



# SESTRINСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 16 • Број 60 • Београд, јул-септембар 2019. • YU ISSN 1451-7590



У ОБЈЕКТИВУ: ЗАПИСАНО У ВРЕМЕНУ



ВИШЕ ОД ХУМАНОСТИ

## ИЗМЕЂУ ПРОШЛОСТИ И СУТРАШЊИЦЕ



Поштоване колегинице,  
колеге, сарадници и пријатељи,  
Добро дошли на Шести конгрес медицинских сестара и техничара са међународним учешћем посвећен историјату сестринства у Србији.

Мото је исти: боје сећања, мирис памћења, дух развоја... Прати нас свих ових година и даје печат свим досадашњим конгресима. Тако ће бити и убудуће. Сведочанство о нашим коренима, садашњости и сутрашњици.

Неко је с правом рекао: Сестре су најбројнија позитивна снага друштва. Најбројнија смо и значајна карика нашег здравственог система чији се статус мора непрестано побољшавати. Професија чија је одлика истинска хуманост у служби човековог здравља. Као део тима, или самостално, обављамо најсуптилније послове здравствене неге и бриге о пацијенту. Њихов смо поуздан ослонац у свакој прилици, што је у природи нашег позива и имена.

Тако је данас, тако ће бити сутра, а тако је било и у прошлости, када су се ова земља и овај народ борили против ропства, за живот достојан човека, за опстанак и слободу, исписујући важне датуме своје историје. Тада су најпре монаси, а потом знане и незнане сестре, нудиље, чуварице, неговатељице, болничарке, бабице, добровољке и како се све нису звале исписивале славне странице историје наше професије, делећи судбину народа и његове војске, трагику рањених и болесних у пошести епидемија масовних размера. Тада су рођене неке наше хероине, неке наше Флоренс Најтингел, наши истински узори за сва времена. Професији на част. Многе су поделиле трагичну судбину својих пацијената.

Конгрес је прилика да се вратимо прошлости, да учимо о њој, ширећи знања о коренима своје професије и њеним пионирским корацима, страдањима, посртањима и узлетима. Чинили смо то од нашег првог конгреса још 2004. године, када смо почели да се бавимо историјом наше професије, тражећи, између осталог, одговоре на питања када су почели организовани облици неге болесника и ко се све и на који начин бавио нашом струком у минулим временима.

Зашто то чинимо? Запитајмо се, свако од нас, шта знамо о професији којој припадамо. Од када она постоји? Када је никла, како се развијала и расла? Ко су били људи који су се определили за овај племенити позив? Какве су биле прве болнице? Како је школован ондашњи кадар? Какве су жртве наше претходнице подносиле у име позива за који су се определиле? Мноштво питања која траже историјски утемељене и поуздане одговоре. Нажалост, признајмо сами себи да немамо довољно сазнања и свести о тим почецима, нити се она школовањем довољно обогаћују и негују.

На срећу, досадашњи напори нису остали без одјека. И минули конгреси и скуп којем присуствујемо уливају наду да се ствари полако, али неумитно мењају набоље. Све су суптилнија сазнања о нашој ближој и даљој прошлости. Упоредо расте свест медицинских сестара и опредељење да поред струке, ваља забележити и све оно што чини свакодневицу везану за нашу професију да бисмо наше сведочанство оставиле у наслеђе онима који долазе. Јер живот и наша стварност не почињу и не завршавају се с нама, уз неписано правило да оно што није забележено није се ни десило.

Вредан искорак у спознаји наше прошлости учињен је објављивањем књиге Станке Копривице Ковачевић „Историја сестринства у Србији“. Тиме је на најбољи начин крунисан седмогодишњи истраживачки напор ауторке и настојање нашег удружења да у суиздаваштву са издавачким кућама „Одбрана“ и „Лицеј“ овековечи значајно време развоја наше професије – Од манастирских болница до краја Другог светског рата. А да би те истине о нама постале и део светске баштине и светске историје сестринства, помоћи ће и издање књиге на енглеском језику, које ћемо са задовољством промовисати током овог скупа. Наравно, у припреми су и нова издања да би сестринска историјска прича била заокружена и целовита и да би сестре имале „све о себи на једном месту“. С разлогом, подстицаје и допринос очекујемо не само од учесника овог скупа из наших редова већ и од угледних гостију из других професија, наших сарадника лекара, историчара, новинара, представника хуманитарних и других удружења и организација, странаца... Од наших драгих гостију сазнаћемо и како се сестринство развијало у Пољској, Енглеској, Словенији, Италији, Норвешкој, Катару, Уједињеним Арапским Емиратима, Хрватској, Републици Српској... Сазнаћемо и какве су биле униформе у ближој и даљој прошлости, а промовисаћемо нашу сестринску химну и на енглеском језику. Много је, дакле, разлога за задовољство.

Уз захвалност нашим покровитељима – Министарству здравља Републике Србије и Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије и свима онима који су пружили помоћ одржавању овог скупа, наш позив и добродошлица упућени су свима који желе да обогате своје знање, да стекну нова познанства и пријатељства, размене искуства и допринесу успешном раду конгреса, наравно уз бодове и продужење лиценце које учешће доноси.

Наша кључна порука је: Учимо из прошлости окренути садашњости и будућности!

У име организатора и домаћина, уз срдачан поздрав, желим вам успешан рад и да нам наредна три конгресна дана донесу нова сазнања о нашој професији, али и да уживате у чарима нашег прелепог Београда.

До следећег виђења. Срећно и берићетно.

# СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис  
УМСТ, КЦС, „Сестринство“  
Број 60, јул-септембар 2019. године

Адреса: КЦС „Сестринство“  
ул. Пастерова бр. 2, 11000 Београд  
Тел: 011/26 43 025, 064/643 7778  
Факс: 011/ 3615 805  
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com  
umstkcs.sestrinstvo@mts.rs  
(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  
Маја Хеми Мраковић

Спољни сарадник-новинар  
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: 800 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 16. бр 60. (јул-септембар 2019).  
– Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“.  
Издаје тромесечно.

## Погледи

### СЛИКА СА НАСЛОВНЕ СТРАНЕ

Има тренутака у животу када пред несвакидашњим призором забележеним оком камере једноставно понестану речи. Када сама слика говори и оно што је речима тешко исказати. Израз неспутане моћи аутентичне фотографије незнаног репортера који се у правом тренутку нашао на правом месту.

Овековечени тренутак. Зауостављени живот.

Управо је таква слика на насловној страни овог празничног броја Конгресу у част. Потресна и снажна у исти мах. Сведочанство о једној храброј жени у добровољачкој мисији, која на нејаким плећима износи из каде човека оболелог од тифуса. Делује готово епски, нестварно. Надреално. Име јој је Наталија Мунк. О њеном животном путу, родољубљу и хуманизму на странама које следе беседи наш познати војни публициста, адмирал Бошко Антић, илуструјући своје казивање потресном фотографијом из Архива Јеврејског историјског института, која никог добронамерног не оставља равнодушним.

Изндрило је ово наше поднебље многе знане и незане хероине попут Наталије Мунк, једне из плејаде сестринских великана наше даље и ближе историјске прошлости, које су делиле трагичну судбину народа и његове војске, чија се имена с разлогом могу исписивати великим словима. О њима је с дужним поштовањем исцрпно писала сестра Станка Копривица Ковачевић у књизи Историја сестринства у Србији. Истраживања ваља наставити. Многа имена и подвизи храбрих сестара и њихових претходница нису забележена, нити су се њихови ликови нашли у кадру објектива. У прошлости и данас. Хероине сестринске професије, неке наше Флоренс Најтингел! Понос и узор генерацијама што долазе!

Из њихових примера сестре црпу инспирацију за свој нима-ло лак, надасве хуман и частан посао. Конгрес је прилика да њихова дела отргнемо од заборавља и забележимо. На насловним и свим другим странама.

Најмање што за њих морамо да учинимо.

С. Ј.



4

СВИ НАШИ  
КОНГРЕСИ



Наталија Нети  
Мунк Тајтачак

ПРВА СРПСКА  
ДОВОЉНА  
БОЛНИЧАРКА

6



Марина Радовановић  
Новаковић

ИСТОРИЈАТ  
СЕСТРИНСТВА  
ДРУГЕ ХИРУРШКЕ  
КЛИНИКЕ



Одзак сестре  
Верике Ђорлуке

РЕНЕСАНСА  
ЉУБАВИ  
И КУЛТУРЕ

12

СТРУЧНИ РАДОВИ

16-30

# СВИ НАШИ КОНГРЕСИ

**ПРВИ КОНГРЕС**  
 О КОРЕНИМА И РАЗВОЈУ СЕСТРИНСКЕ ПРОФЕСИЈЕ  
 ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ-ТЕХНИЧАРЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ  
 СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

- ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
- ДЕЛОКРУГ РАДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА-ТЕХНИЧАРА

23-25. 9. 2004. године  
 Београд,  
 Централни дом Војске  
 Србије и Црне Горе

*Боје селана  
 Мирис бањићена  
 Дух развоја*

**ПРОГРАМ**

Генерални спонзор  
**Panfarma**  
 Београд



**СЕСТРА БРИГА А УБАВ**  
**ДРУГИ КОНГРЕС**  
 О КОРЕНИМА И РАЗВОЈУ СЕСТРИНСКЕ ПРОФЕСИЈЕ  
 ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ-ТЕХНИЧАРЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ  
 СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

- ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
- ДЕЛОКРУГ РАДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА

28, 29, 30. септембар  
 2006. Београд  
 Дом војске Србије

*Боје селана  
 Мирис бањићена  
 Дух развоја*

**ПРОГРАМ**

Покровитељ  
 Министарство здравља Републике Србије

*Боје селана  
 Мирис бањићена  
 Дух развоја*

**ПРОГРАМ**

- Сестра
- Брига
- Љубав

**ТЕМЕ**

- ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
- ДЕЛОКРУГ РАДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА – ТЕХНИЧАРА И БАБИЦА

24. септембра – свечано отварање конгреса у Народном позоришту.

25. и 26. септембра – стручни део конгреса у Дому војске Србије.

**КОНГРЕС**  
 О КОРЕНИМА И РАЗВОЈУ СЕСТРИНСКЕ ПРОФЕСИЈЕ  
 ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ  
 СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

ПОКРОВИТЕЉ  
 МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ



ПОКРОВИТЕЉ  
Удружење медицинских сестара – техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“

# 4 КОНГРЕС

О КОРЕНИМА И РАЗВОЈУ СЕСТРИНСКЕ ПРОФЕСИЈЕ ЗА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ – ТЕХНИЧАРЕ РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

са међународним учешћем  
23, 24, 25. септембар 2010. године, Београд, „Сава центар“

ТЕМЕ:  
 \* ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ  
 \* ДЕЛОЖИТ РАДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА – ТЕХНИЧАРА И БАБИЦА

*Боје сећања  
Мирис памћења  
Дух развоја*

## ПРОГРАМ

ИЗВРШНИ ОРГАНИЗАТОР  
СЕСТРА БРИГА ЉУБАВ







Организатор: Удружење медицинских сестара – техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“

Покровитељ: Република Србија Министарство здравља

Прийатељ: **podrška**

# 5 КОНГРЕС

о коренима и развоју сестринске професије за медицинске сестре-техничаре Републике Србије са међународним учешћем

*Боје сећања  
Мирис памћења  
Дух развоја*

Тема Конгреса  
**ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ**  
Историјат кроз праксу, рад струковних организација, образовање, хероине нашег времена, савремено сестринство, слободне теме...

Центар Сава, 23. – 24. септембар 2015. године

ИЗВРШНИ ОРГАНИЗАТОР  
СЕСТРА БРИГА ЉУБАВ






Организатор: Удружење медицинских сестара – техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“

Покровитељ: Република Србија МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

Клиничко удружење медицинских сестара и здравствених техничара Србије

# 6. НАЦИОНАЛНИ КОНГРЕС

са међународним учешћем

Тема конгреса  
**ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ**  
(историјат кроз праксу, рад струковних организација, образовање, хероине нашег времена)  
– Слободне теме –

## ПРОГРАМ

*Боје сећања  
Мирис памћења  
Дух развоја*

СЕСТРА БРИГА ЉУБАВ

БЕОГРАД, ЦЕНТАР „САВА“  
23. – 25. СЕПТЕМБАР 2019. ГОДИНЕ





Organizer: Association of Medical Nurses-Technicians Clinical Center of Serbia "SESTERINSTVO"

Supported by: Republic of Serbia MINISTRY OF HEALTH

Chamber of Medical Nurses-Technicians of Serbia

# 6th NATIONAL CONGRESS

with international participation


Topic of the Congress  
**HISTORY OF NURSING OF REPUBLIC OF SERBIA**  
(history through practice, work of professional organizations, education, heroines of our time)  
– Free themes –


## PROGRAM

*Colours of memories  
Scent of memories  
Spirit of development*

Nurse Caring Love

BELGRADE CENTAR „SAVA“  
23 – 25 SEPTEMBER 2019





Наталија Нети Мунк Тајгачак

## ПРВА СРПСКА ДОБРОВОЉНА БОЛНИЧАРКА



*Наталија Мунк као члан Управног одбора  
Српског савеза добровољаца.  
(Фото: Архив Јеврејског историјског музеја).*

У Архиву Јеврејског историјског музеја Савеза јеврејских општина Србије, чија грађа износи близу 1.000 дужних метара, пажњу истраживача наше славне прошлости Зорана Докића и Јована Маре привукла је оригинална фотографија болничарке Наталије Мунк, која из каде на леђима износи болесника од тифуса.

Наталија је рођена 1864. године у Београду, у породици београдског занатлије Натана Тајгачака. Запамтила је српско-турске ратове (1876–1878) и изгледа да је то утицало на њену одлуку да се определи за добровољачки рад.

Наталија се удала за кројача Гутмана Мунка, који је имао малу кројачку радњу у Улици Вука Караџића. Код њега су одела шили виђенији београдски трговци.

