

Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije

Nacionalni časopis



# VIZIJA

Godina 2018. broj 2

Iz sećanja  
studenta o  
**Snežani  
Bošković**

Prikaz knjige:  
**A nurse's  
survival guide  
to the ward**

**Milunka Savić  
Gligorević**  
Srpska Jovanka Orleanka

**Neželjeni događaji  
i pojam profesionalne greške  
u sestrinskoj praksi**





## Redakcija

<b>Počasni urednik</b>	Mr sci. med. Snežana Bošković
<b>Glavni i odgovorni urednik</b>	Prof. dr sci.med. Gora Miljanović
<b>Zamenik urednika</b>	Prof dr sci. med. Bratislav Stanković
<b>Naučni i uređivački odbor</b>	Jadranka Urošević Aleksandra Obrenović Vesna Jovanović Dragana Dragaš Milovanović Marijana Vukičević Nataša Bakić Zvonko Dimoski Dejan Živanović Marija Mijajlović Nada Simić Damir Peličić Zlatko Vujić Tanja Ljubojević Snežana Šiklić Olivera Đurović Biljana Jovanović Miladija Drobniak Ivana Stevanović Zoran Lukić Dijana Lalović
<b>Prelom i ilustracija korica</b>	Nikola Đukanov



## Reč urednika

Poštovani autori, saradnici, čitaoci

Pred nama je drugi broj našeg i vašeg Nacionalnog časpisa „Vizija“. Zalaganjem svih u Uniji udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije povećao nam se broj stručnih radova. Potrudili smo se da apstrakti budu i na engleskom jeziku. Objavili smo i izveštaje sa stručnih skupova kao i nastavak teksta o Milunki Savić.

Povodom Dana medicinskih sestara 12. maja, objavili smo rad o istorijatu sestrinske profesije. Časopis „Vizija“ se razvija i želja nam je da doprinosimo razvoju struke i profesije. Zato pozivamo sve zainteresovane da nam šaljete svoje rade, prikaze slučaja ili knjiga, da zajednički napredujemo, razvijamo se i gradimo časopis od nacionalnog značaja.

Radove možete slati na:  
[unija.umsztrs@gmail.com](mailto:unija.umsztrs@gmail.com)

**Prof. dr sci. med. Gora Miljanović**

**Izdavač:** Unija Udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara R.Srbije- UUMSZTS

**Adresa uredništva:** 11000 Beograd, Terazije br.12

**Publisher:** Union Association of Nurses and Health Technicians of Serbia -UUNHTS

**Editorial Office:** 11000 Beograd, ul.Terazije br.12

**e-mail:** [unija.umsztrs@gmail.com](mailto:unija.umsztrs@gmail.com)

**Predsednik/President** Radmila Jazić

**Štamparija:** Beograf, Nova Pazova

**Printing:** Beograf, Nova Pazova

NACIONALNI časopis "Vizija" : časopis Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije = National journal "Vision" : journal Union Association of Nurses and Health Techicians of Serbia / glavni i odgovorni urednik Gora Miljanović. - God. 1, br. 1 (2017)- . - Beograd : Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije, 2017- . - 30 cm

Polugodišnje.

ISSN 2560-4988 = Nacionalni časopis "Vizija"

COBISS.SR-ID 248399884

# Sadržaj

**1** SADRŽAJ

**2** NACIONALNI KONGRES UNIJE  
UDRUŽENJA MEDICINSKIH SESTARA  
I ZDRAVSTVENIH TENIČARA  
REPUBLIKE SRBIJE

**4** IZVEŠTAJ SA III SIMPOZIJUMA  
MEDICINSKIH SESTARA,  
MEDICINAR, BRČKO

**5** IZ SEĆANJA JEDNOG STUDENTA

## Profesionalni radovi

**7** DAN SESTRINSTVA  
I DAN SEĆANJA – 12.MAJ

**10** INSTRUMENATI ZA MERENJE  
KVALITETA ŽIVOTA U VEZI SA  
ZDRAVLJEM KOD BOLESNIKA SA  
DEPRESIJOM

**16** ULOGA MEDICINSKE SESTRE  
KOD PROFILAKSE VENSKIH  
OBOLJENJA PRIMENOM  
KOMPRESIVNE TERAPIJE

**20**

AKUTNI INFARKT MIOKARDA  
- FAKTORI RIZIKA,ZNAČAJ  
RANOG PREPOZNAVANJA,  
NAČIN LEČENJA, KOMPLIKACIJE I  
ISHODI

**25**

NEŽELJENI DOGAĐAJI I POJAM  
PROFESIONALNE GREŠKE  
U SESTRINSKOJ PRAKSI

**29**

PRIKAZ KNJIGE  
A NURSE'S SURVIVAL GUIDE  
TO THE WARD

**32**

JURIŠNIK, BOMBAŠ, HUMANISTA  
- ŽENA

**33**

OPŠTA BOLNICA "STUDENICA"  
KRALJEVOUDRUŽENJE  
MEDICINSKIH SESTARA RAŠKOG  
OKRUGA

**36**

UZORI SESTRINSKE PROFESIJE  
KOJI NISU VIŠE SA NAMA



# Nacionalni Kongres Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije

---

**K**ongres je održan na Tari u Hotelu „Omorika“ u period od 01 – 05.11.2017.godine.

Na I Nacionalnog Kongresa Unije udruženja učestvovalo je 153 saradnika /lekara i stomatologa / medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara. Stručne sadržaje Kongresa realizovali su: devet predavača u plenarnoj tematiki, četrdeset šest usmenih prezentacija, pedeset tri poster prezentacije i šezdeset tri pasivna učesnika.

## ZAKLJUČCI I NACIONALNOG KONGRESA UNIJE UDRUŽENJA:

**I OKRUGLI STO :** Odgovornost sestre prema pacijentu u aktuelnoj sestrinskoj praksi

**1.Zaključak:** Neophodno je zajedničko delovanje stručne sestrinske javnosti Republike Srbije na definisanju kompetencija i osnovnog standarda u sestrinskoj praksi- procesa zdravstvene nege.

Jasnoća na ovim poljima omogući će preuzimanje odgovornosti u radu sa pacijentom a isto tako i preuzimanje odgovornosti za kvalitet i razvoj sestrinske prakse.

**2.Zaključak:** Unija Udruženja medicinski sestra i zdravstveni tehničara Republike Srbije će u dogovoru sa članstvom i svim zainteresovanim stranama sačiniti program edukacije koji će omogućiti primenu navedeni standarda.

**II OKRUGLI STO:** Partnerski odnos u razvoju dualnog obrazovanja i njegov uticaj na razvoj profesije sestrinstva

Uvođenjem stručne prakse u obrazovanje strukovnih medicinskih sestara (2010.god.) stvorile su se polazne osnove koncepta dualnog obrazovanja u visokom obrazovanju medicinskih sestara i doprinelo poboljšanju kvaliteta i kontinuiteta zdravstvene nege obezbeđivanjem partnerskog odnosa poslodavaca i obrazovnih ustanova.

Naime, definisanjem cilja, sadržaja, ishoda načinom realizacije stručne prakse u referentnim Ustanovama uz podršku stručnog saradnika iz Zdravstvene ustanove i sprovedenom evaluacijom iste, možemo da **zaključimo** da su se stvorili uslovi da se opišu principi dualnog obrazovanja i radi na nacrtu Zakona o dualnom obrazovanju koji bi definisao obrazovanje strukovnih medicinskih sestara.

**III OKRUGLI STO:** Savremeni vidovi lečenja u onkologiji

Dolaskom na tržište, novih lekova, biološke i imunoterapije, pružena je mogućnost da pacijenti duže i kvalitetnije žive.

Medicinske sestre imaju obavezu prema pacijetima, pružanju informacija o lekovima i sprovođenju higijensko – dijetetskog režima tokom lečenja

**Zaključak:** Neophodno je sprovoditi kontinuiranu edukaciju medicinskih sestara u korak sa novinama u farmaciji i medicini, da bi zdravstvena nega mogla biti pružena na najkvalitetniji mogući način

**Radna predsedništava u sesijama usmenih prezentacija i komisija za postere, poštujući kriterijume o načinu pisanja i izlaganja stručnog rada izdvojili su najbolje prezentacije i autorima su dodeljena priznanja.**

## NAGRAĐENE USMENE PREZENTACIJE:

---

1. Neophodni preduslovi za razvoj transplatacionog programa

**Damir Peličić KC Crne Gore, Podgorica**

2. Participacija više medicinske sestre u preventiji malignih oboljenja genitalnih organa žene

**Nadica Milošević Zdravstveni centar Surdulica**

3. Uloga medicinske sestre tehničara u zbrinjavanju pacijenata sa akutnim gastrointestinalnim krvarenjem **Ana Vujić, Opšta bolnica „Studenica“ Kraljevo.**

4. Konflikti u profesionalnoj praksi zdravstvenih radnika

**Marković Jelena, Specijalna bolnica „Sveti Sava“ Beograd**

5.Gasna gangrene – process zdravstvene nege  
**Zorana Jović, Opšta bolnica „Studenica“ Kraljevo**

## NAGRAĐENE POSTER PREZENTACIJE

---

1.Prva pomoć, trijaža i zbrinjavanje vitalno ugroženog pacijenta – masovne nesreće

**Vulić Jelica , Opšta bolnica „Studenica“ Kraljevo**

2.Specifičnosti komunikacije kod bolesnika sa moždanim udarom

**Srđan Radaković Specijalna bolnica „Sveti Sava „ Beograd**

3.Gojaznost – bolest savremenog doba

**Dragana Vukić Opšta bolnica „Sveti Luka“ Smederevo**

4.Zbrinjavanje politraumatizovanih pacijenata – medicinska sestra, tehničar kao član tima

**Nemanja Todorović, Opšta bolnica „Studenica“ Kraljevo**

5.Bol u grudima – kako ga prepoznati

**Ivana Jovanović Opšta bolnica „Sveti Luka „ Smederevo**

## POHVALJENE USMENE PREZENTACIJE:

---

1.Učešće patronažne sestre u školi roditeljstva

**Biljana Stefanović, DZ Kruševac**

2.Zdravstvena nega kaj bolen pri ileusna sostoba bilijaren ileus – prikaz na slučaj

**Gordana Stojanovik, Univerzitetska klinika po hirurški bolesti Sv. Naum Ohridski Skopje**

3. Funkcija i misija sestre

**Fikreta Jusufović, JZU „ZC Brčko“**

4.Značaj komunikacije u zdravstvu

**Amira Hasanović, JU Opća bolnica Prim. Dr Abdulah Nakaš „ Sarajevo**

**Predsednik Unije Udruženja  
Predsednik Stručnog odbora Kongresa  
Radmila Jazić**



## Izveštaj sa III Simpozijuma medicinskih sestara, **MEDICINAR, Brčko**

---

**U**Brčkom je od 09. – 11.03.2018. godine održan III Simpozijum medicinskih sestara i tehničara iz prakse u Organizaciji Udruženja zdravstvenih tehničara Medicinar, Brčko.

Prateći aktuelna dešavanja u zemlji i okruženju izabrana tematika je bila usmerena na javno zdravlje i zdravstvene trendove koji imaju uticaj na zdravlje.

Radni naziv simpozijuma bio je CILJEPLJENJE – IZAZOVI XXI STOLJEĆA

Na poziv naših kolega, sa kojima, sada već tradicionalno sarađujemo, Unija medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije, je radno učestvovala na ovom skupu.

Prvi put je u Brčko otputovalo 18 medicinskih sestara iz Srbije, iz ustanova koje su članice Unije (Smederevo, Kraljevo, Beograd, Užice).

Ispred naše asocijacije predstavljeni su radovi

1. Vakcinacija MMR vakcinom – ne vakcinacija – epidemeja, M. Mijajlović, S. Vasić, B. Slavić, S. Jovanović, ZC Studenica, Kraljevo
2. Cimavax – Kubanska vakcina, – prva sestrinska iskustva u Srbiji, Radmila Jazić

3. U XXI veku javnost raspravlja o opravdanosti vakcinacije, J. Mišić, Institut za reumatologiju, Beograd
4. Zdravstveno vaspitni rad s roditeljima – vakcinacija dece, O. Bogdanović, Medicinska škola Užice

Rad koji je iznela Marija Mijajlović, o epidemiji Morbila u Kraljevu je bio izuzetno zapažen i nagrađen od organizatora, besplatnim učešćem na narednom simpozijumu.

Tokom ovog radnog druženja smo razmenili smo iskustva, potvrdili prijateljstva i ojačali temelje dalje saradnje.

Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije, otvorena za saradnju, u planiranim aktivnostima stvaraće prostore za zajedništvo pod sloganom:

**SESTRINSTVO BEZ GRANICA  
– PODELIMO ZNANJE I ISKUSTVO.**

---

**Predsednica Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije  
Radmila Jazić**

## Iz sećanja jednog studenta

---

**O**smeħ u uglu usana, sjaj iz očiju, nepre-sušni entuzijazam... podrška i uzor za svoje studente, a lek, nada i poverenje bolesnima. Od nje ni jedna ružna vest nije bila bolna; ni jedna kritika nije bila kritika, već savet prijatelja.

Snežana je bila spremna da u svakom studentu, čoveku, kolegi i prijatelju vidi dobro i probudi najbolje. Da, to je bila naša Snežana Bošković: nastavnik, predavač, kolega i prijatelj. Blagonaklona, podržavala je mladost i stvarala generacije za budućnost u sestrinskoj profesiji. Svakom studentu pristupala je prijateljski, roditeljski i kolegijalno.

Znala je da se obraduje sitnicama koje mnogi ne bi primetili. Radovala se sunčanom danu ili prvom snegu. Radovala se kada svi studenti dođu na vežbe ili kada se student potrudi da uradi nešto novo i do tada nepoznato. Hvalila je male stvari, jer je znala da time motiviše, daje elan i hrabrost da učiš i boriš se do kraja. Ostavila nam je puno knjiga, časopisa i stručnih radova da učimo generacije i pričamo o njenom delu, ali i da ne zaboravimo da najveći uspeh jednog čoveka nisu napisane knjige, već ono što je, kao čovek, učinio za druge ljude.

Na mom diplomskom ispit u bila je predsednik komisije. Ubrzo nakon diplomiranja, počela sam da radim u školi, a potom i kao nastavnik. Kada me je videla na nastavnoj bazi, Snežana je ustala sa stolice, prišla mi i zagrlila me. Bila je ponosna. Nije dozvolila da moje neiskustvo i moja nesigurnost, koje su pratile novu profesionalnu, a i životnu ulogu nastavnika, budu u prvom planu. Snežana me je podsetila na entuzijazam koji sam imala tokom studentskih dana i bila je uverena da će biti jednak posvećena i novom poslu- nastavi. Tada sam spoznala da u novoj sredini i među novim licima imam nekoga na svojoj strani: profesorku, prijatelja i bezrezervnu podršku. Snežana je učinila da se osećam dobrodošlom. Verovala je u mene od prvog dana, kada mnogi nisu; radovala mi se i hrabrla me.

Danas, posle dvanaest godina u mojoj profesionalnoj i životnoj ulozi, znam da je podrška koju poklanjam mladim ljudima najvažnija, jer time pokazujemo da verujemo u njih. Pre dvanaest godina Snežana je verovala u mene, kada mi je to bilo najpotrebnije.

