



SESTRINSTVO

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 14 • Број 50 • Београд, јануар-март 2017. • YU ISSN 1451-7590



СРБИЈА
ПРОТИВ РАКА

Пријатељи
podrživot
fundacija za pomoć najtežima



Добитнице Награде
„Душица Спасић“

ФОТОРЕПОРТАЖА:
Са доделе Награде „Душица Спасић”

Снимео: А. МИЛОРАДОВИЋ



СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Број 50, јануар-март 2017. године

Адреса: КЦС „Сестринство“
ул. Пастерова бр. 26, 11000 Београд
Тел: 011 26 43 025
Факс: 011/ 3615 805
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com
umstkcs.sestrinstvo@open.telekom.rs
pubsci.sestrinstvo@gmail.com, (на овај
мејл можете слати прилоге за часопис)
(ERSTE banka), ПИБ број 103245461
Сајт: <http://sestrinstvo.rs>

Издавач
УМСТ, КЦС, „Сестринство“

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

Главни и одговорни уредник
Добрила Пејовић

Уредништво
Биљана Ковачевић,
Љиљана Стаменковић
Јованка Вучковић
Сузана Богдановић
Олга Симић
Ивана Стојковић
Зорица Милошевић
Слађана Басара
Љиљана Ракић

Преводиоци
Ивана Нешић
Александра Букумировић
Данијела Ивковић

Спољни сарадник-новијар
Јагода Плавшић
Душанка Еркман

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

Уредник и редактор
Станоје Јовановић

Ликовни уредник
мр Небојша Кујунџић

Лектор
Мила Барјактаревић

Тираж 1.000 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 14. бр 50. (јануар – март 2017).
– Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“.
Изапзи тромесечно.

Уз честитке за 50. број

Позив: учествујте на симпозијуму о теми ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ОРГАНА И ЊЕН ЗНАЧАЈ

Поштоване колегенице и сарадници,

Трансплантација органа изузетно је актуелна и значајна тема за заштиту здравља становништва, која је одавно превазишла локалне и регионалне оквире и досегла светски значај. Да бисмо ишли у корак са светом и његовим најнапреднијим делом, била је логична одлука нашег удружења да у другој половини септембра будемо организатори симпозијума о тој теми. Уверени смо да ће тродневни стручни скуп са међународним учешћем понудити одговоре на многа питања из тог домена, изузетно значајних превасходно за људе које се тиме непосредно баве, али и за друге здравствене делатнике од којих се с разлогом очекује да поседују основна знања из те области. Наравно, имаће одјека и на широки круг грађана давалаца и корисника услуга. Симпозијум са јасно дефинисаним циљевима, задацима и концепцијом пружиће, без сумње, знатан допринос унапређивању наше националне стратегије у области трансплантације.

Када је реч о нашој професији, посебан значај имаће повезивање свих сестара из референтних центара целе Србије у јединствену мрежу стручњака који се баве трансплантацијом, уз обликовање јединственог делокруга рада важног за осавремењивање знања. Заједно с лекарима, чија је улога изузетно значајна, показаћемо да су процедуре које сестре спроводе у нези, лечењу, рехабилитацији и едукацији огромне и да је сестра равноправни и незаменљив члан тима. У делу стручног скупа одржаваће се округли столови, које ће водити еминентни стручњаци из кључних области.

Зато с разлогом очекујемо да ћете се одазвати позиву и да ћете нам се придружити у раду симпозијума. Циљ је да разменимо искуства, да стекнемо нова знања и да заједничким снагама дођемо до специфичних стандардизованих процедура у тој области, јединствених не целој територији Србије. Да идемо у корак с временом.

Организациони одбор Симпозијума



Додела традиционалне
Награде „Душица Спасић“

СЕСТРИНСТВУ НА ЧАСТ

4



Милосија Мила Богуновић

БИОГРАФИЈА ВРЕДНА
ПОШТОВАЊА

9

Здравствени техничари
у белом свету

ЛИНИЈЕ ВОДИЈЕ
СЕСТРИНСКЕ АУТОНОМИЈЕ



На насловној страни: Мирјана Павловић
и Руџа Делић, добитнице престижне
награде „Сестринства“

Снимио: А. Милорадовић

15

У О В О М Б Р О Ј У



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

Узори сестринске професије

СЕСТРИНСТВУ НА ЧАСТ

Овогодишњи лауреати престижног сестринског признања, које додељују Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“ и часопис „Вива“, медицинске су сестре Мирјана Павловић, запослена у Центру за рехабилитацију у Косовској Митровици, и Ружа Делић, са Клинике за кардиохирургију Клиничког центра Србије

Тринаести пут заредом, у организацији Удружења медицинских сестара и техничара КЦС „Сестринство“ и уз подршку часописа „Вива“, 23. марта, на пригодној свечаности у Клиничком центру Србије додељене су традиционалне награде „Душица Спасић“ за претходну годину. У име организатора и домаћина учеснике скупа и госте поздравила је Марија Галић са Клинике за кардиохирургију КЦС: чланове породице Душице Спасић, пензионисане медицинске сестре, досадашње добитнице овог престижног признања, професоре Високе здравствене школе струковних студија у Београду и представнике синдикалних организација сестара. Речи захвалности упућене су власницима Српске уметничке ливнице Јеремић, који већ тринаест година донирају статуу Душице Спасић.

Скуп је започео свечаном песмом „Сестра“, својервном сестринском химном, коју интерпретира истакнути вокални солиста Жарко Данчуо, текст је

написао новинар Станоје Јовановић, музику познати композитор Раде Радивојевић, а песма је настала по идеји сестре Добриле Пејовић.

Марија Галић подсетила је да је током више од једне деценије та угледна награда доживела потпуну афирмацију. Међу добитницама је много узорних медицинских сестара бриљантних биографија, на које су сестре професионално поносне. Додела награда је прилика да се окупе најбоље медицинске сестре, врхунски професионалци и њихови пријатељи и поштоваоци сестринске професије. Део казивања посветила је хероини нашег времена медицинској сестри Душици Спасић, по којој је награда добила име, која је свој млади живот даривала професији, негујући смртно оболелог пацијента од вариоле вере.

Овогодишњи узор професије и носиоци статуете „Душица Спасић“, као и минулих година, бирани су из редова сестара које су највећи део радног века провеле и даривале најтежим болесницима. Пацијентима





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

АСИЋ

у болесничкој соби, управо тамо где је сестра најпотребнија и сестринска улога незаменљива и најхуманија. Награда је и израз захвалности за њихове изузетне резултате и додељује се двојма сестрама: сестри запосленој у Клиничком центру Србије и сестри из других здравствених установа у Републици Србији.

Престижна признања у 2017. години припала су медицинским сестрама изузетних људских и професионалних вредности: **Мирјани Павловић**, медицинској сестри из Косовске Митровице (на нивоу Републике), којој је признање уручио главни техничар КЦС Ненад Банићевић, и **Ружи Делић**, са Клинике за кардиохирургију КЦС, којој је статуету уручила Гордана Ковачевић, председница УМСТ „Сестринство“.

У име Синдиката сестара Републике Србије и КЦС добитницама су честитке пренеле Радица Илић, Тања Ердџановић и Светлана Балетић.

Топло поздрављени, део свечаног програма испунили су музичари „Малог српског оркестра“ (Вук, Нађа и Матеј Пушкаревић), интерпретацијом сплета српских и руских мелодија.

С.Ј.

Беседа о једној прекинутој младости и награди с њеним именом

ДУШИЦА ЈЕ ЗАКОРАЧИЛА У НЕЗАБОРАВ

Душица Спасић била је млада медицинска сестра. Није могла ни да замисли како ће њена посвећеност послу веома брзо прекинути њену каријеру и угасити јој младост. Преминула је од вариоле вере негујући првог оболелог од те опаке и тада непрепознате болести. Медицинска сестра Душица Спасић, на свом радном месту, разболела се и умрла 23. марта 1972. године.

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

Овај дан је прилика да застанемо и сетимо се њеног драгог лика и околности које су претходиле њеном трагичном крају. Наиме, средином марта 1972. године владала је епидемија вариоле вере. Болест је са Блиског истока на Косово унео један хаџија. Тако је почело... 8. марта 1972. године. Заражени пацијент из Новог Пазара, са нетипичном клиничком сликом, примљен је у чачанску болницу. Дан после, због погор-

шања његовог стања, пребачен је на Институт за дерматовенерологију у Београду. Пацијенту се опште стање погоршавало, због чега је исте хладне мартовске ноћи пребачен на Прву хируршку клинику, одељење за хитну хирургију и трауматологију. „Била су 23 часа када је група људи са Дерматовенеролошке клинике, огрнута тегет пелеринама, преносила на носилима тешко оболелог човека на Прву хируршку клинику.

Душица Спасић била је дежурна када је пацијент примљен и неговала га у шок соби. Нико од ангажованих није ни слутио да су те вечери били у директ-

Захвалнице сестрама

Још 12 сестара – техничара било је у ужем избору за награду, јер су испуњавали важеће критеријуме за доделу престижног признања. Њима су припале захвалнице Удружења:

МИЋА МИЛОЈКОВИЋ, Здравствени центар Неготин, грудно одељење

НЕЛА НАКИЋ, Здравствени центар Врање, ОРЛ одељење

ЗЛАТА СТОЈМеновић, Здравствени центар Врање, Служба нефрологије са дијализом

АНЕТА БОГДАНОВИЋ, ЗЦ Зајечар, интерно одељење

СНЕЖАНА ВАСИЋ, Општа болница Туприја, дерматовенерологија

ЉИЉАНА МАЈСТОРОВИЋ, КЦС, Клиника за хематологију

МИЛАНКА МАРИЋ, КЦС, Клиника за пулмологију

ВЕСНА СОЛУЈИЋ, КЦС, Ургентни центар, хирургија

БИЉАНА КАТИЋ, КЦС, Клиника за дерматовенерологију

АНА ПЕРИШИЋ, КЦС, Клиника за опекотине, пластичну и реконструктивну хирургију

ВИОЛЕТА РИСТОВСКА ТИМОТИЈЕВИЋ, Клиника за болести дигестивног система Прве хируршке клинике

Мићи Милојковићу који има више од 35 година стажа и Хајрији Зурапи која је други пут кандидована додељене су награде – плаћени боравак и учешће на симпозијуму на Дивчибарама од 20. до 23. септембра.



ном контакту са оболелим од вариоле, болести која се није јављала од 1930. године и за коју се мислило да је искорењена. Наредног дана пацијент је умро, али је вирус остао у милионском Београду, у Чачку, Новом Пазару и у још неколико мањих места у којима је оболели боравио...

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

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



Мирјана Павловић Почетак у знаку вариоле вере

Мирјана Павловић рођена је 1952. године у Косовској Митровици, где је завршила медицинску школу. Засновала је радни однос 1972. године у тада Медицинском центру у Косовској Митровици. Од 1991. године главна је сестра Центра за рехабилитацију до 21. 3. 2014. године. Сада је сестра на одељењу, непосредно поред болесника. Пожртвована је. Мајка је двоје деце и узорна супруга. Дивна особа коју мотивација за рад и успех у том раду никада није напустила. У послу је стручна, амбициозна, поуздана, радна, праведна, коректна, самоуверена, будна и перцептивна до детаља, високоорганизована и динамична у раду, спремна да прихвати и примени све новине које доприносе квалитету сестринске професије. Пожртвовано ради на афирмацији и едукацији младих медицинских сестара и техничара. Својом пожртвованошћу, знањем и искуством може да послужи као узор садашњим и будућим генерацијама. Сестра Мирјана плени осмехом и харизмом. Прави је професионалац у послу којим се бави. Крајње хумано и стручно опходи се према болесницима и члановима њихових породица.



Активно учествује у раду струковних организација, у писању и приказивању радова на скуповима, семинарима, конгресима и сусретима здравствених радника Косова и Метохије, затим у формирању Коморе медицинских сестара и здравствених техничара. Члан је надзорног одбора четири године, а затим још четири члан профилског одбора.

За време епидемије вариоле вере, 1972. године, због пожртвованости на терену и стручно обављеном раду на зараженом подручју, 19. 1. 1973. године одликована је Медаљом заслуга за народ.

Приликом обележавања Међународног дана медицинских сестара, 12. 5. 2004. године на Златибору, добила је Сребрни знак и захвалницу за дотадашњи рад и допринос струци. Као њене млађе колегинице много тога смо научиле слушајући и гледајући њу. У њој смо имале увек подршку и пријатеља и разумну особу која ће нас добро посаветовати.

Извод из образложења предлагача



Ружа Делић Деценије уз најтеже болеснике

Колектив медицинских сестара – техничара Клинике за кардиохирургију предложио је медицинску сестру Ружу Делић за награду „Душица Спасић“ као истакнутог појединца колектива и медицинску сестру која је годинама, радећи савесно, својим знањем, способностима и вештинама доприносила квалитетном лечењу и нези пацијената интензивне неге Клинике за кардиохирургију.



Рођена је 10. 3. 1965. године у Купинику, у општини Пландиште, где је завршила основну школу. Средњу медицинску школу завршила је на Звездари 1982. године. Студирала је на Вишој медицинској школи у Земуну и била њен апсолвент, али се тада запослила и прекинула студије. Од 1989. године до данас запослена је у Клиничком центру Србије на одељењу интензивне неге, тадашњег Института за кардиоваскуларне болести, а данашње Клинике за кардиохирургију.

И данас, после 27 година, Ружа ради на Одељењу интензивне неге Клинике за кардиохирургију. Институт је променио назив у клинику, кардиоваскуларне пацијенте заменили су кардиохируршки пацијенти, интензивна нега мењала је свој изглед, патологију, главне сестре, особље. Само је сестра Ружа остала све ове године у тој истој јединици интензивне неге. Савесна, пожртвована, брижна, хумана, увек ту за најтеже пацијенте. Омиљена и међу пацијентима и међу колегама. Несебично, своје велико знање и искуство преноси стрпљиво на млађе колеге који је воле не само као добру особу већ и поштују као великог радника и професионалца. Удата је.

Колектив медицинских сестара – техничара Клинике за кардиохирургију сматра да је Ружа Делић као истакнути појединац, својим дугогодишњим, пожртвованим радом и односом према најтежим пацијентима кардиохируршке интензивне неге достојна доделе награде „Душица Спасић“.

Извод из образложења предлагача

вирусом великих богиња. Сада је све било јасно. Вариола вера била је у Београду. Одмах су Дерматовенеролошка клиника и Прва хируршка клиника стављене у карантин. Међутим, Душици није било спаса...

Под окриљем хладне мартовске ноћи сахрањена је на крају гробља у Реснику код Београда, где је и живела са родитељима. Ту је и остала да је уз букете цвећа посећују сви они који су је познавали и волели.

Пожртвованост Душице Спасић није остала незапамћена. Постхумно, њу је председник СФРЈ Јосип Броз Тито одликовао орденом заслуга за народ са сребрним венцем. У Реснику, улица у којој је живела, носи њено име. Биста у холу Прве хируршке клинике КЦС вечно подсећа на њу.

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

Њено жртвовање служи на част сестрама и сестринској професији, овековечено у годишње признање са њеним именом. Припада сестрама које су највећи део свог радног времена провеле и даривале најтежим болесницима у болесничкој соби, управо тамо где је сестра најпотребнија и где је сестринска улога незаменљива и најхуманија. Ова награда је похвала и знак захвалности добитницима за изузетне резултате у раду.



Тог 22. марта, с првим даном пролећа, са „Торлака“ стиже лабораторијска потврда да је преминули пацијент кога је Душица примила и неговала био заражен

Традиција се наставља

ИСПРАЋАЈ ПЕНЗИОНИСАНИХ СЕСТАРА

Иове године је 8. марта Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“ у просторијама удружења организовало пригодну прославу поводом одласка медицинских сестара у заслужену пензију.

Пензионисаним сестрама уручене су захвалнице удружења за изузетан допринос развоју и афирмацији сестринства и сестринске професије. Удружење ће настојати да и даље брине о својим пензионисаним члановима.

