ČASOPIS UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA REPUBLIKE SRBIJE

sestrinska reč

BROJ 84

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

ORIGINALNI ČLANAK
//Original article

PREGLEDNI ČLANAK
//Review article

STRUČNI ČLANAK
//Professional article

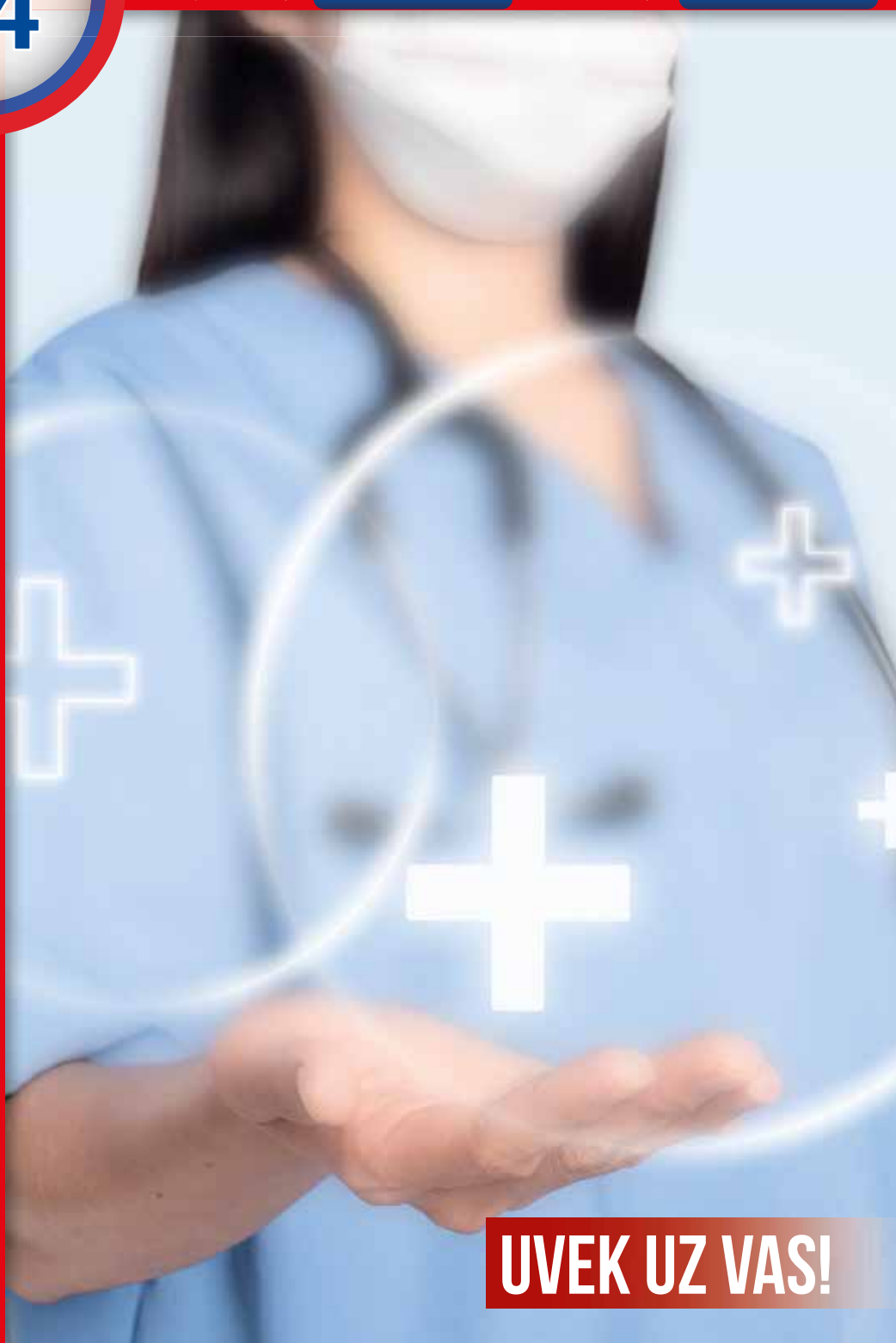
PRIKAZ SLUČAJA
//Case report

AKTUELNE TEME
//Current topics

PISMO UREDNIKU
//Letter to the Editor

SAOPŠTENJA
//Statements

JUL 2022.
GODINA XXV



Časopis Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije

sestrinska reč

Godina XXV ● Broj 84 ● Beograd, Resavska 28 ● Jul, 2022.

IZDAVAČ:
Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije
Glavni i odgovorni urednik:
Dr sc. med. Dušanka Tadić
Naučni odbor:
Prof. dr sc. med. Dragana Simin, predsednik
Prof. dr sc. med. Ljiljana Milović
Prof. dr sc. med. Dragana Milutinović
Prof. dr sc. med. Mile Despotović
Dr sc. med. Biljana Stojanović Jovanović, prof. struk. stud.
Bojana Jovanović, mast. zdrav. nege
Redakcioni odbor:
Dr sc. med. Dušanka Tadić, glavni i odgovorni urednik
Prof. dr sc. med. Ljiljana Milović
Prof. dr sc. med. Dragana Milutinović
Dr sc. med. Sanja Šumonja, prof. struk. stud.
Mr sc. Sanja Stanisavljević
Mr sc. Živana Vuković Kostić
Dragan Kodžo, struk. mast. med. sest.
Dijana Otašević, dipl. med. sest.
Vesna Cmiljanić, struk. med. sest.
Katarina Katanić, struk. med. sest.
Tehnička priprema za štampu:
Štamparija Bigraf plus, Crnotravska 7-9
Uredništvo i administracija:
Resavska br. 28, Beograd
sestrinskarec@gmail.com
Tel/Fax: 011/33-47-353, 33-47-354
E-mail: office@umsts.org
Site: www.umsts.org
Žiro račun UMSTS: 205-158443-59
PIB: 102593313
Izlazi: Dva puta godišnje
Tiraž: 500
ISSN 0354 - 8422 = Sestrinska Reč
COBISS. SR - ID 54398466

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.253.5

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

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

SESTRINSTVO - ESENCIJALNA PROFESIJA U OBEZBEĐIVANJU UNIVERZALNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NURSING – AN ESSENTIAL PROFESSION IN PROVIDING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE *Sanja Šumonja*	**UVODNIK** EDITORIAL	**3**
POTREBE ZA SUPORTIVNOM NEGOM PACIJENTKINJA NAKON OPERACIJE KARCINOMA DOJKE SUPPORTIVE CARE NEEDS OF PATIENTS AFTER BREAST CANCER SURGERY *Slobodan Tomić, Sanja Tomić, Milena Mikić, Goran Malenković*	**ORIGINALNI RAD** ORIGINAL ARTICLE	**4-9**
REFLEKSIVNE TENDENCIJE STUDENATA ZDRAVSTVENE NEGE TOKOM KLINIČKE PRAKSE REFLEXIVE TENDENCIES OF NURSING STUDENTS DURING CLINICAL PRACTICE *Nemanja Petković, Jelena Egić, Mirko Prosen, Sabina Ličen*	**ORIGINALNI RAD** ORIGINAL ARTICLE	**10-16**
KOLIKO JE NARUŠEN KVALITET ŽIVOTA PACIJENTA U RANOJ FAZI MOŽDANOG UDARA? HOW MUCH IS THE PATIENT'S QUALITY OF LIFE IMPAIRED IN THE EARLY STAGES OF STROKE? *Aleksandar Jovanović, Miroslav Ušjak, Jelena Niković, Radoslav Pejin, Sanja Tomić*	**ORIGINALNI RAD** ORIGINAL ARTICLE	**17-21**
SUBJEKTIVNI APSEKT KVALITETA ŽIVOTA PACIJENATA SA DIJABETESOM MELITUSOM SUBJECTIVE ASPECT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS *Srđan Živanović, Veselinka Kulić, Natalija Hadživukuvić, Jelena Pavlović, Sandra Matović, Marija Vasiljević, Mile Despotović*	**ORIGINALNI RAD** ORIGINAL ARTICLE	**22-25**
TRANSKULTURALNO SESTRINSTVO U SRBIJI – VAŽAN FAKTOR JEDNAKOSTI U ZDRAVLJU TRANSCULTURAL NURSING IN REPUBLIC OF SERBIA – AN IMPORTANT FACTOR FOR HEALTH EQUALITY *Ljubica Pajić Nikolić, Milica Marjanović, Maja Savić Sekulić*	**PREGLEDNI RAD** REVIEW ARTICLE	**26-29**
ZAMOR I DEPRESIJA KOD BOLESNIKA SA SARKOIDOZOM FATIQUE AND DEPRESSION IN PATENTS WITH SARCOIDOSIS *Mileva Stojanović, Svetlana Kašiković Lečić, Mina Cvjetković-Bošnjak, Danica Sazdanić Velikić, Jovan Javorac, Dejan Živanović*	**PREGLEDNI RAD** REVIEW ARTICLE	**30-32**
UČEŠĆE RODITELJA U HUMANIZACIJI BORAVKA DECE U BOLNICI PARTICIPATION OF PARENTS IN THE HUMANIZATION OF CHILDREN'S STAY IN HOSPITAL *Dragica Ranković, Ljiljana Jovčić, Verica Trbović , Danijela Jezdimirović*	**STRUČNI RAD** PROFESSIONAL ARTICLE	**33-35**
SESTRINSKE INTERVENCIJE KOD KOMPLIKACIJA ARTERIOVENSKE FISTULE NURSING INTERVENTIONS IN COMPLICATIONS OF ARTERIOVENOUS FISTULA *Mira Novković, Lada Petrović*	**STRUČNI RAD** PROFESSIONAL ARTICLE	**36-39**
SAOPŠTENJE KOMORE (KMSZTS) STATEMENT FROM THE CHAMBER *Radmila Ugrica*	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**40**
SAOPŠTENJE UDRUŽENJA (UMSTBS) - simpozijum STATEMENT FROM THE ASSOCIATION *Dijana Otašević*	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**41-42**
SAOPŠTENJE UDRUŽENJA (UMSTBS) - svečana akademija STATEMENT FROM THE ASSOCIATION *Dijana Otašević*	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**43**
SAOPŠTENJE ČLANOVA UDRUŽENJA - nagrada Verica Ćorluka STATEMENT FROM THE MEMBERS	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**44**
U SEĆANJE na Vericu Milovanović IN MEMORIAM - Verica Milovanović *Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije*	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**45**
UPUTSTVO AUTORIMA INSTRUCTIONS TO AUTHORS	**INFORMATIVNI PRILOG** INFORMATIVE ATTACHMENT	**46-47**

SESTRINSTVO - ESENCIJALNA PROFESIJA U OBEZBEĐIVANJU UNIVERZALNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

NURSING – AN ESSENTIAL PROFESSION IN PROVIDING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Sanja Šumonja
Departman za biomedicinske nauke, Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera u Subotici

UNIVERZALNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Univerzalna zdravstvena zaštita podrazumeva jednaku mogućnost ostvarivanja kvalitetnih zdravstvnih usluga bez finansijskih poteškoća za sve ljude [1]. Ujedinjene nacije su 2015. godine usvojile agendu "Održivi razvoj do 2030. godine", koja sadrži 17 ključnih ciljeva za čovečanstvo i planetu [2]. Cilj 3 odnosi se na postizanje dobrog zdravlja i blagostanja za sve, kroz obezbeđivanje univerzalne zdravstvene zaštite. Države potpisnice navedene agende obavezale su se da će do 2030. godine pokušati da ostvare univerzalnu zdravstvenu zaštitu obezbeđivanjem prustupa kvalitetnim, osnovnim zdravstvenim uslugama, bezbednim, efikasnim i pristupačnim lekovima i vakcinama za celokupno stanovništvo [2]. Ključ za postizanje univerzalne zdravstvene zaštite je orijentacija ka primarnoj zdravstvenoj zaštiti, prevenciji bolesti i promociji zdravlja.

SESTRINSKA PROFESIJA U OBEZBEĐIVANJU UNIVERZALNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Sestrinstvo je esencijalna profesija u obezbeđivanju mnogih ciljeva agende održivog razvoja i univerzalne zdravstvene zaštite. Medicinske sestre pružaju usluge pojednicima, porodicama, zajednicama, bolesnim i zdravim, u svim fazama života i različitim okruženjima [3]. Sestrinstvo se bavi istraživačkim i obrazovnim radom, učestvuje u upravljanju zdravstvenim sistemima i zalaganju za bezbednu životnu sredinu [3]. Sagledavajući navedene uloge, jasno je da sestrinstvo ima kapacitet da značajno doprinese postizanju univerzalne zdravstvene zaštite. Proširivanje delokruga rada medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i prevenciji, jedan je od ključnih ciljeva Globalne strategije za razvoj ljudskih resursa u zdravstvu [4]. Laurant i sar. su u okviru preglednog istraživanja, utvrdili da medicinske sestre odgovarajućeg nivoa obrazovanja mogu da pruže jednake ili kvalitetnije zdravstvene usluge u odnosu na lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ostvare iste ili povoljnije ishode lečenja, veće zadovoljstvo i vraćanje pacijenata na kontrolne preglede [5].

KAKO OJAČATI ULOGU MEDICINSKIH SESTARA U OBEZBEĐIVANJU UNIVERZALNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE?

Jedna od prepreka ostvarivanju univerzalne zdravstvene zaštite je nedostatak i neadekvatna raspodela zdravstvenih radnika [1]. Globalna radna snaga medicinskih sestara, koje čine 59% radne snage u sistemu zdravstvene zaštite, nije dovoljna da obezbedi ciljeve agende održivog razvoja i univerzalnu zdravstvenu zaštitu [6]. Oko 80% radne snage medicinskih sestara nalazi se u zemljama koje obuhvataju polovinu svetske populacije. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) procenjuje da je za nadoknadu globalnog nedostatka medicinskih sestara do 2030. godine potrebno povećati broj diplomiranih studenata za 8% godišnje, uz povećanje kapaciteta za njihovo zapošljavanje [6].

Izveštaj SZO o globalnom stanju sestrinske profesije ukazuje na značajne aspekte profesije koje je potrebno jačati, kako bi se obezbedila univerzalna zdravstvena zaštita:

- ulaganje i masovnije obrazovanje medicinskih sestara u odgovoru na nove promene društvenih, ekonomskih i političkih odnosa koji utiču na zdravlje populacije,
- obezbeđivanje najmanje šest miliona novih medicinskih sestara, posebno u nerazvijenim i zemljama u razvoju, do 2030. godine i ravnomerna distribucija radne snage,
- jačanje liderstva u sestrinstvu kako bi se obezbedilo učešće medicinskih sestara u donošenju odluka, zakonskih normi i drugih regulativa važnih za funkcionisanje zdravstvenog i socijalnog sektora [6].

Pored navedenih, Globalna strategija za razvoj ljudskih resursa u zdravstvu naglašava da su ključni ciljevi u sestrinskoj profesiji kontrola migracija medicinskih sestara i podsticanje zapošljavanja u manjim naseljima, unapređenje kvaliteta obrazovanja, uključivanje medicinskih sestara u donošenje odluka i upravljanje radnom snagom medicinskih sestara kroz praćenje tržišta rada [4].

ZAKLJUČAK

U cilju ostvarivanja doprinosa sestrinske profesije postizanju univerzalne zdravstvene zaštite potrebno je racionalno i plansko upravljanje radnom snagom medicinskih sestara, preispitivanje uloge medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uključivanje medicinskih sestara u donošenje odluka i upravljenje sistemom zdravstvene zaštite. Kao preduslov svemu navedenom, neophodno je uskladiti sistem obrazovanja medicinskih sestara sa novim zdravstvenim, društvenim i ekonomskim izazovima.

LITERATURA

1. *World Health Organization. Universal Health Coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 10th April 2022]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)*
2. *United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015.*
3. *International Council of Nursing. Nursing definitions [Internet]. Geneva: International Council of Nursing; 2002 [cited 10th April 2022]. Available from: https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions*
4. *World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.*
5. *Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018;7:CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.*
6. *World Health Organization: State of World`s Nursing: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.*

POTREBE ZA SUPORTIVNOM NEGOM PACIJENTKINJA NAKON OPERACIJE KARCINOMA DOJKE

SUPPORTIVE CARE NEEDS OF PATIENTS AFTER BREAST CANCER SURGERY

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

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

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

SAŽETAK

Uvod: *Suportivna nega obuhvata detekciju i pružanje neophodnih intervencija radi sprečavanja, kontrole ili ublažavanja komplikacija i neželjenih efekata, s' ciljem poboljšanja komfora i kvaliteta života onkoloških pacijenata. Ovim istraživanjem želeli smo da utvrdimo obim i nivoe neispunjenih potreba pacijentkinja operisanih od karcinoma dojke, kao i njihovu povezanost sa sociodemografskim karakteristikama i faktorima rizika.*

Materijal i metode: *Istraživanje po tipu analitičko-deskriptivne studije preseka realizovano je tokom 2019. godine u Institutu za onkologiju Vojvodine u Sremskoj Kamenici. U istraživanju je učestovalo 40 pacijentkinja operisanih od karcinoma dojke. U svrhu ispitivanja nivoa i vrsti potreba za negom i podškom korišćen je upitnik Short form of the Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34) – Potrebe za suportivnom negom- kratka forma upitnika. Upitnik sadrži 34 stavke, mapirane na pet domena. Viša vrednost skora (maksimum 5, minimum 1) ukazuje na viši nivo potrebe pacijenata za podrškom.*

Rezultati: *Prosečna starost pacijetkinja iznosi 61.5±12.8 godina. Najviši nivo potrebe za suportivnom negom je utvrđen za domen Zdravstveni sistem i informacije (2,14 ± 0,34), a najniža vrednost za domen Seksualnost (1.13 ± 0.28). Utvrđena je statistički značajna razlika u prosečnim vrednostima za domen Zdravstveni sistem i informacije u odnosu na nivo obrazovanja (p=0.03), pri čemu pacijentkinje sa višim nivoom obrazovanja imaju veći nivo potreba iz ovog domena.*

Zaključak: *Ova studija pruža informacije o potrebama za suportivnom negom operisanih od karcinoma dojke, koje utiču na svakodnevni život obolelih. Rezultati istraživanja jasno ukazuju da se pacijentkinje posle operacije karcinoma dojke suočavaju sa nezadovoljenim potrebama u svim u domenima, osim u domenu seksualnosti.*

Ključne reči: *suportivna nega, karcinom dojke, nezadovoljene potrebe, Short form of the Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)*

SUMMARY

Introduction: *Supporative care includes detection and providing necessary interventions to prevent, control or alleviate compications and side effects in order to improve the comfort and quality of life of cancer patients to meet their needs. The aim of this research was to determine the level of unsatisfied needs of patients after breast cancer surgery and also to determine connection with social demographic characteristics and risk factors.*

Material and methods: *This study was conducted as a cross-sectional study, on a sample of 40 patients that have undergone surgical breast cancer treatment at the Oncology Institute of Vojvodina in Sremska Kamenica during 2019. The instrument used in this research was Short form of the Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34). It was used to determine the level and type of healthcare assistance needed by the patients. The questionnaire consisted of 34 questions that are divided through five domains. The higher score (min=1, max=5) indicates a higher need for support.*

Results: *The average age of the patients was 61.5±12.8 years. The highest level of required healthcare support was determined in the domain of the Healthcare system and information, while the domain with lowest value was Sexuality. Statistically significant difference was discovered between the values of the Healthcare system and information and the educational level (p=0.03), which indicates that patients with a higher level of education have a bigger level of needs from this domain.*

Conclusion: *This study provides information about patient needs for supportive care in daily life activities, after breast cancer surgery. The results of the research clearly indicate that patients after breast cancer surgery face unmet needs in all domains except sexuality.*

Key words: *supportive care, breast cancer, unsatisfied needs, Short form of the Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)*

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

Rad primljen: 20.12.2021; Rad prihvaćen: 13.04.2022.

UVOD

Suportivna nega se definiše kao briga za poboljšanje kvaliteta života pacijenata koji imaju ozbiljnu bolest ili bolest opasnu po život. Cilj suportivne nege je da se što pre preveniraju ili leče simptomi bolesti, neželjeni efekti izazvani lečenjem bolesti i psihološki, socijalni i duhovni problemi u vezi sa bolešću ili njenim lečenjem [1].

Prema načelima Svetske zdravstvene organizacije, oboleli od malignih tumora svrstavaju se u hronične bolesnike [2]. Maligni tumor kao hronična, složena bolest zahteva sveobuhvatan medicinski tretman u kome suportivna nega ima za cilj postizanje najvišeg mogućeg oporavka [1]. Suportivna nega treba da obezbedi i poboljša kvalitet života pacijenata zadovoljavanjem njihovih različitih potreba [1,2].

Karcinom dojke je bolest koja se može javiti gotovo u svim starosnim grupama. Bez obzira na godine života, poznato je da suočavanje sa dijagnozom karcinoma dojke stvara snažne emotivne reakcije kao što su strah od smrti, strah od bolesti, osećanje beznađa/bespomoćnosti, gubitak kontrole i dr. Nakon hirurškog tretmana karcinoma dojke pacijentkinje se susreću sa posledicama koje imaju negativan uticaj kako na psiho-socijalno tako i njihovo fizičko funkcionisanje. Psihosocijalne posledice mogu negativno uticati na sposobnost održavanja društvene uloge, a samim tim i odnos sa drugim ljudima. Poteškoće u funkcionalnom smislu najčešće se manifestuju kao restrikcije i limitacije u realizaciji aktivnosti dnevnog života [3,4].

Potrebe pacijentkinja za suportivnom negom razlikuju se u zavisnosti od stadijuma bolesti (rani, uznapredovali ili metastatski karcinom dojke), zatim starosti pacijentkinja, njihovih individualnih, društvenih i kulturoloških karakteristika ili jednostavno, prema individualnim percepcijama [5-6]. Ono što je zajedničko svim operisanim pacijentkinjama kada su u pitanju njihove potrebe, jeste da je spektar tih potreba mnogostruk. U domenu fizičkog funkcionisanja to su potrebe usmerene na aktivnosti dnevnog života, kretanje i kontrolu bola. Potrebe u vezi sa edukacijom pacijentkinja, njihovom informisanošću u vezi sa lečenjem, socijalna podrška, psihološka podrška, duhovna podrška i rehabilitacija, najčešći su domeni suportivne nege [3]. Važno je naglasiti da se potrebe pacijentkinja za suportivnom negom menjaju tokom svih faza bolesti.

Dosadašnja istraživanja ove teme ukazuju da pacijenti operisani zbog karcinoma dojke često prijavljuju nezadovoljene potrebe u vezi sa informacijama i intervencijama [6]. Strah od umiranja, promene u ponašanju uz pojačanu anksioznost, problem sa koncentracijom i spavanjem, poteškoće, kako u domenu fizičkog, tako i emocionalnog blagostanja, najčešći su razlozi nezadovoljenih potreba ovih pacijenata [7-8]. Danas se smatra da je pružanje suportivne nege od izuzetnog značaja za dijagnostiku i lečenje karcinoma. Prvi korak u planiranju bilo kakvih usluga suportivne nege pacijenata operisanih zbog karcinoma dojke je identifikovanje njihovih potreba [9]. Stoga je cilj naše studije da utvrdimo nezadovoljene potrebe pacijentkinja neposredno nakon operacije karcinoma dojke.

MATERIJAL I METODE

Studija po tipu analitičko-deskriptivne studije preseka realizovana je u Institutu za onkologiju Vojvodine u Sremskoj Kamenici, na Klinici za operativnu onkologiju. Anketiranje pacijentkinja sprovedeno je u vremenskom periodu od decembra 2018. godine do februara 2019. godine. Uzorak je obuhvatio 40 pacijentkinja koje su operisane zbog karcinoma dojke. Kriterijumi uključivanja u studiju su bili: pacijentkinje sa postavljenom dijagnozom karcinoma dojke, starosti od 18-90 godina i dobrovoljmo učešće u istraživanju. Sve pacijentkinje su bile upoznate sa ciljevima istraživanja putem pisane informacije, one koje su želele da učestvuju poptisale su pismenu saglasnost.

INSTRUMENT

Za anketiranje pacijentkinja korišćen je upitnik *Short form of the Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34)* - Potrebe za suportivnom negom- kratka forma upitnika, kojim se utvrđuje obim i nivo potreba pacijenata u toku poslednjih mesec dana. Ukupno 34 stavki mapirane su na sledećih 5 domena: psihološki (10 stavki), fizički i dnevni život (5 stavki), nega i podrška pacijenata (5 stavki), seksualnost (3 stavke) i zdravstveni sistem i informacije (11 stavki). SCNS-SF34 koristi format Likertove skale u 5 tačaka na sledeći način: *1- nepotrebno* (kao posledica bolesti ovo nije bio problem za mene); *2- zadovoljan* (bila mi je potrebna pomoć, ali moja potreba za pomoći u tom trenutku je bila zadovoljena); *3-manja potreba* (ova stavka mi je izazvala zabrinutost ili nelagodnost. Imala sam malu potrebu za dodatnom pomoći); *4-umerena potreba* (ova stavka mi je izazvala zabrinutost ili nelagodnost. Imala sam umerenu potrebu za dodatnom pomoći) i *5- velika potreba* (ova stavka mi je izazvala zabrinutost ili nelagodnost. Imao/la sam veliku potrebu za dodatnom pomoći) [10]. Prosečni skorovi domena su dobijeni sumiranjem odgovora na svaku od pripadajućih stavki u domenu i deljenjem sa ukupnim brojem stavki. Viša vrednost skora (maksimum 5, minimum 1) ukazuje na viši nivo potrebe pacijentkinja za podrškom nakon operacije karcinoma dojke.

Za potrebe naše studije, korišćeni su i socio-demografski podaci (pol, bračni status, zanimanje, nivo obrazovanja i mesto stanovanja), podaci o faktorima rizika (pušenje), anamnestički podaci o trudnoći/rađanju i pozitivnoj porodičnoj anamnezi o obolevanju od karcionoma dojke.

STATISTIČKA ANALIZA

Za statističku obradu podataka korišćen je programski paket IBM SPSS Statisics 20. Analiza podataka je obuhvatila deskriptivne podatke i inferencijalne statistike. Numerička obeležja su prikazana putem srednjih vrednosti (aritmetička sredina) i mera varijabiliteta (rang, standardna devijacija), a atributivna obeležja korišćenjem frekvencija i procenata. Testiranje značajnosti razlika u prosečnim vrednostima domena u odnosu na socio-demografske karakteristike i faktore rizika je vršeno primenom Student-ovog t-testa za dve grupe podataka i ANOVA (Analiza varijanse) za tri ili više grupa podataka. Statistički značajnim se smatraju vrednosti nivoa značajnosti $p \leq 0,05$.

ETIČKA RAZMATRANJA

Za potrebe istraživanja dobijena je saglasnost Etičkog odbora Instituta za onkologiju Vojvodine u Sremskoj Kamenici.

REZULTATI

U Tabeli 1 su prikazane sociodemografske karakteristike uzorka. Prosečna starost pacijentkinja iznosi 61,5±12,81, pri čemu je najmlađa pacijentkinja starosti 37 godina, a najstarija 89 godina. Najveći broj pacijentkinja je u braku (70%). Skoro svaka druga pacijentkinja (47,5%) je penzionerka. Nešto više od polovine ispitanica je sa završenom srednjom školom (55%). Tri četvrtine pacijentkinja (75%) živi u gradu.

Tabela 1. Socio-demografske karakteristike uzorka

Obeležja		N	%
Bračni status	udata	26	65.0
	neudata	2	5.0
	udovica	5	12.5
	razvedena	7	17.5
Zanimanje	zaposlena	13	32.5
	domaćica	8	20
	penzionerka	19	47.5
Nivo obrazovanja	osnovna škola	5	12.5
	srednja škola	22	55
	viša škola/fakultet	13	32.5
Mesto stanovanja	Grad	30	75
	Selo	10	25
Starost			
Mean±SD			61.5±12.81

N =apsolutna učestalost; % = relativna učestalost; SD= standardna devijacij

U Tabeli 2 su prikazani bihejvioralni faktori rizika (pušenje) i anamnestički podaci o trudnoći/rađanju i pozitivnoj porodičnoj anamnezi o obolevanju od karcionoma dojke. Najveći broj pacijentkinja (52,5%) čine nepušači. Karcinom u porodici je prisutan kod svake desete pacijentkinje (10%). Najveći broj pacijentkinja (60%) ima dvoje ili više dece.

Tabela 2. Faktori rizika za nastanak karcinoma dojke

Obeležja		N	%
Pušenje	da	11	27.5
	ne	21	52.5
	bivši pušač	8	20
Trudnoća	nemam dece	4	10
	jedno dete	12	30
	više dece	24	60
Pozitivna porodična anamneza	da	4	10
	ne	36	90

Učestalost potrebe za podrškom je izračunata za svaku dimenziju, na osnovu odgovora na svaku kategoriju instumenta SCNS-SF34. Podaci su grupisani u dve kategorije na sledeći način: „nisu postojale potrebe“ (1-nepotrebno, 2-zadovoljan) i „postojale su potrebe“ (3-niska potreba, 4-umerena potreba i 5-visoka potreba). Pored toga, izračunali smo procenat odgovora za drugu kategoriju „postojale su potrebe“, kako bismo utvrdili učestalost deset najčešćih potreba za negom (Tabela 3). Najčešće potrebe pacijentkinja uočene su u domenima fizičkog i dnevnog života, zdravstvenom sistemu i psihološkom domenu. Više od trećine pacijentkinja (35%) istaklo je potrebu za suportivnom negom u vezi sa realizaciojm svakodnevnih aktivnosti. Na sledećem mestu jeste njihova potreba za savetima od strane stručnjaka. Bilo da se radi o savetima neophodnim samim pacijentkinjama ili članovima njihove porodice, 27,5% pacijentkinja imalo je ovu potrebu. Svaka četvrta pacijentkinja istakla je potrebu za informacijama u vezi dnevnih aktivnosti koje mogu realizovati nakon operacije i potrebu za informacijama u vezi bolesti. (Tabela 3).

Tabela 3. Učestalost najčešćih potreba za suportivnom negom

Domen	Stavke domena	N (%)
FD-fizički i dnevni život	Nemogućnost da radite stvari koje ste ranije radili.	14 (35)
	Rad u kući	8 (20)
	Nedostatak energije	6 (15)
ZSI- zdravstveni sistemi i informacije	Dostupnost saveta od strane stručnjaka (psiholog, socijalniradnik, lekar specijalista, medicinska sestra) ukoliko je vama, vašoj porodici ili prijateljima to potrebno	11 (27.5)
	Informisanost o stvarima koje možete uraditi i tako pomoći sebi da bi ste se osećali bolje	10 (25)
	Informisanost o karcinomu	10 (25)
	Dobijanje informacija o aspektima lečenja vaše bolesti i neželjenim efektima u kućnim uslovima	6 (15)
PP- psihološki domen	Ovladavanje vašom situacijom	6 (15)
	Strah od širenja karcinoma	6 (15)
	Osećanje tuge	6 (15)

Kao što je prikazano u Tabeli 4, najviša prosečna vrednost tj. najviši nivo potrebe za negom je utvrđen za domen Zdravstveni sistem i informacije, a najniži nivo potreba u našoj studiji, ispitanice su imale u domenu Seksualnosti.

Tabela 4. Prosečne vrednosti domena upitnika

Domeni SCNS-SF34	N	Mean ± SD
Zdravstveni sistem i informacije	11	2.14 ± 0.34
Psihološke potrebe	10	1.68 ± 0.18
Nega i podrška pacijenata	5	1.59 ± 0.62
Fizički i dnevni život	5	2.01 ± 0.67
Seksualnost	3	1.13 ± 0.28

Primenom odgovarajućih statističkih testova (Student-ov t-test, ANOVA), utvrđena je statistički značajna razlika samo u prosečnim vrednostima domena Zdravstveni sistem i informacije u odnosu na stepen obrazovanja (p=0,037), pri čemu nivo potreba raste sa višim nivoom obrazovanja. Nije utvrđena značajna razlika u prosečnim vrednostima ostalih domena u odnosu na sve analizirane socio-demografske karakteristike (Tabela 5). U odnosu na faktore rizika za nastanak karcinoma dojke nisu utvrđene statistički značajne razlike.