**„Dobri ljudi su sreća na ovom svijetu.“**

**Meša Selimović**

**Sreća na ovom svetu bila je Snežana Bošković.**

# Profesionalni radovi

---



# DAN SESTRINSTVA I DAN SEĆANJA – 12.maj

Ivana Stevanović, nastavnik zdravstvene nege,  
Medicinska škola, Beograd



Florens Najtingejl

## APSTRAKT

Florens Najtingejl rođena je 12.05.1820. godine u Firenci. Poreklom plemkinja, odbacila je sve ugodnosti bogastva i titule i posvetila se negovanju bolesnih. Pored negovanja bavila se istraživanjima i statistikom, pa je to rezultiralo reformama u zdravstvenom sistemu i usvajanju zakona o siromaštvu. Otvorila je prvu školu za sestre i omogućila profesionalizaciju sestrinstva. U našoj zemlji negovanje datira od 1199. godine i zapisima o prvoj bolnici u Hilandaru koju je otvorio Sveti Sava. Na našim prostorima škola je otvorena 1921. godine i prvi direktor je bila engleskinja, Mis Edit Njutn. Svake godine počevši od 2004. godine dodeljuje se nagrada „Dušica Spasić“ najboljoj medicinskoj sestri.

Klucne reči: sestrinstvo, heroina, Florens Najtingejl, Dušica Spasić, Medicinska škola

## ABSTRACT

Florens Najtingel was born on May 12, 1820. in Florence. The nobility of the nobility rejected all the benefits of wealth and titles and dedicated itself to nursing the sick. In addition to caring for research and statistics, it resulted in reforms in the health system and the adoption of poverty laws. She opened the first school for sisters and enabled the professionalization of nursing. Care in our country dates back to 1199 and records of the first hospital in Hilandar opened by Sveti Sava. In our area, the school was opened in 1921 and the first director was English, Mis Edit Newton. Each year starting from 2004, the „Dušica Spasić“ award is awarded to the best nurse.

Key words: sisterhood, heroine, Florens Najtingel, Dusica Spasic, Medical school

## Uvod:

---

Florens Najtingejl je jedna od najznačajnijih ličnosti u istoriji sestrinske profesije. Cilj rada je da se u znak sećanja povodom 12.05.setimo heroine začetnika modernog sestrinstva ali I evociramo uspomene I sećanja na sve medicinske sestre koje su dale doprinos našem sistemu zdravstvene zaštite.

Florens Najtingejl rođena je 12.05.1820. godine u Firenci. Rođena I odrasla je u aristokratskoj porodici, podučavana kao I mnoge kćeri plemića latinskom francuskom jeziku, statistici, matematičari. Njeno obrazovanje proširila su putovanja, koje je njena porodica mogla da podrži materijalno. Očekivanja društvene sredine u XIX veku su bila da uđe u brak I brine o deci I suprugu.<sup>12</sup> Suprotno očekivanjima svoje porodice I društvu, odlučila je da se posveti pozivu negovanja bolesnih, starih, nemoćnih. U XIX veku u bolnicama su negovanje praktikovale žene bez formalne obuke, koje su bile siromašne, bez podrške ili se smatralo da nemaju uzorno ponašanje.<sup>3</sup> Prilikom povratka iz Egipta 1849/50.godine provela je dve nedelje u Ustanovi za đakonese u Kajzersvertu, u Nemačkoj, gde je ona sestrinsku profesiju I negovanje doživela kao „poziv u Božiju službu”.<sup>4</sup> Znanje koje je stekla potrudila se da primeni na svom prvom radnom mestu kao medicinska sestra, radila je na mestu upravnika Ustanove za bolesne gospode. Smatrala je da skladna organizacija, disciplina, urednost, doprinose kvalitetu

zdravstvene zaštite. Njeno učešće i zalaganje u Krimskom ratu joj je dalo položaj heroine. Smrtnost u Skadru u vojnoj bolnici 1854. godine je iznosila 42,7%. Njenim dolaskom i medicinskih sestara u vojnu bolnicu smanjile su smrtnost na 2,2%. Florens Najtingejl je sprovedla potpunu reformu u bolnici, od broja kreveta I prostora između njih do poboljšanja sanitarnih uslova, kao I obezbeđivanja adekvatne ishrane. Asistirala je prilikom previjanja I hirurških intervencija. Uvela je obilaženje bolesnika noću.<sup>5</sup> U Krimskom ratu pokazala je svoju posvećenost, istrajnost, sposobnost prirodnog vođe. Dala je sestrinskoj profesiji sigurnu bazu I ostavila prostor za stalnu nadogradnju. Po povratku iz Krimskog rata kraljica Viktorija odlikovala je medaljom/ordenom časti/ i novčano.<sup>6</sup> Otvorila je prvu školu za sestre 1860.godine pri bolnici Svetog Tome. Objavljivala je knjige, istraživačkim radom i statističkim prikazom izborila se za reforme i izmene u zdravstvenom sistemu. Doprinela je promeni zakona o siromaštvu, radila je na prevenciji.<sup>7</sup> Otvaranjem prve škole za edukaciju doprinela je profesionalizaciji sestrinstva. Školovanje se ogledalo u praktičnom radu na bolesniku i teorijskoj nastavi svakodnevno. Umrla je 13.avgusta 1910.godine u Londonu u svojoj kući.<sup>8</sup> Na našim prostorima negovanje datira iz najstarijih zapisa i odnose se na prvu bolnicu pri manastiru Hilandar, koju je 1199. godine osnovao Sveti Sava i 1208. godine u manastiru Studenica.<sup>9</sup> U Srbiji jemedicinska škola otvorena 1921. godine u Beogradu, kao

---

1 D. Milutinović, S.Šumonja, J.Maksimović. Ličnost I delo Florens Najtingejl – tvorca modernog sestrinstva I pionirajavnogzdravlja; Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenuneguMed Pregl 2012; LXV (5-6): 263-267. Novi Sad: maj-juni. UDK 929:61 Najtigejl F. <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0025-8105/2012/0025-81051206263M.pdf> : pristupljeno14.04.2018

2 McDonald L. Nightingale on women. In: Florence Nightingale on women, medicine, midwifery and prostitution. Collected works of Florence Nightingale. Vol. 8. Ontario: Wilfrid Laurier University Press; 2005. p. 15-110

3 D. Milutinović i dr: Ličnost I delo Florens Najtingejl (op.cit.)

4 D. Milutinović i dr: Ličnost I delo Florens Najtingejl (op.cit.)

5 D. Milutinović i dr: Ličnost I delo Florens Najtingejl (op.cit.)

6 Lisa Stern, Nursing Historian; DrAleksandarRivkin, assistant clinical instructor, UCLA, David Geffen School of Medicine :Florence Nightingale Mini Biography <https://www.biography.com/video/florence-nightingale-mini-biography-35737155976> : pristupljeno 14.04.2018

7 D. Milutinović i dr: Ličnost I delo Florens Najtingejl (op.cit.)

8 D. Milutinović i dr: Ličnost I delo Florens Najtingejl (op.cit.)

9 ŽeljkoVlasavljević, NatašaČolović, MirjanaPerišić:Početciobrazovanja medicinskih sestara i njihov doprinos razvoju sestrinske profesije u Srbiji.SrpArhCelok Lek.2014 Sep – Oct; 142(9-10):628-636 DOI: 10.2298/SARH1410628V<http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0370-8179/2014/0370-81791410628V.pdf>: pristupljeno 14. 04.2018.

Škola za nudilje Društva crvenog krsta, a prvi direktor škole bila je Engleskinja Mis Edit Njutn. Školovanje je trajalo dve godine. Uslovi za upis kandidata su bili: da imaju od 18 – 30 godina života, da su bez dece ili sa zbrinutom decom, da su završile prethodno četiri razreda gimnazije, da su zdrave I uzornog vladanja.<sup>10</sup> U Srbiji je škola otvorena između dva svetska rata, ali treba pomenuti I one koje su, i pre formalnog školovanja, negovale bolesne i ranjene, kao što su Nadežda Petrović, Neti Munk, Anka Đurović, Ljubica Luković, Dušica Spasić. U ratnim vremenima poseban doprinos dale su članice drustva „Kola srpskih sestara“ koje je osnovano 1903. godine u Beogradu. Godine 2004. ustanovljena je nagrada „Dušica Spasić“ koja se dodeljuje najboljim medicinskim sestrama u Srbiji. Dušica Spasić je medicinska sestra koja je preminula na radnom mestu negujući obolele od velikih boginja tokom epidemije u Srbiji.<sup>11</sup> Medicinska škola je iz Deligradske ulice pedesetih godina

10 Persida Živković: Monografija povodom 50 godina postojanja Medicinske škole; Medicinska škola, Beograd, 1971

11 Željko Vlaisavljević idr: Počeci obrazovanja medicinskih sestrara (op.cit.)

XXveka premeštena u ulicu Veljka Dugoševića bb, na Zvezdari, gde se i danas nalazi. Najveća i najstarija Medicinska škola u Srbiji neguje svoju tradiciju da svoje učenike jednog dana vrati pod svoje okrilje kao nastavnike. U prilog struci Medicinska škola svake godine izvede novu generaciju, šest odeljenja medicinskih sestrara i tradicionalno, svake godine, jednom učeniku dodeli priznanje - najbolji praktičar u generaciji. Školovanje naših učenika je podjednako uspeh kakonastavnika u školi tako i medicinskih sestrara i svih zdravstvenih profesionalaca koji rade na nastavnima bazama. Ovom prilikom pominjem samo neke od medicinskih sestrara-nastavnika koje su puno dale struci, profesiji i učenicima: Jasna Andrić, Cana Maslać, Danica Medigović, Jagoda Živanović, Miladinka Marković, Đurica Matić, Natalija Desnica, Zlatija Stojanović, Viktorija Mladenović i mnoge druge. •



Medicinska škola, Veljka Dugoševića bb, Zvezdara

## Zaključak

Našu plemenitost ne određuje naše poreklo, već naša dela. Profesija medicinskih sestrera je, čini se, oduvek bila težak poziv. Sve žrtve i odricanja, koje je jedna plemkinja učinila da od posla za žene koje su na društvenoj margini stvori profesiju koja je danas ključna u sistemu zdravstvene zaštite, profesiju koja ima ugled, su za poštovanje. Stvorila je uzor heroine i simbol savremenog sestrinstva.

*Ovaj rad priređujem u čast i slavu svih medicinskih sestrara radile one u zdravstvenim ustanovama, školi ili bile u penziji. U čast i slavu profesije, kao „poziv u Božiju službu“.*

# INSTRUMENATI ZA MERENJE KVALITETA ŽIVOTA U VEZI SA ZDRAVLJEM KOD BOLESNIKA SA DEPRESIJOM

Branislava Đurica<sup>1</sup>,Sara Đurica<sup>2</sup>,Gordana Repić<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Medicinska škola „7.april“ Vojvode Knićanina 1., 21000 Novi Sad, Srbija

<sup>2</sup>Student, Medicinski fakultet, Novi Sad

<sup>3</sup>Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Katedra za zdravstvenu negu

## APSTRAKT

Statističke analize pokazuju da svuda usvetu postoji svest o ogromnom značajudepresije, kao oboljenja, koje bitno utiču naukupno zdravlje i funkcionalnost populacije. Zastupljenost različitih oblika depresije je velika, a količina vremena izgubljenog, odnosno oduzetog od normalne profesionalne aktivnosti, porodičnih interakcija i pre svega kvaliteta življenja je ogromna. Problem postaje složenijim kada se znada depresiju često prate i drugi, komorbiditetni mentalni poremećaji, a daje ona sama, čest pratilac somatskih oboljenja, što predstavlja značajan problem dijagnostike i liječenja u zdravstvenim ustanovama. Poremećaji raspoloženja kod depresivnih poremećaja, karakterističnih po pojavi dve ili više epizode,predstavljaju važan medicinski problem, pošto su praćeni pojavom disfunkcionalnosti, pogoršanjem kvaliteta života, kao i pojavom još drastičnijih stanja pacijenata. Depresivni poremećaji predstavljaju veliko op-

terećenje za društvo i njihov značajnije samo u njihovoј učestalosti,već i u dugotrajnosti, povratnom karakteru, povezanosti sa drugim bolestima, propratnim troškovima i posledicama po porodicu i društvo.

Cilj rada: Sagledati ozbiljnost problema depresije, uticaja koji njene posledice imaju na kvalitet života, kao i mogućnost primene instrumenata za merenje kvaliteta života, opštih i specifičnih, koji kombinovanjem u velikoj meri mogu uticati na njegov krajnji ishod.

Zaključak: Analizom relevantne literature, zaključak je da kombinacijom, a radi postizanja bolje procene kvaliteta života pacijenata sa depresijom, navedenih upitnika HAM-D i Zung skala, može se doći do bolje procene subjektivnog stanja pacijenta, a ponekad mogu otkriti i neke prikrivene simptome.

Ključne reči: Instrumenti za merenje kvaliteta života, upitnik HAM-D, Zung skala, depresija, medicinski problem, kvalitet života

## ABSTRACT

Statistic analysis shows facts about the enormous significance of depression, as diseases, which significantly affect the overall health and functionality of the population. The deprivation of various forms of depression is high, and the amount of time lost or taken away from normal professional activity, periodic interactions and above all the quality of life is enormous. The problem becomes more complicated when it is known that depression is often followed by other, comorbidic mental roots, and that it is itself, a roadside companion of somatic illnesses, which is a significant problem of diagnosis and treatment in health care institutions. Disorders of mood in depressive disorders characteristic of the occurrence of two or more episodes constitute a medical problem, as they are accompanied by the onset of dysfunctionality by robbing the quality of life, as well as by the emergence of even more drastic patients. Depressive disorders represent a great

burden for society and their significance is not only in their frequency and in longevity, return character, accompanying costs of consequences for the family and society.

**Purpose of work:** To look at the seriousness of the problem of depression, the impact of its consequences on the quality of life , as well as the possibility of applying instruments for measuring the quality of life, the general one specific, which by combining can greatly affect its final outcome.

**Conclusion:** By analyzing the relevant literature, the conclusion is that with the combination, in order to achieve a better assessment of the quality of life of patients with depression, the above-mentioned HAM-Di Zung scale questionnaires can provide better assessment of the subjective condition of the patient, and sometimes they may reveal some underlying symptoms.

**Key words:** Instruments for measuring the quality of life, questionnaire HAM-D, Zung scale depression, medical problem, quality of life

## UVOD

Depresija je jedan od najčešćih duševnih poremećaja čiju psihopatološku osnovu čini promena raspoloženja. Definiše se kao period od najmanje dve nedelje trajanja (epizode) u kome osoba pati od bar 5 od ukupno 9 eksplicitno definisanih suštinskih depresivnih simptoma u koje spadaju: gubitak energije – smanjena aktivnost; insomnija; gubitak samopouzdanja ili osećanje neadekvatnosti; teškoće sa koncentracijom; plačljivost; gubitak interesa ili zadovoljstva u prijatnim aktivnostima, uključujući i seks; doživljaj nesposobnosti da odgovori zahtevima svakodnevnog života; pesimizam ili ruminacije o prošlosti i socijalno povlačenje i čutljivost [1,2]. Karakteriše se nekontrolisanim padom raspoloženja koji utiče na razmišljanje, opažanje, poнаšanje, fizičko i socijalno funkcionisanje [3,4].

Depresivni poremećaji smatraju se jednim od najvećih zdravstvenih problema od javnog značaja iz sledećih razloga: visoke prevalentnosti (depresija je najčešći mentalni poremećaj u opštoj populaciji); težine posledica (u najvećem broju slučajeva, 67% depresije su rekurentne ili hroničnog toka; značajno narušavaju kvalitet

života; relativno često (kod 10% do 15% depresivnih osoba) završavaju se suicom; neretko se javljaju udruženo sa drugim mentalnim poremećajima i telesnim bolestima i povećavaju ukupni morbiditet i mortalitet [5].