Родила је седморо деце: Регину, Натана, Мошу, сина непознатог имена, Жанку, Сару и Бебу. Иако сиромашни са пуном кућом деце, кћери су удате, а синови завршили најмање трговачку академију највише Наталијином заслугом.

Синове, кћери, унуке, зетове и снаје ликвидирали су фашисти 1941. године. Спасли су се син др Моша Мунк, резервни потпуковник санитетске службе, и син Филип Ланци, виши правни референт у државном савету. Оба преживела сина живела су и умрла у Израелу.

Као двадесетогодишња девојка јавила се за добровољну болничарку у Београду током Српско-бугарског рата 1885. године и тако постала прва српска добровољна болничарка. У болници у Доњем граду неговала је рањенике и болеснике, па је убрзо постала главна надзорница.

У балканским ратовима 1912–1913. године у Четрнаестој резервној болници неговала је оболеле од тифуса и колере. И сама је оболела од тифуса. Чим је прездравила, почела је с прикупљањем ратног



*Наталија износи из каде на леђима болесника од тифуса – слика симболизује напоре које су болничарке улагале у борби за живот болесних и рањених, а њихов симбол је њихов предводник Наталија Мунк.  
(Фото: Архив Јеврејског историјског музеја).*



*Споменик јеврејским ратницима  
палим за слободу Србије,  
1912-1918. године  
(Сефардско гробље у Београду).*

санитетског материјала и наставила рад добровољне болничарке.

Године 1914. поново се разболела од тифуса, али се није предала. Преживела је и трбушни и пегави тифус, који су десетковали српску војску. Већ идуће године, за време повлачења српске војске, Наталија је без ичије помоћи прикупила средства и у Крушевцу организовала војну болницу. У тој болници покушала је да се задржи до повратка српске војске. Због присмотре и анонимних дојава привођена је и затворана с оптужбом да лечи српске четнике.

Одликвана је Орденом Карађорђевог звезде с мачевима, Златном и Сребрном медаљом краљице Наталије, два пута Орденом Светог Саве, Споменицом рата 1885, Споменицом на рат 1912, Споменицом на рат 1913, Споменицом рата за ослобођење и уједињење (1914–1918) и Крстом милосрђа.

И после завршетка Великог рата, Наталија је била активан члан српског друштва. Била је члан Управног одбора Савеза добровољаца, Управног одбора Јеврејског женског друштва и српског Црвеног крста. У којима је неуморно радила све до дана кад је пала у постељу. Захваљујући свом раду и угледу који је уживала била је без претходне најаве примана код старог краља Петра Првог.

Умрла је 8. априла 1924. године, а поводом њене смрти „Политика“ је објавила: „... данас (у десет часова) Наталија Мунк мирно ће лећи у топлу грудну оне земље коју је она, не само она, искрено љубила, већ којој се у пуној мери одужила. Када је 8. априла 1924. године склопила своје уморне очи, до њене вечне куће у Парцели палих ратника, испратили су је мно-

гобројни преживели ратници које је она сестрински лечила... истакли су њено родољубиво пожртвовање, изванредну скромност и све друге врлине које су красиле ову ретко племениту велику жену. Њена сахрана била је свечана, испратили су је војска и грађани на лафету, уз присуство члана краљевске породице.“

Поводом њене смрти београдске новине су писале: „Ова наша благородна сестра Мојсијеве вере одужила се српском народу као ретко која жена. Она је прва српска добровољна болничарка... Ни часа није мислила на себе. Одболовала је трбушни и пегави тифус, јер је лечила тифусне и колеричне болеснике.“

**Нека јој је вечна слава и хвала!**

### Литература

1. Наталија Мунк, Википедија
2. Никитовић, Мирослав, *Нети Мунк прва српска добровољна болничарка*, Политика 8. 9. 1991. година.
3. Јовановић, Небојша, *Преглед историје београдских Јевреја до стицања грађанске равноправности*, Зборник. Београд: Савез јеврејских општина Југославије: Јеврејски историјски музеј 6, 1962. година.
4. Нови ОМАНУТ: *Прилог јеврејској повијести и култури*. Година XXI. бр. 4 (124), стр. 5. Загреб.
5. *Прича о страсти - српска superheroина Natalija Munk | Ко је био...*
6. <https://www.011info.com/ko-je-bio/prica-o-strasti-srpska-superheroina-natalija-munk>
7. Munk Neti - EL MUNDO SEFARAD [elmundosefarad.wikidot.com/munk-neti](http://elmundosefarad.wikidot.com/munk-neti).

Бошко АНТИЋ

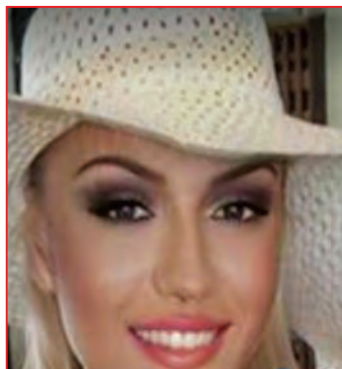
Марина Радовановић Новаковић

Marina Novaković Radovanović

## ИСТОРИЈАТ СЕСТРИНСТВА ДРУГЕ ХИРУРШКЕ КЛИНИКЕ

## HISTORY OF THE NURSEHOOD OF THE SECOND SURGICAL CLINIC

**М**арина Радовановић Новаковић рођена је 6. 8. 1976. године у Косовској Митровици. Основну школу „Светозар Марковић“ завршава 1991. у Крагујевцу. Исте године уписује се у Средњу медицинску школу у Крагујевцу, смер медицинска сестра – техничар, и завршава је 1995. године. После средњег образовања уписује се на Вишу медицинску школу у Земуну и дипломира 1998. године. У септембру 2007. уписује се на Факултет за менаџмент и завршава га 2013. године.



**M**arina Novaković Radovanović  
Date and Place of birth: 06 Aug 1976 Kosovska Mitrovica, Serbia. Education: Elementary School: Attended Elementary school „Svetozar Marković“, in Kragujevac, Serbia graduated in 1991. High School Education: attended Medical high school in Kragujevac (course for Medical Nurse / Technician). Graduated in 1995. Advanced Medical Nursing Degree: attended Advanced Medical school at University of Belgrade. Graduated in 1998. University Degree: Graduated at Management faculty 2007-2013.

На Високој медицинској школи у Земуну 2010. године завршава усклађивање (виша–висока) и стиче звање високоструковна медицинска сестра.

College degree: acquired College Nursing degree in Belgrade in 2010.

Радни однос заснива 1998. године у Ургентном центру Србије КЦС, на Одељењу абдоминалне хирургије (полунтензивна нега). Крајем 2000. године прелази на Клинику за кардиохирургију, одељење интензивне неге. Од јануара 2014. године ради као главна сестра Јединице интензивне неге Клинике за кардиохирургију.

Working Experience: 1998-2000: Emergency Center, University Clinical Center of Serbia- Abdominal surgery ward. 2000-present: Clinic for Cardiac Surgery, University Clinical Center of Serbia - Intensive Care Unit. January 2014 - present: Head Nurse of Intensive care unit at Clinic for Cardiac Surgery, University Clinical Center of Serbia.

### Сажетак

### Abstract

#### Увод

#### Introduction

**У**нашој земљи има доста хируршких установа које су старије од Друге хируршке клинике. Сходно томе седамдесети јубилеј на први поглед и није тако значајан. Међутим, то време је више него довољно да ова кућа својим значајем превазиђе границе наше земље. Друга хируршка клиника била је и остала водећа у многим хируршким дисциплинама, где су посебну улогу, поред лекара, имали носиоци посла медицинске сестре – техничари.

**I**n our country, there are plenty of institutions that are older than the Second Surgical Clinic. Therefore, the 70<sup>th</sup> anniversary might not seem all that important at first sight. However, the time period has been more than enough for this home to surpass the borders of our country. The Second Surgical Clinic has been and remains the leading one in many surgical disciplines in which, apart from the doctors, the special role is taken on by the bearers of the job – medical nurses.

Откад постоји човек осећа се потреба да се он негује и лечи када је болестан. Због немоћи да човек самостално задовољи те своје потребе, с временом се развило и сестринство као професија и здравствена нега као професионална делатност. За допринос здрављу људи није била довољна само жеља да се помогне већ је за то било неопходно поседовање и одређених знања и вештина.

Since the humankind's inception, there has been a need to nurse and treat one when they are ill. Due to the inability of an ill man to satisfy those needs on their own, with time, nursing as a profession and health care as a professional area have evolved. In order to contribute to the health of the people, only a wish was not enough – having certain knowledge and skills were also essential.

Паралелно са развојем медицине, која постаје све мање искуствена, а све више научна, кретао се и развој сестринства и здравствене неге, која у прошлом веку добија и нови квалитет – заштиту здравих.

Parallel to the development of medicine, which has come to be ever less sensory and ever more scientific, nursing and health care have also been evolving, reaching a new quality in the past century – protection of the healthy.



**Циљ**

Покушај правог приказа развоја сестринске професије. Сестрински удео у неговању и лечењу оболелих, као главни стуб посла.

**Методологија израде рада**

Дескриптивни метод.

**Закључак**

Како између здравствене неге и сестринства постоји нераскидива веза, треба истаћи и дефиницију здравствене неге коју је дала Милена Тијанић: „Здравствена нега је дисциплина и пракса медицинске сестре у пружању професионалне помоћи појединцу, породици, заједници када њима недостају снага, воља и знање на свим нивоима здравља, од зачећа до краја живота, с циљем да заштити и унапреди здравље, развије способности за самонегу, или да им помогне да прихвате своја ограничења, туђу помоћ, да достојанствено живе и дочекају миран крај.“

**П**исање историјата тежак је и незахвалан посао. Никада не можете бити сигурни да ли сте били довољно објективни, нити да ли сте неком догађају или личности дали прави значај. Тако ће и овом историјату бити упућено доста примедба. Ако их заиста буде, он неће изгубити на значају. Њиме је делом отргнуто од заборав сећање на 70 година једне од најзначајнијих хируршких кућа.

Институт за кардиоваскуларне болести Клиничког центра Србије постојао је око две деценије, али ако седнете у такси и покушате да објасните возачу како да вас одведе до Института, најлакше је рећи да вози до Друге хируршке клинике. И дан-данас, 2019. године, тако је препознатљива. Али вратимо се на саме њене почетке: Декретом Савета медицинског факултета, 17. фебруара 1942. године потврђено је формирање Клинике за ратну хирургију, која је истовремено проглашена за наставну базу Медицинског факултета. За управника је одређен пуковник доц. др Војислав Стојановић, тадашњи главни хирург Главне војне болнице у Београду. Клиника је била смештена у „првом павиљону“, који се налазио између зграде садашње Друге хируршке клинике и зграде Прве хируршке клинике, те садашње Неуропсихијатријске клинике и срушене зграде Неурохируршке клинике.

На том месту се сада налази Поликлиника Клиничког центра Србије. Када је формирана, Клиника је имала 57 постеља. Током 1950. проширује се на Други павиљон, а средином 1953. године отвара се већ трећи павиљон, у коме је до тада било септично одељење Гинеколошко-акушерске клинике. Тако је крајем 1953. године Клиника имала 170 постеља. Почетком 1951. створен је план о реорганизацији хируршких клиника и наставне хирургије. Клинике

**Aim**

An attempt in presenting the actual development of the nursing profession; the role of nursing in taking care of and treating the patients, as well as the main pillars of the job.

**Research methodology**

Descriptive method.

**Conclusion**

Considering the unbreakable connection between the healthcare and nursing, the definition of healthcare, as given by Milena Tijanic, should also be emphasized: Health care is a discipline and practice of a medical nurse in providing professional help to an individual, family, community, when they are lacking strength, will and knowledge, at all levels of health, from conception to life's end, with a goal to protect and promote health, develop skills for self-care, or to help them accept their limitations, the help of others and live and await a peaceful end with dignity.

су трансформисане и добиле своје називе Прва хируршка, Друга хируршка, Уролошка клиника, Неурохируршка клиника и Ортопедска клиника.

Павиљони у којима је била смештена Клиника подигнути су 1907. године. У том времену свуда у свету су се због евентуалних инфекција и зараза болнице градиле по павиљонском типу како би се, према потреби, поједини павиљони могли искључити из употребе. Клиника је била смештена у три павиљона, који су били повезани ходницима. Сви павиљони имали су посебне улазе са предње и задње стране. Они су увек били закључани, осим главног улаза, који је био у првом павиљону.

Од средине првог павиљона ходником се ишло према другом и трећем павиљону. Други павиљон састојао се од две зграде које су биле повезане ходником и главним ходником. У левом делу павиљона налазио се операциони блок са две операционе сале и просторијама за стерилизацију, те канцеларијама директора, секретарице и главне сестре клинике.

Ходником се стизало до трећег павиљона, где је у другим просторијама била смештена интензивна нега. Ту су у проширеном ходнику биле три велике болесничке собе као и у првом павиљону. Иза болесничких соба налазили су се рендген кабинет, превијалиште, дактилографски биро, а касније и кардиолошки центар. Дакле, у павиљонима су све собе биле пролазне, у низу, па су услови за лечење и опоравак болесника и одржавање хигијене били лоши. То се посебно односило на собе првог павиљона, кроз које је пролазило све особље Клинике, а у данима посете и сви посетиоци.

Због дотрајалости инсталација и кровне конструкције, свакодневно је било посла за мајсторе.

Клиника је имала три болничка одељења, три операционе сале и просторије за све неопходне пратеће службе. Током 1954. године формирана је лабораторија за експерименталну хирургију. А током 1959. основан је и кардиохируршки центар, у коме се су изводиле тада актуелне дијагностичке процедуре (лева и десна катетеризација срца, ангиографија, итд.). У рад центра били су укључени еминентни кардиолози, хирурзи, те стуб сваког тима у здравству – медицинске сестре. Резултат таквог рада била је прва кардиохируршка интервенција на отвореном срцу 1960. године. То је била прва таква операција у Србији, друга у тадашњој Југославији. У том тренутку нисмо у хируршком погледу много заостајали за развијеним светом. До краја 1956. године Клиника је била у саставу Медицинског факултета, а његовом реорганизацијом све клинике, па и Друга хируршка клиника, постале су установе са самосталним финансирањем.

