intenzivnim osećajem nelagode kod studenata tokom pripreme, polaganja i nakon završetka usmenog ili pismenog dela ispita [1]. Izražava je strah i nelagoda tokom ispitne situacije, uz intezivnu percepciju bespomoćnosti [2]. Ispitno anksiozne osobe u situacijama procene znanja sklone su zaokupirati sebe interferirajućim mislima i brigama, poput osećaja bespomoćnosti i zabrinutosti zbog mogućeg neuspeha, čime svoju kognitivnu aktivnost usmeravaju na sadržaje nevažne za zadatak [3].

Umeren strah i nelagodnost prisutni su kod većine studenata koji se pripremaju ili polažu ispit, ali ih oni spontano prevazilaze [1]. Šta više, mala doza anksioznosti tokom ispita smatra se pozitivnom i motivišućom da podstrekne studenta da zabeleži što je moguće bolje rezultate [4]. Međutim, visok nivo anksioznosti (klinički nivo) studenata pre, tokom ili nakon ispita mogu da sputaju studenta u ostvarivanju dobrih rezultata, dovedu do izbegavanja ispita, odustajanja od studiranja, kao i gubitka samopouzdanja [1].

Koncept predispitne anksioznosti poznat je u naučnoj literaturi još od 1950. godine, a sadašnji statistički podaci pokazuju da je predispitna anksioznost visoko rasprostranjena u opštoj populaciji, naročito među ženskim polom. Procenjuje se da najmanje 2-3 studenta/studentkinje u svakoj učinioci ima ispitnu anksioznost [5].

U naučnoj literaturi su poznata dva faktora sa kojim se povezuje mogućnost ispoljavanja predispitne anksioznosti: kognitivni faktori i faktori aktivacije autonomnog nervnog sistema.

Autor za korespondenciju:
Snežana Dukić
Adresa stanovanja: Solunskih dobrovoljaca 63, Stepanovićevo 21212.
Email adresa: snezanadukic94@gmail.com

Rad primljen: 21.01.2022; Rad prihvaćen: 27.01.2022.

Kognitivni faktori („briga“ ili „nedostatak samopoštovanja“) odnose se na ruminirajuće misli koje su usmerene na percepciju lične neadekvatnosti, samokritiku, mogućnost neuspeha, kao i zabrinutost za moguće neprijatne posledice neuspeha. Takve misli otežavaju postignuće tako što skreću pozornost sa ispitnog zadatka. Faktori aktivacije autonomnog nervnog sistema podrazumevaju one faktore koji se tiču fizioloških simptoma kao posledica preterane brige. Nazivaju se još i emocionalni faktori, jer predstavljaju fiziološke i afektivne reakcije kao što su ubrzan rad srca, nervoza, znojenje ruku, kratkoća daha, suva usta, i slične autonomne reakcije simpatičkog nervnog sistema. Za razliku od kognitivnih faktora, čini se da emocionalni faktori ispitne anksioznosti nemaju većih štetnih uticaja na akademska postignuća [6].

Studenti kod kojih dominiraju ova dva faktora u visokoj meri imaju tendeciju da procenjuju ispitnu situaciju kao vlastitu pretnju. Upravo zbog toga, ovakve studente karakteriše niska akademska efikasnost i intezivne emocionalne reakcije. Za razliku od pomenutih studenata, studenti sa optimalnim stepenom ispitne anksioznosti imaju visok stepen akademske efikasnosti, percipiraju ispitne situacije kao izazove, a ne kao pretnje, pozitivno tumače emocije koje doživljavaju u predispitnom i ispitnom roku i svoju energiju usmeravaju ka rešavanju zadataka [7].

Najistaknutiji simptomi koji se javljaju kod studenata koji pate od ispitne anksioznosti su tzv. fiziološki simptomi u koje ubrajamo: znojenje, glavobolju, tahikaradiju, kao i gastrointestinalne poremećaje. Takođe, usled visokog nivoa straha i strepnje vezane za ispit studenti mogu doživeti iskustvo u promenama raspoloženja, kao i paniku koja može biti toliko intezivna da „parališe“ studenta [8].

Ispitna anksioznost ne samo da prikriva stvarne sposobnosti studenata, već ih i eliminiše i upravo zbog toga je ispitna anksioznost važna stavka koju treba imati na umu prilikom ocenjivanja studenata [9]. Stres koji studenti doživljavaju pre, tokom i nakon ispita nema samo posledice poput loših akademskih performansi, već i dugoročne posledice na telesni i mentalni zdravstveni status studenta [5].

Stoga, ciljevi ovog istraživanja su bili da se kod studenata zdravstvene nege utvrdi nivo ispitne anksioznosti, zatim da se ispita da li postoji razlika u nivou ispitne anksioznosti u odnosu na sociodemografske determinante studenta (pol, bračni i radni status) i na kraju, da se ispita da li postoji povezanost nivoa ispitne anksioznosti i sociodemografskih karakteristika studenata (godina studiranja, status studiranja, mesto stanovanja, materijalno stanje, stepen obrazovanja roditelja, kao i pritisak roditelja i okoline u vezi završetka studija)

Ispitanici i metode

Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka u vremenskom periodu od aprila do juna 2020. godine na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu, na uzorku od 144 studenta akademskih studija zdravstvene nege. Kao instrumenti istraživanja koristili su se: Opšti upitnik i Instrument za procenu ispitne anksioznosti (Instrument on test anxiety) koji su distribuirani online koristeći Google upitnik (Google Drive).

Opšti upitnik je konstruisan od strane istraživača i sastoji se od ukupno 10 pitanja koja se odnose na sociodemografske karakteristike studenata kao što su pol, godina studiranja, mesto stanovanja, stepen obrazovanja roditelja, bračni i radni odnos, status finansiranja studiranja, kao i materijalni status, pritisak roditelja i okoline u vezi završetka studija.

Instrument za procenu ispitne anksioznosti konstruisao je Asamoah [10] sa glavnim ciljem da definiše, razvije i omogući preciznije merenje anksioznosti koje se javlja kod studenata pre, tokom i nakon polaganja ispita. Instrument sadrži ukupno 30 pitanja koja se odnose na period pre, tokom i nakon polaganja ispita. Skala rangiranja bodova (Likertova skala) kreće se od 1-gotovo nikad, 2-ponekad, 3-većinu vremena do 4-skoro uvek. Ukupna ocena svakog ispitanika može biti u rasponu od 30–120. Veći skor ukazuje na viši nivo ispitne anksioznosti, pri čemu ispitna anksioznost može biti niska, optimalna i visoka.

Nizak nivo ispitne anksioznosti (skor od 30–59) definiše minimalan napor studenata na pripremu testa i rezultate ispitivanja koji su za studenta sa ovom dozom ispitne anksioznosti nevažni. Optimalan nivo ispitne anksioznosti (skor od 60–89) karakteriše studenta koji je izdvojio odgovarajuće vreme za pripremu ispita, a rezultate smatra važnim. Visok nivo ispitne anksioznosti (skor od 90–120) opisuje studenta koji ulaže preteran napor na pripremu ispita i rezultate smatra izuzetno važnim.

Za popunjavanje upitnika je potrebno ukupno 3 minute. Istraživanje je odobrio Etički odbor Medicinskog fakulteta, Univerziteta u Novom Sadu.

Za obradu podataka korišćen je program SPSS for Windows 20 koji radi pod Microsoft Windows okruženjem. Pored deskriptivne statistike, za utvrđivanje povezanosti između varijabli primenjena je korelacija, a u cilju ispitivanja veze između varijabli korišćeni su hi - kvadrat test i t-test za nezavisne uzorke.

REZULTATI

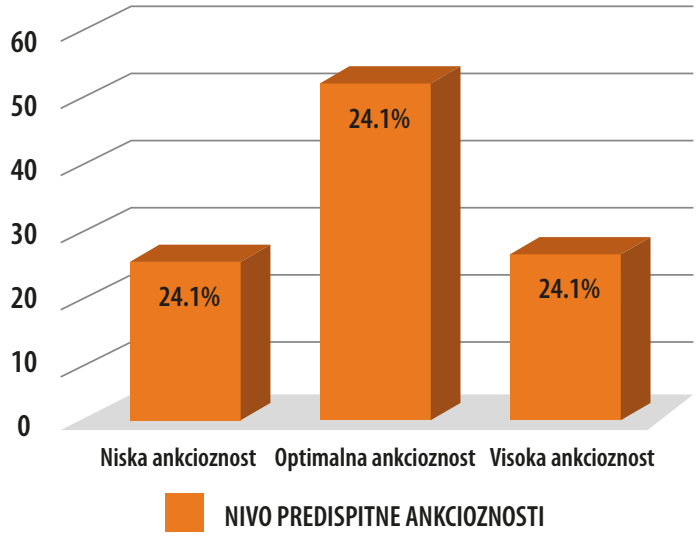
U studiji su učestvovali studenti svih studijskih godina (I godina – 29,9%, II godina – 20.1% III – 25,7% i IV – 24,3%). Od ukupnog broja studenata, 89% su bile osobe ženskog, a 11% muškog pola.

Status budžetskog studenta imalo je 72,2% studenta, dok je njih 27,8% imalo samofinansirajući status. Veliki pritisak roditelja da završe studije imalo je 10,4% studenata, dok trećina njih nije bila izložena pritisku od strane roditelja.

Skoro polovina studenata, odnosno 46,5% je smatralo da su dobrog materijalnog statusa, a većina njih nije bila u radnom odnosu, nije bila u braku, živela je u Novom Sadu i imala roditelje sa završenim srednjim obrazovanjem.

Prosečan skor na testu ispitne anksioznosti za ceo uzorak studenata iznosio je 74,5 ± 17,0 (SD), pri čemu je najniži skor bio 42, a najviši 111 (Tabela 1).

Polovina studenata 50,7% ispoljavala je optimalan nivo anksioznosti, a četvrtina njih je imala ili nizak ili visok nivo ispitne anksioznosti (Grafikon 1).



Grafikon 1. Distribucija studenata zdravstvene nege u odnosu na nivo ispitne anksioznosti

Tabela 1. Prosečan skor i mere varijabiliteta na testu ispitne anksioznosti

STAVKE	AS	SD	MIN	MAX
1. Prilikom polaganja testa imam veće poteškoće u odnosu na prosečnog studenta ili studentkinju	2,00	0,89	1	4
2. Za vreme polaganja testa razmišljam o posledicama svog neuspeha	2,34	1,04	1	4
3. Brinem se šta će mi roditelji ili vršnjaci reći	2,07	1,00	1	4
4. Nakon testa brinem se da li sam ga dovoljno dobro uradio/la	3,16	0,90	1	4
5. Brinem se da mogu zaboraviti gradivo koje sam pročitao/la na dan testa	2,82	1,01	1	4
6. Brinem se o oceni koju ću dobiti	2,68	1,06	1	4
7. Staloženiji/a sam u odnosu na prosečnog studenta ili studentkinju u toku polaganja testa	2,38	0,95	1	4
8. Postoji strah u meni kada polažem test	2,94	0,97	1	4
9. Emotivno sam nestabilan / a dan pre polaganja testa	2,36	1,11	1	4
10. Mislim o tome kako sam trebao/la učiti više	3,30	0,82	1	4
11. Osećam nervozu dok polažem test	2,97	0,99	1	4
12. Stalno proveravam preostalo vreme u toku polaganja testa	2,29	1,08	1	4
13. Vrlo mi je teško da sedim mirno za vreme polaganja testa	2,02	1,02	1	4
14. Moje srce ubrzano kuca	2,62	1,15	1	4
15. Moje ruke drhte dok preuzimam test	1,83	1,01	1	4
16. Moram da odem do kupatila više puta	1,58	0,91	1	4
17. Po završetku testa prisećam se odgovora koje sam dao/la	3,37	0,84	1	4
18. Teško mi je da se koncentrišem kada se vreme održavanja testa približi	2,52	1,08	1	4
19. U celini, osećam se nelagodno kada polažem test	2,68	1,08	1	4
20. Ne mogu da spavam, jer razmišljam da li sam položio/la test	2,13	1,14	1	4
21. Pitam se da li ću položiti test	3,17	0,93	1	4
22. Razmišljam kako će drugi studenti ili studentkinje biti bolji/e od mene	1,92	1,04	1	4
23. Samouveren/a sam pre, tokom i nakon polaganja testa	2,11	0,89	1	4
24. Razmišljam kako neću dobiti zadovoljavajući rezultat	2,54	0,92	1	4
25. Dobro se snalazim u testovima koji su vremenski ograničeni	2,98	0,91	1	4
26. Pravim namerne greške prilikom polaganja testa	1,17	0,55	1	4
27. Ne paničim kada vidim neočekivana pitanja	2,32	1,01	1	4
28. Tokom testa osećam da sam učio/la pogrešne stvari	2,31	1,05	1	4
29. Mislim kako je većina mojih odgovora bila pogrešna	2,35	1,07	1	4
30. U celini mislim da je svaki test koji radim težak	3,12	1,01	1	4
Ukupno	**74,05**	**29,43**	**30**	**120**

Rezultati t-testa nezavisnih uzoraka ukazuju da, iako studentkinje pokazuju viši nivo ispitne anksioznosti, ne postoji statistički značajna razlika u pogledu skora na testu ispitne anksioznosti između studenata muškog i ženskog pola ($t(142) = -1.930$, $p = 0.064$) (Tabela 2). Takođe, uvidom u Tabelu 2 uočavamo da ne postoje statistički značajne razlike u pogledu skora na testu ispitne anksioznosti između studenata koji su u braku i onih koji to nisu ($t(142) = -1.249$, $p = 0.214$), kao ni između zaposlenih i nezaposlenih studenata ($t(142) = -0.428$, $p = 0.670$).

Tabela 2. Prosečan skor na testu ispitne anksioznosti: razlika u odnosu na pol, bračni i radni status

		n	AS	SD	t	p
POL	Muško	16	69,2	10,6	-1,930	0,064
	Žensko	128	75,1	17,6		
BRAČNI STATUS	Nije u braku	140	74,8	17,1	-1,249	0,214
	U braku	4	64,0	9,0		
RADNI STATUS	Nezaposlen	131	74,7	17,1	-0.428	0,670
	Zaposlen	13	72,5	16,9		

U Tabeli 3 prikazani su koeficijenti korelacije između skora na testu ispitne anksioznosti i godine studija, postojanja pritiska roditelja i okoline i materijalnog statusa studenta. Rezultati korelacione analize ukazuju na to da između skora na testu ispitne anksioznosti i godine studija postoji negativna i statistički značajna povezanost (r=-0,234, p=0,005). Negativan predznak ukazuje na to da što je student na višim godinama studija smanjuje se nivo predispitne anksioznosti. Između skora na testu ispitne anksioznosti i postojanja pritiska roditelja i okoline u pogledu završetka studija postoji pozitivna statistički značajna povezanost (r=0,387, p=0,000). Pozitivan predznak ukazuje na to da, što je veći pritisak roditelja i okoline, raste nivo predispitne anksioznosti. Takođe, između skora na testu ispitne anksioznosti i materijalnog statusa studenta postoji pozitivna statistički značajna povezanost (r=0,372, p=0,000), odnosno što je lošiji materijalni status, raste nivo predispitne anksioznosti.

Tabela 3. Povezanost nivoa predispitne anksioznosti i godine studija, postojanja pritiska roditelja i okoline i materijalnog statusa studenta

	SKOR NA TESTU ISPITNE ANKSIOZNOSTI	
	PEARSON CORRELATION	p
GODINA STUDIJA	-0,234**	0,005
PRITISAK RODITELJA I OKOLINE	0,387**	0,000
MATERIJALNI STATUS	0,372**	0,000

*** Korelacija je značajna na nivou 0.01.*

Rezultati korelacione analize ukazuju i na to da ne postoji značajna povezanost nivoa ispitne anksioznosti i statusa studiranja, mesta stanovanja i obrazovanja roditelja.