Statističke analize pokazuju, da svuda u svetu postoji svest o ogromnom značaju depresije kao oboljenja koje bitno utiču na ukupno zdravlje i funkcionalnost populacije. Zastupljenost različitih oblika depresije je velika, a količina vremena izgubljenog, odnosno oduzetog od normalne profesionalne aktivnosti, porodičnih interakcija i najzad kvaliteta življjenja je ogromna. Problem postaje složeniji kada se zna da depresiju često prate i drugi, komorbiditetni mentalni poremećaji, kao i da je čest pratilac somatskih oboljenja, što predstavlja problem dijagnostikovanja i lečenja u zdravstvenim ustanovama [6]. Generalno depresija je nedovoljno dijagnostikovana i nedovoljno lečena, ova situacija je udružena sa značajnim troškovima za pojedinca i društvo, naročito u smislu kvaliteta života, izgubljenih radnih dana i povećane upotrebe zdravstvenih resursa [2]. Cilj ovog rada je da se pomoću relevantne literaturе sagleda ozbilnost problema depresije, uticaja koji njene posledice imaju

na kvalitet života, kao i mogućnost primene instrumenata za merenje kvaliteta života, opštih i specifičnih, koji kombinovanjem u velikoj meri mogu uticati na njegov krajnji ishod.

## DEPRESIVNI POREMEĆAJI – KLASIFIKACIJA BOLESTI

Depresija nije samo loše raspoloženje ili tuga, depresija je poremećaj što uzrokuje smetnje u osećajnoj i telesnoj sferi pojedinca, izaziva duboke patnje obolelih, pa se većina stručnjaka slaže da spada u najbolnija životna iskustava sa kojima se današnji čovek može suočiti. Depresivnim nazivamo onu promenu raspoloženja koje je bolesno sniženo, a razlikuje se od normalnog po jačini, po dužini trajanja i po nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje kontroliše [7].

Simptomi depresije su, uz sniženo raspoloženje, ravnodušnost, apatija, anhedonija, pojačana napetost, nemir, razdražljivost. Depresivni poremećaji su najčešći od svih mentalnih poremećaja. Komorbidni potencijal depresija je veliki. Mnoge studije pokazuju povezanost depresije sa pogoršanjem toka ostalih telesnih bolesti. Uzroci depresivnog stanja mogu biti različiti: psihosocijalni faktori, uslovi života, genetski i biološki faktori. Poznato je da siromaštvo, sukobi i ratovi, katastrofe i situacije koje pojačavaju socijalni stres, mogu uticati na ispoljavanje depresije. Uticaj na pojavu depresije imaju i određeni kulturološki činioci, pravila ponašanja u nekim religijama, postojanje teške bolesti i telesnih nedostataka u osoba, kao i porodičnih i nekih drugih faktora [1,6].

Depresivni poremećaji prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, podeljeni su na:

- depresivnu epizodu – različitog intenziteta i kvaliteta – sa „somatskim simptomima“, sa „psihotičnim simptomima“;
- rekurentni depresivni poremećaj – koji podrazumeva najmanje dve depresivne epizode koje razdvaja interval bez simptoma u trajanju od dva meseca; i
- perzistentni depresivni poremećaj – distimija [5].

Karl Leonard je sredinom prošlog veka dao po-delu depresija na unipolarne i bipolarne. Unipolarni depresivni poremećaji se odnose samo na depresivne epozode, dok se bipolarni odnose na manične, hipomanične ili mešovite epi-zode. Unipolarni poremećaj može predhoditi bipolarnom. Prema težini depresivne epizode, dele se na (tabela 1):

- Blagu depresivnu epizodu (F32.0);
- Umereno tešku depresivnu epizodu (F32.1);
- Tešku depresivnu epizodu bez psihotičnih simptoma (F32.2);
- Tešku depresivnu epizodu s psihotičnim simptomima (F32.3). [1].

Tabela 1. Dijagnostički kriterijumi za depresivnu epizodu(MKB-10)

Oboležja	Kriterijumi za određivanje intenziteta	
A. Trajanje najmanje dve nedelje	Epizoda	Kriterijum
B. Tipični simptomi: • Depresivno raspoloženje • Gubitak interesa i zadovoljstva • Doživljaj smanjene energije	Blaga	Prisustvo najmanje 2 simptoma pod B i najmanje 2 simptoma pod C
C. Drugi simptomi • Oštećena koncentracija i pažnja • Smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje • Osećanje krivice i bezvrednosti • Sumoran i pesimističan pogled u budućnost • Ideje o samopovredovanju i suicidu • Poremećaj ciklusa spavanja/budnost • Snižen apetit	Srednje težine	Prisustvo najmanje 2 simptoma pod B i najmanje 3 simptoma pod C
	Teška	Prisustvo sva 3 simptoma pod B i najmanje 4 simptoma pod C

## KVALITET ŽIVOTA BOLESNIKA SA DEPRESIJOM

Ne postoji jasan stav u pogledu definisanja kvaliteta života. Iz tog razloga teško je i konstruisati metode procenjivanja kvaliteta života, pristupačne kako samim bolesnicima, tako i njihovim porodicima, širem okruženju, medicinskom osoblju. Jednu od najprihvaćenijih i u medicinskoj literaturi najčešće citiranih definicija kvaliteta života dao je Šiper (1990),

koji ga određuje kao bolesnikovu percepciju o uticaju bolesti i odgovarajuće terapije na njegovu fizičku i radnu sposobnost, psihološko stanje, socijalnu komunikaciju i somatsko zdravlje [8]. Kvalitet života se, dakle, bazira na percepciji samog bolesnika, u vidu subjektivne procene zdravstvenog stanja.

Naime, proučavanje i merenje kvaliteta života (engl. Health Related Quality of Life - HRQoL) bolesnika, proizilazi iz poznate i široke definicije zdravlja Svetske zdravstvene organizacije, koja zdravlje opredeljuje kao „stanje potpunog telesnog, duševnog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsutnost bolesti i invalidnosti“ [9], ili definicije iste organizacije o kvalitetu života: „... doživljaj sopstvene životne pozicije od strane pojedinca, u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kome živi i u vezi sa sopstvenim ciljevima, očekivanjima i standardima. To je širok koncept, pod kompleksnim uticajem fizičkog zdravlja, psihološkog stanja, nivoa nezavisnosti, socijalnih odnosa i odnosa sa najvažnijim aspektima okoline.“[10].

Krajem dvadesetog veka dolazi do značajnog napretka u stvaranju koncepcije zdravlja prema mnogo široj koncepciji kvaliteta života, a sa tim u vezi i napredak u razvijanju metoda za merenje zdravlja uz pomoć standardizovanih upitnika, koji ispituju zdravlje ispitanika, ali preko njegovog ličnog stava prema svom zdravlju, njegovim tegobama, bolestima i pruženoj zdravstvenoj zaštiti. Odatle sledi da uobičajeni pokazatelji oboljenja (npr. simptomi, znaci, laboratorijsko-biohemski i funkcijски nalazi) koji su značajni za određivanje funkcije organa, odnosno organizma u celini, ne objašnjavaju funkcionalisanje bolesnika u svakodnevnom životu i koliko zdravstveni parametri utiču na različite aktivnosti čoveka [11]. Zato se određuju novi pokazatelji koji mogu sveobuhvatnije da procene stanje zdravlja u vezi sa određenom bolešću.

## INSTRUMENTI ZA MERENJE KVALITETA ŽIVOTA SA DEPRESIJOM

Ranija istraživanja ukazuju da postoji značajna razlika u kvalitetu života između bolesnika od nekog oboljenja kod kojih je prisutna depresija u odnosu na obolele od iste bolesti bez prateće

depresije. Pored toga, ranijim istraživanjima utvrđeno je da osobe sa depresijom procenjuju svoj kvalitet života kao lošiji, u odnosu na osobe koje nisu obolele od depresije [10]. Praćenjem bolesnika sa hroničnim bolestima ustanovljeno je da za ocenu njihovog zdravstvenog stanja i uspešnosti terapije nisu dovoljni samo objektivni klinički i laboratorijski parametri, već je tako važno bolesnikovo vlastito doživljavanje bolesti i uticaj na kvalitet života [9]. No, usled teškoća u komunikaciji sa bolesnicima, kao i zbog preklapanja izvesnih psihijatrijskih simptoma (na primer simptoma depresije), proces procena kvaliteta života mentalno obolelih je kompleksniji nego u slučajevima somatskih poremećaja. Ipak, značaj ličnog doživljaja psihičkih tegoba potvrđen je u istraživanjima koja su ukazala da je samoprocena psihopatologije značajniji prediktor subjektivne procene kvaliteta života od procene kliničara [5,10].

Moramo naglasiti da, istraživanja kvaliteta života povezanog sa zdravljem, naročito za specifične grupe bolesti, zahtevaju dobro konstruisane upitnike sa svim poželjnim osobinama dobrog instrumenta istraživanja, kao što su objektivnost, senzitivnost, specifičnost, praktičnost i dr. Većina upitnika za ispitivanje kvaliteta života je nastala na engleskom jeziku i veoma brzo je preuzeta i prevedena na veći broj drugih jezika. Adaptacija upitnika na druge jezike je mnogo kompleksnija od prostog prevoda. Svrha prevoda nije samo literarno jezička konverzija pitanja, već kulturološka adaptacija, tj. adaptacija na uslove različitih podneblja i kultura. Kulturološka adaptacija zahteva upotrebu odgovarajućeg jezika, tako da preveden upitnik bude konceptualno ekvivalentan originalu i razumljiv za bolesnika, što podrazumeva upotrebu jednostavnih, jasnih i lako razumljivih reči i izraza koji se koriste u svakodnevnom govoru [12].

Prema specifičnim osobinama, sve upitnike za merenje kvaliteta života, svrstavamo u dve osnovne grupe: opšte i specifične upitnike [9,12]. Opšti upitnici daju najširi obuhvat subjektivnog doživljaja zdravlja pojedinaca, ali često ne odgovaraju specifičnim zahtevima. Dobre osobine ovih upitnika su što omogućuju

poređenje kvaliteta života između bolesnih i zdravih, kao i između obolelih od različitih bolesti. Njihove loše osobine su niska senzitivnost pri merenju kvaliteta života kod specifičnih bolesti ili specifičnih terapija.

Najčešće korišćeni opšti upitnik je *Medical Outcomes Survey – Short Form 36* (SF-36), koji se može koristiti i za ispitivanje i merenje kvaliteta života bolesnika sa hroničnom depresijom [10], mada se mora naglasiti niska senzitivnost pri merenju kvaliteta kod ove specifične bolesti. *Medical Outcomes Survey – Short Form 36* (SF-36) je opšti upitnik za procenu kvaliteta života kod mnogih bolesti ili zdravstvenih stanja. Procena kvaliteta života na osnovu upitnika SF-36, bazira se na osam segmenata kvaliteta života i zdravlja ljudi:

- Fizičko funkcionisanje
- Ograničenja zbog postojanja fizičkih problema
- Bol
- Percepcija pojedinca o svom opštem zdravstvenom stanju
- Vitalnost organizma
- Socijalno funkcionisanje/socijalna interakcija
- Ograničenja usled prisustva emocionalnih problema
- Mentalno zdravlje [10].

Ovaj upitnik sadrži ukupno 36 pitanja, na koja se odgovor daje označavanjem jednog broja na Likertovoj skali koja najbolje opisuje trenutno stanje, odnosno percepciju ispitanika. Za ovaj upitnik važi pravilo da što veći broj bodova ukazuje na bolji kvalitet života u svakom segmentu upitnika.

## SPECIFIČNI INSTRUMENTI ZA MERENJE KVALITETA ŽIVOTA SA DEPRESIJOM

Pošto opšti upitnici nisu dovoljno senzitivni za promene u kvalitetu života koje su važne za obolele od određene bolesti, javila se potreba za stvaranjem specifičnih instrumenata (upitnika) samo za jednu grupu bolesti ili samo za jednu određenu bolest, za grupu bolesnika ili za određenu funkciju. Specifični instrumenti merenja su orijentisani na domene koji su značajni za specifičnu bolest ili stanje ili na karakteristike paci-

jenata kod kojih se određena bolest češće javlja. Njihova prednost je što se fokusiraju na područja funkcionisanja koja su relevantna za određeno oboljenje i kao rezultat toga oni su osjetljiviji za male, ali značajne promene. Mana im je nemogućnost poređenja kvaliteta života obolelih od različitih bolesti [10]. Kao najčešće korišćeni specifični upitnici za merenje depresije kod pacijenata u pregledanoj literaturi spominju se:

- Bekov upitnik za procenu stepena depresivnosti (*Beck Depression Inventory – BDI*) [8];
- Zung skala samoprocene depresije (*Zung Self-Rating Depression Scale – SDS*) [10];
- Hamiltonova skala za depresiju (*Hamilton Rating Scale for Depression, HRSD*, poznata i kao HDRS ili HAM-D) [5,6].

Bekov upitnik za procenu stepena depresivnosti (*Beck Depression Inventory – BDI*) sastoji se od 21 pitanja sa četiri ponuđenih odgovora stepenovanih vrednostima od 0 do 3. Kvantifikovanje depresije se može postići određivanjem pet njenih stepena. Procena stanja odnosi se na nedelju koja je prethodila ispitivanju i na dan njegovog sproveđenja. Ukoliko postoji pretpostavka obolelosti od depresije, takav se vid procene može primeniti i na napsihijatrijske bolesnike, kao i na zdravu populaciju. Bekov upitnik za depresiju procenjuje postojanje i intenzitet depresivnih simptoma. Upitnik sadrži dvadeset i jednu stavku koju ispitanici ocenjuju od 0 do 3. Sabiranjem se dobija konačan skor – od 0 do 9 označava odsustvo depresije, od 10 do 18 blagu depresiju, od 19 do 29 umerenu i od 30 do 36 umereno tešku, a preko 36 tešku depresiju [8].

Zung skala se koristi u kliničkom i israživačkom radu za samoprocenu depresivnosti kod nekliničke populacije, sadrži 20 stavki za koje ispitanik navodi u kojoj se meri odnose na njega. William W.K. Zung je dizajnirao ovaj upitnik, da proceni nivo depresije kod pacijenata kod kojih je dijagnostikovan određeni depresivni poremećaj. Postoji 20 stavki na skali koje daju četiri zajedničke karakteristike depresivnosti: preovlađujuće efekte, fiziološke ekvivalente, druge smetnje i psihomotorne aktivnosti, a koje su između sebe podeljene na deset sa pozitivnom sadržinom i deset sa negativnom sadržinom pitanja. Na svaku tvrdnju ispitanik na skali odgovara odabirom jedne od 4 mogućnosti (malo

vremena, ponekad, dobar deo vremena, većinu vremena). Ocene se kreću od 25-100 (25-49 odsustvo depresije, 50-59 blaga depresija, 60-69 umerena depresija i 70 i teška depresija [10].

