



SESTRINСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 14 • Број 52 • Београд, јул-септембар 2017. • YU ISSN 1451-7590



НАЦИОНАЛНИ СИМПОЗИЈУМ
са међународним учешћем
**ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ОРГАНА
И ЊЕН ЗНАЧАЈ**
20–23. септембар 2017. године
Дивчибаре, хотел „Нарцис“



JOINT MD REPAIR GEL TRIPLE ACTION



- Pomaže kod bolova izazvanim **artritisom**
- Deluje na **sve zglobove**, umanjuje bol i ukočenost i povećava pokretljivost
- Zbog svog kompleksnog sastava pomaže i kod **ligamenata i mišića**
- Deluje direktno na bol sa **trostrukim efektom**: brzo, jako, i dugotrajno
- Prvi i jedini topikalni gel koji u svom sastavu sadrži: **Kapsaicin, Hondroitin, Hijaluronsku kiselinu, Đumbir, Kurkumu, Kamfor, Ruzmarin i Mentol**
- Dejstvo **10 - 12 sati**
- Proizveden po najvišim svetskim farmaceutskim standardima
- **USKORO** dostupan u svim bolje snabdevenim apotekama.

NOVO!

super Collagen+C™

NEOCELL
the true science of collagen

Type 1&3

KAKO SE REŠITI CELULITA I BORA JEDNIM UDARCEM?

Super kolagenska tableta, Vaš problem spolja rešava iznutra, snagom **19 aminokiselina** i **vitamina C**

DA LI STE ZNALI ?

Kolagen je osnovni protein ljudskog organizma
Kolagen u proseku čini:



Jedini **NAUČNO UTEMELJENI** hidrolizovani kolagen tip I i III u **NAJVEĆOJ KONCENTRACIJI** na tržištu

POVOLJNO DELUJE NA:



Elastičnost kože i prevenira starenje kože



Ojačavanje i rast kose



Zdravlje kostiju



Jačinu i rast noktiju



Pokretljivost i zdravlje zglobova



Oporavak nakon napornih sportskih aktivnosti

USKORO dostupan u svim Vašim lokalnim bolje snabdevenim apotekama: **Super Collagen Beauty**

- IDEALAN BORAC PROTIV BORA, CELULITA I STRIJA
- ZA JAKE NOKTE I GUSTU KOSU
- PROBLEM SPOLJA SE MOŽE REŠITI JEDINO IZNUTRA
- KLINIČKI PROVERENI SASTOJCI SA MAKSIMALNOM APSORBCIJOM
- SAMO JEDNA TABLETA DNEVNO! • PAKOVANJE ZA DVA MESECA!



**BEST SELLER
U AMERICI**



PRVI REZULTATI
VEĆ NAKON
21
DAN

**USKORO
NOVO!**

HIT

AMERIČKOG
JET SETA

ALEKSANDAR MN

Preko 100.000 zadovoljnih korisnika u Srbiji su najbolja potvrda kvaliteta - Br1 TABLETA ZA LEPTU U USA!

СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Број 52, јул-септембар 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“
Марија Галић

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-новинар
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 1000 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 52. (јул – септембар 2017).
– Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“.
Излази тромесечно.

Поштоване колегинице, колеге, сарадници,
Добродошли на

НАЦИОНАЛНИ СИМПОЗИЈУМ ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ОРГАНА И ЊЕН ЗНАЧАЈ

И СТАНДАРДИЗОВАНЕ СПЕЦИФИЧНЕ СЕСТРИНСКЕ ПРОЦЕДУРЕ КОД ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ ОРГАНА

са жељом да овај симпозијум донесе резултате и конкретне задатке за наредни период.

Један од наших најважнијих задатака је почетак сачињавања Стандардизованих сестринских процедура. Са мање или више успеха многи су радили на том задатку. Искористимо све што је до сада урађено, објединимо постигнуто и заједно са струковним удружењима и Комором одредимо рокове и дефинишимо сваку процедуру у свим гранама медицине. Да се коначно усвоје и озваниче стандарди одређеног образовног нивоа – сестара Србије.

Организациони одбор Симпозијума



У ОВОМ БРОЈУ



Разговор са Александром
Раденовићем о сестринству у
региону и посебно у Немачкој

**И ВИСОКИ СТАНДАРД
И ПРОМЕНЕ**

6



Анђелка Котевић
**ЊЕНА „ХАЛО БЕБА“
ДАЛЕКО СЕ ЧУЈЕ**

10

СТРУЧНИ РАДОВИ 14-26

Новогодишњи поклон читаоцима
СТОНИ КАЛЕНДАР ЗА 2018. ГОДИНУ

СЕСТРИНСТВО-NURSING Информативно-стручни часопис УМСТ КЦС „Сестринство“
Informative Journal UMST CCS „Sestrinstvo“

| ЈАНУАР / JANUARY | | ФЕБРУАР / FEBRUARY | | МАРТ / MARCH | |
|-------------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| П/М 1 8 15 22 29 | П/М 5 12 19 26 | П/М 5 12 19 26 | П/М 5 12 19 26 | П/М 5 12 19 26 | П/М 5 12 19 26 |
| У/Т 2 9 16 23 30 | У/Т 6 13 20 27 | У/Т 6 13 20 27 | У/Т 6 13 20 27 | У/Т 6 13 20 27 | У/Т 6 13 20 27 |
| С/В 3 10 17 24 31 | С/В 7 14 21 28 | С/В 7 14 21 28 | С/В 7 14 21 28 | С/В 7 14 21 28 | С/В 7 14 21 28 |
| Ч/Т 4 11 18 25 | Ч/Т 1 8 15 22 | Ч/Т 1 8 15 22 | Ч/Т 1 8 15 22 | Ч/Т 1 8 15 22 | Ч/Т 1 8 15 22 |
| П/Ф 5 12 19 26 | П/Ф 2 9 16 23 | П/Ф 2 9 16 23 | П/Ф 2 9 16 23 | П/Ф 2 9 16 23 | П/Ф 2 9 16 23 |
| С/С 6 13 20 27 | С/С 3 10 17 24 | С/С 3 10 17 24 | С/С 3 10 17 24 | С/С 3 10 17 24 | С/С 3 10 17 24 |
| Н/С 7 14 21 28 | Н/С 4 11 18 25 | Н/С 4 11 18 25 | Н/С 4 11 18 25 | Н/С 4 11 18 25 | Н/С 4 11 18 25 |

| АПРИЛ / APRIL | | МАЈ / MAY | | ЈУН / JUNE | |
|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| П/М 2 9 16 23 | П/М 7 14 21 28 | П/М 4 11 18 25 | П/М 4 11 18 25 | П/М 4 11 18 25 | П/М 4 11 18 25 |
| У/Т 3 10 17 24 | У/Т 1 8 15 22 29 | У/Т 5 12 19 26 | У/Т 5 12 19 26 | У/Т 5 12 19 26 | У/Т 5 12 19 26 |
| С/В 4 11 18 25 | С/В 2 9 16 23 30 | С/В 6 13 20 27 | С/В 6 13 20 27 | С/В 6 13 20 27 | С/В 6 13 20 27 |
| Ч/Т 5 12 19 26 | Ч/Т 3 10 17 24 31 | Ч/Т 7 14 21 28 | Ч/Т 7 14 21 28 | Ч/Т 7 14 21 28 | Ч/Т 7 14 21 28 |
| П/Ф 6 13 20 27 | П/Ф 4 11 18 25 | П/Ф 1 8 15 22 29 | П/Ф 1 8 15 22 29 | П/Ф 1 8 15 22 29 | П/Ф 1 8 15 22 29 |
| С/С 7 14 21 28 | С/С 5 12 19 26 | С/С 2 9 16 23 30 | С/С 2 9 16 23 30 | С/С 2 9 16 23 30 | С/С 2 9 16 23 30 |
| Н/С 1 8 15 22 29 | Н/С 6 13 20 27 | Н/С 3 10 17 24 | Н/С 3 10 17 24 | Н/С 3 10 17 24 | Н/С 3 10 17 24 |

Клинички центар Србије, Пастерова 2, Београд
Clinical Center of Serbia, Pasteurova 2, Beograd
Тел/Фон: 011/366-30-31, 26-43-025, Факс/Фак: 011/3615-805
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com, umstkcs.sestrinstvo@open.telekom.rs

Срећна Нова година и божићни празници
Merry Christmas and Happy New Year

Удружење медицинских сестара-техничара Клиничког центра Србије „СЕСТРИНСТВО“
Association of Medical Nurses-Technicians Clinical Center of Serbia „SESTRINSTVO“

2018

УДРУЖЕЊЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА – ТЕХНИЧАРА КЛИНИЧКОГ ЦЕНТРА СРБИЈЕ „СЕСТРИНСТВО“



ПЛАН СТРУЧНИХ САСТАНАКА У ЗЕМЉИ И ИНОСТРАНСТВУ



СТУДИЈСКА ПУТОВАЊА

Берлин–Немачка

24–27. мај 2018. године

- Курсеви, стручни састанци по већ утврђеном календару у КЦС, Београду и другим градовима Републике Србије

УДРУЖЕЊЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА – ТЕХНИЧАРА И БАБИЦА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

СИМПОЗИЈУМИ

- XVII симпозијум УМСТБС, 9–13. мај. 2018. године, Врњачка Бања
- Симпозијум главних сестара, бабица, сестара и бабица из праксе и професора здравствене неге, 28. новембар – 2. децембар 2018. године, Тара, Хотел „Оморика“



УДРУЖЕЊЕ КАРДИОЛОШКИХ СЕСТАРА СРБИЈЕ

- IV конгрес кардиолошких сестара, почетак јуна, Београд



- 13th WFCCN Congress 10th, UINARS Congress, Sava Centar, Belgrade, Serbia, OCTOBER, 28-28th 2018
- 45th Global Nursing & Healthcare Conference
March 01-03, 2018 London, UK
Theme: Exploring latest innovations in Nursing and Health care
- 20th Global Nursing Education Conference
March 22-24, 2018 New York, USA
Theme: Current Challenges and Innovations in Nursing Education
- 16th Biennial Congress of Asian Association of Endocrine Surgeons, 08-10.mart 2018.god. New Delhi, India
- 6th Annual Congress & Medicare Expo on **Primary Healthcare**
May 14-16, 2018 Osaka, Japan
- 25th Biennial International Congress on Trombosis, 23-25.maj 2018.godine, Venice, Italy.
- 20th European Congress of Endocrinology, 19-20.maj 2018.god, Barcelona, Spain

- JUNE 20-23 | NICE - FRANCE
- WORLD CONGRESS
- ON CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGY & CARDIAC TECHNIQUES
- 7th World Congress on

Breast Cancer

July 16-17, 2018 Melbourne, Australia
Theme: • Delving into the advances in breast cancer research

- 21st World Nursing Education Conference
July 16-18, 2018 Melbourne, Australia
- 47th World Congress on **Nursing & Health Care**
August 6-8, 2018 Osaka, Japan
- 13th European Congress on Epileptology,
26-30.avgust 2018.god.Vienna,Austria
- ICNIT 2018: 20th International Conference on Nursing Informatics and Technology,
27 - 28,avgust 2018 Paris, France



- EUROPEAN CANCER SUMMIT, 7-9.septembar 2018.god,Vienna,Austrija



SEORNA, the Swedish Operating Room Nurses Association, is proud to be hosting the 5th NORNA congress. We would like to invite you to come to Stockholm 29 – 30.november 2018.



ICN 2021 – светски конгрес сестара СИНГАПУР

(припремајте се на време)

Разговор са Александром Раденовићем о сестринству у региону и посебно у Немачкој И ВИСОКИ СТАНДАРД И ПРОМЕНЕ

Александр Раденовић рођен је 1979. године у Зеници, Босна и Херцеговина, одакле се након ратних збивања, преселио у Хрватску. Средњу медицинску школу и трогодишње студије сестринства на Здравственом велеучилишту завршио је у Загребу као редовни студент, уз рад.

Професионалну каријеру медицинског техничара започео је у Установи за хитну медицинску помоћ у Загребу, где је убрзо са теренско-амбулантног одељења наставио каријеру као медицински техничар у Наставном средишту загребачке хитне помоћи. Као члан тима радио је на едукацији и континуираном усавршавању колегица и колега из ургентне медицине и хитне медицинске помоћи.

Поред рада у хитној служби, убрзо је пронашао свој ужи професионални интерес у сестринској информатици, те је као пионир те нове специјалности у целој регији активно радио на промоцији сестринске информатике. Основао је Хрватску удругу информатике у сестринству (ХУИС). Као представник те земље учествовао је у раду међународних и европских организација за сестринску информатику.

Иницира и покреће Сестрински едукацијски магазин (СЕМ), први онлајн часопис за медицинске сестре на просторима бивше Југославије. Пун енергије, креативан и спреман за промене, активно ради на унапређивању сестринства као самосталне професије радећи у Хрватској комори медицинских сестара (ХНСС) и Хрватском националном савезу сестринства (ХНСС).

Александр је досегао висока звања у сестринству: RN, BSN, BscGKP, NIS, FINHA, bacc.med.techn.

Године 2005. имала сам задовољство да упознам Александра. Висок, снажан, шармантан млади господин ненаметљиво је остваривао контакте са колегама и колегицама на 5th European Conference of ACENDIO на Бледу. Био нам је десна рука у контакту са колегицом Мајорју Гордон (1911–2015). Гордонова је била институција, моћна фигура у области модерног сестринства, а ми смо се усудиле да јој покажемо документацију по којој су радиле сестре Клинике за неурологију Клиничког центра Србије. Колегица Рапајић и ја имале смо трему. Александр је спретно и лако успоставио везу и разговор је могао да траје данима... Остала сам у вези с њим и повремено смо размењивали информације. Он данас живи и ради у Немачкој као и многи млади из региона, па и из Србије. Довољно разлога и повода за разговор о сестринству у регији и Немачкој.