У току 2016. пензионисане су:

- **Клиника за гинекологију и акушерство:** Добринка Митровић, Станка Јевтовић, Љиљана Мијајловић и Снежана Марковић
- **Клиника за кардиологију:** Верица Манојловић
- **Пејсмејкер центар:** Мирјана Кркић
- **Центар за нуклеарну медицину:** Предраг Стојадиновић

- **Клиника за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма:** Милина Мрдаковић
- **Институт за медицину рада:** Драгана Радић
- **Ургентни центар:** Вера Грујучић
- **Клиника за дерматовенерологију:** Снежана Стаменковић и Светлана Вујичић
- **Клиника за кардиохирургију:** Славица Милековић
- **Клиника за васкуларну хирургију:** Неира Радосављевић
- **Клиника за неурохирургију:** Станимирка Јанковић
- **Клиника за неврологију:** Вера Лекић Чукић
- **Клиника за пулмологију:** Верица Радовановић, Љиљана Бањац, Милада Вуковић и Марија Грекуловић
- **Центар за физикалну медицину:** Зорица Дацковић



МИЛОСИЈА МИЛА БОГУНОВИЋ

БИОГРАФИЈА ВРЕДНА ПОШТОВАЊА

Умеће живљења огрнуто љубављу за људе кроз несребично даривање сестринству. Вешто и истрајно трагање за српском баштином кроз историју, поезију и свеукупну народну уметност како би је отргла од сила заборава. Раскошни животни мозаик наше Миле: за памћење, за сећање, за узор!

Милосија Богуновић Мила рођена је 25. маја 1941. године. Отац Драгослав Вуковић, из војничке породице, пореклом из Црне Горе, заробљен је почетком рата као припадник краљевске војске. Мајка Десанка, вешта домаћица, креативна и храбра жена, удовица са 28 година, сама се бринула о три ћерке и сину. Милосија, најмлађа, тиха и ненаметљива, расла је и упијала свет око себе. Протутњао је рат. Трагови су били свуда око радознале девојчице. Згаришта су се још димила, по врлетима се пуцало, а гробља пуна свежих хумки. Уплашена, слабо одевена, сићушна Милосија је године 1947. пошла у основну школу у Милочају код Краљева. Отац није дочекао тај дан. Пригрлила ју је учитељица Загорка Глушица и заувек се уселила у њено срце, а осмех који је засијао у дубоким сненим очима девојчице зрачи истом снагом и данас.

После четвртог разреда, школовање је наставила у Краљеву. Сећања на наставницу Есперанцу Николић, Румунку, коју је судбина довела у град на Ибру да улепша многа детињства, надањују. Током рада у секцијама оплеменила је малишане разноврсним вештинама. Талентована Мила, с надимком који јој потпуно пристаје, научила је да везе, штрика, хекла, обликује мозаике од разнобојних огледала и још много тога.

Узорна медицинска школа

Милосија Богуновић припада првој генерацији ђака која је полагала пријемни испит за V и VI разред класичне гимназије и последњој која се после шест разреда класичне гимназије, уписивала у средњу медицинску школу. Неко је у то време знао да је за избор наше професије неопходна и физичка и психичка зрелост. Негде успут, у некој од реформи школства, на то се изгледа заборавило. Залутали смо у магли неразумевања колико је важно сестринство.

Возом одлази у Крагујевац у ципелама чији су пенцети одзвањали приликом додира са градском калдрмом. Забележени су и њени први утисци о Крагујевцу и школи:

... Добри људи ми показаше пут до школе. Велика. Вишеспратна. Испред руже у пуном цвату. Двориште огромно. Улазим. Под од црног мермера, углачан, сија се. Како ући обувен? Како бити тих у овом храму? Полазим за осталима. Лагано и поносно.



Уместо пријемног, кратак разговор. Примљена сам. Школа је интернатског типа. Мој картонски кофер је полупразан, а соба! Боже мој! Велика, пространа, четири лежаја, изнад њих на зиду полице, трокрилни ормар, сомотске завесе и прекривачи, на средини тепих, сто и четири полуфотеље, у ходницима тепих-стазе, блиставе санитарне просторије.

Кућни ред је строг: излазимо у град четвртком и недељом од 16 до 18 сати. За кашњење казна је месец дана забране изласка. Директорка Маринка Раслапчевић – строга, али правична. Више времена проводи с нама него са својом децом. Кад се звоно огласи три пута кратко, најављује се њено обраћање ученицама. Затутњи цела зграда. За пет минута сви смо у холу. Око ње направимо круг и нетремице упијамо њене речи. Наредбе, упутства, препоруке – поштују се без поговора.

Устајемо рано: доручак је у 7 сати. Све до 21 сат, када се завршава радни дан, тачно су дефинисане све активности и дежурни тимови ученица. Хигијену зграде одржавамо углавном саме, од пода до тавана, с малим изузецима. Кухиња, трпезарија, собе, ходници, вешерај, ружичњак, двориште... све је наша брига. Трпезарија је прича за себе. Столови су прекривени дамастом и надстолњацима, све се сервира по правилима „бечке школе“. Уче нас правилном понашању за столом: „Не мљацкај, затвори уста кад жваћеш, исправи леђа, не срчи!“ Библиотека је пуна разноврсних књига. Поред стручних предмета, учимо и енглески језик. Скијање учимо на околним брдима. На вежбе идемо пешице до болнице, која је недалеко од школе. Цела улица се заталаса у плаво-белој боји. Крагујевчани нас са дивљењем гледају преко ниских дрвених тараба.

Суочавање са изазовима професије

Колегиница Богуновић дипломирала је 1960. године са одличним успехом. Запослила се на одељењу опште хирургије у краљевачкој болници. Тада није било довољно школованих сестара. Радило се у три смење, без слободног дана. Остајало се поред болесника понекад и 48 сати. У терапији је доминирао кристални пеницилин. Са масовном употребом пеницилина након Другог светског рата почела је ера антибиотика. Требовао се на име и презиме из дистрибутивног центра. За Краљево то је био Чачак. У просторији за ин-



Генерација дипломираних сестара:
Мила стоји, трећи ред десно

тервенције, у углу, на столу са шустиклом, био је решо на коме су се кували шприцеви и игле. Понекад се користио формалин. Сува стерилизација дошла је касније. Милосија је купила турпију да би оштрила игле...

Након три године рада у болници, кратко време је провела у медицинској школи. Убрзо се удала за лепог ваздухопловца. На крилима љубави прати Андрију и селе се у Титоград (Подгорицу). Радила је на дечјој хирургији и ортопедији са 19 часних сестара. Учила их је медицинско-техничким интервенцијама, а оне њу „бокелском везу“. Околина Скадарског језера у то време била је позната по урођеним аномалијама коштаног система деце. Лечење и нега били су дуготрајни. Велики број малишана потицао је из популације Малисора (племе католика које је примило ислам). Да би се лакше споразумевала с њима и њиховим родитељима, Милосија је научила албански језик. Из тог времена Богуновићи имају четири кумства. Далеко се чуло за стручну и нежну сестру са неспутаним оптимизмом.

Сећа се велике епидемије дифтерије у селу Марковићи изнад Даниловграда. Била је у четворчланој екипи за вакцинацију, која је после шест сати хода по планинским врлетима, вакцинисала чланове 20 породица. Враћали су се по ветру и киши и остали без обуће. Узе их црмница, а однесе бујица. Сличних изазова било је напретек.

Године 1966. родила је ћерку Оливеру. Три године касније породица Богуновић се враћа у Краљево. Нови посао и учење. Предодређена да иде изазовима у сусрет, радила је на разноврсним радним местима. Са 28 година, млада и са знатним искуством, постављена је за главну сестру свих хируршких служби у краљевачкој болници. Самоуверено је рушила стереотипе и изналазила креативна решења. Увек је исказивала способност и необичан дар да својим деловањем оплемени простор лепотом и духовношћу. Имала је потребу

да људе око себе надахњује културом која се ослања на корене српства.

Од одбачених књига Мила је основала библиотеку за пацијенте. Са колегиницом Олгом Брадић из Медицинске школе и уз разумевање војне команде Краљево, обезбедила је да један надарени војник бајковито ослика простор дечјег одељења. У то време био је то јединствени мурал у болници.

У Краљево се тих година расписује самодопринос за изградњу хируршког блока болнице. Радови су почели у октобру 1977. године. Поред учешћа у организацији рада на нивоу установе и бриге о координирању свих послова у здравственој нези, главној сестри су наметнути и послови „надзорног органа“ у грађевинским радовима.

Од дисертације до главне сестре

Радови на изградњи болнице су напредовали, а с њима и Милосија. Уписала се у вишу медицинску школу. И завршила је ванредно, о свом трошку, без иједног слободног дана. Дипломски рад „Функционална испитивања бубрега у преоперативној припреми уролошких болесника“, на 180 страна, одбранила је са десетком, уз признање професора Баљозовића: „Овај рад је бољи од неких докторских дисертација!“

Зрела, достојанствена жена, супруга, мајка, свестрано образована медицинска сестра вредно ради, понекад и без сна. Испунити све обавезе и одговорити свим захтевима била је скоро немогућа мисија. Упућени кажу да је било за дивљење са колико лакоће, ненаметљиво, неупадљиво и поуздано је Милосија обављала све те послове. Успевала је да продужи дан, да вешто упосли све око себе, да их учини испуњеним и задовољним и да кретање тима, само наизглед стихијско, изатка најфиније примере људског деловања.

Године 1988. први пут се у Здравственом центру Краљево успоставља институција Главна сестра Здравственог центра. Наравно, на то место је постављена Милосија Богуновић. Њен делокруг рада покривао је цео Рашки округ, највећи у Србији. Нови изазови били су пред њом, а она им је храбро ишла у сусрет

Директор др Раде Вукашиновић одговорно је и самесно бринуо о установи, болесницима и запосленима, док је Милосија, главна сестра, поред редовних дужности, обављала послове и техничког директора, кога формално није било. Изградња хируршког блока трајала је 23 године, а тада је почела реконструкција старог дела зграде. Време бременито проблемима. Слутило се да ће можда бити још теже. Нажалост, било је.

Њен супруг, безрезервна њена подршка, разболео се и убрзо био везан за постељу.

Од људских прича до професионалних узлета

Обични радни дани главне сестре, а безброј прича: инспиративних, људских, али и болних, чемерних, топлих ...

*Према дефинисаном плану обилазила је све установе округа: зграде су биле у очајном стању, кровови прокишњавали, зидови оштећени, подруми пуни воде, чуло се кретање жаба; нехумани услови за рад, болнички инвентар похабан. Обратила се за помоћ фабрици „Јасен“. Постигла је договор за репарацију целокупног намештаја. Уз помоћ Министарства здравља, санирани су и објекти.

*Главна сестра гинекологије Ружица Марковић и Милосија, уз директорово разумевање, у адаптираним подрумским просторијама отвориле су једну од првих школа за труднице у Србији. Вежбе је водила бабица Душка Срећковић. Једне ноћи небо се отворило над Краљевом. Киша је падала целу ноћ. Канализационе воде потопиле су подрум. Уз много потешкоћа, Школа за труднице је опстала. И данас ради.

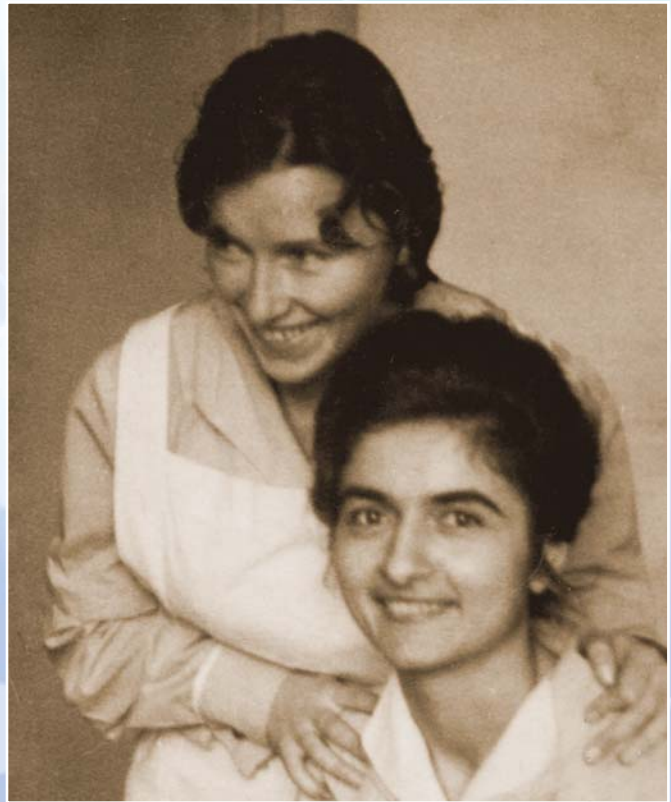
* Много дана је провела на путу до Рашке и назад са мајсторима, челницима општине, лекарима и инспекцијом како би било отворено породилиште. Тужна је што данас не ради.

* У пролећно јутро неке деведесете Милосију је звала колегиница из Крагујевца. Два дечака су у раним јутарњим часовима док су брали дивље јагоде, ујеле змије. Били су животно угрожени. А они нису имали серум антивиперинум. Брзо су се договориле. Кола са ротацијама и сиреном кренула су из два града. На пола пута Краљево–Крагујевац колегиница из Крагујевца преузела је серум. Дечаци су се опоравили.

*Август деведесетих 20. века, температура 35⁰Ц, смеће се неколико дана није износило из круга болнице. Милосија је звала председника Општине захтевајући да се за 20 минута смеће одвезе. У супротном би 20 медицинских сестара са двадесет пуних контејнера смећа дошло пред зграду општине, а након тога би отишле до јавног тужиоца. Кола градске чистоће стигла су за 15 минута. Начини за решавања проблема били су, дакле, разноврсни. Мила је увек успевала да нађе прави.

* У сарадњи са Црвеним крстом и Центром за социјални рад успела је да обезбеди УЗ апарат за рано откривање деформитета кука. Колико је само труда и енергије уложено у то!

*У зла времена Болница се суочила са недостатком средстава за исхрану болесника. О томе је разговарала са директором. „Ради како те Бог учи. Ради шта знаш“, рекао јој је. Са шефицом кухиње „тамићем“ је обилазила пијаце и околна села и куповале су воће и поврће. Напуниле су све коморе за дубоко замрзавање и складиште. Скувано је око 4.500 кг џемова. Остављено 20 буради по 200 литара киселог купуса. Брашно и пиринач добијали су из Грчке. Потом радна акција: припрема оброка, развијање кора, прављење пита и других специјалитета. Мила би повремено скувала кафу и звала на паузу.



На првом радном месту

*Велике количине лекова пристизале су шлеперима као хуманитарна помоћ. Нажалост, рок трајања је углавном био споран. Лагеровање и уништавање такође су били посао главне сестре. Успоставила је контакт са Националном федерацијом радника јавних болница Грчке. Од њих су добијали квалитетан материјал, лекове и храну. Грци су јој доделили медаљу – признање за добру сарадњу.

*Мила је учила да има и неких пропуста у организацији рада, те је снимала стање по деловима. Стрпљивост јој није мањкала. Сви запослени били су у неком кретању. Ко је био поред болесника? Тада је одлучила да формира сервисе: за дијагностику, за транспорт лекова, за транспорт чистог и прљавог веша, за транспорт отпадног материјала. Резултат је била боља организација, уштеда времена, средстава и кадрова.

*Дефинисала је процедуре у нези болесника и одржавању хигијене, увела је дежурство надзорних сестара од 15 сати до 22 сата, водила дневник санитарних пропуста, периодично обилазила службе и узимала брикове. Многа питања решавала је на лицу места. На расход се није чекало. Комисија је одмах сачињавала записник и уклањало се расходовано средство. Убрзо је нестала депонија опреме и средстава. Интрахоспиталне инфекције, тај невидљиви непријатељ који се често потцењује, сведене су на минимум.

Поуке једног немара

У породилиште је примљена жена којој нису контролисани брикови. Није поштована процедура. Била



Са снимања филма о Студеници

је рођака неког од запослених. Последица: инфицирано је 18 беба. Једна беба није преживела. Губитак и туга велики, неизбрисиви. Сузе не помажу.

Недуго након тога сам са санитарним техничарима ишла у Београд на едукацију из области интрахоспиталних инфекција. За говорницом је професор, чијег се имена не сећам, и пре поздравне речи каже: „Ја сам звао генералне директоре, нисам звао сестре.“ Не-



Одлазак у пензију

задовољан је. Једва задржавам колеге да не напусте скуп. Цењени професор износи податке из Јапана, Аргентине, Канаде... Нас нигде нема. Учесници семинара негирају интрахоспиталне инфекције у својим установама. Јављам се за реч, извињавам се што смо нарушили рејтинг скупа и износим наша искуства у борби против интрахоспиталних инфекција. Поздрављени смо аплаузом.

*Велики број сестара напустио је Краљево у потрази за послом. Милосија им је слала документацију коју су послодавци накнадно тражили. Све је успевала да нађе, да преведе на захтевани језик и да им пошаље. Без надокнаде! То се памти!

