



# СЕСТРИНСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 12 • Број 42 • Београд, јануар-март 2015. • YU ISSN 1451-7590



Добитнице Награде  
„Душица Спасић“







ФОТОРЕПОРТАЖА:  
*Са доделе Награде „Душица Спасић”*

СНИМИО: А. МИЛОРАДОВИЋ





# СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис  
УМСТ, КЦС, „Сестринство“  
Број 42, јануар-март 2015. године

Адреса: КЦС „Сестринство“  
ул. Пастерова бр. 26, 11000 Београд  
Тел: 011 26 43 026, 011 366 31 49  
Факс: 011/ 3615 805  
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com  
umstkcs.sestrinstvo@open.telekom.rs  
pubsci.sestrinstvo@gmail.com, (на овај  
мејл можете слати прилоге за часопис)  
(ERSTE banka), ПИБ број 103245461  
Сајт: <http://sestrinstvo.rs>

Издавач  
УМСТ, КЦС, „Сестринство“

За издавача  
Председник УМСТ, КЦС, „Сестринство“  
Гордана Ковачевић

Главни и одговорни уредник  
Добрила Пејовић

Уредништво  
Биљана Ковачевић,  
Љиљана Стаменковић  
Јованка Вучковић  
Сузана Богдановић  
Олга Симић  
Наташа Васиљевић  
Ивана Стојковић  
Зорица Милошевић

Преводиоци  
Ивана Нешић  
Александра Букумировић  
Данијела Ивковић

Спољни сарадник-новинар  
Јагода Плавшић  
Душанка Еркман

Припрема и штампа  
LICEJ, Београд,  
Браће Јерковић 69,  
Тел/факс 011/2460-426  
iklicej@yahoo.com

Директор  
Станоје Јовановић

Ликовни уредник  
мр Небојша Кујунџић

Лектор  
Мила Барјакгаревић

Тираж 1.250 примерака

CIP – Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд  
614.253.5

ISSN 1451-7599 Сестринство  
COBISS.SR-ID 111363596

Сестринство: часопис за медицинске сестре /  
Година 12. бр 42. (јануар – март 2015). – Београд:  
УМСТ КЦС „Сестринство“.  
Излази тромесечно.

## СВИ НАШИ КОНГРЕСИ

Док увелико трају припреме за предстојећи, **Пети конгрес** медицинских сестара - техничара Републике Србије, посвећен Историјату сестринства Републике Србије, који ће се одржати у Центру Сава 23. и 24. септембра у организацији УМСТ КЦС „Сестринство“, подсећања ради завили смо у документацију која сеже десетак година уназад да бисмо предочили хронологију досадашњих конгресних скупова одржаних под покровитељством Министарства здравља Републике Србије.

- **Први конгрес** о коренима и развоју сестринске професије за медицинске сестре-техничаре Републике Србије са међународним учешћем одржан је од 23-25. 9. 2004. године у Централном дому Војске Србије и Црне Горе.
- **Други конгрес** о коренима и развоју сестринске професије за медицинске сестре-техничаре Републике Србије са међународним учешћем одржан је 28.-30. септембра 2006. године, у Дому Војске Србије.
- **Трећи конгрес** о коренима и развоју сестринске професије за медицинске сестре-техничаре Републике Србије са међународним учешћем одржан је 25. и 26. септембра 2008. године у Дому Војске Србије, а свечано отворен 24. септембра у Народном позоришту у Београду.
- **Четврти конгрес** о коренима и развоју сестринске професије за медицинске сестре-техничаре Републике Србије са међународним учешћем одржан је од 23-25. септембра 2010. године у београдском Центру Сава.



4

Додела традиционалне  
Награде „Душица Спасић“

**УЗОРИ СЕСТРИНСКЕ  
ПРОФЕСИЈЕ**



Редовна радна Скупштина  
УМСТ „Сестринство“

**БОГАТ ПРОГРАМ  
ЕДУКАЦИЈЕ**

7

Како ради Краљевски колеџ  
анестетичара Велике Британије

**ТЕМЕЉИ ВРХУНСКОГ  
ОБРАЗОВАЊА АНЕСТЕТИЧАРА**



12

Писмо из Уганде

**ДЕЛИТИ ЗНАЧИ  
ЖИВЕТИ**

14



17-25

**СТРУЧНИ РАДОВИ**

Фотографија на насловној:  
А. Милдраловић





★ НАГРАДА „ДУШИЦА СПАСИЋ” ★ НАГРАДА „ДУШИЦА СПАСИЋ” ★ НА

Додела традиционалне Награде „Душица Спасић“

## УЗОРИ СЕСТРИНСКЕ ПРОФЕСИЈЕ

Овогодишњи лауреати престижног сестринског признања, које додељују Удружење медицинских сестара и техничара КЦС „Сестринство“ и часопис „Вива“ припало је медицинским сестрама Љиљани Марков из Опште болнице у Зрењанину и Весни Ћирић са Клинике за пластичну и реконструктивну хирургију Клиничког центра Србије

Једанаести пут заредом Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“ и часопис „Вива“, на пригодној свечаности у КЦС, 23. марта организовали су свечани скуп поводом доделе традиционалне Награде „Душица Спасић“. У име организатора и домаћина многобројне учеснице и госте поздравила је медицинска сестра Мирјана Томић: пензионисане медицинске сестре, досадашње добитнице Награде „Душица Спасић“, породицу Спасић, представнике часописа „Вива“, власнике прве Српске уметничке ливнице „Јеремић“, која већ једанаест година донира статуете Душице Спасић, професоре Високе здравствене школе струковних студија у Београду и представнике синдикалних организација сестара.

Мирјана Томић нагласила је да је током више од једне деценије ова престижна награда доживела потпуну афирмацију, представљајући узорне медицинске сестре, бриљантних биографија, на које су сестре професионално поносне. Додела награда је прилика да се окупе најбоље медицинске сестре, врхунски професионалци, али и њихови пријатељи и поштоваоци сестринске професије. Затим је део казивања посветила хероини нашег времена, медицинској сестри по којој је награда добила име. Душица Спасић је свој млади живот даривала професији, негујући смртно оболелог пацијента. Следи прича о њој.

### Слово о Душици Спасић

Душица Спасић била је млада медицинска сестра и није могла ни да замисли да ће њена посвећеност послу веома бр-

зо прекинути њену каријеру и угасити њену младост. Преминула је од вариоле, негујући првог оболелог у нашој земљи од те опаке и тада непрепознате болести. Медицинска сестра Душица Спасић разболела се на радном месту и умрла 23. марта 1972. године.

Рођена је 27. децембра 1949. године у радничкој породици. Средњу медицинску школу завршила је у Београду и запослила се на Првој хируршкој клиници. Веома тиха и скромна удела је да се снађе у свим приликама и да успешно обави све послове. За собом је остављала светао траг. Била је ведро и насмејана. Волела је посао који ради.

Овај дан је прилика да застанемо и сетимо се њеног драгог лика и околности које су претходиле њеном трагичном крају. Наиме, средином марта 1972. године владала је епидемија вариоле. Болест је са Блиског истока на Косово унео један хаџија. Тако је почело... Осмог марта 1972. године један заражени пацијент из Новог Пазара, са нетипичном клиничком сликом примљен је у Чачанску болницу. Дан после, због погоршања здравља, пребачен је на Институт за дерматовенерологију. Пацијенту се опште стање погоршавало, због чега је исте хладне мартовске ноћи пребачен на Прву хируршку клинику, одељење за хитну хирургију и трауматологију. Била су 23 часа када је група људи са Дерматовенероло-



Почетак свечаности  
уз сестринску химну – Сестра





НАГРАДА „ДУШИЦА СПАСИЋ“ ★ НАГРАДА „ДУШИЦА СПАСИЋ“ ★ НАГРАДА „ДУШИЦА СПАСИЋ“



Гости свечаног скупа

шке клинике, огрнута теget пелеринама, преносила на носилима тешко оболелог човека на Прву хируршку клинику.

Душица Спасић била је дежурна када је пацијент примљен и неговала га у шок соби. Ангажовани нису ни слутили да су те вечери били у директном контакту са оболелим од вариоле, болести



Са седнице жирија

која се није јављала од 1930. године, за коју се мислило да је искорењена.

Наредног дана пацијент је умро. Али је вирус остао у милионском Београду, Чачку, Новом Пазару и још неколико мањих места у којима је оболели боравио...

Кроз шта је све ова млада девојка пролазила говори и део приче др Ане Глигић, која је Душици узела узорак крви и поставила дијагнозу:

„Дана, 22. марта позвана сам на Инфективну клинику у Београду да погледам један случај. На срећу, то није била вариола вера. Међутим, у соби преко пута чула сам да неко јауче на сав глас. Питала сам инфектолога: Ко је то? Рекао ми је да је то медицинска сестра која има напад жучи. Рекла сам да желим да је видим. Била је то медицинска сестра Душица Спасић. Одмах сам посумњала да је реч о вариоли. И то у најтежем облику. Имала је субконјунктивална крварења, болове у слабинском пределу, који се нису смињивали ни после високих доза аналгетика. Знала сам да ће умрети. Предложила сам да узмемо крв и покушамо да изолујемо вирус. Душица је већ умрла када смо утврдили на хиљаде вирусних честица у кубичку њене крви.

Тог 22. марта, са првим даном пролећа, са Торлака стиже лабораторијска потврда да је преминули пацијент кога је Душица примила и неговала био заражен вирусом великих богиња. Сада је све

било јасно. Вариола је била у Београду. Одмах су Дерматовенеролошка клиника и Прва хируршка клиника стављене у карантин. Међутим, Душици није било спаса.

Сахрањена је тајно, на крају гробља у Реснику крај Београда, где је и живела с родитељима, под окриљем хладне мартовске ноћи.

Ту је и остала да је, уз букете цвећа, посећују сви они који су је познавали и волели.

Пожртвованост Душице Спасић није остала незапамћена. Постхумно, тадашњи председник СФРЈ Јосип Броз Тито доделио је храброј сестри Орден заслуга за народ са сребрним венцем. У Реснику, улица у којој је живела, носи њено име.

Биста у холу Прве хируршке клинике КЦС вечно подсећа на њу.

Таквом смрћу Душица је закорачила у незаборав. Њено име данас је синоним за јаке, храбре, пожртвоване и сестре са осећајем дужности.

Душичино жртвовање служи на част сестрама и сестринској професији, овековечено у годишње признање с њеним именом“.

Љиљана Марков

### Хуманост и посвећеност послу

Љиљана Марков рођена је 1962. године у Зрењанину. Средњу медицинску школу завршила је у Зрењанину 1981. године. Посао медицинске сестре обавља у Општој болници „Ђорђе Јовановић“ од 1986, а на ОРЛ одељењу од 1989. године као сменска сестра. Удата је и мајка троје деце. Члан је Удружења медицинских сестара и техничара Србије, Савеза здравствених радника Зрењанин и Удружења медицинских сестара Опште болнице у Зрењанину. Редован је посетилац предавања у оквиру континуиране медицинске едукације. Своје стручно знање проширивала је и учешћем на ОРЛ секцијама, у оквиру ОРЛ недеље, у Клиничком центру Србије.



Разлог за такав избор јесте њено вишедеценијско, потпуно и несебично ангажовање на радном месту сменске сестре ОРЛ одељења. Својом стручношћу, професионалношћу и преданошћу послу медицинске сестре, задобила је поштовање и захвалност болесника, колегиница и лекара ОРЛ одељења. Својим емпатским ставом, хуманим односом према болесницима, креативношћу, сталним оптимизмом, била је и остала сјајан пример медицинске сестре и узор млађим колегиницама. Несебично се предаје свему што је у служби професије и интересу пацијената и успоставља одличну комуникацију с пацијентима и члановима тима.

С обзиром на велики број и специфичности болести из ОРЛ области подједнако успешно спроводи едукацију пацијената како деце након операције крајника тако и трахеотомисаних болесника, ради формирања позитивних навика и усвајања позитивног стила живота. Својом стручношћу, спретношћу и самопожртвовањем више пута је дала допринос у збрињавању животно угрожених пацијената.

Колектив ОРЛ одељења  
Зрењанин





завршила је надахнуту беседу Мирјана Томић, о хероини свога и данашњег времена и професије – Душици Спасић.

**Годинама с најтежим болесницима**

Овогодишњи узор професије и носиоци статуете „Душице Спасић“, као и ранијих година, бирани су из редова сестара које су највећи део свог радног времена провеле и даривале најтежим болесницима. Пацијентима у болесничкој соби,



Гордана Ковачевић, председница УМСТ „Сестринство“, уручује статуете Љиљани Марков и Весни Ћирић

**Весна Ћирић**

**Седамнаест година уз најтеже болеснике**

Други лауреат Награде „Душица Спасић“, из Клиничког центра Србије, јесте медицинска сестра Весна Ћирић, са Клинике за пластичну и реконструктивну хирургију Клиничког центра Србије. Рођена је 4. 9. 1974. године у Смедеревској Паланци. Почела је да ради 1998. године.

Ради на одељењу опекотина, на интензивној нези. Непрестано је већ 17 година уз постељу болесника, негујући небројено пацијената у критичном стању.



Честитке добитницама

**Захвалнице сестрама**

Још осам сестара нашло се у најужем избору за доделу Награде „Душица Спасић“. Њима су додељене пригодне захвалнице Удружења медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“, које им је уручила представница Синдиката сестара Драгица Андрић:

- Хајрија Зурапи – Клиника за алергологију и имунологију
- Слађана Срдић – Ургентни центар – хирургија
- Јасна Голубовић – Центар за анестезију и реанимацију
- Верица Мијатовић – Клиника за пулмологију
- Гордана Стојановић – Клиника за васкуларну и ендоваскуларну хирургију
- Сунчица Шикота – Ургентни центар – интерно
- Светислав Ченадак –
- Ксенија Чехајић – Клиника за кардиохирургију

управо тамо где је сестра најпотребнија и где је сестринска улога незамењива и најхуманија. Награда је и похвала и знак захвалности за њихове изузетне резултате у раду и додељује се двома сестрама: сестри запосленој у Клиничком центру Србије и сестри из других здравствених установа у Републици.