Суочавање са изазовима, посебно у Немачкој

Иако је имао успешну професионалну каријеру, заједно са сестром близнакињом Исидором, медицинском сестром са



завршеном средњом медицинском школом, одлучује се за нови почетак у Немачкој. Одлука није била лако донесена, али је била једина логична, првенствено због жеље за новим искуством и бољим могућностима за професионално напредовање, али и финансијску сигурност. Пресељење је донело многе изазове: учење немачког језика, послови око нострификације диплома и, наравно, проналажење радног места какво му одговара.

Као и сваки почетак, ни овај није било једноставан. Међутим, знање, образовање и квалитет рада брзо су препознати и уважени. Прошле су три

године како сестра и он раде у стационару интензивне неге у Инголштату, граду који прати обале Дунава, седамдесетак километара од Минхена.

Посао укључује самостално обављање интензивне неге пацијената у стационару, амбулантним збрињавањем оболелих који захтевају интензивну негу применом модела стамбених стационара. То је нови модел чија је суштина пружање трајне, 24-сатне неге особама које имају трахеалну канилу и потребу за континуираним надзором и негом.

И Немачка пред променама у образовању сестара

Иако је Немачка постала обећана земља за све наше колеге са Балкана, и код њих се увелико ради на променама у сестринству. То се пре свега односи на усклађивање система образовања у здравственој нези. Наиме, до сада је било неколико облика образовања: за медицинске сестре – техничаре, педијатријске медицинске сестре – техничаре, али и за неговатеље старијих особа. Сва три смера су на нивоу стручне школе, и одговарају нашој средњој школи, али је тамо образовање започињало са 18 година живота. Не постоје академске студије, већ је студирање на нивоу бachelора. Ипак као дуално образовање постоји посебан облик смера за медицинске сестре и он је више усмерен на научноистраживачки део сестринства или менаџмент.

У плану је да се у блиској будућности сви облици образовања у здравственој нези стопе у један модел – образовање за медицинске сестре – техничаре са јединственим програмом. Наравно, промене не иду лако услед многих препрека, а најпре због финансијских разлога. Неопходна су обимна средства, с једне, а, с друге стране, све су веће потребе за радном снагом у систему здравства. У Немачкој има готово милион медицинских сестара – техничара. Предвиђања су да ће потребе за њима до 2030. године расти, да ће бити потребно још најмање 200.000 сестара – техничара,

понајвише због све већег старења популације и све веће потребе за негом као и у осталим европским земљама.

Досадашњи модели образовања, посебно за неговатеље старијих особа, нису захтевали формално образовање и вежбе у клиничким центрима и болницама. Након формирања јединственог система образовања то ће бити неопходно, што ће повећати трошкове образовања. С друге стране, јединствени модел образовања донеће и промене начина уписа и само остваривање образовног процеса. Да бисмо разумели осетљивост овог питања подсећамо да се у Немачкој већ од првог дана образовања склапа уговор о раду послодавца и ученика (ученик уз похађање наставе обавља посао код послодавца и за то добија плату: у првој години око 800 евра, у другој око 900, а у трећој око 1100 евра. С новим моделом образовања настаје проблем који ће највише погодити послодавце у области кућне неге, у старачким домовима и сличним институцијама које нису у саставу болничке здравствене заштите, јер ће знатан део времена ученици проводити у болницама, а не код послодавца. Још се воде жустре расправе око начина примене промена. Као и код свих промена, постоје отпори, али се Немачка дефинитивно определила за нови модел, који ће извесно донети виши квалитет сестринске неге.

Поред обједињавања свих модела образовања, Немачка је на самом почетку увођења система високог образовања у сестринству. Све већи број медицинских школа, у сарадњи са универзитетима, нуди дуални модел којим се може добити квалификација за медицинску сестру, а постоји и могућност добијања преддипломског нивоа (bachelor's degree). Овај модел је постао примамљив, јер омогућава прескакање одређених вертикалних искуствених година рада и полагања стручних курсева ради образовања за руководећа места или специјализације, нпр. за главну медицинску сестру, ментора... Тим дуалним моделом образовања од пет година полазници крећу у процес образовања за сестру са 18 година. Већ током друге године започињу и са истраживачким делом образовања као почетком студирања на високој образовној институцији, након треће године добијају квалификацију медицинске сестре, а након још две године, и факултетску диплому.

Сада су на прекретници та два модела могућности напредовања у хијерархији сестринства од обичне медицинске сестре (неговатељице старијих особа) до места одељењске или главне медицинске сестре неког одељења или целе установе.

Уз садашње све бројније факултете сестринства, и немачко сестринство треба да одабере свој пут. Ту опет долазимо то истог питања које смо имали и имамо и у нашим земљама. А то је питање средњих медицинских школа, високих школа, нових инстант решења од петогодишњих средњих медицинских школа, као што је то случај у Хрватској. У њој практично постоје два образовна програма за школовање медицинских сестара са истим нивоом професије, а образују се на различитим нивоима образовања: једно је средњошколско, а друго високо преддипломско (бачелор ниво). Ово је само још



један пример балканског парадокса и једноставности Немачке.

Занимљив је случај који је сада актуелан у Хрватској, каже Александар. Сестре из Хрватске, после средње школе, студирају уз рад на факултету у Босни и Херцеговини. После добијања диплома, Комора сестара Хрватске тражи проверу знања полагањем испита који се плаћа. Колегиницама са истим факултетом у Босни и Херцеговини аутоматски се признаје диплома. Ти босански факултети налазе се на листи прихваћених факултета за сестре у Немачкој, што није случај ни са једним факултетом из Хрватске. О чему је ту реч?

А ја се питам шта ће бити са нашом „баштом“ различитих средњих школа, високих школа, факултета, преквалификација... у државном и приватном власништву са акредитацијама или без њих... А ако томе додамо и одлив најбољих младих стручњака, стање се додатно компликује. Колико социјалних, финансијских, организационих и коначно људских (запослених у здравству и образовању, а и корисника услуга) ломова, проблема и потешкоћа је пред нама?

И без коморе контрола квалитета и континуирана едукација

И док се у земљама наше регије упорно заговарало и заговара неопходна потреба постојања коморе у сестринству као регулацијског тела с примарним циљем контроле и унапређивања рада у области сестринства, Немачка је идеалан пример да су и без коморе обезбеђени квалитет и контрола здравствене неге. Континуирано усавршавање и доживотно образовање доступно је свим колегиницама и колегама о трошку послодавца.

Квалитет и његова контрола обезбеђују се другачијим моделом надзора рада. Редовну и ванредну контролу обавља Медицинска служба здравственог осигурања (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung – MDK), независна организација која редовно и после пријаве, ненајављено проверава квалитет рада свих организација које пружају сестринску негу. Та институција контролише све видове рада и деловања у здравственим и социјалним установама, а обавља и систем вештачења потребне неге. Она оцењује установе и тако доприноси и развоју здраве конкуренције у систему здравствене заштите. Сам систем вештачења, контроле и оцењивања укључује комплетну контролу и ревизију свих елемената рада, од документације до интервјуа корисника, пацијената. Послове вештачења и контроле рада, обављају лекари, медицинске сестре и други здравствени радници који су за то посебно обучени. На тај начин се реално и током праксе обезбеђују захтевани ниво квалитета и контрола рада свих који брину о пацијентима.

Ради бољег разумевања стварности, треба рећи да у Немачкој постоји више фондова осигурања, а сви осигураници имају иста права у дефинисаном основном пакету осигурања. Разлика је у доплати за стоматолошку заштиту, ортопедска помагала и неке друге услуге. Постоји здрава конкуренција између осигуравајућих друштава, али су суштинске разлике мале.

Има покушаја дела сестринског staleжа у Немачкој који захтева оснивање Коморе медицинских сестара, али су њихови планови и жеље далеко од остварења због великог супротстављања самих сестара и техничара.

Модели рада у сестринству

Сестрински процес (Процес здравствене неге – ПЗН) није више тако актуелан као посебан део у раду. Он је укључен у документацију полустандардизованим плановима. Најчешће се користи модел Вирциније Хендерсон. Свака сестра има пацијенте које води – за које је одговорна и брине о сестринској документацији. Интервенције документује сестра, која их спроводи према плану. Дневни план рада с пацијентом и око њега доноси и организује надлежна сестра. Свака институција има своје стандарде, који су слични, али нису јединствени на нивоу покрајине, ни државе. Приликом утврђивања стандарда придржавају се смерница из школе, уз додатне измене и прилагођавања (у зависности од специфичности установе). У старачким домовима користи се посебан модел АЕДЛ, немачке ауторке Monike Krohwinkel.

Електронска документација постоји у већини установа, али не као стандардна за све, већ поједине здравствене установе примењују неко од постојећих решења која су доступна на тржишту. Не постоји јединствено решење, нити посебан облик само за сестринску документацију.

Где год пошао, наше је срео

Данас је немогуће доћи у било коју здравствену установу у Немачкој а да не сретнемо некога из наших



крајева. У последње време долазак је толико масован да се свакодневно неколико десетина колегиница и колега запошљава у установама широм Немачке. Можда ће се ускоро и примопредаје дужности у неким установама обављати на српском или хрватском језику. Потребне Немачке за квалитетним кадром расту, али и жеља наших медицинских сестара – техничара за боље плаћеним послом, уважавањем и достојанством на раду.

Наше сестре – медицински техничари са средњом медицинском школом прихваћени су с тим статусом након завршеног поступка нострификације дипломе. Док тај поступак траје, медицинске сестре раде као помоћни радници у нези. Сестра мора имати најмање три године непрекидног стажа у последњих пет година. Правила се незнатно разликују од покрајине до покрајине. У случају да медицинска сестра нема довољно стажа, има могућност да прође проверу знања путем неколико модела, од праксе до испита, или једну врсту усменог и практичног испита. Аутоматско признавање дипломе без додатних испита имају углавном кандидати са завршеном и средњом и високом школом и са вишегодишњим искуством. Они треба да донесу потврду о познавању немачког језика (Б2 ниво).

Живот „тамо преко“

„Трошкови живота разликују се од града до града. Што је град већи, трошкови живота су већи, понајвише издаци за становање. Цена хране и одеће на нивоу је оне у Хрватској, можда чак и нижа (све зависи од квалитета и врсте). Најчешће питање је да ли се може живети нормално. То се може. Али ако, као и већина нас, жели да уштеди и помогне себи и својима код куће, мора се пазити на трошкове. Међутим, несумњиво је да се од плате у Немачкој може нормално живети“, каже Александар. Куда нас то води, шта чинити.

Нажалост, одлазак сестара из земаља наше регије све више поприма облик епидемије, што ће оставити последице на системе здравства у тим земљама. Све је већи број искусних и професионалних сестара – техничара који се из Србије исељавају и долазе у Немачку. Да ли ико размишља о томе ко ће остати и пружати негу нашим грађанима? А квалитет, шта је то?

Србија, као и све земље региона, треба да разговарају о дугорочним последицама недовољног уважавања стручног кадра и њиховог масовног одласка у земље Западне Европе. Поред потребе поштовањем и већом финансијском сигурности у земљама регије, треба пронаћи начин и да се омогући додатни рад колегицима и колегама у иностранству помоћу модела додатног посла. Он би им омогућио да без исељавања за рад од неколико дана у установи у Немачкој зараде додатна средства. Примера ради, може се за три дана у сменама по 12 сати зарадити 450 евра тзв. малим послом (немачки Nebenjob). Иако то можда звучи као немогућа мисија, а за Србију представља посебан изазов, јер још није чланица ЕУ, крајње је време да се почне припремати и за такав модел, јер ће у супротном Србија остати без стручног

и квалитетног кадра. Да је могућ такав модел, најбоље говоре искуства из Хрватске, која је чланица ЕУ, где одређени број сестара користи ту могућност, уз свој стални посао у Хрватској.

Колега Раденовић сматра да су миграције радника пожељне за развој свих земаља, али се мора размислити о свим последицама оваквог одлива здравствених радника из Србије и земаља региона. Неопходна је државна политика која ће дефинисати мере заштите интереса народа у здравству и регулисати сестринску професију у земљи. Положај и улога медицинских сестара тражи виши ниво респекта заједнице према медицинским сестрама као окоснице сваког система здравства!

Разговарала
Милијана Матијевић

МИ И МЕДИЈИ

WE AND THE MEDIA

ПОЛИТИКА, 18. 8. 2017. ГОДИНА

Наша Верица Ђорлука увек је била посвећена професији и гајила огромну љубав према њој, што чини и сада. Прати све што се тиче професије, пише, коментарише и шаље примедбе тамо где треба да стигну данас када то недовољно чине они којих се то највише тиче.

МЕЂУ НАМА

Редакција задржава право на скраћење и опрему свих објављених прилога. Рукописи се не враћају. Текстове шаљите на адресу: ПОЛИТИКА (Међу нама) Трг Политика 1 11103 Београд или електронским путем на адресу: medjunama@politika.rs

Видљиво трошење и невидљиво арчење новца из буџета

Требало ми је више дана да се повратим од шока који сам доживела када сам сазнала да адвокати по службеној дужности наплаћују хонорар од 15.750 динара чак и за један минут суђења. А онда, по мени, апсурд: ако „уђу“ и у други сат суђења, држава ће им исплатити дупло више – 31.500 динара. („Политика“, 5. август 2017). И тако једни могу за свега два сата да добију од државе онолико пара колико та иста држава другима исплати заслужену плату (или не исплати) за месец дана.