Почетком 1955. године у оквир Клиничког центра Србије ушла је Друга хируршка клиника, која је заједно са Првом хируршком клиником формирала Институт за хирургију. Клинике за кардиоваскуларну, хепатобилијарну, ендокрину хирургију, односно Пејсмејкер центар, остале су у згради Друге хируршке клинике, док су Клиника за дигестивну хирургију, пластичну хирургију и ургентну хирургију биле смештене на Првој хируршкој клиници. Касније се Клиника за пластичну хирургију преселила у зграду у Звечанској улици, где и данас постоји, а Клиника за ургентну хирургију у Ургентни центар Клиничког центра Србије.

Почетком 1985. године уследила је нова реорганизација КЦС у институте. То је спроведено у дело током јуна 1986. године референдумом: формирана су четири института: Институт за болести срца и крвних судова, Институт за болести дигестивних органа, Институт за болести крвотворних органа и Институт за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма.

Главна идеја приликом формирања института била је спајање интернистичког и хируршког дела у једну целину како би била покривена одређена медицинска област.

Али да се вратимо на носиоце посла не само Друге хируршке клинике већ и читавог здравственог система – на медицинске сестре – техничаре. Из године у годину систем функционисања се мењао сходно потребама службе, а све са циљем пружања неопходне неге и лечења болесних људи. На Другој хируршкој клиници годинама су радиле часне сестре Добромила и Петрина. Клиника је за њих била друга кућа. По цео дан су проводиле у операционом блоку, а према потреби, боравиле су и ноћу. У то време на Клиници није постојала дежурна инструментарка. Тек са одласком часних сестара у пензију отворило се дежурство инструментарки као обавезно. Сестра Добромила била је задужена да међу одељењским сестрама бира будуће инструментарке. Њен мото је



био: „инструментарка мора да види све што се догађа за време операције у операционој сали, да прати ток операције, да чује све, али нема уста и језик да одговори понекад превише нервозним операторима.“ Она је подучавала и лекаре почетнике како да се перу за операцију, како да припреме оперативно поље и како да се понашају у операционој сали. Својим тихим гласом умиривала је оперatore и онда када операција није ишла како треба. Сестра Петрина била је задужена за стерилизацију инструмената и операционог рубља. У то време није се догодио ниједан инцидент са стерилизацијом. После одласка часних сестара, успешно су их замениле друге сестре.

Прва главна сестра Клинике била је Драгица Лазић, од 1969. године, која је водила установу у тренутку спајања Прве и Друге хируршке клинике. Потом не треба занемарити допринос у раду, организацији и вођењу других сестара. Ту су биле и Ана Марковић, потом Стана Тодоровић.

У тренутку разједињавања, Клиника за кардиохирургију добија прву главну сестру Милеву Тагар, 2013. замењује је Драгиња Марковић, а 2014. године до данашњег дана клинику води Снежана Матић.

Да не запоставимо и улогу главних сестара осталих клиника. Тако је главна сестра Клинике за васкуларну и ендоваскуларну хирургију Слађана Николић прва главна сестра Пејсмејкер центра била је Милица Ђурић, потом Весна Врагоњић (до данас). На Клиници за кардиологију главна сестра била је Нада Јосифовски, а потом Гордана Исаковић (до данас).

Са пресељењем у садашњу зграду много тога се променило: нови улаз у операциони блок, начин уласка (свако ко је улазио у салу морао је да се иштушира, па тек да обуче гардеробу која је искључиво намењена операционом блоку). Непридржавање ових правила повлачило је санкције. Крајем осамдесетих година прошлог века на Клиници се обим посла знатно повећао. Тадашње сале биле су недовољне, па је направљена сала 6, и то од просторија где су се правили системи за инфузије. Свечано отварање нове сале и јединице интензивног лечења било је у мају 1980. године. Институт је уједно добио нови рендген-кабинет.

Првих година рата, због недостатка едукованог кадра, велики део посла око болесника обављали су болничари. То су биле особе са кратким курсевима за болничаре, током којих су оспособљавани за најосновније медицинске радње. Много касније појавили су се болничари са двогодишњом школском спремом. На одељењима су биле три до четири сестре и оне су радиле пре подне, а само једна је радила по подне и ноћу за сва одељења. Оне су углавном делиле терапију. Са пресељењем у садашњу зграду направљена је нова систематизација особља. На одељењима су са болесницима радиле искључиво медицинске сестре, а неколико болничара остало је у операционим блоку, и то као спремачи. Остали су пребачени на места неквалификованих и полуквалификованих радника. Радиле су као портири, у вешерници или као помоћни радници. Неки од њих су касније завршили средњу медицинску школу. Остали су отишли у пензију, тако да болничара данас на Клиници нема. Сестре на одељењима радиле су све послове око болесника: нега, дељење терапије, дељење хране и развођење по одељењима.

Са успостављањем нове организације рада настављено је деведесетих година 20. века. Пошто болничара више није било, све послове око болесника обављале су сестре. Формирана је и полуинтензивна нега за срчане и васкуларне болеснике, ту су боравили болесници којима си били потребни дужа постоперативна нега и надзор. Са пресељењем у садашњу зграду примљен је велики број медицинских сестара и направљена нова организација њиховог рада. У почетку су радиле недељу дана преподне, недељу дана поподне, недељу дана ноћу и после тога недељу дана биле слободне. На тај начин оне су сваког месеца имале мали годишњи одмор, али ипак је то било доста нехумано, нарочито после перманентног ноћног рада. Младим и неудатим сестрама то је одговарало, али сестрама са малом децом било је тешко. На одељењима је била по једна сестра у ноћној смени, а у интензивној нези две до три сестре, тако да нису имале ни тренутка предаха, нарочито током ратова на територији бивше Југославије, када је наша установа збрињавала све рањенике. Зато је промењен начин рада. Почеле су да раде два дана преподне, два дана поподне, два дана ноћу и најзад два дана биле слободне. Садашњи начин рада од по дванаест сати најхуманији је.

Због комплексности рада у јединици интензивног лечења, систематизацијом је предвиђено да раде искључиво сестре са вишом школом. У то време их није било довољно, па су квалитетније медицинске сестре, по препоруци главне сестре Клинике, пребациване у јединицу интензивног лечења, с намером да се касније доквалификују. Иначе, на рад у интензивну негу примане су искључиво сестре са вишом школом. То тада није заживело будући да их није било довољно. Данас је ситуација сасвим другачија: све већи број сестара улаже у своје образовање, али нас, нажалост, политика КЦС ограничава у запошљавању.



Стога све већи број медицинских сестара посао тражи на другим клиникама, у болничким центрима, али и у иностранству.

Због тешких услова рада, просторног и кадровског, који се погоршавао из године у годину, првенствено кад је реч о обиму посла и степену оболелих, средином 2007. године сестре у интензивној нези добијају најзад 72 сата после ноћног дежурстава. С новом реорганизацијом рада, средином 2010. године, Институт за кардиоваскуларне болести дели се на пет клиника: Клинику за кардиохирургију, Клинику за васкуларну хирургију, Клинику за кардиологију, Клинику за ендокрине болести, Пејсмејкер центар.

Посебан преокрет у функционисању добила је Клиника за кардиохирургију, која је направила велики корак у хирургији отварањем одељења за трансплантацију. Прву трансплантацију Клиника за кардиохирургију обавила је 21. септембра 2013. године. Данас иако малобројна екипа, поред тешких услова за рад, што због недостатка простора и кадра – показује завидне резултате пратећи светска кретања.

Клиника данас броји 55 постеља и 102 запослене медицинске сестре. Од тог броја 75 су са средњом стручном спремом, 20 са вишом стручном спремом, пет са специјалистичким студијама и две са факултетским образовањем. Сестре данас раде у тзв. турнусима (12 сати дневног рада – 24 сата одмора, 12 сати ноћног рада – 72 сата одмора). Све сестре су обучене за рад на савременим апаратима који су неопходни за рад. Такође континуираном едукацијом пратимо иновације у области неге и трудимо се да то применимо у пракси.

**ОВАЈ РАД ПОСВЕЋЕН ЈЕ СВИМ СЕСТРАМА КОЈЕ СУ РАДИЛЕ И РАДЕ НА КЛИНИЦИ И УГ-РАДИЛЕ СЕБЕ У ЊЕН РАЗВОЈ, ТЕ У РАЗВОЈ СЕСТРИНСКЕ ПРОФЕСИЈЕ.**

### Литература

1. Терзић, Н.: *Здравствена нега у хирургији*, Београд, 2002. година.
2. Проф. Владислав Арсов.: *Хроника Друге хируришке клинике*, 2006. година.
3. [www.студенти.рс-медицина-стоматологија](http://www.студенти.рс-медицина-стоматологија)
4. Тијанић, М.: *Здравствена нега и савремено сестринство*, Научна књига Београд, 2004. година.
5. [www.кардиохирургија.рс](http://www.кардиохирургија.рс)

Одлазак сестре **Верике Ђорлуке****РЕНЕСАНСА ЉУБАВИ И КУЛТУРЕ**

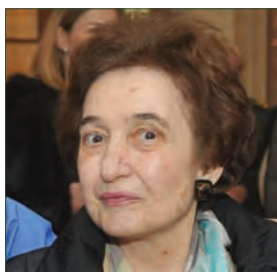
**Кажемо ли ‘слава јој’, љутила би се! Кажемо ли ‘хвала јој’, мало је!  
Није нам била само темељ, узор, васпитач и визионар:  
била је ренесанса љубави и културе српске сестринске професије уопште.**

Медицина је љубав и култура, па тек онда наука и пракса, знање и вештина, достојанство и уметност. Љубав је хуманост и култура је хуманост. Медицинска нега је појам без кога нема медицине. Нема љубави и нема културе. Српска медицина, у просеку, данас је дехуманизована. Онолико колика је атеистичка прошлост, с подржављеним марксизмом и социјализмом, преко ноћи замењена стицањем и беспопштедном конкуренцијом, неолибералном политичком и економском филозофијом. И све то код једног старог, унесрећеног, од Бога и слободе одвиклог народа.

Медицина је постала новац, а човек новчаник. Јавно здравство се руши. Врхунска медицина претаче се у приватне руке. Медицинске сестре и техничари, некад српски професионални понос за петицу, данас су сведени на „пет – пе“: потплаћени, понижењени, потрошени, подељени и потцењени! Не само да нам нега, углавном, није добра већ је и етички кодекс медицинских сестара и техничара доведен у питање.

**Подређеност високим етичким начелима – добру пацијента**

Кад се говори о филозофији сестринства (даље *сестре*, подразумевају се и техничари), у делу који се односи на етику и филозофију науке, филозофија им налаже да се брину о болесницима, да их штите, да се боре за њихову сигурност, потребе и права, да своју праксу проверавају кроз научноистраживачки рад, да утичу на здравствену политику, да организују, управљају, образују (1). Од модерне европске медицинске сестре очекује се да пре свега буде експерт у комуникацији. Да уме саслушати, осетити, разумети, подржати болесника. Очекује се да буде професионалац с јаком емпатијом, подређен високим етичким начелима. Истичу се као посебно важни лични и професионални интегритет, ауторитет, самосталност и флексибилност модерних медицинских сестара. Сес-



*Верика Ђорлука:  
дубок траг  
у сестринству ВМА  
и Србије*

тра није ту да би била подређена ауторитету и знању лекара, већ ауторитету општепризнате и врховне хуманистичке вредности – добру пацијента (2)! У том се смислу уређени свет посебно бави образовањем и васпитањем медицинских сестара (3).

Србија је у проблему. У медицинске школе (и не само медицинске) долази, по правилу, или слабо васпитана или васпитно запуштена младост. Долазе у руке професорима који се труде да образују, а за оно много важније, за васпитање, немају ни снаге, ни знања, ни подршке, ни мотивације. Дипломе се купују на свим образовним нивоима, знају то и ђаци и професори. Они који данас заговарају тежак рад као услов успеха не само да су ретки већ их друштво сврстава у ред готово поремећених. Ова „трагика тренутка“ врхуни у практичној медицини. Терцијарној поготову. Најбоље младе сестре одлазе у иностранство. Остаје преморена зрелост и потрошена старост. Долази сестринска младост коју, уз огромне дневне обавезе, треба уклапати, учити и васпитавати. Лекари, по правилу, слабо разумеју место, значај и профил модерне медицинске сестре. Њихова подршка сестрама изостаје у оном суштинском, не декларативном смислу. Закон о забрани запошљавања у јавном сектору,<sup>1</sup> не водећи рачуна о посебности и важности здравства, нанео је српској медицинци непоправиву штету. Војној медицини штету над штетама.

Просечна медицинска сестра у Србији се из дана у дан удаљава од професионалних етичких и научних принципа. За виши степен етике, и за науку, сестара данас нема, нису мотивисане и немају времена. То се не односи само на сестре извршиоце, односи се, нажалост, и на оне које би морале предњачити у филозофији сестринске професије: на главне сестре и сестре руководиоце тимова. Да ли је све изгубљено? Далеко од тога! У нове сестринске нараштаје може се и мора веровати. Морају се волети, подучавати, васпитавати и чувати. Практика је показала да тимови медицинских професионалаца с промишљеним вођством, знањем и вештином могу учинити чудо. Трансдисциплинарни медицински модел, где лекари и медицин-

<sup>1</sup> Закон о начину одређивања максималног броја запослених у јавном сектору (*“Sl. glasnikRS”*, br. 68/2015, 81/2016 - odluka US i 95/2018)

ске сестре – у кругу око пацијента и његове породице – једни другима преносе суштину поседованих знања и вештина, допуштајући слободу, флексибилност и индивидуалност сваке медицинске бранше. Тај медицински модел је моћ која исправља пропуштено и унапређује постигнуто. Будућност нам је у прошлости којом ћемо оплеменили и надградити садашњост. Уз рад и упорност, уз Божју милост и критичност, потребни су нам темељи, узорци, васпитачи, визионари. Има их и у прошлости и у садашњости. Потребна нам је ренесанса културе и љубави.

