



СЕСТРИНСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 13 • Број 46 • Београд, јануар-март 2016. • YU ISSN 1451-7590



СРБИЈА
ПРОТИВ РАКА

Пријатељи
podrživOT
fundacija za pomoć najmlađima



*Сестре Клинике за
гастроентерологију КЦС
на свакодневном послу*

НАГРАДА „ДУШИЦА СПАСИЋ”

Предлози за доделу награде достављају се најкасније до 19. марта 2016. године.

Поштоване колегинице,
Подсећамо вас да до 19. марта 2016. године можете предложити неку од својих сестара која испуњава услове за доделу награде „Душица Спасић“. Објављујемо критеријуме и адресу на коју можете слати своје предлоге. Најљубазније вас молимо да обратите пажњу на критеријуме и да заиста буду предложене сестре које су свој радни век провеле поред болесника негујући их. Можете предложити и сестру која није члан нашег удружења. Удружењу је веома ва-



КРИТЕРИЈУМИ ЗА ДОДЕЛУ НАГРАДЕ „ДУШИЦА СПАСИЋ“

Радно искуство најмање десет година у непрекидном раду уз болесника на пословима здравствене неге на интензивној, полуинтензивној нези и друго.

- Стручност и професионални однос у раду.
- Емпатијски и хуман однос према болесницима и члановима њихових породица
- Креативност у раду.
- Добра међусобна комуникација.
- Способност за рад у тиму.
- Поштовање аутономије људских права и достојанства човека.
- Да је члан струковне организације и да има њену подршку.

жно да добитнице буду заиста узорне сестре које могу да понесу ову престижну награду.

Срдачан поздрав.
Председник УМСТ „Сестринство“

ПРЕДЛОГЕ ЗА ДОДЕЛУ НАГРАДЕ „Душица Спасић“ доставити на наведену адресу до 19. марта 2016. године. Приложити документацију која одговара наведеним критеријумима, уз потпис непосредног руководиоца на меморандуму здравствене институције. Награђени кандидат нема права на поновну кандидатуру.

У Високој здравственој школи
струковних студија у Београду

СТАТУА МИЛЕНА ТИЈАНИЋ

Награда сестри за изузетан допринос васпитању
и образовању сестара

Увремену када се све вредности доводе у питање, када су сестре изложене критици на сваком кораку, када се њихово образовање „не препознаје“, Висока здравствена школа струковних студија у Београду додељује традиционалну награду „Статуа Милена Тијанић“.

Награда се додељује сестри за изузетан допринос васпитању и образовању медицинских сестара .

Конкурс је завршен, а награда ће бити уручена 4. априла 2016. године у Школи, Земун, Цара Душана 254.

Радмила Ранковић Васиљевић



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 банка), 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 Барјакаревић

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 13. бр 46. (јануар – март 2016).
– Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“.
Издаје тромесечно.

Тема о којој се говори (НЕ)СПОРНА ПОЗИЦИЈА СЕСТАРА

Да ли су Србији потребне школоване медицинске сестре и здравствени техничари?

Најхуманија професија, призната и цењена у свету, занемаривана је деценијама уназад и деградирана у тој мери да, можда, већ сутра неће бити у могућности да одговори савременим изазовима. Недовољан број високо образованог кадра (највећи број сестара је са средњом стручном спремом коју у свету нико не препознаје) и њихов велики одлив у иностранство, води у несагледиве последице, које се у крајњем могу неповољно одразити и на здравље најшире популације.

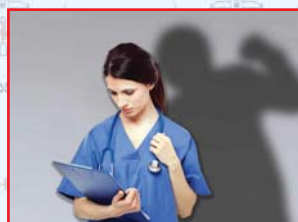
Синдикат медицинских сестара Клиничког центра Србије, организовао је 3. децембра минуле године трибину о тој актуелној здравственој и друштвеној теми, трагајући за сврсисходним одговором на питање с почетка текста. Скуп је био отворен за све заинтересоване. И наше удружење је делегирало своје представнике. Позиву су се одазвали и представници сва три ресорна министарства: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство здравља и Министарство просвете, науке и технолошког развоја.

На скупу је рокренуто мноштво питања. Предочено је стање у тој области. Изнето је сијасет предлога и сугестија. Шта ће од тога бити прихваћено и у ком року, остаје да се види? Кључно је да се сва три министарства усагласе, а то, чини се, неће бити тако лако.

Најважније од свега је да је дијалог отпочео. Да су се чули аргументи и једне и друге „стране“ и да добра воља не мањка да се започето настави. У интересу најбројније групације здравствених посленика, па и здравља нације. Сестре не траже много. Оне једино желе заслужену позицију и место у друштву. И не траже ништа више од оног што већ имају сестре у другим земљама света, па и у мање развијеним него што је Србија.

Гордана Ковачевић

У О В О М Б Р О Ј У



Поуке једног злочина

**АГРЕСИЈА
НА ЗДРАВСТВЕНЕ
РАДНИКЕ**

4



РАДА ГАРЧЕВИЋ МЕДВЕДЕВ

**ПОНОСНА, УГЛЕДНА
И АВАНГАРДНА СЕСТРА**

6

Историјат сестринства

**СРПСКЕ ДОБРОВОЉНЕ
БОЛНИЧАРКЕ
У РАТОВИМА
(1876–1916)**



12

СТРУЧНИ РАДОВИ

17-30

Поуке једног злочина

АГРЕСИЈА НА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ

Убиство медицинске сестре Љубинке Поповић из Шапца покреће многа питања о безбедности здравствених посленика на радном месту, чему је УМСТ „Сестринство“ посветило симпозијум током 2013. године, чији су закључци и данас актуелни.

Повод за ове редове је брутално убиство медицинске сестре Љубинке Поповић из Шапца. Изгубила је живот на радном месту. Догађај је болно одјекнуо у најширој јавности. Иза речи осуде и згражавања, солидарности с породицом и колективом чула су се и неизбежна питања. Пре свих: зашто је угашен један недужан људски живот? Шта је и коме сестра Љубинка скривила. И шта предузети да се слично не понови.



Можда је грешка Љубинке Поповић и њој професионално блиских 60.000 колегиница та што су се определиле за посао медицинске сестре. Што су учиниле частан и надасве хуман избор.

Не повлачећи разлику међу пацијентима, с којима су по природи посла, најчешће и најдуже, сестре су дужне да пруже помоћ сваком оболелом, па и насилницима, којих је, нажалост, све више. И оне то доследно чине.

С разлогом се питамо: Где се изгубила нормална људска комуникација? Зашто су све више и све чешће

заборављене обичне људске речи: добар дан, изволите, хвала!? Једноставне речи којима треба да започне и заврши се сваки сусрет и дијалог. Основно полазиште међусобног поштовања и уважавања.

Много је питања без одговора. Да ли је један од њих и стање свести у неким главама, па и у медијима, у којима је све мање места за добре вести. Доминирају наслови о насиљу, естрада у ружном смислу те речи, о корупцији, пљуште увреде сваке врсте, олако изречене оптужбе, чему је, пре свега, место пред органима правосуђа.

Блати се све и свашта. Здравство, разуме се, није изузетак. Напротив. И као што се у фудбал свако разуме, слично је и са здравством. Ништа лакше од олако датих оцена, дисквалификације појединаца, па и читавих групација. Добре вести су непожељне. Предњаче оне друге. Свесни смо да стање није идеално (зар идеалног уопште има?) и да нису сви једнако предани послу. Ипак, предњаче они бољи. Савесни и одго-

Закључци симпозијума Безбедност и здравље у раду у здравству, одржаног 21–23. 10. 2013. у Центру „Сава“ у Београду

С обзиром на резултате истраживања који указују на висок степен агресије над здравственим радницима, стреса и укупног незадовољства здравствених радника, сматрамо да је неопходно хитно предузети следеће мере:

1. Ратификација Конвенције 149 Међународне организације рада .
2. Едукација за унапређивање комуникације с пацијентима и унутар здравственог тима.
3. У наставне планове и програме за образовање здравствених радника уградити наставне садржаје из области безбедности на раду.
4. Програмима континуиране едукације унапређивати знање из ове области.
5. Примена организационих мера подразумева:
 - поједностављење процедура у остваривању права пацијената на лечење и упознавање са обавезама,
 - уклањање баријера (класичних шалтера) у раду с пацијентима,
 - унапређивање система заказивања на свим нивоима здравствене заштите, укључујући и заказивање путем интернета,
 - остваривање боље повезаности изабраног лекара и лекара, специјалисте на другим нивоима здравствене заштите ради лечења бољег квалитета,
 - обавезивање сестара из хоспиталних установа да достављају отпусна писма патронажним службама,
 - осмишљавање медијске кампање која би промовисала позитивне вредности здравствених радника (у организацији Министарства здравља и струковних асоцијација),
 - подстицање здравствених установа да промовишу примере добре праксе и путем „отворених врата“ раде на упознавању друштвене заједнице са достигнућима и тешкоћама у раду,
 - Увести периодичне систематске прегледе свих здравствене радника.

Очекујемо од надлежних институција свих нивоа да закључке уткају у свакодневни живот, што ће одредити трајне домашаје скупа, а самим тим и побољшање безбедности и здравља запослених у систему здравства, а то ће се одразити и на здравље грађана.



ворни људи, достојни своје професије. Сестре само потврђују правило.

Знамо. Проблема има напретек. Један од примера су дуги редови у ординацијама и листе чекања. Мало је покушаја да се реално сагледају разлози таквог стања, који су, знамо, највећма последица лошег наслеђа. Иза нас су тешке деценије испуњене свакојаким недаћама, хронична немаштина коју прате помањкање кадра и средстава, преоптерећеност највећег дела запослених. Зар сви не желимо да се стање побољша и зар се не чине напори да се то и оствари. Зашто то неки не желе да виде? Да ли су здравствени радници за све криви и, пре свега, сестре, јер су прве и најчешће на „удару“ пацијената?

А могло би и морало другачије. Или бар уравнотеженије. Кога још у нашем друштву, рецимо, занимају бројке прегледаних пацијената и постављених дијагноза, број успешних операција и спасених живота, трансплантација. Колико се излечених људи вратило својим породицама и своје послу.

Знамо. Бројке су импозантне и вредне поштовања.

Зато: капа доле здравственим радницима! Или бар већини. И преданим сестрама, најбројнијој категорији, које су најдуже и најчешће крај пацијената.

Вратимо се насиљу према здравственим радницима, које, на жалост, није само наша бољка. Показује то и непријатна статистика и у високоразвијеним земљама Европе.

„Према подацима из Немачке (2010), чак 78,7% запослених у психијатријским установама је током ис-

питивања од 12 месеци доживело физичку, а 96,7% вербалну агресију. У студији спроведеној у Енглеској (2002) у општој болници 27% медицинског особља доживело је током испитиваног времена физички, а 38% вербални напад или опасно понашање. Такође, подаци из литературе указују на то да су агресији више изложене медицинске сестре него лекари.“

Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“ је још 2013. године о тој теми организовало симпозијум. Претходило је истраживање: агресија на радном месту. Урађена је студија која је обухватила 3.847 испитаника из 12 здравствених установа. За истраживање имали смо подршку Министарства здравља и сарадњу Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Студија је потврдила да насиље постоји како физичко тако и психичко и да су насиљу више изложене сестре него лекари.

Учесталост насиља према здравственим радницима у Србији достиже чак **72, 7%**. Изузетно је висока и захтева предузимање мера и испитивање узрока насиља.

Мере за спречавање насиља морају да буду свеобухватне и да обавезно укључе друштво у целини, законодавство, медије, удружења пацијената и здравствене раднике. Да наши и слични закључци не остану само плод добрих, неспуњених жеља.

Приредила *Зорица Милошевић*

РАДА ГАРЧЕВИЋ МЕДВЕДЕВ

ПОНОСНА, УГЛЕДНА И АВАНГАРДНА СЕСТРА**Изузетна жена, мајка, пријатељица, медицинска сестра...***Господство, леги манири, шарм, топлина, радозналост и истрајност којом ју је природа обдарила гарантовали су изузетност.*

Рада Гарчевић Медведев рођена је 16.12.1938. године у Домановићу (БиХ). Њен отац Александар био је инжењер технологије, уважени стручњак, који је испуњавајући државне обавезе, боравио у многим крајевима тадашње Краљевине Југославије. Мајка Благиња радила је као дактилографкиња у државним органима управе, да би се након удаје посветила породици. Са две девојчице и два дечака, Гарчевићи су се 1949. године доселили у Зрењанин, где су свили породично гнездо. Рада и данас живи у граду на Бегеју. Топлина и љубав којима је била окружена обдарили су је изузетним способностима, који краће високе моралне норме и љубав према ближњима.

Вероватно је то утицало и на избор будуће професије. Након основне школе определила се за позив медицинске сестре.

Прва медицинска сестра на инфективном одељењу

Одмах после завршетка средње медицинске школе, 1960. године, започела је радни век као главна сестра на Инфективном одељењу Опште болнице „Др Ђорђе Јовановић“ у Зрењанину, у то време прва је и једина медицинска сестра на одељењу (до тада су послове сестринске неге обављали болничари). Велики изазов за школовану сестру са много непознаница: како применити

стечено знање, како променити старе навике и успоставити нове облике и начине рада. Дакле, од самог почетка суочила се са изазовом како да поред примене стеченог знања, потврди своје лидерске способности. Учила је вредно од својих колега на послу, прихватила и уважавала њихово искуство којим је обогаћивала своје знање, које је несебично преносила младима. Остварила је добре међуљудске односе и брзо успоставила изузетно висок професионални ниво рада у оквиру сестринске струке. Посебно је градила тимски дух и пријатељство на свом одељењу не само у оквиру



стручног рада већ и на приватном плану. Тим здравствене неге под њеним руководством неговао је односе поверења с пацијентима и члановима породица.

Образовање и развој стручних способности

Захтеви радног места тражили су даље учење. Уписала се на Вишу медицинску школу у Београду. Дипломирала је 1965. године.

У том времену положила је много испита. У школи, али и у животу. Срела је Николу, љубав свог живота. Основали су породицу и добили ћерку, а након годину дана и сина...