У уторак у „Политици“ опет расправа и полемика око нове минималне цене радног сата у Србији (која сада износи 130 динара). Као и увек, добијамо различите предлоге Социјално-економског савета, Уније послодавца и синдиката. Озбиљност њиховог рада се своди на предлагање нових решења и очекивања, разне анкете (у зависности да ли се узима у обзир просечна нето зарада или просечна потрошачка корпа), расправљање за растење плаћања измишљених такса, поштривање казнене политике итд. Све је ово већ виђено, али напретка и промена ка уређеном систему нема.

Погледала сам садржај предложеног закона о систему плата запослених у јавном сектору. Основица плате и утврђивање коефицијента (којима се изражава вредност свих захтева за обављање послова радног места), нигде не разграничавају (у смислу: од нижег до следећег вишег нивоа стручне оспособљености), нити јасно вреднују остварено образова-

ње запосленог лица (ниже, средње, више, високо). У сачињеним каталозима радних места може се сазнати које звање, положај и функцију запослено лице конкретно заузима, ако се стручно и образовно усавршило. У здравству су се још од 2015. трудили да кроз платне групе и платне разреде искажу сложеност, одговорност, врсту посла, аутономију у раду, пословну комуникацију и нарочито ризичне услове рада. За сада, најдеталније и најбоље су то урадили за запослене лекаре, јер то им и одговара. Предлог су сачиниле и медицинске сестре удружења Клиничког центра Србије, али повратну информацију до данас нису добиле. Многе медицинске сестре, без обзира на остварени ниво вишег и високог образовања, и даље раде и примају плату сестре са средњом стручном спремом. Зато не треба да се чудимо што у све већем броју одлучују да напусте Србију. Без аналитичке процене рада, праћења и евидентирања свих остварених (медицинских и немедицинских) активности, вредновања услуга (не само лекара) у стручном и радном тиму, не може бити говора о награђивању свих актера према оствареном квалитету. Оног тренутка кад се дефинитивно усагласе образовне и здравствене институције, а стручни кадар школује и оспособљава првенствено за потребе нашег здравства и наше популације, можемо говорити да смо на правом путу.

Толико о напретку ка уређеном систему рада.

Верица Ђорлука,
медицинска сестра у пензији
и дипломирани инжењер
организације рада

Анђелка Котевић

ЊЕНА „ХАЛО БЕБА“ ДАЛЕКО СЕ ЧУЈЕ

Бак пешак, падобранац, студент, активиста Црвеног крста, аутор више књига, патронажна сестра са великим С, творац телефонског саветовалишта „Хало беба“, медијски глас професије – само су фрагменти богате и свестране каријере сестре у пензији Анђелке Котевић.

Анђелка Котевић рођена је 1948. године у селу Какмуж, у општини Петрово, Република Српска. Мајка Јелена Милићевић и отац Чедомир Панић венчали су се одмах после рата. У породици Панића сви мушкарци су били у партизанима. Чедомир је био најмлађи, првоборац, бомбаш са 14 година. Радио је у књижари, а мајка је била домаћица. Био је тешко болестан, последица учешћа у рату. Преминуо је у 21. години. Анђелка је имала само шест месеци.



вљала трагове у снегу који је нападао током ноћи. Није јој било тешко. У возу су се стицале и савладавале различите вештине: прескакање из купеа у купе, искакање из воза у покрету и ускакање у њега када крене. Уживала је у несташлукима и младости. Од крупне бебе израсла је у стаситу девојку, која је то поносно и с лакоћом носила, а носи и данас. У њеној генерацији није било младића који би јој могао бити пар. На корзоу младићи су јој добацивали „Какво је време *горе*?“

Безбрижно детињство уз бака Митру

Девојчица је расла код баке Митре са тетком и братом од тетке. Осам година старији брат био је моћан заштитник, али и иницијатор многих марифетлука. Брзо је учила, сазревала и унапређивала чак и несташлуке. Када је напунила три године, мама се удала и одселила, а она остала да живи код баке, која је била темељ необичне породице, стамена, предузимљива и нежна. Уз њену сукњу и њене вредне руке упознавала је свет одраслих. Кажу да Анђа личи на њу. Несташна девојчица имала је и „бемиситерку“. Била је то девојка Цвијета, ратно сироче, о којој се бака бринула, а она је бринула о бакином анђелу – нашој Анђелки.

Имали су воћњак кога се Анђа сећа са посебним емоцијама. Сакупљање шљива била је велика моба, уз много берача, песму, шалу и смех.

У основној школи била је одлична ученица. У 7. и 8. разреду путовала је осам километара до школе, у суседно село. То је својеврсна авантура! Клизање – хокеј на леду у залеђеној бари, крађе младог кукуруза и воћа и купање у Спречи, притоци Босне, која је умела да набуја ...

Дружење, математика и плаветнило висина

Друштво из основне школе довело ју је у средњу медицинску школу у Тузли. У првом разреду наставник математике предлагао јој је да пређе у грађевинску школу, јер је штета да добар математичар иде у медицинску. Тек је упознала нове другаре. Зграда школе је на скверу, где се све догађа. У вечерњим сагима ту је и корзо. Не, уз толико „добрих“ разлога остала је у медицинској школи.

Ујутру је устајала рано да стигне на воз у 5 сати. До школе је путовала возом 40 километара. Прва је оста-

После завршетка трећег разреда, отишла је на логоровање на тузлански аеродром. Уписала се на курс за падобранце. Била је једино женско. Дружење с братом припремило ју је за такмичење са дечацима. Истраживала је своје границе. Са логоровања се вратила као са бојног поља: огреботине и модрице по целом телу. Свеједно, уживала је у плаветнилу неба, показала је да може да лети, да се не плаши непознатог и да воли висине.

Београд испред Беча захваљујући директорки школе

Завршивши средњу школу маштала је о студијама стоматологије. Стицај околности, лета 1967. године и сусрет са рођаком Десом Панић (удато Ракић) одвели су је на пријемни испит у Вишу медицинску школу. Уписала се на превентивни смер, као пета на листи, без припреме за пријемни, у познатој Симиној 21. при Црвеном крсту. Била је добар студент. Но живот је није мазио. Београд и Анђелка нису се разумели приликом првог сусрета. Зимски распуст провела је на селу. Спремала се да напусти школу и да се са целом својом генерацијом, у потрази за бољим животом, исели у Беч. Чувена Маринка Раслапчевић, директорка Више школе, послала јој је телеграм у коме је пита да ли је све у реду, да није болесна, када се враћа, да ли јој треба помоћ... *Оваква брига о мени и за мене била је благородна и потребна, те нисам могла да одбијем*, каже Анђелка. Вратила се. Београд и Анђа тада изградиле нераскидиву и раскошну везу. Тешко је рећи ко је коме више давао. Несебично и заувек!

Њеној генерацији припало је да у много чему буде прва: прва која је после средње школе полагала матуру, прва која је полагала пријемни испит за упис у вишу школу, прва која је плаћала школарину за редовно школовање, прва која се запошљавала као приправник,



Анђелка са Љубицом, најбољом другарицом из средње школе

прва која је полагала приправнички испит да би се за послала на неодређено време.

Поред редовних активности у школи, била је активиста у Црвеном крсту и студенском покрету и учесник студентских дешавања познате 68. године. Желела је промене, хтела је да буде боље за све. Веровала је да су промене могуће ако то стварно желе и ако то искрено раде. И успели су: најпре да се укине школарина за редовне студенте у Вишој медицинској школи. Иницијатор и вођа била је Анђелка. Њена енергија и потреба за радом на свим фронтима биле су заразне. Преносила је то на ближње, с лакоћом. Са потпуно непознатим људима лако је водила разговор, а они су јој веровали и следили је. Давала је свој максимум, увек, без резерве, не штедећи се.

Радо се сећа и дружења на Вишој школи. *Посебно место има моја Милена (проф. Тијанић). Успомене које ме вежу за њу моји су бисери које често пребирам као бројаницу, а мудрости које ми је даривала биле су касније прави путокази и обележили су мој живот, казује Анђелка.*

Путеви креативности на послу и у приватном животу

Није имала предрасуда у погледу посла. Радилa је на вакцинисању становништва у Бањалуци, после земљотреса у октобру 1969. године, у организацији Црвеног крста. У децембру је продавала честитке у Кнез Михаиловој улици. Добила је понуду да ради у Југословенском црвеном крсту и иде у Бангладеш. Ту понуду је одбила, јер је обећала професору статистике Вукмановићу да ће бити главна сестра у Медицинском центру у Подгорици. Како се тај центар није отварао, прихватила је посао у Патронажној служби Дома здравља Нови Београд, 1970. године. Имала је срећу. Била је то једна од најбољих патронажних служби у граду. Путеви за Анђину креативност били су отворени.

Некако у то време упознала је Златка, саобраћајног техничара, бившег кошаркаша, младића који је обишао

свет, боема. Био је то животни изазов за њу. Он је препознао њен авантуристички, немирни, а топли дух. Гутала је његове приче и треперила као струна од нежности. Две енергије су се стопиле и љубав је озвучена. Заједнички живот обогатиле су две дивне девојчице: Бојана и Ивана. Њихово одрастање била је радост коју је пратила даровитост њихове мајке. Умела је да везе, штрика, шије. Њихова гардероба била је весела и маштовита, јер су у њу уткане мајчине љубав, игра и вештина. Анђелка је од њих учила шта значи волети оца. Она то врсту љубави није спознала. Али у њој је било љубави за све људе света.

Умела је да препозна и поштује различитост своје деце и да их усмерава на прави начин. Бојана ради као саобраћајни инжењер у приватној фирми у Београду, а Ивана је завршила молекуларну биологију и физиологију, докторирала на фармакологији и данас је директор у Издавачкој кући у Швајцарској (Director of Information Solutions, RELX Intellectual Properties SA), која ради на базама података за научнике. Ива води тим од 10 стручњака, углавном старијих од ње.

Сећам се кад сам била у средњој школи и када смо разговарали о томе шта значи бити мама, моје другарице су листом умеле да кажу то је све оно што има Иванина мама. Нас две се и даље ослањамо на маму и тражимо савете и помоћ. А мама каже да и даље учи, учи од нас и нашег начина решавања животних ситуација. Њена безрезервна подршка кључ је нашег успеха, прича Ивана. Удале су се и подариле им унучке, у којима су уживали: Сара има 9, а Филип 8 година. Дека их је напустио у мају 2015. године.



Анђелка на једном од предавања

Колегиница Котевић је у патронажној служби радила 28 година, последњих осам као руководилац. Завршила је трећу и четврту годину Дефектолошког факултета. Али, у својој суштини, остала је сестра са великим С. Сараднике је уважавала, подстицала да се образују и била пријатељ и друг. Доступна свакој особи и професионално и приватно. Тражила је од сарадника да раде најбоље што могу, јер ће само тако бити поштовани у породицама које посећују. У њеном друштву свако се осећа слободно и вољено. Позната је међу колегама и колегиницама као неко коме се увек могу обратити за савет, помоћ или само за разговор, јер уме да слуша. Њена способност да повезује сараднике, прихвата идеје и гради тимове који стреме врховима позната је у сестринству Србије.

Похађала је све облике едукације. На једној стручном скупу предавачи су били еминентни стручњаци – лекари из области превентиве, данас експерти на пољу јавног здравља: Љиља Сокал, Душица Матијевић, Весна Бјеговић и Предраг Јелача. Доктор Душица Матијевић препознала је Анђелкине енергију и потенцијал и убрзо јој упутила позив да пређе код њих у Социјалну службу Градског завода за здравствену заштиту, данас Градски завод за јавно здравље Београда. За Анђу није било тајни на пољу патронаже. Прихватила је нови професионални изазов. Њој изазова никад није било доста. Целим својим радозналим бићем ушета се, отворена срца и душе, са осмехом, у нови посао, 1999. године, када су нас бомбардовали, када смо пркосили целом свету, причали вицеове (никад више) и волели једни друге, на место координатора поливалентне патронаже Београда.

Професионални изазови и задовољство

Следи најзахтевније и најплодоносније време у њеном раду. Наставила је континуирано да се едукује у земљи и свету. Била је креатор многих семинара за здравствене професионалце: само за патронажне и педијатријске сестре Србије више од сто семинара, махом под покровитељством Уницефа и /или Министарства здравља Републике Србије. Одговорност и напоран рад целокупног тима био је велики. Задовољство учесника изражавано је највишим оценама, а резултати постајали видљиви и препознатљиви.

Памте се њене радионице. Водила их је неформално, са дозом хумора, успевала да подстакне расправу и надахне учеснике за налажење најбољих решења. Виртуоз на том пољу, подизала је самопоуздања сестара и налазила начина да их професионално изграђује. Градила је спознају о вредности сестринства и уздизала струковно достојанство.

Имала сам привилегију и задовољство да будем учесник на неким од тих семинара. Учили смо од ње. Крали смо њене „фазоне и форе“. Изграђивали ставове. Разумевали значај, обим и ширину деловања, увођење промена и неопходност сталног унапређивања знања у сестринству. Напредовали смо уз њу.



На једном од путовања

Уважавајући жеље учесника радионица и потребу свакодневне праксе, радила је на стандардизацији рада патронажних сестара. Један је од аутора књига: Водич добре праксе за рад поливалентне патронажне сестре у породици, Прве године живота вечно трају, Приручник за родитеље, Приручник за рад у заједници с родитељима деце са сметњама у развоју, ДВД – Интерактивни приручник за родитеље...