Hamiltonova skala za depresiju je najrasprostranjenija skala u medicinskim istraživanjima. Profesor Maks Hamilton (1912-1988), nemački psihijatar i naučnik objavio je ovu skalu 1960. godine a potom je ažurirao i uradio dodatnu evaluaciju 1966, 1967, 1969. i 1980. godine. Koristi se za određivanje stepena depresije, gde se ovom skalom ne postavlja dijagnoza depresije, već se primenjuje kod dijagnostikovanih pacijenata radi kvantifikacije intenziteta simptoma [6]. Originalna verzija HAM-D uključivala je 21 ajtem, ali je Hamilton naglasio kako se poslednje četiri čestice ne bi trebale ubrajati u ukupan rezultat, jer su takvi simptomi ili retki ili ne odražavaju izraženost depresije. Iz tih zaključaka je proizašla verzija sa 17 ajtema koja je i danas u upotrebi.

## ZAKLJUČAK

Instrumenti, odnosno upitnici za dijagnostiku i merenje stepena depresije, naročito kod hroničnih bolesnika, nisu uvek u svakodnevnoj medicinskoj upotrebi, ali mogu pružiti konkretnije

i objektivnije podatke o intenzitetu simptoma i napredovanju lečenja kod depresivnih pacijenata. U odabiru instrumenata, odnosno upitnika, značajni su pouzdanost i raspon pitanja i tvrdnji, dobre psihometrijske karakteristike, jednostavnost primene i vreme primene, naročito kod praćenja i evaluacije depresivnih epi-zoda, i praćenja toka ove bolesti. Takođe, treba obratiti pažnju na okolnosti primene upitnika i edukaciju ispitivača, ako upitnik popunjava stručno lice. Osim simptoma i intenziteta simptoma, upitnici za kvalitet života bolesnika sa dijagnostikovanom depresijom, mogu dati značajnu procenu profesionalnog, socijalnog i porodičnog funkcionisanja i njihovih promena.

Analizirajući navedene upitnike zaključak je da, radi postizanja bolje procene, upitnici se mogu uspešno kombinovati međusobno. Odnosno, prema navedenim upitnicima (HAM-D i Zung skala), gde je Zung skala za procenu stepena depresivnosti, metod za merenje kvaliteta života bolesnika sa depresijom, samoocenjivački metod i HAM-D upitnik, gde ispitivanje sprovodi stručno lice, može se doći do bolje procene subjektivnog stanja pacijenta, a ponekad mogu otkriti i neke prikrivene simptome.

## LITERATURA

1. Janković, S. Depresije. (2015). [Online] Obrenovac: Dom zdravlja. [cited 2018 februar 28] Available from: [www.domzdravljaobrenovac.com/pdf/depresije-2010.pdf](http://www.domzdravljaobrenovac.com/pdf/depresije-2010.pdf)
2. Novaković, T. (2007). Farmakoekonomski aspekti terapije depresije i anksioznih poremećaja. [Online] Beograd: Sekcija za farmakoekonomiju Farmaceutskog društva Srbije. [cited 2018 februar 28] Available from: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/>.
3. Stanojević, V. et al. (2016). Javnozdravstveni značaj depresije – mogućnosti intervencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. [Online] PONS Medicinski časopis 13(1): 27-32. [cited 2018 februar 28] Available from: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/>.
4. Filipčić I. (2008). Učestalost depresije i utjecaj liječenja depresije na kvalitetu života bolesnika koji boluju od kroničnih tjelesnih bolesti. [Online] Disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet. [cited 2018 februar 28] Available from: [http://medlib.mef.hr/563/1/Filipcic\\_I\\_disertacija\\_rep\\_563.pdf](http://medlib.mef.hr/563/1/Filipcic_I_disertacija_rep_563.pdf).
5. Milašinović, G. ed. (2012). Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje depresije. Beograd: Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
6. Vukadinović, S. et al. (2012). Kvalitet života pacijenta sa depresijom nakon moždanog udara. [Online] Časopis za psihijatriju, psihologiju i srođne discipline, Vol.3. br.1-2, 5-15. [cited 2018 mart01] Available from: <http://doisrpska.nub.rs/index.php/psymedica/article/view/3258>.
7. Nidli, N. (2011). Izlaz iz depresije. Sremska Kamenica: Eden
8. Stanković, Ž. et al. (2006). Percepcija kvaliteta života i socijalne prilagođenosti bolesnika sa rekurentnom depresijom. [Online] BIBLID: 134(2006) 9-10, 369-374. [cited 2018 mart01] Available from: <http://www.doiserbia.nb.rs/>.
9. Vukadinović, N. (2011). Kvalitet života hroničnih bolesnika. [Online] Opšta medicina 17(1-2); 56-61. [cited 2018 mart01] Available from: <http://www.opstamedicina.org/preuzmiCasopis.asp?ID=60>.
10. Pavlović, A. et al. (2007). Kvalitet života i jačina depresije – analiza pojedinih skala SF-36 i Zungove skale za samoprocenu depresije. [Online] Engrami: Vol.29. jan-jun 2007, br.3-4. [cited 2018 mart01] Available from: <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/>
11. Claiborne, N. et al. (2002). Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: a back education program evaluation. Evaluation et Program Planning; 25 (1): 61-70.
12. Ražnatović, M. et. al. (2012). Kvalitet života obolelih od psorijaze. [Online] Biomedicinska istraživanja 2012;3(1): 60-67. [cited 2018 mart01] Available from: <http://biomedicinskaistraživanja.com/wp-content/uploads/2013>

# ULOGA MEDICINSKE SESTRE KOD PROFILAKSE VENSKIH OBOLJENJA PRIMENOM KOMPRESIVNE TERAPIJE

Danica Ristić,  
KBC Zvezdara, Beograd

## APSTRAKT

Oboljenja vena su najučestalije bolesti savremenog čoveka, odmah nakon karijesa zuba. Na njihov nastanak utiču nasledni i stečeni faktori. Stečeni faktori rizika najčešće su okidač za aktiviranje naslednih faktora (predispozicije) na koje se može efikasno delovati, kako preventivno, tako i terapijski. Najnovija klasifikacija HVI, osim kliničkih manifestacija, uzima u obzir i etiologiju, anatomsku distribuciju i patofiziološke mehanizme. Ova klasifikacija se naziva CEAP klasifikacija (C - kliničke manifestacije, E - etiologija, A - anatomska distribucija, P - patofiziološki nalaz). Dijagnoza HVI se postavlja na osnovu anamnestičkih podataka, kliničkog nalaza, primenom funkcionalnih testova i različitih neinvazivnih dijagnostičkih procedura. Za primenu kompresivne terapije postoje različita sredstva: elastične čarape, elastični bandaži, zavoji i drugi. Glavni zadatak svih zdravstvenih radnika, posebno medicinskih sestara i tehničara je edukacija i zdravstveno-vaspitni rad koji se sprovodi na svim nivoima zdravstvene zaštite. Posebno je značajna uloga medicinskih sestara u primeni kompresivne terapije i načinu pravilnog plasiranja kompresije.

**Ključne reči:** Venska oboljenja; CEAP klasifikacija; profilaksa; kompresivne čarape

## ABSTRACT

Vein diseases are one of the most common diseases of the modern man, immediately after the dental caries. Their origin is influenced by hereditary and acquired factors. Acquired risk factors are most often a trigger for the activation of hereditary phalères (predispositions) that can be efficiently operated, both preventively and therapeutically. The latest classification of HVI in addition to clinical manifestations also takes into account etiology, anatomical distribution, and pathophysiological mechanisms. This classification is called CEAP classification (C - clinical manifestations, E - etiology, A - anatomical distribution, P - pathophysiological findings). The diagnosis of HVI is based on anamnestic data, a clinical finding, the use of functional tests, various non-invasive diagnostic procedures. For the application of compressive therapy there are various means: elastic socks, elastic bandage bandages. The main task of all health workers, especially nurses and technicians, is education and health education work carried out at all levels of health care. Especially important is role of nurses in the application of compressive therapy and the way of correctly positioning compression.

**Key words:** Veinous diseases; CEAP classification; prophylaxis; compressive socks

## Uvod

Venska oboljenja spadaju u grupu najmasovnijih oboljenja savremenog čoveka. Javljuju se u svim podnebljima i rasama. Učestalost varikoziteta se povećava godinama; kod 20-godišnjaka javlja se u 25% slučajeva, a kod 60-godišnjaka čak u 80%.

Od proširenih vena u Srbiji po nekim podacima boluje oko 1 500 000 osoba, a oko 2% cele populacije ima venski ulkus kao posledicu proširenih vena.<sup>1</sup>

Oboljenja vena mogu imati:

- Akutni tok (tromboza dubokih vena – TDV, površinski tromboflebitis – TPV, plućne embolije – PTE)
- hronični tok – hronična venska insuficijencija – HVI (posttrombotski sindrom, dermatofleboskleroza, venski ulkusi).<sup>2</sup>

Hronična venska insuficijencija – HVI predstavlja skup patoloških stanja nastalih dejstvom povišenog venskog pritiska koji dovodi do progresivnog zastoja i sledstvenih zapaljenskih i trofičkih poremećaja supfascijalnih struktura, potkožnog tkiva i kože. HVI predstavlja glavni uzrok nesposobnosti za rad i ozbiljan problem javnog zdravlja.<sup>3</sup>

CEAP klasifikacija hronične venske insuficijencije

C Klinički znaci (stepen 0–6): („A“ za asimptomatski i „S“ za simptomatski)

0. Nema vidljivih ili palpabilnih znakova za hroničnu vensku bolest
1. Teleangiekazije ili retikularne vene
2. Varikozne vene
3. Edem
4. Kožne promene zbog HVI (hiperpigmentacija, lipodermatoskleroza)
5. Kožne promene + izlečeni venski ulkus
6. Kožne promene + aktivni venski ulkus

E Etiološka klasifikacija: kongenitalna, primarna i sekundarna

A Anatomska distribucija: superficialna, duboka, perforatorska:

a – samostalna ili c – kombinovana

P Patofiziološki poremaćaji: refluks ili opstrukcija:

a – samostalno ili c – kombinovano<sup>4</sup>

Etiopatogeneza venskih oboljenja bazira se na sklonosti stvaranja tromboze i progresivnoj disfunkciji venskog sistema uzrokovanoj valvularnom nekompetentnošću i/ili venskom opstrukcijom, što dovodi do retrogradnog toka krvi i venskog refluxa sa progresivnim oštećenjem mikrocirkulacije.<sup>5</sup>

Uzročnici nastanka i faktori rizika za nastanak venskih oboljenja su mnogobrojni, najčešće su vezani za oboljenje venskih zidova i venskih valvula, usled statičkog pritiska dolazi do zastojnih stanja, kao i promene u zastolu krvi.

Kliničkom slikom dominiraju simptomi i znaci kao posledica venskog zastoja koja najčešće započinju asimptomacki ili sa diskretnim promenama dok komplikacije venskih oboljenja- embolija, mogu dovesti do letalnog ishoda.

Dijagnostika venskih oboljenja, uopšte, utvrđuje se na osnovu anamneze i kliničkih nalaza.

Ultrazvučni pregled – (kolor) dupleks sken ultrasonografije (KDUZ) jeste metoda izbora, a korisne mogu biti laboratorijske i druge dijagnostičke procedure.<sup>5</sup>

Lečenje venskih oboljenja sprovodi se različitim agensima:

- rana aktivacija (pokretljivost) rizičnih bolesnika,
- primena graduisane kompresivne bandaže,
- primena sklerozantne terapije,
- medikamentozne terapije<sup>6</sup>
- hirurške terapije.<sup>5</sup>

Glavni zadatci svih zdravstvenih radnika, posebno medicinskih sestrara i tehničara je edukacija i zdravstveno vaspitni rad koji se sprovodi na svim nivoima zdravstvene zaštite koji ima za cilj edukaciju pacijenata i podizanje nivoa svesti gradana o prevenciji oboljenja vena i pravilnoj primeni kompresivne terapije.

Cilj edukacija pacijenata i porodice se odnosi na :

- prevenciju nastanka oboljenja
- prevenciju nastanka komplikacija usled nedekvatne terapije
- značaj lečenja i higijenskog režima
- značaj fizičke aktivnosti
- pravilno određivanje veličine čarape – merenjem

- vreme aplikovanja kompresivne čarape
- adekvatna aplikacija- obuvanje kompresivne čarape
- adekvatno skidanje kompresivne čarape
- pravilno održavanje kompresivne čarape<sup>7</sup>

Metode rada koje koristimo:

- Individualno savetovanje pacijenata
- Stručna predavanja i edukacija
- Stručna predavanja i edukacije za najugroženiju populaciju
- Vodič za pacijente
- Pitanja pacijenata na predavanjima

U savremenom svetu najznačajnija je profilaksa venskih oboljenja i podrazumeva sprovođenje niza postupaka i mera kojima se sprečava nastanak venskih oboljenja, primenu graduisane kompresivne bandaže (elastični zavoji, čarape) i primenu farmakoloških agenasa (niskomolekularni heparini itd.).

Znacajnu ulogu ima i prevencija nastanka komplikacija usled nekoriscenja kompresivne terapijeterapije ali sve vise i zbog nepravilne aplikacije kompresivne terapijeterapije.

Pravilno određivanje veličine čarape – merenjem je najbitnije jer bez merenja nema pravog efekta. Podrazumeva tačno i precizno merenje obima ekstremiteta na više nivoa, i na osnovu merenja obima određivanje veličine kompresivne terapijske čarape. Samo proizvodi koji su individualno prilagođeni prema merama obima noge pacijenta mogu da garantuju savršenu efikasnost.<sup>1</sup>

Preporuka korisniku je da se kompresivna čarapa postavi ujutru odmah nakon ustajanja i tuširanja, budući da noge još uvek nisu otekle. Aplikacija- obuvanje kompresivnih elasticnih čarapa- praktičnim demonstriranjem koji izvodi obucena medicinska sestra pokazuje i obučava pacijenta , postavljanje pozicionera i navlačenje čarapa segment po segment kako ne bi došlo do neadekvatnog razvlačenja kompresivne čarape.

Skidanje čarape je takođe značajno kako ne bi došlo do cepanja kompresivne čarape. Medicinska sestra kroz demonstraciju obučava

pacijenta da čarapu okreće na naličje i polako svuče ka distalnom delu stopala.

Održavanje čarape se sprovodi na osnovu uputstva proizvođača ali najčešće održavanje podrazumeva ručno pranje neutralnim sapunom ili sredstvom za pranje kompresivnih čarapa i rukava.

Individualnim savetovanjem pacijenata kroz razgovor i praktičnu demonstraciju postavljanja kompresivne čarape obucene medicinske sestre pruzaju pomoć korisniku da u što kraćem vremenu doneše odluke o svom zdravstvenom ponašanju i prilagodi ih, u odnosu na moguće izvore, u svoj svakodnevni život.

Stručnim predavanjima i edukacijom zdravstvenih radnika na primarnom nivou zdravstvene zaštite uz praktični rad sa malom grupom omogućavamo veci broj obucenih zdravstvenih radnika koji ce sprovesti edukaciju pacijenata i podizanju nivoa svesti svakog pacijenta o značaju kompresivne terapije.

Vodič za pacijente koji koristimo obuhvata značaj prevencije dijagnostike i lečenja oboljenja vena i primenu kompresivne terapije je od velike pomoci pacijentima. Na jednom mestu uz kratka objasnjenja prikazani su najznačajnija objasnjenja vezano temu vodica a uz slikovnu prezentaciju prikazana pravilne aplikacije kompresivne carape.

Najčešća pitanja pacijenata sa kojima se susrećemo a vezano za kompresivnu terapiju su:

**Da li treba da nosimo čarape tokom tužeg putovanja kolima ili autobusom ili leta avionom?**

Odgovor - Ukoliko nemate oboljenje vena preporuka su preventivne čarape, ukoliko postoji oboljenje vena onda lekar nakon pregleda određuje stepen kompresije.

