ČASOPIS UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA R. SRBIJE

sestrinska reč

BROJ 78

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

ORIGINALNI ČLANAK
//Original article

PREGLEDNI ČLANAK
//Review

STRUČNI RAD
//Professional article

PRIKAZ SLUČAJA
//Case report

AKTUELNE TEME
//Current Topic

SAOPŠTENJA
PISMO UREDNIKU
//Letter to the Editor

APRIL 2019.
GODINA XXII

Časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije

sestrinska reč

Godina XXI ● Broj 78 ● Beograd, Resavska 28 ● Maj, 2019.

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

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.253.5

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

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

REČ GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA 3
Divna Kekuš

KLINIČKE KARAKTERISTIKE CELIJAČNE BOLESTI KOD DECE I USPEH TERAPIJE DIJETOM BEZ GLUTENA NA OSNOVU SEROLOŠKIH TESTOVA 4
Biljana Stojanović – Jovanović[1], Stevan Jovanović[1], Biljana Vuletić[2]
[1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu
[2]Univerzitet u Kragujevcu Srbija, Fakultet medicinskih nauka, Odeljenje za pedijatriju

PROCENA RIZIKA OD PADA HOSPITALIZOVANIH PACIJENATA SA CEREBROVASKULARNIM KOMPLIKACIJAMA ARTERIJSKE HIPERTENZIJE 9
Nikola Gajić[1], Sanja Stanisavljević[2], Divna Kekuš[2]
[1]Kliničko bolnički centar Zemun, Srbija
[2]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija Beogradu, Srbija

ZADOVOLJSTVO RODITELJA PRUŽENOM ZDRAVSTVENOM NEGOM KOD DECE SA SUPRAKONDILARNIM PRELOMOM HUMERUSA 15
Andrea Božić[1,2], Branislava Brestovački - Svitlica[1,3], Marija Karadeglija[1,4], Slađana Koledin[1,4]
[1] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstevnu negu
[2] Medicinska škola „7. april" Novi Sad
[3] Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine
[4] Klinički centar Vojvodine Novi Sad

JAVNOZDRAVSTVENI ZNAČAJ POREMEĆAJA IZGOVORA GLASOVA KOD DECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA 19
Tasić Radica[1], Kekuš Divna[1], Stanisavljević Sanja[1], Antić Gordana[1]
[1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Srbija

ZNANJA I STAVOVI STUDENATA STRUKOVNIH STUDIJA O ORALNOJ URGENTNOJ KONTRACEPCIJI 24
Ljubica Pajić Nikolić[1], Milica Marjanović[2], Marijana Srećković[1], Slobodanka Bogdanović Vasić[1], Nataša Košarčić[3]
[1]Visoka medicinska i poslovno-tehnološka škola strukovnih studija u Šapcu, Srbija
[2] Specijalistička pedijatrijska ordinacija Mirjana Lukić pr, Novi Sad, Srbija
[3] Klinički centar Vojvodine, Klinika za gastoneterologiju i hepatologiju, Novi Sad, Srbija

SPECIFIČNOSTI U RADU MEDICINSKE SESTRE NA STEREOTAKSIČNOJ RADIOHIRURGIJI – GAMA NOŽU .. 29
Momčilo Novaković[1], Svetlana Stojanović[2], Darijan Albert[3], Biljana Vujadinović[4]
[1,2,3]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu [4]Klinički centar Srbije, Odeljenje stereotaksične radiohirurgije – gama nož

VRŠNJAČKO ZLOSTAVLJANJE – PSIHOLOŠKI I PSIHIJATRIJSKI ASPEKTI 33
Ljiljana Stanimirović
Opšta bolnica „Dr Laza K. Lazarević", Šabac, Srbija

MEDICINSKA SESTRA MENADŽER 37
Gordana Magdelinić1, Milena Magdelinić[2]
[1]Opšta bolnica Berane, [2]Medicinski fakultet Podgorica

NOVINE U ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU – KORAK KA PREVENTIVNOJ ZDRAVSTVENOJ NEZI 41
Nada Trifković[1]
[1]Medicinska škola Beograd

DIJANA OTAŠEVIĆ - IZVEŠTAJ SA 18. SIMPOZIJUMA TARA 43

UPUTSTVO AUTORIMA 46

Poštovane kolege i saradnici,

Sa zadovoljstvom predstavljamo novo izdanje 78. časopisa Sestrinska reč koji i dalje po kvalitetu i aktuelnosti tema nastavlja da ostvaruje visoke ciljeve koje smo postavili ispred UMSTBS.

Želim da se zahvalim autorima radova i recenzentima na podršci i saradnji u podizanju kvaliteta radova koji se objavljuju na stranicama našeg časopisa, a time i u njegovom boljem pozicioniranju na domaćoj i međunarodnoj naučnoj sceni.

Ističemo da su posete stranicama našeg Časopisa u poslednjih godinu dana izuzetno visoke. Samo u martu mesecu 2019.godine izvršeno je 2992 preuzimanja punog teksta radova, a posete stranicama našeg časopisa porasle su skoro deset puta više u odnosu na isti period prošle godine. Vidljivost radova je olakšana preko sajta Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije, kao preko Scindex-a (http://scindeks.ceon.rs).

Značajno se povećava broj radova čiji su autori i koautori istaknute medicinske seste iz prakse, lekari, a izuzetan doprinos kvalitetu radova doprinose nastavnici Visokih zdravstvenih škola kao i nastavnici Medicinskih fakulteta iz Srbije, Crne Gore i Republike Srpske.

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

Radove slati na mejl sestrinskarec@gmail.com

Divna Kekuš,
Glavni i odgovorni urednik
časopisa Sestrinska reč

KLINIČKE KARAKTERISTIKE CELIJAČNE BOLESTI KOD DECE I USPEH TERAPIJE DIJETOM BEZ GLUTENA NA OSNOVU SEROLOŠKIH TESTOVA

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CELIAC DISEASE IN CHILDREN AND SUCCESS OF GLUTEN FREE DIETOTHERAPY BASED ON SEROLOGICAL TESTS

Biljana Stojanović – Jovanović[1], Stevan Jovanović1, Biljana Vuletić[2]
[1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu
[2]Univerzitet u Kragujevcu Srbija, Fakultet medicinskih nauka, Odeljenje za pedijatriju

APSTRAKT
UVOD: Celijačna bolest je imunski uslovljena sistemska bolest, koja nastaje kao posledica konzumiranja glutena i srodnih proteina. Bolest se javlja kao kombinacija; raznovrsnih kliničkih simptoma i znakova, prisutnošću serumskih antitela tipičnih za celijakiju, genetskim zapisom i različitnim stepenom enteropatije.
CILJ: Utvrditi zastupljenost sledećih kliničkih karakteristika celijačne bolesti: uzrast u kom je bolest dijagnostikovana; vreme proteklo od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze; kliničku manifestaciju bolesti; rezultate biopsije tankog creva i rezultate seroloških testova kojima se meri uspeh terapije ishranom bez glutena na posmatranom uzorku.
Materijal i metod: Istraživanje je sprovedeno kao retrospektivna studija. Ukupna studijska populacija je (N=116) ispitanika, uzrasta 5-18 godina, sa dijagnozom celijačne bolesti. Mesto istraživanja je Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić" i Univerzitetska deča klinika u Beogradu. U istraživanju je korišćen posebno dizajniran Dokumentacioni list.
REZULTATI: U posmatranom uzorku, dijagnoza celijačne bolesti postavljena je kod 50% ispitanika u uzrastu do 2. godine života. Od pojave prvih simptoma do postavljene dijagnoze kod 48,28% ispitanika proteklo je tri meseca. Bolest se manifestovala kao hronični proliv i gubitak u telesnoj masi kod 47,83% ispitanika. Totalna atrofija crevnih resica je otkrivena kod 35,34% ispitanika. Laboratorijske analize krvi kojima se proverava uspeh dijete su na kontroli pokazali pozitivan rezultat kod 25,86% ispitanika.
ZAKLJUČAK: Bolest obuhvata sve uzraste, oba pola, razni simptomi bolesti mogu dugo da budu prikriveni, oštećenje sluznice nastaje usled izloženosti glutenu. Kontrolom laboratorijskih nalaza potvrđuje se odgovor na uvedenu bezglutensku dijetu.
KLJUČNE REČI: celijakija, deca, bezglutenska ishrana, gluten.

ABSTRACT
INTRODUCTION: Celiac disease is an immune-conditioned systemic disease that occurs as a result of the consumption of gluten and related proteins. It arises as a combination of a variety of clinical symptoms and signs such as the presence of serum antibodies typical of celiac disease, specific genetic writing and a different degree of enteropathy.
OBJECTIVE: To evaluate the clinical features of celiac disease in children and adolescents such as: the age in which the disease is diagnosed, the time has elapsed since the onset of the first symptoms to the diagnosis, the clinical manifestation of the disease, the results of the small intestine biopsy and the results of the success of the gluten-free diet.
Subjects and Method: The study included a sample of 116 children diagnosed with celiac disease who are on gluten-free diet. at least a year The research site is the Institute for Health Care of Mother and Child of Serbia "Dr Vukan Cupic" and University Clinic in Belgrade. The research used a specially designed Documentation Sheet. Results: In the observed sample, diagnosis of celiac disease was established in 50%subjects at the age of up to 2 years of age. A period from the onset of the first symptoms to the established diagnosis, has lasted for three months in children 48.28%. The disease was manifested in 47.83% of children as chronic diarrhea and weight loss. Total atrophy of the intestinal tract was detected in 41 35.34% subjects. Laboratory analyzes of blood to monitor the success of the child showed a positive result in 25.86% subjects.
CONCLUSION: Illness covers all ages, both sexes. Various symptoms of illness can be long hidden. Mucosal damage is due to gluten exposure. Control of laboratory findings confirms the improvement of the condition of patients and the recovery of the absorption function of the bowel, confirms the positive response to the introduced gluten-free diet.
KEY WORDS: celiac disease, children, gluten free diet, gluten.

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

UVOD

Celijačma bolest je imunski uslovljena sistemska bolest, koja nastaje kao posledica konzumiranja glutena i srodnih proteina. Bolest se javlja kao kombinacija raznovrsnih kliničkih simptoma i znakova, prisutnošću serumskih antitela tipičnih za celijakiju, specifičnim genetskim zapisom i različitnim stepenom enteropatije [1].

Sa istorijskog stanovišta, prvi poznati opis bolesti dao je grčki lekar Areteus iz Kapadokije u 2. veku nove ere. Zapažanja su bila vezana za promene u načinu ishrane čoveka. Tokom istorije se gastrointestinalni trakt čoveka morao prilagoditi novom režimu ishrane i na do tada, nepoznatu antigenu stimulaciju. Međutim, kod jednog broja ljudi se to nije dogodilo bez posledica, već se razvila bolest nepodnošenja glutena - celijakija [2,3].

Kada se posumnja na celijačnu bolest prvi korak je određivanje nivoa antitela u krvi koja su u vezi sa ovom bolešću (antitela na tkivnu transglutaminazu -anti TTG i/ili anti-glijadinska antitela). Sledeći korak su genetska ispitivanja, odnosno HLA(human leukocyte antigen) tipizacija, a konačna dijagnoza se zasniva na enterobiopsiji sa patohistološkim pregledom sluznice tankog creva [4]. Sa kliničkog aspekta razlikuju se dva osnovna tipa celijačne bolesti, simptomatski i asimptomatski [5].

Početkom 2012. godine objavljen je najnoviji, trenutno važeći, ESPGHAN-ov dijagnostički postupak prema kojem se razlikuje dijagnostički pristup detetu sa sumnjom na celijakiju. Osnova za postavljanje dijagnoze je nalaz biopsije sluznice tankog creva u posebnim, strogo definiranim uslovima. Dijagnoza se može postaviti samo na temelju pozitivnih seroloških nalaza [6].

Prema podacima svetskih istraživanja, od celijakije boluje 1-2% stanovništva. Glavni problem kod celijakije je što dugi niz godina može biti skrivena bolest, a ukoliko se ne prepozna i ne leči može dovesti do ozbiljnih komplikacija. Zahvaljujući saznanjima vezanim za prirodu i učestalost bolesti i sve češćoj primeni serološkog skrininga, stopa njenog otkrivanja, pre svega neklasičnih i asimtomatskih oblika, kako u razvijenim tako i zemljama u razvoju beleži kontinuirani rast [7].

CILJ RADA

Utvrditi zastupljenost sledećih kliničkih karakteristika celijačne bolesti: uzrast u kom je bolest dijagnostikovana; vreme proteklo od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze; kliničku manifestaciju bolesti; rezultate biopsije tankog creva i rezultate seroloških testova kojima se meri uspeh terapije ishranom bez glutena na posmatranom uzorku dece.

MATERIJAL I METODE

Istraživanje je sprovedeno kao retrospektivna studija. Ukupna studijska populacija je (N=116) ispitanika, uzrasta 5-18 godina, sa dijagnozom celijačne bolesti. Istraživanje je realizovano u gastroenterološkoj ambulanti Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić" u Beogradu i Univerzitetskoj dečjoj klinici u Beogradu.

U istraživanju je korišćen Dokumentacioni list, posebno dizajniran za potrebne ovog istraživanja. Instrumentom su obuhvaćena pitanja koja su se odnosila na neke od kliničkih karakteristika celijačne bolesti: uzrast ispitanika u kojem je bolest (celijakija) dijagnostikovana; vreme proteklo od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze; oblik kliničke manifestacije bolesti; rezultate biopsije tankog creva; vrednosti seroloških testova radi kontrole uspeha terapije. Podaci su preuzeti iz Protokola redovnih gastroenteroloških pregleda i Protokola o vrednsotima seroloških testova. Etički aspekt istraživanja:Istraživanje je odobreno od strane Etičkih odbora ustanova, Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić" u Beogradu (delovodni broj 8/6/16) i Univerzitetske dečje klinike u Beogradu (delovodni broj 26/72 /16). Statistička analiza: Korišćene su odgovarajuće metode deskriptivne statistike. Analiza i obrada podataka vršena je pomoću paketa namenjenog statističkoj obradi podataka (Statistical Package for the Social Sciences – SPSSTM for Windows, version 23.0, 2015). Dobijeni rezultati su prikazani tabelarno.

REZULTATI

Istraživanjem je obuhvaćen uzork od (N=116) ispitanika koji su razvrstani u tri uzrasne grupe. Uzrasnu grupu od 5-7 godina čini 22 ispitanika 13 (59,09 %) devojčica i 9 (40, 91%) dečaka. Uzrasnu grupu od 8-12 godina čini 44 dece 29 (65,91%) devojčica 15 (34,09%) dečaka i uzrasnu grupu od 13–18 godina čini ukupno 50 ispitanika, devojčica 35 (70%) i 15 (30%) dečaka (Tabela 1).

Tabela 1. Struktura uzorka prema pripadnosti uzrasnoj grupi i polu ispitanika

Uzrasna grupa	Pol	n	%
5–7 godina	Muški	9	40,91
	Ženski	13	59,09
	Ukupno	22	100,00
8–12 godina	Muški	15	34,09
	Ženski	29	65,91
	Ukupno	44	100,00
13–18 godina	Muški	15	30,00
	Ženski	35	70,00
	Ukupno	50	100,00

Napomena: (n = 116)

U posmatranom uzorku dijagnoza celijakije postavljena je kod 58(50%) ispitanika u uzrastu do 2. godine života, od 2. do 4. godine kod 29 (25%), od 5. do 7. godine kod 12 (10,34%), u uzrastu od 8. do 12. godine kod 15 (12,93%) i od 13. do 18. godine kod 2 (1,72%) ispitanika (Tabela 2).

Tabela 2. Uzrast ispitanika sa celijakijom na kojem je bolest dijagnostikovana

Dijagnoza celijakije je postavljena u uzrastu	n	%
do 2. godine	58	50,00
od 2. do 4. godine	29	25,00
od 5. do 7. godine	12	10,34
od 8. do 12. godine	15	12,93
od 13. do 18. godine	2	1,72

Napomena: (n = 116)

Dijagnoza celijakije je postavljena u roku od tri meseca od pojave prvih simptoma od 56(48,28%) ispitanika, a za šest meseci kod 20 (17,24%) ispitanika, godina dana je bila potrebna da se dijagnoza postavi kod 24 (20,69%) ispitanika, duže od dve godine na dijagnozu je čekalo 16 (13,79%) ispitanika.(Tabela 3).

Celijačna bolest se manifestovala kao hronični proliv i gubitak u telesnoj masi kod 55 (42,97%) ispitanika, uz anemiju, kod 16 (13,91%), uz dijabetes melitus tip 1 kod 9 (7,83%), uz bolest štitne žlezde kod 7(6,09%), kroz druge oblike kod 41 (35,65%) ispitanika,

Tabela 3. Vreme proteklo od pojave simptoma do dijagnoze u grupi ispitanika sa celijakijom

Od pojave prvih simptoma bolesti do postavljanja dijagnoze prošlo je:	n	%
Tri meseca	56	48,28
Šest meseci	20	17,24
Jedna godina	24	20,69
Duže od dve godine	16	13,79

Napomena: (n = 116)

izostanak puberteta nije registrovan kod posmatranih ispitanika (Tabela 4).

Tabela 4. Distribucija oblika kliničkih manifestacija celijaklije u grupi ispitanika sa celijakijom

Celijakija se u toku ispitivanja manifestovala kao:	Zastupljenost odgovora		Zastupljenost slučajeva (%)
	n	%	
Hronični proliv i gubitak u telesnoj masi	55	42,97	47,83
Anemija	16	12,50	13,91
Uz šećernu bolest	9	7,03	7,83
Izostanak puberteta	0	0,00	0,00
Bolest štitaste žlezde	7	5,47	6,09
Kroz druge oblike	41	32,03	35,65

Distribucija prikupljenih odgovora u odnosu na njihovu procentualnu zastupljenost, kao i u odnosu na procenat informanata koji je potvrdio svaki od ponuđenih odgovora, detaljno je prikazan u tabeli .

U ispitivanom uzorku, biopsija tankog creva je rađena kod 99 (85,34%) ispitanika. Totalna atrofija crevnih resica je otkrivena kod 41 (35,34%) ispitanika. Subtotalna atrofija crevnih resica dijagnostikovana je kod 27 (23,28%) ispitanika. Delimična atrofija crevnih resica nađena je kod 19 (16, 38%) ispitanika. Sluzokoža tankog creva je bila normalnog izgleda kod 12 (10,34%) ispitanika (Tabela 5).

Tabela 5. Distribucija rezultata biopsije tankog creva prilikom ispitivanja u grupi ispitanika sa celijakijom

Na biopsiji tankog creva prilikom ispitivanja nađena je:	n	%
normalna	12	10,34
delimična atrofija crevnih resica	19	16,38
subtotalna atrofija crevnih resica	27	23,28
totalna atrofija crevnih resica	41	35,34
nije rađena	17	14,66

Napomena: (n = 116)

Laboratorijske analize krvi, kojima se proverava uspeh dijete su na kontrolnom pregledu, bili pozitivni kod 30(25,86%) ispitanika a negativni tj. normalni kod 86 (74,14%) ispitanika (Tabela 6).

Tabela 6. Distribucija rezultata kontrole uspeha terapije seroloških testovima u grupi ispitanika sa celijakijom

Laboratorijske analize krvi kojima se proverava uspeh dijete su na kontroli:	n	%
Pozitivne	30	25,86
Negativne, tj. Normalne	86	74,14

Napomena: (n = 116)

DISKUSIJA

Celijačna bolest je poznata kao bolest s hiljadu lica, a taj naziv opravdava njena klinička slika. Rešenje za poboljšanje stanja i potpuno uklanjanje simptoma je doživotna bezglutenska dijeta. Istraživanja pokazuju da se ova bolest može javiti u bilo kojoj životnoj dobi [8]. Najviše je onih, koja dokazuju da ce najčešće dijagnostikuje u najranijem detinjstvu, između 9-og i 24-og meseca života [4,9].

Rezultati našeg istraživanja su u saglasnosti sa rezultatima pomenutih studija i pokazuju da je u posmatranom uzorku, dijagnoza celijačne bolesti postavljena kod više od polovine ispitanika u uzrastu do druge godine života. Međutim autori nekih studija ukazuju da se beleži trend pojave celijačne bolesti kod dece u kasnijoj životnoj dobi, između 4-7 godine [4,10]. Takođe i rezultati naše studije pokazuju da je dijagnoza postavljena kod više od trećine ispitanika u uzrastu od 2. do 7. godine.

U studijama sprovedenim u Velikoj Britaniji i Americi data su objašnjenja za pomeranje uzrasta u kojem je postavljena dijagnoza[4,11]. Prema njima, mogući razlozi su pored promene spoljašnjih faktora (npr. kasnije uvođenje glutena u ishranu dece i duže dojenje nakon perioda odojčeta) s jedne strane i s druge strane razvoj novih seroloških metoda koji je doveo do bržeg otkrivanja celijakije kod nejasnih kliničkih slika. Rezultati studije Rajpoot P. i saradnika, potvrđuju da deca kod kojih je dijagnoza postavljena u prve dve godine života lakše podnose dijetu bez glutena ne remeteći značajno kvalitet svog života [12]. U skladu sa rezultatima studije Hogberg L. i saradnika su i naši rezultati koji pokazuju da deca koja su dijagnostikovana pre pete godine života postižu bolje rezultate u pridržavanju dijeti od onih koji su bili stariji od pet godina. To se povezuje sa činjenicom da mala deca nisu navikla na ukus hrane koja ne sadrži gluten pa im ne predstavlja problem ishrana bez glutena [13].

U našem istraživanju kod više od polovine ispitanika dijagnoza je postavljena u periodu od tri meseca od pojave prvih simptoma. Većina ispitanika je čekala na dijagnozu duže od dve godine. Paarlahti i saradnici su u svom istraživanju istakli da dugotrajna konzumacija namirnica koje sadrže gluten dovodi do oštećenja sluznice tankog creva, što može rezultirati razvojem teških i životno ugrožavajućih bolesti [14].

Poznato je da se određene bolesti često javljaju uz celijakiju. U cilju što ranijeg otkrivanja bolesti i započinjanja lečenja, savetuje se sprovođenje preventivnih pregleda na celijakiju i kod asimptomatske dece. Ovo se posebno odnosi na decu koja pripadaju specifičnim grupama s povećanim rizikom. To su deca koja imaju: dijabetes tip 1, Daunov sindrom, Tarnerov sindrom, Villiamsov sindrom, autoimuni tiroiditis, selektivnu IgA deficijenciju, te ako imaju rođaka u prvom kolenu obolelog od celijakije [15].

Jedna od važnih karakteristika celijačne bolesti je da nema tipičnu kliničku sliku već se simptomi bolesti razlikuju od pacijenta do pacijenta. Poznato je da se ne ispoljava klasičnim kliničkim karakteristikama posebno kod starije dece. Kod nekih pacijenata simptomi su jedva uočljivi i uopšte ne pokazuju povezanost s digestivnim traktom, dok su nasuprot tome kod drugih posebno izraženi gastrointestinalni simptomi.

Prema našem istraživanju kod nešto manje od polovine ispitanika bolest se manifestovala kao hronični proliv i gubitak u telesnoj masi. Kod preostalog boja ispitanika manifestovala se uz anemiju, dijabetes melitus tip 1, bolest štitne žlezde i uz druge oblike. Na osnovu pomenutog zaključujemo da se u uzrastu do dve godine bolest najčešće ispoljila klasičnom kliničkom slikom koju karakterišu (proliv, gubitak telesne mase, meteoristični trbuh, slabost i anemija).

Preporuka pojedinih stručnjaka je da rutinsko testiranje treba započeti u uzrastu nakon navršene treće godine života, pod uslovom da je dete uzimalo gluten u odgovarajućoj količini tokom najmanje godinu dana [15]. Premda su zapaljenskim procesom najčešće zahvaćeni duodenum i jejunum, najviše su pogođeni i procesi apsorpcije hranljivih materija, vitamina i minerala, što za posledicu ima deficit ovih nutrijenata.

Oštećenjem sluzokože digestivnog trakta smanjen je stepen iskoristljivosti gvožđa [16]. Deficit gvožđa pa i anemija, mogu biti propratna nutritivna komplikacija klinički manifestne celijačne bolesti [17]. Međutim postoje studije čiji rezultati pokazuju da je klasična klinička slika danas sve ređa. U većini zapadnih zemalja opisano je da su najčešći bolesnici starija deca i odrasli, koji imaju blaže i nejasne simptome (bol u trbuhu, meteorizam, opstipaciju) ili su čak i bez simptoma [4,11].

Autori studija sprovedenih u Americi ali i Srbiji, prikazuju da deca uzrasta između 4 i 7 godine, sve više ispoljavaju atipičnu manifestaciju bolesti koju odlikuje rekurentni abdominalni bol, muka, povraćanje i opstipacija [4,10]. U posmatranom uzorku biopsija tankog creva je rađena kod 85,34% ispitanika. Totalna atrofija crevnih resica je otkrivena kod polovine ispitanika, što ide u prilog činjenici da je organizam duže vremena bio izložen glutenu. Dijagnoza celijakije na osnovu biopsije sluznice tankog creva nije uvek jednostavna, jer nalaz biopsije može biti i graničan. Preduslov za dobru patohistološku analizu bioptata je dobro orijentisan uzorak u kojem se sa sigurnošću može proceniti visina resica i dubina kripti. Osim toga ukoliko se rutinski uzimaju samo 1 do 2 bioptata može se propustiti dijagnoza zbog toga što promene na sluznici ne moraju zahvatati jednako celu sluznicu već mogu biti nepravilno i nejednako razbacane[18].

Postavljanje definitivne dijagnoze celijačne bolesti, zahteva prisustvo karakterističnih histoloških promena u biopsiji uzoraka [19]. Treba uzeti u obzir i činjenicu da se celijakija ne dijagnostikuje samo na temelju nalaza totalne atrofije crevnih resica. Smatra se da promene nastaju postupno i da su infiltrativna i hiperplastična lezija (Marsh I i II) samo rane, početne promene sluznice kod celijakije [20].

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da 2/3 ispitivanih pripadaju kategoriji sa teškim oštećenjem sluzokože tankog creva, usled atipične forme ispoljavanja i duže izloženosti glutenu. Atipična forma bolesti se može ispoljiti jednim simptomom bilo gastrointestinim ili ekstraintestinalnim. Zbog neme ili teško prepoznate kliničke slike, dužina izloženosti glutenu utiče na nastanak težih oštećenja sluzokože tankog creva dovodeći do ispoljavanja kako nutritivnih, tako i imunskih komplikacija [16]. Zaključci mnogih studija sprovedenih širom sveta su da potpuna eliminacija glutena iz ishrane omogućava kompletan oporavak crevne sluznice i normalnu apsorpciju hranljivih materija kao i normalizaciju seroloških markera. Pre postavljanja dijagnoze ne sme se počinjati sa bezglutenskom dijetom, jer to ometa postavljanje pravilne dijagnoze. [16, 21, 22].

Negativna antitela na tkivnu transglutaminazu IgA i IgG su pouzdan pokazatelj dobro vođene dijete bez glutena. Kod naših ispitanika laboratorijske analize krvi kojima se proverava uspeh dijete su na kontrolnom pregledu bile pozitivne kod jedne trećine ispitanika. Poznato je da su i samo tragovi glutena u hrani dovoljni da dovedu do oštećenja mukoze tankog creva. Oznaku „bez glutena" mogu nositi namirnice koje sadrže manje od 20 mg/kg glutena, dok oznaku „veoma nizak sadržaj glutena" mogu nositi namirnice koje sadrže manje od 100 mg/kg glutena. [23,24].

Ukoliko izostane oporavak i laboratorijske analize krvi budu pozitivne treba razmišljati o dve stvari a to su, da dete ne poštuje striktnu dijetu ili da postoje neka druga oboljenja koja mogu dati sličnu kliničku sliku. Dijetu je lako propisati ali njeno sprovođenje nije uvek jednostavno. Sprovedena istraživanja ukazuju da dijetu bez glutena deca sa teškoćom prihvataju zbog nedostataka svesti o komplikacijama koje nosi celijakijačna bolest, te zbog toga mogu da nastanu problemi u vidu nepridržavanja režima dijete.

U studiji Araujo i Araujo, pojedini oboleli od celijakije su izjavili da koriste hranu sa glutenom zbog nedostatka alternative. Nekada je to zbog nedostatka informacija o hrani koju smeju da konzumiraju ili zato što im kućni budžet to ne dozvoljava jer je bezglutenska hrana je skupa [25]. Prihvatanje bolesti i pridržavanje dijete od strane deteta zavisi uglavnom i od toga koliko i kako je bolest prihvaćena od strane roditelja. Stoga porodica mora pružati podršku obolelom detetu koliko god je to moguće, kako uspeh lečenja ne bi izostao [26].

ZAKLJUČAK

Celijačna bolest je u velikom broju slučajeva neprepoznatljiva upravo zato što se neki od simptoma mogu povezati s drugim bolestima. Ako se bezglutenska ishrana uvede odmah posle dijagnoze i ako se u potpunosti sprovodi, smanjuje se opasnost od drugih zdravstvenih problema. Onovni cilj redovnih gastroenteroloških pregleda kod dece sa dijagnozom celijačne bolesti je praćenje stanja uhranjenosti i procena pravilnog spovođenja bezglutenske dijete primenom laboratorijskih analiza. Remisija simptoma i znakova bolesti, kao i normalizacija nalaza seroloških testova najbolje pokazuju terapijski efekat bezglutenske ishrane. Prihvatanje stroge dijete bez glutena zadaje puno poteškoća u svakodnevnom funkcionisanju. Bliskom koordinacijom između porodice s jedne i lekara, nutricioniste i medicinskih sestara s druge strane postiže se najveći uspeh u kontroli celijačne bolesti.

Skraćenice

HLA (human leukocyte antigen) sistem leukocitnih antigena

ESPGHAN (European Societyof Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) Европско удружење за дечју гастроентерологију, хепатологију и нутрицију

LITERATURA

1. *Radlović N. Celiac disease. Srp Arh Celok Lek. 2013;141(1-2):122-6 PMID:23539923*
2. *Adams F, translator. On The Cœliac Affection. The extant works of Aretaeus, The Cappadocian; London: Sydenham Society 1856; 350-351, doi: 10.12691/ijcd-1-1-8*
3. *Brief A. History of Celiac Disease ,University of Chicago Celiac Disease Center 2007(7):3*
4. *Fassano A, Catassi C. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease; an evolving spectrum. Gastroenterology 2001;120:636-51DOI: https://doi.org/10.1053/gast.2001.22123*
5. *Feighery C. Fortnightly review: coeliac disease. BMJ: British Medical Journal 1999(319);7204 :236. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.319.7204.236*
6. *Lerotić I. Celijakija. Zbornik radova XIII Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora, Rovinj 2013: 171-182.*

7. Tjon Jm, Van Bergen J, Koning F. Celiac disease: how complicated can it get? Immunogenetics 2010;62:641- 51.
8. Premuš F.: Važnost prehrane pacijenta s glutenskom enteropatijom, Magistarski rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2015
9. D A van Heel DA, West J. Recent advances in coeliac disease. Gut 2006;55:1037- 46
10. Leković Z. Značaj serološkog skrininga u otkrivanju asimptomatskih i atipičnih oblika celijačne bolesti kod dece (doktorska disertacija).Beograd: Medicinski fakultet u Beogradu; 2016.
11. Van Heel DA, West J. Recent advances in coeliac disease. Gut 2006;55:1037- 46 doi: 10.1136/gut.2005.075119
12. Rajpoot P, Makharia GK. Problems and challenges to adaptation of gluten-free diet by Indian patients with celiac disease. Nutrients. 2013; 5: 4869-4879. doi: 10.3390/nu5124869
13. Hogberg L, Grodzinsky E, Stenhammar L. Better dietary compliance in patients with coeliac disease diagnosed in early childhood,Scandinavian Journal of Gastroenterology 2003; 38 (7) 751–54. doi: 10.1080/00365520310003318
14. Paarlahti P, Kurppa K, Ukkola A, et al. Predictors of persistent symptoms and reduced quality of life in treated coeliac disease patients: A large cross-sectional study. BMC Gastroenterol 2013; 13: 75–75. doi.org/10.1186/1471-230X-13-75
15. Hill ID, Dirks MH, Liptak GS, i sur. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;40:1-19. doi:10.1542/peds.2014-2829
16. Kelly CP. Celiac Disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editors. Sleisenger and Fordtran's: Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia:Elsevier Saunders 2016:1849-71.
17. Gujral N, Freeman HJ, Thomson AB. Celiac disease: prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. World J Gastroenterol. 2012;18:6036-59 doi: 10.3748/wjg.v18.i42.6036
18. Collin P, Wahab PJ, Murray JA. Intraepithelial lymphocytes and coeliac 158 disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2005;19(3):341-50. doi: 10.3748/wjg.v18.i42.6036
19. Di Sabatino A, Corazza GR. Coeliac disease. Lancet 2009;373:1480-93 doi: 10.1016/S0140-6736(09)60254-3
20. Kaukinen K, Collin P, Maki M. Latent coeliac disease or coeliac disease 173 beyond villous atrophy? Gut 2007;56:1339-40. doi: 10.1136/gut.2006.113084
21. Finkelstein FO, et al. HRQOL and the CKD patient, Kidney Int 2009;76: 946-952.
22. Rizkalla Reilly N, Dixit R, Simpson S, Green PH: Celiac disease in children: an old disease with new features. Minerva Pediatr 2012;64(1):71–81
23. Green PHR, Jabri B Coeliac disease. Lancet 2003; 362: 383-391.
24. M R, M K, A M, En M, K R. Gluten related disorders. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. 2012;4:s1–s7. : PMC4017485
25. Araújo HM, Araújo WM. Coeliac disease. Following the diet and eating habits of participating individuals in the Federal District, Brazil. Appetite. 2011; 57: 105-109.
26. Stojanovic B, Djonovic N, Vuletić B. Uticaj bezglutenske ishrane na način života dece sa celijakijom, Sestrinska reč 2018; 76:7-10 online izdanje ISSN 2466-5126

PROCENA RIZIKA OD PADA HOSPITALIZOVANIH PACIJENATA SA CEREBROVASKULARNIM KOMPLIKACIJAMA ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

THE ASSESSMENT OF FALL RISK IN HOSPITALISED PATIENTS WITH DIAGNOSED CEREBROVASCULAR COMPLICATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION

Nikola Gajić[1], Sanja Stanisavljević[2], Divna Kekuš[2]
[1]Kliničko bolnički centar Zemun, Srbija
[2]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija Beogradu, Srbija

[1]Clinical Hospital Center Zemun, Serbia
[2]Higher education school of professional health studies in Belgrade, Serbia

APSTRAKT

UVOD: Pojava neželjenog događaja u zdravstvenoj ustanovi direktan je pokazatelj nivoa sigurnosti bolesnika. Najčešći neželjeni događaji su padovi bolesnika koji čine 70% bolničkih akcidenata. Kod 2 -12% bolesnika registrovan je pad tokom hospitalizacije. Na neurološkim odeljenjima taj procenat se kreće i do 45%.