Рођена је Анђина телефонска „Хало беба“

Анђелка је идејни творац телефонског саветовалишта „Хало беба“. Реч је о саветовалишту за помоћ и подршку породицама с трудницама, породицама с новорођеним бебама и малом децом. Уз подршку руководиоца Градског завода за јавно здравље, идеја је претворена у пилот-пројекат „Телефоном до савета за здравље и неговано одојче“, захваљујући техничкој и логистичкој подршци Уницефа и сагласности Министарства здравља и заштите животне средине и подршци Скупштине града Београда. Уз квалитетну медијску промоцију „Беба“ је рођена 3. децембра 2001. године.

Градски завод за јавно здравље адаптирао једну просторију на петом спрату, опремио је намештајем и мини телефонском централом са три линије. Уселила се Анђа са колегиницама. И почело је! Пројекат је више пута модификован и продужаван, јер су резултати охрабривали. Било је много спотицања и устајања. Колико неразумевања, борбе, убеђивања, дописа, састанака, заступања, упорности, чувања снова и визије од недобронамерних и случајних непријатеља. Године истрајности. Не може се ни замислити! Превелик је био терет на Анђиним плећима. Срећа да је од бака Митре научила како се терет носи. Данас је то системска институција (од 2014) која даје правремене и корисне савете у области промоције, унапређивања и очувања здравља мајке и детета и подразумева се да постоји. Отворена су телефонска саветовалишта „Деца Србије“ у већим градовима (16). „Хало беба“ је 2009. од Светске здравствене организације проглашена за најбољи пример добре праксе на Балкану, а 2014. године и у Европи.

У телефонском саветовалишту сестре раде 24 часа, у три смене, свих 365 дана у години. Једна сестра ради једну смену недељно. То су одабране, водеће, искусне патронажне и педијатријске сестре, њих 36 (18



Анђелка са колегицом Данијелом Савић
на Данима посвећеним дојењу

са вишом школом, 12 са високом и 6 специјалистичкиња јавног здравља) из београдских домова здравља. На располагању су и консултанци: педијатри, гинеколози и дечји психијатри. Комуникација са породицима и домовима здравља је електронска. Рад сестара саветница прати компјутерски програм са интернет саветовалиштем и имејлом. Ту је и портал Халобеба, са разноврсним едукативним садржајем који је прилагођен потребама родитеља, разумљив и јасан. Направљена је и андроид апликација (HaloBeba) о здрављу и развоју деце са информацијама о развоју детета према узрасту и са неопходним саветима. Циљ ове јединствене и свеобухватне концепције рада је јачање капацитета породице и оснаживање родитеља.

На стотине хиљаде младих родитеља зна да је „Хало беба“ увек ту за њих и да ће од стрпљивих и љубазних сестара добити одговоре на свако питање, смирење и утеху у ситним ноћним сатима. Захвалност и коментари родитеља из Србије и окружења, али и из других земаља, широм света најлепша су музика за све који су учествовали у остваривању Анђелкине идеје. Идеја је постала део система здравствене заштите. Анђелкин сан је остварен. Поносна је и радосна. Пензионер. Ужива у плодовима свога рада. Још ради, не одмара се. Има још изазова који су пред њом.

Глас у медијима, струковним удружењима и телима Министарства здравља

Разумевање важности појављивања сестара у медијима кључно је за добијање подршке јавности за све активности у области сестринске неге. Анђелка Котевић

је већ више година најприсутнија сестра у штампаним и електронским медијима у Србији захваљујући свом раду на пољу здравља мајке и детета и промовисању сестринске професије у области педијатрије и патронаже. Плени својом појавом, нежношћу, топлином и осмехом који зрачи, уз спонтаност и самоувереност, те се њени наступи радо гледају и савети усвајају. Аутор је више од сто текстова у часописима који прате раст и развој детета. Била је чланица стручног савета часо-



Омиљене орхидеје



Звончица



Шара

писа „Мама“. У дневном листу „Информер“ имала редовну рубрику „Савети за родитеље“.

Била је активиста у професионалним удружењима. Извесно време водила је Секцију патронажних сестара при Савезу здравствених радника Србије. Била је члан Радне групе за здравствену негу при Министарству здравља Републике Србије и чланица Координационог тела. Чланица је више националних комисија при Министарству здравља Републике Србије у области јавног здравља. Национална је координаторка за едукацију телефонских саветовалишта „Деца Србије“.

Добитница је бројних награда и других признања. Истиче Награду за животно дело „Статуа Милена Тијанић“ из области сестринства. Портал за родитеље Бебац доделио јој је медаљу за помоћ и подршку родитељима. Часопис „Мама“ уврстио ју је међу 40 стручњака који су 2012. године највише помогли трудницама у Србији. У протекле четири године дневни лист „Блиц“ сврстава је међу 200 најутицајнијих жена Србије.

Шта сејеш то и жањеш

Да сам у младости имала свест о томе да је у животу све премијера, можда бих имала мање пропуштених прилика... Ко зна! Када се осврнем на свој живот, могла бих да кажем како сам ја једна срећна особа, задовољна, остварила сам неке своје снове, наде, жеље... Што сам старија, понављам некада гласно, а некада у себи неколико флоскула које бих могла да назовем и својом мантром: *Шта сејеш, то жањеш, Све што чиниш, чиниш себи, Срећа је у давању. Мислим да су ово моја обележја, моје лампице које блинкају... а прослеђујем их вама.*

М. Матијевић

Аница Јевремовић Кожурик,
Anti Aging Studio, Београд

УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРА У ПРЕСОТЕРАПИЈИ (ЛИМФНА ДРЕНАЖА)

Докторка Аница Јевремовић Кожурик дипломирала је на Медицинском факултету у Београду. Још као студенткињу посебно ју је занимала естетска медицина, што је и постало њено професионално опредељење.

Из области естетске медицине едуковала се на различитим семинарима широм света. Париз, Монако, Праг, Барселона, Лисабон, Љубљана, Венеција неки су од центара у којима је похађала едукацију различитих грана естетске медицине. У мају 2017. године постаје и сертификовани интернационални тренер ИПАР академије из области хемијских пилинга и мезотерапије.

Почетком 2012. године основала је Anti Aging Studio, један од водећих естетских центара у Београду, са циљем да стечено знање и професионалне контакте са водећим светским стручњацима и кућама примени за унапређивање естетске медицине у Србији.



Anica Jevremovic Kozurik,
Anti Aging Studio, Belgrade

THE ROLE OF THE NURSES - TECHNICIANS IN PRESOTERAPY (LIMF DRAINAGE)

Doctor Anica Jevremovic Kozurik graduated from the Faculty of Medicine in Belgrade. She was particularly interested in aesthetic medicine as a student, which became her professional determination.

In the field of aesthetic medicine she has been educated at various seminars around the world. Paris, Monaco, Prague, Barcelona, Lisbon, Ljubljana, Venice are some of the centers where they attended the education of various branches of aesthetic medicine. In May 2017, he became an internationally certified trainer of the IPAR Academy in the field of chemical peeling and mesotherapy.

ical peeling and mesotherapy.

At the beginning of 2012, she founded Anti Aging Studio, one of the leading aesthetic centers in Belgrade, with the aim of applying acquired knowledge and professional contacts with leading world experts and homes for the improvement of aesthetic medicine in Serbia.

Појава отока (едема) може бити условљена различитим узроцима. Када говоримо о особама без озбиљнијих здравствених проблема (срчана и бубрежна обољења, обољења штитасте жлезде, малигна обољења...), узрок настанка едема често лежи у лошој циркулацији, а пре свега у лошем функционисању лимфног система.

Оток дела тела, најчешће екстремитета, чији је узрок прекомерна акумулација течности (лимфе) назива се лимфедом. Лимфа је течност богата протеинима, али и другим великим молекулима, електролитима, бактеријама... Она се ствара у међућелијском простору унутар ткива, а у венски систем се враћа лимфотокком. Лимфотокком се у венски систем враћа око 10% течности из ткива, што на дневном нивоу износи 2-4 литра. Дизбаланс у функционисању лимфног система може довести до задржавања лимфе у ткиву и појаве лимфедема.

Лимфедом ствара осећај тежине и нелагодности, може представљати и естетски проблем, а у ретким случајевима може довести и до појаве малигнитета.

Узроци лимфедема могу бити различити. Ако се јављају без очигледног узрока, тада говоримо о приманом лимфедему. Он може настати у било ком животном добу и често је повезан са слабијим функционисањем крвотока, проширеним венама, појавом капилара. Задржавање лимфе у интерстицијуму додатно компримује лимфне и крвне судове, што доводи до још већег лимфедема. Оток смањује обим покрета у зглобовима, што се највише примећује на дисталним зглобовима. Вео-

ма често јављају се пацијенти који се жале на отоке шака и стопала. Свакој појави едема треба приступити озбиљно и спровести одређене дијагностичке методе како би се искључила евентуална обољења.

После постављања дијагнозе идиопатски лимфедом, велика је улога медицинских сестара у даљој едукацији пацијента и примени правилне терапије.

Пацијентима треба објаснити да такво стање изискује промену одређених животних навика као што су: увођење специфичног хигијенско-дијететског начина исхране, прописани унос воде и електролита, умерене физичке активности (најбоље пливања), избегавање дуготрајног стајања и вишечасовног седења, 6-8 сати сна, смањење прекомерне тежине, престанак пушења, избегавање боравка на високим температурама и ношење уске обуће и одеће. Све то допринеће успостављању хомеостазе организма, а самим тим и смањити тежњу ка задржавању течности.

Поред тога, како као редовну терапију тако и као терапију одржавања препоручити и спроводити различите врсте дренажних третмана: пресотерапија, мануелна лимфна дренажа као најсавршенији вид лимфне дренаже, различите хидромасаже... Пацијенте треба едуковати како би у кућним условима могли применити одређену врсту терапија: самомасажа, одређене вежбе, наизменичне топле и хладне купке...

Промена животног стила и примена оваквог терапијског режима успориће прогресију лимфедема и омогућити подизање квалитета живота на виши ниво.

Сања Јелић, КЦС, Клиника за пулмологију

Sanja Jelic, KCS, Pulmonology Clinic

УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЈА КОД БОЛЕСНИКА СА ХРОНИЧНОМ ОПСТРУКТИВНОМ БОЛЕСТИ ПЛУЋА

URINARY INCONTINENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Сања Јелић рођена је 1984. године у Панчеву и ту је завршила Средњу медицинску школу, а на Вишој медицинској школи у Земуну дипломирала је 2007. године. Од 2007. до 2010. године радила је у Средњој медицинској школи у Вршцу као наставник за предмете здравствене неге. Од 2010. године ради у Клиничком центру Србије, Клиника за пулмологију.

У октобру 2010. године дипломирала на Факултету за менаџмент, смер менаџмент у здравству. Сарадник је у настави у Високој здравственој школи струковних студија у Београду од 2010. године. Школске 2012/2013. године уписала се на Специјалистичке струковне студије на Медицинском факултету – струковна медицинска сестра специјалиста, у трајању од две године и у септембру 2015. године одбранила рад „Уринарна инконтиненција код болесника са хроничном опструктивном болести плућа“. Коаутор је у уџбеницима за високо образовање медицинских сестара по Болоњском програму: „Здравствена нега у интерној медицини“ и „Хитна стања у интерној медицини за медицинске сестре“.



Sanja Jelic was born in 1984 in Pančevo and there he finished the medical school, and at the Medical College in Zemun, graduated in 2007. year. From 2007 until 2010 she worked for the Medical School teacher in Vrsac on health care matters. From 2010 he worked in the Clinical Center of Serbia, Department of Pulmonology.

In October 2010, she graduated from the Faculty of Management Department of Management in Health Care. Teaching in High Medical School in Belgrade from 2010 year 2012/13 Enrolled Specialists is professional studies at the Faculty of Medicine - vocational nurse specialist for a period of two years and defended the work in September 2015, on the topic: Urinary incontinence in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Two books coauthor: "Health care to internal medicine" and "Urgent state to internal medicine for nurses"

Сажетак

Пуњење бешике зависи од еластичности зида мокраћне бешике, који дозвољава да се бешика напуни мокраћом до притиска који је нижи од оног на нивоу врата бешике и уретре (у супротном настаје инконтиненција). Инконтиненција је невољно испуштање мокраће које се може доказати, а представља социјални и хигијенски проблем. Уринарна инконтиненција погађа људе свих старосних доба, а нарочито је распрострањена међу старијим особама. То је јединствен проблем код особа које живе са хроничном опструктивном болести плућа. Представља симптом који се јавља приликом изненадног повећања интраабдоминалног притиска (диспнеја, хронични кашаљ, кијање), када се притисак преноси на мокраћну бешику и невољно пушта урин. Иако ретко опасна за живот, инконтиненција може озбиљно утицати на физичко, психичко и социјално стање болесника са хроничном опструктивном болести плућа, што знатно утиче на квалитет живота оболелих. Иако се уринарна инконтиненција обично посматра као стање које се јавља код старијих жена ко-

Abstract

Charging bladder depends on the elasticity of the bladder wall, which allows the bladder is filled with urine to a pressure lower than that at the level of the neck of the bladder and of the urethra (in the opposite occurs incontinence). Incontinence is the involuntary leakage of urine that can be proven and a social or hygienic problem. Urinary incontinence affects people of all ages, but is particularly prevalent among the elderly. Urinary incontinence is a unique problem for people who live with chronic obstructive pulmonary disease. Is a symptom that occurs when a sudden increase of intra (dyspnea, chronic cough, sneezing) to thereby transfer the pressure to the bladder or to the involuntary passage of urine. Although rarely life threatening, incontinence can seriously affect the physical, mental and social condition of patients with chronic obstructive pulmonary disease, which significantly affects the quality of life of patients. Although urinary incontinence is usually a condition that occurs in older women who gave birth, also often occurs in young women who have not given

је су рађале, такође се често јавља и код младих жена које нису рађале, нарочито током енергичних активности које изискују напор. Утврђени фактори ризика су узраст, пол и број природних порођаја. Ти чиниоци делимично објашњавају повећану учесталост овог поремећаја код жена. Уринарна инконтиненција је симптом који има много узрока. Проблем уринарне инконтиненције код оболелих од ХОБП-а није довољно истражен имајући у виду заступљеност овог проблема и нарушавање квалитета живота који од њега проистиче.