**Ko je najugroženiji?**

Odgovor – Svi su ugroženi, ali u većoj opasnosti su osobe koje se bave poslom koji zahteva

- dugotrajno stajanje ili sedenje, trudnice, osobe koje korstee kontraceptivne pilule, ljudi sa

- hroničnom venskom insuficijencijom nogu, malignim bolestima, ili bolesnici nakon većih operacija u potpunoj anesteziji.

### Koju vrstu kompresije trebam koristiti pre, u toku i posle porođaja?

Odgovor – Tokom cele trudnoće obavezno je nošenje preventivne ili terapijske kompresivne čarape

- neposredno pred porođaj, u toku porođaja ili carskog reza i 3 nedelje nakon porođaja obavezno je
- nošenje antiembolijskih čarapa

stalosti i ograničavanja radne sposobnosti obolelih.

Najznačajnija je profilaksa venskih oboljenja i podrazumeva sprovođenje niza postupaka i mera kojima se sprečava nastanak venskih oboljenja, primenu graduisane kompresivne bandaže (elastični zavoji, čarape) i primenu farmakoloških agenasa (niskomolekularni heparini itd.).

Glavni zadatok svih zdravstvenih radnika, posebno medicinskih sestrara i tehničara je edukacija i zdravstveno vaspitni rad koji se sprovodi na svim nivoima zdravstvene zaštite koji ima za cilj edukaciju pacijenata i podizanje nivoa svesti gradana o prevenciji oboljenja vena.

## ZAKLJUCAK

---

Proširene vene su veoma rasprostranjen zdravstveni problem i predstavljaju značajan socijalno-medicinski problem zbog svoje velike uče-

## LITERATURA

1. Samardžić D., Adam J., Ristić D., Savez udruženja zdravstvenih radnika Srbije , Hronična venska bolest: savremeni pristup, mogućnosti i rešenja u prevenciji i lečenju HVI, (2017)
2. Prof dr Maksimović Ž i sar, Periferna vaskularna bolest - etiologija, dijagnoza, profilaksa i lečenje, Timočki medicinski glasnik 2009, vol. 34, br. 1, str. 5-9
3. Činara I, Hronična venska bolest, Arhiv za farmaciju vol. 63, br. 2, str. 174-184 2013,
4. Allegra, C., Antignani, P., Bergan, J.J., Carpentier, P.H., Coleridge-Smith, P., Cornu-Thinard, A., Eklof, B., Partsch, H., Rabe, E., Uhl, J., Widmer, M., International Union of Phlebology Working Group (2003) The 'C' of CEAP: Suggested definitions and refinements: an International Union of Phlebology conference of experts. J Vasc Surg, 37(1): 129-31
5. Maksimović, Ž., Milić, D., Davidović, L., Činara, R.D.I., Vasić, D., Dunić, I., Zoranović, U., Matić, M., Novaković, N., Nacionalni konsenzus i vodič u profilaksi, dijagnozi i lečenju venskih oboljenja. Beograd: RSK za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse Ministarstva Zdravlja Republike Srbije, (2013) str. 5 -7
6. Smith, C.P.D., Gloviczki P., Drug treatment of varicose veins, venous edema, and ulcers, Handbook of venous disorders: Guidelines of the American Venous Forum, London: Edward Arnold, (2009). 357-365
7. Ristić D., Adam J., Savez udruženja zdravstvenih radnika Srbije, Kompresivna terapija kao vid prevencije i lečenja, (2017)

# AKUTNI INFARKT MIOKARDA - FAKTORI RIZIKA, ZNAČAJ RANOGL PREPOZNAVANJA, NAČIN LEČENJA, KOMPLIKACIJE I ISHODI

Mast. Hadžić Elvira, nastavnik zdravstvene nege,  
Mast. Sarić Slađana, nastavnik zdravstvene nege, Medicinska škola, Beograd

## APSTRAKT

Ishemijska bolest miokarda predstavlja jedan od najčešćih uzroka morbiditeta i mortaliteta kako u razvijenim zemljama tako i kod nas. Akutni infarkt miokarda (AIM), kao oblik ishemiske bolesti, dovodi najpre do funkcionalnih a zatim i do anatomske promene i gubitka srčanog tkiva. Na njegov nastanak utiču brojni faktori rizika. Na neke se ne može uticati (uzrast, pol, pozitivna porodična anamneza), ali na sve ostale može (pušenje, hipertenzija, dislipidemija, diabetes mellitus, gojaznost i mala fizička aktivnost). Na ishod AIM utiče vreme dolaska u hospitalne uslove, način lečenja, ali i pojava komplikacija AIM. U ovom radu su prikazani demografski podaci bolesnika sa AIM, učestalost i udruženost faktora rizika, značaj ranog dolaska u bolnicu, način lečenja i pojava komplikacija AIM kao prediktor mortaliteta ovih bolesnika. Primarnom prevencijom kojom bi se uticalo na manju učestalost faktora rizika, regionalna dostupnost angiosale, adekvatno lečenje sa prevencijom komplikacija, ali i njihovo blagovremeno prepoznavanje i tretman, značajno poboljšavaju lečenje i prognozu ovih bolesnika.

**Ključne reči:** akutni infarkt miokarda, faktori rizika, PCI, komplikacije

## ABSTRACT

Ischemic myocardial disease is one of the most common causes of morbidity and mortality in developed countries, as well in our country. Acute myocardial infarction (AMI), as a form of ischemic disease, leads to functional, and then to anatomical changes and loss of myocardial tissue. AMI is influenced by many risk factors. Some can not be affected (age, sex, positive family history), but all other can (smoking, high blood pressure, dyslipidemia, diabetes mellitus, obesity and low physical activity). The outcome of AMI depends of early admission to hospital, its treatment, and the incidence of AMI complications. This Article presents the demographic data of patients with AMI, the frequency and association of risk factors, the importance of early hospital admission, the treatment and the incidence of AMI complications as a predictor of mortality in these patients. Primary prevention to influence the lower incidence of risk factors, regional availability of catlabs and early admission to hospital conditions, treatment with the prevention of complications, as well as their timely recognition and treatment, significantly improve the treatment and prognosis of these patients.

**Key words:** acute myocardial infarction, risk factors, PCI, complications

„Akutni infarkt miokarda je oblik koronarne bolesti srca koji nastaje zbog potpune okluzije koronarne arterije. Irreverzibilna ishemija, koja progredira do nekroze miokarda, posle funkcionalnih dovodi do anatomske promene i gubitka srčanog tkiva.“

Cilj ovog istraživanja je da se pored demografskih podataka, ispita učestalost faktora rizika, značaj uspostavljanja rane dijagoze AIM i dolazak na bolničko lečenje, uoče eventualne komplikacije akutnog infarkta miokarda i ishodi lečenja ovih bolesnika.

**Metodologija:** Ispitivanje je sprovedeno na osnovu retrospektivne analize medicinske dokumentacije, slučajno odabrane istorije bolesti pacijenata koji su zbrinuti u vremenskom periodu 2014/2015 godine. U radu je obuhvaćeno

50 pacijenata koji su lečeni od akutnog infarkta miokarda (AIM) u zdravstvenoj ustanovi u Beogradu, koja ima 2 angio sale otvorene 24 h tokom cele godine.

## REZULTATI RADA SA DISKUSIJOM

Od ukupnog broja bolesnika, bilo je 12 % više muškaraca u odnosu na žene.

Kada govorimo o godinama starosti zapažamo da je najniža granica obolevanja kod muškaraca niža od najniže granice obolevanja u ženskoj populaciji. Najveći broj bolesnika imao je AIM između 51 i 60 godina života (M), odnosno 61 i 70 (Ž).

Grafikon 1-Godine starosti bolesnika sa AIM

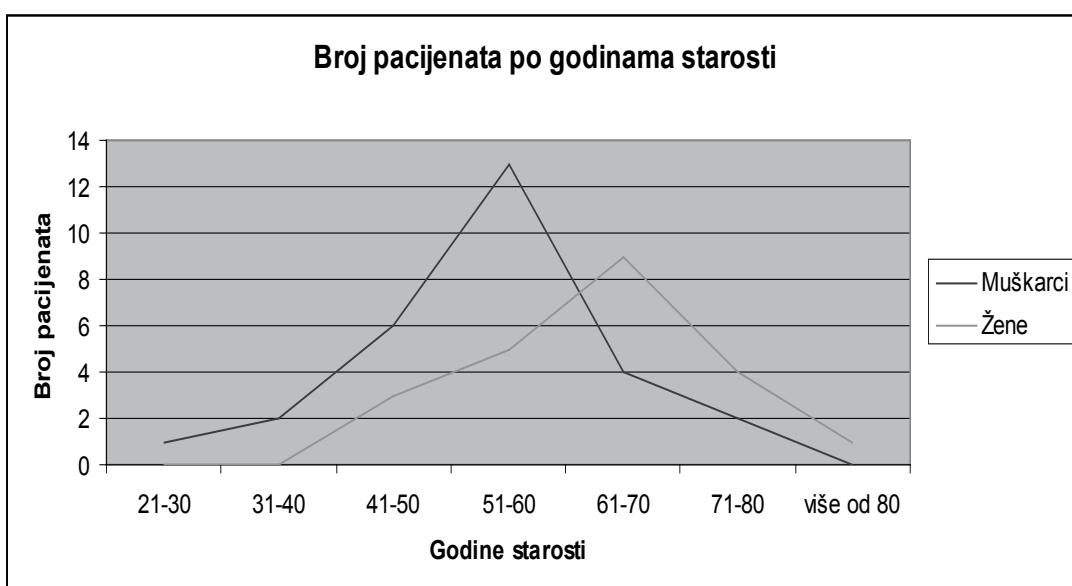


Tabela 1-Učestalost faktora rizika

Faktor rizika	Muškarci	Žene	Ukupno
Pušenje	19 (38%)	13 (26%)	32 (66%)
Porodična anamneza	15 (30%)	10 (20%)	25 (50%)
Hipertenzija	20 (40%)	19 (38%)	39 (78%)
Dislipidemija	21 (42%)	18 (36%)	39 (78%)
Diabetes mellitus	5 (10%)	4 (8%)	9 (18%)
Gojaznost	16 (32%)	12 (24%)	28 (56%)
Smanjena fizička aktivnost	22 (44%)	17 (34%)	39 (78%)

Učestalost faktora rizika je prikazana u tabeli 1, a rezultat ovog istraživanja pokazuje da ni jedan od bolesnika nije bio bez ili sa jednim faktorom

rizika. Samo 10% je bilo sa dva a ostalih 90% je bilo sa više od 2 faktora rizika, što značajno uvećava rizik za ishemiju srca.

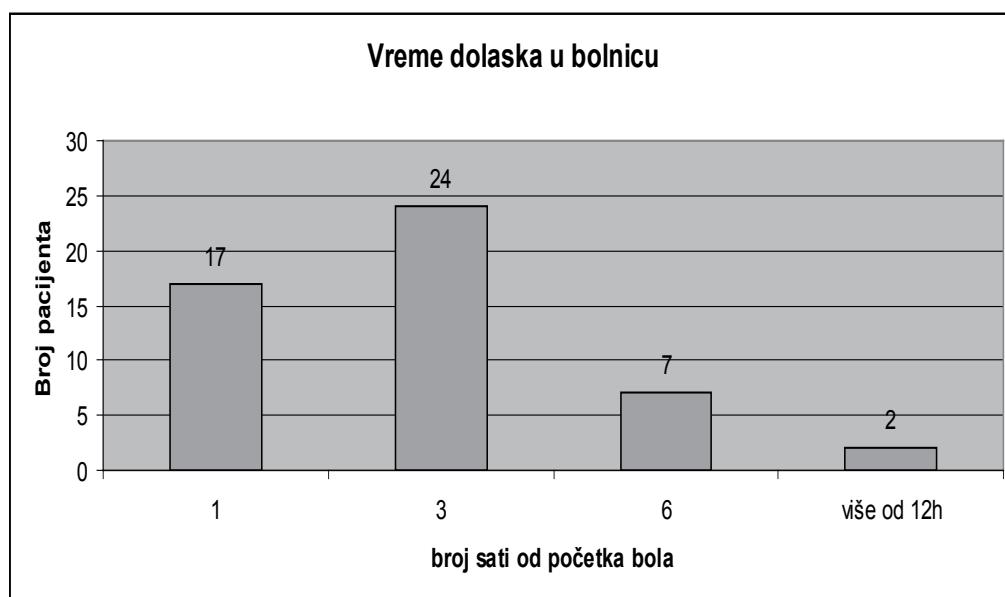
Tabela 2-Udruženost faktori rizika

Broj faktora rizika	Muškarci	Žene	Ukupno
Nijedan	0	0	0
Jedan	0	0	0
Dva	3 (6%)	2 (4%)	5 (10%)
Više od dva	25 (50 %)	20 (40%)	45 (90%)

Osim na pol, godine starosti i porodičnu anamnezu, može se uticati na sve ostale faktore rizika i značajno smanjiti rizik od AIM. Ukoliko se vodi računa o načinu ishrane, znatno se može uticati na pojavu dislipidemije, posebno hiperholisterolemije i hipertriglicerolemije, posledično i na pojavu šećerne bolesti kao i na gojaznost. Ukoliko se uz to doda umerena ili srednja fizička aktivnost, dodatno se utiče na

smanjenu pojavu gojaznosti, kao i manju učestalost povišenog krvnog pritiska. Pušenje ne samo da utiče na pojavu bolesti pluća, znatno utiče na elastičnost krvnih sudova, njihov spazam, pojavu povišenog krvnog pritiska i koronarne bolesti. Prestankom pušenja ili još bolje bez pušenja uopšte značajno se smanjuje rizik od nastanka AIM.

Grafikon 2-Vreme dolaska u bolnicu



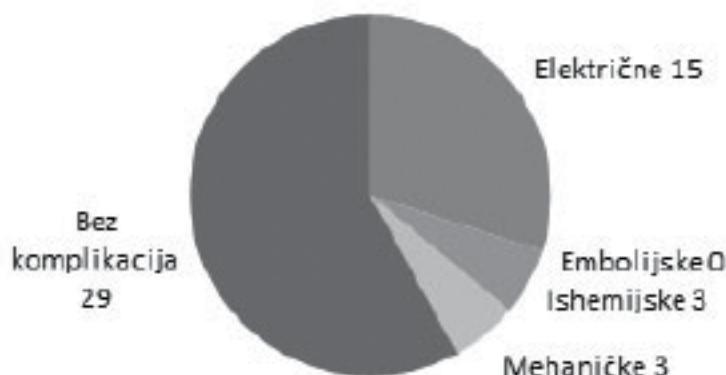
Stalno se ponavlja termin optimalnog vremena, „zlatni sat”, od koga znatno zavisi prognoza AIM. Od 50 bolesnika u istraživanju, 34% ih je stiglo u prvih sat vremena dok je 48% stiglo u okviru prihvatljivih, za akutnu reperfuzionu te-

rapiju, 3 h od početka AIM. To je ukupno 82%, što je kasnije kroz ostale rezultate istraživanja u korelaciji sa odsustvom komplikacija, boljom prognozom i manjim mortalitetom.

Obzirom ustanova ima dve angiosale i bila je u programu 24h dežurstva pripravnosti, izuzetan je rezultat da je 94% bolesnika lečeno perkutanom koronarnom procedurom (PCI prim).