Cilj istraživanja je bio da se kroz komparaciju dobijenih rezultata procene rizika od pada ispitanika primenom tri različite skale, sagleda stepen rizika od pada i utvrdi predikciona pouzdanost i poklapanje primenjenih skala.

METOD: Dizajnirano kao retrospektivna studija preseka, pilot istraživanje je realizovano na uzorku od 30 pacijenata, oba pola, starosti od 40 do 90 godina, sa dijagnozom cerebrovaskularne komplikacije arterijske hipertenzije. Kao instrumenti istraživanja primenjene su tri skale za procenu rizika od pada: Morseova, Skala STRATIFY i Hendrich II skala. Za potrebe ekstrahovanja podataka iz medicinske dokumentacije konstruisan je dokumentacioni list. Podaci su obrađeni deskriptivnom statistikom i prikazani grafički.

REZULTATI: Nijedna od navedenih skala ne obuhvata sve faktore koji utiču na povećanje rizika od pada. Podudarnost između ispitivanih skala u proceni rizika od pada ustanovljena je samo kod 30% ispitanika. Kod 20% ispitanika svaka od tri skale pokazuje sasvim različit stepen procene rizika. Uporedna analiza senzitivnosti i prediktivne sposobnosti ispitivanih skala pokazala je da Morseova skala ima najviši stepen pozitivne prediktivne sposobnosti. Skala Hendrich II je pokazala najveću specifičnost, ali nisku prediktivnu sposobnost. Skala STRATIFY je pokazala najniži stepen osetljivosti i prediktivne sposobnosti.

ZAKLJUČAK: Pacijenti sa cerebrovaskularnim komplikacijama arterijske hipertenzije čine visoko rizičnu grupu kada je opasnost od pada u pitanju. Pouzdana procena rizika od pada i pravovremena prevencija u skladu sa stručnim kompetencijama i dostupnim resursima značajan su deo rada medicinskih sestara u stacionarnim zdravstvenim ustanovama.

KLJUČNE REČI: rizik od pada, skale procene, arterijska hipertenzija, medicinske sestre

ABSTRACT

INTRODUCTION: The occurrence of accidents in a health care institutions is immediate indicator of the level of safety of the patients. The most frequent accidents are the falls of the patients which make up to 70% of hospital accidents. With 2-12% of patients the fall occurs during the hospitalization. At neurological wards this percentage is up to 45%.

The aim of research: is to determine the level of risk of fall and the prediction rate reliability of the scales with which we assess the risk of fall of patients by comparing the results acquired from the examinees applying three different scales.

METHOD: Designed as a retrospective study of intersection, the pilot research has been realized on a sample of 30 patients of both sexes, aged 40 to 90 years old, all having confirmed the cerebrovascular complication of arterial hypertension. As the instruments of the research three scales for the assessment of fall risk have been used: Morse Fall Scale, STRATIFY scale and Hendrich II scale. A documentary sheet has been formed for the needs of extracting data from the medical documentation. The data have been processed by descriptive statistics and graphically presented.

RESULTS: None of the scales mentioned above covers all factors affecting the rise of the risk of fall. Congruence between the scales in the risk assessment has been noted in only 30% of examinees. With 20% of examinees the scales shows entirely different of risk assessment. Comparative analysis of sensibility and predictive ability of the scales has shown that the Morse scale has the highest level of positive predictive ability. The Hendrich II scale has shown the highest specificity but low predictive ability. The STRATIFY scale has shown the lowest sensitivity level and predictive ability.

CONCLUSION: Patients suffering from cerebrovascular complication of arterial hypertension represent a group with high risk of fall. Reliable risk of fall assessment and adequate prevention in accordance with professional competencies and resources available are significant part in the work of nurses in health care centers.

KEY WORDS: risk of fall, scale of assessment, arterial hypertension, nursing

Korespondent:
Nikola Gajić
Ustanova: KBC Zemun, Srbija
Telefon: +381 60 1302629
E-mail: nikola.chillout@gmail.com

UVOD

Sigurnost pacijenata jedan je od standarda kvaliteta zdravstvene nege, ali ujedno i precizan pokazatelj kvaliteta zdravstvenog sistema u celini [1,2]. Implementiranje sistema sigurnosti pacijenta u zdravstvene ustanove podrazumeva preduzimanje niza postupaka kojima se anuliraju ili ublažavaju faktori koji mogu ugroziti njegovu bezbednost, a u cilju sprovođenje zaštite koja vodi ka optimalnim ishodima po zdravlje pacijenta.

Pojava neželjenog događaja u zdravstvenoj ustanovi kao nenamerna šteta nanesena bolesniku u toku lečenja, direktan je pokazatelj nivoa sigurnosti bolesnika. Rezultati međunarodnih istraživanja pokazuju visok procenat (7-8%) neželjenih događaji u odnosu na ukupan broj hospitalizovanih pacijenata [3, 4-6]. Oko 65% neželjenih događaja nema za posledicu oštećenje zdravlja, međutim, oko 5% neželjenih događaja rezultira trajnim invaliditetom, a u 1-2% slučajeva letalnim ishodom pacijenta [3].

Najčešći neželjeni događaji u hospitalnim uslovima su padovi bolesnika koji čine 70% bolničkih neželjenih događaja [1]. Procenjuje se da između 2 i 12% hospitalizovanih pacijenata padne tokom boravka u bolničkim uslovima. Na neurološkim odeljenjima taj procenat se kreće i do 45%. Padovi su posledica brojnih činilaca poput: opšteg zdravstvenog stanja bolesnika, modaliteta lečenja, postojeće infrastrukture i sigurnosti bolničke sredine. Nedostatak znanja o faktorima rizika uslovljava nedostatak preventivnog delovanja, a posledica toga je veća učestalost padova [3].
Međunarodna Asocijacija za sestrinske dijagnoze (NANDA International) kao opšte faktore rizika od pada navodi: prethodne padove, upotrebu invalidskih kolica, starost iznad 65 godina, ženski pol, protezu donjih ekstremiteta, upotrebu pomagala za kretanje [7].

U unutrašnje faktore rizika od pada svrstani su: smanjena pokretljivost; samostalno ustajanje iz kreveta; usporenost refleksa; slabost mišića; pothranjenost; zloupotreba alkohola; nedostatak sna; oštećenje čula vida i sluha; oštećenje centar za ravnotežu; neurološka stanja (cerebrovaskularni insult, epilepsija, Parkinsonova bolest, sinkope, polineuropatije i dr.); posturalna hipotenzija; diabetes mellitus; osteoporoza; reumatske bolesti; depresija; halucinacije; deformitet stopala; upotreba određenih medikamenata [8, 4-6].

Spoljašnji faktori rizika od pada su takođe brojni i podrazumevaju: slabo osvetljenje u bolesničkim sobama; skučen prostor; veliku udaljenost kupatila ili toaleta; visok krevet, bez kočnica i zaštitnih ogradica; udaljenost noćnog ormarića i signalizacije od kreveta; klizav i mokar pod; nedostatak pomagala za kretanje [7, 4, 9].

U dostupnoj literaturi [7] se, pored ovih, navode i faktori rizika vezani za zdravstvene radnike:

- smanjen broj sestrinskog kadra;
- radna preopterećenost sestara;
- zamena medicinskih sestara manje edukovanim kadrom.

Posledice pada mogu biti različite, od fizičkih povreda (hematomi, kontuzije, frakture, poremećaj hoda, posledice imobilizacije itd.), do straha od ponovnog pada i ograničenja kretanja [4].

Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije nalaže neophodnost praćenja, dokumentovanja, analize uzroka pada i primene preventivnih mera. Zaposleni imaju obavezu podnošenje pisanog izveštaja o padu Službi za nadzor i kvalitet rada zdravstvene ustanove u roku 7 dana od nastanka akcidenta, uz navođenje mesta, vremena i okolnosti pada, mehanizma pada, dokaza o eventualnoj povredi, bitnih informacija o okruženju i preduzetim merama u vezi akcidenta [3].

Prevencija rizika od pada pacijenta postiže se procenom rizika na prijemu i tokom hospitalizacije, kao i intenzivnim nadzorom onih pacijenata koji imaju predispoziciju za pad. U tu svrhu primenjuju se skale za procenu rizika, kao što su: Morzeova skala (Morse Fall Scale - MFS), skala STRATIFY (St Thomas' Risk Assesment Tool in Falling Elderly In-Patients), skala Hendrich II (Hendrich II Risk Fall model – HFRM II) i skala bolnice Džons Hopkins.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je realizovano sa ciljem da se kroz komparaciju dobijenih rezultata procene rizika od pada ispitanika primenom tri različite skale, sagleda stepen rizika od pada hospitalizovanih pacijenata sa dijagnozom cerebrovaskularne komplikacije arterijske hipertenzije, izdvoje najznačajniji faktori rizika i utvrdi predikciona pouzdanost i poklapanje procene stepena rizika primenjenih skala.

METOD

Dizajnirano kao retrospektivna studija preseka, pilot istraživanje je realizovano u populaciji pacijenata sa verifikovanom dijagnozom cerebrovaskularne komplikacije arterijske hipertenzije, dok je namerni uzorak sastavljen je od 30 pacijenata, oba pola (53,3% muškog i 46,7% ženskog pola), starosti od 40 do 90 godina sa cerebrovaskularnim komplikacijama arterijske hipertenzije, koji su u vreme istraživanja hospitalizovani na odeljenju neurologije KBC Zemun.

Kao instrumenti istraživanja primenjene su tri skale za procenu rizika od pada:.

- Morseova skala [10] (Morse Fall Scale – MSF, 1985) – procena rizika od pada vrši se na osnovu šest kategorija: prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, primena infuzija, stav/premeštanje i mentalni status. Svaka od navedenih kategorija se zasebno boduje. Maksimalni skor je 125. Raspon od 0 do 24 bodova imaju pacijenti sa niskim rizikom od pada, 25 do 44 bodova – umerenim rizikom, dok su pacijenti sa 45 i više bodova u visokom riziku od pada. Skala je validirana na uzorku od 100 pacijenata koji su u anamnezi imali zabeležen pad, dok je kontrolnu grupu činilo takođe 100 nasumično izabranih pacijenata kod kojih nije registrovan navedeni akcident. Pouzdanost skale (Cronbach alfa) iznosi 74,5 %, specifičnost 65,8 %, PPV (pozitivna prediktivna vrednost) 23,2 %, a NPV (negativna prediktivna vrednost) 94,9 % [11].
- Skala STRATIFY (St Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly In-Patients) konstruisana je 1997 u V. Britaniji. Procena rizika od pada vrši se na osnovu šest kategorija: nedavni pad, agitiranost (uznemirenost) pacijenta, slabovidnost, česta potreba za eliminacijom, mobilnost i mogućnost transfera. Svako pitanje se boduje sa jednim bodom ukoliko je odgovor potvrdan, ili sa nulom ukoliko je negativan. Maksimalan skor na skali je 5 bodova, a na osnovu dobijenog rezultata, pacijent se svrstava u neku od sledećih grupa: nizak rizik – 0, umeren rizik – 1, visok rizik – 2 i više bodova. Karakteristike skale ispitivane su u nekoliko studija. Dobijeni su sledeći rezultati: pouzdanost skale iznosi od 67,2 do 93 %, specifičnost od 51,2 % do 87,7 %, PPV od 23,1% do 62,3 % i NPV od 86,5% do 98,3 % [12].
- Hendrich II skala (Hendrich II Fall Risk Model) [13] konstruisana je 2003. godine i temelji se na proceni prisustva osam rizičnih faktora. To su: konfuznost, dezorijentisanost; simptomatska depresija; izmene u eliminacijskim potrebama; vrtoglavica; pol [14]; promena lekova i doziranje; kontrola benzodiazepina i antiepileptika [15-17] ; test ustajanja i hodanja. Svaki od kriterijuma

je nezavistan, bodovno određen i ima određenu težinu u proceni. Maksimalan broj bodova je 16, a svi pacijenti koji imaju 5 ili više bodova su izloženi povećanom riziku za pad. Pouzdanost skale kreće se od 70 do 86 %, specifičnost od 43 do 74 %, PPV od 2 do 11 % i NPV od 95 do 97 % [18].

- Za potrebe ekstrahovanja podataka iz medicinske dokumentacije (istorije bolesti pacijenta) konstruisan je dokumentacioni list sa sledećim elementima: sociodemografski podaci, period u godinama koji bolesnik boluje od arterijske hipertenzije (HTA), prisutni komorbiditeti, tip cerebrovaskularne komplikacije HTA, simptomi i znaci oboljenja na prijemu i u trenutku uzimanja podataka, istorija predhodnih padova i ordinirana terapija.

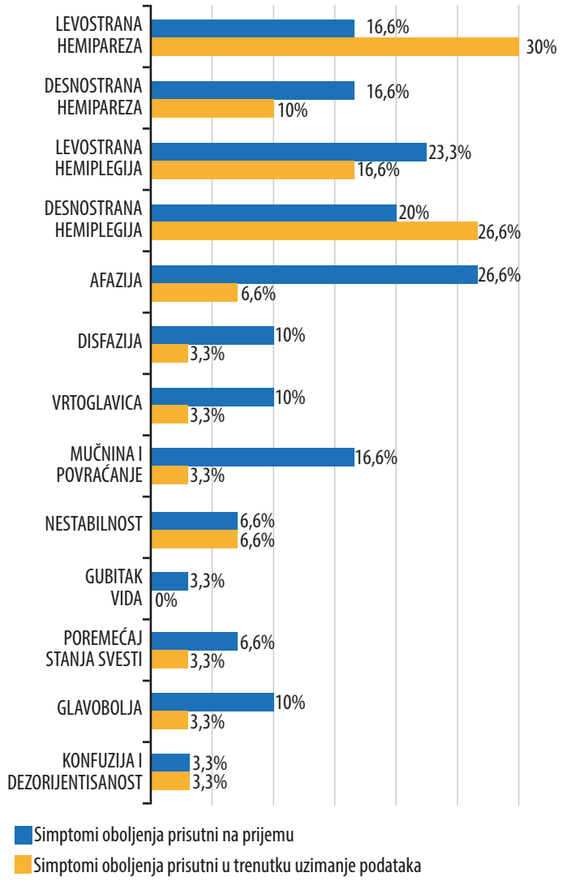
Podaci su obrađeni deskriptivnom statistikom i prikazani grafički. Istraživanje je realizovano tokom novembra meseca 2018. godine na neurološkom odeljenju KBC Zemun.

REZULTATI

Uzorak ispitanika činilo je 53,3% ispitanika muškog i 46,7% ženskog pola; starosne kategorije između 40 i 90 godina, sa predominacijom životne dobi iznad 60 godina (86,7%). Većina ispitanika (63%) navodi gradsku sredinu kao mesto stalnog boravka, 30% živi u prigradskoj, a 7% u seoskoj sredini.

Srednješkolski obrazovni nivo ima 64% ispitanika, dok osnovnu školu (10%) ili završen fakultet (13%) ima znatno manji procenat ispitanika. Ispitanici navode različita zanimanja, pri čemu se ni jedno značajno ne ističe po zastupljenosti.

Grafikon 1. Prisutne kliničke manifestacije cerebrovaskularne bolesti kod ispitanika na prijemu i u trenutku uzimanja podataka



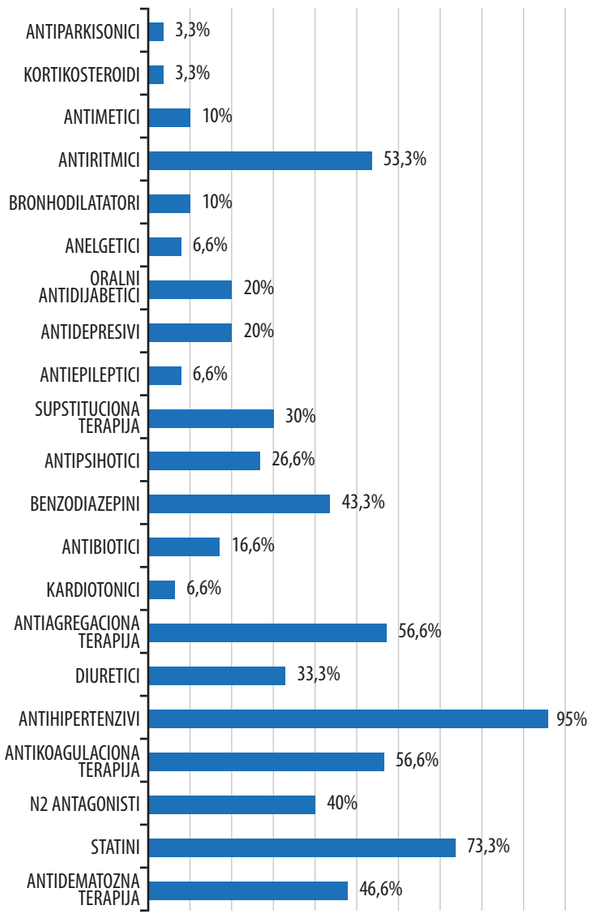
Od arterijske hipertenzije više od 11 godina boluje 43% ispitanika, a 13% čak preko 21 godinu. Kada su u pitanju prisutni komorbiditeti dobijen je podatak da 76.6% ispitanika ima problem sa hiperlipidemijom, 40% ispitanika ima dijagnozu diabetes mellitusa, 10% hronične opstruktivne bolesti pluća, 6.6% hronične psihoze i po 3.3% etilizma i Alchajmerove bolesti.

U 83% slučajeva potvrđen je cerebrovaskularni insult kao komplikacija HTA, kod 10% ispitanika potvrđeno je postojanje intracerebralne hemoragije, dok 7% ispitanika ima obe navedene manifestacije. Zastupljenost kliničkih parametara cerebrovaskularne bolesti značajnih za porast rizika od pada prikazana je na grafikonu br 1.

Prema dobijenim podacima, 76,6% ispitanika nema istoriju prethodnih padova. U kategoriji ispitanika koji imaju zabeležen pad u toku hospitalizacije (23,4%), kod 6,8% je registrovano dva ili više pada, dok je kod 6,6% evidentiran jedan pad. 10% ispitanika ima zabeležen pad u kućnim uslovima i to u trenutku nastanka simptoma oboljenja.

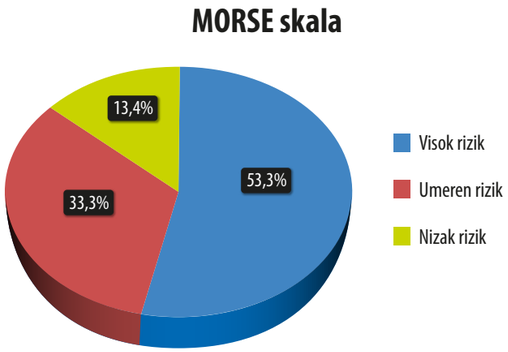
U sklopu propisane terapije ispitanicima su ordinirani lekovi koji, prema istraživanjima, mogu povećati rizik od pada samostalno ili u međusobnim interakcijama. Procentualna zastupljenost navedenih lekova prikazana je grafikonom br.2.

Grafikon 2. Ordinirana medikamentozna terapija sa potencijalnim dejstvom povećanja rizika od pada ispitanika

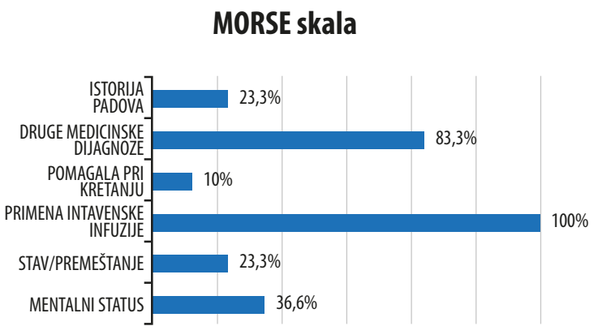


Distribucija ispitanika prema stepenu rizika od pada primenom pojedinih skala, kao i procentualna zastupljenost pojedinih kriterijuma skala prikazane su grafikonima 3-8.

Grafikon 3. Procena rizik od pada ispitanika prema Morseovoj skali



Grafikon 4. Podaci o procentualnoj zastupljenosti pojedinih kriterijuma Morseove skale



Podudarnost između ispitivanih skala u proceni rizika od pada ustanovljena je samo kod 30% ispitanika, dok kod čak 20% ispitanika svaka od tri skale pokazuje sasvim različit stepen rizika od pada.

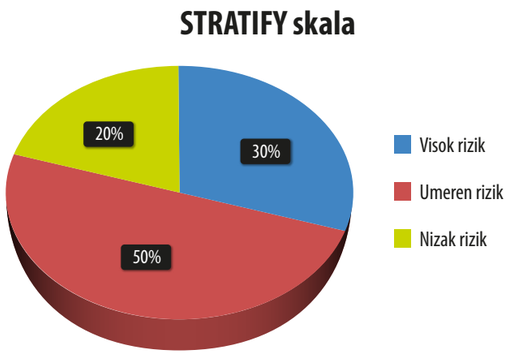
DISKUSIJA

Na osnovu pilot istraživanja sprovedenog u toku meseca novembra 2018. na uzorku od 30 pacijenata hospitalizovanih na odeljenju neurologije KBC Zemun zbog cerebrovaskularnih komplikacija arterijske hipertenzije, dobijeni su podaci koji pokazuju da je u ispitivanom uzorku distribucija ispitanika po polu uravnotežena (53,3% muškog pola, 46,7% ženskog pola) iako rezultati sličnih istraživanja u svetu daju primat ženskom polu navodeći biološke specifičnosti (osteoporoza, slabost lokomotornog aparata itd) ženskog organizma kao potencijalne faktore rizika [7, 19, 20].

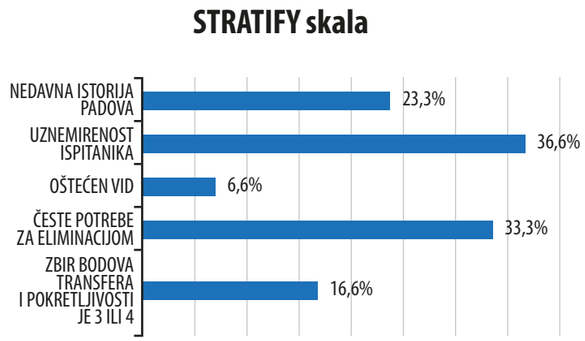
Ispitanici su starosne dobi između 40 i 90 godina, a dominira životno doba od 61 do 90 godina, što je u skladu sa dosadašnjim rezultatima u istoj oblasti koja navode da godine starosti predstavljaju jedan od glavnih faktora rizika za nastanak pada [4,19,21]. Biološki proces starenja dovodi do fizioloških promena, pada funkcionalnog statusa i razvoja hroničnih oboljenja, između ostalog i HTA. Zdravstveno stanje starih osoba značajno limitira njihove psihomotorne sposobnosti i mogućnost obavljanja aktivnosti svakodnevnog života, noseći sa sobom povećan rizik od pada i zadobijanja povreda [19,8,22]

U najvećem procentu (64%) ispitanici su srednjeg obrazovnog nivoa što odgovara prosečnoj obrazovnoj strukturi stanovnika Srbije i rezultatima istraživanja drugih autora koji ističu niži nivo

Grafikon 5. Procena rizik od pada ispitanika prema Stratify skali



6. Podaci o procentualnoj zastupljenosti pojedinih kriterijuma Stratify skale

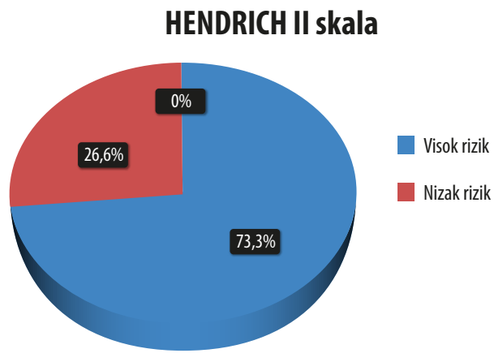


obrazovanja i lošiji socijalni status kao faktore rizika od pada. Ova povezanost objašnjava se češćim prisustvom hroničnih nezaraznih bolesti i njihovih komplikacija kod ove populacije stanovnika, uslovljenih nižim stepenom opšte i zdravstvene kulture, neredovnim zdravstvenim pregledima i niskom zdravstvenom pismenošću. [19-21] .

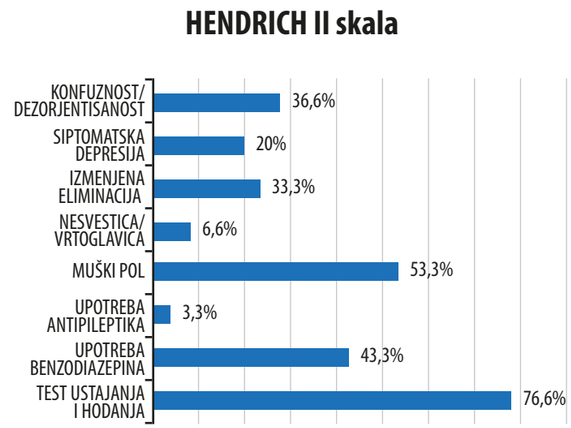
SZO ističe arterijsku hipertenziju kao jedan od najvećih javnozdravstvenih problema današnjice, navodeći je kao vodeći faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih i nefroloških bolesti. Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju je da više od 25 % svetske odrasle populacije (oko milijardu ljudi) ima arterijsku hipertenziju. Predviđa se da će se taj broj do 2025. godine povećati za 50% [20]. Skoro polovina ispitanika u našem uzorku (43%) od arterijske hipertenzije boluje više od 11 godina, a njih 13% preko 20 godina. Dugogodišnja arterijska hipertenzija značajan je faktor u razvoju komplikacija kao što su cerebrovaskularni inzult i intrakranijalne hemoragije [23-26]. Istraživanja pokazuju da je arterijska hipertenzija uzrok 54% cerebrovaskularnih incidenata. Relativni rizik od moždanog udara kod hipertoničara je 2 – 5 puta viši nego kod normotoničara i srazmeran je visini arterijskog pritiska [13]. Najveći deo komplikacija zbog povećanja arterijskog pritiska nastaje kod radno sposobne populacije (45–65 godine) [20].

Cerebrovaskularni insult kao komplikaciju arterijske hipertenzije ima 83% ispitanika , dok 10% ispitanika ima potvrđenu intracerebralnu hemoragiju. Neurološki deficit koji se javlja u vidu

Grafikon 7. Procena rizik od pada ispitanika prema Hendrch II skali



Grafikon 8. Podaci o procentualnoj zastupljenosti pojedinih kriterijuma Hendrich II skale



levostrane ili desnostrane hemipareze ili hemiplegije u najvećoj meri dovodi do nepokretnosti ili otežane pokretljivosti sa povećanjem rizika od pada. 33,3% ispitanika u uzorku je hospitalizovano zbog hemipareze, a 43,3% zbog hemiplegije. Potvrđene kliničke manifestacije bolesti - vrtoglavica (10%), glavobolja (10%), nestabilnost (6,6%), gubitak vida (3,3%), konfuznost i dezorijentacija (3,3%), dovode do izmene funkcionalnog statusa i poteškoća koje se mogu ispoljiti u domenu orijentacije, vigilnosti pažnje i pamćenja. Snižena sposobnost uvida u sopstveno stanje i mogućnosti kod neuroloških bolesnika se javlja usled izmene psihičkog stanja, demencije ili moždanog oštećenja i razlog je više stope padova ovih bolesnika u odnosu na ostale [27].

Prisustvo komorbiditeta očekivano je potvrđeno kod većine ispitanika. Tri četvrtine ispitivanih (76,6%) boluje od hiperlipidemije, skoro polovina (40%) boluje od dijabetes melitusa, a 3,33% od hroničnog etilizma. Navedene hronične bolesti udružene sa HTA povećavaju rizik od nastanka cerebrovaskularnih bolesti uzrokujući ireverzibilne mikrovaskularne i makrovaskularne posledice koje dovode do invaliditeta i smanjene pokretljivosti [19, 8, 20].

Dobijeni rezultati pokazuju da većina ispitanika ima ordiniranu medikamentoznu terapiju koja može povećati rizik od pada [19, 8, 4]. 33,3% ispitanika dobija diuretike, 6,6% kardiotoniike, 43,3% benzodiazepine, 26,6% antipsihotike, 6,6% antiepileptike, 20% antidepresive, 20% oralne antidijabetike, a 53,3% ispitanika dobija antiaritmike.

Analiza podataka vezanih za evidentirane padove ispitanika pokazala je da većina (76,7%) nema registrovanu istoriju prethodnih padova. Kod 10% ispitanika zabeležen je pad u trenutku nastanka simptoma bolesti (u kući), a 13,3% ima zabeležen pad tokom hospitalizacije.

Procena rizika od pada prema Morzeovoj skali pokazala je da više od polovine (53,3%) ispitanika ima visok rizik od pada, 33,3% ima srednji, a 13,3% ima nizak rizik. Svi ispitanici imaju ordiniranu I.V. infuzionu terapiju, 36,6% ispitanika ima poremećen mentalni status, a 23,3% ispitanika ima izmenjen stav ili nestabilnost. Od 4 ispitanika kod kojih je zabeležen pad u toku hospitalizacije u periodu istraživanja, sva 4 su imala potvrđen visok rizik od pada Morzeovom skalom. Iz navedenog proističe zaključak da Morzeova skala ima visoku pozitivnu prediktivnu vrednost za rizik od pada.

Prema STRATIFY skali kod 30% ispitanika procenjen je visok rizik od pada, kod 50% srednji, a kod 20% nizak rizik. Osnovu ovakve procene činili su podaci da je 36,6% ispitanika uznemireno, 33,3% ima česte potrebe za eliminacijom, 16,6% ispitanika u zbiru bodova transfera i pokretljivosti ostvarilo je 3 ili 4 boda što podrazumeva potrebnu pomoć pri ustajanju, premeštanju i kretanju, a samim tim i moguć rizik od pada u odsustvu iste pomoći. Od 4 ispitanika kod kojih je zabeležen pad tokom hospitalizacije, Stratify skala je samo kod polovine procenila visok rizik, a kod polovina srednji rizik. Zbog toga smatramo da ova skala ima manju prediktivnu sposobnost od prethodne. Dobijeni podaci se značajno razlikuju od rezultata sistematskog pregleda i meta analize Aranda-Gallarda i saradnika (2013) koji su ispitivali efikasnost instrumenata procene rizika od pada 13284 urgentno hospitalizovanih pacijenata iz četrnaest selektovanih studija i zaključili da je upravo STRATIFY skala najpouzdanija u proceni rizika od pada ovih pacijenata [4]. Postojeći disparitet nameće nam neophodnost provere dobijenih podataka na većem uzorku pacijenata.