УВОД

Пражњење бешике зависи од очуваности сложене неуромишићне мреже, која изазива опуштање сфинктера уретре неколико милисекунди пре контракције мишића детрузора мокраћне бешике. Када је контракција детрузора нормална, бешика се у потпуности испразни. Бешика која се пуни и празни на тај начин има нормалан детрузор и описује се као стабилна. Вољна контрола мокрења зависи од везе неурона са кортексом великог мозга и можданим стаблом. Када се поремети тај пут (тумори мозга, мождани удар, трауме главе, Паркинсонова болест), ремети се и контрола контракције бешике.

Табела 1. Фактори ризика за УИ

- Трудноћа: природни порођај, епизиотомија
- Менопауза
- Генитоуринарна операција
- Слабост мишића карлице
- Нефункционална уретра услед повреде или опуштености сфинктера
- Имобилност
- Напорне вежбе
- Дијабетес мелитус
- Шлог
- Промене у уринарном тракту услед старења
- Претерана гојазност
- Когнитивни поремећај: деменција, Паркинсонова болест
- Лекови: диуретици, седативи, хипнотици, опиоиди
- Недоступност неговатеља или тоалета

Симптоми уринарних путева код мушкараца

Најчешћи узрок **LUTS (lower urinary tract symptom)** код мушкараца у средњим и старијим годинама је хиперплазија простате, која може да изазове опструкцију протока мокраће тако што сужава лумен уретре. Поред бенигне хиперплазије простате, и опструкција може бити изазвана и карциномом простате, структурама уретре или неуролошким узроцима (изостанак рефлексije сфинктера уретре). Неопструктивни узроци LUTS развијају се у оквиру дијабетесне неуропатије у току које се оштећује парасимпатички нерв одговоран за функцију бешике. Симптоме задржавања мокраће могу да иза-

birth, particularly during vigorous activities that require effort. The established risk factors include age, sex and the number of natural birth, these factors are in part explained by the increased incidence of this disorder in women. Urinary incontinence is a symptom that has many possible causes. The problem of urinary incontinence in patients with COPD - but not sufficiently explored taking into account the representation of the problem and deterioration in the quality of life that stems from it.

зову и друге неуролошке болести, као што су мождани удар, мултипла склероза и Паркинсонова болест.

Симптоми уринарних путева код жена

Инфекција мокраћних путева (циститис) чешћа је код жена и потребно ју је искључити прегледом мокраће. Када жена средњих година често мокри, ургентно празни бешику или има инконтиненцију, потребно је искључити постојање мултипле склерозе. Поред наведених узрока који ремете мокрење мушкараца, код жена треба узети у разматрање и недостатак естрогена, синдром ургентног и честог пражњења и интерстицијски циститис (IC) праћен минималним болом. Цистокела и пролапс могу да буду узрок честог мокрења због поремећаја у пражњењу бешике.

Инконтиненција код старијих особа

Пролазна инконтиненција је честа појава код старијих особа. Ради лакшег памћења Ресник ју је означио као **ДИАППЕРС (DIAPPERS)** према првим словима узрока: делиријум, инфекција, атрофија уретре, фармакологија (pharmacology), физиолошки (physiological), повећан проток урина (excessive) код хипергликемије и конгестивне срчане инсуфицијенције, смањена мобилност (restricted) и поремећај у столицама.

Типови уринарне инконтиненције

Стрес инконтиненција је невољно губљење мокраће кроз неоштећену уретру као резултат изненадног повећања интраабдоминалног притиска (кијање, кашљање или промена положаја). Претежно се јавља код жена које су се порађале природним путем, а сматра се последицом опуштања лигамената и мишића дна карлице који подупиру уретру и смањења или мање естрогена унутар зида уретре и дна бешике. Код мушкараца стрес инконтиненција се често јавља после радикалне простатектомије због рака простате услед губитка уретралног притиска за који је била одговорна простата пре операције и могуће услед раздражљивости зида бешике.

Нагонска или ургентна инконтиненција је невољно губљење урина повезано са јаким нагоном за мокрењем који се не може потиснути. Пацијент је свестан потребе за мокрењем, али не може на време да дође до тоалета. Може се јавити код пацијента са неуролошком дисфункцијом.

Рефлексна инконтиненција је невољно губљење урина услед хиперрефлексije и недостатка уобичаје-

них сензација, који се обично доводе у везу са мокрењем. Ово се обично јавља код пацијената са повредама кичмене мождине зато што они немају ни неуролошки посредовану моторну контролу детрусора нити чулну свест о потреби да мокре .

Преливна инконтиненција је невољно губљење мокраће повезано са растегнутошћу бешике. Таква растегнутост настаје услед немогућности нормалног пражањења бешике упркос честом губитку урина.

Функционална инконтиненција односи се на случајеве када су очуване функције доњег уринарног тракта, али други фактори, попут озбиљних когнитивних оштећења (нпр. деменција услед Алцхајмерове болести), отежавају пацијенту да препозна потребу за мокрењем, као што и физичка оштећења отежавају или чине немогућим да пацијент благовремено стигне до тоалета ради мокрења.

Јатрогена инконтиненција односи се на невољно губљење мокраће услед спољашњих медицинских фактора, претежно лекова. Чим се прекине узимање лекова, привидна инконтиненција престаје .

Код неких пацијената се јавља неколико типова уринарне инконтиненције. Ова **мешовита инконтиненција** је обично комбинација стрес инконтиненције и нагонске или ургентне инконтиненције. Само уз правилно препознавање проблема, процену и упут за дијагностичку процену и лечење може се установити последица инконтиненције. Све људе са инконтиненцијом треба подвргнути процени и лечењу. Начин лечења зависи од типа уринарне инконтиненције и њених узрока. Уринарна инконтиненција може бити пролазна или реверзибилна и под условом да се основни узрок успешно лечи, образац мокрења се враћа у нормалу. **Лечење уринарне инконтиненције** која није пролазна или реверзибилна има **три категорије: фармаколошку, хируршку и бихевиоралну.**

КВАЛИТЕТ ЖИВОТА БОЛЕСНИКА СА ХРОНИЧНОМ ОПСТРУКТИВНОМ БОЛЕСТИ ПЛУЋА И УРИНАРНОМ ИНКОНТИНЕНЦИЈОМ

Према дефиницији групе Светске здравствене организације за проучавање квалитета живота (WHO QoL)) из 2005. године: „Квалитет живота представља индивидуалну перцепцију своје животне позиције у култури и систему постојећих вредности и успоставља показатеље који показују како болесници функционишу и колико болест ограничава њихове активности.“ У последње време много се говори о квалитету живота болесника са хроничном опструктивном болести плућа и он се изучава. Свакако да је то нови критеријум за процену ефекта лечења. Како је циљ лечења болесника са ХОБП поред смањења симптома, и побољшање плућне функције, то омогућава свакодневне животне активности и поправљање квалитета њиховог живота . Квалитет живота у односу на здравствено ста-

ње процењује се помоћу анкетних упитника. Упркос томе што се о уринарној инконтиненцији доста говори у медијима, и даље је ретко дијагностикована и ретко пријављена. Пацијентима такође може бити непријатно да потраже помоћ, што доводи да тога да игноришу или прикривају симптоме. Многи пацијенти прибегавају коришћењу уложака или других упијајућих производа а да им претходно није успостављена права дијагноза или одређена права терапија. Пружаоци здравствене неге морају бити свесни суптилних симптома уринарне инконтиненције код болесника са хроничном опструктивном болести плућа и бити у току са актуелним стратегијама за њено лечење. Трошкови лечења за пацијенте са уринарном инконтиненцијом ни су ограничени само на трошкове куповине производа за апсорпцију урина, лекова и хируршких или нехируршких начина лечења. Психосоцијални трошкови уринарне инконтиненције су такође значајни. Осећај стида, губитак самопоштовања и друштвена изолованост честе су последице. Уринарна инконтиненције код старијих пацијената умањује њихову способност да воде независан начин живота. Тај поремећај повећава њихову зависност од неговања и често води институционализацији. Уринарна инконтиненција погађа људе свих старосних доба, а нарочито је распрострањена међу старијим особама. Забележено је да више од половине људи који живе у старачким домовима пати од уринарне инконтиненције. Премда она није уобичајена последица старења, промене у уринарном тракту које су у вези са старењем повећавају вероватноћу да старије особе оболе. Абдоминални мишићи се снажно контрахују током кашља, што повећава притисак на саму бешику и мишиће пода карлице. Неопходно је да се мишићи пода карлице контрахују током кашља како би се спречило невољно истицање урина. Тај процес се обично дешава аутоматски. Разлог за појаву инконтиненције код пацијената са хроничним кашљем (као што је случај код ХОБП) није до краја разјашњен. Истраживања показују да су поменути мишићи довољно јаки, али у појединим случајевима не могу обезбедити контракцију током кашља. ХОБП је повезана са хроничним кашљем, који доводи до испољавања стрес-инконтиненције или до погоршања овог симптома ако он већ постоји. Остали симптоми ХОПБ, као што су умор и отежано дисање, могу да смање покретљивост болесника и тако олакшају епизоду инконтиненције приликом мањег физичког напора. Пушење цигарета често провоцира кашаљ, који повећава притисак на мокраћну бешику и малу карлицу, па је већа вероватноћа за испољавање тог симптома.

Уношење течности

Један од уобичајених приступа је уношење течности, јер правилан дневни унос течности од приближно 1500мл до 1600мл која се узима постепено између ручка и вечере помаже смањењу уринарне ургентности која је у вези са концентрованом производњом урина, смањује ризик од инфекције уринарног тракта и одржава правилно функционисање црева. Констипација, као

последица неправилног дневног уноса течности, може повећати уринарну ургентност и/или уринарну ретенцију. Најбоља течност је вода. Течности које садрже кофеин, газирана пића, алкохол или течности са вештачким заслађивачима треба избегавати зато што иритирају зид бешике, што доводи до уринарне ургентности. Неки пацијенти који имају више медицинских дијагноза, као што су срчана инсуфицијенција или завршни стадијум болести бубрега, морају да разговарају о дневном ограничењу уноса течности са својим лекаром.

Стандардизована фреквентност мокрења

Циљ је да намерно испразне бешику пре него што бешика достигне критичну запремину, што би довело до нагонске или стрес инконтиненције. Овај приступ обухвата следеће:

Временски одређено мокрење укључује успостављање правила за фреквентност мокрења (на пример, на свака два сата ако се инконтиненција обично јавља два сата или више сати након мокрења).

Принудно мокрење је временски одређено мокрење које подстичу клиничко особље или чланови породице када појединац има когнитивне поремећаје који му отежавају подсећање да мокри у одређеним размацима. Медицинска сестра проверава болесника да процени је ли остао сув и ако јесте, помаже му да користи тоалет док га храбри похвалама.

Поновно успостављање навика је временски одређено мокрење у много чешћим временским размацима него што би то појединац иначе радио.

Поновна обука бешике, позната и као „тренинг бешике“, обухвата вежбе за мокрење по распореду и инхибицију уринарне ургенције, које имају за циљ да спрече мокрење или цурење урина како би болесник остао сув одређено време. Поправљање уринарне инконтиненције тренингом мокраћне бешике:

1. Проценити модел уноса и пражњења мокраћне бешике болесника и разлог за свако акцидентално пражњење (на пример, приликом напада кашља). Сваки случај неконтролисаног мокрења треба записати.

2. Утврдити распоред мокрења (подстакните пацијента да редовно уринира, нпр. свака два сата), а ако може да остане сув два сата, треба продужити за 30 минута сваки дан док се не постигне распоред пражњења на три до четири сата. Научити пацијента да вежба технику релаксације као што су дубоко дисање, што ће му помоћи да смањи осећај хитности.

3. Водити евиденцију или записник и подржавати резултате о континенцију и инконтиненцији (на пример, пет дана) како бисмо помогли болеснику у појачаним напорима да остане континентан. Позитивни ставови су кључни за болесников тренинг мокраћне бешике.

4. *Кораци ка успеху:*

- Поставити кревет болесника близу купатила или покретног тоалета. Оставити ноћу светло. Одрама реаговати на његов позив да му се помогне приликом устајања из кревета или са столице.
- Научимо га мерама за спречавање уринарне инфекције, као што су правилан унос течности

(2000мл дневно, осим ако није контраиндиковано), узимање сока од бруснице (црвене боровнице) како би се повећала киселост урина, ношење памучног веша и купање сапунима који не иритирају. Ако болесник има нагонску инконтиненцију, сок од бруснице је контраиндикован.

- Подстаћи болесника да пре и после јела, те пре спавања, потпуно испразни бешику.
- Саветовати да увек уринира када нагон расте и да никада не игнорише нагон.
- Научити болесника да прописане диуретике узима ујутру, након устајања.
- Саветовати да ограничи коришћење средстава за спавање, седативе и алкохол (они смањују нагон за мокрењем и могу повећати инконтиненцију, нарочито ноћу).
- Ако је болесник гојазан, подстакнути га да ослаби.
- Сугеришите вежбе за јачање пелвичне мускулатуре (Кегелове вежбе).
- Подстаћи болесника да повећа унос дијеталних влакана како би смањιο опстипацију и инконтиненцију.
- Посматрати да ли пацијент има знакове анксиозности или депресије.
- Убедити болесника да периодичне епизоде инконтиненције не значе неуспех програма. Охрабри га да буде истрајан, толерантан и оптимиста.