*Савремена филозофија менаџмента истиче да успешан тим израста у часовима дружења, заједничке радности у стварању и поштовању ритуала. А она: танана, мудра, с финим осећајем за људе. То се не учи из књига. Потиче из душе. Топло, спонтано и радосно увела је обележавање крсне славе – Козма и Дамјан. Периодично, с поводом или без њега, организовала је дружења запослених уз мале залогоје, поезију и тиху музику.

Својим знањем, професионалношћу, високим етичким стандардима и људским квалитетима мотивисала је сестре да унапреде стручни рад и однос с пацијентима. Никада није одустала. Препреке и потешкоће су је подстицале. Сваку идеју и сваки свој план остварила је. Импоновала је истрајношћу, креативним и слободним духом. Утемељила је колегијум главних сестара, организовала едукативне семинаре у установи и одлазак сестара Рашког региона на стручне скупове и посете установама које су пример добре праксе у земљи. Удружење медицинских сестара – техничара и бабица Србије доделило јој је Повељу за унапређење здравства 2015. године.

Суочавање са санкцијама и ратним страдањима

Рођена у време Другог светског рата, проживела је време многих друштвених промена, а крајем радног века и рат у окружењу, санкције, избеглице и бомбардовање земље. Живот један, мали, женски, а богат, испуњен радом, упорношћу, енергијом, љубављу, патњом, борбом, да се прича и исприча на хиљаде прича. Једна од њих:

Возови, колоне људи које никад нећу заборавити. У Краљевоу 36.000 избеглица. Бомбардовање. Болеснике спуштамо у подрумске коридоре. Довозе рањенике, мр-



нос развоју здравства, у манастиру Студеница, лета господњег 2010. године.

Богато завештање и кућа љубави

У пензију је отишла 2000, након 40 година рада. Годинама се бринула о непокретном супругу. Његов одлазак оставио је огромну празнину. Њихова ћерка Оливера завршила је Филозофски факултет. Успешна је у свему чега се лати. Слика и прилика родитеља. Даривала им је Михајла и Луку, који су данас средњошколци, свестрани, креативни,

тве војнике, децу. Болница нема довољно материјала и средстава за рад. И парадокс! Неко је из централне Србије покушао да одвезе сепаратистима санитарски материјал. Профит не зна за патриотизам и нема границе. Добијам задатак да идем по тај материјал. Треба ми шлепер. Црвени крст ми даје шлепер, али да повезем и 14 шпорета избеглицама са Косова. Могу да поведем само једног радника. Март је, на путу лед. На договореном месту чека двадесетак избеглица. Стоје неми и гледају. Бојкот. Не прихватају се шпорета. Некако их истоварисмо. Са закашњењем стижем у магацин у Рашкој. Немам с ким да утоварим материјал (165.000 боца раствора, на хиљаде метара газе, на стотине литара алкохола, бензина...). Радници магацина отишли кући. Возач ми приговара, јер мора он да ми помогне приликом утовара, а болестан је. Ипак утоварисмо. Шлепер пун. Возач има високу температуру. Поноћ је. Стижемо у Краљево. Страшно сам уморна и гладна. Идем кући. Сутра у шест морам у Београд...

Милосија је члан Црвеног крста од другог разреда основне школе, што је на посебан начин обележило њен живот. Израсла је у великог алтруисту и хуманитарца. Учесник је, иницијатор и организатор безброј семинара, предавања, акција и других видова активности у округу, држави и на међународном нивоу. У време санкција наметнутих нашој земљи била је референт за хуманитарну помоћ. Захваљујући њеном ангажовању, многе акције у корист Здравственог центра Студеница обављене су посредством Црвеног крста, који јој додељује многа признања, међу којима су Сребрни и Златни крст.

Једна од њених љубави је историја, посебно на нашим просторима. Исказује дивљење и побожну захвалност добровољцима у Првом светском рату.

Посебну пажњу посветила је списима о првој болници коју је Свети Сава отворио у манастиру Студеница. Томе је посветила и филм – Светосавска свитања. Покренула је кампању за обележавање 800 година од оснивања прве српске болнице. Година 2007. проглашена је за јубиларну на територији целе државе. Милосија добија Повељу Студеничке академије за допри-

ни, одговорни, амбициозни млади људи, поносни на своју баку.

Здравственом центру Студеница оставила је више од 40 сати снимљеног материјала из живота и рада те установе, која наставља традицију Прве српске болнице и носи њено име. Милосија је поносна. И данас сакупља грађу из живота и рада здравствених радника, сарађује с колегама и колегиницама, локалним писаним и електронским медијима и историјским архивом. Њена кућа је пуна уникатних рукотворина од чије раскошне лепоте застаје дах, књига, разних докумената и фотографија из наше историје, њених текстова, фотографија и филмова. Кућа музеј, кућа архив, кућа ризница, кућа инспирација, кућа љубав!

Мој посао није престао са одласком у пензију. И даље радим. Радим на промоцији и историјату здравства. Чиним то због оних који јесу и оних који долазе, захваљна за сва признања која сам добила. Она ми говоре да људи памте и препознају колику сам енергију уградила у своју професију. Сећања ће нам прекрити заборав. Зато, сећајте се и записујте, јер: „У свему што данас поседујемо има много туђе муке и труда. Што више имамо, све више смо дужни”, рекао је Душко Радовић. Радујем се кад ме болесници и чланови њихових породица препознају на улици. Диван је осећај кад вас људи памте по добру. Тамо где сам стала са послом, веома успешно и предано наставиле су Миња Гајовић и Наталија Сека Лазовић. Но и после њих, већ има дивних младих особа које настављају традицију. Залагала сам се за знање. Увек. Залагала сам се и за увођење факултета за медицинске сестре по светским стандардима.

Поручује:

Поштујте људски живот! Поштујте и себе и друге! Поштујте свој племенити позив!

ЧЕДО МОЈЕ, УЧИНИ МИ ЉУБАВ, проповедао је Свети Сава.

Милијана Матијевић


ПРЕДАВАЊЕ О САВЛАДАВАЊУ СТРЕСА

У препуној сали Српског лекарског друштва 27. фебруара одржан је стручни састанак о техникама у савладавању стреса. Предавање је одржала наша истакнута колегиница Олга Рапајић Николић.

Уверени смо да ће излагање сестре Олге, уз приказ поступака заштите, помоћи учесницима скупа да лакше савладају стрес, који је редован пратилац савременог начина живота.



Заинтересовани се могу јавити телефоном и добити додатне информације. Ваљало би нагласити да се уговори потписују непосредно са послодавцем. На тај начин ће се избећи агенције које после потписивања уговора узимају средства од плате особе која је потписала уговор уз њихово посредовање.



Acura Vita GmbH | Langstr. 60 | 63450 Hanau

ACURA VITA GmbH

O NAMA:

ACURA VITA GmbH је високоспецијализована компанија, један од лидера у области интезивне медицине на подручју државе Немачке, која се бави pružanjem usluga 24 časovne intenzivne medicinske nege u izvankliničnim uslovima. Trenutno u velikoj ekspanziji, sa konstantnom tendencijom rasta, usko povezana saradnja sa nemačkim zdravstvenim osiguravajućim kućama i agencijama za zapošljavanje, otpočinje projekat zapošljavanja visokokvalifikovanih medicinskih sestara na teritoriji zemalja bivše Jugoslavije u saradnji sa domaćim agencijama za rad, udruženjima i komorama medicinskih sestara, medicinskim školama i centrima za učenje nemačkog jezika.

NUDIMO VAM:
Kompanija ACURA VITA GmbH Vam nudi mogućnosti:

- atraktivno radno mesto u visokokvalifikovanom timu
- jednu prijatnu radnu klimu u novoosnovanoj kompaniji u velikoj ekspanziji
- visoku početnu sigurnu zaradu od 1600€ neto, po dobijanju nemačke diplome 2000€ neto sa tendencijom visokog rasta kroz sistem karijere
- mogućnost razvoja kroz sistem karijere unutar kompanije u pravcu stručnog područja do pozicija visokokvalifikovanih radnika u intenzivnoj medicini ili menadžmentu kvaliteta
- mogućnost razvoja kroz sistem karijere unutar kompanije u pravcu menadžmenta odnosno vodje tima ili menadžera jedne filijale
- siguran posao sa Ugovorom od 3 godine, odnosno na stalno zaposlenje
- troškove za proces dobijanja nemačke medicinske diplome snosi kompanija
- organizaciju nalaženja smeštaja za sam početak podržava kompanija
- troškove i podršku obrazovanja kroz sistem karijere u potpunosti finansira i organizuje naša kompanija za Vas, u cilju pružanja najboljeg kvaliteta na tržištu i same vrednosti organizacije na tržištu

ZAHTEV:
Uslove koje je potrebno ispuniti za radno mesto u kompaniji ACURA VITA GmbH:

- Završena srednja i viša, odnosno visoka medicinska škola isključivo
- Poznavanje nemačkog jezika bilo kog nivoa (prednost B1 nivo), kandidati se usmeravaju svakako do potrebnog nivoa znanja nemačkog jezika za dobijanje vize, odnosno nostrifikacije diplome
- Nije potrebno radno iskustvo, jer se prolazi svakako kroz sistem specijalne obuke samo za intenzivnu medicinu

KONTAKT:
Dejan Loncar

Mob. +49174 - 219 696 3
Tel. +496181 - 299 73 08
Fax. +496181 - 299 73 03

Mail: dl@acura-vita-pflege.de
Web: www.acura-vita-pflege.de

Vita GmbH i Nisan str. 60 D. Hanau	Telefon: + 49 6181 299 73 00 Fax: + 49 6181 299 73 03 Mail: info@acura-vita-pflege.de Web: www.acura-vita-pflege.de	Bank: Commerzbank Hanau IBAN: DE 98500400480210444600 BIC: COBADEFFXXX	HRB: 933 Amtsgericht Han
---	---	--	-----------------------------

Здравствени техничари у белом свету

ЛИНИЈЕ ВОДИЈЕ СЕСТРИНСКЕ АУТОНОМИЈЕ**„Не буди странац у сопственој професији, па ћеш бити домаћи у било којој земљи“, речи су колегинице Драгице Павловић након више година проведених у Италији***** Италијанско сестринство је у врху сестринства света: из струке прераста у науку и систем наука**

Драгица Павловић рођена је у Камендолу, Гроцка. Завршила је Средњу медицинску школу на Звездари и запослила се на Клиници за ОРЛ и МФХ у Клиничком центру Србије, 1984 године. Вредна и радознала, лако се уклопила и истицала достојанством и професионалношћу. Отворени ум тражио је још, те је убрзо, 1995. године, уз рад, завршила Вишу медицинску школу.

Израстање сестринске струке од помоћне до аутономне, сада већ и научне дисциплине, постало је предмет њеног интересовања и страст која траје. На нивоу КЦС, 1995. године изабрана је да буде део тима који је радио на развоју и примени процеса здравствене неге како би и сестре Србије пратиле кретања у сестринству света. Унела је полет у рад тима. Међутим, свеопшта криза тих година веома је успорила свако напредовање струке, а у неким деловима га и зауставила, па чак и уназирила. Жеља да види како живе и раде сестре у свету и потреба да учествује у напретку били су мотив да оде из своје земље. „Одлуку о одласку донела сам мало ја, а мало живот након за све нас трагичне 1999. године. И отишла сам две године касније“, каже Драгица. Радилa је у више установа у Италији, трагајући за новим сазнањима и сазрела до врхунског професионалца који говори три страна језика и сада похађа курс норвешког језика. Следи њена прича.

Улога Коморе и сестринског модела

У сусрет мојој знатижељи дошла је и реална понуда из иностранства. Потреба за школованим медицинским сестрама порасла је и расте, што и данас запажамо на Западу. Након нострификације дипломе, об-



рела сам се у Италији, у једном рехабилитационом центру близу Анконе. У њему су шездесетих година 20. века, као први физиотерапеути радили наши људи са Института за рехабилитацију Др Мирослав Зотовић из Београда. О томе нам је с поносом говорила шеф физиотерапеутске службе Десанка Беба Веселиновић.

Понуђени услови рада обухватали су организовану наставу италијанског језика, логистичку помоћ за регулисање боравишног статуса и

добивање лиценце за рад након положеног стручног испита, те упис у Италијанску сестринску комору. Комора је регулаторно тело професије и основно професионално удружење сестара. За разлику од наше коморе, чланови Сестринска коморе су само сестре. Она је јединствена и та јединственост је аксиом.

Стручни испит је имао два дела: познавање законске регулативе и стручни део. У оквиру стручног дела углавном су била заступљена класична питања здравствене неге. Део о законској регулативи у себи је садржавао и историјат преласка сестринске струке од помоћне професије ка аутономној професији.

Из италијанског законодавства се 1994. повлачи назив помоћна здравствена струка и сестра постаје аутономни здравствени професионалац. Њен делокруг рада одређен је професионалним надлежностима, универзитетском обуком, научним звањима и етичким кодексом.

Поред законског и деонтолошког, постоји и оквир који сестринској струци даје теорија сестринске науке на универзитетима и у пракси. У Италији коегзисти-





рају различити модели здравствене неге, као што су – Модел сестринских услуга италијанског аутора Кантарелија или амерички Карпенино модел сестринских дијагноза – по моделу М. Гордона.

У Регионалној општој болници, у Аости на северу Италије, где сам донедавно радила, примењиван је модел Кантарели, а од 2016. године модел Primary Nursing, Marie Manthey (<https://www.youtube.com/watch?v=kr7t8E5MMoM>). Модел је праћен и стручним софтвером – МАП, који служи за документовање рада. Уз помоћ овог модела сестра анализира, одређује аутономију корисника посматрајући и уносећи у виртуелни образац различите варијабле прикупљене током узимања анамнезе на пријему, препознаје потребе за здравственом негом и сестринске дијагнозе, дефинише план асистенције кориснику, уз очекиване исходе на основу степена аутономије, специфичности проблема и обезбеђује сарадњу унутар медицинског тима, уз свакодневно ажурирање одговора на примењену здравствену негу и лекарску процедуру.

Модел олакшава дефинисање количине и врсте рада, те је одличан инструмент у рукама менаџера. У односу на број и потребе болесника за здравственом негом одређује се број потребних асистената и сестара на одређеном одељењу. На тај модел здравствене неге и његов инструмент МАП додат је и тзв. Primary Nursing приступ. То значи да сваки корисник има сестру која је одговорна за колаборацију и координацију у процесу здравствене заштите и бригу о свим његовим потребама на свим нивоима здравствене и социјалне заштите. Према потреби, сестра укључује лекаре и друге професионалце, али је она централна фигура у личном жи-

вотном здравственом пројекту, унапређивању и очувању здравља корисника.

Раскорак између аутономије и праксе

Сестра Италије освојила је аутономију у теорији и у закону, али у практичној примени има још много проблема и нераумевања, како међу сестрама тако и од сродних здравствених професија. Императив више није освојити аутономију него је потпуно спровести у пракси. Веома је жива расправа у јавности Италије посвећена питању улоге сестре у систему здравствене заштите. Тоновни у расправи иду од негирања научности сестринском позиву до позива сестрама да се као професија потпуно издвоје из система који контролише лекар. Последње елементарне непогоде и катастрофе, попут земљотреса, показале су незаменљивост и висок ниво професионалне зрелости сестринске професије.

Паралелно са сестринском струком развијана је и помоћна сестринска професија – неговатељ, која је у надлежности и под контролом сестринске струке. Јасно је дефинисан профил неговатеља, са описом активности које они могу да обављају. То ослобађа време сестри које она посвећује анализи и спровођењу сестринског процеса.

У Италији постоје и установе којима руководи медицинска сестра. То су старачки домови у којима бораве корисници са одређеним хроничним обољењима и степеном аутономије који не може бити третиран у кућним условима, а ипак превисок за болнички третман. У таквим установама сестра је организатор и руководилац радног процеса, планира, одређује, координише, анализира и сарађује са осталим здравственим професионалцима и фамилијом и/или доступним партнерима (црква, волонтери, добротинитељи, старатељи и пријатељи). Постоје и сестре које своју делатност обављају у сопственим амбулантама за третман рана, за третман стома, за инфузиону терапију, за вештачку исхрану, за различите видове едукације и слично. Сестринска комора активно промовише самостални рад сестара у оквиру приватне праксе. Поддржава се и рад сестара – слободних професионалца у оквиру здравствених установа.