Престижна признања у 2015. години припала су медицинским сестрама изузетних људских и професионалних вредности:

**Љиљани Марков**, медицинској сестри из Зрењанина (на нивоу Републике Србије) и

**Весни Ћирић**, медицинској сестри са Клинике за пластичну и реконструктивну хирургију КЦС.

Награду лауреатима уручила је Гордана Ковачевић, председник УМСТ КЦС „Сестринство“. У име Председништва републичке синдикалне организација сестара честитке добитницама пренела је Јелица Мишић.

Пригодна свечаност у Клиничком центру Србије започела је свечаном песмом „Сестра“ – сестринском химном коју пева Жарко Данчуо, чији су аутори композитор Раде Радивојевић и писац текста Станоје Јовановић, која је настала по идеји Добриле Пејовић.

У пригодном програму Олга Вукадиновић (виолина) и Александар Ивановски (гитара) извели су познату мелодију „Свилен конач“.

С. Ј.

## Редовна радна скупштина УМСТ КЦС „Сестринство“

### БОГАТ ПРОГРАМ ЕДУКАЦИЈЕ

Плакета Министарства за рад, запошљавање и социјалну политику Удружења за успешну организацију Симпозијума о безбедности на раду у здравству \* Учешће сестара на стручним скуповима у земљи и иностранству \* Педесет сестара добило помоћ Удружења за школовање

Редовна радна скупштина Удружења медицинских сестара – техничара КЦС „Сестринство“ одржана је 26. марта 2014. године у просторијама Центра за научноистраживачки рад. председавала је Гордана Ковачевић, председница УМСТ КЦС „Сестринство“, чији Извештај о раду у претходној години, који су делегати прихватили, доносимо у слободној интерпретацији. Ток седнице одвијао се по усвојеном дневном реду.

Чланови Скупштине су најпре разматрали Извештај о раду Удружења у 2014. годину. Наглашено је да је 5. марта 2014. године одржана ванредна скупштина Удружења, на којој је изабрано ново руководство: председница Гордана Ковачевић и две потпредседнице – Вера Мирић и Љиљана Ђукић.

Рад Удружења и његове скупштине одвијао се на основу усвојеног плана и програма у минулој години и на десет седнице Извршног одбора. Из мноштва активности и догађаја издвајамо:

У априлу, на Међународном дану безбедности на раду, Министарство за рад, запошљавање и социјалну политику доделило је Удружењу плакету за допринос који су његови чланови дали заштити безбедност и здравља на раду. Ова награда добијена је за одржавање Симпозијума о безбедности и здрављу на раду у здравству са међународним учешћем (септембар, 2013. године).

– Главна активност Удружења јесте континуирана едукација: одржан је велики број стручних састанака и курсева у КЦС на нивоу Србије.

#### Међународно учешће

- Као чланови UDINA GROOP (европско удружење) – учешће на састанку у Барселони.
- ESHRE (EVROPSKO UDRUŽENJE ZA HUMANU REPRODUKCIJU I EMBRIOLOGIJU), од 29. 6. до 2. 7. 2014. године Удружење је финансирало једну лаборанткињу са Клинике за гинекологију и акушерство.
- Конгрес о примени I. Т. технологије у сестринском раду одржан у Истанбулу – учествовале су са својим радовима две сестре.
- Конгрес физиотерапеута у Игалу: финансирано је учешће једног физиотерапеута.
- Удружење је одустало од учешћа на стручним скуповима у Бањалуци и на Јахорини због елементарних непогода, а планирана средства усмерена су Влади РС за помоћ поплавленима.

#### Активности у земљи

- Четрнаести симпозијум медицинских сестара на Тари у мају 2014. године у организацији УМСТИБРС – учествовале

су четири сестре.

- Симпозијум главних сестара и бабица, сестара и бабица из праксе и професора здравствене неге – Тара, новембар 2014. године: учествовало је 10 сестара.
- Конгрес радиолошких техничара и техничара нуклеарне медицине: финансирано је учешће једног рентген техничара.

#### Награда „ Душица Спасић“

У складу с прописаним критеријумима, додељене су традиционалне награде „ Душица Спасић“ : из Клиничког центра Србије добитница за 2014. годину је Драгана Ракић Марковић из Центра за анестезију и реанимацију Ургентног центра, а на нивоу Републике Србије добитница је медицинска сестра Биљана Гаврић из Опште болнице у Ваљевоу.

#### Плаћање школарине

У складу с одлуком Извршног одбора да се финансијски помогну сестре које се стручно образују, планом усвојеним на седници скупштине, 50 сестара на основним и специјалистичким студијама добило је помоћ од по 20.000 динара.

#### Часопис „ Сестринство“

Објављена су четири броја часописа „Сестринство“, како је и планирано, са свим актуелним темама и дешавањима у сестринску професију наше куће, а у сваком броју објављено је више стручних радова сестара. Штампан је 40, јубиларни, број часописа.

#### Студијско путовање

На захтев сестара, организовали смо посету познатој Ачибаден болници у Истанбулу (о организацији и раду те болнице читаоци су информисани посредством часописа).

#### Финансијски извештај

Делегатима Скупштине поднет је детаљан финансијски извештај. Пословање у 2014. години било је позитивно и година је завршена са 900.000 динара на рачуну.

О броју акредитованих стручних састанака и курсева и њиховој реализацији читаоци су могли да се информишу у претходном броју часописа „Сестринство“.



Са едукације сестара-техничара у Крагујевцу



У организацији УМСТ КЦС „Сестринство“

## ДРУЖЕЊЕ С ПЕНЗИОНИСАНИМ СЕСТРАМА

Удружење медицинских сестара и техничара КЦС „Сестринство“ организовало је 10. марта пригодан сусрет поводом одласка медицинских сестара Клиничког центра Србије у заслужену пензију. Сусрет је протекао у пријатном дружењу и расположењу.

Колегиницама које су провеле радни век у служби пацијената, уз речи захвалности, уручене су пригодне захвалнице Удружења за допринос развоју и афирмацији сестринства и сестринске професије.

Овакви сусрети постаће редовни као део бриге Удружења за своје чланство, која траје и након пензионисања.

**ОПЕКОТИНЕ, ПЛАСТИЧНУ И РЕКОНСТРУКТИВНУ ХИРУРГИЈУ** – Зорица Марковић, **КЛИНИКА ЗА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЈУ** – Љубица Радо, Миланка Трнинић, **КЛИНИКА ЗА ОРТОПЕДИЈУ И ТРАУМАТОЛОГИЈУ** – Цана Мушковић, Славица Стојиљковић, Снежана Денић, **КЛИНИКА ЗА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЈУ И ХЕПАТОЛОГИЈУ** – Вера Трубајић, Славица Човић, Божидарка Лишанин, Радмила Поповић, Светлана Станисављевић, Милка Букинац, **КЛИНИКА ЗА УРОЛОГИЈУ** – Светлана Радовановић, Нада Петровић, Добрила Ђелбабин, **КЛИНИКА ЗА ЕНДОКРИНОЛОГИЈУ, ДИЈАБЕТЕС И БОЛЕСТИ МЕТАБОЛИЗАМ:** – Живановић Радмила,



### МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

Медицинска сестра  
у својим рукама много снаге носи.  
Тешким изазовима  
истрајно пркоси.

У грудима јој срце бије,  
неговати људе није лако.  
На таквој преданости  
може да јој позавиди свако.

У очима је толико топлине,  
што болесне људе смирује.  
Мир и спокој им пружа  
док их нежно додирује.

Кад пређе праг болнице,  
болеснику се здушно посвети.  
Кад излечен кући оде,  
с радошћу да је се сети.

И раније су сестре лечиле  
рањеног, повређеног и болесног.  
Лечиће их и убудуће, јер  
тај Им је дар дао сам Бог.

Тања Маркоч  
КБЦ Драгиша Мишовић

На списку пензионисаних су све сестре из следећих институција КЦС :

**УПРАВА КЦС** – Љубивоје Данић, **КЛИНИКА ЗА АЛЕРГОЛОГИЈУ И ИМУНОЛОГИЈУ** – Слободанка Станимировић, **КЛИНИКА ЗА ГИНЕКОЛОГИЈУ И АКУШЕРСТВО** – Мирјана Стојановић, Милодрага Вујичић, Снежана Делић, Радмила Ђурић, Весица Живковић, Верица Трбовић, Олга Милосављевић, Мирјана Подгорац, Сузи Јанчић, Ленка Веселинов, Љиљана Јовановић, Невенка Јовановић, **КЛИНИКА ЗА АНЕСТЕЗИЈУ И РЕАНИМАЦИЈУ** – Свилана Драгосављевић, Петронела Крупежевић, Душанка Ђурђевић, Милена Кнежевић, **УРГЕНТНИ ЦЕНТАР** – Стојанка Ђурчин, **КЛИНИКА ЗА ОРЛ И МФХ** – Љубица Гузијан, Јаворка Богдановић, **КЛИНИКА ЗА ПСИХИЈАТРИЈУ** – Нада Петровић, Миланка Цветић, Веселинка Кијановић, **КЛИНИКА ЗА КАРДИОЛОГИЈУ** – Нада Јосифовски, Славица Милуновић, Љубинка Милинковић, Милованка Денчић, Јованка Трукуља, Мила Милошевић, **КЛИНИКА ЗА ГРУДНУ ХИРУРГИЈУ** – Јела Митровић, Ангелина Спасојевић, **КЛИНИКА ЗА**

**ИНСТИТУТ ЗА МЕДИЦИНУ РАДА И РАДИОЛОШКУ ЗАШТИТУ „ДР ДРАГОМИР КАРАЈОВИЋ”** – Весна Васић Бенсаси, Споменка Станковић, **КЛИНИКА ЗА НЕФРОЛОГИЈУ** – Славица Драмићанин, Вера Павловић, Вера Станић, **КЛИНИКА ЗА БОЛЕСТИ ДИГЕСТИВНОГ СИСТЕМА, ПРВА ХИРУРШКА КЛИНИКА** – Божица Вукичевић, Милка Скорупан, Љиљана Јанчић, Славица Ковачевић, Славица Видојевић, **КЛИНИКА ЗА БОЛЕСТИ ПЛУЋА И ТБЦ** – Горана Тривић, Мира Арсић, Дивна Величковић, Ана Милић, **ПОЛИКЛИНИКА** – Везира Зеџировић, **КЛИНИКА ЗА НЕУРОХИРУРГИЈУ** – Љиљана Мирковић, Мира Дикић, Верица Вуковић, Драгана Савичић, Селена Гавриловић, **КЛИНИКА ЗА ХЕМАТОЛОГИЈУ** – Анка Петровић, **КЛИНИКА ЗА НЕУРОЛОГИЈУ** – Милијана Матијевић, Даница Максимовић, Винка Бојић, **КЛИНИКА ЗА ОЧНЕ БОЛЕСТИ** – Марија Јањић, **ЦЕНТАР ЗА НАУЧНОИСТРАЖИВАЧКИ РАД НАСТАВНО-ОБРАЗОВНУ ДЕЛАТНОСТ И ЉУДСКЕ РЕСУРСЕ** – Добрила Пејовић.



Тема о којој се говори

## ПЕТИ КОНГРЕС КРАЈЕМ СЕПТЕМБРА

На дводневном скупу у Центру „Сава“ од 23. до 24. септембра учесници ће разматрати тему – Историјат сестринства Републике Србије \* Широки круг тема о сестрама и њиховој професији \* Радове доставити до 30. јула

Подсећамо вас да ће пети конгрес медицинских сестара – техничара Републике Србије бити организован у Београду, у Центру „Сава“, 23–24. септембра. Организатор је Удружење медицинских сестара Клиничког центра Србије „Сестринство“.

Тема конгреса

### Историјат сестринства Републике Србије

(историјат током праксе, рада струковних организација, образовања, о хероинама нашег времена)  
– Слободне теме –

Најљубазније вас молимо да радове доставите до 30. јула 2015. године (са вашим биографијама), по пропозицијама Здравственог савета.

На претходним конгресима обрађивали смо историјат сестринства од корена до данашњих дана и сакупили богату грађу, коју ћемо целовито објавити у наредном периоду.

Историја сестринства и сестринске професије непресушна је тема и увек има још много да се каже.

Порука сестрама, потенцијалним учесницама конгреса: широки је круг тема о којима можете писати, од развоја сестринства у вашим здравственим установама и у региону, функционисању образовних институција које школују сестрински кадар и раду струковних организација, размени искустава из праксе, представљању узорних сестара у вашим колективима, до вашег виђења развоја савременог сестринства и његове улоге у модерном систему здравствена заштите.

Фотографије које објављујемо уз овај позив подсећање су на Први конгрес медицинских сестара одржан 2004. године, на који смо поносне и с великим га се задовољством сећамо.





Европски конгрес уролошких сестара у Мадриду

## САВРЕМЕНИ ИЗАЗОВИ И ОДГОВОРИ

**О**д 21. до 23. марта, у шпанској престоници Мадриду одржан је Европски конгрес уролошких сестара (EAUN).

Отварајући Конгрес, добродошлицу учесницима пожелели су Р. А. Abrahamsson, председник Европске асоцијације уролога, Z. Drudge-Coates, председник Европске асоцијације уролошких сестара и А. I. Garcia Martin, председник шпанске асоцијације уролошких сестара.

Програм овогодишњег конгреса састојао се од радионица, ESU курсева, видео- сесије, постер-сесија и сесије истраживања у сестринству.