### Знано име: сестра Верица са Војномедицинске академије

Има прекрасних људи чије су личности и дела избрисали њихова презимена. Кад се каже или напише њихово име, сви који чују и читају знају о коме је реч. Сви у српском и југословенском сестринству с краја 20. и почетка 21. века знају ко је сестра Верица. Сестра Верица с Војномедицинске академије. Госпођа која је то била и у време другарица, дама и пуковник санитетске службе, инжењер организационих наука, негдашња главна сестра ВМА: сестра Верица Торлука.

Сестра Верица је умрла на Војномедицинској академији 15. 6. 2019. године.

Кажемо ли ‘слава јој’, љутила би се! Кажемо ли ‘хвала јој’, мало је! Није нам била само темељ, узор, васпитач и визионар: била је ренесанса љубави и културе српске сестринске професије уопште.

Дама из Беле Цркве. Супруга, мајка, бака. Класична гимназија. Виша школа за медицинске сестре на Војномедицинској академији. Сестра на Кардиолошкој, Кожној и Очној клиници ВМА. Сестра едукатор. Сестра војник. Петнаест година главна сестра ВМА. Сестра аналитичар Центра за информатику ВМА. Сестра која се усавршавала у Данској и Енглеској. Сестра која је завршила Факултет организационих наука. Сестра која је говорила стране језике. Сестра која је сликала. Сестра која је истински комуницирала. Сестра која је развијала информатички систем ВМА. Сестра која је здравственој нези трасирала пут у информатику и осмишљавала модул. Сестра која је утемељила водич добре праксе. Сестра филозоф Процеса здравствене неге (4). Сестра која је сестрама уобличио делокруг рада. Сестра која је кроз МОНЕЗИС, модул неге здравственог информационог система, задужила КБЦ „Др Драгиша Мишовић“. Сестра која је урадила „Појмовник“ сестринства, дајући допринос не само стручној лингвистици него и општој култури. Сестра писац чланака и књига. Сестра рецензент књига и чланака. Сестра са својим сајтом, блоготом, сестра са именом, душом, духом, харизмом.



### Спој лепог и доброг какав се ретко среће

Оно што је издвајало Верицу од свих су дух, душа, душевна лепота и њено лице. Зрачила је неком наднаравном милином, која је одмах освајала. Била је то милост живахна и духовна, лепота изнутра и лепота споља, спој лепог и доброг какав се ретко среће. То је оно о чему пише, кад пише о љубави и лепоти, ренесансни уметник Марсилио Фиђино (1433–1499). А пише да: ова милост која проистиче из љубави и лепоте, уз помоћ разума, вида и слуха покреће и весели наш дух (5). Верица је била покретач. Увек ми се чинило да шири љубав и милосрђе не толико у смислу професионалне колико у смислу хришћанске етике. За разлику од цара Давида, који се плашио да људима не падне у руке (6), у Веричине руке пацијенти су веровали и за њих давали све. Била је личност с ауром душебрижника. Све сте јој могли рећи, и као колега и као пацијент, без бојазни да ће то отићи даље и раширити се околу. Човек је биће кривице. Имати уз себе сарадницу, која воли и уме да воли, која прашта и уме да прашта, значило је имати неког ко ће вас, кад треба, саслушати и олакшати вам пут из провалије греха ка радости покајања (7).

Верика је била и професионалац и васпитач и културни радник. Оно што је код нас и најређе и најтеже. Васпитач у медицини и ван ње. Култура ван медицине и у њој. Њена личност и дело – и једно и друго богато и праведно – „бонтонирали“ су сестринску праксу. Била је пример и остала: како сестра изгледа, како ради, како се понаша, како иза себе оставља неизбрисив траг. „Бонтонирање“ сестринске праксе значи стављање бољих обичаја степеницу изнад сестринског заната и клиничких правила (8). Више делом, мање речима, Верица је учила и подучавала: како се опходи према старијима и старешинама, како према деци, како се слуша пацијент и шта се из тога може наслутити, а шта сазнати; учила је и подучавала: с ким се мора на „ви“, с ким се може на „ти“, зашто су речи „извините“, „молим“, „опро-

стите“ и „хвала“ речи универзалне љубави и снаге; учила је и подучавала сестринство да карактер није у кармину, ни чар струке у чипканим чарапама; учила је и подучавала да је култура сталан рад на себи и несебичност у размени вишег нивоа душе. И за Верицу је примитивац био нехуман. Борба против некултуре у медицини и ван ње успешна је прича једног вансеријског живота. Увек ме подсећала на примадону културне педагогије, давно заборављеног покушаја уједињења класно подељеног друштва по критеријуму културних вредности и моћи бољих обичаја (9).

### Нема ничег вредног што нам није оставила

Сестре Верице нема и нема ничег вредног што нам није оставила.

Све што треба написала је, мора се читати. Постоје људи који су је знали, требало би их слушати. Ту је њен дух, ваља га следити. Дух великана једног народа призива се и јача како тај народ појединачно и колективно слаби. Зато је наша Верица жива и она ће зато живети. Брига о младом нараштају одсудно је питање српске медицине и њеног сестринства у борби против растућег нихилизма. Заборачили смо у четврту индустријску револуцију. Дигитализација је велика антикорупцијска и просперитетна шанса Србије (10). Не будемо ли се, међутим, мењали у смислу љубави, културе и људскости, не понудимо ли младима у медицини шансу да буду бољи од нас, будућност нам неће вредети и већ сад се може кодирати кодом нула на четврту! Србија се не сме затварати и остављати у окружењу. Морамо се вратити Богу, раду, реду и респекту рада.

И Радоју Домановићу!

Радоје је за младе – који то можда не знају, а за младе у медицини који то сигурно не знају – био велики српски писац с почетка 20. века. Писао је, на пример, о Марку Краљевићу који је други пут дошао међу Србе. И о размишљању једног обичног српског вола. У интересу наставника средњих, виших и високих медицинских школа, у интересу наставника медицинских факултета, у Србији данас, у њиховом је личном интересу да воловима не дају дипломе. Јер им се – њима првима! – може десити да их сутра неко ко себе сматра Марком Краљевићем медицине, а само му је кеса на памети, може им се десити да их тај и такав негује на муфте, или да их разбуца као Муса Кесеџија. Младим сестрама и медицинарима који тек ступају на дужност препоручујемо да нађу, још их има, велике духове медицине и да се уз њих прилепе. Да им постану посланици, послушници, сеизи. Кажимо и то да се великани сестринске науке и праксе данас налазе најчешће ван званичних катедри.

### Како препознати великане

Домановић је давно, шалећи се дабоме, заговарао да наставници, учитељи, баш као и официри, имају своје сеизе, дакле посилне. Обарао се на ондашњу корупцију у војсци, изругивао се наш сатиричар питањем: ако посилни, с временом, трпећи псовке и шамаре, перући жени официра пелене и порције, заслужују звање косовског осветника, „зашто не би ђак који професору пере порције имао иста права као и онај који је учио језике, римско право, хемију, литературу и друге науке“ (11). Обрнимо Домановића и закључимо: млади сестрински нараштај мора се везати за пробране учитеље који образују и васпитавају и за великане праксе који ће их учити, васпитавати, контролисати и подржавати. Има их. Не много, али има. Остаје једно важно питање: Како да почетници у сестринству, и у медицини уопште, препознају великана кад су за државу данас великани углавном велики мешетари? Ево како. Ако буду радни, вредни и упорни, упутиће их Бог: то једно! А друго: постоје неживи, а живи великани професије, до чијих се дела лако може доћи. Они се морају студирати, промишљати, доживљавати. Они су потребни српској медицини, данас више него икад. И зато су ту премда нису, зато су овде иако их нема. Преко њих се стиже до живих великана који су им слични, који ће у младе веровати и који ће кућу српског сестринства темељити, пре науке, знања и вештине, на ренесанси љубави, културе и хуманизма.

Баш као што је радила и ради наша и ваша сестра Верица.

### Литература

1. Калауз, С. – *Етика у сестринству*. Медицинска наклада, Загреб, 2012: 127.
2. Еиде, Х., Еиде, Т. – *Комуникација сестра–пацијент* (превод с норвешког Зорица Митић). Удружење медицинских сестара и техничара Србије Београд, 2005: 243.
3. Ely C, Scott I, Nicol M. *Essential Study Skills for Nursing*. Mosby Elsevier, 2007.
4. Ђорлука, В., Алексић, Ж. – *Нови квалитет у организацији и садржају рада медицинских сестара и техничара*. Веларта, Београд, 1996: 58-94.
5. Пантић, М. – *Хуманизам и ренесанса*. Свјетлост, Сарајево, 1960: 37.
6. Димитријевић, Д. – *Морално богословље. Православна етика*. Београд, 1973: 47.
7. Јеротић, В. *Хришћанство и психолошки проблеми човека*. Арс Либри 2017: 251.
8. Јолић, М., Вићовац, Ј., Ђорђевић, Д. – *Нега болесника, општа и специјална*. Медицинска књига, Београд–Загреб, 1988. година.
9. *Енциклопедијски рјечник педагогије*. Матица хрватска, Загреб 1963: 422.
10. Филиповски, Д. – *Дигитализација као алат у борби против корупције*. „Политика“, рубрика Погледи, 30. 7. 2019.
11. Домановић, Р. – Целокупна дела. Књига друга. *Наставник и ученик*. Народна просвета, Београд: 406-408.

Проф. др Александар Ђуровић,  
пуковник

Верица Ћорлука

**ЖИВОТ ПОСВЕЋЕН ПРОФЕСИЈИ**

**Дела Верице Ћорлуке наставила су свој „живот” без свог аутора – путујући кроз простор и време, до медицинских сестара у Србији и ван ње које су биле жељне нових сазнања.**

**Н**апустила нас је наша Верица Ћорлука, виша медицинска сестра, инжењер организационих наука.

Цео свој живот посветила је професији медицинске сестре и њеном унапређењу.

Цитирала бих овом приликом њене речи, којима је на прави начин описала осећај испуњености нашом професијом: „Осећала сам се као стручњак испуњена и потпуно остварена у сестринству, тј. у професији, само у свом раду са болесницима. Што се осталог мог рада тиче – педагошког, литерарног и руководећег, сада када са одређене дистанце анализирам све то, а посебно садржај сачињене стручне литературе коју сам написала заједно са коауторима, чини ми се да су та дела стварана у времену које није било њихово (или је њихово време тада било одложено). Та дела, као и сва друга, наставила су свој ‘живот’ без свог аутора – путујући кроз простор и време, до медицинских сестара у Србији и ван ње које су биле жељне нових сазнања.“

Богату животну и радну биографију сестре Верице одликују непрекидно учење и усавршавање. После завршетка класичне гимназије, долази у Београд, 1956. године, и завршава Вишу школу за медицинске сестре ЈНА при Војномедицинској академији.

Радила је на Кардиолошком одељењу, а наредних девет година била је предавач и инструктор у истоименој школи на ВМА. Као медицинска сестра са руководећом функцијом радила је на Очној и Кожној клиници ВМА, а од 1972. била је главна сестра ВМА у непрекидном трајању од 15 година.

Након завршених студија на Факултету организационих наука, са функције главне сестре прелази у Центар за развој болничког информационог система ВМА, где је провела последњих пет година активне војне службе. Тада први пут у тадашњој Југославији, са групом информатичара, лекара и клиничких сестара, дефинише садржај Модула неге.

Верица је била активни учесник стручних скупова, семинара, конференција и конгреса са многобројним рефератима и предавањима из области сестринства, а значајније теме су штампане и у познатим стручним часописима. Усавршавала се и у иностранству и то у оквиру студијске групе Министарства здравља.

Верица Ћорлука била је и члан прве Радне групе за здравствену негу формиране у Министарству здравља Србије, која је усвојила и публиковала прве стандарде неге у садржају Водича добре праксе 2002. године.

У опсежној и интензивној сарадњи са сестрама Клиничког центра Србије, у оквиру радне групе, активно је учествовала и у изради садржаја Национал-



ног делокруга рада за медицинске сестре – техничаре и бабице. Идејна решења за израду садржаја и методологија тих докумената потекла су од Верице Ћорлуке, али коначни и богати садржаји дело су многих сестара бројних здравствених институција Србије.

Верица је била активни учесник у едукативним програмима и курсевима који су организовани у Клиничком центру Србије, а односили су се на мењамент људских ресурса, што су заправо почели континуиране едукације сестара.

Сестра Верица Ћорлука је и идејни творац и предлагач садржаја Монезис из 2011. године, заједно са колегицом Зором Петровић, Верицом Сеничић и информатичарем Марком Јовановићем у тиму за развој и имплементацију Модула неге здравственог информационог система у КБЦ „Др Драгиша Мишовић“.

Колегицима у Удружењу „Сестринство“ КЦС дала је сачињени предлог за израду платних разреда према врсти, сложености, одговорности и тежини стручних послова и радних задатака медицинских сестара – техничара.

Иницијатор је израде Појмовника – терминолошког речника за медицинске сестре – техничаре и бабице).

Уз активно учешће у изради бројних публикација, немерљиво важних за рад сестринске службе, Верица Ћорлука била је ангажована као рецензент уџбеника за сестре, приручника за квалитетнији живот паралегичара са стандардизованим активностима медицинских сестара – техничара у рехабилитацији и два водича добре праксе.

Веома плодна биографија сестре Верице говори у прилог чињеници да је нашу професију разумела на најбољи начин.

Оставила је генерацијама иза себе не само писани траг већ и идеју да жељу за напретком никад не губимо и да увек стремимо бољем.

Добитник је многобројних признања и награда, међу којима и одликовања: Орден за војне заслуге са сребрним мачевима (1970), Орден Народне армије са сребрном звездом (1976), Орден за војне заслуге са златним мачевима (1981), Орден рада са златним венцем (1988). Добитник је и Значке Југословенског црвеног крста за залагање у раду.