Стандарди, протоколи и „линија водиља“

Сестрински процес је доста стандардизован. Постоје бројни протоколи који гарантују спровођење „линија водиља“. Протоколи и процедуре су доступни на интерној нет-мрежи установе, и обезбеђују квалитет неге уз примену алата – међународно прихваћених скала и тестова, као што су Мини ментал скор, Бартел индекс, Превенција инцидената/падања, Браден скор. Стандардизација – акредитација установа спроводи се и унапређује у читавом Националном здравственом систему. Свако одељење има свој буџет. Спровођење акредитације значи и подизање квалитета сестринске

Манифест сестара Италије

ДОГОВОР СЕСТРЕ И ГРАЂАНИНА

Кодекс, кључни елемент сестринске струке, донет је 1999. године. Састоји се од 51 параграфа и шест одељака. Саставни део Кодекса је Манифест, који је у Италији познат као „Договор између сестре и грађанина“.

Ја, сестра, обавезујем се према Теби:

- ПРЕДСТАВИЋУ Ти се приликом нашег првог сусрета, објаснићу Ти ко сам и шта могу да учиним за Тебе.
- ЗНАЋУ ко си Ти, препознаваћу Те, звати Те именом и презименом.
- БИЋУ Ти препознатљива у службеној униформи са идентификационом картицом.
- ДАЋУ Ти одговоре јасне и разумљиве и усмеравати Те ка компетентним особама и службама.
- ПРУЖИЋУ Ти информације корисне да учине бољим Твој контакт са здравственом службом.
- ГАРАНТОВАЋУ ТИ најбоље амбијенталне и хигијенске услове.
- ФАВОРИЗОВАЋУ Твоје друштвене и фамилијарне релације.
- ПОШТОВАЋУ Твоје време и Твоје навике.
- ПОМАГАЋУ Ти да на хармоничан и достојанствен начин проводиш дан, дајући Ти подршку у свакодневним активностима, као што су исхрана, лична хигијена, кретање, одмор када ниси у стању да то учиниш сам.
- ПРЕПОЗНАЋУ Твоје потребе за здравственом негом, размотрити их заједно с Тобом, предложити решења, радити заједно с Тобом на решавању проблема.
- НАУЧИЋУ Те моделима понашања за побољшање Твог здравственог стања поштујући Твоје изборе и стил живота.
- ГАРАНТОВАЋУ Ти способност и хуманост у извођењу Теби потребних поступака здравствене неге.
- ПОШТОВАЋУ Твоје достојанство, Твоју несигурност и гарантовати Твоју приватност и поверење указано мени.
- СЛУШАЋУ Те пажљиво и бити Теби на располагању када сам Ти потребна.
- БИЋУ крај Тебе када патиш, када Те је страх, када медицина и техника не буду биле довољне.
- ПРОМОВИСАЋУ и учествовати у свим иницијативама које су усмерене ка побољшању здравствене неге у оквиру Организације здравствених услуга.
- ОБАВЕШТАВАЋУ органе и појединце надлежне за ситуације које Ти евентуално могу нашкодити и узроковати неприлике.

услуге, повећањем броја високообразованих сестара, континуираном едукацијом, применом најмодернијих процедура, хармонизацијом свих делова система. Занимљиво је да више не постоји институција „главна сестра“. Уместо тога, постоји координатор тима. Сестринска служба има и сопствену управу, што је конкретни израз уз велики труд стечене аутономије.

Курсеве континуиране едукације запослених, углавном спонзорише установа у којој раде, и обавезни су. Континуирана едукација посредством Коморе може бити бесплатна, али то није увек случај. Постоје бесплатни онлајн курсеви. У Италији има више сестринских часописа, сајтова и форума посвећених сестринској струци, те бројна стручна литература (аутори су сестре). Доступна је и стручна литература из других традиција и народа.

На листи професија сестринска је узнапредовала кад је реч о економском статусу. Послодавац може бити државни или приватни. Има више врста уговора: и то подручје је динамично и подложно променама. Постоји тзв. национални уговор као стандардни, договорен уз учешће синдиката и државе. Радни однос се заснива на одређено или неодређено време, а уговара се директно између сестре и послодавца или путем агенција посредника. Најпопуларнији су стални радни односи у јавним здравственим установама, али је услов за то успешно полагање комплексног теста на јавном конкурс.

„Земљотреси“ и промене

„Закључак би могао бити: струка сестре у Италији је у континуираном, динамичном и узбудљивом развоју. Посматрала сам и учествовала у квалитативном скоку ка аутономији, била сам сведок како сестринска струка од науке прераста у систем наука. Италијанско сестринство је данас у врху сестринства света. Оно што је слично или исто код нас и у Италији свакако је отпор узрастању струке узрокован почетним и дугим битисањем у сенци једне друге велике професије. Поред тога, заједничка је и поприлична незаинтересованост интелектуалног дела популације за бављење том струком, што је последица лоше информисаности и слабе афирмативне самопромоције сестринске струке. Надам се да Србији нису потребни земљотреси како би сви слојеви друштва схватили стратешки значај сестринске професије. Улагање у сестринску струку је суштинско улагање у напредак здравства државе.“

Колегиница Павловић, која онедавно ради као волонтер у Дневном центру за стара лица у Конзбергу, Норвешка, још је много хтела да подели с нама. Њено искуство је драгоцено, разумевање неопходности промена и одабира путева ка врховима професионализма импонују. Све своје знање би радо даривала сестрама отаџбине. Ово је само почетак. Видови сарадње могу бити разноврсни и креативни. А за промене – можда су нам ипак неки „земљотреси“ неопходни...

М. Матијевић

Драгиња Марковић, Клиника за
кардиохирургију

Draginja Marković,
Cardiac Surgery

СТАНДАРДИ У ПОСТУПКУ ПРИПРЕМЕ ПАЦИЈЕНТА ЗА ТРАНСПЛАНТАЦИЈУ СРЦА

STANDARDS IN THE PROCESS OF PREPARATION OF PATIENTS FOR HEART TRANSPLANTATION

Рођена је 1966. године у Шљивну, Бања Лука. Средњу медицинску школу завршила је у Сремској Митровици 1985. године. На Вишу медицинску школу уписује се 1986, а дипломирала је 1990. године. Високу здравствену школу струковних студија завршила је 2014, а специјалистичке струковне студије на Високој здравственој школи струковних студија у Земуну 2015. године.

На тадашњем Институту за кардио-васкуларне болести, на одељењу кардиохирургије почиње да ради 1990. године, 1991. прелази у Пејсмејкер центар, где је поред рада на одељењу полуинтензивне неге и медицинска сестра у ангиосали приликом имплантације пејсмејкера. Од 2004. до 2007. године обавља послове главне сестре поликлиничко-дијагностичке амбуланте Пејсмејкер центра.

Од октобра 2007. прелази на Клинику за кардиохирургију, где је главна сестра одељења, а потом и главна сестра полуинтензивне неге. Од децембра 2012. главна је сестра Клинике за кардиохирургију. У децембру 2015. обавља послове едукатора Клинике за кардиохирургију.

Од 2013. године сарадник је на специјалистичким струковним студијама на Високој здравственој школи струковних студија у Земуну, предмет Стандарди здравствене неге у хирургији.

Активна је у струковним удружењима, аутор и ко-аутор великог броја стручних радова, које је приказивала и на међународним конгресима. Један део тих радова публикован је у различитим стручним часописима.



Вorn in 1966 in Sljivno, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina. Graduated from the Sremska Mitrovica Medical High School in 1985. Enrolled the Higher Medical School in 1986 and graduated in 1990. Graduated from the High Medical School for Professional Studies in Belgrade in 2014 and completed specialist studies at the same school in 2015.

In 1990 Draginja began working at the cardio-surgery department of what was then the Institute for Cardiovascular Diseases. In 1991 she transferred to the pacemaker center. Apart from working at the semi-intensive care unit, there she took

on jobs of the surgical nurse in pacemaker implantation. From 2004 to 2007 she was head nurse of the polyclinic diagnose ambulance of the pacemaker center.

In October 2007 Draginja transferred to the Cardio-surgery Clinic, first as head nurse of semi-intensive care of a department, then of the entire unit. From December 2012 she served as head nurse of the Cardio-surgery Clinic. In December 2015 she transferred to the job of educator of the Cardio-surgery Clinic.

From 2013 Draginja is an associate at specialist professional studies, at the High Medical School for Professional Studies in Belgrade, teaching the subject Standards of Health Care in Surgery.

She is active in professional organizations, has authored and co-authored a large number of expert works which she also presented at international conferences. Some of the works were printed by specialized publications.

Сажетак

Abstract

Увод

Срчана инсуфицијенција један је од најчешћих узрока морталитета и морбидитета у земљама Европске уније. Са технолошким развојем усавршава се и у клиничку праксу уводи више врста циркулаторних потпора, што омогућава дуже преживљавање болесника са срчаном инсуфицијенцијом. Поред тога, трансплантација срца постала је општеприхваћен метод у лечењу терминалног стадијума срчане слабости.

Узроци срчане инсуфицијенције могу бити: исхемијска болест, метаболички, имунолошки, инфламаторни, инфективни, ендокринолошки, генетски, неопластични процеси и трудноћа.

Introduction

The heart insufficiency is among the leading causes of mortality and morbidity in countries of the European Union. Technological progress refines various types of circulatory support and introduces them to clinical application, enabling longer survivability of patients suffering heart insufficiency. Additionally, a heart transplant has become a generally accepted method in treatment of the terminal stadium of heart weakness.

Causes of heart insufficiency can be: an ischemic condition, metabolic, immune, inflammatory, infectious, endocrine, genetic, neoplastic processes and pregnancy.

Циљ лечења пацијената са срчаном инсуфицијенцијом је смањење симптома и знакова болести, смањење броја хоспитализација и смањење морталитета, те побољшање квалитета живота.

Трансплантација знатно побољшава преживљавање, толеранцију физичког напора и квалитет живота пацијената са терминалном срчаном инсуфицијенцијом.

Програм сестринске неге је да пацијент разуме план претрага и начине лечења пре и после трансплантације. За психичку стабилност пацијента важна је како пацијентова сарадња и његове породице тако и целог трансплантацијског тима. Због обилности програма, медицинска сестра која је уз пацијента 24 сата евидентира свако неразумеваше и сваку пацијентову реакцију која би могла бити важна у процесу обраде. Сестринска запажања комплетирају медицински закључак и често дају вредне податке који могу бити употребљени у планирању индивидуалне неге после трансплантације.

Циљ рада

Сагледати значај примене стандарда и норматива у здравственој нези пацијента у току припреме за трансплантацију срца.

Методи истраживања

Дескриптивни.

Тест знања – опсервациони, индиректни методи.

Анкета за медицинске сестре – опсервациони индиректни метод.

Организација истраживања

Истраживање је спроведено у Клиничком центру Србије, Клиника за кардиохирургију и Клиника за кардиологију, Београд, од 1. 4. 2015. до 1. 5. 2015. године.

Резултати истраживања

Највећи број испитаника сматра да би се увођењем стандарда приликом спровођења здравствене неге унапредио квалитет здравствене неге. Истраживање је показало да највећи део медицинских сестара и техничара жели да стиче нова знања. На основи добијених резултата могло би се закључити да су сестре одлично едуковане за спровођење интервенција које се примењују у здравственој нези пацијената током припреме за трансплантацију срца.

Закључак

Фокус медицинске сестре специјалисте за негу пацијената у току припреме за трансплантацију срца треба да буде усмерен на: едукацију болесника (здравствено-васпитни рад), упућивање на сарадњу с лекарима и медицинским сестрама у примарној и секундарној здравственој заштити, са циљем спречавања прогресије болести и хоспитализације током чекања на трансплантацију срца.

Кључне речи: здравствена нега, трансплантација срца, сестринске интервенције.

I. УВОД

Срчана инсуфицијенција један је од најчешћих узрока морталитета и морбидитета у земљама Европске

Treatment of heart insufficiency patients aims to reduce the symptoms and effects of the disease, reduce the volume of hospitalization and reduce mortality, as well as to improve the quality of the patients' life.

Transplantation significantly improves survivability, the tolerance to exertion and the quality of life of patients with terminal heart insufficiency.

The program of the nurse's care includes helping the patient understand the search plan and the care procedure before and after the transplant. Cooperation between the patient, his family and the entire transplanting team is crucial for the patient's psychological stability. Due to the volume of the program, nurses attending the patient around the clock note each misunderstanding and each reaction by the patient which may be important at any point. Nurses notes complete the medical observation and often provide information that may become vital in the planning of personalized care after the transplant.

The Goal

To assess the importance of application of standards and norms in the medical preparation of a patient for the heart transplant.

Methods of research

Descriptive

Test of knowledge – observatory, indirect method

Survey for medical nurses - observatory, indirect method

Organization of research

The research was carried out at the Clinical Centre of Serbia, the Clinic for Cardio-surgery and Clinic for Cardiology, Belgrade, from April 4, 2015 to May 1, 2015.

Results of the research

The majority of those polled believes that introducing standards in the implementation of medical care would improve its quality. The survey indicates that the majority of nurses and technical staff is willing to expand their knowledge to interventions applied within the medical care of patients under preparation for a heart transplant.

Conclusion

The focus of a medical nurse specialized for the care of patients under preparation for a heart transplant should be on: education of the patient (medical-educational work), highlighting cooperation with doctors and nurses in the primary and secondary medical protection with the goal of stopping the progression of the disease and hospitalization during the wait for a heart transplant.

Keywords: medical care, heart transplant, nurse intervention

уније. Процењује се да два одсто одраслих болује од срчане инсуфицијенције, а код особа старијих од 65 година она је заступљена код 10% популације. Проширивањем терапијских могућности, уградњом кардио-

вертер дефибрилатора, те ресинхронизационих пејсмејкер система побољшава се квалитет живота и продужава живот пацијената. Са технолошким развојем усавршавају се и у клиничку праксу уводе различите врсте циркулаторних потпора, што такође омогућава дуже преживљавање болесника са срчаном инсуфицијенцијом, па је самим тим и мања смртност пацијената који су на листи за трансплантацију срца.

Трансплантација срца постала је општеприхваћена и једини успешни метод лечења терминалног стадијума срчане слабости. Циљ трансплантације је да се продужи живот пацијенту који болује од терминалне фазе болести и да му се врати могућност нормалног живљења. Преживљавање пацијента са трансплантираним срцем је у првој години 80%, у пет година 60%–70%, и након 10 година 50 одсто.

Прву успешну трансплантацију срца човеку остварио је Кристијан Барнар, 7. децембра 1967. године, а убрзо после њега исту интервенцију су урадили и др Номан Шамвеј и Ричард Ловер на Станфорд универзитету у Сједињеним Државама.

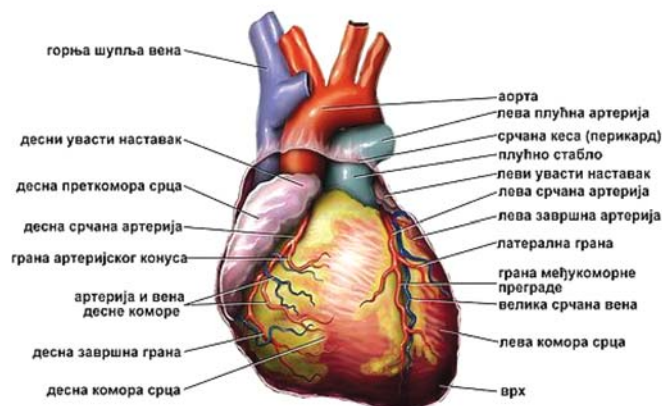
Након дугогодишње паузе у Србији, на Клиници за кардиохирургију Клиничког центра Србије, 21. 9. 2013. године, под вођством проф. др Миљка Ристића, урађена је прва трансплантација, а након ње, урађен је већи број успешних трансплантација срца.

II. ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП

Анатомија и физиологија срца

Срце је шупљи мишићни орган конусног облика, смештен у средогруђу. Затворено у перикарду, срце је у грудима косо постављено иза тела грудне кости и делова суседних грудних хрскавица, више у левој него на десној половини грудне шупљине, тако да се једна трећина срца налази са десне, а две трећине са леве стране средишне равни тела.

На срцу се разликују база, врх, две површине и два руба. База срца (basis cordis) шири је део срца, усмерен нагоре, десно и назад, а врх срца (apex cordis) усмерен је надоле, лево и напред. Срце је главни и централни орган циркулаторног система. На бази срца налазе се



Слика бр. 1. Анатомија људског срца

три велика крвна суда, који заједно обликују круну срца (corona cordis). Здесна налево, то су: горња шупља вена, трункус пулмоналисис и аорта.