Налазила је времена и енергије да својим обавезама одговори на највишем нивоу. Као једина сестра са Вишом медицинском школом на Одељењу хирургије, постављена је на место главне сестре интензивне неге (тадашње шок-собе). Најзахтевније одељење у домену неге болесника тражило је и најбољи кадар. Радни ентузијазам и преданост послу омогућили су одличну организацију рада на тако осетљивом месту. Комплексност потреба високоризичних болесника само је подстакла њену креативност. Домаће васпитање, културно опхођење и љубазност, особине које је поседовала, неговала је и на одељењу којем је руководила. Леги манири ширили су се и далеко изван оквира њеног одељења, захваљујући њеној неоспорној харизми. Поред тога, полагала је на беспрекоран изглед, на готово савршену уредност и достојанствен професионални став. Изнад свега је од себе и других захтевала предан и одговоран рад! Њена алтруистичка природа учи-

*Предах с колегама*

нила је да се, поред послова везаних за организацију посла, без остатка посвети и раду с пацијентима. Велику енергију предавала је као дар до крајњих граница сваком пацијенту, са много људске топлине коју у себи носи. То је њен животни одабир! И полазиште.

Од 1972. године, стицајем околности почиње да ради као главна сестра Стоматолошке службе при Дому здравља у Зрењанину. И ту је била пионир. Једина медицинска сестра са завршеном средњом и вишом медицинском школом. Запослени којима је руководила имали су завршени курс. Потпуно је реорганизовала службу. Сви запослени похађали су четворогодишњу вечерњу медицинску школу. У службу су могли да буду примљени нови кадрови, искључиво са средњом школом. Разумела је важност образовања сестара и упорно инсистирала на томе. Организовала је и континуирану едукацију. Своје знање несебично је преносила на млађе. Увек је давала највише што је могла. Одликовале су је упорност и спремност на промене. Обезбедила је примену суве стерилизације и шприцева за једнократну употребу, те предузела многе друге кораке за модерније и ефикасније лечење, стварајући стандарде у тој области. Уводила је новине у свакодневни рад. Без опирања сарадника, јер су јој безрезервно веровали. То је био одговор на љубав и знање које им је даривала.



Као и на претходним радним местима, и ту показује своју потребу да поред руководећих послова, не заоставља рад у сестринској пракси. С пацијентима је и током интервенција у максилофацијалној и оралној хирургији.

Професионална зрелост

Рада убрзо постаје главна сестра Дома здравља „Др Бошко Вребалов“ у Зрењанину, никада не напуштајући непосредни рад у сали за хируршке интервенције. Обављала је сложен и одговоран посао: подразумевао је организацију рада у установама као што су Диспанзер за заштиту жена, деце и омладине, Стоматолошка служба, Општа медицина, Патронажна служба и Апотека. Дом здравља је поред територије града, покривао и 22 насељена места у околини.

Још један изазов био је пред њом. Такође га је је претворила у шансу. И тога пута показала је како је у стању да одговори разноврсним захтевима у организацији рада и унапређивању сестринства. Што је најважније, то је чинила са лакоћом која одликује само посебне људе, па се чинило да све што ради не захтева никакав посебан труд. Ипак, свако ко је руководио, макар кратко, зна колико је времена, знања, рада, видљивог и невидљивог, стрпљења, упорности, разумевања, праштања и љубави потребно да би се осмислио, ускладио и усмеравао рад тима људи, уз одржање активности на потребном нивоу и увођење новина.

Висине професионалног и друштвеног ангажмана

Пленила је лепотом тела и духа. Госпођа Рада Гарчевић Медведев се током свог радног века борила за образовање сестара, за унапређивање сестринске професије и подизање угледа сестара у друштву. То је радила на више нивоа. Пре свега, личним примером, на радном месту, али и у приватном животу. Активностима на радном месту, уз подршку и разумевање за сараднике, са ентузијазмом и оптимизмом за унапређивање свакодневне праксе. И коначно, препознала је неопходност рада у оквиру професионалних организација.

Одмах после завршетка школовања, 1960. године, постаје члан Подружнице здравствених радника Зрењанина. Већ наредне године и први председник Савеза здравствених радника града. Активни је члан СЗР Србије, касније и СЗР Војводине и Југославије. Учесник је бројних стручних скупова на свим нивоима. Као аутор или коаутор припремала је стручне радове... Касније је и председница СЗР Војводине и Друштва медицинских сестара СФРЈ и СРЈ, а у међувремену и Србије, и то у више мандата.



Део руководства СЗР: Зорица Васиљевић, Мира Панић, Милутин Мићко Стојановић и Боса Гојковић (горе), Нада Јанковић, Добрила Пејовић, Рада Медведев и Милијана Матијевић (доле)

Радила је и као председница Комисије за стручно-профилски рад СЗР Војводине и Србије. Такође је била члан Комисије за полагање стручних испита за медицинске сестре и техничаре у Медицинском центру у Зрењанину, члан Школског одбора Медицинске школе у Зрењанину, члан Комисије за сестринска питања Савезног завода за здравствену заштиту, и тако даље. Извесно време била је заменик главног и одговорног уредника стручног часописа „Сестринско огледало“.

Достојанствено, са осмехом и неком ненаметљивом лакоћом управљала је процесима у професионалним удружењима, организовала едукације широм наше земље и несебично даривала љубав, искуство и знање. Пленила је својом појавом и умећем да на најбољи начин успостави равнотежу у тиму и оствари задате циљеве. Знатан допринос дала је стремљењима за увођење високог образовања сестара.

За стручни рад добитник је свих признања у здравству. На свим нивоима – од општинског, до савезног нивоа. За посебан допринос васпитању и образовању медицинских сестара у Србији, као награда за животно дело, 2009. припала јој је награда „Статуа Милена Тијанић“.

Вредно је радила на својим радним местима и у оквиру професионалних организација у струци. Налазила је времена и за рад на другим пољима. Била је друштвено ангажована у хуманитарним областима, у политици, синдикату. Поред великог броја награда и признања у струци, добијала је изузетно значајна признања за ангажовање у другим областима живота. Највреднији је Орден заслуга за народ са сребрном звездом, за хуманитарни рад. Носилац је Златне значке Савеза синдиката Републике Србије за своје залагање. У политичком раду била је делегат Скупштине АП Војводине (тадашњи назив за посланика).

Раскошна лепеза Радине личности и породично гнездо

Приватно, Рада је била и остала жена која ужива у уметности, моди, књижевности, култури и путовањима. Изузетно атрактивног изгледа, веома заинтересована за свет моде и козметике, смело носећи комаде одеће из света који су били реткост или за ретке жене, она је авангарда у свом граду. Слободно се може рећи да је оличење гламура, екстраваганције, свакако и добродошлице.

Посебно воли позоришну уметност, пре свега драму и оперу. Никада није пропустила прилику да са својим супругом погледа добру и вредну представу. У опери ужива на посебан начин. Свет уметности и културе за њу има посебан сјај уз супруга Николу, који је томе давао свој допринос. И као професор, руководилац Позориштем у Зрењанину, и изврстан познавалац књижевности, ликовног, музичког и другог уметничког стваралаштва. Велики јој је ослонац у животу и у послу, а њени успеси резултат су и његове несебичне пожртвованости. Њих двоје, као пар, одличан су узор соп-



Комплетан тим у Стоматолошкој клиници 1999. године

ственој деци, која не заостају за родитељима и уз вредности које су им предале у наслеђе, граде свој пут. Син је машински инжењер, живи у Сомбору и има двоје деце. Старија ћерка, Радина унука, већ је дипломирала и тренутно живи и ради на Флориди у Сједињеним Др-



Рада са Лепосавом Миличевић, министарком здравља у другој половини деведесетих

жавама. Радина ћерка Даница је архитекта и доприноси своје граду у оквиру струке, радећи у области културе и корачајући путевима којима је ишао њен отац.

Рада ни данас не мирује. Прати догађања у свету сестринства и у контакту је са својим колегицама. Она и даље светли пуним сјајем и још је многим пример и узор.

Драга Радо, уживај у плодовима свога рада и љубави за све нас!

Милијана Матијевић

КОНТИНУИРАНА ЕДУКАЦИЈА У КРАГУЈЕВЦУ

Захваљујући великој активности колегинице Биљане Маринковић Анђелковић, сваке године се у Крагујевцу четири пута одржавају курсеви и стручни састанци. Тако је било и претходне године. Наводимо само неке од одржаних стручних састанака.

Пред одржавање Конгреса медицинских сестара и техничара о историјату сестринства Републике Србије, у септембру је екипа Ургентног центра КЦС из Београда – Наташа Милојковић, Соња Павловић, Силвана Стевановић, Миша Поповић, Мирјана Станисављевић, Јасна Здравковић – аутори курса – одржала едукацију у Крагујевцу о теми „Нега трансплантираног пацијента“.



Посећеност је била солидна, а слушаоци су били веома задовољни схвативши колико је битна права и стручна екипа за тако важан и хитан задатак. Неке колеге су тада први пут чуле за пресудне термине у трансплантацији, а од стручног тима Ургентног центра, у коме су сви као један, имало се заиста шта чути и научити.

Припрема едукације ишла је по плану, а Биљана је са својом екипом у Крагујевцу радила на представљању предстојећег, Петог конгреса Удружења „Сестринство“.

Све похвале за наше предане колеге из екипе за трансплантацију: они су ти који некоме подаре нову живот

После завршеног курса, едукатори су отишли на заслужени предах у познату пицерију „Пепито“ у близини Машинског факултета у Крагујевцу.

Веома брзо, у октобру, такође су одржани стручни састанци са занимљивим темама, као што је Дефинисање квалитета у здравству, ауторке Драгане Нојковић и Јавни наступ и успешна презентација, ауторке Зорице Марковић. И те теме су слушаоцима биле занимљиве и изразили су задовољство што су били у прилици



да их слушају.

Колегиници Биљани и овог пута захваљујемо за предан, посвећен рад и велику помоћ коју пружа УМСТ КЦС „Сестринство“.

Добрила Пејовић

Услови наставка рада у здравственом систему КСА

ХРОНОЛОГИЈА, САДРЖАЈ И ТОК ТЕСТИРАЊА

Један од услова наставка рада у здравственом систему КСА је полагање Прометрик теста. Крајем новембра 2015. заказала сам полагање теста преко веб-сајта <https://www.prometric.com/en-us/about-prometric/pages/history.aspx>.

Комплетна процедура у вези са заказивањем, проналаском центра у којем ћете урадити тест и плаћање теста ради се онлајн. Након заказивања и плаћања таксе, која износи 80 долара (плаћа се кредитном картицом), добијате број и могућност штампања заказаног теста. Ако немате штампач, можете да пошаљете обрасце на сопствени имејл и након тога једино вам преостаје да пронађете улогован рачунар који има повезан принтер и одштампате неопходне папире.

С тим папирима на дан полагања испита одлазите у селектовани центар (у мом случају то је био електронски центар за полагање Прометрик теста за жене у оквиру Saudi Commision for Health Specialties). Тест је био заказан за 9.30 сати. Међутим, како волим да долазим раније, овог пута сам дошла веома рано, па сам улетела у групу кандидата којима је било заказано у 9.00 сати. То је било добро, јер сам успела брзо да завршим и одем на заслужени одмор.

На пријемном делу вас сачека чувар који вам да број под којим сте одабрани и на основу тог броја процес настављате даље. Пре уласка у центар за тестирање добијате ормарић у којем оставите све своје ствари, налит, сат и само с кључем ормарића и валидном ИД картицом долазите до службеника, који узима отисак прста и на лицу места вас фотографише. Та фотографија се касније налази на вашем сертификату. Сертификат се добија и ако јесте и ако нисте положили тест.

Након биометријских провера, службеник одреди рачунар за којим ћете седети. Испред вас се налази монитор, миш, а са свих страна сте заклоњени дрвеним панелима. Не постоји шанса за било какво окретање. Једино што сам успела да видим, јесте велики број кандидата. Свако гледа искључиво испред себе, труди се да што пре заврши тест, тачније у оквиру задатог времена.

На тесту је било сто кандидата, а временски сте ограничени на два и по сата. Пре него што почнете са одговорима, на монитору ћете наћи упутство које вам објашњава како да употребите програм, како да користите калкулатор, како да урадите подебљавање текста и бројне друге могућности. Тест је затвореног типа, са више понуђених одговора. Нека питања су била веома дуга, па је требало померити текст до краја странице и потражити питање након опширног теста. Када сам разговарала са девојкама које су тест овде већ радиле, била сам изненађена одговорима да је тест без везе, да је све логика, да нема никаквог специјалног учења итд. По мојој процени, ово је један од тежих испита које сам имала током свог школовања. Једино је тежи тест био на Медицинском факултету из области Клиничка медицина и Мултидисциплинарни поремећаји.

Зашто сматрам да је тест изузетно тежак:

1. Притисак је велики, јер вам од самог успеха зависи останак на послу. Мени је ситуација била много гора, јер ми је од теста зависило пребацивање докумената у операциони блок и даљи наставак посла који сам радила претходна три месеца
2. Тест је на енглеском, мерне јединице нису килограми него фунте, лабораторијске анализе нису са већ усвојеним референтним вредностима из Србије, него су прилагођене земљи у којој се тест полаже.
3. Питања на тесту су подељена на Основе сестринства (Nursing Fundamentals), Medical nursing, хирургију (Surgical nursing), гинекологију, педијатрију (Pediatric nursing), рад у заједници (Community nursing).



Да вас подсетимо

ЗАПОСЛЕЊЕ У КАТАРУ

Услед недостатка сестринског кадра који је евидентан у целом свету запослени у Brightstar-у одлучили су да започну регрутовање медицинских сестара са територије Републике Србије. Као што вам је познато, успостављена је сарадња са највећом медицинском корпорацијом Hamad medical corp., са седиштем у Катару. Касније ће вероватно и неке друге азијске земље бити актуелне. Brightstar сарађује са Удружењем, о чему сте обавештени, а у нашем часопису и на сајту могли сте да прочитате услове за одлазак у Катар.

Многи од вас се питају да ли је конкурс завршен. Ово није конкурс. Ово је процес који траје и још дуго ће бити актуелан. Можете слободно да се јавите.

За наше особље послодавци имају само речи хвале. Свесни су да је финансијска ситуација код нас изузетно тешка. Стога претпостављају да ће се медицинске сестре лако одлучити да крену у неку бољу будућност.

Један од најважнијих предуслова је знање енглеског језика.

Контакт особа у Удружењу којој се можете обратити је Добрила Пејовић, e-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com, i umstkcs.sestrinstvo@open.telekom.rs, тел: 011/ 26 43 025

4. Највећи број питања обухватао је сестринске дијагнозе, рад на индивидуалној нези, рад у заједници, здравствено-васпитни рад. Искрено, од свих питања можда је било 10 за која сам поуздано знала да сам их тачно урадила. Све остало била је чиста лутрија.