Tabela 5. Razlike prosečnih vrednosti domena u odnosu na socio-demografske karaktersitike

	DOMENI SCNS-SF34				
	Zdravstveni sistem i informisanost	Nega i podrška pacijenata	Psihološka podrška	Fizički i dnevni život	Seksualnost
Starost do 49 godina 50 i više godina	2,32 ± 0,42 2,09 ± 0,30 p=0,06	1,64 ± 0,17 1,69 ± 0,19 p=0,50	1,51 ± 0,45 1,61 ± 0,66 p=0,67	1,91 ± 0,51 2,03 ± 0,72 p=0,64	1,15 ± 0,34 1,13 ± 0,27 p=0,86
Bračni status udata ostalo	2,19 ± 0,31 2,11 ± 0,35 p=0,46	1,67 ± 0,19 1,68 ± 0,18 p=0,82	1,74 ± 0,73 1,50 ± 0,54 p=0,24	2,13 ± 0,83 1,94 ± 0,58 p=0,40	1,14 ± 0,31 1,13 ± 0,27 p=0,87
Zaposlenost zaposlena nezaposlena penzionerka	2,22 ± 0,35 2,07 ± 0,42 2,13 ± 0,30 p=0,59	1,62 ± 0,17 1,67 ± 0,15 1,73 ± 0,19 p=0,23	1,53 ± 0,47 1,63 ± 0,79 1,61 ± 0,65 p=0,92	1,91 ± 0,49 2,08 ± 0,68 2,04 ± 0,79 p=0,82	1,18 ± 0,29 1,13 ± 0,35 1,11 ± 0,25 p=0,76
Nivo obrazovanja osnovna škola srednja škola viša škola /fakultet	2,04 ± 0,33 2,07 ± 0,16 2,34 ± 0, 34 p=0,03	1,64 ± 0,17 1,69 ± 0,19 1,69 ± 0,17 p=0,85	1,76 ± 0,94 1,43 ± 0,56 1,78 ± 0,54 p=0,23	2,28 ± 0,76 2,00 ± 0,70 1,91 ± 0,61 p=0,58	1,20 ± 0,45 1,11 ± 0,24 1,15 ± 0,29 p=0,76
Mesto stanovanja grad selo	2,14 ± 0,32 2,15 ± 0,40 p=0,96	1,67 ± 0,19 1,70 ± 0,17 p=0,69	1,60 ± 0,59 1,56 ± 0,72 p=0,87	2,00 ± 0,70 2,02 ± 0,62 p=0,93	1,16 ± 0,30 1,07 ± 0,21 p=0,39

DISKUSIJA

Hirurški tretman karcinoma dojke u našem istraživanju je bio prvi modalitet s kojim su pacijentkinje započele lečenje. Na osnovu rezultata naše studije uočljivo je da 60% pacijentkinja operisanih zbog karcinoma dojke ima bar jednu nezadovoljenu potrebu za suportivnom negom. Pacijentkinje su iskazale najviši nivo potrebe za suportivnom negom u domenu Zdravstvenog sistema i informacija. Ovaj domen sadrži i najveći broj stavki, ukupno 11. Stavke uključuju informacije u pisanom obliku o aspektima bolesti, o prednostima i neželjenim efektima tretmana pre nego sto pacijenti pristanu na lečenje, dobijanju informacija o rezultatima testova što je pre moguće, informisanost o karcinomu koji je pod kontrolom ili se umanjuje, dostupnost saveta od strane stručnjaka (psiholog, socijalni radnik, lekar), kao i o lečenju unutar zdravstvene ustanove. Učesnice naše studije najčešće su imale nezadovoljene potrebe za sledeće 3 stavke: "dostupnost saveta od strane stručnjaka (psiholog, socijalni radnik, lekar specijalista)", "ukoliko je vama, ili vašoj porodici to potrebno, informisanost o stvarima koje možete uraditi i tako pomoći sebi da bi se osećali bolje" i "informisanost o karcinomu koja je pod kontrolom ili se umanjuje i dobijanje informacija o aspektima lečenja bolesti i neželjenim efektima u kućnim uslovima."

Ovi rezultati su u skladu su istraživanjima drugih autora, čiji rezultati sugerišu da se povećane potrebe za podrškom javljaju upravo kada pacijentkinje započinju lečenje [6,11]. Osim toga, ovakav rezultat u našoj studiji može biti i dokaz da se potrebe koje percipiraju pacijentkinje operisane zbog karcinoma dojke i podrška koju pružaju zdravstveni radnici razlikuju. Za pacijentkinje u našem istraživanju jednako važan bio je i aspekt psihološke i socijalne podrške koji uključuje interakciju i deljenje sličnog iskustva sa drugim pacijentima.

Dosadašnji rezultati pokazuju da su psihosocijalne potrebe snažno povezane sa psihičkim stresom i smanjenim kvalitetom života [12-14]. U našoj studiji, strah od širenja karcinoma i osećanje tuge dominantne su nezadovoljene potrebe gotovo kod dve trećine svih pacijentkinja. Koncept straha je uključivao suočavanje sa dijagnozom karcinoma dojke, strah od smrti i negativne sporedne efekte lečenja. U nekoliko studija dobro su dokumentovani podaci da je većina nezadovoljenih potreba upravo u domenu psihosocijalnih potreba, i to u ranoj fazi lečenja, što može imati negativne efekte na kvalitet života [15-16]. Rezultati studija sugerišu da su u zemljama zapadne Evrope upravo nezadovoljene potrebe bile najveće u psihološkom domenu [17], dok u azijskim zemljama i zemljama u razvoju najveći broj nezadovoljenih potreba se javlja u domenu zdravstvenog sistema i informacija [18]. Stoga možemo zaključiti da su potrebe za podrškom proizvod interakcije psihologije zasnovane na kulturološkom kontekstu [19].

Kada je u pitanju domen fizičkog dnevnog života i funkcionisanja, nemogućnost pacijentkinja da izvode aktivnosti koje su ranije bez problema realizovale i nedostatak energije uz prisustvo umora, izdvojile su se kao dominantne potrebe. U domenu nege i podrške, učesnice naše studije su tokom anketiranja istakle da im podrška dolazi od porodice, prijatelja, supružnika, ali i zdravstvenih radnika.

Nakon što su podvrgnute hirurškom tretmanu zbog karcinoma dojke, percepcija, emocije i stav prema telu izmenjeni su i naročito je izražena tendencija operisanih da se osećaju manje ženstveno, što zauzvrat može negativno uticati na njihovo samopoštovanje, seksualni život i odnose sa partnerom [20]. U našoj

studiji domen seksualnosti imao je najnižu prosečnu vrednost (1,13 ± 0,28). S obzirom da je istraživanje realizovano neposredno nakon hirurške intervencije, ne čudi što su pacijentkinje upravo u ovom domenu imale najmanje nezadovoljenih potreba.

Pojedini autori naglašavaju značaj i uticaj sociodemografskih karaktristika pacijentkinja na nivo i obim nezadovoljenih potreba [18]. Rezultati studije realizovane u Meksiku, ukazuju da kod mlađih pacijentkinja postoji povećana potreba za negom u domenu fizičkog i dnevnog života [13]. Međutim, u našem istraživanju nije utvrđena značajna razlika u potrebi za negom u odnosu na starost pacijentkinja. Osim toga, stopa prevalencije ukupnih potpornih potreba za negom u našem uzorku je bila niža.

U odnosu na sociodemografske karakteristike, značajan uticaj na nivo i obim nezadovoljenih potreba utvrđen je samo za stepen obrazovanja. Naime, u našem istraživanju nivo potreba i to samo u domenu Zdravstvenog sistema i informacija raste sa višim nivoom obrazovanja. Takođe, u našem istraživanju nije utvrđena statistički značajna veza u odnosu na potrebu za pružanjem podrške prema ispitivanim faktorima rizika za nastanak karcinoma dojke.
Rezultati prospektivne studije pokazuju da više od 80% žena 5-8 godina nakon hirurškog tretmana, prijavljuje bar jednu upornu potrebu. Navodi se da lečeni od karcinoma dojke i dalje doživljavaju osećaj neizvesnosti o budućnosti, strah od ponovne pojave recidiva, simptoma, neželjenih efekata lečenja, što može komplikovati rehabilitaciju nakon lečenja i imati negativan uticaj na kvalitet života [21]. Međutim, u mnogim slučajevima nisu zadovoljene potrebe za podrškom [22]. Ovo je često zbog niskog prioriteta suportivne nege u zdravstvenim sistemima sa oskudnim resursima [23-25].

Suportivna nega tokom i nakon lečenja karcinoma dojke je neophodna i treba da bude dostupna i pristupačna svim pacijentima i njihovim porodicama. Ovu činjenicu potvrđuju i brojne studije čiji je cilj sagledavanje procene potreba za podrškom [26]. Suportivna nega predstavlja važan deo terapije operisanih od karcinoma dojke, a neophodni su dalji napori da se procene potrebe pojedinačnih pacijenata i da se obezbedi najbolja moguća nega u multidisciplinarnom okruženju.

ZAKLJUČAK

Rezultati naše studije jasno pokazuju da se posle operacije karcinoma dojke nezadovoljene potrebe pacijentkinja javljaju u svim u domenima, osim seksualnosti. Najveći stepen nezadovoljenih potreba pacijentkinje su imale u domenu Zdravstvenog sistema i informisanosti. U ovom domenu pacijentkinje sa većim stepenom obrazovanja imale su i više nezadovoljenih potreba. Bolje razumevanje potreba za suportivnom negom operisanih zbog karcinoma dojke pomoći će svim zdravstvenim radnicima da razviju optimalne intervencije podrške. Na taj način moguće je ostvariti glavni cilj suportivne nege, a to je poboljšanje kvaliteta života pacijentkinja sa karcinomom dojke, pomažući im da se izbore sa svojim bolom, strahovima i brigama.

LITERATURA

1. *Nacional Cancer Institute at the National Institutes of Health. Dictionaries. [Internet]. 2020 Oct [cited 2020 Dec 12]. Available from: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries.*
2. *World Health Organization International Classification of Impairment, Disabilities an Handicaps. A manual or classification relating to consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980.*
3. *Ammitzbøll G, Kjaer T, Johansen C, Lanng C, Wreford Andersen,E, Kroman N, et al. Effect of progressive resistance training on health-related quality of life in the first year after breast cancer surgery-resultsfrom a randomized controlled trial. Acta Oncol. 2019; 31:1-8*
4. *Fiszer C, Dolbeault S, Sultan S, Brédart A: Prevalence, intensity and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. Psychooncology. 2014;23:361– 74.*
5. *Gangane N, Pravin Khairkar, Hurtig AK, Sebastián MS. Quality of Life Determinants in Breast Cancer Patients in Central Rural India. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(12):3325-32.*
6. *Cheng KKF, Devi RD, Wong WH, Koh C. Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. Eur J Oncol Nurs. 2014;18:3-9.*
7. *Amatya B, Khan F, Galea MP. Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: a rehabilitation perspective. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2017;10:347–57.*
8. *Fong EJ, Cheah WL. Unmet Supportive Care Needs among Breast Cancer Survivors of Community-Based Support Group in Kuching, Sarawak. International Journal of Breast Cancer. 2016;1-9.*
9. *Ng ZX, Ong MS, Jegadeesan T, DengS, T Yap C. Breast Cancer: Exploring the Facts and Holistic Needs during and beyond Treatment. Healthcare. 2017;5(26):1-11.*
10. *Zeneli A, Fabbri E, Donati E, Tierney G, Pasa S, Berardi MA, et al. Translation of Supportive Care Needs Survey Short Form 34 (SCNS-SF34) into Italian and cultural validation study. Support Care Cancer. 2016;24(2):843-8.*
11. *Chou YH, Chia-Rong Hsieh V, Chen XX, Huang TY, Shieh SH. Unmet supportive care needs of survival patients with breast cancer in different cancer stages and treatment phases. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020:59(2), 231–6.*
12. *Edib Z, Kumarasamy V, binti Abdullah N, Rizal AM, Al-Dubai SAR. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. Health and Quality of Life Outcomes. 2016;14(1):1–10.*
13. *Pérez-Fortis A, Fleer J, Sánchez-Sosa JJ, Veloz-Martínez MG, Alanís-López P, J. Schroevers M, et al. Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients.Support Care Cancer. 2017;25:3273-80.*
14. *Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2011;41:530–6.*
15. *Epplein M, Zheng Y, Zheng W, Chen Z, Gu K, Penson D, et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. J Clin Oncol. 2011;29(4):406–12.*
16. *Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. Japanese journal of clinical oncology. 2011; 41(4):530-36.*
17. *Brédart A, Kop J-L, Griesser A-C, Fiszer C, Zaman K, Panes-Ruedin B et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. Annals of oncology. 2013; 24(8):2151–8.*

18. *So WK, Chow KM, Chan HY, Choi KC, Wan RW, Mak SS, et al. Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. Eur J Oncol Nurs. 2014;18(3):323–8.*
19. *Lam WW, Au AH, Wong JH, Lehmann C, Koch U, Fielding R, et al. Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2011;130(2):531–41.*
20. *Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. Curr Opin Support Palliat Care. 2016;10:66-74*
21. *Aunan ST, Wallgren GC, Saetre Hansen B. Breast cancer survivors' experiences of dealing with information during and after adjuvant treatment: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing. 2019;28(15–16): 3012–20.*
22. *Davis CM, Nyamathi AM, Abuatiq A, Fike GC, Wilson AM. Understanding supportive care factors among African American breast cancer survivors. Journal of Transcultural Nursing. 2018;29(1): 21–9.*
23. *Han SJ, Kim H W, Yoon DS, Kim MR. Quality of life and supportive care needs of back- to-work breast cancer survivors. Korean Journal of Adult Nursing. 2019;31(5): 552–61.*
24. *Mohammadzadeh Nimekari M, Saei Ghare Naz M, Ashouri Taziani Y, Nasiri M, Evazi MR, Shafizad A, et al. Correlation between supportive care needs of women with breast cancer and quality of life of their family caregivers. International Journal of Community Based Nursing and Midwifery. 2019; 7(4): 300-8.*
25. *Hui D, Hoge G, Bruera E. Models of supportive care in oncology. Curr Opin Oncol. 2021;33(4):259-66.*
26. *Klastersky Jean A. Editorial: Supportive care in cancer patients: quo vadis? Curr Opin Oncol. 2021;33 (4):257-8.*

REFLEKSIVNE TENDENCIJE STUDENATA ZDRAVSTVENE NEGE TOKOM KLINIČKE PRAKSE

REFLEXIVE TENDENCIES OF NURSING STUDENTS DURING CLINICAL PRACTICE

Nemanja Petković[1], Jelena Egić[1], Mirko Prosen[2], Sabina Ličen[2]

[1]Univerzitet Primorska, Fakulteta za vede o zdravju, Magistarski studijski program zdravstvena nega, Izola, Slovenija,

[2]Univerzitet Primorska, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstvenu negu, Izola, Slovenija

SAŽETAK

Uvod: *Refleksija je proces celoživotnog učenja koji predstavlja razmišljanje o sopstvenim iskustvima. Ona daje mogućnost profesionalcima da ispitaju svoje postupke u praksi i menjajući ih stvore uslove za lični i kontinuirani profesionalni razvoj. U različitim istraživanjima se navodi da medicinske sestre koje se vode refleksivnim kompetencijama i refleksijom češće koriste strateški pristup u rešavanju problema, postižu holistički pristup u zdravstvenoj nezi i prihvataju kontinuiranu edukaciju kao sastavni deo njihove profesije.*

Cilj rada: *Ciljevi ovog istraživanja su bili da se utvrdi koliko studenti zdravstvene nege imaju refleksivnih kompetencija tokom kličničkog osposobljavanja i da li postoji uticaj faktora zaposlenosti i godina studiranja na refleksivnost tokom kliničke prakse.*

Metod rada: *U okviru istraživanja korišćen je deskriptivni i eksplorativni neeksperimentalni metod empirijskog istraživanja. U istraživanju smo upotrebili upitnik koji sadrži 36 tvrdnji. Istraživanje je anketiranjem obuhvatilo studente druge, treće, četvrte godine i apsolvente studija zdravstvene nege (n=86). Za analizu podataka smo upotrebili deskriptivnu statistiku i neparametarski Hi-kvadrat test i Kruskal-Wallisov test. Statistički značajnim su se smatrale vrednosti nivoa značajnosti p<0.05.*

Rezultati: *Rezultati istraživanja su pokazali da su svi ispitanici visoko procenili svoju sposobnost refleksije u odnosu na doživljaj svog rada u kliničkoj praksi.*

Zaključak: *Rezultati studije dokazuju da studenti upotrebljavaju refleksiju tokom kliničke prakse. Temu je takođe potrebno proširiti na sve karike nastavnog programa u obrazovanju diplomiranih, strukovnih i medicinskih sestara sa srednjom školom, kako bismo dobili validniji uvid u posmatranje i razmišljanje o refleksiji na kliničkim vežbama.*

Ključne reči: *student, zdravstvena nega, medicinska sestra, refleksivnost*

SUMMARY

Introduction: *Reflection is a lifelong learning process that represents thinking about one's own experiences. It gives professionals the opportunity to examine their actions in practice and by changing them create conditions for personal and continuous professional development. Many studies report that nurses guided by reflective competencies and reflection are more likely to use a strategic approach to problem solving, achieve a holistic approach to health care, and accept continuing education as an integral part of their profession.*

Purpose: *The objectives of this study were to determine how many nursing students have reflective competencies during clinical training and whether there is an impact of employment factors and years of study on reflection on clinical practice.*

Methods: *A descriptive and exploratory non-experimental empirical research method was used for the study. For the study, we used a questionnaire with 36 statements. Second-, third-, and fourth-grade students and nursing students participated in the study (n = 86). For data analysis, we used descriptive statistics and the nonparametric chi-square test and the Kruskal-Wallis test. Values of significance level p < 0.05 were considered significant.*

Results: *The results of the research showed that all respondents highly assessed their ability to reflect in relation to the experience of their work on clinical practice.*

Conclusion: *The results of the study prove that students have reflectivity in relation to clinical practice. The topic also needs to be extended to all links of the curriculum in graduate, professional, and nurse practitioner education to provide a more valid insight into reflection on clinical practice.*

Keywords: *student, nursing, nurse, reflection*

Autor za korespondenciju:
Nemanja Petković MsN student
Franje Kluza 39, Zrenjanin
Republika Srbija,
e-mail: nemanjamed97@gmail.com

Rad primljen: 31.01.2022; Rad prihvaćen: 21.04.2022.

UVOD

Refleksija je proces celoživotnog učenja koja predstavlja razmišljanje o sopstvenim iskustvima. Ona daje mogućnost profesionalcima da ispitaju svoje postupke u praksi i menjajući ih stvore uslove za lični i kontinuirani profesionalni razvoj. Termin refleksija se može posmatrati kao postupak rasuđivanja, promatranja, razmatranja i usmeravanje višesmernog odnosa od subjekta prema objektu. S toga, refleksivnost možemo opisati kao razmatranje i promišljanje tokom praktičnog delovanja, čime subjekat dobija na samovrednovanju (samorefleskiji) i tako sebe unapređuje [1].

Iako se refleksija čini kao novi termin u edukaciji, treba napomenuti da je pojam refleksije među prvima pomenuo i upotrebio u svojim filozofskim tezama Aristotel. On refleksiju obrazlaže kao potrebu da učimo kroz realne situacije i čime osoba ostvaruje iskustvo. Pored Aristotela, za pojam refleksije ističe se i filozof Džon Djui, koji emocije i osećaje poistovećuje sa refleksivnim razmišljanjem. U njegovoj filozofiji se ogleda svrha pragmatizma čime on zastupa mišljenje da je praktični oblik učenja podjednako važan kao i teorijski [2]. Maleševićeva navodi da je u knjizi "Refleksivan praktičar" istraživač Donald Šon opisao model za ostvarivanje refleksivne prakse. Šon je takođe imao veliki udeo u tome da se refleksija uvede u profesionalnu praktičnu edukaciju i da je praksa esencija profesionalne edukacije [1-3].

Refleksija se kao proces učenja pojavila u raznovrsnim naukama, te u tom slučaju nije izostala ni zdravstvena nega. U različitim istraživanjima se navodi da medicinske sestre koje se vode refleksivnim kompetencijama i refleksijom češće koriste strateški pristup u rešavanju problema, postižu holistički pristup u zdravstvenoj nezi i prihvataju kontinuiranu edukaciju kao sastavni deo njihove profesije što pozitivno utiče na razvoj iste. Upotrebom refleksije kao alata u edukaciji studenata zdravstvene nege, utiče se na razvoj etički ispravnih principa sestrinstva, razvoj komunikacije, empatije i doprinosi bezbednosti korisnicima sistema zdravstvene zaštite [4-7].

Pai ističe značaj razvoja plana i programa edukacije studenata zdravstvene nege, koji bi uključio razvoj samorefleksije kod studenata, čime bi se doprinelo razvoju profesionalnih kompetencija i veština i kako da studenti samovrednuju svoje aktivnosti na kliničkoj praski. Između ostalog, Pai navodi da samovrednovanje i razmatranje postupaka kod studenata zdravstvene nege utiče i na redukciju stresa tokom obavljanja kliničke prakse [8].

Ciljevi ovog istraživanja su bili da se utvrdi koliko studenti zdravstvene nege imaju refleksivnih kompetencija tokom kličničkog osposobljavanja i da li postoji uticaj faktora zaposlenosti i godina studiranja na refleksivnost tokom kliničke prakse.

METOD RADA

U okviru istraživanja korišćen je deskriptivni i eksplorativni neeksperimentalni metod empirijskog istraživanja.

Opis instrumenta

U istraživanju je korišćena kvantitativna metodologija upotrebom online upitnika. Bijani i saradnici su kvalitativnom i kvantitativnom metodom istraživanja napravili upitnik. Naziv istog prevedenog na srpski jezik glasi: „Upitnik za studente zdravstvene nege o refleksiji tokom kliničke prakse“[6]. Za upitnik su autori bili kontaktirani i dobijena je saglasnost za upotrebu istog.

Online upitnik sadrži 36 konstatacija koje su podeljene na šest faktora refleksije i to: Profesionalne kompetencije (1-10. pitanja), Sopstvena motivacija studenata (11-15. pitanja), Izazovne kliničke situacije (16-20. pitanja), Dinamično kliničko okruženje (21-25. pitanja), Samoupravljanje zasnovano na refleksiji (26-31.pitanja) i Dinamičan profesionalni razvoj (32-36.pitanja). Ispitanici su na 36 tvrdnji iskazali svoje stavove obeležavanjem broja na petostepenoj Likertovoj skali (1 = nikad; 2 = retko; 3 = povremeno; 4 =obično; 5 = uvek). U online upitnik su uključeni i socio-demografski podaci koji uključuju pol, starost studenata, godinu studija (druga, treća, četvrta i apsolventi), vrstu studija (strukovne ili akademske) i da li su studenti tokom studija radili kao licencirane medicinske sestre sa srednjom školom. Predviđeno vreme trajanja upitnika procenjeno je na 10 minuta. Upitnik je bio anoniman i studenti nisu navodili fakultet na kom trenutno studiraju. Vrednost koeficijenta Cronbah alfa za prevedeni upitnik je iznosio 0.845, što ukazuje na dobar nivo pouzdanosti upitnika i dobru unutrašnju konzistentnost [9].

Autor upitnika koji je dao saglasnost za korišćenje istog, nije dostavio bodovni sistem za evaluaciju, stoga smo tumačenje dobijenih odgovora izvršili prema bodovnom sistemu koji smo sami kreirali. Za kreiranje bodovnog sistema uzeti su u obzir radovi autora Bijanija i sr., Sandarsa, Øvrebø i sr. i Rodžersa i sr. [6;10-12]. Prema Likertovoj skali koja je korišćena u upitniku, ispitanik je mogao da odgovori sa: 1 = nikad; 2 = retko; 3 = povremeno; 4 =obično; 5 = uvek. Iz toga sledi da je upitnik imao 36 pitanja: minimum je bio 36 (36x1) bodova, a maksimum 180 (36x5). Konačan bodovni sisitem je prikazan u Tabeli 1.

Tabela 1. Bodovni sistem za ocenjivanje reflektivnosti studenta tokom kliničke prakse

BROJ BODOVA	TUMAČENJE
36-72	Studenat nije refleksivan
73-108	Delimično refleksivan (postoji mogućnost da student nije ispunio zahtev svih 6 navedenih faktora u istraživanju)
109-144	Uglavnom refleksivan (student koristi refleksivnost na kliničkoj praksi, ali ne u punom obimu)
>144	Potpuno refleksivan

Opis uzorka

Istraživanje u vezi sa odnosom studenata zdravstvene nege prema refleksiji tokom kliničke prakse anketiranjem je obuhvatilo studente druge, treće, četvrte godine i apsolvente studija zdravstvene nege. Ukupan broj ispitanika koji je do kraja popunio upitnik je 86 studenata. Kriterijumi za uključivanje u studiju su da student ima državljanstvo Republike Srbije i da je student druge, treće, četvrte ili apsolvent studija zdravstvene nege na fakultetu koji je na teritoriji Republike Srbije. Ispitanici su ostali anonimni jer nisu navođeni njihovi lični podaci. Ostale karakteristike studenata navedene su u Tabeli 2.

Opis toka istraživanja i obrada podataka

Online upitnik je bilo moguće ispuniti preko aplikacije 1ka-ENKLIK ANKETA u novembru i decembru 2021. Tokom popunjavanja odgovora u upitniku, podatke je obrađivala aplikacija tako da nisu bili vidljivi podaci kao što je ime i prezime ispitanika, njihova email adresa itd., što je omogućilo anonimnost ispitanika. Anketa je bila dostupna na online forumima i u online-društvenim grupama namenjenim za studente.

Analiza i obrada podataka je vršena pomoću programa za statističku obradu dobijenih podataka IBM SPSS Statistics verzija 25.0. Upotrebljene statističke metode su: deskriptivna statistika (frekvenca, minimum, maksimum, srednja vrednost, standardna devijacija), neparametarski Hi-kvadrat test, te zbog nenormalne distribucije podataka (Shapiro-Wilk test p<0,05) i Kruskal-Wallisov test. Statistički značajnim su se smatrale vrednosti nivoa značajnosti p<0,05.

Etika istraživanja

Istraživanje je sprovedeno u skladu sa principima Helsinško-Tokijske deklaracije i u skladu sa Etičkim kodeksom Komore medicinskih sestara i tehničara Republike Srbije[13].

REZULTATI

Prema dobijenim podacima od 86 ispitanika koji su popunili anketu u Tabeli 3 je prikazana distribucija odgovora na pitanje da li su studenti radili tokom studija kao medicinska sestra-tehničar ili ne. U Tabeli 2 su prikazani socio-demografski podaci ispitanika.

Tabela 2. Socio-demografski podaci ispitanika

	n (%)
Pol	
Muški	9 (10.5%)
Ženski	77 (89.5%)
Starost ispitanika	
18-24	68 (79.1%)
25-30	12 (14.0%)
više od 30	6 (7.0%)
Godina studija	
druga	71 (37%)
treća	37 (19.3%)
četvrta	20 (10.4%)
apsolvent	65 (33.9%)
Studijski smer	
Akademske studije zdravstvene nege	49 (57.0%)
Strukovne studije zdravstvene nege	37 (43.0%)

Analizom dobijenih odgovora svih ispitanika, ustanovili smo da su svi ispitani studenti po bodovnom sistemu u rangu potpuno refleksivni i uglavnom refleksivni. Rezultate smo po Likertovoj lestvici pretvorili u bodovni sistem, gde je 1 potpuno refleksivan, dok je 2 uglavnom refleksivan. Rezultati su pokazali da su studenti u tom primeru dostigli u proseku 1,26 bodova (s = 0,439), što znači da su potpuno refleksivni. U Tabeli 3 su prikazani prosečni odgovori svih studenata prema Likertovoj skali koja je korišćena u upitniku, dok su u Tabeli 4 prikazani rezultati koji su podeljeni po faktorima refleksije u odnosu na kreirani bodovni sistem.

U Tabeli 5 su prikazane srednje vrednosti odgovora studenata i prosečan odgovor na osnovu koga je tumačena refleksivnost studenata. Prema dobijenim podacima ustanovljeno je da je bilo više studenata koji su radili tokom studija. Od 86 studenata, 35 studenata je radilo kao medicinska sestra tokom studija (55.6%) i 51 ispitanik nije radio kao medicinska sestra (39.5%). Studenti koji su radili tokom studija su prema bodovnom sistemu u umerenoj meri bili refleksivniji u odnosu na studente koji nisu radili. Izračunat Hi-kvadrat test ukazuje da ne postoji statistički značajna razlika (x2(1,n=86)=0,230; p=0,631) među varijablama refleksivnost studenata na kliničkoj praksi i faktora zaposlenosti.

Uvidom u Tabelu 5 uočeno je da su svi ispitanici bili u kategoriji potpuno refleksivni prema gore u tekstu navedenom bodovnom sistemu. Uočena je manja razlika u refleksivnosti, ali su studenti 4. godine i apsolventi u manjoj meri refleksivniji u odnosu na studente druge i treće godine. Još jedna bitna razlika je bila između studenta druge i treće godine, čime su studenti druge godine bili u manjoj meri refleksivniji u odnosu na studente treće godine. Primenom Kruskall-Wallisovog neparametarskog testa nisu utvrđene statistički značajne razlike (H(1)=0,680;p=0,409) između grupa studenata zdravstvene nege jer su sve vrednosti testa veće od nivoa statističke značajnosti.

DISKUSIJA

Ovim istraživanjem smo želeli da ustanovimo koliko studenti zdravstvene nege upotrebljavaju refleksiju tokom kliničke prakse. Pregledom literature smo došli do instrumenta u obliku upitnika kojim ovakve podatke možemo analizirati [6]. Istovremeno instrument je obuhvatio 6 faktora refleksije koji su opisani u metodologiji istraživanja i na koje smo se i mi pozivali prilikom analize dobijenih odgovara.

Studenti zdravstvene nege tokom kliničke prakse susreću se sa najrazličitijim situacijama koje mogu da im budu od pomoći u daljem sestrinskom profesionalnom razvoju. Cooper i saradnici su sproveli istraživanje kod 32 studenata završne godine zdravstvene nege pri čemu su izdvojene bitne teme u vezi sa refleksijom kojim se ukazuje na značaj kliničkih situacija i promišljanjem o istim tokom studija. Zato se upotreba refleksije tokom kliničkih vežbi ocenjuje kao važan faktor za osvešćivanje studenata o refleksivnim sposobnostima i da ovakva iskustva mogu da im pomognu da sa sigurnošću otpočnu svoju profesionalnu karijeru kao medicinske sestre. U istraživanju se ističe značaj psihološkog učinka tokom kliničkih vežbi, tačnije kakva osećanja, razmišljanja, razmatranja i samovrednovanja preovladaju tokom istih i koliko je zapravo psihološki faktor važan za profesionalni razvoj. Zaključak pomenute studije jeste da postoje raznovrsni faktori, pored psihološkog, koji utiču na promišljanje i razmatranje kliničkih situacija i da je važno zapravo voditi studente kroz kliničku praksu kako bi se razvile ispravne refleksivne sposobnosti [14].