Grafikon 3-Način lečenja AIM

### Komplikacije AIM



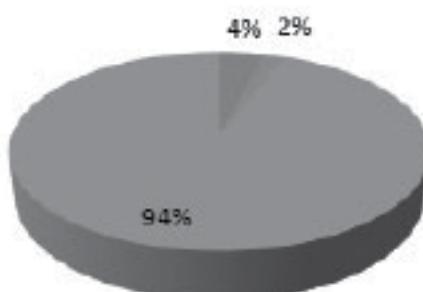
Bez komplikacija je bilo 58 % bolesnika. Najčešće komplikacije su bile električne 30%, Ove komplikacije su najčešće bile posledica akutne reperfuzije i rešene su medikamentnom tera-

pijom-VES,SVES,VT. DC šok terapijom uz pomoć defibrilatora u slučaju VF, dok je kod AV bloka plasiran privremeni pace makera kod 1 bolesnika

Grafikon 4-Komplikacije AIM

### Način lečenja

■ simptomatska terapija   ■ trombolitička terapija   ■ PCI prim.



Embolijskih komplikacija nije bilo, dok je procenat ishemijskih i mehaničkih bio jednak, po 6 %. Ishemijske komplikacije su se javile u vodu reinfarkta usled tromboze stenta zbog rezistencije na antiagregacioni lek. Tim bolesnicima je ponovo urađena perkutana koronarna intervencija i balon dilatacijom uspostavljena reperfuzija. Urađeno je ispitivanje agregabilnosti trombocita na antiagregacione lekove i doleta odluka koji će lek pacijent nastaviti da uzima. Mehaničke komplikacije-kod dva bolesnika je došlo do pojave znakova insuficijencije levog srca, a kod jednog pacijenta je došlo do nastanka delimične rupture glave papilarnog mišića.

Mortalitet na ovom uzorku iznosi 6 %. Svi bolesnici su bili sa komplikacijama, a podjednako su bile zastupljene, električne sa malignim poremećajem srčanog ritma, ishemijske komplikacije akutne tromboze stenta i mehaničke komplikacije insuficijencije levog srca sa kardioveničnim šokom.

## ZAKLJUČCI I PREPORUKE

---

Akutni infarkt miokarda je bolest savremenog doba. Obolijevaju sve mlađe osobe što bi moglo znatno da se spriječi prevencijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i zdravstveno vaspitnim radom još od najranijih godina u vezi sa brojnim faktorima rizika i načinom života uopšte.

Kako je veličina srčanog oštećenja u korelaciji sa vremenom koje prođe do uspostavljanja protoka kroz zapušeni krvni sud, dolazimo do zaključaka da je vrlo bitno da „vreme od početka bola do stola” bude u okviru 1h „zlatni sat”. Kao terapija izbora bila bi PCI, što podrazumeva blizinu i dostupnost angio sale. Naročito je značajna regionalna dostupnost.

Težina kliničke slike i prognoza AIM najčešćim delom zavise od komplikacija. Tendencija je rešavanje problema AIM bez komplikacija, ali i njihovo blagovremeno prepoznavanje na osnovu simptoma i kliničkih znakova što značajno poboljšava njihovo lečenje i prognozu.

## LITERATURA

1. Bošković D, Vasiljević Pokrajčić Z (2009) Akutni infarkt miokarda, I Poglavlje Bolesti srca i krvnih sudova, Interna medicina I, Beograd: Zavod za udžbenike.
2. Sesil (2007), Udžbenik interne medicine, Beograd: Slavjanska, Vojno izdavački zavod.
3. Ostojić M, Kanjuh V, Beleslin B, (2011) Kardiologija, Koronarna bolest.
4. Harari R, Bansal P, Yatskar L, Rubinstein D, Silbiger JJ. Papillary muscle rupture following acute myocardial infarction: Anatomic, echocardiographic, and surgical insights. Echocardiography 2017;34(11):1702-1707.
5. Parapid B, Ostoja MC, Lalic NM, Micic D, Damjanovic S, Bubanja D, Simic D, Lalic K, Polovina S, Marinkovic J, Milic NM. Risk factors clustering within the metabolic syndrome: a pattern or by chance? Hellenic J Cardiol. 2014; 55(2):92-100.
6. Kristensen SD, Laut KG, Fajadet J, Kaifoszova Z, Kala P, Di Mario C et all. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction 2010/2011: current status in 37 ESC countries. Eur Heart J. 2014; 35(29):1957-70.

# NEŽELJENI DOGAĐAJI I POJAM PROFESSIONALNE GREŠKE U SESTRINSKOJ PRAKSI

Ćirić Zlatko<sup>1,2</sup> Živanović Dejan<sup>3,4</sup> Stojaković Nataša<sup>2,5</sup>

<sup>1</sup> Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica

<sup>2</sup> Medicinski fakultet u Novom Sadu, Katedra za zdravstvenu negu

<sup>3</sup> KBC "Dr Dragiša Mišović – Dedinje", Beograd

<sup>4</sup> Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

<sup>5</sup> Institut za kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica

## APSTRAKT

Greške su prisutne i neizbežne u svakoj profesionalnoj delatnosti, pa tako i sestrinskoj praksi. U našoj zemlji, profesionalna greška u sestrinskoj profesiji je definisana kao propust u profesionalnom radu medicinske sestre ili zdravstvenog tehničara, koji, za razliku od drugih profesija, može dovesti do ozbiljnog ugrožavanja zdravlja, pa i samog života bolesnika o kojima ovi profesionalni brinu. Upravo zbog toga, razumljivo je da je javnost daleko osetljivija na ovaj vid profesionalne greške, nego što je to slučaj sa greškama u drugim profesijama. Pravo svih korisnika zdravstvene zaštite je da dobiju kvalitetnu zdravstvenu negu, što predstavlja i osnovno profesionalno načelo i osnov za profesionalnu odgovornost svih medicinskih sestara koje je realizuju. Kvalitet ostvarene zdravstvene zaštite je danas prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sveobuhvatnog sistema zdravstvene zaštite u nekoj zemlji, a stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvenih usluga i povećanje bezbednosti pacijenata predstavljaju integralni deo profesionalnih aktivnosti medicinske sestre.

**Ključne reči:** profesionalna greška, medicinske sestre, neželjeni događaj, zdravstvena zaštita

## ABSTRACT

Professional mistakes are present and unavoidable in any professional activity, including nursing practice. In our country, a professional mistake in a nursing profession is defined as a failure in the professional work of a nurse or a healthcare technician who, unlike other professions, can seriously jeopardize the health and also the life of the patients they care about. For this reason, it is understandable that the public is far more sensitive to this kind of professional error than is the case with mistakes in other professions. The right of all health care users is to get a quality health care, which is also the basic professional principle and the basis for the professional responsibility of all nursing nurses who are performing it. Today, quality of achieved health care is recognized as one of the most important characteristics of a comprehensive healthcare system in a country, while the continuous improvement of the quality of health services and patient safety are an integral part of the nurses' professional activities.

**Key words:** professional mistake, nurses, unwanted event, health care

## Uvod

---

Savremena zdravstvena nega je preventivna i terapijska medicinska disciplina koja se bavi poboljšanjem ukupnog zdravlja pojedinca i zajednice, prevencijom bolesti, kao i negom i lečenjem obolelih osoba, značajno doprinoseći na taj način unapređenju i razvoju sveobuhvatne zdravstvene službe.

Nega bolesnika je sastavni deo istorije ljudske civilizacije, i u tom smislu starija je i od medicine. Stare civilizacije su izuzetno cenile zdravlje, a briga za nemoćne, bolesne, ranjene i decu je bila sastavni deo svakodnevnog života žena. Nastanak savremene nege bolesnika vezuje se za ime Florence Nightingale, koja je ceo svoj život i radni vek posvetila borbi da profesionalni poziv medicinske sestre učini uzvišenim i priznatim. Trudeći se da približi javnosti uzvišenost sestrinske profesije i definiše profesionalnu negu bolesnika, Florence Nightingale je 1860. godine napisala da „nega znači mnogo više od davanja lekova i stavljanja obloga“, objasnivši da u negu ubraja i obezbeđenje svežeg vazduha, topote, čistoće, mira i pravilne ishrane (1). Danas zdravstvena nega predstavlja interdisciplinarnu naučnu disciplinu povezanu sa različitim graničnim naukama, naročito sa onim čiji je predmet interesovanja čovek i njegovo zdravlje. Povezanost zdravstvene nege sa medicinom je neraskidiva, naročito u oblasti kliničke prakse, gde se jasno uočava njihovo međusobno prožimanje.

Istovremena angažovanost više profila zdravstvenih radnika u procesu lečenja i nege bolesnika, neizostavno povećava i mogućnost za nastanak profesionalne greške, kao neželjenog događaja u procesu rada (2). Jasno je da su greške prisutne i neizbežne u svakoj profesionalnoj delatnosti ljudi, pa samim tim i sestrinskoj profesiji. Međutim, za razliku od drugih profesija, greške u radu medicinskih sestara mogu dovesti do većeg ili manjeg ugrožavanja zdravlja i života bolesnika o kojima sestre brinu, zbog čega je razumljivo da je javnost daleko osetljivija na ovaj vid profesionalne greške, nego što je to slučaj sa greškama u drugim profesijama. S druge strane, očekivanja pacijenata i članova njihove porodice su neretko daleko veća od objektivnih mogućnosti nege i lečenja, što je u velikom broju slučajeva i jedini objektivan razlog zbog kojeg

nastaje utisak o načinjenom propustu u zdravstvenoj nezi. Osim toga, nedovoljno radno iskušto i očekivani perfekcionizam u sestrinskoj profesiji, čest rad u noćnim smenama, izloženost različitim stresorima radnog mesta, često mogu značajno doprineti nastanku profesionalnih grešaka u radu medicinskih sestara (2,3).

## Pojam bezbednosti pacijenta i profesionalne greške u sestrinskoj praksi

---

Osnovni princip na kome se zasniva bezbednost pacijenta je sadržana u jednom od najstarijih etičkih principa antičke medicinske prakse, „**Primum non nocere**“ – ne naškoditi, pre svega. Pravo svih korisnika zdravstvene zaštite je da dobiju kvalitetnu zdravstvenu negu, što predstavlja i osnovno profesionalno načelo i osnov za profesionalnu odgovornost svih medicinskih sestara koje je realizuju (2).

Suštinski, bezbednost pacijenta predstavlja prevenciju grešaka i neželjenih događaja tokom ostvarivanja zdravstvene zaštite, pa samim tim i zdravstvene nege (3). U kontekstu savremene zdravstvene nege, bezbednost pacijenta se može definisati kao proces smanjenja ili ublažavanja svih postupaka u okviru postojeće sestrinske prakse koji na bilo koji način mogu ugroziti bolesnika, a putem kontinuiranog sprovođenja najbolje prakse koja vodi ka optimalnim ishodima po bolesnikovo zdravlje (2,4). Upravo zbog toga, stvarajući bezbedno okruženje za bolesnika, medicinske sestre prilikom obavljanja profesionalnih dužnosti moraju neprekidno imati svest o tome da je smanjenje potencijalnih opasnosti i bezbednost bolesnika prilikom sprovođenja intervencija zdravstvene nege od primarnog društvenog i profesionalnog značaja (5). Uz bezbednost bolesnika, istovremeno stvaranje bezbednih uslova za izvršavanje profesionalnih aktivnosti, takođe predstavlja jedan od primarnih zadataka savremene sestrinske profesije, jer je to jedini način da se osigura visok nivo kvaliteta ostvarene zdravstvene zaštite (6). Smanjenje učestalosti pojave grešaka u svakodnevnom radu, povećanje bezbednosti bolesnika, kao i smanjenje broja neosnovanih pritužbi na rad medicinskih sestara od strane pacijenata, predstavljaju najznačajnije razloge zbog koji je neophodno da se sestre u obavljanju profesional-

nih aktivnosti pridržavaju pisanih smernica za izvođenje standardizovanih procedura i preporuka nacionalnih vodiča dobre kliničke prakse.

U našoj zemlji, profesionalna greška u sestrinskoj profesiji je definisana kao propust u profesionalnom radu medicinske sestre ili zdravstvenog tehničara, nastao kao posledica primene očigledno nepodobnog sredstva ili načina zdravstvene nege, nepreduzimanja preventivne medicinske ili druge potrebne mere, odnosno kada medicinska sestra ili zdravstveni tehničar postupi nesavesno tokom izvršavanja profesionalnih obaveza koje su definisane okvirom njihovih stručnih kompetencija (7). Zakon predviđa da se protiv medicinske sestre ili zdravstvenog tehničara koji je načinio propust u profesionalnom radu, može pokrenuti postupak za utvrđivanje profesionalne, etičke, građansko-pravne i disciplinske odgovornosti, kao i procenu eventualno nastale profesionalne greške (6,7). Ovakva odgovornost medicinskih sestara proističe iz njihove dužnosti da svoje znanje i stručnost iz domena dela zdravstvene zaštite koju sprovode, primenjuju uvek i isključivo na dobrobit ljudi, koji su u centru profesionalne pažnje u profesiji sestrinstva (1,3).

## Pokazatelji kvaliteta ostvarene zdravstvene zaštite

Kvalitet ostvarene zdravstvene zaštite je danas prepoznat kao jedna od najvažnijih karakteristika sveobuhvatnog sistema zdravstvene zaštite u nekoj zemlji. Stalno unapređivanje kvaliteta zdravstvenih usluga i povećanje bezbednosti pacijenata predstavljaju integralni deo profesionalnih aktivnosti medicinske sestre (8). U praktičnom smislu, pod pojmom pokazatelja kvaliteta rada se isključivo podrazumeva kvantitativan pokazatelj koji se koristi za praćenje i evaluaciju kvaliteta ostvarene zdravstvene nege i sveobuhvatnog procesa lečenja pacijenata. Pokazatelji kvaliteta ostvarene zdravstvene zaštite obuhvataju sve značajne pokazatelje rada zdravstvene ustanove, a naročito parametre koji se odnose na rad komisije za unapređenje kvaliteta zdravstvene nege, kontinuiranu medicinsku edukaciju zaposlenih, ukupno i pojedinačno zadovoljstvo korisnika uslugama zdravstvene službe, kao i one koji se odnose na opšte zadovoljstvo zapo-

slenih i druge domene ovog složenog psihosocijalnog fenomena (7). Pravilnikom o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, sačinjenom od strane Ministarstva zdravlja 2007. godine; Republika Srbija prvi put dobija definisane obavezne i preporučene pokazatelje kvaliteta rada, a u zavisnosti od vrste zdravstvene ustanove i delokruga rada koji ona obavlja (8).

## Neželjeni događaj kao pokazatelj kvaliteta i najčešće profesionalne greške u sestrinskoj praksi

U najčešće neželjene događaji (pokazatelje sigurnosti pacijenta) u medicinskoj i sestrinskoj praksi se ubrajaju: stopa standardizovane bolesti smrtnosti, postoperativna infekcija hirurške rane, neadekvatno sprovođenje higijene ruku, postoperativna plućna embolija ili duboka venska tromboza, postoperativna pojava krvavljenja i/ili hematoma, neželjene reakcije na ordiniranu terapiju; opstetrička trauma - vaginalni porođaj bez instrumenata, porođajna trauma - povreda novorođenčeta, postoperativna fraktura kuka, pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi, nastanak dekubitalnog ulkusa i nuspojave antipsihotičnog lečenja (9,10).