Одговори на питања конципирани су тако да вам је сваки одговор могућ и логичан. Најгора су била питања шта најпре урадити. Морам напоменути да би код нас у земљи највећи број одговора био одмах позвати лекара. Међутим, овде се од вас очекује прва акција. Пошто је лако после битке изигравати генерала, морам такође рећи да када вам је ситуација јасна са виталним параметрима, АБ статусом није тешко да предузмете даљу акцију. Међутим, шта у случају када имате набацане симптоме и лабораторијске вредности, а од вас се очекује да процените шта би у наредних осам сати могло прво да се деси пацијенту.

Када сам се припремала за овај тест, користила сам књигу NCLEX 6.500 питања и одговора. И сада када упоредим ту књигу и овај тест, имам утисак да је тест тежи. У књизи NCLEX имате медицински део. Међутим, овде је највећи број питања био из теорија сестринства, сестринских дијагноза, здравствено-васпитног рада пацијента и породице, рада у заједници, бихевиоралног понашања, помоћи и едукације пацијенту у кризним ситуацијама.

Након сат и по времена одговорила сам на сва питања Дошао је тренутак када кликнете енд и чекате резултате. Мој резултат је био PASS. Пошто су ми нека питања заиста задавала главобољу и пошто сам око себе слушала уздахе људи који су такође полагали, била сам затечена резултатом теста и уједно пресрећна, јер сам овакву проверу прошла. Након завршетка теста, ваше је само да подигнете руку и останете на свом месту док вам службеник не каже да можете узети сертификат. Одлазећи до ормарића да покупим ствари било је девојака које нису успеле и које су биле видно разочаране и тужне.

Ја сам заиста урадила добар посао....

Ивана Стојковић

Др Јасмина Милановић, научни сарадник
Институт за савремену историју, Београд

Dr Jasmina Milanović, Senior Research Fellow
Institute of Contemporary History, Belgrade

СРПСКЕ ДОБРОВОЉНЕ БОЛНИЧАРКЕ У РАТОВИМА (1876–1916)

SERBIAN VOLUNTEER NURSES IN WAR TIMES (1876–1916)

Јасмина Милановић научни је сарадник Института за савремену историју. Дипломирала је, магистрала и докторирала на Одељењу за историју Филозофског факултета у Београду. Ради на пројекту Конфликти и кризе: сарадња и развој у Србији и региону у 19. и 20. веку. Члан је Српског лекарског друштва. Бави се историјом женских друштава и историјом медицине у Србији крајем 19. и у првој половини 20. века. Написала је и приредила неколико монографија: Апостоли радикализма, Успомене Делфе Иванић, Аћим Чумић, Дневници Павла Паје Михаиловића. Учествовала је на бројним домаћим и међународним конференцијама и објавила више од двадесет научних радова у бројним научним часописима и зборницима радова.



Jasmina Milanovic is Senior Research Fellow at the Institute of Contemporary History. Graduated from Faculty of Philosophy, University of Belgrade, where she also got her Master's degree and PhD. Currently working on a project „Conflicts and Crisis: Cooperation and Development in Serbia and the Region in 19th and 20th Century“. She is a member of the Serbian Medical Society. Her fields of expertise are history of women's societies and history of medicine in Serbia at the end of 19th and first half of the 20th century. She wrote and redacted a number of monographs: Apostols of Radicalism, Memories of Delfa Ivanić, Aćim Čumić, Diaries of Pavle Paja Mihailović. She participated in numerous local and international conferences and published over 20 scientific works in various scientific magazines and collections of papers.

member of monographs: Apostols of Radicalism, Memories of Delfa Ivanić, Aćim Čumić, Diaries of Pavle Paja Mihailović. She participated in numerous local and international conferences and published over 20 scientific works in various scientific magazines and collections of papers.

Сажетак

Abstract

Жене у Србији почеле су да се организују од 1875. године, када су створиле Београдско женско друштво. Већ наредне године су током Српско-турског рата радиле и као добровољне болничарке. Кратки курсеви које је организовало Српско друштво Црвеног крста похађале су многе чланице друштва. Као добровољне болничарке радиле су и 1885. године, током Српско-бугарског рата. Када је 1903. године основано Коло српских сестара, започета је и систематска обука чланица за добровољне болничарке. Сваке године су, од 1908. организовани тромесечни курсеви у хируршкој сали др Војислава Суботића. До почетка балканских ратова у Србији је било 1.200 обучених добровољних болничарки. То је било значајно, јер у Краљевини Србији није постојала средња школа која би образовала неопходан број медицинских сестара. На почетку Првог светског рата војном санитету достављен је списак са именима 1.500 обучених добровољних болничарки. Многе од њих су током тих ратова жртвовале и своје животе негујући рањенике и најтеже болеснике.

Кључне речи: добровољне болничарке, женска друштва, Балкански рат, Први светски рат, Србија

Women in Serbia began organizing in 1875 when they founded the Belgrade Women's Society. The following year, during the Serbian-Turkish war, they began working as volunteer nurses as well. Many of the society members attended short courses organized by the Serbian Red Cross Society. In 1885, they continued their volunteer work during the Serbian-Bulgarian war as well. In 1903, with the founding of the society of "Kolo srpskih sestara", they began a systematic training for volunteer nurses. Every year, beginning with 1908, they organized courses which lasted for 3 months, in the operating room of Doctor Vojislav Subotić. There were 1200 trained volunteer nurses in Serbia until the beginning of the Balkan Wars. This is highly significant because there were no schools at the time in Kingdom of Serbia which could provide a necessary number of medical nurses. At the beginning of the First World War, a list with 1500 names of trained volunteer nurses was delivered to the military ambulance. Many of them sacrificed their own lives nursing the wounded and those in need.

Keywords: volunteer nurses, women's societies, Balkan Wars, First World War, Serbia

Прве добровољне болничарке

Први примери милосрђа организованих добровољних болничарки јавили су се током Кримског ра-

та 1854–1856. године између Русије, с једне, и Турске, Француске и Енглеске, с друге стране. Велики број рањеника на обе стране мотивисали су Енглескињу Флоренс Најтингел да са 37 добровољних болничар-



Велика кнегиња Јелена Павловна

ки и великом санитарском опремом крене у помоћ војном санитарству. Пре њих, већ у децембру 1854, на руски фронт је стигло 200 милосрдних сестара које је организовала велика кнегиња Јелена Павловна, удовица Михаила Павловича, млађег брата руских царева Александра I и Николаја I. Њихов рад је брзо број умрлих рањеника са 50% свео на свега 3%, што је свим зараћеним странама скренуло пажњу на важност војног санитарства и отворило пут ка систематској обуци добровољних болничарки. Крајем октобра 1863. године основано је Друштво Црвеног крста, док је Српско друштво Црвеног крста основано 25. јануара/6. фебруара 1876. године, непосредно пред избијање Првог српско-турског рата. Др Владимир Ђорђевић, који је покренуо идеју о стварању овог друштва, у свом предавању је посебно истакао улогу „драговољаца – болничара и нудиља“, сматрајући да ће учешће свештеника, учитеља, гимназијалаца и ђака Велике школе дати велики број болничара неопходних у ратним условима.

Београдско женско друштво основано је 17. маја 1875. године, на иницијативу Катарине Миловук, управнице Више женске школе. Основни циљеви тог друштва били су хуманитарни, па су одмах организовале помоћ избеглицама из Херцеговине у којој је плануо устанак. Чланице тог друштва основале су Раденичку школу за девојчице, покренуле су часопис *Домаћинца*, Тачку трпезу, Базар – комисиону продавницу, у којој су продавани ручни радови жена, углавном са села. Бориле су се и за право жена, па су 1906. учествовале у оснивању Српског женског савеза, који је окупао сва

женска удружења Краљевине Србије. Савез се одмах прикључио Међународном женском савезу, који је у том тренутку имао више од осам милиона чланова.

Чланице Београдског женског друштва су се ускоро нашле и у улози добровољних болничарки. У Првом српско-турском рату, 1876. године, Србија је ушла на пречац и потпуно неспремна, поготову у санитарској струци. Војни санитар имао је на почетку рата 19 лекара, пет лекарских помоћника, једног апотекара и четири апотекарска помоћника, док је у грађанској служби био 41 лекар, пет лекарских помоћника, 25 апотекара и пет апотекарских помоћника. Само захваљујући бројним страним лекарским мисијама: руским, енглеским и румунским, војни санитар је могао током рата 1876. године да одговори медицинском изазову. Према подацима Руског Црвеног крста, у Србију је дошло 123 лекара, 118 милосрдних сестара, 41 медицинар, 70 лекарских помоћника и четири апотекара. Међу лекарима је била и др Марија Фјодоровна Зиболд, која је у Србији остала и учествовала у свим каснијим ослободилачким ратовима, поневши чин српског санитарског мајора. Била је прва жена која је у Кнежевини Србији произведена у санитарског официра.

Прву помоћ у обучавању медицинског особља пружио је и тек основано Српско друштво Црвеног крста. Друштво је одмах организовало два курса, који су одржавани у Општој државној болници, на хируршком одељењу. Била су пријављена 103 полазника, и мушкараца и жена. Једна од првих девојака која је тај курс успешно завршила била је и Милка Котуровић, наставница Више женске школе. Одмах после објаве рата, чланице Београдског женског друштва донеле су одлуку да отворе болницу која је радила од 11/23. јула 1876. до 1/13. априла 1877. године. У прво време примиле су 25 рањеника, а у њој су дежурале управне чланице. Болница је радила у згради Теразијске полугимназије, која се налазила у данашњој Улици краљице Наталије бр. 100, на углу са Добрињском улицом. Та зграда налазила се у близини Више женске школе, која је била у истој улици. Болеснички кревети размештени су у четири собе, док се у дворишту налазила једна изолована соба. Сва управа, администрација, економија и лечење били су у рукама жена. На почетку је једино шеф болнице и хирург био др Штајнер из Беча, али га је од септембра заменила др Марија Зиболд. Она је постала шеф и главни лекар. Поред ње, у болници је радила и др Раиса Самуиловна Свјатловска, прва жена која је докторирала медицину на Универзитету у Берну. Као помоћнице радиле су Милева Котуровић и Божана Снећивна.

У болници Београдског женског друштва негована су 164 рањеника и болесника, од тога свега једна жена, који су у болници лежали у просеку по 40 дана. Болничарке су долазиле у болницу у седам сати ујутру и у њој најчешће остајале по цео дан, до седам сати увече. Често су остајале и током ноћи, нарочито дежурјући поред тек оперисаних рањеника. Болничарке су радиле само са болесницима, док су о кувању, прању и пеглању рубља и осталим економским питањима бри-



Др Марија Зиболд (1849-1939)

нуле друге чланице Друштва. Пре визите лекара, болничарке су спремале материјал за превијање рана, а приликом визите асистирале су приликом развијања рана, прања и поновног завијања. Самостално су спроводиле лекарске налоге, давале лекове, стављале облоге, чистиле собе, износиле употребљени санитарски материјал и другу нечи-

стоћу. Болеснике су пресвлагале и прале, мењале су постелину, а у собе уносиле воду и дрва. Водиле су рачуна да пацијенти једу, често их хранећи и јелима која су доносиле од својих кућа. Значај отварања ове болнице био је до сада занемариван. То је прва болница у Европи чији је читав персонал био састављен искључиво од жена, а у њој су лечени мушки пацијенти. Било је у Европи, нарочито у Енглеској, болница са женским персоналом, али су у њима лечене искључиво жене и деца.

После избијања Српско-бугарског рата, 1885. године, чланице Друштва које су биле обучене за болничарке поново су радиле у различитим, углавном београдским болницама. Краљица Наталија је, као покровитељ Друштва, уредила једну салу у двору и претворила је у радионицу за израђивање рубља и завоја. Током 1892. године Београдско женско друштво је са Друштвом Црвеног крста почело да ради на обуци нудиља и болничарки. Наредне, 1893. године отворена је и прва школа – курс. На почетку је примљено 10 приправница за хонорарне нудиље и шест приправница за болничарке. Крајем 1895. године Српско друштво „Црвеног крста“ организовало је свој курс за нудиље. Изменама закона из 1896. године било је предвиђено оснивање медицинских школа. Међутим, до остваривања ових циљева није дошло све до завршетка Првог светског рата, када је најпре формиран Медицински факултет, 1919. године, а затим је 1921. године основана и Школа за нудиље, прва средња медицинска школа.

Добровољне болничарке у балканским ратовима

Друштво Коло српских сестара основале су 1903. године Надежда Петровић и Делфа Иванић. За кратко време окупљен је велики број чланица и формиран су одбори у готово свим већим градовима Србије. Поред хуманитарних и образовних акција, те сталне борбе за права жена, Коло је почело и са обуком чланица за болничарке. Курс је Коло је отворило 1908. године, на иницијативу тадашње председнице Љубице Луковић, супруге генерала Стевана Луковића, и потпредседнице Станиславе Сондермајер, супруге пуковника Романа

Сондермајера, хирурга и начелника војног санитета. Курс је трајао три месеца и организован је на Хируршком одељењу код др Војислава Суботића, чија је мајка Савка Суботић била прва председница Кола српских сестара. Први курс је завршило тридесет полазница. До почетка Балканских ратова Коло је сваке године организовало такав тро-



Љубица Луковић (1855-1915)

месечни курс за нове полазнице, док су се већ обучене болничарке позивале на петнаестодневни рад у болници и ново усавршавање.

Организацијом курсева женска друштва су на почетку Балканских ратова успела да мобилишу „женску војску“ – војску милосрђа, како су их тада називали. Пред избијање Првог балканског рата, министарству војном предат је списак од 1.500 обучених болничарки, које су одмах стављене на располагање војном санитарету. Београдско женско друштво и Коло српских сестара известили су војни санитар да имају намеру да отворе своје резервне болнице, а да ће у њима цео персонал, осим лекара, чинити њихове чланице. Београдско женско друштво добило је дозволу да отвори Петнаесту резервну болницу, за коју је из средстава самог друштва издвојено 5.000 динара. Чланице су успеле да за само два дана опреме болницу, која је почела са радом у згради Основне школе „Свети Сава“ у Макензијевој улици. Већ прве вечери примљено је 150 рањеника. Капацитет болнице најпре је био 200, а касније је проширен на 250 до 270 постеља. Дужност главних надзорница обављале су председница и обе потпредседнице Друштва, а дужност нудиља по болесничким собама све управне чланице, редовне чланице које су се пријавиле, али и друге жене које нису биле чланице. Оне су се бринуле о набавци потребног болничког материјала, исхрани болесника и одржавању хигијене. Надлежни су често истицали ту болницу по чистоћи и реду, те брзој лекарској услузи, јер су лекари становали у самој болници. Болница Женског друштва је међу последњима завршила свој рад, 11. септембра 1913. године. Лечено је укупно 1.750 рањеника и болесника, а Управа је о њима водила бригу и кад су напуштали болницу, снабдевајући их одећом, обућом и новчаним прилозима.