Теме радионица биле су: изазови сестара у уродинамици, савремени проблеми код пацијената оболелих од карцинома, текући изазови здравља и сексуалност код мушкараца, дијагностика и постоперативна нега пацијената код болести простате, интравезикална инстилација лека код неинвазивног карцинома мокраћне бешике, решавање проблема и побољшање квалитета живота болесника са интермитентном катетеризацијом мокраћне бешике, уринарне инфекције (UTI) и чиста интермитентна катетеризација (CIC) и рехабилитација пелвичног дна код симптома доњег уринарног тракта.

Видео-сесија обухватала је лапароскопске и роботске операције у урологији.

ESU курсеви односили су се на практични менаџмент у ванредним ситуацијама у урологији.

Изложено је 18 постер-презентација.

Конгресу је присуствовало око 300 сестара. Бројчано су предњачили припадници европских држава, али је било и колегиница из Јапана, Кореје и земаља Азије и Африке. Највише учесника било је из Данске, Енглеске, Италије, Ирске, домаћина Шпаније и једна сестра из Србије.

Из пространих петомилонског Мадрида, краљевског града, са много музеја, предивних паркова, оближњег прелепог Толеда, очарана лепотом града и љубазношћу домаћина, преносим најлепше утиске о домаћинима и организаторима конгреса и његовим домаћинама.

Наредни, 17. европски конгрес уролошких сестара биће одржан од 11. 3. до 15. 3. 2016. у Минхену.

**Валентина Петковић**  
Едукатор Клинике за урологију





Са 11. ГАСТРОЕНТЕРОЛОШКОГ КОНГРЕСА ЛЕКАРА И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА У САРАЈЕВУ

## КОРИСНА ИСКУСТВА

**Н**а 11. гастроентеролошког конгресу лекара и медицинских сестара, одржаном од 19. до 20. марта, у Дому младих, „Скендерија”, у Сарајеву, учествовале су медицинске сестре – техничари из Хрватске, Србије, Црне Горе, Републике Српске и Босне и Херцеговине.

Теме Конгреса биле су новине у ендоскопији (гастро­скопија, колоноскопија), мере заштите од инфекције Б и Ц вирусима, нега и исхрана пацијента од инфламаторних болести црева (улцерозни колитис, Morbus Chron) и холистички приступ онколошким пацијентима.

Из тако богатог садржаја дошли смо до сазнања и начина примене нових метода из области гастроентерологије и хепатологије, која ће нам користити у даљем професионалном раду.

Захваљујемо УМСТ КЦС „Сестринство” што нам је помогло у реализацији путовања.

*Сања Бојовић  
и Ивана Краљевић*





Како ради Краљевски колеџ анестетичара Велике Британије

## ТЕМЕЉИ ВРХУНСКОГ ОБРАЗОВАЊА АНЕСТЕТИЧАРА

Колеџ нуди широк избор образовних могућности, а школовање се одвија у четири нивоа

\* Виши ниво услов за рад сестара у тимовима за трасплантацију \* Образовање и могућности наших анестетичара



Краљевски колеџ анестетичара Велике Британије представља високошколску установу која је надлежна за образовање и стручно усавршавање анестетичара специјалиста и за висококвалитетне стандарде здравствене неге пацијената одржавањем стандарда у анестезији, јединицама интензивне терапије и лечења, те у терапији бола. Вођење стандардизоване документације и успостављена равнотежа између стручног мишљења и доказа само су допуна искуству клиничке праксе, која заједно представља најбољу основу за врхунско образовање анестетичара.

Колеџ нуди и широк спектар образовних могућности ради што боље едукације. Сви студенти имају једнаке могућности, које се могу поделити у неколико основних група.



Прву групу чине једнодневне практичне радионице.  
Другу групу чине научни скупови (предавања, семинари).  
Трећу групу чине домаћи и страни конгреси, на којима учествују најеминентнији стручњаци из земље и света различитих профила, а не само из области анестезије.

### Активности Колеџа обухватају:

1. Постављање стандарда клиничке неге пацијената у операционим салама.
2. Успостављање стандарда за обуку анестетичара који се баве критично оболелим пацијентима у јединицама интензивне терапије и лечења
3. Припреме и одабир испитних питања.
4. Стандардне процедуре здравствене неге код терапије хроничног и акутног бола.
5. Спровођење континуиране медицинске едукације свих анестетичара.
6. Организацију и рад Колеџа.

### ОРГАНИЗАЦИЈА

Највише законодавно тело Колеџа чини Савет. Председника Савета и два потпредседника бирају чланови Савета Колеџа.

Постоје одбори и пододбори, који се баве различитим областима везаним за стручни део Колеџа, као што су образовање, едукација и клиничка пракса, те одбори и пододбори за искључиво организационе послове који укључују сва текућа и техничка питања везана за смештај студената, слободне активности и друге послове. Постоје три главна одбора: Велшки, Северноирски и Шкотски.

Административне функције подељене су у четири оперативне секције (обављају их 74 запослена административна радника).

Краљевски колеџ за анестетичаре има своје темеље у 1948. години, када је био у склопу Краљевског колеџа хируршких сестара Енглеске. Можемо се вратити и много векова уназад, односно







у 12. и 13. век, од када су, заправо, и први почеци Ројал колеџа, односно еснафског почетка рада данашњих хируршких сестара.

Дипломирани анестетичари први пут су своје дипломе добили још 1934. године и тада, у ствари, креће напредак Колеџа за анестетичаре. Његова самосталност потиче из 1992, а 2008. године усвојена је Повеља, највиши законодавни акт, који је, поред Крунског већа, одобрила и сама Краљица. Повеља је прекретница у раду Колеџа, који од тада преузима апсолутну одговорност за обезбеђивање највишег квалитета анестетичарске праксе у Великој Британији.

### АКТИВНОСТИ

Поред основне делатности – образовања анестетичара, Колеџ доноси и спроводи и следеће активности:

1. уредбе и прописе везане за рад анестетичара,
2. именовање одбора и радних група,
3. контролу квалитета рада, стандарда и безбедности како пацијената тако и анестетичара,
4. потребне услове за истраживачку делатност у области здравствене неге,
5. именовање предавача и доделу звања професора,
6. објављивање публикација из области анестезије – вести, билтени, публикације Колеџа и научне радове,
7. именовање регионалних супервизора које чине професори из области анестезиологије,
8. организацију клиничке праксе,
9. распореде календара активности самог Колеџа.

Школовање анестетичара подељено је у четири нивоа: основни, средњи и виши ниво, сваки у трајању од по две године, и напредни, који траје годину. Обавезан је основни ниво, а у зависности од тога где ће анестетичар радити, (приватна пракса, болница општег типа или клиника), могуће је даље школовање.

Они који желе да раде у самом врху сестринске професије, и то у тимовима за трансплантацију, не могу бити део тима ако немају завршен виши ниво.

Здравствене установе су те које, препознавши квалитет своје медицинске сестре, обезбеђују потпун износ или делимичан износ трошкова у зависности од социјалне карте родитеља медицинске сестре. Краљевски колеџ за анестетичаре је и корпоративни партнер Академији медицинских едукатора и имају неограничену могућност спонзорства анестетичара који би се желели бавити едукацијом.

Курсеве на радном месту званично је акредитовала Академија медицинских едукатора. Постоје курсеви у склопу програма који се морају завршити у року од три месеца из одређених области и предмета. Након 18 месеци похађања интензивног програма Академије едукатора, добија се звање едукатора. Све те погодности умногоме олакшавају напредовање у служби и доносе финансијску добит.

Рад анестетичара Републике Србије доста се разликује од рада колега из Велике Британије, али и ми смо коначно добили могућност да се образујемо на Специјалистичким струковним студијама на Високој струковној школи у Земуну, што траје годину дана. За наше образовање углавном су заслужне саме колеге анестетичари, који су осетили недостатак и потребу за усавршавањем, потом еминентним професорима Катедре за анестезиологију и реаниматологију, те самим професорима Високе струковне школе у Земуну.

Поштујући професионалну етику у свим њеним областима, и поред непримерене материјалне надокнаде, свакодневно обављамо најсложеније анестетичарске процедуре на својим радним местима.

**Сања Смиљковић**  
Едукатор Центра за анестезиологију  
и реаниматологију КЦС



Писмо из Уганде

## ДЕЛИТИ ЗНАЧИ ЖИВЕТИ

Добар дан,  
добри људи,  
Пишем вам средином марта, средином дана, усред сушне сезоне. Напољу је сунчано и топло, што и вама желим, али што је много много је.

Почело је крајем новембра, и трајаће... Ни капи кише! Ни трачка свежине. И ветрић са језера је врућ! Ноћ не стиже да охлади вреле дане. Ретке паперјасте облачиће фотографишем. Тек да имам доказ како се нешто горе миче. Бескрајно плаво небо и у њему огромно сунце. Да је викенд, било би божанствено, али претера га, вала!

Да ми је снег да падне само на два дана, душом да данем, да ми је да се смрзнем само пола сата, па да попијем чај, да ми је само мало да провирим кући... није лако!



Њихова резиденција наш је други дом, испуњен песмом, уз гитару, преукусну храну, приче и смех до касно у ноћ у рајској башти, уз пуккетање и одсјај мирисне ватре

Насред дворишта омеђеног тропским растињем и наткривеног звезданим небом.

Пре две недеље мој доца је отишао, и то ми тешко пада. И не само мени. Његово знање и искуство, његово центлменско понашање, његово бело одело и панама шешир, постали су и остаће заштитни знак.

Начелника хирургије више немамо, и таквог више никад нећемо имати.

Доктор Спале од Кампале напустио је Уганду и оставио уцвелено особље. Уживали смо у сваком тренутку у раскоши његовог духа, у његовој јужњачкој природи, у његовом знању и умећу. Чуда је правило у операционој сали. Његови пацијенти су његов и наш успех. Било ми је задовољство и част да живим и радим с Вама, господине докторе Спасићу. Болница није, и никад неће бити иста без Вас.

И шта да додам још овом тексту?

Африка је једно чудо. И то ће вам рећи свако ко је спустио табан на овај континент. И свако ће вам, ако је иоле искрен, признати да га је Уганда излечила од многих болести западног света. Једноставност живота је запањујућа филозофија. Људска топлина је незаменљива и лековита. Брига за друге је свакодневна молитва. Делити значи живети у Африци. Ништа више, ништа мање.



Али базени су предивни, нарочито онај у Шератону, над којим бде и клепећу огромним кљуновима марабу роде.

И још је нешто непоновљиво дивно у том Шератону, концентрату луксуза и хедонизма – српски кувар! Мајстор свог заната! Главни кувар у Шератону, господин Александар Павловић, понос и дика српске дијаспоре у Уганди. Уврстио је у јеловник тог чувеног хотела ћевапчиће и карађорђеву шницлу. А каквог су укуса, мириса и како то све заједно изгледа, то вам ја са својим скромним списатељским могућностима не могу описати.

Српска дијаспора у Уганди бројна је и предивна. Држимо се, колико нам то наш менталитет допушта, умерено до знатно, углавном врло добро. Да нема неколицине почасних носилаца наших нарави, било би светски. Али онда то не бисмо били ми, него неки Швеђани или Данци. Овако, добри смо, не дамо се, препознају се сродне душе.

Не могу да не споменем српског конзула и његову породицу.

Господин Јован Латинчић, његова супруга Нена, прекрасни синови и снаха Американка, како и доликује најлешем Србину Уганде Стефану Латинчићу.

Скупљају нас као квочка пилиће, сабирају и греју својом несвакидашњом љубављу.

Он, аутентични београдски даса са Булбудер, она само Српкињама богом дана комбинација префињене лепоте и памети.



Ко научи да поклони себе другима, тај је Африканац.

Зовем се Моника, а моје име је Амон.

Ја сам Српкиња, а моје племе је Ацхоли.

Они осећају да им припадам, не знам како ни зашто.

Ја њих осећам као неког свог, јер су моји, не знам како ни зашто.

Само застрашујуће једноставна лепота постојања.

Смешите се много, то је језик који сви разумеју.

Много поздрава из сунчане Кампале.

Ваша колегиница,  
**Моника Грујичић,**  
Clinical site Manager,  
Кампала Индепендент Хоспитал,  
Нтинда, Кампала



Пријем ученика првих разреда у Медицинској школи „Стевица Јовановић“ у Панчеву

## ДОБРОДОШЛИЦА ПЕСМОМ – СЕСТРА

**П**рви септембар, још један почетак школске године. Пуно двориште ученика. По лицима препознајемо ђаке прваке. Озарена су, али и збуњена, пуна ишчекивања. За њих почиње нова животна страница.

Нова школа, нова средина, нови захтеви... Како ће се снаћи? Да ли ће нова школа испунити њихова очекивања?



Кроз сунчеве зраке који обасипају двориште дежурни професори и запослени у школи ученике прваке и њихове најближе упућују у физкултурну салу. Ученици су зачуђени њеном величином. Чују се коментари који убрзо престају, јер салу испуњава музика. Гледам у та млада лица како се труде да чују текст песме посвећене медицинским сестрама, коју пева наш познати певач Жарко Данчуа, текст је написао Станоје Јовановић, а музику компоновао Раде Радивојевић, према идеји Добриле Пејовић. Прелепа песма која објашњава суштину позива медицинске сестре – техничара. Важну професионалну улогу и велику подршку и помоћ пацијентима. Посматрам нове ученике. Слушају и размишљају о тексту, али и о свом будућем позиву.

Светлана Калапиш, директорка школе, пожелела је добродошлицу новим ученицима, честитала им за избор школе и занимања и истакла да улога медицинске сестре – техничара има вели-



ки значај, јер у процесу лечења они постају део породице пацијента, који не само што обавља медицинске – техничке радње него и пружа психичку подршку, која, уз сву терапију, помаже да пацијент оздрави.