Iako postoji veliki broj potencijalno mogućih neželjenih događaja u sestrinskoj praksi, najveći broj njih se u celom svetu odnosi na primenu ordinirane terapije, naročito kod medicinskih sestara – početnika, i onih koje rade u noćnim smenama (11). Jedna od najvažnijih osobina leka koja se ispituje pre njegovog puštanja u promet je njegova neškodljivost, odnosno stepen toksičnosti, ali sa aspekta betbednosti bolesnika se mora imati na umu da zapravo absolutne bezbednosti u primeni lekova - nema. Prijavljanje neželjenih događaja u vezi sa primenom leka značajno doprinosi sagledavanju ozbiljnosti potencijalnih neželjenih reakcija i pomaže da se dostigne maksimalna neškodljivost leka tokom njegove kliničke primene (12). Kako bi se učestalost grešaka mogla pratiti i porebiti, neophodno je, pre svega, definisati pojam greške u medikaciji. Američko udruženje kliničkih farmakologa (American Society of Hospital Pharmacy) definisalo je ovu vrstu profesionalne greške u sestrinstvu kao "primenu leka koja odstupa od naloga

lekara koji je napisan u terapijskoj listi pacijenta, ili od doktrinalno utvrđene poslovne politike zdravstvene ustanove i postojeće standardne procedure" (13). Iz ove definicije se mogu izdvojiti sledeće potencijalne greške u primeni lekova i drugih terapijskih sredstava:

1. izostavljena primena ordiniranog leka;
2. aplikacija leka koji nije ordiniran;
3. pogrešna primena leka;
4. primena pogrešnog oblika leka;
5. pogrešan način aplikacije leka;
6. pogrešna tehnika davanja leka;
7. primena leka u pogrešnoj dozi;
8. pogrešno vreme aplikacije leka (13).

Danas se u cilju unapređenja kvaliteta zdravstvenih usluga, održavanja i povećanja nivoa bezbednosti pacijenata, sve više vrše analize i evaluacija načinjenih sestrinskih grešaka u sprovođenju terapije lekovima. Prvi sistemi praćenja grešaka formirani su devedesetih godina prošlog veka, kada se uvidelo da se samo kontinuiranim nadzorom rada svih zdravstvenih profesionalaca može stići objektivni uvid u učestalost javljanja i vrstu profesionalnih grešaka, i to prvenstveno u oblasti medikacije bolesnika; na osnovu sprovedenog praćenja, formirane su i brojne strategije za smanjenje učestalosti javljanja ovih grešaka. U cilju poboljšanja bezbednosti pacijenata, Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je u oktobru 2004. godine osnovala Svetsko udruženje za bezbednost pacijenata.,

## Literatura

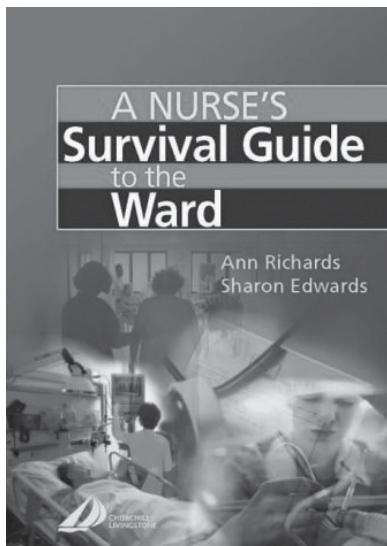
1. Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo. Beograd: Naučna KMD; 2010.
2. Mesarić J, Kaić-Rak A. Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i program Svjetske zdravstvene organizacije. Medix 2010; XVI(86):111-14.
3. Priročnik za sprovođenje mera za bezbednost pacijenata prema zahtevima Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije. Beograd: AZUS; 2010.
4. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica. 2009; 53:143-51.
5. Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2005.
6. Pravilnik o pružanju pomoći članovima komore u slučaju učinjene stručne greške. Beograd: Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije; 2015.
7. Etički kodeks Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije; Beograd: Službeni glasnik RS; 2007.
8. Pravilnik o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite. Službeni glasnik RS, broj 107/05;46-54.
9. Janićijević-Hudomal S, Rašić J, Mitić R, Stanojević Z. Praćenje neželjenih dejstava danas Praxis medica. 2006; (34): 67-71.
10. Neželjeni dogadaji. Zagreb: Agencija za akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Dostupno na: <http://aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelji/ostali-neželjeni-dogadaji>.
11. The 5 Most Common Mistakes Made By New Nurses. Nurse Journal. Social Community For Nurses Worldwide. Available at: <https://nursejournal.org/articles/the-5-most-common-mistakes-made-by-new-nurses/> (cited Mar 09th, 2018).
12. Brestovački Svitlica B. Zašto prijaviti profesionalnu grešku? Simpozijum zdravstvenih radnika Srbije „Snagom reći“ Zlatibor 26.10 - 30.10.2016.
13. Brestovački B, Milutinović D, Simin D, Gajdoranski Đ. Greške u sprovođenju terapije lekovima-doprinoseći faktori u praksi medicinskih sestara. Aktuelnosti u medicini, stomatologiji, farmaciji i srodnim naukama; Medicinski fakultet Novi Sad; 2010: 489-98.
14. Bošković S, milovanović V, Polak S. Primena dobre prakse zdravstvene nege – preduslov za povećanje kvaliteta u zdravstvenoj nezi. Tehnika - Kvalitet, standardizacija i metrologija. 2008; 8(4):9-15.

prvenstveno kao odgovor na sve veći broj posledica profesionalnih grešaka u zdravstvenoj delatnosti. Udruženje je oformilo i specifične ciljeve za bezbednost pacijenata, uključujući u njih smanjenje incidence bolničkih infekcija na minimum, bezbedno rukovanje lekovima, identifikovanje potreba i usmeravanje intervencija na pravog pacijenta i eliminisanje mogućnosti nastanak neželjenih događaja.(9,10).

## Zaključak

---

Uvođenju sistema kvaliteta u zdravstvene ustanove, mora da predhodi ispunjenje mnogih kriterijuma i standard koji će prekinuti staru praksu individualne odgovornosti svih učesnika u procesu rada, pa samim tim i medicinskih sestara (14). Jedan od njih je i smanjenje učestalosti javljanja profesionalne greške, koja predstavlja značajan element i pokazatelj kvaliteta rada u jednoj zdravstvenoj ustanovi. Uvođenje strategija za bezbednost ima značajnu ulogu u uspostavljanju sistema bezbednosti pacijenata u okviru zdravstvenog sistema. Ono što je važno, jeste da postoje jasno određeni ciljevi i definisana strategija čije sprovođenje treba primeniti u praksi sa ciljem povećanja bezbednosti bolesnika, minimalizacije mogućnosti za nastanak profesionalne greške, i povećanja ukupnog kvaliteta ostvarene zdravstvene zaštite.



# Prikaz knjige A NURSE'S SURVIVAL GUIDE TO THE WARD

Ivana Stevanović<sup>1</sup>, Vladimir Glišović<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicinska škola

<sup>2</sup>Gradski zavod za javno zdravlje Beograd

Ann Richards RGN DIPN(LON) BA (HONS)MSC RNT Senior Lecturer, Deprment of Nursing and Paramedic Studies, University of Hertfordshire, Herts, UK, Sharon Edwards MSC PGCEA RGN DIPN(LON) Senior Lecturer, Deparment of Nursing and Paramedic Studies, University of Hertfordshire, Herts, UK. A NURSE'S SURVAIVAL GUIDE TO THE WARD; Churchill Livingstone ELSEVIER, 2003, 382 str.

## APSTRAKT

Vodic za medicinske sestre koji je prikazan u pet poglavlja. Knjiga je prvi put objavljena 2003. godine i od tada je više puta štampana, nekada i dva puta u jednoj godini. Podeljenja je na pet poglavlja. Poglavlje jedan: Your job and it's organization/Vas posao i njegova organizacija; Poglavlje dva: Assessing and investigating /Procenja i istarživanje; Poglavlje tri: Procedures/rocedure; Poglavlje četiri: A systems approach/ Sistemski pristup; Poglavlje pet: Pharmacology/Farmakologija. U knjizi su zastupljena tri dodatka koja se odnose na međunarodni sistem jedinica, eng. International System of Units (SI), koji se odnosi na najpoterbnije refrentne vrednosti, merenje, propisivanje lekova odnosno njihovo doziranje.Uz manju modifikaciju nekih pravnih propisa moze biti primenljiv na svakom odeljenju. Knjiga ne moze da zameni literaturu ali moze se koristiti u osposobljavanju pripravnika za rad. Jedna od prednosti knjige je u tome što nije prevedena pa se moze koristiti za usavršavanje znanja engleskog jezika uz dostupnost besplatnih on line prevodioca.

**Ključne reči:** sestrinstvo, vodič za medicinske sestre, procedure, pet pravila

## ABSTRACT

The Nursing Guide, which is presented in five chapters. The book was first published in 2003 and since then it has been printed several times, sometimes twice a year. The division is divided into five chapters. Chapter one: Your job and it, with organization; Chapter Two: Assessing and investigating ; Chapter Three: Procedures; Chapter Four: A systems approach; Chapter Five: Pharmacology. The book contains three supplements related to the International System of Units, Eng. The International System of Units (SI), which relates to the most probable reference values, measurement, prescription of medicines, and their dosing. With a minor modification of some legal regulations, it can be applied to each department. The book can not replace literature, but it can be used in training a trainee. One of the advantages of the book is that it has not been translated and can be used to perfect knowledge of English with the availability of free on-line translators.

**Key words:** nursing, nurse's guide, procedures, five rules

U slobodnom prevodu bismo rekli da je ova knjiga vodič za preživljavanje medicinskih sestara na odeljenju. Namenjena je sestrama pravnim, studentima ali i svim medicinskim sestrama koji su zaposlene na bolničkim odeljenjima i stiču svoja iskustva kroz rad. Cilj pisanja knjige nije da zameni literaturu na bilo koji način, što se u obraćanju autora zaključuje, već da pomogne da se pripravnici i oni koji nemaju dovoljno iskustva lakše uklope u posao i rad na odeljenju. Knjiga omogućava, trenutno dostupno, praktično uputstvo o svakodnevnim procedurama i problemima u različitim oblastima zdravstvene nege.

Knjiga je prvi put objavljena 2003. godine i od tada je više puta štampana, nekada i dva puta u jednoj godini. Podeljenja je na pet poglavlja. Poglavlje jedan: Your job and it, s organization / Vas posao i njegova organizacija; Poglavlje dva: Assessing and investigating / Procena i istraživanje; Poglavlje tri: Procedures / Procedure; Poglavlje četiri: A systems approach / Sistemski pristup; Poglavlje pet: Pharmacology / Farmakologija. U knjizi su zastupljena tri dodatka koja se odnose na međunarodni sistem jedinica, eng. International System of Units (SI), koji se odnosi na najpotrebnije refrentne vrednosti, merenje, propisivanje lekova odnosno njihovo doziranje. Zastupljen je rečnik pojmove koji su na latinskom jeziku. Navedena je literatura koju su autori koristili za pisanje kao i literatura koju su koristili za čitanje i upotpunjavanje svoje ideje.

U prvom poglavlju autori Ann Richards i Sharon Edwards govore o organizaciji posla medicinskih sestara koji je promenljiv i zavisi od odeljenja na kome rade ili bolnice. Dobra organizacija je predstavljena pozivanjem na profesionalnu komunikaciju, timski rad, pružanje podrške od strane svih zdravstvenih profesionalaca, kao i multidisiplinarnom pristupu svim problemima. Smatraju da na dobru organizaciju utiče i poznавanje pravnih propisa pa su zastupljena neka pravna pitanja (postupanje sa pacijentima koji odbijaju tertman, žalbe i primedbe pacijenata, privatnost pacijenta, profesionalni kodeksi...). Data su uputstva medicinskim sestrama o postupanju prilikom svakog pomeranja pacijenta, koje bi moglo dovesti do povredjivanja. Na kraju prvog poglavlja opisana su hitna stanja, sa kli-

ničkom slikom, načinom prepoznavanja i zbrinjavanja. Za dobru organizaciju, jedan od činilaca na koji se autori pozivaju je preporuka da sestra treba da ima dovoljno vremena za odmor i da je poželjno da se u slobodno vreme bavi nekim hobijem.

Druge poglavlje knjige se odnosi na identifikaciju pacijentovih problema, procene, opservacije i merenja, procedure i istraživanja, kao i pitanja sestrinske nege. Kroz obradu komunikacije na sistematičan način se omogućava utvrđivanje pacijentovih problema uz toleranciju kulturno-loških, verskih i nacionalnih razlika, koje mogu uticati na dalji tok procene, dijagnostike, ispitivanja, lečenja i procesa sestrinske nege. Istaknut je značaj poznavanja osnovnih sestrinskih intervencija u primeni terapije, praćenju vitalnih parametara, kao i tumačenje i značenje najvaznijih rezultata. Sestrinske intervencije i samostalnost u izvođenju istih se u našoj zemlji razlikuje zbog zakonskih propisa. Sestre u našoj zemlji ne propisuju samostalno terapiju i ne sprovode dijagnostičke procedure ali samostalno aplikuju terapiju i kao zdravstveni profesionalci i aktivni sardanici u lečenju pacijenata poznaju određene parametre koje prate u okviru određenih procedura u ustanovi.

U trećem poglavlju, autori se baziraju na osnovne procedure i opšte principe kao i njihov značaj u radu. Poseban osvrt je učinjen na značaj bolničkih infekcija gde se pozivaju na njihovo sprečavanje i osnovne principe u suzbijanju bolničkih infekcija kroz imunizaciju, izolaciju, postupak pranja ruku, upotrebu sterilnih rukavica, principe u radu sa biološkim materijalom i aseptičnu tehniku rada. U ovom odeljku autori se zadržavaju na primeni tečnosti, značaju elektrolitnog balansa kao i unošenju određenih elektrolita i njihovom značaju za rad vitalnih organa. Uvidja se, da su didaktičke celine izdjelejene prema potrebama zaposlenih na kliničkim odeljenjima i tako organizovane da se u svakom momentu mogu podestiti ako nisu sigurni za postupak ili proceduru koju treba sprovesti. Autori su takođe naveli najčešća stanja i elektrolite koje u tim stanjima treba primeniti kod pacijenta. Odeljak je završen značajem ishrane u sestrinkoj nezi sa posebnim osvrtom na parenteralnu ishranu.

U četvrtom poglavlju autori obrađuju sisteme organa kroz najčešća oboljenja. Autori svakom opisu određenog oboljenja pristupaju kroz kratak osvrt, gde definišu oboljenje, odnosno suštinu poremećaja kroz anatomiju i fiziologiju. Opisuju kliničku sliku sa najčešćim simptomima, navode grupe lekova za lečenje tih poremećaja kao i osnovne sestrinske procedure u tretmanu navedenih stanja. Poseban osvrt je napravljen na hirurška oboljenja i njihovo prepoznavanje u praksi. Poglavlje je završeno opisivanjem najvažnijih procedura kod karcinoma. Didaktički izdvojena celina sa najpotrebnijim podacima koji su jasno napisani i prilagođeni lakšem i bržem snalaženju manje iskusnih sestara ili pripravnika.

Peto poglavlje knjige se odnosi na farmakologiju. Ovom delu pristupljeno je kroz zakonske okvire propisivanja lekova, administrativne procedure sestrinskog propisivanja lekova, klasifikaciju lekova sa posebnim osvrtom na otroke i stanje intoksikacije. Kroz različite aplikacije lekova autori su opisali mesta aplikacije i njihovo određivanje na pacijentu. Mogućnost najveće količine leka koja može biti aplikovana na određeni način, sa osvrtom na nivo obrazovanja sestre koja može aplikovati lek na određeni način. Posebno se pri aplikaciji pozivaju na pravilo „five rights“ koja se u nasoj literaturi prevodi kao „pravilo pet“. Zakonski propisi u nasoj zemlji ne dozvoljavaju sestrama da samostalno propisuju lekove ali ih samostalno aplikuju, pri čemu ne postoji zakonska regulativa o nivou obrazovanja medicinskih sestara koje mogu aplikovati lekove na određene načine.