Болница Коло српских сестара, Четврта резервна болница, имала је места за 140 рањеника и болесника, а налазила се у два павиљона Основне школе „Цар Урош“ на Врачару. Први рањеници стигли су из Куманова 26. октобра 1912. године, а болница је радила десет месеци, до 26. августа 1913. године. У њој је збринута 964 рањеника, од којих је 81 био официр. Поред чланица Кола, о њима су бригу водиле и супруге дипломата и



Први курс Кола српских сестара за добровољне болничарке, 1908. године

страних представника. У њој су радиле леди Пеџет, супруга енглеског посланика, Александра Хартвиџ, супруга руског посланика, бароница Гризингер, супруга немачког посланика, госпођа Шлибен, супруга немачког конзула. Међународна помоћ огледала се и у саставу лекарског особља: било је лекара из Прага, Љубљане, Италије, Келна, Берлина. Рањеници су имали добру негу и исхрану, што је утицало на то да су од укупног броја лечених рањеника само тројица преминула. Делфа Иванић је пратећи супруга основала и две болнице у Љешу и Драчу. За свој рад је одликована медаљом „Флоренс Најтингејл“ 1919. године, као прва жена у југоисточној Европи која је добила то одличје.

Добровољним болничаркама је у почетку било забрањено да одлазе на прве линије фронта. Међутим, наредба није поштована, па су међу првим добровољним болничаркама на фронт отишле Надежда Петровић и Касија Милетић, чланице Кола српских сестара. Оне су провеле балканске ратове на првим борбеним линијама. Надежда је радила на готово свим превијалиштима – Јавор, Призрен, Везиров Мост, Ретке Букве. Пожртвовано негујући рањенике, и сама је оболела од колере, али је успела да се избори с тешком болешћу. Касија Милетић, коју је Делфа звала српском Флоренс Најтингејл, била је са Шумадијском дивизијом на ратишту и са српском војском је међу првима ушла у Приштину. Иако тежак срчани болесник, Касија Милетић је даноноћно указивала прву помоћ многобројним рањеницима.

Добровољне болничарке у Првом светском рату

Почетак рата са Аустроугарском, Великог рата, условио је прелазак Српске владе из Београда у Ниш. За вла-

дом су се у ратну престоницу повукли и други државни органи, па и женска друштва: у Ниш је преселила своје магацине, архиву и део чланства. Део чланства је остао у Београду радећи у болницама или у радионицама за израду рубља, окупљајући избеглице, децу без родитеља, старе и болесне. Прихват рањеника у Београду организовала је и Анка Ђуровић, један од оснивача Друштва „Кнегиња Љубица“ иако је тада имала већ више од 75 година. Она је за своје заслуге 1923. године одликована медаљом „Флоренс Најтингејл“. Као добровољна болничарка је, поред осталих, радила и Наталија Мунк, чланица Јеврејског женског друштва. После завршетка рата, одликована је Крстом милосрђа, орденом Црвеног крста и постала доживотна потпредседница Савеза добровољаца.

Поред свих активности којима су се бавиле, најважнија је и овог пута била улога добровољних болничарки. За разлику од ситуације из времена Балканских ратова, због различитих околности нису могле да формирају своје резервне болнице. Чланице Кола углавном су радиле у већ постојећим болницама, пре свега у Војној болници у Нишу, те у болницама у Крагујевцу и Ваљеву. У највећој нишкој болници код Ћеле-куле, Љубица Луковић, председница Кола је са осталим чланицама неуморно радила на лечењу и неговању на хиљаде рањеника. О раду тих жена вредно сведочанство је оставила Клара Штурценегер, која је као члан швајцарског Црвеног крста боравила у Србији. Када је у јануару 1915. прешла у Ниш, где је радила у Првој резервној болници, била је сведок пожртвованости чланица свих женских друштава. Касније је записала: „Све госпође обављају превијања са херојском оданосћу; оне перу, чисте и завијају ране често од раног јутра до касно у ноћ, по својој сопственој иницијативи;



Добровољне болничарке Кола српских сестара 1912. године

само тешке случајеве обрађује главни лекар.“ И током Првог светског рата организовани су скраћени курсеви за обуку добровољних болничарки и у Београду и у Нишу. У обуци су српским лекарима помагали и лекари страних мисија који су боравили у Србији.

Епидемија тифуса била је најтежа битка с којом су се добровољне болничарке бориле. Када је у Ваљево почела епидемија, лекари те болнице позвали су Касију Милетић да им се придружи, јер је већ имала искуства са тифусом у болници у Драчу током балканских ратова. Ускоро јој се придружила и Надежда Петровић. У Ваљево је ситуација била најтежа, па је Коло највећу помоћ усмеравало баш тамо. У јануару 1915. Љубица Луковић одлази у Ваљево, заједно са благајницом друштва Катицом Ђорђевић, како би однела рубље и помоћ коју су упутили пријатељи српског народа из Енглеске. Љубица је остала неколико дана у Ваљеву, где је обишла све болнице, окупала болеснике и пресвукла их и сама се заразила опаком болешћу. После доласка у Ниш умрла је 11. фебруара 1915. године. Посмртно је одликована орденом милосрђа „Флоренс Најтингел“, 1925. године. Касија Милетић и Надежда Петровић наставиле су да несебично раде у најтежим условима, али су се ускоро и саме заразиле. Надежда је преминула 4. априла 1915, а почетком маја и Касија Милетић.

После повлачења Српске војске, део чланица женских друштава обрео се у иностранству. Оне које су остале у окупираној земљи морале су тајно да раде, јер су сва удружења, па и женска, била забрањена. Иако су се суочавале са великом опасношћу, чланице друштва су наставиле да помажу прогнанима, прикупљају одећу и огрев, збрињавале децу без родитеља. Због тога су хапшене, одвојене у логоре, па и стрељане. Највећу бригу посветиле су окупљању и збрињавању ратне сирочади.

Резиме

Женска друштва која су радила у Краљевини Србији имала су више прилика да покажу своје милосрђе,

од српско-турских ратова до Великог рата. Резултат њиховог рада биле су хиљаде спасених живота ратне сирочади, извиданих рана, нахрањених гладних уста. Несебични рад су многе платиле животом као жртве епидемија, али и као жртве окупатора који није толеришао њихово милосрђе. Многобројна европска одличја која су понеле после рата, многе постхумно, говоре о поштовању које су савезници одали њиховом раду. Заборављене од потомака, полако почињу да добијају места у српској историји која заслужују.

Литература

1. Хранислав М. Јоксимовић, *Живот и рад Српског друштва Црвеног крста и Друштва Црвеног крста С.Х.С. од 6. фебруара 1876. до 6. фебруара 1926*, Београд, 1926, стр. 3–27; стр. 52–53.
2. *Алманах хуманих друштава*, уредили Синиша Ј. Сретеновић и Божидар С Недељковић Рочкоман, Београд, 1940, стр. 22–30.
3. Владимир Ђорђевић, *Црвени крст на белој застави, јавна предавања*, Београд, 1876, стр. 100–101.
4. Владимир Ђорђевић, „Историја српског војног санитета књига друга: Историја војносанитетске службе у Првом српско-турском рату 1876, свеска прва“, *Српски архив за целокупно лекарство*, одељак II, књига XXV, Београд, 1895, стр. 284.
5. Софотеров С., „Хируршке успомене на 50-годишњицу првог Српско-Турског рата 1876 г.“, *Српски архив за целокупно лекарство*, XXVIII(1926), стр. 612.
6. М.П., „Др Марија Зиболд“, *Српски архив за целокупно лекарство*, св. 9, Београд, 1939, стр. 434–435.
7. Александар С. Недок, „Руска санитетска помоћ Србији у њеним ослободилачким и одбрамбеним ратовима XIX и раног XX века (1од 804. до 1917. године)“, Предавање у организацији Академије медицинских наука Српског лекарског друштва одржано 21. априла 2008. године, доступно на: <http://www.rastko.rs/rastko/delo/12575>, посећено 13. 3. 2015. године.
8. *Извештај о педесетогодишњем раду Женског друштва*, Београд, 1926, стр. 5–6, 23, 70–80.
9. Милан М. Радовановић, *Белешке*, књига прва, Српски архив за целокупно лекарство, Одељак други, књига четврта, Београд, 1879, стр. 2–26.
10. *Политика*, 28. април 1930, бр. 7894, стр. 2.
11. Мира Софронијевић, *Хуманитарна друштва у Србији*, Београд, 2003, стр. 20–21.
12. Делфа И. Иванић, „Пре двадесет година“, *Вардар, календар за 1924*, Београд, 1923, стр 9–32.
13. *Српкиње у служби отаџбини и народу за време балканских ратова 1912. и 1913. као и за време светског рата од 1914–1920*, Београд, 1933, стр. 8–11.
14. Делфа Иванић, *Успомене*, приредила Јасмина Милановић, Београд, 2012, стр. 143.
15. „Извештај рада управе Кола српских сестара за годину 1912–1913“, *Вардар, календар за 1914*, Београд, 1913, стр. 119–145;
16. *Балкански рат у слици и речи*, уредник Душан Мил. Шинјачки, Београд, 1913, бр. 40, стр. 634.
17. Татјана Корићанац, Љиљана Танеска, *Београдско женско друштво 1875–1941*, (каталог изложбе), Београд, 1995. година.
18. Катарина Клара Штурценегер, *Србија у рату 1914–1916*, превео с француског др Миливоје Марковић, Горњи Милановац, 1989, стр. 44, 121, 152.

Мирјана Станчић,
Клиника за инфективне и тропске болести КЦС

Mirjana Stancic,
Department of Infectious and Tropical Diseases CCS

СТРУКОВНА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА У СПРОВОЂЕЊУ НЕОПХОДНИХ МЕРА ЗАШТИТЕ У ЕПИДЕМИОЛОШКОЈ СИТУАЦИЈИ ЕБОЛЕ

PROFESSIONAL NURSE IN THE IMPLEMENTATION OF NECESSARY PROTECTION MEASURES THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION EBOLA

Мирјана Станчић рођена је 3. 3. 1977. године у Нишу. Средњу медицинску школу завршила је 1995. године у родном граду, 2000. дипломирала на Вишој медицинској школи у Земуну, Одсек виши дијететичар – нутрициониста. Године 2015. дипломирала је на Високој медицинској школи и стекла звање висока струковна сестра. Радни однос засновала је 2002. године на Клиници за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије.



Мirjana Stancic was born on March 3, 1977th in Nis. She finished Medical high school in 1995 in Nis, Serbia. She graduated the Medical College in Zemun, Department senior dietitian-nutritionist, and in 2015. graduated from the High medical school and became a high professional nurse. The working relationship conceived in 2002. at the Clinic for Infectious and Tropical Diseases, Clinical Center of Serbia.

Сажетак

Инфективне болести су одувек веран пратилац развоја људске цивилизације. Нажалост, њихови узрочници толико су мутирала и напредовали да представљају мистерију за проналазак лека. Можда је управо то разлог да данашњицу одликује развој свест о значају инфективних болести на коју су утицали неки од чинилаца, као што су интрахоспиталне инфекције, резистентност бактерија на антибиотике, глобализација, утицај околине, генетске промене узрочника инфекције, промене условљене самим човеком, имуносупесија и слично. Обавезна имунизација довела је до искорењивања неких болести, али су се зато појавиле нове, које су настале као последица савременог живота, миграције становништва, рекомбиновања хуманих и животињских микроорганизама. Данас су инфективне болести високо котиране и по морбидитету и по морталитету становништва. Многбројне су, нове, мистериозне како по свом току тако и по специфичностима сестринских интервенција.

Карантинске болести и болести које захтевају строгу изолацију оболелих и свих лица која су била у контакту са оболелим увек су представљале изазов, али и спремност за правилно реаговање у сваком тренутку и примену стеченог знања (због специфичности сестринских интервенција у спровођењу мера према самом болеснику, околини и специфичних мера заштите самих здравствених радника који се налазе у карантину или строгој изолацији) и активно учешће у нези

Abstract

Infectious diseases have always been faithful to follow the development of human civilization, unfortunately, in the sense that the same causal to the point mutated and evolved, it is still a mystery to finding a cure. Perhaps that is the reason that the present time is characterized by the development of awareness about the importance of infectious diseases, who was influenced by some factors, such as nosocomial infections, bacterial resistance to antibiotics, globalization, environmental effects, genetic changes in infectious agents, changes caused by man himself, immunosupesia and FIG. Mandatory immunization has led to the eradication of certain diseases, but this is why the emergence of some new ones that have arisen as a consequence of modern life, population migration, recombination of human and animal organisms. Today, infectious diseases are highly quoted and morbidity and mortality of the population. There are many new, mysterious, both in its course, and by the specific characteristics of nursing interventions.

Quarantine diseases and diseases that require strict isolation of patients and of all persons who were in contact with the sick, have always represented a challenge with one hand, but on the other hand the readiness for an adequate response at any time and use the knowledge acquired, due to the specific nursing interventions in the implementation of measures towards the patient, the environment and specific measures to protect themselves, health care workers who are in quarantine or isolation, strict and actively

и лечењу оболелог. Величина спремности огледа се у томе што се о тим болестима много зна, али само док су оне актуелне. Њиховим јењавањем полако падају у заборав и чине се далеким од нас.

Због актуелне епидемиолошке ситуације еболе током прошле године, желели смо да овим истраживањем утврдимо колико су медицинске сестре – техничари заиста спремни за карантинске болести и колико су едуковани о мерама личне заштите током здравственог надзора до пријема на Клинику за инфективне и тропске болести, тј. до потврде, односно одбацивања сумње на инфекцију вирусом еболе.

УВОД

Ебола, вирусна хеморагична грозница, тешко је инфективно обољење хумане популације, које има веома високу стопу морталитета, чак и до 90%. Изазива је вирус еболе, чији су могући домаћини велики слепи мишеви, тзв. летеће лисице. Вирус еболе се на човека преноси директним контактом с крвљу, секретима, органима или другим телесним течностима заражених животиња. У хуманој популацији вирус еболе се шири директним контактом са крвљу, секретима, екскретима, органима инфицираних особа и индиректним контактом, тј. путем контаминираних предмета из околине. Овај вирус је изузетно инфективан агенс. Његовим продором у људски организам и убризгавањем генома долази до ослобађања високог нивоа протеина који изазива инфекцију. Сједињујући се са нашом ћелијом, вирус еболе прави своје копије, када инфицирану ћелију напушта и трага за здравом. Инфекција се брзо шири организмом. Инфициране ћелије буквално доводе до кидања крвних судова и тако изазивају инсуфицијенцију органа – система и крварења (спољашња и унутрашња), обавезно супконјунктивална крварења, по којима је болест и препознатљива.