Istraživanje koje je sprovedeno na Tajvanu i koje je obuhvatilo 245 studenta zdravstvene nege u trajanju od 6 meseci, govori o značaju refleksivnih kompetencija i stepena samorefleksije (samovrednovanja) kod studenata sestrinstva. Tokom istraživanja je zaključeno da stepen samorefleksije ima visok nivo povezanosti sa unapređivanjem kliničkih sposobnosti i da je studente potrebno obučavati za upotrebu refleksije kroz refleksivne edukativne programe. Uz ovaj zaključak se pominje i da nakon 6 meseci završne kliničke prakse studenti imaju nešto veći nivo stresa u vezi sa kliničkom praksom i da postoji potreba za prilagođavanjem edukativnih programa studentima kako bi se refleksija pozitivno odrazila na kliničke veštine tokom prakse. Između ostalog, u rezultatima se pominje i to da je potrebno razvijati kod studenata viših godina samorefleksiju kao uslovni faktor neophodan za razvoj kliničkih kompetencija. Cilj pomenutog istraživanja je bio usmeren na procenu kliničkih kompetencija u vezi sa samorefleksijom i refleksijom kod studenata završnih godina studija zdravstvene nege [8]. Analizirajući pomenuto istraživanje, odlučili smo da u naše istraživanje uključimo studente druge, treće, zajedno sa četvrtom godinom studija i apsolventima. Naši rezultati pokazuju da između

Tabela 3. Analiza odgovora ispitanih studenata

TVRDNJE	n	Min/Min	Maks/Max	x̄	s
Spreman/na sam da izvršavam specijalizovane, složene i nerutinske aktivnosti.	86	1	5	3,70	1,117
Kao student zdravstvene nege svoje dužnosti obavljam pažljivo i koncentrisano.	86	3	5	4,67	0,519
Trudim se da svoje teorijsko i praktično znanje kontinuirano unapređujem.	86	3	5	4,45	0,680
Svoje kliničke dužnosti obavljam sa samopouzdanjem.	86	1	5	4,00	0,920
Kliničkim situacijama pristupam sa radoznalošću.	86	2	5	4,53	0,698
Voljan/na sam da steknem samostalnost u obavljanju sopstvenih sestrinskih aktivnosti.	86	3	5	4,86	0,381
Ne plašim se susreta sa teškim kliničkim situacijama i izvođenja složenih aktivnosti.	86	1	5	3,79	1,159
Sebe stavljam u ulogu pacijenta kako bi razumeo/la i bolje analizirao/la njihove probleme.	86	1	5	3,90	0,970
Osećam se odgovornim za rešavanje pacijentovih problema i ublažavanje njihovih bolova.	86	1	5	4,45	0,762
Ja sam odgovoran/na za svoje aktivnosti koje izvodim na kliničkoj praksi.	86	3	5	4,85	0,448
Moja uverenja mi pomažu da reflektiram (promislim, prosuđujem, razmišljam) tokom i nakon kliničke prakse.	86	3	5	4,37	0,687
Moja savest mi pomaže da tokom kliničkih vežbi refleksiram(promislim, prosuđujem, razmišljam) o svojoj kliničkoj osposobljenosti.	86	3	5	4,53	0,663
Moja uverenja o poštovanju ljudskih vrednosti pomažu mi da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmišljam) o svojoj kliničkoj praksi.	86	3	5	4,59	0,602
Moja interesovanja za oblast zdravstvene nege mi pomažu da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmišljam) na kliničkoj praksi.	86	3	5	4,50	0,569
Moja želja za napretkom i uspehom mi pomaže da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmišljam) na kliničkoj praksi.	86	3	5	4,55	0,626
Suočavanje sa komplikovanim kliničkim situacijama mi pomaže da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmislim) na kliničkoj praksi.	86	2	5	4,38	0,654
Susreti sa pitanjima i izazovima u kliničkom okruženju mi pomažu da refleksiram(promislim, prosuđujem, razmislim) na kliničkoj praksi.	86	2	5	4,35	0,699
Strah da ću napraviti grešku tokom kliničke vežbe, mi pomaže da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmišljam) o svojoj kliničkoj praksi.	86	1	5	3,69	1,161
Neadekvatna teorijska i praktična priprema za realizaciju kliničkih vežbi podstiče me da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmislim) kliničku praksu.	86	1	5	3,72	1,102
Ponašanja na klinici koja su suprotna principima zdravstvene nege podstiču me da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmilim) svoju kliničku praksu.	86	1	5	4,02	1,017
Povratne informacije i zadaci u vezi sa zdravstvenom negom koje dobijam od vežbodržača me podstiču da refleksiram(promislim, prosuđujem, razmislim) u trenutnim kliničkim situacijama.	86	2	5	4,10	0,854
To što obavljam sestrinske aktivnosti me podstiče da refleksiram(promislim, prosuđujem, razmišljam) nastojeće kliničke situacije i sopstvene performanse kao buduća medicinska sestra.	86	2	5	4,41	0,742
Metode aktivnog učenja poput formulisanje pitanja ili učenje na osnovu kliničkog slučaja, me podstiču da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmislim) nastojeće kliničke situacije i sopstvene performanse kao buduća medicinska sestra.	86	1	5	4,38	0,843
Interakcije sa mojim vežbodržačem me podstiču da refleksiram(promislim, prosuđujem, razmislim) nastojeće kliničke situacije i sopstvene performanse kao buduća medicinska sestra.	86	1	5	4,23	0,942
Interprofesionalni odnosi koji se zasnivaju na poštovanju me podstiču da refleksiram (promislim, prosuđujem, razmišljam) nastojeće kliničke situacije ili sopstvene performanse kao buduća medicinska sestra.	86	2	5	4,19	0,914

TVRDNJE	n	Min/Min	Maks/Max	x̄	s
Kada refleksiram(promišljam, prosuđujem, razmišljam) kliničke situacije, ja razmišljam o mogućim posledicama svojih aktivnosti kao buduća medicinska sestra.	86	2	5	4,45	0,762
Kada reflektiram (promišljam, prosuđujem razmišljam) kliničke situacije, ja u sebi razmišljam o prethodnim događajima u vezi sa kliničkom praksom.	86	1	5	4,03	0,976
U sebi često analiziram klinička pitanja iz različitih perspektiva.	86	1	5	3,72	0,966
Kada refleksiram (promišljam, prosuđujem, razmišljam) o kliničkoj praksi, podstičem kod sebe samoispitivanje kako bih našao/la odgovarajuće rešenje za dati klinički problem.	86	2	5	4,15	0,790
Kada refleksiram (promišljam, prosuđujem, razmišljam) preduzete kliničke aktivnosti, često se konsultujem sa kolegama da bih dobio/la dodatne informacije koje su mi korisne.	86	2	5	4,16	0,838
Kada refleksiram (promišljam, prosuđujem, razmišljam) preduzete kliničke aktivnosti, često tražim u naučnim izvorima kako bih dobio/la informacije koje su mi potrebne.	86	1	5	3,71	0,944
Refleksiranje (promišljanje, prosuđivanje, razmišljanje) kliničkih situacija pomaže mi da svoje kliničke vežbe radim korektno i po principima profesionalne etike.	86	3	5	4,48	0,664
Refleksiranje (promišljanje, prosuđivanje, razmišljanje) kliničkih situacija mi pomaže da realizujem zdravstvenu negu zasnovanu na dokazima.	86	2	5	4,12	0,818
Refleksiranje (promišljanje, prosuđivanje, razmišljanje) kliničkih situacija mi pomaže da podelim sopstvena iskustva sa kolegama kako bih poboljšao/la kvalitet zdravstvene nege.	86	1	5	4,33	0,832
Refleksiranje (promišljanje, prosuđivanje, razmišljanje) o kliničkim situacijama mi pomaže da se osećam smireno i zadovoljno.	86	2	5	4,15	0,805
Refleksiranje (promišljanje, prosuđivanje, razmišljanje) o kliničkoj praksi mi pomaže da učestvujem u edukaciji pacijenta.	86	2	5	4,15	0,833

Legenda: n- ukupan broj ispitanika koji je odgovorio na pitanje; min- minimum; maks-maksimum; x- srednja vrednost; s-standardna devijacija

Tabela 4. Analiza odgovora studenata prema faktorima refleksivnosti

Podgrupa/Subgroup	n	Min/Min	Maks/Max	x̄	s
Profesionalne kompetence	86	3	5	4.32	0.385
Sopstvena motivacija studenta	86	3	5	4.51	0.482
Izazovne kliničke situacije	86	2	5	4.03	0.674
Dinamično kliničko okruženje	86	2	5	4.26	0.683
Samoupravljanje zasnovano na refleksiji	86	2	5	4.04	0.605
Dinamičan profesionalni razvoj	86	2	5	4.16	0.591

Legenda: n- ukupan broj ispitanika; min- minimum; maks-maksimum; x- srednja vrednost; s-standardna devijacija

Tabela 5. Razlika u refleksivnosti tokom kliničke prakse u odnosu na status zaposlenosti i godinu studija

	Min	Max	x̄	s	x^2	p
Da li radite u struci ili ste radili kao medicinska sestra tokom studija?						
DA	3.33	4.94	4.307	0.406	0.230	0.631
NE	3.25	3.25	4.196	0.411		
Godina studija					H	p
DRUGA	3,33	4,94	4,230	0,442	0.680	0.409
TREĆA	3,61	4,94	4,158	0,395		
ČETVRTA	3,83	4,72	4,237	0,264		
APSOLVENT	3,23	4,92	4,285	0,443		

**Legenda tabele: x̄ - srednja vrednost; min- minimun; max- maximum; s- standardna devijacija; x2-vrednost Pearsonovog Hi-kvadrat; p- statistička značajnost; H-vrednost Kruskal skora;*

studenta viših i nižih godina studija nema značajnije razlike u refleksivnosti. Prva godina studija je isključena jer je godina studija u vremenu istraživanja bila još na začetku i studenti nisu imali dovoljno kliničkih vežbi kako bi bili uključeni u ovo istraživanje.

Sva navedena istraživanja su ukazala na značaj primene refleksije kod studenata zdravstvene nege tokom kliničke prakse, kao i to koliko je važno da studenti imaju pozitivan odnos prema kontinuiranom usavršavanju. Ovakvim pristupom bi se doprinelo profesionalnom napretku samog studenta. Sastavni deo profesionalnog načina rada jeste refleksivno i kritičko razmišljanje, koje direktno zavisi i od toga kakva je dinamika edukacije tokom samog školovanja studenata zdravstvene nege, kao i to koliko je edukator spreman da motiviše studenta na razvoj profesionalnih sposobnosti [14-16].

U poređenju sa navedenim istraživanjima smo utvrdili da naši ispitanici jesu refleksivni, što može da ukazuje na to da su ispunjeni određeni kriterijumi u vezi sa upotrebom refleksije tokom kliničke prakse. Ovakvim rezultatom je naša univerzalna hipoteza potvrđena, a to je da su ispitani studenti zdravstvene nege refleksivni tokom kliničke prakse. Ograničenje istraživanja koje bismo pomenuli odnosi se na mali uzork uključenog u istraživanje, što znači da je bitno uključiti veći broj ispitanika kako bi se dobio reprezentativniji rezultat u vezi sa refleksijom. Rezultati se ne mogu sagledavati na celokupan broj studenata zdravstvene nege jer istraživanje nije obuhvatilo celu teritoriju Republike Srbije.

Istraživanje koje su sproveli Tashiro i saradnici u vezi sa primenom refleksije radi razvoja profesionalnih osobina u sestrinskoj praksi došli su do zaključka da studenti zdravstvene nege koji treba da uđu u svet realnog dešavanja na klinici, imaju teškoće u ovladavaju stečenim veštinama. Ovaj problem se prepisuje jazu koji postoji između teorije i prakse i da je refleksija jedan od načina kako bi se isti prevazišao. Prema njihovim rezultatima studenti koji prihvataju kliničku praksu kao bitan aspekt profesionalnog razvoja automatski imaju kao zamenu za jaz između teorije i prakse primenu refleksije, što autori ocenjuju kao pozitivno [17]. Izbegavanjem jaza između teorije i prakse se kod studenata postiže pozitivan efekat prema kliničkoj praksi, što direktno utiče na njihov profesionalni razvoj [18-19]. Drugo istraživanje koje sprovedeno na Zdravstvenom fakultetu na Univerzitetu Linköping, ukazuje na značajnost profesionalnog razvoja jedne medicinske sestre koje se može zasnivati na primeni refleksije tokom njenog rada i da je vrlo bitno da medicinske sestre međusobno razmenjuju znanja o prethodnim kliničkim situacijama i primerima [20]. U poređenju ova dva istraživanja vidi se da je podjednako bitna refleksija kod zaposlenih medicinskih sestara i studenata koji tek treba da uplivaju svet realnih situacija. Iz tog razloga smo i mi uključili u naše istraživanje i faktor zaposlenosti, odnosno da li student radi kao medicinska sestra-tehničar i u isto vreme studira. Međutim, mi nismo uvideli značajnu razliku između zaposlenih studenata i studenata koji ne rade kao medicinske sestre-tehničari, jer je odgovor bio svakako da su sa umerenim razlikama svi refleksivni. Prema dobijenim podacima, naša hipoteza nije potvrđena, a to je da su studenti koji su zaposleni kao medicinske sestre-tehničari refleksivniji u svom radu tokom kliničke prakse.

ZAKLJUČAK

Rezultati studije ukazuju da studenti poseduju reflektivnost u odnosu na kliničku praksu. Istraživanje je istovremeno potrebno proširiti na sve karike nastavnog programa u obrazovanju diplomiranih, strukovnih i medicinskih sestara sa srednjom školom, kombinovanjem kvantitativne sa kvalitativnom metodom istraživanja, kako bismo dobili validniji uvid u vršenje refleksije na kliničkim vežbama. Na taj način se može doprineti eventualnoj reformi nastavnih programa čime bismo dobili na razvoju profesionalnosti sestrinske struke.

Brojni autori ističu značaj mentora za razvoj refleksivnih kompetencija kod budućih medicinskih sestara, odnosno da je mentor taj koji treba da upozna studenta zdravstvene nege sa upotrebom refleksije u svom radu kao i da mentor ima tu „ulogu“ da vodi studenta kroz refleksivnost. Tu bismo istakli preporuku medicinskim sestrama koji se bave metodikom nastave zdravstvene nege, kao i onim medicinskim sestrama koji bi želeli da se uključe u proces obrazovanja, da kod svojih učenika/studenata podstiču upotrebu refleksije kao i da se oni kao mentori usavršavaju na ovom području.

LITERATURA

1. *Malešević, D. Refleksija kao faktor ličnog i profesionalnog unapređivanja. Obrazovana tehnologija. 2015;3:189-198 [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/337811377_Refleksija_kao_faktor_licnog_i_profesionalnog_unapredjivanja*
2. *Hannigan, B. A discussion of the strengths and weaknesses of `reflection' in nursing practice and education. Journal of Clinical Nursing.2001;10:278-283 [cited 2021 Nov 10]. Available from :https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2001.00459.x*
3. *Bulman C, Schutz S. Reflective Practice in Nursing. V izdanje. New York: A John Wiley and Sons; 2013.*
4. *Scheel Schumann L, Peters M, Mobjerg A. Reflection in the traning of nurses in clinical practice Settings: a scoping review protocol. JBI Database of Systematic Reviwes and Implementation Reports. 2017; 15(12): 2871-2880 [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/321651966_Reflection_in_the_training_of_nurses_in_clinical_practice_settings_a_scoping_review_protocol*
5. *Edwards,S. Reflecting differently. New dimensions: reflection-before-action and reflection-beyond-action. International Practice Development Journal.2017;7(1):2-14 [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.fons.org/library/journal/volume7-issue1/article2*
6. *Bijani M, Mohammadi F, Haghani F, Yamani N, Karami S. Development and psychometric evaluation of a reflection on clinical practice questionnaire for nursing students. BMC Nursing. 2021; 20(185): 1-11 [cited Oct 20]. Available from: https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-021-00705-0*
7. *Winkel A, Yingling S, Jones A, Nicholson J. Reflection as a Learning Tool in Graduate Medical Education: A Systematic Review.Journal of Graduate Medical Education.2017;9(4):430-439 [cited 2021 Nov 12]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5559236/*
8. *Pai, HC. The Effect of a Self-Reflection and Insight Program on the Nursing Competence of Nursing Students: A Longitudinal Study. Journal of Professional Nursing. 2015; 31(5):424-34 [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26428348/*

9. *Filed, A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. IV izdanje. Los Angeles: SAGE; 2013.p.62-80 [cited 2021 Dec 9]. Available from: https://books.google.si/s?hl=sr&lr=&id=c0Wk9IuBmAoC&oi=fnd&pg=PP2&dq=discovering+statistics+using+ibm+spss+statistics+5th+edition&ots=LcDiPI1v_D&sig=okXYC4_e_vZstMbjp2ZWeRl_IbY&redir_esc=y#v=onepage&q=discovering%20statistics%20using%20ibm%20spss%20statistics%205th%20edition&f=false*
10. *Sandars J. The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. Med Teach.2009;31(8):685–95 [cited 2022 Jan 3]. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01421590903050374?journalCode=imte20*
11. *Øvrebø LJ, Dyrstad DN, Hansen BS. Assessment methods and tools to evaluate postgraduate critical care nursing students' competence in clinical placement. An integrative review. Nurse Education Practice.2022;58:103258. ¬[cited 2022 Jan 3]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595321002948?via%3Dihub*
12. *Rogers SL, Priddis LE, Michels N, Tieman M, Van Winkle LJ. Applications of the reflective practice questionnaire in medical education. BMC Medical Education.2019;19(1):47 [cited 2022 Jan 4]. Available from: https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1481-6*
13. *World Medical Association. World Medical Association Decleration of Helsinki: Ethnical principles for medical reserch involving human subjects. JAMA. 2013; 310(20): 2191-2194 [cited 2021 Nov 23]. Avaiable from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318*
14. *Cooper C, Taft BL, Thelen M. Preparing for pratice: student' reflctions on their final clinical expirience. Journal of Professional Nursing. 2005;21(5):293-302 [cited 2021 Nov 25]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16179242/*
15. *Jiménez-Gómez MA, Cárdenas-Becerril L, Velásquez-Oyola MB, Carrillo-Pineda M, Barón-Díaz LY. Reflective and critical thinking in nursing curriculum. International journal of environmental research and public health. 2019;27:e3173 [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32731648/*
16. *Raymond C, Profetto-McGrath J, Myrick F, Strean WB. Balancing the seen and unseen: Nurse educator as role model for critical thinking. Nurse Education in Practice. 2018;31:41–7 [cited 2022 Mar 22]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595317300045?via%3Dihub*
17. *Tashiro J, Shimpaku Y, Naruse K, Naruse M, Matsutani M. Concept analysis of refletion in nursing professional development. Japan Journal of Nursing Science.2013;10:170-179 [cited 2021 Dec 1]. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24373440/*
18. *Duffy A. A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. British Journal of Nursing.2007;16(22):1400–7 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.22.27771*
19. *Chao S-Y, Liu H-Y, Wu M-C, Clark MJ, Tan J-Y. Identifying Critical Thinking Indicators and Critical Thinker Attributes in Nursing Practice. Journal Of Nursing Research.2013;21(3):204–10 [cited 2022 Mar 21]. Available from: https://journals.lww.com/jnr-twna/Fulltext/2013/09000/Identifying_Critical_Thinking_Indicators_and.9.aspx*
20. *Bertero, C. Reflection in and on nursing practices- how nurses reflect and develop knowledge and skills during their nursing practice. International Journal of Caring Sciences.2010;3(3):85-90 [cited 2021 Nov 11]. Avaialable from: https://www.researchgate.net/publication/230825161_Reflection_in_and_on_nursing_practices_how_nurses_reflect_and_develop_knowledge_and_skills_during_their_nursing_practice*

KOLIKO JE NARUŠEN KVALITET ŽIVOTA PACIJENTA U RANOJ FAZI MOŽDANOG UDARA?

HOW MUCH IS THE PATIENT'S QUALITY OF LIFE IMPAIRED IN THE EARLY STAGES OF STROKE?

Aleksandar Jovanović[1], Miroslav Ušjak[2], Jelena Niković[3], Radoslav Pejin[4], Sanja Tomić[3]

[1]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za neurologiju

[2]ArtFizio, Specijalistička ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Novi Sad

[3]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za zdravstvenu negu

[4]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za internu medicinu

SAŽETAK

Uvod: *Moždani udar je jedan od vodećih razloga invaliditeta odraslih i svakako najveći pojedinačni razlog neurološkog invaliditeta.*

Cilj: *Ispitati kvalitet života pacijenata nakon moždanog udara analizom fizičkog i psihičkog stanja, kao i socijalne osposobljenosti, sa aspekta individualnog, porodičnog, profesionalnog i života u široj društvenoj zajednici.*

Metodologija: *Istraživanje je dizajnirano kao prospektivna studija. Uzorak je činilo 20 pacijenata sa moždanim udarom (ekperimentalna grupa) i pacijenti bez moždanog udara (kontrolna grupa), koji su lečeni na Klinici za medicinsku rehabilitaciju Kliničkog centra Vojvodine.Za procenu neurološkog stanja, fukcionalnog i kognitivnog stausa korišćeni su: National Institut of Health Stroke Scale (NIHSS), Modifikovani Bartel indeks, Rankin skala (mRS) i Mini-Mental State Exam (MMSE). Za procenu kvaliteta života korišćeni su: kratki upitnik o zdravstvenom stanju (Short Form) SF-36 i specifični upitnik za moždani udar SIS (Stroke Impact Scale).*

Rezultati: *U svim domenima SIS, kao i u ukupnom skoru, utvrđene su statistički značajne razlike između pacijenata sa moždanim udarom u odnosu na one bez moždanog udara. Najveće razlikepronađene su u domenima hendikep, ruka i dnevne aktivnosti. Najmanje razlike, ali ipak statistički značajne, pronađene su u domenima komunikacija, memorija i emocije.*

Zaključak: *Kvalitet života pacijenata nakon moždanog udara je znatno narušen, a najviše je pogođeno fizičko funkcionisanje.*

Ključne reči: *moždani udar, kvalitet života*

SUMMARY

Introduction: *Stroke is one of the leading causes of adult disability and certainly the most significant single cause of neurological disability.*

Aim: *To examine the quality of life of patients after a stroke by analyzing the physical and mental condition, as well as social skills from the aspect of individual, family, professional and life on the broader community.*

Methodology: *The research is designed as a prospective study. The sample consisted of 20 patients with stroke (experimental group) and patients without stroke (control group), treated at the Clinic for Medical Rehabilitation of the Clinical Center of Vojvodina. The National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), the Modified Bartel Index, the Rankin Scale (mRS) and the Mini-Mental State Exam (MMSE) were used to assess neurological status, functional and cognitive status. In addition, the SF-36 Short Form Health Questionnaire and the Stroke Impact Scale (SIS) were used to assess the quality of life.*

Results: *In all domains of SIS and the overall score, statistically significant differences were found between patients with stroke, compared to those without. The most significant differences were found in handicap, arm, and daily activities. The minor differences, but still statistically significant, were found in communication, memory, and emotions.*

Conclusion: *Patients' quality of life after a stroke is significantly impaired, and physical functioning is most affected.*

Keywords: *stroke, quality of life*

Autor za korespondenciju:
Aleksandar Jovanović,
Univerzitet u Novom Sadu, Katedra za neurologiju
Hajduk Veljkova 3, 21000 Novi Sad
e-mail aleksandar.jovanovic@mf.uns.ac.rs

Rad primljen: 25.01.2022; Rad prihvaćen: 14.04.2022.

UVOD

Moždani udar (MU) označava klinički sindrom naglo nastalog fokalnog (ili globalnog u slučaju subarahnoidalne hemoragije) neurološkog deficita koji traje duže od 24 sata, a uzrokovan je poremećajem moždane cirkulacije [1]. Moždani udar se definiše kao fokalni ili globalni poremećaj moždane funkcije koji naglo nastaje, traže duže od 60 minuta, a posledica je poremećaja moždane cirkulacije ili stanja u kome protok krvi nije dovoljan da zadovolji metaboličke potrebe neurona za kiseonikom i glukozom[2]. MU predstavlja i jedan od vodećih uzroka umiranja i onesposobljenosti u svetu [3].

Prema podacima Svetstke zdravstvene organizacije (SZO) od akutnog moždanog udara u svetu oboli oko 15 miliona osoba godišnje, a umire ih oko 5 miliona, koliko i ostaje trajno onesposobljeno [4]. Treći je uzrok smrti u razvijenim zemljama sveta, posle kardiovaskularnih i malignih bolesti. Procenjuje se da u SAD-u oboli oko 700.000 ljudi, da svakih 45 sekundi jedna osoba doživi MU, a svaka 3 minuta jedna osoba umre od iste bolesti [2]. MU je glavni zdravstveni problem u Srbiji, a prvi je uzrok invalidnosti i značajan uzrok demencije i depresije u svetu[1].Prema dostupnim podacima, od ukupne stope smrtnosti stanovništva u Srbiji u periodu od 1992. do 2013.smrtnost od MU je iznosila 16%.Vodeći je uzrok smrtnosti kod žena (20,8% svih smrtnih slučajeva), a drugi vodeći uzrok smrtnosti kod muškaraca (15,5%) [5].

Osim što se radi o bolesti sa veoma visokim stepenom mortaliteta, ovo je i neurološka bolest sa najvećim stepenom invaliditeta. MU je jedan od vodećih razloga invaliditeta odraslih i svakako najveći pojedinačni razlog neurološkog invaliditeta. Smatra se da se oko polovina preživelih vrati nekoj vrsti zaposlenja, a da oko 20-30% nije sposobno za preživljavanje bez pomoći drugog lica. Akutni moždani udar takođe predstavlja i veliko materijalno opterećenje za društvo, pa se računa da troškovi lečenja jednog bolesnika sa moždanim udarom tokom čitavog njegovog života (hospitalizacija, rehabilitacija, odsustvovanje sa posla) iznose od 59800 do 230000$ [6-13]. Nakon preživljenog moždanog udara približno 1/3 bolesnika ima lak funkcionalni deficit, 1/3 srednje tešku onesposobljenost, dok ostali pacijenti imaju težak invaliditet [2].

Medicinska nauka, kao i druge naučne discipline, tokom svog razvoja prolazi kroz različite faze, koje su izraz novih naučnih saznanja i iskustava. Medicinska nauka se već nekoliko poslednjih decenija nalazi u periodu prelaska iz biomedicinske u socioekonomsku fazu. U prethodnom periodu pažnja naučne javnosti i cilj medicinskih istraživanja bio je blagovremeno otkrivanje i lečenje bolesti. U sadašnjoj fazi, centralno mesto ima težnja da se otkriju uzroci bolesti i da se blagovremenim dejstvovanjem spreči nastanak bolesti, zaustavi njen razvoj i umanje posledice. U sklopu toga, jedan od glavnih ciljeva nije samo produženje životnog veka čoveka, već i kvalitet života. U okviru svoje strategije „zdravlje za sve", SZOto definiše kao „dodati godine životu", što predstavlja produženje životnog veka, ali i „dodati život godinama", što znači da nas ne zadovoljava bilo kakvo produženje života, već i kvalitetniji život. Ovakvi stavovi predstavljaju novi koncept u shvatanju zdravlja i bolesti, koji postaje legitimni naučni stav [14-16].

Kvalitet života povezan sa zdravljem – Health-related quality of life (HRQoL) odnosi se na aspekte kvaliteta života pogođene bolešću ili uticaj zdravstvenog stanja na subjektivnu percepciju ispitanika [17]. Procena HRQoL koristi se u izradi individualnih planova lečenja pacijenata, sprovođenju analiza troškova i koristi, donošenju odluka o zdravstvenoj politici i sprovođenju kliničkih ispitivanja [18].

Kvalitet života se preciznije može definisati kao percepcija bolesnika o uticaju bolesti i odgovarajuće terapije na njihovu fizičku i radnu sposobnost, psihološko stanje, socijalnu komunikaciju i somatsko zdravlje. Omogućava nam olakšan izbor prioriteta u planiranju terapijskih protokola i uočavanje potencijalnih problema pacijenata. Predstavlja najprecizniji način da se otkrije kakva su i da li su realna očekivanja pacijenata od lečenja, kvaliteta nege i ishoda ukupnog lečenja [19,20].

CILJEVI

Ispitati narušenost kvaliteta života pacijenata nakon moždanog udara analizom fizičkog i psihičkog stanja, kao i socijalne osposobljenosti sa aspekta individualnog, porodičnog, profesionalnog i života u široj društvenoj zajednici, uporediti kvalitet života pacijenata koji su doživeli moždani udar sa kvalitetom života ispitanika koji nikada nisu imali moždani udar, te uporediti funkcionalno, neurološko i kognitivno stanje eksperimentalne i kontrolne grupe.

MATERIJAL I METODE

Istraživanje je sprovedeno kao prospektivna studija na uzorku pacijenata koji su lečeni na Klinici za medicinsku rehabilitaciju Kliničkog centra Vojvodine. Za izvor podataka je korišćena medicinska dokumentacija sa Klinike za medicinsku rehabilitaciju, a podaci su dobijeni i putem intervjua i pregledom pacijenta.

Pristup pacijentima i uvid u njihovu medicinsku dokumentaciju odobren je od strane ustanove u kojoj se sprovodi istraživanje, kao i od strane Etičkog odbora Kliničkog centra Vojvodine. U istraživanje je bilo uključeno ukupno 40 pacijenata: eksperimentalnu grupu činilo je 20 pacijenata koji su doživeli moždani udar i koji su bili u subakutnoj fazi, dok je kontrolnu grupu činilo 20 ispitanika koji nikada nisu imali moždani udar.

Kriterijumi za uključivanje u studiju bili su:

- da je pacijentu dijagnostički potvrđen moždani udar u subakutnoj fazi,
- pripadnici oba pola, prihvataju dobrovoljnu saradnju i imaju očuvanu moć govora.

Kontrolna grupa se sastojala od 20 pacijenta oba pola, starijih od 40 godina, koji nikada u životu nisu imali moždani udar.

Kao instrumente istraživanja koristili smo ukupno 6 skala. Za procenu neurološkog stanja je korišćen National Institut of Health Stroke Scale (NIHSS). Ispitanicima je testiran i mentalni status sa Mini-Mental State Exam (MMSE), kao i funkcionalni status pomoću Modifikovanog Bartelovog indeksa i Rankin skale (mRS).

Za merenje kvaliteta života korišćeni su: kratki upitnik o zdravstvenom stanju (Short Form) SF-36 i specifični upitnik za moždani udar SIS (Stroke Impact Scale).

Short Form 36 Health Survey – SF-36 je najčešće korišćen opšti upitnik za procenu kvaliteta života obolelih i namenjen je samoproceni psihičkog i fizičkog zdravlja i socijalnog funkcionisanja. Ima 36 pitanja od kojih je 35 pitanja grupisano u osam oblasti: fizičko funkcionisanje (10 komponenti), ograničenja zbog fizičkih poteškoća (4 komponente), ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (3 komponente), socijalno funkcionisanje (2 komponente), psihičko zdravlje (5 komponenti), vitalnost i energija (4 komponente), telesni bolovi (2 komponente), percepcija zdravlja (5 komponenti) [19].

Instrument specifičan za procenu kvaliteta života nakon MU je Skala moždanog udara -Stroke Impact Scale (SIS) koja je dizajnirana za sveobuhvatnu procenu ishoda MU. Skala procenjuje 8 domena, uključujući snagu, funkciju ruku, aktivnosti dnevnog života (ADŽ) i instrumentalni ADŽ, mobilnost, emocije, memoriju, komunikaciju i participaciju [21]. Raspon odgovora u okviru jedne

stavke je od 1 do 5. Manja vrednost predstavlja lošije stanje. SIS je pouzdan, validan i osetljiv na promene u poređenju sa drugim češće korišćenim merama kao što su Bartelov indeks i SF-36 kod populacije obolelih od MU [22].

Za obradu podataka korišćen je statistički paket SPSS (IBM SPSS Statistics 23). Prvo je urađena priprema podataka (pregled netipičnih tačaka i autlajera, rekodovanje, kao i kreiranje sumacionih skorova). Nakon pripreme podataka, korišćene su sledeće analize: deskriptivna statistika, t-test za nezavisne uzorke i ANOVA.

REZULTATI

Opšte karakteristike pacijenata i zdravstveni status

U eksperimentalnoj grupi najviše je bilo ispitanika starosne dobi 51-65 godina, dok je u kontrolnoj grupi bilo najviše ispitanika starosne dobi 66-85 godina. U eksperimentaloj grupi većina ispitanika su bili muškarci, dok je u kontrolnoj grupi bila veća zastupljenost ženskog pola.

Ishemijski tip moždanog udara je znatno češće bio zastupljen od hemoragijskog. Pareza nervus facialis-au eksperimentalnoj grupi je biladijagnostikovana kod n = 6 pacijenata (30%). Pareza desne ruke i desne noge, takođe je bila prisutna kod većine pacijenta u ovoj grupi, što nam ukazuje na pogođenost leve hemisfere mozga.

Nivo neurološkog deficita, funkcionalnog statusa i kognitivnog stanja svih pacijenata prikazan je u Tabeli 1. Uvidom u Tabelu 1, s jedne strane, uočavamo da su ispitanici koji nisu doživeli moždani udar, na skalama NIHSS, Barthel, mRS i MMSE ostvarili dobre rezultate, odnosno nemaju nikakvih poteškoća i potpuno su samostalni i sposobni za svakodnevno funkcionisanje. Sa druge strane, uočavamo da pacijenati koji su doživeli moždani udar jasno pokazuju značajnu narušenost zdravstvenog stanja posebno u funkcionalnom statusu.