Ученица Тина Смаиловић, у униформи ученика Медицинске школе у којој иде на праксу, прочитала је заклетву Флоренс Најтингел, коју су присутни саслушали у тишини пуној поштовања. Потом су одељењске старешине: I-1 Сања Стојку, професорка здравствене неге (смер медицинска сестра – техничар), Давид Драга, професор српског језика и књижевности I-2 (смер медицинска сестра – техничар), Наталија Грујић, професор биологије I-3 (смер медицинска сестра – техничар), Тамара Ристић, професорка биохемије I-4 (медицинска сестра васпитач) и Мирјана Бончић I-5 (смер здравствени неговатељи) прозвали полазнике својих одељења и повели их у учионице. Све време се у позадини чула песма о медицинској сестри.

Почео је нови циклус школовања. Ученици су испраћени да стичу знања песмом о њиховом будућем позиву и њиховој великој улози у процесу очувања здравља људи. Свечаност смо организовали захваљујући иницијативи наше драге бивше главне сестре Опште болнице у Панчеву и једног од оснивача наше школе сестре Олге Рапајић Николић. Топлина и свечана атмосфера подстакла ме да ово искуство поделим са другим школама. Трудићемо се да овакав дочек нових ученика постане традиција наше школе.

*Светлана Калапиш, директорка*





# Медицинске сестре најслабија карика здравства

Оне су и физички радници и спремачице и стручни сарадници. – Мале могућности за додатну едукацију

Пурање крвета и сточића, преношење и храњење пацијената, давање терапије, уписивање података о пацијентима и у картоне и у компјутер, само су неки од послова којима се свакодневно баве медицинске сестре у Србији. Парадоксално је и да у нашој земљи у великом броју медицинских установа једна сестра брине о 25 пацијената, а по светским стандардима би требало, на пример, на одељењима интензивне неге и хирургије да ради 20 сестара на 25 лежњих пацијената. Сви ови проблеми натерали су многе припаднице ове професије да лају отказ и срећу, попут лекара, потраже у Норвешкој, Немачкој и другим земљама са бољим животним стандардом.



Тежак посао медицинских сестара често је слабо плаћен

У Србији лиценцу за рад има око 65.000 сестара, а око 5.500 не може да нађе посао у струци. Проблем је и што је више од 60 одсто сестара старије од 40 година, а млађе, које су спремице да уче језике, одлазе у иностранство. Небојша Ваџић, председник Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије, наглашава да је само у току једног месеца 30 сестара отишло у бели свет трбухом за крухом, али да су и у другим земљама плате смањене.

– У Немачкој су раније зарађивале око 2.500 евра, а сада им због уведеног пореза на самце остане око 1.300 евра. Сви желе да оду у Швајцарску због добрих зарада, али да би се тамо запослили морају да имају трогодишњи стаж у земљама ЕУ. Страхујем да ће ситуација код нас бити много лошија када уђемо у ЕУ. У Бугарској је

од 60.000 сестара 60 одсто отишло у земље ЕУ. Када наша медицинска сестра оде негде да ради, сви је обурекче прихвате, јер има добро знање – истиче Ваџић долајући да није у реду то што се дешава да се не дозвољава да се на место сестре која одлази у пензију запосли нова, па је оптрехење за оне које остану огромно.

Забрињавајући су подаци истраживања према којем су од 4.000 анкетираних сестара и техничара, њих 1.600 постали инвалиди за време док су радили. Запослени у овој делатности највише оболевају од тешких обољења кичме и коштаног-зглобног система. Иако је овде реч о десетинама хиљада људи, медицинске сестре немају свог представника у надлежном министарству који би се борио за побољшање њиховог статуса.

Д. Давидов-Кесар



НАЈБОЛЈЕ  
medicinske sestre  
na svetu

JELENA DUROVIC

## Најсрећнија сам кад живот победи

Тек кад почнете да радите, схватите да је једно учити о болестима, а нешто сасвим друго држати на рукама човека који умире. Губитак svakog пацијента сам отпатил. Како сам стичала сигурност у себе, било је мало лакше. Али никада се нисам навикла на умiranje, прича Јелена Ђуровић (42) из Београда, главна медицинска сестра Кабинета за фармаколошке тестове на Одељењу за кардиологију Поликлинике Клиничког центра Србије. Због своје посвећености послу, осмећа и лепе речи за svakoga, омиљена је сестра међу пацијентима.

Била је дак генерације, маћала о молекуларној биологији, али ју је пут одвео на Вишу медицинску школу у Земуну.

– Године које су уследиле биле су теške, па сам се запослила са средњом медицинском школом кад сам апсолвирала. Неизмерно се дивим младим људима који се одлуче да раде и студирају јер знам коли-

ко је мени било теško да из ноћне смене idem на испите – прича.

Њено прво радно место било је у Urgentnom centru, на кардиологији. Посао у коронарној јединици највећа је школа коју је прошла. Тамо, каже, стижу пацијенти на ивичи живота и смрти.

– Ту наше знање и спретност имају presudnu ulogu. Saznanje да нећији живот завиди од мене prestravilo me је, али, на срећу, имала сам divne kolegince које су увек биле spremne да ми pomognu.

Најсрећнија је увек кад победи живот. Често се дешава да стигне пацијент у критичном станју, а ceo тим, чији је и Јелена важан deo, uspe да га oživi.

– То су trenuci zbog kojih вреди raditi ovaj preteški posao – каже.

Пошто је ispekla занат у коронарној јединици, прелази у кардио-хируршки šok, где ostaje godinu дана. Ту је зачиће bombardovanje.

– Најстрашнији trenutak у mojoj karijeri био је онај када је погоден Generalštab. У том trenutku sedela sam

pored pacijenta који се boriо за život.

А онда је saznala да је у drugom станју, baš pošto су је slučajно slikali rendgenom dok је pridržavala pacijenta који nije mogao да stoji.

– Dala sam otkaz uz obećanje да ću се vratiti после porodaја ако me još буду želeli.

Srećom, јесу. Danas је Jelena ispunjena на svim poljima. Ima svoje две девојчице, Aleksandru (15) i Anitu (10), supruga Milana, а s njima су i kuca Beki i две raspevane papagajke tigrice.

С једнаком посвећеношћу и dalje radi težak, odgovoran, slabо плаћен i nedovolјно cenjen posao medicinske sestre на кардиологији Poliklinike Kliničког центра. Daje се послу baš kao i prvog дана, увек puna empatije i razumevanja за bolesnika i njegove bližnje. Jedino данас, после skoro 20 година rada, straha više нема.

– Znam kada, kako i šta треба да uradim у svakom trenutku i napokon mogu да uživam у svom послу без straha. •

Фото: Д. Давидовић

## Reč po reč



MARICA PIVLJANIN

## Nema panike, pacijent mora da se oseća sigurno

Marica Pivljanin (41), glavna medicinska sestra u Kabinetu za ergometriju i stresnu ehokardiografiju u Poliklinici Kliničког центра Србије, odmerena је, stalozna, spretna. Nikada не podiže ton i не paniči, ma koliko да је situacija pred njom teška i stresna. Njene kolege кажу да bi, kad би се razboleli, voleli да ih Marica leči. Zato što је sigurna u себе, pa се човек uz nju oseća kao да ništa не može да mu се desi.

– Ma koliko pacijent bio ugrožen, zdravstveni radnik не sme да покаже strah, paniku i nesigurnost. Morate да smirite bolesnog човека, да mu ulijete poverenje, да mu izmamite osmeh. Tek onda znate да ste svoj posao obavili kako treba – каже Marica.

Rodena је u Guči, а Srednju medicinsku školu završila

је u Čacku. Nakon toga došla је u Beograd, где је 1992. upisala Višu medicinsku školu.

Njena želja за znanjem не prestaje. Prošle godine upisala је specijalističke studije на Visоkoј zdravstvenoj školi strukovnih studija i sve postiže lako које је udata i ima Ognjena (7) i Petra (5).

У Kliničког центра Србије Marica почиње да radi 1995. godine. I ona се kalila на најtežim odeljenjima ove klinike. Prvo Maričino радно место bilo је u Urgentnom centru, на кардиологији. Posao u коронарној јединици doneo јој је, kao i Jeleni, neprocenljivo iskustvo.

– Tu sam naučila како се kontrolišu сопstvena osećanja. Nema човека kog бол i patnja не uznemire i не potresu, ali to не sme да те preplavi. То istripiš како znaš i умеš. •

10 godina



Jelenu Đurović svi pacijenti vole



Горан Тадић, Клиника за хематологију КЦС

Goran Tadic, Department of Hematology, CCS

## ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ПРОЦЕСА ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ КОД БОЛЕСНИКА СА ХЕМОФИЛИЈОМ

## IMPLEMENTATION OF NURSING IN PATIENTS WITH HEMOPHILIA

Горан Тадић рођен је 1981. године у Зрењанину. Средњу медицинску школу завршио је на Звездари 2000, а Високу здравствену школу струковних студија у Земуну 2014. године.

Радни однос заснива на Клиници за хематологију 2003. године, на IV одељењу за акутне леукемије. Од 2009. ради на II одељењу за поремећаје хемостазе и мешовиту хематолошку патологију. Аутор је више радова, учесник и предавач на конгресима и едукативним семинарима на КЦС и у другим местима у Србији. Члан је више струковних организација.



Goran Tadic was born in 1981., Zrenjanin, Serbia. Secondary medical school finished in 2000. and Higher school of health studies in 2014.

The employment relationships based at the Clinical center of Serbia, Department of hematology, 2003. for acute leukemia. From 2009. professional career continuous at the Department of disorders of hemostasis and mixed hematological pathology. He is the author of several educational works, participant and speaker at conferences and seminars in Serbia and Clinical center. He is a member of several professional organizations.

### Сажетак

### Abstractum

Процес здравствене неге сложен је вишестепни метод, заснован на општенаучним принципима и принципима здравствене неге и максимално је прилагођен задовољавању индивидуалних потреба корисника/болесника за негом. Подразумева плански и систематски рад, контролу и проверу, партиципацију појединца и других релевантних субјеката, што омогућава успешне резултате и развој свих учесника узајамном разменом знања, искуства и разумевања.

Све то посебно се односи на примену процеса здравствене неге код болесника са тешким обољењима каква је и хемофилија, где је тимски рад потпуно изражен.

У савременим условима превладало је мишљење да медицинска сестра треба да буде свестрано образована и оспособљена да у професионалној пракси своје интелектуалне могућности користи на организован, систематичан и ефикасан начин. Континуирана медицинска едукација медицинских сестара – техничара важан је предуслов за увођење процеса здравствене неге у свакодневни рад.

### Увод

Процес здравствене неге је научно заснован систем рада здравственог радника (медицинске сестре), усмерен на идентификовање и решавање потреба појединца, породице и заједнице за негом које произлазе из њихових реакција на здравствене проблеме и друге животне ситуације у вези са здрављем.

- Значај процеса здравствене неге са становишта сестринства:
- метод је истраживачки – омогућава евалуацију и развој сестринства,
  - применом процеса сестре се стручно усавршавају,
  - развија се критичко, каузално и апстрактно мишљење,
  - омогућава се усавршавање документације здравствене неге, израда норматива и стандарда,
  - усклађује се рад тима за негу и здравственог тима,
  - подиже се сестринска професија на виши и сложенији ниво, одваја се од свакодневне рутине.

Процес здравствене неге искључиво је делокруг рада медицинске сестре, а састоји се од пет фаза, које се у свим уобичајеним ситуацијама одвијају следећим редоследом: утврђивање потреба болесника за негом, стварање сестринске дијагнозе, планирање неге, реализовање планираних активности и евалуација (вредновање) учињених активности.

The process of health care is a complex multistage method based on scientific principles and the principles of health care and maximally adjusted to satisfy the individual needs of users /patient for care. It involves a planned and systematic work, control and verification, participation of individuals and other relevant subjects, enabling successful results and development of all participants through a mutual exchange of knowledge, experience and understanding.

All this applies particularly to the use of medical care for patients with serious diseases, such as hemophilia where teamwork can be fully expressed.

In modern conditions revived the opinion that a nurse should be thoroughly educated and trained in order to use its knowledge in an organized and systematic manner. Continuing medical education of nurses-technicians is an important precondition for the incorporation of health care process in their daily work.

Хемофилија је термин који се користи за групу болести које се одликују склоношћу за крварењем, а настају због наследног недостатка фактора коагулације. Хемофилија А, која настаје због недостатка фактора VIII, и хемофилија Б, која настаје због недостатка фактора IX, наслеђују се рецесивно преко гена који се налази на X хромозому. Од тих болести искључиво оболевају мушкарци, јер они имају само један X хромозом, а жене су преносиоци (кондуктори) ових болести. Недостатак фактора XI назива се хемофилија Ц и за разлику од претходна два обољења, наслеђује се аутомомно рецесивно. Веза између недостатка Ф XI и склоности крварењу слабије је изражена него што је то у случају хемофилије А или хемофилије Б.

Болесници са тешким обликом хемофилије обично пате од понављањих спонтаних крварења или крварења која се јављају и након мање повреде или хируршке интервенције. У готово 90% случајева спонтана крварења код болесника са хемофилијом А и Б се јављају у зглобовима и мишићима. Стога је здравствено- васпитни рад са болесницима од немерљивог значаја за превенцију повреда и инвалидитета, а самим тим и за побољшање квалитета живота.

Примена процеса здравствене неге код болесника са хемофилијом као не тако честим али веома тешким обољењем у медицинској пракси омогућава реалније и сврсисходније сагледавање потреба за негом. С тим у вези, медицинским сестрама и техничари-



ма олакшано је утврђивање болесникових приоритета, боља организација и рационализација.

### Методологија

**Циљ:** Приказ случаја из праксе.

**Задаци:** а) Сагледати проблеме болесника и утврдити потребе за негом током процеса здравствене неге.

**Методологија рада:**

*Методи:* а) Дескриптивни.