Дефиниција срчане инсуфицијенције

Срчана инсуфицијенција најчешће се дефинише као клинички синдром који настаје због поремећаја структуре или функције срца, који онемогућавају да оно задовољи потребе организма за кисеоником, који је неопходан за одржање метаболизма периферних ткива и органа.

Епидемиолошки подаци

Сматра се да око 2% опште светске популације болује од срчане инсуфицијенције, од чега се 0,1% налази у узнапредовалој фази болести, а на трансплантацију срца чека 0,001% становништва.

Етиологија срчане инсуфицијенције

Узроци срчане инсуфицијенције (СИ) могу бити: исхемијска болест, метаболички, имунолошки, инфламаторни, инфективни, ендокринолошки, генетски, неопластични процеси и трудноћа.

Патофизиологија срчане инсуфицијенције

Више од 50% болесника са СИ има смањену ејекциону фракцију леве коморе (ЕФ ЛК). Ако је пацијент претходно прележао инфаркт, долази до ремоделовања ЛК, са променом облика, дилатацијом и смањењем функције.

Постављање дијагнозе срчане инсуфицијенције

Постављање дијагнозе СИ захтева потврду симптома и знакова те болести, и објективне доказе постојања структурног или функционалног оштећења миокарда. Постављање дијагнозе СИ веома је сложено због неспецифичности симптома, нарочито у раним стадијумима болести.

Општи дијагностички методи

Дијагностички методи који се препоручују код сумње на срчану инсуфицијенцију су: ултразвук срца (ЕХО), 12-канални ЕКГ, биохемијске анализе крви, крвна слика, нагриуретски пептиди (БНП, НТ-про БНП или МР про АНП) и телерадиографија срца и плућа (РТГ). Дијагностички методи који се додатно раде код сумње на СИ су: магнетна резонанца срца, коронарографија, перфузиона сцинтиграфија, тестови исхемије (ехокардиографска, МР, СПЕКТ или ПЕТ), катетеризација левог и десног срца, тест физичким оптерећењем (ТФО).

Циљеви лечења срчане инсуфицијенције

Циљ лечења пацијената са СИ је смањење симптома и знакова болести, смањење броја хоспитализација и смањење морталитета. Поред тога, побољшање квалитета живота и повећање функционалног капацитета представљају значајан ефекат савремене терапије.

Трансплантација срца

Трансплантација знатно побољшава преживљавање, толеранцију физичког напора и квалитет живота пацијената са терминалном срчаном инсуфицијенцијом.

Индикације и селекција кандидата

Најчешћи разлози за трансплантацију срца су болесници у терминалном стадијуму срчане болести без обзира на етиологију: идиопатска дилатативна кардиомипатија, исхемијска кардиомиопатија, терминални стадијум срчане болести – узрокован валвуларном болешћу срца, примарним туморима срца.

Према томе, да би пацијент био кандидат за трансплантацију срца, мора да испуни следеће критеријуме:

- кардиомипатију (исхемичку или идиопатску),
- преостали животни век 6 – 12 месеци,
- да је млађи од 60 година,
- да нема системске инфекције,
- да не болује од малигних болести,
- да је искључена плућна емболија,
- да није завистан од алкохола или дрога,
- да је спреман на сарадњу и има јаку мотивацију за поступак.

Контраиндикације

Из наведеног се може закључити да ако пацијент не задовољава неки од наведених критеријума, не може бити кандидат за трансплантацију срца. Наиме, малигне болести, хроничне инфекције су контраиндикација, јер се применом имуносупресивне терапије фаворизује еволуција болести. Емболија плућа фаворизује постоперативну инфекцију. Код болесника са бубрежном инсуфицијенцијом и хепатичном инсуфицијенцијом могућа је мултитрансплантација органа.

Пацијент који се сматра кандидатом за трансплантацију срца мора да прође пет фаза трансплантације:

1. процену стања и прикупљање података,
2. период чекања,
3. хируршки захват,
4. рану постоперативну здравствену негу и
5. период рехабилитације и доживотно праћење након трансплантације срца.

Параметри из свих тих фаза указују на то да трансплантација срца директно задире у делокруг рада сестара. Медицинска сестра је присутна уз пацијента и уз његову породицу током свих фаза. Она је обавезна да зна све основне пацијентове проблеме и да тражи решење за њих путем различитих стратегија. Такође мора знати да препозна јединствене проблеме трансплантираног пацијента.

Претрансплантационе претраге

Претрансплантационе претраге не могу се спровести ни у једном случају постојања контраиндикација за тај хируршки захват. Пре него што се предузме тешко и скупо испитивање кандидата за трансплантацију срца, приоритет има евалуација плућне артеријске

хипертензије. Ако се тим инвазивним испитивањем потврди да болесник може бити кандидат за трансплантацију срца, приступа се извођењу других претрага, а то су:

Физикални статус:

Општи, телесна тежина, телесна висина, обим грудног коша и струка, размак југулум-ксифоида. Узимање тих параметара важно је јер се мора водити рачуна и о односу површине тела донора и примаоца. Прихватљиво је да површина тела донора не буде мања од 20% оне коју има прималац.

Крвне анализе:

Крвна група и Rh фактор, хематологија (СЕ, ККС, ДКС), коагулација, општа и специјална биохемија, остало (ТЗ, Т4, ТСХ, клиренс креатинина, 24-х протеинурија, имунолошки тестови, АБО типизација, скрининг антитела, серологија, токсопласма гондии, квантиферонски тест на ТБЦ, урин, уринокултура). Хуман леукоцитни антиген (ХЛА) типизација, ПРА (ако је пацијент у међувремену примао трансфузију крви). Као и код трансфузије крви, мора бити поштован АБО систем крвних група. Истраживање цитотоксичних антитела имајући у виду ХЛА систем, важно је због проспективних разлога. Ако је лимфоцитни скрининг негативан, постоји мањи ризик да ће се појавити позитивна антитела према ХЛА систему даваоца.

Кардиолошке претраге:

Кардиопулмонални стрес тест, катетеризација левог и десног срца, 2Д ултразвук са доплером, ЕКГ, 24-часовни холтер ЕКГ, пејсмејкер испитивање (пацијенти углавном имају имплантирани пејсмејкер, било да је брадикардни, дефибрилатор или ресинхрони). Остале кардиолошке претраге предузимају се ако је то потребно.

Васкуларне претраге:

Доплер ногу и каротида, те доплер индекси.

Пулмолошке претраге:

Базни скрининг, спиromетрија, ноћна пулсна оксиметрија за одређене пацијенте –ПФТ.

Радиолошке претраге:

Рендгенографија грудног коша, ЦТ грудног коша, ЦТ абдомена, ултразвук бубрега.

Скрининг за карцином

Такође је потребно консултовати стоматолога, неуролога, психијатра, уролога (за мушкарце), гинеколога (за жене), урадити дензитометрију. Консултовати ендокринолога и ако постоји потреба за лекаром неке друге специјалности.

На крају свих потребних претрага и потврде да је пацијент кандидат за трансплантацију срца, уписује се

на листу чекања органа. На основи евалуације пацијент и породица добијају потпуне информације.

Поступак трансплантације

Поступак трансплантације почиње када се најје погодно срце за примаоца. Сам поступак је врло сложен процес не само у хируршком него и у организационом смислу. Трансплантацију треба обавити у врло ограниченом времену, уз ангажовање великог броја особља. За трансплантацију срца битно је време од експлантације до имплантације, односно време исхемије, које не би смело да пређе више од четири сата.

Сестринске активности у преоперативној припреми

С појавом погодног срца за примаоца позива се пацијент са листе чекања чија је АБО компатибилност подударна. Тада започиње преоперативна припрема, која поред стандардне припреме за кардиохируршку интервенцију (психичка, физичка, медикаментозна, лабораторијска), подразумева и узимање крви за специфичне анализе, као што је cross-match.

Психичка припрема

Обавља се разговором са болесником у позитивном правцу. Током разговора предочимо шта се од њега у том тренутку очекује, шта ћемо одрадити и напоменути могућност непоклапања типизације како то касније не би утицало на његово здравствено стање. Потребно је да потпише пристанак за операцију пуним именом и презименом, без ичијег притиска.

Физичка припрема

Подразумева: бријање грудног коша, тј. припрему оперативног поља, купање, обавестити пацијента да не сме ништа да једе и пије, скинути му сав накит, сат, и оставити их на безбедно место.

Лабораторијска припрема

После пријема пацијента, узимају се и узорци крви за крвне анализе: крвна слика, седиментација, коагулациони статус, биохемијске анализе са факторима запаљења, серолошке анализе и унакрсна реакција између донора и реципијента, односно cross-match. Такође се узима и узорак крви за интеракцију, за требовање крви и компоненти крви. Ако сви резултати покажу поклапање, пацијент се уз одговарајућу премедикацију, на лежећим колицима одвози у оперативну салу и предаје анестетичару.

Медицинска сестра специјалиста у току обраде пацијента за трансплантацију срца треба да пружи :

- мониторинг клиничких знакова и симптома срчане инсуфицијенције,
- заказивање и организацију дијагностичких процедура,
- збрињавање пацијента након инвазивних и неинвазивних процедура,
- асистирање болеснику у остваривању свих облика институционалне неге,

- идентификовање психосоцијалних проблема,
- обезбеђивање едукације пацијената, психолошко саветовање и координацију (укључити остале профиле здравствене неге),
- подршку пацијенту и његовој породици у свим фазама болести.

Организација и стандарди здравствене неге

Нормативи и стандарди здравствених услуга представљају стручно, научно и искуствено договорене норме, којима се на реалним основама објективизује рад у здравству и гарантује квалитет услуга. Добри, квалитетни и реални нормативи предуслов су сваког планирања, утврђивања здравствене политике и предуслов свих реформи у области здравства.

Да би она достигла неопходни ниво квалитета, значајно је напоменути да се рад медицинских сестара и техничара у целости може приказати стандардизованим садржајима рада и поступака који обезбеђују свакој дефинисаној функцији значај и одлику функције квалитета. Свака од ове групе функција садржи стандардизоване активности, и резултати остварени тим активностима формирају садржај сестринских услуга.

III. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Циљ истраживања

Сагледати значај примене стандарда и норматива у здравственој нези пацијента у току припреме за трансплантацију срца.

Задаци истраживања

1. Проценили ниво знања медицинских сестара – техничара о примени и значају стандарда и норматива у сестринској пракси.
2. Утврдити потребе медицинских сестара за едукацијом о стандардима и нормативима.
3. Испитати ниво знања медицинских сестара – техничара о здравственој нези пацијената у претрансплантационом и посттрансплантационом периоду.
4. Сагледати учешће медицинских сестара у пружању информација о режиму живота пре и након трансплантације срца.

Методи истраживања

- Дескриптивни.
- Тест знања – опсервациони, индиректни метод.
- Анкета за медицинске сестре – опсервациони индиректни метод.

Технике истраживања

- Тестирање.
- Анкетирање.

Инструменти истраживања

- Тест знања за медицинске сестре.
- Анкетни лист за медицинске сестре.

Популација и узорак истраживања

Популација

- Медицинске сестре Клинике за кардиохирургију и Клинике за кардиологију Клиничког центра Србије у Београду (100 сестара).

Узорак

- Хотимични (намерни).

Организација истраживања

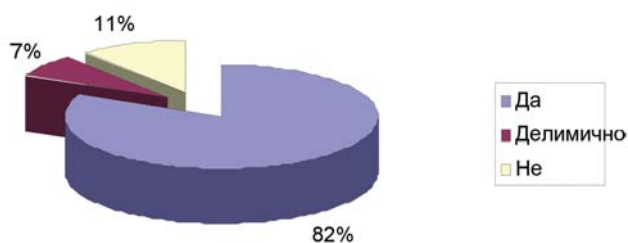
Место истраживања:

- Истраживање је спроведено у Клиничком центру Србије, Клиника за кардиохирургију и Клиника за кардиологију, Београд,

Време истраживања:

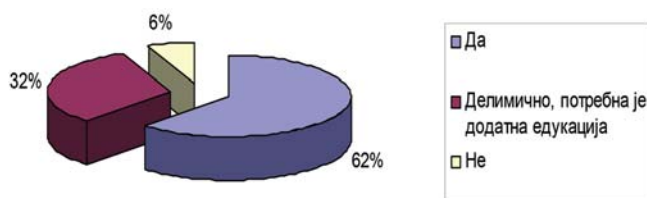
- Истраживање је спроведено од 1. 4. 2015. до 1. 5. 2015. године

IV. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ РЕЗУЛТАТА



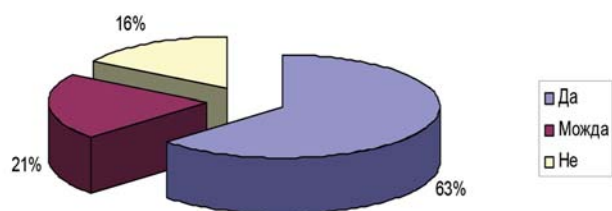
Слика бр. 10: Јесу ли ваши пацијенти информисани о животу пре и након трансплантације срца?

Да ли су Ваши пацијенти едуковани да самостално брину о себи по одласку кући?



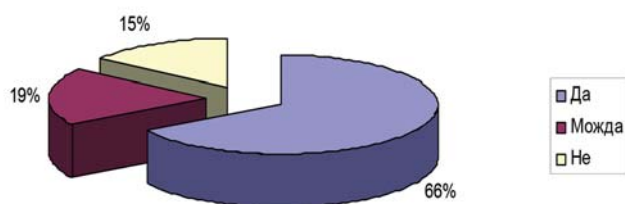
Слика бр. 12: Да ли су Ваши пацијенти едуковани да самостално брину о себи после одласка кући?

Потреба за увођењем стандарда и норматива



Слика бр. 13: Да ли сматрате да постоји потреба за увођењем стандарда и норматива у оквиру клинике на којој радите?

Да ли би увођење стандарда довело до унапређења квалитета здравствене неге?



Слика бр. 16: Да ли сматрате да би увођење стандарда на Вашем одељењу довело до унапређења квалитета здравствене неге?

V. ЗАКЉУЧАК

Резултати који су добијени истраживањем од великог су значаја за медицинске сестре и представљају смерницу у њиховом даљем раду и активностима.

ЗАКЉУЧЦИ ДОБИЈЕНИ АНАЛИЗОМ РЕЗУЛТАТА АНКЕТЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

- Истраживањем смо закључили да је највећи број испитаника женског пола (88%), што показује да и даље постоји мања заинтересованост мушке популације за ову професију.
- Највећи број испитаника чине особе животне доби 31-40 година (48%), а одмах после њих су испитаници старости 20-30 година (34%). Најмањи број испитаника чине особе старије од 50 година, те можемо закључити да највећи део испитане популације припада најрепродуктивнијем животном добу, а следе особе које су на почетку своје професионалне каријере.
- Највећи број медицинских сестара и техничара који раде на Клиници за кардиохирургију и Клиници за кардиологију имају дугогодишње радно искуство. Наиме, највећи део њих има радно искуство од 11-20 година, што чини 46% популације. Од укупног броја испитаника, 33% изјавило је да им ово није прво радно место, а њих 67% да је своју професионалну каријеру започело на поменутиим клиникама.
- Анализом података о стручној спреми, можемо закључити да је највећи број испитаника са средњом стручном спремом, чак 82%, пет са вишом, док високу школску спрему има 13 испитаника. Нажалост, још у овој популацији не постоји сестра са завршеним специјалистичким студијама. С обзиром на специфичност у раду с пацијентима током припреме за трансплантацију срца и након ње, што захтева велико знање, постоји потреба за већим бројем сестара са високом образовањем.
- Највећи број испитаника, 91%, сматра да је за рад с пацијентима којим се припремају за трансплантацију срца потребна додатна едукација. Из те анализе може се закључити да и сестре с великим рад-

ним искуством увиђају потребу за континуираном едукацијом, што због технолошког напретка и нових техника које свакако изискују и усвајање нових знања, целокупног тима, па тиме и медицинских сестара.