Tabela 1 - Procena neurološkog deficita, funkcionalnog statusa i kognitivnog stanja (eksperimentalna i kontrolna grupa)

Varijable	Moždani udar	n	AS	SD
Neurološki deficit (NIHSS)	E grupa	20	5.90	4.29
	K grupa	20	0.00	0.00
Funkcionalni status (Barthel)	E grupa	20	48.55	25.70
	K grupa	20	100.00	0.00
Funkcionalni status (mRS)	E grupa	20	3.25	1.37
	K grupa	20	0.00	0.00
Kognitivno stanje (MMSE)	E grupa	20	25.10	3.40
	K grupa	20	30.00	0.00

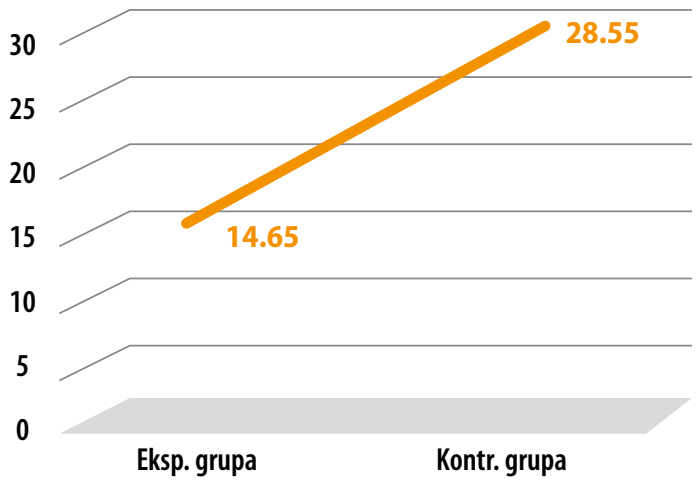
Kvalitet života pacijenata

Procena kvaliteta života pacijenata primenom SF-36 uključuje najpre samoprocenu zdravlja. Ispitanici eksperimentalne grupe većinski su se izjasnili da im je zdravstveno stanje loše (40%), sedam ispitanika je odgovorilo da im je zdravlje podnošljivo (35%), dok se pet ispitanika (25%) izjasnilo da im je zdravlje dobro. Nijedan ispitanik nije ocenio svoje zdravlje kao veoma dobro i odlično. U kontrolnoj grupi, čak 80% ispitanika (n = 16) je svoje zdravlje ocenilo kao odlično ili veoma dobro. Razlika u samoproceni zdravlja između ispitanika koji su doživeli moždani udar i onih koji nisu je statistički značajna (p = 0,000). Naime, pacijenti koji nisu doživeli moždani udar, ocenjuju svoje zdravlje statistički značajno višim ocenama 4,15 ± 0,74, u odnosu na one koji su ga doživeli 1,85 ± 0,81 (Tabela 2).

Tabela 2 – Razlika u subjektivnoj oceni zdravlja (eksperimentalna i kontrolna grupa)

Varijable	Moždani udar	n	AS	SD	AS	SD
Kako biste ocenili Vaše zdravlje?	E - grupa	20	1.85	0.81	-9.329	0.000
	K - grupa	20	4.15	0.74		

Razlika između grupa uočena pri proceni kvaliteta života merenim SF-36, utvrđena je i u domenu fizičkog funkcionisanja. Ovaj domen sadrži 10 stavki, a maksimalni skor je 30 i označava da ispitanik bez ograničavanja može da izvodi posmatranu aktivnosti. Uvidom u Grafikon 1. uočavamo da su pacijenti koji su imali MU (eksperimentalna grupa) mali značajno niži skor postignuća u ovom domenu u odnosu na pacijente koji nisu imali MU (14,65 vs 28,55).



Grafikon 1 – Rezultati procene nivoa fizičkog funkcionisanja u SF-36 (eksperimentalna i kontrolna grupa)

Analizirajući kvalitet života Skalom moždanog udara (SIS) utvrdili smo značajnu razliku u kvalitetu života između dve posmatrane grupe pacijenata u ukupnom skoru i u svim domenima (Tabela 3). U svim domenima, razlike su se pokazale kao statistički značajne, a najveće razlike utvrđene su domenu hendikep, ruka i dnevne aktivnosti. Najmanje razlike, ali ipak statistički značajne, pronađene su u domenu komunikacija, memorija i emocije.

DISKUSIJA

Procenjuje se da moždani udar godišnje doživi prosečno 15 miliona osoba u svetu. Kod trećine osoba ishod je letalan, dok kod druge trećine ostaju trajne posledice zbog čega su osobe često zavisne od drugih. Kod ovih osoba neophodna je pomoć u obavljanju svakodnevnihživotnih aktivnosti. Kvalitet života ovih osoba je značajno poremećen i opterećenje ovom bolešću je na samom vrhu lestvice ukupnog opterećenja zdravstvenog sistema [23].

U ovoj studiji korišćen je uzorak od 20 pacijenata obolelih od moždanog udara, uz isti broj zdravih ispitanika u kontrolnoj grupi. Za procenu funkcionalnog statusa (funkcionalne onesposobljenosti i invalidnosti) korišćeni su modifikovani Barthel index i Rankin skala (mRS). Vrednosti Bartelovog indeksa su od 0 do

Tabela 3 – Razlika u kvalitetu života procenjenim Stroke Impact Scale (SIS)

Domeni SIC	Moždani udar	n	AS	SD	AS	SD
Snaga	E grupa	20	10.30	3.28	-13.232	0.000
	K grupa	20	20.00	0.00		
Memorija	E grupa	20	34.30	5.56	-4.581	0.000
	K grupa	20	40.00	0.00		
Emocije	E grupa	20	33.05	8.42	-4.753	0.000
	K grupa	20	42.30	2.20		
Komunikacija	E grupa	20	32.00	4.72	-2.840	0.010
	K grupa	20	35.00	0.00		
Dnevne aktivnosti	E grupa	20	29.45	9.21	-14.744	0.000
	K grupa	20	59.85	0.37		
Pokretljivost	E grupa	20	27.10	11.18	-8.799	0.000
	K grupa	20	49.20	1.06		
Ruka	E grupa	20	7.70	3.89	-19.865	.000
	K grupa	20	25.00	0.00		
Hendikep	E grupa	20	15.85	4.91	-26.145	.000
	K grupa	20	44.75	0.55		
Ukupni skor	E grupa	20	189.75	38.52	-14.610	.000
	K grupa	20	316.10	3.42		

100, gde 0 predstavlja totalnu nesposobnost, a 100 samostalnost u izvođenju aktivnosti dnevnog života. Svi ispitanici iz kontrolne grupe imali su vrednost Bartel indeksa 100. Pacijenti iz eksperimentalne grupe imali su prosečan Bartel indeks 48,55, što je u korelaciji sa istraživanjem Su-Min i saradnika [21]. Vrednosti Rankin skale su od 0 do 5, gde 0 predstavlja stanje bez simptoma dok vrednost 5 predstavlja tešku nesposobnost. Prema očekivanjima, svi ispitanici kontrolne grupe imali su vrednost Rankin skale 0, dok je prosečna vrednost pacijenata koji su doživeli moždani udar bila 3,25. Prosečne vrednosti Rankin skale pacijenata obolelih od MU variraju od studije do studije [24,25], što se može objasniti sličnošću pojedinih domena i individualnoj proceni stanja pacijenta. Ono što je nama važno, jeste to da možemo uvideti jasnu razliku između rezultata eksperimentalne i kontrolne grupe primenom ove dve skale, kao i njihovu pouzdanost i validnost jer su ocene u međusobnoj korelaciji.

Primenom National Institut of Health Stroke Scale (NIHSS) procenili smo neurološko stanje pacijenata obe grupe. Vrednost 0 na NIHSS skali predstavlja neurološko stanje bez simptoma, dok vrednosti iznad 20 predstavljaju težak moždani udar. Svi ispitanici iz kontrolne grupe su imali vrednost 0, dok je prosečna vrednost ispitanika iz eksperimentalne grupe iznosila 5,9. Srednja vrednost u studiji Su-Min je 6, a distribucija pacijenata obolelih od MU prema opsegu vrednosti NIHSS je takva da broj bodova 0-5 ima 48,2% pacijenata, a u opsegu 6-13 bodova se nalazi 43,5% [21]. U našoj studiji distribucija pacijenata obolelih od MU u ta dva opsega je sledeća: 0-5 (55%), 6-13 (40%).

Najmanje razlike u ocenama dve grupe konstatovane su procenom mentalnog statusa pomoću Mini-Mental State Exam (MMSE). Upitnik procenjuje stepen kognitivnog oštećenja i vrednosti se kreću od 0 do 30, gde vrednosti manje od 15 predstavljaju teško kognitivno oštećenje, dok su vrednosti 28-30 pokazatelj normalnog funkcionisanja. Ispitanici kontrolne grupe postigli su odlične rezultate, dok su su ispitanici eksperimentalne grupe imali prosečnu vrednost 25,10. Visoka vrednost eksperimentalne grupe može se objasniti odabirom pacijenata sa minimalnim kognitivnim deficitom. Visoke vrednosti MMSE kod pacijenta sa MU možemo pronaći i u drugim studijama [24,25]

SF-36 je najčešće korišćeni opšti upitnik za merenje kvaliteta života, a validnost 8 podskala potvrđena je u opštoj populaciji [26]. Međutim, Hobart i saradnici u svojoj studiji navode da validnost upitnika SF-36 opada u populaciji obolelih od moždanog udara. Ograničena validnost ovog upitnika,kao mera ishoda nakon moždanog udara uočena je čak u 5 od 8 domena. Kao razlog se navodi pojava grupisanja odgovora - „efekta tavanice“ (ekstremno dobri) i „efekta poda“ (ekstremno loši) [27].

Stoga smo u ovom radu prikazali rezultate samoprocene zdravlja i fizičkog funkcionisanja. Manje od polovine ispitanika eksperimentalne grupe su se izjasnili da im je zdravstveno stanje loše, dok se jedna četvrtina njih (25%) izjasnila da im je zdravlje dobro. Nijedan ispitanik nije ocenio svoje zdravlje kao veoma dobro i odlično. U kontrolnoj grupi, čak 80% ispitanika je svoje zdravlje ocenilo kao odlično ili veoma dobro. Što se tiče fizičkog funkcionisanja, prosečna vrednost odgovora eksperimentalne grupe iznosi 14,65, dok je prosečna vrednost odgovora kontrole grupe 28,55.

Stroke Impact Scale (SIS) je specifičan upitnik za procenu kvaliteta života nakon moždanog udara. Poredeći rezultate dve grupe u okviru SIS upitnika pronađene su značajne razlike. Razlike u svim domenima su statistički značajne, a najveće razlike su pronađene u domenima hendikep, ruka i dnevne aktivnosti. Najmanje razlike su zabeležene u domenima memorija, komunikacija i emocija. Ove razlike se mogu objasniti odabirom pacijenata eksperimentalne grupe sa minimalnim kognitivnim deficitom i očuvanom sposobnošću govora,kako bi razgovor (ispitivanje) bilo efektnije. Na emocije ne utiče samo bolest, pa smo u tom domenu imali najniže vrednosti kontrolne grupe, što je uticalo na razliku između dve grupe u ovom domenu. Druge studije takođe prikazuju najbolje vrednosti eksperimentalne grupe u domenima memorija i komunikacija, dok su najmanje vrednosti u domenima ruka i snaga, što delimično korelira sa rezultatima naše studije [24,25].

Uprkos malom uzorku, naše istraživanje je pokazalo zadovoljavajuću korelaciju sa drugim studijama. Sve skale su pokazale visoku validnost i pouzdanost. Prema očekivanju, narušenost kvaliteta života pacijenata nakon moždanog udaraje znatno smanjena. Poređenje narušenosti kvaliteta života sa ispitanicima koji nikada nisu doživeli moždani udar je tu sliku o ograničenosti i hendikepiranosti dodatno pojasnilo.

ZAKLJUČCI

Pacijenti nakon moždanog udara su u najvećem broju slučajeva značajno ograničeni u pogledu svojih aktivnosti i u visokom stepenu zavisni od drugih. Analizom kvaliteta života putem upitnika SF-36 vidimo da većina ispitanika u eksperimentalnoj grupi svoje zdravstveno stanje samoprocenjuje kao loše, za razliku od ispitanika u kontrolnoj grupi. Kvalitet života pacijenata nakon moždanog udara je najviše narušen u domenu fizičko funkcionisanje. Analizom upitnika SIS vidimo da kvalitet života statistički značajno lošiji kod ispitanika u eksperimentalnoj grupi u svim domenima. Najveće razlike utvrđene su domenu hendikep, ruka i dnevne aktivnosti, a najmanje u domenima komunikacija, memorija i emocije.

LITERATURA

1. *Demarin V. The Latest Knowledge About the Prevention, Diagnosis and Treatment of stroke in the Elderly. Medicus. 2005;14:219-28.*
2. *Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje ishemijskog moždanog udara, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Klinički vodič 4/11, Beograd, 2012:11-20.*
3. *Žikić M., Jovanović A., Kozarski D. «The national stroke prevention program» - International Teaching Course „Prevention and Control of Non-Contagious Diseases in Primary Health Care" – European Center for Peace and Development, Banja Vrućica, Bosnia and Herzegovina, May 30-31, 2003.*
4. *World Heart Federation: Stroke, Geneva, 2016.*
5. *Medić S, Beslać-Bumbaširević Lj, Kisić-Tepavčević D, Pekmezović T. Short-Term and Long-Term Stroke Survival: The Belgrade Prognostic Study. Journal of Clinical Neurology. 2013;9(1):14-20.*
6. *Atanasković-Marković Z, Bjegović V, Janković S, Kocev N, Laaser U, Marinković J i sar.: Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji, Vojnosanitetski pregled. 2013; 70(5):445-51.*
7. *Broderick JP, Phillips SJ, O'Fallon WM, Frye RL, Whisnant JP. Relationship of cardiac disease to stroke occurence, reccurence and mortality. Stroke 1992; 23:1250-56.*
8. *Feigin VL, Lawes CMM, Benett DA, Anderson CS: Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. Lancet Neurol 2003;2:43-53.*
9. *Živković M, Šternić N, Kostić V. Ishemička bolest mozga, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2000.*
10. *Lević Z: Neurologija, Dečije novine, Gornji Milanovac, 1988.*
11. *Milenković P, Panić M, Milenković Z: Cerebrovaskularne bolesti, Dečije novine, Gornji Milanovac, 1987.*
12. *Thorvaldsen P, Asplund K, for the WHO MONICA project: Stroke incidence, case fatality and mortality in WHO MONICA project. Stroke 1995, 26:361.*
13. *Kurtzke JF. Neuroepidemiology. In: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD (eds) Neurology in Clinical Practice, Boston, Butterworth-Heinemann, 1991, pp 545-60.*
14. *Arbutina M: Kvalitet života nakon moždanog udara, doktorska teza, Univerzitet u Banja Luci, Medicinski fakultet, Banja Luka, 2000.*
15. *Arbutina M, Žikić M, Miljković S, Petrović N, Đajić V, Vujković Z. Značaj izučavanja kvaliteta života kod pacijenata obolelih od moždanog udara. Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja, 2000, 8(1).*
16. *Arbutina M, Žikić M, Miljković S, Petrović N, Potić Z, Vujković Z, Đajić V. Protokol o istraživanju kvaliteta života pacijenata poslije moždanog udara. Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja, 2000, 8(1).*
17. *Mandić M, Aranđelović M, Rančić N, Nikolić M, Veličković Z. Correlation between risk factors, functional recovery and the health-related quality of life of stroke survivors. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2017;145(9-10):486-91.*
18. *Gelber R.D, Gelber S. Quality-of-life assessment in clinical trials. Recent Advances in Clinical Trial Design and Analysis. Cancer Treatment and Research. 1995;75:225-46.*
19. *Kulić Lj, Vujović M, Krstović Spremo V, Jovanović J, Jovanović J. Testing the influence of age, sex and life habits on quality of life of patients with myocardial infarction. Zdravstvena zaštita. 2019;48(1):15-24.*
20. *Kulić Lj, Vujović M, et al. Examination of the impact of use of invasive cardiological procedures on quality of life of patients suffering from myocardial infarction. Zdravstvena zaštita. 2019;48(2):8-14.*
21. *Lai S.M, Perera S, Duncan P.W, Bode R. Physical and Social Functioning After Stroke: Comparison of the Stroke Impact Scale and Short Form-36. Stroke. 2003;34:488-93.*
22. *Lai S.M, Studenski S, Duncan P.W, Perera S. Persisting Consequences of Stroke Measured by the Stroke Impact Scale. Stroke. 2002;33:1840-44.*
23. *Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut". Zdravlje stanovnika Srbije, analitička studija 1997-2007. Beograd, 2008.*
24. *Carod-Artal F.J, Coral L.F, Trizotto S, Moreira C.F. Evaluation of Acceptability, Reliability, and Validity of the Brazilian Version: The Stroke Impact Scale 3.0. Stroke. 2008;39:2477-84.*
25. *Jovanović A. Procena kvaliteta života kod pacijenata nakon cerebrovaskularnog inzulta. Magistarska teza. Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Novi Sad, 2008.*
26. *DeHaan R.J. Measuring Quality of Life After Stroke Using the SF-36. Stroke. 2002;33:1176–77.*
27. *Hobart J.C, Williams L.S, Moran K, Thompson A.J. Quality of life measurement after stroke: uses and abuses of the SF-36. Stroke. 2002;1349–56.*

SUBJEKTIVNI APSEKT KVALITETA ŽIVOTA PACIJENATA SA DIJABETESOM MELITUSOM

SUBJECTIVE ASPECT OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Srđan Živanović[1], Veselinka Kulić[2], Natalija Hadživukuvić[1], Jelena Pavlović[1], Sandra Matović[1], Marija Vasiljević[3], Mile Despotović[4]

[1]Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

[2]JU Srednjoškolski centar „Foča", Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

[3]Dom zdravlja "Vizim", Beograd

[4]Akademija vaspitačko – medicinskih strukovnih studija Ćuprija

SAŽETAK

Uvod: *Dijabetes melitus (DM) predstavlja globalni javnozdravstveni problem. To je kompleksna bolest koja utiče na medicinske, psihičke i socijalne aspekte života. Ciljevi ovog istraživačkog rada su bili da se utvrdi subjektivni osjećaj kvaliteta života oboljelih od DM, da se utvrdi da li postoje razlike u percepciji vlastitog kvaliteta života oboljelih u odnosu na pol, starost i mjesto življenja, kao i da se utvrde vrijednosti pojedinih domena/aspekata kvaliteta života.*

Materijal i metode: *Istraživanje je sprovedeno kao studija presjeka populaciji osoba oboljelih od DM. Uzorak je činilo 100 ispitanika, koji su u posmatranom periodu, liječeni na Internom odjeljenju Univerzitetske bolnice u Foči. Primijenjen je kombinovani upitnik, koji je bio sačinjen od 40 pitanja. Pitanja u upitniku su se odnosila na sociodemografske karakteristike, hobi, podršku porodice i prijatelja oboljelih, navike u ishrani, kao i prisustvo komorbiditeta. Sastavni deo upitnika su činile i Holmes-Rahe skala stresa i Skala subjektivne procene blagostanja (SWB skala za procjenu zadovoljstva životom).*

Rezultati: *Među ispitanicima je bilo 48 (48%) muškaraca i 52 (52%) žena. Ispitanici su ocijenili svoje zadovoljstvo kvalitetom života prosječnom ocjenom 6,68±1,72. Mlađi ispitanici, do 54 godine, imaju značajno bolji kvalitet života (7,09±1,91) u odnosu na stariju grupu ispitanika, od 55-80 godina (6,35±1,50). Takođe, ispitanici koji žive u gradu su značajno zadovoljniji svojim kvalitetom života (6,95±1,80), u odnosu na ispitanike koji žive na selu (6,14±1,45). Ispitanici sa srednjim obrazovanjem (30%) su značajno zadovoljniji svojim kvalitetom života, u odnosu na ispitanike bez osnovne škole (13%), sa osnovnom školom (3%) ili sa visokom/višom školom (12%).*

Zaključak: *Oboljeli od DM sopstveni kvalitet života procjenjuju prosečno zadovoljavajućim ocjenama.*

Ključne riječi: *kvalitet života, dijabetes, pacijenti.*

SUMMARY

Introduction: *Diabetes mellitus (DM) is a global public health problem. It is a complex illness which affects on the medical, psychological and social aspects of life. The aims of this research were to determine the subjective sense quality of life of patients with diabetes mellitus, to determine whether or not there are differences in the quality of life of patients with diabetes mellitus compared to sex, age and place of residence, as well as to determine factors the quality of life of patients with DM.*

Material and methods: *The study was conducted as a cross-sectional study of the population of persons with (DM). The sample consisted of 100 respondents, who in the observed period were treated at the Department of Internal Medicine of the University Hospital in Foča. A combined questionnaire consisting of 40 questions was used. The questions in the questionnaire were related to socio-demographic characteristics, hobbies, support of family and friends of patients, eating habits, as well as the presence of comorbidities. The Holmes-Rahe Stress Scale and the Subjective Assessment of Well-Being Scale (SVB Life Satisfaction Scale) were also included in the questionnaire.*

Results: *Among the respondents there were 48 (48%) men and 52 (52%) women. Respondents rated their satisfaction with the quality of life, with an average score of 6.68 ± 1.72. Younger respondents have significantly better quality of life (7.09 ± 1.91) compared to the older group of subjects 6.35 ± 1.50. Also, respondents who living in the city are significantly satisfied with their quality of life (6.95 ± 1.80) compared to respondents who lives in the countryside (6.14 ± 1.45). Respondents with secondary education (30%) are significantly satisfied with their quality of life compared to respondents without primary school (13%), with elementary school (3%) or with higher education (12%).*

Conclusion: *People with diabetes their own quality of life estimates with satisfactory grades.*

Keywords: *quality of life, diabetes, patients.*

Autor za korespondenciju:
Srđan Živanović
Cara Dušana bb, Foča
srdjanzivanovic1993@gmail.com

Rad primljen: 07.02.2022; Rad prihvaćen: 17.05.2022.

UVOD

Dijabetes mellitus (DM) predstavlja globalni javnozdravstveni problem. To je kompleksna bolest koja utiče na medicinske, psihičke i socijalne aspekte života [1]. Prema definiciji, DM je sindrom u kome postoji sistemski poremećaj metabolizma ugljenih hidrata, masti i proteina zbog apsolutnog ili relativnog nedostatka biološki aktivnog insulina, a sa posljedičnom hiperglikemijom, koja dovodi do pojave hroničnih komplikacija na malim i velikim krvnim sudovima, nervima, te bazalnim membranama različitih tkiva [2]. Postoji više različitih klasifikacija dijabetesa. Najčešće korišćena je etiološka klasifikacija, odnosno klasifikacija prema uzroku nastanka dijabetesa na dijabetes melitus tip 1 i dijabetes melitus tip 2 [3].

Tokom 2010. godine procijenjeno je da oko 250 miliona ljudi ima DM, a očekuje se da će u narednom periodu ovaj broj biti višestruko povećan, sa čime će rasporostranjenost DM poprimiti razmjere globalne epidemije. Republika Srpska još uvijek nema dovršen Populacioni registar oboljelih od DM, ali se prema podacima Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske procjenjuje da se prevalenca oboljelih kreće oko 4%, a ukupan broj oboljelih premašuje 50 hiljada stanovnika. Ovi podaci su u skladu sa brojkama koje imaju države u regionu [4].

SZO definiše kvalitet života kao subjektivnu percepciju vlastitog položaja u raznim životnim okolnostima u pogledu kulturnih i vrijednostih načela u kojima osobe žive, kao i u odnosu na njihova lična očekivanja u sistemu vrijednosti [5].

Ciljevi ovog istraživačkog rada su bili da se utvrdi subjektivni osjećaj kvaliteta života oboljelih od DM, da se utvrdi da li postoje razlike u percepciji vlastitog kvaliteta života oboljelih u odnosu na pol, starost i mjesto življenja, kao i da se utvrde vrijednosti pojedinih domena/aspekata kvaliteta života.

MATERIJAL I METODE

Tip studije

Istraživanje je sprovedeno kao studija presjeka.

Vrijeme i mjesto istraživanja

Istraživanje je sprovedeno u periodu od 02.01.2020. godine do 31.01.2020. godine u Univerzitetskoj bolnici Foča.

Populacija i uzorak

Istraživanje je sprovedeno u populaciji osoba oboljelih od DM. Uzorak je činilo 100 ispitanika (48 muškaraca i 52 osobe ženskog pola) koji su u posmatranom periodu liječeni na Internom odjeljenju Univerzitetske bolnice u Foči. Kriterijumi za uključivanje u studiju bili su dijagnoza DM kao i samostalno popunjavanje anketnog upitnika. Kriterijumi za isključivanje iz studije bili su nemogućnost uspostavljanja saradnje kao i prisustvo komorbiditeta. Ispitanici su dobrovoljno potpisali informisani pristanak. Za potebe istraživanja dobijena je saglasnost nadležnih organa i tijela Univerzitetske bolnice u Foči.

Tehnika i instrumenti

Tehnika istraživanja je bila anketiranje. Instrument istraživanja je anketni upitnik. Upitnik je bio sačinjen od 40 pitanja, dizajniran tako da se dobiju sociodemografski podaci (prvih 14 pitanja), podaci o hobijima (14-16), podaci o podršci porodice i prijatelja oboljelima (19-22), navike u ishrani (25-32. pitanje), prisustvo komorbiditeta (33-37). Sastavni deo upitnika su činile Holmes-Rahe skala stresa (16–18. pitanje) i Skala subjektivne procene blagostanja (SWB skala za procjenu zadovoljstva životom) (40. pitanje). Anketiranje je bilo anonimno.

Statističke metode

U statističkoj obradi podataka korišćen je program SPSS (verzija 24). Za ispitivanje razlika u kvalitetu života u odnosu na pol, starost i mjesto življenja korišćen je t test, a za faktore koji utiču na kvalitet života $\chi 2$ test. Podaci su imali normalnu raspodjelu, pa je bila moguća primjena parametarskih testova. Podaci su prikazani apsolutnim brojevima, procentima i tabelarno.

REZULTATI

Studijom je obuhvaćeno 100 ispitanika koji su oboljeli od DM. Ispitanici su anketirani u Univerzitetskoj Bolnici Foča. Među ispitanicima je bilo 48 (48%) muškaraca i 52 (52%) žena. Ispitanici su prema starosti podjeljeni u dvije grupe tako da prvu čine ispitanici do 54 godine sa udjelom od 44%, a drugu ispitanici od 55-80 godina sa udjelom od 56%. Od ukupnog broja ispitanika, 34% se izjasnilo da nema završenu osnovnu školu, 8% da ima završenu osnovnu školu, dok se 44% ispitanika izjasnilo da ima završenu srednju školu. Preostalih 14% ispitanika ima završenu višu/visoku školu. 66% ispitanika se izjasnilo da živi u gradu, a 34% na selu (Tabela 1).

Tabela 1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

Socio-demografske karakteristike	Broj (%)
Pol	
Muškarci	48 (48)
Žene	52 (52)
Starost	
Do 54 godine	44 (44)
Od 55-80 godina	56 (56)
Obrazovanje	
Bez osnovne škole	34 (34)
Osnovna škola	8 (8)
Srednjaškola	44 (44)
Viša/visoka škola	14 (14)
Mjesto stanovanja	
Grad	66 (66)
Selo	34 (34)

Ispitanici su ocijenili svoje zadovoljstvo kvalitetom života prosječnom ocjenom 6,68±1,72.

Utvrđeno je da između ispitanika različitog pola nije uočena statistički značajna razlika u zadovoljstvu kvalitetom života, međutim, statistički značajna razlika je uočena u pogledu starosti (t=2,145; p=0,034) i mjesta stanovanja (t=2,415;p=0,018), pri čemu mlađi ispitanici imaju značajno bolji kvalitet života (7,09±1,91) u odnosu na stariju grupu ispitanika 6,35±1,50. Takođe, ispitanici koji žive u gradu su statistički značajno zadovoljniji svojim kvalitetom života (6,95±1,80) u odnosu na ispitanike koji žive na selu (6,14±1,45) (Tabela 2).

Tabela 2. Zadovoljstvo kvalitetom života u odnosu na pol, starost i mjesto stanovanja

Socio-demografske karakteristike (pol, starost i mjesto stanovanja)	Zadovoljstvo kvalitetom života Aritmetička sredina (SD)	t	p
Pol			
Muškarci	6,79 (1,38)	0,619	0,538
Žene	6,57 (2,00)		
Starost			
Do 54 godine	7,09 (1,91)	2,145	0,034
Od 55-80 godina	6,35 (1,50)		
Mjesto stanovanja			
Grad	6,95 (1,80)	2,415	0,018
Selo	6,14 (1,45)		

Tabela 3. nam pokazuje da je između grupa ispitanika različitog nivoa obrazovanja uočena visoka statistički značajna razlika kada je u pitanju ocjena zadovoljstva kvalitetom života ($\chi2$=18,544; p=0,005). Ispitanici sa srednjim obrazovanjem (30%) su značajno zadovoljniji svojim kvalitetom života u odnosu na ispitanike bez osnovne škole (13%), sa osnovnom školom (3%) ili sa visokom/višom školom (12%).

Između grupa ispitanika postoji visoka statistički značajna razlika ($\chi2$=14,314; p=0,006) u pogledu odnosa između fizičke aktivnosti i kvaliteta života, pri čemu su ispitanici (36%) koji su umjereno fizički aktivni, primjereno svojim godinama, zadovoljniji kvalitetom života, naspram 13% ispitanika koji nisu fizički aktivni (Tabela 3).

Tabela 3. Ocjena kvaliteta života ispitanika u odnosu na nivo obrazovanja i fizičku aktivnost

Obrazovanje ispitanika i fizička aktivnost	Kvalitet života Broj (%)			Ukupno Broj (%)	$\chi2$ - F	P
	Nezadovoljan	Umjereno zadovoljan	Zadovoljan			
Obrazovanje						
Bez osnovne škole	2 (2)	19 (19)	13 (13)	34 (34)	18,544	0,005
Osnovna škola	1 (1)	4 (4)	3 (3)	8 (8)		
Srednja škola	4 (4)	10 (10)	30 (30)	44 (44)		
Viša/visoka škola	2 (2)	0 (0)	12 (12)	14 (14)		
Fizička aktivnost						
Nikakva	1 (1)	17 (17)	13 (13)	31 (31)	14,314	0,006
Umjerena, primjerena godinama	4(4)	12 (12)	36 (36)	52 (52)		
Prekomjerna za moje godine	4 (4)	4 (4)	9 (9)	17 (17)		

Tabela 4. nampokazuje da 20% ispitanikaima problem sagojaznošću, ali se ne liječe, 22% imaisti problem,ali se liječe, 56% anketiranih nema problem sa gojaznošću, dok preostalih 2% ispitanika ne znaju da li imaju problem sa gojaznošću. Kako vidimo iz tabele 4 Između grupa ispitanika uočena je statistički značajna razlika ($\chi2$=16,316; p=0,012) u pogledu gojaznosti, gdje je 31% ispitanika koji ne boluju od gojaznosti zadovoljno kvalitetom života, za razliku od 6% ispitanika koji boluju od gojaznosti ali se ne liječe. Visoka statistički značajna razlika ($\chi2$=26,024; p=0,001) je uočena u pogledu pitanja da li ispitanici imaju podršku prijatelja. Zadovoljniji su ispitanici koji uvijek imaju podršku prijatelja (27%), u odnosu na ispitanike koji nemaju podršku (12%) ili je ne žele (4%) (Tabela 4).

Tabela 4. Ocjena kvaliteta života ispitanika u odnosu na gojaznost i podršku prijatelja.

Gojaznost ispitanika	Kvalitet života Broj (%)			Ukupno Broj (%)	$\chi2$ - F	P
	Nezadovoljan	Umjereno zadovoljan	Zadovoljan			
Gojaznost						
Da, ali ne liječim	4 (4)	10 (10)	6 (6)	20 (20)	16,316	0,012
Da, ali se liječim	0 (0)	3 (3)	19 (19)	22 (22)		
Ne	5 (5)	20 (20)	31 (31)	56 (56)		
Ne znam	0 (0)	0 (0)	2 (2)	2 (2)		
Podrška prijatelja						
Da, uvijek	1 (1)	6 (6)	27 (27)	34 (34)	26,024	0,001
Da, kada zahtjevam	4 (4)	14 (14)	20 (20)	38 (38)		
Da, kada oni mogu	0 (0)	6 (6)	6 (6)	12 (12)		
Ne	4 (4)	3 (3)	5 (5)	12 (12)		
Ne želim	0 (0)	4 (4)	0 (0)	4 (4)		

DISKUSIJA

Brojni su činioci koji djeluju na kvalitet života pojedinca, a jedan od činilaca svakako jeste i stepen zadovoljstva vlastitim životom. Rezultati ovog istraživanja su pokazali da je većina ispitanika uglavnom zadovoljna sopstvenim životom u cjelini (58%). Uočena je statistički značajna razlika između polova, gdje većina ispitanika muškog pola navodi da su uglavnom zadovoljni sopstvenim životom (34%), dok su ispitanice bile indiferentne prema ovom pitanju, odnosno navode da nisu ni zadovoljne, ni nezadovoljne svojim životom (24%). Mnoga relevantna istraživanja koja su ispitivala kvalitet života oboljelih od DM utvrdila su razlike u kvalitetu života u odnosu na pol [6], što je u skladu sa našim istraživanjem. Međutim, neka od istraživanja kao što je istraživanje u Hravatskoj, ukuzaju da nema značajane razlike u odnosu na pol, u pogledu zadovoljstva vlastitim životom [7].

Principi pravilne ishrane temelj su liječenja DM. Pridržavajući se smjernica pravilne ishrane, može se postići zadovoljavajuća regulacija glukoze u krvi, te na taj način poboljšati i kvalitet života bolesnika [8]. Istraživanje sprovedeno na Internom odjeljenju UB Foča, 2011. godine, pokazalo je da se 77% ispitanika pridržava odgovarajuće dijete i redovno se bavi fizičkom aktivnošću [9]. Za razliku od navedenog istraživanja, naše istraživanje pokazalo je da se 32% ispitanika strogo pridržava uputstava o ishrani, a 34% ispitanika rijetko krši pravila. Kao posljedica poremećaja ishrane, kod 22% ispitanika je prisutna gojaznost. Fizičkom aktivnošću, kao bitnim činiocem regulacije dijabetesa bavi se većina ispitanika (52%). Razlike između dva navedena istraživanja nalazimo u broju ispitanika uključenih u studije. U studiju sprovedenu 2011. godine bilo je uključeno 30 pacijenata, dok je u istraživanje vezano za izradu ovog rada uključeno 100 ispitanika.

Metaanaliza koja je imala za cilj da utvrdi uticaj fizičke aktivnosti na kvalitet života osoba sa DM, a koja je obuhvatila 20 radova i oko 1 892 osobe starije od 21 godinu sa DM tipa 1 i DM

tipa 2, pokazala je pozitivnu korelaciju između fizičke aktivnosti i kvaliteta života. Komparacijom grupa prije i poslije fizičke aktivnosti utvrđeno je značajno poboljšanje kvaliteta života kao i bolja kontrola glikemije. [10]

Studija presjeka iz 2007. godine, koja je obuhvatila više od 8000 osoba sa DM starosti od 16 do 74 godine, pokazala je da DM nosi značajno veći rizik od nastanka mentalnih poremećaja, a naručito nekih vrsta mentalih poremećaja, kao što su anksioznost i depresija i to nezavisno od sociodemografiskih karakteristika [11]. Većina ispitanika ima prisustvo nekog od komorbiditeta, što utiče i na pad kvaliteta života. Najveći procenat ispitanika (84%) ima hipertenziju, a najmanji procenat ispitanika depresiju (2%). Bolesti srca i krvnih sudova su se javile kod 20% ispitanika, a bolesti bubrega i mokraćnih puteva, kao i bolesti prostate, kod 12% ispitanika. 50% ispitanika je navelo da ima povišen holesterol, a 44% da ima povišene trigliceride. U istraživanju sprovedenom u Srbiji, u periodu od januara 2007. godine do februara 2008. godine, kardiovaskularne komplikacije su se javile kod 11,5% ispitanika, nefropatija kod 27,9% i, kao najčešća komplikacija, retinopatija kod 35,2% ispitanika [12].

ZAKLJUČAK

Oboljeli od šećerne bolesti sopstveni kvalitet života ocjenjuju prosječno zadovoljavajućim ocjenama. Ne postoji značajna razlika u kvalitetu života između oboljelih od šećerne bolesti muškog pola i oboljelih ženskog pola. Postoji značajna razlika u kvalitetu života oboljelih od šećerne bolesti u odnosu na starost i mjesto življenja.

LITERATURA

1. *Špehar B, Maćešić B. Patronažna zdravstvena zaštita osoba oboljelih od šećerne bolesti. SG/NJ, 2013; 18:215-24*
2. *Heljić B, Hrisafović Z, Velija Z, Bureković A, Stevanonvić D. Vodič za diabetes mellitus. Sarajevo, 2005; 7-9.*
3. *Đukanović Lj. Interna medicina. Medicinski fakultet Univerziteta u Istočnom Sarajevu, Foča, 2011;188-202.*
4. *Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Bolesti žlijezda sa unutrašnjim lučenjem, ishrane i metabolizma. Banja Luka, 2010; 5-6.*
5. *Ražnatović M, Bojanić J, Janković S. Kvalitet života obolelih od psorijaze. Biomedicinska istraživanja, 2012; 3(1):60-7.*
6. *Undén AL, Elofsson S, Andréasson A, Hillered E, Eriksson I, Brismar K. Gender differences in self-rated health, quality of life, quality of care, and metabolic control in patients with diabetes. Gender medicine. 2008 Jun 1;5(2):162-80.*
7. *Karlović S. Zadovoljstvo životom i zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa, Završnirad, Sveučilište u Zadru, OdjelzapsihologijuZadar, 2016;12-23.*
8. *Prašek M. Jakir A. Izračun prehrane u terapiji šećerne bolesti. MEDIX, 2009; 15 (80/81):177-84.*
9. *Hadživuković N, Stamenović M, Milović Lj, Pavlović J, Joković S. Učešćće medicinskih sestara u tretmanu akutnih komplikacija dijabetesa. Biomedicinska istraživanja, 2012; 3(1):31-9.*
10. *Krstović–Spremo V. Radna invalidnost oboljelih od dijabetesa i hipertenzije u Gradu Istočno Sarajevo. Biomedicinska istraživanja, 2012; 3(2):34-42.*
11. *Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. Psychosom Med. 2007; 69(6): 543–50.*
12. *Đurović D, Katanić D, Vlaški J. Značaj podrške porodice i vršnjaka za metaboličku kontrolu dijabetesa tip 1 kod adolescenata. Psihologija, 2009; 42(4):505-15.*

TRANSKULTURALNO SESTRINSTVO U SRBIJI – VAŽAN FAKTOR JEDNAKOSTI U ZDRAVLJU

TRANSCULTURAL NURSING IN REPUBLIC OF SERBIA – AN IMPORTANT FACTOR FOR HEALTH EQUALITY

Ljubica Pajić Nikolić[1], Milica Marjanović[2], Maja Savić Sekulić[3]

[1]Akademija strukovnih studija Šabac, Odsek za medicinske i poslovno – tehnološke studije, Šabac, Srbija

[2]Specijalistička pedijatrijska ordinacija Mirjana Lukić pr, Novi Sad, Srbija

[3]Visoka sportska i zdravstvena škola, Beograd, Srbija

SAŽETAK

Svest o kulturi i transkulturalnom sestrinstvu postaje sve značajnija time što svet postaje sve bliži, kompleksniji i multikulturalniji, te stoga postoji potreba da se stavi u fokus interesovanja i praktične primene svih zdravstvenih radnika. Kako bi se ponašanje pripadnika različitih kulturalnih grupa, usmereno na zdravlje, moglo unaprediti i time sprečiti pojava međukulturalnih konflikata i destruktivnog ponašanja, uočava se potreba za razvojem transkulturalnog sestrinstva kako širom sveta, tako i u Srbiji. Globalni trendovi u smislu migratornih promena nameću potrebu za promenom dosadašnje prakse u edukaciji i primeni transkulturalnog sestrinstva među medicinskim sestrama, kako bi se unapredio kvalitet pružene zdravstvene zaštite u Srbiji i kako bi se postigla jednakost u pružanju kulturološki usaglašene zdravstvene nege.

Ključne reči: *transkulturalno sestrinstvo, Medlin Lajninger, sestrinstvo, zdravstvena nega*

SUMMARY

Awareness of culture and transculturally oriented care is becoming increasingly important as the world becomes closer, more complex and multicultural, so there is a need to bring into focus the interests and practical application of all health professionals. In order to improve the health-oriented behavior of members of different cultural groups, and thus prevent the occurrence of negative conflicts and destructive behavior there is a need to develop transcultural nursing around the world and also in Serbia. Global trends in terms of migratory change, imply the need to change the current practice in education and application of transcultural nursing among nurses in order to improve the quality of health care in Serbia and thus achieve equality in the provision of culturally congruent health care.

Key words: *Transcultural nursing, Madeleine Leininger, nursing, health care*

UVOD

Republika Srbija prema popisu iz 2011. godine, ima 7.186.862 stanovnika, unutar kojih je veliki broj pripadnika nacionalnih manjina. Prema brojnosti prednjače Srbi, slede Mađari, Romi i Bošnjaci, dok nije zanemarljiv podatak da znatan broj stanovnika (preko 200.000) nije izjašnjen ili im je nacionalna pripadnost nepoznata. Posmatrajući veroispovest, iste godine, najviše je bilo lica hrišćanske veroispovesti, gde spadaju pravoslavna, katolička i protestantska, a sledi islamska veroispovest [1]. U poslednjih 7 godina, preko milion i po izbeglica i migranata prošlo je kroz Srbiju. Od toga, trećinu ili četvrtinu su činila deca. Godine 2020. broj migranata i izbeglica bio je oko 7.000, od kojih je 6.000 bilo smešteno u prihvatnim centrima i azilima. Brojne porodice, uključujući i decu, imaju ozbiljne emocionalne poteškoće usled traume zbog potrebe za napuštanjem svojih domova i nebezbednog putovanja, što uključuje seksualno i rodno zlostavljanje i eksploatisanje. Izbeglice, migranti i članovi njihovih porodica, neretko su suočeni sa izrazitim brojem, po zdravlje štetnih faktora rizika i otežavajućim okolnostima u vezi sa pristupom kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti. Globalna pandemija KOVID-19 (eng. COVID-19) je dodatno progredirala zdravstvene probleme [2].

Pripadanje različitim etničkim, verskim i nacionalnim grupama predstavlja izazov za pružanje adekvatne zdravstvene nege, te se uočava potreba za primenom principa teorije transkulturalne nege i sestrinstva. Svest o kulturi i transkulturalno orijentisanoj nezi postaje sve značajnija time što svet postaje sve bliži, kompleksniji i multikulturalniji, te stoga postoji potreba da se stavi u fokus interesovanja i praktične primene svih zdravstvenih radnika [3]. Razmatranjem teorije transkulturalnog sestrinstva, uočila bi se eventualna potreba za razvojem i uvođenjem iste u sestrinsku praksu u Srbiji.

Istorijski osvrt na transkulturalno sestrinstvo

Medlin Lajninger (eng. Madeleine Leininger) osnivač je teorije transkulturalnog sestrinstva, Internacionalnog udruženja za transkulturalno sestrinstvo (eng. International Transcultural Nursing Society) i časopisa Transkulturalno sestrinstvo (eng. Journal of Transcultural Nursing). Bila je inicijator i prvih master i doktorskih studija sestrinstva u SAD. Razvila je prvi sestrinski metod istraživanja nazvan etnosestrinstvo (eng. Ethnonursing Research Method), koji se izučavao u školama sestrinstva [4].

Još sredinom prošlog veka, nakon završetka Drugog svetskog rata, Lajninger je uočila potrebu za povećanjem znanja sestara o različitim religijama, verovanjima i navikama zbog povećanog

Autor za korespondenciju:
Ljubica Pajić Nikolić
Akademija strukovnih studija Šabac,
Odsek za medicinske i poslovno – tehnološke studije, Šabac, Srbija
Ivana Kočija 23/7, 21000 Novi Sad
E-mail: pajic.ljubica88@gmail.com

Rad primljen: 13.02.2022; Rad prihvaćen: 04.05.2022.

broja imigranata i izbeglica u SAD. Transkulturalni pristup pružanju zdravstvene nege bio je neophodna promena u dotadašnjem tradicionalnom sestrinstvu. Lajninger je verovala da se primenom principa transkulturalne nege može pružiti sveobuhvatna zdravstvena nega, poboljšati zdravlje, izlečenje i blagostanje. Razvojem teorijskih koncepata i praktične primene transkulturalnog sestrinstva, otvorili su se novi horizonti u naučno zasnovanim i humanističkim dimenzijama brige o ljudima različitih i/ili sličnih kultura [4]

Definicija transkulturalnog sestrinstva

Transkulturalno sestrinstvo se može definisati kao pristup pružanju kulturološki osetljive zdravstvene nege svim korisnicima zdravstvene zaštite. Važno je istaći da je transkulturalno sestrinstvo profesionalna disciplina koja je postavila temelje zdravstvene nege zasnovane na kulturi i kulturološkim razlikama [5]. Transkulturalno sestrinstvo je prepoznato kao jedan od najznačajnijih rastućih trendova u oblasti sestrinstva i drugim poljima zdravstvene zaštite u 21. veku [3].

Transkulturalni koncept, principi i znanja zasnovana na dokazima pomogli su mnogim medicinskim sestrama da funkcionišu u današnjem svetu transkulturalnih razlika u pogledu zdravlja. U suštini, osnovna svrha i glavni cilj transkulturalnog sestrinstva orijentisan je na promociju zdravlja i očuvanje kulturološki orijentisane nege i potreba pojedinaca [5]. Uprkos tome, transkulturalna zdravstvena nega nije rutinski deo zdravstvene prakse, već se zdravstvena politika bazira na prevenciji zdravstvene nejednakosti i diskriminacije, posebno po osnovu etničkih karakteristika [6].

Globalizacija, transkulturalizam, transkulturalno sestrinstvo i kulturološki usaglašena zdravstvena nega treba da postanu značajne za medicinske sestre i druge zdravstvene radnike, s obzirom na sve veće kulturološke razlike korisnika zdravstvene nege. Sve navedeno predstavlja priliku i izazov za sestrinsku profesiju. Medicinske sestre treba da se upozanju sa različitim kulturama u svom okruženju i širom sveta zbog ubrzanog trenda migratornih promena, kako bi korisnicima mogle da pruže adekvatnu, kulturološki osetljivu zdravstvenu negu, praćenu saosećanjem i razumevanjem u različitim životnim okolnostima. Transkulturalno sestrinstvo pomera način pružanja zdravstvene nege sa tradicionalno (jednokulturalno) ka savremeno (multikulturalno) orijentisanom, usmerenom na pojedince iz različitih kulturoloških sredina, poštujući njihove vrednosti, verovanja i zdravstvene obrasce. Povećan broj migranata, izbeglica i drugih osoba različitih kultura učinili su transkulturalno sestrinstvo imperativom za medicinske sestre danas, a i u budućnosti. Bez toga bi medicinske sestre bile duboko sputane, unazađene i ograničene za uočavanje potreba osoba različitih kulturnih obrazaca [5].

Jednakost u zdravlju i zdravstvenoj nezi

Sestrinska profesija posmatra zdravlje kao univerzalno ljudsko pravo i prema Etičkom kodeksu Američke sestrinske organizacije (eng. American Nurses Association – ANA), medicinska sestra pruža zdravstvenu negu svim pacijentima bez pristrasnosti i bez predrasuda [7]. S druge strane, pravo na zdravlje ima ekonomske, političke, socijalne i kulturološke dimenzije [8]. Pravičnost, koja se često poistovećuje sa jednakošću, obuhvata razumevanje i pružanje osobama onoga što im je potrebno, što ne znači uvek isto za svakoga [9].

Kako bi se postigla jednakost u pružanju zdravstvene nege, mora se prvo razumeti nejednakost tj. različitost između rasa, kultura i socijalnih grupa, što dovodi do izbegavanja diskriminatornog ponašanja i obezbeđivanja kulturološki usaglašene zdravstvene nege. Medicinske sestre treba da se ophode prema ljudima poštujući njihovo dostojanstvo, izbegavanjem generalizovanja i formiranjem pretpostavki o drugima, prepoznajući raznolikost i poštujući individualne izbore [10].

Prema britanskom Aktu Komiteta za jednakost i ljudska prava (eng. Equality and Human Rights Commission) iz 2019. godine, dato je 9 karakteristika o kojima bi trebalo voditi računa kada je u pitanju pružanje zdravstvene nege, tj. utvrđivanje potreba za negom među kojima su: starost, pol, bračni status, rasa, religija, invaliditet, seksualna orijentacija, trudnoća i materinstvo. Svaka diskriminacija prema ovim karakteristikama smatra se nezakonitim postupanjem sa ljudima [11].

Značaj transkulturalnosti u sestrinstvu

U proteklom veku, milioni ljudi širom sveta su migrirali van svoje zemlje iz mnogo razloga uključujući rat, ekološke krize, ekonomske probleme, školovanje i/ili zaposlenja. To je za posledicu imalo formiranje multikulturalne populacione strukture [4,12].

Ljudi ne mogu da žive nezavisno od kulture i okruženja u kojem žive. Kako bi se ponašanje članova jedne zajednice usmereno na zdravlje moglo unaprediti, neophodno je jasno definisati kulturološke faktore koji utiču na zdravlje. Verovanja pojedinca u odnosu na bolesti, njegovi stavovi i ponašanje, prethodna iskustva i načini lečenja, tj. njegov kulturni milje, imaju važnu ulogu u unapređenju zdravlja, prevenciji i lečenju bolesti. Kulturološki faktori mogu biti motivacioni faktori u odnosu zdravlje-bolest. Između ostalog uključuju: socioekonomski status, porodične i bračne obrasce, seksualno ponašanje, religiju, navike, migracioni status, metode samolečenja i drugo. Ukoliko se zdravstvena nega ne bazira na kulturološkim vrednostima, istu će biti nemoguće sprovesti kompletno i adekvatno u smislu zadovoljenja transkulturalnih razlika. Iz tog razloga zdravstveni radnici treba da razumeju kulturološku strukturu društva u kom deluju, te da razumeju stavove pojedinaca u odnosu sa bolest i prevenciju. Transkulturalnost je primenljiva na svim nivoima zdravstvene zaštite. Prema Lajningerovoj, medicinske sestre su u potpunosti kompetentne za pružanje transkulturalne nege. Savremena zdravstvena nega zasnovana je na nezi usmerenoj ka pojedincu i zavisi isključivo od individualnih potreba. Identifikovanje kulturološki zasnovanog ponašanja i barijera u odnosu na zdravlje, pozitivno utiče na celokupan proces zdravstvene nege [4,5]. Kulturološki zasnovan pristup povećava samopoštovanje i pacijenata i medicinskih sestara. Promenom načina razmišljanja i rada medicinskih sestara sa ljudima različitog kulturološkog miljea, dolazi do povećanog zadovljstva poslom [4].

Američka sestrinska organizacija posmatra fenomen transkulturalne nege iz tri ugla: kulture pacijenta, kulture medicinske sestre i kulture okruženja. Medicinska sestra treba da identifikuje potrebe pojedinca i porodice i da pruži zdravstvenu negu, a da ne naruši kulturni milje porodice. Pacijentova verovanja, vrednosti i ponašanja su integralni deo holističke zdravstvene nege. Medicinske sestre treba da otkrivaju nove načine pružanja kulturno prihvatljive nege u multikulturalnim društvima. Za procenu različitih varijabli i pružanje adekvatne kulturno kompetentne nege koristi se Lajningerin model izlazećeg sunca (Sunrise model). Pored njega koristi se još i Međukulturalni dijagnostički model (eng. Cross-Cultural Diagnosis Model), koji su razvili Gajger (eng. Giger) i Dejvidhizar (eng. Davidhizar). Medicinske sestre koje imaju svest o kulturološkim razlikama doprinose pružanju zdravstvene nege boljom komunikacijom sa pacijentom [6]. Godine 1960. Medlin Lajninger je razvila Metod za etnosestrinsko istraživanje

(eng. Ethnonursing Research Method - ERM), kao kvalitativnu metodu istraživanja koja odgovara nameni i ciljevima teorije o kulturološkoj raznolikosti i univerzalnosti, poznatijoj kao teorija o kulturi nege (eng. Culture Care Theory - CCT). Cilj ERM-a je da pruži informacije koje mogu biti usmerenja za pružanje kulturološki osetljive i sveobuhvatne zdravstvene nege osobama sa različitim kulturološkim pozadinama, koristeći tri načina odlučivanja i delovanja u kulturološkoj nezi. Načini odlučivanja i delovanja u kulturološkoj nezi su: očuvanje i održanje, akomodacija i/ili pregovaranje i izmena i/ili restruktuiranje kulturološke nege. Primena tri navedena načina olakšava aplikaciju rezultata dobijenih etnosestrinskim istraživanjima, direktno u kliničkoj praksi [13].

Često se primete izraziti nedostaci u znanju i razumevanju različitih kultura [5]. Kulturološke razlike postoje ne samo između različitih etničkih grupa, nego i unutar jedne etničke grupe [6].

Pristrasan i negativan pristup medicinskih sestara koje nisu dovoljno edukovane i obučene za pružanje zdravstvene nege pojedincima, grupama i porodicama drugih kultura, može negativno da se odrazi na pružanje zdravstvene zaštite. Podaci studije sprovedene u Turskoj sugerišu da takav negativan stav otežava lečenje, smanjuje stopu korišćenja zdravstvene zaštite i negativno utiče na fizičko i mentalno zdravlje migranata [12]. U istraživanju Marfija i Mekleod-Klarka (eng. Murphy i Macleod-Clark) sprovedenom u Velikoj Britaniji, medicinske sestre su imale problematičan odnos sa manjinskim grupama, što im je automatski umanjilo mogućnost holističkog pristupa u pružanju zdravstvene nege [14]. U odnosu na Britance bele puti, manjinske etničke grupe imaju lošije ishode lečenja s obzirom da su rasa i etnička pripadnost prepoznate kao ključne zdravstvene odrednice [15]. Istraživanjem sprovedenim u Novom Zelandu dokazano je da medicinske sestre koje nemaju adekvatno znanje o transkulturalnoj nezi osećaju anksioznost i pritisak u radu sa pacijentima drugih kultura [16]. Osim toga, mogu da ispolje negativne reakcije zbog stereotipa, ličnog mišljenja o drugim kulturama, ne uočavajući kulturološke razlike, ili smatrajući da svi moraju da se prilagode pravilima zdravstvenih ustanova [6].

Transkulturalno sestrinstvo bi trebalo da se u što većoj meri prepozna i razvije među medicinskim sestrama i time spreči pojavu negativnih i štetnih ishoda i po pacijente i po sve zdravstvene radnike u smislu izbegavanja međukulturalnih sukoba, konflikata, destruktivnog ponašanja i stresa [5]. Plan zdravstvene nege mora biti individualan, holistički i sveobuhvatan. Prevodioci ili verske starešine moraju se uključiti u pravljenje plana zdravstvene nege ako postoji potreba, a istovremeno se mora uzeti u obzir i pacijentov stav o uzroku nastanka bolesti [6].

Edukacija i transkulturalno sestrinstvo

Svi članovi zdravstvenog tima treba da budu kompetentni i da imaju određeno znanje i veštine kako bi pružili zadovoljavajuće usluge zdravstvene zaštite svim osobama drugih kultura. Signifikantnu ulogu u tome ima edukacija medicinskih sestara, procena njihovog znanja, stavova i predrasuda, a samim tim zaštita i promocija javnog zdravlja. Nažalost, o tome ima malo literaturnih podataka. Istraživanjem sprovedenim u Turskoj dokazano je da među studentima četvorogodišnjih studija sestrinstva, skoro polovina nije umela da kominucira stranim jezikom, a samo 30% je imalo neki vid edukacije o transkulturalnoj nezi. Samo četvrtina ispitanika je znala koja su prava migranata na zdravstvenu zaštitu. Naime, najveći broj ispitanika je imao susret sa migrantima u oblasti ginekologije i akušerstva. Kao vodeće probleme sa kojima su se studenti susretali navodili su: jezik, kulturu, higijenu i infektivne bolesti, koje su u Turskoj do tada bile eradikovane. Interesantno je da su ispitanici na pitanje: „Da li bi za pružanje zdravstvnih usluga migrantima i stranim državljanima trebalo da se zaposle medicinske sestre drugih kultura", većinom odgovorili potvrdno [12].

Korisnici zdravstvene zaštite različitih kultura pozitivno vrednuju momente kada su zdravstveni radnici pokazali da poseduju veštinu komunikacije, slušanja i odgovarajućeg reagovanja na njihove potrebe [5]. Prema studiji Ličen i saradnika, među studentima sestrinstva u Sloveniji, postoji visok nivo kulturne svesti, ali samo na drugoj godini studija, te ističu potrebu za integracijom nastavnog sadržaja o transkulturalnoj nezi na svim godinama studija [17]. Studijom sprovedenom u Poljskoj među medicinskim sestrama, uočen je najveći nivo socijalnog distanciranja u odnosu ka Rusima, Vijetnamcima i Čečenima. Takođe su uočene statistički značajne razlike u socijalnoj distanciranosti u odnosu na: radno mesto, nivo obrazovanja, ekonomski status, učestalost kontakata sa osobama različitih nacionalnosti, prethodno pružanje zdravstvene nege osobama drugih nacionalnosti, edukaciju o transkulturalnoj nezi i učešće u događajima vezanim za druge nacionalnosti [18]. Ovakve studije nisu sprovedene na području Srbije.

Aktuelnim dešavanjima u vezi sa pandemijom KOVID-19, zdravstvene razlike i socijalne nejednakosti koje su vođene rasnom diskriminacijom, nejednakošću i socijalnim odrednicama postale su očiglednije nego ikad [19]. Religioznost, praćena adekvatnim znanjem o efikasnosti i efektivnosti vakcina protiv SARS-CoV-2 virusa, ima uticaj na odluku pojedinaca o vakcinaciji. Pojedini poklonici odbijaju vakcinaciju iz verskih razloga, jer imaju više poverenja u alternativni pristup lečenju. Dok je Vatikan pozitivnog stava ka vakcinaciji, Islam zabranjuje korišćenje vakcina pravljenih na svinjskim derivatima. Medicinski i naučno zasnovani dokazi su pod uticajem religioznih shvatanja, što kao rezultat ima odbijanje vakcinacije [20]. Sve ovo nameće nova pitanja koja bi bila predmet nekih budućih istraživanja.

ZAKLJUČAK

Transkulturalno sestrinstvo postaje globalna stvarnost. Medicinske sestre treba da se fokusiraju na transkulturalno sestrinstvo i kroz prizmu filozofije, edukacije, administracije, istraživanja, konsultacije i praktičnu primenu kako bi mogle da pruže kompetentnu i pouzdanu zdravstvenu negu pojedincima različitih kultura. Sestrinske procedure treba da podrazumevaju procenu pacijenta sa kulturološkog aspekta radi identifikovanja važnih potreba i zabrana koje treba implementirati u individualni plan zdravstvene nege kroz sestrinske dijagnoze, koji će se dalje pratiti kroz celokupan, kulturološki usklađen proces zdravstvene nege, koristeći Lajningerin koncept transkulturalne nege. Bez obzira na izazove, prepreke i poteškoće koje prate primenu koncepta transkulturane nege, medicinske sestre nadograđuju svoja znanja i postojeće kliničke kompetencije, te tako doprinose razvoju moderne sestrinske profesije. Važno je istaći da transkulturalno sestrinstvo nije dosad primenjeno u bilo kakvom obliku ni na jednom nivou zdravstvene zaštite u Srbiji. Pregledom dostupnih kurikuluma nije uočeno da se isto izučava na visokoškolskim ustanovama. Globalni trendovi u smislu migratornih promena impliciraju neophodnost promene dosadašnje prakse u edukaciji i primeni transkulturalnog sestrinstva među medicinskim sestrama, kako bi se unapredila zdravstvena zaštita i time postigla jednakost u pružanju kulturno usaglašene zdravstvene nege. Neophodno je ulagati kontinuirane napore za dalji razvoj i implementaciju transkulturalnog sestrinstva, pogotovo u tranzitornim zemljama kao što je Srbija. Pošto nije bilo moguće dati definitivne odgovore po pitanju ove teme, u narednom periodu neophodno je sprovesti opsežnija istraživanja za upotpunjavanje teorijskog i praktičnog razumevanja transkulturalnog sestrinstva.

LITERATURA

1. *Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2011. u Republici Srbiji. 2014: Beograd. Dostupno na: https://publikacije.stat.gov.rs/G2014/Pdf/G20144012.pdf. Pristupljeno: 06.06.2021.*
2. *Unicef.org [internet] UNICEF u Srbiji. Dostupno na: https://www.unicef.org/serbia/izbeglicka-i-migrantska-kriza Pristupljeno: 29.06.2021.*
3. *Okeya OE. A Critical Analysis of Transcultural Nursing. Int J Sci Dev Res. 2021:6(1); 31-4.*
4. *Wehbe-Alamah H. Madeleine Leininger's Theory of Cultural Care Diversity and University. In: Smith MC, Parker ME, editors. Nursing Theories and Nursing Practice. Philadelphia: Davis Company; 2015. p. 303-17.*
5. *Leininger M. Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. In: Leininger M, McFarland MR, editors. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice, 3rd ed. New Jork: McGraw-Hill; 2002. p. 3-6.*
6. *Değer VB. Transcultural Nursing. In: Ulutasdemir N, editor. Nursing. London: IntechOpen; 2018. p. 39-62. doi:10.5772/intechopen.74990.*
7. *American Nurses Association. The Nurse's Role in Ethics and Human Rights: Protecting and Promoting Individual Worth, Dignity, and Human Rights in Practice Settings. 2016. Maryland, USA. Dostupno na: https:/www.nursingworld.org/~4af078/globalassets/docs/ana/ethics/ethics-and-human-rights-protecting-and-promoting-final-formatted-20161130.pdf Pristupljeno: 06.06.2021.*
8. *American Nurses Association. The Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. 2014. Maryland, USA. Dostupno na: https://homecaremissouri.org/mahc/documents/CodeofEthicswInterpretiveStatements20141.pdf Pristupljeno: 06.06.2021.*
9. *Papastavrou E, Igoumenidis M, Lemonidou C. Equality As an Ethical Concept Within The Context Of Nursing Care Rationing. Nurs Philos. 2019;00:e12284. https://doi.org/10.1111/nup.12284*
10. *Stenhouse R. Understanding Equality and Diversity In Nursing Practice. Nursing Standard. 2021:36(2);27-33. https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11562*
11. *Equality and Human Rights Commission. Protected characteristics. London (UK); 2019. Dostupno na: https://www.equalityhumanrights.com/en/equality-act/protected-characteristics#reassignment. Pristupljeno: 29.06.2021.*
12. *Tosun B, Sinan O. Knowledge, Attitudes and Prejudices Of Nursing Students About The Provision Of Transcultural Nursing Care To Refugees: A Comparative Descriptive Study. Nurse Educ Today. 2020:85;104335. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104294*
13. *Wehbe-Alamah H, McFarland M. Leininger's Ethnonursing Research Method: Historical Retrospective and Overview. J Transcult Nurs. 2020:31(4);337-49. https://doi.org/10.1177/1043659620912308*
14. *Murphy K, Clark JM. Nurses' Experiences of Caring For Ethnic-Minority Clients. J Adv Nurs. 1993:18(3),442–50. 10.1046/j.1365-2648.1993.18030442.x*
15. *Public Health England. Public Health Outcomes Framework: Health Equity Report - Focus on ethnicity PHE Publications. London (UK); 2017. Dostupno na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/733093/PHOF_Health_Equity_Report.pdf Pristupljeno: 29.06.2021.*
16. *Spence DG. Prejudice, Paradox and Possibility: Nursing People From Cultures Other Than One's Own. J Transcult Nurs. 2001;12:100–6.*
17. *Ličen S, Karnjuš I, Prosen M. Measuring Cultural Awareness Among Slovene Nursing Student: A Cross-Sectional Study. J Transcult Nurs. 2021;32(1):77-85. https://doi.org/10.1177/1043659620941585*
18. *Zalewska-Puchała J, Bodys-Cupak I, Majda A. Attitudes of Polish Nurses Toward Selected National Groups. J Transcult Nurs. 2021;32(2):137-44. https://doi.org/10.1177/1043659619900006*
19. *Cuellar NG. Vaccination Hesitancy [editorial]. J Transcult Nurs. 2021;32(3):197. 10.1177/1043659621999703*
20. *Garcia LL, Yap JFC. The Role of Religiosity In COVID-19 Vaccine Hesitancy, J Public Health. [Corespondence] 2021:fdab192. https://doi.org/10.1093/pubmed/*

ZAMOR I DEPRESIJA KOD BOLESNIKA SA SARKOIDOZOM

FATIQUE AND DEPRESSION IN PATENTS WITH SARCOIDOSIS

Mileva Stojanović[1], Svetlana Kašiković Lečić[1,2], Mina Cvjetković-Bošnjak[1,3], Danica Sazdanić Velikić[1,4], Jovan Javorac[1,2,5], Dejan Živanović[5]

[1] Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Srbija
[2] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za internu medicinu, Novi Sad, Srbija
[3] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za psihijatriju, Novi Sad, Srbija
[4] Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za gerijatriju, Novi Sad, Srbija
[5] Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača i trenera, Departman za biomedicinske nauke, Subotica, Srbija

SAŽETAK

Sarkoidoza je multisistemsko oboljenje nepoznate etiologije koje se karakteriše stvaranjem granulomatozne upale u različitim organima i tkivima, a najčešće u plućima i limfnim čvorovima. Glikokortikoidi su terapija izbora za početni tretman simptomatske bolesti, ali je njihova produžena upotreba povezana sa značajnom toksičnošću. Dostupne su i alternativne terapije koje smanjuju primenu glikokortikoida. Zamor i depresija su često prisutni kod obolelih od sarkoidoze Njihova pojava je u praksi uglavnom potcenjena iako je u vezi sa nižim kvalitetom života. Pošto se zamor i depresija ne mogu proceniti korišćenjem objektivnih mera preporučuje se primena validiranih upitnika. Oni omogućuju detekciju i praćenje zamora i depresije koji su u vezi sa osnovnom bolešću i mogu da ukažu na potrebu za odgovarajućom terapijom.