б) Опсервациони:

а) интервју;

б) анализа медицинске документације.

*Техника рада:* Интервјуисање.

*Популација:* Болесник који болује од хемофилије 30 година.

*Узорак:* Хотимични.

*Место:* Клиника за хематологију, КЦС, Београд.

*Време:* 24. 3. – 11. 4. 2014. година.

### Документовање здравствене неге

Сваки систематски рад заснива се на правилно формулисаној и квалитетној документацији. То се односи и на процес здравствене неге, јер ако нешто није документовано, може се сматрати да није ни урађено.

Документација је интегрални део савременог лечења и континуираног збрињавања пацијената. Она мора садржати:

- опште податке о болеснику,
- стање болесника приликом пријема,
- сестринску анамнезу,
- план здравствене неге,
- листу терапије и дијагностике.

Након прикупљања општих података о болеснику и стању приликом пријема, те сестринске анамнезе, може се прећи на утврђивање потреба за негом и њихово евидентирање у **Плану здравствене неге**. Медицинска сестра утврђује потребу за негом на основу сестринске анамнезе и даљег континуираног праћења болесника. Утврђене потребе треба класификовати према приоритету. Приоритет се утврђује према степену угрожености здравља или живота.

### ПЛАН ЗДРАВСТВЕНЕ НЕГЕ

ПРЕЗИМЕ И ИМЕ		Ј. Д.		РЕАЛИЗАЦИЈА		ЕВАЛУАЦИЈА		
Датум	ДИЈАГНОЗЕ И КОЛАБОРАТИВНИ ПРОБЛЕМИ У НЕЗИ	ПЛАНИРАЊЕ		I смена	II смена			
		ЦИЉЕВИ НЕГЕ	ПРОГРАМ НЕГЕ	ПЛАН.	РЕАЛ.			
24.03.2014.	1. Haemorrhagia m. quadriceps femoris dextri; 2. Dolor; 3. Hipotensio; 4. Tachicardia; 5. Затегнута, отечена и сјајна кожа на десном бутном мишићу услед хематома дуж целе десне натколенице; 6. Отежана сарадња због јаких болова, што се манифестује узнемиреношћу и вербалном агресијом болесника; 7. Могућност самоповређивања због отежане покретљивости; 8. Могућност запаљења вене због пласиране брауниле; 9. Дефицит у самозбрињавању због ограничене покретљивости у постељи.	1. Доћи ће до престанка крварења за 4 часа; 2. Бол ће потпуно престати за 6 часова; 3. ТА ће бити нормалан за 6 часова; 4. Пулс ће бити нормалан за 6 часова; 5. Кожа ће имати нормалан тургор за 3 дана; 6. Добра сарадња биће успостављена за 12 часова; 7. Неће доћи до самоповређивања током хоспитализације; 8. Неће доћи до запаљења вене до краја хоспитализације; 9. Моћи ће самостално да обавља личну хигијену за 3 дана.	1. Процена стања;	1	1	1	1	1. Заустављено крварење; 2. Бол није присутан; 3. ТА=110/70 mmHg 4. Пулс добро пуњен, ритмичан, Ф=78/мин.; 6. Активно сарађује.
			2. Ординирана терапија;	2	2	2	2	
			3. Праћење интензитета бола;	3	3	3	3	
			4. Праћење ТА на 1 час;	4	4	4	4	
			5. Праћење пулса на 1 час;	5	5	5	5	
			6. Хладне облоге;	6	6	6	6	
			7. Чешћи разговори;	7	7	7	7	
			8. Праћење ткива око брауниле;	8	8	8	8	
			9. Тоалета аногениталне регије 2х.	9	9	9	9	

### Закључак

Процес здравствене неге је сложен вишеетапни метод, заснован на општенаучним принципима и принципима здравствене неге и максимално је прилагођен задовољавању индивидуалних потреба корисника/болесника за негом. Подразумева плански и систематски



рад, контролу и проверу, партиципацију појединца и других релевантних субјеката, што омогућава успешне резултате и развој свих учесника узајамном разменом знања, искуства и разумевања.

Све то се посебно односи на примену процеса здравствене неге код болесника са тешким обољењима каква је и хемофилија, где је тимски рад у потпуности изражен.

У савременим условима сматра се да медицинска сестра треба да буде свестрано образована и оспособљена да у професионалној пракси своје интелектуалне капацитете користи на организован, систематичан и ефикасан начин. Континуирана медицинска едукација медицинских сестара – техничара важан је предуслов за увођење процеса здравствене неге у свакодневни рад.

### Литература

1. Бојковић, Н. (2002): *Здравствена нега у примарној здравственој заштити*, КОДЕФ, Београд; а. Christine A. Lee (2010.): *Text-book of hemophilia*, Wiley – Blackwell, West Sussex, UK.
2. Елезовић, И. (2013): *Водич за лечење болесника са хемофилијом и инхибитором*, Српска лекарска група за хемофилију, Београд.
3. Елезовић, И. (2010): *Поремећаји хемостазе и тромбоза*, Клинички центар Србије, Београд.
4. Ранковић Васиљевић, Р. (2004): *Методика и организација здравствене неге*, ВЕТШ, Београд.
5. Тијанић, М. и сарадници (2002): *Здравствена нега и савремено сестринство*, ДСИП „Бакар“, Бор.



Љиљана Ђукић, Ургентни центар КЦС

Ljiljana Djukic, Emergency center CCS

## ЗБРИЊАВАЊЕ ПОЛИТРАУМАТИЗОВАНИХ ПАЦИЈЕНАТА У УРГЕНТНОМ ЦЕНТРУ

## CARE MULTIPLE INJURED PERSONS IN THE EMERGENCY CENTER

Љиљана Ђукић рођена је 1958. године у Пожаревцу. Завршила је средњу медицинску школу и специјалистичке струковне студије на Високој здравственој школи струковних студија у Београду.

После завршетка средње школе започиње да ради на Клиници за неурохирургију Клиничког центра Србије. После отварања Ургентног центра, прелази са тимом у ту установу, у којој се образује службу ургентне неурохирургије. На место главне сестре Пријемне службе постављена је 2000. године и ту дужност обавља до 2013, када прелази на место едукатора Ургентног центра. Мастер студије јавног здравља завршава 2014. године на Медицинском факултету у Београду.



Ljiljana Djukic was born in 1958 in Pozarevac. She graduated Medical school in 1978. and started working. Within working she managed to finish Medical high school in 1978. Also became a nurse specialist when graduated at the High medical school. In 2014 she has finished Professional Studies in Medical Faculty of Belgrade. Her first working place was in neurosurgery intensive care unit where she stayed for five years. In 1987. with neurosurgery team she changes her work place and goes to Emergency department in its first days opened. In 2000 she became a head nurse of Receiving urgent service center until 2013. In 2014. she starts in new working position / nursing educator for emergency center.

### Сажетак

На основу резултата студије Глобалног оптерећења друштва болешћу повреде су идентификоване као водећи узроци оптерећења и важан јавноздравствени проблем. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), сваког дана у свету умире око 16.000 особа од последица повређивања, што представља 9%, више од пет милиона особа укупног годишњег mortalитета.

Сматра се да се рана смрт од тешке трауме у око 30% случајева може спречити правовременим и правилним поступцима у прехоспиталној и раној хоспиталној фази лечења. Као најбољи модел за лечење тешко повређених показао се нивелисани систем центра за збрињавање политраума (центри од 1. до 4. нивоа), који, уз добру прехоспиталну организацију, обезбеђује максималну ефикасност у лечењу, смањује инвалидитет и mortalитет. Са прогностичког становишта бољи терапеутски ефекти постижу се доктринарним приступом специјализованих траума тимова, који се састоје од лекара и медицинских сестара – техничара различитих специјалности, протокола лечења и технолошки развијенијом дијагностиком.

Иако је доказано да здравствено-промотивне и превентивне мере утичу на снижење ризика и инциденције повређивања, стиче се утисак да се тим мерама недовољно посвећује пажња. За праћење и квантификавање ефеката примењених превентивних програма (здравственог и других сектора друштва, системских и организационих) на оптерећење становништва повредама, потребно је да се повреде могу рутински бележити и да се изабраним показатељима антиципиране промене могу идентификовати.

**Кључне речи:** политраума, траума, превенција трауматизма, саобраћајни трауматизам, лечење повређених.

### УВОД

Трауматизам представља значајан јавноздравствени проблем у свету и Србији. Брзи развој културе и цивилизације са индустријом и саобраћајем, техником и великим померањем становништва са једног краја света на други носи у себи повећан ризик повређивања Несрећних случајеви и повреде свакодневно се дешавају свуда око нас и остављају последице у виду високог mortalитета, инвалидитета и великих материјалних трошкова. Траума-

### Abstractum

Based on the study Global society's disease burden, injuries are identified as leading cause of burden and an important public health problem. Based on the World Health Organisation (WHO) every day in the world dies approximately 16000 people as a consequence of injuries which represents 9% (over 5 million people) of total yearly mortality.

It is believed that early death caused by heavy trauma can be prevented in over 30% of the cases with timely and adequate responses in pre-hospital and early hospital phase of treatment. Leveled system of centers for poli-traumas care taking (level I to IV centers), has shown as the best model for treating heavily injured, which with good pre-hospital organization provides maximal efficiency in treatment, reduces invalidity and mortality. Prognosis aspects say that better therapeutic effects are achieved with doctrinal approach of specialized trauma-teams which consist of doctors and nurse-technicians with different specialties, treatment protocols and technologically more developed diagnostics.

Even though it's proven that health-promoting and preventative measures have influence on decreasing the risks and injuring incidence, it seems that not much attention is given to this measures. For monitoring and quantifying the effects of implemented prevention programs (health and other sectors of the society, system and organizational) the injury burdening of the population, it is necessary for injuries to be able to routinely note and that chosen indicators can identify anticipated changes.

**Key words:** poli-trauma, trauma, traumatism prevention, traffic traumatism, treatment of the injured

тизам се описује као епидемија и један је од најважнијих узрока изгубљених продуктивних година живота.

Трауматизам је подједнако водећи узрок морбидитета и mortalитета у урбаним и сеоским срединама. Повреде се дешавају у свим областима живота: у кући, у саобраћају, на раду, у спорту, а у порасту је број повреда насталих као последица насиља, суицида и ратних повреда. У појединим земљама где је систем регистрације и праћења свих повреда и последица повреда добро развијен, највећи број регистрованих повреда је у кући, а најтеже су у



саобраћају. Поред тога, уочава се повећање броја повређених у спорту и на рекреацији, а водећи узроци морталитета од повреда су саобраћајне несреће, самоубиства и убиства, са тежњом пораста.

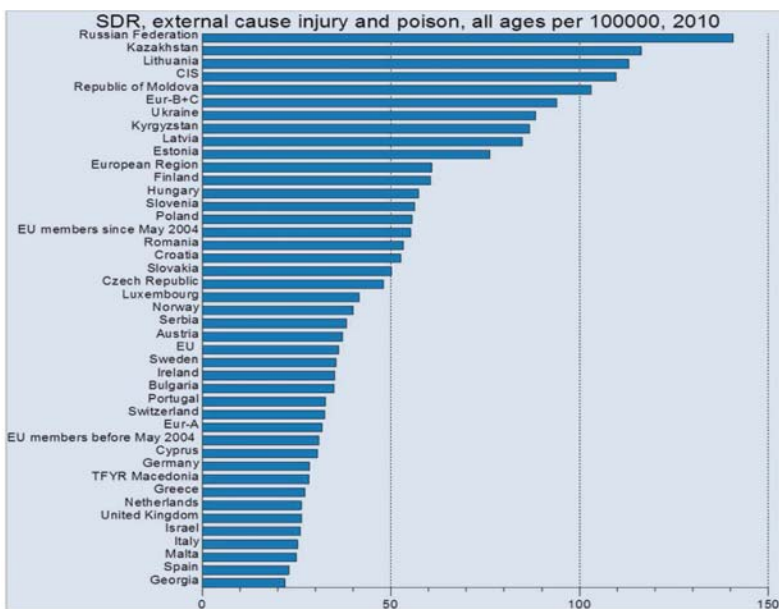
#### Анализа повреда у свету и Србији

У европском региону СЗО од последица повреда умре више од две хиљаде људи, шездесет хиљада њих се хоспитализује, а шестсто хиљада тражи хитну медицинску помоћ. Анализом морталитета од повреда уочавају се велике разлике између појединих регија света (подела према СЗО). Највише стопе смртности забележене су у европској, југоисточноазијској и афричкој регији. Највеће разлике уочене су у **Европи између развијених и слабо и средње развијених држава.**

**Као резултат великих мера превенције у појединим државама, као што су Холандија, Шведска и Велика Британија, смањена је и стопа морталитета и спада међу најниже у свету, мање од четири умрла на 100.000 становника.**

**Најновији светски здравственостатистички извештај предвиђа рапидно повећање броја повреда и насиља до 2030. године, посебно у земљама ниског и средњег националног дохотка.** Предвиђа се да ће се морталитет од водећих узрока смртности (саобраћајних удеса, самоубиства и убиства) повећати: саобраћајних повреда од 1,3 милиона у 2009. на 2,4 милиона до 2030. године, те да ће се са деветог места на лествици узрока смрти у 2009. години попети на пето место у 2030. години. Насиље ће са 22. доспети на 16. место, а самоубиства са 16. на 12. место.

Посматрано у односу на земље у Европи, током 2010. године Србија се налазила на 22. месту по вредностима стандардизоване стопе смртности од повреда (графикон 1).