DISKUSIJA

Ispitna anksioznost ima najveći negativni efekat u školskom okruženju i obično rezultira lošim uspehom ili postizanjem takvog nivoa uspeha koji je ispod granice stvarnih sposobnosti studenta [11]. Najznačajnije obeležje ispitne anksioznosti je okrenutost sopstvenom doživljaju umesto kognitivnim zahtevima ispita. Budući da naš kognitivni sistem u žiži pažnje može imati samo jedan proces (ili tok misli), što se više pažnje posveti unutrašnjim zbivanjima, ostaje manje slobodnog kapaciteta pažnje za sam predmet ispitivanja [12].

U našem istraživanju svaka četvrta studentkinja pokazivala je visok nivo predispitne anksioznosti, odnosno nizak nivo predispitne anksioznosti. Polovina ispitanika ženskog pola imala je optimalan nivo predispitne anksioznosti. Iako rezultati našeg rada ukazuju da ne postoji statistički značajna razlika između muškaraca i žena u pogledu predispitne anksioznosti, brojna istraživanja dominantno navode ženski pol kao onaj koji je izloženiji kako ispitnoj anksioznosti, tako i generalno anksioznom sindromu [13-15].

Prema rezultatima ovog istraživanja nivo predispitne anksioznosti se smanjuje sa porastom godine studiranja. Naši rezultati slični su rezultatima koje je publikovao Latas sa saradnicima [16]. Takođe, istraživanje iz 2019. godine navodi prisutnu ispitnu anksioznost koja je deset puta veća kod studenata prve godine medicine u odnosu na studente šeste godine medicine [17].

Trećina ispitanika tokom istraživanja opisuje svoj materijalni status kao srednji, a 9 % njih kao loš, što se pokazalo kao značajan faktor za porast predispitne anksioznosti. Sličan rezultat dobijen je i tokom studije u Turskoj tokom 2014. godine, gde se u zaključku navodi da se sa porastom materijalnih prihoda smanjuje nivo predispitne anksioznosti kod studenata turskog univerziteta [18], što se podudara i sa rezultatima studije Fayegh i saradnika iz 2010. godine [19].

U našem istraživanju svaki deseti student tvrdi da je u pod uticajem velikog pritiska roditelja i okoline u vezi sa završetkom studija. Citirajući Leff i Hoyle, Anderson navodi da se roditeljski pritisak definiše kao „ponašanje koje deca doživljavaju kao ukazivanja na očekivanja malo verovatnih, čak i nedostižnih postignuća“ [20]. Uloga roditelja u akademskim postignućima njihove dece je veoma značajna, što potvrđuje i veliki broj studija koje se bave ovom temom. Međutim, problem nastaje kada roditelji vrše pritisak na decu da postignu visoke ocene, što može biti iz različitih razloga: postizanje socijalnog poštovanja, ostvarivanje prava na studentsku stipendiju, impliciranje za budući posao, bolju budućnost roditelja i drugo [21]. Pregled rezultata studije iz 2013. godine koja je uključila studente starosne dobi od 21. do 26. godine sugeriše da su stavovi i ponašanje roditelja autoritativnog stila značajni faktori u razvoju ispitne anksioznosti [22], što se podudara sa rezultatima drugih studija [23-26].

ZAKLJUČAK

Ispitna anksioznost predstavlja značajan problem mnogih studenata na univerzitetu, te se posledice lošeg savladavanja ispitne anksioznosti ogledaju u smislu nemogućnosti polaganja ispita, smanjene uspešnosti studiranja, napuštanja fakulteta, pada samopoštovanja, neiskorišćenog intelektualnog potencijala.

Podaci ove studije pokazuju da prisustvo visokog nivoa ispitne anksioznosti može znatno uticati na uspešnost savladavanja zadataka i postizanje konačnog cilja, te se rezultati studije dalje mogu usmeriti na razvoj preventivnih programa u vezi ispitne anksioznosti, ali i organizovanje specijalizovanih službi pri fakultetu, za psihološku pomoć studentima koji pate od preterano izražene ispitne anksioznosti, i na taj način potpomognu visoko kotiranje akademskog proseka budućim generacijama.

Upravo zbog toga, značajna je prevencija ispitne anksioznosti koja za cilj ima da smanji efekte anksioznosti usled testiranja na onaj nivo koji će omogućiti studentima da postignu samokontrolu stresa i da ostvare najbolje moguće rezultate.

LITERATURA

1. *Rulić K, Latas M. Korelacija i međusobni odnos socijalne fobije i predispitne anksioznosti. MedPodml. 2017;68(4):32-7.*
2. *Mohorić T. Automateske misli kod učenja i ispitna anksioznost kod odrednice subjektivnoga i objektivnoga postignuća studenta. Psihol Teme. 2008;17(1):1-14.*
3. *Erceg I. Povezanost ispitne anksioznosti sa perfekcioznizmom. Psihol Teme. 2012;21(2):299-316.*
4. *Dawood E, Ghadeer H, Mitsu R, Almutary N, Alenezi B. Relationship between test anxiety and academic achievement among undergraduate nursing students. J Educ Pract. 2016;7(2):52-65.*
5. *Talbot L. Test anxiety: prevalence, effects and interventions for elementary school students. JMURJ. 2016;3(1):42-51.*
6. *Živčić Bečirić I. Uloga automatskih misli i ispitne anksioznosti u uspjehu studenata. Druš Istraž Zagreb. 2003;12(5):703-20.*
7. *Stan A, Oprea C. Test anxiety and achievement goal orientations of students at a Romanian university. Pro Soc Behav Sci. 2015;180:1673-9.*
8. *Alghamdi A. Test anxiety: concept and implication. J Nurse Health Sci. 2016;5(3):112-5.*
9. *Ahmad Baig W, Musa Al-Zahrani E, Al-Jubran K, Chaudhry T, Anwar Qadri A. Evaluation of test anxiety levels among preparatory year students of PSMCHS during computer-based versus paper - and - pen examination. Int J Med Res Health Sci. 2018;7(1):48-52.*
10. *Brempong Asamoah D, Sognalle S. Instrument on test anxiety. University of Cape Coast. 2018;1-15.*
11. *Stojanović G, Vasiljević–Blagojević M, Stanković B, Terzić N, Terzić-Marković D, Stojanović D. Test anxiety in pre-exam period and success of nursing students. Ser J Exp Clin Res. 2016;19(2):167-74.*
12. *Malobabić M, Živković D, Đorđević M, Ranđelović N, Mitić P, Stanković A. Povezanost između ispitne anksioznosti, govorničkog samopouzdanja i straha od negativne procene kod studenata. Sinteze. 2018;(13):27-40.*
13. *Kavakci O, Semiz M, Kartal A, Dikici A. Test anxiety prevalence and related variables in the students who are going to take the university entrance examination. Düşünen Adam. 2014;27(4):301-7.*
14. *Bhatta Raj K, Subba S, Bhandary S. Test anxiety: prevalence and correlates. Int J Curr Res Aca Rev. 2018;6(8):75-82.*
15. *Cotner S, Jeno L, Walker J. Gender gaps in the performance in Norwegian biology students: the roles of test anxiety and science confidence. Int J Stem Educ. 2020;7(55):1-10.*
16. *Latas M, Pantić M, Danilo O. Analiza predispitne anksioznosti studenata medicine. Med Pregl. 2010;63(11,12):863-6.*
17. *Tsegay L, Shumet S, Kabtumer W, Gebrselassie G, Ayano G. Prevalence and determinants of test anxiety among medical students in Addis Ababa Ethiopia. BMC Med Educ. 2019;19(1):423.*
18. *Önem E. A study of income and test anxiety among Turkish universities. JLLE. 2014;10:14-23.*
19. *Fayegh Y, Ma'rof R, Mariani B, Rumaya J, Mansor T. The effect of family income on test anxiety and academic achievement among Iranian high school students. Asian Soc Sci. 2010;6(6):89-93.*
20. *Anderson J, Elliott R, Funk J, Smith P. Parental support and pressure and children's extracurricular activities: Relationships with amount of involvement and affective experience of participation. J Appl Dev Psychol. 2003:24(2):241-57.*
21. *Sheikh I, Hussain N. Parental pressure on student's attainment of high grades in Karachi based universities. PBR. 2014:156-76.*
22. *Shadach E, Miller O. The role of perceived parental over-involvement in student test anxiety. Eur J Psychol Educ. 2013;28(2):585-96.*
23. *Nagphal M, Sinha C. Perceived parental pressure and academic achievement among students: Exploring the mediating effect of test anxiety among school students. J Educ Psychol. 2016:13-20.*
24. *Deb S, Strodl E, Sun J. Academic stress, parental pressure, anxiety and mental health among Indian high school students. JPBS. 2015;5(1):26-34.*
25. *Malakar P. Impact of parenting styles on anxiety sensitivity and test anxiety among eighth-grade school students. IJHSR. 2018;8(9):199-206.*
26. *Mavloudi S, Mahmoud H. Investigating the causes of examination anxiety and ways to reduce it among the Payame Noor university students south of the West Azerbaijan province. ILSHS. 2014;33:1-7.*

STRUKTURIRANA EDUKACIJA OBOLELIH OD DIJABETESA – PREGLED ORGANIZACIONO - METODOLOŠKIH STRATEGIJA I FAKTORA USPEHA

STRUCTURED EDUCATION OF PATIENT WITH DIABETES - A REVIEW OF ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL STRATEGIES AND SUCCESS FACTORS

Hajnalka Požar[1], Dragana Simin[2]

[1] Visoka škola strukovnih studija u Subotici, Srbija, Departman za Biomedicinske nauke

[2] Medicinski Fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Srbija, Katedra za zdravstvenu negu

SAŽETAK

Neophodno je da svi oboleli od dijabetesa učestvuju u strukturiranoj edukaciji, kako bi stekli odgovarajuće znanje, veštine i sposobnosti za uspešnu samonegu, samokontrolu i modifikaciju zdravstvenog ponašanja, u cilju postizanja optimalne glikoregulacije. Ovo se posebno odnosi na obolele od tipa 2 dijabetesa koji čine oko 90% svih obolelih od dijabetesa, a koji je povezan sa neadekvatnim stilom života. Strukturirana edukacija mora da ispunjava organizaciono-metodološke preduslove i kriterijume Američkog dijabetološkog društva. Edukaciju je moguće realizovati putem individualnog, grupnog ili kombinovanog oblika rada, sa jasno definisanim ciljevima i ishodima. U javno-zdravstvenom pristupu ističe se rad u manjim grupama, zbog vremenske i finansijske efikasnosti, koji može dosegnuti do većeg broja učesnika. Pružalac edukacije može biti jedna osoba zdravstvene struke ili više njih, kao i ceo tim. Vremensko trajanje edukacije je važan faktor uspeha, svakim satom edukacije dolazi do redukcije nivoa HbA1c za 0,04%. Samim tim, edukacije sa trajanjem od preko 10 sati imaju najbolje rezultate kod najvećeg broja učesnika. Interaktivni rad, aktivno učešće obolelog u edukaciji, rešavanje problemske situacije i grupne diskusije, podržavaju efikasnost edukacije u metaboličkoj kontroli. Ipak, pored angažovanja zdravstvenih stručnjaka, za uspeh edukacije neophodno je angažovanje samih pacijenata u trajnoj promeni navika, a to zavisi od mnoštva faktora uključujući: stavove, zdravstvena i lična uverenja, nivo znanja o bolesti i zdravlju, veštine, životne prioritete, finansijska sredstva, podršku porodice, radnog mesta i društvene zajednice. Samim tim, neophodno je osnaživanje obolelih, motivacija da deluju, razvijaju i sprovode preporučeno ponašanje u svakodnevnom životu, a sve radi čuvanja dobrog zdravlja i sprečavanja dugoročnih komplikacija dijabetesa.

Ključne reči: *dijabetes, samonega, edukacija, standardi, uspešnost*

SUMMARY

All diabetic patients must take part in structured education to acquire the knowledge, skills and abilities needed for self-management, self-control, and change in health behaviors, to achieve ideal glucoregulation. This is of particular importance for patients with type 2 diabetes, which is associated with an inadequate lifestyle and accounts for up to 90% of all diabetes. Structured education must consider the organizational and methodological conditions and criteria of the American Diabetes Association. Education can be realized as an individual, group, or combined form of work, with clearly defined goals and outcomes. The public health approach is focused on working in small groups, due to cost-effectiveness and efficiency, which may reach more participants. The education provider may be one or more healthcare professionals, as a team. Duration of education is an important success factor, with each hour of education are resulting in a 0.04% reduction in HbA1c levels. Consequently, education of more than 10 hours has the best results in the greatest number of participants. Interactive work, active patient involvement in education, problem-solving, and group discussions promote effective education and metabolic control. However, in addition to hiring healthcare professionals, successful education requires patient participation in a constant change in life habits, and this depends on many factors: personal attitudes, health beliefs, awareness of illness and health, skills, life priorities, financial resources, family support, workplace and community. Therefore, there is a need to empower patients, motivate them to act, develop and implement the recommended behavior in daily life, for the maintenance of good health and the prevention of long-term complications of diabetes.

Keywords: *diabetes, self-care, education, standards, achievement*

UVOD

Prema aktuelnim standardima i smernicama za uspešnu negu i lečenje obolelih od dijabetesa Američke asocijacije za dijabetes (ADA, engl. American Diabetes Association), svi oboleli, počev od utvrđivanja dijagnoze dijabetesa, moraju redovno učestvovati u edukaciji, kako bi stekli odgovarajuće znanje, veštine i sposobnosti za uspešnu samonegu, prilagodili se novom načinu života i kako bi celokupan tretman bio efikasan [1]. Budući da preko 90% od svih slučajeva dijabetesa čine oboleli od tipa 2 dijabetes melitusa (T2DM, engl. Type 2 Diabetes Mellitus), čiji je razvoj povezan sa neadekvatnim stilom života, sve veći napori se ulažu u edukaciju obolelih za modifikaciju zdravstvenog ponašanja i adekvatnu samokontrolu bolesti [2]. Edukacija hronično obolelih zasniva

Autor za korespondenciju:
Hajnalka Požar
Visoka škola strukovnih studija u Subotici, Banijska 67, 24000 Subotica, Srbija.
e-mail: pozarh@gmail.com

Rad primljen: 26.11.2021; Rad prihvaćen: 20.01.2022.

se na teorijskom modelu samonege Doroteje Orem (Dorothea Orem), koji se fokusira na sposobnosti pojedinca za samonegu i na sticanje veštine preuzimanja odgovornosti za sopstveno zdravlje. Samonega se definiše kao svesna, promišljena, samoinicijativna i svrsishodna aktivnost pojedinca, koja počiva na ličnim vrednostima i ciljevima, na poverenju u sopstvene sposobnosti adekvatnog ponašanja, a čiji je cilj održavanje dobrog zdravlja i života, naročito kada postoji zdravstveni problem [3]. Samonega se odnosi na sposobnost sticanja specifičnih znanja i veština (npr. samokontrola stanja, adekvatno suočavanje i rešavanje problema) i na postupke koje oboleli treba da stekne i sprovodi u cilju očuvanja zdravlja (npr. samokontrola nivoa šećera u krvi, adekvatna ishrana, fizička aktivnost, unos lekova, prevencija komplikacija) [4].

Značaj edukacije za uspešnu samonegu proizlazi iz činjenice da oboleli od dijabetesa u proseku svega tri sata godišnje provode sa lekarom i ostalim zdravstvenim radnicima, a preostalih 8.757 sati treba samostalno da kontrolišu i regulišu svoju bolest. Samim tim, neophodno je da steknu odgovarajuće znanje za preuzimanje odgovornosti prema sopstvenom zdravlju. U skladu sa tim, u zbrinjavanju obolelih od dijabetesa trebalo bi da dominiraju edukativne aktivnosti [5].