Због свега тога заслужује да је се сећамо са апсолутним поштовањем.

Бојана Јовановић, главна сестра ВМА



Наташа Ракић,  
служба за патохистологију, КЦС

## ТУМОРИ УХА – ПАТОХИСТОЛОШКА ВЕРИФИКАЦИЈА

**Н**аташа Ракић рођена је 8. 2. 1975. године у Београду. У Средњу медицинску школу на Звездари уписала се 1990, а завршила је 1994. године. На Пољопривредни факултет Универзитета у Београду уписала се 1994, а дипломирала је 2015. године на смеру Мелиорација земљишта.

Од 1997. године запослена је у Клиничком центру Србије у Служби за патохистологију, на одсеку за патологију главе и врата Клинике за оториноларингологију и максилофацијалну хирургију Клиничког центра Србије (на радном месту – лабораторијски техничар). Од 2013. године успешно обавља функцију едукатора за службу патохистологије Клиничког центра Србије.

Добитник је више захвалница за презентацију научних радова на симпозијумима за здравствене раднике свих профила са међународним учешћем (од 2009. године до данас). Радове је излагала и на „ОРП недељи“ 2010, а 2018. године учествовала у мултидисциплинарном приказу случаја пацијента са карциномом ларинкса на интерном стручном састанку здравствених радника Клиничког центра Србије, 2009. године.

Члан је Удружења „Сестринство“ од његовог оснивања и Савеза здравствених радника Београда и Србије од 2009. године. Обавља функцију секретара Савеза здравствених радника Београда од 2016. године. Учесник је бројних клиничких студија у склопу тимова за испитивања нових лекова за лечење малигнома регије главе и врата.

### Сажетак

**У**хо представља периферни парни орган чула слуха и равнотеже. Сложене је грађе и састоји се од спољашњег, средњег и унутрашњег уха. Тумори уха су релативно ретки, углавном воде порекло из коже ушне шкољке, са могућим захватањем структура средњег и унутрашњег уха. Могу бити бенигни и малигни. Процес обраде ткива, односно узорака тумора уха вишефазан је дијагностичко-лабораторијски поступак неопходан за прецизну диференцијацију типа неоплазме. Патохистолошка верификација може бити заснована на основном бојењу, али може захтевати и додатна хистохемијска и имунохистохемијска бојења која компликују и продужавају пут до прецизне дијагнозе.

Nataša Rakić,  
Pathohistology Department, KCS

## EAR TUMORS - PATHOHISTOLOGICAL VERIFICATION

**N**ataša Rakić was born on February 8, 1975 in Belgrade. She enrolled in Medical school „Zvezdara“ in 1990, and graduated in 1994. She enrolled in Faculty of Agronomy in 1994. and graduated in 2015. („Soil meliorisation“).

Since 1997. Nataša Rakić is an employee of Clinical centre of Serbia (Department of histopathology-section for head and neck pathology).

Since 2013. she performs a function of an Educator for department of histopathology, Clinical centre of Serbia.

She received multiple awards for her participation in multiple symposia for health workers of all profiles (2009., 2010, 2018.).

She is a member of „Sestrinstvo“ and „Saveza zdravstvenih radnika Beograda“ syndicates and is also the Secretary of „Saveza zdravstvenih radnika Beograda“ since 2016.

Nataša Rakić is included in all clinical studies concerning novel therapies in malignant head and neck tumors.

### Abstract

Hearing and body posture depend on ear-a complex organ divided into external, middle and internal portion. Ear neoplasms are rare and may be benign and malignant. External auditory canal skin tumors are the most common ear tumors. Diagnostic process depends on histopathological analysis-for this type of analysis sometimes a basic stains suffice; sometimes there is a need for further histochemical and immunohistochemical analysis.





## ТУМОРИ УХА – ПАТОХИСТОЛОШКА ВЕРИФИКАЦИЈА

### Увод

**У**хо представља периферни, парни орган чула слуха и равнотеже, који се налази симетрично са обе стране главе. У грађи уха разликујемо: спољашње, средње и унутрашње ухо. Спољашње ухо чине ушна шкољка и спољашњи ушни канал. Ушна шкољка је хрскавичав орган, споља је прекривена кожом, а са унутрашње стране има наборе. Левкасто се сужава у спољашњи ушни канал, на чијем крају се налази бубна опна. Она представља границу између спољашњег и средњег уха. Средње ухо налази се у шупљини слепоочне кости и испуњено је ваздухом. Чине га три међусобно зглобно повезане слушне кошчице (чекић, наковањ и узенгија) и унутрашњи ушни канал (Еустахијева туба). Она повезује средње ухо са ждрелом. Унутрашње ухо налази се у удубљењу лобање и представља најсложенији део чула слуха. Испуњено је лимфом. Део унутрашњег уха спирално је увијен и у њему се налазе рецептори за слух – механорецептори. Чулне ћелије су повезане са слушним нервом.

### ТУМОРИ УХА

Тумори уха су релативно редак тип тумора. Као остали тумори, и они могу бити бенигни и малигни и могу се јавити у било ком делу уха.

Бенигни тумори, који се могу јавити на ушној шкољци су: папилом, аденом, фибром, миксом, хемангиом, рабдомиом, хондром, неурином. Малигни тумори су: карциноми коже, меланом, саркоми. Могу се јавити и преканцерозне промене као што су кератоза, кератинични (кожни) рог, Боњенова болест (са in situ).

Тумори спољашњег слушног канала могу бити бенигни и малигни. Бенигни су слични туморима аурикуле. Јединствен је само церумином – бенигни тумор церуминозних жлезда. Локално је инвазиван и деструктиван и мора се хируршки уклонити. Најчешћи малигни тумор спољашњег слушног канала је планоцелуларни карцином, који се локализује претежно у унутрашње две трећине канала, а нешто ређи је базоцелуларни карцином, локализован у првој трећини канала. Личе на неравни полип, који испуњава спољни слушни канал и лако крвари на додир.

Тумори средњег уха могу бити бенигни и малигни (1–3). Најчесталији бенигни тумор средњег уха је гломус тумор, док су остали ретки. Гломус тумори су тумори параганглионарног ткива, добро васкуларизовани, споро расту (годинама) и локално су деструктивни (разара кост и проширује бубну опну). Изузетно ретко малигно алтеришу. Најчешће се јављају код жена, старости 30–50 година. Главни малигни тумор средњег уха је планоцелуларни карцином – сквамозних ћелија. Представља озбиљну компликацију хроничног гнојног запаљења уха. Развија се годинама и обично се открива у узнапредовалом стадијуму. Изузетно је агресиван, продире према ендокранијуму и аорти carotis interna.

Тумор унутрашњег уха је акустични неуром (шваном – бенигни тумор пореклом од омотача периферног нерва). Обично је спорорастући. Развија се на главном (вестибуларном) нерву, који води од унутрашњег уха до мозга. Огранци овог нерва директно утичу на равнотежу и слух, а притисак од акустичног неурома може проузроковати губитак слуха, зујање у уху и нестабилност. Класификује се као један од тумора мозга.

Бенигни тумори су чешћи у односу на малигне без обзира на то у ком делу уха да се јављају. Тумори уха заступљенији су код мушког пола у односу на женски пол.

### СИМПТОМИ И ДИЈАГНОСТИКОВАЊЕ ОБОЉЕЊА

Симптоми који нам указују на ова обољења су многобројни (слика 1), али за све типове тумора уха заједнички симптоми су бол у уху и губитак слуха, појава раница код тумора аурикуле, секреција, главобоља, оталгија (бол који се презентује у пределу уха), тинитус (осећај звука у уху без одговарајућег спољашњег подражаја), вртоглавице, парализа, зујање у ушима, нестабилност... Да бисмо дијагностиковали обољење, неопходан нам је отоскопски преглед, ЦТ и на крају биопсија, којом одређујемо дијагнозу. Лечење одређених бенигних тумора је хируршко, мада ако не праве компликације, могу се само пратити. Малигни тумори се обавезно хируршки лече уз радиотерапију.



Слика 1: Бол је чест симптом обољења спољашњег и средњег уха

## ПАТОХИСТОЛОШКА ДИЈАГНОСТИКА ОБОЉЕЊА

Патохистолошка обрада ткива је сложен процес и састоји се од више фаза обраде (слика 2). То су: пријем, подела, фиксација, калупљење, сечење и бојење препарата.

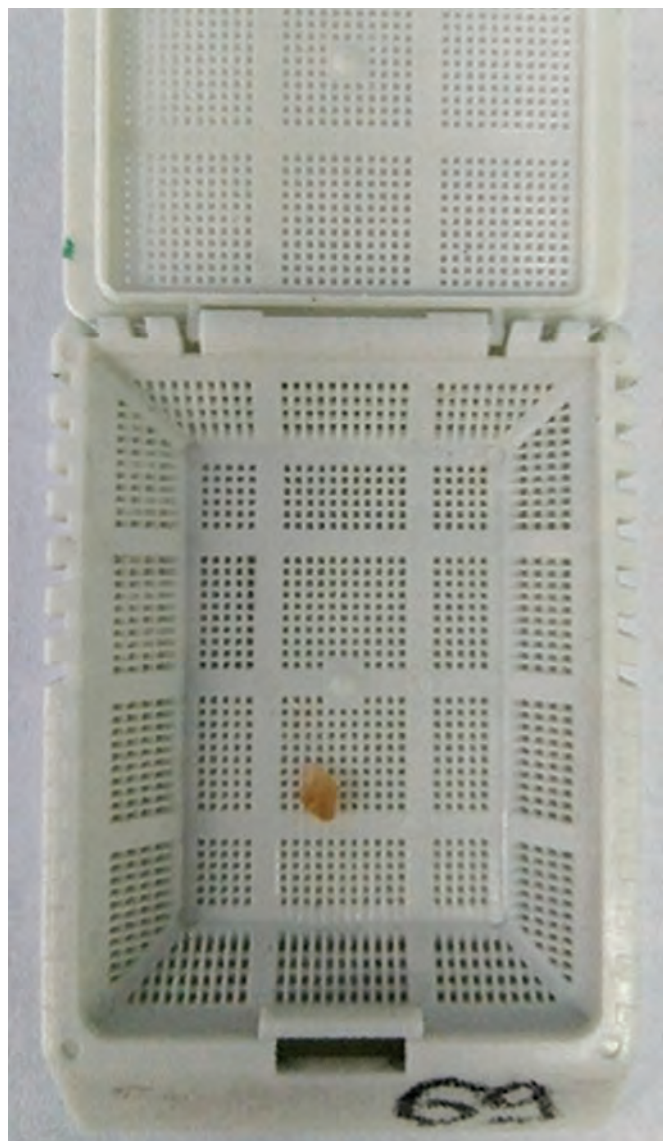
Приликом пријема материјала неопходно је да се подаци на бочици или посуди с материјалом поклапају с подацима на пратећој хистопатолошкој упутници. После уношења података у протокол, пацијенту се додељује број, који се провлачи кроз све фазе обраде.



Слика 2: Макроскопски преглед, опис, мерења и одабир репрезентативних ткивних исечака за патохистолошку анализу.

Иако се наизглед чини да се сва ткива обрађују исто, обрада сваког ткива изискује другачији приступ. Подела материјала подразумева да патолог прегледа сав материјала, при чему одабира репрезентативне исечке за даљу обраду. Код поделе аурикуле, било да је цела ампутирана или део, неопходно је да одреди-мо линије ресекције. За то користимо ткивне боје, туширамо ткиво и пажљиво обележавамо исечке како бисмо видели докле се тумор простире. Из осталих делова уха добијамо углавном мало ткива на анализу и цело обрађујемо.

Међутим, можемо добити материјал који је ве-ома мали. Обавезно га стављамо у касете са густом мрежом (слика 3). Ако добијемо узорак темпоралне кости или калцификовано ткиво, морамо га третирати мрављом киселином или остеодеком док не омекша.



Слика 3: Касете са густом мрежом које се користе за фиксацију врло ситних ткивних узорака.

Фиксацију узорака вршимо углавном аутоматизовано (слика 4).



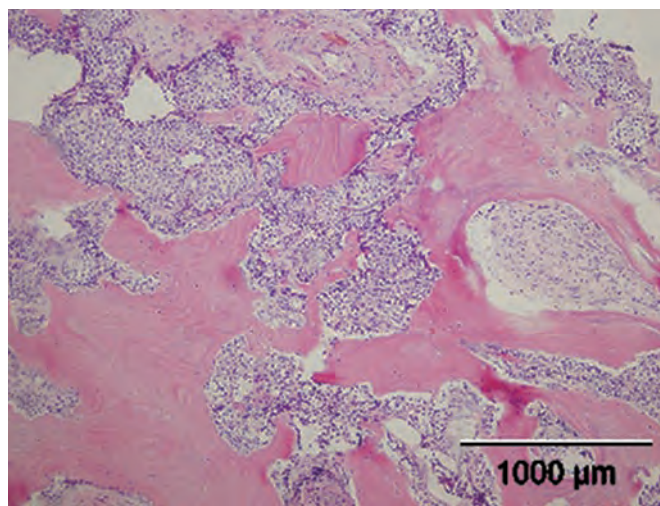
Слика 4. Ткивни процесор компаније Leica-циклус обраде ткива 18-20 сати.

Апарат у коме се обавља ова фаза је ткивни процесор. Узорци се извесно време потапају у алкохоле растуће концентрације како би се из ткива истиснула сувишна вода, затим ксилол и меки парафин. Међутим, ако добијемо материјал који је једва видљив или је беличасте боје, прозиран, фиксирамо га ручно. Алкохол 96% бојимо еозином како би ткиво попримило ружичасту боју.