Извор података: *Европска база података, Здравље за све, СЗО, април 2013. година*

Стопа морталитета од повреда и тровања у Србији од 1950. до 2009. године има узлазни ход. У односу на 1950–1952. годину број смртних случајева је са 3.000 повећан на 3.760 током 2007–2009. (пораст је мањи од 30%). Највише вредности евидентирани су 1991 (5.590), а најмање 1956. године (2.761). Највећи удео умрлих био је константно у групи радно активног становништва (графикон 2). Старосна структура умрлих од насилних смрти показује да се повећава удео старих особа (65+) у укупној смртности од насилних узрока. Разлози су старење становништва и смањена стопа смртности младих због насилних узрока.

Стопа морталитета припадника мушког пола просечно је три пута већа у односу на жене. У географској расподели, стопа морталитета је била виша у Војводини него у централној Србији, и износила је 63 према 47 умрлих на 100.000 становника (2007–2009). Најнижа стопа морталитета од насилних смрти је на југу централ-

не Србије (Прешево, Бујановац, Тутин), мање од 25 на 100.000 становника. Територија града Београда такође је сврстана у групу са ниским вредностима стопе морталитета од насилних узрока смрти и износи око 40 на 100.000. Највиша вредност је у Младеновцу и Сопоту, а најнижа у Новом Београду и Сурчину.

## ПОЛИТРАУМА

По дефиницији СЗО, траума је лезија на телу настала као последица акутног излагања некој врсти енергије (механичка, топлотна, електрична, хемијска или зрачење) с којом је тело дошло у контакт у онолико колико се превазилази праг физиолошке толеранције. Политраума, или синдром вишеструких повреда, представља истовремене повреде више телесних регија, органа и скелетног система, уз поремећај виталних функција организма са последичним системским реакцијама које доводе до дисфункције и отказивања органа који примарно нису повређени. Политрауме имају дефинисан степен тежине чији је скор већи од 15, односно 17 по новом мишљењу, на скали која је у корелацији са морталитетом, морбидитетом и временом које је протекло од трауме до хоспитализације. Повреде које су у уобичајеним околностима хируршки решиве код политрауме постају опасне за живот због системског оптерећења

**Смртни исход** после траума јавља се као тренутна смрт, рана и позна смрт. **Тренутна** смрт настаје неколико секунди до неколико минута после повреде и ти пацијенти не могу бити спасени, а узроци су руптуре аорте, повреде миокарда, мозга продужене моздине и цервикалне кичме. **Рана смрт** настаје од неколико минута до неколико сати после удеса, а најчешћи узроци су: повреде грудног коша (хемато-/пнеумоторакс), интракранијални хематоми (епи-субдурални), интраабдоминалне повреде паренхиматозних органа (руптура слезине, лацерација јетре), тешке повреде карлице, и вишеструке повреде са израженим губитком крви. Прогноза није добра, али се инциденција раних смртних случајева може драстично смањити спровођењем брзих, правилних иницијалних поступака. За разлику од претходних смрти, **позна смрт** настаје неколико дана до неколико недеља после трауме, као последица секундарних оштећења узрокованих траумом (мултиорганске дисфункције или септичног синдрома). Прогноза зависи од квалитета хируршких мера и мера које се спроводе на одељењу интензивне неге.

Учесталост ране и позне смртности показатељи су квалитета организације здравствене службе једне земље, јер се оне могу знатно смањити спровођењем брзих и прописаних иницијалних поступака. Ургентно збрињавање пресудно је за смањење морталитета у првом, тзв. златном сату после траума. Комитет за трауму Америчког друштва хирурга (Committee on Trauma of the American College of Surgeons) предложио је систематски концепт збрињавања (енгл. Advanced Trauma Life Support - ATLS). На бољи прогностички ефекат утиче постојање специјализованих траума тимова лекара различитих специјалности, придржавање доктринарног приступа, формирање протокола лечења и технолошки развој у области дијагностике и лечења.

## Скоринг-систем за процену тежине стања политрауматизованих пацијената

Код политрауматизованог болесника скоровање подразумева процену свих органа и система, што све заједно на крају као резултат има процену исхода лечења болесника. Избор скор-система који ће се применити зависи од типа повреде органа и система органа, односно зависи од клиничке потребе. Скоринг-системе деле се на анатомске, физиолошке и комбиноване (анатомско-физиолошке).

Скоринг-систем који је до данас највише примењиван јесте скраћена скала повреда, са вредностима скора тежине повреде, такозвана АИС-ИСС (енгл. Abbreviated injury scale- Injury Severity Scale). Људско тело је за тај систем скоровања подељено на шест региона, који се у неким сегментима разликују у табелама за тупе повреде од оних у табелама за пенетрантне повреде. Све повреде су сврстане у скале, које носе бодове од 1 до 5. Класификованем по-



вреда по тим скалама може се уочити које су повреде доминантне. Бодови три најдоминантније повреде степењују се, па затим сабирају и на основу тога се добија скор тежине повреде – ИСС. Ако се повреде из три региона означе са 5, тада је  $3 \times 25 = 75$ , што представља и највећу вредност коју ИСС може имати.

- Анатомски скоринг-системи :  
ABBREVIATED INJURY SCALE (AIS)  
INJURY SEVERITY SCORE (ISS)  
NEW INJURY SEVERITY SCORE (NISS)
- Физиолошки скоринг-системи:  
GLASGOW COMA SCORE (GCS)  
REVISED TRAUMA SCORE (RTS)

AIS Score	Injury
1	Minor
2	Moderate
3	Serious
4	Severe
5	Critical
6	Unsurvivable

Region	Injury Description	AIS	Square Top Three
Head & Neck	Cerebral Contusion	3	9
Face	No Injury	0	
Chest	Flail Chest	4	16
Abdomen	Minor Contusion of Liver Complex Rupture Spleen	2 5	25
Extremity	Fractured femur	3	
External	No Injury	0	
Injury Severity Score:			50

## ТРАУМА-ЦЕНТРИ

О квалитету организације здравствене службе једне земље и успешности координације између и унутар њеног здравственог, социјалног и правног система и цивилног друштва, те сектора за унутрашње послове може се судити на основу учесталости смртности која се може знатно смањити брзим и правилним ургентним збрињавањем и мултисекторским превенирањем. Као најбољи модел за лечење тешко повређених показао се систем центара за ургентно збрињавање нивелисан од 1. до 4. нивоа, који, уз добру прехоспиталну организацију, обезбеђује максималну ефикасност у лечењу, смањује инвалидитет и морталитет, те растеређује центре нивоа од 1. до 2, који приоритетно треба да се баве лечењем најугроженијих пацијената.

Мрежа траума-центра од 1. до 4. нивоа обезбеђује збрињавање повређених са различитим врстама повреда и подразумева организацију збрињавања пацијената са траумом, континуирану медицинску едукацију, истраживање, испитивање морбидитета и морталитета. **Траума-центар првог нивоа** подразумева особље и хируршки тим који двадесет четири сата збрињава пацијенте свих узраста са различитим врстама траума, укључујући пацијенте са опекотинама и повредом кичменог стуба. Тај ниво мора да има службу која ради научноистраживачке пројекте у области трауме (организација програма превенције, континуиране едукације из области трауме, праћење морбидитета и морталитета. У оквиру дежурних екипа дежурају општи хирурзи, анестезиолози, лекари ургентне медицине, неурохирург, ортопед, микрохирург и грудни хирург. У тра-

ума центру првог нивоа двадесет четири сата су доступне операционе сале, јединице интензивног лечења, све врсте радиолошке дијагностике, лабораторијске услуге и хемодијализа. Пацијенте лече и после трауме, јер су у том оквиру и рехабилитациони центри.

**Траума-центар другог нивоа** налази се у мање насељеним местима и обезбеђује потпуно иницијално збрињавање пацијената са траумом, али је број постеља мањи него у траума-центру првог нивоа. Неурохирург и хирург долазе по позиву за двадесет минута.

**Траума-центар трећег нивоа** подразумева присуство општег хирурга и јединицу интензивног лечења. Обезбеђен је преглед пацијената, стабилизација и транспорт до траума-центра првог или другог нивоа.

**Траума-центар четвртог нивоа** обезбеђује само хитне хируршке интервенције ако је пацијент животу угрожен, јер има ограничене медицинске и хируршке капацитете. Дежуран је један лекар и на том нивоу је обезбеђен АТЛС, стабилизација пацијента и транспорт до траума-центра вишег нивоа.

## Социјално-медицински значај истраживања политрауме

Политрауме имају велики социјално-медицински значај и предмет су интересовања јавноздравствених и клиничких истраживања. Елементи који им дају посебне социјално-медицинске и епидемиолошке одлике и значај су: масовност, динамика, утицај социјално-економских услова живота и рада на настанак, ток и прогнозу, угрожавање посебно вулнерабилних категорија становништва, могућност превенције, ране дијагностике и правилне терапије, прогноза, здравствене и социјалне последице, економско становиште. У том смислу постигнут је консензус да је поред мерења броја сачуваних (година) живота, важно и смањење инциденције свих повреда и посебно озбиљних повреда – политраума због њиховог великог оптерећења на заједницу у смислу трошкова, функционалне неспособности, инвалидитета и квалитета живота.

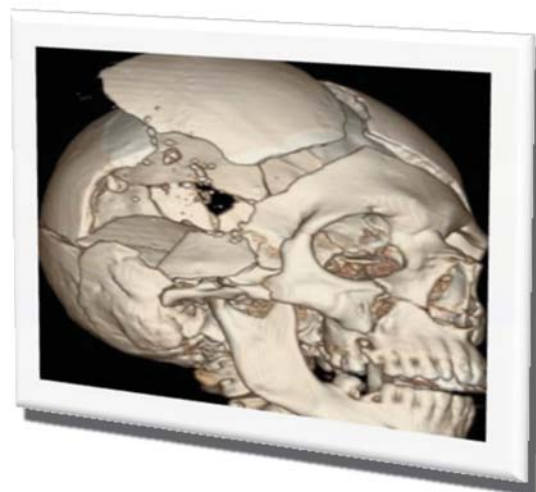
## ЦИЉЕВИ РАДА

Истраживање је имало три циља:

1. Сагледавање социодемографских карактеристика политрауматизованих пацијената.
2. Утврђивање дистрибуције пацијената који су доживели политрауму у односу на време и место настанка политрауме.
3. Анализу дистрибуције пацијената са политраумама према типу и механизму повређивања и исходу.

## МЕТОД РАДА

Истраживање је дескриптивна анализа јавноздравствених и клиничких видова политрауматизованих пацијената серије случајева, који су збринуте на интензивној нези Ургентног центра Клиничког центра Србије од 1. јануара 2012. до 31. децембра 2012. го-





дине. Тада су на одељењу интензивне неге хоспитализована 234 политрауматизована пацијента (са ИСС скором већим од 17).

Анализиране су следеће карактеристике политрауматизованих пацијената: пол, године старости, место становања и време њиховог пријема у КЦС, природа и тип повреда, време и место, механизам повређивања, број дана лечења, финансијске могућности и исход лечења. Из анамнестичких података у историји болести преузети су и подаци о коморбидитету присутних у тренутку повређивања (21%). О факторима ризика није било евиденције.

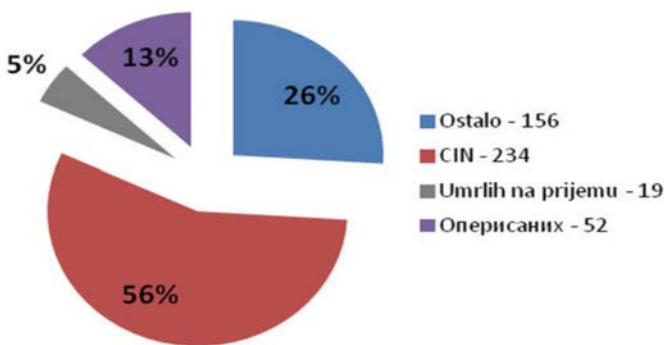
Извори података за овај део истраживања били су књига протокола и историје болести пацијената (укључујући и обрачунски лист) и демографска и витална статистика Савезног завода за статистику и Републичког завода за статистику за 2009. годину, те подаци полиције Републике Србије.

Подаци су обрађени методама дескриптивне и аналитичке статистике и приказани табеларно и графички.

## РЕЗУЛТАТИ РАДА

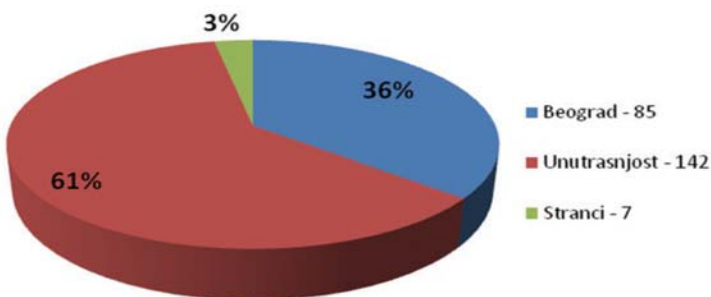
Социодемографске одлике пацијената у интензивној нези Ургентног центра 2012. године.

У току 2012. године у Ургентни центар је преко амбуланте реанимације примљен 461 политрауматизовани пацијент. У операциону салу хитно су упућена 52 (11,3%) пацијента, а умрлих је у амбуланти реанимације било 19 (4,1%) пацијената – **рана смрт** (графикон 3). Највише их је примљено на одељење Централне интензивне неге (ЦИН), укупно 234 (51%), са ИСС скором већим од 17 било је 179 особа (76%) мушког пола, а 55 (24%) женског пола.



Графикон 3. Дистрибуција повређених на пријему

Према месту становања било је: 142 (61%) из унутрашњости, 85 (36%) из Београда, 7 (3%) страних држављана (графикон 4).

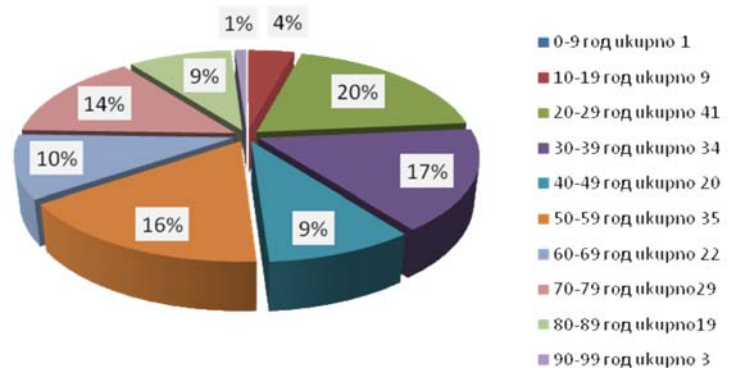


Графикон 4: дистрибуција пацијената према месту становања

У дневној смени, од 7 до 19 сати, примљене су 104 (44%) особе, а од 19 до 7 сати 130 (56%) пацијената. Оваква дистрибуција пацијената условљена је природом и тежином повреда и организационим условима за потребно лечење.

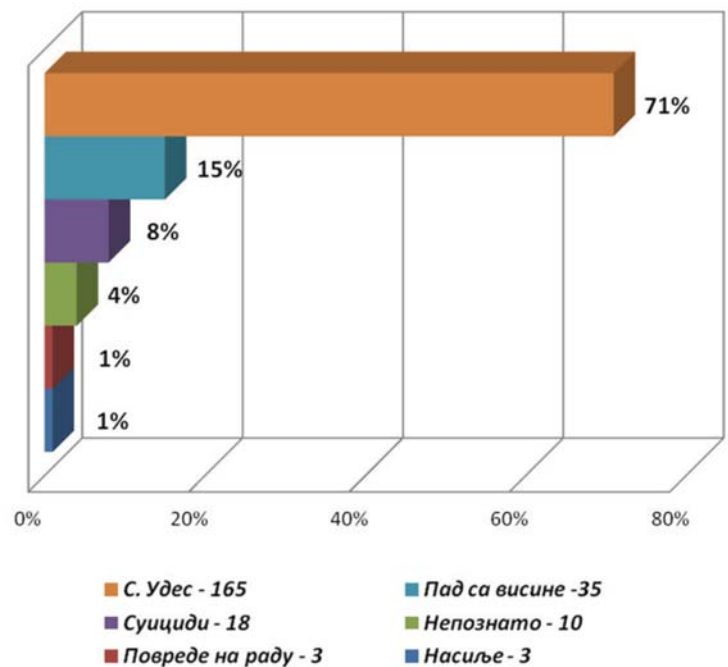
Према месту и времену повређивања, 153 (69%) имало је неозгоду у унутрашњости, а у Београду 70 (31%). Центар за интензивну негу је јединствен по протоколу лечења и условима рада, што

је утицало да већи број повређених у унутрашњости буде транспортован у Београд. Према годинама живота повређених (графикон 5), највише повређених – 41, било је узраста 20–29 година и 35 у узрасту 50–59 година.



Графикон 5: дистрибуција пацијената према годинама старости у централној интензивној нези 2012. године.

У дистрибуцији политрауматизованих пацијената према типу и механизму повређивања и исходу, у саобраћајном удесу било је 165 (71%) повређених, при паду са висине 35 (15%), покушаја самоубиства (суицида) 18 (8%), повређених са непознатим околностима 10 (4%), повреда на раду 3 (1%), повређених у насиљу 3 (1%) (графикон 6).



Графикон 6: дистрибуција пацијената према типу и механизму повређивања у централној интензивној нези 2012. године.

За политрауматизам карактеристично је више дијагноза које описују више повређених органа и дисфункције органа који нису примарно повређени. Према типу повреде, са доминантном краниocereбралном повредом примљена су 124 пацијента, са доминантном абдоминалном и повредом грудног коша 110 пацијената.

Просечан број дана лечења био је 14,4 (мин. 1 – макс. 116). У просечну дужину лечења урачунато је време лечења особа које су егзистирале. Према исходу лечења, 118 (49,6%) пацијената је након стабилизације стања пребачено на друга одељења или регионалне центре на наставак лечења и рехабилитацију, а 116 (48,6%) имало је леталан исход – позна смрт.



## Препоруке за збрињавање повређених

Клинички алгоритми представљају научно признате стандарде, показују логички структурисано решење у збрињавању повређених. Прва помоћ приликом збрињавања повређених подразумева скуп мера и поступака којима се спасава живот и спречава даље погоршање здравља повређених, уз примену стандардних, приручних или импровизованих средстава. Прогноза политрауматизованих пацијената директно је зависна од времена које је протекло од удеса до дефинитивног збрињавања у прописаној установи.

**Златни сат** је време од повређивања до слома функције физиолошких механизма у коме је још могуће одржати виталне функције у физиолошким границама, те време у коме је могуће купирати ефекте кисеоничког дефицита. Редослед поступака – добар алгоритам омогућава ефективан преklinички третман, што је предуслов за успешан транспорт и дефинитивно клиничко збрињавање. Посебан проблем представља појава више повређених. У том случају неопходно је направити тријажу која подразумева избор пацијената за терапију и транспорт. Један од најпознатијих протокола је АТЛС – Advanced Trauma Life Support, који је предложио Комитет за трауму Америчког друштва хирурга. Главне смернице те препоруке су стабилизovati жртве трауме, идентификовати животно угрожавајуће повреде, започети правилну терапију, применити мере брзог транспорта у установу где ће бити омогућен дефинитиван третман. Посматрано од тренутка повреде, па до коначног излечења, лечење политрауматизованог болесника може се поделити у три фазе. То су:

- Примарно збрињавање болесника
- Секундарно збрињавање болесника
- Дефинитивно збрињавање болесника

## ПРИЈЕМ У УРГЕНТНИ ЦЕНТАР

Основни принцип лечења политрауматизованих болесника је почетак лечења на месту повреде, траје током транспорта, а наставља се у болници. Састоји се од брзог физикалног прегледа, уз истовремено омогућавање што боље оксигенације организма (ослобађање дисајних путева, интубација), заустављању спољашњег крварења и брзом надокнадом изгубљеног волумена, чиме се најуспешније смањују шок, хиповолемија и оштећење ткива. Такође се морају имобилисати преломи дугих костију и репонирати клинички јасна ишчашења. Задржавање на месту несреће не би требало бити дуже од 10 минута да би транспорт у болницу био у оквиру 60 минута од тренутка несреће. Сматра се да се рана смрт од тешке трауме у око 30% случајева може спречити правовременим и правилним поступцима у прехоспиталној и раној хоспиталној фази лечења.

Болничко раздобље лечења политрауматизованих болесника може се поделити на акутно, примарно или стабилизацијско, секундарно и терцијарно раздобље. **Акутно раздобље** обухвата прва три сата после доласка у болницу, када се наставља са реанимацијом (или започиње ако пацијент није медицински збринут), уз истовремено обављање даљњих лабораторијских и дијагностичких процедура. Тада се обављају хитне хируршке интервенције којима се спасава живот болесника (декомпресија шупљина, заустављање крварења и осигуравање проходности дисајног пута). Истовремено започиње примарно или стабилизационо раздобље, које обухвата од 1. до 72. сата, када стабилизује стање, уз сталну проверу оног што је урађено; изводе се хитне операције на мозгу, крвним судовима, дугим костима доњих екстремитета, нестабилној карлици и кичми.

**Секундарно раздобље** је време од три до осам дана и у њему се прати опоравак болесника. За време сваког раздобља могу се десити промене у реакцији организма које често узрокују компликације и нежељен исход. Неке од тих промена могу се предвидети и предухитрити правовременим дијагностичким и терапијским поступцима. Разлог треба потражити првенствено у природи тежине саме повреде.

**У терцијарном раздобљу**, које почиње од 8. дана, раде се сви реконструктивни захвати и спроводи рехабилитација.

## ДИЈАГНОСТИКА ПОЛИТРАУМЕ

Стандардни протокол код хемодинамских стабилних пацијената подразумева рендген лобање, вратне кичме, грудног коша, екстремитета, и ултразвук абдомена, ЦТ лобање, по потреби абдомена, грудног коша, ултразвук абдомена, вратне кичме, лабораторијска дијагностика. Након дијагностичке обраде, пацијент се спроводи директно у операциону салу уколико је то неопходно, или смешта у јединицу интензивног лечења.

## Рехабилитација после политрауме

После дефинитивног клиничког збрињавања, изузетно је важно спровођење правилне рехабилитације, која има за циљ успостављање што бољег квалитета живота. У методе рехабилитације спадају: физиотерапија, стационарна, рехабилитација, проширена амбулантна физиотерапија, ерготерапија, психосоцијално старање, могућност преквалификације на друга радна места

## Превенција повреда

Светска здравствена организација је 2002. године, учивши величину проблема повређивања, публиковала извештај о насиљу и здрављу и о превенцији повреда и насиља. На основу тог извештаја донесена је резолуција о Спровођењу препорука светског извештаја о насиљу и здрављу (WXA 56.24) и о Безбедности на путевима и здравље (WXA 57.10). Те резолуције су имале за циљ да подстакну владе за развијање националне и локалне стратегије и доношење правила за превенцију насиља и повреда. Један од таквих пројеката је Безбедна заједница, која се заснива на заједничком животу у заједници и шта сматра за мере постизања безбедности у заједници.

Основу свих активности решавања проблема трауматизма у оквиру система представља епидемиолошко праћење високоризичних група становништва стандардним епидемиолошким методама у облику траума регистра. Циљ траума регистра је стварање базе података која би идентификовала, описала, квантификовала и квалификовала повреде и трауматске смрти, укључујући и факторе ризика како би се помогло планирање здравствене политике, обима и квалитета превентивних мера и активности.<sup>22</sup> Тако би се омогућио и тачнији мониторинг ефеката превенције на смањење учесталости повреда (графикон 7).



Графикон 7. Кључ превенције

Најчешћи модел превенције повреда по Haddons-у заснован је на епидемиолошкој димензији трауматизма и на случајевима. Епидемиолошка димензија подразумева повреде или потенцијално повређујуће догађаје, особине материјала и агенса који су изазвали повреду и фактор средине физичку околину и социокултуралне услове. Сваки од епидемиолошких фактора може играти улогу у сваком од појединачних случајева.





Регулатива и законодавство са казненом политиком садрже мере којима се законски ограничава ризично понашање. Најбољи успеси постижани су у превенцији комбинованом едукацијом и имплементацијом законске регулативе.<sup>1</sup>

Циљ едукација је да делује на појединце, заједнице, здравствене раднике, законодавце, медије повећањем знања о значају проблема и променом понашања. У превенцији повреда постоје три групе стратегијских активности – структуралне, бихевиоралне и здравствено-васпитне активности на пољу унапређивања јавног здравља.

Евалуација је кључна фаза и пружа информације у вези са ефикасношћу уведених мера и потребом модификације, уз праћење и примену научних доказа и позитивних искустава које су се показале успешне у превенцији повређивања

### Превенција повреда спроводи се на три нивоа

Примарна превенција повреда је унапређивање здравља и стварање услова да до повреде не дође. Спроводи се на нивоу породице, васпитно-образовне установе, радне организације, саобраћаја, здравства и политике. Неопходна је техничка, технолошка, урбанистичка, архитектонска, саобраћајна и законска подршка.

Секундарна превенција повреда има за циљ да прави пацијент стигне у праву болницу у што бољем стању у право време, а подразумева добро организован терапијски ланац трауме.

Терцијарна превенција спречава животну и радну неспособност повређеног, ублажава последице повреда и омогућава укључивање у редовне животне и радне активности. Спроводи се на нивоу медицинске, психолошке, професионалне и социјалне рехабилитације.

Глобални програм превенције повреда садржи јасно дефинисане циљеве и улогу здравствене службе и друштвене заједнице, здравствено васпитање, информациони систем, научноистраживачки рад и евалуацију. У састав глобалног програма за превенцију повреда улазе следећи елементи: епидемиологија, едукација стручних кадрова, васпитање и обука становништва, информациони систем комуникација и обавештавања, збрињавање повређених. У оквиру глобалног програма формирају се посебни специфични програми за превенцију повреда у кући, школи, саобраћају, на раду, у спорту и рекреацији.

### ЗАКЉУЧАК

Организован и систематски рад на превенцији повређивања и креирању безбедне животне средине може умногоме да редукује

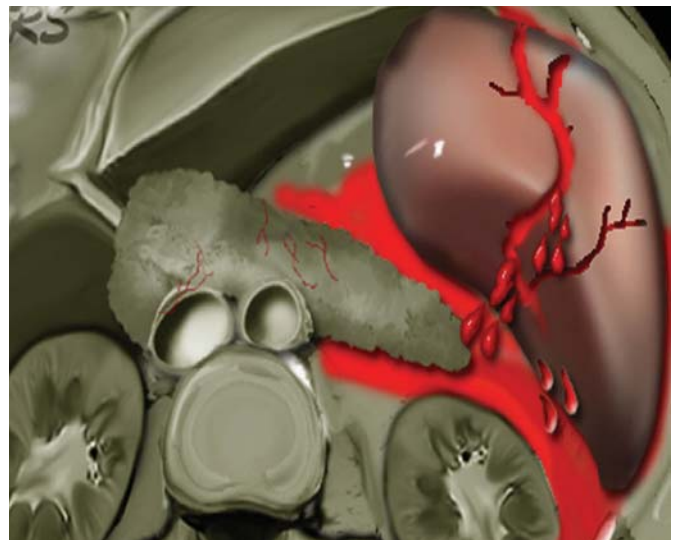
озбиљан проблем трауматизма и да умањи његове социјалне, здравствене, психолошке и економске последице.