Начин пружања здравствене неге инконтинентним болесницима

Одређивање начина пружања здравствене неге је засновано на премиси да инконтиненција није неизбежна последица код болесника са хроничном опструктивном болести плућа, да је често реверзибилна и излечива. Начин пружања неге зависи делом од типа лечења који је примењиван. Да би бихевиорална терапија била делотворна, здравствени радник мора пружити подршку и охрабрење зато што се болесници веома лако обесхрабре ако терапија брзо не повећа степен континенције. Важна је едукација болесника о функционисању бешике и она се треба вршити и усменим и писменим путем. Болеснику се помаже да развије навику и користи дневник ради бележења извођења Кегелових вежби, промена функционисања бешике узроковане терапијом и ситуација у којима се јавља инконтиненција. Ако се користи фармаколошка терапија, њена сврха се објашњава болеснику и породици. Ако се обави хируршка корекција, поступак и његови жељени резултати се описују и болеснику и породици. Контакт са болесником након операције даје прилику здравственом раднику да одговори на његова питања и пружи му поткрепљење и охрабрење. Болесници са мешовитом инконтиненцијом (и стрес и нагонском инконтиненцијом) морају да разумеју како антихолинергички и спазмолитички агенси могу да помогну у смањењу ургентности и фреквентности мокрења и уринарне инконтиненције, али они не смањују стрес уринарну инконтиненцију.

Стратегије за лечење уринарне инконтиненције код болесника са хроничном опструктивном болести плућа

- Повећати свест о количини и временском распореду свих уноса течности.
- Избегавати узимање диуретика после 16 часова.
- Избегавати иритансе бешике, попут кофеина, алкохола.
- Предузети кораке да се избегне констипација: пити прописане течности, добро избалансирати исхрану да буде богата влакнима, редовно вежбати и, ако је препоручено, узимати омекшиваче столице.
- Редовно мокрити, пет до осам пута дневно (отприлике на свака три сата): одмах после устајања, пре сваког оброка, пре одласка на спавање и једном у току ноћи ако је потребно.
- Радити све вежбе за јачање мишића дна карлице како је преписано, сваког дана.
- Оставити пушење (пушачи обично често кашљу, што повећава инконтиненцију)!

СТАТИСТИЧКА МЕТОДОЛОГИЈА

Циљ:

Општи циљ рада: Испитати инциденцу уринарне инконтиненције код болесника са хроничном опструктивном болести плућа.

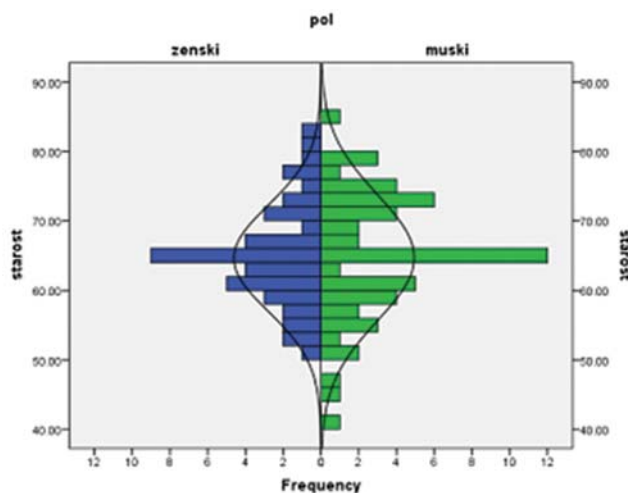
Специфични циљ: Проценити утицај уринарне инконтиненције на квалитет живота болесника са дијагнозом хроничне опструктивне болести плућа.

У анализи резултата, у зависности од природе самих варијабли, коришћени су Пирсонов ХИ квадрат тест, и то у облику тестова слагања и таблица контингенција, за поређење разлике између учесталости код непараметарских обележја за једно, односно два обележја. За поређење просечних вредности параметарских обележја употребили смо Студентов Т тест за две групе података. Као непараметарске допуне код независних узорака примењен је тест суме рангова, а код зависних тест еквивалентних парова. Код анализе повезаности наших одлика употребљени су методи једноструке параметарске корелације и регресије, те непараметарска корелација, наравно у зависности од расподеле података. У свим примењеним аналитичким методима ниво значајности био је 0,05.

РЕЗУЛТАТИ

У статистичко-методолошком делу дипломског рада анализирани су подаци добијени са три упитника, на које је одговорило 100 болесника са ХОБП, од којих су 44 били мушкарци (44.0%), а 56 жене (56.0%), при чему та разлика није била статистички значајна ($p > 0.05$). Просечна старост наших испитаника била је 64.6 година (код **мушкараца 64.7**, а код **жена 64.6**). Истраживање је обухватило амбулантне 45 (45%) и хоспитализоване 55 (55%) болеснике у Клиници за пулмо-

логију Клиничког центра Србије. На доњем графичком приказане су учесталости наших испитаника у односу на године старости и пол.

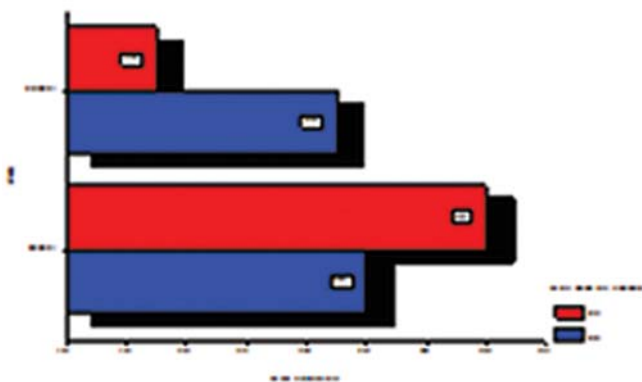


Графикон бр.1

- женски пол
- мушки пол

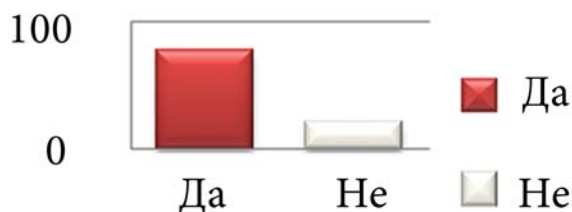
- На питање да ли имате и ако имате, колико вам смета учестало мокрење, 90 % одговорило је позитивно, а 30% сматра да је ова сметња веома честа.
- На питање да ли имате и ако имате, колико вам смета цурење мокраће као осећај хитности за тоалетом, 78 % одговорило је позитивно, а 34% сматра да им ова тегоба веома смета .
- На питање да ли имате и ако имате, колико вам смета цурење мокраће код физичке активности, кашља или кијања, 72% одговорило је позитивно, а 32% сматра да им ова тегоба веома смета.
- На питање да ли имате и ако имате, колико вам смета тешкоће са пражњењем мокраћне бешике, 77% је одговорило позитивно, а 40% сматра да им ова тегоба веома смета.
- На питање да ли имате и ако имате, колико вам смета бол или нелагодност у доњем делу стомака или гениталија, 80% одговорило је позитивно, а 46% их има.
- На питање да ли имате и ако имате, колико вам смета да мокраћа цури „кап по кап“, 82% одговорило је позитивно, а код 35% то веома смета.
- На питање да ли цурење мокраће утиче на способност обављања кућних послова (кување, пеглање, прање веша), 84% одговорило је позитивно, а 33% сматра да то веома смета.
- На питање да ли цурење мокраће утиче на физичку активност (шетање, пливање, друге вежбе), 92% одговорило је позитивно, а 35% сматра да то веома смета.
- На питање да ли цурење мокраће утиче на забавне активности (филмови, концерти и др.), 78% одговорило је позитивно, а 43% сматра да то веома смета.

- На питање да ли цурење мокраће утиче за учешће у друштвеним активностима ван куће, 80% одговорило је позитивно, а код 36% да веома утиче.
- На питање колико често мокрите у току дана, 60% испитаника одговорило је да мокри више од пет пута дневно. Чак 6% мокрило је девет и више пута дневно. Интензитет по Гаусовој криви говори у прилог томе да је пик учесталости мокрења за 24 сата код највећег броја испитаника од пет до седам пута.
- На питање да ли устајете у току ноћи да бисте мокрили, 84% одговорило је позитивно – да устаје у току ноћи.
- На питање количине мокраће коју измокрите, чак 49% одговорило је да измокри малу количину мокраће.
- На питање да ли обично имате осећај хитности за мокрењем, 63% одговорило је позитивно.
- На питање да ли журите да испразните мокраћну бешику када је пуна, 73% одговорило је позитивно.
- На питање да ли звук или осећај текуће воде доводи до цурење урина, 57% одговорило је позитивно.
- На питање да ли осећате како сте потпуно испразнили мокраћну бешику после мокрења, 52% одговорило је негативно. Према ГОЛД стадијуму, веома тежак стадијум оцењује 11 испитаника – п.078.
- На питање да ли сте имали пласиран уринарни катетер, 54% је одговорило позитивно.
- На питање да ли сте имали крви у мокраћи, 25% одговорило је позитивно, а према полу, то је чешће код мушкараца – п.046.
- На питање да ли имате песак или камен у мокраћним путевима, 38% одговорило је позитивно, према полу, то је чешће је код мушкараца – п.041.
- На питање да ли имате бол током мокрења, 24% одговорило је позитивно, у односу на пол, чешћи је код мушкараца – п.043.
- На питање да ли вам цури мокраћа док кашљете, кијате, смејете се, подижете терет, скачете или трчите, 51% одговорило је позитивно, а у односу на пол, код жена је то чешће – п.045.



Графикон бр.2

- На питање да ли вам је потребно да користите неку врсту заштите од цурења мокраће, 41% одговорило је позитивно.
- На питање да ли су ваше тегобе почеле после порођаја, код особа женског пола од укупно 44% жена, 29 жена или 65.9% одговорило је позитивно.
- На питање да ли су ваше мокраћне тешкоће учесталије након погоршања ХОБП-а, 78% одговорило је позитивно.



Графикон бр.3

На питање да заокружите број од 0 до 10 који највише одговара колико цурење мокраће омета ваш свакодневни живот (0 – уопште ми не смета, 10 – много утиче на мој квалитет живота), у просеку тегобу оцењују 6,11%.

| Питање бр. 27 | No (%) |
|---------------|--------|
| 2 | 3 |
| 3 | 6 |
| 4 | 8 |
| 5 | 11 |
| 6 | 16 |
| 7 | 16 |
| 8 | 16 |
| 9 | 11 |
| 10 | 13 |
| Total | 100 |

Графикон бр.4

Дискусија

Резултати нашег рада указали су на знатну заступљеност уринарне инконтиненције код пацијената након погоршања ХОБП-а (78%), већу него код других аутора. Овако честа уринарна инконтиненција у егзацербацијама ХОБП-а могла би се објаснити провокацијом контракције мокраћне бешике посредством напрезања мишића у току кашља. У истраживању Schnell-а и сарадника 34,9% пацијената са ХОБП лечених у примарној здравственој заштити имало је и инконтиненцију, за разлику од 27,3% пацијената који немају ХОБП, али се лече због неке друге болести у примарној здравственој заштити (Schnell K, Weiss CO, Lee T, Krishnan JA, Leff B, Wolff JL, Boyd C. The prevalence of clinically-relevant comorbid conditions in patients with physician-diagnosed COPD: a cross-sectional study using data from NHANES 1999-2008. BMC Pulm Med 2012 Jul 9;12:26.)

У раду није показана статистички знатна разлика у преваленци уринарних инконтиненција између мушкараца и жена иако би се с обзиром на анатомију женских полних органа и слабљење мишића као последице порођаја, очекивао већи проценат код жена (65,9% испитаница уочило је проблем уринарне инконтиненције након порођаја). У студији D. Newman и сарадника 49,6% жена и 30,3% мушкараца са ХОБП наводило је инконтиненцију (Diane K Newman. In men and women with COPD the presence of urinary incontinence is associated with poorer quality of life. Evid Based Nurs 2014;17:22-23.). Студија која је рађена у Јапану показала је преваленцу уринарних инконтнција код мушкараца оболелих од ХОБП-а од 10%. (Hirayama F, Lee AH, 2008)

| Питање бр. 26 | Но.% |
|---------------|-------|
| Да | 65,9% |
| Не | 34,1% |
| | 100 % |

Графикон бр.5

Холандски аутори спровели су истраживање у коме су анализом свих медицинских електронских картона од 2001. до 2008. године испитали у којим се болестима чешће јавља симптом уринарне инконтиненције. Показало се да је овај симптом чешћи код мушкараца ако болују од срчане инсуфицијенције, док је код жена чешћи ако имају шећерну болест, генитоуринарни пролапс, астму и ХОБП (Van Gerwen M¹, Schellevis F, Lagro-Janssen T. Comorbidities associated with urinary incontinence: a case-control study from the Second Dutch National Survey of General Practice. J Am Board Fam Med 2007;20(6):608-10.). Инфекције уротракта, опстипација и депресивност повезане су са уринарном инконтиненцијом без обзира на пол испитаника.