Procena rizika od pada po Hendrich II skali pokazala je da 73,3% ispitanika ima visok rizik, a 26,6% nizak rizik od pada. Visok procenat visokoriziičnih ispitanika posledica je činjenica da su svi ispitanici muškog pola koji su nesposobni da ustanu bez tuđe pomoći bodovani sa 5 bodova, što ih automatski svrstava u grupu visokorizičnih za pad, iako takva procena može biti neutemeljena u pojedinačnim slučajevima. Specifična stavka ove skale je test ustajanja i hodanja prema kome 76,6% ispitanika ima jedan ili više bodova označavajući izvestan napor pri podizanju ili nesposobnost samostalnog ustajanja i hodanja. Tri od četiri ispitanika kod kojih je zabeležen pad tokom hospitalizacije ovom skalom je je označen visokim rizikom od pada, pružajući niži stepen preciznosti od Morzeove skale. Istovremeno, treba naglasiti da je Hendrich II skala pokazala najveću specifičnost označavajući 7 ispitanika bez pada niskorizičnim, što je više nego što su pokazale prethodne dve skale. Niska podudarnost između ispitivanih skala u proceni rizika od pada ustanovljena kod samo 30% ispitanika (kod 20% ispitanika svaka od tri skale pokazuje sasvim različit stepen rizika od pada), nameće potrebu za detaljnom analizom primenljivosti pojedinih skala u odnosu na nivo progresivne nege i specifičnosti zdravstvenog stanja i sprovedenih modaliteta lečenja svakog pacijenta.

ZAKLJUČAK

Pacijenti sa cerebrovaskularnim komplikacijama arterijske hipertenzije čine visoko rizičnu grupa kada je rizik od pada u pitanju. Procena rizika od pada i pravovremena prevencija u skladu sa stručnim kompetencijama i dostupnim resursima značajan su deo rada medicinskih sestara u zdravstvenim ustanovama svih nivoa zaštite. U svakodnevnoj praksi zdravstvenih ustanova u upotrebi su Morseova, STRATIFY i Hendrich II skala procene rizika od pada.

Treba naglasiti da nijedna od navedenih skala ne obuhvata sve faktore koji utiču na povećan rizik od pada.Uporednom analizom senzitivnosti i prediktivne sposobnosti ispitivanih skala zaključili smo da Morzeova skala ima najviši stepen pozitivne prediktivne mogućnosti. Prema njoj, sva četiri ispitanika kod kojih je zabeležen pad u hospitalnim uslovima imali su procenjen visok rizik za pad. Skala Hendrich II je pokazala najveću specifičnost, ali nisku prediktivnu sposobnost. Skala STRATIFY je u našem istraživanju pokazala najniži stepen osetljivosti i pozitivne prediktivne vrednosti.

LITERATURA

1. *Lončarić I. Sigurnost bolesnika – standard u obrazovanju za kvalitetu u zdravstvu. J. appl. healthsci.2018; 4(1): 109-113.*
2. *Mesarić J, Kaić Rak A. Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije. Medix. 2010; 16(86): 111-114.*
3. *Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije. Priručnik za sprovođenje mera za bezbednost pacijenata prema zahtevima Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije. Beograd; 2010.*
4. *Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Canca-Sanchez JC, et al. Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res. 2013;13:122. Published 2013 Apr 2. doi: 10.1186/1472-6963-13-12241.*
5. *Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo MET: Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing. 2004; 33:122–130.*
6. *Perell KL, Nelson A, Goldman RL, Luther SL, Prieto-Lewis N, Rubenstein LZ: Fall risk assessment measures: an analytic review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: M761–766.*
7. *Lončarić, I., Stavljenić-Rukavina,A. Sigurnost bolesnika kao standard kvalitete u zdravstvu. Zbornik sveučilišta Libertas. 1-2, 2017: 357-366.*
8. *Mojović S. Faktori rizika i prevencija padova kod starih. U: Gerijatrijski praktikum. Beograd: Gradski zavod za gerontologiju, kućno lečenje i negu, KBC Zvezdara; 2007.*
9. *Connell B.R.: Role of the environment in falls prevention. Clin Geriatr Med. 1996; 12: 859–880.*
10. *Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. 1989; 8(4): 366–377.*
11. *Schwendimann R, De Geest S, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. Age and Ageing. 2006; 35(3): 311–313.*
12. *Costa-Dias MJMd, Ferreira PL. Fall risk assessment tools. Revista de Enfermagem Referência. 2014; IV(2): 153–161.*
13. *Lučić V. Arterijska hipertenzija u bolesnika s akutnim moždanim udarom. Završni rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstvo. Osijek, 2017.*
14. *Hendrich A, Bender PS, Nyhuis A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. Appl Nurs Res. 2003; 16 (1): 9–21.*
15. *Hendrich A. Predicting patient falls. Am J Nurs . 2007; 107(11): 50–58.*
16. *De Jong MR, Van der Elst M, Hartholt KA. Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies. Therapeutic Advances in Drug Safety. 2013; 4(4): 147–154.*
17. *Hartikainen S, Lönnroos E. Use of sedatives and hypnotics, antidepressants and benzodiazepines in older people significantly increases their risk of falls. Evidence Based Medicine. 2010; 15(2): 59.*
18. *Ivziku D, Matarese M, Pedone C. Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an. Int J Nurs Stud . 2011; 48(4): 468–474.*
19. *Ivanović S. Faktori rizika za pad i funkcionalna sposobnost starih osoba. Disertacija. Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, Akademske doktorske studije–Javno zdravlje, 2017.*
20. *Vujačić S. Rasprostranjenost arterijske hipertenzije među korisnicama usluga Zavoda za hitnu medicinsku pomoć u Podgorici. Timočki medicinski glasnik. 2017; 42 (1): 18-25.*
21. *World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Switzerland, Geneva; 2007.*
22. *Hrastić Lj. Medicinska sestra u prevenciji padova starijih osoba. Završni rad.. Sveučilišni centar Varaždin, Sveučilište Sever, Odjel za biomedicinske znanosti. Varaždin, 2016.*
23. *Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhäger WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. Lancet. 1997; 350: 757–64.*
24. *Thrift AG, McNeil JJ, Forbes A, Donnan GA. Risk factors for cerebral hemorrhage in the era of wellcontrolled hypertension. Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. Stroke. 1996; 27:2020–5.*
25. *Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje arterijske hipertenzije. Klinički vodič 7/11. Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije. Beograd, 2012.*
26. *Licul, R., Matteoni, T., Močenić M. Procjena rizika od pada: pregled skala za evaluaciju rizika. JAHS. 2017; 3(1): 73-78.*
27. *Kadojić, D. Cerebrovascular complications of arterial hypertension. In: Periodicum Biologorum/Branko Vitale (ed). Proceedings of the 1st International Symposium on Hypertension; 2006 august 25-27; Osijek, Hrvatska.*

ZADOVOLJSTVO RODITELJA PRUŽENOM ZDRAVSTVENOM NEGOM KOD DECE SA SUPRAKONDILARNIM PRELOMOM HUMERUSA

PARENTS SATISFACTION WITH NURSING CARE IN CHILDREN WITH SUPRACONDYLAR FRACTURE OF THE HUMERUS

Andrea Božić[1,2], Branislava Brestovački - Svitlica[1,3], Marija Karadeglija[1,4], Slađana Koledin[1,4]

[1] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstevnu negu

[2] Medicinska škola „7. april" Novi Sad

[3] Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine

[4] Klinički centar Vojvodine Novi Sad

APSTRAKT

UVOD. Suprakondilarni prelomi humerusa zauzimaju značajno mesto u morbiditetu dece sa incidencom od 70%. Saradnja sa roditeljima, prisnost, njihova informisanost o toku i načinu lečenja jedna je od značajnijih uloga medicinske sestre u procesu lečenja suprakondilarnih preloma humerusa

CILJ RADA. Utvrditi zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom negom kod dece sa suprakondilarnim prelomom humerusa u odnosu na primenjenu metodu lečenja.

MATERIJAL I METODE. Istraživanje je sprovedeno na Institutu za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine u Novom Sadu pomoću prilagođenih upitnika i istorija bolesti da bi se dobili relevantni podaci koji su statistički obrađeni.

REZULTATI. Suprakondilarni prelomi lakta zauzimaju prvo mesto po učetalosti u odnosu na ostale prelome lakta. 80% ispitanika iskazalo je zadovoljstvo sestrinskom negom i emocionalnom podrškom od strane sestara kada god im je bila potrebna, njih 86,7% se u potpunosti slaže da je njihova zabrinutost smanjena zahvaljujući pažnjom i informisanošću od strane medicinskih sestara.

ZAKLJUČAK. Kod suprakondilarnih preloma humerusa u dečijem uzrastu, posao medicinske sestre ne zahteva samo klasičnu zdravstvenu negu, već poznavanje i prepoznavanje povreda, stanja, dijagnostičkih procedura, komplikacija i psihologije deteta, kao i edukaciju roditelja o predstojećem periodu lečenja i brizi deteta u kućnim uslovima.

KLJUČNE REČI: kvalitet života, deca, prelomi humerusa

ABSTRACT

INTRODUCTION. Supracondylar fractures of the humerus occupy a significant place in the morbidity of children with an incidence of 70%. One of the most important roles of the nurse in the process of treating supracondylar fractures of the humerus is cooperation with parents, intimacy, their knowledge of the course and method of treatment.

AIM. To determine the satisfaction of parents with nursing care of children with supracondylary fracture of the humerus compared to the applied treatment method.

MATERIAL AND METHODS. The research was conducted at the Institute for Health Care of Children and Youth of Vojvodina in Novi Sad using custom questionnaires and disease history to obtain relevant data that was statistically processed.

RESULTS. Supracondilar fractures of the elbow occupy the first place by frequency in relation to other elbow fractures. 80% of respondents expressed satisfaction with nursing care and emotional support from nurses whenever needed, 86.7% fully agree that their concern has been reduced due to care and information provided by nurses.

CONCLUSION. In the case of supracondylary fractures of the humerus in children, the work of a nurse requires not only classical nursing, but also knowledge and recognition of injuries, conditions, diagnostic procedures, complications and psychology of the child, as well as educating parents about the upcoming period of treatment and care of the child at home.

KEYWORDS: quality of life, children, fractures of humerus

UVOD

Suprakondilarni prelomi humerusa predstavljaju prelome u predelu distalne metafize ramene kosti, neposredno iznad kondila. Ovi prelomi se najčešće javljaju kod dece, u uzrastu između 5 i 10 godina i čine oko 70% od svih fraktura donjeg okrajka humerusa, dok se posle 20. godine javljaju znatno ređe (1). Velika incidenca ovih preloma u dečijem uzrastu objašnjava se povećanim laksititetom kolateralnih ligamentarnih struktura u ovom uzrastu, nezrelošću građe suprakondilarnog regiona humerusa i specifičnim odnosom koštanih struktura u zglobu prilikom hiperekstenzije u zglobu lakta (2).

Korespondent:

asist. dr sci.med. Andrea Božić

e-mail: 0519andrea@gmail.com

Jug Bogdana 25, 21000 Novi Sad

Tel: +381 643858449

Klasična podela u odnosu na mehanizam nastanka deli suprakondilarne prelome humerusa u dve velike grupe, ekstenzioni tip i fleksioni tip. Ekstenzioni tip je znatno češći – učestalost i do 96%, a najčešći uzrok ove vrste frakture je pad deteta na dlan kada je ruka u zglobu lakta ekstendirana, a ruka u abdukciji (3, 4). Fleksioni tip suprakondilarnih preloma humerusa je prilično redak, a nastaje kao posledica direktnog udara o zadnji deo lakta (2, 5).

Cilj lečenja suprakondilarnih preloma je postizanje bezbolne i pune pokretljivosti u zglobu lakta, kao i prevencija i sanacija komplikacija. Izbor i izvođenje tretmana zavisi od kliničke slike i rendgenskog nalaza, vrste preloma, životne dobi povređenog i eventualnih pridruženih povreda neurovaskularnih elemenata i kože (6, 7). U lečenju suprakondilarnih preloma humerusa kod dece koriste se sledeće metode: konzervativni način lečenja koji podrazumeva primenu gipsane imobilizacije sa ili bez prethodno načinjene ortopedske repozicije i hirurški način lečenja, odnosno ortopedska repozicija u opštoj anesteziji i perkutana fiksacija ulomaka pomoću dve Kiršnerove igle (2, 8).

Medicinska sestra i zdravstvena nega imaju veoma značajnu ulogu predstavljajući nezaobilaznu kariku u svakoj od faza lečenja. Medicinska sestra pruža važnu psihofizičku i edukativnu potporu u pripremi roditelja za proces lečenja, dok se značaj zdravstvene nege ogleda u obezbeđivanju adekvatnog kvaliteta života deteta u toku perioda lečenja. Saradnja sa roditeljima, prisnost, njihova informisanost o toku i načinu lečenja jedna je od značajnijih uloga medicinske sestre u procesu lečenja suprakondilarnih preloma humerusa (9).

CILJ

Utvrditi zadovoljstvo roditelja pruženom zdravstvenom negom kod dece sa suprakondilarnim prelomom humerusa u odnosu na primenjenu metodu lečenja.

MATERIJAL I METODE

Jednogodišnje istraživanje je sprovedeno na Klinici za dečju hirurgiju Instituta za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine u Novom Sadu. Studija obuhvata retrospektivnu i propektivnu analizu kojima je obuhvaćeno 60 pacijenata od toga 30 pacijenata kod kojih je sprovedeno konzervativno lečenje i 30 pacijenata koji su operativno lečeni. Retrospektivnom studijom, na osnovu istorija bolesti dobijeni su demografski podaci o pacijentima. Prospektivnom studijom, obradom podataka iz formiranog upitnika, sagledali su se i uporedili nivoi zadovoljstva roditelja sa zdravstvenom negom, a u zavisnosti od primenjene metode lečenja. Kao instrument istraživanja korišćen je upitnik koji je formiran za potrebe ovog istraživanja. Anketa je bila anonimna. U obradi podataka primenile su se sledeće tehnike/metode: deskriptivna frekventna analiza; pokazatelji mere centralne tendencije (aritmetička sredina); mere varijabiliteta (standardna devijacija) za prikazivanje numeričkih podataka; Studentov T test i X^2 za nivo značajnosti.

Etička razmatranja istraživanja

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

REZLUTATI RADA

Od ukupno 30 pacijenata kod kojih je suprakondilarni prelom lakta lečen konzervativnom metodom, njih 70% su muškog pola, dok su njih 30% ženskog pola. Od ukupno 30 pacijenata kod kojih je suprakondilarni prelom lakta lečen operativnim putem, njih 66,7% su muškog pola, a njih 33,3% su ženskog pola, (p>0.05). Prosečna starost ispitanika bila je 8 godina (χ^2=8 i SD=1.17).

Na tvrdnju "Dobio/la sam sve potrebne informacije u vezi stanja mog deteta u kojem se nalazi i u vezi načina lečenja", od ukupno 60 anketiranih roditelja njih 66,7% iz obe grupe ispitanika se u potpunosti slaže da je dobilo sve potrebne informacije (Tabela 1.)

Tabela 1. Potrebne informacije u vezi stanja deteta i načina lečenja

Informacije u vezi stanja deteta	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Uopšte se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Uglavnom se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Neodlučan/na sam	0	0	3	10	3	5
Uglavnom se slažem	10	33.3	7	23.3	17	28.3
U potpunosi se slažem	20	66.7	20	66.7	40	66.7
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

70% ispitanika čija su deca lečena konzervativnim putem u potpunosti su zadovoljni sestrinskom negom, dok je taj procenat kod ispitanika čija su deca lečena operativnim putem bio 90%, (p>0,05) (Tabela 2.)

Tabela 2. Zadovoljstvo sa sestrinskom negom

Informacije u vezi stanja deteta	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Uopšte se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Uglavnom se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Neodlučan/na sam	0	0	3	10	3	5
Uglavnom se slažem	10	33.3	7	23.3	17	28.3
U potpunosi se slažem	20	66.7	20	66.7	40	66.7
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

83,3% roditelja čija su deca lečena konzervativnim putem u potpunosti se slaže da su sestre obratile pažnju na njihove sugestije vezane za negu deteta tokom oporavka, dok je taj procenat kod roditelja čija su deca lečena operativnim putem bio 76,7%, (p>0,05) (Tabela 3.).

Tabela 3. Sugestije roditelja u vezi nege deteta

Informacije u vezi stanja deteta	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Uopšte se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Uglavnom se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Neodlučan/na sam	0	0	3	10	3	5
Uglavnom se slažem	10	33.3	7	23.3	17	28.3
U potpunosi se slažem	20	66.7	20	66.7	40	66.7
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

Tabela 4. Smanjenje zabrinutosti roditelja zahvaljujući pažnji medicinskih sestara

Informacije u vezi stanja deteta	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Uopšte se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Uglavnom se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Neodlučan/na sam	0	0	3	10	3	5
Uglavnom se slažem	10	33.3	7	23.3	17	28.3
U potpunosi se slažem	20	66.7	20	66.7	40	66.7
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

Sa tvrdnjom "Svojim informacijama i pažnjom medicisnke sestre su uspele da smanje moju zabrinutost", 90% roditelja čija su deca lečena konzervativnim putem i 83,3% roditelja čija su deca lečena operativnim putem u potpunosti se slaže da je njihova zabrinutost smanjena zahvaljujući pažnjom i informisanošću medicinskih sestara, (p>0,05). (Tabela 4.)

76,7% ispitanika čija su deca lečena konzervativnim putem i 83,3% čija su deca lečena operativnim putem u potpunosti se slaže da su dobili emocionalnu podršku od strane sestara kada god im je bila potrebna (p>0,05). (Tabela 5.)

Tabela 5. Emocionalna podrška od strane medicinskih sestara

Emocionalana podrška od strane sestara	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Uopšte se ne slažem	1	3.3	0	0	1	1.7
Uglavnom se ne slažem	1	3.3	0	0	1	1.7
Neodlučan/na sam	2	6.7	0	0	2	3.3
Uglavnom se slažem	3	10	5	16.7	8	13.3
U potpunosi se slažem	23	76.7	25	83.3	48	80
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

Svi roditelja čija su deca lečena operativnim putem u potpunosti se slažu da su dobili sve potrebne informacije u vezi nege deteta nakon otpusta iz bolnice u kućnim uslovima, dok je taj broj kod roditelja čija su deca lečena konzervativnim putem bio 22, (p<0,05). (Tabela 6.)

Tabela 6. Informisanost u vezi nege deteta u kućnim uslovima

Nega deteta u kućnim usovima	Konzervativno lečeni		Operativno lečeni		UKUPNO	
	N	%	N	%	N	%
Uopšte se ne slažem	0	0	0	0	0	0
Uglavnom se ne slažem	8*	26.7	0	0	8	13.3
Neodlučan/na sam	0	0	0	0	0	0
Uglavnom se slažem	0	0	0	0	0	0
U potpunosi se slažem	22	73.3	30	100	52	86.7
UKUPNO	30	100	30	100	60	100

*p<0,05

DISKUSIJA

Prelomi lakta čine 7-9% svih preloma u dečijem uzrastu, dok suprakondilarni prelomi humerusa predstavljaju najčešće prelome u predelu zgloba lakta 69%, a posle preloma distalnog okrajka radijusa i najčešće prelome uopšte (10, 11).

Nakon evaluacije, pregleda deteta od strane lekara specijaliste i urađenog RTG snimka, ortoped hirurg bi trebao da objasni roditeljima u kakvoj se situaciji nalazi njihovo dete. Ukoliko povreda zahteva hirurško lečenje roditeljima se mora predočiti i potencijalni rizik o nastanku komplikacija, i u najtežima slučajevima mogućnost potrebe za reintervencijom. U našem, kao i u drugim istraživanjima većina ispitanika se u potpunosti slaže sa tvrdnjom da je dobilo sve potrebne informacije u vezi stanja deteta u kojem se nalazi i u vezi načina lečenja (12).

Jedan od značajnih elemenata tokom svakog prijema jeste način na koji se medicinska sestra obraća bolesniku i pratiocu. Njen odnos treba da bude prilagođen uzrastu pacijenta. Način oslovljavanja, ton glasa, izraz lica, gestovi i drugi postupci u komunikaciji mogu da smire bolesnika ili da pojačaju njegovu strepnju. Vođenje razgovora sa uzbuđenim (često uplakanim), zabrinutim bolesnikom i njegovim pratiocem predstavlja posebnu veštinu koja svaka sestra u prijemnom bloku treba da poseduje i stalno razvija (13). Pružanjem potrebnih informacija, kako roditeljima tako i deci, medicinske sestre mogu da smanje njihovu zabrinutost, i olakšaju dalju saradnju. Slične podatke našim, možemo naći u istraživanju u Dečijem Medicinskom Centru u Sinsinatiju, gde je 88% roditelja odgovorilo da su sestre uvek bile dostupne da odgovore na pitanja i time smanje zabrinutost, kad god je to roditeljima bilo potrebno (12).

Medicinska sestra treba ukoliko je potrebno da ohrabri, smiri i objasni roditeljima da njihova uznemirenost i depresivnost negativno utiče na dete (13). U Dečijem Medicinskom Centru u Sinsinatiju, 67% roditelja je odgovorilo da su medicinske sestre uvek pružile emocionalnu podršku kad god je to roditeljima bilo potrebno, za razliku od našeg istraživanja gde je taj procenat bio veći (12). Emocionalno stabilni roditelji će biti prava podrška svojoj deci, pa se posebna pažnja i njima posvećuje, gde diplomirane medicinske sestre imaju glavnu ulogu u komunikaciji sa roditeljima. Pre svega, bitno je saslušati roditelje tokom uzimanja heteroanamneze gde se mogu dobiti veoma važni podaci koji se mogu iskoristiti za bolju i kvalitetniju negu, naročito prilikom davanja saveta o nezi u kućnim uslovima nakon otpusta iz bolnice. Slične podatke našim dobijamo u studiji (12) gde se 87% roditelja čija su deca lečena operativnim putem slaže da su medicinske sestre obratile pažnju na njihove sugestije vezane za negu deteta tokom oporavka.

Diplomirana medicinska sestra bi trebalo da obezbedi roditeljima već pripremljene instrukcije o nezi deteta kako bi se mogla obezbediti odgovarajuća kućna nega nakon otpusta iz bolnice. U ovom istraživanju zapažamo i statistički značajnu razliku u odnosu na način lečenja i dobijanja potrebnih informacija u vezi nege deteta u kućnim uslovima što se može povezati sa vremenom boravka pacijenta u bolnici, jer sa operativno lečenim pacijentima medicinsko osoblje provodi mnogo više vremena, pa se i otpust kući priprema duži vremenski period u odnosu na one pacijente koji se otpuštaju istog dana. U studiji Byrne-a i saradnika pronalazimo podatak da su pacijenti zadovoljniji sa komunikacijom od strane diplomirane medicinske sestre i da su im one pružile mnogo više edukacije nego što su to učinili lekari (14). To se može opravdati činjenicom da su diplomirane medicinske sestre u češćem kontaktu sa pacijentom nego lekari, da provode sa njima više vremena pa su samim tim su u mogućnosti da pruže više potrebnih informacija o nezi deteta .

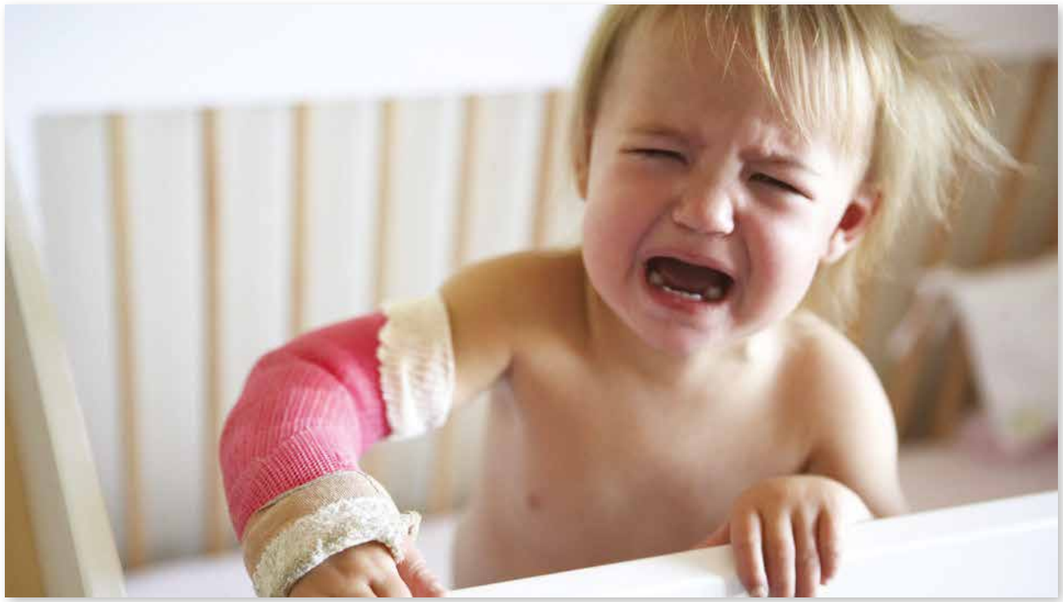
Ponašanje deteta koje je uplašeno, a i roditelja koji su zabrinuti, često je nepredvidivo (13). Svojim usavršavanjem diplomirane medicinske sestre su u mogućnosti da ostvare kvalitetnu komunikaciju sa roditeljima i decom, i da unaprede kvalitet zdravstvene nege, a time se postiže veći stepen zadovoljstva i kvalitet života nakon povrede. U našem istraživanju 70% roditelja čija su deca lečena konzervativnim putem i 90% roditelja čija su deca lečena operativnim putem u potpunosti su zadovoljnim sestrinskom negom.

ZAKLJUČAK

Suprakondilarni prelomi lakta zauzimaju prvo mesto po učestalosti u odnosu na ostale prelome lakta. Znatno veći procenat roditelja čija su dece lečena operativnim putem, a u odnosu na roditelje čija su deca lečena konzervativnim putem, u potpunosti se slaže da je njihova zabrinutost smanjena zahvaljujući pažnjom i informisanošću od strane diplomirane medicinske sestre, da su dobili sve potrebne informacije u vezi nege deteta nakon otpusta iz bolnice u kućnim uslovima, i da su medicinske sestre pružile emocionalnu podršku kad god je bilo potrebno. Kod suprakondilarnih preloma humerusa u dečijem uzrastu, posao medicinske sestre ne zahteva samo klasičnu zdravstvenu negu, već poznavanje i prepoznavanje povreda, stanja, dijagnostičkih procedura, komplikacija i psihologije deteta, kao i edukaciju roditelja o predstojećem periodu lečenje i brizi deteta u kućnim uslovima.

LITERATURA

1. *Prpić Ivan i suradnici. Kirurgija za medicinare. Školska knjiga, Zagreb, 2002.*
2. *Gajdobranski Đ, Marić D, Tatić M, Đurić-Nosek D, Mikov A. Osteosinteza Kiršnerovim iglama u lečenju dislociranih suprakondilarnih preloma humerusa u dece. Med Pregled 2003; LVI (7-8): 355-61.*
3. *Đuranović D, Tijanić M. Procs zdravstvene nege. U: Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo. Beograd; Naučna KMD: 2002.*
4. *Carmichael KD, Joyner K. Quality of Reduction Versus Timing of Surgical Intervention for Pediatric Supracondylar Humerus Fractures. Orthopedics 2006; 29(7): 628-32.*
5. *Temple A, Bache CE, Gibssons PJ. Fratures of the elbow: supracondylar fractures. Trauma 2006; 8:123-30.*
6. *Arena S, Vermiglio G, Terranova A, Vermiglio M, Arena P. Trattamento ortopedico e riabilitativo nelle fratture sovracondiloidee di omero in età evolutiva. Acta Chirurgica Mediterranea. 2006; 22: 169-73.*
7. *Richard AK Reynolds, Holly Jackson. Concept of treatment in supracondylar humeral fractures. Injury, Int. J. Care Injured. 2005; 36: 51-6.*
8. *Kumar V, Singh A. Fracture Supracondylar Humerus: A Review. J Clin Diagn Res. 2016; 10(12): RE01–RE06*
9. *Herring J.A. Developmental dysplasya of the hip. In Herling J.A. Journal pediatric orthopaedics. Philadelphia. 2002; 512-646.*
10. *Marjanović Z, Nikolić P, Đorđević-Marušić N, Milićević R. Procena vrednosti skeletne ekstenzije primenjene u lečenju dislociranih suprakondilarnih preloma humerusa u dece. Acta Orthop Iugosl. 1999; XXX(2): 125-31.*
11. *Timotijević S, Denisenko I, Baščarević Lj, Grbić R, Đorović S, Ćosić M, et al. Biomehanička razmatranja visoke incidence suprakondilarnog preloma humerusa dece. Acta Orthop Iugosl 1998; XXIX(1):51-6.*
12. *Supracondylar Humerus Fractures in Children. Aviable from: http://www.cincinnatichildrens.org/health/info/orthopaedics/home/elbow-fracture.htm 01.03.2019.*
13. *Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo. Beograd; Naučna KMD: 2002.*
14. *Byrne G et al. An evolution of the care of patients with minor injuries in emergency settings. Accident and Emergency Nursing 2000; 101-9*



JAVNOZDRAVSTVENI ZNAČAJ POREMEĆAJA IZGOVORA GLASOVA KOD DECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA

PUBLIC HEALTH SIGNIFICANCE OF PRONUNCIATION OF VOICES IN PRE-SCHOOL CHILDREN

Tasić Radica1, Kekuš Divna[1], Stanisavljević Sanja[1], Antić Gordana[1]
[1]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, Srbija

APSTRAKT

Istraživanje sprovedeno u Predškolskoj ustanovi „Čika Jova Zmaj“ u Beogradu između februara i aprila 2016. godine u populaciji dece predškolskog uzrasta, pokazalo je značajnu zastupljenost poremećaja artikulacije. U odnosu na ukupan broj dece obuhvaćene istraživanjem (427), pravilan izgovor registrovan je kod 259 deteta (60,65 %), dok je dislalija registrovana kod 168 deteta (39,34 %). Realnost da oko 40% dece predškolskog uzrasta u današnje vreme ima poremećaj izgovora, nameće potrebu za korekcijom ovih poremećaja i ističe njihov javnozdravstveni značaj sa aspekta potencijalnih problema u socijalnoj integraciji i psihosocijalnom razvoju ove dece.

Rezultati našeg istraživanja poremećaja artikulacije kod dece predškolskog uzrasta zavisno od pola bili su: u populaciji dečaka predškolskog uzrasta registrovani su govorni poremećaj u 53%. Glasovni poremećaji frikativa, afrikata i laterala bili su zastupljeni u preko 80%, sa predominacijom iz grupe frikativa. Dominirali su poremećaj izgovora sledećih glasova: L, Č, Š, Ž, S i Z, sa prisutnom distorzijom u preko jedne trećine dečaka.

U populaciji devojčica predškolskog uzrasta govorni poremećaji su zastupljeni 46%. Dominirali glasovni poremećaji frikativa i afrikata. Izdvaja se poremećaj izgovora glasova Č, Š, S, C, Z i L, sa predominacijom distorzije.

Činjenica da su artikulacioni poremećaji najučestaliji govorni poremećaji, nameće potrebu za sistematskim praćenjem razvoja artikulacije još na najranijem uzrastu. Prvi korak ka prevenciji govornih poremećaja je timski rad koji se sprovodi u okviru primarne zdravstvene zaštite.

KLJUČNE REČI: poremećaj izgovora, predškolski uzrast.

ABSTRACT

A survey conducted in the pre-school “Čika Jova Zmaj” in Belgrade between February and April 2016 in the pre-school age population showed significant representation of articulation disorders. In relation to the total number of children surveyed (427), the correct pronunciation was registered in 259 children (60.65%), while the dyslalia was registered with 168 children (39.34%). The reality that about 40% of preschool children today have a distortion of excuses, imposes the need to correct these disorders and highlights their public health significance from the perspective of potential problems in social integration and psychosocial development of these children.

The results of our research on articulation disorders in pre-school children, depending on gender, were: in the pre-school age, 53% of speech disorders were recorded. Voice disorders of fricative, africat and lateral were present in over 80%, with prevalence from the group frikative. They dominated the distortion of the pronunciation of the following voices: L, Č, Š, Ž, S and Z, with the presence of distortion in over one-third of boys.

In the population of pre-school age, speech disorders are represented by 46%. The voice disorders of fricative and africat are dominant. Distortion of pronunciation of voices CH, Š, S, C, Z and L, with prevalence of distortion, is singled out.

The reality that articulation disorders are the most common speech disorders, imposes the need for systematic monitoring of articulation development at the earliest age. The first step towards the prevention of speech disorders is team work carried out in the framework of primary health care.

KEY WORDS: speech disorder, pre-school age.