Правилно збрињавање политрауматизованих пацијената је од изузетног медицинског, социјалног и економског значаја. На повећано преживљавање знатно утиче поштовање алгоритама у прехоспиталној фази и хоспиталним условима, формирање специјализованих траума-тимова лекара различитих специјалности, доктринарног приступа, формирање протокола лечења и технолошки развој у области дијагностике и лечења. Неопходна је континуирана медицинска едукација свих образовних нивоа и уиграност стручних тимова.

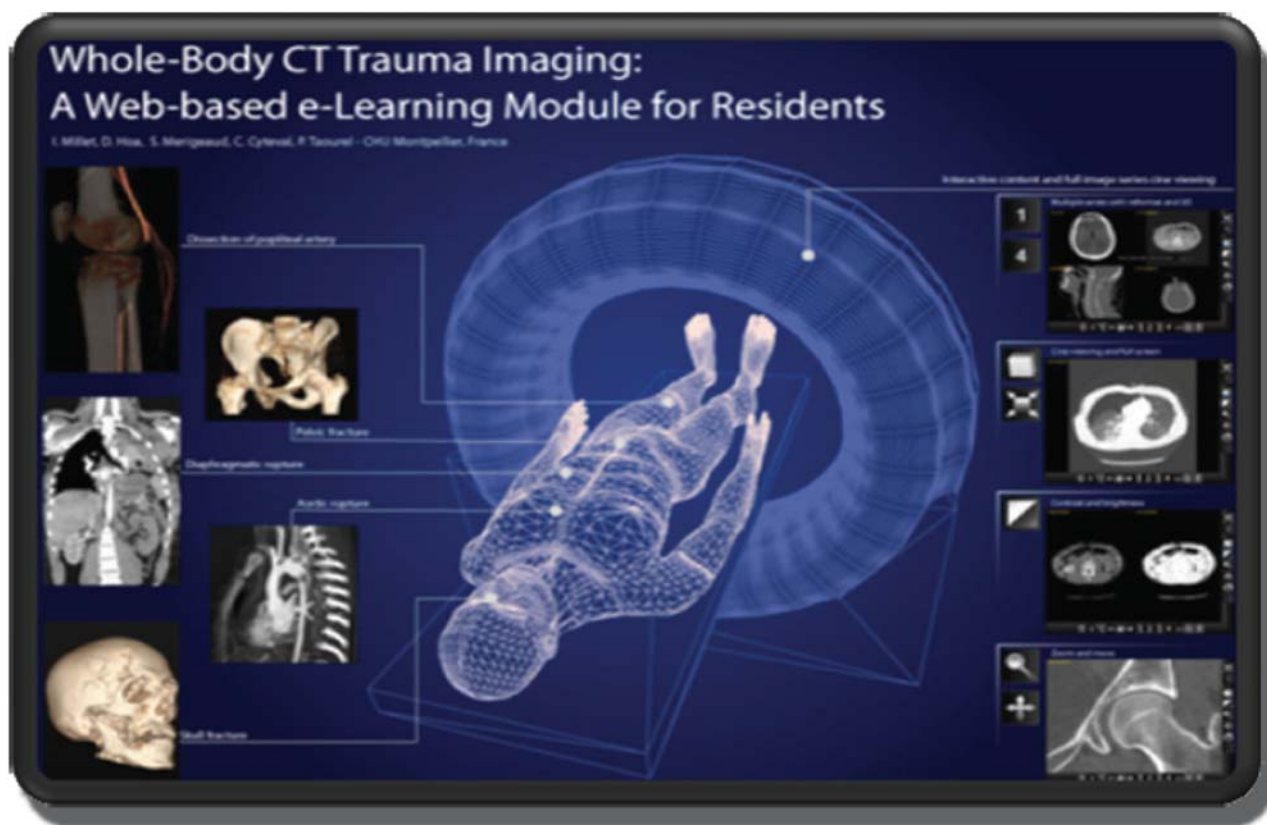
### ПРЕДЛОГ МЕРА

1. Политрауме су јавноздравствени изазов. Напредак се може остварити праћењем, регистрацијом и квалитетом података неопходних за интерсекторско деловање у превенцији политрауматизма у Србији.

2. За интерсекторско деловање у превенцији политрауматизма у Србији неопходни су следећи подаци: база података, односно национални регистар, како би се могао стећи увид у број повреда, механизам повређивања, збрињавање на прехоспиталном нивоу, исход лечења и инвалидности, те у цену лечења. Недостатак тих информација доприноси необјективном и недовољном сагледавању узрока и фактора који доводе до повређивања.







3. Истраживањем се дошло до препоруке да је потребно унапређивање регистрације података о факторима ризика, коморбидитету и финансијским трошковима повезаним са политраумама. Прецизнији, комплетни валидни подаци обезбеђују се постојањем регистра и софтверима који на прави начин подржавају комплетну медицинску документацију, која је предуслов бољег увида у лечење, унапређивање квалитета лечења, превенцију и менаџмент у здравственим установама.

4. Епидемиолошка анализа повређивања – фактора ризика, учесталости повређивања.

5. Регулатива, законодавство и казнена политика мера којима се утиче на понашање људи.

6. Едукација ради постизања нивоа знања и свести.

7. Унапређивање у приступу лечења на прехоспиталном и хоспиталном нивоу.

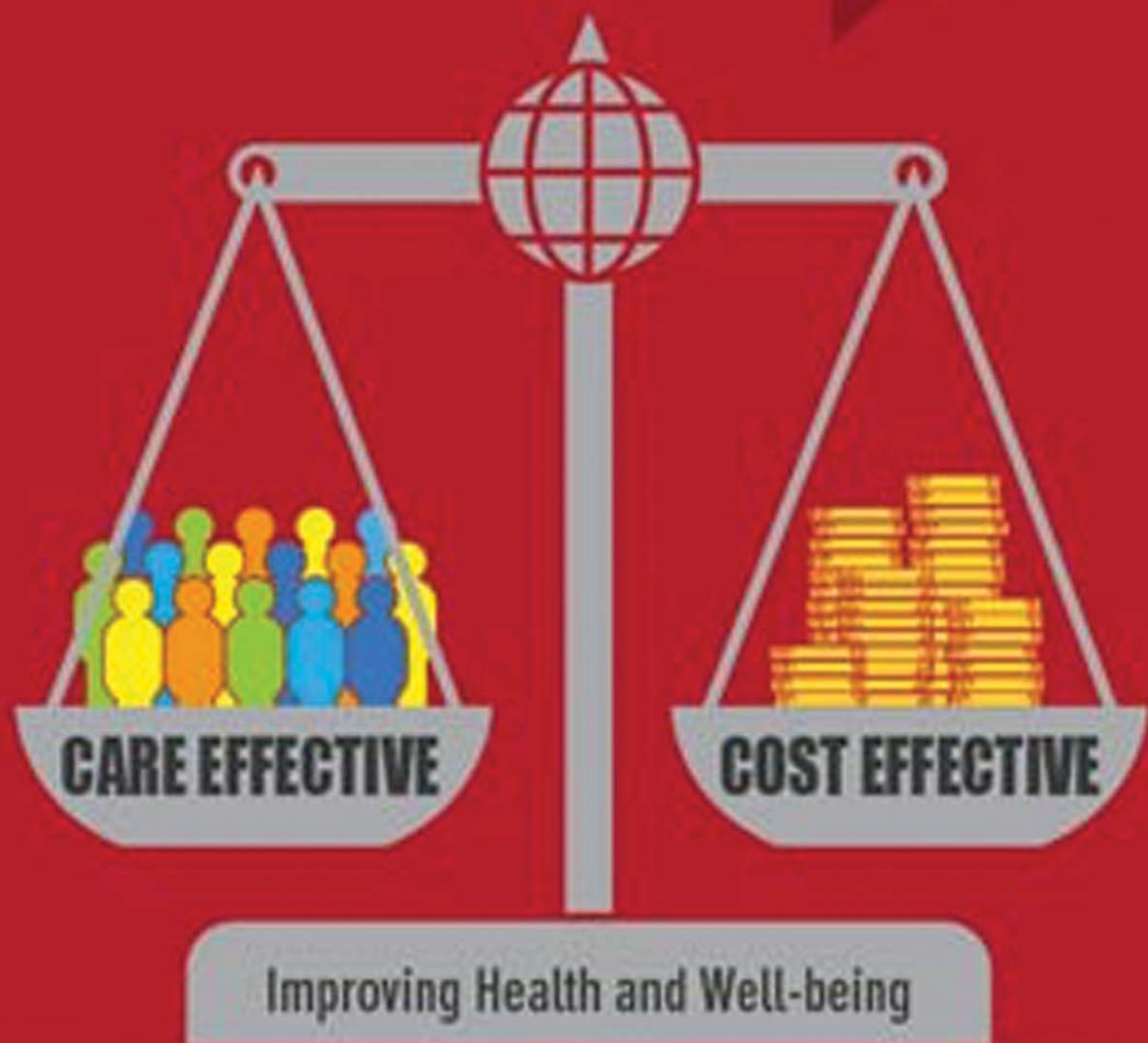
## ЛИТЕРАТУРА

- Sethi D, Mitis F, Racioppi F. Preventing injuries in Europe: from international collaboration to local implementation: *Executive summary*. Copenhagen: World Health Organization. 2010.
- Министарство здравља Републике Србија: *Препоруке за збрињавање трауме*, 2010. година.
- Wardle TD. Co-morbid factors in trauma patients. *Br Med Bull*, 1999, 55(4):744–56.
- Petridou ET, Antonopoulos CN, Alexe DM: *Epidemiology of Injuries*. In: Quah S, editor: *International Encyclopedia of Public Health*. Academic Press Six-Volume Set 2008: 609–625.
- Preventing injuries and violence <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595254>
- Stelfox HT, Bobranska-Artiuch B, Nathens A, Straus SE. Quality indicators for evaluating trauma care: A scoring review. *Arch Surg*. 2010;145(3):286–295.
- Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, *Здравље становника Србије*, 2011. година.
- Peden M, McGee K, Sharma G. The injury chartbook: A graphical overview of the global burden of injuries Geneva, World Health Organization, 2002.
- Copes, W.S.; H.R. Champion, W.J. Sacco, M.M. Lawnick, S.L. Keast, L.W. Bain (1988). *The Injury Severity Score revisited*, *The Journal of Trauma* (Lippincott Williams & Wilkins) 28 (1): 69–77.
- The TraumaBank Information Repository, <http://www.trauma.org/archive/scores/>.
- Carmont MR (2005). *The Advanced Trauma Life Support course: a history of its development and review of related literature*. *Postgraduate Medical Journal* 81 (952): 87–91.
- Демографска и витална статистика Савезног завода за сатистистику и Републичког завода за статистику за одговарајуће године.
- Маринковић, И.: *Узроци смрти у Србији од средине 20. века*, Институт друштвених наука, Београд, 2011. година.
- Здравље становника Србије, Аналитичка студија*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 2010. година.
- Институт за јавно здравље Србије, Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2012. Београд, 2013. година.
- Ministry of Health of the Republic of Serbia, *Serbian Burden of Disease Study*, Belgrade, Republic of Serbia. 2003.
- Пауновић, М.: *Трауматизам – изазов за ново јавно здравље*, ЈУСАД студија, 2008. година
- Injuries in the European Union: Summary of injury statistics for the year 2008–2010*. Eurosafe, 2013.
- Хрватски завод за јавно здравство: *Озледе у Републици Хрватској*, Загреб, 2014. година.
- WHO, Europe, *European HFA database*, July 2013.
- Гржаља, Н., Мариновић, М., Штиглић Д.: *Збрињавање политрауме*, Загреб, 2009. година.
- Самарџић, М.: *Хитна стања у неурохирургији*, Обележје, 2012. година.
- Global status report on road safety 2013. World Health Organization. Geneva, 2013. [www.who.int/violenceinjuryprevention/roadsafetystatus/2013/en/index.html](http://www.who.int/violenceinjuryprevention/roadsafetystatus/2013/en/index.html)
- М. Миланков: *Пројекат Безбедна заједница – Живот без повреда* <http://safe-community.tripod.com/>



International Council of Nurses

# **NURSES:** A force for change



12 May 2015  
International Nurses Day









# NUTRICIA Nutridrink

## Gutljaj energije

*Kompletna, visokoenergetska  
tečna hrana. Može biti zamena  
ili dopuna ishrani.*

### INDIKACIJE:

- Prevencija i lečenje malnutricije.
- **Onkološke bolesti.** Bolesnicima sa malignim bolestima, radi poboljšanja opšteg stanja organizma, kao i što lakšeg podnošenja terapije.
- **Osobama starijeg životnog doba.** Radi pojačanja mišićne mase i održavanja veće pokretljivosti
- **Otežano gutanje.** Osobe koje iz bilo kog razloga ne mogu da gutaju čvrstu hranu.
- AIDS, Alzhajmerova bolest, Parkinsonova bolest, Cistična fibroza, celijakija itd.
- **HOPB** sa gubitkom telesne težine
- Pre- i post- **operativni period**
- **Pothranjenost**
- Povećane **energetske potrebe** (sport)

### OSOBINE:

Sadrži proteine, kazein visoke biološke vrednosti, biljne masti, maltodekstrin. Idealan odnos masnih kiselina.

Bez laktoze, glutena i purina. Ne sadrži vlakna.

### UPOTREBA:

Kao dopuna ishrani: 1-3 flašice na dan.

Kao jedini vid ishrane: 5-7 flašica na dan.

Pije se polako, gutljaj po gutljaj, 20-ak minuta.

Ne primenjuje se do treće godine života.

### ČUVANJE:

Neotvoren na sobnoj temperaturi,  
jednom otvoren do 24h u frižideru.

**UKUSI:** čokolada, vanila i jagoda



**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition



Generalni zastupnik i uvoznik za Srbiju:  
**KIBID d.o.o.**, Prvomajska 8m, Beograd  
MEDICINSKA INFO-LINJA: 011/ 2100-464  
nutricia@kibid.rs • www.nutridrink.rs