Просечан одговор наших испитаника на питање да заокружите број од 0 до 10 који највише одговара колико цурење мокраће омета ваш свакодневни живот (0 – уопште ми не смета, 10 – много утиче на мој квалитет живота), у просеку оцењују тегобу 6,11%, што указује на то да је појава уринарне инконтиненције додатно реметила њихов квалитет живота. Анализа сва три упитника о утицају уринарне инконтиненције на квалитет живота болесника са ХОБП-а показала је лошији квалитет живота, и то нарочито у фази егзацербације. Резултати најновијих студија сугеришу да сви здравствени радници који су укључени у лечење болесника са ХОБП-а треба да буду свесни важности квалитета живота када процењују комплетан утицај болести на болесника и одлучују у терапији (Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease update 2013.).

У студији Hrisanfowe i Hagglundove испитивањем 2109 болеснице старости од 40 до 69 година потврђена је знатна повезаност између стања континенције урина са ХОБП, али не и са другим коморбидитетима.

Ризик за инконтиненцију је већи ако је реч о женама које су страсни пушачи без обзира на то да ли су активни или бивши пушачи. Такође, детаљном статистичком анализом показано је да се ризик од постпарталног настанка уринарне инконтиненције може смањити апстиненцијом пушења (Hrisanfow E, Hägglund D. Impact of cough and urinary incontinence on quality of life in women and men with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs 2013;22(1-2):97-105).

У студији Hrisanfowe i Hagglundove испитан је квалитет живота код жена. Показано је да оне са инконтиненцијом имају мањи скор за физичко стање (37.6 ± 10.4 vs. 41.4 ± 9.9 ; $p < 0.001$), али и за ментално стање (44.3 ± 10.2 vs. 47.1 ± 10.5 ; $p < 0.007$) (Hrisanfow E, Hägglund D. Impact of cough and urinary incontinence on quality of life in women and men with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs 2013;22(1-2):97-105). Код мушкараца са ХОБП и инконтиненцијом знатно је већи скор симптома ХОБП и менталног стања (46.0 ± 9.7 vs. 49.8 ± 9.7 ; $p < 0.001$) него код мушкараца који имају ХОБП, али су континентни.

Закључак

Квалитет живота који пријављују болесници треба да се узме у обзир када се процењује здравствено стање пошто сам FEV1 није довољан за процену клиничке тежине ХОБП. Нове студије потврдиле су тај став, показујући да болесници у свим стадијумима ове болести, чак и они са лакоом бронхоопструкцијом, имају знатно нарушен квалитет живота, који негативно утиче на бављење свакодневним активностима. Код сваког болесника са ХОБП треба проценити постојање уринарне инконтиненције у виду побољшања његовог квалитета живота и свеукупног здравља, нарочито ако су то жене које су страсни пушачи било да је реч о активним или бивши пушачима.

Литература

1. Urinary Incontinence the Management of Urinary Incontinence in Women ,National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK).London, October 2006. ISBN-10: 1-904752-32-2.
2. The Management of Lower Urinary Tract Symptoms in Men,*NICE Clinical Guidelines, No.97*,National Clinical Guideline Centre (UK).London, 2010.
3. The link between chronic conditions and urinary incontinence, Associate Professor Pauline Chiarelli University of Newcastle, April 2012.
4. Hrisanfow E, Hägglund D. Impact of cough and urinary incontinence on quality of life in women and men with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs 2013;22(1-2):97-105).
5. Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење хроничне опструктивне болести плућа, Министарство здравља Републике Србије, 2006. година.
6. Global strategy for the diagnosis,management,and prevention of chronic obstructive pulmonary disease update 2013.
7. Global Initiative for Chronic Opstruktive Lung Disease-European Respiratory Society,2011.

Данијела Зјача, КЦС, Клиника за неврологију

Sanja Jelic, KCS, Pulmonology Clinic

ИНТЕРВЕНЦИЈЕ У НЕЗИ КАО УТИЦАЈНИ ФАКТОР ПОБОЉШАЊА КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ОСОБА СА АМИОТРОФИЧНОМ ЛАТЕРАЛНОМ СКЛЕРОЗОМ

URINARY INCONTINENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

Данијела М. Зјача рођена је 5. 1. 1972. године у Земуну. Вишу медицинску школу завршила је у Земуну, а дипломирала је на Високој здравственој школи струковних студија у Београду 2016. године.

Запослена је на Клиници за неврологију КЦС у Београду од 2004. године.

Мајка је двоје деце.



Danijela M. Zjaca was born on January 5, 1972, in Zemun. She completed secondary medical school in Zemun, studying at High Medical School in Belgrade, Basic vocational studies - professional nurse was enrolled in 2013. Mother of two children. Employed at the Department of Neurology, Clinical Center of Serbia in Belgrade since 2004, author of many vocational papers. She is a member of the professional nursing association.

Сажетак

Abstract

Болест моторног неурона тешка је дегенеративна невролошка болест, када настају симптоми и знаци као последица селективног оштећења и нестајања нервних ћелија у мозгу и кичменој мождини које су одговорне за успешно обављање покрета и координацију активности мишића. Те нервне ћелије зову се мотонеурони. Најтежи и најчешћи облик је амиотрофична латерална склероза (АЛС). Класичан облик АЛС-а одликује поремећај гутања и говора, комбинован знацима булбарне и псеудобулбарне парализе језика и меког непца, фасцикулације и атрофије мишића руку, са појачаним мишићним рефлексима, уз различити степен изражености спастичне парапарезе. Приметно је да болесници немају поремећај сензибилитета, имају уредну функцију сфинктера и врло очувану функцију екстраокуларних мишића. Код свих болесника смрт настаје услед губитка функције респираторних мишића у просеку три године од почетка првих симптома. Годишња инциденца износи 1–2 на 100.000 становника, са већом учесталости мушкараца у односу на жене (3:2). Учесталост расте с годинама живота и највећа је између 55. и 75. године. Амиотрофична латерална склероза болест је непознатог узрока и отуда нема узрочне терапије. Циљеви лечења су: успоравање напредовања болести и ублажавање пропратних тегоба, што доводи до побољшања квалитета живота болесника. Лечење се спроводи највећим делом у кућним условима под надзором лекара и медицинског особља.

Сестринске одговорности у нези веома су сложене, поготово у последњој фази болести, када је особа потпуно зависна од туђе неге и помоћи. Сестринска нега усмерена је на физичко, психичко, субјективно и функционално стање.

Мotor neuron disease is a severe degenerative neurological disease where symptoms and signs occur as a result of selective damage and disappearance of the nerve cells in the brain and spinal cord that are responsible for successful movement and coordination of muscle activity. These nerve cells are called motoneurons. The most severe and most common form of degenerative motoneuron disease is amyotrophic lateral sclerosis (ALS). Classical form of ALS is characterized by swallowing and speech disorders combined with the signs of bulbar and pseudo-bulbar paralysis of the tongue and soft palate, fasciculations and atrophy of arm muscles with enhanced muscle reflexes with varying degrees of spastic paraparesis. Characteristically, patients do not have sensitivity disorder have a normal function of the sphincter and highly conserved function of the extraocular muscles. In all patients, death occurs due to loss of respiratory muscle function on average for 3 years from the onset of the first symptoms. The annual incidence rate is 1 - 2 per 100 000 inhabitants, with higher frequency in man compared to women (3:2). Frequency increases with age and is highest in the range between 55 and 75 years. ALS is a disease of unknown cause, and hence there is no causal therapy. The goals of treatment are: slowing down the progression of the disease and reduction of the accompanying problems, which leads to improvement of the quality of life of patients. Treatment is carried out mostly at home under medical supervision. Nursing care responsibilities are very complex, especially in the last phase of the disease when a person is completely dependent on someone else's care and assistance. Nursing care is focused on the physical, psychological, subjective and functional status.

АМИОТРОФИЧНА ЛАТЕРАЛНА СКЛЕРОЗА (АЛС)

КЛИНИЧКА СЛИКА

Најчешћи проблеми болесника са АЛС-ом су различити облици респираторне дисфункције, поремећај говора, гутања, поремећај спавања, замор, анксиозност, депресија, различити поремећаји у склопу моторног дефицита који ремете обављање основних дневних активности.

Респираторна дисфункција у почетку се купира малим дозама бронходилататора и диуретика. Од бронходилататора врло је погодан амиофилин, који побољшава контракције дијафрагме, а самим тим и респираторну функцију. Са даљом прогресивном слабешћу индикувана је примена неинвазивне асистираних вентилације. Основни критеријуми за примену те апаратуре јесте пад вредности форсираног виталног капацитета испод 50 одсто. Тренутно су најбоље прихваћени неинвазивни вентилатори са позитивним притиском. Ефекат се остварује побољшањем инспиријума. Примена оваквог апарата отклања компликације које су последица хипоксије и хиперкапније, као што су јутарње главобоље, дневна поспаност, и утиче позитивно на апетит и повећава дневну активност. Са прогресијом респираторне инсуфицијенције коначни избор су трахеостома и механичка вентилација. У терминалној фази болести, ако се не може омогућити прикључење на респиратор, препоручује се давање морфијума.

Дисфагија је пратећи симптом дизартрије. Настаје услед слабости језичне, фарингеалне, ларингеалне и вратне мускулатуре. Већ у самом почетку настанка тегоба, болесницима се препоручује модификација у исхрани, тј. кашаста храна. Побољшању гутања помажу меки оковратници. Пласирање назогастричне сонде врло је једноставно, али највећи број болесника је не толерише. Последњих година најбоље су прихваћене перкутана ендоскопски пласирана гастростома или јејуностома, што треба препоручити у фази када болесник нема знакове манифестне респираторне дисфункције.

Поред тешког гутања, ти болесници имају проблем са **хиперсаливацијом**, која настаје због слабости орофарингеалне, мимичне и вратне мускулатуре. Могу помоћи специјалне вежбе којима се побољшава контракција *Muskulus orbicularis oris*, примена апарата за сукцију и различита фармаколошка средства.

Дисфонија и **дизартрија** су најранији симптоми код болесника са булбарним почетком АЛС-а. Први корак у терапији су логопедске вежбе. У последњих неколико година инсистира се на уграђивању тзв. палатинарне протезе. Када говор постане неразумљив, болесници остварују комуникацију најчешће писањем, коришћењем различитих таблица са словима или насликаним предметима.

Поремећај спавања је пратећи знак респираторне дисфункције, анксиозности, депресије и ограничене покретљивости болесника. Могу помоћи бензодиазепин-

ски препарати и антихистаминици. Њихова употреба зависи од степена респираторне дисфункције.

Спастицитет је чест проблем ових болесника. Од миотонолитика користи се *Valclofen* и *Tetrazepam*. Код болесника са генерализованим фасцикулацијама и болним крампима у терапији се препоручује *Karbamazepin*, *Fenitoin*, *Magnezijum*.

Физикални третман је значајан, а за највећи број болесника од помоћи су свакодневне пасивне вежбе, масажа и употреба различитих помагала као што су меки оковратни, подизачи стопала, различити облици ортоза, колица, итд... за спречавање контрактура екстремитета.

ДИЈАГНОСТИКА

Неопходно је урадити ККС, ЕМНГ преглед (денервациони потенцијали, знаци неурогених лезија у више различитих миотома, циновски потенцијали који компензују уништене моторне јединице еднозначно говоре за АЛС), МР главе и врата (корисни су да би се најпре искључиле друге дијагнозе), цитобиохемијски, бактериолошки, имунолошки преглед ликвора, преглед 24-часовног урина на тешке метале, антитела, тиреоидне хормоне, ДНА анализе код сумње на генетски узрокован АЛС. Од новијих дијагностичких метода користе се процена нивоа глутамата у ликвору.

ТЕРАПИЈСКИ ПОКУШАЈИ

Велики напредак у разјашњењу етиопатогенезе АЛС-а последњих неколико година још није крунисан терапијом којом се може зауставити прогресиван ток болести. Актуелни концепт у лечењу АЛС-а заснива се на примени неуропротективне терапије у комбинацији са симптоматском терапијом. У неуропротективне лекове можемо сврстати: **антиглутамантне лекове** – *Riluzol* – делимично спречава дегенерацију неурона под дејством цитотоксичних фактора церебралне течности; **антиоксидансе** – витамин Е, Ц, Бета каротен и др.; **антибиотик Minociclin** – тертациклински препарат који брзо достиже високу концентрацију у ЦНС-у после пероралног уноса, чиме се продужује живот моторног неурона и побољшава мишићна функција (претпоставља се да утиче на процес програмиране хелијске смрти, тј. апоптозе); **антивирусни препарат Pleconarilom**, чије се дејство састоји од директне интеракције са вирусним партикулама. Већина ових препарата је недоступна због своје високе продајне цене. **Симптоматска терапија** зависи од врсте компликација основног обољења и прилагођава се сваком појединачном болеснику са АЛС-ом. Циљ допунске терапије је ублажавање тегоба и побољшање квалитета живота.

Недостатак специфичног биолошког маркера онемогућава рано откривање особа са ризиком и благовремену терапију. Код највећег броја болесника лечење започиње у фази рапидне прогресије болести, када је тешко или немогуће утицати на иреверзибилно оштећење моторног неурона. Будући да је етиологија АЛС-а вероватно мултифакторијална, не може се очекивати успех у терапији применом само једног лека (*Riluzol*).

У будућности ће генетска терапија зауставити прогресију болести.

СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ У НЕЗИ ОБОЛЕЛОГ ОД АЛС-а

Болесник са болешћу моторног неурона представља прави изазов за предузимљивост и знања тима који води бригу о њему. Састанци тима олакшавају размену информација и идеја и стварају план за будућу негу. Присуство сестре у тиму од великог је значаја за њен допринос у стручном раду, те за економично коришћење времена и побољшање неге која се болеснику пружа. Медицинска сестра не сме бити оспособљена само за физичку негу, апликацију лекова, припрему инструмената и болесника за разне интервенције, надзор над болесником, већ много више информисана и далеко боље и потпуније образована у вештини међуљудских односа. Отуда произлазе специфичности које обухвата план здравствене неге оболелих.