Болест је откривена 1976. године у Конгу. Први пут се јавља епидемија у Заиру и данашњем Судану. Леталитет ове епидемије износио је 70%. Следећа епидемија, такође са великом стопом смртности (60%), била је у Габону 1994. године.

Прошлогодишња епидемија еболе, вирусне хеморагичне грознице, пријављена је у марту у Гвинеји, а у августу је проглашена јавноздравственом претњом међународног значаја. Податак који је многе оставио без даха био је тај да се број оболелих удвостручавао на 20–30 дана (једна особа је преносила инфекцију у просеку на две). Од укупног тадашњег броја потврђених (8.399), 416 особа били су здравствени радници. Умрло је 233.

Нажалост, без обзира на рапидан развитак медицинске технологије, многобројна истраживања, клиничка испитивања, то тешко вирусно обољење је и даље опасност за здравствене раднике, јер не постоји ниједан специфичан лек нити вакцина против овог обољења за примену у хуманој популацији.

participate in the care and treatment of the patient. Size readiness is reflected in the fact that these diseases much is known, but only as long as they are current. Their subsiding slowly fade into oblivion and make you far away from us. Due to the current epidemiological situation Ebola last year, we wanted to determine how this research nurses-tehničari really ready for quarantine diseases and how they are educated about personal protection measures during health surveillance to admission to the Clinic for Infectious and Tropical Diseases, ie. to the confirmation or rejection of suspicion of infection of Ebola.

МЕРЕ ПРЕДОСТРОЖНОСТИ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ

Леталитет ебола вирусне хеморагичне грознице јесте висок, али се ширење обољења може спречити, тј. може се превенирати. Стандардне мере предострожности за здравствене раднике у нези оболелих од ебола вируса подразумевају:

- хигијена руку,
- обавезно коришћење личне заштитне опреме,
- превенцију убода иглом или оштрим предметима,
- безбедно одлагање медицинског отпада,
- безбедне поступке са медицинском опремом,
- безбедне поступке са вешом,
- чишћење свих површина.

МЕРЕ ЛИЧНЕ ЗАШТИТЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Коришћење личне заштитне опреме за здравствене раднике обавезно је у процесу пружања здравствене неге оболелом од ебола хеморагичне грознице. Наравно, увек треба имати на уму важну чињеницу да сама лична заштитна опрема није довољна да би сачували здравље, већ морамо знати да и она може бити извор инфекције приликом неправилне употребе, тако да је кључна едукованост о начину коришћења, увежбаност и компетентност. Лична заштитна опрема подразумева:

- средство за хигијену руку,
- два пара заштитних рукавица,
- непромочиви заштитни скафандер,
- заштитне наочаре,
- партикуларну маску,
- заштитну обућу,
- заштитни визир,
- убрис за дезинфекцију кваке и раствор хлора,
- непромочиву простирку за под на месту пресвлачења.

Лична заштитна опрема је обавезна, заједно са знањем које здравствени радници треба да поседују о њеној правилној употреби, начину њеног одлагања, начину руковања инфективним отпадом. За сада не постоји други начин да сачувамо своје здравље и спречимо даље ширење инфекције.



Слика 2: Неопходна лична заштитна опрема
(извор: www.zjzkv.org.rs/images/stories/ebola/ebola
LicnaZastitnaOprema)

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Циљ истраживања: Утврдити ниво информисаности медицинских сестара – техничара о значају примене мера личне заштите код инфекције вирусом еболе.

Задаци истраживања:

- Испитати степен информисаности медицинских сестара – техничара о значају превенције инфекције у третману болесника са еболом.
- Испитати степен информисаности медицинских сестара – техничара о мерама заштите од инфекције вирусом еболе.
- Утврдити реалне потребе медицинских сестара – техничара за додатном едукацијом о примени мера личне заштите и превенцији ширења инфекције.
- Испитати степен задовољства медицинских сестара – техничара расположивом количином сред-

става личне заштитне опреме на радном месту.

Методе истраживања:

- дескриптивна метода,
- опсервациона индиректна метода – анкета.

Технике истраживања:

- анкетање.

Инструмент истраживања:

- анкетни лист.

Популација и узорак

Популација

- Популацију чине медицинске сестре и техничари различитог образовног профила.

Узорак и величина узорка

- Хотимични (намерни) узорци А и Б које чине 30 медицинских сестара – техничара запослених на Клиници за инфективне и тропске болести у Београду и Клиници за инфективне болести у Нишу

Место истраживања

- Клиника за инфективне и тропске болести Клиничког центра Србије
- Клиника за инфективне болести КЦ у Нишу.

Време истраживања

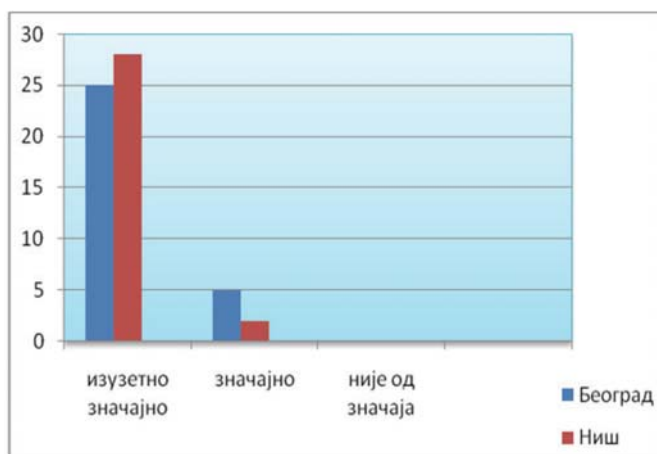
Од 2. до 17. 6. 2015. године.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Највећи део испитаника оба испитивана узорка женског је пола (93,33%), што повећава објективност добијених резултата истраживања и већа је могућност подједнаког или сличног доживљавања постављених радних задатака у погледу тежине рада. Највећи проценат испитаника у оба узорка има средњу стручну спрему (60%), мада је тај број нешто већи у узорку А (76,66%), док је у узорку Б заступљеност високообразованих сестара готово двоструко већа у односу на узорак А (23,33%). Највећи део испитаника има радни стаж 6-15 (23,33%) и дуже од 25 година (23,33%). Две трећине испитаника у оба испитивана узорка наводе да су у потпуности упознати са ризиком од инфекције ебо-

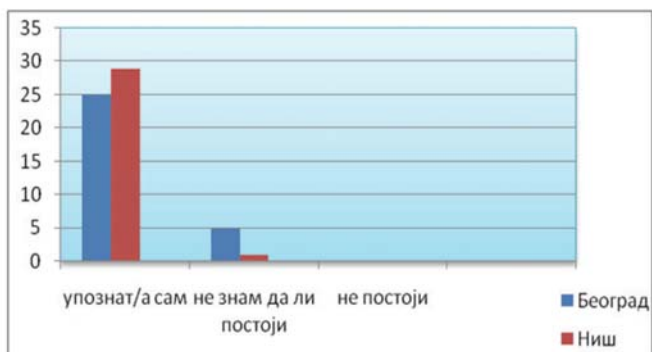


ла вирусом на радном месту, док једна трећина испитаника и у узорку А и у узорку Б сматра да су само делимично упознати са овом могућношћу.



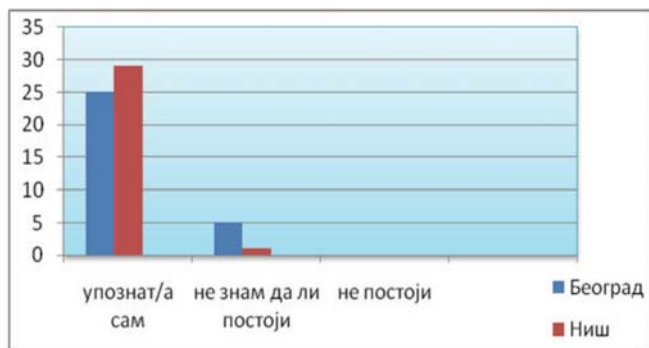
Графикон 1 – Став о значају примена мера личне заштите

Готово сви испитаници узорка Б сматрају примену заштитних мера изузетно значајном у превенцији настанка инфекције ебола вирусом, што указује на висок ниво свести запослених о важности превенције дејства инфективних агенаса на радном месту које могу угрозити њихово здравље.



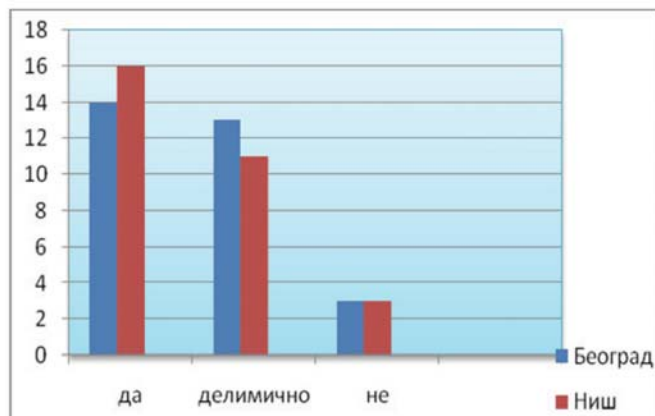
Графикон 2 – Упознатост са постојањем штампане процедуре за примену мера заштите

Највећи проценат оба испитивана узорка дао је потврдан одговор о упознатости са постојањем штампане процедуре за примену мера личне заштите, што указује на висок ниво професионалности.



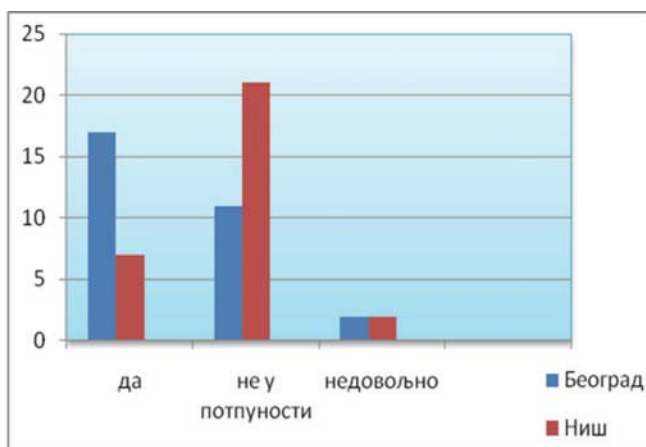
Графикон 3 – Упознатост са постојањем штампаном процедуром о примени мера заштите

Готово сви испитаници узорка Б и велики проценат узорка А (83,33%) дали су одговор да су упознати са постојањем штампане процедуре за примену мера заштите од инфекције ебола вирусом на радном месту, што указује на завидан ниво професионалне одговорности.



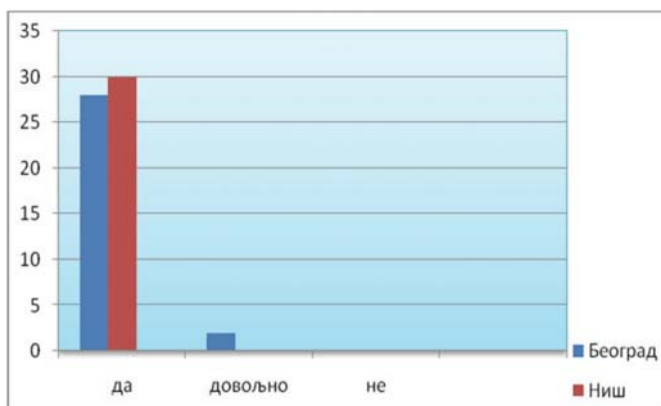
Графикон 4- Страх од могуће инфекције при пружању здравствене неге оболелом

Готово половина испитаника у оба испитивана узорка осећа несигурност и страх од могућности инфекције вирусом еболе приликом пружања здравствене неге оболелом. Велики број њих делимично осећа страх од те могућности, док је мали број оних који не страхују од ове опасности.



Графикон 5 – Процена сопствене едукованости за здравствену негу оболелих

Највећи број испитаника узорка А сматра да је оспособљен за спровођење здравствене неге оболелих од еболе, за разлику од узорка Б, где исто мишљење има мање од четвртине испитаника и где преовладава став да едукација није потпуна код више од две трећине испитаника. Мање од четвртине испитаника обе групе сматра да су недовољно едуковани за негу оболелих од еболе, а значај добијених резултата је утолико већи уколико се узме у обзир да за ебола хеморагичну грозницу за сада не постоји поуздан лек нити вакцина и да је правилна обука једини начин заштите здравственог особља.



Графикон 6 – Потреба за додатном едукацијом

Сви испитаници узорка Б и готово сви у узорку А сматрају да постоји потреба за додатном едукацијом у вези са применом мера личне заштите и здравственом негом оболелих од ебола хеморагичне грознице, што указује на висок ниво професионализма испитаника обе испитиване групе.

Највећи број испитаника је у оба испитивана узорка (23 у узорку А и 22 у узорку Б) углавном задовољан мерама које послодавац предузима за очување здравља и заштиту од инфекције вирусом еболе на радном месту, што још једном указује на професионалну одговорност.

ЗАКЉУЧАК

Ебола вирусно обољење (раније позната као ебола хеморагична грозница) обољење се често завршава смртним исходом. У епидемијама еболе леталитет може достићи и 90%, али настанак обољења може да се превенира.

Здравствени радници који су у контакту са особом са сумњом на еболу или болесником са лабораторијски потврђеним обољењем, поред стандардних мера предострожности, морају да се придржавају и примене посебних мера личне заштите ради спречавања изложености крви, телесним течностима или контакту без заштитне опреме са суспектним или оболелим. Све препоручене мере заштите здравствени радници приме-

њују увек приликом блиског контакта са суспектном или особом оболелом од те тешке инфективне болести. У спровођењу мера заштите треба бити доследан, јер само лична заштитна опрема није довољна за спречавање инфекције здравствених радника вирусом еболе.

Спроведено истраживање показало је висок ниво информисаности и оспособљености оба испитивана узорка медицинских сестара о примени мера заштите од инфекције вирусом еболе на радном месту, жељу особља за додатном едукацијом, али и страх од могућности инфекције ебола вирусом приликом пружања здравствене неге оболелом. Такође, на основу истраживања може се закључити и да менаџмент установе у којој је спроведено истраживање води позитивну политику бриге о заштити здравља запосленог особља и примени потребних мера заштите, што је у случају актуелне епидемиолошке ситуације еболе од кључног значаја.