Калупљење је фаза уклапања ткива тврдим парафином како би се добио парафински блок. У металне модле стављамо исечак ткива, прекривамо га мрежицом на којој је исписан одговарајући број и преливамо тврдим парафином. Модлу одлажемо на хладну плочу како би се парафин стегао. Уклапање изузетно ситног материјала, какав је углавном из уха, знатно је олакшано када еозином обојени узорак уклапамо у парафински блок. У супротном ткиво би се стопило са парафином и отежавало би нам сечење. Апарат којим сечемо парафинске блокове зове се микротом. На њему сечемо узорке дебљине 3-4 микротома, пребацујемо их у водено купатило како би се опружили и затим их лепимо на плочице са одговарајућим бројем. Сушимо их у термостату, депарафинишемо.

Основно бојење у патохистологији је хематоксилин-еозин (слика 5). Када је ткиво изузетно ситно,

веома пажљиво га сечемо, морамо га штедети, јер патологу можда основно бојење није довољно за постављање дијагнозе. Некада су неопходна додатна бојења како би се поставила прецизна патохистолошка дијагноза: хистолошка бојења, имунохистохенојска... Иако су неки препарати изузетно мали, у њима имамо довољно ћелија које су нам неопходне за постављање дијагнозе. Дијагностиковање гломуса је отежано тиме што се тумор оштети каутером приликом операције и крвари. Занимљиво је да у уху можемо наћи метастазе различитих тумора, рецимо дојке.



Слика 5. Хематоксилин-еозин бојење: коштано ткиво инфилтрирано тумором које се види између коштаних гредица. Х&Е и 400.

Уместо закључка, моја препорука је да бол у уху не треба занемаривати, већ се на време обратити лекарима!

### Литература

1. Djerić D, Borčić I, Tomanović N, Cvorović L, Blazić S, Folić M, Djorić I. The facial palsy as first symptom of the temporal bone lung cancer metastasis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017 83:720-722.
2. Kai N, Ishii H, Morinaga R, Sonoda H, Oka H, Amemiya Y, Iwata A, Otani S, Umeki K, Sakashita H, Kadota J. Pulmonary adenocarcinoma with facial nerve palsy as the first sign of onset due to a metastatic temporal bone tumor. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi.* 2009; 47:304-7.
3. Weiss MD, Kattah JC, Jones R, Manz HJ. Isolated facial nerve palsy from metastasis to the temporal bone: report of two cases and a review of the literature. *Am J Clin Oncol.* 1997 ;2001:19-23.

Марта Ковач, Клиника за кардиологију  
КЦС, Београд

Marta Kovač, Clinic for cardiology  
KCS, Belgrade

## СПЕЦИФИЧНОСТИ У КОМУНИКАЦИЈИ СА УЧЕНИЦИМА И СТУДЕНТИМА У КЛИНИЧКО–БОЛНИЧКОЈ ПРАКСИ

## SPECIFICATIONS IN COMMUNICATION WITH PUPILS AND STUDENTS IN CLINICAL AND HOSPITAL PRACTICE

**М**арта Ковач рођена је 17. 10. 1988. године у Панчеву. Средњу медицинску школу завршила је у Панчеву 2006. године. На основне струковне студије, смер струковна медицинска сестра, уписује се 2011. године на Високој здравственој школи струковних студија у Београду, а завршава их 2014. године. На специјалистичке струковне студије из области клиничке неге у истој школи уписује се 2017, а завршава их 2018. године.

Учествовала је на неколико конгреса, симпозијума и на многобројним стручним састанцима у оквиру континуиране медицинске едукације.

Од априла 2015. године ради у Коронарној јединици Ургентног центра КЦС, а потом од децембра 2017. радни однос наставља на Клиници за кардиологију КЦС.



**М**arta Kovac was born on October 17<sup>th</sup>, 1988 in Pancevo. She completed her secondary medical school in Pancevo in 2006. In basic vocational studies, in the direction of a professional nurse, she enrolls in 2011 at the High Medical School of Vocational Studies in Belgrade, and ends in 2014. In specialist medical studies in the field of clinical care in the same school, she enrolls in 2017 and ends in 2018.

She participated in several congresses, symposiums and numerous professional meetings within the framework of continuous medical education.

Since April 2015 she has been working in the Coronary Unit of the Emergency Center KCS, and since December 2017 she has been working at the Clinical Cardiology Clinic KCS.

### Сажетак

### Abstract

#### Увод

#### Introduction

**К**омуникација је преношење или размена информација, мишљења, осећања и ставова између учесника комуникације. Тај процес преношења порука не може се одвијати без интеракције и обрнуто, нема интеракције без комуникације. Значајна одлика комуникације је та што представља однос у коме једна јединка утиче на понашање друге.

Комуникација је вештина коју медицинска сестра усавршава свакодневно. Ученици – студенти имају посебну потребу да информације, интеракције и разговори буду прилагођени њиховим индивидуалним потребама и начинима комуницирања. Комуникацијске вештине као што су слушање, емпатија, постављање питања, укљученост, управљање интеракцијом и флексибилност понашања веома су битна способност сваке медицинске сестре и темељ успешне комуникације са ученицима и студентима. Тајна успешности интерперсоналне комуникације састоји се од међусобне усклађености вербалне и невербал

**С**ommunication is the transmission or exchange of information, thoughts, feelings and attitudes between communication participants. This message transfer process can not take place without interaction, and vice versa, there is no interaction without communication. A significant feature of communication is that it represents a relationship in which an individual influences the behavior of another.

Communication is a skill that the nurse improves everyday. Students have a particular need for information, interactions and conversations to be tailored to their individual needs and ways of communication. Communication skills such as listening, empathy, asking questions, involvement, interaction management and behavior flexibility are a vital feature of each nurse and the basis for successful communication with students. The secret of the success of interpersonal communication consists in the mutual alignment of verbal and non-ver-

не комуникације. Први корак усклађивања вербалног и невербалног дела комуникације јесу уочавање, препознавање и свесност свог и туђег невербалног понашања током комуникације.

### Циљ рада

Сагледати специфичности комуникације са ученицима и студентима у клиничко- болничкој пракси.

### Методе истраживања

Дескриптивна метода  
Опсервационо-индиректна метода – анкета.

### Популација и узорак истраживања

Истраживањем је обухваћен хотимични узорак од 30 ученика Средње медицинске школе Звездара и 30 студената Високе здравствене школе струковних студената у Београду.

### Организација истраживања

Истраживање је спроведено у Клиничком центру Србије, на Клиници за кардиологију и у Коронарној јединици Ургентног центра, током маја–јуна 2018. године.

### Резултати истраживања

Анализом резултата добијених анкетом приказује се да највећи број испитаника сматра како медицинске сестре понашањем и изгледом позитивно утичу на њих и да су спремне да помогну када нешто није јасно. Спремност медицинских сестара да помогну ученицима и студентима када нешто није јасно утиче како на квалитет комуникације тако и на савладавање градива.

### Закључак

Интеракција између медицинске сестре и ученика – студената утиче на њихов живот и више него што су медицинске сестре тога свесне. Када медицинска сестра успе да оствари успешну интеракцију са ученицима – студентима, то је њена највећа награда и највеће задовољство.

Дакле, успешно остварена вербална и невербална комуникација, уз емпатски став медицинске сестре осигурава квалитетну интеракцију између ње и ученика – студента.

**Кључне речи:** специфичности комуникације, студент, клиничко-болничка пракса

bal communication. The first step in harmonizing the verbal and non-verbal part of communication is the perception, recognition and awareness of your and other's non-verbal behavior during communication.

### Goal of work

Consider the specifics of communication with students in clinical and hospital practice.

### Methods of research

Descriptive method.  
Observational - indirect method - survey.

### Population and sample survey

The survey included a volimatic sample of 30 students of the secondary medical school Zvezdara and 30 students of the High Medical School of Vocational Studies in Belgrade.

### Organizing the research

The survey was carried out at the Clinical Center of Serbia, at the Clinic for Cardiology and Coronary Unit of the Emergency Center, May-June 2018.

### Results of the research

An analysis of the results obtained by the survey shows that the majority of respondents think that nurses positively affect them by behavior and appearance, and that they are willing to help when something is not clear. The willingness of nurses to help students when something is not clear affects both the quality of communication and the mastery of the school material.

### Conclusion

The interaction between the medical nurse and students affects their lives more than the medical nurses are aware of. When a nurse succeeds in achieving a successful interaction between herself and the student, this is her greatest reward and greatest satisfaction.

Thus, successfully achieved verbal and nonverbal communication with the empathic attitude of the nurse ensures a quality interaction between herself and the student.

**Key words:** specific communications, students, hospital department

## ТЕОРИЈСКИ ПРИСТУП

Комуникација је примарна и природна људска потреба. Представља услов и резултат остваривања социјализације и интеграције у друштвену средину.

Постоји много дефиниција комуникације. Према једној од њих „комуникација је сложен и динамичан процес у којем људи шаљу и примају вербалне и невербалне поруке да би разумели и да би њих разумели“ (Hattie, 1994).

### Комуникација у настави

Наставна комуникација остварује се у васпитно-образовном процесу ради преношења – стицања знања и развоја личности ученика – студента. Дакле, комуникација у настави нема само сврху да информисе ученика – студента него и да подстиче на мисаону активност, буди креативност, развија целокупну њихову личност.

### Болничко одељење као наставни објекат

У стручном оспособљавању будућих медицинским сестара – техничара у здравственој нези оболелих болничко одељење представља основно и најважније место за стицање практичног знања, вештина и навика. Здравствена служба ће добити онакве здравствене раднике како се они оспособе на болничком одељењу. Медицинске школе ради стручног образовања и васпитања будућег кадра користе здравствене установе примарне, секундарне и терцијарне заштите. То су домови здравља, клинички центри, институти, опште болнице, центри за рехабилитацију, бањска и климатска лечилишта. Доминантно место за наставу здравствене неге има болничко одељење, које представља основно и најважније место за стицање практичних знања, вештина и навика.

### Специфичности у комуникацији са студентима и ученицима

Медицинске сестре запослене на болничком одељењу, које је наставна база, имају знатан васпитни и образовни утицај на формирање будућег кадра. Континуираним радом на болничком одељењу ученици и студенти имитацијом и индентификацијом са медицинским сестрама интројектују њихове вредности у своју личност, што може имати пресудан васпитни утицај на формирање професионалног става и понашања. Васпитни утицај на ученике и студенте се врши нарочито:

- изгледом,
- тачношћу,

- дисциплином,
- хуманим односом према болеснику,
- квалитетом неге коју пружају болесницима,
- интерперсоналним односом према колегама,
- стручним радом, одговорношћу итд.

### Проблеми у комуникацији

Проблеми у комуникацији јављају се као резултат неразумевања поруке, разлике у мишљењу и ставовима, и неусклађености речи и дела. Најчешће препреке успешној комуникацији су: лоше развијене вештине слушања, недостатак асертивности, давање и примање погрешне повратне информације, искривљене перцепције и претпоставке и неодговарајућа невербална комуникација.

### Асертивност као битан чинилац ефикасне комуникације

Асертивност као интерперсонални комуникациони стик означава скуп карактеристичних образаца понашања. Стиче се у току живота, учи, усавршава и мења. Појам асертивност означава спремност особе да потврди или заштити своја права и да изрази своја осећања на друштвено прихватљив начин.

Асертивност је облик понашања у коме доминира самопоуздање, веома важна и позитивна комуникацијска вештина. Она помаже да се успостави или задржи сопствени интегритет личности, да се јасно и поуздано искажу мисли и осећања, чува интегритет других, тј. не угрожавају њихова права, омогућава двосмерна комуникација.

Особине асертивног стила понашања:

- Особа зна активно да слуша.
- Поштује друге, али то тражи и за себе.
- Јасно, конкретно и директно говори.
- Позитивно приговора и критикује.
- Преузима одговорност за своје речи и поступке.
- Зна да похвали друге и то са задовољством чини.
- Спремна је да искаже и упути извињење кад погреши.
- Гледа у очи и показује осећања.
- Зна да се контролише, посебно своја негативна осећања.
- Глас и држање су увек прилагођени ситуацији.

Добра комуникација са ученицима и студентима сигнал је да је медицинској сестри стало до њиховог напретка, те се тиме јача њихово самопоуздање, а крајњи исход је повећање ефикасности и квалитета у раду.

## МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

### Циљ истраживања

Сагледати специфичности у комуникацији са ученицима и студентима у клиничко-болничкој пракси.

## Задаци истраживања

- Сагледати факторе који утичу на успешност комуникације између медицинских сестара и ученика – студената у клиничко-болничкој пракси.
- Сазнати колико су ученици – студенти укључени у рад медицинских сестара.
- Испитати мишљење ученика – студената о спремности медицинских сестара да их прихвате и укључе у рад.
- Сазнати мишљење ученика – студената о спремности медицинских сестара да их едукују.
- Утврдити колико су ученици – студенти задовољни комуникацијом с медицинским сестрама.
- Испитати шта би по мишљењу ученика – студената допринело успешнијој комуникацији с медицинским сестрама.

## Методе истраживања

- Дескриптивна метода.
- Опсервационо-индиректне методе – анкета.

## Технике истраживања

- Документовање.
- Анкетирање.

## Инструменти истраживања

Анкетни лист за ученике – састоји се од 13 питања затвореног, отвореног и комбинованог типа.

Анкетни лист за студенте – састоји се од 13 питања затвореног, отвореног и комбинованог типа.

## Популација и узорак

- Популација

Ученици Средње медицинске школе Звездара и студенти Високе здравствене школе струковних студија у Београду.

- Узорак

Узорак је хотимичан и чини га 30 ученика Средње медицинске школе Звездара и 30 студената Високе здравствене школе струковних студија у Београду.

## Организација истраживања

- Место истраживања

Клиника за кардиологију Клинички центар Србије и Коронарна јединица Ургентног центра Клиничког центра Србије.

- Време истраживања  
Мај–јун 2018. године.

## РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ РЕЗУЛТАТА

**Табела број 1.** Дистрибуција испитаника према задовољству ученика – студената односом медицинских сестара

Задовољство ученика – студената односом медицинских сестара	Ученици		Студенти	
	Број	%	Број	%
Веома сам задовољан	/	/	3	10
Задовољан сам	8	26.6	11	36.6
Делимично сам задовољан	17	56.6	15	50
Нисам задовољан	/	/	/	/
Немам став	5	16.6	1	3.33
<b>УКУПНО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Према спроведеном истраживању, добили смо податак да су у највећем проценту и ученици (56.6%) и студенти (50%) делимично задовољни односом медицинских сестара, тј. 8 ученика (26.6%) и 11 студената (36.6%) задовољни су односом, док се 10% студената изјаснило да су веома задовољни односом медицинских сестара.

На основу ових података можемо рећи да је битно како ученици – студенти доживљавају однос медицинских сестара према њима.

**Табела број 2.** Дистрибуција испитаника према мишљењу о спремности медицинских сестара да објасне и покажу ученицима – студентима када им нешто није јасно

Спремност медицинских сестара да објасне и покажу ученицима – студентима	Ученици		Студенти	
	Број	%	Број	%
Увек	9	30	3	10
Често	10	33.3	18	60
Понекад	10	33.3	9	30
Никада	1	3.33	/	/
<b>УКУПНО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Према резултатима истраживања, добили смо податак да 60% студената и 33.3% ученика сматра да су медицинске сестре често спремне да им објасне и покажу, а такође није занемарљив податак да 30% ученика, тј. 10% студената каже да су медицинске сестре увек спремне да покажу и објасне када им нешто није јасно. Спремност медицинских сестара да покажу и објасне ученику – студенту када му нешто није јасно утиче како на квалитет комуникације између њих тако и на спремности ученика – студента да се укључи у активности медицинских сестара.

**Табела број 3.** Дистрибуција испитаника према мишљењу како својим понашањем медицинске утичу на ученике – студенте

Како понашање медицинских сестара утиче на ученике – студенте	Ученици		Студенти	
	Број	%	Број	%
Позитивно утиче	23	76.6	22	73.3
Негативно утиче	1	3.33	1	3.33
Не утиче ни позитивно ни негативно	6	20	7	23.3
<b>УКУПНО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

На основу анализе ових података можемо закључити да у највећем проценту и ученици (76.6%) и студенти (73.3%) сматрају да медицинске сестре утичу позитивно на њих, а 20% ученика и 23.3% студената се изјаснило да не утичу ни негативно ни позитивно на њих, док свега један ученик и један студент сматра да понашање медицинске сестре негативно утиче на њих.

Можемо рећи да је важно како медицинске сестре утичу на ученике – студенте, јер су оне великим делом и објекат њихове идентификације. Позитивно је што су ученици успели да препознају позитивне особине и с њима да се идентификују, а негативне су препознали и успели да их одбаце.

**Табела број 4.** Дистрибуција испитаника према мишљењу како својим изгледом медицинске сестре утичу на ученике – студенте

Како медицинске изгледом утичу на ученике – студенте	Ученици		Студенти	
	Број	%	Број	%
Позитивно утичу	17	56.6	17	56.6
Негативно утичу	4	13.3	4	13.3

Не утичу ни позитивно ни негативно	9	30	9	30
<b>УКУПНО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Приложена табела показује да се и ученици и студенти слажу када је у питању изглед медицинских сестара. Више од половине испитаника (56.6% ученика и исто толико студената) сматра да медицинске сестре својим изгледом позитивно утичу на њих, док 30% ученика и исто толико студената сматра да не утичу ни негативно ни позитивно. Најмањи број испитаних ученика (13.3%) и студената (13.3%) сматра да медицинске сестре својим изгледом негативно утичу на њих.

Ови подаци нам јасно показују да на идентификацију ученика – студената са медицинском сестром утиче како понашање тако и изглед медицинских сестара.

**Табела број 5.** Дистрибуција испитаника према мишљењу колико медицинске сестре дозвољавају ученицима – студентима да раде

Медицинске сестре на наставним базама дозвољавају ученицима – студентима да раде	Ученици		Студенти	
	Број	%	Број	%
Само негу болесника	2	6.66	7	23.3
Транспорт пацијента	/	/	3	10
Поделу терапије	/	/	/	/
Све послове на одељењу	28	93.3	20	66.6
<b>УКУПНО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

На основу истраживања, дошли смо до податка да се 93.3% ученика и 66.6% студената изјаснило да им медицинске сестре дозвољавају да обављају све послове на одељењу, док 6.66% ученика и 23.3% студената сматра да им медицинске сестре дозвољавају само негу болесника, док 10% студената каже – само транспорт пацијента.

Можемо закључити да медицинске сестре допуштају ученицима – студентима да се што више укључе у рад на одељењу и да оно што су научили у школском кабинету примене на наставној бази.



**Табела број 6.** Дистрибуција испитаника према мишљењу шта би унапредило комуникацију између медицинских сестара и ученика – студената на пракси

Унапређивање комуникације између медицинских сестара и ученика – студената	Ученици		Студенти	
	Број	%	Број	%
Разумевање и стрпљење медицинских сестара	18	60	22	73.3
Бољи услови за извођење вежби	2	6.66	2	6.66
Одсуство наставника са практичних вежби	2	6.66	/	/
Већи број медицинских сестара на наставној бази	3	10	3	10
Ништа, комуникација је одлична	5	16.6	3	10
<b>УКУПНО</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Када је у питању унапређивање комуникације између медицинских сестара и ученика – студената, највећи проценат испитаника, тј. 60% ученика и 73.3% студената изјаснило се да би разумевање и стрпљење медицинских сестара побољшало комуникацију, док 10% ученика и исто толико студената каже да би већи број медицинских сестара на наставним базама унапредило комуникацију. Одређени број ученика и студената изјаснило се да је комуникација с медицинским сестрама одлична, да имају поверења у њих, траже њихову помоћ, јер им је неопходна и веома значајна.

## ЗАКЉУЧАК

На основу теоријског приступа проблему, резултата истраживања у вези са постављеним циљевима и задацима могу се извести следећи закључци:

- У истраживању је учествовало 30 ученика Средње медицинске школе Звездара и 30 студената Високе здравствене школе струковних студија у Београду.
- Велики број ученика (60%) и студената (76.6%) задовољан је понашањем медицинских сестара за време вежби на наставним базама, односно сматрају да су љубазне и комуникативне.

- У највећем броју ученици и студенти изјавили су да су задовољни и веома задовољни односом медицинских сестара према њима, док су се у осталом проценту изјаснили да су делимично задовољни.
- Када је у питању мишљење испитаника како се медицинске сестре опходе према њима, и ученици (56.6) и студенти (66.6%) у највећем проценту изјаснили су се да немају утисак да их медицинске сестре искориштавају, омаловажавају или им се подсмевају.
- О спремности медицинских сестара да помогну када им нешто није јасно студенти су се у највећем проценту (60%) изјаснили да су увек спремне за сарадњу и да им објасне ако им нешто није јасно, док је код ученика то мишљење подељено на – понекад и често. Спремност медицинских сестара да покажу ученицима – студентима када им нешто није јасно утиче како на квалитет комуникације тако и на савладавање градива.
- И ученици (76.6%) и студенти (73.3%) сагласни су када је у питању понашање медицинских сестара. Наиме, они оцењују да медицинске сестре позитивно утичу на њих. Међутим има и оних ученика и студената који сматрају да понашање медицинских сестара не утиче ни позитивно ни негативно на њих.
- Када је у питању мишљење испитаника о изгледу медицинских сестара, можемо рећи да је ситуација готово идентична са претходном. Више од половине ученика (56.6%) и исто толико студената сматра да медицинска сестра својим изгледом позитивно утиче на њих. Изглед, њена униформа, одраз је установе, професије, али саме особе која ради у здравству.
- Ученици (93.3%) једногласни су када је у питању колико им медицинске сестре на пракси допуштају да се укључе у рад, тј. сматрају да им медицинске сестре допуштају све послове на одељењу. Више од половине студената сматра да им сестре допуштају све послове, али има и оних (6.66% ученика и 23.3% студената) који кажу да им допуштају само негу болесника.
- Начин на који медицинске сестре реагују на грешке ученика и студената на наставним базама испитаници виде исто. И ученици (86.6%) и студенти (86.6%) изјаснили су се да медицинске сестре после њихових грешака настоје да им укажу на грешку и да их исправе. Једино на тај начин су ученици – студенти у могућности да науче исправно да обављају све сестринске активности.
- Већина испитаника (73.3% ученика и 60% студената) после завршених практичних вежби

- најчешће има осећај исцрпљености и умора, док се немали број ученика (26.6%) и студентата (30%) осећа испуњено и задовољно. То је последица ангажовања медицинских сестара да их укључе у све сестринске активности на одељењу.
- Као најчешћи проблеми с којим се суочавају ученици – студенти на наставним базама јесу лоши услови за извођење вежби, те недовољна опремљеност. Одређени број ученика – студентата сматра да је најчешћи проблем неправилна сарадња здравствених радника на наставним базама.
- Ученици и студенти предлажу многе промене које би поспешиле међусобну комуникацију, почевши од већег разумевања и стрпљења медицинских сестара, потом бољих услова за извођење вежби, те запошљавању већег броја медицинских сестара.

## ПРЕДЛОГ МЕРА

На основу добијених резултата истраживања, могу се предложити следеће мере:

- Медицинска сестра мора да познаје план и програм практичне наставе и да сарађује са наставником здравствене неге, при чему му упућује сва своја запажања везана за ученика – студента и његов рад, јер се наставник не може у истом тренутку сваком ученику – студенту индивидуално посветити.
- Побољшати квалитет комуникације између ученика – студентата и медицинских сестара.
- Настојати да се побољшају односи између медицинских сестара и ученика – студентата. Организовати састанак на коме ће бити присутан координатор наставе здравствене неге, главна сестра болнице и водеће сестре одељења са наставних база и разговарати о свим текућим проблемима. Како ће одељење функционисати умногоме зависи од склоности водеће сестре да организује рад.
- За ученике и студенте организовати едукативне радионице за побољшање комуникације.
- На грешке ученика – студента треба указати разговором и личним примером.
- За медицинске сестре организовати стручне семинаре и предавања о побољшању међусобне комуникације.
- Успоставити бољу сарадњу између школе и здравствене установе.
- Предочити медицинским сестрама на наставним базама да су често, поред наставника здравствене неге, узор ученицима – студентима који обављају вежбе, узор којем се тежи. Зато је њихова одговорност значајна за формирање става ученика – студента према професији: за коректно понашање, комуникацију, однос према болеснику и колегама, надређенима и подређенима, те колегијалности.

## Литература

1. Црњац, М.: *Комуникација у настави*. Дипломски рад. Учитељски факултет у Осијеку, Славонски Брод, 2007. година.
2. Кеџман, Т., Рајевић, В., Кеџић, Г., Павловић Арсеновић, М.: *Појам и врсте комуникације у школи. Учитель у пракси, зборник радова за менторе и приправнике*. Републички завод за унапређење васпитања и образовања, Београд, 1991. година.
3. Мустафичић, Н.: *Вербална и невербална комуникација као најзначајнији фактор у квалитетној интеракцији ученик-наставник*. Осми научно-стручни скуп са међународним учешћем КВАЛИТЕТ 2013“, Неум, Зеница, 2013. година.
4. Вилотијевић, М.: *Дидактика*, Научна књига, Учитељски факултет, Београд, 1999. година.
5. Ранковић Васиљевић, Р.: *Методика и организација здравствене неге, за студенте више медицинске школе, друго издање*. Виша медицинска школа, Београд, 2004. година.
6. Кекуш, Д.: *Комуникације у професионалној пракси здравствених радника*. Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, 2010. година.
7. Кекуш, Д.: *Здравствено васпитање*. Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, 2009. година.
8. Кулић, Љ.: *Здравствена нега I*. Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011. година.
9. Вучетић Лалић, Н.: *Квалитет комуникације између наставника и ученика и примена подстицајних мера*. Институт за педагошка истраживања, Београд, 2008. година.
10. Пајић, Ј.: *Однос медицинских сестара са наставних база према ученицима средње медицинске школе, специјалистички рад*. Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, 2013. година.
11. Ранковић Васиљевић, Р.: *Методика наставе здравствене неге, за студенте више медицинске школе, друго издање*. Виша медицинска школа, Београд, 2004. година.
12. Гордон, Т.: *Како бити успешан наставник*. Креативни центар, Београд, 2008. година.
13. Лефевр, М.: *Комуникација са децом и младима*. Универзитет у Београду, Факултет политичких наука, Београд, 2017. година.
14. Џаферовић, М.: *Конструктивни приступ решавању конфликта. Иновације у настави*. Часопис за савремену наставу. Учитељски факултет, 4: 141-152, 2012. година.
15. Обреновић, А.: *Комуникација између ученика и наставника здравствене неге*. Дипломски рад. Висока здравствена школа струковних студија у Београду, Београд, 2007. година.

Драгица Андрић, Клиника за ендокринологију,  
дијабетес и болести метаболизма КЦС

Dragica Andric, Clinic for Endocrinology,  
Diabetes and Diseases of Metabolism, KCS

## КАКО ПАЦИЈЕНТИ ПРИХВАТАЈУ БИОЛОШКУ ТЕРАПИЈУ

## HOW PATIENTS ACCEPT BIOLOGICAL THERAPY

**Д**рагица Андрић рођена је 19. 8.1971. у Коцељеви. Средњу медицинску школу за медицинске сестре завршила 1990. у Београду на Звездари, а Вишу медицинску школу у Земуну 2002. године. На постдипломске студије уписала се на Медицинском факултету у Београду 2010. и завршила их 2013. године.

Ради на Институту Клинике за ендокринологију, дијабетес и метаболизам Клиничког центра Србије. Аутор је више стручних радова, које је излагала у земљи и иностранству. Члан је своје струковне организације.



**D**ragica Andrić was born on August 19. 1971. in Koceljeva, a secondary medical school for performing in 1990. in Belgrade-Zvezdara, high medical school of vocational studies in Belgrade-Zemun. 2002. She completed her postgraduate studies at the medical faculty in Belgrade 2010. and ended in 2013.