UVOD

Govor predstavlja jednu od najznačajnijih ljudskih osobina. Zahvaljujući govoru čovek može da izrazi, formuliše svoje potrebe, osećanja i misli; da ih saopšti drugima i da putem usmenog predanja ili zapisane reči preda potomstvu svoje zamisli, želje shvatanja i iskustva. Filozof Toma Akvinski (1225-1274) tvrdio je da glasovi postoje da nešto označe. Italijan Girolamo Gardano (1501-1576) prvi je ukazao da gluvoća nije takva patološka pojava koja uslovljava nesposobnost u umnom razvoju, “Mi možemo dostignuti da nemi putem čitanja slušaju a putem pisma govore“. Jezik se definiše kao sistem simbolične komunikacije koji je zajednički za određenu grupu ljudi.Za razliku od ostalih znakovnih sistema, jezički glasovni sistem ima univerzalnu vrednost koja se izražava u sposobnosti njegovih znakovnih jedinica (reči i rečenica) da reprodukuju i zamenjuju stvarnost u vezi s kojom se upotrebljavaju i da uspostavljaju raznovrsne odnose s drugim znakovnim jedinicama.Osnovni delovi strukture jezika su: fonema, morfema i sintagma. Jezik je po svom karakteru apstraktan, dok je govor njegovo konkretno ostvarenje. Jezik i govor stoje u odnosu koda i

Korespondent:
Radica Tasić, Dušana Vukasović 43.
Telefon: +381 64 2591752
Mail: radica.logoped@gmail.com

poruke; sistema i procesa; govor je jezik u akciji [1]. Pod govorom Kostić [2] podrazumeva sposobnost ljudi da pomoću artikulacije glasova i njihovih kvantitativnih pratilaca ostvare poruku koja je akustički organizovana i jezički osmišljena.

Moždana koraoblaže čitavu površinu desne i leve velikomoždane hemisphere čineći plašt. Ukupna površina korteksa iznosi 2,2m2 [3], jedna trećina se nalazi na spoljnoj strani mozga a dve trećine u okviru žlebova, debljine od 1,5 mm na dnu sulkusa do 4,5 mm na grebenu girusa. Kora velikog mozga je najtanja u primarnom vizuelnom polju i u filogenetski najstarijim delovima mozga, a najdeblja je u primarnom motornom polju. Prosečno moždana kora sadrži 14 milijardi neurona [4,5].Motorni koretks uključuje primarno motorno polje (M1), čijom električnom stimulacijom strujom male jačine izaziva se kontrakcija mišića [6,7].Kanadski neurohirurgWilder Penfield 1930 godine [8], tokom operacije pacijenta sa epilepsijom sprovodio je elektrostimulaciju korteksa i napravio je topografsku mapu prezentacije pokreta u arei M1 koju je nazvao motornim korteksom. Penfild je ilustrovao organizaciju M1 predela u vidu iskrivljenog malog čoveka, humunkulusa, pri čemu usta i ruke zauzimaju najveći deo površine M1 predela.

Po Mysaku [9] postoji pet govornih sistema: receptorni sistem, senzorni sistem, transmisioni sistem, integratorski sistem i efektorni sistem. Biološki model govorne komunikacije sastoji se iz dva dela:aferentni-počinje sa uvom i završava se centralnim nervnim sistemom a uključuje receptornoi, senzorni, transmisioni i integratorni sistem, i eferentni deo ide obrnutim smerom od centralnog nervnog sistema do usta govornika a uključuje integratorni, transmisioni i efektorni sistem. Dete razvija gutanje, sisanje a kasnije i žvakanje, akti neophodni prilikom hranjenja. Ako se pojave poremećeno funkcionisanje i ispadi prilikom gutanja, sisanja i hranjenja može nam ukazivati kao rani indikator za moguće poremećaje artikulacije.

Istraživanjem dinamike razvoja fonološke strukture srpskog jezika na populaciji dece od tri do sedam godina, zaključeno je da artikulacija predstavlja kontinuiran proces, a zabeležen redosled javljanja pojedinih grupa glasova je sledeći: vokali, plozivi, nazali, frikativi, afrikati,laterali [10].Poznavanje relativnih frekvencija glasova u jeziku je važno jer pomaže u određivanju stepena oštećenosti govora.

Sa javnozdravstvenog aspekta poremećaji artikulacije kod dece predškolskog uzrasta su značajni zbog potencijalnih problema u socijalnoj integraciji i psihosocijalnom razvoju kod ove dece.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je utvrđivanje:

1. Učestalosti artikulacionih poremećaja kod dece u Predškolskoj ustanovi „ Čika Jova Zmaj“, u godini pred polazak u školu.
2. Vrste artikulacionih poremećaja koji se najčešće javljaju kod dece u godini pred polazak u školu.

METODOLOGIJA RADA

Tip studija i mesto istraživanja

Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka u Predškolskoj ustanovi “Čika Jova Zmaj” u Beogradu, u period od februara do aprila 2016. godine u vrtićima raspoređenim na području opštine Voždovac.

UZORAK

Ciljanu populaciju činila su deca uzrasta od šest i po do sedam godina upisana u pripremni predškolski program, u koviru predškolske ustanove “Čika Jova Zmaj”.Ispitivanjem je obuhvaćeno 427 dece, od tog broja 228 dečaka i 199 devojčica.

INSTRUMENT ISTRAŽIVANJA

Instrument korišćen za ispitivanje artikulacije dece na predškolskom uzrastu je Globalni artikulacioni test (Đ. Kostić, S. Vladisavljević). Ispitivanjem artikulacije dece ovim testom dobija se detaljna analiza glasova, kako patoloških tako i onih koji zadovoljavaju kriterijume korektnog izgovora.

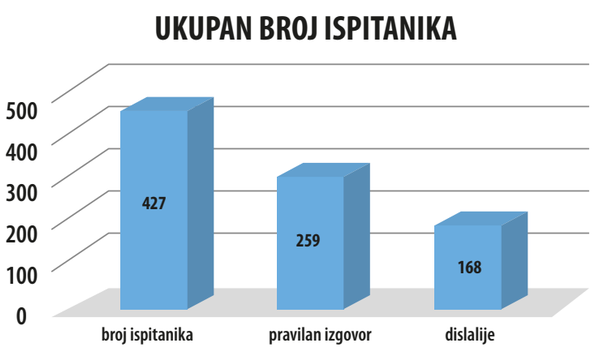
Svakom detetu je individualno pristupljeno uz davanje jasnih instrukcija o načinima saradnje i davanja odgovora u toku ispitivanja. Rezultati su beleženi za svako dete posebno nakon čega se pristupilo analizi dobijenih rezultata.

REZULTATI

Ispitivanjem 427-oro dece predškolskog uzrasta u Predškolskoj ustanovi „ Čika Jova Zmaj“ u Beogradu sa ciljem utvrđivanja poremećaja artikulacije dobijeni su sledeći rezultati:

U odnosu na ukupan broj ispitanika dece predškolskog uzrasta, prikazana je učestalost dislalija i pravilnog izgovora (Grafikon 1). Prikazali smo 427 deteta predškolskog uzrasta (šest ipo do

Grafikon1: Učestalost pravilan izgovor i dislalije kod ukupnog broja ispitanika



sedam godina). Kod 259 (60,65%) deteta registrovan je pravilan izgovor, dok je kod 168 (39,34%) deteta prisutna jasna dislalija, što pokazuje da više od 1/3 dece ove populacione grupe ima poremećaj govora tipa dislalije.

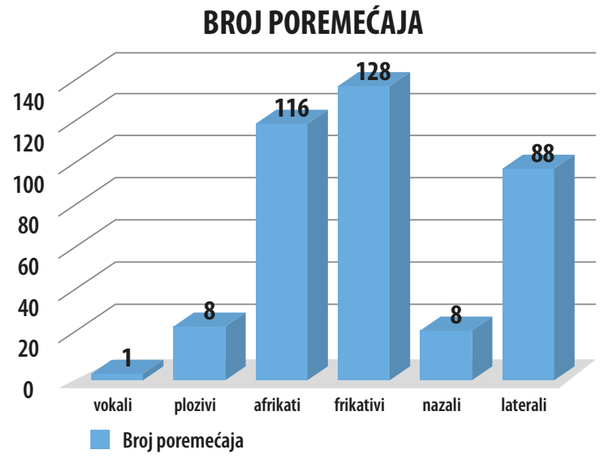
U ispitivanoj grupi od 228 dečaka, 129 dečaka (56,57%) ima pravilan izgovor, dok 99 (43,42%) ima dislaliju. U prikazanoj grupi predškolskog uzrasta ima 199 (46,60%) devojčica kod kojih su testiranjem dobijeni sledeći rezultati: 130 (65,32%) ima normalan izgovor, dok 69 (34,67%) ima manifestnu dislaliju. (Tabela 1).

Tabela 1:Distribucija pravilnog izgovora i dislalija

Ukupan broj dečaka	Uzrast	Pravilan izgovor		Dislalije	
		broj	%	broj	%
228	6,5-7 god.	129	56,57 %	99	43,42 %
Ukupan broj devojčica	Uzrast	Pravilan izgovor		Dislalije	
		broj	%	broj	%
199	6,5-7 god.	130	65,32 %	69	34,67 %

U ispitivanoj populacionoj grupi predškolskog uzrasta (Grafikon 2) dominirali su sledeći glasovni poremećaji: iz grupe

Grafikon 2:Zastupljenost glasovnih poremećaja u ispitivanoj populaciji



glasova frikativa 128 (29,97%), afrikata 116 (27,16%),laterala 88 (20,6), poremećaji glasovnih grupa ploziva, nazala imali su podjednaku učestanost 8 (1,87%), dok je kod jedne devojčice registrovan poremećaj u izgovoru vokala (0,23%)

U ispitivanoj populacionoj grupi dečaka predškolskog uzrasta dominirali su sledeći glasovni poremećaji: iz grupe glasova frikativa 73 (32,01%), afrikata 61 (26,75%), laterali 53 (23,24), poremećaji glasovnih grupa ploziva, nazala imali su podjednaku učestanost 5 (2,19%).

Tabela 2:Distribucija poremećaja izgovora pojedinih glasova u odnosu na ukupan broj ispitanika

	BROJ	%
I	1	0,23 %
E		
A		
O		
U		
P		
B		
T		
D		
K	7	1,63 %
G	7	1,63 %
C	82	19,2 %
Ć	36	8,43 %
Đ	31	7,25%
Č	95	22,24 %
DŽ	85	19,9 %
F		
V		
S	85	19,9 %
Z	83	19,43 %
Š	87	20,37 %
Ž	85	19,9 %
H		
J		
R	52	12,17 %
M		
N	8	1,87 %
NJ	8	1,87 %
L	88	20,6 %
LJ	42	9,83 %

U ispitivanoj populacionoj grupi devojčica predškolskog uzrasta dominirali su sledeći glasovni poremećaji: iz grupe glasova frikativa i afrikata 55 (27,63%), laterala 35 (17,59), poremećaji glasovnih grupa ploziva i nazala imali su podjednaku učestanost 3 (1,5%), dok je kod jedne devojčice registrovan poremećaj izgovora vokala (0,5%).

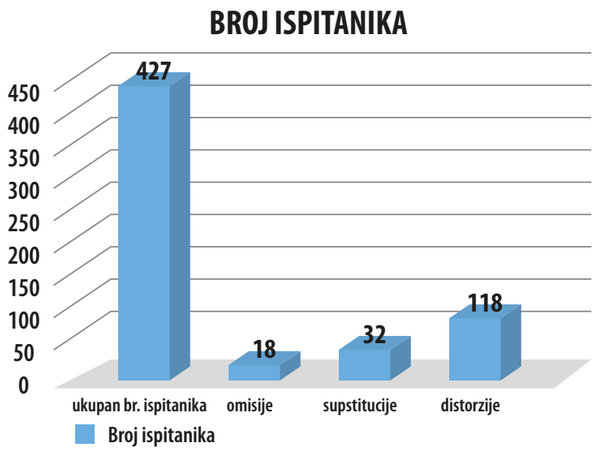
U ukupnoj populaciji predškolskog uzrasta (Tabela 2), navedeni su ispadi u izgovoru svakog glasa pojedinačno. Dominirao je poremećaj izgovora glasa Č- 95 (22,24%), potom glasa L – 88 (20,6%), Š – 87 (20,37%), Ž, S i DŽ – 85 (19,9%), Z – 83 (19,43%), C – 82 (19,2%), R – 52 (12,17%), LJ - 42 (9,83%), Ć – 36 (8,43%),Đ – 31 (7,25%), N i NJ – 8 (1,87%), K i G – 7 (1,63%) i I – 1 (0,23%).

U ukupnoj populaciji dečaka predškolskog uzrasta dominirao je poremećaj izgovora glasa L – 61 (26,75%), Č- 57 (25%), potom glasova Š i Ž – 56 (24,56%), C – 51 (22,36%), S i Z – 54 (23,68%), R – 37 (16,22%), Ć – 23 (10,08%), Đ – 19 (8,33%), N, NJ, G, K – 5 (2,19%).

U ukupnoj populaciji devojčica predškolskog uzrasta dominirao je poremećaj izgovora glasa Č – 38 (19,09%), Š, S i C – 31 (15,57%), Ž i Z – 29 (14,57%), L – 27 (13,56%), R -15 (7,53%), Ć – 13 (6,53%), LJ i Đ – 12 (6,03%), N i NJ – 3 (1,5%), K i G – 2 (1%) i I – 1(0,5%).

U grupi dece predškolskog uzrasta registrovani su sledeći tipovi artikulacionih odstupanja (Grafikon 3). Dominirao je artikulacioni poremećaj tipa distorzije 118 (27,63%), slede supstitucija 32 (7,49%) i omisija 18 (4,21%).

Grafikon 3: Zastupljenost artikulacionih poremećaja kod ukupnog broja ispitanika



U grupi dečaka predškolskog uzrasta dominirao je artikulacioni poremećaj tipa distorzije 67 (29,38%), slede supstitucija 19 (8,33%) i omisija 10 (4,38%).

U grupi devojčica predškolskog uzrasta dominirao je artikulacioni poremećaj tipa distorzije 51 (25,62%), slede supstitucija 13 (6,53%) i omisija 8 (4,02%).

U identifikovanoj grupi dislalija (168), analizirana je pojedinačna učestanost 4 kategorije: sigmatizam, rotacizam, lambdacizam i ostali (tabela 3). Sigmatizam je identifikovan kod 70,23% (118) deteta predškolskog uzrasta, rotacizam u 6,54% (11) , lambdacizam u 18,45% (31), a ostali slučajevi dislalije u 4,76% slučajeva (8). 99 dečaka (58,93%) sa dislalijom su u oko 2/3 slučajeva 60,6%(60)imali sigmatizam, 9,09% (9) rotacizam, 25,25% (25) lambdacizam, a ostale poremećaje 5,05% (5).

69 devojčica (41,07%) sa dislalijom ima dominantno

sigmatizam, 84,05% (58), u 2,89% (2) rotacizam, u 8,69% (6) lambdicizam i u 4,34% (3) ostale oblike dislalija.

Tabela 3: Distribucija sigmatizma, rotacizma, lambdacizma i ostalih dislalija u odnosu na ukupan broj dislalija

	Ukupan broj dislalija	sigmatizam		rotacizam		lambdacizam		ostali	
		broj	%	broj	%	broj	%	broj	%
Ukupan broj	168	118	70,23	118	70,23	118	70,23	118	70,23
dečaci	99	60	60,6	60	60,6	60	60,6	60	60,6
devojčice	69	58	84,05	58	84,05	58	84,05	58	84,05

DISKUSIJA

Savremena nauka o jeziku deli jezičku delatnost na jezik i govor. Razlikovanje jezika i govora prvi je uveo Ferdinsnd De Sosir. U svojim lingvističkim predavanjima on je vršio podelu na jezik (langue) i govor (parole) unutar jezičke delatnosti (language). Gotovo cela savremena lingvistika zasniva se na ovoj podeli. Pod jezikom smatra se apstraktni sistem znakova koji poseduje neka specifična svojstva i koja se u ljudskim zajednicama upotebljavaju za interpersonalnu komunikaciju, dok je govor konkretna realizacija tog sistema tj. sama komunikacija.Govor se definiše kao jezik u akciji, kao realizacija verbalnog simboličkog sistema. Jezik i govor ne mogu se poistovećivati, zamenjivati i isključivati, jer su dijalektički međuuslovljeni delovi jedne jedinice.Govor je fiziološka funkcija i on varirajući i razvijajući se prema svakom pojedincu predstavlja jednu od viših funkcija nervnog sistema nerazdvojno vezana za proces mišljenja. Vigotski [11] ukazuje da se reč nikada ne odnosi na jedan poseban predmet, već na grupu i celu kategoriju predmta i svaka reč nosi skriveno uopšavanje poseban verbalni misaoni čin koji odražava stvarnost potpuno drugačije nego što je odražavaju neposredni oseti i opažaji. „Reč bez značenja nije reč. Tako izlazi da sporazumevanje nužno predstavlja uopštavanje i razvitak značenja reči, tj. razvitak sporazumevanja omogućuje uopštavanje" [11]. Proučavanje normalnog razvoja i toka usvajanja govora i jezika pomaže da razvojne fenomene vremenski lociramo, da upoznamo strukturu jezičkog razvoja u nastajanju i da na osnovu toga izgradimo teorijski i klinički pristup za rešavanje problema govorno jezičke patologije. Prema Pijažeu [12] razvoj uopšte, pa i govorno jezički, predstavlja neprekidno prelaženje iz stanja manje ravnoteže u stanje veće ravnoteže. Usvajanje jezika kod dece uključuje dve različite sposobnosti: sposobnost razumevanja govora drugih ljudi i sposobnost spontane proizvodnje govora. Razumevanje bi trebalo da prethodi govornoj produkciji što nije apsolutno pravilo jer su oba procesa blisko povezana i odvijaju se paralelno. Važna činjenica u procesu usvajanja govora je da dete ne ulazi u govor od pojedinačnog ka opštem, već obrnuto: od zapažanja opštih karakteristika ljudskog govora ka pojedinačnom, tj. od jezičke opštosti i rečenice do pojedinačnih glasova. Unazad četiri decenije značaj ovog problema je prepoznat i naglašeno je da oko 2/3 (66,6%), dece imaju artikulacioni poremećaj različitog opsega[13], Vuletić[14] kod 30% dece detektuje poremećaj artikulacije. Pojava artikulacionih poremećaja u ranom dečijem dobu, ukoliko se zanemari, može uzrokovati fiksiranost i ustaljene koje može biti refrakterno na zakasneli logopedski tretman. Pravilan izgovor od strane članova uže porodice kao i sestara vaspitača u jaslicama i vrtiću je glavna preventivna mera. Sistematsko praćenje razvoja artikulacije treba započeti stručnim nadzorom od strane logopeda od jaslenog uzrasta i preventivnim radom razvojnih savetovališta [15].

Realnost da su artikulacioni poremećaji najučestaliji govorni poremećaji, nameće potrebu za sistematskim praćenjem razvoja artikulacije još na najranijem uzrastu. Na predškolskom uzrastu ima oko 30% dece sa poremećajima artikulacije [14]. Prema istraživanju Marković, Brakus [16], konstatovano je 26 % dece sa artikulacionim odstupanjima na uzorku od 1444 dece starosti od šest do sedam godina. Prvi korak ka prevenciji govornih poremećaja je timski rad koji se sprovodi u okviru primarne zdravstvene zaštite. Obuhvat dece predškolskim vaspitanjem i obrazovanjem je nedovoljan, ali ipak značajan broj dece je upisan u predškolsku ustanovu tako da je sprovođenje sistematskog praćenja razvoja govora i sprovođenje preventivnih aktivnosti za podsticanje govorno-jezičkog razvoja primarni korak za postizanje važnog cilja - smanjenje broja dece sa govorno-jezičkim odstupanjima. Takođe veliki značaj ima i savetodavni rad sa roditeljima za podsticanje razvoja govora tikom ranog razvoja takođe i tokom tretmana odstupanja.

Kada je u pitanju pol, istraživanja[17] pokazuju da je 31,7% dečaka a devojčica 22,2 % sa artikulacionim odstupanjima. Vasić[13] u svojim istraživanjima ukazuje da nema značajnih razlika između dečaka i devojčica. Hatibović i saradnici [18] došli su do zaključka u svojim istraživanjima da ipak postoji statistički značajna razlika između dečaka i devojčica. Dobrota i saradnici[19] su na uzrastu od četiri do pet godina dobili da 14 % dece ima dobru artikulaciju, na uzrastu od pet do šest godina 24 % dece, dok na uzrastu od šest do sedam godina 39 % dece ima dobru artikulaciju.

Na osnovu našeg istraživanja - Model očekivang govornog poremećaja kod dece predškolskog uzrasta zavisno od pola bio bi sledeći:

U populaciji dečaka predškolskog uzrasta registrovaće se govorni poremećaj u 53%. Glasovni poremećaji frikativa, afrikata i laterala biće zastupljeni u preko 80%, sa predominacijom iz grupe frikativa. Dominiraju poremećaj izgovora grupe glasova: L, Č, Š, Ž, S i Z, sa prisutnom distorzijom u preko jedne trećine dečaka.
U populaciji devojčica predškolskog uzrasta govorni poremećaji su zastupljeni 46%. Dominiraju glasovni poremećaji frikativa i afrikata. Izdvaja se poremećaj izgovora glasova: Č, Š, S, C, Z i L, sa predominacijom distorzije.

Pravilno izgovaranje glasova počinje u ranom razvojnom periodu. Prva vokalizacija novorođenčeta je krik, iz koga se razvija plač. Prvi glasovi koje dete proizvodi nastaju bez ikakvog predhodnog učenja. U prvim nedeljama života beba može da proizvede veći broj glasova nego što postoji u maternjem jeziku (oko 120 glasova na uzrastu dva do tri meseca). Vokalizacija je svojevrsna kod beba, daleko je od pravilnog izgovora ali dobija sličnost sa podsticajnim glasovima sredine tj. maternjeg jezika, što znači da bi dete izgovaralo pravilno glasove maternjeg jezika treba da ih nauči u toku razvoja. Količina i kvalitet vokalizacije direktno utiču na kasniji razvoj artikulacije i govora.

Poremećaji artikulacije mogu biti različitog tipa i stepena oštećenja. U odnosu na tip poremećaja artikulacije razlikuju se funkcionalne i organske dislalije. Poremećaji koji nastaju kao posledica nepravilnog protoka vazdušne struje pri artikulaciji određenog glasa su funkcionalne dislalije Organske dislalije su artikulacioni poremećaji koji nastaju kao posledica povreda ili bolesti kranijalnih nerava koji učestvuju u procesu artikulacije takozvane centralne dislalije i periferne koje su nastale kao posledica patoloških stanja vilice, zuba, nepca i velofaringealnog mehanizma (ortodonske dislalije), i otogene duslalije u čijoj osnovi je oštećenje sluha[21].

Razvojne karakteristike glasova u direktnoj vezi su sa finom logomotorikom, fini pokreti orofacijalne regije prate izgovor određenog glasa i tokom razvoja se usavršavaju kako bi se najteži motorni obrasci što pre naučili . Standardi u razvoju pojedinih glasova kao vreme razvitka glasova kod dece, dozvoljavaju razvoj do polaska u školu [20].

ZAKLJUČAK

Predškolska ustanova uključuje svakodnevni kontakt vaspitača, dece i roditelja što predstavlja jedinstvenu priliku za ukazivanje na značaj pravilnog razvoja artikulacije. Pri tome, omogućava edukaciju roditelja za rano uočavanje odstupanja i kašnjenja u govoru, kao i podsticanje dece u okviru porodice. Koristi se kritični period za razvoj kada se na ranom uzrastu za kraće vreme postižu bolji rezultati i na polju preventivnog rada a i korekcije, jer je pravilno usvojena artikulacija osnova za dalji saznajni razvoj i za usvajanje funkcije čitanja i pisanja kroz školski period. Treba naglasiti meru ranog podsticanja i prepoznavanja odstupanja da bi sve akcije usmerene ka deci, roditeljima, vaspitačima i socijalnoj sredini bile uspešne. Na taj način, potencijalni problemi u socijalnoj integraciji i psihosocijalnom razvoju ove dece bi mogli biti prevaziđeni.

LITERATURA

1. *Bugarski, R, (1996) Lingvistika o čoveku. Čigoja, Beograd*
2. *Kostić, Đ., & Vladisavljević, S., (1995): Govor i jezik deteta u razvoju. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd*
3. *Carpenter M.B: Core Text of Neuroanatomy. Williams&Willkins, Baltimore, London, Sidney. 1991*
4. *Kwan, H.C., MacKay, W.A., Murphy, J.T., and Wong, Y.C., Spatial organization ofprecentral cortex in awake primates. II. Motor outputs, J. Neurophysiol., 41, 1120, 2006*
5. *Saif, A., Gordon, M., and Cheney, P.D., Consistent features in the forelimb representation of primary motor cortex in rhesus macaques, J. Neurosci.,21, 2784, 2001.*
6. *Schieber, M.H., Constraints on somatotopic organization in the primary motor cortex, J. Neurophysiol., 86, 2125, 2001.*
7. *Graziano, M.S., Taylor, C.S., and Moore, T., Complex movements evoked by microstimulation1978.Park, M.C., Belhajof precentral cortex, Neuron, 34, 841, 2002.*
8. *Penfield, W. and Boldrey, E., Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man as studied by electrical stimulation, Brain, 60, 389, 1937.*
9. *Mysak, E. D., (1976): Phatologies of Speech System. The Williams-Willkins Company, Baltimore*
10. *Punišić, Čabarkapa,(2001): Dinamika rezvija fonološke strukture srpskog jeziks. Međunarodna konferencija: Novija istraživanja slovenskih fonetika, Torun, Poljska*
11. *Vigotski, L.S., (1996): Problemi razvoja psihe. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva., Beograd*
12. *Pijaže, Ž., & Inhelder, B., (1986): Intelektualni razvoj deteta. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.*
13. *Vasić, S., (1971): Razvitak artikulacije kod dece na uzrastu od tri do devet godina. Naučna knjiga, Beograd*
14. *Vuletić, D., (1990): Test artikulacije, Fakultet za defektologiju, Sveučitilište u Zagrebu*
15. *Đoković, S., & Ostojić, S., (1999): Uticaj kritičnog perioda auditivne percepcije na usvojenost fonetsko-fonološkog nivoa kod dece oštećenog sluha. IEFPG – Internacionalni naučni skup Govor i jezik na pragu trećeg milenijuma, Beograd. Knjiga apstrakata*
16. *Marković, M., Golubović, S., & Brakus, R., (1996): Frekvencija artikulacionih poremećaja kod dece predškolskog uzrasta. Beogradska defektološka škola br.2, 65-75*
17. *Marković, M., Golubović, S., Brakus, R., (1997): Frekvencija artikulacionih poremećaja kod dece predškolskog uzrasta. Beogradska defektološka škola br. 1, 65-75*
18. *Hatibović Č., Salihović N., Redjepović L. (2001-2002) Poremećaji izgovora u djece. Defektologija 7:125-131*
19. *Dobrota – Davidović, N., (2006): Rani artikulaciono – fonološki poremećaji. Multidisciplinarni pristupi u specijalnoj edukaciji i rehabilitaciji. Zbornik radova i sažetaka, Međunarodna konferencija, Beograd 81-87*
20. *Vladisavljević S. (1982) Poremećaji izgovora, Beograd*
21. *Dobrota N. (2003) Poremećaji artikulacije, Zavod za psihofiziološke poremećaje i govornu patologiju, Beograd*
22. *Dobrota-Davidović N., Zec M., (2005) Značaj preventivnog rada u nastanku govornih poremećaja, X Simpozijum Domova zdravlja Srbije i Crne Gore sa međunarodnim učešćem Beograd, Abs. 342*

ZNANJA I STAVOVI STUDENATA STRUKOVNIH STUDIJA O ORALNOJ URGENTNOJ KONTRACEPCIJI

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF STUDENTS OF PROFESSIONAL STUDIES ON ORAL EMERGENCY CONTRACEPTION

Ljubica Pajić Nikolić[1], Milica Marjanović[2], Marijana Srećković[1], Slobodanka Bogdanović Vasić[1], Nataša Košarčić[3]
[1] Visoka medicinska i poslovno-tehnološka škola strukovnih studija u Šapcu, Srbija
[2] Specijalistička pedijatrijska ordinacija Mirjana Lukić pr, Novi Sad, Srbija
[3] Klinički centar Vojvodine, Klinika za gastoneterologiju i hepatologiju, Novi Sad, Srbija

APSTRAKT
UVOD: Urgentna kontracepcija podrazumeva metode kontracepcije koje se koriste radi prevencije začeća posle seksualnog odnosa. Studenti čine vulnerabilnu populaciju jer su oni skloniji rizičnom ponašanju vezanom za reproduktivno zdravlje. Adolescentska trudnoća utiče na zdravlje kako majke tako i deteta, a ima i negativan uticaj na socijalno i mentalno blagostanje adolescentkinja, što sve može da se prevenira primenom urgentne kontracepcije.
CILJ: Proceniti stavove i znanje o hitnoj oralnoj kontracepciji u studentskoj populaciji.
Metode: U studiji preseka je korišćen anonimni upitnik posebno konstruisan za ovo istraživanje, koji je sproveden među dve grupe studenata (studenti medicinskih i nemedicinskih nauka). Dobijeni podaci obrađeni su u programu SPSS 14 for Windows.
REZULTATI: U grupi studenata medicinskih nauka 12,4% ispitanika čulo je za termin ali nemaju dovoljno informacija o njemu, dok je 27,4% druge grupe dalo isti odgovor. Najčešće dati odgovori na pitanje u kojim slučajevima se koristi urgentna kontracepcija u obe grupe su nezaštićeni polni odnos, pucanje ili spadanje kondoma i u slučaju silovanja. Oko polovine ispitanika obe grupe ne zna koje su neželjena dejstva primene kontracepcije. Po 36% ispitanika iz obe grupe smatra da bi se njegov/a partner/ka složio/la da se koristi ovakav vid kontracepcije u slučaju nezaštićenog seksualnog odnosa.
ZAKLJUČAK: Rezultati da su studenti medicinskih nauka znali više o urgentnoj kontracepciji može biti to što kroz predmete imaju više predavanja u vezi reproduktivnog zdravlja. Ipak, pokazalo se da ispitanici obe grupe nemaju dovoljno znanja o ovoj tematici.
KLJUČNE REČI: hitna kontracepcija, studenti, neželjena trudnoća, reproduktivno zdravlje

ABSTRACT
INTRODUCTION: Emergency contraception is a method which is used to prevent unwanted pregnancy after unprotected sex. Students are vulnerable population because they are more prone to risk behavior related to reproductive health. Adolescent pregnancy affects health of both mother and child, and has a negative impact on social and mental well-being of adolescents, which can all be prevented by using of emergency contraception.
AIM: To assess the attitudes and knowledge of students with regard to emergency contraception.
Metods: In the cross-sectional study, an anonymous questionnaire was used among two groups of students (medical and non-medical science students). The data were analysed by program SPSS 14 for Windows.
RESULTS: In group of medical science students 12,4% of respondents heard of emergency contraception, but they do not have enought information about it, while 27,4% of the other group give the same answer. Most frequent answer to a question in which cases they should use it, in both group is unprotected sex, shooting or falling a condom, or rape. About half of the respondents of both group does not know which are the negative effects of emergency contraceptive. 36% of the respondents in both groups consider that his/her partner would agree to use this type of contraception in case of unprotected sex.
CONCLUSION: The results that medical science students know more about emergency contraception can be related to more lectures about reproductive health through education. However, it turned out that the respondents of both groups do not have enough knowledge on this topic.
KEY WORDS: emergency contraception, students, unwanted pregnancy, reproductive health

Korespondent:
Ljubica Pajić Nikolić
Visoka medicinska i poslovno-tehnološka škola strukovnih studija u Šapcu, Srbija
Kralja Petra I 19, 21433 Silbaš
Telefon: +38164 5343532
E-mail: pajic.ljubica88@gmail.com

UVOD

Urgentna kontracepcija podrazumeva metode kontracepcije koje se koriste radi prevencije začeća posle seksualnog odnosa [1]. Urgentna kontracepcija može da se koristi u slučaju neuspeha primenjene kontracepcije (spadanja ili pucanja kondoma, dislokacije intrauterinog uloška, neredovnog uzimanja tableta za redovnu kontracepciju), nekorišćenja nijedne kontraceptivne metode i u slučaju prisilnog seksualnog odnosa [2]. Moguće je koristiti ih do 5 dana nakon seksualnog odnosa, ali su efikasnijeg dejstva ukoliko se primene što pre nakon seksualnog odnosa. Metode koje se primenjuju su bakarni intrauterini uložak tzv. „spirala" i tablete hormonske urgentne kontracepcije [1].

U ovom istraživanju ograničili smo se samo na stavove i znanja o primeni oralne urgentne kontracepcije tzv. „tablete za dan posle". U Srbiji se na tržištu nalaze dva preparata: levonorgestrel i ulipristal acetat. Osnovni mehanizam delovanja urgentne oralne kontracepcije je inhibicija ovulacije. Pri tome, ako dođe do implementacije, ne povećava se mogućnost nastanka pobačaja [3]. Urgentne kontraceptivne metode koje sadrže levonorgestrel se nalaze na Listi esencijalnih lekova Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i široko je rasprostranjena primena iste kroz vodiče za planiranje porodice. Ipak, istraživanjem iz 2012. godine došlo se do rezultata da samo 33% socijalnih radnika preporučuje tj, nudi ovo kao metodu prevencije neželjene trudnoće [4].