Литература

1. Арсић, Д.: *Здравствена нега у инфектологији и акутним интоксикацијама*, Висока медицинска школа „Милутин Миланковић“, Београд, 2010. година.
2. Баљошевић, С.: *Атлас инфективних болести*, ауторско издање, Београд, 2003. година.
3. Божић, М. и сар.: *Инфективне болести*, уџбеник за студенте медицине, ЦИБИД Медицинског факултета Универзитета у Београду, 2004. година.
4. Гргић, Б.: *Ебола вирусно обољење – епидемиологија и мере превенције ширења инфекције*, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 2014. година.
5. *Ебола: актуелна епидемиолошка ситуација*, Министарство здравља Републике Србије, Београд, 13. август 2014. година.
6. *Ebola Clinical Care Guidelines: A guide for clinicians in Canada*, Canadian Critical Care Society, August 2014.
7. *Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-care Settings, with focus on Ebola*, WHO, December 2014.
8. Landers T.: *Ebola: Teaching Points for Nurse Educators*, College of Nursing, The Ohio State University, Columbus, Ohio, USA, 2014.
9. Максимовић, М.: *Здравствена нега у инфектологији*, ауторско издање, Београд, 2001. година.
10. *Препоруке за спречавање и сузбијање преношења ебола вирусног обољења у здравственим установама*, Републичка стручна комисија за надзор над болничким инфекцијама, Министарство здравља републике Србије, Београд, 15. август 2014. година.
11. Косановић Петковић, Д. и сар.: *Акутне инфективне болести*, Медицинска књига – Гутенбергова галаксија, Београд, 1998. година.
12. Константиновић, Ј. и сар.: *Клиничка инфектологија: одбрана поглавља за студенте медицине и стоматологије*, Универзитет у Нишу, 2001. година.
13. *Лична заштитна опрема* (преузето 15. 2. 2015). Доступно на <http://www.zjkv.org.rs/images/stories/ebola/ebolaLicna-ZastitnaOprema.pdf>



Слађана Томић, Клиника за физикалну
медицину и рехабилитацију КЦС

ПОСТОПЕРАТИВНА РЕХАБИЛИТАЦИЈА НАКОН ДЕКОМПРЕСИЈЕ КАРПАЛНОГ ТУНЕЛА

Слађана Томић рођена је 15. 11. 1971. године у Шапцу. Средњу пољопривредну школу „Стеван Петровић Бриле“ завршила је у Руми 1989–1990. године. На Универзитету Црне Горе завршила је Вишу физиотерапеутску школу у Игалу, 1999. године, и стекла стручни назив виши физиотерапеутски техничар. Током 2011. постала је стипендиста Клиничког центра Србије на студијама другог степена Медицинског факултета у Београду. Од 2002. године запослена је у Клиничком центру Србије на Клиници за физикалну медицину и рехабилитацију. Додатне едукације: Thera-Band Academy student professional: level I (31. 1. 2009) Kinesio Taping Association International, Kinesio Taping 2 course (24. 7. 2009) Kinesio Taping Association International, Kinesio Taping Basic course BS1 & BS2 (14. 4. 2008) Shiatsu; Удружење за превентиву и природни начин лечења, први степен курса шицу метода (Београд; 21. 2. 2000. године).

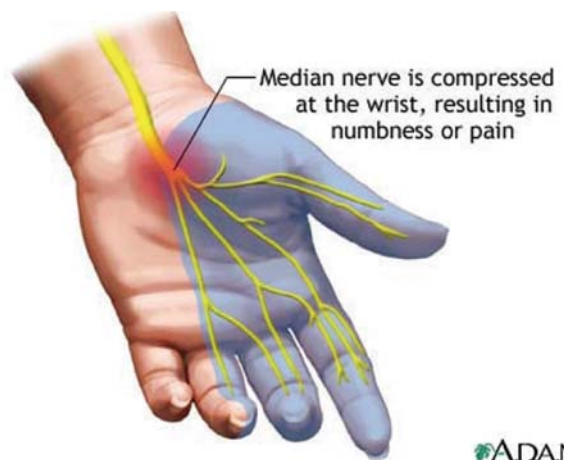


Sladjana Tomic, Department of Physical
Medicine and Rehabilitation KCS

POSTOPERATIVE REHABILITATION AFTER DECOMPRESSION OF CARPAL TUNNEL

Sladjana Tomic, Advanced Physical therapist was born 15th November 1971. in Sabac. She finished secondary Agricultural School “Stevan Petrovic Brile” in Ruma 1989–1990, University of Montenegro: College of Physiotherapy in Igalo, graduated 1999. In 2011. she won a scholarship of the Clinical Center of Serbia for the second degree professional studies at the Medical Faculty in Belgrade. From June 2002. up to now she is working as Advanced Physical therapist at Clinical center of Serbia, at the Clinic of physical medicine and rehabilitation. During her professional career she attended the following training: Thera-Band Academy student professional level 1 Band (31. 1. 2009), Kinesio Taping Association International, Kinesio Taping 2 course (24. 7. 2009) Kinesio Taping Association International, Kinesio Taping Basic course BS1 & BS2 (14. 4. 2008) Shiatsu Level 1 course shiatsu methods.

Синдром карпалног тунела (СКТ) представља најчешћу компресивну неуропатију, која укључује механичку иритацију, компресију или констрикцију н. медијануса у пределу ручја. Тај синдром представља скуп карактеристичних симптома и знакова који прате компресију медијалног нерва у карпалном тунелу. Уобичајени симптоми укључују утрнуlost, парестезије, бол, отицање и хипоестезију у дистрибуцији н. медијануса, те поремећај спретности и губитак снаге стиска који се одликује испадањем предмета из шаке. Симптоми се обично погоршавају ноћу, због чега се јавља и ноћни бол. Пацијенти обично описују осећај олакшања приликом трешења руке. Симптоме и бол могу испровоцирати различите активности (нпр. вожња бицикла, дуготрајно коришћење ергономски неподесног компјутерског миша), које повећавају притисак у карпалном тунелу (флексија зглоба). Ти симптоми могу, али и не морају, бити удружени са објективним променама у структурама које инервише тај нерв. Симптоми СКТ обично почињу подмукло и постепено, ређе акутно после повреде. Пацијент понекад осећа бол и у рамену и/или надлактици, или парестезије које се шире од ручја ка подлактици. Важно је истаћи да се више од 50% пацијената жали на парестезије и укоченост

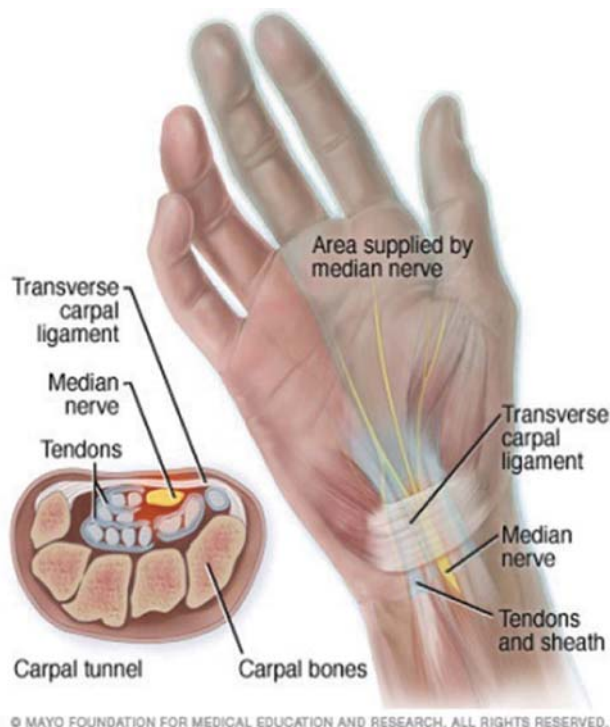


у пределу прва три прста и радијалној страни четвртог прста, али да чак око 30% пацијената има тежбе у свим прстима. Синдром карпалног тунела може се лечити неоперативно и оперативно. Метод избора за перзистентне и прогресивне облике СКТ и оне који не реагују на конзервативну терапију јесте оперативно лечење. Оперативним лечењем уклања се механичка компресија живца у карпалном тунелу, где се потпуним пресецањем карпалног лигамента повећава волумен карпалног тунела за око 24 одсто.

Циљ овог рада је да у ревијалном приступу прикаже принципе избора и значај терапијских интервенција из области физикалне медицине и рехабилитације код пацијената након декомпресије карпалног тунела.

Метод у изради овог рада је претраживање система базе података: MEDLINE, Medscape, Cochrane database of systematic reviews, Google Scholar, са следећим кључним речима: „carpal tunnel syndrome/rehabilitation”, „carpal tunnel syndrome/surgery”. Квалификација препорука дата је у складу са следећим стандардима: препоруке високог степена које проистичу из метаанализе или више рандомизираних студија (А ниво); препоруке средњег степена које проистичу из једне или више конзистентних клиничких студија (Б ниво) и препоруке ниског степена које проистичу из више неконзистентних клиничких студија (Ц ниво).

Карпални тунел је канал формиран од кости и лигамената који чине границе зглоба кроз који пролази де-



вет флексорних тетива (4 flexor digitorum profundus и 4 flexor digitorum superficialis, те m.flexor pollicis longus) и н. медианус (слика бр. 2). Под тог тунела лучног је облика формиран од карпалних костију, док је кров тунела познат као флексорни ретинакулум или трансверзални карпални лигамент. Са радијалне стране тај лигамент се везује на квржицу os scaphoidei и os trapezium, а на улнарној страни на hamulus osis hamati.

Епидемиологија и инциденција

Инциденција СКТ у САД је 3/1000 пацијената годишње; преваленција је приближно 50/1000 годишње у општој популацији. Инциденција може расти до 150/1000 годишње, с преваленцијом стопе веће од 500/1000 па-

цијената у високоризичним групама. Интернационално постоји мали број студија СКТ заснованих на истраживањима у општој популацији. На основу њих, инциденције и преваленције обољења у развијеним земљама чине се сличним онима у САД (инциденција у Холандији је приближно 2,5 случаја /1000 годишње, у Енглеској је 70-160/1000 годишње). Синдром карпалног тунела најчешће се јавља између 40 и 60 година. Свега 10% пацијената млађе је од 30 година. Битно је напоменути да је у 50% случајева синдром билатералан и тада је израженији у доминантној руци.

Морбидитет

Синдром карпалног тунела није фаталан, али може водити до комплетног иреверзибилног оштећења са последичним тешким губитком функције шаке ако се не лечи.

Раса

Бела раса има вероватно виши ризик од развијања синдрома карпалног тунела. Он је веома редак у неким расним групама (Јужна Африка).

Пол

Жене оболевају чешће у односу на мушкарце, у односу 3:1.

Етиопатогенеза

1) Идиопатски СКТ

Етиологија СКТ је у већини случајева непозната, али чини се да је патогенеза у блиској вези са повећањем притиска у карпалном каналу. Фактори који утичу на повећање притиска у карпалном каналу не могу се препознати када говоримо о примарном (идиопатском) синдрому карпалног тунела. Идиопатски СКТ је у корелацији са хипертрофијом синовијалне мембране флексорних тетива узроковане дегенерацијом ткива са васкуларном склерозом, едемом и фрагментацијом колагена. Из метаанализа спроведених од 2002–2008. године показано је да су пол, године, генетски и антропометријски (величина карпалног тунела) фактори били знатно предиспонирајући фактори. Понављане манулене активности, изложеност вибрацијама, ниској температури такође су значајни фактори у појави идиопатског синдрома карпалног тунела.

2) Секундарни СКТ

Секундарни СКТ може настати као последица:

а) *Абнормалности у грађи тунела*

Свако стање које модификује зидове тунела може узроковати компресију медијалног нерва, нпр. дислокација или сублуксација карпуса, фрактура радијуса, остеосинтетски материјал на предњој страни кости радијуса. Такође абнормалности зглоба као што су артроза зглоба, инфламаторни артритис (због синовијалне

хипертрофије, деформације кости, и/или скраћења карпала), ризатроза, акромегалија, тумори (хаемангиома, цисте, ганглион, липома, неурома), инфекције, проминенције кости, траума могу условити настанак синдрома карпалног тунела.

б) Системских фактора

У системске факторе убрајају се гојазност, дијабетес мелитус, тироидна дисфункција, трудноћа (0,34%-25% случајева, посебно у трећем тромесечју), менопауза, системски lupus eritematosus, scleroderma, болест бубрега, дуготрајна дијализа, акромегалија, саркоидоза, прекомерна употреба алкохола, хемофилија, остеоартритис, амилоидоза.

Клиничка слика СКТ класификује се у три стадијума:

I стадијум – благ, одликује га интермитентни бол и парестезије, који су израженији ноћу. Поред тога, постоји укоченост која је израженија у средњем прсту. Касније се тегобе шире и ка длану и јављају се и дању. У том је стадијуму тест дискриминације две тачке нормалан.

II стадијум – умерен, одликују га сталне парестезије и утрнулост. У неуролошком налазу постоји хипоестезија прва три прста, уз очуван сензибилитет на длану. Тест дискриминације две тачке је абнормалан. Позитивни су Тинелов и Фаленов тест.

III стадијум – тежак, код кога су симптоми стални и праћени испадом сензорне и моторне функције. Он се може поделити у две фазе:

а) слабост мишића тенара (опозиција, флексија и абдукција палца), уз развој почетне атрофије. Постоји хипоестезија, док су болне парестезије мање изражене.

б) парализа мишића тенара са њиховом атрофијом и хипоестезија до анестезије. Болне парестезије обично су одсутне, а Тинелов знак може бити негативан услед тешког оштећења нерва.

Дијагноза

Поставља се на основу:

1. анамнезе,



2. физикалног прегледа,
3. додатних дијагностичких тестова.

У додатне дијагностичке методе убрајају се :

- електродијагностичка испитивања,
- сонографија,
- магнетна резонанца.

Диференцијална дијагноза

- радикулопатија Ц6- Ц7, пронатор терес синдром, артритис, теносиновитис, фасцитис,
- „Double crush syndrome”, тј. синдром двоструке компресије De Quervain синдром.

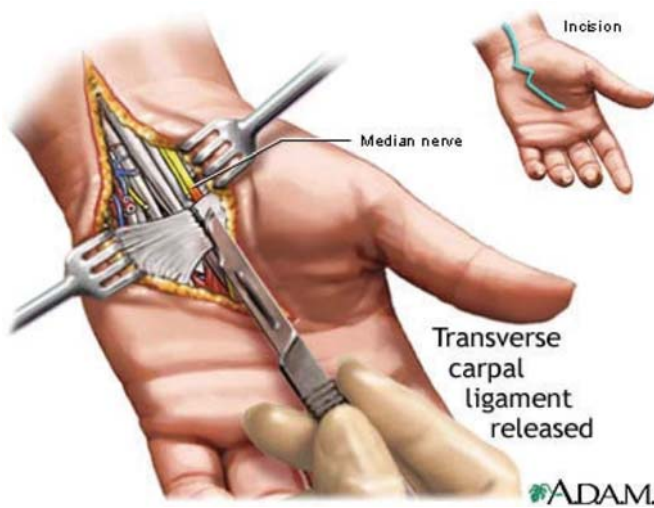
Лечење

Неоперативно:

- блажи облици,
- фармаколошке мере (локална и системска примена кортикостероида, НСАИЛ и антидепресива),
- хефармаколошке мере лечења (ортозе, различити физикални модалитети и кинезитерапијске процедуре).

Оперативно

Отворена процедура ослобађања карпалног тунела – OPEN CARPAL TUNNEL RELEASE.



Ендоскопска и мини отворена операција карпалног тунела

Постоперативна рехабилитација

– Општи постоперативни циљеви I–IV недеље:

- нега ране, зарастање ране и превенција инфекције,
- обнављање пуног пасивног и активног обима покрета у прстима и ручном зглобу,
- контрола отока, бола.

– I–III постоперативна недеља:

- нега ране,

- едукација пацијента о хигијени ране, рана чиста и сува,
- прање у млаким купкама које у себи садрже благи дезинфицијенс,
- контрола отока елевацијом шаке и целе руке позиционирањем, лимфном дренажом,
- активни покрети лагане флексије прстију у ДИП и ПИП зглобовима изнад нивоа главе у смислу елевације, 10 х/сат како би се превенирало отицање
- контролисана хладна терапија,
- ортоза, недељу дана након оперативног захвата, наставак ношења до пете недеље постоперативно у зависности од симптома.

У II постоперативној недељи започињање интензивније кинезитерапије

Започињање програма вежби клизања тетива, флексије палца, екстензије и опозиције активним покретом.

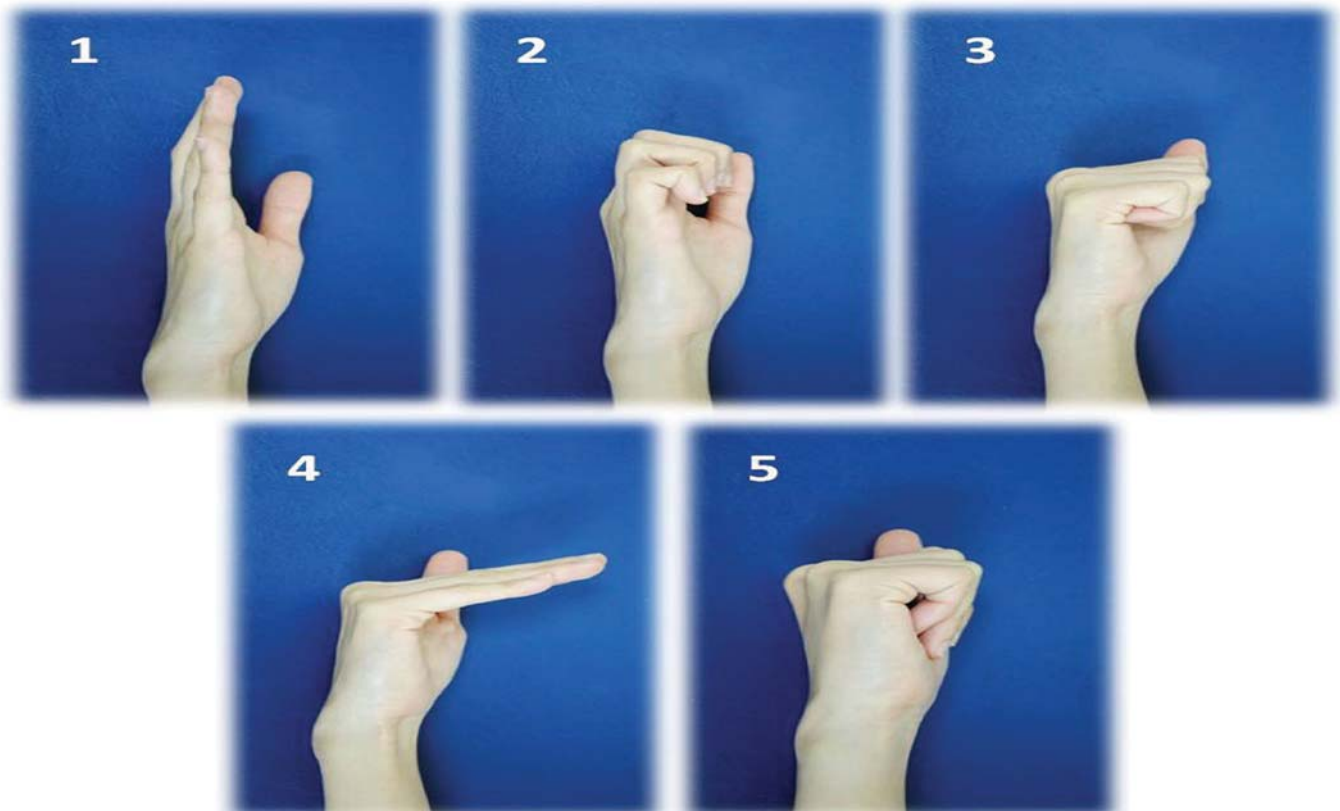
Вежбе клизања тетива

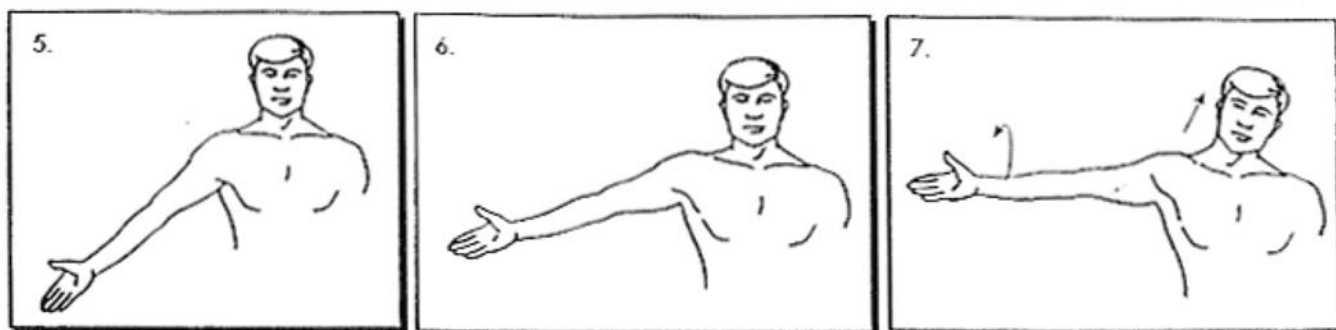
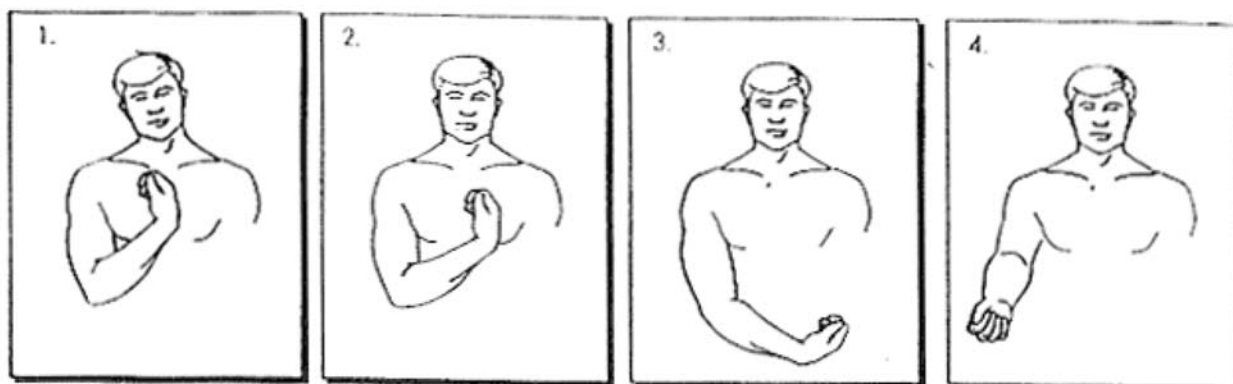
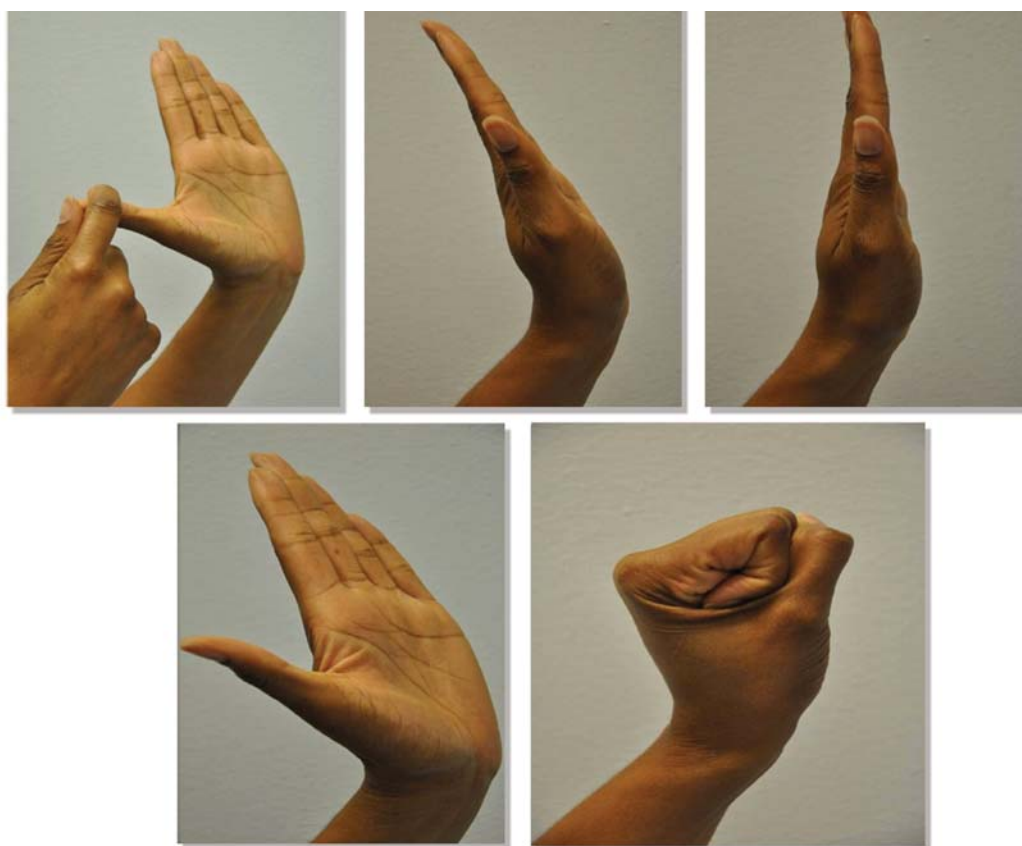
Вежбе клизања нерава

Вежбе клизања за n.medianus

IV –VI постоперативна недеља

- Наставити са претходним програмом по потреби.
- Ако постоје пролонгиране парестезије или хиперсензитивност, додати програм десензитизације користећи помагала за тренинг различите текстуре.





Ако перзистира оток, може се увести изотонична рукавица или размотрити увођење терапије интермитентне компресије

Увести благе вежбе екстензије ручног зглоба и шаке.

- Увести лагане вежбе против отпора (ако је до-

стигнут потпун обим активне покретљивости, а бол је минималан):

- стискање лопте/сунђера,
- вежбе на Theraband „ситу”, уз помоћ перфорираних трака, где постоје различите тачке досезања, а снага траке је пропорционална јачини



- боје траке,
- вежбе на Theraband digi extend, те остале вежбе које форсирају покрете флексије и екстензије,
- повратак лаганим активностима дневног живота.

Општи циљеви у VI–XII постоперативној недељи

- Обнављање потпуног обима покрета прстију шаке и ручног зглоба.
- Прогресивно јачање снаге до пуне снаге.
- Припреме за повратак на посао (ако је седантерни посао осам недеља, 10–12 недеља за сложеније послове, или повратак модификованим радним активностима).

VI–VIII постоперативна недеља

- Наставак контроле едема и нега ожиљка ако је потребно.
- Наставак с вежбама док год се не достигне потпун обим покрета.
- Прогресија са вежбама снаге колико то стање дозвољава.
- Додати вежбе теговима, са постепеним повећањем тежине, за флексију, екстензију, супинацију, пронацију и радијалну и улнарну девијацију (слика бр. 26). Вежбе теговима за бицепс и рамени појас могу бити уведене ако постоји слабост или иритација мишића због прекомерне употребе
- Лагани задаци у смислу чишћења куће, те радни задаци – дозвољени су.

VII–XII постоперативна недеља

- Наставити са претходним програмом према потреби.
- Повратак послу.

- План повратка радним активностима након што се достигне потпун обим покрета и снага мишића.
- Пацијенти са слабијим постоперативним опоравком, где симптоми и даље постоје или они који су развили ЦРПС, могу захтевати дужу рехабилитацију и имати спорију прогресију у односу на наведени протокол.

Закључак

Принципи лечења након оперативне декомпресије карпалног тунела и даље нису утемељени. Претрагом литературе установљен је мали број, у највећем броју неконзистентних доказа који се односи на ефикасност метода из области физикалне медицине и рехабилитације у постоператив-

ном лечењу синдрома карпалног тунела. Препоруке на основу литературе указују на оправданост примене вежби клизања тетива и нерава у одређеним положајима сегмента. Висок ниво препорука потврђује значај контролисане хладне терапије у контроли бола, смањењу отока и смањењу потребе за аналгетцима. Умерен ниво препорука оправдава ношење ручне ортозе, која се поставља тако да растеређује зглобове шаке и штити шаку од прекомерног истезања или савијања, и на тај начин омогућује брже зарастање ране. Низак ниво доказа указује на неефикасност физикалних модалитета у лечењу постоперативног синдрома карпалног тунела. Наведени подаци и доступна литература указују на потребу даљих истраживања у смислу најделотворнијег облика лечења како би тачније дефинисали који од терапијских модалитета, посебно када су у питању физиотерапијски поступци, обезбеђују најбољи исход лечења.

Литература

1. Ashworth, N. L. [2014, Aug, 25; 2014] – Carpal tunnel syndrome clinical presentation. Retrieved from: <http://www.Medscape.com>
2. Chammass, M. [2014 Aug, 20] – Retrieved from: <http://WWW.RBO.ORG.BR>.
3. Sayles, J. [2014, Oct, 15] – Standard of care: Carpal tunnel release. Retrieved from: <http://www.brighamandwomens.org>
4. Бошкових, М. С. (1992) – *Анатомија човека*. Београд, Медицинска књига.
5. Skirven, T. M. (2011) – *Rehabilitation of the hand and upper extremity*, Philadelphia, Elsevier Mosby.
6. Самарџић, М., Расулић, Л., Баљозовић, Б., Милаковић, Б., Јовановић, М., Малиш, М. – *Синдром карпалног канала – хируршко-анестезиолошки проблеми*. Acta Chir Yugosl, 2010; 57(1): 115–119.

Ивана Стојковић, Интернационална болница
у Ријаду, у Саудијској Арабији

Ivana Stojkovic, International
Hospital in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia

ИНТРАВЕНСКА ТЕРАПИЈА Неопходно знање медицинских сестара у вези са надокнадом течности и електролита

INTRAVENOUS THERAPY Necessary knowledge of nurses regarding the replacement of fluids and electrolytes

Ивана Стојковић рођена је у јулу 1974. године у Београду. Средњу и Високу здравствену школу струковних студија завршила је у Земуну, а затим и специјалистичке струковне студије на Медицинском факултету у Београду. Претходно радно искуство: од 1995. до 2015. године радила је у Клиничком центру Србије. Тренутно живи и ради у Ријаду, Краљевина Саудијска Арабија. Удата је, мајка двоје деце.



Ivana Stojkovic was born in July 1974 in Belgrade. Medical School of vocational studies ended in Zemun, then a Specialist vocational studies at the Medical Faculty in Belgrade. Previous work experience: From 1995. to 2015. she worked at the Clinical Center of Serbia. Currently she lives and works in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. She is married, mother of two.

Интравенска примена течности и електролита представља важну компоненту у нези хоспитализованих пацијената.

Најчешћи разлози за лош третман течности и електролита:

1. Већина особља не разуме потребу или не разуме сврху примене течности и електролита.
2. Документовање примене течности и електролита лоше је урађено.
3. Најчешће се интравенска примена препушта недовољно едукованом кадру.

Како би се избегле евентуалне грешке током интравенске примене течности, треба поћи од правила 5P (правила су на енглеском, па ћемо их тако и објаснити)

1. **Resuscitation** (оживљавање) – пацијенту је хитна и неопходна надокнада течности услед хиповолемије.
2. **Routine maintenance** (рутинско одржавање) – пацијент није у стању да надокнади течност оралним путем, те је неопходна примена интравенске надокнаде течности.
3. **Replacement** (замена) – неопходна је корекција течности и електролита услед претераних губитака (дијареја, опекотине, повраћање..).
4. **Redistribution** (прерасподела) – критично оболели пацијенти или пацијенти који ће бити подвргнути великим хируршким интервенцијама, пацијенти са обољењем срца, јетре, бубрега најчешће имају лошу расподелу течности у организму.
5. **Reassessment** (евалуација урађеног – поновна процена стања пацијента) – након сваке интервенције, нарочито након интравенске примене течности, неопходно је поново урадити процену стања пацијента. На тај начин ћемо знати да ли

су наши поступци довели до побољшања или погоршања стања пацијента.

Да бисмо успешно надокнадили течност и електролите, треба се подсетити укупне воде у организму и њене прерасподеле. Укупна количина воде у организму износи око 60% код одрасле здраве особе. Код деце и старијих ситуација се знатно мења. Новорођенчад имају око 80% воде у организму, деца 70%, а укупна количина воде код старије популације износи између 50% и 55%. Течност се дели на

1. **Интраћелијску** (око 20% или 2/3 укупне количине течности износи интраћелијска течност са великим молекулима протеина (албумин) и гликогена. Највећу улогу у регулацији интраћелијске течности има калијум, чија је концентрација око 140 mmol)
2. **Екстраћелијску** (око 40% укупне течности чини екстраћелијска течност, која се даље дели на **интерстицијалну** и **интраваскуларну течност**. Екстраћелијска течност је регулисана молекулима натријума, који одржавају осмоларност екстраћелијске течности).

Нормална дистрибуција укупне течности одржава се уз помоћ протеина плазме (75% албумина, 20% хемоглобина, 5% глобулина). Протеини плазме стварају онкотски притисак унутар крвних судова и повлаче воду. Протеини плазме могу да напусте васкуларне елементе, али само у количини од 5%/сат. Враћају се у истој количини лимфним системом, на овај начин онкотски притисак остаје сталан. Течност између екстраћелијске течности и гастроинтестиналног тракта бива размењена уз помоћ активне секреције и реасорпције дигестивних сокова; код одраслих тај ток је константан.

Табела показује пример нормалног кретања воде и електролита у организму

Унос		Губитак	
Оралним путем	1200	Урин	1500
Вода из хране	1000	Кожа и плућа	500-1000
Током метаболичке оксидације	300	Столица	100
Укупно	2500	Укупно	2100-2600

Просечан дневни унос

Вода	25-35 мл/кг/дан
Натријум	Просечно 1ммол/кг/дан
Калијум	Просечно 1ммол/кг/дан

Жеђ

Жеђ је окидач који се јавља када постоји негативан баланс воде створен због лошег, тј. премалог уноса. Повећани унос натријума повећава жељу за водом. На тај начин осмоларност остаје између 280 и 290 mOsm/kg.

Бубрези

Флукуације воде и натријума проузрокују промене у осмоларности плазме активирањем осморцептора, што доводи до промена у бубрежној екскрецији воде и натријума. Активност тих рецептора ослобађа хормоне алдостерон и антидиуретски хормон. Међутим, током интензивног губитка крви или екстраћелијске течности рецептори волумена надвладају осморцепторе.

Неосетни губитак воде

Неосетни губитак воде настаје тако што она испари током респирација или знојењем и он износи око 0,5–1 литар на дан. Међутим, код критично оболелих пацијената, који имају повишену температуру или је број респирација већи, треба мислити и на ову чињеницу. Гастроинтестинални губитак такође може бити неосетан и он износи око 100–150 мл на дан. Појачава се током дијареје, при чему долази до озбиљног нарушавања равнотеже.

Регулација воде и електролита

Постоје три начина за регулацију воде и електролита:

1. **Регулација воде** – Кад год постоји промена у осмоларности плазме, осморцептори шаљу сигнал хипоталамусу. Везом хипофиза–хипоталамус активира се појачано или смањено лучење вазопресина или антидиуретског хормона. Ако је екстраћелијска течност јако концентрова-

на, количина антидиуретског хормона биће повећана.

2. **Регулација натријума** – Ако пада натријум, рецептори за одржавање притиска ће активирати ренин-ангиотензин-алдостерон систем (РААС). На тај начин повећава се количина секретованог алдостерона, чијим ће деловањем натријум бити реасорбован. Обрнуто, ако је количина натријума повећана, РААС ће бити супримиран.
3. **Регулација калијума** – Калијум унутар екстраћелијске течности мора да остане у уским границама између 3,5 и 5,0 ммол. Калијум је регулисан јонима водоника и натријумом у реналним тубулама. Висока концентрације јона водоника током ацидозе пореметиће реналну секрецију калијума и количина калијума унутра екстраћелијске течности ће се повећати. С друге стране, ниске концентрације јона водоника повећаће екскрецију калијума и вредности ће пасти.

Патофизиологија биланса течности

Повреде и болести угрожавају начине регулације воде у организму, специфично и неспецифично.

Неспецифично:

Транскапиларно напуштање албумина: Током болести или повреда повећаће се са 5% на 13%–15% из интраваскуларног компартмента у интерстицијски компартмент, што ће довести до појаве едема. Смањењем албумина падаће онкотски притисак, што ће такође проузроковати излазак натријума и воде у интерстицијски компартмент. Будући да лимфни систем може да врати само 5% албумина у интраваскуларни компартмент, пацијент ће имати интраваскуларну хиперволемију са едемима.

Губитак калијума: Током болести је секундаран и узрокован је стимулацијом хормона стреса кортизола и високим вредностима алдостерона, те метаболизмом гликогена, што последично доводи до цепања протеина гликогена на аминокиселине и до изласка калијума ван ћелије. Током екстремног катаболизма, који се среће током сепсе или опекотина, ниво калијума може превазићи способност бубрега за екскрецијом, када ће се јавити хиперкалемија. Током опоравка ћелијски зид се стабилизује и ћелија поново преузима калијум, а последица може бити хипокалемија.

Малнутриција: Код потхрањених пацијената ћелијска пумпа не ради, а велике количине натријума и воде улазе у ћелију. Неделотворна пумпа дозвољава електролитима (калијуму, магнезијуму, калцијуму и фосфатима) да из интраћелијске течности прођу у екстраћелијску течност и бубрега их екскретују. Применом глукозе лучиће се инсулин, који ће стабилизирати ћелијску мембрану. На тај начин ће и најосетљивије ћелије организма (мозак и срце) добити довољну количину глукозе. Применом глукозе, нажалост, може доћи до повлачења воде и натријума у екстраћелијску теч-

ност и последично до стварања едема. Ћелијска пумпа ће почети са преузимањем електролита, њихов ниво у плазми ће се смањити. Код потхрањених пацијената може бити прилично компликован регулациони биланс воде и електролита због евентуалне прикривене инфекције или срчане нестабилности.

Специфично:

Бројне неуролошке, респираторне, срчане, гастроинтестиналне и дерматолошке болести могу довести до поремећаја течности и електролита, али тада лечењем основног обољења последично стабилизујемо и електролитни баланс.

Најчешће коришћени кристалоиди и колоиди

Натријум-хлорид (0,9%) најчешће се користи за надокнаду течности. Међутим, треба имати на уму неколико појединости. Нажалост овај кристалоид не задовољава у потпуности потребе за надокнадом онако како би требало. На пример, ако дамо 800мл око 200–250 мл ће остати у интраваскуларном простору, што је недовољно. Ако је пацијент под стресом или у хиповолемији, више натријум-хлорида може остати у интраваскуларном компартменту, али ако се даје неконтролисано и понављано, довешће до ретенције натријума и воде, повећавајући ризик за настанак едема. Такође може доћи до повећања нивоа хлорида, проузрокујући хиперхлоремiju. Она може узроковати редукцију протока кроз бубреге и слабу гломерулску филтрацију, а последица је лоша елиминација урина, редукован желудачни ацидитет и појава илеуса.

Балансирани кристалоиди (Хартманов и Рингеров раствор) могу се користити за надокнаду волумена плазме, али за разлику од колоида, само 1/3 до 1/4 побољшаће волумен плазме. На пример, ако дамо 800мл, око 200–250мл остаће у интраваскуларном простору, а остатак ће отићи у интерстицијски простор. Међутим, оба раствора садрже мање натријума и хлорида, али садрже калцијум, магнезијум и калијум, лактате и друге пуфере, па су идеални за стања ацидозе. Најчешће се користе у оживљавању или за рутинско одржавање. Сетити се правила 5Р.

Глукоза се најчешће користи као 5% или 10% раствор. Након метаболизма глукозе остаје вода, али са привременим и пролазним утицајем на волумен. Стога није за примену код оживљавања или замене и најчешће се примењује за корекцију дехидратације. Пацијентима са хиперкалемијом најчешће се даје 10% глукоза са кристалним инсулином како би се стабилизовала ћелијска мембрана и како би ћелија преузела калијум назад из циркулације.

Синтетски колоиди заправо садрже велике партикуле кристалоидних раствора. Зато могу бити задржани у интраваскуларном простору. На тај начин јони имају улогу у регулацији онкотског притиска на капиларној мембрани. Примењени колоиди прошириће ин-

траваскуларни простор за готово 60%–80%. Стога су одлични за оживљавање или за редукцију едема. Током примене колоида увек треба бити опрезан, јер садрже велике количине натријума, од 140–154 ммол, хипернатремија може довести до напада и већ побројаних других компликација.

Солуција албумина природни је колоид и током примене ће повећати интраваскуларни волумен за дату количину. Природни албумин идеалан је плазма-експандер за разлику од синтетских колоида. Међутим, компликована процедура требовања и цена може бити један од разлога чешће примене синтетских колоида. За те сврхе најбољи се показао 20%–25% албумин СП (Albumin SP) зато што је сиромашан натријумом (SP – sodium poor), а већ смо у неколико наврата напоменули компликације током примене натријума.

Мониторинг и реevaluација пацијената на интравенској терапији

Постоје бројни параметри који могу указати на поремећај воде и електролита. Зато је задатак медицинских сестара да познају историју болести пацијента и да на основу обољења предвиде даљи развој стања. Не треба да буду само пуки посматрачи већ је неопходно на основу критичког размишљања да дођу до најбољих решења за пацијента.

Набројаћемо параметре који би медицинским сестрама могли да укажу на поремећај метаболизма воде и електролита:

- 1. Капиларно пуњење.**
- 2. Крвни притисак.**
- 3. Тургор коже:** Овде треба имати на уму и пацијентове године, прекомерну хладноћу и кахексију.
- 4. Упало лице:** Може се повезати и са кахексијом због болести.
- 5. Сува уста:** Ово је један од најлошијих индикатора.
- 6. Едеми:** Увек треба мислити на хипоалбуминемију.
- 7. Излучивање урина:** Губитак урина мањи од **0,5мл/сат** (мање од 30 мл/сат) често се користи као индикатор губитка течности.
- 8. Мерење телесне масе:** Мерење телесне масе треба радити свакодневно, јер може да представља одличан показатељ пацијентовог стања.
- 9. Прописано документовање биланса течности:** Добро бележење губитака може се урадити уз помоћ мерења излученог урина, свих врста аспирата, губитака преко фистула.
- 10. Биохемија урина и крви:** Узорковањем крви утврдићемо количину електролита, натријума, калијума, бикарбоната, крвне уреје и креатинина, док мерењем биохемијских показатеља урина можемо да препознамо реналну хипоperfузију или акутно отказивање бубрега ако је ниво натријума мањи од 20 ммол/Л. Као показатељ рада бубрега користимо још и екскретовану уреу и креатинин.

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-LINIJA: 011/ 2100-464
nutricia@kibid.rs • www.nutridrink.rs

International Council of Nurses

NURSES: A force for change
СЕСТРЕ: Снага за промену

**IMPROVING HEALTH
SYSTEMS' RESILIENCE**
**ПОБОЉШАЊЕ СИСТЕМА
ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ**



12 MAY 2016

INTERNATIONAL NURSES DAY

12. MAJ 2016.

МЕЂУНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА

#IND2016