Institution in which she works: Clinic for endocrinology, diabetes and metabolic, Clinical Center of Serbia. She is the author of several professional papers that she has exhibited at home and abroad. He is a member of his professional organization.

### Резиме

**Б**иолошка терапија представља третман који је специјално дизајниран да стимулише или обнови способност имунолошког система (природне унутрашње одбране) да се бори против болести.

Биолошка терапија, биотерапија или имунотерапија често се користи за лечење различитих врста карцинома и многих других стања.

Биолошка терапија је облик лечења који утиче на функције имунолошког система и његових компонента за лечење болести. Такође се користи за заштиту организма од неких нежељених ефеката одређених третмана.

Биолошка терапија често подразумева употребу супстанци који се називају модификатори и биолошког одговора. Тело обично производи те супстанце у малим количинама као одговор на инфекције и болести. Користећи савремене лабораторијске технике научници могу производити те супстанце у великим количинама за употребу у лечењу канцера и других болести.

Биолошка терапија може циљати и специфичне молекуле на ћелијама карцинома и на тај начин утицати на њихову елиминацију или може циљати протеине који олакшавају раст ћелија карцинома. У зависности од агенса, биолошка терапија може се давати пер ос (ређе) или интравенозно путем инфузије или инјекције.

Лекови су изузетно скупи и пацијенти их засад могу добити само преко Републичког фонда за здрав-

ствено осигурање. Услед финансијских потешкоћа често долази до њихове несташице, а нагли прекид терапије може и животно угрозити пацијенте.

### Summary

Neuroendocrine system pervades the whole body, and neuroendocrine tumors can develop in any part of it. Biological characteristics of these are specific. Most often they are slow-growing, but occasionally they can have a rapid clinical course with a fatal outcome. They can produce hormones that make the disease more difficult to recognize, and almost exclusively by experts.

Molecular pathogenesis of neuroendocrine tumors is only partly known. In spite of clinical studies, there has been a lot of scientific knowledge that the treatment of these tumors is very successful, the so-called biological therapy. According to current clinical studies, medical science is based on an understanding of biology and pathophysiology of diseases in general.

### Циљ рада

1. Приказ клиничких искустава приликом лечења НЕТ.
2. Приказ метода за процену компликација приликом лечења биолошким терапијом.
3. Приказ учешћа медицинске сестре у спречавању настанка нежељених дејстава биолошке терапије.

## Метод рада

У раду ће бити приказан преглед публикованих студија добијен претраживањем базе података Medline PubMed-а у последњих десет година. У овом раду описани су фактори који могу да утичу на имуногеност биолошких лекова и патогенетски механизми реакција преосетљивости на биолошке лекове.

**Кључне речи:** имуногеност, биолошки лекови, антител, антитела, нежељени ефекти.

Неуроендокрини систем прожима цело тело и не постоји његов део у коме не могу да настану неуроендокрини тумори. Биолошка својства тих тумора специфична су. Најчешће је реч о спорорастућим туморима, али понекад могу имати брз клинички ток са фаталним исходом.

Могу да продукују хормоне, због чега болест постаје тешко препознатљива и углавном само за експерте.

Молекуларна патогенеза неуроендокриних тумора само је делом позната. Упркос свему, уз помоћ великих клиничких студија, дошло се до научних сазнања да је лечење тих тумора веома успешно такзваном биолошком терапијом. Према актуелним клиничким студијама, спознато је да се медицинска наука заснива на разумевању биологије и патофизиологије болести уопште.

## Очекивана нежељена дејства биолошке терапије

- стоматитис,
- неинфективни пнеумонитис,
- инфекције.
- Лабораторијске абнормалности:
  1. хипергликемија,
  2. хиперлипидемија,
  3. бубрежна дисфункција,
  4. хематолошки поремећаји.

## Стоматитис: клиничка слика

- **Улцерације** које се могу јавити у усној шупљини, на унутрашњој површини усана или језику.
- Типично се јављају током **првог месеца**.



## Стоматитис: Стратегија збрињавања

N = 92

- жене  $\geq 18$  уеарс, постменопаузалне
- лок. узнапредовали или метастатски Ца дојке ХР+, ХЕР2-
- ЕВЕ 10 мг + ЕХЕ 25 мг
- ЕЦОГ перформанс статус  $\leq 2$

### Процена оралног бола

ВАС скор  
НДС скор

### Рутинска орална хигијена

- ЕВЕ 10 мг/дау, ЕХЕ 25 мг/дау
- **безалкохолни раствор за испирање уста на бази стероида 10 мЛ (0.5 мг/5 мЛ дексаметазона у оралном раствору) мућкање 2 мин дневно 4х**

### Циљеви

**Примарни:** упоредити инциденцу стоматитиса градуса  $\geq 2$  после 8 недеља са инциденцом у БОЛЕРО-2 студији

**Секундарни:** просечно време употребе раствора, ЕВЕ/ЕХЕ досе интенситу, инциденца свих градуса стоматитиса и време опоравка до градуса  $\leq 1$ , скала оралног бола, нормалност дијете

- Едукација пацијената
  - Упозорити на могућност настанка.
  - Добра орална хигијена:
- безалкохолни раствори за испирање уста као што су слана вода, употреба благих паста за зубе,
- избегавати средства која садрже водоник пероксид, алкохол, јод и деривате мајчине душице.

### Саветовати да пријави:

- $> 3$  лезије,
- лезије које трају  $> 3$  дана.

## Неинфективни пнеумонитис: стратегија збрињавања

- Типично се појављује у првих 2-6 месеци терапије.
- Озбиљност варира.
- У већини случајева је благ до умерен, а у ретким ситуацијама забележена је и смрт.
- Асимптоматски или са неспецифичним респираторним знацима и симптомима
- Хипоксија, плеурална ефузија, кашаљ или диспнеја.
- На неинфективни пнеумонитис треба посумњати код пацијената који се јављају са неспецифичним респираторним симптомима код којих су искључени инфективни, неопластични и немедицински узроци.

### 1. Без симптома, само радиолошке промене

Савет – без интервенције.

Модификација дозе – без промене.

### 2. Симптоми који не ремете уобичајене дневне активности

Савет – симптоматска терапија, кортикостероиди за упорни кашаљ.

Модификација дозе – размотрити прекид терапије до побољшања стања до ГР 1, па почети терапију са мањом дозом и постепено је повећавати.

### 3. Симптоми који ремете уобичајене дневне активности, индикована примена кисеоника

Савет – кортикостероиди ако је искључен инфективни узрок, постепено смањивати.

Модификација дозе – прекид терапије до побољшања до градуса  $\leq 1$ , па размотрити поновно увођење у дози од 5 мг/дан. Ако се поново јави градус 3, узети у обзир трајни прекид терапије.

### 4. Животно угрожено стање, индикована асистирана вентилација

Савет – кортикостероиди ако је искључен инфективни узрок, постепено смањивати.

Модификација дозе – трајни преки терапије

### Инфекције: клиничка слика

- Биолошка терапија има имunosупресивна својства и пацијент може постати подложен инфекцијама, поготово опортунистичким.

- Локализоване и системске инфекције могу бити озбиљне (до респираторног затајења) и понекад фаталне.

## Инфекција: стратегија збрињавања

- Детаљна историја претходних инфекција
  - гљивичне инфекције,
  - хепатитис,
  - ХИВ,
  - друге вирусне инфекције,
  - туберкулоза,
  - друге опортунистичке инфекције.
- Пацијенти са гљивичним инфекцијама требало би да се интензивно лече пре увођења биолошке терапије.
- Ако се у току терапије постави дијагноза **инвазивне системске гљивичне инфекције**, трајно прекинути терапију и започети потребну антифунгалну терапију.
- Препоруке
  - Правилна терапија инфекције.
  - Избегавати истовремену примену антифунгалне терапије.
  - Свест о ризику од атипичних инфекција.
- Едукација пацијента
  - Информисати пацијенте о томе да могу бити подложни инфекцијама.
  - Подучити пацијента тако да буде свестан симптома и знакова инфекције и саветовати га да их брзо пријави.

## Хипергликемија и хиперлипидемија

- **Хипергликемија** често се пријављује код пацијената на биолошкој терапији.
- Пријављени су и случајеви погоршања постојећег дијабетес мелитуса (1.1%) и појава новог (<1%).
- Многи случајеви појавили су се код пацијената који су пре узимања биолошке терапије имали поремећај нивоа глукозе наташте.
- **Хиперхолестеролемија и хипертриглицеридемија** пријављене су код употребе биолошке терапије.
- Ниска инциденца градуса 3 и без градуса 4.

### Стратегија збрињавања

- Одређивање глукозе наташте, оптималну контролу гликемије требало би постићи пре примене биолошке терапије.
- Периодично праћење глукозе наташте у току терапије.



- Збрињавање хипергликемије према уобичајеним смерницама.
- Одређивање липидног профила, оптималну контролу липидемије требало би постићи пре почетка терапије.
- Периодично праћење липидемије у току терапије.
- Збрињавање хиперлипидемије према уобичајеним смерницама.
- Хиперлипидемија може се третирати и у току терапије.
- Имати у виду потенцијалне интеракције лекова.

### Бубрежни и хематолошки параметри: клиничка слика

- повишен креатинин,
- снижен хемоглобин и крвне целије.
- Праћење бубрежне функције (уреа или серумски креатинин) и хематолошких параметара (ККС) пре иницијације биолошке терапије и периодично у току терапије.

### Кардиолошка токсичност

- Ретка појава **хипертензије** (1.8%) и **срчане конгестије** (<1%)
  - Пролонгација QT/QTc није уочена ни код једног од 59 здравих особа које су примале

биолошку терапију у појединачним дозама до 50мг у рандомизованој плацебо контролисаној студији.

#### – Није потребно рутинско праћење ејекционе фракције

- Пацијенти који истовремено примају **АЦЕ инхибиторе** могу имати повећан ризик од ангиоедема (нпр. отицање дисајних путева или језика, са респираторним оштећењем или без њега) – примећено код пацијената код којих је извршена трансплантација.
- Без обзира на све компликације које могу настати приликом примене биолошке терапије, наши пацијенти, после добре едукације, схватају да је већа корист него штета ако узимају лек.
- Лек је врло прихваћен.

### Литература

1. Pichler WJ., *Adverse side-effects to biological agents*. Allergy 2006; 61: 912-20.
2. Singh SK. *Impact of product-related factors on immunogenicity of biotherapeutics*, J Pharm Sci 2011; 100: 354-87.
3. Porter S. 2001. *Human immune response to recombinant human proteins*, J Pharm Sci 90: 1-11.
4. Abbas Ak, Lichtman AH, Pillai S., *Osnovna imunologija. 4. Izdanje*. Izdavač Data Status, 2013. godina.
5. De Groot AS, Scott DW., *Immunogenicity of protein therapeutics*. Trends Immunol 2007; 28: 482-90.
6. Vazquez E, Corchero JL, Villaverde A., *Post-production protein stability: trouble beyond the cell factory*. Microb Cell Fact 2011; 10:60. doi: 10.1186/1475-2859-10-60.
7. Hansel TT, Kropshofer H, Singer T, Mitchell JA, George AJ., *The safety and side effects of monoclonal antibodies*. Nat Rev Drug Discov 2010; 9: 325-38. 468
8. Стојић Вуканић, З., Арсеновић Ранин Н., Миленковић М., Буфан, Б. *Развој моноклонских антитела за терапијску примену: од мишијих до хуманих*. Арх Фарм 2012; 62: 562-75.
9. Matucci A., Pratesi S., Petroni G., Nencini F., Virgili G., Milla M., et al., *Allergological in vitro and in vivo evaluation of patients with hypersensitivity reactions to infliximab*, Clin Exp Allergy 2013; 43: 659-64.
10. Jamnitski A., Krieckaert CL, Nurmohamed MT, Hart MH, Dijkmans BA, Aarden L, et al. *Patients non-responding to etanercept obtain lower etanercept concentrations compared with responding patients*, Ann Rheum Dis 2012; 71: 88-91.
- 11 Vos AC, Wildenberg ME, Duijvestein M, Verhaar AP, van den Brink GR, Hommes DW. *Anti-tumor necrosis factor- $\alpha$  antibodies induce regulatory macrophages in an Fc region-dependent manner*, Gastroenterology 2011; 140: 221-30.
12. Kim MS, Lee SH, Song MY, Yoo TH, Lee BK, Kim YS. *Comparative analyses of complex formation and binding sites between human tumor nec.*



SOLGAR | Vaš Izbor.

## Izaberite svoj faktor

Već s prvom pojavom sunca važno je početi s pravovremenom brigom i negom ovog nežnog i delikatnog organa, kako spolja tako i iznutra, što je posebno važno kod osoba s preterano osetljivom kožom i kožom sklonom dermatološkim problemima.



Solgar  
Prirodni beta karoten



Solgar  
Astaksantin 5 mg



Solgar Skin,  
Nails and Hair

[info@salvushealth.com](mailto:info@salvushealth.com)

# REŠENJE IZ PRIRODE

**Salus**



## Alpenkraft

Dodatak ishrani sa biljnim ekstraktima, eteričnim uljima i medom:

- Kašlja i bronhitisa
- Prehlade i gripa
- Bola u grlu
- Pušačkog kašlja
- Gasova i grčeva u crevima



## Floradix

Dodatak ishrani sa gvoždem i vitaminima, medom i ekstraktom pšeničnih klica

Poboljšava krvnu sliku:

- Anemičnima
- Trudnicama
- Maloj deci i đacima
- Starijim osobama
- Vegetarijancima
- Sportistima



## Floradix Kindervital

Dodatak ishrani sa kalcijumom i 9 vitamina, voćna formula za decu

Namenjen deci za:

- Poboljšanje apetita
- Za jake kosti i zube
- Pravilan razvoj mišića
- Dobar vid
- Zdrav imuni i nervni sistem

**U SVIM APOTEKAMA**

možete poručiti i u našoj internet prodavnici [www.medicopharm.com](http://www.medicopharm.com)

Info linija + 381 11 3041 600