Cilj ovog rada je da analizira organizaciono - metodološke aspekte i parametre uspešne edukacije, u svrhu unapređenja kvaliteta edukacije za uspešnu samonegu obolelih od dijabetesa.

METOD

U periodu od 2017. do 2019. godine izvršeno je pretraživanje i analiza dostupne literature preko nacionalnih i međunarodnih elektronskih baza podataka (SCIndex, Hrčak, WoS i SCOPUS). Pretraživanje je izvršeno prema ključnim rečima i pojmovima: strukturirana edukacija, samonega, standardi edukacije u dijabetesu, efikasnost i efektivnost strukturirane edukacije, oblici rada u edukativnim programima, na srpskom i na engleskom jeziku.

STRUKTURIRANA EDUKACIJA OBOLELIH OD DIJABETESA O ADEKVATNOJ SAMONEZI

Prema definiciji ADA, edukacija o samonezi i podrška obolelima od dijabetesa (engl. Diabetes Self Management Education and Support, DSME/S) je aktuelan proces koji olakšava sticanje znanja, veština i sposobnosti neophodnih za obavljanje samonege i modifikaciju zdravstvenog ponašanja obolelih od dijabetesa, a ostvaruje se putem strukturirane edukacije [1]. Edukacija se sprovodi zbog osposobljavanja obolelelih za samokontrolu bolesti, u cilju sprečavanja komplikacija, održavanja kvaliteta života i produžavanja očekivanog trajanja života. Na svim nivoima zdravstvene zaštite edukaciju uglavnom sprovode medicinske sestre, posebno na nivou primarne zdravstvene zaštite. Ipak, one ne mogu doneti odluku ni o jednom postupku samo na osnovu medicinske dijagnoze, već se najpre moraju identifikovati potrebe obolelih, utvrditi deficiti samonege, formirati dijagnoze nege i definisati pojedinačne zadatke službe zdravstvene nege. Dijagnoze nege se odnose na aktuelan ili potencijalni zdravstveni problem koje služba zdravstvene nege samostalno prepoznaje i tretira, na osnovu edukacije, iskustva i ovlašćenja [6, 7]. Studija Tešajre (Teixeira) i saradnika, sprovedena u Brazilu, imala je za cilj da identifikuje najčešće dijagnoze nege kod obolelih od dijabetesa, kako bi edukaciju usmerili prema utvrđenim potrebama. Autori su utvrdili da je prosečan broj dijagnoza nege po obolelom bio 6, pri čemu su sledeće tri dijagnoze nege bile prisutne kod više od polovine obolelih od dijabetesa: narušen integritet kože u 51%, deficitarno znanje u 51% i neefikasna terapijska kontrola u 67% obolelih (Tabela 1) [8].

Tabela 1. Dijagnoze nege prema učestalosti kod obolelih od dijabetesa[8]

NAJČEŠĆE (AKTUELNE I RIZIČNE) DIJAGNOZE NEGE KOD OBOLELIH OD DIJABETESA	
1. Neefikasna terapijska kontrola	16. Rizik od neurovaskularne disfunkcije
2. Narušen integritet kože	17. Akutni bol
3. Deficit znanja	18. Sedentaran način života
4. Neizbalansirana prekomerna ishrana	19. Rizik od neposvećenosti
5. Narušena urinarna elminacija	20. Narušena adaptacija
6. Rizik od infekcije	21. Deficit samozbrinjavanja (aktivnosti dnevnog života)
7. Neadekvatno zdravstveno ponašanje	22. Spremnost za veću terapeutsku kontrolu
8. Poremećaj ritma spavanja	23. Narušena slika o telu
9. Hroničan bol	24. Umor
10. Narušena telesna pokretljivost	25. Urinarna inkontinencija
11. Neefikasna sposobnost suočavanja porodice	26. Neefikasno održavanje zdravlja
12. Rizik od oštećenja integriteta kože	27. Rizik od poremećaja bilansa tečnosti
13. Poremećaj seksualnog obrasca	28. Rizik od usamljenosti
14. Seksualna disfunkcija	29. Netolerancija na fizičku aktivnost
15. Impotencija u vezi sa komplikacijama	30. Poremećaj misaonog procesa

Budući da je kod polovine obolelih utvrđena dijagnoza nege deficitarnog znanja (odsustvo ili nedostatak kognitivne informacije o određenoj temi) i da se većina potreba samonege odnosi na sticanje znanja (83%), potvrđuje se neophodnost edukacije ove grupe bolesnika. Adekvatno identifikovane dijagnoze nege doprinose pravilnom usmeravanju aktivnosti službe zdravstvene nege i omogućavaju individualizaciju zdravstvene nege. Edukativna podrška u skladu sa utvrđenim potrebama ima snažan uticaj na poboljšanje zdravstvenog ponašanja i zdravlja obolelih. U proseku, kod dve trećine učesnika edukacije dolazi do klinički značajnih poboljšanja u nivou HbA1c i na taj način se utiče na smanjenje troškova zdravstvenih usluga na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite [8, 9].

U Republici Srbiji, edukacija o samonezi obolelih od dijabetesa u okviru primarne zdravstvene zaštite propisana je Uredbom o zdravstvenoj zaštiti stanovništva od šećerne bolesti („Sl. glasnik RS", br. 18/94) i Uredbom o nacionalnom programu prevencije i rane detekcije tipa 2 dijabetes melitusa („Sl. glasnik RS", br. 17/2009). Ove uredbe propisuju da se obolelima od T2DM obezbeđuje sedam edukativnih susreta u prvih 12 meseci od otrkivanja bolesti [10].

FAKTORI KOJI UTIČU NA USPEŠNOST EDUKACIJE

Edukacija pruža obolelima potrebno znanje za preuzimanje aktivne uloge u očuvanju zdravlja i fokusira se na dugoročnu promenu stavova i stila života. Znanje je neophodno, ali nije isključivo i dovoljno za dugotrajnu promenu zdravstvenog ponašanja. Na uspešnost edukativnih programa utiču brojni faktori, koji se mogu se podeliti na one koje potiču od strane pružaoca ili primalaca edukacije [5,11].

1. Faktori uspešnosti od strane pružaoca edukacije

a) Sadržaj strukturirane edukacije

Preduslov za uspešnu postavku strukturirane edukacije je da ona ima logičan, detaljan teorijski edukativni plan, zasnovan na dokazima i na potrebama obolelih. Potrebno je da svaka tema ima specifične ciljeve i ishode sa opisom aktivnosti edukatora i učesnika. Zatim, da je pružaju obučeni edukatori i da program i postignute rezultate redovno revidiraju i kontrolišu nezavisni

procenitelji [1,12]. Nakon postavljanja dijagnoze dijabetesa, fokus edukacije je na prenošenju najosnovnijih znanja, tzv. obrazovanje za „preživljavanje" (šta oboleli treba da uradi kada ode iz zdravstvene ustanove). Kasnije tokom edukacije potrebno je detaljnije produbiti znanje o ciljevima lečenja, o promeni načina života, ishrani i sprečavanju komplikacija [13].

Prema literaturnim podacima preporučeni sadržaj strukturirane edukacije, koji pokazuje najuspešnije rezultate, odnosi se na:

- opis simptomatologije i toka bolesti, metode i principe lečenja;
- individualno savetovanje o adekvatnoj ishrani i fizičkoj aktivnosti u svakodnevnom životu;
- upotrebu odgovarajućih lekova za dijabetes, za snižavanje krvnog pritiska ili lipidnog statusa za potpun terapijski efekat;
- savetovanje o adekvatnoj samonezi, samokontroli i promeni zdravstvenog ponašanja;
- samokontrolu nivoa šećera u krvi i drugih parametara glikoregulacije, postavljanje individualnih ciljeva, identifikaciju željenih vrednosti glikemije i HbA1c (najčešće HbA1c ≤ 7%);
- tehniku samokontrole nivoa šećera u krvi, prepoznavanje i kontrolu hipo/hiperglikemije;
- sprečavanje, otkrivanje i lečenje hroničnih komplikacija dijabetesa, obuku za pravilnu negu stopala;
- razvijanje strategija za savladavanje stresa, psihosocijalnih aspekata života (putovanja, socijalne situacije), podršku za prevazilaženje emocionalnih problema kao što su depresija, bes, strah i frustracija [14].

b) Oblici i načini pružanja edukacije

Edukacija se može realizovati u obliku individualne ili grupne edukacije, fokusirane na utvrđene potrebe kod obolelog od DM [15]. Edukaciju je potrebno realizovati u skladu sa teorijom učenja odraslih, prema kojoj odrasla osoba uči tek kada postoji potreba za učenjem, pri čemu je rešavanje problema u okviru edukacije važnije od sadržaja, budući da je stil tj. „put" učenja svakog pojedinca drugačiji [16].

Individualni oblik edukacije. U individualnom obliku edukacije ostvaruje se intenzivan lični kontakt učesnika i edukatora. Edukacija je prilagođena potrebama obolelih i rešavanju individualnih problema. Oboleli mogu slobodnije da se izraze i bolje razumeju i prate sadržaje koje edukator izlaže. Iako se ovim programom postiže efektivan ishod na individualnom nivou, njegovo sprovođenje zahteva puno vremena i raspoloživog kadra [16]. Grilo (Grillo) i saradnici, analizom rezultata devet studija, utvrdili su da tri meseca nakon individualne edukacije u šest studija nije došlo do značajnog poboljšanja glikoregulacije, a prosečno smanjenje nivoa HbA1c bilo je 0,1%. Sa druge strane, kada su poređeni efekti individualne edukacije od 3 sata u odnosu na efekte grupne edukacije u trajanju od 4 sata, autori su zaključili da je individualna edukacija bila uspešnija (smanjenje nivoa HbA1c od 0,5%, dok kod grupne za 0,3%) [15].

Grupni oblik edukacije. Grupna edukacija se od 70-ih godina 20-og veka smatra najidealnijim i najefikasnijim edukativnim pristupom zbog njene racionalnosti, posebno finansijske i vremenske [17]. Procenjuje se da je jedan sastanak grupne edukacije ekvivalentan efektu deset sastanaka individualne edukacije [16]. Grupa se može definisati kao „skup ljudi sa zajedničkim interesom i ciljevima", kao što je samokontrola i briga o bolesti. Edukacije su osmišljene kao „sastanci" i obezbeđuju da oboleli uče zajedno i da koriste kreativne pristupe učenju [17]. Kod grupnog rada prednost se daje radu u malim grupama (5–8 učesnika). Pritom, članovi grupe bi trebalo da budu što homogeniji u pogledu starosti, načina lečenja i kulturoloških obeležja. Grupna edukacija obuhvata frontalni način izlaganja sadržaja, uz korišćenje zdravstveno-vaspitnih sredstava, ali i grupne diskusije, kada oboleli dele svoja iskustva i potrebe jedni sa drugima, rešavaju probleme kroz međusobnu komunikaciju i kreću se u pravcu jasno definisanih ciljeva. Na taj način edukacija je i interaktivna i fokusirana na učesnike. Članovi unutar grupe deluju u smislu pokretača za promenu ponašanja, javlja se kohezija, tj. prilagođavanje grupi i podstiče se aktivno usvajanje znanja. Članovi grupe postavljaju zajedničke ciljeve i interese, pružaju podršku, razumevanje i iskrenost u izražavanju mišljenja [17,18].

Veći broj istraživanja govori u prilog grupnom obliku edukacije, u poređenju sa individualnom edukacijom. Pregledni radovi o efektima grupne edukacije ukazuju da je rad u malim grupama najefikasniji način pružanja edukacije, koji vodi promenama u načinu života, sticanju veština samonege i poboljšanju kliničkih ishoda u vidu redukcije HbA1c (prosečno za 0,5-0,8%), smanjenja indeksa telesne mase (prosečno za 1,6 kg/m^2), povećanja fizičke aktivnosti, i snižavanja sistolnog krvnog pritiska (prosečno za 5 mmHg). U poređenju sa obolelima koji nisu pohađali strukturiranu edukaciju, pokazano je da grupni oblik edukacije pozitivno utiče i na psihosocijalno i mentalno zdravlje obolelih, na njihov stav o dijabetesu, na smanjeno korišćenje usluga zdravstvene službe i na kvalitet života u dugoročnom periodu (Tabela 2) [15,17-19].

Tabela 2. Prednosti i nedostaci individualne i grupne edukacije [13]

	PREDNOSTI	NEDOSTACI
INDIVIDUALNA EDUKACIJA	- može se uspostaviti „jači i snažniji" lični odnos - individualizovana situacija - moguće je identifikovati potrebe svakog pojedinca - bolje se prilagođava ritmu učenja obolelog - dostupno je više vremena za razgovor o ličnom iskustvu obolelog	- nema poređenja sa drugim obolelima - nema grupne dinamike - veliki je rizik da se izostavlja planiran edukativni materijal - manje je uspešan kod „teško obolelog" - ličnost edukatora ima značajan uticaj na obolelog - zbog ponavljanja, napredak u nastavnom programu je spor
GRUPNA EDUKACIJA	- postoji mogućnost da se razgovara o individualnom iskustvu pacijenata - takmičenje, interakcija - društveni odnos - mogu se uporediti različita mišljenja - kraće je vreme obuke - oživljava proces učenja - učenje se zasniva na iskustvu i rešavanju problema	- primena autoritarnog (vertikalnog) obrazovnog stila - teže je uključiti obolele - grupa može biti previše heterogena - pojedini oboleli su introvertniji i nemaju mogućnost iznošenja iskustava - teže je prilagođavati se fiksnom terminu edukacije - teže je držati pažnju budnom - teško je upravljati grupom, posebno za nedovoljno iskusne edukatore

Kombinovani oblik edukacije. U svakodnevnoj praksi najčešće se primenjuje kombinacija individualne i grupne edukacije. Individualna edukacija se ponavlja dva do tri puta na početku otkrivanja bolesti, a zatim se oboleli podstiče da učestvuje u grupnoj edukaciji [16]. Čini se da je kombinacija grupnog i individualnog oblika edukacije efikasnija od pojedinačnih oblika rada i da rezultira prosečnim smanjenjem nivoa HbA1c za 0,9%, višim nivoom znanja i povoljnijem indeksom telesne težine [20]. Ovo ukazuje da se individualni i grupni oblici edukacije dopunjuju i podržavaju i bilo bi neophodno da svi oboleli od dijabetesa prisustvuju kombinovanom obliku edukacije [16].

Tele-edukacija. U poslednje vreme, razvojem komunikacionih tehnologija pojavljuje se i udaljena tele-edukacija putem 24-časovne telefonske podrške, e-mail edukacije i savetovanja ili praćenja putem telefonskih aplikacija, povezanih sa

kompjuterskim programima u ambulantama savetovališta za dijabetes [20]. U edukativnom procesu sve više se podstiče primena novih tehnologija, interaktivnih prezentacija, telefonskih aplikacija i povremeno dostavljanje edukativnih elektronskih poruka obolelima [15,18].