Procenjuje se da se godišnje uradi 46 miliona abortusa, a da dođe maternalnog mortaliteta u 78000 slučajeva godišnje [5]. Prema podacima SZO u 2015. godini u Srbiji je bilo više od 16% adolescentkinja koje su imale porođaj od 15-19. godine; u Hrvatskoj 9%, u Crnoj Gori 11%, a u Bosni i Hercegovini u 2014. godini bilo je nešto više od 10%. Rumunija i Bugarska u Balkanskom regionu prednjače u odnosu na Srbiju, gde je taj procenat preko 30% [6]. Prema podacima Instituta za javno zdravlje Srbije u 2016. godini u Centralnoj Srbiji, izuzimajući glavni grad Srbije, Beograd, Mačvanski okrug je bio jedan od četiri vodeća okruga prema broju abortusa (456) [7].

Studenti čine vulnerabilnu populaciju jer su oni skloniji rizičnom ponašanju vezanom za reproduktivno zdravlje, uopšteno [8]. U periodu adolescencije interesovanje o seksualnosti raste i mladi ljudi počinju seksualni život bez adekvatnog znanja [9]. Adolescentska trudnoća utiče na zdravlje kako majke tako i deteta, a ima i negativan uticaj na socijalno i mentalno blagostanje adolescentkinja, što sve može da se prevenira primenom urgentne kontracepcije [10]. Guttmacher institut je procenio da je urgentna kontracepcija bila odgovorna za znatan udeo opadanja stope pobačaja i smatra se da laka pristupačnost nije praćena zloupotrebom i češćim korišćenjem [3, 11].

Studijom koja je obuhvatila 45 zemalja dobili su se rezultati da je znanje o hitnoj kontracepciji najveće u Latinskoj Americi, a slede je Evropa pa Zapadna Azija [4].

CILJ

Uzimajući u obzir važnost prevencije neželjenih trudnoća urgentnom kontracepcijom, cilj je proceniti stavove i znanje o hitnoj oralnoj kontracepciji u studentskoj populaciji Visoke medicinske i poslovno-tehnološke škole strukovnih studija u Šapcu.

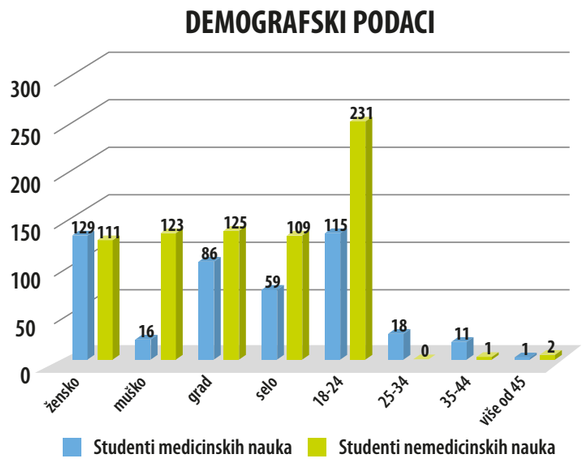
METODE

U studiji preseka je korišćen anonimni upitnik, konstruisan za ovu vrstu istraživanja, koji se sastoji iz tri grupe pitanja: opšti podaci, grupa pitanja vezana za stavove i grupa koja se tiče znanja studenata o hitnoj oralnoj kontracepciji. Pre sprovođenja istraživanja, dobijena je saglasnost ustanove (Škole) u kojoj je sprovedeno istraživanje, kao i anketiranih. Ispitanici su podeljeni u dve grupe. Prvu grupu su činili studenti medicinskih nauka (smerovi Zdravstvena nega i Farmacija), a drugu grupu studenti nemedicinskih nauka (smerovi Ekonomija, Zastita životne sredine, Gastronomija, Informacione tehnologije). Istraživanjem su obuhvaćeni studenti prve, druge i treće godine, oba pola, iz urbane i ruralne sredine. Dobijeni podaci obrađeni su deskriptivnom statistikom u programu SPSS 14 for Windows. Radi poređenja grupa korišćen je Hi kvadrat test. Za granični nivo značajnosti razlika smatrana je verovatnoća greške $p<0,05$.

REZULTATI SA DISKUSIJOM

U istraživanju je učestvovalo 379 ispitanika, od kojih je 240 (63,3%) bilo ženskog pola, a 139 (36,7%) muškog pola. U urbanoj (gradskoj) sredini živelo je 211 (55,7%) ispitanika, dok je u ruralnoj (seoskoj) sredini živelo 168 (44,3%) ispitanika. Najveći broj ispitanika imao je između 18 i 25 godina (346/91,3%). Demografski podaci o ispitivanim grupama prikazani su na grafikonu 1.

Grafikon 1 – Demografski podaci po grupama



Na pitanje da li im je poznat termin hitna kontracepcija tj. „tableta za dan posle" 125 (86,2%) ispitanika iz grupe medicinskih nauka dalo je potvrdni odgovor, dok je negativan odgovor dalo svega 2 (1,4%) ispitanika, 18 (12,4%) ispitanika čulo je za termin ali nemaju dovoljno informacija o njemu. U grupi nemedicinskih nauka 152 (65%) ispitanika tvrdi da im je poznat termin, dok njih 18 (7,7%) nemaju saznanja o njemu. 64 (27,4%) studenta ove grupe su čuli za termin ali nemaju dovoljno informacija o njemu. Poređenjem ove dve grupe dobijena je statistički značajna razlika u odgovorima ($\chi2$ 21,524 df 2, p=0,000). Studijom sprovedenom u Turskoj dobijeni su rezultati da je 43,9% studenata medicinskih nauka čulo za pojam urgentne kontracepcije i da postoji razlika između njih i studenata nemedicinskih nauka [9]. Istraživanjem sprovedenim na Prinston Univerzitetu, 95% studenata je čulo za pojam urgentne kontracepcije, međutim, samo 38% je znalo vreme korišćenja [2]. U studiji sprovedenoj u Etiopiji 12,5% studenata je čulo za pojam oralne urgentne kontracepcije [5]. Sličnom sludijom među studentima u Južnoj Africi zabeleženo je da je 49,8% studenata znalo šta znači pojam urgentne kontracepcije[12]. S druge strane, studijom sprovedenom među ženskom populacijom studenata na Midvestern univerzitetu u Sjedinjenim Američkim

Državama dokazano je da je preko 98% studentkinja znalo za mogućnost primene oralne urgentne kontracepcije [13]. Ipak, u niže razvijenim zemljama većina žena nije ni znala da ima kao opciju planiranja porodice, hitnu kontracepciju [4].

Najčešće dati odgovori na pitanje u kojim slučajevima se koristi urgentna kontracepcija u obe grupe su nezaštićeni polni odnos, pucanje ili spadanje kondoma i u slučaju silovanja. Ostali odgovori su bili zastupljeni u znatno manjoj meri, što je prikazano u tabeli 1. Većina studentkinja Midvestern univerziteta u Sjedinjenim Američkim Državama na prvo mesto stavlja silovanje kao razlog korišćenja urgentne kontracepcije, a zatim u slučaju pucanja kondoma [13].

Tabela 1 – Slučajevi u kojima se koristi urgentna kontracepcija

Odgovori/grupa	Studenti medicinskih nauka			Studenti nemedicinskih nauka		
	N	%	% slučajeva (ponuđeno je više odgovora)	N	%	% slučajeva (ponuđeno je više odgovora)
Nezaštićenog polnog odnosa	106	28,9%	73,1%	132	31,4%	57,1%
Pucanja ili spadanja kondoma	126	34,3%	86,9%	148	35,2%	64,1%
Neredovnog uzimanja antibebi pilule	25	6,8%	17,2%	14	3,3%	6,1%
Redovno nakon svakog polnog odnosa	3	0,8%	2,1%	7	1,7%	3,0%
U slučaju silovanja	72	19,6%	49,7%	67	16,0%	29,0%
Dislokacije spirale	32	8,7%	22,1%	8	1,9%	3,5%
Ne znam	3	0,8%	2,1%	44	10,5%	19,0%
Ukupno	367	100,0%		420	100,0%	

Na pitanje „Ko koristi urgentnu oralnu kontracepciju"(žene ili muškarci), najveći broj studenata je odgovorio tačno. Po dva studenta iz grupe medicinskih nauka smatra da ovaj vid kontracepcije koriste osobe oba pola, tj nisu znali odgovor. U drugoj grupi jedan ispitanik misli da to koriste osobe muškog pola, 9 da koriste oba pola, a 18 nije znalo. Utvrđena je statistički značajna razlika između datih odgovora. ($\chi2$ 10,087 df 3, p=0,018)

Ispitanici obe grupe prvi put su čuli za urgentnu kontracepciju u najvećem procentu u školi, putem Interneta, medija i od prijatelja, prikazano u tabeli 2. U etiopijskoj studiji blizu 9% studenata je za urgentnu kontracepciju čulo iz brošura, 38,6% putem televizije ili radija, 30,9% od zdravstvenih radnika, a 21,5% tokom studija kroz različita predavanja [5]. Slično istraživanje studenata medicinskih i nemedicinskih nauka u Indiji ima rezultate da je najveći broj studenata informisan o urgentnoj kontracepiji putem radija i tTV-a, a slede ga novine [14]. Drugačiji podaci su dobijeni u Južnoj Africi, gde je većina studenta dobila informacije o urgentnoj kontracepciji od svojih prijatelja [12]. Vasić i sar. ističe da je alarmantno da zdravstveni radnici imaju najmanji uticaj na mlade ljude u oblasti reproduktivnog zdravlja [15].

Tabela 2 – Izvor informisanja studenata

Odgovori/grupa	Studenti medicinskih nauka			Studenti nemedicinskih nauka		
	N	%	% slučajeva (ponuđeno je više odgovora)	N	%	% slučajeva (ponuđeno je više odgovora)
Ginekolog	12	4,7%	8,3%	14	4,4%	6,0%
Lekar	12	4,7%	8,3%	4	1,3%	1,7%
Farmaceut	4	1,6%	2,8%	9	2,8%	3,9%
Škola	52	20,4%	35,9%	42	13,1%	18%
Fakultet	10	3,9%	6,9%	8	2,5%	3,4%
Medije	40	15,7%	27,6%	50	15,6%	21,5%
Internet	44	17,3%	30,3%	71	22,2%	30,5%
Brošure	27	10,6%	18,6%	18	5,6%	7,7%
Roditelji	11	4,3%	7,6%	12	3,8%	5,2%
Prijatelji	42	16,5%	29,0%	84	26,3%	36,1%
Drugo	1	0,4%	0,7%	8	2,5%	3.4%
Ukupno	255	100,0%		320	100%	

Kupovinu tablete za dan posle većina ispitanika obe grupe bi obavila u apotekama. Znatno manji broj bi to uradio na drugim mestima, kao što su zdravstvene ustanove i super marketi. Iz grupe nemedicinskih studenata 31 ispitanik ne zna gde može da se kupi. Prema datihm odgovorima između grupa utvrđena je značajna statistička razlika ($\chi2$ 31,324 df 4, p=0,000).

U istoj grupi ispitanika, nešto više od trećine je znalo da tabletu za oralnu kontracepciju može da dobije u apoteci bez propisanog recepta [2]. U Niškoj studiji iz 2011. godine, o istom su studenti medicinskih nauka bili bolje informisani od ostalih studenata [8]. Slični rezultati su dobijeni studijom u Južnoj Africi [12].

U najvećem procentu, studenti obe ispitivane grupe smatraju da je najbolje vreme korišćenja urgentne oralne kontracepcije do 72h nakon seksualnog odnosa. Trećina studenata nemedicinskih nauka dala je odgovor da ne zna ko je najbolje vreme za primenu ovakvog vida kontracepcije. Isti odgovor dalo je 11 studenata prve grupe. Poređenjem datih odgovora ispitivanih grupa dobijena je statistički značajna razlika ($\chi2$ 34,9 df 5, p=0,000).

Prema istraživanju sprovedenom među studentima u Australiji, manje od polovine ispitanika je znalo da radi korišćenja urgentne kontracepcije ne mora da se čeka više od 12 časova od nezaštićenog seksualnog odnosa [2]. U etiopijskom istraživanju iz 2004. godine, 32,1% studenata je znalo u kom vremenskom opsegu je preporučljivo da se primenjuje oralna urgentna kontracepcija [5]. Blizu 30% studenata u Južnoj Africi je znalo tačan odgovor [12]. U studiji sprovedenoj u Bosni i Hercegovini nijedan ispitanik tj. student nije znao tačno vreme uzimanje oralne kontraceptivne tablete [10].

U tabeli 3 prikazani su odgovori na pitanje u vezi neželjenih dejstava primenjene urgentne kontracepcije. Oko polovine ispitanika obe grupe ne zna koje su neželjena dejstva primene kontracepcije.

Tabela 3 – Neželjena dejstva hitne kontracepcije

Odgovori/grupa	Studenti medicinskih nauka			Studenti nemedicinskih nauka		
	N	%	% slučajeva (ponuđeno je više odgovora)	N	%	% slučajeva (ponuđeno je više odgovora)
Glavobolja	17	9,1%	11,7%	25	8,7%	10,7%
Mučnina	21	11,2%	14,5%	41	14,2%	17,5%
Povraćanje	19	10,2%	13,1%	21	7,3%	9,0%
Osetljivost grudi	9	4,8%	6,2%	7	2,4%	3,0%
Krvarenje	13	7,0%	9,0%	25	8,7%	10,7%
Sve navedeno	41	21,9%	28,3%	35	12,2%	15,0%
Ništa	3	1,6%	2,1%	3	1,0%	1,3%
Ne znam	64	34,2%	44,1%	131	45,5%	56,0%
Ukupno	187	100,0%		288	100,0%	

Od ukupnog broja ispitanika nemedicinskih nauka 40% je znalo da tačan način delovanja pilule, dok je u grupi medicinskih nauka taj procenat iznosio 60%. Nije znalo odgovor na ovo pitanje

40% nemedicinskih ispitanika i 20% medicinskih. Poređenjem je dokazano postojanje statistički značajne razlike između grupa ($\chi2$ 22,392 df5, p=0,000).

Studijom koja je obuhvatila studente ženskog pola u Južnoj Africi, takođe, medicinskih i nemedicinskih nauka dobijeni su rezultati da je oko 35% studenata je istaklo kao neželjeni efekat primene, krvarenje [12].

Polovina ispitanika studije sprovedene među studentima prve godine zdravstvenih i nezdravstvenih nauka u Australiji je znala da tableta ne izaziva abortus i isti procenat ispitanika je znao da su glavobolja, mučnina i povraćanje nuspojave primene tablete za jutro posle. Ipak, trećina je znala da je neželjeno dejstvo i osetljivost grudi [2]. Studijom u SAD dobijeno je da je preko 70% studenata mislilo da je urgentna kontracepcija abortus [13]. Prema istraživanju Vasić i sar. najlošiji rezultati su bili upravo u vezi efikasnosti i poznavanja mehanizma dejstva urgentne kontracepcije [15]. Kod žena koje su koristile levonorgestrel više puta u toku jednog menstrualnog ciklusa nisu zabeležena nikakva ozbiljna neželjena dejstva. Jedino, ako se koristi više od jednog puta tokom menstrualnog ciklusa postoji šansa da će se menstrualni ciklus poremetiti. Na uputstvu za neke preparate ulipristal acetata stoji preporuka da se ne koristi više puta tokom istog menstrualnog ciklusa. Možda je i to razlog zbog čega ga neke osobe smatraju sredstvom koje nije poželjno [3].

SZO smatra da je veća prednost od korišćenja urgentne kontracepcije od rizika. Urgentnu oralnu kontracepciju je pr eporučljivo koristiti samo u hitnim slučajevima jer ne sprečava trudnoću jednako dobro kao druge mere kontracepcije [3].

Dve trećine ispitanika druge grupe ne zna koji je najplodniji period menstrualnog ciklusa. Sa druge strane iako je većina ispitanika u grupi medicinskih nauka ženskog pola samo 60% je zaokružilo tačan odgovor. Poređenjem grupa prema datim odgovorima, potvrđeno je postojanje statističke značajne razlike ($\chi2$ 44,77 df 5, p=0,000). U australijskom istraživanju samo 40% studenata je znalo koji je najplodniji period menstrualnog ciklusa kod žene [2]. Većina ispitanika obe grupe (83% / 61%) smatra da je neophodno konsultovati se sa ginekologom pre primene hitne kontracepcije pri čemu je dokazana statistički značajna razlika ($\chi2$ 26,223 df 2, p=0,000). Iako ovo nije nezadovoljavajući rezultat, smatra se da bi svest pojedinaca, pogotovo grupe mladih osoba i društva uopšte, u vezi zaštite reproduktivnog zdravlja, trebalo podići na viši nivo i posmatrati ovaj aspekt zdravlja kao etapu planiranja porodice.

Poražavajuća je činjenica da samo 30% ispitanika grupe medicinskih nauka, kao i 20% ispitanika druge grupe, smatra da primena urgentne kontracepcije ne vodi ka težem začeću u budućnosti. Nije dokazano postojanje statistički značajne razlike u odgovorima ispitivanih grupa ($\chi2$ 5,518 df 3, p=0,138).

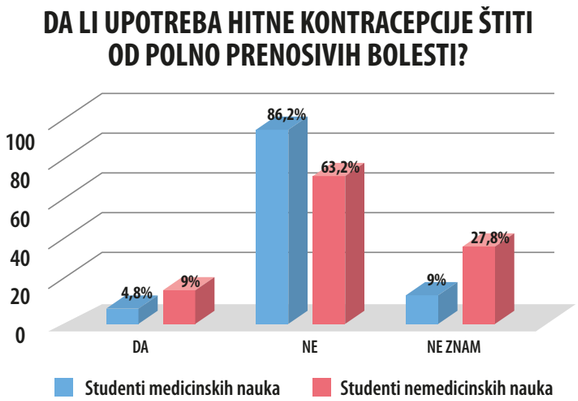
U Nišu čak četvrtina studenata smatra da primena urgentne kontracepcije utiče na reproduktivno zdravlje i mogućnost začeća, negativno [8]. U Južnoj Africi je više od trećine ispitanika stava da primena urgentne kontracepcije dovodi do steriliteta [12].

Kao i ostale hormonske kontraceptivne metode, ni urgentna kontracepcija ne štiti od polno prenosivih bolesti [4]. Trećina studenata u Nišu je znala da urgentna kontracepcija ne štiti od polno prenosivih bolesti [8]. Našim istraživanjem došlo se do sličnih rezultata što se vidi u grafikonu 2. Poređenjem grupa dobijena je statistička značajna razlika. ($\chi2$ 24,030 df 2, p=0,000).

Po dve trećine studenata obe ispitivane grupe ne bi preporučilo urgentnu kontracepciju kao vid redovne kontracepcije, što je u suprotnosti sa rezultatima u Južnoj Africi sprovedenom medju studentima ženskog pola, gde bi više od 60% studenata preporučili ovaj vid kontacepcije u slučaju nezaštićenog seksualnog odnosa, silovanja ili neuspeha primenjene kontracepcije [12].

Po 36% ispitanika iz obe grupe smatra da bi se njegov/a partner/ka složio/la da se koristi ovakav vid kontracepcije u slučaju nezaštićenog seksualnog odnosa.

Grafikon 2 – Da li upotreba hitne kontracepcije štiti od polno prenosivih bolesti?



U studiji sprovedenoj pri Univerzitetu u Novom Sadu, veći broj studenata Medicinskog fakulteta je koristio urgentnu kontracepciju u odnosu na studente Fakulteta tehničkih nauka [16]. U etiopijskoj studiji više od 30% studenata bi koristilo ili preporučilo ovaj vid kontracepcije u slučaju da imaju potrebu [17]. Dve godine kasnije sličnom studijom taj rezultat je bio udvostručen, od ukupnog broja studenata etiopisjke studije, koji su čuli za pojam oralne urgentne kontracepcije 63% studenata ima pozitivan stav o tome da li bi je koristio [5]. I u Nišu je procenat sličan; (50%) studenata bi koristilo ili preporučilo korišćenje ovakvog vida kontracepcije [8)]. U SAD studijom 17 procenata studenata se izjasnilo da ne bi koristilo urgentnu kontracepciju ni u kom slučaju [13].

ZAKLJUČAK

Rezultati da su studenti medicinskih nauka znali više o urgentnoj kontracepciji može se tumačiti iz činjenice, da su ovi studenti kroz medicinske predmete iamli više predavanja u vezi reproduktivnog zdravlja. Ipak, pokazalo se da ispitanici obe grupe nemaju dovoljno znanja o ovoj tematici. Neophodna je edukacija mladih oba pola u što ranijem uzrastu. Kao preporuka radi podizanja nivoa svesti o ovoj temi mogli bi se kreirati Internet sajtovi i predavanja o reproduktivnom zdravlju pri obrazovnim institucijama, kojima bi mladi imali lakši pristup, i pouzdane informacije, te posmatrali ovaj aspekt zdravlja kao sastavni deo planiranja porodice i budućnosti.

LITERATURA

1. World Health Organization.Emergency contraception. Dostupno na:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/; pristupljeno 30.10.2018.
2. Calabretto H. Emergency contraception-knowledge and attitudes in a group of Australian university students. Aust N Z Public Health. 2009; 33:234-9.
3. Goločorbi-Kon S, Kučević B, Lalić-Popović M, Pavlović N, Perišić Jeremić N, Perišić M, et all. Advantages and disadvantages of emergency postcoital contraception. Med J (Krag) 2016; 50(2): 63-71.
4. Westley E, Kapp N, Palermo T, Bleck J. A review of global access to emergency contraception. Int J Gynecol Obstet 2013; http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.04.019.
5. Nibabe WT, Mgutshini T. Emergency contraception amongst female collage students – knowledge, attitude and practice. J Prm Health Care Fam Med. 2014; 6(1).
6. World Health Organization. Maternal and reproductive health. Dostupno na: http://apps.who.int/gho/data/node.main. REPADO39?lang=en; pristupljeno 18.09.2018.
7. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut". Health statistical yearbook of Republic of Serbia 2016. Dostupno na: http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub201620180419.pdf;pristupljeno 18.09.2018.
8. Veljković M, Radulović O, Veličković D. The knowledge of the Niš University students about emergency contraception. Acta Medica Medianae 2014; 53(1): 15-8.
9. Soylemez F, Gunes G. Knowledge, attitude and practices of health school students in Bitlis Eren University about the emergency contraception and the associated factors. Medicine Science 2018; doi: 10.5455/medscience.2018.07.8835.
10. Selak S, Jurić V, Hren D, Jurić M. What Do Young People from Mostar, Bosnia and Herzegovina Know about Contraception and Sexual Health?. Croat Med J 2004; 45: 44-9.
11. Veljković M, Popović J, Pantić D. Hitna kontracepcija. Acta Medica Medianae 2007; 46(3): 41-4.
12. Hoque ME, Ghuman S. Knowledge, Practices, and Attitudes of Emergency Contraception among Female University Students in KwaZulu-Natal, South Africa. PloS ONE 2012; 7(9): https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046346.
13. Lehan Mackin M, Clark MK, McCarty AM, Farris K. Knowledge and Use of Emergency Contraception in College Women. West J Nurs Res. 2015 April; 37(4): 462-80.
14. Shelat PR, Hihoriya NH, Kumbar S. Knowledge and attitude towards tthe use od emergency contraceptive pills among college students. Int J Basic Clin Pharmacol. 2002 Oct; 1(2): 77-84.
15. Vasić B, Đuričić D. The role of pharmacists and other health professionals in promotion of reproductive health of young people. Macedonian pharmaceutical bulletin. 2016; 62 (suppl): 67-8.
16. Mijatović V, Samojlik I, Petković S, Horvat O, Tomić Z, Sabo A. Hormonal contraception-habits and awarness female students of the University of Novi Sad, Vojvodina, Serbia. Med Pregl 2014; LXVII (9-10): 290-6.
17. Ahmed FA, Moussa KM, Petterson KO, Asamoah BO. Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception; a cross- sectional study among Ethiopian undergraduate female students. BMC Public Health 2012; 12:110. doi:10.1186/1471-2458-12-110.

SPECIFIČNOSTI U RADU MEDICINSKE SESTRE NA STEREOTAKSIČNOJ RADIOHIRURGIJI – GAMA NOŽU

THE SPECIFICS IN THE WORK OF A NURSE ON STEREOTACTIC RADIOSURGERY - GAMMA KNIFE

Momčilo Novaković[1], Svetlana Stojanović[2], Darijan Albert[3], Biljana Vujadinović[4]
[1,2,3]Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu [4]Klinički centar Srbije, Odeljenje stereotaksične radiohirurgije – gama nož

APSTRAKT

Gama nož stereotaksična radiohirurgija je danas prihvaćena kao moćno sredstvo i zlatni standard u neurohirurškom lečenju metastatskih promena na mozgu i određenih benignih oboljenja mozga.
Koncept je 1951. godine razvio švedski neurohirurg Lars Leksell, čija je ideja navigacije unutar trodimenzionalnog polja bila osnova za nastanak gama noža 1968. godine.
Ovaj neinvazivni tretman koristi stereotaksični okvir na glavi kao spoljnu referencu i omogućava neurohirurzima da leče lezije unutar mozga bez otvaranja lobanje.
Uređaj emituje od 192 – 201 pojedinačni snop gama zraka nastalih raspadom radioaktivnog kobalata (Co60), koji su fokusirani i veoma precizno usmereni ka meti definisanoj sa tri koordinate, uništavajući je uz maksimalnu poštedu okolnog zdravog tkiva (2,3,4).
Postojeće indikacije za gama nož su brojne, a metoda je jednostavna i precizna za izvođenje.
Uloga medicinske sestre u radiohirurgiji je relativno nezavisna i stoga zahteva stalno i aktivno planiranje. Ona je često prvi kontakt za pacijenta i ostaje pored njega od predtretmana, kroz intervenciju i tokom svake naredne posete.
Nažalost, vrlo je malo prilika za obuku ili orijentaciju koji upoznaju medicinske sestre sa protokolom u radiohirurgiji (3,10).
Primena gama noža u Srbiji počela je 2. Novembra 2015. godine kada je pušten u rad uređaj Elekta Leksell Gamma Knife Perfection sa 192 izvora i do danas je urađeno preko 2500 intervencija.
KLJUČNE REČI: stereotaksična radiohirurgija, gama nož, neurohirurška medicinska sestra, protokoli

ABSTRACT

Nowadays, gamma knife stereotactic radiosurgery is perceived as a powerful tool and golden standard in neuro-surgery used to treat brain metastases and some specific benign brain diseases.
The concept was developed in 1951 by a Swedish neurosurgeon Lars Leksell, whose idea of navigation inside a three-dimensional field was the base for the gamma knife creation in 1968.
This non-invasive treatment uses stereotactic frame on the skull as the outside reference and enables neurosurgeon to treat brain lesions without opening the skull.
The device emanates from 192 – 201 individual beam of gamma ray arising from the radioactive decay of cobalt (Co60). They are focused and very precisely pointed at a target, defined with three parameters, destroying it and avoiding damaging surrounding healthy tissue (2,3,4).
Existing indications for gamma knife are numerous, and the method is simple and precise.
The role of a nurse in the radiosurgery is relatively independent and thus requires constant and active planning. She is usually the first contact with the patient and stays next to him from the pre-treatment, through the intervention and during next visits.
Unfortunately, there are not many opportunities for the nurses with the protocol in radiosurgery to find proper training or education (3,10).
Gamma knife was started to be used in Serbia from 2 November 2015 when the device Elekta Leksell Gamma Knife Perfection with 192 sources was installed and up to now, over 2500 interventions were accomplished.
KEY WORDS: stereotactic radiosurgery, gamma knife, neurosurgical nurse, protocols

RAZVOJ STEREOTAKSIČNE RADIOHIRURGIJE U SVETU, INDIKACIJE I POČETAK PRIMENE U SRBIJI

Najčećšće indikacije za primenu gama noža danas su arteriovenske malformacije krvnih sudova mozga, kavernomi, benigni tumori mozga (akustični švanom, meningeomi i tumori hipofize), maligni primarni tumori mozga (astrocitom, glioblastom multiforme), metastatski tumori, poremećaji kretanja (esencijalni tremor, Parkinsonova bolest), epilepsije i trigeminalna neuralgija (3,6).

Iako je trenutno prihvaćena kao prva linija tretmana za mnoge od ovih bolesti, radiohirurgija gama nožem je još uvek ograničena na lezije koje su manje od 3 cm u najvećem prečniku i koje ne proizvode efekat kompresije na susedna tkiva (3).

Za sve ostale promene neurohirurška resekcija je bolji izbor, jer bi radiohirurško smanjenje veličine lezije bilo predugo i na kraju neefikasno.

Korespondent:
Korespondent: Spec. dr med. Momčilo Novaković
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu
Email: moma_novakovic@yahoo.co.uk
M.tel: +381 60 730 3004

Kompleksnost anatomske i fiziološke strukture mozga uvek je predstavljala izazov za neurohirurge. Određena područja mozga koja se nazivaju "elokventna" (npr. jezička područja, levi frontalni režanj, moždano deblo, okcipitalni korteks) ugrožena su ozbiljnom pretnjom stalnim neurološkim deficitima kada im se pristupa konvencionalnom operacijom. Ovakva složenost čini mnoge lezije mozga u ovim oblastima apsolutno ili relativno neoperabilnim. Postoji i mogućnost da maligni tumori mozga ne reaguju na hemioterapiju (3).

Svi navedeni razlozi doprineli su da zračna terapija bude jedina dostupna alternativa. Tako je tokom većeg dela druge polovine 20. veka, ozračivanje čitavog mozga frakcionisanim spoljnim x-zracima (poznato kao radioterapija celog mozga) bilo standardni tretman za pacijente sa cerebralnim malignomima. Metod se pokazao manje efikasan, uz mnogo negativnih posledica. Isto tako konvencionalna radioterapija se ne može koristiti za lečenje benignih bolesti mozga kao što su arteriovenske malformacije AVM i benigni tumori, jer su rizici od zračenja veoma visoki u odnosu na potencijalnu dobit (1,3,11).

Veoma fokusirana priroda stereotaksične radiohirurgije smanjila je problem ozračivanja zdravog moždanog tkiva pri lečenju patoloških lezija, te svela rizike od radijacione štete povezane sa ranijim metodama lečenja na minimum.

Na ovaj način su mnoge bolesti, neurohirurški nepristupačne za trerapiju, dospele u fokus radiohirurških tretmana.

Primena gama noža u Srbiji počela je 2. Novembra 2015. godine kada je pušten u rad uređaj Elekta Leksell Gamma Knife Perfection sa 192 izvora i do danas je urađeno preko 2500 intervencija u Kliničkom centru Srbije na odeljenju stereotaksične radiohirurgije – gamu nožu.

PRINCIP RADA GAMA NOŽA

Kobalt-60 (Co60) je radioaktivni izotop koji se proizvodi postavljanjem prirodnog elementa kobalta-59 (Co59) u nuklearni reaktor (12). Tokom apsorpcije jednog termalnog neutrona, Co59 postaje Co60 (T/2=5,5 godina), gde se pri radioaktivnom raspadu Co60 emituju: elektron e- i 2 γ zraka. Specifična konstrukcija gama noža omogućava fokusiranje nastalih gama zraka i isporučivanje visoke doze jonizujućeg zračenja do mete (tumorsko tkivo), dok istovremeno minimizuje dozu na okolno zdravo tkivo (7,8).

Zračna terapija u potpunosti uništava ili smanjuje zapreminu tumora prekidanjem hemijskih veza između baznih parova DNK oštećujući reproduktivnu sposobnost ćelija. Kod arteriovenskih malformacija (AVM) nastaju povrede vaskularnog endotela za koje se veruje da izazivaju proliferaciju glatkih mišićnih ćelija i ekstracelularnog kolagena, što dovodi do progresivne stenoze i obliteracije. Nadalje, postizanjem tromboze AVM, odsustvo protoka krvi kroz samu leziju eliminisaće i rizik od krvarenja (8).

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U RADIOHIRURGIJI

Uloga medicinske sestre u radiohirurgiji je relativno nezavisna i često vrlo specifična, što zahteva neprestano korišćenje medicinskih veština i dobru sposobnost organizacije rada.

Nažalost, vrlo je malo prilika za obuku ili orijentaciju koji upoznaju medicinske sestre sa protokolom u radiohirurškim tretmanima i one se često samostalno edukuju i prinuđene su da definišu svoju ulogu unutar odeljenja. Upravo je medicinska sestra najčešće prvi kontakt za bolesnika i ostaje pored njega od vremena predtretmana, kroz intervenciju i tokom svake naredne posete (3).

Obzirom da se često radi o onkološkim bolesnicima vrlo je izražena potreba za psihosocijalnom podrškom koja uključuje odgovore na pitanja vezana za sam tretman i sprovođenje kasnije antiedematozne terapije. Ne izostaju ni pitanja o bolnosti same procedure ili mogućnosti konačnog izlečenja od bolesti, tako da medicinske sestre ostaju aktivno uključene u sve aspekte brige o bolesnicima (5,6).

Iako se indikacija za RT tretman na gama nožu postavlja na neurohirurškom konzilijumu, specifičnost u radu medicinske sestre ogleda se i u postojanju slobode u odlučivanju i proceni opšteg stanja bolesnika i svih relevantnih parametara iz medicinske dokumentacije tokom pripremne faze.