Респираторна нега

Респираторна функција се мора пратити као део сталне процене стања и процене напредовања болести. У знаке се убрајају фасцикулације респираторне мускулатуре, спазам дијафрагме и снижење или недостатак рефлекса кашља. Како болест напредује, респирације постају плитке и убрзане, а болесник се брзо замара. Положај болесника је питање осећаја удобности. Већини болесника удобно је у полуседећем положају у постељи или на столици са посебним узглављем. Постељина и одећа морају бити топле и мекане, а антибиотике треба користити одмах после првих знакова инфекције горњих дисајних путева. Обезбеђивањем респираторне подршке путем НИВ-а постиже се олакшање симптома.

Контрола уноса течности и хране

За болеснике са булбарним симптомима уношење хране и течности постаје проблем. Губитак телесне масе је драстичан и последица је губитка масног и мишићног ткива. Добра основна дијета треба да буде одржавана са посебном пажњом на протеине и угљене хидрате. Мале количине хране чешће сервиране, у пријатној атмосфери, без журбе, привлаче пажњу болесника. Храна мора бити пасирана, умерено топла и укусна. Код највећег броја болесника са неуромишићним болестима, укључујући и АЛС, код којих постоји трајан поремећај гутања, тј. дисфагија, примењује се стављање перкутане гастростоме и то применом ендоскопије (ПЕГ).

Контрола пражњења црева

Треба узети неколико фактора у обзир приликом решавања овог проблема. Смањена покретљивост, смањено уношење течности, измењена дијета и слабљење мишића трбушног зида доприносе стварању опстипације. Код тих болесника мора се знати да сфинктери нису оштећени и не би требало да постоји инконтиненција. Правилна исхрана, лаксантна средства, супозиторије и клизма начини су превазилажења тих проблема.

Комуникација

Већина оболелих од АЛС-а има одређене проблеме одржавања комуникације са околином, поготову у каснијим стадијумима болести. У принципу, сестра успостави са својим болесницима добар контакт и упознаје њихове навике још у раним фазама болести, те лакше налази начин за комуникацију када настану изражени проблеми. Не постоји разлог за то да болесник не може да саопшти своје потребе. Чак и када је говор тешко разумљив, сестра треба да седне лице у лице с болесником и обезбеди да контакт буде неометан. Ако су кључне речи неразумљиве, болесник може да покуша са исписивањем речи. Ма колико да јој се жури, сестра не сме да прекида болесника и да погађа његове речи без потпуног разумевања.

Помоћна средства треба да се користе што раније како би се болесник на време упознао с њиховом употребом. Оно што болеснику одговара треба да се зна још у време када је контакт с њим могућ. Терапеут говора треба да процени потребе болесника и да предложи погодне начине и помоћна средства, нпр. светлосни писач. Могу се употребити говорни процесори, компјутери, синтетизатори говора, који ће смањити фрустрације болесника и осећај изолованости од околине. Болеснику треба да буде приступачан алармни систем. Светлосни прекидачи, прекидачи који се активирају покретом усана или очног капка ефикасни су у таквим случајевима. У терминалном стадијуму користи се табла табли. Брзина и спонтаност говора не могу се постићи, али ваља пробати и додатне могућности. Сестра треба да користи недовршена питања како би охрабрила дијалог са болесником. Ипак, у касним фазама болести користе се питања на која болесник може да одговори са да или не. Једноставни системи кодирања су, на пример, трептање или минимални покрети прстију шаке. Болесник и особа која га негује (мед. сестра или блиски члан породице) обично постају нераздвојни у току последње фазе болести. Како неговатељ преузима улогу тумача болесниковог света, сестра се природно окреће неговатељу с тежњом да комуницира с њим, а не са болесником. У таквим случајевима битно је да болесник буде извор с којим се комуницира о његовим сопственим жељама и потребама и да он увек буде укључен у свако одлучивање.

Емоционална подршка пацијенту и породици

Амиотрофична латерална склероза се неприметно увлачи у све видове болесниковог живота. У почетку ни болесник ни породица нису свесни импликација те дијагнозе. Често се јавља осећање беса, конфузије, прихватања, љутње или одбијања дијагнозе. Породица и пријатељи могу дати охрабрење болеснику, али имају мале могућности да утичу на прогресију или прогнозу болести. Тада је неопходно да породица има контакт са стручним лицима и члановима стручних организација (Удружење болесника моторног неурона) који могу пружити подршку и омогућити да поправе квалитет свог живота. Сестра и други чланови тима највише ће помоћи ако су добро информисани и ако успоставе однос заснован на искрености и истини. Болесницима је

неопходно да им се омогући да с неговатељима разговарају о својим бригама и страховима. Питања ће бити много и тицаће се бриге о физичкој нези, комуникацији, процесу напредовања болести и бриге о финансијама, страху од смрти и начину на који ће смрт наступити. За болесника и породицу најважније је да добију квалификовану помоћ. У току последњих недеља болести многи професионалци ће посећивати болесника, а породица ће у потпуности преузети бригу о оболелом.

Брига о квалитету живљења

Као и за сваког онеспособљеног и тешко болесног човека потребна је општа сестринска нега. Многи болесници ће искусити акутни губитак самопоуздања, самопоштовања и достојанства. Емоционална лабилност чест је симптом, па је смирен став прихватљив и много помаже. Упркос непокретности тела, свест болесника је неизмењена. Када се једном успостави методологија неге, сестрински план ће бити конципиран тако да постоји координација између сестара различитих специјалности које брину о болеснику. Присилна непокретност која дуже траје указује на изражену менталну и физичку фрустрацију, која може бити испољена као незадовољство неговатељем, опремом или честим скретањем пажње на себе. Многи болесници не могу самостално да се окрену у постељи у току ноћи и врше непрекидан притисак на неговатеља, што може довести до престанка неговатељских услуга и хоспитализације болесника. Најбоље за болесника је да буде смештен у кревет на подизање, уз примену антидекубиталних јастучића, који могу побољшати удобност и спречити оштећење коже. Технике релаксације, масажа и слушање музике могу помоћи да се болесник релаксира у току дужег времена, што смањује потребу за променом положаја и омогућава неговатељу дужи одмор. Пошто код ових болесника нема сензитивних сметњи, декубити се тешко развијају, јер болесници осећају болове. Аналгетици могу помоћи и посебну пажњу треба посветити положају екстремитета приликом прања и облачења болесника. Рутинске пасивне вежбе треба да буду уведене још у раној фази болести да би се одржавао обим покретљивости екстремитета и редуковала неугодност. Емоционални бол је неизбежан како расте физичка онеспособљеност. Смирен, позитиван и саосећајан приступ сестре може помоћи болеснику да искаже свој страх и забринутост. При том треба разликовати природну тугу од депресије, која захтева психијатријски третман.

ИСТРАЖИВАЊЕ

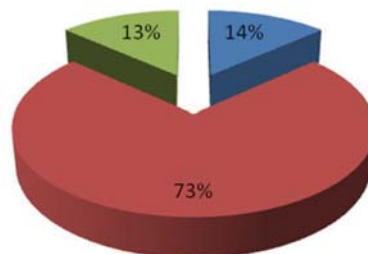
Циљ истраживања је да се сагледа колико медицинске сестре интервенцијама у нези утичу на побољшање квалитета живота оболелих од амиотрофичне латералне склерозе (АЛС).

Методи истраживања: опсервациони и дескриптивна метод, анкета и тест знања

Истраживањем су обухваћене особе оболеле од АЛС-а на Одељењу неуромишићних болести Клинике за неурологију КЦС у Београду, од 1. маја 2016. до 30. јуна 2016. године, те медицинске сестре запослене на Клиници за неурологију КЦС и амбулантно-поликлиничкој служби. Изабрани резултати истраживања су:

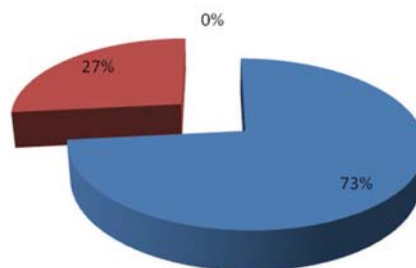
1. Дистрибуција испитаника према годинама живота

■ до 45 год ■ од 46-65 ■ преко 65



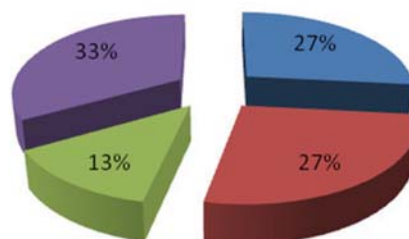
2. Дистрибуција испитаника према трајању болести

■ до 12 месеци 11 ■ од 13-24 месеца 4 ■ преко 24 месеца 0



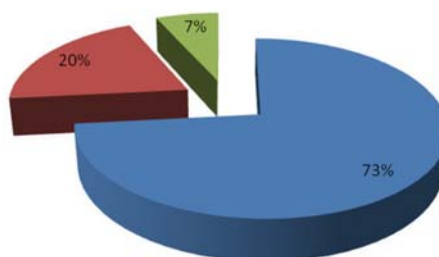
3. Дистрибуција испитаника према најизраженијим тегобама

■ отежано гутање 4 ■ отежан говор 4
■ општа слабост 2 ■ отежано дисање 5



4. Дистрибуција испитаника према самонези

■ самосталан 3 ■ потребна делимична помоћ 3 ■ потребна потпуна туђа помоћ 1



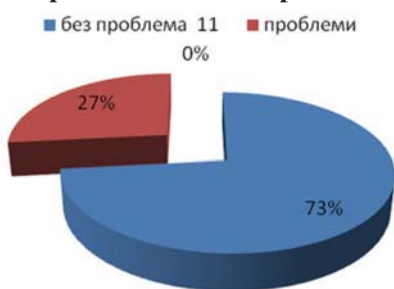
5. Дистрибуција испитаника према потребама за храњењем



6. Дистрибуција испитаника према проблемима с гутањем



7. Дистрибуција испитаника према проблемима с говором



8. Дистрибуција испитаника о раду и здравственој нези медицинских сестара



ЗАКЉУЧЦИ

На основу резултата истраживања могу се донети следећи закључци:

- Епидемиолошке студије су показале да мушкарци оболевају од АЛС-а чешће него жене у свим старосним групама.
- Просечно трајање болести наших испитаника је до две године, са 1–4 претходних хоспитализација.
- Тегобе које настају у склопу болести су отежано дисање, отежано гутање, отежан говор, слабост мишића. Болест брзо напредује, што указује на то да мора доћи до промена у начину припремања хране и поступцима у исхрани, комуникацији, неговању.

- Информисаност болесника о болести је одраз обавештениости од коју добијају од здравствених радника.
- Већи број испитаника је самосталан у самонези, устајању, ходању, храњењу, али с обзиром на прогресију болести, веома брзо ће бити неопходна помоћ породице, старатеља, неговатеља.
- Породица је главни носилац бриге о нези, потребама и о емоционалној подршци болесника.
- За рад и знање медицинских сестара потврђено је да су на очекиваном нивоу по квалитету, али ту не треба стати. Добром организацијом рада, правилном прерасподелом посла сестру треба вратити болеснику, што ће квалитет рада медицинске сестре, и квалитет живота болесника подићи на још виши ниво.

ПРЕДЛОГ МЕРА

На основу добијених резултата истраживања и ради унапређивања квалитета живота особа оболелих од АЛС-а, произлази да треба предузимати мере на:

- пољу рада медицинских сестара, њиховој образованости, стручном усавршавању и мотивисаности за посао који обављају,
- здравственој просвећености становништва, посебно оболелих од АЛС-а,
- већем ангажовању здравствених радника на пољу примарне превенције,
- сталној едукацији сестара, подизању нивоа знања МС, обезбеђивању стручно-методолошких ставова, доброј координацији служби и институција, сарадњи стационарних здравствених установа и поливалентне патронажне службе приликом отпуста болесника из болнице,
- већој ангажованости МС током пружања помоћи болеснику у смислу смањења и ублажавања онеспособљености, и на ангажовању свих преосталих способности у даљем животу и раду,
- неопходности организовања тима и тимског рада,
- укључивању породице у обуку за негу оболелог,
- укључивању социјалног радника и других друштвених организација за пружање правно-законских олакшица оболелима од АЛС-а, који представљају друштвени проблем,
- укључивању болесника у све видове свакодневног живота онолико колико дозвољава његово физичко и емоционално стање.

Литература

1. Бабић Ј. и сарадници: Здравствена нега у неурологији, Лицеј, Београд, 2006.
2. Јовановић М.: Социјална интеграција неуромишићних болесника, Скупштина града Београда, Градски секретаријат за социјалну и дечију заштиту, Београд, 2002.
3. Костић, В.: *Неурологија за студенте медицине*, Медицински факултет, Београд, 2009. година.
4. Костић, В., Апостолски, С.: *Терапијске новине у неурологији*, Медицински факултет, Крагујевац, 2002. година.
5. Левић, З.: *Основи савремене неурологије*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2005. година
6. Стевић, З.: *Водич за болеснике са АЛС и другим болестима мото неурона који имају проблема у исхрани*, Југословенско друштво за болести мото неурона и амиотрофичну лателарну склерозу, Београд, 2009. година.
7. Шаренац, Д.: *Здравствена нега старих*, Лицеј, Београд, 2009. година.
8. Шаренац, Д.: *Здравствена нега у примарној здравственој заштити*, Завод за уџбенике, Београд, 2011. година.



Goodwill PHARMA