Ključne reči: *sarkoidoza, zamor, depresija, procena*

SUMMARY

Sarcoidosis is a multisystem disease of unknown etiology which is characterized by the formation of granulomatous inflammation in various organs and tissues, most commonly in the lungs and lymph nodes. Glucocorticoids are the therapy of choice for the initial treatment of symptomatic disease, but their prolonged use is associated with significant toxicity. Alternative therapies that reduce glucocorticoid use are also available. Fatigue and depression are often present in patients with sarcoidosis. Their occurrence in practice is mostly underestimated, although it is related to a lower quality of life. As fatigue and depression cannot be assessed using objective measures, the use of validated questionnaires is recommended. They enable the detection and monitoring of fatigue and depression related to the underlying disease and may indicate the need for appropriate therapy.

Key words: *sarcoidosis, fatigue, depression, evaluation*

UVOD

Sarkoidoza je multisistemsko oboljenje nepoznate etiologije koje se karakteriše stvaranjem granuloma u različitim organima, a najčešće u plućima i limfnim čvorovima. Može imati akutan i hroničan tok. Akutna sarkoidoza, tzv. Lofgrenov sindrom (Syndroma Löfgren), počinje naglo i ispoljava se u vidu artritisa, nodoznog eritema i bilateralne hilarne adenopatije. Ima povoljan tok i prognozu. Hronična sarkoidoza se može razviti iz akutnog oblika i od samog početka ima podmukao tok. Akutni simptomi izostaju, a prisutni su simptomi od strane zahvaćenog organa. Nekada je potrebno mnogo vremena da ovi simptomi budu prepoznati kao manifestacija sarkoidoze, što produžava tok bolesti, kao i eventualno lečenje. Za razliku od akutnog oblika, hronična sarkoidoza, ako se ne otkrije blagovremeno i ne leči, može da ima za posledicu fibrozu i trajno oštećenje zahvaćenog organa [1]. Pored navedenih siptoma i znakova, sarkoidoza se ponekad manifestuje i osećajem zamora (umora) i depresije [2].

Zamor kod bolesnika sa sarkoidozom

I pored velikog broja pokušaja definisanja, nije utvrđen potpun odgovor na pitanje šta je zamor. Oboleli najčešće opisuju zamor kao nedostatak snage, gubitak energije i osećaj potpune iscrpljenosti. Zamor je veoma čest simptom kod sarkoidoze i u vezi je sa nižim kvalitetom života [3,4]. Smatra se da je prisutan kod 30-70% bolesnika u zavisnosti od pola, starosti bolesnika i rasprostranjenosti granulomatozne upale, a 25% obolelih prijavi ekstremni zamor [5]. Nije uvek u vezi sa zahvaćenošću organa sarkoidozom. Može trajati mnogo godina, čak i posle očigledne remisije aktivne granulomatozne upale [6]. Drugi uzroci zamora moraju biti isključeni pre nego što se postavi dijagnoza zamora kod obolelih od sarkoidoze. Ovo uključuje: disfunkciju štitaste žlezde, dijabetesnu bolest, neuroendokrine poremećaje, mentalne poremećaje, opstruktivnu apneju u snu, neuropatiju malih vlakana, nedostatak vitamina D, srčanu slabost, neurološku bolest i nedostatak fizičke aktivnosti [7].

Autor za korespondenciju:
Jovan Javorac,
Put dr Goldmana 4,
21204, Sremska Kamenica, Srbija
email: jovan.javorac@mf.uns.ac.rs

Rad primljen: 27.04.2022; Rad prihvaćen: 19.05.2022.

Podela zamora u sarkoidozi

Postoji više podela zamora. Jedna od njih je podela na fizički i mentalni zamor [5]. Fizički zamor predstavlja nemogućnost nastavka normalnog funkcionisanja osobe, a povezuje se sa smanjenjem kontrakcija mišića zbog oštećenih energetskih izvora. Nasuprot tome, mentalni zamor manifestuje se pospanošću, povezan je sa promenama raspoloženja i kognitivnim oštećenjem. Šarma (Scharma) zamor kod bolesnika sa sarkoidozom deli na četiri vrste [8]:

• Rani jutarnji zamor – oboleli se bude sa osećajem da se nisu dovoljno naspavali, prisutni su ukočenost i bolovi u svim mišićima. Najčešće se ispoljava kod bolesnika sa pridruženim autoimunskim bolestima.

• Isprekidani zamor – oboleli se ujutro probude odmorni, ali se posle par sati aktivnosti osećaju umorno i iscrpljeno. Neophodni su im periodi odmora tokom dana, posle kojih mogu da nastave sa aktivnostima. Ovaj umor može da traje danima, nedeljama i mesecima.

• Popodnevni zamor – oboleli se ujutro probude puni snage i elana, ali su već rano popodne veoma umorni. Odlaze rano na počinak i bude se tek narednog jutra.

• Postsarkoidozni sindrom hroničnog zamora – javlja se kod oko 5% bolesnika koji su se oporavili od aktivne sarkoidoze, tj. nemaju znake bolesti (normalan radiogram grudnog koša i vrednosti markera aktivnosti bolesti). Glavni simptomi kod ovih bolesnika su bol u svim mišićima, nepodnošljivo zamaranje i depresija.

Klajn (Kleijn) zamor kod obolelih od sarkoidoze deli na tri klase [9]:

• blagi zamor – oboleli nemaju osećaj zamora ili je on veoma malo izražen;

• povremeni zamor – oboleli imaju različit intenzitet zamora tokom dana;

• celodnevni zamor – oboleli su stalno umorni, tokom celog dana.

Lečenje zamora kod obolelih od sarkoidoze

Prema aktuelnim preporukama Evropskog Respiratornog Udruženja (ERS) kod bolesnika sa sarkoidozom koji imaju izražen umor predlaže se program plućne rehabilitacije i/ili trening snage inspiratornih mišića u trajanju od 6-12 nedelja, da bi se poboljšao umor. Kod obolelih sa sarkoidozom koji imaju izražen umor koji nije u vezi sa aktivnošću bolesti i posle razmatranja plućnih vežbi ili programa rehabilitacije predlaže se upotreba d-metilfenidata ili armodafinila tokom 8 nedelja, da bi se testirao njegov efekat na umor i podnošljivost (uslovna preporuka, nizak kvalitet dokaza) [10].

Depresija kod bolesnika sa sakoidozom

Depresija je patološko stanje koje je klasifikovano u sekciji „poremećaja raspoloženja“ prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), a od normalnih oscilacija raspoloženja razlikuje se po kvalitetu i dužini trajanja [11]. Depresivni poremećaj se ispoljava poremećajem raspoloženja, interesa i gubitkom energije, uz prisustvo brojnih drugih simptoma. Bolesnici navode doživljaj tuge, osećaju se prazno, a često imaju prisutan osećaj krivice i stida, te sklonost samooptuživanju. Kod ovih bolesnika često su prisutni osećaj bespomoćnosti, bezvrednosti, anhedonija (smanjeni kapacitet za doživljavanje zadovoljstva), osećaj zamora, nedostatka energije, disforija (složeno emocionalno stanje koje se sastoji od uporne napetosti, razdražljivosti, nezadovoljstva i nesreće i povezuje se sa impulsivnošću), kao i neodlučnost i očajanje. Navedene tegobe remete svakodnevni život obolelih. Poremećaj se dijagnostikuje kada se osoba kontinuirano, svakodnevno, veći deo dana oseća potišteno, u razdoblju od dve nedelje ili duže ili kada ništa ne može da je razveseli [12]. U razvijenim zemljama depresija je kod obolelih od sarkoidoze zastupljena kod 18-60%, dok ovaj problem još uvek nije dovoljno ispitan u zemljama u razvoju [13].

Uzroci depresije kod obolelih od sarkoidoze

Sarkoidoza se smatra uzrokom depresije jer ona utiče na funkcionalni status i kvalitet života obolelih [14]. Sarkoidoza ima i direktan efekat na centralni nervni sistem (CNS), kao posledica hiperkalcemije, koja je u vezi sa izmenjenim metabolizmom vitamina D i granulomatoznom upalom CNS [15]. Pretpostavka je da se depresija kod obolelih od sarkoidoze javlja i kao posledica hroničnog toka bolesti i produženog dejstva primene glikokortikoida [16]. Groger (Groger) smatra da su za pojavu depresije kod obolelih od sarkoidoze bitna četiri faktora [17]: biohemijski parametri tj. zapaljenje, težak zamor, hronična sarkoidoza i glikokortikoidi.

Prema Groger-u, medijatori zapaljenja „fiziološki“ dovode do nastanka depresije. Utvrđeno je da osobe sa značajno povišenim vrednostima C-reaktivnog proteina i drugih markera inflamacije, do tri puta češće oboljevaju od depresije u odnosu na opštu populaciju. U prilog ove tvrdnje ukazuje i činjenica da je primena antiinflamatornih lekova kod pojedinih bolesnika dovela do ublažavanja depresivnih simptoma. Težak zamor negativno utiče na svakodnevni život i socijalne kontakte. Hronična sarkoidoza koja zahteva dugotrajno lečenje, može da dovede do neželjenih efekata u smislu zabrinutosti, uznemirenosti i depresije. Ponekad su i male doze glikokortikoida dovoljne da izazovu simptome depresije [17].

Lečenje depresije kod obolelih od sarkoidoze

Visoka stopa depresije kod obolelih od sarkoidoze ukazuje da se ona može posmatrati kao očekivana reakcija na bolest ili nezavisno stanje koje zahteva aktivno lečenje. Zbog toga postoji potreba da se svim bolesnicima sa sarkoidozom u sklopu dijagnostike, a kasnije i kontrole aktivnosti bolesti uradi kratka psihološka i/ili psihijatrijska procena, kako bi se uvela odgovarajuća terapija, ukoliko je to potrebno. Moguće je sprovesti kratkotrajne psihoterapijske intervencije (npr. kognitivno-bihejvioralnu terapiju, interpersonalnu terapiju), a ako ona ne da željene rezultate, preporučuje se primena farmakoterapije antidepresivima. Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI), inhibitori preuzimanja serotonin/norepinefrina (SNRIs), najčešće predstavljaju prvu liniju lečenja, uz mogućnost ordiniranja i antidepresiva drugih klasa [12]. Rezultati ispitivanja ukazuju da je ublažavanje simptoma depresije (primenom nekih od napred navedenih terapijskih oblika) u velikoj meri u vezi sa poboljšanjem osnovne bolesti [18].

Upitnici (skale) za procenu zamora i depresije

Upotreba upitnika (skala) za procenu zamora i depresije može da doprinese njihovom pravovremenom prepoznavanju, a samim tim i adekvatnom tretmanu. Postoji više skala za procenu zamora [19]. Međutim, samo mali broj njih je potvrđen i prihvaćen za kliničku primenu. U Srbiji se za procenu zamora najčešće koristi skala za procenu stepena zamora (eng. Fatigue Assessment Scale - FAS) [20], dok se za procenu depresije najviše koriste:

• skala depresije Centra za epidemiološke studije (engl. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D) [21];

• Bekova skala depresivnosti (eng. Beck Depression Inventory - BDI) [22];

• Hamiltonova bodovna skala za depresiju (eng. Hamilton Depression Rating Scale - HDRS, HRSD ili Ham-D) [23].

Ove skale su jednostavne za primenu. Ne zahtevaju mnogo vremena za davanje odgovora na postavljena pitanja. Omogućuju detekciju i praćenje zamora i depresije, koji su u vezi sa osnovnom bolešću i mogu da ukažu na potrebu za odgovarajućom terapijom [5].

ZAKLJUČAK

Pojava zamora i depresije kod obolelih od sarkoidoze u praksi ostaje potcenjena, a obolela osoba se posmatra kao zdrava, ukoliko su odsutni objektivni parametri aktivnosti bolesti. Ovo u znatnoj meri utiče na kvalitet života i radnu sposobnost obolelih. Zbog toga se nameće potreba za prepoznavanjem ovih simptoma, utvrđivanjem razloga njihovog nastanka i pronalaženjem načina za sprečavanje ili bar ublažavanje istih.

LITERATURA

1. *Jain R, Yadav D, Puranik N, Guleria R, Jin JO. Sarcoidosis: causes, diagnosis, clinical features, and treatments. J Clin Med. 2020;9:1081.*
2. *Hendriks C, Drent M, De Kleijn W, Elfferich M, Wijnen P, De Vries J. Everyday cognitive failure and depressive symptoms predict fatigue in sarcoidosis: A prospective follow-up study. Respir Med. 2018;138S:S24-S30.*
3. *Voortman M, Hendriks CMR, Elfferich MDP, Bonella F, Møller J, De Vries J, et al. The burden of sarcoidosis symptoms from a patient perspective. Lung. 2019;197:155-61.*
4. *Michielsen HJ, Drent M, Peros-Golubicic T, De Vries J. Fatigue is associated with quality of life in sarcoidosis patients. Chest. 2006;130:989-94.*
5. *Vučinić V, Stojković M, Milenković B, Videnović-Ivanov J, Škodrić-Trifunović V, Žugić V, et al. Zamor u sarkoidozi-otkrivanje i lečenje. Srp Arh Celok Lek. 2012;140:104-9.*
6. *Korenromp IH, Heijnen CJ, Vogels OJM, van den Bosch JMM, Grutters JC. Characterization of chronic fatigue in patients with sarcoidosis in clinical remission. Chest. 2011;140:441-7.*
7. *de Kleijn WP, De Vries J, Lower EE, Elfferich MD, Baughman RP, Drent M. Fatigue in sarcoidosis: a systematic review. Curr Opin Pulm Med. 2009;15:499-506.*
8. *Sharma OP. Fatigue and sarcoidosis. Eur Respir J. 1999;13:713-4.*
9. *De Kleijn WP, Drent M, Vermunt JK, Shigemitsu H, De Vries J. Types of fatigue in sarcoidosis patients. J Psychosom Res. 2011;71:416-22.*
10. *Baughman RP, Valeyre D, Korsten P, Mathioudakis AG, Wuyts WA, Wells A, et al. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. Eur Respir J. 2021;58:2004079.*
11. *Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut", World Health Organization. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut"; 2013.*
12. *Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje depresije. Beograd: Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije; 2011.*
13. *Chang B, Steimel J, Moller DR, Baughman RP, Judson MA, Yeager H, et al. Depression in sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163;329-34.*
14. *Hinz A, Brähler E, Möde R, Wirtz H, Bosse-Henck A. Anxiety and depression in sarcoidosis: the influence of age, gender, affected organs, concomitant diseases and dyspnea. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2012;29:139-46.*
15. *Curtis JR, Borson S. Examining the link between sarcoidosis and depression. Am J Respir Crit Care Med. 2001;163:306-8.*
16. *Balaji AL, Abhishekh HA, Kumar NC. Depression in sarcoidosis patients of a tertiary care general hospital. Aust N Z J Psychiatry. 2012;46:1199-200.*
17. *Groger U. Causes of depression in sarcoidosis. Dtsch Arztebl Int. 2017;114:120.*
18. *Simon GE, Von Korff M, Lin E. Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. Psychol Med. 2005;35:271-9.*
19. *Billones R, Liwang JK, Butler K, Graves L, Saligan LN. Dissecting the fatigue experience: A scoping review of fatigue definitions, dimensions, and measures in non-oncologic medical conditions. Brain Behav Immun Health. 2021;15:100266.*
20. *Hendriks C, Drent M, Elfferich M, De Vries J. The Fatigue Assessment Scale (FAS): quality and availability in sarcoidosis and other diseases. Curr Opin Pulm Med. 2018;24:495-503.*
21. *Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas. 1977;1:385-401.*
22. *Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988;8:77-100.*
23. *Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960.23;56-62.*

UČEŠĆE RODITELJA U HUMANIZACIJI BORAVKA DECE U BOLNICI

PARTICIPATION OF PARENTS IN THE HUMANIZATION OF CHILDREN'S STAY IN HOSPITALS

Dragica Ranković[1], Ljiljana Jovčić[1], Verica Trbović [1], Danijela Jezdimirović[1]
[1]Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola

SAŽETAK

Uspešno lečenje deteta ne zavisi samo od stepena težine bolesti, već i od odnosa prema bolesti i njenom lečenju. S tim u vezi, pored lečenja i zdravstvene nege deteta, neophodno je pružanje psiho-socijalne podrške, koja je istovremeno potrebna i njihovim roditeljima, kroz dostupnost informacija i savetovanje. Imajući u vidu specifičnost bolničkog konteksta, smatra se da deca obolela od hroničnih bolesti imaju veći nivo svesnosti i razumevanja u odnosu na populaciju iste starosne dobi vanbolničkog okruženja. Roditelji i zdravstveni radnici prvi uočavaju koncept humanizacije dece na hospitalizaciji i daju veći značaj osobenostima dece sa hroničnim bolestima u odnosu na onu koja imaju neko akutno hitno stanje. Iako je zakonskim okvirom regulisana zdravstvena zaštita dece u pogledu donošenja odluka, roditelji se tradicionalno smatraju ključnim akterima pri donošenju odluka u ime deteta, prvenstveno, jer znaju šta je najbolje u njegovom interesu. Posebna pažnja u ovom radu je usmerena na pozitivne efekte uključivanja roditelja, kao članova zdravstvenog tima, u psihološkoj pripremi dece za hospitalizaciju ili za neke druge medicinske procedure koje ih u bolničkom kontekstu očekuju.

Ključne reči: *roditelji, deca, hospitalizacija, psihosocijalna podrška*

SUMMARY

Successful treatment of a child depends not only on the severity of the disease, but also on the child's attitude towards the disease and its treatment. In this regard, in addition to the treatment and health care of the child, it is necessary to provide psycho-social support, which is also needed by their parents, through the availability of information and counseling. Having in mind the specificity of the hospital context, it is considered that children suffering from chronic diseases have a higher level of awareness and understanding in relation to the population of the same age in the outpatient environment. Parents and health workers are the first to notice the concept of humanization of children in hospitals and give more importance to the characteristics of children with chronic diseases compared to those who have an acute emergency. Although the legal framework regulates children's health care in terms of decision-making, parents are traditionally considered key actors in decision-making on behalf of the child, primarily because they know what is best in his interest. Special attention in this paper is focused on the positive effects of involving parents, as members of the health team, in the psychological preparation of children for hospitalization or for some other medical procedures that await them in the hospital context.

Key words: *parents, children, hospitalization, psychosocial support*

UVOD

Bilo da se radi o zdravlju ili bolesti, duh i telo su nerazdvojivi [1]. Pomoć i podrška u vidu psiho-socijalne intervencije u najširem smislu, obuhvata sve one postupke čiji je osnovni cilj uspostavljanje emotivne ravnoteže [2,3]. Boravak u bolnici tokom akutnih medicinskih procedura izaziva negativna osećanja kako kod roditelja, tako i kod dece. Naime, deca različito reaguju na bolnički kontekst, kao što su: nepoznato mesto, ljudi, bolnička hrana, odeća, "izloženost i pregled delova tela od strane nepoznatih osoba", upotreba medicinskih izraza od strane lekara i medicinskih sestara [2]. Povišena uznemirenost i anksioznost roditelja kao i sve prethodno navedeno, predstavlja različite "aspekte bolničkog iskustva koji kod dece mogu produkovati stres" [4]. U kom stepenu će hospitalizacija kod deteta ostaviti psihološke, bihejvioralne i socijalne efekte zavisi, pre svega, od starosne dobi deteta, težine uspostavljanja dijagnoze, dužine hospitalizacije i lečenja [2,4,5].

PARTICIPACIJA RODITELJA U ADAPTACIJI DECE NA BOLNIČKO OKRUŽENJE

Početkom šezdesetih godina prošlog veka, iz okvira zdravstvene psihologije počinje da se razvija bihejvioralna intervencija koja pomaže deci i roditeljima u efikasnijem savladavanju medicinskih procedura. Proučavanja u bihevioralnoj medicini sve više se okreću porodično-sistemskoj paradigmi kao osnovnom okviru pružanja podrške porodici i deci na bolničkom lečenju, koji se ogleda kroz programe promocije zdravlja, zdravstvenog

Autor za korespondenciju:
Dragica Ranković
Adresa: Kostolačka 58/13
e-mail: draga.rankovic@yahoo.com

Rad primljen: 24.02.2022; Rad prihvaćen: 04.05.2022.

Tabela 1. Porodični sistemski protokol za pedijatrijske konsultacije [9,12]

Konsultativni koraci	Ciljevi	Konkretni koraci
Pridruživanje	Definisati konsultativna pitanja; Formirati fokusno pitanje u prvom konsultativnom koraku.	Planiranje rada sa porodicom; Interakcije i očekivanja; Identifikacija terapeutske trijade; Izgradnja poverenja, npr. pitanjem „Kako vam mogu biti od pomoći?“
Fokusiranje	Odrediti savetnika; Postavljanje hipoteze; Utvrđivanje neophodnih resursa; Fokus na rešenje problema.	Uključiti terapeutsku trijadu pri definisanju problema; Definisati uloge i funkcije terapeutske trijade; Razmotriti mogućnost da se uključe i drugi pomagači i pružaoci podrške.
Saradnja	Međusobna saradnja između učesnika terapeutske trijade u donošenju rešenja; Primeniti aktivnost - zamena uloga u procesu međusobnog upoznavanja.	Zajedno sa roditeljima postaviti realistične ciljeve; Definisati očekivanja kao i uslove sprovođenja postupaka ili tretmana.
Ishod	Ispitati mišljenja roditelja, pacijenata i medicinskog tima o ishodima terapeutskih tretmana i postupaka; Donošenje zajedničkih odluka o sledećim koracima.	Zajedno sa roditeljima evaluirati plan rada; Osiguravanje stalne veze između članova trijade.

ponašanja i savladavanje stresnih situacija prouzrokovanih bolešću [1]. Naime, psihološka priprema ima za cilj da "olakša pristup informacijama, podstakne ispoljavanje emocija i uspostavi poverenje između deteta/roditelja i medicinskog osoblja" [6].

Bolest deteta, koja može biti dugotrajna, neizlečiva ili dramatičnog ishoda, ostavlja trajne posledice na sve članove porodice, koje mogu dovesti i do raspada porodičnog sistema usled nemogućnosti roditelja da uspostave emotivnu ravnotežu, narušenu posledicama novonastale situacije [3,7].

Hospitalizacija za odraslu osobu, a naročito za dete, izaziva osećaj bespomoćnosti i nesigurnosti. Upravo iz tih razloga, medicinski tim usmerava svoj rad ka kreiranju programa za pripremu dece za hospitalizaciju, radi prevladavanja stresa prouzrokovanog bolešću. Uključivanje roditelja u zdravstvene procedure prvi su uvideli članovi tima zdravstvene nege u pedijatriji. Većina roditelja preuzima odgovornost za konsekvence nastale usled hospitalizacije deteta [8]. Analizom relevantnih izvora potvrdjeno je da anksioznost kod roditelja korelira sa nedovoljnom količinom informacija u vezi sa zdravljem svog deteta [8,9]. Na osnovu toga roditelji imaju potrebu da budu uključeni u sve segmente odlučivanja koje se odnose na njihovo dete tokom hospitalizacije.

Značaj uspostavljanja saradnje medicinskog tima i roditelja hospitalizovane dece ogleda se kroz ostvarivanje sledećih zadataka [7, 9,10]:

1) pružanje podrške roditeljima da se nose sa emocionalnim izazovima prilikom saznanja da im je dete hospitalizovano;

2) razvijanje pouzdanih odnosa, kako bi se obezbedila uspešna kolaboracija tokom trajanja lečenja hospitalizovane dece;

3) razvoj strategije rešavanja konflikata unutar porodice i između porodice i drugih grupa sa kojima dete stupa u direktne kontakte i interakcije, a to su: tim za zdravstvenu negu i nastavnici bolničkih škola.

Bez obzira na prirodu i trajanje bolesti, pružaoci zdravstvene nege postaju deo detetovog direktnog okruženja u toku hospitalizacije. Intervencije porodične terapije i teorije ekološkog razvoja, fokusiraju se na izgrađivanju terapeutske trijade (dete, porodica, zdravstveni tim), koja ima za cilj da poveže pacijenta, porodicu i zdravstveni tim u procesu poboljšanja adaptacije deteta na hospitalizaciju [9,12]. S tim u vezi, otvara se polje primene ekosistemskog pristupa u aktivnostima, terapeutske trijade koja se realizuje kroz četiri načela (Tabela 1): pridruživanje, fokusiranje, saradnja i ishod [9,12].

1) Pridruživanje predstavlja uspostavljanje i održavanje terapeutskog odnosa. U porodičnoj terapiji, proces izgrađivanja odnosa sa članovima porodice često se naziva pridruživanje. Konkretni koraci terapeutske trijade u načelu pridruživanja jesu planiranje rada sa porodicom, njihova međusobna interakcija, kao i moguća očekivanja članova trijade u terapeutskim porodičnim aktivnostima.

2) Fokusiranje kao konsultativan korak terapeutske trijade u rešavanju problema, predstavlja međusobnu saradnju pacijenata, roditelja i zdravstvenog tima u toku sprovođenja postupaka i tretmana. Sprovođenje terapeutskih postupaka i tretmana rezultira definisanjem uloge i funkcije terapeutske trijade, odredjivanjem savetnika u pružanju podrške roditeljima i njihovoj deci za vreme hospitalizacije. Fokus savetovanja se stavlja na rešavanje problema koji je direktno relevantan, sa već definisanim konsultativnim pitanjem na početku same terapeutske trijade.

3) Saradnja predstavlja timsko/saradničko donošenje odluka za dobrobit svih učesnika terapeutske trijade. Naime, održavanjem zajedničke odgovornosti za rešavanje problema, podstiče se kompetencija svih učesnika za pronalaženje rešenja.

4) Ishod predstavlja evaluaciju uradjenog u terapeutskoj trijadi. Jedan od merila ishoda je zadovoljstvo učesnika i svih saradnika u aktivnostima trijade [9,12].

Aktivna primena konsultativnih koraka terapeutske trijade doprinela je kreiranju protokola američkog Nacionalnog instituta za istraživanja onesposobljenosti i rehabilitacije, koji obuhvata intervencije usmerene ka porodici kroz tri komponente, od kojih svaka sadrži definisane ciljeve rada [1]:

1) Edukativna komponenta – prepoznavanje problema i perspektiva porodice u vezi sa bolešću; pospešivanje veza između učesnika koji imaju analogne porodične uloge u vezi sa bolešću; uvođenje i objašnjavanje koncepta „stavljanje bolesti na svoje mesto" i „porodični identitet".

2) Komponenta porodični problem - opisivanje i procena aspekta porodičnog života, koji je narušen nakon bolesti; strukturiranje povratne informacije od drugih članova grupe; pomoć porodici da artikuliše suštinske karakteristike sopstvenog identiteta; razvijanje strategija za održavanje konkretnog porodičnog identiteta uz prilagođavanje bolesti.

3) Afektivna komponenta - uvođenje koncepta „porodični emocionalni stil"; diskusija i procena prednosti i nedostataka različitih „porodičnih emocionalnih stilova" u prevazilaženju bolesti.

U relavantnoj literaturi zajedničko za sve programe, od edukacije do psihoterapije u pružanju pomoći porodicama obolelog i hospitalizovanog deteta, jeste da budu usklađeni sa individualnim osobenostima deteta, kao što su "uzrast, razvojni stadijum, i prethodno iskustvo" [1,6,13,14]. Isti autori navode kao primer da deca do dve godine nemaju razvijenu predstavu o vremenu i da decu treba pripremiti na bolničko okruženje neposredno pre hospitalizacije. Ono što se savetuje roditeljima u prevazilaženju stresa usled nepoznatih intervencija kod deteta jeste korišćenje tehnike preusmeravanja pažnje, odnosno, omogućiti detetu da neometano donosi odluke koje nisu u suprotnosti sa lečenjem (na primer, prilikom uzimanja krvi dozvoliti detetu da bira ruku) [2]. Sa decom, uzrasta od tri do šest godina, pre prijema u bolnicu, potrebno je razgovarati i objasniti im ceo tok hospitalizacije, uz korišćenje različitih slikovnih materijala (slikovnice, priče, flajeri prilagođeni deci i njihovoj bolesti) [14]. Takođe, igre uloga kao jedan vid igre, smatraju se adekvatnim načinom pripreme dece na hospitalizaciju, koju roditelji mogu primenjivati u igri. Preporučuje se da deca uzrasta od tri do šest godina prilikom odlaska u bolnicu odaberu igračku koju će poneti sa sobom za vreme hospitalizacije radi lakše adaptacije na bolničko okruženje [14]. Kada je reč o deci uzrasta od sedme do dvanaeste godine, isti autor savetuje da se adaptacija na bolničko okruženje može postići kroz uputstva primerena detetovom uzrastu i socijalnoj zrelosti. Preporučuje se korišćenje različitih sredstava poput pisanih materijala, različitih igara, video snimaka/razgovor sa vršnjacima istog iskustva u cilju suočavanja sa anksioznošću. Roditelji u sardnji sa medicinskim timom pružaju detetu bolji uvid u prirodu njegove bolesti, način lečenja, boravak u bolnici, kao i procedurama koje ga očekuju. Bez obzira na uzrast deteta, od roditelja se očekuje visok stepen tolerancije, prihvatanja i postavljanje u poziciju obolele osobe [2,14].

ZAKLJUČAK

Bolnički kontekst predstavlja negativno životno iskustvo čak i kad su uslovi hospitalizacije idealni, zbog toga se sve više ističe podrška u vidu psiho-socijalne intervencije, gde se posebno stavlja akcenat na obolelu decu i njihove roditelje. Hospitalizacija deteta ima emocionalne posledice, ne samo na dete, nego i na njegovu porodicu. Nega fokusirana ka deci i porodici pomaže da se bolničko okruženje učini prijatnim, smanji nivo stresa i anksioznosti kod obe interesne grupe, što dovodi do boljeg opšteg psihičkog stanja deteta tokom hospitalizacije, bržeg oporavka i kraćeg vremenskog perioda u bolnici [12]. Stoga je potrebno da trijada (dete, porodica, zdravstveni tim) razvije integrisane aktivnosti za dobrobit deteta. Porodica treba da bude prihvaćena i saslušana od medicinskog tima, kako bi se identifikovale njihove preporuke radi humanizacije nege deteta.

LITERATURA

1. *Berger D. Zdravstvena psihologija. II izdanje. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2002.*
2. *Klikovac T, Kisić T. Priprema deteta za boravak u bolnici. Priručnik za roditelje. NURDOR. Beograd: Tukan print; 2011.*
3. *Genc A, Pekić J, Matanov J. Coping, optimism, and general self-efficacy as predictors of psychophysical health. 2013;6(2):155-74.*
4. *Dukić O, Mihić Lj, Okanović P, Srdanović Maraš J, Krstić T. Redukovanje preoperativne anksioznosti kod dece: uloga roditeljskog ponašanja. Primenjena psihologija. 2014; 7(1): 87-112.*
5. *Nabors L, Cunningham F, Lang M, Wood K, Southwick S, Stough O. Family Coping During Hospitalization of Children with Chronic Illnesses. Journal of Child and Family Studies. 2017; 27(5): 1482–91.*
6. *Prugh DG, Staub EM, Sands HH, Kirschbaum RM, Lenihan EA. A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. American Journal of Orthopsychiatry. 1953; 23(1): 70–106.*
7. *Zebrack BJ. Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. Cancer. 2011; 117(10): 2289–94.*
8. *Coyne I. Children's participacion in consultations and decision-marking at Health servise level: A review of the literature. International Journal of Nursing Studies 2008; 45(11): 1682-9.*
9. *Kazak A, Simms S, & Rourke M. Family systems practice in pediatric psychology. Journal of Pediatric Psychology. 2002; 27: 133–43.*
10. *Janin MMH, Ellis SJ, Lum A, Wakefield CE, & Fardell JE. Parents' perspectives on their child's social experience in the context of childhood chronic illness: A qualitative study. Journal of Pediatric Nursing. 2018; 42: 10–8.*
11. *Jadwiga B, Danuta Z. Parents' from Poland coping with the illness of a child Preliminary research. Cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the coping health inventory for parents - polish version. Journal of Pediatric Nursing. 2022 :69-77.*
12. *Lozanović D, Radivojević D. Podrška uzajamnom odnosu porodice i deteta u ranom detinjstvu. Vodič za zdravstvene radnike i saradnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Udrženje pedijatara Srbije; 2017.*
13. *Kain ZN, Mayers L, Wang SM, Carmico LA, Krivutza MA, Hofstadtern MB. Parental presence and sedative premedication for children undergoing surgery. A hierarchical study. Anesthesiology. 2000; 92: 939-45.*
14. *Kolak Ž, Šešić A, Matijević V, Bartolović J, Kovačić-Parcela D, Hajdaš M, et al. Dječja igra u humanizaciji boravka djece u bolnici. Fizikalna i rehabiltacijska medicina. 2013; 25(1-2): 42-9.*

SESTRINSKE INTERVENCIJE KOD KOMPLIKACIJA ARTERIOVENSKE FISTULE

NURSING INTERVENTIONS IN COMPLICATIONS OF ARTERIOVENOUS FISTULA

Mira Novković [1,2], Lada Petrović [1,3]
[1]KC Vojvodine, Klinika za nefrologiju i kliničku imunologiju
[2]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za zdravstvenu negu
[3]Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za internu medicinu

SAŽETAK

Hronična bubrežna bolest predstavlja javnozdravstveni problem, ne samo zbog masovnosti, već i zbog hroničnog i progresivnog toka, što za posledicu ima značajan komorbiditet i smrtnost. Bolesnike je potrebno na vreme pripremiti za neku od metoda zamene bubrežne funkcije, koja omogućava aktivno lečenje. Hemodijaliza nije moguća bez adekvatnog vaskularnog pristupa, koji treba da bude dugotrajan, da obezbedi visok protok krvi, a uz pojavu minimalnog broja komplikacija. Najčešći razlog hospitalizacija bolesnika koji su na hroničnom programu hemodijalize, predstavljaju komplikacije koje su vezane za vaskularni pristup, što dovodi i do visokih troškova lečenja. Zbog najmanjeg broja komplikacija, arteriovenska fistula je najčešće prvi izbor u odnosu na druge vaskularne pristupe za hemodijalizu. Najčešće komplikacije arteriovenske fistule su tromboza, stenoza i infekcija. Medicinska sestra treba da prepozna znake i simptome komplikacija, kao i da učestvuje u njihovom zbrinjavanju. Važnu ulogu u ranom prepoznavanju komplikacija ima i sam pacijent, stoga je edukacija pacijenta od velike važnosti, jer doprinosi smanjenju broja komplikacija.