Naime, ukoliko bi došlo do promena u psihofizičkim statusu ili narušavanja neurološkog nalaza u smislu smanjenja komunikacije i saradnje sa bolesnikom, medicinska sestra je ta koja donosi odluku o odustajanju od tretmana.

Od toga zavise i sve dalje aktivnosti usmerene na pripremu celokupne medicinske dokumentacije pre prijema, praćenje psihofizičkog stanja bolesnika od prijema na odeljenje, preko same procedure na gama nožu, pa sve do otpusta.

U delokrug poslovnih aktivnosti medicinske sestre u našoj ustanovi spadaju i kontakti sa fondovima za plaćanje usluga za bolesnike van zdravstvenog osiguranja republike Srbije, kao i saveti o prikupljanju dodatne dokumentacije za njih, uz neprestano praćenje opšteg stanja bolesnika preko parametara iz medicinske dokumentacije koju su dužni da dopunjuju svežim laboratorijskim analizama.

SAVETOVANJE BOLESNIKA PRE TRETMANA

Pre samog tretmana, neurohirurški konzilijum procenjuje sve relevantne podatke koji su prikupljeni za bolesnika na fizičkom pregledu, preko laboratorijskih analiza do rezultata dijagnostičkih procedura (MR, KT, angiografski pregled). Po postavljanju indikacije za radiohirurški tretman na gama nožu, medicinska sestra kontaktira bolesnika i dogovara termin za savetovanje pre tretmana. Obično je to nekoliko dana pre dolaska u dnevnu bolnicu.

Tokom ovog savetovanja, bolesniku i porodici se postepeno objašnjavaju osnovni principi rada gama noža kao i faze postupka te daje vremenski okviru za celu proceduru. Zbog toga je neophodno da medicinska sestra dobro poznaje neuroanatomiju kao i principe stereotaksične radiohirurgije (3). Ovo detaljno opisivanje i objašnjavanje je usmereno ka smanjenjenju straha od nepoznatog ili anksioznosti koje bolesnik može da ima u vezi sa procedurom.

Potrebno je precizno preneti uputstva vezana za dijetetski režim (hrana i voda se ne uzimaju posle ponoći, dan pred tretman, izuzev nekoliko gutljaja vode za uzimanje redovne terapije kako bi se smanjila mučnina i rizik od povraćanja). Savetuje se pranje kose noć ili jutro pre procedure. Pribeleži se anamneza i popune upitnici koji imaju za cilj kompletiranje svih informacije vezanih za pacijenta (nekada se ne sete postojanja nekog implanta ili stranog tela sa feromagnetnim svojstvima poput kontraceptivne spirale ili elektrostimulatora rada srca, a treba da idu na MR pregled). Zadatak joj je i konačna provera medicinske dokumentacije i dobijanje pismene saglasnosti za intervenciju.

U dokumentaciju se uključuju laboratorijski nalazi, sa kompletnom krvnom slikom, biohemijskim parametrima, protrombinskim i parcijalnim protrombinskim vremenom, analizom urina i analizom na trudnoću iz krvi za žene u reproduktivnom periodu (3).

PRIJEM BOLESNIKA NA GAMA NOŽ

Na dan lečenja u našoj ustanovi, bolesnik se prima preko dnevne bolnice na neurohirurškoj klinici. Sva postojeća medicinska dokumentacija se prilaže pri otvaranju istorije bolesti, a brigu o bolesniku preuzimaju timski medicinske sestre i strukovni medicinski radiolozi.

Pre samog prihvata bolesnika medicinska sestra priprema materijal potreban za premedikaciju, lokalnu anesteziju i antiedematoznu terapiju.

U našem centru kao premedikaciju dajemo midazolam 0,5 mg i.m., zavisno od uzrasta bolesnika.

Nakon prijema u dnevnu bolnicu, neurohirurg uz prisustvo medicinske sestre uradi neurološki pregled, proveri istoriju bolesti i po potrebi ordinira dodatnu terapiju.

Važno je uspostavljanje venske linije preko koje se uzima krv za osnovne biohemijske analize, te daje terapija po savetu lekara i po potrebi, a kasnije se preko iste aplikuje kontrast pri dijagnostičkim procedurama.

POSTAVLJANJE STEREOTAKSIČNOG RAMA NA GLAVU BOLESNIKA

U postavljanju rama timski učestvuju neurohirurg, radijacioni onkolog, medicinska sestra i strukovni medicinski radiolog u sobi za pripremu. Nakon psihofizičke priprema bolesnika, koja podrazumeva objašnjenje o predstojećoj proceduri, kao i uklanjanje svih predmeta sa feromagnetnim svojstvima sa tela, proveravaju se svi delovi i sastavlja stareotaksični ram individualno za svakog bolesnika. Medicinska sestra otvara set sterilisanih titanijumskih šrafova različite dužine, kao i komplet plastičnih insertera koji omogućavaju fiksaciju rama na glavu.

Koža glave se na mestima fiksacije rama prebriše alkoholom, a nakon toga na lokacije insertera neurohirurg ubrizgava 10 ml lidokain hlorida 2% s.c. (u cilju postizanja lokalne anestezije i stvaranja potkožnih "jastučića" koji ublažavaju traumu tkiva). Dok se čeka dejstvo anestetika tim proverava opremu, a nakon toga neurohirurg i radijacioni onkolog postavljaju ram na glavu.

Četiri šiljka, koji prolaze kroz kožu sve do kostiju lobanje, postavljaju se na pozicije i ušrafe pomoću ručnog ključa. Tokom postavljanja rama medicinska sestra prati vitalne znake bolesnika (krvni pritisak, broj otkucaja srca, zasićenje kiseonikom i disanje), te obaveštava tim o eventualnim promenama. Samo postavljanje stereotaksičnog rama traje oko 3 do 5 minuta. Iako je ovo u krajnjoj liniji odgovornost neurohirurga, medicinska sestra ima jedinstvenu priliku da u ovoj fazi pomogne timu, jer ima drugačiju vizuelnu perspektivu rama (3).

Da bi se izbegle komplikacije pri dijagnostičkim postupcima i tretmanu, moraju se predvideti svi potencijalni problemi pri postavljanju rama (nekada se koriste samo 3 nosača, nekada se menja njihova dužina) koji se timski rešavaju za svakog ponaosob. Postavljanjem posebnog dodatka na ram – kape za merenje, određuju se dimenzije lobanje u čemu učestvuju fizičar i radijacioni onkolog.

SNIMANJE – VIZUELIZACIJA OBOLELOG TKIVA U ODNOSU NA STEREOTAKSIČNI RAM

Nakon postavljanja rama za glavu, bolesnik se odvozi u dijagnostičku jedinicu. U većini slučajeva uradi se magnetna rezonanca mozga (MR), a za sve ostale bolesnike koji nisu u stanju da se podvrgnu ovom ispitivanju uradi se kompjuterizovana tomografija (KT). Bolesnici sa AVM takođe prolaze i kroz subtrakcionu angiografiju krvnih sudova mozga koja učini vidljivim krvne sudove koji ishranjuju AVM, njen čvor kao i drenažne vene (3,9).

Svako snimanje zahteva primenu indikatorske kutije sa markerima koja se pričvršćuje na već postavljen ram na glavi. Pomoću markera koji služe kao fiksne spoljne referentne tačke izračunavaju se kasnije koordinate cilja. Bolesnik se postavi na sto za snimanje i nakon toga se uradi MR mozga sa kontrastom. Slike se potom, putem mreže prenesu na računar za planiranje tretmana gama nožem, gde tim (neurohirurg, radijacioni onkolog i fizičar za zračenja) vrši planiranje doze za radiohirurški tretman (3,6).

U našem centru, za transport bolesnika do dijagnostike i nazad odogvorni su medicinska sestra ili strukovni medicinski radiolog. Oni tokom MR ili KT snimanja prate stanje bolesnika i vitalne znake, a po završetku dijagnostike ga prevezu u dnevnu bolnicu, gde on ostaje sve dok se plan doziranja ne završi.

U većini slučajeva, planiranje doze zahteva 30 minuta do 1 sat. Međutim, strukturno kompleksne lezije i lezije koje se nalaze u elokventnim područjima mozga mogu zahtevati više vremena za planiranje. Nakon što se snimci prebace sa radne stanice dijagnostike na računar za planiranje doze na gama nožu, tim pravi konformni plan doziranja za cilj pomoću posebne vrste softvera. Dozimetrija se zasniva na dijagnozi bolesti, kao i na zapremini i lokaciji same mete. Posebna pažnja se posvećuje količini zračenja koju će dobiti okolno moždano tkivo i strukture od značaja (3,6).

Po završetku plana doziranja, bolesnik se transportuje u prostoriju sa gama nožem.

STEREOTAKSIČNI RADIOHIRURŠKI TRETMAN NA GAMA NOŽU

Zadaci tima u početku tretmana su podeljeni između medicinske sestre koja pravilno pozicionira bolesnika i strukovnog medicinskog radiologa koji korektno povezuje stereotaksični ram za sto. Zaključavanjem rama u toj poziciji onemogućava se pomeranje glave bolesnika za vreme procedure, kao i reproducibilnost položaja u slučaju eventualnog prekida i nastavka terapije.

Nakon napuštanju prostorije vrata se automatski zabravljuju, a svaka dalja komunikacija i praćenje vrši se preko video kamera (postoji mogućnost krupnog plana) i sistema zvučnika i mikrofona koji su ugrađeni u svaki aparat.

Posle provera koje propisuje protocol, započinje se radiohirurški tretman, u toku koga medicinska sestra stalno beleži stanje pacijenta i prati vitalne znakove. Pojavam problema u bilo kom trenutku (promena vitalnih znakova koji zahtevaju procenu bolesnika ili indikacije za postojanje nelagodnosti kod istog) tretman se prekida (3).

Gama nož je visoko sofisticiran uređaj koji omogućava kasnije nastavak lečenja bez obzira na dužinu trajanja pauze.
Po završetku lečenja medicinska sestra pomaže timu u uklanjanju okvira sa glave. Mesta oštećenja kože se prekrivaju sa antibiotskom masti i malim sterilnim kompresama. Bolesniku se daje savet o daljnjoj nezi lezija na koži (hidrogen 3% i antibiotska mast dva puta dnevno) do konačnog zaceljenja koje se završava za par dana bez pojave oživljaka.

Na kraju preostaje davanje jednokratne terapije koju neurohirurg određuje zbog prevencije edema mozga koja se prema iskustvima u našoj ustanovi sastoji od 2 ampule deksametazona u ukupnoj dozi od 8 mg i.v. i jedne ampule ranitidina, u ukupnoj dozi od 50 mg i.v.,zavisno od uzrasta.

OTPUŠTANJE BOLESNIKA SA ODELJENJA

Naša ustanova ima praksu da posle tretmana bolesnika otpušta na kućno lečenje isti dan. Vremenski period od 2 – 3 sata koji je potreban da se završi administracija bolesnik provede u dnevnoj bolnici gde od sestre dobije usmene savete i pisane instrukcije vezane za dalju negu.

Normalna dnevna aktivnost mu se ne ograničava uz savet da nastavi sa prethodnim terapijama u kućnim uslovima. Razmatraju se i moguće ozbiljne nuspojave u vidu pogoršanja postojećih simptoma ili razvoja novih koji su posledica terapije gama nožem (3).

Bolesnik dobija informaciju da medicinska sestra gama noža ostaje veza između njega i neurohirurga za sva pitanja u vezi komplikacija, vremena naknadnog snimanja i zakazivanja. Na kraju dobije otpust koji sadrži izveštaj o završenom tretmanu i pruženoj nezi.

LITERATURA

1. *Monaco EA, Grandhi R, Niranjan A, Lunsford LD (2012) The past, present, and future of Gamma knife radiosurgery for brain tumors: the Pittsburgh Experience. Expert Rev. Neurother. 12: 437-445.*
2. *Leksell L. Stereotactic radiosurgery. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1983; 46: 797–803. doi: 10.1136/jnnp.46.9.797. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]*
3. *DeLaune, Allyson; Jawahar, Ajay; Nanda, Anil The Gamma knife nurse: Defining roles and responsibilities Journal of Neuroscience Nursing Feb 1, 2002.*
4. *Harsh, G.R. (2000). Gamma Knife radiosurgery: Principles and technique. In I. Germano (Ed.), Linac and Gamma Knife radiosurgery (pp. 11-18). Park Ridge, IL: American Association of Neurological Surgeons.*
5. *Krause, E.A., & Lamb, S. (1991). Radiosurgery: A nursing perspective. Journal of Neuroscience Nursing, 23(1), 24-28.*
6. *Babić B., Todorović S., Mitrović M. (2018). Gama nož. Radioaktiv, Časopis Udruženja radioloških tehničara i tehničara nuklearne medicine, broj 2: 58 – 59.*
7. *Kondziolka, D., Lunsford, L.D., Maitz, A., & Flickinger, J.C. (1998). Radiobiologic considerations in Gamma Knife radiosurgery. In L.D. Lunsford, D. Kondziolka, & J.C. Flickinger (Eds.), Gamma Knife brain surgery (pp. 21-39). New York: Karger.*
8. *Lee, N., Isaacson, S., Schiff, P., Sisti, M.B., & Germano, I.M. (2000). Historical perspective and basic principles of radiation physics and biology. In I. Germano (Ed.), Linac and Gamma Knife radiosurgery (pp. 3-10). Park Ridge, IL: American Association of Neurological Surgeons.*
9. *Steiner, L., Payne, B.R., Dheerendra, P., & Steiner, M. (2000). Gamma surgery for vascular disorders of the brain. In I. Germano (Ed.), Linac and Gamma Knife radiosurgery (p 93). Park Ridge, IL: American Association of Neurological Surgeons.*
10. *Jiin-Ling Jiang • Wan-Hsiang Wang • Jia-Wei Jou • Chain-Fa Su Gamma Knife Stereotactic Radiosurgery and Nursing Care (Tzu Chi Nursing Journal, 2007; 6:3, 65-70.)*
11. *Linskey ME, Kuo JV. General and historical considerations of radiotherapy and radiosurgery. In: Winn HR, ed. Youmans and Winn Neurological Surgery. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 261.*
12. *Mushtaq Ahmad (2013). PRODUCTION OF COBALT-60 IN PARR-1/KANUPP (CANDU) Isotope Production Division, PINSTECH, Islamabad; (pp 2-8).*

VRŠNJAČKO ZLOSTAVLJANJE – PSIHOLOŠKI I PSIHIJATRIJSKI ASPEKTI

PEER ABUSE - PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS

Ljiljana Stanimirović
Opšta bolnica „Dr Laza K. Lazarević", Šabac, Srbija

APSTRAKT

Nasilje se definiše kao svaki oblik jedanput učinjenog ili ponovljenog verbalnog ili neverbalnog ponašanja koje ima za posledicu stvarno ili potencijalno ugrožavanje zdravlja, razvoja i dostojanstva dece – učenika. Vršnjačko zlostavljanje je vid agresivnog ponašanja među decom i omladinom iste ili slične životne dobi, a ispoljava se na različite načine i može trajno da ostavi posledice. Prema vrsti nasilje se deli na: fizičko, emocionalno – psihičko, socijalno, seksualno, ekonomsko,elektronsko-informaciono nasilje. Uzroci nasilnog ponašanja su mnogobrojnii sve češća tema istraživanja psihologa, ali se kao stožer postavlja porodica i odnosi u porodici. Dečija psihologija tvrdi da surazvoj i vaspitanje dece međusobno zavisni. Primarne emocije, gnev, strah, radost, tuga se prve diferenciraju kod deteta svih kultura, održavaju se čitavog života i uslovljavaju temperament, kao jednu od osnovnih crta ličnosti i čini dispoziciju za emocionalno reagovanje tokomživota. Zanemarivanje dece još u ranom uzrastu stvara mogućnost dominantnog razvijanja negativnih emocija, te su posledice individualne, porodične i socijalne. Emocije su sastavni deo svih složenih dinamičkih dispozicija ličnosti, a emocionalne reakcije su psihički procesi kojima vrednujemo saznato. Obzirom da se vršnajčko zlostavljanje javlja u periodu razvoja i definisanja ličnosti deteta,posledice mogu izazvati gubitak osnovnih elemenata ličnog identiteta, odnosa prema drugima uzosećaj krivice. Psihičke posledice su nevidljive, ali se mogu pojaviti u smislu pravog psihičkog oboljenja,uz poremećaj afektiviteta i stanja depresivnostikoje se može završiti i suicidom.

Problem je veoma alramantan i zahteva angažovanost celog društva, svih institucija, svim nivoima,da na sve moguće načine, najpre vrati moralne norme i principe porodice, uz apel za više kvalitetnije komunikacije u porodici iu vaspitanju dece.

KLJUČNE REČI: nasilje, vršnjačko zlostavljanje, porodica, razvoj dece, emocije, psihičke posledice

ABSTRACT

Domestic violence is defined as any form once committed or repeated verbal or nonverbal conduct that has the effect of an actual or potential threat to the health, development and dignity of children - students. Peer abuse is a form of aggressive behavior among children and youth of the same or similar age, and it is manifested in various ways and can permanently leave its consequences.According to the type, violence is divided into: physical, emotionaly - psychological, social, sexual, economic, information and informational violence. The causes of violent behavior are numerous and increasingly frequent subjects of research by psychologists, but the family and family relationships are set up as the pivot point. Child psychology claims that the development and upbringing of children are mutually dependent.Primary emotions, anger, fear, joy, sadness are the first to differentiate in the children of all cultures, they maintain during their entire life and condition temper, as one of the basic lines of personality, and make the disposition for emotional response during life. Neglecting children at an early age creates the possibility of dominant development of negative emotions. Emotions are an integral part of all complex dynamic personality dispositions, and emotional reactions are the psychic processes we use to evaluate known.Since peer abuse occurs during the period of development and defining of child's personality, the consequences can causea loss of the basic elements of personal identity, attitude towards others with a sense of guilt.Psychological consequences are invisible, but they can occur in terms of real mental illness, with a disorder of affectivity and depression that can end with suicide.

The problem is very alarming and requires the engagement of the entire society, all institutions, at all levels, in all possible ways, to return the moral norms and principles of the family, with an appeal for more quality communication in the family and in the education of children.

KEY WORDS: violence, peer abuse, family, child development, emotions, psychological consequences

UVOD

U opštem smislu prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), nasilje se definiše kao „internacionalno korišćenje fizičke sile ili moći, preteće ili stvarne, protiv samog sebe, druge osobe, ili protiv grupe ili zajednice, koje rezultira u ili ima visoku verovatnoću povrede, smrti, psihološkog povređivanja, lošeg razvitka ili siromaštva". Prema SZO-i omladina se definiše kao grupa ljudi u razdoblju od 10 do 29 godina. Nasilje među mladima se odnosi na nasilje koje se dešava među omladinom i uključuje dela počev od psihičkog maltretiranja i tuča, preko ozbiljnih seksualnih i fizičkih napada do ubistva[1]. Kao rezultat, često ostaje ozbiljan i dugoročan uticaj na psihičko i socijalno funkcionisanje pojedinca. Prema procenama UNICEF-a, u svetu danas oko 40 miliona dece mlađe od 14 godina zahteva medicinsku i društvenu negu zbog zlostavljanja i zanemarivanja. Takva deca pate od velikog broja fizičkih, emocionalnih i razvojnih problema koji ugožavaju njihovo zdravlje, sposobnost da uče i produktivnost u kasnijem životu[2,3].

Brojni su faktori koji dovode do nasilja i ispoljavaju se na ra-

Korespondent:
Dr Ljiljana Stanimirović,
Adresa: Bogojavljenska 33, Šabac
Telefon: 064 8623390
Mejl adresa: drljiljanastanimirovic@gmail.com

zličitim nivoima. Socio – ekološki model, obuhvata četiri nivoa i najčešće se koristi za proučavanje nasilja. Prvi nivo ukazuje na biološke (genetski materijal) i lične faktore koji utiču na ponašanje osobe i povećanje verovatnoće da od žrtve postanu izvršioci nasilja. Drugi nivo je usmeren na bliske odnose prema okruženju – porodica i prijatelji. Uticaj sredine i ambijenta porodice, tzv zdrave i poremećene porodice, u velikoj meri doprinose da se deca identifikuju sa zlostavljačem ili žrtvom i takvi i sami postaju. Treći nivo potvrđuje uticaj zajednice sa postojanjem veoma rizičnih faktora – trgovina drogom, prostitucija, nedostatak socijalnih veza, siromaštvo. Četvrti nivo ukazuje na šire socijalne faktore koji pomažu u stvranju okruženja u kome je nasilje opravdano ili ohrabreno: neaktivnost kriminalnog pravnog sistema, dostupnost oružja, izloženost nasilja u medijima i td. [4].

Posledice su brojne i sve češće veoma teške. U fizičkom zlostavljanju mogu nastupiti povrede sa telesnim posledicama i invalidnosti različitog stepena, što dalje otežava život zlostavljanog. Psihološke i psihičke posledice su mnogo dublje i utiču na kompletan integritet i funkcionalnost ličnosti.

ULOGA PORODICE NA PSIHIČKO SAZREVANJE I VASPITANJE DETETA

Porodica kao osnovna društvena zajednica, po N. Akermanu je osnova kako zdrave tako i bolesne ličnosti, uz izraženu emocionalnu komponentu roditelja i dece, uzajamno. Izostanak ove komponente uz biološku (genetski materijal) i staranje o deci, deli porodice na zdrave i poremećene[5].

Zanemarivanje je akt ili sindrom, odsustva brige o osnovnim fizičkim, emocionalnim socijalnim i drugim potrebama dece od strane roditelja, kroz razne forme: fizičko, obrazovno, zdravstveno i emocionalno, eksploatacija i napuštanje deteta. Može se posmatrati i kao posledica interakcije više faktora na nekoliko različitih nivoa: individualnom, porodičnom i socijalnom.Zanemarivanje dece je u današnje vreme čest i sve veći problem [6]. Danas je način života ubrzan, sve je više posla, više se vremena provodi uz televizor i telefon, nego u razgovoru. Otuđenost je sve prisutnija. Lako se previdi činjenica da se deci ne pridaje dovoljno pažnje i vaspitanja. Zanemarivanje u porodici, može kod deteta usloviti nemogućnost ostvarivanja prijateljstva sa vršnjacima, nisko samopouzdanje, odsustvo interesovanja za bilo kakve aktivnosti, depresiju i povlačenje u sebe, kao i nemogućnost donošenja vlastitih odluka. Zanemarivanje u detinjstvu ima razorne posledice za razvoj deteta, uzrokuje kratkotrajne i dugotrajne emocionalne, kognitivne, akademske i socijalne teškoće tokom celog života i može uticati na pojavu vršnjačkog nasilja kod takvog deteta[7].
Dečija psihologija, kao najrazvijenija oblast razvojne psihologije danas, proučavajući razvoj psihičkog života u detinjstvu kroz praktičnu primenu u svim oblastima rada sa decom, posebno u obrazovanju i vaspitanju, došla je do zaključka da su razvoj i vaspitanje međusobno zavisni.

Temperament je jedna od osnovnih crta, karakteristika ličnosti koja se određuje najčešće kao dispozicija za emocionalno reagovanje. To je celovita organizacija srazmerno stabilnih individualnih karakteristika, kvaliteta i intenziteta emocionalnog reagovanja, karakterističan stil reagovanja ličnosti na okolinu, koji ima primarno biološke osnove. Faktorska analiza ispitivanja temperamenta dece ukazuje na sledeće tipove: lako vaspitljivo dete (40%) – dete koje brzo uspostavlja uredan ciklus zadovoljenja svojih bioloških potreba, dobro je raspoloženo i brzo se prilagođava novim iskustvima; teško dete (10%) – dete koje ima neredovan ciklus bioloških potreba, sporo se prilagođava novim iskustvima i reaguje snažno i negativno; sporo dete (15%) – je dete koje je pasivno, blago, sporo reaguje na okolini i sporo se prilagođava novim iskustvima.
Emocije se razvijaju pod uzajamnim uticajem sazrevanja i učenja. One su sastavni deo svih složenih dinamičkih dispozicija ličnosti: motiva, stavova, vrednosti i interesovanja. Emocionalne reakcije su psihički procesi kojim vrednujemo saznato, izražavamo subjektivni odnos prema događajima, osobama i vlastitim postupcima. Pored subjektivnog emocionalnog doživljaja, ove procese odlikuju organske promene i emocionalno ponašanje i nalaze se u međusobnoj vezi [8].

Danas se sve češće sreće izraz „hiperaktivno dete". Poremećaj, Sindrom smanjene pažnje i dečije hipeaktivnosti ili Hiperaktivni poremećaj (osobenosti – nemir, impulsivnost, nemogućnost fokusiranja ili koncentracije pažnje), je prisutan kod dece u 5 – 12% u svetu. Simptomi se javljaju do sedme godine života, a takva deca su u školi teško prihvaćena te 35% dece sami napuste školu. Ovde je biološka osnova glavni uzrok upadljivog ponašanja i loše socijalizacije. Kod ovakve dece, smatra se da mozak nije dovoljno zreo. Dok mozak određene regije ne dostigne zrelost, te regije će biti manje od proseka. Jedna od tih regija je amigdala, deo mozga za regulaciju emocija. Iako su simptomi nedostatka pažnje i hiperaktivnosti različiti i kontrolišu ih različiti centri, stručnjaci su ustanovili da zajednička organska osnova postoji i sastoji se u prekidu u prenosu dopamina, to jest prisutan je niži nivo dopamina u mozgu, posebno u delovima koji se odnose na nagradu i motivaciju. Vršnjačko nasilje od strane ovakve dece se mora posebno pratiti i tretirati, obzirom da je bolest u pitanju.To nisu ne vaspitana deca, već obolela [9,10,11].

Uzroci nasilnog ponašanja su sve češća tema istraživanja psihologa. Neurobiolog Jan Volavka, smatra da je nasilno ponašanje definisano kao namerna fizička agresija prema drugoj osobi. Percepcija je osnov nasilja, a razumevanje nasilja je povezano sa doživljajem odnosa agresor – žrtva. Psiholozi su pokazali da ljudi ne mogu da prepoznaju nasilje pri pružanju odbrambene sile, čak i ako je ona veća od agresorske. Džejms Giligan smatra da se nasilje koristi za odbranu od sramote i poniženja, kao dokaz ponosa i odbrana časti, naročito među muškim polom [12].

NASILJE I VRŠNJAČKO ZLOSTAVLJANJE

Univerzalna deklaracija o pravima čoveka iz 1948. godine, ukazuje „Pravo na život je prirodno pravo svakog čoveka, na slobodu i bezbednost ličnosti." Nasilje je najteži oblik negacije osnovnih prava čoveka koja su zagarantovana nacionalnim i međunarodnim pravom, na život, na lični integritet, ljudsko dostojanstvo [13].

U Srbiji 65% učenika u školama je bar jednom bilo žrtva vršnjačkog zlostavljanja, a 24% je pretrpelo nasilje više puta.
Nasilje se definiše kao svaki oblik jedanput učinjenog ili ponovljenog verbalnog ili neverbalnog ponašanja koje ima za posledicu stvarno ili potencijalno ugrožavanje zdravlja, razvoja i dostojanstva dece – učenika. Srž nasilnog ponašanja čini namerno nanošenje boli, bez obzira da li je ona fizička ili psihička. Nastaje kao rezultat interakcije većeg broja egzogenih i endogenih faktora, koji povezani stvaraju rizik da neko preduzme radnju nasilja ili da postane žrtva nasilja [14].

Uzrok nasilničkog ponašanja se otkriva interdisciplinarnom strukturnom analizom ličnosti, porodičnog faktora, faktora zajednice i društva.Kod ličnosti kao faktora, predmet analize su afektivna razdražljivost sa tendencijom motornog pražnjenja, nedostatak inhibitornih mehanizama, problemi u komunikaciji, upotreba alkohola i opojnih sredstava. Pored ličnih faktora, predmet analize je i porodica (prisustvo stalnih sukoba u porodici, žrtva zlostavljanja u detinjstvu, nesloga u braku roditelja, itd.), šira zajednica (odnosi u srodstvu, druženje sa licima sklonim nasilničkom ponašanju, nizak nivo obrazovanja, dostupnost opojnih droga i oružja itd.) i

društvo u celini (migracija stanovništva, visoka nezapošljenost, kulturne norme koje podržavaju nasilje, neadekvatna pravna regulativa držanja i nošenja oružja, točenje alkoholnih pića, kaznena politika za dela nasilja itd.) [15].

Debra Neihoft, sve faktore u odnosu na način na koji utiču na nastanak i manifestacije nasilja deli na:

1. Faktorni koji predisponiraju neku osobu da preduzme nasilje (psihofizički, neurološki i društveni);
2. Faktori koji olakšavaju i doprinose nasilju (alkohol, droga, provokacija žrtve, dostupnost oružja, socijalni i društveni događaji);
3. Faktori koji inhibiraju radnju nasilja (društveno-etičke norme, strah, krivica i želja da se izbegne kazna).

Vršnjačko zlostavljanje često započinje zadirkivanjem slabijeg i povučenijeg deteta što otkriva njegove slabe tačke, te agresija nad njim postaje intenzivnija i trajnija. Deca izložena vršnjačkom zlostavljanju su omalovažena i socijalno odbačena i trpe neke od oblika agresije od strane jednog ili više vršnjaka [16].

Aktuelne vrste nasilja:

- fizičko (ponašanje koje dovodi do stvarnog ili potencijalnog telesnog povređivanja-šamaranje, šutiranje, davljenje, napad oružjem itd.);
- emocionalno/psihološko (odbacivanje i terorisanje, izolacija, eksploatacija i emocionalno lišavanje-verbalno vređanje, pogrdna imena);
- socijalno nasilje (isključivanje iz grupnih aktivnosti, pričanje laži o žrtvi, nagovaranje da se ne druže sa žrtvom);
- seksualno (svi aktovi verbalnog, gestovnog ili fizičkog kontakta sa seksualnim sadržajem, počev od pasivnih reči do silovanja);
- elektronsko-informaciono nasilje (savremene komunikacije – „ elektronsko siledžijstvo") [17].

Pri realizovanju agresije odnos napadača i žrtve, obeležava neravnoteža emocija i moći. Žrtva je uznemirena, preplavljena ljutnjom i strahom, a napadač miran i nadmoćan.Impulzivnost i nasilje prema drugoj deci, poneka se javlja iz potrebe da dete bude viđeno, da se oseća moćno i važno uzdivljenje vršnjaka.Deca kojoj roditelji posvećuju manje pažnje i emocija, a svoje nezadovoljstvo ne mogu izraziti roditeljima, to u vidu agresije iskazuju prema drugoj deci.Osećaj superiornosti u odnosu na druge, postižu kad uspeju podceniti drugo dete. Emocije koje se prve diferenciraju kod deteta su gnev, strah, radost i tuga. Ljutnja se javlja kada neka prepreka sprečava postizanje željenog cilja što dovodi do flustracije. Od važnosti cilja, trajanja flustracije i nivoa tenzije, emocija gneva se javlja od blage ljutnje do besa, a ljutnja se manifestuje agresijom. Ljutnja može biti uzrokovana određenim obrascima kućne dinamike (npr. ljutnja na roditelje zbog većeg posvećivanja pažnje mlađem detetu ili detetu sa zdravstvenim problemima i sl.). Zbog nemoći da utiču na odnose u porodici, ljutnju koja „ključa u njima", deca mogu pomeriti na nekog slabijeg vršnjaka (pomeranje afekta). Ljutnju može uzrokovati i zadirkivanje druge dece. Zbog nemogućnosti da prekine zadirkivanje, dete može pribeći agresiji i odbrani koju smatra opravdanom budući da sukob nije prvo započelo.Komunikacija sa vršnjacima je veština koja se uči [7,18].

POSLEDICE VRŠNJAČKOG NASILJA I ZLOSTAVLJANJA

Čin zlostavljanja žrtvi ruši i trajno oštećuje svako osećanje dostojanstva, samopoštovanja, poverenja u druge i izaziva osećaj bespomoćnosti, gađenja prema samome sebi i drugima, osećaj tuge i izdajstva poverenja odraslog – najbližeg, uz osećaj krivice. Telesne posledice su vidljive, zavisno od upotrebljenog sredstva: modrice, uboji, rane, prelomi sa mogućim invaliditetima dalje tokom života. Uvek su praćene i psihičkim posledicama koje su ne vidljive, ali se mogu komplikovati i pojaviti u smislu pravog psihičkog oboljenja. Deca izložena vršnjačkoj agresiji pate od osećaja straha, teskobe i frustracije.