Tabela 3. Šest koraka u edukatovnom pristupu [13]

KORACI	OPIS
1. Jedinstvena, originalna praksa	Uputite uče(s)nika odmah na praktičnu primenu, pustite ga da vežba pre nego što nauči bilo koji princip ili potraži uzročno-posledičnu vezu.
2. Napredujte korak po korak	Uvežbavanje praktičnih aktivnosti treba da napreduje korak po korak, počev od jednostavnih, zatim složenijih radnji, prilagođavajući se individualnim sposobnostima uče(s)nika.
3. Teorija dolazi tek posle...	„Bolje da otkrije stvari, nego da memoriše“.
4. Potvrdite vezu između detalja i celine	„Kada govorite o lišću, morate govoriti o korenju drveća i šumi“.
5. Pokažite odnos i povezanost između različitih disciplina	„Od matematike prelazite na prirodu i okruženje”.
6. Redovna i periodična evaluacija	Ocenjujte s ljubavlju, bez kazne. Ono što je najvažnije: otkrijte uzrok grešaka i nedostataka.

c) Pružaoci edukacije

Programom zdravstvene zaštite obolelih od dijabetesa u Srbiji propisano je da su realizatori edukacije lekari specijalisti interne medicine i medicinske sestre sa visokim obrazovanjem, posebno edukovani za rad u ovoj oblasti, dok u timu mogu biti prisutni i dijetetičari, farmakolozi i psiholozi [10]. Pružalac edukacije može biti jedan član tima, više njih ili ceo tim [20]. Podjednako je uspešno kada edukaciju pruža medicinska sestra (prosečno smanjenje nivoa HbA1c od 0,7%) ili nutricionista (prosečno smanjenje nivoa HbA1c od 0,8%). U edukativnim programima pruženim od strane lekara, primećeni su značajno veći efekti (prosečno smanjenje nivoa HbA1c od 1,8%), ali nisu procenjivani mogući uticaji farmakoterpije, koje je po potrebi korigovao lekar [15].

d) Trajanje edukacije

Vremensko trajanje edukacije veoma je važan faktor za uspešnost edukacije. U proseku, svakim satom edukacije kod obolelih dolazi do redukcije nivoa HbA1c za 0,04%. Samim tim, potrebno je 23,6 sati edukacije da bi došlo do smanjenja nivoa HbA1c obolelih za 1% [15]. Rezultati preglednih radova o efektima strukturirane edukacije pokazuju da edukativni program sa trajanjem od preko 10 sati u 70% slučajeva dovodi do značajnog smanjenja nivoa HbA1c za prosečnih 0,74%, što je čini uspešnijom u odnosu na edukacije koje traju kraće [20]. Međutim, iako je edukacija u većini slučajeva uspešna, to ne garantuje dugoročno održavanje postignutih rezultata. Najveći efekat je primetan odmah nakon završetka edukacije (prosečno smanjenje nivoa HbA1c za 0,8%), a nakon toga, uticaj edukacije na metaboličku kontrolu vremenom se smanjuje, te je četiri meseca nakon edukacije vrednost ovog prametra u proseku manja za 0,3% [15]. Za održavanje početnih rezultata potreban je kontinuitet u edukaciji, podrška i redovna evaluacija. Ova činjenica je u skladu sa osnovnim principima svakog edukativnog procesa, prema kojima je ponavljanje informacija neophodno kako bi se „osvežilo“ znanje, ojačala emocionalna komponenta edukacije i podsticale bihejvioralne promene koje se sporo događaju. Rezultati nekoliko studija ukazuju da svaki dodatni edukativni susret sa obolelima može doprineti prosečnom smanjenju nivoa HbA1c za 0,2% [15,21].

e) Pedagoški pristup tokom edukativnog rada

Udruženje edukatora za dijabetes (engl. Association of Diabetes Educators) opisuje DSME kao „kolaborativni proces kroz koji ljudi sa ili pod rizikom od dijabetesa stiču znanja i veštine potrebne za promenu ponašanja i uspešnu kontrolu bolesti” [1]. Da bi edukacija bila kolaborativna i kooperativna, potrebno je da učesnici aktivno učestvuju u procesu učenja. To se najčešće postiže grupnim diskusijama, raznim tehnikama praktičnog angažovanja učesnika, npr. simulacijom i postavljanjem obolelih u problemske situacije koje treba da rešavaju. Navedene aktivnosti podstiču uključivanje učesnika u obrazovni proces i pospešuju dugoročnu memoriju [22]. U savremenoj edukaciji, zdravstveni radnik i pacijent postaju ravnopravni, tako da su oboleli u istoj meri odgovorni za uspešno lečenje kao i zdravstveni radnici. Tokom edukacije znanje se ne presnosi u stilu tradicionalnog „školskog učitelja“ i ne treba podučavati „enciklopediju o dijabetesu“. Naprotiv, treba maksimalno biti usmeren na praktična pitanja sa naglaskom na aktivnu saradnju obolelih. Na svakom sastanku je potrebno naglasiti cilj i ishod edukacije. Ako je cilj jasan, uspeh je zagarantovan [23]. Kako je u zdravstveno-edukativnom radu cilj trajna promena zdravstvenog ponašanja i implementacija datih saveta u svakodnevni život, predlažu se tehnike aktivnog usvajanja znanja koje podstiču učesnike da (nešto) konkretno rade i da i razmišljaju o tome šta rade. Komunikacione strategije kao što su: postavljanje individualnih i zajedničkih ciljeva u promeni ponašanja, motivacioni intervju, zajedničko definisanje plana praćenja napretka i ostvarenja postavljenih ciljeva, navođenje ličnih iskustava, praktičan pristup rešavanju problema, strategije promene ponašanja i unapređenje samoefikasnosti, omogućavaju dugoročno zadržavanje znanja i podržavaju uspešnost edukacije kod obolelih od dijabetesa [16,18,22]. Johan Hajnrih Pestaloci (Johann Heinrich Pestalozzi), švajcarski pedagog, inicijator reforme obrazovanja i koncepta savremenogobrazovanja, ukazao je na značaj šest koraka u edukaciji. Navedeni koraci prikazani su u Tabeli 3 i dan danas imaju značaj, kako u svim sferama edukacije, tako i u sprovođenju strukturirane edukacije obolelih od dijabetesa [13].

U ovom konceptu, kao najpogodniji metod rada se ističe grupna edukacija usmerena ka afektivnom domenu ličnosti (stavovi, vrednosti i interesovanja). Takva edukacija omogućava učesnicima da podele iskustva, da upoznaju druge osobe u sličnoj situaciji, da se emocionalno povežu sa svojim pričama o svakodnevnim poteškoćama i da uče jedni od drugih kako da rešavaju određene dileme [24]. Oboleli neće „samoregulisati” svoje stanje ukoliko nemaju relevantno razumevanje i znanje o bolesti, o uzroku, posledicama, o značaju kontrolisanja zdravlja i uticaju dijabetesa na sopstvenu budućnost. Pomoću iskustvenog učenja, fokusom na perspektive pacijenata, oni pretvaraju svoju pasivnu ulogu u aktivno vođstvo, što obezbeđuje relevantno znanje. Samim tim, grupna edukacija pozitivno utiče na psihosocijalno i mentalno zdravlje obolelih [22-24].

2. FAKTORI USPEŠNOSTI OD STRANE PRIMALACA EDUKACIJE

Oboleli od dijabetesa imaju veliku odgovornost prema kontroli sopstvenog zdravstvenog stanja, a u kojoj meri će učestovati u aktivnostima zavisi od nekoliko unutrašnjih i spoljašnjih faktora. Rezultat znanja koje se dobija tokom strukturirane edukacije nije uvek promena zdravstvenog ponašanja i stavova. Edukacija mora biti usmerena na obolelog, na njegove želje, veštine i sposobnosti, da ih razvija i motiviše [24,25].

a) Unutrašnji faktori koji utiču na angažovanje obolelih u samonezi uključuju: stavove, zdravstvena uverenja i pismenost,

ograničeno znanje o dijabetesu, nedostatak tehničkih veština za sprovođenje samonege i neadekvatnu samoefikasnost [25].

Zdravstvena uverenja, stavovi i poverenje u zdravstvene radnike ključni su za promenu stila života [25]. U zavisnosti od faze prihvatanja bolesti, zdravstveni radnici se moraju prilagoditi trenutnom mentalnom stanju pacijenata i pružiti mu razumevanje kroz ovaj proces (Tabela 4) [13].

Tabela 4. Dinamika prihvatanja hroničnih bolesti [13]

FAZA	REAKCIJA OBOLELIH
1. Šok, odbijanje	Ne, to je nemoguće, nisam mogla/mogao dobiti takvu bolest..
2. Pobuna	Za ovu bolest je kriv…. / Ovo se desilo jer….
3. Pogodba, trivijalizacija	Shvatam, ali…
4. Depresija, samoispitivanje	Da li ću uopšte moći da se pridržavam lečenju?
5. Prihvatanje	Uprkos situaciji i ograničenjima, mislim da ću moći da živim potpun život.

Oboleli od dijabetesa neće biti motivisaniji ako im se tokom edukacije „zapreti“ razvojem komplikacija, naprotiv, to će imati značajan negativan efekat. Oboleli često nisu ni svesni progresije bolesti i komplikacija, budući da su to spore i tihe komplikacije. Potrebno je naglasiti pozitivne ishode i lakše izvodljive ciljeve „ovde i sada“, budući da su oboleli najčešće motivisani kratkoročnim uspesima [13,25].

Nivo aktivnosti samonege obolelih povezan je sa nivoom znanja o bolesti i zato je neophodno da se svi oboleli uključe u edukativne programe. Novooboleli od dijabetesa, kao i njihova porodica, najčešće nemaju dovoljno znanja ili poverenja u sopstvene sposobnosti da efikasno kontrolišu svoje zdravlje, ne razumeju adekvatno samu bolest i njene komplikacije, plaše se, što ozbiljno utiče na njihovo angažovanje u aktivnostima samonege. Neodgovarajuća zdravstvena pismenost takođe može dovesti do neuzimanja lekova, propuštanja zdravstvenih pregleda i nepridržavanja uputstava zdravstvenih stručnjaka [26].

Angažovanje obolelih u samonezi i samoefikasnost obično su pod uticajem kulturnih normi, ličnih uverenja i životnih prioriteta obolelih. Kulturološki resursi, stečeni tokom životnog procesa socijalizacije, manifestuju se kroz navike, sklonosti, verovanja i dispoziciju pojedinaca i u velikoj meri utiču na zdravstveno ponašanje [25,27,28]. Za uspešnost edukacije neophodno je da se oboleli prilagode novom načinu života, donesu odluke i obavljaju određene aktivnosti, što zahteva posvećenost, specifične veštine, znanje i poverenje. Stoga, medicinska sestra-edukator mora pridobiti poverenje obolelog kako bi ga mogla motivisati i osposobiti da ulaže u sopstveno zdravlje i doprinese održavanju kontrole bolesti [6,7,15].

Tabela 5. Osnovne komponente osnaživanja obolelih [15]

FAZA	REAKCIJA OBOLELIH
1. Moć	Potrebno je pružiti podsticaj za razvoj osećaja moći, delegirajući ovlašćenja, poverenje, odgovornost, slobodu i autonomiju da deluju na svim nivoima samonege.
2. Motivacija	Potrebno je kontinuirano motivisati, ohrabriti i pohvaliti ih zbog sprovođenja kontrole zdravlja, ostvarenih ishoda i kliničkih rezultat (davanjem mišljenja i sugestije), kako bi bili zadovoljni postignutim ciljevima.
3. Razvoj	Potrebno je kontinuirano pružati i obezbeđivati informacije i znanje podučavati ih novim tehnikama i informacijama o tretmanima.
4. Liderstvo	Potrebno je voditi obolele kroz razne faze bolesti i životne situacije, definisati ciljeve, proceniti učinak u odnosu na ciljeve i dati povratne informacije

Osnaživanje obolelih od dijabetesa podrazumeva razvoj samopouzdanja pojedinca. Potrebno je obolelima pružiti znanje, veštine, autonomnost i odgovornost za promenu ponašanja u cilju kontrole bolesti [15] (Tabela 5).

Obrazovanje je efikasno ukoliko oboleli razume svoje lične ciljeve (šta će učiniti drugačije za bolju kontrolu dijabetesa), vrednosti, osećanja, potrebu za promenom ponašanja u cilju kontrole dijabetesa, strategije rešavanja problema, svoju ulogu u donošenju odluka. Pacijent treba da ima osećaj da je promena načina života u njegovom interesu, te da mu stečeno znanje koristi i da ga može praktično primeniti u svakodnevnom životu [23].

b) Spoljašnji faktori koji utiču na angažovanje obolelih u samonezi uključuju: ekonomsko-finansijske aspekte, podršku porodice i zajednice, okruženje na radnom mestu i pristupačnost zdravstvene zaštite.

Uspešan pristup lečenju dijabetesa zahteva redovne zdravstvene kontrole obolelih. Nedostatak zdravstvenog osiguranja ili niski finansijski prihodi mogu biti uzrok nepohađanja edukacije, neprimenjivanja lekova, neredovne samokontrole nivoa šećera u krvi i nekonzumiranja zdravih namirnica, samim tim i loše kontrole ishrane [25].

Ekonomski resursi su neophodni za troškove koje bolest nosi sa sobom (npr. nabavka glukomera, traka, lekova, zdrave hrane, troškovi članstva u sportskim klubovima, za aktivnosti u slobodno vreme). Ovi izvori su neophodni i za razvoj drugih resursa jer omogućavaju sticanje obrazovanja, razvijanje društvenih mreža, lagodnijeg života i uopšte mogućnosti izbora. Svakako, veća finansijska sredstva doprinose većoj motivaciji, boljem zdravlju, a pružaju i veću slobodu u sprovođenju aktivnosti koje utiču na poboljšanje zdravlja [24].

Socijalna podrška i porodica obolelih imaju značajan uticaj na njihovo angažovanje u lečenju. Socijalni resursi, razvijeni društveni odnosi i prijateljstva predstavljaju značajan faktor, služe kao sklonište i podrška kada je obolelima potreban savet u vezi sa očuvanjem zdravlja. Iz tog razloga i članove porodice treba uključiti u edukativne programe, u formiranje navika, verovanja i upoznati ih kako da pomognu u lečenju tokom celog života [27,28]

Međutim, oboli mogu naići na prepreke za sprovođenje aktivnosti samonege na radnom mestu. Radno okruženje često ne podržava principe pravilne ishrane, fizičke aktivnosti ili potrebnog vremena za samonegu, kao što je redovno praćenje nivoa šećera u krvi i konzumiranje lekova ili ne pruža mogućnost za odlaske u zdravstvene ustanove [25]. Među ostalim poteškoćama za sprovođenje aktivnosti samonege, oboleli najčešće navode: nedostatak zdravstvenog osiguranja, duga čekanja na zdravstvene preglede, loše zdravstveno stanje, nedostatak prevoza od mesta stanovanja do mesta edukacije, neodgovarajuće vreme edukacije – obolelima koji su zaposleni odgovara da se edukacija održava rano ujutru ili kasno popodne [29]. Stoga je za uspešnu edukaciju neophodno da zdravstveni radnici efikasno komuniciraju sa obolelima, pruže im motivacionu podršku, kao i da premoste prepreke u odnosu na njihov obrazovni, kulturološki, ekonomski i religiozni status [15].

ZAKLJUČAK

Povećan broj obolelih od dijabetesa, na globalnom i nacionalnom nivou, nameće potrebu da se ulažu sve veći napori u osposobljavanju obolelih za samostalnu kontrolu bolesti i očuvanje zdravlja putem strukturirane edukacije.

Prilikom planiranja edukacije, potrebno je sagledati sve propisane standarde i smernice i sačiniti sveobuhvatnu pripremu pristupa i plana edukacije. Grupna edukacija se uglavnom smatra

pogodnijom jer stiže do većeg broja pojedinaca, finansijski i vremenski je efikasnija. Može se zaključiti da je u edukaciji obolelih od dijabetesa najuspešnija metoda kombinacija grupne i individualne edukacije. Prema vremenu trajanja edukacije, načelno je preporuka da se organizuju programi u trajanju dužem od 10 sati neposrednog aktivnog edukativnog rada, budući da oni pokazuju najbolje efekte na gikoregulaciju kod više od dve trećine učesnika. Strukturirana edukacija obezbeđuje obolelima potrebno znanje za preuzimanje aktivne uloge u očuvanju zdravlja i fokusira se na dugoročnu promenu zdravstvenog ponašanja u cilju postizanja optimalne glikoregulacije. Ipak, samo znanje ne garantuje i trajnu promenu ponašanja obolelih, tako da se u procesu edukacije mora sagledati posvećenost obolelog, njegova spremnost na učenje, verovanja i stavovi o samonezi, podrška porodice, finansijska pozicija i kulturološki uticaji. Prilikom realizacije edukativnih programa preporuka je da se edukator fokusira na razvoj motivacije i aktivno učešće obolelih (kroz interaktivan praktičan rad, rešavanje problema, iskustvenog učenja, grupnih diskusija) i tada se može očekivati pozitivan ishod edukacije. Budući da se efekat edukacije vremenom smanjuje, neophodno je planirati i periodično ponavljanje edukacije, pružanje podrške i dugoročno praćenje stanja obolelog.