Ključne reči: *hemodijaliza, vaskularni pristup, arteriovenska fistula, komplikacije*

SUMMARY

Chronic kidney disease is a public health problem, not only because of its mass, but also because of its chronic and progressive course, which results in significant comorbidity and mortality. Patients need to be prepared in time for active treatment with one of the methods for replacing renal function. Hemodialysis is not possible without an adequate vascular approach, and the ideal vascular approach should enable repeated and long-term access to the circulation, high blood flow and a minimal number of complications. The most common reason for hospitalization of patients who are on a chronic hemodialysis program are complications related to the vascular approach, which leads to high treatment costs.

Due to the least number of complications, arteriovenous fistula is usually the first choice compared to other vascular approaches for hemodialysis. The most common complications of arteriovenous fistula are thrombosis, stenosis and infection. The nurse should recognize the signs and symptoms of complications and participate in their care. The patient plays an essential role in the early recognition of complications, so educating the patient is vital in reacting in time and reducing the number of complications.

Keywords: *hemodialysis, vascular approach, arteriovenous fistula, complications*

UVOD

Hronična bubrežna bolest predstavlja javnozdravstveni problem, ne samo zbog masovnosti, već i zbog hroničnog i progresivnog toka, što za posledicu ima značajan kardiovaskularni komorbiditet i smrtnost. Bolesnike je potrebno na vreme pripremiti za aktivno lečenje nekom od metoda za zamenu bubrežne funkcije, kao što su (hemodijaliza, peritoneumska dijaliza i transplantacija bubrega), što podrazumeva kreiranje vaskularnog pristupa za lečenje hemodijalizom, plasiranje katetera za lečenje peritoneumskom dijalizom i sprovođenje pripreme za transplantaciju bubrega [1]. Hemodijaliza predstavlja metodu zamene bubrežne funkcije, gde se preko veštačke, semipermeabilne membrane vrši razmena materija između dijalizne tečnosti sa jedne strane i krvi bolesnika sa druge. Adekvatna dijaliza smanjuje broj hroničnih komplikacija i samim tim poboljšava kvalitet života ovih bolesnika [2]. Hemodijaliza nije moguća bez adekvatnog vaskularnog pristupa, koji treba da bude dugotrajan, da obezbedi visok protok krvi, a uz pojavu minimalnog broja komplikacija. Hemodijaliza kao metoda lečenja akutne i hronične bubrežne insuficijencije počela je da se koristi još pre više od pola veka, a i dalje se traži najpogodniji vaskularni pristup. Tipovi vaskularnih pristupa za hemodijalizu su: arterivenska fistula, arteriovenski graft, privremeni dvolumenski kateter i tunelizirani dvolumenski kateter [3].

Arteriovenska fistula je najčešće prvi izbor za hemodijalizu u odnosu na druge vaskularne pristupe. Arteriovenska fistula

Autor za korespondenciju:
Mira Novković
Teodora Pavlovića 29, Novi Sad,
Tel: 064/8069935,
e-mail: miranovkovic16@gmail.com

Rad primljen: 25.04.2022; Rad prihvaćen: 17.05.2022.

predstavlja povezivanje arterije i vene hirurškim putem, kako bi se bolesnicima omogućio pristup za hemodijalizu, a arterijska krv preusmerila u vensku cirkulaciju, gde se usled nastale hemodinamike arterijalizuje. Proces kreiranja arteriovenske fistule zahteva multidisciplinarni pristup, što podrazumeva angažovanje nefrologa, radiologa, vaskularnog hirurga i interventnog radiologa [1]. Obolele od hronične bolesti bubrega treba edukovati o progresivnom toku bolesti i mogućim potrebama za hemodijalizom kao metodom lečenja, samim tim na vreme treba obezbediti stalni funkcionalni vaskularni pristup, što podrazumeva kreiranje arteriovenske fistule, jer je potrebno 4 do 6 nedelja za njenu maturaciju. Arteriovenska fistula se najčešće kreira na podlaktici (spaja se a. radialis i v. cephalicae - AVF radiocephalica) i na laktu (spaja se a. brachialis i v. cephalicae - AVF brachiocephalica). Ukoliko je neophodno AVF je moguće kreirati i na nadlaktici (spaja se a. brachialis i v. basilicae – AVF brachiobasilica), što može zahtevati transpoziciju i superficijalizaciju v.basilicae, uzimajući u obzir njenu lokalizaciju u nadlaktici [4]. Radiocefalična arteriovenska fistula koja je kreirana na distalnoj podlaktici nedominantne ruke, je najbolji stalni vaskularni pristup kod bolesnika koji se leče hemodijalizom. Nakon kreiranja potrebno je svakodnevno pratiti maturaciju AVF palpiranjem „trila“ kao i slušanjem sistolno-dijastolnog šuma iznad mesta anastomoze [5]. Uspešna maturacija nakon 4 do 6 nedelja pruža mogućnost korišćenja AVF za adekvatnu hemodijalizu, kao i njeno često korišćenje. Najčešći faktori koji mogu nepovoljno uticati na maturaciju i preživljavanje AVF su: neodgovarajuća venska dilatacija, stenoza, tromboza, starije životno doba, ženski pol, dijabetes, vaskularni komorbiditeti, mesto kreiranja fistule (podlaktna AVF), a takođe može uticati iskustvo hirurga i odabrana hirurška tehnika [6].

Najčešći razlog hospitalizacija bolesnika koji su na hroničnom programu hemodijalize, predstavljaju komplikacije koje su vezane za vaskularni pristup, što dovodi i do visokih troškova lečenja [7].

Komplikacije arteriovenske fistule

Komplikacije koje se najčešće javljaju kod arteriovenske fistule su: tromboza, stenoza ishemija ekstremiteta, ishemijska polineuropatija, aneurizma i pseudoaneurizma, infekcija, zastojna srčana slabost [8]. Nefunkcionalnost arteriovenske fistule se definiše kao primarna (rana), koja nastaje usled neuspešne maturacije, dok kasna nefunkcionalnost nastaje kao posledica venske stenoze koja je praćena trombozom [9]. Primarna nefunkcionalnost arteriovenske fistule nastaje usled neadekvatne maturacije, što za posledicu ima nemogućnost korišćenja za proces hemodijalize. Kasna nefunkcionalnost predstavlja nemogućnost korišćenja sazrele AVF nakon 3 meseca njene redovne upotrebe, do koje najčešće dolazi usled stenoze i tromboze venskog segmenta [10].

Stenoza je najčešća komplikacija arteriovenske fistule. Na stenozu se može posumnjati ukoliko postoji rekurentna pojava tromba, smanjenog protoka u određenom segmentu vene, teško uspostavljanje hemostaze nakon hemodijalize, otečenost ruke. Dijagnoza se potvrđuje ultrazvukom i flebografijom. Ultrazvučnim pregledom može se tačno odrediti mesto, stepen i dužina stenoze, izmeriti promer vena distalno i proksimalno od mesta stenoze, dok se doplerom na mestu stenoze mogu registrovati mnogo veće brzine protoka krvi. U zavisnosti od procene, može se napraviti nova anastomoza proksimalno ili postaviti stent na mestu suženja. Pojave stenoze u velikim venama vrata, najčešće na nivou vene subklavije, manifestuju se otokom ruke sve do ramena. Postupak hemodijalize je komplikovan usled otežane punkcije krvnih sudova i visokog venskog otpora. Dijagnoza se postavlja fizikalnim pregledom i flebografijom. Postavljanje stenta i perkutana dilatacija su rešenje za ovu komplikaciju. Incidenca stenoze iznosi od 14 do 42% kod bolesnika sa arteriovenskom fistulom [11].

Tromboza je, uz stenozu, najčešća komplikacija arteriovenske fistule. Trombozu karakteriše potpuni prestanak cirkulacije venskog segmenta arteriovenske fistule, proksimalno u odnosu na AV anastomozu, usled pojave tromba koji može nastati na bilo kom mestu u veni. Dijagnozu tromboze moguće je postaviti običnim fizikalnim pregledom, jer se auskultacijom ne dobija karakterističan šum fistule, dok se u nekim slučajevima tromb može i palpirati u veni. Ultrazvučnim pregledom može se uočiti tromb, izmeriti njegova veličina, dok se doplerom može dijagnostikovati prestanak cirkulacije proksimalno u odnosu na mesto nastanka tromboze. Tromboza predstavlja ozbiljnu i najčešću komplikaciju, usled koje može doći do afunkcije AVF, a nastaje u 17 do 25% slučajeva. Leči se hirurski trombektomijom ili endovaskularnim putem. Prevencija tromboze može se postići upotrebom nekih od farmakoloških sredstava. Rezultati ispitivanja pokazuju da upotreba klopidogrela od samog trenutka kreiranja arteriovenske fistule, doprinosi smanjenju pojave tromboze, što podrazumeva period od prvih šest nedelja, a ne duže od 5 meseci. Takođe udružena upotreba dipiridamola i acetilsalicilne kiseline značajno doprinosi prevenciji tromboze [8].

Ishemija ekstremiteta nastaje usled oslabljenog protoka arterijske krvi distalno od anastomoze, a javlja se u bilo kom trenutku nakon kreiranja. Ishemija može biti blaga, što podrazumeva osećaj hladnoće, promenu boje ekstremiteta, dok se izražena ishemija ispoljava jakim bolom u ruci i pojavom ulceroznih promena. Izražena ishemija je indikacija za hirurško lečenje kojim se zatvara pristup, ali se mogu koristiti i rekonstruktivne vaskularne operacije u cilju uspostavljanja perfuzije. Ishemija se češće javlja kod dijabetičara, pušača i bolesnika sa aterosklerozom [12]. Pojava ishemije ekstremiteta može se registrovati u 10 do 25% slučajeva kod kojih se a.brachialis upotrebljava za kreiranje arteriovenske fistule, a samo 1 do 2% slučaja kod radiocefalične arteriovenske fistule. [12].

Ishemijska polineuropatija javlja se u 1 do 10% slučajeva. Može se javiti ubrzo nakon kreiranja vaskularnog pristupa, a manifestuje se pojavom bola, parastezija, slabošću ruke. Slabost mišićne grupe koja je inervisana n. medianusom može se uočiti neurološkim pregledom. [12].

Aneurizma i pseudoaneurizma – Aneurizma arterivenske fistule je proširenje krvnog suda, koje ograničava zid krvog suda, a pseudoaneurizma predstavlja proširenje krvnog suda, koje je praćeno otokom perivaskularnog tkiva i komunikacijom sa krvnim sudom. Ove komplikacije nastaju kao posledica neadekvatne hemostaze, slabosti zida venskog krvnog suda koji se oštećuje prilikom čestih punkcija. Dijagnostikuju se inspekcijom i ultrazvučnim pregledom. Preporučuje se izbegavanje korišćenja aneurizmatski izmenjenog dela ili hirurška resekcija ukoliko je uočeno uvećanje aneurizme [13].

Infekcije se veoma retko javljaju i najčešće nastaju prilikom nesterilne punkcije, što za posledicu može imati pojavu crvenila i otoka kože. Kada se prepozna infekcija trebalo bi uzeti bris sa mesta na kom su vidljive promene i krenuti sa primenom antibiotika, narednih 4 do 6 nedelja. Ova komplikacija arteriovenske fistule javlja se samo u 3% slučajeva [10].

Zastojna srčana slabost nastaje kod bolesnika koji već imaju narušenu srčanu funkciju, jer nakon kreiranja AVF dolazi do povećanja srčanog minutnog volumena (kroz AVF prolazi 20 do 50% srčanog volumena). U zavisnosti od lokalizacije, kroz fistulu prolazi 600 do 2000ml/min krvi. U ovom slučaju hirurškom intervencijom može se smanjiti jačina protoka [13].

Prepoznavanje komplikacija arteriovenske fistule (AVF)

Medicinska sestra mora posedovati određena znanja i sposobnosti da blagovremeno uoči prve simptome i znake komplikacija arteriovenske fistule. Sestrinske intervencije u otkrivanju mogućih komplikacija započinju odmah nakon operacije, što podrazumeva ranu postoperativnu negu (uočavanje krvarenja, pojave edema i hematoma, crvenila, povišene telesne temperature, palpacija trila), edukaciju bolesnika o očuvanju vaskularnog pristupa, procenu stanja i funkcije prilikom svakog hemodijaliznog tretmana [14]. Značajan zadatak medicinske sestre jeste redovna procena funkcije i nega vaskularnog pristupa, jer ima mogućnost da neposredno pred uključenje pacijenta na hemodijalizni aparat uradi fizikalni pregled inspekcijom, palpacijom i auskultacijom, što kod bolesnika na hroničnom programu hemodijalize sprovodi tri puta nedeljno. Inspekcijom uočava moguće oštećenje kože, crvenilo, otok, aneurizmu i hematom. Palpacijom procenjuje puls, prisustvo bola, promenu lokalne temperature, prisustvo i intenzitet trila, a auskultacijom proverava čujnost šuma nad arteriovenskom fistulom [15]. S obzirom da su tromboza i stenoza najčešće komplikacije arteriovenske fistule, neophodno je prve znake i simptome uočiti tokom fizikalnog pregleda i odmah preduzeti odgovarajuće mere kako bi se očuvala funkcija vaskularnog pristupa. Tromboza predstavlja glavni faktor rizika za malfunkciju vaskularnog pristupa, čak u 80% slučajeva. Medicinska sestra treba da bude obučena da prepozna znake koji predhode pojavi tromboze, a to su hipotenzija, bledilo kože kao posledica suženja krvnih sudova, oslabljen tril zbog smanjenog protoka krvi, modrice, hematomi, tragovi ponovljene kanilacije na istom mestu. Ovi znaci doprinose stvaranju tromba, te ih je potrebno na vreme prepoznati, a samim tim može se izbeći i malfunkcija fistule. Na osnovu fizikalnog pregleda medicinska sestra procenjuje tehniku punktiranja arteriovenske fistule, jer ponovljene i neadekvate kanilacije dovode do povećanog rizika za bakterijsku kontaminaciju i nastanak infekcije, kao i pojavu aneurizme [16].

Edukacija bolesnika

Značajnu ulogu u ranom otkrivanju komplikacija ima i sam bolesnik, stoga je neophodno na vreme započeti edukaciju. Bolesnika je potrebno edukovati o načinu održavanja vaskularnog pristupa, kako bi se na vreme sprečile ili uočile moguće komplikacije. Ukoliko je arteriovenska fistula prvi izbor vaskularnog pristupa, neophodno je informisati bolesnika o načinu kreiranja, kao ranoj i kasnoj postoperativnoj nezi [17]. Rana postoperativna nega podrazumeva praćenje krvarenja na mestu postoperativne rane, pojave hematoma i edema, znakova lokalne i opšte infekcije, kao što je povišena telesna temperatura. Nakon kreiranja arteriovenske fistule sam bolesnik palpacijom može utvrditi prisustvo trila. Potrebno je obučiti bolesnika o položaju ruke na kojoj je kreirana arteriovenska fistula (elevacija pod oštrim uglom), da bi se sprečila pojava otoka, pratiti krvni pritisak, korigovati hipotenziju u cilju prevencije tromboze. Neophodno je i edukovati bolesnika o načinu održavanja vaskularnog pristupa, kako bi se što duže održala funkcija, a samim tim i neometan proces hemodijalize. Bolesniku treba objasniti značaj čuvanja ruke na kojoj je kreirana arteriovenska fistula, kao što je izbegavanje nošenja tereta, nakita koji bi stezao ruku, izlaganje preteranoj toploti ili hladnoći, kao i da arteriovensku fistulu koristi samo za hemodijalizu, da ne dozvoljava venepunkcije ili primenu terapije preko fistule, niti merenje krvnog pritiska na toj ruci [17]. Takođe, bolesniku treba objasniti značaj blagih fizičkih vežbi gde se kontrakcijama mišića poboljšava cirkulacija koja pomaže u sazrevanju AV fistule, adekvatan položaj ruke prilikom hoda (ruka ne sme biti puštena da slobodno „visi“), pravilnu negu koja podrazumeva upotrebu čiste vode i sapuna bez dodatnih hemijskih sredstava, posebno pre procesa hemodijalize. Medicinska sestra ima važnu ulogu u podsticanju bolesnika za aktivno učešće u održavanju i nezi vaskularnog pristupa, što omogućava rano otkrivanje i prevenciju mogućih komplikacija. Bolesnika treba upoznati sa znacima i simptomima mogućih komplikacija, kao što su: bol, otok, crvenilo i pojava gnojnog ili seroznog sekreta, kako bi na vreme prepoznao i javio se nadležnom hemodijaliznom centru i van termina planirane hemodijalize [16].

Zbrinjavanje komplikacija arteriovenske fistule (AVF)

Medicinska sestra, kada prepozna znake komplikacija, treba odmah da primeni adekvatne mere. Ukoliko dođe do pojave hematoma prilikom punkcije, neophodno je odmah ukloniti iglu, izvršiti kompresiju i staviti hladan oblog. Hipotenzija dovodi do smanjenog protoka krvi kroz sistem, što može dovesti do koagulacije, u tom slučaju primeniti mere za stabilizaciju krvnog pritiska, pokušati repoziciju igle ili načiniti novu punkciju [14]. Kada se uoče znaci tromboze, neophodno je odmah obavestiti nadležnog lekara, kako bi se uradila dopunska dijagnostika (ultrazvuk i dopler) radi potvrde dijagnoze i daljeg hirurškog lečenja. Prilikom pojave znakova infekcije (crvenilo, otok, povišena lokalna temperatura) vaskularnog pristupa, uzeti bris i započeti antibiotsku terapiju. Na kraju hemodijaliznog tretmana izvršiti hemostazu pritiskom na fistulu, potom izvući iglu, kako bi se izbeglo krvarenje i pojava hematoma na mestu punkcije [14]. Hemodijalizni centri treba da organizuju kontinuirane edukacije medicinskih sestara, kako bi stekle određena znanja i veštine za procenu vaskularnog pristupa i zbrinjavanje komplikacija.

Dokumentovanje kontinuiranog praćenja arteriovenske fistule (AVF)

Protokol praćenja vaskularnog pristupa je od suštinske važnosti, jer omogućava uvid u kontinuirano praćenje vaskularnog pristupa od momenta kreiranja, preko maturacije do korišćenja prilikom svakog hemodijaliznog tretmana. Medicinske sestre treba redovno da upisuju sve promene i intervencije vezane za vaskularni pristup. Protokol treba da sadrži datum kada je kreiran vaskularni pristup, lokalizaciju. U slučaju pojave komplikacija, u protokol se unose podaci o vremenu nastanka, kao i preduzetim merama.

ZAKLJUČAK

Uspešnost lečenja bolesnika procesom hemodijalize zavisi od vrste vaskularnog pristupa. Vaskularni pristup treba da bude dugotrajan, pouzdan i sa što manje komplikacija. Na osnovu dosadašnjih istraživanja, arteriovenska fistula predstavlja prvi i najbolji izbor vaskularnog pristupa, jer omogućava dugotrajan proces hemodijalize, kao i najmanji broj komplikacija. Značajan zadatak medicinskih sestara je u prepoznavanju i zbrinjavanju komplikacija, kao i sprovođenju edukacije bolesnika koji se leče hemodijalizom, jer one predstavlaju važnu kariku multidisciplinarnog tima koji je uključen u proces lečenja. Edukacija bolesnika o načinu čuvanja i održavanja higijene vaskularnog pristupa je od velike važnosti, jer se jedino tako može sprečiti i prevenirati nastanak komplikacija [14].

LITERATURA

1. *Hrvačević R. Hemodijafiltracija. In Hrvačević R. Savremene metode dijalize. Grafolik Beograd 2012; 7:129-214.*
2. *Caravaca-Fontán F, Azevedo L, Luna E, Caravaca F. Patterns of progression of chronic kidney disease at later stages. Clin Kidney J. 2017;11(2):246-53.*
3. *Chauhan R, Mendonca S. Adequacy of twice weekly hemodialysis in end stage renal disease patients at a tertiary care dialysis centre. Indian J Nephrol. 2015; 25(6):329-33.*
4. *Hrvačević R. Hemofiltracija. In Hrvačević R. Savremene metode dijalize. Grafolik Beograd 2012; 9:239-293.*
5. *Janković A. Uticaj različitih faktora na preživljavanje arteriovenskih fistula kod bolesnika na hemodijalizi (doktorska disertacija). Beograd: Medicinski fakultet; 2017.*
6. *Pašara V. Krivožilni pristupi za hemodijalizu (diplomski rad). Zagreb: Medicinski fakultet; 2014.*
7. *National Kidney Foundation: KDOQI. Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for vascular access. Am J Kidney Dis. 2006;48:S176- S247.*
8. *Filipov P. Uticaj različitih antitromboznih lekova na prevenciju nastanka rane tromboze arteriovenskih fistula za hemodijalizu kod bolesnika sa terminalnom bubrežnom insuficijencijom (doktorska disertacija). Novi Sad: Medicinski fakultet; 2017.*
9. *Kleinow ME, Garwood CL, Clement JL, Whittaker P. Effect of chronic kidney disease on warfarin management in a pharmacist-managed anticoagulation clinic. Journal of Managed Care Pharmacy. 2011;17(7):523-30.*
10. *Stolic R. Most important chronic complications of arteriovenous fistulas for hemodialysis. Med Princ Pract. 2013; 22(3):220-8.*
11. *Bachleda P, Utikal P, Kojecky Z, Drac P, Köcher M, Cerna M, Zadrazil J. Autogenous arteriovenous elbow fistula for haemodialysis and upper extremity ischemia. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2007; 151:129-32.*
12. *Tordoir JH, Dammers R, van der Sande FM. Upper extremity ischemia and hemodialysis vascular access. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004; 27:1-5.*
13. *Santoro D, Savica V, Bellinghieri G. Vascular access for hemodialysis and cardiovascular complications. Minerva Urol Nefrol. 2010; 62(1):81-5.*
14. *Levanjić Dugonjić I. Komplikacije krivožilnog pristupa na hemodijalizi (diplomski rad). Rijeka: Fakultet zdravstvenih studija; 2020.*
15. *Vale E, Vargas P, Polkinghorne K. Nursing care of arteriovenous fistula/arteriovenous graft. Kidney health Australia. 2011.*
16. *Sousa C,Teles P, Dias V et al. Physical examination of arteriovenous fistula: The influence of professional experience in the detection of complications. Hemodialysis International. 2014; 18:695-9.*
17. *Sousa C, Apostolo J, Figueiredo M, et al. Interventions to promote self-care of people with arteriovenous fistula. Journal of Clinical Nursing. 2012; 1796-802.*

12. MAJ - MEĐUNARODNI DAN MEDICINSKIH SESTARA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA

Direktor KMSZTS Radmila Ugrica

12. maja, kod nas i u svetu, obeležava se Međunarodni dan sestrinstva, u znak sećanja na Florens Najtingejl, heroinu koja je po završetku Krimskog rata, u kome je aktivno učestvovala brinući o ranjenima i bolesnima, otvorila prvu službu za medicinske sestre i svoj život posvetila borbi za unapređenje sestrinske struke.

Sestrinstvo je u svetu odavno shvaćeno kao disciplina koja ima svoj program delovanja i koja je u zdravstvenom sistemu potpuno nezavisna. Kod nas, neki sestrinstvo shvataju kao zanimanje, neki kao naučnu disciplinu, a oni umereniji kažu da je to profesija koja će napokon dobiti svoj legitimni status.

Razvoj sestrinstva tokom 20. veka praćen je mnogim promenama i izazovima. Uložen je napor da se struka obogati znanjem iz drugih naučnih disciplina kroz proces zdravstvene nege i multidisciplinarni pristup radu. Biti medicinska sestra je jedinstven poziv koji traži ono najlepše u ljudskom biću - humanost i predanost pozivu.

Medicinska sestra mora biti profesionalna i svoj posao raditi sa puno ljubavi, plemenitosti, odgovornosti, savesnosti i dobrote, kako bi što bolje pomogla ljudima u njihovom ozdravljenju. Uspeh u radu medicinske sestre ne zavisi samo od njenog znanja i veština, sposobnosti rešavanja problema, organizovanja, savladavanja novih tehnologija, rukovanja aparatima, već se profesija sestrinstva mora svakodnevno unapređivati kroz kontinuirano učenje i prenošenje iskustva.

Budućnost sestrinstva je u kvalitetnom obrazovanju, dobro obučenim i školovanim medicinskim sestrama, čiji će rad i zanimanje biti prepoznati u **Zakonu o zdravstvenoj nezi,** koji bi trebao da ugleda svetlost dana. Visoko obrazovanje se mora sprovoditi kroz kvalitetan i kontinuiran proces u skladu sa standardima i potrebama zdravstvenog sistema u Srbiji.

Veliki doprinos na unapređenju struke svakako je dala Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije.

Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije (KMSZTS) je za vreme pandemije nastavila sa svojim redovnim aktivnostima, bez zastoja, u skladu sa pozitivnim propisima. U saradnji sa ostalim komorama, aktivno je nastavila sa radom na izmenama podzakonskih akata:

- Pravilnika o bližim uslovima za sprovođenje kontinuirane edukacije za zdravstvene radnike i zdravstvene saradnike i
- Pravilnika o bližim uslovima za izdavanje, obnavljanje ili oduzimanja licence članovima komora zdravstvenih radnika.
- Komora redovno pruža pomoć svojim članovima iz sredstava Fonda uzajamne pomoći (FUP) iz koga isplaćuje novčanu pomoć u sledećim slučajevima:
  - za školovanje članova na visokoškolskim ustanovama (osnovne strukovne studije prvog stepena i osnovne akademske studije prvog stepena zdravstvene struke),
  - dijagnostikovane teške ili neizlečive bolesti članu Komore,
  - usled utvrđene povrede na radu (bolovanje duže od 6 meseci),
  - u slučaju teške i neizlečive bolesti deteta člana Komore,
  - u slučaju smrti člana KMSZTS.

Jedan od prioriteta rada KMSZTS, od osnivanja, j**e značajno usmeravanje aktivnosti i sredstava Fonda uzajamne pomoći (FUP) ka potrebama članova komore, a Komora će i dalje nastaviti da brine i pomaže svojim članovima.**

Cilj nam je zadovoljstvo u radu zdravstvenih radnika kao i zadovoljstvo korisnika pruženim uslugama.

Godine za nama 2020, 2021. i početak 2022. godine obeležila je borba protiv pandemije Covid 19, koja je ostavila neizbrisiv trag u istoriji naše profesije. Zdravstveni sistem je odgovorio na izazov, medicinske sestre sa lekarima i ostalim osobljem su bile na visini zadatka, rizikujući svoje živote, a mnogi su na žalost izgubili bitku sa opakim virusom.

Koristimo ovu priliku da još jednom izrazimo zahvalnost i podršku svim angažovanim kolegama i koleginicama, onima koji su i dalje angažovani u borbi protiv Covid-a 19!

Medicinske sestre i zdravstveni tehničari su pokazali da su istinski profesionalnci i heroji ovog vremena. Ponosni smo na sve što rade za očuvanje zdravlja pojedinca i zajednice, položili su ispit čovečnosti i zajedno sa našim lekarima čine ono najbolje što Srbija ima.

KMSZTS IZBORI 2022

Odlukom predednika Skupštine KMSZTS od 12. aprila 2022. godine, raspisani su izbori za članove V saziva Skupštine Komore, koji će se održati u nedelju, 12. juna 2022. godine, na preko 90 biračkih mesta.

Sve radnje oko pripreme i sprovođenja izbora za članove Skupštine KMSZTS, u skladu sa propisima, sprovode Centralna izborna komisija, izborne komisije ogranaka i birački odbori izbornih jedinica.

Ovo je prilika da izaberemo najbolje među nama, da vrednujemo naše vrline, znanje i veštine, da pokažemo da volimo svoju struku, da imamo viziju i energiju da ozbiljno i odgovorno razvijamo sestrinstvo i borimo se za prepoznavanje, priznanje i adekvatnu nagradu za naš rad. Medicinske sestre i zdravstveni tehničari imaju priliku da izaberu odgovorne i ozbiljne predstavnike koji će obavljavati poverene poslove maksimalno efikasno i na adekvatan način predstavljati i štiti profesionalne interese u zdravstvenom sistemu Srbije.

Direktorka KMSZTS
Radmila Ugrica

XIX NACIONALNI SIMPOZIJUM UMSTBS SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM 11. 05. – 15. 05. 2022.

predsednik UMSTBS Dijana Otašević

Tradicionalni XIX Nacionalni Simpozijum UMSTBS sa međunarodnim učešćem, u organizaciji Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije – UMSTBS, održan je u Vrnjačkoj Banji u hotelu „Breza " od 11. do 15. maja 2022. godine.

Pokrovitelji Simpozijuma i ove godine bili su Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Komora medicinskih sestara i tehničara Srbije. Simpozijum je akreditovan od strane Zdravstvenog saveta Srbije, kao Nacionalni simpozijum sa međunardnim učešćem za lekare, lekare specijaliste pedijatrije, interne medicine, onkologije, stomatologe, farmaceute, biohemičare, medicinske sestre, zdravstvene tehničare i ginekološko akušerske sestre – babice (br. odluke: 153 – 01 – 112/2022 – 01 od 07. 03. 2022., br. akreditacije: D – 1 – 103/22).

Simpozijumu je prisustvovalo 294 učesnika iz zdravstvenih i obrazovnih ustanova za medicinske sestre iz Republike Srbije, Crne Gore i Republike Srpske, Severne Makedonije, Slovenije, Federacije BiH.

Na svečanom otvaranju Simpozijuma, učesnicima se ispred Ministarstva zdravlja Republike Srbije obratio dr Aleksandar Stojanović, direktor Doma zdravlja Palilula, zatim Radmila Ugrica, direktorka KMSZTS, Radica Ilić, predsednica Sindikata medicinskih sestara i tehničara Srbije, potom Marija Furundzić, dipl. med. sestra, predstavnik Nacionalnog udruženja medicinskih sestara Crne Gore, Mimoza Poposka ispred OB J.Z.U. sa proširenom delatnošću Prilep, Munira Pejić, gošća iz Slovenije, Biljana Ilić, rukovodilac Odseka Ćuprija AVMSS Kruševac, prof. dr Miodrag Jevtić u ime direktora Visoke sportske i zdravstvene škole Beograd. Simpozijum je zvanično otvorila predsednica UMSTB Dijana Otašević, dipl. med. sestra.

Pre svečanog otvaranja Simpozijuma 11. 05. 2022, svim registraovanim učesnicama je bilo omogućeno besplatno učestvovanje na predavanju sa pismenim rešavanjem testa na temu Rizici po zdravlje medicinskih sestara tokom pandemije KOVID 19, čiji je autor Dijana Otašević, dipl. med. sestra KBC „Zvezdara". Predavanje je akreditovano od strane Zdravstvenog saveta Srbije za medicinske sestre, zdravstvene tehničare i babice (br. odluke: 153 – 01 – 00620/2021 – 01 od 16. 08. 2021., br. akreditacije: D – 1 – 605/21).