Strah je vrlo neprijatno osećanje ugroženosti fizičkog i psihičkog integriteta, nastalo u egu usled opažanja ili anticipiranja neke stvarne ili zamišljene opasnosti. Za pojedinu decu takva iskustva su veoma stresnate se može razviti i posttraumatski stresni sindrom. Mešavina emocija koju tada doživljavaju mogu dovesti i do težih oblika patološkog psihičkog stanja. Tipične posledice stresnih iskustava u detinjstvu su problemi u učenju, fizičke bolesti, teskoba i hroničan stres. Psihološka osetljivost izaziva pojavu besa i nasilnog reagiranja i u nepretećim situacijama. Očajanje i depresivnost uz osećaj beznađa može dovest i do suicida. Ne retko se zlostavljana deca povlače iz porodice, grupe, društva i uz poremećaj afektiviteta ulaze u stanje depresivnosti. Kod preko 50% slučajeva depresija, zloupotreba droga i alkohola i poremećaj ponašanja vode u suicid kod dece iznad 12 godina i adolescenata [19, 20,21].

Kod seksualnog zlostavljanja, javlja se stid kao bolan i moćan afekat, zbog osećaja fizičke i psihičke obnaženosti, što ometa sveukupno dalje funkcionisanje. Iskustvo stida se vrlo teško zaboravlja. Asocijacijom na preživljeno, osećanje stida se ponovo vrlo intenzivno proživljava i gotovo uvek je praćeno osećanjem krivice. Stid ukazuje na svest o diskrepanciji između idealnog selfa (kakav želim da budem) i opaženog selfa (kakav sam sada – jadan, osramoćen, tužan) [22].

Nasilna deca svoje delikventno ponašanje mogu nastaviti dalje tokom života, baviti se veoma rizičnim kriminalnim poslovima, ne razmišljajući da i sami mogu postati nečija meta.

KAKO SPREČITI VRŠNJAČKO ZLOSTAVLJANJE?

Odgovornost je cele zajedenice na svim nivoima i na sve moguće načine, da najpre vrati moralne norme i principe, na prvom mestu porodice. Pomodarstvom i „modernim vremenom" porodica je potisnuta sa prvog i pravog mesta, a tehnici i dobiti dat primat. Neophodno je više kvalitetnije komunikacije u vaspitanju dece, tehnika i otuđenost nas je osamila.

Obzirom da se vršnjačko nasilje prvenstveno događa u školama, u prevenciji nasilja najbolje rezultate pokazuju „celoškolski programi" koji obuhvataju i uključuju sve zaposlene u školama, učenike i roditelje. Jedan od njih je „Škola bez nasilja" kojim je u Srbiji obuhvaćeno 274 škole, sa ciljem da smanji procenat nasilja među vršnjacima.

Gimnazija u Šapcu je od decembra 2013. godine uključena u programom „Škola bez nasilja" koju realizuju Ministarstvo prosvete i UNICEF kancelarija u Srbiji, sa nazivom „Ka sigurnom i podsticajnom okruženju za decu ". Kao član Saveta roditelja učestvujem u radu Školskog tima sa multidisciplinarnim pristupom u istraživanju bezbednosti učenika i zaposlenih u školskom okruženju. U Šabačkoj gimnaziji istraživanje je rađeno upitnicima, a obuhvaćeno je 574 učenika, 55 nastavnika, 46 roditelja,2 radnika u pedagoško-psihološkoj službi, 12 lica nenastavnog osoblja. Na osnovu podataka iz upitnika članovi stručnog tima iz Instituta za psihologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu, konstruisali su Sistem indikatora za praćenje bezbednosti školskog okruženja.Istraživanje je obuhvatilo tri oblasti koje se odnose na različite aspekte bezbed-

nosti školskog okruženja:

- bezbednost fizičkog okruženja u školi
- preventivno delovanje škole
- zastupljenost nasilnih događaja i bezbednosnih rizika u školi.

Svaka oblast procenjuje se na osnovu jednog ili više indikatora, koji su sačinjeni iz više komponenti: događaji, aktivnosti, mere, način reagovanja i sl. Na osnovu njih smo prepoznali indikatore i procenjivali stepen njihove ostvarljivosti u školi. Dobijeni rezultati o ukupnoj bezbednosti učenika i zaposlenih u školskom okruženju, ukazuju da se Šabačka gimnazija nalazi na nivou proseka (60,09% prema 59,74%, koliko iznosi prosek za ispitivane srednje škole). Sumirani rezultati dobijeni anketiranjem su osnova za dalji rad na prevenciji nasilja, obuka novih edukatora i radu na samoj ličnosti [23].

Nameće se neophodnost saradnje obrazovnog sistema sa drugim sistemima – pravosuđe, policija, socijalnom i zdravstvom zaštitom, što je nužan preduslov za uspešno smanjenje nasilja, jer se nasilje preliva iz porodice u školu, iz škole na ulice, stadione i td. Škola je pogodno mesto za nasilje, zbog mnoštvainterakcija, pritisaka, takmičenja, stresa, a i odsustva volje i motivacije kod dece. Zakonom za vršnjačko nasilje u školama, 2017. godine, roditelji plaćaju kazne, a nova kaznena politika za nasilne maloletnike je stupila na snagu 15. septembra 2018. godine, kojom se učenicima koji su nasilni prema drugoj deci i imovini škole izriču vaspitne mere i upućuju na društveno-koristan rad [2].

ZAKLJUČAK

Maloletničko zlostavljanje se javlja u sve mlađem uzrastu i poprima sve veće razmere. Karakterišu ga fizička, verbalna, psihička, seksualna maltretiranja i poniženja na društvenim mrežama. Vršnjačko nasilje se dešava najčešće u školama i zbog teških fizičkih i psihičkih-emocionalnih posledica, može trajno da ošteti ili uništi život. Sve potiče iz porodice, nasilnici češće dolaze iz disfunkcionalnih porodica, bez obzira na obrazovanje i zanimanje roditelja,kao i ekonomski status. Presudna je posvećenost, pažnja i poznavanje svog deteta od strane roditelja, posebno ako se radi o hiperaktivnom detetu. Pedagozi smatraju da decu koja se nasilno ponašaju ne treba izdvajati iz okruženja, jer se problem prividno rešava. Sa njima treba raditi i ukazivati na posledice njihovog ponašanja, za njih same i okolinu. Uzroci nasilja se jedino mogu objektivno sagledati u koliko se nasilje posmatra jedinstveno. Suprostavljanje nasilju treba da ima jedinstvenu strategiju imeđusobno usklađenemere. Tako bi se definisali objektivni indikatori za analizu i prognozu nasilja kao neophodnu osnovu za preduzimanje mera prevencije [2,4,8].

Ljubav roditelja prema deci i njihova ljubav prema roditeljima su složeni individualni doživljaji i ispoljavanja, koja ne mogu zameniti bilo koje institucije, a ni najsavršenija stručno – obrazovna tehnika [24].

LITERATURA

1. *SZO, 2009.*
2. *RS Ministarstvo zdravlja, Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, Beograd, 2018.*
3. *Beane, A. L. (2008). Protect your child from bullying: Expert advice to help you recognize, prevent, and stop bullying before your child gets hurt. San Francisco, CA: Jossey-Bass.*
4. *Nasilje u porodici: oblici, indikatori i karakteristike: http://www.google.rs/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CCwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fpars.rs%2Fddownload%2F_params%2Ffile_id%2F971.html&ei=IIDzU5amE4XuyQOrxIKwCQ&usg=AFQjCNG9NmQ9Hi6smL8jKuZ4UlxqW3wvuA&bvm=bv.73231344,d.bGQ Pristup: (14.12.2018.)*
5. *Ackerman, N. (1987): Psihodinamika porodičnog života, Titograd: NIO „Pobeda".*
6. *RS Ministarstvo zdravlja, Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, Beograd, april 2009.*
7. *Karakteristike nasilja nad decom u porodici i njegove posledice na zdravlje: http://www.doiserbia.n.b.rs/img/doi/1450-6637/2006/1450-66370603023S.pdf Pristup: (11.01.2019.)*
8. *Brković D. Aleksa, Razvojna psihologija, Čačak, Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju, 2011., 7; 165; 286-287*
9. *Američko Psihijatrijsko Udruženje (1998). DSM-IV dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje.*
10. *Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S. (2008). Poremećaji pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD) – multimodalni pristup. Paediatria Croatica, 52 (3), 195-202.*
11. *Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. i Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD?. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54 (1), 3-16.*
12. *Maksimović, J., Raković, D., Jovanović, I., Čolović, P. (2008). Povezanost vršnjačkog nasilja, osobina ličnosti i vaspitnih stavova. Primenjena psihologija 1 (3-4), 125–144.*
13. *http//www.ohchr.org, gde je tekst Univeryalne deklaracije o ljudskim pravima na više od 300 različitih jezika.*
14. *Milić, A. Nasilje i agresija, Vještak – časopis udruženja sudskih veštaka, Banja Luka 2000.*
15. *Kostić, I. Kriminalistička psihologija, Beograd 2000.*
16. *Bazić, B. (2013). Fenomen vršnjačkog nasilja i oblici njegovog ispoljavanja. Baština, 35 (1), 381–394.*
17. *Ajduković M.: Utjecaj zlostavljanja i zanemarivanja u obitelji na psihosocijalni razvoj djece, Dijete i društvo, Zagreb, 2001.*
18. *Milić, A. Stres – stilovi efikasnog reagovanja ljudi u stresnim situacijama, VŠUP-a Banja Luka, 2004.*
19. *Popović-Deušić, S. Problemi mentalnog zdravlja dece i adolescenata, Beograd, 1999., 134 – 137.*
20. *Marić, J. Klinička psihijatrija, 2011. „Barex" Beograd, 301 – 303.*
21. *Seksualno zlostavljanje dece: http://www.pedagog.rs/zlostavljanje.php, Pristup: (09.01.2019.)*
22. *Popadić, D. i saradnici, Škola bez nasilja, Istraživanje bezbedenosti učenika i zaposlenih u školskom okruženju, Šabačka gimnazija, Beograd, maj 2014.*
23. *Gorner-Vukov, M. (1988): Porodica u krizi, Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga.*

MEDICINSKA SESTRA MENADŽER

NURSE MENAGER

Gordana Magdelinić[1], Milena Magdelinić2
[1]Opšta bolnica Berane, [2]Medicinski fakultet Podgorica

APSTRAKT
Donošenje i sprovođenje odluka je centralna funkcija menadžmenta.Menadžeri zdravstvene njege svoje napore treba da usmjeravaju u tom pravcu.Glavni cilj rukovodilaca medicinskih sestara je da konfigurišu sestrinsku radnu snagu tako da može pružiti siguran kvalitet brige o pacijentima. Sestra profesionalac ima sposobnost interpretacije znanja, kompetenciju, priznatu stručnu sposobnost kojom raspolaže, a koja je rezultat specifičnog usavršavanja, učenja i vježbanja.Ista uključuje znanje, vještine i stavove kroz komunikaciju, podučavanje, kritičko mišljenje, fizičko zbrinjavanje, saradnju s članovima tima i laicima, aplikaciju sestrinskog procesa i menadžment u sestrinstvu. Određen nivo obrazovanja zahtijeva i određeni nivo nadzora. Slabije obrazovano osoblje ne preferira nadzor, za razliku od vrlo edukovanih radnika koji u određenoj mjeri u nadzoru i učestvuju. Rukovođenje je podložno učenju i promjenama, pod uticajem novih znanja i iskustava.
KLJUČNE RIJEČI: menadžment, sestrinstvo, obrazovanje, komunikacija;

ABSTRACT
Making and implementing decisions is a central function of management. Health care managers should direct their efforts in that direction. The main goal of the nurses' managers is to configure the nursing workforce so that it can provide a safe quality of patient care. The nurse professional has the ability to interpret knowledge, competence, the recognized professional ability at his disposal, which is the result of specific training, learning and exercising. It includes knowledge, skills and attitudes through communication, teaching, critical thinking, physical care, collaboration with team members and laymen, application of the sister process and sisterhood management. Certain level of education requires a certain level of supervision. The poorly educated staff does not prefer supervision, unlike highly educated workers who are to a certain extent supervised and involved. Management is subject to learning and change, under the influence of new knowledge and experience.
KEY WORDS: management, nursing, education,communication;

UVOD

Od postojećih brojnih definicija menadžmenta, najpopularnija je definicija američke autorke Meri Parker Folet (Mary Parker Follet), koja kaže da je menadžment sposobnost (vještina, umješnost) obavljanja posla preko ljudi, ili kraće: obavljanje poslova pomoću drugih ljudi. Menadžment je djelotvorno znanje koje posjeduju i primjenjuju menadžeri na zaposlene (koji imaju svoja znanja) u cilju otkrivanja kako postojeće znanje može najbolje da se primijeni da bi se dobili rezultati i ostvarili ciljevi organizacije. U savremenoj teoriji, a sve više i u praksi, osoblje organizacije dijeli se na menadžere i nemenadžere. Jedni (menadžeri) vrše menadžerske poslove (funkcije, odnosno zadatke), a drugi (izvršioci - radnici) obavljaju nemenadžerske poslove (funkcije, odnosno zadatke) (1). Sestrinstvo je profesija čija je osnovna djelatnost zdravstvena njega. Da bi sestrinstvo činilo grupu sveobuhvatnog, ali i specijalizovanog znanja, potrebno je dostizanje ciljeva kroz akademsko studiranje i kroz sticanje vještina, pa i navika. Sestra profesionalac mora imati sposobnost interpretacije znanja i priznatu stručnu sposobnost kojom raspolaže, a koja je rezultat specifičnog usavršavanja, učenja i vježbanja. To znači da sestrinstvo uključuje znanje, vještine i stavove kroz komunikaciju, podučavanje, kritičko mišljenje, fizičko zbrinjavanje, saradnju s članovima tima, primjenu sestrinskog procesa, ali i menadžment u sestrinstvu (2).

Većinski stav je da sestra menadžer ima znanja i vještine i iz struke i iz menadžmenta.Međutim, u nedostatku znanja iz bilo kojeg područja raspon kontrole za koju je zadužena obično je ograničen. Krajnja ocjena kvaliteta zdravstvene njegeveoma zavisi od različitosti osoblja prisutnih u procesu rada i pružanju iste, zatim od nivoa usvojenih znanja i vještina, kao i od kompetencije koje imaju. Određen nivo edukacije zahtijeva i određeni nivo nadzora.Važno je napomenuti da slabije obrazovano osoblje ne preferira nadzor, za razliku od vrlo edukovanih radnika koji u određenoj mjeri u nadzoru i učestvuju. Najčešće, sestra menadžer organizuje servise koji omogućuju zdravstvenu njegu, osoblje, financije, informacije i okruženje.

U zdravstvenom sistemu vi[e od 50% radnika čine sestre. Znači da promjene zdravstvenog sistema treba da podrazumijevaju reformu sestrinstva i veću prisutnost stručnjaka u sestrinstvu sa izvrsnim znanjem i vještinama u rukovođenju (3).

SESTRINSTVO KAO NAUKA I PRAKSA

Sestrinstvo je nauka i praksa profesionalno obrazovanih sestara, usmjerenih na njegovanje ljudskog zdravlja, razvijajući svoje specifično polje rada i interesovanja između sistema medicinskih nauka i nauka o čovjeku, u interaktivnom odnosu sa njima, djelimično zahvatajući obje strane, boreći se za sve veću profesionalnu samostalnost, stvaranjem sopstvenih metoda, principa, teorijskih i etičkih pristupa, na osnovu istraživanja svoje stručne prakse.
Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije: „Medicinska sestra je lice koje ima završeno sestrinsko obrazovanje i koje je kvalifikovano i ovlašćeno da obavlja odgovorne poslove na unapređenju zdravlja, sprečavanju bolesti, i njezi bolesnika"(4). Iz ovih definicije zaključujemo da medicinske sestre, pored sestrinskih, moraju da raspolažu znanjima iz medicinskih, socioloških,

Korespondent:
Gordana Magdelinić
Kontakt telefon: +382 69 381 883
e-mail: gordanamberane@gmail.com
Opšta bolnica Berane, Ul. Svetog Save 33, Berane

pedagoških i psiholoških nauka, koja im obezbjeđuju dobru bazu za blagovremenu i pravilnu procjenu životnih problema iz oblasti zaštite zdravlja ljudi, liječenja i rehabilitacije, kako bi u nezavisnim i u međuzavisnim sestrinskim aktivnostima pružale dobru njegu. Medicinska sestra mora izbalansirati profesionalan odnos u timu sa ljekarima, jer postoji razlika u nivou obrazovanja, znanja i iskustva. Ta nejednakost treba i da se podrazumijeva na polju medicine gdje se međuzavisni poslovi sestara i obavljaju. Međutim, mnoge sestre koje su dugo zadržane u pretjerano podređenom položaju (daleko od partnerskih odnosa) ili do kraja ostaju pretjerano podređene ili pokazuju potrebu da pretjerano ističu svoju, odnosno sestrinsku samostalnost (4).

Treba imati u vidu da podređeni preferiraju menadžere sa jasnije izraženim liderskim ponašanjem, prije nego što to sami menadžeri preferireju i pokazuju (5).

MEDICINSKA SESTRA MENADŽER

Poznato je da čovjek, stručnjak utiče na svoju profesiju, na njeno formiranje, razvoj, značenje, ugled, kao i što profesija utiče na njega. Čovjek i njegov rad su u interaktivnom odnosu, sa naizmjeničnom smjenom nejednake snage i uticaja (4). U svom profesionalnom djelovanju sestre se zalažu za ciljeve, uslove i strategije razvoja svoje struke, prema stavovima i preporukama najautoritativnijih svjetskih organizacijama, kako bi ostvarilesve složenije zadatke koje im one nalažu, i kako bi dale očekivani doprinos u cjelokupnoj zdravstvenoj zaštiti stanovništva svoje zemlje. To su:

- Savremeno zakonsko regulisanje zvanja i rada sestara i babica, sa obrazovanjem do akademskog vrha (po ugledu na evropske norme);
- Kontinuirano stručno usavršavanje sestara i babica, sa konceptom "Doživotno učenje";
- Razvoj i podizanje zdravstvene njege na nivo nauke;
- Razvijanje tržišta programa rada sestara i babica ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sa filozofskim konceptom SZO " Zdravlje za sve…"
- Sagledavanje i praćenje trendova u potrebama stanovništva za zdravstvenom njegom i pripremama kadrova za budućnost;
- Istraživanja u sestrinstvu, unapređenje sestrinske prakse novim naučnim i stručnim dostignućima iz našeg i svjetskog sestrinstva;
- Profesionalno povezivanje sestara i jačanje uticaja na razvoj profesije preko strukovnih društava, udruženja i Komore;
- Baštinjenje sestrinskog znanja, vještina i iskustava kroz stvaranje sestrinske literature (udžbenika, priručnika, praktikuma, vodiča za praksu, časopisa i drugih zapisa koje stvaraju sestre i drugi kadrovi za njih i drugo.

Najčešće, sestra menadžer organizuje servise koji omogućuju zdravstvenu njegu, osoblje, finansije, informacije i okruženje. Više vremena provodi organizirajući posao nego nadgledajući ga i evaluirajući učinjeno.Najmanje vremena provodi revidirajući programe i budžet i koordinirajući aktivnostima različitih ureda. Količina podrške koja jena raspolaganju nezaobilazno utiče na postojanje jedinica koje pružaju zdravstvenu njegu. Njih sestra menadžer uključuje u proces i sistem pružanja usluge pacijentu.
Donošenje i sprovođenje odluka je centralna funkcija menadžmenta i menadžeri zdravstvene njege svoje napore treba da usmjeravajuu tom pravcu.Da bi olakšali donošenje odluka menadžeri zdravstvene njege treba da se oslanjaju na statističke i matematičke alate nauke o menadžmentu.Sve iz razloga da bi sprovodili odluke, bili pravi lider, imali uticaj kao i da bi primijenili i druge bihevioralne vještine. Uspjeh zavisi od toga da li se u dovoljnoj mjeri odluke kako donose tako i sprovode. Iako se dešava da odluke ne budu onakve kakve smo planirali, plan akcije koji poboljšava šanse da odluka bude uspješna podrazumijeva slijedeće korake:

1. Identifikovanje problema;
2. Specifikovanje ciljeva i kriterijuma odlučivanja;
3. Utvrđivanje alternative;
4. Analiza i upoređivanje alternative;
5. Odabir najbolje alternative;
6. Primjena izbora;
7. Kontrola i praćenje rezultata.

Često se kaže da definisan problem na pravi način je napola riješen problem. Ta pravilna identifikacija problema je najvažniji dio procesa. Nepravilno identifikovan problem će uzrokovati da svi naredni koraci budu u pogrešnom pravcu. Često se menadžeri zdravstvene njege fokusiraju na simptome problema koji kasnije isplivaju na površinu. Rješenje mora da se bavi konkretnim problemom, a ne simptomima. Menadžer mora najprije identifikovati kriterijume na osnovu kojih će rješenje biti formulisano. Neki primjeri uključuje troškove, profite, povraćaj investicije, povećanu produktivnost, rizik, imidž kompanije i uticaj na potražnju.

Šanse da se pronađe adekvatno rješenje problema rastu kada se utvrde odgovarajuće alternative. Kako postoji neograničen broj alternativa za svaki dati problem, menadžer zdravstvene njege se uvijek suočava sa rizikom da ne uvidi najbolje alternative. Izuzetno je teško prepoznati i istražiti svaki mogući ishod kompleksnih međuodnosa na koje odluka utiče. Sistematizacija realnih i odgovarajućih alternativa često zavisi od nivoa iskustva menadžera zdravstvene njege kao i od prirode date situacije. Šanse da se dođe do odgovarajućeg rješenja rastu kada se primjenjuje holistički pristup problemu i kada se zatim pažljivo identifikuju odgovarajuće alternative. Cilj je da se odabere najbolja nakon što se se sve alternative pažljivo razmotre. Može se dogoditi i takva situacija da je najbolja alternativa da se uopšte i ne djeluje.Menadžeri u ustanovama zdravstvene njege moraju često donositi odluke koristeći sakupljene podatke.Oni moraju odlučivati kako da upravljaju i organizuju druge i kako da kontrolišu procese u okviru sistema. Šta više, menadžeri zdravstvene njege moraju pomagati i drugima da donose odlke. Odlučivanje, čin odabira smjera djelovanja iz mnoštva opcija, može biti prilično stresan u savremenoj dinamičnoj i kompleksnoj industriji zdravstvene njege. Menadžeri zdravstvene njege mogu donekle smanjiti nivo svog stresa ukoliko nauče kako se donose odluke i kako da izbjegnu uobičajene greške koje dovode do toga da se donesu loše odluke (6).
Posao menadžera kao menadžerske funkcije su:

1. Utvrđivanje vizije, misije i ciljeva organizacije, na osnovu situacione analize, tj. analize i predviđanja eksternih i internih faktora okruženja;
2. Formulisanje strategije radi ostvarivanja ciljeva i organizacione misije;
3. Razvijanje planova u funkcije implementacije strategije (jednokratni: programi, projekti, budžeti; trajni: politike, pravila, procedure; taktičko-operativni vremenski planovi.

Funkcija organizovanja

1. Utvrđivanje i podjela posla (specijalizacija rada);
2. Departmentizacija (grupisanje poslova);

3. Delegiranje autoriteta;
4. Uspostavljanje lanca komandovanja i raspona (obima) kontrole.

Funkcija vođenja

1. Motivacija;
2. Liderstvo;
3. Komuniciranje;
4. Ponašanje i koordiniranje zaposlenih (pojedinačno i grupno).

Funkcija kontrole

1. Utvrđivanje standarda;
2. Mjerenje aktuelnih rezultata;
3. Kompariranje rezultata sa standardima;
4. Preduzimanje korektivnih akcija.

Kolaboracija, odnosno saradnja je veoma važan stil koji primjenjuju vođe grupa, odnosno timova. Moraju biti maksimalno kooperativnii sa puno samopouzdanja. Kolaboracija podrazumijeva visok stepen razumijevanja za udovoljavanje zahtjeva stranama koje se nalaze u konfliktu (1). Uspešnost ovog stila zavisi od brojnih sposobnosti učesnika u konfliktu, a zasnovan je na otvorenosti i povjerenju između svih učesnika u rješavanju konflikta. Ovom stilu treba težiti, jer daje najbolje efekte. Kolaboracija uz primjenu pravila za rješavane problema i konflikta je dobitna kombinacija.

Hamner je formulisao šest pravila za korišćenje tehnike promjene ponašanja (1):

Pravilo 1. Ne nagrađivati sve pojedince jednako. Za efikasnu podršku ponašanju, nagrade treba da zavise od učinka -ista nagradu znači podržavanje loših ili prosječnih rezultata, a ignorisanje dobrih.

Pravilo 2. Izostanak odgovora dovodi do promjene ponašanja. uticaj menadžera na službenike može počivati i na onome što oni rade, ali i na onome što menadžeri ne rade. Na primer, ako se ne pohvali zaposleni koji je to zaslužio, postoji mogućnost da onnaredni put ne ostvari dobre rezultate.

Pravilo 3. Zaposlenima se mora reći šta mogu da rade kako bi dobili podršku. Utvrđivanjem standarda ponašanja, svako od zaposlenih zna šta treba da uradi kako bi bio nagrađen. Kada postoje jasno definisana pravila svako može prilagoditi svoj model rada stremeći dostizanju ciljeva.

Pravilo 4. Radnicima jasno treba reći gde greše. Ako menadžer ne nagradi nekog radnika, a pri tome mu ne kaže zašto nije nagrađen, radnik možda neće znati koje ponašanje je, po mišljenju menadžera, nepoželjno. Radnik, takođe, može da pomisli da su on ili ona manipulisani.

Pravilo 5. Kazna se ne izriče pred drugima. Kritika upućena radniku može ponekad biti koristan način da se prekine nepoželjno ponašanje. Javna kritika je ponižavajuća za radnika, a među članovima grupe može izazvati mržnju prema menadžeru.

Pravilo 6. Menadžer mora biti korektan. Posljedice ponašanja moraju biti odgovarajuće. Svako ko zaslužuje nagradu treba da je dobije. Nagrada neće biti stimulativna ako je dobije neko ko je ne zaslužuje

Posao menadžera je pun izazova gdje ličnost uz naučene obrasce ponašanja u radu sa ljudima dolazi do izražaja. Međutim, rukovođenje je podložno učenju i promjenama, pod uticajem novih znanja i iskustava, pa bi bio najuspješniji onaj rukovodilac koji je sposoban da mijenja stil rukovođenja zavisno od najcjelishodnije potrebe u datoj situaciji (4).

Efektivno medicinsko obrazovanje nikada nije bilo važnije nego danas, jer radno okruženje i zahtjevi koji se pred zaposlene postavljaju daleko nadilaze postojeći sistem obrazovanja, koji gubi tempo suočen sa inovacijama u medicini, stalnim razvojem, kreiranjem novih radnih mesta, generisanjem novog kulturološkog okruženja i unapređenjem svakodnevne zdravstvene nege i upotrebe novih tehnologija. Otuda u poslednjim decenijama raste potreba za medicinskim radnicima koji pospešuju efikasnost medicinskih ustanova kroz generisanje novih ideja i njihovo pretvaranje u ekonomski isplative vještine i kompetencije. Značaj medicinskog obrazovanja i njegove implikacije na brže zapošljavanje kadrova leži u činjenici da ono podstiče pojedince da se proaktivno suoče sa prilikama koje su oko njih,a koje su specifične u različitim okruženjima i kulturama (7,8).

U jednom modelu budućnosti, sertifikovane medicinske sestre-babice zamjenjuju većinu poslova oko porodilja, kao i kućno osoblje u bolnicama. Ovaj model nudi brojne prednosti, kao što su ograničavanja troškova i kvalitet. Štaviše, njegova primjena bi mogla da otvori mogućnost za edukaciju ovih sestara i stanovnika u istinskom kolaborativnom modelu u obrazovnom okruženju i da počne da balansira odnos ljekara i sestre u brizi populacije „niskog rizika" (9).

KOMUNIKACIJA - OSNOVA DOBROG RUKOVOĐENJA

Već je ukazano na značaj komuniciranja u smislu povećanja opšteg kvantuma znanja. Kada se komuniciranje poredi sa nekim drugim oblastima života, često se ukazuje upravo na tu osobenost komuniciranja: „ako svaka od dvije osobe ima jednu jabuku, pa je razmijene, opet će svaka imati jednu jabuku; ako dvije osobe imaju po jednu ideju, pa je razmijene, obje će imati po dvije ideje" (10). Činjenica da će jednu informaciju znati vise ljudi je od opšte koristi. U tome se ogleda značaj komunikacije koja je osnova dobrog rukovođenja.

U odnosu između medicinskih sestara postoje hijerarhijska pravila. Svaki dan radi se plan zdravstvene njege koji izrađuje rukovodilac tima i odgovoran je za njegovo sprovođenje. Izvršene aktivnosti moraju se dokumentovati. Rukovodioci timova odgovorni su glavnoj sestri. Činioci koji utiču na primopredaju službe mogu biti: komunikacijski stil medicinske sestre, iskustvo i stečeno znanje, kontinuitet zdravstvene njege, uključenost pacijenta u njegu, jesu li medicinske sestre stalni član tima ili su na zamjeni, priroda bolesti pacijenta…

Problematična područja kod primopredaje službe mogu biti: propuštanje informacija, loša komunikacija medicinskih sestra, šumovi, buka, prekidanje i nepažnja osoblja nemogućnost povjerljivosti prilikom primopredaje službe, izostanak primopredaje službe i dr. Važne su smjernice za primopredaju sestrinske službe: prenositi relevantne podatke, provjeriti je li sve jasno, koristiti dokumentaciju i bilješke, važnost elektronske dokumentacija, kontinuitet njege, uključiti bolesnika u primopredaju, sigurnosni sastanak - sigurnosni brifing (informisanje), nadzor primopredaje sestrinske službe i dr. Model komuniciranja medicinska sestra - medicinska sestra je dvosmjerni. Hijerarhija sugeriše da ima primjene i jednosmjerne komunikacije. Dominira interpersonalni nivo i verbalno-neverbalni oblik komuniciranja. Medicinske sestre često su u komunikaciji s rodbinom pacijenata. Ta komunikacija izazovna je samo na nivou potrebnih informacija koje treba razmijeniti. Odnos je profesionalan. Medicinske sestre žele imati roditelje i rodbinu uključene u proces liječenja na način da pacijent prihvata pristup liječenja i odluke koje zajednički donose s ljekarom i medicinskim timom. Komunikacija između medicinskih sestara i ostalih učesnika godinama je predmet proučavanja brojnih autora. Istraživane su prepreke

za dobru komunikaciju u zdravstvenoj njezi i uticaj dobre komunikacije na zdravlje pacijenata. Nastoje se utvrditi moguća sredstva za poboljšanje dobre komunikacije. Rezultati su pokazali kako su glavni inhibirajući faktori dobre komunikacije u prvom redu lične karakteristike kao što je strah, nisko samopouzdanje, anksioznost, nivo pismenosti, ranija iskustva i s druge strane nedostatak komunikacijskih vještina, empatije, ne mogućnost postavljanja granice, vještine slušanja, okruženje. Dobra komunikacija ima pozitivan uticajna zdravstveno stanje pacijenta i njihov oporavak, a loša komunikacija ima negativan uticaj na zdravstveno stanje. Rezultati, takođe pokazuju kako upotreba dobre komunikacije nema samo pozitivan uticaj na pacijente, već i na zdravstvene profesionalce čineći ih zadovoljnijim na poslu, manje izložene stresu što ima jak uticaj na zdravlje (11). Zadovoljstvo poslom i stil rukovođenja je u uskoj vezi. To znači da menadžeri medicinskih sestara pažljivo razmotre svoj stil rukovođenja i uticaj koji imaju na medicinske sestre kojima upravljaju.

Menadžeri medicinskih sestara često su obavezni da organizuju, odobravaju i kontrolišu rasporede rada članova osoblja medicinskih sestara. Glavni cilj rukovodilaca medicinskih sestara je da osiguraju da je sestrinska radna snaga konfigurisana tako da se može pružiti siguran kvalitet brige o pacijentima. Mnoge sestre smatraju da im nisu data odgovarajuća ovlašćenja da adekvatno ispune svoje obaveze, a neke od njih, takođe tvrde da nisu dovoljno plaćene. Rezultate koje dobijaju glavne sestre u kontinuiranoj edukaciji medicinskih sestra uključuju procjenu potreba za osmišljavanje metoda studija, sprovođenje planova i naknadnih evaluacija u obrazovanju (12,13).

ZAKLJUČAK

Osobine koje oblikuju dobrog menadžera u sestrinstvu su: samoodgovornost, poštovanje drugih, povjerenje, stručnost, profesionalnost, briga za druge, empatija…

Današnje promjene u zdravstvenom sistemu nezaobilazno se reflektuju na sestrinstvo uključujući model razvoja koji se u osnovi temelji na sljedećim uslovima: tehnički uslovi koje sačinjavaju metode, procedure, proces rada i opremu; ljudski uslovi koji uključuju sposobnost efektivnog rada, kao i vođenje; konceptualni uslovi koji omogućuju viđenje organizacije kao cjeline i prepoznavanje načina interreakcije s funkcijom cijeloga društva.

Kontinuirani rad, svjesnost postojećih problema i njegovo rješavanje, kao i stalna edukacija, donose boljitak uzvišenom i humanom sestrinstvu.