- Резултати су показали да 33% испитаника користи све доступне видове едукације, 96% испитаника се изјаснило да их едукују колеге са више радног искуства, 33% на едукативним семинарима. Од укупног броја испитаника, њих 22% едукују лекари, а 4% испитаника не едукује се.
- Можемо закључити да је 85% испитаника задовољно својим местом у тиму који се бави припремом пацијената за трансплантацију срца.
- Да је задовољно својим знањем у вези са негом пацијената у току припреме за трансплантацију срца сматра 54% испитаника, 17% њих је делимично задовољно, а 29% испитаника сматра да није задовољно својим знањем. Ово се може објаснити младим сестринским кадром, који још не поседује довољно искуства.
- Да су пацијенти информисани о животу пре и након трансплантације срца сматра 82% испитаника, 7% да су делимично информисани, њих 11% сматра да пацијенти нису информисани о животу пре и након трансплантације срца. Овакви резултати су очекивани будући да ни комплетно особље није у потпуности едуковано за рад с том врстом пацијената.
- Сви испитаници сагласни су да је здравствено-васпитни рад с пацијентима у току припреме за трансплантацију срца веома важан део рада медицинске сестре.
- Резултати истраживања нам показују да је 62% пацијената едуковано да се самостално брине о себи, 32% захтева додатну едукацију, док 6% пацијената још није припремљено за одлазак кући или самосталну бригу. Наиме, пацијенти се налазе у различитим фазама припреме, па је разумљиво зашто нису припремљени за самосталну бригу. Наравно, међу њима ће после завршене припреме бити мали проценат оних који без обзира на едукованост неће бити у могућности за самосталну бригу због стадијума болести у којем се налазе.
- Када је у питању потреба за увођењем стандарда и норматива, можемо закључити да више од половине испитаника (63%) сматра како је потребно увести стандарде и нормативе у свакодневни рад, 21% испитаника није сигурно, а 16% њих сматра да нема потребе за увођењем стандарда и норматива. Такав резултат може се објаснити недовољном информисаношћу и едукованошћу сестара. Потребно је едуковати сестре о значају примене стандарда и норматива у њиховом раду.
- Резултати показују да је 74% испитаника задовољно организацијом рада, 14% је делимично задовољно, а 12% испитаника незадовољно је организацијом рада на одељењима на којима раде.
- Медицинске сестре и техничари (100%) сагласни су да је садашњи број сестара недовољан за

пружање квалитетне неге. Само са довољним бројем особља можемо остварити све планиране садржаје и на тај начин обезбедити пружање квалитетне неге нашим корисницима.

- Највећи број испитаника сматра да би увођењем стандарда приликом спровођења здравствене неге (66%) унапређен квалитет здравствене неге, 19% испитаника није сигурно, а 15% њих сматра да се увођењем стандарда не би унапредио квалитет у пружању здравствене неге, што показује потребу да се сестрама мора указати на неопходност увођења стандарда и едуковати их у том правцу.
- Највећи део медицинских сестара и техничара жели да стиче нова знања, што би омогућило и побољшање професионалне делатности, а само мали број, 6% испитаника, сматра да поседује довољно знања, те да додатне едукације нису потребне.

ЗАКЉУЧЦИ ДОБИЈЕНИ АНАЛИЗОМ ПОДАТАКА НА ОСНОВУ ТЕСТА ЗНАЊА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

- Из резултата истраживања можемо закључити да су медицинске сестре – техничари показали висок ниво знања када је у питању познавање узрока срчане инсуфицијенције, начина дијагностиковања.
 - Сви испитаници показали су да познају процедуру. Чак и сестре са малим радним искуством знају које се процедуре примењују у поступку припреме пацијента за трансплантацију срца.
 - Медицинске сестре имају развијен емпатски став према пацијенту и вољне су да му помогну у остваривању његових права на лечење и да посредују између пацијента и других служби.
 - Закључујемо да сестре увиђају потребу телефонске комуникације с пацијентима и члановима њихових породица.
 - Медицинске сестре и техничари у највећем проценту (89%) поседује знања о потреби и начину спровођења здравствено-васпитног рада.
 - Медицинске сестре такође поседују знања о лечењу и здравственој нези пацијената након трансплантације срца, што је такође веома значајно, јер њихова едукација и информисање пацијената иду и у том правцу.
 - Добијени резултати показали су да су сестре одлично едуковане за спровођење интервенција које се примењују у здравственој нези пацијената у току припреме за трансплантацију срца.
 - Висок ниво знања показале су и сестре са мањим искуством у здравственој нези пацијената са трансплантираним срцем.
- Фокус медицинске сестре специјалисте за негу пацијената у току припреме за трансплантацију срца треба да буде усмерен на: едукацију болесника (здравствено-васпитни рад), упућивање на сарадњу с лекарима и медицинским сестрама у примарној и секундарној

здравственој заштити, са циљем спречавање прогресије болести и хоспитализације током чекања на трансплантацију срца.

ПРЕДЛОГ МЕРА

- На основу добијених резултата истраживања, неопходно је предузети следеће мере:
- Неопходно је да медицинске сестре перманентно стичу нова знања, а сусрет са новим захтевима професије треба да им буде мотив и императив у даљем стручном усавршавању. Не треба заборавити да само стручна и едукована сестра може правилно одговорити на све захтеве професије, а код себе створити осећање компетентности, стручне и социјалне сигурности. Стога је неопходно сестре мотивисати за формално образовање.
- Неопходно је направити програме за континуирану едукацију сестара с мањим искуством и на тај начин им помоћи да што пре стекну потребна знања и савладају вештине потребне за извођење сестринских интервенција у здравственој нези пацијената у току припреме за трансплантацију срца.
- Наставити са сарадњом коју смо остварили с колегама из Клиничко-болничког центра „Ребро“ из Загреба, те успоставити сарадњу са другим регионалним и европским центрима, са циљем размене искустава.
- Наставити са промовисањем тимског рада, сагледати очекивања сестара и помоћи им да заузму своје место у тиму, и самим тим омогућити побољшање квалитета услуга здравствене неге.
- Указати медицинским сестрама на значај неговања добрих колегијалних односа, који произлазе из тимског рада, добре комуникације и конструктивног решавања конфликта.
- Искористити жељу и мотивисаност пацијената за стицањем нових знања континуирано спроводити здравствано-васпитни рад, и на тај начин им омогућити добру информисаност, помоћи им да прихвате нове стилове живота. Укључити у овај програм и породицу пацијента.
- Редовно проверавати ниво усвојених знања и информисаности пацијената о начину живота, по потреби поновити едукацију, све док не будемо сигурни да их је пацијент у потпуности усвојио.
- Побољшати однос медицинска сестра – пацијент, бољом организацијом рада, побољшањем квалитета пружања здравствене неге (увођење стандарда и норматива) и стицањем знања и вештина у успешној комуникацији.
- Потребно је именовати сестре менторе које би у сарадњи са сестром едукатором допринеле побољшању квалитета пружене здравствене неге и указале на значај примене стандарда и норматива у

сестринској пракси.

- Едуковати сестре о примени и значају увођења стандарда и норматива
- Израдити писане процедуре и протоколе и поставити их на видна места, публиковати их у величине џепних приручника за све сестре
- Едукација је процес који је континуиран и будући да се на нашој клиници стално уводе нове технологије, које изискују едукацију читавог тима, па и сестара, потребно је наставити у том правцу како би се одржао квалитет у пружању услуга.

Литература

1. McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... & Lamin, H. A. B. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: *The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European heart journal*, 33(14), 1787-1847.
2. Al-khaldi A, Robbins RC: *New directions in cardiac transplantation*. *Annu Rev Med* 2006;57:455-71.
3. Ћорић В. ет ал.: *Трансплантација торакалних органа*. Ист ед. Топић Б., едитор, Загреб: Синописис, 2009. година.
4. *Anatomija čovjeka*. Jugoslavenska medicinska naklada. 1990. ISBN 978-86-7111-075-4.
5. Белеслин, Б. и сарадници: *Специјална патолошка физиологија*, Београд, Научна књига; 2003. година.
6. *Национални водич добре клиничке за дијагностиковање и лечење СИ*, израдила Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе, Министарство здравља Републике Србије; уредник Горан Милашиновић, Београд: Агенција за акредитацију здравствених установа, 2013.
7. Кажих, Т. и сарадници: *Клиничка кардиоваскуларна фармакологија*, Београд; 2006. година.
8. Ристић, М.: *Трансплантација срца*. Ин: Ристић, М., Доглић, Р., Јовановић, Т., Чамба В.: *Митрална валвула*. Београд: Клуб НТ; 1996. п.371–399.
9. Ристић, М., Несторовић, Е., Кочица, М., Путник, С., Цветковић, Д., Милић, Н.: *Трансплантација срца*. Акта Клиника, 2013, вол. 13, бр. 3, стр. 21–31.
10. Терзић Н.: *Здравствена нега у хирургији*, Београд, 2006, стр. 255–259.
11. Коњикушић, В., Коцев, Н.: *Здравствена нега у процесу рехабилитације*, Београд; 2005. година.
12. Ћорлука, В. и сарадници: *Стандардизоване активности здравствена неге и збрињавање пацијената*, Водич за медицинске сестре – техничаре и бабице, друго допуњено издање, Београд, Удружење медицинских сестара – техничара КЦС „сестринство“; 2007. година
13. Рудић, Р., Коцев, Н., Мунђан, Б: *Процес здравствене неге, практикум за студенте – водич за праксу*, Књига-комерц, Београд; 25–28.

Марија Остојић, Клиника за кардиохирургију

Marija Ostojic, Cardiac Surgery

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА БОЛЕСНИКА СА ТРАНСПЛАНТИРАНИМ СРЦЕМ

CARE OF PATIENTS WITH HEART TRANSPLANT

Марија Остојић рођена је 13. 2. 1979. године у Новој Вароши. Запослена је на Клиници за кардиохирургију, одељење интензивне неге за трансплантацију срца, ЕСМО, LVAD.

Завршила је Средњу медицинску школу у Ужицу 1998. године, а Високу здравствену школу струковних студија у Земуну 2014. године. Потом и специјалистичке струковне студије из области клиничке неге, 2015. године. Приправнички стаж одрадила је на Институту за кардиоваскуларне болести на Дедињу.

Од 2004. године запослена је на Клиници за кардиохирургију, одељење полунтензивне неге, где је радила као сменска сестра – вођа смене. Од 2014. прелази на Одељење за трансплантацију срца, ЕСМО и LVAD. Редовно посећује предавања и семинаре у оквиру континуиране едукације Клиничког центра Србије. Познаје основе рада на рачунару.



Ostojic Marija was born on 13.02.1979. god. in Nova Varos. Employed at the Clinic for cardiac surgery intensive care unit for heart transplantation, ECMO, LVAD.

She graduated from the University Medical School of Professional Studies in Zemun, and specialist vocational studies in clinically nege 2015.god.

She has been working at the Clinic for Cardiac Surgery for 2004, Department of semi-intensive care, where she worked as a nurse supervises-shift leader. From 2014 god. passes to the Department of heart transplantation, ECMO and LVAD. Regular visits lectures and seminars in the context of continuing education Clinical Center Srbije.

Volunteer done an internship at the Institute for Cardiovascular Diseases in Dedinje, a medical secondary school in Uzice 1998. god. He knows the basics of computer.

Сажетак

Abstract

Увод

Трансплантација срца постао је општеприхваћен и једини успешан метод лечења терминалног стадијума срчане болести. Циљ трансплантације срца је сте продужити живот пацијенту који болује од терминалне болести, али вратити му могућност нормалног живљења. Припрема за пријем болесника којем је трансплантирано срце подразумева припрему простора, апаратуре и особља. Болесник се након оперативног захвата смешта у посебну просторију (БОКС), која се темељно дезинфикује. Током неге трансплантираног болесника спроводе се мере сузбијања инфекције усмерене на изолацију болесника, асептични приступ у раду с болесницима и сталну микробиолошку контролу.

Циљ рада

Сагледати примену специфичних мера здравствене неге код пацијената са трансплантираним срцем и ниво едукованости сестара за њихово спровођење.

Материјали и методе

Истраживањем је обухваћен хотимични узорак од 15 медицинских сестара запослених на Клиници за кар-

Introduction

Hear transplantation has become generally accepted as the only successful method of treatment of end-stage heart disease. The aim of a heart transplant to prolong the life of a patient suffering from a terminal illness, or the possibility of his return to normal life. Preparing for admission which patients transplanted heart is to prepare the space, preparation apparatus and preparation of personnel. The patient after surgery should be placed in a separate room (BOX), which is a fundamental disinfected. During patient care transplantitanog implemented infection control measures aimed at isolating patients, aseptic approach to working with patients and continuous microbiological control.

Objective

To determine the implementation of specific measures of health care for patients with transplanted heart and level of education of nurses for their implementation

Materials and Methods

The study included a deliberate pattern of 15 nurses employed at the Clinic for cardiac surgery in intensive care

диохирургију, на одељењу интензивне неге за трансплантацију срца, LVAD и ЕСМО. За потребе овог истраживања као инструмент коришћен је тест знања за медицинске сестре који се састоји се од 14 питања затвореног, отвореног типа и комбинованог типа и анкетни лист који се састоји од 15 питања такође затвореног типа, отвореног и комбинованог типа

Резултати

Анализом резултата добијених тестом знања приказује се да је ниво знања медицинских сестара о специфичностима неговања трансплантираних пацијената веома висок и да се приликом неговања трансплантираних пацијената придржавају и примењују стечена знања, чиме се смањује настанак компликација. Такође анализом анкетног листа сазнајемо да су медицинске сестре које учествују у неговању тих пацијената средње животне доби, када пружају максимум у раду, већином са високим образовањем, али су сагласне да је потребно стално усавршавање и едуковање.

Закључак

Анализом резултата добијених истраживањем може се закључити да је примена специфичних мера здравствене неге у свим фазама трансплантације срца неопходна и да су медицинске сестре добро едуковане да их примењују током свих фаза трансплантације.

Добром едукацијом здравственог особља и придржавањем свих мера сузбијања инфекција смањује се појава инфекција у раном постоперативном току, а самим тим и повећава успех трансплантације.

Кључне речи: трансплантација срца, здравствена нега, сестринске интервенције.

1. ТЕОРИЈСКИ ОСВРТ

Трансплантација срца је терапија избора за лечење болесника код којих је дошло до ирверзибилних оштећења срца, а болест је узнапредовала до терминалног стадијума.

Трансплантација или пресађивање срца хируршки је захват приликом кога се срце болесника замени срцем одговарајућег донора. Предлаже се код болесника који имају индикацију за трансплантацију срца чија је животна прогноза лоша, а ниједан данас познати метод лечења не даје прихватљиве терапијске резултате. Трансплантација срца као метод лечења прихваћена је широм света као **златни стандард у терапији**.

1.1 ИНДИКАЦИЈЕ

Најчешћи разлог за трансплантацију срца су дилативна и исхемијска кардиомиопатија (код 90% пацијената), затим валвуларне болести, ретрансплантација, конгениталне болести.

1.2 КОНТРАИНДИКАЦИЈЕ

Контраиндикације за трансплантацију срца могу бити апсолутне и релативне.

for a heart transplant, LVAD and ECMO. For the purpose of this study was used as an instrument of knowledge test for nurses, which consists of 14 questions of closed, open and combined type and questionnaire consisting of 15 questions also closed, open and combined type

Results

The analysis of the results obtained knowledge test shows that the level of knowledge about the specifics of medical setara cultivating transplanted patients is very high and is at fostering transplant patients adhere to and apply the knowledge gained thereby reducing the occurrence of complications. Also the analysis of a survey we found out that the nurses involved in the care of these patients, median age when they are providing the most use, mostly with high education but they agree that it takes constant training and education.

Conclusion

The analysis of the results obtained from the research it can be concluded that the application of specific measures of health care in all phases of heart transplantation is necessary and nurses are well-trained to apply the same throughout all phases of transplantation. Good training of health personnel, and to adhere to all infection control measures reduces the occurrence of infection in the early post-operative period, and thus increases the success of transplantation.

Key words: heart transplantation, nursing, nursing interventions.

Апсолутне контраиндикације су: активна системска инфекција, активна малигна болест, фиксно повишена плућна васкуларна резистенција, активни хепатитис Б или Ц, ХИВ-инфекција, психичка нестабилност, зависност од алкохола, дроге.

Релативне контраиндикације су: старост већа од 65 година, узнапредовала опструктивна болест плућа, цироза јетре, цереброваскуларна болест, знатна бубрежна дисфункција.

Приликом постављања индикације за трансплантацију срца најважнији критеријум је функционална способност болесника.

1.3 . СЕЛЕКЦИЈА КАНДИДАТА

Ограничен број донора, високи трошкови лечења чине тај метод лечења доступан малом броју пацијената који немају шансе за преживљавање, а који након трансплантације могу имати потпуно активан живот. Због тога пацијент мора да буде ментално очуван, без тешких оштећења других органа и да нема других контраиндикација.

Тренутак када се дефинитивно одлучује о трансплантацији срца веома је тежак и захтева детаљну евалуацију актуелне болести и њену стабилизацију.