Prvog radnog dana Simpozijuma, odnosno dana 12. maja 2022. održana je **I plenarna** sesija pod nazivom *Novine u lečenju i zdravstvenoj nezi obolelih od karcinoma kolorektuma, pankreasa i prostate.* U okviru sesije ukupno je prezentovano sedam radova, u kojima su predavači izneli svoja iskustva u sistemskom lečenju obolelih od karcinoma kolorektuma, pankreasa i prostate, sa inovativnim pristupom u zdravstvenoj nezi u zbrinjavanju pacijenata sa malignitetima digestivnih lokalizacija.

U okviru **II plenarne sesije** ukazano je na značaj multidisciplinarnog pristupa u lečenju i zdravstvenoj nezi kod dece sa toksičnim efektima hemio i radio terapije, prevenciji, ranom otkrivanju i lečenju malignih bolesti kod dece, specifičnih sestrinskih intervencija kod primene savremenih terapijskih protokola u lečenju i individualizovanom pristupu u zdravstvenoj nezi.

Kroz interaktivnu diskusiju za obe plenarne sesije, koje su vodili moderatori, Dragan Kodzo, master zdrav nege, moderator I plenarne sesije i Snežana Čurić, struk. med. sestra, moderator II plenarne sesije, razmenjana su mišljenja i stručna iskustva.

Na XIX Simpozijumu održano je osam paralelnih usmenih i jedna poster sesija, na kojima je prezentovano 106 stručnih radova (van plenarnih predavanja), od ukupno 112 prijavljenih radova. Saopštenjem stručnih radova realizovanih putem usmenih i poster prezentacija, lekari, medicinske sestre, babice, zdravstveni tehničari, nastavnici i profesori zdravstvene nege iz Republike Srbije i zemalja u okruženju, izneli su svoja stručna iskustva i primere iz prakse, razmenjujući informacije vezane za stručni rad, istraživanja i unapređenje zdravstvene nege. Ne samo brojnost stručnih radova prezentovanih na XIX Simpozijumu, nego i kvalitet stručnih radova, glavne su odlike ovogodišnjeg simpozijuma. Komisije su imale veoma težak zadatak da odaberu najbole stručne radove. Za autore najuspešnije prezentovanih radova uručene su

prikladne nagrade, kao i mogućnost da se njihov rad, nakon recenziranja, publikuje u nacionalnom sestrinskom časopisu Sestrinska reč, čiji je osnivač i izdavač Udruženje (kategorija M 52).

UMSTBS je uručilo zahvalnice, a autore najboljih radova, nagradila je kompanija Zepter.

Nagrađeni radovi su sledeći:

Poster prezentacija

1. ***Abnormalnosti citoloških analiza (Papanikolau test) u UB Foča***, Miroslav Jovanović, Jelena Tanasković, Služba za patologiju i citologiju, UB Foča, ginekološko odeljenje UB Foča

Usmene prezentacije

1. ***Sestrinske intervencije kod pacijenata sa ekstenzivnim opekotinama***, Ana Dučić, Vojnomedicinska akademija Beograd
2. ***Uticaj pandemije KOVID 19 na redovnu imunizaciju dece starosti do 6 godina***, Zorica Šojleska, OB Prilep, Makedonija
3. ***Zdravstvena nega kod depresivnih pacijenata u Bolnici za psihijatriju KBC Zvezdara,*** Marko Popović, KBC Zvezdara, Beograd

4. ***Postkovid sindrom kod zdravstvenih radnika,*** Jelena Bojović, DZ Smederevo
5. ***Anketa zadovoljstva hroničnih bolesnika lečenjem metodom HD I HDF – naša iskustva,*** Nada Vučenović, VMA
6. ***Edukacija medicinske sestre pacijenta obolelog od glaukoma,*** Danijela Ranković, CVMU, Beograd
7. ***Hipertenzija u trudnoći,*** Tijana Pavlović, OB Čačak
8. ***Sestrinske procedure kod plasiranja torakalnog drena,*** Sanja Stanković, VMA, Beograd

Pohvaljeni radovi:

1. ***Analiza uticaja životne dobi na pojavu reumatoloških bolesti,*** Mirka Knežević, Gordana Magdelinić, Tanja Pajković, Milena Magdelinić, Milan Magdelinić Opšta bolnica Berane, Crna Gora, Klinički centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora, Medicinski fakultet Podgorica, Crna Gora
2. ***Sestrinske procedure kod pacijenata nakon prostatektomije,*** Danijela Jacanović, Opšta bolnica Šabac, Šabac
3. ***Fizička aktivnost dece ulaganje u budućnost,*** Oliver Miladinović, Opšta bolnica Kruševac, Kruševac
4. ***Tumor u srcu kod Covid pozitivne pacijetkinje,*** Ljiljana Šimpraga, KBC Zemun, Beograd

Zaključci XIX Simpozijuma:

1. Neophodna je kontinuirana edukacija medicinskih sestara-tehničara u oblasti onkologije zbog inovativnih pristupa u lečenju i zdravstvenoj nezi onkoloških pacijenata.
2. Organizovati bolju zaštitu medicinskog osoblja koje rastvara i primenjuje citostatike (centralno rastvaranje citostatika i obavezni sistematski pregledi).
3. Kao standard u lečenju onkoloških pacijenata uvesti implantaciju port-a-cath sistema.
4. U skladu sa porukom ICN za 2022.god ***„Investirajte u sestrinstvo i poštujte prava medicinskih sestara da bi sačuvali globalno zdravlje",*** UMSTBS šalje snažnu poruku donosiocima odluka u našoj zemlji, da treba više ulagati u razvoj sestrinske profesije, uz poboljšanje uslova rada i bezbednosti medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih radnika, obezbeđujući pristojne plate uz puno učešće u odlučivanju i upravljanju, što direktno utiče na očuvanje globalnog zdravlja i mogućnost zadržavanja sestara da ostanu u našoj zemlji.

Održana su i tri komercijalna predavanja i to: kompanije BIOKOM na temu "Put ka inovacijama u medicini", kompanije ZEPTER "Bioptron-hiperpolarizovana svetlost" i kompanije Farmix na temu"Stečena Hemofilija-nevidljiva bolest", predavanje je održao dr Aleksandar Miletić.

Na Simpozijumu je bilo izuzetno zapaženo i posećeno predavanje koleginice Munire Pejić, dms, mag. zdrav. nege, sa psihijatrijske klinike iz Ljubljane na temu "Razlike u saosjećanju do sebe među zaposlenima u zdravstvenoj negi i opštoj populaciji u Sloveniji".

Na Simpozijumu medicinske sestre su uzele učešće u istraživanju koje se sprovodi uz podršku Ministarstva zdravlja, na temu "Znanje,stavovi i percepcija rizika od KOVID19 medicinskih sestara i tehničara, u okviru projekta „Hitan odgovor Republike Srbije na COVID-19". I ovom prilikom su pozvane sve medicinske sestre-tehničari da daju doprinos i nadalje u istraživanju popunjavanjem elektronskog upitnika putem aplikacije Forms (https://forms.gle/nMjwfCqohMTysDYo9), koji je postavljen na web stranici UMSTBS http://www.umsts.org

UMSTBS je tradicionalno obeležilo 12 maj, Međunarodni dan medicinskih sestara, predavanjem na preporučenu temu ICN za 2022.god **„MEDICINSKE SESTRE: GLAS KOJI VODI - Investirajte u sestrinstvo i poštujte prava medicinskih sestara da bi sačuvali globalno zdravlje"** i Svečanom akademijom, na kojoj su izabrane najbolje medicinske sestre u Srbiji (po predlozima članica UMSTBS), a koje su uz priznanja nagrađene od UMSTBS i kompanije Cepter.

Opšta ocena Simpozijuma je 4,83. Ocenom 5 je više od 78% učesnika ocenilo izbor i aktuelnost tema na Simpozijumu, a 80% učesnika je smatralo da su na Simpozijumu stekli nova saznanja primenjiva u praksi.

Predsednica Stručnog odbora Simpozijuma
Danijela Đurašković

Predsednica UMSTBS
Dijana Otašević, dipl. med. sestra

SVEČANA AKADEMIJA POVODOM 12. MAJA - MEĐUNARODNOG DANA SESTRINSTVA

predsednik UMSTBS Dijana Otašević

Udruženje medicinskih sestara - tehničara i babica Republike Srbije (UMSTBS) tradicionalno svake godine obeležava 12. maj – Međunarodni dan medicinskih sestara. I ove godine UMSTBS je organizovalo svečanu akademiju 12. maja 2022, u kongresnoj sali hotela "Breza", u Vrnjačkoj Banji. Svečanoj akademiji prisustvovalo je 320 učesnika iz zdravstvenih ustanova iz Republike Srbije, Crne Gore, Republike Srpske, Federacije BiH, Makedonije i Slovenije.

Preporučena tema ICN za međunarodni dan medicinskih sestara 12.05.2022. godine bila je **"MEDICINSKE SESTRE: GLAS KOJI VODI - Investirajte u sestrinstvo i poštujte prava medicinskih sestara da biste sačuvali globalno zdravlje"**

UMSTBS je Međunarodni dan medicinskih sestara obeležilo radno, prezentacijom akreditovanog predavanja na preporučenu temu ICN za 2022. godinu, stručnim sastankom I kategorije na temu, na kome je predavač bila predsednica UMSTBS, Dijana Otašević, KBC "Zvezdara" Beograd, gde su polaznici ostvarili 2 akreditovana boda. Drugi deo akademije bio je svečan, uz prigodan muzički program, a emitovan je i spot o radu i aktivnostima UMSTBS. I ove godine su, na svečanoj akademiji, izabranim "najboljim sestrama", po izboru članica UMSTBS, uručena priznanja UMSTBS i prigodne nagrade - pokloni UMSTBS i Zepter kompanije.

Ove godine, u znak zahvalnosti za uspešnu saradnju i doprinos u razvoju sestrinstva, UMSTBS je dodelilo priznanje koleginici Muniri Pejić iz Slovenije, dugogodišnjim saradnicima i prijateljima Udruženja.

Najbolje medicinske sestre - tehničari iz Udruženja, podružnica i ZU - članica UMSTBS u 2021. godini su:

Slađana Jovanović	**DZ Smederevo**
Zorica Jelušić	**DZ Čačak**
Slađana Aleksić	**IORS**
Mileta Djaković	**OB Gornji Milanovac**
Zorica Vidić	**DZ Ivanjica**
Bojana Kojičić	**VMA Beograd**
Gordana Mihailović	**DZ Gornji Milanovac**
Mirjana Ignjatović	**OB Valjevo**
Tanja Rakić	**OB Čačak**
Dragana Glogovac	**CVMU Beograd**
Milica Bošković	**DZ Lučani**
Jasmina Prlina	**KBC "Zvezdara"**
Snežana Vasić	**OB Šabac**
Milija Živadinović	**OB Kruševac**
Slavica Knežević	**DZ „Dr Milutin Ivković" Beograd**

Posebno zadovoljstvo nam je bilo zahvaliti se i našim dugogodišnjim prijateljima, ASS Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola i AVMSS Odsek Ćuprija, kao i sponzorima udruženja – Astra Zeneca,"Farmix"- u "PTM" iz Šapca i Austro-Lajn iz Beograda.

Zahvaljujemo se i našem dugogodišnjem sponzoru, kompaniji Zepter, čiji su predstavnici uručili poklone izabranim sestrama iz zdravstvenih ustanova Srbije, kao i dugogodišnjem prijatelju UMSTBS, TA "Evro- turs" iz Beograda.

Nagrađene najbolje medicinske sestre za 2021.god

PROSLAVA 12. MAJA - MEĐUNARODNOG DANA MEDICINSKIH SESTARA NA VOJNOMEDICINSKOJ AKADEMIJI I DODELA MEDALJE „VERICA ĆORLUKA“

Međunarodni dan medicinskih sestara, 12. maj obeležava se širom sveta, na godišnjicu rođenja Florens Najtingejl, britanske medicinske sestre, začetnice modernog sestrinstva kao priznate profesije. Ovaj značajan praznik sestre Vojnomedicinske akademije (VMA) podseća na bolničarke koje su radile u preteči savremene VMA – u Garnizonoj bolnici, Centralnoj vojnoj bolnici, Opštoj vojnoj bolnici i Glavnoj vojnoj bolnici. Sve te srpske heroine, nekadašnje i savremene VMA, spojila je nevidljivim nitima sestra Verica Ćorluka, doajen sestrinstva VMA. Njoj u čast, napravljena je medalja, koja će se, od ove godine, dodeljivati najboljoj sestri VMA, 12. maja, povodom Međunarodnog dana medicinskih sestara.

Priča o Verici Ćorluki, po kojoj ova nagrada nosi ime, je istorija iz koje se uči kako da se postane čovek. Sestra Verica je svima govorila da samo znanje, profesionalno sazrevanje i napredovanje, kao i deljenje znanja i darivanje ljubavi, predstavljaju ono što daje smisao životu. Ona je bila naša heroina. Naša Florens. I bila je vizionar. U svojoj profesionalnoj karijeri, a posebno na poziciji glavne sestre VMA, od 1972. do 1985. godine, borila se za očuvanje zdravlja, unapređenje sistema zdrvstvene nege i kontinuirano usavršavanje u struci. Publikovala je mnoge stručne i naučne radove u

medicinskim časopisima i izlagala ih na kongresima i stručnim sastancima. Među objavljenim knjigama ističu se „PLAVI VODIČ za medicinske sestre-tehničare i babice“ i „Novi kvalitet u organizaciji i sadržaju rada medicinskih sestara i tehničara“. Pri Ministarstvu zdravlja Republike Srbije, bila je član prve radne grupe za zdravstvenu negu, koja je publikovala standarde nege u „Vodiču dobre prakse“ i učestvovala je u izradi „Nacionalnog delokruga rada za medicinske sestre - tehničare i babice“. Nakon penzionisanja 1992. godine, nastavila je sa angažovanjem za dobrobit struke. Na internetu je otvorila blog stranicu, koju krasi prelepi suncokret u čijem središtu je pojmovnik, terminološki rečnik za medicinske sestre - tehničare i babice. Jedan od citata sa njene blog stranice glasi: *„Važnije je danas, da sestre gledaju u budućnost, nego da se osvrću na prošlost. Ali da iz svog pamćenja ne predaju brzo zaboravu doprinos mnogih: vrednih, posvećenih poslu i požrtvovanih sestara koje su pre njih sa ljubavlju obavljale svoj humani zadatak! Neka vekovnu senku za sestrinstvo zameni svetlost budućnosti – evo još jedne simbolike sveta suncokreta, koji se svakodnevno okreće svetlosti sunca.“*

Odlukom komisije u sastavu medicinskih sestara/tehničara VMA, ovogodišnji dobitnik medalje „Verica Ćorluka“ i priznanja sestra godine za 2021. godinu je Mara Tešić, VS VMT, koja je formacijski raspoređena u Službu za zdravstvenu negu, na mestu rukovodioca centralnih apartmana i ambulatne za konsultativne preglede. Sestra Mara Tešić je započela profesionalnu karijeru septembra 1981. godine, od kada radi na veoma odgovornim mestima. Srednju i višu medicinsku školu završila je u Zemunu, a zatim i Visoku medicinsku školu strukovnih studija „Milutin Milanković“. Uživa ugled i poštovanje unutar kolektiva VMA. Osoba je sa visokim moralnim, ljudskim i stručnim kvalitetima. Vizionar je dobre sestrinske prakse, uz poštovanje principa zdravstvene nege. Izdvaja se u svojoj požrtvovanosti, nesebičnosti i odgovornostima prema profesionalnim obavezama. Aktivan je član Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije. Jedan je od ideologa i pokretača ideje za formiranje Službe za zdravtvenu negu u Vojnomedicinskoj akademiji i Zakona o zdravstvenoj nezi Republike Srbije. Dobitnik je mnogih odlikovanja kao i „Medalje za revnosnu službu“ iz nadležnosti predsednika Republike Srbije u 2022.godini.

Izvor: Ministarstvo odbrane Republike Srbije, 2022.
https://www.mod.gov.rs/cir/18783/ministar-stefanovic-urucio-medalju-najboljoj-sestri-vma-18783

Načelnik Službe za zdravstvenu negu VMA
Bojana Jovanović, mast. med. ses.

IN MEMORIAM - U SEĆANJE NA VERICU MILOVANOVIĆ

VERICA MILOVANOVIĆ, dr vet. VMS
(1953 – 2022)

Rođena je 05. juna 1953. godine u Kuršumlijskoj Banji. Srednju medicinsku školu je završila 1972. godine, a 1993. godine Višu medicinsku školu u Beogradu. Na Fakultetu veterinarske medicine diplomirala je 1999. godine. Bila je i magistrant na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, na odseku Somatopedija.

Profesionalnu karijeru započela je u Vojnomedicinkoj akademiji 1980. godine, u Klinici za endokrinologiju, gde je 1995. godine postala glavna sestra Klinike. Ubrzo zatim, 2002. godine, zahvaljujući izuzetnoj posvećenosti profesiji, poslu i neprocenjivim kvalitetima, postaje glavna sestra Vojnomedicinske akademije. Sa svojim timom glavnih sestara bila je osnivač Odeljenja za zdravstvenu negu na VMA.

Pored rada u struci, bila je posvećena i formalnom obrazovanju medicinskih sestara. Bila je nastavnik u Visokoj medicinskoj školi strukovnih studija „Milutin Milanković" u Beogradu, na predmetu Zdravstvena nega u internoj medicini, kao i član radne grupe za reformu obrazovanja srednjih medicinskih škola.

Bogato dugogodišnje iskustvo u profesionalnoj praksi i strukovnoj asocijaciji, Vericina posvećenost i odgovornost, ostavili su neizbrisiv trag u razvoju Udruženja i sestrinske profesije u Republici Srbiji. Bila je predsednik Udruženja medicinskih sestara nekadašnje Savezne Republike Jugoslavije i predsednik Komiteta za informisanje i izdavačku delatnost UMSTBS, kao i kreator emisije „Profesija medicinskih sestara" na Radio Novostima. Jedan je od osnivača Udruženja medicinskih sestara tehničara i babica Republike Srbije, na čijem je čelu bila od 2006 – 2014 godine. Bila je član redakcionog odbora i glavni i odgovorni urednik časopisa „Sestrinska reč", čiji je izdavač UMSTBS, kao i član redakcionog odbora časopisa „Sestrinski žurnal", Fakulteta Aperion iz Banja Luke, Republika Srpska. Pored toga, bila je i predsednik Foruma nastavnika i profesora zdravstvene nege srednjih i strukovnih škola Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije.

Obavljajući dužnosti predsednice Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije, svoje bogato radno i stručno iskustvo utkala je u viziju delovanja sestrinske asocijacije, zalažući se za vrednovanje profesionalnog statusa i značaja sestrinske profesije u sistemu zdravstvene zaštite. Bila je pobornik isticanja potrebe kontinuiranog učenja i usavršavanja medicinskih sestara, primene stečenih znanja i samim tim, sticanja samopouzdanja, poštovanja i ličnog ugleda svake medicinske sestre. Na profesionalnom polju, zalagala se za unapređenje kvaliteta sestrinskih usluga. Bila je član Republičke stručne komisije za zdravstvenu negu Ministarstva zdravlja Republike Srbije i član Radne grupe Ministarstva zdravlja za izradu strategije sestrinstva i babištva u Republici Srbiji do 2013. god. Učestvovala je u izmenama i dopunama Pravilnika o kontinuiranoj edukaciji za zdravstvene radnike i saradnike, kao i pravilnika za izdavanje, obnavljanje i oduzimanje licence članovima komora zdravstvenih radnika.

Tokom svoje bogate karijere, inicirala je nove vidove organizovanja stručnih skupova, po čemu je Udruženje, među mnogobrojnim sestrinskim društvima i udruženjima, bilo prepoznatljivo. Primereno profesiji i ulogama koje je imala kao afirmisani profesionalac, predstavljala je UMSTBS i sestrinstvo, kako u zemlji tako i u međunarodnim aktivnostima, u interesu profesije i u skladu sa ciljevima kojima je težila sa timom saradnika. Stekla je brojne sertifikate iz raznih oblasti i bila organizator brojnih stručnih predavanja, simpozijuma i kurseva za zdravstvene tehničare. Prezentovala je veliki broj stručnih radova koji su publikovani u stručnim časopisima za medicinske sestre. Za svoj rad ocenjivana je najvišim ocenama, a 2018. godine izabrana je za najbolju sestru Vojnomedicinske akademije. Profesionalnu karijeru završila je 2019. godine odlaskom u penziju. Pored profesionalnog uspeha ostvarila se kao supruga, majka i baka.

Prerani odlazak Verice Milovanović predstavlja nenadoknadivi gubitak za UMSTBS i sestrinsku profesiju. Bila je uzor mladima, stručnjak, vizionar, odana koleginica, dobar čovek i veliki prijatelj. Njena dela uvek će nam biti primer milosrđa, mudrosti i bezgranične odanosti sestrinskoj profesiji. Zauvek ćemo pamtiti njenu energiju, vedrinu, visoke duhovne i etičke kvalitete.

Svi koji smo poznavali Vericu pamtićemo je po ljudskim kvalitetima, profesionalnom odnosu i neizbrisivnom tragu koji je ostavila za sobom u razvoju sestrinstva. Mnoge kolege i saradnici su o Verici govorili kao o „ovovremenskoj Florens Najntingel", naročito zbog njenog načela kojim se obraćala mlađim koleginicama:

„Čim se pred Vama pojavi pacijent, morate imati na umu svetost reči sestra. To je velika reč. Ispred te reči može da stoji samo jedna jedina, toplija i sadržajnija reč - majka. Kad se pacijent nađe pred sestrom koja drži do toga i tako se ponaša, on će to lako prepoznati. I tako započinje lečenje. Sve ostalo je – terapija".

Neka joj je večna slava!

Njene koleginice i kolege iz Udruženja medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije i Vojnomedicinske akademije

UPUTSTVO AUTORIMA

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

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

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

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

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

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

Naučni članci:

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

Stručni članci:

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

• **Originalni naučni rad** (rad u kojem se iznose prethodno neobjavljeni rezultati sopstvenih istraživanja naučnim metodom, odnosno rad koji sadrži rezultate izvornih istraživanja; informacije u radu moraju biti obrađene i izložene tako da se eksperimenti mogu ponoviti, a analize i zaključci na kojima se rezultati zasnivaju, proveriti);

• **Pregledni rad** (rad koji sadrži originalan, detaljan i kritički prikaz istraživačkog problema ili područja u kome je autor ostvario određeni doprinos; predstavlja celovit pregled nekog problema na osnovu već publikovanog materijala, koji je u pregledu sakupljen, analiziran i komentarisan);

- **Kratko ili prethodno sopštenje** (originalni naučni rad punog formata, ali manjeg obima ili preliminarnog karaktera; sadrži naučne rezultate čiji karakter zahteva hitno objavljivanje, ali ne mora da omogući proveru i ponavljanje prikazanih rezultata);
- **Naučna kritika/polemika** (rasprava na određenu naučnu temu zasnovana isključivo na naučnoj argumentaciji i korišćenjem naučne metodologije);
- **Stručni rad** (predstavlja koristan prilog u kome se nude iskustva iz područja struke/profesionalne prakse, ali koja nisu nužno zasnovana na naučnom metodu; drugim rečima, problematika nije vezana za izvorna istraživanja i primarno se odnosi na proveru ili reprodukciju u svetlu poznatih istraživanja, sa ciljem širenja znanja i prilagođavanja izvornih istraživanja potrebama nauke i prakse);
- **Prikaz slučaja** (prikaz jednog ili nekoliko slučajeva/pacijenata značajnih sa aspekta inovativnog pristupa i unapređenja delatnosti u oblasti zdravstvene nege);
- **Prikaz knjige** (kritički komentar i stručna oceana dela koje se prikazuje, kao i procena njegovog značaja);
- **Aktuelne teme** (osvrt na savremeno, nerešeno ili kontradiktorno pitanje od teorijskog i praktičnog značaja u oblasti sestrinstva, uz iznošenje sopstvenih rezultata istraživanja ili najnovijih važnih podataka iz literature; konstrukcija članka je slobodna i nije obavezan zaključak, ali su poželjne kratke zaključne napomene sa jasnom porukom);
- **Pismo uredniku** (lični stavovi i komentari autora koji se mogu odnositi na tekstove objavljene u Sestrinskoj reči, na teme od značaja za medicinsku i sestrinsku praksu uopšte, kao i na publikacije od posebnog značaja za sestrinstvo; pišu se slobodno uz eventualno navođenje podataka iz literature).

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

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

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

7. Obavezni elementi rukopisa:

- **Naslovna strana** - sadrži predloženu kategorizaciju članka, naslov članka na srpskom i engleskom jeziku, puna imena i prezimena autora, tačan naziv ustanove ili ustanova kojima autori i koautori pripadaju i država u kojima se ustanove nalaze, kontakt

podatke autora - korespodenta u vezi sa rukopisom (ime, prezime, adresa, telefon, e-mail), u posebnoj napomeni navesti podatak ukoliko je članak u prethodnoj verziji bio izložen na skupu u vidu usmenog saopštenja (pod istim ili sličnim naslovom);

- **Sažetak (apstrakt)** - na srpskom i engleskom jeziku; formata do 250 reči i izdvojenih 3-5 ključnih reči. Sažetak može biti strukturiran (uvod, cilj, metode, rezultati sa diskusijom, zaključak) ili nestrukturiran (jedinstveni paragraf), zavisno od kategorije rada;
- **Uvod** – kratak prikaz problematike teme i cilja rada;
- **Materijal i metode** podaci o izvoru podataka, tipu istraživanja, uzorku ispitanika, mernim instrumentima, ispitivanim varijablama i statističkim metodama obrade podataka (ukoliko se radi o naučnom istraživanju), tj. o metodama primenjenim u radu (u drugim slučajevima);
- **Rezultati istraživanja** - prikaz podataka sa tekstualnim, tabelarnim ili grafičkim pojašnjenjem, koristiti najviše do ukupno pet tabela ili grafikona;
- **Diskusija** - treba da bude koncizna i jasna, da sadrži rezime i objašnjanje glavnih rezultata i njihovo poređenje sa rezultatima relevantnih studija publikovanim u svetskoj i domaćoj literaturi. Korisno je da sadrži i implikacije za kliničku/sestrinsku praksu i ograničenja studije.
- **Zaključak** - kratke zaključne napomene sa jasnom porukom koja proističe iz rezultata istraživanja, a u skladu sa ciljevima datim u uvodu rada;
- **Literatura** - citiranje literature vrši se prema Vankuverskom sistemu. Reference je potrebno numerisati rednim arapskim brojevima, prema redosledu navođenja u tekstu. Reference je potrebno navesti u uglastim zagradama [ ] nakon citata. Maksimalan broj referenci je 30.

Primer osnovne strukture reference za standardni članak u časopisu:

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

Primer osnovne strukture reference za knjigu:

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

Primer osnovne strukture reference za poglavlje iz knjige:

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

Primer osnovne strukture reference za članak sa stručnih sastanaka:

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

Primer osnovne strukture reference za članak u časopisu na internetu:

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

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

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

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

- **Prilozi** - prilažu se kao posebni, dopunski fajlovi. Tabele se pripremaju u MS Word (Table). Svaka se tabela piše na posebnoj stranici, a ne u tekstu. Treba da ima svoj redni broj koji je povezuje sa tekstom i naslov. Ilustracije (slike) su svi oblici grafičkih priloga (dijagrami, grafikoni, slike, fotografije). Potrebno je priložiti samo reprezentativne ilustracije koje dokumentuju rad. Podatke prikazane u tabelama i grafikonima nije potrebno ponavljati u tekstu. Svaka tabela ili ilustracija (slika) treba da sadrži: naslov, odgovarajući broj, kao i sva potrebna objašnjenja simbola i skraćenica. Originalnu verziju dijagrama (MS Excell fles) treba sačuvati, u slučaju potrebe u procesu publikacije. Broj i naslov tabele se pišu iznad, a ilustracije (slike) ispod. Fotografje se prilažu elektronski, uz obaveznu zaštitu identiteta lika na fotografiji.
- **Skraćenice** - koristiti samo standardne skraćenice, ali ne u naslovu i sažetku. Pun naziv pojma, sa skraćenicom u zagradi, treba dati kod prvog pominjanja u radu, a u daljem tekstu dovoljna je primena samo skraćenica. Za mere koristiti Međunarodni sistem jedinica (International System of Units-SI), a u posebnim slučajevima alternativne jedinice shodno naučnoj disciplini i oblasti.
- **Propratno pismo** - uz rukopis je neophodno priložiti pismo koje je potpisao korespondirajući autor, a koje treba da sadrži: izjavu da rad nije predhodno publikovan i da nije istovremeno podnet za objavljivanje u nekom drugom časopisu, te izjavu da su rukopis pročitali i odobrili svi autori koji ispunjavaju merila autorstva. Ukoliko je rad nastao u okviru nekog projekta i/ili je (su)finansiran/potpomognut od strane EU, nacionalne fondacije (ministarstva) i drugih relevantnih institucija, potrebno je navesti brojčanu oznaku i naziv projekta. Potrebno je pribaviti saglasnost od nosilaca autorskih prava za korišćenje svih izvoda iz dela zaštićenih autorskim pravima i drugih materijala zaštićenih autorskim pravima koji su korišćeni u rukopisu i navesti izvore u rukopisu i dodatnim materijalima.

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

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

Napomena: Uređivanje naučno-stručnih sadržaja časopisa je potpuno nezavisno. Sestrinska reč zadržava pravo određivanja redosleda objavljivanja radova. Redosled kojim su navedeni radovi u časopisu ne odražava vrednost rada.

rukopise slati na e-mail:

sestrinskarec@gmail.com

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

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

UDRUŽENJE MEDICINSKIH SESTARA, TEHNIČARA I BABICA REPUBLIKE SRBIJE

NAJAVLJUJE

VI Nacionalni kongres medicinskih sestara i babica, sestara i babica iz prakse i profesora ZN sa međunarodnim učešćem

23.11.-27.11.2022.
HOTEL "OMORIKA" TARA

Poštovane koleginice i kolege, cenjeni saradnici, prijatelji UMSTBS,
Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica Republike Srbije najavljuje
VI Nacionalni kongres medicinskih sestara, sestara i babica iz prakse i profesora zdravstvene nege,
sa međunarodnim učešćem, koji se tradicionalno održava na Tari u hotelu"Omorika",
od 23.11.-27.11.2022. god. Kongres je u procesu akreditacije.

Plenarna tematika Kongresa je posvećena
Inovacijama u organizovanju Službe zdravstvene nege u sistemu zdravstvene zaštite-realnost i mogućnosti,
gde će predavači iz naše zemlje i kolege iz zemalja u okruženju, prezentovati svoja iskustva
i modalitete osnivanja sestrinske službe.

Osim plenarne sesije, na Kongresu će biti prezentovana stručna iskustva iz prakse,
u vidu usmenih i poster prezentacija, brojne radionice i drugi interaktivni aspekti stručnog rada na kongresu.
Pozivamo Vas da uzmete aktivno učešće u radu Kongresa, i blagovremeno dostavite sažetke svojih radova na
mejl adresu: umstbs@gmail.com.

Do skorog viđenja na Tari,

Dijana Otašević
Predsednica UMSTBS

Pro futuro!
Za budućnost

VISOKA ZDRAVSTVENO-SANITARNA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA "VISAN"

RASPISUJE KONKURS ZA UPIS STUDENATA NA OSNOVE I SPECIJALISTIČKE STUDIJE ZA STUDIJSKE PROGRAME:

- STRUKOVNI FARMACEUT
- STRUKOVNI FIZIOTERAPEUT
- STRUKOVNA MEDICINSKA SESTRA
- STRUKOVNI MEDICINSKI RADIOLOG
- STRUKOVNI NUTRICIONISTA DIJETETIČAR
- STRUKOVNI SANITARNO-EKOLOŠKI INŽENJER

Specijalistički studijski programi:

- SPECIJALISTA STRUKOVNI FIZIOTERAPEUT
- SPECIJALISTA STRUKOVNA MEDICINSKA SESTRA
- SPECIJALISTA STRUKOVNI MEDICINSKI RADIOLOG
- SPECIJALISTA STRUKOVNI SANITARNO- EKOLOŠKI INŽENJER

UPIS U TOKU !

PROMOTIVNI USLOVI PLAĆANJA
-plaćanje u 12 mesečnih rata-

Termini nastave prilagođeni su studentima iz radnog odnosa

TOŠIN BUNAR 7a, ZEMUN
Tel/Fax: 011/30-76-470
011/30-76-472
e-mail: skola@vzsvisan.com
www.vzsvisan.com

AstraZeneca