U knjizi postoje različiti dodaci koji se odnose na mere u SI sistemu, doziranje lekova i proračuni kao i posebno izdvojene referentne vrednosti na kraju knjige za brzo traženje informacija. Određene mere i proračuni u našoj zemlji nisu u upoterbi.

Knjiga svojim sadržajem daje veliku podršku pripravnicima i sestrama koje nemaju dovoljno iskustva i pravi je vodič za one koji su na početku karijere ali isto tako može biti dobar savetnik iskusnoj sestri ako promeni odeljenje na kome radi ili ako učestvuje u ospozobljavanju pripravnika za rad. Sa manjim prilagođavanjima koja se odnose na zakonske propise i procedure, pro-

pisivanje lekova koji se razlikuju u našoj zemlji, lako može biti primenljiva na svakom bolničkom odeljenju. Knjiga nije prevedena na srpski jezik pa se njena prednost može ogledati kroz mogućnost da sestre i studenti zdravstvene nege usavršavaju znanje engleskog jezika i proširuju svoj vokabular, jer su besplatni prevodioci online dostupni. Kroz ovu knjigu se može sprovesti i istraživanje, jer sadrži puno stručnih naziva i termina koji su u upotrebi, i lako se može pretraživati Nacionalna medicinska biblioteka Sjedinjenih Američkih država (US National Library of Medicine), gde se uvek mogu pronaći članci i časopisi za unapređenje profesionalnog znanja. Smatramo da može biti korisna i nastavnicima zdravstvene nege, ne samo zbog stručnih informacija, već i zbog načina kako je napisana, didaktičkog i metodičkog pristupa, kao i sistematizacije velike količine podataka na jednom mestu. Može se koristiti i za učenje nasavnika – mentora u medicinskim školama, koji rade na ospozobljavanju nastavnika pripravnika. Po njenom uzoru i strukturi, može se uspešno sprovesti edukacija nastavnika pripravnika, takođe i mentora, da po uzoru na knjigu uspešno sistematizuje veliku količinu podataka i tako omogući lakše pristupanje nastavnom procesu. Knjiga je napisana u formatu koji je lako upotrebљiv u svakodnevnom radu. Cilj je da sistematizuje znanja, namenjena je onima koji su završili određeno obrazovanje ili su pri kraju studija, ali se ne može koristiti za sticanje osnovnih znanja. Svojim sadržajem odgovorila je na naziv „**Vodič za preživljavanje**“.



## Jurišnik, bombaš, humanista - žena

---

Milunka Savić – Gligorević rođena je u Koprivnici 1889, a preminula je 5. oktobra 1973. godine. Srpska heroina Balkanskih ratova i Prvog svetskog rata, nosilac je Karađorđeve zvezde i dva ordena Legije časti. Bila je narednik u Drugom puku srpske vojske „Knjaz Mihailo“ i žena je sa najviše odlikovanja u istoriji ratovanja. Ranjavana je u borbama devet puta.

Zbog neizmerne hrabrosti Francuzi su je nazvali srpskom Jovankom Orleankom, a odlikovana je i ratnim krstom, britanskim ordenom Svetog Majkla i ruskim ordenom Svetog Đorđa Pobedonosca.

Kada je počeo Prvi balkanski rat 1912. Milunka je, žečeći da zaštitи brata od mobilizacije, prerušena u muškarca – Miluna – otišla na front kao regrut. Preživela je albansku golgotu, oporavak na Krfu i u bici na Crnoj reci zarobila je 23 bugarska vojnika.

Milunka nije bila samo potvrđeni i odlikovani patriota; bila je obrazovana žena i poliglota (govorila je francuski i nemački jezik), a iznad svega humanista. Verovala je u borbu do poslednjeg atoma snage.

Posle rata radila je kao švalja i čistačica. Bila je roditelj, ali je osim svoje kćerke Milene odgajila i tri devojčice iz familije i čak tridesetoro druge dece. Prema svedočenjima njenog unuka u „Vечernjim novostima“, bila je topla i nežna žena.

Srpska heroina, upisana u sve enciklopedije sveta, umrla je u oktobru 1973. Sahranjena je u Aleji velikana na Novom groblju, uz najviše počasti. Ulica njene kuće na Voždovcu danas je Ulica Milunke Savić, a na samoj kući je postavljena spomen ploča.

U Parizu je 2011. godine otvoren muzej posvećen srpskoj heroini. Njena bista sećanje je na njenu hrabrost, humanost i skromnost. •



## **OPŠTA BOLNICA "STUDENICA" KRALJEVO UDRUŽENJE MEDICINSKIH SESTARA RAŠKOG OKRUGA**

Zdravstveni centar "Studenica", hram zdravlja, učenja, rasadnik primera dobre stručne prakse zdravstvenih profesionalaca i saradnika. Organizovan za potrebe savremenog pristupa i odgovora na zahteve korisnika utemeljene na najnovijim dostignućima u dijagnostici, lečenju, sprovođenju zdravstvene nege i rehabilitacije.

Sećanja dosežu na davne devedesete, na godine kada je glavna sestra bolnice Milosija Bogunović prepoznala značaj organizovanja u stručnu sestrinsku asocijaciju, na godine kada su primerom sestre Milosije vizionarke Minja, Seka, Maja, Beka nastavile putem stvaranja.

Primereno je istaći da su sestre kraljevačke zdravstvene ustanove za sve stručne aktivnosti imale nesebičnu podršku, nekada, direktora Dr Arsića, a sada direktora Dr Zorana Mrvića. Zahvaljujući direktoru, dr Zoranu Mrviću naše koleginice Maja, Beka, Ivana, Stoja, Ane, Bojane, Jelene, Milene..... započele su da ispisuju stra-

nice najnovije istorije unapređenja sestrinstva kako u Raškom okrugu, tako i na nivou Republike Srbije.

Primer direktora Mrvića koristimo kao apel upućen svim direktorima zdravstvenih ustanova da učestvuju na sestrinskim edukativnim skupovima, podrže sestre u praksi, sestre na rukovodećim radnim mestima u sprovođenju ideja koje će služiti napretku, razvoju i boljitku.

Udruženje medicinskih sestara Raškog okruga formirano je krajem 1995. godine odmah nakon formiranja UMSTJugoslavije. Osnivanje samostalnog profesionalnog udruženja medju prvima podržale su sestre iz Kraljeva koje su tada bile okupljene u Savezu zdravstvenih radnika Srbije. Sestre Raškog okruga (Vnjačka .Banja, Raška, Novi Pazar i Kraljevo) sa oduševljenjem i nadom prihvatile su novoosnovano Udruženje. Milosija Bogunović tadasnja glavna sestra postala je predsednik, Miljana Gajovic sekretar,



a potpredsednik Verica Milutinovic gl. sestra iz Vrnjacke banje. Udruzenje medicinskih sestara Raškog okruga imalo je status pravnog лица. Organizaciona šema prihvaćena je kao i u UMST Jugoslavije sa komitetima i interesnim grupama. Milosija je sa velikim autoritetom i zalaganjem okupila sestre entuzijaste i dala znacaj novoosnovanom Udruzenju. Sestre su pokazale veliku motivaciju za dalje obrazovanje edukaciju, rešavanje statusnih i profesionalnih pitanja kao i za unapređenje organizacije i kvaliteta rada. Veliki broj sestara se edukovao na seminarima i kursevima koje su organizovali rukovodstvo UMSTJ po svim gradovima Srbije i Crne Gore. Sestre su se uključile u rad Komiteta za istraživanje, Komitet za obrazovanje I edukaciju, Komiteta za etička pitanja I rad Komiteta za informisanosti i izdavačku delatnost.. Takodje su učestvovali u radu interesnih grupa iz interne medicine, hirurgije i primarne zdravstvene zaštite. Na lokalnom nivou imali smo timove za sprovođenje programa Udruženja. U časopisu "Sestrinska reč" sestre Raškog okruga objavljivale su svoje radeve iz prakse i istraživanja. Sa glavnim sestrama ode-

ljenja i ustanova organizovali smo veliki broj edukativnih seminara, konferencija strucnih sastanaka. Prvi Kongres UMSTS odrzan je u Vrnjackoj Banji. To je bilo vreme velikog napretka sestrinstva u Kraljevu. Preko Udruženja ostvarena je saradnja sa sestrama iz Norveske, Engleske, Irske, Kanade i SZO. Sestre su se zaineresovale za nove oblike rada u zdravstvenoj nezi, proces zdravstvene nege, savremenu organizaciju sestrinske službe, profesionalne kompetencije i autonomiju u radu. Probudjena je nuda za uvodjenje modernog sestrinstva. Obelezavanje Dana sestara dobija nove i bogatije sadržaje. Sestre su prisutne u medijima gde govore o svom profesionalnom radu kako u bolnicama tako i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gde podučavaju sugrađane o prevenciji bolesti i zdravom životu. Ustanovljena je nagrada koju dodeljuje Udruženje sestara Kraljeva za najbolje sestrinske timove u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti i izbor najbolje sestre. Veliki broj sestara dobitnik je ove nagrade, Udruženje brine i o penzionisanim sestrama a organizuje i druge vidove druženja. Odlaskom u penziju Milosije Bogunović 2001. god na čelo Udruženja izabrana je Leposava Lazović.

U to vreme Udruženje dobija status Podružnice Kraljeva i Raške. Seka je sa velikim zalaganjem i uspehom vodila Udruženje sve do odlaska u penziju 2006. god. kada je zamenjuje Stanimirka Vasić koja se i danas nalazi na toj dužnosti. Svi predsednici Udruženja imali su bezreverznu pomoć i podršku glavne sestre ustanove i svih glavnih sestara tako da su sestre Kraljeva od samog osnivanja Udruženja imale aktivnu ulogu u kreiranju i razvoju ciljeva Udruženja i zbog toga su dobitnice brojnih priznanja koje dodeljuje Udruženje.

2006. god. sestre ZC Studenica proglašene su za najuspešnije u unapredjenju profesije. 2009. god. Miljana Gajović gl. sestra dobitnica je priznanja za veliki doprinos u razvoju zdravstvene nege.

2010. godine Danica Maksimović dobitnica je statue Dušica Spasić koju dodeljuje UMST "Sestrinstvo", Klinički centar Srbije. Zahvalnice za nesebicnost i ljubav prema profesiji utkanu u razvoj Udruženja doble su Miljana Gajović, Leposava Lazović i Milosija Bogunović.

2014. god. Stanimirka Vasić dobila je priznanje za visoku profesionalnost u radu i podrsku u ostvarivanju ciljeva UMSTB Srbije.

Podružnica u Kraljevu danas daje pun doprinos u sprovodjenju programa UMSTB Srbije pre svega na kontinuiranoj edukaciji neophodnoj za kvalitet u profesionalnom radu.

## Pulmološka sekcija Udruženja Raškog okruga

---

Sekcija sestara u pulmologiji formirana je 1996. godine. Za predsednika je izabrana Miljana Gajovic koja je sa uspehom vodila sekciju u dva mandata.



2005. godine za predsednika je izabrana Stanimirka Vasic gde se i danas nalazi Pulmoloska sekcija je imala za cilj unapredjenje strucnog polja rada sestara u pulmologiji uvodjenje standarda i kvaliteta u praksu i bolje organizacije rada sestara u pulmologiji. Odrzan je veliki broj strucnih sastanaka u zdravstvenim stanovama Srbije.

2003. do 2005. godine Andjelija Kapa izabrana je za predsednika Sekcije sestara Srbije u polivalentnoj patronazi.



2007. godine pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja a u organizaciji Zdravstvenog centra " Studenica" , UMSTB Republike Srbije i podruznice Kraljevo, obelezeno je 8 vekova prve srpske bolnice organizovane u manastiru Studenica 1207. godine. Tom prilikom odrzana je svečana akademija i organizovana poseta manastiru Studenica. •



## UZORI SESTRINSKE PROFESIJE KOJI NISU VIŠE SA NAMA

---

Bio je vrlo aktivan u radu Sekcije medicinskih sestara-tehničara u rehabilitaciji i Predsedništvu Saveza zdravstvenih radnika Srbije.

Jedan od osnivača Udruženja medicinskih sestara i tehničara Jugoslavije. Nije bilo lako te daleke 1995. godine istupiti iz Saveza i nepokolebljivo se staviti na stranu odvažnih vizionara, spreman da učestvuje u kreiranju politike razvoja i unapređenja sestrinske profesije.

Bio je lučonoša koji je budio svest i motivisao sestre moravičkog okruga da svoje članstvo udruže u osnovano Udruženje. Objavio je više od 40 stručnih radova redovnim učešćem na organizovanim Simpozijumima, Kongresima, savetovanjima. Aktivno je potsticao konstruktivne dijaloge i diskusije u cilju afirmacije asocijacije, profesije, zdravstvene ustanove - ZC u Čačku.

Napisao je "Praktikum za brzu interpretaciju EKG-a za medicinske sestre I tehničare" u Čačku, 2003 godine. Na kraju je napisao: "Ljudi dolaze i odlaze. Jedini znak trajanja i postojanja nekog čoveka je pisana reč".

Kada je odlazio u penziju, njegovi najbliži saradnici koji su ga najbolje poznавали ispratili su ga dostojanstveno. Dr Tanja Roganović u časopisu "Sestrinska reč" napisala je: "Kao deo tima razumevao je i bol i jauk. I radost ljudskog bića kada stane na noge. Znao je: tu je njegov mali doprinos".

Da to je bio Dragan, koji nas je napustio u jesen 2013. godine •

**D**ragan se rodio 12. decembra 1946 godine u Kotraži, pitomom dragačevskom mestu.

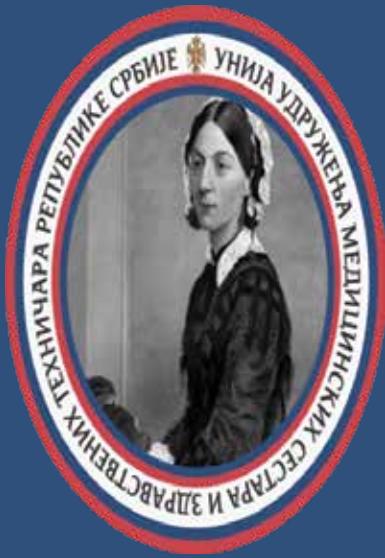
Osnovno obrazovanje i srednju medicinsku školu je završio u Čačku a Višu medicinsku školu u Beogradu.

Čovek sa pozitivnom energijom koju je širio na sve oko sebe, kolega vredan poštovanja, uspeo je da animira ljude i povede za sobom kako bi doprineli profesionalnom razvoju sestrinstva. Takvog smo ga upoznali u rehabilitaciji od samog početka rada naše Sekcije 1971 godine, pa sve do njegovog odlaska.

Radio je kao glavni medicinski tehničar na odeljenju za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u Čačku, a kasnije na internom odeljenju u Domu zdravlja i Medicini rada.

Za glavnog medicinskog tehničara kardiološke službe Doma zdravlja postavljen je 2000 godine, a već u junu 2001 godine izabran je za glavnog tehničara Bolnice u Čačku.





Beograd, godina 2018.