LITERATURA

1. *American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2019. Abridged for Primary Care Providers. Diabetes Care. 2019;42(Suppl.1):S1-178.*
2. *Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnel MM, Fischl AH, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes. A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Educ. 2015;20(10):1-14.*
3. *Božić A, Brestovački-Svitlica B, Milutinović D. Teorijski model samonege Doroteje Orem i mogućnosti njene primene. Sestrinska reč. 2015;19(72):2-3.*
4. *Irwan AM, Katoc M, Kitaokac K, Kidoc T, Taniguchic Y, Shogenji M. Self-care practices and health-seeking behavior among older persons in a developing country: Theories-based research. Int J Nurs Sci. 2016;3(1):11-23.*
5. *Gwen H. Structured education in diabetes. Journal of Practice Nurse. 2008;36(5):35.*
6. *Rauché zdravstveni časopis. Proces zdravstvene njege bolesnika sa diabetes melitusom [Internet]. Mostar (Bosna i Hercegovina): Rauché zdravstveni časopis; 2012; 1 [cited Aug 2016]. Available from: http://www.rauche.net/izdanja/broj-1/proces-zdravstvene-njege-bolesnika-sa-diabetes-melitusom/*
7. *Špehar B, Maćešić B. Patronažna zdravstvena zaštita osoba oboljelih od šećerne bolesti. Sestrinski Glasnik. 2013;18:215-24.*
8. *Teixeira CRS, Zanetti ML, Pereira MCA. Nursing diagnosis in people with diabetes mellitus according to Orem's theory of self-care. Acta paul enferm. 2009;22(4):385-91.*
9. *Teixeira AM, Tsukamoto R, Lopes CM, Silva RCG. Risk factors for unstable blood glucose level: integrative review of the risk factors related to the nursing diagnosis. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25:e2893.*
10. *Ministartsvo zdravlja Republike Srbije. Uredba o nacionalnom programu prevencije i rane detekcije tipa 2 dijabetesa. Beograd: Službeni glasnik Republike Srbije, br. 17/2009.*
11. *Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2017;123:37-48.*
12. *National Institute for Health and Care Excellence. Diabetes in adults - Quality Standard [Internet]. London (England): National Institute for Health and Care Excellence; 2011 [updated Aug 2016; cited Aug 2016]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs6.*
13. *Hídvégi T. Páciensedukáció – a cukorbeteg gondozás nélkülözhetetlen eleme. Orv hetil. 2011;152:1941-48.*
14. *Stanford Medicine. Diabetes Self-Management Program [Internet]. California (America): Stanford Patient Education Research Center. [updated 2017; cited Jun 2017]. Available from: http://patienteducation.stanford.edu/programs/diabeteseng.html.*
15. *Grillo MF, Neumanna CR, Scaina SF, Rozenoc RF, Grossb JL, Leitãob CB. Effect of different types of self-management education in patients with diabetes. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(4):400-5.*
16. *Ünsal-Avdal E, Arkan B. Individual and Group Education in Diabetes and Outcomes. Aquichan 2014; 14(2):138-47.*
17. *Mensing CR, Norris SL. Group Education in Diabetes: Effectiveness and Implementation. Diabetes Spectrum. 2003;16(2):96-103.*
18. *Sinclair AJ. Diabetes education–key principles of individual or group participation. Medicographia. 2013;114(35):35-9.*
19. *Sun Y, You W, Almeida F, Estabrooks P, Davy B. The Effectiveness and Cost of Lifestyle Interventions Including Nutrition Education for Diabetes Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Acad Nutr Diet. 2017;117(3):404-21.*
20. *Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43.*
21. *Olry de Labry Lima A, Bermúdez Tamayo C, Pastor Moreno G, Bolívar Muñoz J, Ruiz Pérez I, Johri M, et al. Effectiveness of an intervention to improve diabetes self-management on clinical outcomes in patients with low educational level. Gac Sanit. 2017;31(1):40-7.*
22. *Wallace AS, Perkhounkova Y, Sussman AL, Hein M, Chung SJ, Tripp-Reimer T. Implementation of collaborative goal setting for diabetes in community primary care. Transl Behav Med. 2016;6(2):202-11.*
23. *Hidvégi T. Az edukációról és a betegek segítéséről 2-es típusú diabetesben. Diabetologia Hungarica. 2015; 13(4):229-34.*
24. *Adam L, O'Connor C, Garcia AC. Evaluating the Impact of Diabetes Self-Management Education Methods on Knowledge, Attitudes and Behaviours of Adult Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Can J Diabetes. 2018;42:470–7.*
25. *Rodriguez KM. Intrinsic and Extrinsic Factors Affecting Patient Engagement in Diabetes Self-Management: Perspectives of a Certified Diabetes Educator. Clin Ther. 2013;35(2):170-8.*
26. *The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. National Diabetes Education Program: Guiding Principles for the Care of People with or at Risk for Diabetes (a program of National Institutes of Health & Centers for Disease Control and Prevention) [Internet]. Bethesda, Maryland (America): U.S. Department of Health and Human Services [updated Aug 2018, cited Mart 2019]. Retrieved from https://www.niddk.nih.gov/health-information/communication-programs/ndep/health-professionals/guiding-principles-care-people-risk-diabetes.*

27. *Weaver RR, Lemonde M, Payman N, Goodman WM. Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. Soc Sci Med. 2014;102:58-68.*
28. *Simon-Tuval T, Shmueli A, Harman-Boehm I. Adherence to Self-Care Behaviors among Patients with Tye 2 Diabetes - The Role of Risk Preferences. Value Health. 2016;16(6):844-51.*
29. *Thojampa S, Mawn B. The moderating effect of social cognitive factors on self-management activities and HbA1c in Thai adults with type-2 diabetes. Int J Nurs Sci. 2017;4(1):34-7.*

ZDRAVSTVENA NEGA PACIJENTA SA CELIJAKIJOM TOKOM BOLNIČKOG LEČENJA

NURSING CARE OF A PATIENT WITH CELIAC DISEASE DURING HOSPITAL TREATMENT

Sanja Stojanović [1], Hajnalka Požar [2]
[1]Opšta bolnica Subotica, Sektor za hirurške grane medicine
[2] Visoka škola strukovnih studija u Subotici

SAŽETAK

Celijakija je hronična autoimuna bolest tankog creva koja se javlja nakon unošenja namirnica koje u sebi sadrže gluten. Kod preosetljivih osoba gluten iz namirnica pokreće imunološke rakcije i dovodi do iritacije, upale i atrofije sluznice tankog creva sa posledičnom malapsorpcijom hranljivih materija. Jedini, dokazano efikasan tretman celijakije je sprovođenje stroge, doživotne bezglutenske dijete. Pridržavanjem dijete moguće je efikasno kontrolisati bolest i sačuvati kvalitet života. Ipak, ukoliko dođe do pogoršanja stanja, zdravstveni profesionalci moraju osigurati adekvatnu ishranu tokom boravka pacijenata u bolnici i tretman u skladu sa utvrđenim potrebama.

U radu su prikazane specifičnosti utvrđivanja potreba za zdravstvenom negom kod obolelih od celijakije (sestrinska anamneza, utvrđivanje stanja uhranjenosti i podataka o eliminaciji). Zatim, sagledani su najčešći problemi u domenu zdravstvene nege poput sledećih: deficit znanja, proliv i povraćanje, visok rizik od dehidratacije, pothranjenosti, rizik od poremećaja termoregulacije i neefikasno održavanje zdravlja. Prikazane su i sestrinske intervencije u cilju rešavanja ovih problema tokom bolničkog lečenja pacijenata sa celijakijom.

Ključne reči: *celijakija, bezglutenska dijeta, plan zdravstvene nege, dijagnoze nege*

SUMMARY

Celiac disease is a chronic autoimmune disease of the small intestine that occurs after ingesting foods that contain gluten. In hypersensitive people, gluten from food triggers immune reactions and leads to irritation, inflammation and atrophy of the small intestinal mucosa with consequent malabsorption of nutrients. The only proven treatment for celiac disease is a strict, lifelong gluten-free diet. By following a diet, it is possible to effectively control the disease and preserve the quality of life. However, if the condition worsens, health professionals must ensure adequate nutrition during their stay in the hospital, and treatment in accordance with the identified needs.

This paper presents the specifics of determining the need for care in patients with celiac disease (nursing history, determination of nutritional status and elimination data). Then, we considered the most common problems in the field of nursing care such as: knowledge deficit, diarrhea and vomiting, high risk of dehydration, malnutrition, risk of inadequate thermoregulation and inefficient health maintenance. Nursing interventions are also presented in order to solve these problems, during the hospital treatment of patients with celiac disease.

Key words: *celiac disease, gluten-free diet, nursing care, nursing diagnoses*

UVOD

Celijakija ili glutenska enteropatija je doživotno, autoimuno oboljenje tankog creva čiji je uzrok nepodnošljivost organizma na gluten. Gluten je belančevina koja se nalazi u proteinskoj opni ječma, raži, ovsa i zobi. Gluten oštećuje sluzokožu tankog creva i dovodi do deskvaminacije ćelija i atrofije sluznice crevnih resica, ometajući apsorpciju hranjivih materija i vode [1]. Usled hroničnog zapaljenja sluzokože tankog creva dolazi do tipičnih simptoma i znakova celijakije, koji se ispoljavaju na nivou digestivnog trakta u vidu hroničnih proliva, nadutosti, abdominalnih bolova, mučnina, povraćanja, što dovodi do gubitka u telesnoj težini i stagnacije u rastu i razvoju deteta. Pored tipičnih simptoma, postoji i grupa atipičnih, kao što su: anemije, umor, ekcem, dermatitis herpetiformis ili oštećenje zubne gleđi. Bolest se javlja kod osoba oba pola, često u dečijem ili adolescentnom uzrastu, međutim može da se

Autor za korespondenciju:
Sanja Stojanović
Opšta bolnica Subotica, Sektor za hirurške grane medicine
Izvorska 3, 24000 Subotica
e-mail: sanjastojanovic09@gmail.com

Rad primljen: 29.09.2021; Rad prihvaćen: 20.01.2022.

ispolji u bilo kom periodu života. Najčešće se javlja kod osoba koje su genetski predisponirane, ali može biti pokrenuta i crevnim infekcijama ili psihološkim stresom [2,3]. Dijagnoza bolesti se postavlja na osnovu kriterijuma Udruženja pedijatara, gastro-hepatoenterologa i nutricionista (engl. European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition - ESPGHAN). Pored detaljnih anamnestičkih podataka, kliničkog pregleda, serološkog testa ukupnih IgA antitela, definitivna dijagnoza se postavlja biopsijom sluzokože tankog creva. Po utvrđivanju definitivne dijagnoze, osobama obolelim od celijakije se savetuje stroga, doživotna bezglutenska dijeta, koja je jedini do danas poznat način lečenja celijakije [4 5].

Bezglutenska dijeta podrazumeva eliminisanje žitarica pšenice, ječma, raži i njihovih proizvoda. Takođe, iz ishrane je potrebno isključiti i sve hibridne proizvode navedenih žitarica poput spelte, duruma, mekinja, klice, krupica, kuskusa [6,7]. Dozvoljene su namirnice koje prirodno ne sadrže gluten (pirinač, kukuruz, krompir, voće, povrće, meso, riba, jaja, mleko). Ipak, treba voditi računa da ove namirnice mogu biti kontaminirane prilikom uzgajanja, procesa obrade, transporta i skladištenja. Kada je reč o industrijskim proizvodima, dozvoljena količina glutena u proizvodima je 20 ppm (20 miligrama glutena na 1 kg brašna) ili manje od toga i potrebno je da budu označeni međunarodnom oznakom za bezglutenske proizvode, znakom precrtanog klasa pšenice [8-10]. Edukacija o pravilnoj ishrani i uključivanje nutricioniste je neophodan segment u sprovođenju dijetoterapije, budući da takva ishrana može rezultirati deficitom određenih vitamina i minerala (pre svega folne kiseline, gvožđa, kalcijuma, magneziijuma, vitamina A, C, E i D) sa posledičnom anemijom, osteoporozom, neurološkim poremećajima ili slabljenjem odbrambenog sistema, te je neophodno dobiti odgovarajući savet za alternativne namirnice u cilju nadoknade nutrijenata [8,9].

Cilj ovog rada je da se sagledaju zadaci medicinske sestre u hospitalnom zbrinjavanju obolelih od celijakije, da se prikažu najznačajniji problemi na području zdravstvene nege, kao i sestrinske intervencije u cilju rešavanja ovih problema.

ZDRAVSTVENA NEGA OBOLELIH OD CELIJAKIJE TOKOM BOLNIČKOG LEČENJA

Ukoliko oboleli od celijakije dobiju adekvatnu dijagnozu, savet i podršku za sprovođenje dijetoterapije, većina njih može efikasno da se suoči sa oboljenjem i da živi potupun, kvalitetan život. Međutim, klinička slika celijakije može biti veoma raznolika i za posledicu može imati neke akutne komplikacije, koje je potrebno lečiti u hospitalnim uslovima. Ukoliko iz bilo kog razloga dođe do pogoršanja stanja obolelih i potrebe za hospitalizacijom, odgovornost za zdravstvenu negu i lečenje, planiranje i pripremu bezglutenskog obroka pripada zdravstvenim profesionalcima [11]. Iako se u smernicama za lečenje celijakije Nacionalnog institutaza zdravlje (engl. National Institute for Health and Care Excellence - NICE) ističe da odgovarajuće lečenje bolesnika sa celijakijom je, pre svega, prioritet za zdravstvene radnike - edukatore na primarnom nivou zdravstvene zaštite, isto bi trebalo da se odnosi i na tim zdravstvenih radnika koje brine o pacijentima koji su primljeni u bolnicu [12]. Svi zdravstveni radnici, uključujući studente i učenike, ali i nezdravstveni radnici koji su uključeni u proces naručivanja, pripremanja i distribucije obroka (pomoćni radnici, servirke, spremačice), moraju biti informisani i edukovani o specifičnim prehrambenim potrebama obolelih od celijakije [11]. Pacijentima sa celijakijom potrebno je obezbediti ishranu bez glutena tokom celog perioda boravka u bolnici. Nenamerno uvođenje glutena od strane bolničkog osoblja u obroke ili pića obolelih od celijakije može imati značajan negativan uticaj na njihovo zdravlje tokom hospitalizacije, pa i neko vreme nakon toga. Samim tim, zdravstveni radnici moraju biti potpuno svesni da su oni odgovorni za podmirivanje potreba pacijenata za ishranom i hidratacijom, zatim, kako slučajno izlaganje glutenu može uticati na zdravlje obolelih, koje mere predostrožnosti trebaju preduzeti kako bi izbegli unakrsnu kontaminaciju i kako da pristupaju informacijama o tome koja hrana može sadržati alergene [11].