LITERATURA

1. *Lončarević R. Menadžment principi, koncepti i procesi, Beograd: Univerzitet Singidunum 2007.*
2. *Ljubičić M. Inplementacija sestrinske dokumentacije u informacijski zdravstveni sustav i uticaj na kvalitetu zdravstvene njege, Diplomski rad, Zdravstveno veleučilište Zagreb, 2010.*
3. *Božan Mihelčić V. Menadžment u sestrinstvu – viđenje profesionalnog razvoja, Teme iz sestrinstva. 2008: 4(14).*
4. *Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena njega i savremeno sestrinstvo, Beograd, Naučna KMD. 2010.*
5. *Sellgren S, Ekvall G, Tomson G. Leadership styles in nursing management: preferred and perceived. J Nurs Manag. 2006 Jul;14(5):348-55.*
6. *Ozcan Yasar A. QUANTITATIVE METHODS IN HEALTH CARE MANAGEMENT, San Francisco, Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint989 Market Street, 2005 : 51,52.*
7. *Jovčić L. Primenjeni menadžment u reformi srednjeg stručnog obrazovanja u Srbiji. Sestrinska reč. 2018; 21(77):24-29.*
8. *Singchungchai P, Ingkathawornwong T, Kritcharoen S, Inthanon T, Limchai-Arunreung S, Phanthong U. Management of continuing education of nurse midwives by chief nurses in community hospitals in southern Thailand. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2009 Dec;3(4):147-53. doi: 10.1016/S1976-1317(09)60026-8.*
9. *Ament LA, Hanson L. A model for the future. Certified nurse-midwives replace residents and house staff in hospitals. Nurs Health Care Perspect. 1998 Jan-Feb;19(1):26-33.*
10. *Todorović Lj, Vučković-Dekić Lj. Komunikacija u biomedicinskim naukama, Univerzitetski udžbenik. Kragujevac: Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, 2015:22*
11. *Karabatić S, Zovko T, Basara L. Modeli, razine i oblici komuniciranja medicinskog osoblja i pacijenta. Zdravstveni glasnik, Mostar 2018;1:72-78*
12. *Dall'Ora C, Ball J, Redfern O, Recio-Saucedo A, Maruotti A, Meredith P, Griffiths P. Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study. In: Journal of Nursing Management. 2019; Vol. 27, No. 1. pp. 19-26.*
13. *Sprinks J. Nurs Manag (Harrow). Do ward sisters and charge nurses have the authority to do their job?2010. Apr;17(1):20-2.*

NOVINE U ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU – KORAK KA PREVENTIVNOJ ZDRAVSTVENOJ NEZI

NEW DEVELOPMENTS IN HEALTH INSURANCE - A STEP TOWARDS PREVENTIVE HEALTH CARE

Nada Trifković[1]
[1]Medicinska škola Beograd

APSTRAKT

Prema predlogu Zakona o zdravstvenom osiguranju, koji je ušao u skupštinsku proceduru, pacijenti koje se ne budu odazivali predloženim preventivnim pregledima i procedurama će plaćati 35% lečenja.

Preventivna zdravstvena zaštita je obavezni i primarno značajan deo zdravstvene zaštite, koji podrazumeva nekoliko nivoa u organizaciji i realizaciji:

- *Podizanje svesti ovništva o značaju i potrebi preventivne zdravstvene zaštite*
- *Zakonska obaveza i regulativa preventivne zdravstvene zašt*
- *Organizacija i koordinacija zdravstvenih ustanova na sprovođenju i praćenju preventivne zaštite*
- *Stručno osposobljen kadar za sve oblike preventivne zdravstvene zaštite i nege, što podrazumeva implementaciju ovih tema i sadržaja u nastavne programe zdravstvene nege ili izrada posebnog programa preventivne zdravstvene nege.*
- *Izrada Programa praćenja preventivne zdravstvene zaštite i nege koji bi bio uvezan internetom u svim zdravstvenim centrima i ustanovama (jedinstvena šifra pacijenata)*

ZAKLJUČAK: Za uvođenje i praćenje kvalitetne preventivne zdravstvene zaštite neophodno je, osim podizanja svesti o značaju iste, obezbediti uslove i osposobiti kadar koji bi sprovodio preventivnu zdravstvenu zaštitu i negu. Iskorak ka preventivnoj zdravstvenoj zaštiti kao obaveznom delu zdravstvene zaštite, po uzoru na razvijene zemlje, prioritetan je zadatak Ministarstva za zdravlje i Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja i saradnja ova dva ministarstva u smislu organizacije (Ministarstvo zdravlja) i edukacije (Ministarstvo prosvete, nauke i tehn. razvoja) od izuzetnog značaja jeza implementaciju preventivne zdravstvene zaštite i nege u naš zdravstveni sistem.

KLJUČNE REČI: preventivna zdravstvena zaštita, novi nivo saradnje pacijent ustanova, uloga Ministarstava

ABSTRACT

According to the proposal of the Law on Health Insurance, which entered the parliamentary procedure, patients who did not respond to the proposed preventive examinations and procedures will pay 35% of the treatment. Preventive health care is a compulsory and primary part of health care, which involves several levels of the organization and realization:

- *Raising awareness of the population on the importance and need for preventive health care*
- *Mandatory by law and legal regulation of preventive health care*
- *Organization and coordination of health institutions in the implementation and monitoring of preventive care*
- *Qualified staff for all forms of preventive health care, which implies the implementation of these topics and contents in nursing education programs or the development of a special preventive health care program.*
- *Development of a Program for monitoring preventive health care that would be connected to the Internet in all health centers and institutions (unique code of patients)*

CONCLUSION: In order to introduce and monitor a high quality preventive health care, besides raising awareness of the importance of the same, it is necessary to provide adequate conditions and to train staff which will implement preventive health care. The progress towards preventive health care as a mandatory part of health care, based on the example of developed countries, is a priority task of the Ministry of Health and Ministry of Education, Science and Technological Development and cooperation between these two ministries in terms of organization (Ministry of Health) and education (Ministry of Education, Technological Development) is of great importance for the implementation of preventive health care in our healthcare system.

KEY WORDS: preventive health care, organization of preventive health care, new level of cooperation patient institution, role of Ministries.

UVOD

Svetska zdravstvena organizacija je još u drugoj polovini XX veka usvojila Memorandum o preventivnoj zdravstvenoj nezi i zaštiti [1]. Po ovom konceptu su pre 30 godina sve napredne zemlje uvrstile u sistem zdravstvene zaštite i u obrazovni system za područje zdravstva, Programe preventivne zdravstvene nege.

U Republici Srbiji se zdravstvena zaštita [2] najčešće definiše u pet nivoa mera i aktivnosti;

- Mere usmerene na unapređenje i očuvanje zdravlja;
- Mera sprečavanje i suzbijanje oboljenja;
- Rano otkrivanje bolesti;
- Blagovremeno lečenje;
- Rehabilitacija

U anglosaksonskoj literaturi zdravstvena zaštita se obično definiše u tri nivoa prevencije prema poznatoj podeli Levela i Klarka[3]:

Korespondent:
Dr sci.Nada Trifković
nada.trifkovic@gmail.com

- Prvi nivo ili primarna prevencija, obuhvata period pre nastanka oboljenja i označava unapređenje i očuvanje zdravlja i sprečavanje i suzbijanje oboljenja;
- Drugi nivo ili sekundarna prevencija odnosi se na rano otkrivanje i blagovremeno lečenje oboljenja;
- Treći nivo ili tercijarna prevencija odnosi se na rehabilitaciju.

Svaki od navedenih nivoa zdravstvene zaštite podrazumeva čitav niz mera i aktivnosti koje doprinose postizanju ciljeva koji su postavljeni u okviru primarne zdravstvene zaštite.

Prava i obaveze gradjana u okviru zdravstvene zaštite odnose se na pravo na zdravstvenu zaštitu i mogućnost ostvarivanja najvišeg mogućeg nivoa zdravlja. Sa druge strane, individualno, svaki građanin je dužan da:

- vodi brigu o sopstvenom zdravlju i zdravlju svoje dece;
- pruže prvu pomoć u skladu sa svojim znanjem i mogućnostima;
- učestvuju u zdravstveno-preventivnim delatnostima;
- ne ugrožavaju zdravlje drugih osoba.

U savremeni concept zdravlja uklapa se pristupačnije određenje pojma zdravlja koji se definiše kao „resurs za svakodnevni život, a ne kao objekat življenja (SZO 1986), gde se zdravlje posmatra kao „sposobnost da se indentifikuju i realizuju aspiracije, zadovolje potrebe i da se menja ili savlada životna sredina [4].
U kontekstu primarne prevencije ovakva gledišta imaju praktičnu primenu posebno kroz promociju zdravlja i zdravih stilova života gde su pojedinci usmereni da aktivno učestvuju u ličnom i očuvanju zdravlja u zajednici. Kako je vreme značajne urbanizacije i modernizacije, stanovništvo je sve više suočeno sa učestalim novim zdravstvenim problemima, kao što su hronične nezarazne bolesti i posebno, maligne bolesti.

Prema sadašnjim dokazima, između 30 i 50 odsto smrtnih slučajeva od karcinoma, može se sprečiti modifikovanjem ili izbegavanjem ključnih faktora rizika, uključujući izbegavanje duvana, smanjenje konzumiranja alkohola, redovno vežbanje, održavanje optimalne telesne težine, i smanjenje faktora rizika koji mogu predhoditi infekciji [5].

U cilju očuvanja i promocije zdravlja širom sveta pokrenut je niz akcija na najvišem međunarodnom nivou od Otava povelje (Ottawa Charter), preko Milenijumskih ciljeva (Millennium Development Goals), do Ciljeva održivog razvoja (Sustainable Development Goals) koji su prihvaćeni i u Srbiji [5]

Preventivna zdravstvena nega u tesnoj je vezi sa promotivnim aktivnostima medicinskih sestara koje učestvuju u strategiji ''Promocije zdravlja" koja obuhvata:

- zajednički teorijski okvir za objašnjenje nove filozofije unapređenja zdravlja;
- niz strateških opredeljenja i aktivnosti organizovanih sa ciljem da dovedu do zdravlja;
- složen i sveobuhvatan sociopolitički process okrenut ka individui i zajednici kao i ka determinantama zdravlja.

ŠTA JE PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA?

Preventivna zdravstvena zaštita obuhvata…..''Sistem planiranja i organizovanja provere, edukacije i zaštite stanovnoštva od svih vrsta zdravstvenih rizika i bolesti". .Ovako organizovan zdravstveni sistem ima uštedu od najmanje 30% rizičnih pacijenata, čije zdravstvene probleme ovako koncipiran sistem zdravstvene zaštite detektuje na vreme i usmerava na preglede i prevenciju i zaštitu.

U nerazvijenim zemljama, svest stanovništva o prevenciji je na veoma niskom nivou i to otežava koncept preventivne zaštite, sa jedne strane, a sa druge strane sam zdravstveni sistem nije obezbedio organizaciju zdravstvene zaštite i edukacije pacijenata o neophodnosti iste.

Ove godine je i u našoj zemlji preventivna zdravstvena zaštita dobila prioritet i zakonsku osnovu.

Prema predlogu Zakona o zdravstvenom osiguranju, koji je ušao u skupštinsku proceduru, pacijenti koje se ne budu odazivali predloženim preventivnim pregledima i procedurama će plaćati 35% lečenja.

Preventivna zdravstvena zaštita je obavezni i primarno značajan deo zdravstvene zaštite, koji podrazumeva nekoliko nivoa u organizaciji i realizaciji:

- Podizanje svesti stanovništva o značaju i potrebi preventivne zdravstvene zaštite;
- Zakonska obaveza i regulativa preventivne zdravstvene zaštite;
- Organizacija i koordinacija zdravstvenih ustanova na sprovođenju i praćenju preventivne zaštite;
- Stručno osposobljen kadar za sve oblike preventivne zdravstvene zaštite i nege, što podrazumeva implementaciju ovih tema i sadržaja u nastavne programe zdravstvene nege ili izrada posebnog programa preventivne zdravstvene nege;
- Izrada Programa praćenja preventivne zdravstvene zaštite i nege koji bi bio uvezan internetom u svim zdravstvenim centrima i ustanovama (jedinstvena šifra pacijenata)

ZAKLJUČAK

Za uvođenje i praćenje kvalitetne preventivne zdravstvene zaštite neophodno je, osim podizanja svesti o značaju iste ovezbediti uslove i osposobiti kadar koji bi sprovodio preventivnu zdravstvenu zaštitu i negu.

Iskorak ka preventivnoj zdravstvenoj zaštiti kao obaveznom delu zdravstvene zaštite, po uzoru na razvijene zemlje, prioritetan je zadatak Ministarstva za zdravlje i Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja i saradnja ova dva ministarstva u smislu organizacije (Ministarstvo zdravlja) i edukacije (Ministarstvo prosvete, nauke i tehn. razvoja) od izuzetnog je značaja za implementaciju preventivne zdravsrvene zaštite i nege u naš zdravstveni sistem.

Ono što prethodi organizaciju preventivne zdravstvene nege i zaštite je kvalitetna i sveobuhvatna edukacija zdravstvenih kadrova za ovu primarnu, neophodnu kariku u zdravstvenom sistemu. To podrazumeva implementaciju preventivne zdravstvene nege u sve programe zdravstvene nege i izradu posebnog studijskog programa koji bi bio ključan u okviru master studija, specijalističkim i doktorskim studijama.

Da bi ovo zaživelo u praksi, neophodno je angažovanje svih subjekata koji učestvuju u kreiranju i realizaciji zdravstvenog sistema.

Zakonski okvir, konsenzus svih odgovornih za zdravstvenu zaštitu i izradu programa koji bi osposobili budući kadar za primenu i realizaciju preventivne zdravstvene nege su tri koraka, koja su već dali značajne rezultate u drugim zemljama i koje su i kod nas krenula u realizaciju.

LITERATURA

1. *WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.*
2. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti R. Srbije ("Sl.glasnik RS", br. 107/2005, 72/2009 - dr zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012)*
3. *Centre for Evidence-Based Medicine, NHS Research and Development, Oxford, 1997*
4. *Kekuš D. Zdravstvena nega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, 2017*
5. *WHO. Global status report on noncommunicable diseases, World Health Organization, Geneva; 2014.*

IZVEŠTAJ O SIMPOZIJUMU GLAVNIH SESTARA I BABICA, SESTARA I BABICA IZ PRAKSE I PROFESORA ZDRAVSTVENE NEGE, TARA, 28. 11. - 2.12.2018. GODINE

predsednik UMSTBS Dijana Otašević,

Tradicionalni Simpozijum glavnih sestara i babica, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege održan je na Tari, u hotelu „Omorika" od 28.11. do 02.12.2018. godine u organizaciji Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije, a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije i Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije.

Simpozijum je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije, kao Nacionalni Simpozijum sa međunarodnim učešćem (br. akreditacije: D-1-969/18; br. odluke: 153-02-2275/2018-01 od 21.08.2018.) za medicinske sestre i zdravstvene tehničare,ginekološko-akušerske sestre-babice, lekare, stomatologe, farmaceute, biohemičare, specijaliste menadžmenta u zdravstvu.

Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije finansijski je pomogla održavanje Simpozijuma.

Simpozijumu je prisustvovalo 360 učesnika iz zdravstvenih i obrazovnih ustanova za medicinske sestre-tehničare iz Republike Srbije, Crne Gore, Republike Srpske, Federacije BiH i Makedonije. Svečanom otvaranju Simpozijuma prisustvovali su direktorka KMSZTS Radmila Ugrica, član Zdravstvenog saveta Srbije Dušica Biočanin, predsednik Skupštine KMSZTS Dragoslav Itov, predsednik IO Ogranka Užice Goran Todić, predstavnici Ogranka Beograd, Ogranka Užice, predsednica Sindikata MSTS Radica Ilić, Prdstavnik UMSTB Republike Srpske dipl med.sestra Biljana Pandžić. U radu Simpozijuma učestvovao je i dr Aleksandar Stojanović, direktor Doma Zdravlja Palilula, koji je na Panel diskusiji pozdravi učesnike Simpozijuma ispred ministarstva zdravlja.
Pisma podrške UMSTBS i radu na Simpozijumu, uputili su NJ.K.V.princeza Katarina Karađorđević, i direktor VMŠ „M. Milanković", prof dr Gordana Komnjenović, na čemu im se i ovom prilikom zahvaljujemo.

Realizaciju i rad Simpozujuma, podržali su i brojni sponzori, donatori i prijatelji UMSTBS: EKO-Lab, PTM,TA Evro-Turs, Cepter, i dr, koji su prezentovali svoja predavanja i proizvode u vezi sa aktuelnim temama i svakodnevnom sestrinskom praksom.

Predsednik Stručnog odbora Simpozijuma bio je Dragan Kodžo, struk. med. tehničar i spec.kliničke nege, glavni tehničar KMO na IORS-u u Beogradu.

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

I plenarna sesija na temu „SAVREMENI PRISTUP U ORGANIZACIJI SESTRINSKE SLUŽBE U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA KROZ RUKOVOĐENJE, MOTIVACIJU I KVALITET U ZDRAVSTVENOJ NEZI, izazvao je ogromnu zainteresovanost prisutnih na Simpozijumu. Predavanja su održali 6 predavača po pozivu, za sve nivoe zdravstvene zaštite. Kroz interaktivnu diskusiju, koju je vodila moderator Marijana Milošević, struk. med.sestra, sa Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije u Beogradu, razmenjena su iskustva.

Zaključci sa I plenarne sesije su:

1. Predložiti izmene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti tako da Zdravstvena nega bude definisana kao profesionalno područje rada medicinskih sestara-tehničara.
2. Inicirati donošenje Zakona o sestrinstvu, kojim će se regulisati sestrinska profesija, a samim tim i Zdravstvena nega kao polje rada medicinskih sestara-tehničara.
3. Zakonski regulisati osnivanje Službe zdravstvene nege u zdravstvenim ustanovama na svim nivoima zdavstvene zaštite.

II plenarna sesija na temu „INFORMACIONE TEHNOLOGIJE U ZDRAVSTVENOJ NEZI-PRIMENOM DO ZDRAVLJA I ZNANJA,, ukazao je da medicinske sestre-tehničari poseduju osrednji nivo znanja iz ove oblasti, kao i slabu upotrebu informacionih tehnologija u svakodnevnoj sestrinskoj praksi. Moderator okruglog stola bila je prof. dr Dragana Milutinović sa Katedre za zdravstvenu negu Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, a 5 eminentnih predavača, profesora zdravstvene nege iz srednjih i visokih škola i fakulteta, kao i saradnici u nastavi iz zdravstvenih ustanova, diskutovali su na pomenutu temu.

Zaključci sa II plenarne sesije su:

1. Potrebno je osnažiti promociju aktivnosti UMSTBS koristeći društvene mreže kao što su: Facebook, Instagram, Twiter, Youtube, što je u ovom momentu i dostupno u UMSTBS.
2. Inicirati osnivanje Foruma informatike u sestrinstvu pri UMSTBS.
3. Proslediti predlog u RFZO za izmene i dopune Šifarnika usluga u zdravstvu, gde će usluge u okviru zdravstvene nege biti precizno definisane i vrednovane.

Tradicionalno, stručne aktivnosti Simpozijuma, pored plenarne tematike, realizovane su u okviru usmenih i poster prezentacija, gde su predstavljena iskustva sestara u svakodnevnoj praksi, u primeni novih tehnologija i lekova, sestrinske procedure kao i sestrinska istraživanja. U svakoj sesiji, Komisija je izabrala najbolju usmenu i poster prezentaciju, a svi autori nagrađenih radova imaju

mogućnost da se njihov rad, nakon adaptacije i recenzije, publikuje u nacionalnom sestrinskom časopisu „Sestrinska reč“, čiji je osnivač i izdavač Udruženje a u kategoriji je M53.

Po mišljenju stručnih komisija, najbolje prezentacije na Simpozijumu bile su:

1. Metadonski program-Vladimir Spasojević-OB Gornji Milanovac.-Poster prezentacija.
2. Najčešći hirurški problemi u dečjem uzrast -Marina Dušić-OB Čačak-Poster prezentacija.
3. Stavovi medicinskih sestara o profesionalnom riziku od krvlju prenosive infekcije-Ivana Dondo-KC Vojvodine,Novi Sad-Usmena prezentacija.
4. Fournier gangrena-prikaz slučaja-Biljana Despotović-Jonić-VMA Beograd-Usmena prezentacija.
5. Savremena nastavna sredstva u realizaciji nastave vežbi predmeta Zdravstvena nega dece-Slađana Šunka-Medicinska škola ,,7.april,,Novi Sad-Usmena prezentacija.
6. Edukacija pacijenata tokom specifičnog onkološkog lečenja-hemioterapije-Sanela Mitrović-IORS Beograd -Usmena prezentacija.
7. Zdravstvena edukacija onkološkog pacijenta-Nada Isić-UKC Tuzla-Usmena prezentacija. Svim prvonagrađenima iz svake sesije su dodeljene prigodne nagrade od strane sponzora i SMSTS.

Stručni odbor Simpozijuma posebno ističe usmenu prezentaciju Olivere Simić, iz Urgentnog centra KCS, na temu “Transplatacija jetre“, zbog značaja i aktuelnosti tematike. UMSTBS će na predstojećem V Kongresu maja 2019.god, jednu od plenarnih sesija posvetiti upravo transplataciji organa, u cilju podrške Nacionalnoj kampanji ministarstva zdravlja Republike Srbije “Produži život”.

Na Simpozijumu je održana Panel diskusija UMSTBS, KMSZTS i SMSTS sa temom ,,Da li će sestrama u Srbiji biti bolje od 2019.godine sa platnim razredima“. Panel diskusija je izazvala veliko interesovanje učesnika i propraćena je značajnim prisustvom učesnika. U Panel diskusiji učestvovali su: predsednica UMSTBS Dijana Otašević, predstavnik MZ Dr Aleksandar Stojanović, direktorka KMSZTS Radmila Ugrica i predsednica Sindikata MSTS Radica Ilić, kao i većina učesnika prisutnih na sesiji. Diskusija je bila bogata, sveobuhvatna i trajala je dugo.

Doneti su sledeći zaključci sa ove Panel diskusije:

1. Sve zdravstvene ustanove, udruženja i pojedinci tokom 2019. godine treba da dostave predloge za izmene i dopune Kataloga radnih mesta i platnih razreda-predlog predsednice Sindikata MSTS.
2. Pokrenuti inicijativu za donošenje Zakona o sestrinstvu - predlog svih učesnika Panela, a UMSTBS će biti nosilac aktivnosti uz podršku KMSZTS i SMSTS.

Veliku pažnju učesnika privuklo je i popularno predavanje „Optimizacija i organizacijarada u savremenoj bolnici primenom novih tehnologija pre svega usmerenih na smanjenje incidence bolničkih infekcija“ sa predavačem Dr sci. Med. Vladimirom Živanovićem iz KBC ,,Dragiša Mišović,, u Beogradu. Radionica,,Telemedicina i principi edukacije pacijenata u terapiji i nezi pacijenata sa Diabetes melitusom, sa predavačima Gordanom Jovanović, Mirjanom Jevremović, Biljanom Naumov i Lidijom Žižić-Novaković iz KBC ,,Zvezdara,, u Beogradu, takođe su privukle veliku pažnju učesnika Simpozijuma, koji su na licu mesta mogli da provere vrednosti šećera u krvi.

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

1. Informacije o simpozijumu 59% učesnika dobilo je od kolega, 35% putem sajta a 6% poštom;
2. Mesto održavanja simpozijuma 76% učesnika je ocenilo odlično,21 % dobro,1% prosečno a 2% loše;
3. Izbor i aktuelnost tema učesnici su ocenili prosečnom ocenom 4,63;
4. Predavače plenarnih tema učesnici su ocenili prosečnom ocenom 4,67 dok su nosioci usmenih prezentacija ocenjeni prosečnom ocenom 4,71 a poster prezentacija prosečnom ocenom 4,79;
5. Nova znanja primenjiva u praksi steklo je 76% učesnika, dok se delimično sa tim slaže 22% učesnika,2% učesnika smatra da nova znanja nisu primenljiva u praksi.
6. Opšta ocena simpozijuma je 4,73;
7. Predložene teme za budući Simpozijum su: ,,Uslovi rada medicinskih sestara-tehničara ,,Bezbednost pacijenata sa analizom profesionalnih grešaka“ Profesionalni stres ,, Mobing,, Mesto medicinske sestre u društvu; ,,Interventne procedure u pedijatrijskoj kardiologiji i ostala pedijatrijska problematika; ,,Tropske bolesti; ,,Sepsa,, ; Hirurške teme,, itd.
8. Komentari učesnika: ,,Da ostane isto i mesto i vreme,, Ništa ne menjati , sve je odlično,, poširoka megunarodna sorabotka“ ,,pozdrav od Makedonija-zagolemna sorabotka,,predivni ste i samo tako nastavite“, Manje tema iz komunikacije itd.

Na osnovu pomenute evaluacije, Simpozijum je pozitivno ocenjen od strane učesnika, visokom prosečnom ocenom(4,73), što je potvrda da je napravljen dobar izbor tema i predavača.

Pre početka rada Simpozijuma, održano je akreditovano predavanje sa pismenim rešavanjem testa, na temu „Aktuelni standardi u primeni periferne intravenske terapije, čiji su autori Prof.dr Dragana Milutinović i Doc.dr Drgana Simin sa Katedre Zdravstvene nege MF u Novom Sadu. Evaluacijom učesnika, 69% učesnika je konstatovalo da su u potpunosti inovirali i stekli nova znanja, 29% da su ih stekli delimično a 2% da, su ih stekli malo. Prosečna ocena na testu je iznosila 4,71.

U ime Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije zahvaljujemo se Ministarstvu zdravlja Republike Srbije i KMSZTS na pokroviteljstvu i učešću u radu Simpozijuma.

Beograd, 14.12.2018. godine

Predsednik Stručnog odbora Simpozijuma
Dragan Kodžo, spec. struk. med.teh. .kliničke nege

Predsednica Udruženja medicinskih sestara,
tehničara i babica Republike Srbije

Dijana Otašević, dipl. med. sestra

IN MEMORIAM

Prof.dr sci.med.
Đurica Matić
1941 - 2019

Sa pijetetom i velikim poštovanjem oprostili smo se od prof. dr sci.med. Đurice Matić koja je preminula 12.aprila 2019.godine.

Profesorka Đurica Matić rođena je u Krapini, Hrvatska. Završila je gimnaziju i Višu školu za medicinske sestre JCKa u Beogradu kao stipendista Centralnog odbora Jugoslovenskog crvenog krsta. Po završetku školovanja tri godine je radila u zdravstvu, a potom 11 godina kao nastavnik zdravstvene nege i higijene u Srednjoj medicinskoj školi u Beogradu, na Zvezdari. Više od tri decenije radila je u Višoj medicinskoj školi u Beogradu u nastavi, prošavši sva zvanja od stručnog saradnika do profesora zdravstvene nege gde je birana za nastavne predmete: Zdravstvena nega u internoj medicini i Hitna stanja u internoj medicine sa intenzivnom negom. Penzionisala se 2007.godine.
Diplomirala je na Pedagoškom fakultetu u Rijeci. Magistrirala je na Multidiscplinarnim studijama Univerziteta u Beogradu, a potom doktorirala na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Biće zapamćena kao

PRVA MEDICINSKA SESTRA U SRBIJI KOJA JE DOKTORIRALA NA MEDICINSKOM FAKULTETU U BEOGRADU koja je ostala u struci.

Krasile su je najlepše osobine pravog nastavnika zdravstvene nege uz posedovanje neneverovatne snage u profesionalnom radu, etičnost i neiscrpni entuzijazam u unapređenju sestrinske profesije u obrazovanju i vrednovanju sestrinskog rada. Obavljala je funkciju najpre pomoćnika, a kasnije i v.d. direktora Više medicinske škole u Beogradu u periodu 1990-1994.god. Obnavljala je zgradu u Zemunu gde je škola bila preseljena, formirala kabinete, nabavljala nastavna učila. Bila neumorni pregalac u afirmaciji škole i sestrinstva u javnosti. Motivisala je nastavnike u nastojanju da se kroz dodatno obrazovanje na fakultetskom nivou obezbedi nastavni kadar u Školi. Zahvaljujući njenim vizijama zdravstvene nege u nastavnim planovima za obrazovanje medicinskih sestara, postale su samostalne discipline. Uz velike otpore nastojala je da se obrazovanje medicinskih sestara podigne na viši nivo, uvodeći petosemestralne studije za medicinske setre, koje su kasnije prerasle u trogodišnje studije. Promovisala je neophodnost obrazovanja sestara na akademskom, fakultetskom nivou. Insistirala je na istraživačkom radu u sestrinstvu, i bila uzor, učitelj i nastavnicima i studentima. Sposobnost lepog izražavanja, dostojanstvenog držanja i kulture ponašanja, omogućile su joj naziv ,,prave gospođe”.

Bila je višegodišnji ispitivač Republičke komisije za polaganje stručnog ispita za nastavnike medicinskih škola. Kao predavač po pozivu bila je čest gost na mnogobrojnim skupovima sestrinskih asocijacija sa kojima je održavala tesnu saradnju.
Kao član UMSTRS na poziciji predsednika Komiteteta za istraživanje dala je veliki doprinos u afirmaciji Udruženja, kroz publikovanje radova i istraživanje u sestrinstvu prateći savremene trendove što je i pretočila u prvu publikaciju ,,Vodiča za sestrinska istraživanja”, čiji je bila jedan od autora. Autor je udžbenika Zdravstvena nega u internoj mediicini koji je objavila 1998.godine

Dobitnik je brojnih priznanja – zahvalnica, diploma, povelja, plaketa i nagrada.

Prof.dr sci. med. Đurica Matić ostaće u najlepšoj uspomeni brojnim generacijama studenata, nastavnika i sestara iz prakse, uz veliku zahvalnost za sve što je činila i ostavila iza sebe u sestrinstvu kao nastavnik zdravstvene nege i član Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije.

Neka joj je večna slava i hvala !

UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

2. **Autorska prava.** Autori se slanjem rukopisa i prihvatanjem za štampu automatski odriču autorskih prava koje prenose na UMSTBS. Rukopisi koji sadrže materijal koji je već objavljen na drugom mestu ne mogu biti prihvaćeni.

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

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

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

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

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

5. **Tehnički zahtevi.** Radovi se pišu na srpskom ili engleskom jeziku. Pismo časopisa je latinica. Tekst rukopisa mora biti koncizan, sistematičan, jezički korektan i štampan na računaru. Tip pisma mora biti "Times New Roman", veličina fonta u tekstu 12pt, dupli razmak između redova, margine 2,5 cm. Rukopis može sadržati do 30.000 karaktera. Latinski nazivi se pišu italic pismom. Koriste se samo generički nazivi lekova (naziv proizvođača se može navesti u zagradi, ukoliko je neophodno).

6. **Obavezni elementi rukopisa:**

- **Naslovna strana** - sadrži predloženu kategorizaciju članka, naslov članka na srpskom i engleskom jeziku, puna imena i prezimena autora, tačan naziv ustanove ili ustanova kojima autori i koautori pripadaju i država u kojima se ustanove nalaze, kontakt podatke autora-korespodenta u vezi sa rukopisom (ime, prezime, adresa, telefon, e-mail)
- **Sažetak (apstrakt)** - na srpskom i engleskom jeziku; formata do 250 reči i izdvojenih 3-5 ključnih reči. Sažetak može biti strukturiran (uvod, cilj, metode, rezultati sa diskusijom, zaključak) ili nestrukturiran (jedinstveni paragraf) zavisno od kategorije rada;
- **Uvod** – kratak prikaz problematike teme i cilja rada;
- **Metodologija rada** - podaci o izvoru podataka, tipu istraživanja, uzorku ispitanika, mernim instrumentima, ispitivanim varijablama i statističkim metodama obrade podataka (ukoliko se radi o naučnom istraživanju), tj. o metodama primenjenim u radu (u drugim slučajevima);
- **Rezultati istraživanja** - prikaz podataka sa tekstualnim, tabelarnim ili grafičkim pojašnjenjem i obrazloženjem problematike, kao i propratnom diskusijom;
- **Zaključak** - kratke zaključne napomene sa jasnom porukom koja proističe iz rezultata istraživanja;
- **Literatura** - Citiranje literature vrši se prema Vankuverskom sistemu. Reference je potrebno numerisati rednim arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu. Redosled reference navesiti u uglastim zagradama [ ] nakon citata. Maksimalan broj referenci je 30.

Primer osnovne strukture reference za standardni članak u časopisu:

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

Primer osnovne strukture reference za knjigu:

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

Primer osnovne strukture reference za poglavlje iz knjige:

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

Primer osnovne strukture reference za članak sa stručnih sastanaka:

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

Primer osnovne strukture reference za članak u časopisu na internetu:

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

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

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

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

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

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

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

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

RADOVE SLATI NA MEJL: sestrinskarec@gmail.com

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

austroline

Tolstojeva 20A
11000 Beograd

+381 11 3674 841
+381 11 2662 514
+381 11 2660 195

office@austroline.co.rs
www.austroline.co.rs