На листи за трансплантацију налазе се пацијенти сврстани према тежини болести и АБО класификацији, а приоритет за добијање органа одређени су здравственим стањем, животном угроженошћу пацијента, а не временом проведеним на листи.

1.4. ФАЗЕ ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ

1. Пацијент који се сматра кандидатом за трансплантацију срца мора проћи пет фаза:
2. процену стања и прикупљања података,
3. период чекања,
4. хируршки захват,
5. рану постоперативну негу и
6. рехабилитацију.

1.4.1. Процена стања и прикупљање података

Болесник у припреми и обради пролази опсежан програм испитивања, кардиолошку дијагностику и бројне дијагностичке податке, који дају увид лекару у стање болесника и сврставање медицинских приоритета на листи. Од велике важности је да болесник након што му лекар предложи трансплантацију, размисли и сам да пристанак да се процедура изведе. Процена психолошке и социјалне подршке пацијента – неопходна је.

1.4.2 Период чекања

Тада настаје најтежи период, а то је чекање одговарајућег органа. Психолошка подршка здравствених радника је неопходна да би се најбоље превазишле епизоде кардиоваскуларних декомпензација и компликација.

1.4.3. Хируршки захват

Поступак трансплантације започиње у тренутку када се најје погодно срце за примаоца. Сам процес трансплантације веома је сложен процес, у хируршком и организационом смислу. Трансплантација се мора обавити у ограниченом времену, уз ангажовање лекара различитих специјалности. Потенцијални прималац срца је пацијент са листе чекања чије здравствено стање захтева хитну трансплантацију.

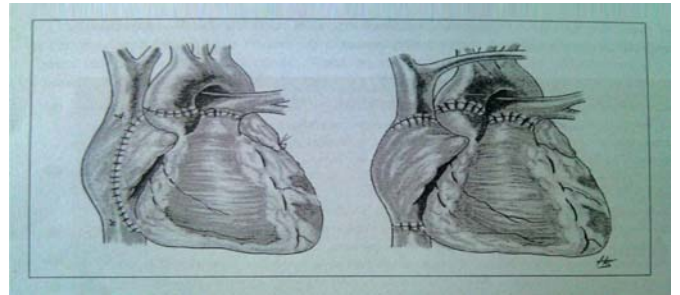
Операцијски поступак може се поделити на три дела:

1. Транспорт експлантацијског тима до донора.
2. Експлантација донираног органа, заштита и транспорт до примаоца.
3. Експлантација болесног органа код примаоца и имплантација донираног органа.

За трансплантацију срца битно је време од експлантације до имплантације (време исхемије,) које не би смело да пређе четири сата. Време које ради „против донираног органа“ започиње у тренутку заустављања донираног органа прекидом коронарног крвотока, а завршава када се у донираном органу код примаоца успостави поново коронарна циркулација.

Приликом трансплантације хирург има две технике на располагању:

1. Класичну технику имплантације, где се спајају примаочева и донорова десна и лева преткомора, аорта и пулмонална артерија (тај метод се све мање примењује).
2. Бикавалну технику имплантације, где се спајају примаочева и донорова горња и доња шупља вена, лева преткомора, аорта и пулмонална артерија (слика бр. 1).



Слика бр. 1 – лево – класична техника, десно – бикавална техника

Након завршених свих анастомоза, уз добар рад донираног срца и хемодинамску стабилност, болесник се одваја од машине за вантелесни крвоток, па се након хемостазе и затварања грудног коша, прима у јединицу интензивне неге, где се прате хемодинамика и функционалност донорског срца,

1.4.4. Постоперативна нега трансплантираног пацијента

У јединици интензивне неге припрема се изоловани простор за пријем трансплантираног пацијента и медицинске сестре која је едукована за његово праћење и негу.

Пацијент се након оперативног захвата прима у посебну просторију – бокс (слика бр. 2), која се темељно чисти и дезинфикује, а сам приступ пацијенту захтева поштовање свих мера асепсе и антисепсе.

Сва опрема потребна за пријем трансплантираног пацијента подлеже провери исправности, баждарењу и дезинфекцији и смешта се у просторију у којој ће пацијент боравити.

Опрема која нам је потребна подразумева:

- монитор,
- респиратор,
- дренажу,
- перфузор пумпе и пулсни оксиметар.

Медицинске сестре које ће примити и неговати таквог пацијента морају бити добро едуковане за праћење, збрињавање таквог пацијента и прописно обучене, што подразумева ношење капе, маске, мантила, каљача, рукавица.



Слика бр 2 – Јединица интензивне неге

1.4.5 . Сестринске активности у постоперативној нези

Непосредно пре доласка болесника из операционе сале, медицинска сестра прима извештај од анестезиолошког техничара о интраоперативном току, врсти и локацији интраваскуларних катетера, локализацији дренажа, те о могућим компликацијама. После доласка у јединицу интензивне неге, болесник се спаја на респиратор и монитор. Обавезни су праћење и бележење инвазивног и неинвазивног мониторинга, те контрола дренаже.

Неинвазивни мониторинг:

- ЕКГ,
- сатурација кисеоника,
- телесна температура.

Инвазивни мониторинг:

- артеријски притисак,
- централни венски притисак,
- плућни притисак,
- хемодинамски параметри (пулс, гасне анализе...),
- лабораторијске анализе ,
- сатна диуреза.

Пријем трансплантираног болесника из операционе сале обављају три сестре и лекар (анестезиолог). Пријем се обавља са леве и са десне болесникове стране.

Сестра са десне болесникове стране ставља електроде, прикључује болесника на монитор и прикључује инфузије.

Сестра са леве стране прикључује болесника на респиратор, прикључује трансјусере за артеријску линију и мерење централног венског притиска, нулира их да би се добиле реалне вредности. Узима крв за гасне анализе и одређене биохемијске анализе и, по налогу лекара, апликује одређене лекове.

Трећа сестра прикључује дренажу на дренажну пумпу, контролише уринарни катетер и кесу, припомаже осталим сестрама, контролише документацију, отвара листу интензивне неге и терапије, бележи виталне параметре приликом пријема, инфузионе растворе и њихову количину, дренажу, диурезу, вредности на респиратору, терапију и запажања везана за болесника.

Болесника треба континуирано пратити. Виталне функције се првог сата бележе на 15 минута, другог на 30 минута, а након тога, на сат времена.

Од тренутка пријема у интензивну негу медицинска сестра континуирано прати опште стање болесника и спроводи велики број поступака у лечењу и негововању:

- Поставља болесника у одговарајући положај (Фовлеров положај – 45%, док је интубиран и високи Фовлеров положај након екстубације), чиме обезбеђује бољу дренажу и спречава компликације с тим повезане.
- Инсистира на повременом померању или промени положаја у кревету.
- Континуирано прати ЕКГ на монитору како би благовремено уочила поремећаје ритма и одреаговала на правилан начин, обавештава лекара и даље поступа по налогу.
- Прати и евидентира биланс течности
- Свакодневно одржава проходност југуларног катетера, мења газе и негује кожу око места пласирања катетера.
- Мери СVP на одређено време, евидентира их и обавештава лекара, јер је његова вредност важан показатељ волумена циркулишуће крви, стања капацитета васкуларне мреже и рада срца болесника.
- Након оперативног захвата, болесници су у првих 12 сати, а некада и дуже, на комплетној контролисаној вештачкој вентилацији (аспиратор у целисти преузима рад плућа), па је неопходно да се одржава проходност ендотрахеалног тубуса честом аспирацијом секрета, да се мери дисајни волумен (данашњи респиратори имају уграђен волунометар, што олакшава мерење).
- Након екстубације редовно се прати болесниково дисање и благовремено, у сарадњи са физиотерапеутима, започињу вежбе дисања, што доприноси равномерном ширењу плућа и правилном дисању, те превенцији респираторних компликација.
- Прати и мери количину и изглед дренажног садржаја (на 1 сат), а у случају веће количине садржаја, хитно обавештава лекара, јер је то знак да је наступило унутрашње крварење. Редовно контролише проходност дренажа и повремено обавља „мужу“ дренажа, негује околину дренажа и празни боце.
- Болесник након операције (док има тубус) не добија храну пер-ос, спроводи се парентерална исхрана. Другог дана узима течност (чај, вода), након чега се постепено уводи течна, кашаста, храна па све до високопротеинске хране.
- Од првог постоперативног дана у јединици интензивне неге спроводи се детаљна лична хигијена, која подразумева купање, умивање, бријање, тоалету усне дупље, масажу коже хидратантним лосионом, тоалету уринарног катетера.
- Након сваке обављене личне хигијене болесника, узимају се брисеви свих улазних места интраваскуларних катетера, дренажа, урин за уринокултуру, крв за хемокултуру и спутум. Све те анали-

зе узимају се пет дана узастопно, што нам даје увид у микробиолошки статус болесника и могућност да се у случају колонизације што пре започне неопходна антимикробна терапија.

- Превијање оперативне ране, централног венског катетера, артеријске и венске каниле обавља се свакодневно, а према потреби, и чешће, уз асептични приступ у раду.
- После стабилизације стања и завршеног хируршког лечења, које подразумева престанак секреције из торакалних дренажа и њихово вађење, рану рехабилитацију започиње у сарадњи са физиотерапеутима.

Болеснику којем је трансплантирано срце примењује се имуносупресивна терапија, која истовремено смањује имуни систем, а као резултат тога, примаоци органа су у високоризичној групи за све врсте инфекција. Мере сузбијања инфекције усмерене су на изолацију болесника, асептични приступ у раду с таквим болесницима и сталну микробиолошку контролу.

Мере спречавања инфекције могу бити:

- основне мере: прање руку, асепса, нега и рано вађење катетера и дренажа,
- стандардне мере: контактна изолација и антимикробна профилакса.

Зависно од здравственог стања болесника и брзине његовог постоперативног опоравка, инсистира се на спровођењу вежби дисања и што раније започињање вертикализације како не би дошло до компликација као што су: декубитус, ателектаза плућа, хемостатске пнеумоније...

Основну негу болесника прилагодити општем стању и налазима болесника, а све поступке спроводити у строго асептичним условима.

1.4.6. Постоперативно лечење

Лечење болесника након трансплантације срца подразумева три основна начела:

1. оптималну имуносупресивну терапију,
2. превенцију компликација, која може бити проузрокована операцијом и/или укљученом имуносупресивном терапијом,
3. лечење компликација ако се појаве.

Основни проблем лечења трансплантираног болесника је **могућност одбацивања** трансплантираног срца. Данас се због одбацивања срца трансплантираним болесницима раде биопсије срца с проценом стања одбацивања. Прави успех у лечењу трансплантацијом развио се с појавом имуносупресивне терапије.

Имуносупресивна терапија дозира се за сваког пацијента посебно и зависи од сваког примаоца појединачно, од степена одбацивања органа и морају се узимати доживотно. У највећем броју центара користи се комбинација три лека.

Поред имуносупресивне терапије, од велике важности су превенција и лечење инфекција како не би до-

шло до компликација, јер су у ризичној групи за инфекције антибиотик резистентним узročником. Последице тога могу бити фаталне за болесника. Добра контрола инфекција од посебне је важности у лечењу трансплантираних болесника.

Примећено је да се сличан облик инфекција јавља код свих трансплантираних болесника и што је још важније, типови инфекције појављују се у истим временским интервалима, тако да су их бројни аутори поделили у три времена:

1. Инфекције у првом месецу од трансплантације

– Више од 90% инфекција које се појављују у том времену су бактеријске или гљивичне (candida) везане за хируршку рану, респираторни или уринарни тракт, или каниле постављене у васкуларни простор ради неопходног инвазивног надзора.

2. Инфекције у времену 2–6 месеци након трансплантације

– У том времену јављају се нови типови инфекција, нпр. Cytomegalovirus (CMV – често смртоносан), Epstein Barr вирус (EBV – узročник мононуклеозе), а клинички значајне у том времену постају инфекције са свим осталим хуманим херпес вирусима.

3. Инфекције 6 месеци након трансплантације

– Од тог времена примаоци органа са инфекцијом деле се у три групе:

- више од 80% болесника повремено има респираторне инфекције, али које се не разликују од средине у којој живе и релативно се лако лече,
- око 10% болесника има хроничну или узнапредовалу инфекцију вирусима који укључују CMV, EBV или папаилома вирус; те инфекције су озбиљне јер могу изазивати оштећења трансплантираног органа или се могу претворити у малигнитет,
- код 5%–10 % прималаца органа јавља се тренутно или хронично одбацивање органа; у том случају избори терапија су високе дозе имуносупресивних лекова, што води у хроничну инфекцију вирусима.

1.4.7. Дијагностичко праћење након трансплантације срца

Сврха клиничких прегледа након трансплантације је праћење примаоца због евентуалних појава реакција одбацивања и нежељених ефеката лекова. У раном постоперативном периоду обавезан је свакодневни клинички преглед, лабораторијске анализе, ЕКГ, УЗ срца, рендгенски снимак срца и плућа, ергометрија, катетеризација срца и ендомиокардна биопсија.

Након отпуста из болнице болесник мора долазити у болницу на биопсију срца, рутинске прегледе и годишње катетеризације срца. Између тих прегледа раде се рутински прегледи биохемије, мерења крвног притиска и контрола телесне тежине. Болесник се прати доживотно под контролом надлежног кардиолога због трајног надзора, идентификације проблема и подршке на свим нивоима.

1.4.8. БИОПСИЈА

Биопсија срца је инвазивна дијагностичка процедура која се ради у локалној анестезији под рендгенском контролом, при чему се узимају три мала комада ендокарда и шаљу у патохистолошку лабораторију.

Пре саме интервенције, неопходно је објаснити болеснику процедуру и понашање након интервенције како би се он **психички припремио** за то.

Физичка припрема болесника за ту интервенцију састоји се од требовања две дозе крви, пласирања интравенске каниле, бријања препона и дезинфекције јодом, те покривености антибиотцима. Сам поступак траје двадесетак минута, а болесник може ићи кући истог дана након завршене интервенције. Тим наредом се прати евентуални развој секундарног облика одбацивања.

Реакција одбацивања може да се подели према тежини одбацивања на четири степена:

- 0 – нема реакције одбацивања,
- 1 – благи облик одбацивања,
- 2 – умерени степен одбацивања,
- 3 – тешки облик одбацивања.

У првој години након трансплантације биопсије су учесталије, најпре на две недеље, месец дана, три месеца, а потом према индикацији. Након друге биопсије, ако постоперативни ток пролази уредно, пушта се кући.

Ако се открије одбацивање трансплантираног срца, потребно је одмах започети са лечењем и обично се успева спречити даљи ток реакције одбацивања. Учестале биопсије изазивају трикуспидну регургитацију, па се тежи развоју неинвазивних метода детекције реакције одбацивања, а неке од њих су: мерење срчаног тропнина, праћење ехокардиографских промена...

За сада биопсија остаје једини прави начин детектовања.

1.4.9. Компликације након трансплантације

Компликације код трансплантираних пацијената могу бити ране и касне.

Ране су: акутна реакција одбацивања, инфекције, ЦВИ, мултиорганско затајивање, акутна бубрежна инсуфицијенција.

Касне су: инфекција, ЦВИ, послетрансплантациона васкулопатија, крварења у гастроинтестиналном тракту, дијабетес, појава малигнух болести, остеопороза.

Одбацивање трансплантираног органа може бити: хиперакутно, убрзано, акутно и хронично.

Хиперакутно одбацивање дешава се и оквиру 48 сати од трансплантације и узроковано је већ постојећим противтелима на антигене пресатка.

Убрзано одбацивање догађа се 3–5 дана након трансплантације и одликује се инфилтратом са променама или без њих у крвним судовима. Лечи се уз повећане дозе кортикостероида.

Акутно одбацивање представља одбацивање од 6 дана до 3 месеца након трансплантације узроковано ре-

акцијом хиперосетљивости на антигене. Одликује се инфилтрацијом са различитим ступњевима крварења, едема и некозе.

Хронично одбацивање дешава се више месеци или година након трансплантације.

1.5. ЗДРАВСТВЕНО-ВАСПИТНИ РАД СА ТРАНСПЛАНТИРАНИМ БОЛЕСНИЦИМА

Током рада с болесником медицинска сестра пружа подршку и наду у повољан исход лечења, те едукацију болесника о узимању лекова, правилној исхрани, физичкој активности и начину живота након трансплантације.

Спроводи здравствено-васпитни рад са пацијентом и члановима његове породице, јер су њихово учешће и подршка трансплантираним пацијентима изузетно важни.