Prilikom hospitalizacije obolelih u fazi akutnog ispoljavanja oboljenja neophodno je pridržavati se propisanih preporuka za što kvalitetniju brigu i negu, u skladu sa individualnim potrebama pacijenata [13]. Medicinska sestra treba da ostvari dobru saradnju i komunikaciju sa obolelima, kako bi omogućila što lakši pristup svim potrebnim i važnim informacijama, kao i da proceni koliko su oboleli spremni da sarađuju i učestvuju u nezi i lečenju. Saradnja treba da obuhvata i edukaciju, savetodavni rad o bolesti i važnosti primene pravilne dijetoterapije. Stoga, u pristupu treba da bude uverljiva, da pokaže zainteresovanost i na taj način stvori poverenje u komunikaciji [14].

SPECIFIČNOSTI PRIKUPLJANJA PODATAKA OD PACIJENATA SA CELIJAKIJOM

Sestrinska anamneza formira se prikupljanjem podataka o stanju obolelih, pri čemu se identifikuju potrebe za zdravstvenom negom. Potrebno je prikupiti osnovne podatke o pacijentu, razlogu hospitalizacije, opštem stanju pacijenta prilikom prijema, ranijim bolestima i hospitalizacijama, nivou informisanosti o bolesti i lečenju, uslovima za nastavak lečenja u kućnim uslovima. Prilikom prikupljanja podataka treba da se stvori uvid u prehrambene navike, da se sazna šta oboleli vole da konzumiraju, a šta ne, kako bi se kasniji jelovnik i saveti mogli prilagoditi individualnim navikama u ishrani. Prilikom hospitalizacije oboleli vrlo često, zbog izdvojenosti od uobičajenog okruženja, odbijaju hranu, pa je važno omogućiti što sličniju ishranu kao u kućnim uslovima [9,13,15]. Procena opšteg stanja podrazumeva parametre poput: uzrasta, pola, antropometrijskih pokazatelja nutritivnog statusa (telesna visina, telesna težina, indeks telesne mase). Prilikom prikupljanja podataka o nutritivnom statusu obolelog predlaže se upotreba određenih skala poput Mini nutritivne procene (engl. Mini Nutritional Assessment - MNA), Subjektivne globalne procene (engl. Subjective Global Assessment – SGA) ili Univerzalnog skrining testa za procenu malnutricije (engl. Malnutrition Universal Screening Tool - MUST). Poznavanje i redovna primena odgovarajućih skala i instrumenata u svakodnenom radu, može unaprediti kvalitet pružene zdravstvene nege, kako prilikom prikupljanja podataka, tako i kasnije prilikom evaluacije postignutih rezultata i ciljeva [16].

Prilikom prikupljanja podataka treba proceniti koliko pacijent zna o bolesti i o značaju dijetoterapije, dobiti informacije o eliminaciji, broju, konzistenciji i eventualnim primesama u stolici (gnoj, krv), prisustvu grčeva, mučnine ili povraćanja, o učestalosti i boji povraćenog sadržaja, kao i da li postoji neko drugo oboljenje koje se može povezati sa pojavom proliva ili povraćanjem. Potrebno je posmatrati stanje sluzokože, proceniti turgor i boju kože koja, ukoliko je bleda i oznojena, može ukazivati na pojavu određenog stepena dehidratacije. Neophodno je proceniti vitalne parametre i stanje svesti, jer mogu dati dragocene informacije o eventualnom prisustvu infekcije ili teže dehidratacije. Što je sestrinska anamneza preciznija, omogućava kvalitetniju izradu plana zdravstvene nege tokom hospitalizacije. Najčešći objektivni i subjektivni simptomi kod obolelih od celijakije su prikazani u Tabeli 1. [15,17].

Tabela 1. Najčešći subjektivni i objektivni simptomi i znaci kod obolelih od celijakije [17]

SUBJEKTIVNI:	OBJEKTIVNI:
1. Proliv	1. Gubitak telesne težine, stagnacija u težini
2. Povraćanje	2. Razdražljivost
3. Gubitak apetita, mučnina	3. Depresija
4. Bol u trbuhu	4. Stolica sa neprijatnim mirisom
5. Grčevi u stomaku	5. Bolovi u kostima, zglobovima

DIJAGNOZE NEGE I SESTRINSKE INTERVENCIJE KOD OBOLELIH OD CELIJAKIJE

Na osnovu sestrinske anamneze definišu se dijagnoze nege. Najčešće dijagnoze nege kod obolelih od celijakije su prikazane u Tabeli 2 [18-20]. Sveobuhvatna dijagnoza nege koja bi možda bila najprikladnija za celijakiju glasi: "Rizik od dehidratacije usled loše gastrointestinalne apsorpcije hranljivih materija u vezi sa prolivom" [17].

Tabela 2. Najčešće dijagnoze nege kod obolelih od celijakije

1. Deficit znanja	6. Rizik od infekcije
2. Proliv	7. Rizik za poremećaj termoregulacije
3. Povraćanje	8. Deficit samonege
4. Rizik za dehidrataciju	9. Anksioznost
5. Pothranjenost	10. Nemoć i neefikasno održavanje zdravlja

1. Deficit znanja

Deficit znanja ili neupućenost u osnovnu bolest, predstavlja nedostatak znanja i veština potrebnih za kontrolu bolesti. Ovo se najpre odnosi na važnost sprovođenja stroge bezglutenske dijete. Obolele je potrebno uključiti u program edukacije o pravilnoj ishrani, dozvoljenim i nedozvoljenim namirnicama, njihovom prepoznavanju na ambalaži i tumačenju deklaracije na proizvodima. Budući da se kod velikog broja obolelih u akutnoj fazi javlja i intolerancija na laktozu, neophodno je izbegavati namirnice koje sadrže laktozu [9,10].

Zadatak medicinske sestre u edukativnom pristupu zavisi od uzrasta i sposobnosti pacijenata. Prvo je potrebno proceniti nivo znanja o bolesti, spremnost na saradnju i aktivno učestvovanje obolelih (ili roditelja obolele dece) u edukaciji. Zatim, neophodno je razgovarati sa obolelima o značaju održavanja stroge bezglutenske dijete, o mogućim posledicama konzumiranja glutena i njegovom uticaju na sluznicu tankog creva u vidu iritacije i proliva. Potrebno je istaći da uporan proliv može dovesti do dehidratacije, elektrolitnog disbalansa, anemije, osteoporoze i drugih ozbiljnijih komplikacija [7,11]. Da bi zdravstveno vaspitanje i saveti bili uspešno prihvaćeni od strane pacijenata, važna je adekvatna komunikacija, jer stvaranje poverenja omogućava da se oboleli osećaju slobodnije i sigurnije u komunikaciji. Prilikom razgovora o bolesti treba koristiti što manje stručnih izraza, a ako je to neophodno, svaki je potrebno posebno objasniti i sačekati povratne informacije pacijenata [14]. Za sprovođenje edukacije medicinska sestra treba da pripremi informativni materijal koji će koristiti npr. pisani ili video materijal o bolesti, spisak dozvoljenih/nedozvoljenih namirnica, brošure i letke sa primerima jelovnika. Na osnovu dobijenih podataka o životnim navikama i navikama u ishrani, potrebno je informisati pacijente o tome koje navike je potrebno izmeniti kako bi adekvatno brinuli o svom zdravlju i podsticati ih da postavljaju pitanja [8, 9]. Za precizno praćenje dijete, savetuje se vođenje dnevnika namirnica koje se koriste u cilju što raznovrsnije ishrane i kako bi se izbegli eventualni propusti u konzumaciji nedozvoljenih namirnica [10].

Optimalan ishod edukativne intervencije je da pacijent:
- razume osnove oboljenja i potrebne dijetoterapije;
- pridržava se dijetetskog režima;
- zna da nabraja namrinice koje ne sadrže gluten i koji se mogu slobodno koristiti u ishrani;
- verbalizuje efekte konzumiranja namirnica koje sadrže gluten [11,19].

2. Proliv

Hroničan proliv tj. učestalo pražnjenje tečne stolice praćeno jakom peristaltikom creva, je vrlo čest simptom celijakije. U planu zdravstvene nege ovaj problem može da se označava i kao "Deficit samonege i nemoć u vezi sa gubitkom kontrole nad telesnim funkcijama – inkontinencijom creva" [15,17].

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema jesu:
- praćenje eliminacije creva, beleženje stolice (broj, konzistencija, primese, prisustvo grčeva i bolova) za 24 sata;
- praćenje bilansa tečnosti u toku 24 sata;
- podsticati pacijenta na unos tečnosti i obezbediti stalno prisustvo tečnosti (vode, čaja);
- ako pacijent ima uporan proliv neophodno je pratiti stanje hidratacije (turgor kože i vlažnost sluzokože usne duplje);
- obezbediti sprovođenje adekvatne dijete i ponuditi pacijentu manje, češće obroke;
- obezbediti redovno sprovođenje higijene i nege anogenitalne regije kože neutralnim kremama zbog učestalih stolica;
- primena parenteralne nadoknade tečnosti po nalogu [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:
- doći će do smanjenja količine stolice i grčevi će biti manji;
- neće doći do dehidratacije i deficita samonege [13,15].

3. Povraćanje

Povraćanje predstavlja snažno refleksno izbacivanje tj. eliminacija želudačnog sadržaja kroz usnu šupljinu. Usled intenzivnog povraćanja može doći do poremećaja acido-bazne ravnoteže koja je posledica gubitka elektrolita [13].

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema zdravstvene nege su sledeće:
- praćenje i beleženje količine, učestalosti povraćanja, prisustva patoloških primesa;
- obezbediti adekvatan položaj bolesnika (sedeći položaj sa glavom nagnutom napred ili bočni koma položaj, ukoliko je osoba bez svesti);
- sprovoditi higijenu usne duplje nakon svakog povraćanja, obezbediti provetrenu prostoriju;
- redovno praćenje vitalnih parametara i stanja svesti, posmatranje boje i turgora kože, izgleda sluzokože usne duplje [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:
- neće doći do povraćanja;
- pacijent će na vreme obavestiti osoblje o prisustvu nadražaja na povraćanje;
- neće doći do razvoja simptoma i znakova dehidratacije tokom hospitalizacije [9,15].

4. Rizik za dehidrataciju

Do dehidratacije tj. poremećaja metabolizma vode i elektrolita kod pacijenata obolelih od celijakije najčešće dolazi usled gubitka telesnih tečnosti zbog proliva, povraćanja i povišene telesne temperature. Samim tim, neophodno je redovno procenjivati stepen dehidratacije (Tabela 3) [15].

Tabela 3. Prikaz stepena dehidratacije i simptoma dehidratacije

STEPEN DEHIDRATACIJE	SIMPTOMI DEHIDRATACIJE
1. Blaga	Suv jezik, prisutan osećaj žeđi, vidljivi podočnjaci
2. Umerena	Suva usta i jezik, oslabljen turgor kože, ušiljen nos, halonirane oči, oligurija
3. Teška	Prisutni su znaci blage i umerene dehidratacije, kao i znaci hladne i blede kože, hladni ekstremiteti, tahikardija, poremećaj svesti, tihi, sitni srčani tonovi

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema su sledeće:

- praćenje bilansa tečnosti, obezbediti stalno prisustvo tečnosti (vode, čaja) u blizini pacijenta;
- objasniti pacijentu važnost uzimanja i nadoknade tečnostii podsticati ga na često uzimanje manjih količina tečnosti;
- pratiti vitalne parametare i laboratorijske nalaze (elektrolite u krvi);
- pratiti turgor kože i stanje sluzokože, posmatrati moguće znakove elektrolitnog disbalansa;
- primeniti ordiniranu parenteralnu nadoknadu tečnosti [17-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do razvoja dehidratacije i elektrolitnog disbalansa tokom hopsitalizacije;
- pacijent će pokazati interesovanje za uzimanje tečnosti;
- pacijent će imati adekvatan turgor kože i sluzokože [13].

5. Pothranjenost

Pothranjenost predstavlja stanje smanjenje telesne težine u odnosu na idealnu, zbog neadekvatnog unosa nutritijenata ili neadekvatne apsorpcije hranljivih materija. U planu zdravstvene nege ovaj problem može da se označava i kao "Visok rizik za neuravnoteženu ishranu - manji od telesnih potreba, povezan sa malapsorpcijom i gubitkom težine" [17].

Karakteristični znaci pothranjenosti su: smanjene telesne težine za 20% (u odnosu na optimalnu za određen uzrast), opadajuća vrednost indeksa telesne mase (BMI ≤ 18.5 kg/ m2), prisustvo bledila kože, slabost i klonulost i prisustvo mentalne razdražljivosti [22].

Sestrinske intervencije koje je potrebno sprovesti kod ovog problema jesu sledeće:

- redovan monitoring telesne težine,
- praćenje količine unete hrane, objašnjavanje značaja optimalnog režima ishrane;
- praćenje količine unete tečnosti i statusa hidratacije;
- izrada odgovarajućeg dijetetskog plana u saradnji sa nutricionistom, na primer, za dnevni kalorijski unos od 2700 kcal, kod obolelih od celijakije potrebno je obezbediti 555 g ugljenih hidrata, 60 g proteina, 30 g masti, 1000 mg natrijuma, 600 mg kalcijuma i 17 mg gvožđa;
- u slučaju teške pothranjenosti, po nalogu lekara plasirati nazogastričnu sondu za potrebe parenteralne ishrane i sprovoditi rednovnu oralnu higijenu [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do daljeg gubitka telesne težine;
- pacijent će postepeno dobijati na telesnoj težini;
- pacijent će prihvatiti novi način ishrane;
- pacijent će pokazati interesovanje za hranom i zadovoljiti nutritivne potrebe [9,13, 15].

6. Rizik od infekcija i rizik za poremećaj termoregulacije

Usled atrofije sluznice tankog creva, deficita pojedinih vitamina i narušavanja celovitosti intestinalne barijere dolazi i do posledičnog slabljenja imunog sistema i postoji rizik za razvoj infekcija kod pacijenata. Poremećaj termoregulacije, pored infektivnih stanja, može da se javlja kod dece usled poremećaja nutritivnog statusa [15,22].

Intervencije medicinske sestre kod ovih problema usmerene su na:

- merenje i beleženje vrednosti telesne temprature, pulsa, respiracija (eventualnog kašlja),
- praćenje stanja svesti (razdražljivosti) i znakova infekcije;
- praćenje i uočavanje znakova hipo/hipertermije;
- obezbeđivanje adekvatnih mikroklimatskih uslova, adekvatne odeće;
- uzorkovanje biološkog materijala za ispitivanje i ordiniranje propisane terapije [18-21].

Mogući ciljevi i ishodi sestrinskih intervencija su:

- neće doći do poremećaja termoregulacije tokom bolničkog lečenja;
- telesna tempratura će biti u okviru fizioloških vrednosti;
- pacijent će umeti da prepozna znake poremećaja termoregulacije ili infekcije [9,13,15].

7. Anksioznost i neefikasno održavanje zdravlja

S obzirom na ograničenja u ishrani kod obolelih od celijakije moguć je razvoj psiholoških reakcija poput depresije, anksioznosti, strahova, niske tolerancije na frustraciju, razdražljivosti i problema sa uklapanjem u socijalni život (izbegavanje društva, izbegavanje konzumiranja hrane u restoranima itd.). Kako bi se ovi problemi smanjili ili izbegli važno je da, pored pacijenta, i porodica prihvati novonastalu situaciju i pruži podršku u istrajnosti i prihvatanju bolesti [23]. Za pružanje adekvatne podrške, potrebno je prepoznati i izdvojiti obolele koji imaju problem sa prihvatanjem oboljenja i sagledati kojim praktičnim savetima bi im se moglo pomoći u organizaciji svakodnevnih obaveza ili uputiti ih na grupe podrške u okviru kojih mogu upoznati druge obolele i razmeniti iskustva i savete. U procesu komunikacije ključan je prvi kontakt, jer su pacijenti često uplašeni, nervozni i zbunjeni, a prvi kontakt sa osobljem treba da stiša sve negativne emocije i misli. Pacijenti koji prihvate oboljenje i koji su dobro edukovani, lakše će i brže moći da prihvate nove obrasce ponašanja [10,14].

ZAKLJUČAK

U fokusu ovog rada su bili bolničko zbrinjavanje, kao i potrebe i problemi zdravstvene nege kod pacijenata obolelih od celijakije.

Bolničko zbrinjavanje obolelih od celijakije u akutnoj fazi predstavlja izazov za ustanovu zbog obezbeđivanja bezglutenske dijete tokom celog boravka u bolnici. Najpre, prilikom prijema pacijenata, neophodno je jasno dokumentovati i preneti svom osoblju na odeljenju potrebu za ishranom bez glutena. Potrebno je obavestiti odeljenje za pripremu hrane i nutricionistu o potrebi

bezglutenske dijete u skladu sa nutritivnim potrebama pacijenta. Zdravstveni radnici na odeljenju moraju se pobrinuti da pacijentima ne daju hranu, grickalice ili piće koji sadrži gluten, kako ne bi došlo do nenamernog pogoršanja stanja. U cilju povećanja nivoa svesti i znanja zdravstvenih radnika u bolnicama predlažemo dodatnu edukaciju o zbrinjavanju pacijenata obolelih od celijakije.

Strukovna/diplomirana medicinska sestra koja prikuplja podatke i planira zdravstvenu negu, treba da bude svesna najčešćih problema koji se javljaju kod obolelih. Samim tim, prikupljanje podataka treba da usmerava na navike u ishrani, na procenu stanja uhranjenosti, eliminacije, procenu stepena hidratacije i otkrivanje eventualnih infekcija. Najčešći problem u domenu zdravstvene nege jeste deficit znanja pacijenata. Samim tim, prevashodan zadatak medicinske sestre je u edukaciji pacijenata o pravilnoj, doživotnoj ishrani bez glutena. U tom cilju, podstiče se kontinuirana edukacija osoblja o adekvatnoj dijetoterapiji, priprema pisanih edukativnih materijala, izrada brošura i primera jelovnika koji će se koristiti tokom zdravstveno-vaspitnog rada.

Kod pacijenata obolelih od celijakije u akutnoj fazi, često se javlja deficit samonege usled pothranjenosti i iscrpljenosti zbog hroničnih proliva, povraćanja, dehidratacije i anemije. U skladu sa tim, sestrinske intervencije su usmerene na eliminaciju, adekvatnu ishranu i na postizanje optimalne uhranjenosti i hidratacije obolelih. Pored toga, ne treba zaboraviti na psihološke aspekte ovog doživotnog oboljenja, pružiti adekvatne savete i podršku pacijentima da istraju u promenama životnog stila i što brže postignu optimalno zdravlje, te je neophodno unaprediti i razvijati komunikacione veštine i savetodavni rad medicinskih sestara.

LITERATURA

1. *Glissen Brown JR, Singh P. Coeliac disease. Paediatr Int Child Health. 2019;39(1):23-31.*
2. *Barbarić I. Celijakija-pregled i predviđanja. Medicina Fluminensis. 2008;44(3-4):229-34.*
3. *Kolaček S, Hojsak I, Niseteo T. Prehrana u općoj i kliničkoj pedijatriji. Zagreb: Medicinska naklada, 2017.*
4. *Lebwohl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. Lancet. 2018;391(10115):70-81.*
5. *Marčec M, Antoljak N, Benjak T. Celijakija - nedovoljno prepoznat javnozdravstveni problem. Liječ vjesn. 2018;140:261-6.*
6. *Stojanovic Jovanović B, Đonović N, Vuletić B. Uticaj bezglutenske ishrane na način života dece sa celijakijom. Sestrinska reč. 2018;(21)76:7-10.*
7. *Stojanović Jovanović B, Jovanović S, Vuletić B. Kliničke karakteristike celijačne bolesti kod dece i uspeh terapije dijetom bez glutena na osnovu seroloških testova. Sestrinska reč. 2019;(22)78:4-9.*
8. *Panjkota Krbavčić I. Prehrana kod celijakije. Medicus. 2008;17(1):87-92.*
9. *Premuš F. Važnost prehrane pacijenata s glutenskom enteropatijom. Magistarski rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, 2015.*
10. *Udruženje celijakije za Srbiju [Homepage].Bezglutenska dijeta.Beograd: Udruženje celijakije za Srbiju [citirano 12.07.2021.]. Dostupno: https://celijakija.rs/ishrana*
11. *Best C, Powell K, Whitehead C, Kyriazidou E. Managing patients with coeliac disease during a hospital stay. Nursing Times [online] 2018;114(7):18-20. [cited sept 2021]. Available from: https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2018/06/180627-Managing-patients-with-coeliac-disease-during-a-hospital-stay.pdf*
12. *National Institute for Health and Care Excellence (2015) Coeliac Disease: Recognition, Assessment and Management. NICE guideline [NG20], 2015 [cited sept 2021]. Available from: Nice.org.uk/ng20*
13. *Horvat D. Celijakija - prikaz slučaja. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, 2016.*
14. *Knežević J, Rodić N. Praktikum pedagoško psihološke aktivnosti sa decom u bolnici. Subotica: Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera, 2016.*
15. *Pšeničnjak B. Zdravstvena njega djece oboljele od celijakije. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, 2016.*
16. *Popadić A, Panišić- Šekeljić M, Bezmarević M. Skrining i procena nutritivnog statusa. SJAIT. 2015;1-2:5-13.*
17. *Felbry College – School of Nursing [Homepage].Nursing care plan for Celiac Disease. [updated 2016, cited Sept 2021]. Available from: https://felbry.instructure.com/courses/37/files/888*
18. *Šepec S, Munko T, Abcu Aldan D, Babić D, Turina A. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2011.*
19. *Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2013.*
20. *Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, Kurtović B, Režić S, Rotim C,et al. Sestrinske dijagnoze III. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, 2015.*
21. *Springhouse. Sestrinske procedure. Beograd: Data Status, 2010.*
22. *Nikolić M. Dijetetika. Niš: Medicinski fakultet Niš, WUS Austria; 2008.*
23. *Čuković-Čavka S, Crnčević Urek M, Brinar M, Turk N. Celijakija u odrasloj dobi. Zagreb: KBC Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2013.*

IZVEŠTAJ O SIMPOZIJUMU GLAVNIH SESTARA I BABICA, SESTARA I BABICA IZ PRAKSE I PROFESORA ZDRAVSTVENE NEGE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM, 24. 11. – 28. 11. 2021.

predsednik UMSTBS Dijana Otašević

Tradicionalni Simpozijum glavnih sestara i babica, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege sa međunarodnim učešćem u organizaciji Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije – UMSTBS održan je na Tari u hotelu „Omorika“ od 24. do 28. novembra 2021. godine.

Pokrovitelji Simpozijuma i ove godine bili su Ministarstvo zdravlje Republike Srbije i Komora medicinskih sestara i tehničara Srbije. Simpozijum je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije, kao Nacionalni simpozijum sa međunardnim učešćem za lekare, lekare specijaliste, stomatologe, farmaceute, biohemičare, psihologe, medicinske sestre, zdravstvene tehničare i ginekološko akušerske sestre – babice (br. odluke: 153 – 01 – 00333/2021 – 01 od 16. 08. 2021., br. akreditacije: D – 1 – 385/21).

Simpozijumu je prisustvovalo 247 učesnika iz zdravstvenih i obrazovnih ustanova za medicinske sestre iz Republike Srbije, Crne Gore i Republike Srpske.

Na svečanom otvaranju Simpozijuma, koje je započeto intoniranjem himne Bože pravde, učesnicima se ispred Ministarstva zdravlja Republike Srbije obratio dr Aleksandar Stojanović, direktor Doma zdravlja Palilula, zatim Radica Ilić, predsednica Sindikata medicinskih sestara i tehničara Srbije, potom Sanja Minić, dipl. med. sestra, predstavnik Nacionalnog udruženja medicinskih sestara Crne Gore i prof. dr Miodrag Jevtić u ime direktora Visoke sportske i zdravstvene škole Beograd. Prof dr Petar Svorcan, direktor KBC“Zvezdara“je na ceremoniji proglašenja najboljih usmenih i poster prezentacija, pozdravio učesnike Simpozijuma, ističući značaj i doprinos rada medicinskih sestara, tehničara u celokupnom zdravstvemom sistemu, naročito tokom pandemije KOVID19.

Simpozijum je zvanično otvorila predsednica UMSTB Dijana Otašević, dipl. med. sestra.

Pre svečanog otvaranja Simpozijuma 24. 11. 2021., svim registraovanim učesnicama je bilo omogućeno besplatno učestvovanje na predavanju sa pismenim rešavanjem testa na temu Specifičnosti zdravstvene nege kod pacijenata na peritoneumskoj dijalizi, čiji je autor Miljen Ilić, dipl. med. sestra KBC „Zvezdara“. Predavanje je akreditovano od strane Zdravstvenog saveta Srbije za medicinske sestre, zdravstvene tehničare i babice (br. odluke: 153 – 01 – 00333/2021 – 01 od 16. 08. 2021., br. akreditacije: D – 1 – 387/21). Prvog radnog dana Simpozijuma, odnosno dana 25. novembra 2021. održana je plenarna sesija pod nazivom Fizičko i mentalno zdravlje medicinskih sestara u uslovima pandemije COVID – 19. U okviru sesije ukupno je prezentovano devet od planiranih deset radova. Jedan rad je prezentovan on – line putem Zoom aplikacije. Tok izlaganja, s obzirom da je COVID-19 pandemija dovela do znatnih promena u organizaciji zdravstvenog sistema, pojedini autori su prezentovali modele oraganizacije ljudskih resursa, ali većina njih je na osnovu rezultata studija sprovedenih u svetu, ali i kod nas, ukazala na posledice uticaja COVID-19 pandemije na fizičko i mentalno zdravlje medicinskih sestara. Kroz interaktivnu diskusiju koju je vodila Dijana Otašević, dipl. med. sestra, kao moderator, razmenjana su mišljenja i iskustva i izvedeni su sledeći zaključci:

1. Pandemija COVID 19 je donela ogromne izazove i rizike medicinskim sestrama i drugim zdravstvenim radnicima širom sveta. Zdravstveni radnici ne samo da su izloženi većem riziku od ekspozicije virusu Sars-CoV-2, već se suočavaju sa velikim fizičkim opterećenjem, strahom, stresom i ozbiljnim psihološkim problemima. Stoga, u cilju bolje organizacije celokupnog sistema zdravstvene zaštite potrebno je precizirati i implementirati sve mere prevencije i zaštite medicinskog osoblja na radnom mestu. U slučaju da se COVID -19 dobije na radnom mestu, trebalo bi se smatrati povredom na radu u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom.

2. UMSTBS podržava inicijativu da podaci o evidenciji preminulih medicinskih sestara i tehničara od COVID – 19, koju vodi referentna ustanova na nacionalnom nivou prikupljanjem podataka iz COVID baze, postanu javno dostupni.

Prof. dr Ljiljana Marković Denić je on-line uključenjem preko Zoom platforme predstavila istraživanje koje se sprovodi uz podršku Ministarstva zdravlja, u okviru projekta „Hitan odgovor Republike Srbije na COVID-19“. Projekat je zvanično počeo 10. decembra 2020. i trajaće do 31. maja 2022. Ovom prilikom su pozvane sve medicinske sestre-tehničari da daju doprinos istraživanju popunjavanjem elektronskog upitnika putem aplikacije Forms (https://forms.gle/nMjwfCqohMTysDYo9) , a koji je postavljen na web stranici UMSTBS.

Tokom simpozijuma održano je pet usmenih i jedna poster sesija na kojima se prezentovano 72 od ukupno 89 prijavljenih radova. Nagrađeni radovi se sledeći:

1. Iskustvo neurološke sestre sa „prve linije fronta“ u borbi protiv pandemije COVID 19 – prikaz dva slučaja, Jelena Niković, KCV Novi Sad, Medicinski fakultet Novi Sad.
2. Karcinom dojke u muškoj i ženskoj populaciji – sličnosti i razlike, Nina Mrađa, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije
3. Zdravstvena nega bolesnika sa tromboembolijom pluć, Tanje Dautović, Vojnomedicinska akademija Beograd
4. Sestra nezamenljiv član zdravstvenog tima za VTO, Jovana Kalezić, GAK Narodni front, Beograd.
5. Zdravstvena nega bolesnika sa prelom kostiju donjih ekstremiteta, Gordana Matić Nikolić, Vojnomedicinska akademija Beograd
6. Uloga medicinske sestre u ranom otkrivanju skolioze, Snežana Bugarčić, Dom zdravlja Lučani.

Za vreme usmene sesije stručni rad koji je izazvao značajnu pažnju i pokrenuo diskusiju jeste rad pod naslovom Pedofilija – Zločin i kazna, autora Olivera Miladinovića iz Opšte bolnice Kruševac. Nakon interaktivne diskusije usvojeni su sledeći zaključci:

1. Podržati inicijativu da registar pedofila u Srbiji postane javno postupan.
2. Podržati razvoj Amber Alert sistema u Srbiji.

Tokom Simpozijuma održan je edukativni seminar o celijačnoj bolesti kod dece, čiji je moderator bila dr Nataša Dragutinović, dečiji gastroenterolog, Univerzitetska dečja klinika, Beograd i radionica Kako publikovati u Sestrinskoj reči. Moderatori radionice bili su glavna i odgovorna urednica časopisa dr sc. med. Dušanka Tadić i prof. dr Dragana Simin sa Medicinskog fakulteta, Novi Sad.

Takođe, su održana i dva komercijalna predavanja i to kompanije BIOKOM na temu Efikasne metode i rešenja u borbi protiv COVID-19 i infekcija povezanih sa zdravstvom i kompanije ZEPTER na kojem su predstavljeni proizvodi za prečišćavanja vazduha i primenu hipersvetlosne terapije.

Opšta ocena Simpozijuma je 4,77, skoro 80% učesnika je smatralo da su na Simpozijumu stekli nova saznanja primenjiva u praksi.

Predsednica Stručnog odbora Simpozijuma
Prof. dr Dragana Milutinović

Predsednica UMSTBS
Dijana Otašević, dipl. med. sestra

PROGRAM RADA I STRUČNIH AKTIVNOSTI UMSTBS ZA 2022. GODINU

Stručne aktivnosti UMSTBS za 2022.godinu će se odvijati u skladu sa epidemiološkom situacijom u vezi sa Covid-19 u našoj zemlji i merama Vlade Republike Srbije i Kriznog štaba.

1) XVIII SIMPOZIJUM UMSTBS
11.05.-15.05.2022.
Vrnjačka Banja, Hotel "Breza"
Sadržaj stručnih aktivnosti na Simpozijumu:

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

Za planirani Simpozijum očekuje se oko 200 učesnika

OBELEŽAVANJE ZNAČAJNIH DATUMA ZA SESTRINSTVO I BABIŠTVO

- **05.05.2022.god obeležavanje Međunarodnog dana babica i Svetskog dana higijene ruku**
- **12.maj - Akademija povodom Međunarodnog dana sestara i babica Hotel „Breza"Vrnjačka Banja**
  - **Stručni sastanak na preporučenu temu ICN za 2022. godinu**
  - **Svečana akademija**
  - **Dodela priznanja i nagrada najboljim medicinskim sestrama**
  - **18.05.2022. obeležavanje Evropskog dana sestara u onkologiji**

2) SIMPOZIJUM GLAVNIH SESTARA, BABICA, SESTARA I BABICA IZ PRAKSE I PROFESORA ZDRAVSTVENE NEGE

23.11. do 27.11. 2022. godine
Tara, Hotel "Omorika"
Sadržaj stručnih aktivnosti Simpozijuma:
- **Plenarna tematika**
- **Usmena i poster prezentacija stručnih radova**
- **Predstavljanje saradnika – popularna predavanja**

Za planirani Simpozijum očekuje se oko 300 učesnika.

3) 35. SIMPOZIJUM MEDICINSKIH SESTARA – TEHNIČARA ONKOLOŠKIH INSTITUCIJA REPUBLIKE SRBIJE - novembar – decembar 2022.god

4) II SIMPOZIJUM SESTARA U GERIJATRIJI – 1.10.2022. – DAN STARIH

5) STUDIJSKO PUTOVANJE– septembar 2022 - destinacija po odluci UO

Sadržaj Studijskog putovanja:
- **Poseta zdravstvenim ustanovama**
- **Radni sastanak sa predstavnicima institucija**
- **Radni sastanak sa predstavnicima sestrinsko babičkih strukovnih organizacija**

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

6) INTERSEKCIJSKI RAD U 2022. godini

1. **Sekcija sestara u psihijatriji**
2. **Sekcija sestara u internoj medicini**
3. **Sekcija sestara u onkologiji**
4. **Sekcija hirurških grana**
5. **Sekcija sestara u gerijatriji**
6. **Sekcija sestara u PZZ**
7. **Sekcija za zdravstvenu zaštitu žena, dece i omladine i sekcija babica**
8. **Sekcija nastavnika i profesora zdravstvene nege srednjih i strukovnih medicinskih škola**

Realizacija akreditovanih programa KE udruženja - članica i podružnice UMSTBS biće u skladu sa epidemiološkom situacijom u vezi sa Covid-19 u našoj zemlji, uz mogućnost korišćenja onlajn platforme 365 dana u godini.

Učešće predstavnika UMSTBS na stručnim skupovima u zemlji i u inostranstvu biće realizovano u zavisnosti od epidemiološke situacije u vezi sa Covid-19.

22. januar 2022. god

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

UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

1. Dostavljanje rukopisa. Rukopisi se dostavljaju poštom na adresu uredništva: Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije Beograd, Resavska 28, Beograd, Srbija ili elektronskim putem, na e-mail adresu časopisa: **sestrinskarec@gmail.com**

2. Autorska prava. Autori zadržavaju autorska prava nad objavljenim člancima, a izdavaču daju neekskluzivno pravo da članak objavi, da u slučaju daljeg korišćenja članka bude naveden kao njegov prvi izdavač, kao i da distribuira članak u svim oblicima i medijima. Časopis Sestrinska reč se izdaje u režimu tzv. otvorenog pristupa. Sav sadržaj časopisa dostupan je korisnicima besplatno. Korisnici mogu da čitaju, preuzimaju, kopiraju, distribuiraju, štampaju, pretražuju puni tekst članaka, kao i da uspostavljaju HTML linkove ka njima, bez obaveze da za to traže saglasnost autora ili izdavača. Pravo da sadržaj koriste bez pisane saglasnosti ne oslobađa korisnike obaveze da citiraju sadržaj časopisa.

3. Kategorizacija rukopisa (tip članka). Kategorizaciju podnetih rukopisa predlaže autor, a konačnu ocenu donosi uredništvo časopisa (glavni i odgovorni urednik), primarno na osnovu ocene recenzenata.

Prema Pravilniku o kategorizaciji i rangiranju naučnih časopisa (Prilog 1 - Uslovi za uređivanje naučnih časopisa), koji je sačinilo Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije u saradnji sa Narodnom bibliotekom Srbije (Službeni glasnik RS br.159 od 30. decembra 2020.), predviđena je sledeća kategorizacija članaka:

Naučni članci:
- Originalan/izvorni naučni rad (Original article)
- Pregledni rad (Review article)
- Kratko ili prethodno saopštenje (Preliminary communication)
- Naučna kritika/polemika i osvrti

Stručni članci:
- Stručni rad (Professional article)
- Prikaz slučaja (Case report)
- Prikaz knjige (Book review)
- Informativni prilog: uvodnik, komentar i sl.
- Stručna kritika/polemika i osvrti

• **Originalni naučni rad** (rad u kojem se iznose prethodno neobjavljeni rezultati sopstvenih istraživanja naučnim metodom, odnosno rad koji 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** (rad koji sadrži originalan, detaljan i kritički prikaz istraživačkog problema ili područja u kome je autor ostvario određeni doprinos; predstavlja celovit pregled nekog problema na osnovu već publikovanog materijala, koji je u pregledu sakupljen, analiziran i komentarisan);

- **Kratko ili prethodno sopštenje** (originalni naučni rad punog formata, ali manjeg obima ili preliminarnog karaktera; sadrži naučne rezultate čiji karakter zahteva hitno objavljivanje, ali ne mora da omogući proveru i ponavljanje prikazanih rezultata);

- **Naučna kritika/polemika** (rasprava na određenu naučnu temu zasnovana isključivo na naučnoj argumentaciji i korišćenjem naučne metodologije);

- **Stručni rad** (predstavlja koristan prilog u kome se nude iskustva iz područja struke/profesionalne prakse, ali koja nisu nužno zasnovana na naučnom metodu; drugim rečima, 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);

- **Prikaz knjige** (kritički komentar i stručna oceana dela koje se prikazuje, kao i procena njegovog značaja);

- **Aktuelne 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);

- **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 uz primenu postupka dvostranog anonimnog recenziranja svih radova. Rukopisi se upućuju na recenziju tek nakon inicijalne ocene da li su, s obzirom na formu i tematski delokrug, podobni za objavljivanje u časopisu. Nakon recenzije autor se obaveštava o zaključku recenzije. Rukopis može biti prihvaćen za objavu, vraćen na manju ili veću doradu ili odbijen.

5. Provera radova na (auto)plagijarizam. Svi radovi koji prođu postupak recenzije i budu prihvaćeni, pre objavljivanja prolaze proveru na (auto)plagijarizam posredstvom servisa ***CrossRef iThenticate.*** Plagirani radovi se ne objavljuju. Uredništvo polazi od stava da je plagiranje, odnosno, preuzimanje tuđih ideja, reči ili drugih oblika kreativnog doprinosa i njihovo predstavljanje kao svojih, grubo kršenje naučne i izdavačke etike. Plagiranje može da

uključuje i kršenje autorskih prava.

6. 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).

7. 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), u posebnoj napomeni navesti podatak ukoliko je članak u prethodnoj verziji bio izložen na skupu u vidu usmenog saopštenja (pod istim ili sličnim naslovom);

- **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;

- **Materijal i metode** 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, koristiti najviše do ukupno pet tabela ili grafikona;

- **Diskusija** - treba da bude koncizna i jasna, da sadrži rezime i objašnjanje glavnih rezultata i njihovo poređenje sa rezultatima relevantnih studija publikovanim u svetskoj i domaćoj literaturi. Korisno je da sadrži i implikacije za kliničku/sestrinsku praksu i ograničenja studije.

- **Zaključak** - kratke zaključne napomene sa jasnom porukom koja proističe iz rezultata istraživanja, a u skladu sa ciljevima datim u uvodu rada;

- **Literatura** - citiranje literature vrši se prema Vankuverskom sistemu. Reference je potrebno numerisati rednim arapskim brojevima, prema redosledu navođenja u tekstu. Reference je potrebno navesti 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 sažetku. 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.

Dodatne obaveze: Nakon prihvatanja rukopisa za publikovanje, svi autori su u obavezi da potpišu Izjavu o autorstvu, koju im uredništvo dostavlja. Autori su takođe u obavezi da plate troškove objavljivanja rada u časopisu Sestrinska reč, ukoliko nisu članovi Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije. Autori iz Srbije plaćaju iznos od 480,00 dinara, a autori iz inostranstva iznos od 5 Eur. U protivnom, rad neće biti štampan.

Odricanje od odgovornosti: Stavovi izneti u objavljenim radovima ne izražavaju stavove urednika i članova redakcije časopisa. Autori preuzimaju pravnu i moralnu odgovornost za ideje iznete u svojim radovima, tačnost prezentovanih informacija i originalnost autorskih sadržaja. Izdavač neće snositi nikakvu odgovornost u slučaju ispostavljanja bilo kakvih zahteva za naknadu štete.

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.

Prema Listi kategorisanih naučnih časopisa za 2021. godinu, u kategorizaciji domaćih naučnih časopisa za medicinske nauke, časopis "Sestrinska reč" je, od strane Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, svrstan u kategoriju M52.

Uredništvo izražava veliko zadovoljstvo i zahvalnost autorima na interesovanju da publikuju svoje radove u časopisu "Sestrinska reč". Zahvalnost upućujemo i svim recenzentima koji su vršili ocenu naučne, odnosno stručne vrednosti rukopisa u 2021. godini i tako doprineli unapređenju kvaliteta radova koje publikujemo i boljem pozicioniranju časopisa na domaćoj naučnoj sceni.

BIOKOM PLUS

www.biokom-trend.com

ZA SPREČAVANJE INFEKCIJA POVEZANIH SA MEDICINSKOM NEGOM

"Marija Joksimović - komercijalista u Biokom Plus D.O.O."

Biokom Plus D.O.O nudi inovativni sistem dezinfekcije na tržištu. Koje su prednosti sistema i zašto se preporučuje da se koristi za redovnu dezinfekciju?

- Trenutno većina medicinskih i zdravstvenih ustanova koristi fizičku metodu dezinfekcije, pri kojoj medicinsko osoblje ručno nanosi dezinfekciona sredstva. Ova metoda je prilično neefikasna, jer se ne postiže odgovarajuća, dezinfekcija prostorije. Teško dostupna mesta se ne dezinfikuju i zbog ljudskog faktora mnoge površine se ne očiste. Korišćenjem sistema koji pretvara vodonik -peroksid u suvi gas i stvara veštački tok u prostoriji, ***dopiru se i efikasno dezinfikuju i najteže dostupna mesta.*** *Konvencionalnim metodama ne dezinfikujemo vazduh u prostoriji, što Nocotech sistem radi 100%. Štaviše, ovim sistemom postiže se* ***ujednačena dezinfekcija svake površine u prostoriji*** *na primer u sobi za pacijente, dobićemo istu i efikasnu dezinfekciju i na površini bolničkog kreveta i ispod nje, kao i na bateriji .u toaletu i ispod umivaonika itd.*

Govorite o ljudskom faktoru ... Kako se upravlja sistemom i kako se mogu uštedeti resursi?

- Sistem je potpuno autonoman. Sve što treba da uradite je da stavite uređaj u prostoriju sa dezinfekcionim sredstvom, podesite jačinu i uključite ga - bez fizičke intervencije. Na ovaj način se ljudski resursi u medicinskim i zdravstvenim ustanovama mogu koristiti mnogo efikasnije i racionalnije. Nocotech sistem je veoma ekonomičan - bez prekomerne potrošnje dezinfekcionog sredstva i / ili neefikasnosti u dezinfekciji. Ova činjenica ga zapravo čini jednom od najekonomičnijih metoda dezinfekcije.

Koje su prednosti Nocotech sistema u odnosu na druge slične sisteme na tržištu?

Pored toga što ima dokazan puni opseg delovanja, Nocotech sistem je kompaktan i prenosiv. Za razliku od većine sličnih sistema na tržištu, ovo dezinfekciono sredstvo se pretvara u suvi gas i ***ne utiče negativno na elektroniku u prostoriji.*** *Na primer, nije potrebno vaditi opremu za dezinfekciju operacione sale, što opet štedi vreme i nepotrebne troškove za odvojenu dezinfekciju opreme.*

A koje su prednosti u odnosu na druge, kako ih nazivate, nekonvencionalne metode?

- Da bismo imali efikasnu dezinfekciju UV lampama, na primer, potrebno nam je 100% direktno svetlo / zračenje na svaku površinu. Ovo je nedostižno čak i korišćenjem sistema od nekoliko UV uređaja. Kao što sam već objasnila, Nocotech sistem dopire do svakog ugla sobe. Druga glavna prednost je to što je dezinfekciono sredstvo razgradivo, boce se mogu reciklirati i nemamo negativan uticaj na životnu sredinu.

Gde se sistem može koristiti?

-Svuda !!! Bukvalno u svakoj prostoriji - javnim prostorima, bolnicama, odeljenjima, manipulacijama, operativnim čak i za dezinfekciju vozila hitne pomoći.

Biokom Plus D.O.O nudi objektivnu i brzu metodu za merenje čistoće površina na osnovu detekcije ATP (adenozin trifosfata). Zašto ova metoda?

Vizuelna procena čišćenja je vrlo subjektivna. Kolorimetrijske metode takođe. Klasična mikrobiologija je dobar metod, ali procenjuje čišćenje i dezinfekciju nekoliko dana nakon uzorkovanja površine. Ekspresni rezultat sa EnSURE Touch pruža priliku za blagovremenu korektivnu akciju, ***odmah nakon ekspresnog uzorkovanja u trajanju od 10 sekundi.*** *Iako je široko priznata metoda i zlatni standard, klasična mikrobiologija otkriva prisustvo mikroorganizama, ali ne može utvrditi kvalitet čišćenja uopšte. Zamislite da na datoj površini imamo tečnost, zašto ne i telesnu tečnost, koja je potpuno sterilna i nije potpuno uklonjena tokom čišćenja. U ovom slučaju nemamo mikroorganizme na površini, ali imamo savršeno okruženje za njihov razvoj. Klasična mikrobiologija će za nekoliko dana potvrditi da je ova površina čista, ali postoji realna opasnost da čak i ako mikroorganizam padne na ovu površinu, on se umnoži na nivoima opasnim po ljudsko zdravlje. U takvoj situaciji, EnSURE Touch će dati jasan signal za problematičnu (neočišćenu) površinu samo 10 sekundi nakon čišćenja.*

Govorite o klasičnoj mikrobiologiji kao standardu za određivanje stepena čišćenja i dezinfekcije. Kakav je status vaše metode?

- Bioluminiscencija ATP -a i klasična mikrobiologija idu ruku pod ruku. U Pravilniku br. 3 od 08.05.2013. u odeljku za kontrolu čišćenja odobrena je luminometrijska metoda kao metoda za kvantitativnu procenu čišćenja. EnSURE Touch i ATP bioluminiscencija pomažu da se problem otkrije i spreči na vreme. Mogućnosti za sprečavanje i obezbeđivanje kvalitetnog čišćenja pre dezinfekcije i / ili sterilizacije su glavne prednosti korišćenja EnSURE Touch -a. ***Za kvalitetnu dezinfekciju i / ili sterilizaciju neophodni su preduslovi za to, što se može potvrditi EnSURE Touch -om.*** *Nakon dezinfekcije i / ili sterilizacije dolazi vreme i moć klasične mikrobiologije - da dokaže da li je prisustvo mikroorganizama svedeno na potrebne nivoe.*

Pominjući sterilizaciju i dezinfekciju, kako je vaš sistem primenljiv u ovim fazama? Može li se proveriti nakon dezinfekcije i sterilizacije?

- Naravno da može, ali to nije cilj. Procesima dezinfekcije i sterilizacije uvek prethodi proces dekontaminacije. Ako proces dekontaminacije ne uspe, sledi proces dezinfekcije ili sterilizacije. Svrha sistema je da proveri da li je proces dekontaminacije bio uspešan kako bi se prešlo na proces dezinfekcije ili sterilizacije. Na primer, instrumente za višekratnu upotrebu nije potrebno dekontaminirati, dezinfikovati, sterilizirati i tek tada proveravati, pod uslovom da možemo proveriti nakon prvog koraka i osigurati uspešne procese praćenja.

EnSURE Touch nam daje priliku da ponovimo proces u slučaju nepravilne dekontaminacije pre nego što gubimo vreme i resurse za dezinfekciju i sterilizaciju.

hygiena™

EnSURE™ Touch

BIOKOM PLUS

Srbija, Šumadijska 15, stan 2, 11080 Zemun
tel: +381 11 210 8348, mobile: + 381 600 70 10 11
e-mail: biokom.plus@biokom-trend.com