Информише их и даје савете о даљем понашању и начину живота:

Обавезно је спавање на леђима наредних 6–8 недеља, јер је толико време потребно грудној кости која је сечена да зарасте.

Конци се скидају 10–15 дана након операције. Док се не скину конци, треба избегавати квашење оперативне ране, а након скидања конаца, дозвољено је купање млаком водом без трљања сапуном оперативног ожиљка.

Неопходно је узимати прописану терапију у тачно наведено време и редовно долазити на заказане контроле.

Пушење и алкохол су апсолутно забрањени, а не препоручује се ни узимање било које врсте црне кафе (евентуално једна дневно).

Дозвољене су лагане шетње по равном онолико колико сам пацијент осети да може. Лети се препоручује шетње ујутру пре него што отопли и увече пре него што захладни. Зимом, ако није јака хладноћа, у шетњу ићи око подне, када отопли.

Треба избегавати ношење терета, велике врућине, јаке хладноће, психичка узбуђења.

Препоручује се да се храни више биљном, а мање храном животињског порекла, распоређено у пет мањих оброка, те контролисати унос соли и масноћа.

Редовно контролисати телесну тежину и одржавати је у границама идеалне

1.6. РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Рехабилитација је важан део лечења како свих пацијената тако и трансплантираних. Она може бити медицинска, социјална и професионална.

Медицинска рехабилитација почиње одмах после трансплантације, првог оперативног дана и подразумева програм вежби и правилну исхрану. Правилан програм вежби смањује могућност уништавања мишића која се јавља као негативна последица узимања стероидне терапије, а огледа се у добитку у телесној тежини, слабљењу костију и оштећењу зглобова.

Активности се постепено повећавају од лаких вежби под надзором (активне вежбе у постели и леже-

ћем и седећем положају) до вертикализације, шетње ходником и пењања уз степенице. Након опоравка, јача апетит и повећава се телесна тежина. Важно је да се болесник придржава правилне исхране, побољша функционалну способност, а тиме смањи страх и забринутост због промене животног стила и врати се уобичајеним животним активностима.

Социјална рехабилитација спроводи се с циљем правилног регулисања социјалног положаја трансплантираног болесника у друштвеној заједници, док је циљ **професионалне рехабилитације** повратак на радно место, а ако то његово здравствено стање не дозвољава, препоручује се промена радног места или се упућује на комисију ради процене радне способности.

1.7. ПРЕПОРУКЕ ЗА СВАКОДНЕВНИ ЖИВОТ

Трансплантирани болесници треба да се чувају инфекција, па стога у раном постоперативном добу треба да избегавају велике групе људи, првих 6–12 месеци да носе маске приликом контакта с другим људима. Потребно је да одржавају оптималну телесну масу, личну хигијену, редовно мокре и уносе довољну количину течности. Веома је битно да буду упознати са значајем редовности терапије, нарочито имunosупресивних лекова, које морају узимати стално у исто време и да се тога придржавају. Већина пацијената након опоравка оперативног захвата може наставити с нормалном физичком активношћу, коју треба прилагодити сопственим могућностима и избегавати претеране напоре.

2. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

2.1. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Сагледати утицај специфичних мера здравствене неге на пацијената с трансплантираним срцем и ниво едукованости сестара за њихово спровођење.

2.2. ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЊА:

- утврдити утицај специфичних мера неговања пацијената са трансплантираним срцем на појаву најчешћих компликација,
- утврдити ниво знања медицинских сестара – техничара о примени специфичних мера приликом неговања трансплантираних пацијената,
- сазнати мишљење медицинских сестара о потреби сталног усавршавања и едукације,
- приказати старосну и образовну структуру медицинских сестара запослених на одељењу за трансплантацију срца,
- утврдити учешће медицинских сестара у пружању информација о начину живота пацијента након трансплантације срца,
- испитати мишљење медицинских сестара коли-

ко комуникација утиче на задовољство пацијената пруженом здравственом негом.

2.4. МЕТОДИ ИСТРАЖИВАЊА:

- дескриптивни метод,
- тест знања – опсервациони индиректни метод,
- анкета за медицинске сестре – опсервациони индиректни метод.

2.5. ТЕХНИКЕ ИСТРАЖИВАЊА:

- тестирање,
- анкетирање.

2.6. ИНСТРУМЕНТИ ИСТРАЖИВАЊА:

- Тест знања – састоји се од 14 питања, од којих су 10 питања затвореног типа, затим 2 питања отвореног типа и 2 питања комбинованог типа.
- Анкетни лист – састоји се од 15 питања, од којих су 8 затвореног типа, 3 отвореног и 4 комбинованог типа.

2.7. ПОПУЛАЦИЈА И УЗОРАК:

- Медицинске сестре запослене на Одељењу за трансплантацију срца, ЕСМО и LVAD.

2.7.1. Узорак и величина узорка :

15 медицинских сестара запослених на Одељењу за трансплантацију срца, ЕСМО и LVAD.

2.7.2. Врста узорка: хотимични (намерни) узорак.

2.8. ОРГАНИЗАЦИЈА И ТОК ИСТРАЖИВАЊА

2.8.1. Место реализације истраживања

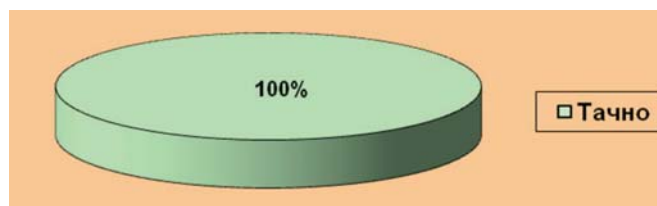
- Клиника за кардиохирургију, Клинички центар Србије, Одељење за трансплантацију срца, ЕСМО и LVAD, Улица „Др. Косте Тодоровића бр.8“, Београд

2.8.2. Време реализације истраживања:

од 15. 11. 2016. до 15. 12. 2017. године

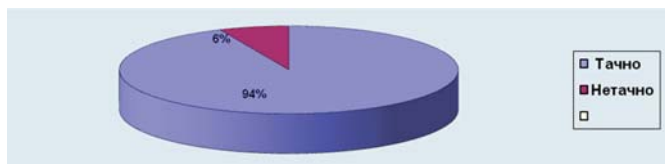
3. РЕЗУЛТАТИ

1. Шта је трансплантација?



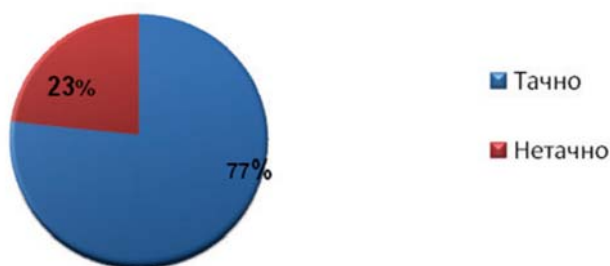
Анализом података из теста знања можемо закључити да све медицинске сестре знају шта је трансплантација.

2. За пријем трансплантираног пацијента у јединицу интензивне неге неопходно је припремити:



На основу анализе добијених података, можемо да закључимо да 93% испитаника познаје поступак пријема трансплантираног пацијента у јединицу интензивне неге, док код 6% испитаника постоји недостатак познавања пријема.

3. Мере сузбијања инфекције усмерење су на:

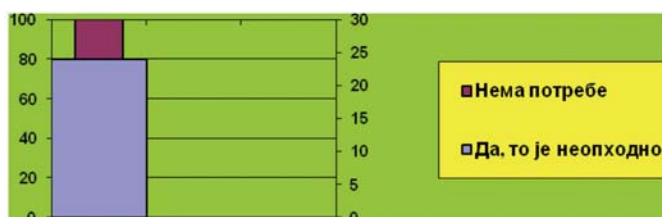


Анализом података добијених из теста знања можемо закључити да је 87% сестара одговорило тачно и да је упућено у све мере спречавања инфекције, док њих 13% је делимично с тим упознато.

Тврдња:	Тачно	Нетачно
а) Имуносупресивна терапија не делује на имуни систем	0	15
б) Примаоци органа су у високоризичној групи за све врсте инфекција	15	0
в) Праћење болесника се врши доживотно	15	0

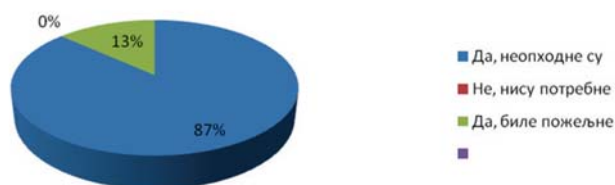
Анализом добијених резултата можемо закључити да су сви испитаници упознати са дејством имуносупресивне терапије и праћењем тих пацијената.

5. Да ли су по вашем мишљењу потребни стално усавршавање и додатна едукација за посао који обављате?



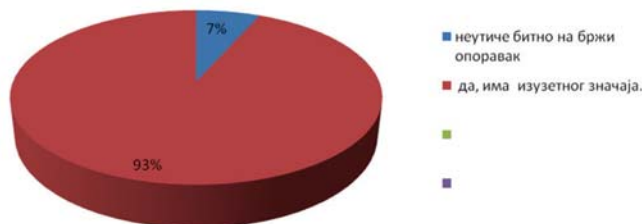
Анализом мишљења медицинских сестара о потреби учења и усавршавања добија се равномерна дистрибуција, јер већина сестара, њих 80% се слаже да је едукација неопходна због сталних новина у медицини, док њих 20% сматра да је довољна повремениа едукација.

6. Да ли сматрате да су због специфичности здравствене неге трансплантираних пацијената потребне писане процедуре?



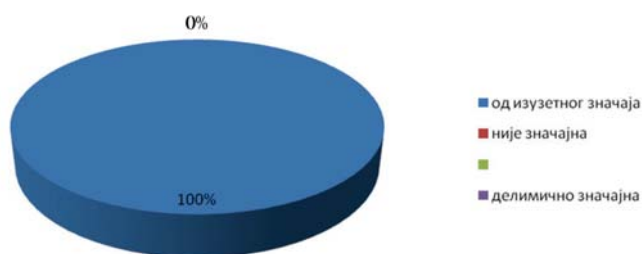
О потреби писаних процедура њих 87% изјаснило се да постоји потреба за њима, док 13% њих сматра да би биле пожељне, али не и неопходне.

7. Да ли сматрате да здравствена нега има утицај на спречавање постоперативних компликација?



Анализом резултата добијамо уравнотежено мишљење, где сви испитаници сматрају да здравствена нега утиче на спречавање постоперативних компликација, при том да 53% њих каже како битно утиче на бржи опоравак, а 47% да је од изузетног значаја.

8. Од каквог је значаја комуникација ради информисања пацијената након трансплантације?



Сви испитаници су сагласни да је комуникација од изузетног значаја за информисање пацијената.

4. ЗАКЉУЧАК

Резултати које смо добили истраживањем нису релевантни због малог узорка испитаника, али нам може дати добре смернице како бисмо дошли до реалних резултата, који су од великог значаја за медицинске сестре и представљају смерницу у њиховом даљем раду и активностима. На основу спроведеног истраживања могу се извести следећи резултати:

ЗАКЉУЧЦИ АНАЛИЗЕ ТЕСТА ЗНАЊА ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРЕ

- Од укупно 15 медицинских сестара, 94% је дало тачне одговоре на постављена питања, па се може закључити да је ниво знања медицинских сестара на завидном нивоу.
- Свакако не треба заборавити оних 6% за које се може рећи да немају довољан ниво знања. Међутим, не смемо заборавити да увек може боље, да је учење и стицање знања процес који траје читавог живота и без кога медицинске сестре не могу стручно и професионално обављати свој посао.

ЗАКЉУЧЦИ ДОБИЈЕНИ АНАЛИЗОМ РЕЗУЛТАТА АНКЕТЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ

- Дистрибуција по животnoj доби указује на то да је 33% медицинских сестара – техничара старости 20–30 година, када су највише мотивисани за рад и стицање нових знања, а 47% их је старости између 30 и 40 година, када су способни да пружају свој максимум у раду, док је 20% запослених старије од 40 година.
- Од медицинске сестара – техничара што спроводе здравствену негу трансплантираних пацијената њих 33% имају између 5 и 10 година радног стажа и исто толико њих са по 5 година стажа, а 27% њих до 20 година стажа и 7% стаж дужи од 20 година.
- Наши резултати указују на то да 87% медицинских сестара – техничара који су укључени у негу трансплантираних пацијената има завршену високу или вишу школу, док је 13% њих са средњом школом.
- Охрабрује чињеница да сви испитаници сматрају како су за тај посао потребни високо образовање и додатна едукација.
- Највећи број медицинских сестара – техничара додатно је едукован за негу трансплантираних болесника. Најчешће су их едуковале искусније колегинице.
- Већина запослених, њих 87%, сматра да су неопходне писане процедуре због специфичности здравствене неге, ради постизања што бољег квалитета неге, док 13% мисли да су пожељне, али не и неопходне.
- Здравствени радници сматрају да здравствена нега има велики утицај на спречавање постоперативних компликација.
- Сви запослени се слажу да је комуникација изузетно значајна ради информисања болесника о начину живота пре и након операције. Мишљења су подељена у погледу нивоа информисаности пацијената: њих 93% сматра да су пацијенти у том погледу добро информисани, док их 7% сматра да нису довољно информисани.
- Здравствено-васпитни рад с пацијентима спроводе сви медицински техничари.

5. ПРЕДЛОГ МЕРА

На основу добијених резултата истраживања, неопходно је предузети следеће мере:

- Указати медицинским сестрама – техничарима на значај високог образовања, мотивисати их и омогућити им да наставе даље образовање и усавршавање.
- Спровести континуирану едукацију у виду предавања, семинара и конгреса
- Мотивисати медицинске сестре да својим активним учешћем и писањем радова афирмишу себе и допринесу даљем развоју сестринства.
- Омогућити медицинским сестрама додатну едукацију о нези трансплантираних пацијената, те увид у нова достигнућа из те области.
- Повезати медицинске сестре – техничаре с колегама из других центара због размене искустава у вези с негом трансплантираних пацијената.
- Неопходно је промовисати тимски рад здравствених радника различитих профила ради побољшања квалитета здравствене неге.
- Мотивисати медицинске сестре да спроводе здравствено-васпитни рад приликом сваког контакта с пацијентом
- Давати пацијентима разумљиве информације и редовно проверавати ниво информисаности и знања болесника о начину живота и, према потреби, поновити едукацију
- Обезбедити подесан писани материјал за пацијенте о начину живота након трансплантације срца.
- Указати медицинским сестрама на значај негована добре комуникације са болесником и његовом породицом ради подизања нивоа информисаности и степена превенције компликација.
- Неопходно је да медицинске сестре перманентно стичу нова знања, а сусрет с новим захтевима професије треба да им буде мотив и императив у даљем стручном усавршавању. Не треба заборавити да само стручна и едукована медицинска сестра може правилно да одговори на све захтеве професије, а код себе створи осећај компетентности, стручне и социјалне самопоузданости. Не треба заборавити да велики део задовољства црпемо управо из професије којом се бавимо.

Литература

1. Стевовић, В. и сарадници: *Хирургија за студенте и лекаре, Савремена администрација*, Београд, 2000. година.
2. Самарџић, Ј., Ловрић, Д., Миличић, Д.: *Трансплантација срца – индикације, контраиндикације и дугорочно лијечење трансплантираних болесника*, <http://www.MEDIX.com.hr>, Година XVII, бр. 92/93, март/април 2011.(11-03-2014)
3. Ристић, М., Несторовић Е., Кочица М., Путнок, С., Цветковић, Д., Милић, Н.: *Трансплантација срца*, *Acta clinica*, вол. 13, бр. 3, стр. 21-30, децембар 2013. година.
4. Ћорић, В. и сарадници: *Трансплантација торакалних органа*, Синопис, Загреб–Сарајево, 2009. година.
5. Потурић, М., Фригановић, А.: *Сестринска скрб за болеснике након трансплантације срца*, <http://www.shock.hdm-sarist.hr/>, Година I, бр. 1, јул 2007. (11-03-2014)
6. Пишкор, С., Јурак, Х., Турковић, А.: *Здравствена нега болесника у припреми за трансплантацију срца*, <http://www.sem.com.hr/>, Година I, бр. 2, мај 2004. година.



Удружење медицинских сестара и техничара
Клиничког центра Србије „СЕСТРИНСТВО“



Организује
СИМПОЗИЈУМ СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ
ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ОРГАНА
И ЊЕН ЗНАЧАЈ

20–23. септембар 2017. године

Дивчибаре, хотел „Нарцис“



ПОКРОВИТЕЉ:



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА