СЕСТРИНСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 10 • Број 36 • Београд, јул-септембар 2013. • YU ISSN 1451-7590

СРБИЈА ПРОТИВ РАКА

У СУСРЕТ ЕВРОПСКОЈ НЕДЕЉИ БЕЗБЕДНОСТИ НА РАДУ

M A G N A
P H A R M A C I A

Coloplast

MENARINI
BERLIN-CHEMIE
MENARINI

СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Број 36, јул-септембар 2013. године

Адреса: КЦС „Сестринство“
ул. Вишеградска бр. 26, 11000 Београд
Тел: 011/366 30 31
Факс: 011/ 3615 805
E-mail: umstkcs.sestrinstvo@gmail.com
(ERSTE banka), ПИБ број 103245461

Издавач
УМСТ, КЦС, „Сестринство“

За издавача
Председник УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Зорица Милошевић

Главни и одговорни уредник
Добрила Пејовић

Уредништво
Биљана Ковачевић,
Љиљана Стаменковић
Јованка Вучковић
Сузана Богдановић
Олга Симић
Гордана Ковачевић

Преводиоци
Ивана Нешић
Александра Букумировић
Дубравка Миловановић

Спољни сарадник-новинар
Јагода Плавшић

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

Директор
Станоје Јовановић

Ликовни уредник
мр Небојша Кујунџић

Технички уредник
дипл. инж. Горан Јањић

Лектор
Мила Барјактаревић

Тираж 1.250 примерака

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
614.253.5

ISSN 1451-7599 Сестринство
COBISS.SR-ID 111363596

Сестринство: часопис за медицинске сестре /
Година 10. бр 36. (јул – септембар 2013). – Београд:
УМСТ КЦС „Сестринство“. Излази тромесечно.

ТОКОМ СИМПОЗИЈУМА „БЕЗБЕДНОСТ И ЗДРАВЉЕ НА РАДУ У ЗДРАВСТВУ“

ИЗЛОЖБА СТВАРАЛАШТВА СЕСТАРА

У склопу припреме симпозијума „Безбедност и здравље на раду у здравству“ (са међународним учешћем), који ће бити одржан у Центру „Сава“ од 21. до 23. октобра, организатори су одлучили да програм обогате још једном пратећом манифестацијом – изложбом стваралаштва сестара.

Ово је и својеврстан позив сестрама које раде и онима у пензији да покажу своје стваралаштво: стручне и друге књиге и књижевна остварења која су објавиле, ликовна и друга уметничка дела (слике, вез, стилизовани одевни и други предмети), признања која су сестре стекле у свим областима, од уметности, проналазаштва, науке, спорта и све друго чиме се могу представити и подичити а вредно је пажње.

Радови ће бити изложени и представљени учесницима и гостима предстојећег симпозијума из земље и света у холу Центра „Сава“ .

Додатне информације и пријаве: Сузана Богдановић, тел.: 063/224-207.

УВОДНИК

4

У сусрет симпозијуму „Безбедност и здравље на раду у здравству“

НАСИЉЕ ПРЕМА ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА

6

Са 12. европског конгреса стома терапеута у Паризу

НОВА САЗНАЊА ЗА ДОБРОБИТ ПАЦИЈЕНАТА

Извештај о учешћу на ESHRE конгресу у Лондону

СМОТРА ЗНАЊА, ОПРЕМЕ И ДОСТИГНУЋА У ОБЛАСТИ БИОМЕДИЦИНЕ

7

Горко-слатке приче из колевке цивилизације – Гулу, Уганда

О АЈВАРУ И СЛИЧНИМ БОЛЕСТИМА

8

10-23 **СТРУЧНИ РАДОВИ**

Дизајн насловне:
мр Небојша Кујунџић

Пише: проф. др *Петар* Булат
У сусрет симпозијуму „Безбедност и здравље на раду у здравству“

НАСИЉЕ ПРЕМА ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА

Здравствени радници најчешће су у позицији да помажу жртвама насиља, али су последњих година и сами све чешће жртве насиља, које у свим земљама бележи раст. * Агресија према здравственим радницима најчешћа је у установама које пружају услуге хитне медицинске помоћи, у ургентним центрима и психијатријским установама. * Активним односом и превенцијом могуће је умногоме спречити насиље и поново успоставити однос поверења између здравствених радника и корисника услуга.

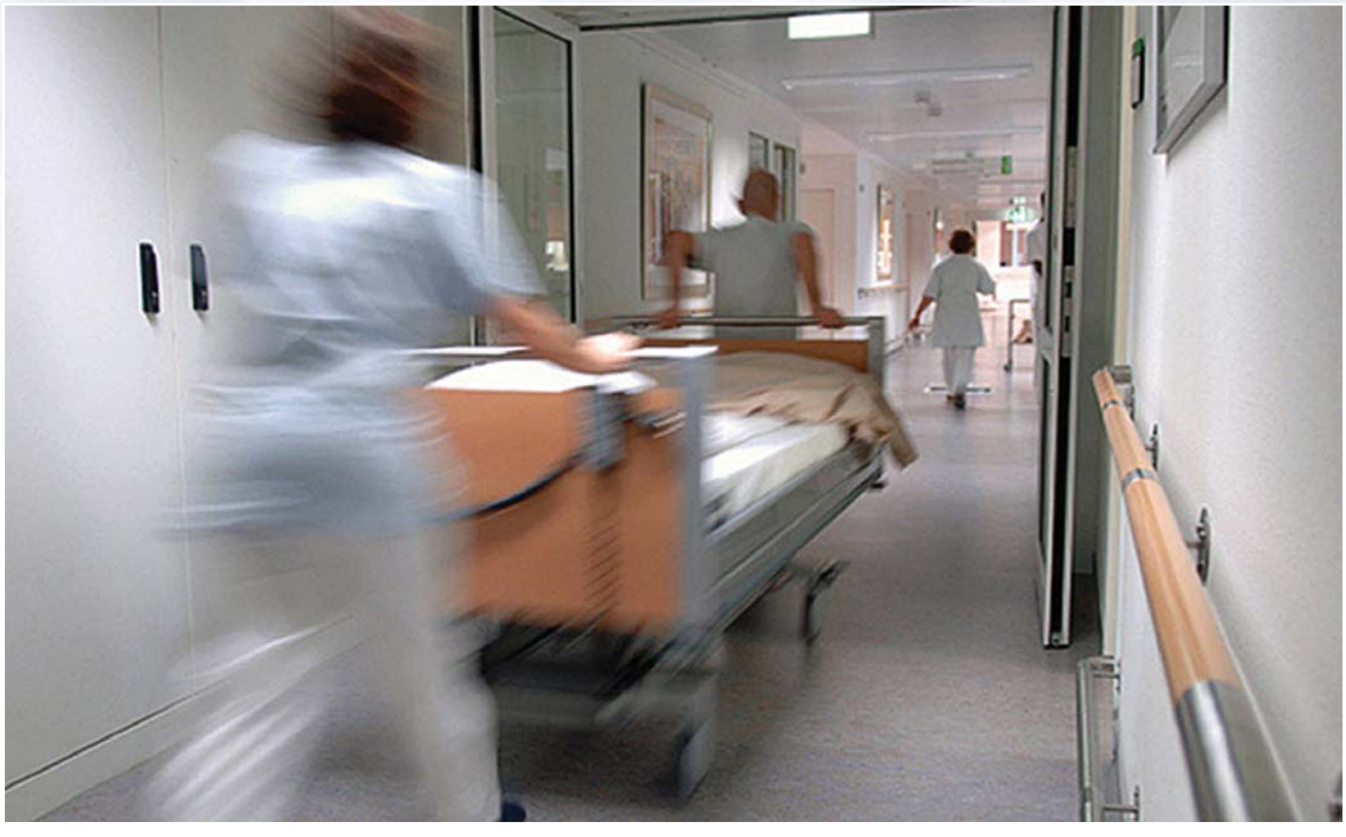
Петар (Вуксана) Булат рођен је 9.8.1961 године у Београду. Основну школу и гимназију завршио је у Београду, на Медицински факултет уписао се 1980, а завршио га у јануару 1986. године са просечном оценом 9.28. Магистарски тезу одбранио 1991. године у Центру за мултидисциплинарне студије Универзитета у Београду. Докторску дисертацију одбранио је на Медицинском факултету у Београду 1994. године. Специјалистички испит из медицине рада положио је са одличним успехом 1992. на Медицинском факултету у Београду. Рад уже специјализације из професионалне токсикологије одбранио је 2000. године на Медицинском факултету у Београду

Поред стручног усавршавања у земљи, похађао је више курсева у иностранству (Torino, Pavia, Wageningen, Dresden, Amsterdam) и био на постдокторским студијама у Генту (Белгија).

Запослен је на Медицинском факултету у Београду, наставна база Института за медицину рада КЦС од 1989, као асистент приправник, затим као асистент (1992), доцент (1995), ванредни професор (2000), од марта 2009. као редовни професор, а од октобра 2012. као продекан за наставу из клиничких дисциплина. Паралелно са универзитетском каријером градио је стручну каријеру, почевши од клиничког лекара на Институту за медицину рада (1989), преко лекара специјалисте (1992), начелника одељења за професионалну токсикологију (1995–2009), до помоћника директора Института (2001–2009). Од маја 2011. до октобра 2012. био је помоћник министра здравља и одговоран за међународну сарадњу.

Професор Булат је ангажован у међународним организацијама: секретар Научног комитета за рурално здравље Међународне комисије за медицину рада, потпредседник Европске асоцијације школа медицине рада, члан управног одбора Међународне организације за здравље пољопривредника, представник Министарства здравља за област медицина рада у Светској здравственој организацији. Посебно треба истаћи да је Петар Булат од 2001. године члан Collegium Ramazzini (удружење 170 најеминентнијих стручњака из области медицине рада).

Здравствени радници најчешће су у позицији да помажу жртвама насиља, али су последњих година и сами све чешће жртве насиља. Подаци о насиљу према здравственим радницима варирају од земље до земље, али заједничко им је то што се у свим земљама бележи константни пораст. Стога се у последњој деценији том проблему све више посвећује пажња. У његовом проучава-



Од добре комуникације и поверења до укидања класичних шалтера

Унапређивање квалитета међусобне комуникације, јачање поверења у здравствени систем путем медија, наглашавање позитивних промена у здравственом систему, информисање становништва о достигнућима наших стручњака, али и приближавање проблема с којима се здравствени радници свакодневно сусрећу – имало би вишеструко позитивне ефекте. На смањење насиља према здравственим радницима позитивно би утицале и организационе мере у здравственим установама: унапређење система заказивања прегледа, увођење система за управљање редовима (на местима на којима није могуће остварити заказивање), укидање класичних шалтера и увођење интерактивних пултова, те пружање здравствених информација за време боравка у чекаоницама и друго.

њу посебан проблем представља то што здравствени радници не пријављују агресију због разумевања према пацијентима, али и због неуређеног система подршке жртвама, плашећи се да ће се због неразумевања колега и надређених само још једном осетити беспомоћно.

Подаци из литературе показују да се агресија према здравственим радницима најчешће дешава у установама које пружају услуге хитне медицинске помоћи, ургентним центрима и психијатријским установама. Према подацима из Немачке (2010), чак 78.7% запослених у психијатријским установама је током испитиваног периода од 12 месеци доживело физичку, а чак 96.7% вербалну агресију. У студији спроведеној у Енглеској (2002) у општој болници 27% медицинског особља доживело је физички, а 38% вербални напад и/или опасно понашање током испитиваних 12 месеци. Ти подаци указују и на то да су агресији више изложене медицинске сестре него лекари. У већ поменутој студији у Енглеској 47% медицинских сестара доживело је физичку агресију. У њој је регистрован знатно мањи број напада на лекаре, њих 14% доживело је у том раздобљу физички напад.

Нема публикованих података о насиљу према здравственим радницима у Србији. Доступни су само појединачни подаци, који су доспели до медија, а они представљају само врх леденог брега. Ради сагледавања ситуације, у Србији је започета студија насиља према здравственим радницима. Поред сагледавања величине проблема, један од циљева актуелне студије је и скретање пажње јавности на тај проблем и покретање шире превенције.

Студија ће бити спроведена у виду упитника у већини здравствених установа Србије. На основу добијених података биће сагледане евентуалне разлике у насиљу према здравственим радницима између севера и југа Србије, између здравствених установа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, те између појединих дисциплина. Свакако ће бити занимљива анализа облика насиља према полу здравствених радника и према њиховом положају у оквиру здравствене установе. Прелиминарни резултати студије биће приказани на Симпозијуму „Безбедност и здравље на раду у здравству“ , на коме ће, поред наших резултата, бити приказани и резултати истоветне студије у земљама окружења. Симпозијум се одржава у Београду од 21. до 23. октобра.

Као што је истакнуто, после обављене студије, на основу резултата приступиће се дизајнирању и имплементацији мера за спречавање насиља према здравственим радницима. Важно је истаћи да је, према до сада познатим чињеницама, ово двосмеран процес. Наиме, није довољно само предузети мере које би биле усмерене према корисницима услуга већ и према здравственим радницима. Унапређивање квалитета међусобне комуникације, јачање поверења у здравствени систем путем медија, наглашавање позитивних промена у здравственом систему, информисање становништва о достигнућима наших стручњака, али и приближавање проблема с којима се здравствени радници свакодневно сусрећу – имало би вишеструко позитивне ефекте. На смањење насиља према здравственим радницима позитивно би утицале и организационе мере у здравственим установама: унапређење система заказивања прегледа, увођење система за управљање редовима (на местима на којима није могуће остварити заказивање), укидање класичних шалтера и увођење интерактивних пултова, те пружање здравствених информација за време боравка у чекаоницама и друго.

Активним односом и превенцијом насиља према здравственим радницима могуће је умногоме спречити насиље и поново успоставити однос поверења између здравствених радника и корисника услуга, а тиме и потребу да се размишља о увођењу статуса службеног лица здравственим радницима, гломазних служби обезбеђења у здравственим установама и других сличних мера које се баве последицама, а не суштином проблема.

Са 12. европског конгреса стома терапеута у Паризу

НОВА САЗНАЊА ЗА ДОБРОБИТ ПАЦИЈЕНАТА

Конгрес је окупио око 1.300 сестара из целог света које се професионално баве здравственом негом ентеростома и рана * Стечена су нова искуства о превенцији и терапији многих компликација код пацијената са ентеростомом, посебно превенције перистомалних кожних компликација које нарушавају квалитет живота пацијената.

Дванаести европски конгрес стома терапеута (12th European Council of Enterostomal Therapy Congress) одржан је од 23. до 26. јуна у Паризу. Конгрес је окупио око 1.300 сестара – стома терапеута из целог света које се професионално баве здравственом негом ентеростома и рана. На конгресу су одржана 102 усмена излагања, четири сателитска симпозијума водећих фармацеутских компанија и приказано 85 постер-презентација. Одржан је у великом модерном конгресном центру Palais des Congrès Paris.

Конгрес је отворила и присутне поздравила председница Удружења Rossine Van Den Bulc. Првог дана, пре свечаног отварања, одржана су занимљива предавања: „Restoring the Facial Image After Disfigurement" B. DEVAUCHELLE (AMIENS, FR) i „35 years of Stomatherapy in France" M. GUYOT-POMATHIOS (LYON, FR), на којима су домаћини приказали развој здравствене неге пацијената са ентеростомом у Француској. За време трајања конгреса одржавана су предавања у три велике сале. Постер-презентације имале су своје термине према предвиђеном плану и одржаване су за време пауза. Фармацеутске куће су такође имале одређен простор на коме су приказивале своје производе. На штандовима су учесници могли да се упознају са најновијим производима намењеним нези стоме и са најмодернијим стома-помагалима и додацима за пацијенте. Организоване су и радионице чији су полазници били у прилици да науче и увежбају правилну употребу нових производа.

На предавањима се могло чути доста о превенцији и лечењу перистомалних компликација, лечењу компликованих рана, примени нових средстава и техничких апарата у нези и лечењу пацијената са ентеростомом. На састанку са колегиницама из Аустрије, Немачке и Швајцарске размењивали смо искуства и договарали се о сарадњи на пројекту посвећеном перистомалним компликацијама, препознавању ризикофактора који до њих доводе и изради стандарда за њихову превенцију и лечење.

Одржана су четири симпозијума. Симпозијум компаније Coloplast са темом „Различити људи, различите потребе, различити ресурси", на коме је из различитих перспектива сагледана потреба задовољавањем индивидуалних потреба пацијената и начинима за боље разумевање и бољу комуникацију. На симпозијуму компаније Convatec, „Крема за негу перистомалне коже – пријатељ или непријатељ", полемисало се о оправданости употребе препарата за негу коже и о њиховом позитивном или негативном утицају на перистомалну кожу. На симпозијуму компаније Braun представљена је најновија генерација сета за иригацију, а полазници су могли и да је практично примене на фантом луткама. Компанија Hollister је на свом симпозијуму са називом „Почиње са кожом" приказала најновија достигнућа у превенцији и нези перистомалних компликација и начине идентификације пропуста и најчешћих грешака у сестринској пракси.

Одржано је пет постер-сесија, са укупно 85 постера. Излагани су радови из различитих области, а сваку постер-сесију обележила је расправа еминентних стручњака из области неге компликованих рана и стома и аутора постера.

Одржано је још једно научно дружење, на коме су се стекла многа нова знања, заузети нови ставови у области здравствене неге стома и компликованих рана, који ће помоћи у даљем раду и решавању многих проблема пацијената. Учесници конгреса вратили су се у своје радне средине са новим сазнањима и ставовима, који ће користити за добробит пацијента, а себи су приуштили једно ново научно дружење, на коме су се обновила знања и стекла нова искуства и ставови о превенцији и терапији многих компликација које се јављају код пацијената са ентеростомом, посебно превенцији перистомалних кожних компликација које углавном нарушавају квалитет живота пацијената.

На конгресу је изабран и нови председник Европске асоцијације ентеростомалних терапеута Gabriele Kroboth из Аустрије и потпредседник Werner Droste из Немачке. Најављен је и наредни, 20. светски конгрес, који ће бити одржан од 15. до 19. јуна 2014. у Gothenburgu у Шведској и 13. европски конгрес, који ће бити одржан у Бриселу 2015. године.

Учешће на конгресу омогућило нам је да се упознамо и остваримо контакте са људима из целог света, да много научимо о проблемима и успесима других колега, чиме смо и наше досадашње активности сагледале у новом светлу. Улазак у борд Европског удружења и тим за израду јединственог програма за едукацију сестара за негу пацијената са ентеростомом сматрамо за велики корак напред српског сестринства.

***Душица* Биочанин**

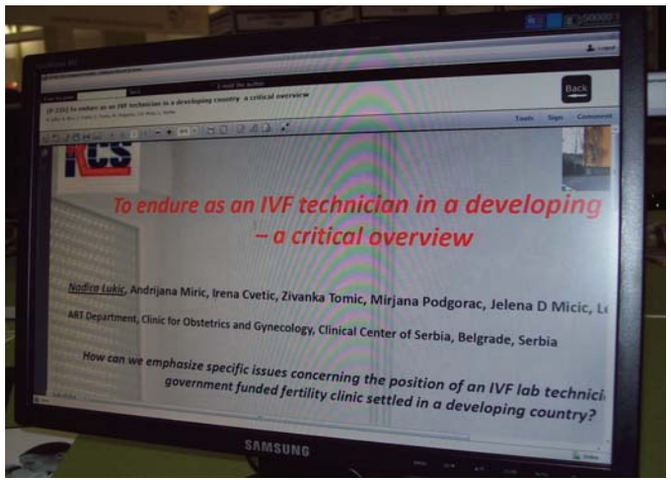
Извештај о учешћу на ESHRE конгресу у Лондону

СМОТРА ЗНАЊА, ОПРЕМЕ И ДОСТИГНУЋА У ОБЛАСТИ БИОМЕДИЦИНЕ

ESHRE (Европско удружење за хуману репродукцију и ембриологију) одржало је свој 29. скуп од 7. до 11. јула 2013. године у Лондону.

ESHRE Annual Meeting изузетно је значајно удружење, које окупља велики број стручњака и практичара те области из целог света, са уобичајених од 9.000 до 10.000 учесника: од еминентних професора и изузетних предавача, преко ембриолога и гинеколога, сестара, ИВФ техничара, дистрибутера и произвођача свих производа из области асистиране репродукције. Поред предавања и постер-презентација, на конгресу су организоване и стручне радионице из појединих области, на којима су се могле видети нове технологије и методи рада.

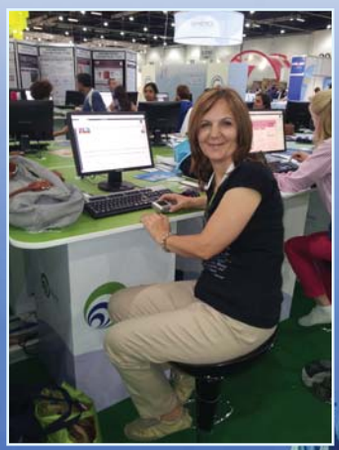
Ове године присуствовала сам скупу као једини ИВФ техничар из Србије и уједно представљала Клинику за гинекологију и акушерство КЦС и Одељење АРТ. Својим радом и постер-презентацијом из области АРТ, са колегиницама сам приказала практичан рад ИВФ техничара у земљама у развоју, каква је и наша земља. Поред велике части која ми је указана, ово је био прави начин и место да се прикажу наше одељење и клиника у свету, али и да сагледамо где смо ми у тој великој мрежи земаља. Са поносом могу рећи да је ово био један од два рада са наше клинике и уједно из целе Србије који су прихваћени за учешће на овогодишњем ESHRE конгресу и штампани у међународном часопису „Human reproduction“.



Заједно са гинеколозима и ембриолозима АРТ одељења отпутовала сам у Лондон, захваљујући подршци УМСТС „Сестринство”. Без помоћи Удружења не бих могла да присуствујем овом конгресу, који представља својеврсну смотру знања, опреме и савремених технологија и достигнућа у осетљивој области биомедицине која брзо напредује. Поред усавршавања, путовање ми је омогућило разгледање и упознавање ове културно-историјске престонице, која никог не оставља равнодушним.

Поред велике части да на овакав начин представљам своју клинику и земљу, ово је за мене било лепо, поучно и надасве незаборавно путовање и драгоцено искуство.

***Надица* Лукић,**
Одељење АРТ КГА КЦС



Горко-слатке приче из колевке цивилизације – Гулу, Уганда

О АЈВАРУ И СЛИЧНИМ БОЛЕСТИМА

Вама се примиче златаста јесен. Мени се примиче жарко лето, а као да ми се и завршавало.

Ви ћете да спремате ајваре и разноразне зимнице. Ја – ништа! Свега има у изобиљу током целе године. Благиш мени, а благиш и вама! Купус сам киселила и правила сарме. Добро је, може. Корнишони у тегли могу се купити у Кампали, није проблем. Али ајвар! Због њега ћу да цркнем!

Паприке у Африци су зелене. И тачка. Она песма о жутим и љутим чиста је измишљотина. Црвене никад нису видели, а кад покушам да објасним како хоћу црвену, меснату паприку, они ме бело гледају.

„Chilli pepper?“ – питају.

Не, брате, слатку, огромну, меснату, црвену паприку за ајвар!

Нема!

Па, добро, ништа! Извините што сам питала.

Код вас, чујем, свашта лепо. Долази вам Лазар Крстић! Нек му је са срећом. Неће му бити лако, а ни нама.

Дође ми лепо да спакујем кофере, цегере и корпе од бананиног лишћа што сам овде накуповала (немам појма шта ћу с њи-

ма, али су неодољиво лепи) и да се вратим кући. Да не шљакам више за прљаве зелене новчанице, са којекаквим масонским и сатанистичким симболима, но да савијем грбачу за наше лепе, мале парице у дугиним бојама којима ће Лазар и другари да врате изгубљену част и достојанство!

Готово!

Нећу да се бавим критиковањем, извините! Није пожељно критиковати некога и нешто у Србији. Туга једна.

Ево, готово. Ако не престанем, опет ће неко да ми отме тастатуру и да ми забрани да куцкам, а то не бих волела. Забавља ме да вам пишем.

У болници ништа ново. Ради се, као и у свакој болници на земаљској кугли.

Патологија је другачија, то можете да претпоставите. На северу Уганде, сваки шести становник заражен је вирусом ХИВ. Влада издваја огромна средства за лечење, превенцију, едукацију… Лекови за оболеле су бесплатни. Кондома има на сваком кораку, бесплатних наравно. Али... увек има неко али иза ћошка!

Африканци верују да је ХИВ, и то сам чула сопственим ушима, ништа друго до покушај западног света да смањи популацију Африканаца. Кондоми служе искључиво да их спрече да имају децу, па се стога избегавају у широком луку! Сексуално преносиве болести харају земљом. Полигамија и проституција свесрдно помажу. За сада се не вид излаз.

Већина оболелих скрива податке о болести. Огроман број новорођенчади већ је заражен захваљујући родитељима. Тешких и тужних прича има на сваком кораку.

Надзорник вешераја болнице у којој радим прошле недеље је хоспитализован с компликацијама које прате терминалну фазу болести. Изузетно драг човек. Вирусом је заражен већ двадесет година, обе кћери и супруга имају ХИВ, љубавница такође...

И… идемо даље!

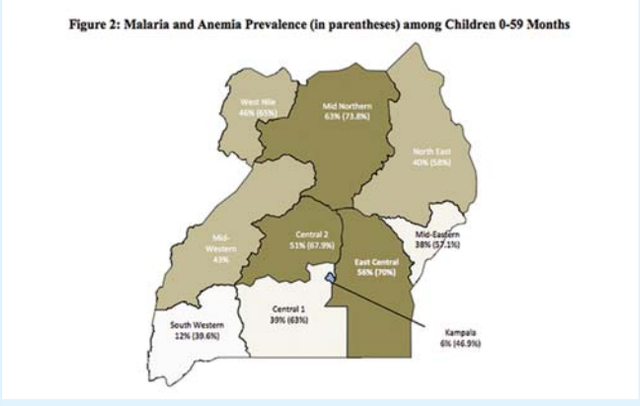
Маларија је такође зла коб Африке. Север је, као најсиромашнији, највише погођен. Становништво је сеоско, необразовано и без средстава за репеленте (спрејева против инсеката), заштитних мрежа и превентивних медикамената. Борба са маларијом унапред је изгубљена у Африци. Мочварно тле, кишне шуме, баре и барице, немоћ локалног становништва, савршени климатски услови за ларве комараца, све то иде у прилог болести која подмукло убија Афричко становништво, нарочито децу. Ради се, задивљујуће истрајно и уз свесрдну помоћ владе (влада служи да помаже становништву! на превенцији, едукацији, лечењу, сузбијању…. заиста дају све од себе)!

Маларија и даље бесомучно убија!

Nodding disease или nodding syndrome тешка је, неизлечива болест. Мистериозна и чудна, погађа само децу узраста од 5 до 15 година и само на истоку Африке (Судан, Танзанија, Уганда). Оболела деца нагло престају да расту и развијају се како физички тако и ментално. Напади климања главом типичан су знак обољења. Обично наступају кад се деца хране или кад им је хладно, и нестају након оброка, односно кад се дете утопли. Неретко напади климања главом прерастају уз серију тонично-клоничних грчева, налик епилептичним, који даље узрокују колапс, повреде итд.

Узрок болести и даље је непознат (откривена је 1962. у Јужном Судану), али неке чињенице иду у прилог тврдњи да је за болест одговорна црна мува (black fly), односно њена нематода (округли црв), која такође преноси болест речног слепила (River blindness).

Није доказано да је црв црне муве (Onchoceca Volvulus) одговоран за Nodding disease зато што никад није пронађен у ЦНС. Научници Америчког центра за контролу и превенцију у Атланти и даље траже узрок и начин да објасне и излече болест. Засад ништа! Nodding disease убила је дванаесторо деце прошлог децембра у градићу у коме живим.



И... идемо даље!

Тифус, хепатитис, сифилис, све могуће и немогуће заразе следећи пут.

Немојте да помислите да само тропске и заразне болести убијају Африканце. Не, не. Они једни друге сами тамане. Најцрњи непријатељи Африканаца су они сами себи. Њихови племенски сукоби, сакаћења и клања, жртвовања деце боговима, опасно ждрање мајмунског меса и, још опасније, људског меса!

И није шала.

Прошле недеље ме мој драги пријатељ и сарадник др Дезмонд Драле, један од најбољих радиолога у Уганди, професор на Gulu University of Medicine и човек који има најлепшу децу коју сам икада видела, панично позвао телефоном да ми каже да ни случајно не идем на пијацу и купујем месо.

Наиме, тога дана, била је недеља, на пијацу је донет одеран мајмун, без шака и стопала, искасапљен на комаде, тако да је скоро немогуће разликовати га од уобичајеног козјег или говеђег меса.

Опасан залогај!

Људи на осамдесет километара од Гулуа и даље једу људе.

Шумски пацов је посластица, а мраве и скакавце једем и сама, нису лоши. Мрави нарочито!

Пре неколико недеља водила сам Руску на њен први сафари у Кидепо долину, једно од најлепших места у Источној Африци, земљу Карамојонг племена, сточара и блиских рођака Масаија, са чијом се земљом граниче. Долина је море високе траве, а унаоколо је ланац планина. Одатле се виде планине Кеније и брда Јужног Судана. Долину секу две реке Нарус и Кидепо. Дивота и милина на све стране, и да нисам упала у живи песак, и да ми хијене нису развукле кесе испред бунгалова, и да слон није упао у камп у шест ујутру, све би било дивно. И досадно.

Смејале смо се, скупљале отпатке, бежале око слона све укруг, јурцале џипом по парку, ишле саме у Карангорок изворе вреле воде (после су нас грдили из управе парка зато што није безбедно базати без наоружане пратње, што смо ми, наравно, знале), и све тако, доживеле малу авантуру.

Живот у Африци је свакодневна авантура, свакодневни изазов, свакодневна борба.

Живот у Африци је једноставан и личи на песмицу, ритам, стих, понављање, игра и строфа.

И тако сваки дан.

Африка није ствар, ни прича, ни место… Африка су Африканци.

Африка је лепа као Noel, витка и снажна као Louis, насмејана, са 48 белих зуба као Des, сјајне црне коже као Patrick, забавна као Kiraka, бистра као Kasiva, смешна као Mr President, кротка и умиљата као Ndugu Rotich, разиграна као Amoko, и богата зато што их све има.

А ми им дођемо као кап млека у јакој, црној, слаткој кафи.

И не знам како бих живела, лутала, писала, играла, кувала, плакала, уживала без Руске, Милице и Јелене!

С поштовањем, ваша колегиница
***Моника* Грујичић**

Александар Ђуровић, Бојана Јовановић, Гордана Павковић, Верица Миловановић, Бојана Лончар, Дејан Миљковић, Војномедицинска академија, Београд

ИСТРАЖИВАЊЕ У РЕХАБИЛИТАЦИОНОМ СЕСТРИНСТВУ

Александар Ђуровић рођен је у Сарајеву 1958. У Београду је завршио Медицински факултет (1983) и специјализацију из физикалне медицине и рехабилитације (1988). Докторирао је 1999. на Војномедицинској академији. Сада је пуковник, ванредни професор физијатар, начелник Клинике за Физикалну медицину и рехабилитацију Војномедицинске академије.

Публиковао је већи број стручних и научних чланака. Физијатријска методологија је посебан део његовог научног интересовања. Носилац је друштвених признања и члан Председништва Удружења физијатара Србије.

Aleksandar Đurović, Bojana Jovanović, Gordana Pavković, Verica Milovanović, Bojana Lončar, Dejan Miljković, WMA, Belgrade

RESEARCH IN REHABILITATION NURSING

Colonel Associate Professor Aleksandar Djurovic physiatrist. The Chef of Clinic for Physical medicine and rehabilitation of Military Medical Academy in Belgrade. Professor Djurović was born in Sarajevo 1958. He finished the Medical faculty of Belgrades University 1983, where ended up his specialisation curricula 1988. Professor Djurovic has got a doctorate in the Military Medical Academy in 1999.

He published many scientific articles. The area of his particulary intrest is the physiatrists methodlogy. He is wearer of society acknowledgments and the member of chairmanship of the Serbian Physiatrists Association.

Сажетак

Истраживање у медицини је процес којим се до научне истине долази научним методом. Циљ овог рада је приказ суштине истраживања у медицини онолико колико је то важно за рехабилитационо сестринство. Обрађене су фазе истраживања, врсте студија, структура научног рада, појам хипотезе, истраживачког питања, истраживачког пројекта, прегледа литературе, варијабли, статистике, начина и места објављивања резултата. Скренута је пажња на проблем у просеку лоше едукације медицинских сестара и техничара у Србији. Понуђена су одређена решења.

Abstractum

Research in medicine is the process of revealing of scientific truth by the scientific method. The aim of this work is a description of essence of medical investigation in terms of importance for the rehabilitation nurses. It was discussed about next components of research process: phases of investigation, kinds of studies, structure of scientific work, hypothesis, investigation questions, investigation project, literature review, variable, statistic, way and place of announcing results. It was pay attention upon the bad educational process for the nurses in Serbia. Some applicable solutions were also offered.

Суштина истраживања у овој струци везана је за дефиницију рехабилитационог сестринства. Рехабилитациона сестра (техничар) медицински је радник у рехабилитацији. Она се бави дијагнозом и третманом хуманих одговора на индивидуалне и групне, акутне или потенцијалне здравствене проблеме – проистекле из измењене функционалне способности или измењеног животног стила. Дакле, болестан или повређен човек, који је због тога у мањем или већем степену онеспособљен за активности дневног живота (АДЖ) је и „објекат“ од истраживачког интересовања за медицинску сестру у рехабилитацији .

А. Helson сматра да би главни циљеви истраживања у рехабилитационом сестринству требало да буду: испитивање ефеката организације, финансирања и менаџмента здравствене неге; испитивање квалитета, коштања и резултата здравствене неге; испитивање и развој опреме која ће побољшати сестринску праксу и квалитет живота особља са хендикепом; унапређивање знања која воде побољшању у превенцији, процени, сестринским дијагнозама и интервенцијама; идентификација, развој и евалуација путева за побољшање квалитета неге.

Фазе истраживања, врсте студија и структура научног рада

Методологија научноистраживачког рада у биомедицини закон је и за рехабилитационо сестринство. Закони истраживања у физикалној и рехабилитационој медицини су „подзаконски акти“ за рехабилитационо сестринство. Методологија се учи и може се научити. А да ли ће наука и струка од тога имати користи, то у првом реду зависи од личности истраживача.

Свако истраживање у биомедицини има пет фаза: 1) дефинисање проблема; 2) постављање хипотезе или истраживачких питања; 3) дизајнирање истраживања; 4) прикупљање и анализа података; 5) објављивање резултата.

Постоје различите врсте студија у биомедицинским истраживањима. Основна подела је на базична и примењена, тј. клиничка истраживања Базична истраживања на биолошким моделима су од изузетног значаја за медицину и медицинску рехабилитацију. Опсервационе и експерименталне студије су две основне врсте клиничких истраживања. Опсервационе студије деле се на дескриптивне и аналитичке. Аналитичке су анамнестичке и кохортне. Експерименталне студије су или проспективне студије или претходна (пилот) истраживања. Поједини аутори инсистирају на тзв. студијској тетради у рехабилитационој медицини, делећи студије на: дескриптивне студије, корелационе студије, те праве и лажне експерименте. Приказ случаја није наука, али може бити од значаја за науку. Метаанализа је научна анализа већег броја студија које обрађују исту тему. На строгим научним поставкама засновано је клиничко испитивање лекова. Коју врсту студије ће истраживач одабрати, зависи од тога колико је искусан и колико зна шта хоће. Све су поделе направљене водећи рачуна о три битна елемента: о времену спровођења, начину расподеле испитаника у групе и да ли се изводе у контролисаним или неконтролисаним условима.

Експериментални дизајн је методски поступак који води решењу проблема за најкраће време, уз минимално ангажовање људи

и средстава. Узорковање, рандомизација, стратификација, „слепи“ поступак, плацебо, секвенцијална анализа – неки су од термина везаних за појам експерименталног дизајна. Рандомизовани контролни експеримент је синоним за науку и клинички експеримент.

Општа структура научног рада у биомедицини је позната. Међународни комитет уредника биомедицинских часописа (тзв. Ванкуверска група) донео је пре тридесет година водиче који регулишу како шта треба писати да би у медицинским часописима било објављено. У складу с тим сваки значајнији биомедицински часопис доноси своја упутства за писање. Последња ревизија Ванкуверског водича била је 2006. године. Рад који се понуди уредништву неког биомедицинског часописа (опсервациона и експериментална студија) мора да садржи следеће елементе: наслов, сажетак, увод, метод, резултате, дискусију, закључак и литературу.

Хипотеза, истраживачка питања и пројекат истраживања

Без хипотезе нема науке. Хипотеза се дефинише различито. Навешћемо две дефиниције по слободном избору. Хипотеза представља оно што предвиђамо. Хипотеза је став који предвиђа постојање непроменљиве повезаности или сталног односа између познатих и претпостављених чињеница. У овим дефиницијама постоје две кључне речи: предвиђање и чињенице. Да бисмо поставили хипотезу морамо познавати чињенице и умети да предвиђамо. То прво се сазнаје, до другог се долази. Хипотетичко је питање: да ли су медицинске сестре уопште и рехабилитационе сестре посебно свесне да се у свакодневном раду користе хипотезама. Или би требало да се користе? Да или не? Медицинске сестре уопште и рехабилитационе сестре посебно можда су једини медицински профил чији је рутински рад препун хипотеза. Захваљујући нези. Захваљујући, конкретно, Процесу здравствене неге, а, најконкретније – сестринским дијагнозама, циљевима неге и сестринским интервенцијама. Анализирајмо неке сестринске дијагнозе и циљеве из Процеса здравствене неге пацијената у вигилној коми. Дијагнозе: могућност настанка инфекције усне дупље; могућност настанка упале око периферне каниле; могућност настанка оштећења интегритета коже. Циљеви: неће доћи до инфекције усне дупље; неће доћи до инфекције периферне каниле; неће доћи до развоја декубиталних улцерација на предилекционим местима. Дакле, ако користи Процес здравствене неге, рехабилитациона сестра у свакодневном раду користи и хипотезе, мада половичне и неповезане. Потребан је неко ко ће је научити да повезивање сестринских дијагноза и циљева са сестринским интервенцијама значи ништа друго до формирање једне комплетне сестринске хипотезе. Значи претварање рутине у осмишљену рутину. Значи претварање сестре извршиоца у сестру креативца и, што да не, од сестре која одрађује науку – у сестру научног радника. Покушајмо да схватимо како то изгледа.

Спојимо сестринске дијагнозе и циљеве са сестринским интервенцијама, поиграјмо се – јер наука је игра! – и уживајмо у лепоти хипотеза. Редовним чишћењем усне дупље тим и тим раствором (интервенција) неће доћи до инфекције усне дупље (дијагноза и циљ) код пацијената у вигилној коми. Или: код пацијената у вигилној коми, редовним окретањем у постељи на тај и тај начин (интервенција) спречиће се могућност настанка декубиталних улцерација (дијагноза и циљ) на предилекционим местима. Након добре хипотезе, лако је дефинисати циљеве, тј. начин на који се хипотеза проверава.

Не мора сваки истраживачки рад у медицини, опсервациони или експериментални, имати хипотезу. Али мора имати једну идеју, а пошто је реч о физијатрији: *физијатријску идеју*! Истраживачко питање, из кога следи циљ, питање је чијим одговором потврђујемо или демантујемо оно што смо у разради истраживачког проблема прихватили као став. Сестринске дијагнозе, циљеви неге и сестрински третман воде нас ка истраживачким питањима. Разумљиво, након дефинисања проблема и његове разраде. Има смисла поиграти се мало – јер наука је игра! – и поставити неколико смислених истраживачких питања. Да ли ће чишћење усне дупље тим и тим раствором, у односу на тај и тај раствор (сестринска интервенција), знатно смањити могућност инфекције усне дупље (сестринска дијагноза и циљ), код пацијената у вигилној коми? Или: да ли ће код пацијената у вигилној коми могућност развоја декубиталних улцерација на предилекционим местима (дијагноза) бити знатно мања ако се примени овај или онај антидекубитални програм? Циљеви истраживања, који могу бити научни и практични, произлазе из истраживачких питања. Јасан циљ значи јасан закључак. Ваља нагласити: само закључен посао је ваљан посао. Тако је и у науци.

Преглед литературе и пракса базирана на доказима

Истраживачки процес почиње идејом. Идеја је комбинација истраживачке имагинације, стручности, сопственог искуства и искуства других. Прегледом литературе истраживач стиче увид у оно што други мисле и пишу о датом проблему. Добар преглед литературе подразумева да рехабилитациона сестра зна – шта, где и како: шта да тржи, где да тражи и како да тражи.

Рехабилитациона сестра треба да тражи сваки податак који се може довести у везу са њеном хипотезом или истраживачким питањем. То треба да тражи у медицинским базама података, примарној и секундарној медицинској литератури и код стручњака – експерата који се баве истим или сличним проблемима. Треба да тражи на начин који подразумева критичну процену онога што чује и прочита. Критика и аутокритика пут су да истраживање да резултат. Критичка процена литературе је као радар: резултат је рада и дара. Истраживач мора повезати своју хипотезу или истраживачко питање са теоријом. То је немогуће без критичког прегледа литературе. Кад чита туђи напис или радну верзију написа који је сама срочила, рехабилитациона сестра треба да размисли о следећем: Каква је сврха истраживања? Да ли је циљ истраживања јасан и да ли је проблем релевантан за сестринство? Какав је проблем који се истражује? Да ли је проблем јасно дефинисан? Да ли су хипотезе јасно дефинисане? Да ли је проблем смештен у контекст теоријских поставки? Какве су литературне одреднице? Да ли је литература релевантна за дефинисани проблем? Да ли је свеобухватна и логички изложена? Какав је истраживачки метод (дизајн) и какви су одабрани мерни инструменти? Да ли је дизајн дефинисан и описан? Да ли су јасно дефинисане и описане мере за скупљање података? Какав је узорак испитаника? Да ли је узорак репрезентативан за студијску популацију? Како су бирани учесници у истраживању? Да ли су учесници пристали на истраживање? Постоји ли став етичког одбора или комитета? Каква је била анализа података? Да ли су коришћени одговарајући статистички тестови? Да ли је разматрана снага коришћених статистичких тестова? Како су интерпретирани резултати? Да ли интерпретација резултата одговара научном методу и да ли су резултати од значаја за струку?

Ако рехабилитациона сестра у улози оцењивача туђе литературе на нека од ових питања постављених себи добије негативан одговор – а то је штос! – тим је боље за њу: имаће више научног „штофа“ за своје истраживање. Ако други оцењивачи литературе – а то није штос! – оцене рад рехабилитационе сестре негативним одговорима на ова питања, тим горе за њу: биће „уштопана“ на првој правој рецензији.

И рад рехабилитационог сестринства је пракса заснована на доказима (evidence – based nursing practice). Оно што радимо морамо да запишемо. А шта урадимо и запишемо морамо – и да потпишемо. Не може се довољно нагласити значај Процеса здравствене неге и добре сестринске документације за праксу засновану на доказима и, посредно, за научноистраживачки рад. Добра медицинска документација извор је научностручних података који чине „корпус сестринског знања“. Квалитет сестринске услуге заснива се на знању, вештини, евиденцији и контроли. Позната „А-Е Класификација“ најбољи је пример како се праксом заснованом на доказима може добити значајан клинички инструмент. Тај инструмент помаже рехабилитационој сестри да правилно размишља и зналачки користи стручну литературу.

Статистика и рехабилитационо сестринство

Лепо је имати статистичаре и компјутерске статистичке програме. Лепо, али тешко! Јер ослонимо ли се само на њих, истраживање ће, суштински, добити на тежини и изгубити своју лепоту. Медицинска статистика се студира, након базичне обуке, студиозним истраживањима. Да би се правилно укалкулисало у рад оно што компјутер избаци и статистичар донесе, потребна је глава клиничара, тј. рехабилитационе сестре, и зато: књигу о статистици и калкулатор што чешће у шаке! Проверавајмо себе и статистичара до коске, јер, ем статистичар није клиничар, ем његов рад – кошта! Усредсредимо се на то да статистички значај не мора значити и клинички значај, и да је статистика само – средство! Пре него што изложимо неке основне терминолошке појмове везане за медицинску статистику, одговоримо на питање: шта ми у физикалној и рехабилитационој медицини морамо знати о статистици да бисмо били успешни истраживачи? Морамо, пре свега, знати шта хоћемо и како да дођемо до тога. Дакле, добро разумети хипотезу или истраживачко питање. Познавање и разумевање основних статистичких техника омогућава истраживачу да своја опажања и претпоставке претвори у питања на која се може добити одговор.

Добра медицинска документација основ је сваке статистике. А основни статистички појмови су: аритметичка средина; стандардна девијација; учесталост; статистичке (нулте и алтернативне) хипотезе; тип I и II статистичке грешке; „p“ вредност; вероватноћа; ефекат величине; регресија; мета анализа; статистички тестови итд. Дескриптивна статистика је статистика којом израчунавањем једног броја из низа бројева добијамо тим бројем појединачну информацију која репрезентује цео низ. Средња вредност, медијана, стандардна девијација, перцентили – примери су дескриптивне статистике. Инференцијалном статистиком извлачи се закључак о целокупној популацији на основу узорка формираног из те популације. Три су основна типа статистичке инференције: тестирање односа, тестирање интервала и тестирање хипотеза. Врста статистичког теста који ћемо користити у провери хипотезе или добијању одговора на постављено питање зависи, пре свега, од тога да ли се користимо квантитативним или квалитативним подацима. Такође је суштинско питање: Да ли је реч о једној или више група испитаника? Статистичар нам је од изузетне помоћи у избору теста. Оно што је на нама, а што претходи прикупљању података, анализи и интерпретацији резултата, то је формирање квалитетне базе података и њено честито попуњавање. Лагеровање или смештање података може бити на „чаршафима“, тест листама или електронским базама. Електронске базе су у предности, јер је извесна добра организација базе, могуће је адекватно шифрирање, а грешке приликом уноса своде се на минимум.

Где и како објављивати?

Рехабилитационе сестре могу објављивати своје радове у научностручним часописима, у зборницима са конгреса и симпозијума, на интернет сајтовима. Своје знање, искуство, стручне ставове требало би да претачу у монографије, књиге, уџбенике. Корпус сестринског знања је као целулоза: прерађен – сведе се на папир! У Србији постоје два стручна часописа за медицинске сестре: „Сестринство“ – који у тиражу од 1.500 примерака, тромесечно, издају Удружење медицинских сестара – техничара и Клинички центар Србије; „Сестринска реч“, часопис који Удружење медицинских сестара – техничара Републике Србије, такође тромесечно, издаје у тиражу од 1.000 примерака. Уредништво часописа „Сестринска реч“ сврстало је резултате сестринских истраживања на високо друго место својих издавачких приоритета, одмах иза сестринске праксе. Значајни сестрински часописи у свету су „Nursing“ и „Rehabilitation nursing“. Отворимо интернет, укуцајмо ова имена, и куц, куц! – куцнимо се по глави: Где су они, а где ми?

Где год да објављују, рехабилитационе сестре треба да воде рачуна о језику и стилу. Медицина је култура или готово култура. Само примитивни мисле да се оно што напишу мора примити – здраво за готово. Одлике језика и стила научнога рада су: објективна анализа, недостатак емоција и развијен систем знакова. Значи ли то да научник треба да буде особа без емоција, приспео за психијатријску анализу – јер у свему види објекат? Не значи. Али значи да истраживањима у медицини – сви нити можемо, нити треба да се бавимо. Да би нас лако читали, пишимо, ако је могуће: јасно, сажето, схватљиво, тематски повезано и објективно. Ако није могуће – не треба писати. Треба учити. Да се размишља и пише. Ко научи на српском, уз доста труда, писаће и на енглеском. Без енглеског језика нема науке ма како се ми правили Енглези. Да се разумемо, не тражи се од нас брилијантно знање енглеског језика у свим његовим доменима (неко ће нас већ кориговати), али се тражи познавање граматике и основних принципа доброг стручног писања. То се може научити .

Суштина проблема и могућа решења

Образовни систем у овој земљи у просеку је лош. Разлози су многобројни, а врте се око три речи: финансије – организација – корупција. Можемо ствар и овако упростити: ми смо земља талентованих људи да ствар упропасте. У просеку лоша едукација је суштински проблем и нашег сестринства. И сестара у рехабилитацији, разуме се. Едукација, дакле, није немогућа мисија ни могуће решење проблема: побољшање образовног система и стални рад на едукацији за већину проблема рехабилитационог сестринства – сигурно је решење. Истраживањима у медицини морала би се посветити посебна пажња. У Европи се увелико ради на усаглашавању образовних система. Тај тзв. Tuning project предвидео је истраживање као обавезан део подучавања и учења. Шта радити, међутим, док то не стигне код нас? Може се и мора понешто учинити. Преко одговарајућих сестринских удружења треба инсистирати да се истраживачки модули или курсеви уведу као обавезан део струковних студија и сестринских факултета. У процесу континуиране медицинске едукације за медицинске сестре и техничаре ваља инсистирати на методолошки коректним радовима. У часописима за медицинске сестре мора се увести рецензија (бар) за истраживачке радове. Физијатри, шефови клиника и одељења, могли би стицати ауторитет и тако што ће сестре подстицати на истраживачки рад. Преко сестринских удружења треба организовати кратке курсеве из основе научноистраживачког рада у медицини. Предаваче треба тражити међу свим медицинским профилима који методологију истраживања у медицини знају и примењују. Јер, поновимо опет: истраживање у рехабилитацији је игра којом се до научне истине долази научним методом.

Литература

1) Nelson A. Research in rehabilitation nursing. In. Derstine JB, Drayton Hargrove S. Comprehensive rehabilitation nursing. WB Saunders Comp. 2001: 601–611.
2) Young Brockopp D, Hastings-Tolsma MT. Fundamentals of nursing research. Third edition. Jones and Bartlett publishers, 2003.
3) Ристановић, Д, Дачић, М.: *Основи методологије научноистраживачког рада у медицини,* Веларта, Београд, 1999. година.
4) Савић, Ј. Ђ.: *Како створити научно дело у биомедицини*. САВПО, Стара Пазова, 1999. година.
5) Жигић, Д, Иванковић, Д, Шукријев, Љ.: *Методологија научног истраживања у медицинској пракси,* АШ Дело, Земун, 2006. година.
6) Hewett JE, McDonald DG, Salcido R, Parker JC. Research concepts in physical medicine and rehabilitation. In: O Young BJ, Young MA, Stiens SA. Physical medicine and rehabilitation secrets. Second edition. Henley and Belfus 2002: 14-20.
7) Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. In. Brkic, Vuckovic-Dekic LJ, Bogdanovic G. Publikovanje u biomedicine. Ortomedics Novi Sad 2007: 145-181.
8) Сакан, М.: *Хипотезе у науци*. Прометеј, Нови Сад, 2005. година.
9) Lauritsen Christiansen B, Oden Kockrow E. Adult health nursing. Mosby, 1999.
10) Davis AM, Findley TW. Research in physical medicine and rehabilitation. Information resources. In: American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 70 (1), Suppl, 1991: 94-106.
11) Пантић, Д.: *Језик и стил у научном раду. Језик у служби професије* у: Бркић, С., Вучковић Декић, Љ., Богдановић, Г.: Публиковање у биомедицини. Ortomedics, Нови Сад, 2007, 137-139.
12) Матејашев, С.: *Употреба стручног енглеског језика* у: Бркић, С., Вучковић Декић, Љ., Богдановић, Г.: *Публиковање у биомедицини*, Ortomedics, Нови Сад, 2007, 140-145.
13) http:// tuning.unideusto.org/ tuningeu
14) Ђуровић, А.: *Физијатријска идеја и статистичке методе*, Вулкан издаваштво, Београд, 2013, 9.

Верица Мирић, Поликлиника КЦС

КОНФЛИКТИ У КОМУНИКАЦИЈИ

Верица Мирић рођена је 28. 10. 1961. у месту Мердаре. Од 1980. живи у Београду. Средњу медицинску школу завршила је 1980. године у Прокупљу. Вишу медицинску школу завршила је у Београду 1983. године.

Засновала је радни однос 1982. године у КБЦ „Бежанијска коса“: пет година радила је на одељењу трауматологије и интензивне неге. У раздобљу 1987–1988. година радила је у Ургентном центру у централној интензивној нези. Године 1998. прелази на Поликлинику КЦС и обавља различите послове, а 2007. дипломирала је на ФММСП и стекла звање дипломираног менаџера.

Члан је ИО Удружења медицинских сестара – техничара КЦС „Сестринство“ и учесник већег броја едукативних семинара и састанака здравствених радника.

Verica Mirić, Polyclinic CCS

CONFLICTS IN COMMUNICATION

Verica Mirić, born 28.10.1961. in Merdare, since 1980. lives in Belgrade.

She gradueted in Medical High School in Prokuplje in 1980. In 1983. she got Bachelor degree in Basic professional studies for nurses in Belgrade.

She has started working in 1982. in Clinical Centre of Bežanijska Kosa, where she has worked for five years on Traumatology and Intensive Care department. In 1987-1988. she has worked in Emergency Centre in Central Intensive Care department. Since 1998. up to now she has been working in Policlinical Centre of Serbia on verietes departments as a nurse. In 2007. she got Bachelor degree in FMMSP in Management.

She is a member of EB Association of nurses „KCS Sestrinstvo“ and takes part in a lot of educative courses for helth workers.

Сажетак

Рад се бави конфликтима који се могу јавити у комуникацији између двоје људи. По дефиницији, конфликтне ситуације настају када особа не може остварити оно што јој треба. Према основној подели (Lewin, 1935), конфликти могу бити интраперсонални (конфликт двоструког привлачења, конфликт двоструког одбијања и конфликт привлачења и одбијања, тј. амбивалентности), који настају када се у особи два мотива супротставе један другом, и интерперсонални, који настају када жељу за максималном добити једне стране онемогућава жеља за максималном добити друге стране. Пошто се рад бави конфликтима који настају у комуникацији између двоје људи, фокус је био на интерперсоналним конфликтима. У раду су предложени кораци за разрешење проблема, могућа решења за излазак из конфликта и вештине за избегавање и разрешавање конфликата. Значај рада огледа се у следећем: ако знамо како теку фазе конфликта, зашто се он разбуктава, и технике којима се конфликт може разрешити, лакше ћемо изаћи из конфликта, доћи до задовољавајућег решења, а можда чак и успети да избегнемо конфликт.

Abstractum

This article is about conflicts which could happen in communication between two people. According to definition, conflict situations could happen when person is unavailable to get something he desires. When two motives inside one person are in contradiction to each other, this kind of conflict is called intrapersonal(double attraction conflict, double rejection conflict and attraction and ambivalence conflict). When goal of one person can’t be achieved because some other person wants to achieve some goal of its own, then the conflict is called interpersonal conflict. This article is about conflicts which could happen in communication between two people, so the focus of the article is interpersonal conflicts. Steps to resolve the conflict are presented in the article, along side of possible conflict resolutions and skills of avoiding and resolving interpersonal conflicts. The importance of this article is attaining the knowledge about phases of conflict, conflict escalation and techniques of conflict resolution, which could help us in finding better solution and resolving conflicts, or avoiding them.

Конфликт = сукоб, судар, спор, борба, свађа

У сукобе са другим људима упадамо свакодневно због ситница или због крупних ствари. Сукоби су неизбежни и најчешће нам нису пријатни. Мало је оних који баш воле свађу.

Конфликтне ситуације настају када не можемо добити шта нам треба, не само предмете већ и осећања и уверења.

У свакодневном животу конфликти се често мешају са фрустрацијама иако им је једино заједничко својство немогућност да остваримо неки циљ. Разлика је у томе што се код фрустрација увек говори о неспособности остварења циља или некој спољашњој препреци, док до конфликта долази када се два мотива супротставе један другом. Значи код конфликта се не сукобљавају мотив и спољашња препрека, већ два мотива између себе.

Конфликти се деле на интраперсоналне и интерперсоналне.

Интраперсонални конфликти настају када су два мотива супротстављена у особи. Психолог K. Lewin описао је три главна типа конфликта:

– конфликт двоструког привлачења,
– конфликт двоструког одбијања,
– конфликт привлачења и одбијања – амбивалентност.

Конфликт двоструког привлачења настаје када особа треба да се определи за један од два привлачна циља. Ово не мора бити нарочито тежак тип конфликта пошто од два добра треба одабрати једно. Али то је ипак конфликт и садржи бар једну непријатност: Један од привлачних објеката мора бити напуштен. Мада ово није тежак конфликт, не значи да он не може особу жестоко намучити. То могу бити безазлени конфликти, нпр. одлучити се за плаве или црне ципеле, а процес одлучивања може да траје дуго и буде веома мучан. Обично се дешава да после избора напуштени објекат добија на значају, бар за извесно време.

Конфликт двоструког одбијања настаје када особа треба да учини једну од две непријатне ствари. На пример, када вољеној особи тешко оболелој треба рећи истину или је лагати. Понекад је снага негативних циљева веома велика и конфликт веома снажан, тако да се могу јавити различити психосоматски и неуротски симптоми: главобоља, срчане и астматичне сметње, те потпуна психичка и физичка исцрпљеност.

Амбивалентност, или конфликт одбијања и привлачења, настаје када према једном истом објекту, према једној истој особи постоји истовремено и привлачност и одбојност, тј. супротна, амбивалентна осећања. То може да буде најтежи вид конфликта и да с временом доведе до озбиљних последица на психофизичко здравље.

Интерперсонални конфликти

Конфликти у свакодневном животу неминовни су, али пошто могу изазвати озбиљне потешкоће у комуникацији међу људима и озбиљне последице на психички живот људи, најбоље их је разрешити што пре. Ако нама тренутно нешто није много важно, а нашем супарнику јесте, најбоље је попустити. Али ако је нека ствар за обе стране од велике важности, онда је реч о правом конфликту, из кога се може изаћи само ако се стварно разреши

Некада, због страха пред могућим запетљавањем у сукоб или неповерења у себе, одлучимо да попустимо под притиском друге стране. Тада друга страна добије шта је хтела, а ми је, незадовољни, првом следећом приликом нападнемо за сасвим безначајну ствар. Ситуација може бити и обрнута: онда када ми притиснемо другу страну и она попусти, али се при свакој наредној свађи, потпуно невезаној за проблем, упорно враћа на стару свађу и тиме стално ремети наше будуће односе.

Неразрешен или лоше разрешен проблем увек се поново враћа и може потпуно да поквари односе са другом особом, па је зато најбоље решити га одмах и не дозволити да буде преинтензиван за нас и да предуго траје.

Трагање за решењем

Људи често о конфликтима размишљају у категоријама: побеђујем или губим. Зараћене стране могу проблему приступити као два непријатеља, али и као две особе које имају заједнички проблем који желе да што брже и успешније реше Тај проблем омета и једног и другог, па им је у заједничком интересу да га што боље реше.

Једна страна може да наступи са позиције силе, изврши притисак и натера оног другог да попусти. Резултат је: победник који добија све и поражени који одустаје од циља. Често сукоб може да резултира и обостраним поразом, али проблему се може приступити и на другачији начин. Зараћене стране седну и обаве озбиљан разговор, у коме ће свако рећи шта жели и због чега то жели. Разговори те врсте веома су важни у разрешавању конфликата и често представљају најпогоднији начин за долазак до решења. За разрешење сукоба можда је ипак најважније развијање емпатије, што би значило да мало мање мислимо на себе и покушамо да се ставимо у положај оног другог и видимо како проблем изгледа и с његове стране.

Кораци до паметног разрешења проблема:

1) Одређивање проблема

Веома је важно не компликовати проблем више него што је потребно. Конфликт је већ сам по себи компликација, па нам зато није потребан још и вишак емоција, претерано узбуђивање или увлачење других у проблем. Боље је размислити шта је проблем, а шта смо у бесу и узбуђењу сами придодали, а након тога се усредсредити на оно што је заиста у вези проблема битно.

2) Не треба одмах постављати неопозиве захтеве

Веома је важно научити да разликујемо позиције учесника у сукобу од њихових стварних потреба и страхова. Позиција је први неопозиви захтев који постављамо другој особи, чврсти ставови и убеђеност у оправданост постављених захтева. Многи конфликти делују нерешиво само зато што људи разговарају не са становишта својих стварних потреба већ са становишта својих позиција. Међутим, открити своје стварне потребе пред особом с којом смо у сукобу није нимало лако. О потребама треба разговарати искрено, али само онолико колико је потребно да друга страна схвати шта желимо.

3) Треба размислити о својим стварним потребама

У средишту сваког конфликта стоји неслагање потреба људи који су у сукобу. Стварне потребе није лако препознати, па би нам у томе могла помоћи Масловљева хијерархија основних потреба:

1. потреба за храном, водом, ваздухом, склоништем,
2. потреба за сигурношћу,
3. потреба за љубављу и пријатељством,
4. потреба за самопоштовањем и поштовањем од других,
5. потреба за самоостварењем.

До сазнања које су наше стварне потребе долази са детаљном анализом. Треба бити искрен, имати искуство, а понекад и нечију помоћ да бисмо у томе успели.

4) Потрага за решењем

Постоји неколико различитих врста решења, али нису сва подједнако ефикасна. Нека од њих су:

1. Решење којим обе стране добијају

Најбоље решење за разрешење проблема јесте оно које омогућава да обе стране добију оно што желе. Међутим, када су у конфликту људи желе различите ствари, које су често и супротстављене, потребно је објаснити и разумети шта ко жели. Међутим, овај начин доласка до решења је најтежи пошто изискује много напора, времена, памети, стрпљења, свести о ономе што желимо и одговорности према другој страни. Предност овог начина разрешења конфликта није само у томе што обе стране добију оно што желе већ и у томе што се након разрешења конфликта често још боље разумеју него пре.

2. Компромис

Ово је такође прилично добар начин разрешења конфликта, али не толико добар као решење којим обе стране добијају. Свако попусти помало, обе стране поделе губитак, али ипак имају и неку добит. То је брз и паметан начин решавања проблема. Компромисом обе стране успевају да сачувају достојанство, али је проблем тај што при овом решењу ипак сви остају помало незадовољни.

3. Игра на срећу

Ако ни компромис није могуће брзо смислити, може се ићи на срећу. Баца се новчић, вуче сламка и слично. Тај начин је добар само за небитне ствари, оне око којих не желимо да се задржавамо.

4. Попуштање другој страни

Када су у питању важне ствари, попуштање није решење конфликта. Међутим, ако су у питању врло битне потребе или ако је важније да се конфликт мимоиђе и да се сачува добар однос са другом страном, онда и попуштање има смисла. То, наравно, важи за случајеве када је противник много моћнији, као, на пример, шеф, и тада је понекад паметније попустити. Али када нам је веома стало до нечега, треба се борити. Уосталом, можда противнику није толико стало.

Спровођење решења у дело

Пошто смо дошли до решења, важно је да се договоримо шта је први корак да се оно оствари. Дакле, веома конкретно, није лоше предвидети ни казне за неиспуњавање договора. Договори су важни и на њима почива сваки утврђени однос. Многе ствари које подразумевамо у свакодневном животу заправо су ствар договора. Кршење договора, чак када се преко њега прелази, квари односе међу људима. Способност особе да прави договоре и, што је још важније, да их се придржава, знак је зрелости.

Да би се код решења конфликта успешно сарађивало, неопходно је придржавати се одређених правила. Наравно, тешко је поштовати правила када смо бесни, повређени или уплашени, али вреди потрудити се, јер је корист обострана.

Ево неких правила:
- разговарати о проблему,
- наступити мирољубиво,
- нападати проблем, а не особу,
- усредсредити се на оно што је у том тренутку важно,
- поштовати туђа осећања,
- преузети одговорност за своје поступке.

Корисне вештине за разрешавање и избегавање конфликта

Технике слушања

Колико слушамо друге људе када говоре? Да ли их уопште примећујемо када покушавају нешто да саопште? Често је наше слушање других људи површно. Гледамо у њих расејано и само вребамо прилику да их прекинемо и ускочимо са својим идејама. Нестрпљиви смо да што пре заврше. У ствари, најзабавније је слушати самог себе.

Када смо у конфликту, то још чешће чинимо, а баш тада је важно слушати.

Зашто је то важно?

Прво, слушати некога значи показати му да га поштујеш.

Друго, слушати некога значи сазнати нешто о њему, ко је и шта хоће.

И, на крају, слушати некога значи добити могућност да и сам будеш саслушан.

Постоји више начина слушања.

Активно слушање – Значи показати стварно занимање за оно што други говори. Прићи саговорнику отворено и без предубеђења. Отворено питати оно што није јасно, резимирањем одвојити битно од небитног, парафразирањем потврдити да ли смо разумели шта је саговорник хтео да каже. Ово је једна од најмоћнијих техника да се разговара с другим а да се у тај разговор не убацују сопствене идеје.

Подржавајући коментари – Можемо показати да слушамо тако што ћемо повремено коментарисати: Занимљиво! Да ли је то теби било важно?

Запиткивање – Заинтересованост за оно шта други говори можемо показати тражењем додатних објашњења, распитивањем за детаље, подстицањем приче питањима. Са запиткивањем не треба претеривати, јер то почиње да омета говорника. Учестало запиткивање може бити схваћено и као пожуривање, као знак нервозе слушаоца. Преоштро распитивање може личити на саслушање или унакрсно испитивање. Дакле, треба се распитивати с мером.

Ћутање – Шта се дешава ако ми само ћутимо док саговорник говори? Да ли увек ћутимо на исти начин? Важно је да док ћутимо показујемо да пратимо, односно да стварно слушамо саговорника. Гледамо га, окренути смо ка њему, климамо главом, стрпљиви смо. Ако ћутимо пријатељски и с пажњом, можемо чути и нешто што никаквим запиткивањем не бисмо сазнали.

Технике говора: ја – говор / ти – говор

У конфликтним ситуацијама, онда када хоћемо да саопштимо нешто непријатно особи или када желимо да је мотивишемо да промени своје понашање, боље је да говоримо о томе шта ми сами осећамо и какве последице понашање те друге особе оставља на нас него да осуђујемо и оптужујемо друге.

Нападом на другога код њега изазивамо потребу да се брани или чак да одговори нападом. Говором о последицама нечијег понашања на нас имамо шансе да изазовемо саосећање, осећање одговорности, спремност да и други учини нешто. Ја – говор не изазива непријатељство код другога, па самим тим неће одмах отворити сукоб.

Изненадићемо се колико људи је спремно за разговор и сарадњу. Многи су груби само зато што се осећају угрожени, због одбрамбених разлога или страха да не покажу слабост. Ако успемо да смањимо страх код других, онда се за нас отвара онај бољи део људске природе.

Закључак

Видели смо шта су конфликти, да су свакодневни и непријатни. Сада знамо шта треба да радимо како би смо их у будућности избегли, или да, ако су баш неизбежни, знамо како да их најбрже и најбоље решимо. Најважније је да не мислимо само на себе и своје потребе, већ да покажемо и емпатију према другој страни. Понекад треба и да попустимо, али ако нам је до нечега стварно стало, треба да се за то боримо разумно и трезвено, разговором. Агресивним и непријатним понашањем нећемо добити ништа осим изгубљеног времена, које смо могли утрошити на искрен и отворен разговор. Јер само је он прави начин за разрешење конфликта.

Литература

1) Големан, Д. (2005), *Емоционална интелигенција*. Геопоетика, Београд.
2) Големан, Д. (2007), *Социјална интелигенција*. Геопоетика, Београд.
3) Мирић, М. (2008), *Конфликти и шта са њима*, Матурски рад, Београд.
4) Плут, Д., Маринковић, Љ. (2000), *Конфликти и шта са њима*. Креативни центар, Београд.

Надежда Алексић,
Институт за плућне болести ТБЦ КЦС

МЕСТО МЕРАЧА ВРШНОГ ЕКСПИРИЈУМСКОГ ПРОТОКА (ПИК ФЛОУМЕТАР) У АСТМИ

Nadežda Aleksić,
Institute for Pulmonary TBC CCS

PLACE OF PEAK FLOW METERS (PEAK-FLOUMETAR) IN ASTHMA

Надежда Алексић рођена је 1962 године. Средњу медицинску школу завршила је у Вршцу 1980. године. На Вишој медицинској школи струковних студија у Београду дипломирала 2003. године. Главна сестра Клинике за пулмологију КЦС је од 2009. године

Професионално искуство започиње 1981. на Интерној Б клиници у Београду, а од 1988. ради на Институту за плућне болести ТБЦ Клиничког центра Србије.

Активна је на свим пољима унапређивања квалитета рада. Учествовала је на великом броју конгреса и симпозијума.

Nadežda Aleksić was born in 1962. She ended medical scholl Vršac in 1980.

She graduated at High Medical College of Vocational Studies in Belgrade in 2003.

Since 2009 she is Head Medical Nurse of The Clinic of Lung Diseases, Clinical Center of Serbia

Professional experience begins 1981th at the B.Clinic for Internal Medicine, Belgrade, since 1988 The main Institute for Pulmonary Disease and TBC Clinical Center of Serbia.

Active in every fied of quality work imrprovement as a member of her vocational organization. Attended and actively parcitipated in numerous congresses and simposiums.

Сажетак

Идеја о испитивању вентилације плућа веома је стара. Данас објективну процену вентилације плућа вршимо: спирометријским мерењем (ФЕВ1) и мерењем вршног експиријумског протока (ПЕФ) помоћу специјалног мерача протока, такозваног Пик флоуметра. Пик флоуметар погодан је за кућну употребу.

Дефиниција: Вршни експиријумски проток (ПЕФ) највећи је проток ваздуха остварен форсираним експиријумом, а започет са нивоа тоталног плућног капацитета, односно после максималног инспиријума. Вредности добијене мерењем изражавају се л/мин.

Мерач вршног протока је мали, једноставан, лако преносив апарат, који болесници са астмом могу користити и у кућним условима Доступан је јер није претерано скуп и лако га је набавити. Резултати добијени мерењем ПЕФ су прецизни и поуздани.

Мерење протока директно зависи од сарадње болесника и технике извођења, те је за валидност мерења неопходно добро едуковати болесника .

Вредности ПЕФ зависе од многих фактора и зато се предвиђене табличне вредности користе само док се не утврди болесникова најбоља лична вредност.

У кућним условима ПЕФ могу користити одрасле особе и деца старија од пет година. То мерење омогућава: постављање дијагнозе астме, процену тежине болести, праћење ефикасности примењене терапије и у програму самолечења астме.

Програм самолечења астме садржи препоруке за лечење у складу са оствареном вредношћу ПЕФ. Ради лакшег сналажења примењен је систем светала на семафору, па се тако болесник безбедно креће при лечењу астме, поштујући боје на семафору.

Мерење ПЕФ помаже при постављењу дијагнозе астме, пружа увид болеснику и лекару у ток болести, терапијске ефекте и омогућава корекције. Редовно праћење болести доприноси животу бољег квалитета.

Пик – флоуметар је за астму исто што и апарат за притисак код хипертензије.

Abstractum

The idea of testing lung ventilation is very old. Today, an objective assessment of lung ventilation is done: spirometric measurements (FEV1) and measuring peak expiratory flow (PEF) using a special flow meter, the so-called Peak - floumetra.Pik-floumetar is suitable for home use

Definition: peak expiratory flow (PEF) is the largest airflow expiratory forcing a turnover and started from the level of total lung capacity, maximal inspiratory and after. Measured values obtained are expressed as l / min.

Peak flow meter is a small simple, easily portable device that asthmatic can be used at home is available for not too expensive and easy to obtain.

The results obtained by measuring the PEF are accurate and reliable.

Flow measurements directly on the cooperation of patients and the techniques involved and the validity of the measurements it is essential to edukaovati patients.

PEFa values depend on many factors and are therefore provided tabular values are used only when it is determined the patient's personal best value.

PEF at home can be used by adults and children over five years This measurement provides: asthma diagnosis, severity assessment, track the effectiveness of the treatment, and in self management of asthma.

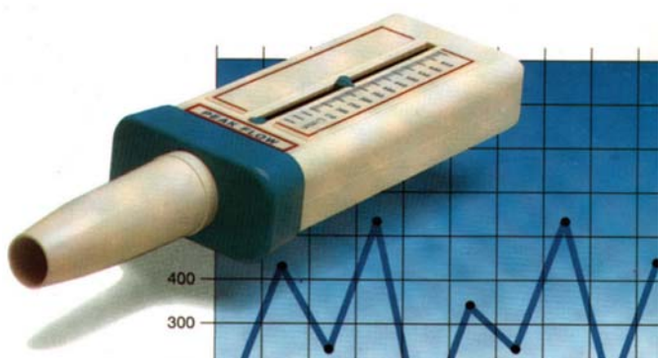
Asthma self management program include recommendations for treatment according to the realized value of PEFA. For convenience lighting system has been applied to the traffic lights, so that patient safety moves in asthma respecting colors on the scoreboard.

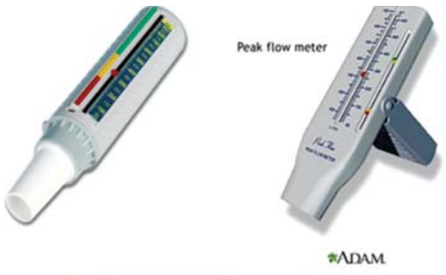
Measurement of PEF helps the diagnosis of asthma, provides insight into the patient and the doctor of the disease, the therapeutic effects and the ability correction. Regular monitoring of disease contributes to better quality of life.

Pick - floumetar for asthma same as coffee pressure in hypertension

Идеја о испитивању вентилације плућа веома је стара. Лекари су увек настојали да процене вентилацију плућа и одреде тежину опструкције, захтевајући од болесника да звижди или угаси свећу.

Данас се објективна процена тежине опструкције обавља: спирометричким мерењем, (фев1) и мерењем вршног експиријумског протока (ПЕФ) помоћу специјалног мерача (Пик флоуметра). Мерач вршног експиријумског протока (Пик флоуметар) на тржишту се појавио 1958. године – Рајтов стандарни мерач, а 1973. већ је много мањи и једноставнији апарат – Пик флоуметар. Електронски мерач опремљен је рачунарским делом тако да је омогућено аутоматско бележење резултата (1996. године).





Електронски мерач

Дефиниција

Вршни експиријумски проток (ПЕФ) највећи је проток ваздуха остварен форсираним експиријумом започет из положаја тоталног плућног капацитета, односно максималног инспиријума. Такав издах у свакодневном животу сусрећемо приликом кијања или кашља, а да би се остварио, неопходно је максимално ангажовање помоћне дисајне мускулатуре. Управо зато добијене вредности директно зависе од уложеног напора и мишићне снаге испитаника и указују на стање у великим дисајним путевима. Вредности добијене мерењем изражавају се л/мин.

Карактеристике мерача

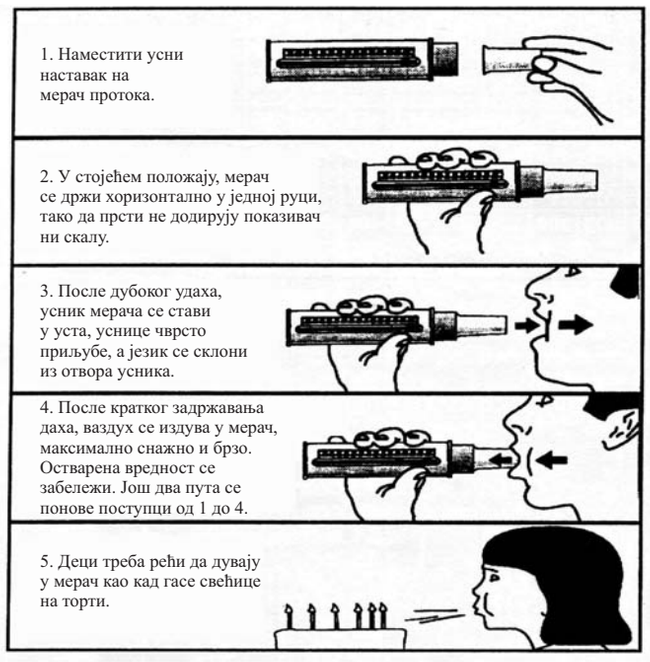
То је мали портабл апарат, који мери брзину протока ваздуха у трајању 10 милисекунди. Има усник, уздужни прорез за ваздух, опругу и клип. Болесници га користе за контролу болести у кућним условима. Јефтин је и лако га је набавити, па је тако доступан већини болесника са астмом. Резултати добијени мерењем на овом апарату прецизни су и поуздани.

Фактори који утичу на вредности ПЕФ

То су: телесна висина, животно доба, пол, расна припадност, физиолошки фактори (промер интрапулмоналних и екстрапулмоналних дисајних путева, снага и координација експиријумских мишића, положај врата, дубок спор удах), патофизиолошки фактори (оштећење функције и структуре дисајних путева, смањена покретљивост грудног коша, оштећење функције дисајних мишића, поремећај интегритета нервног система).

Процедура мерења ПЕФ

Мерење директно зависи од сарадње болесника и технике извођења, а да бисмо обезбедили валидност, неопходна је правилна техника извођења. Пацијенту треба демонстрирати употребу мерача и увежбавати је с њим све док се не постигне добра сарадња.



Референтне вредности

Данас постоји велики број предвиђених табличних вредности које се међусобно веома разликују и користе се као почетни водич док се не утврди болесникова најбоља лична вредност. Најбоља лична вредност утврђује се када је болесник у ремисији, односно у стабилној фази болести, мерењем ПЕФ две недеље, ујутру након буђења око 7 и 18 сати .

Клиничке индикације за примену мерача

У кућним условима ПЕФ могу мерити одрасле особе и деца старија од пет година. Та мерење омогућавају:

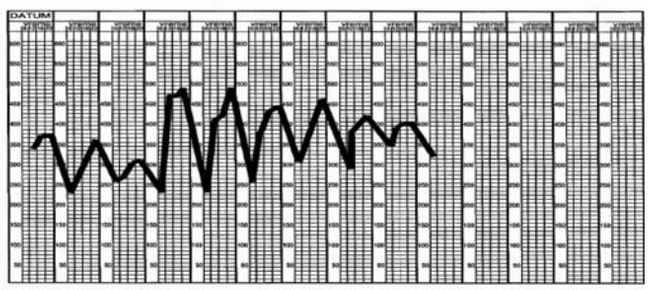
- постављање дијагнозе астме,
- процену тежине болести,
- праћење ефикасности терапије,
- програм самолечења.

Постављање дијагнозе астме

Ако болесник има нормалну плућну функцију и суспектне симптоме астме, серијско мерење ПЕФ током три недеље помаже при постављању дијагнозе на основу дневне варијабилности.

$$\text{Варијабилност (\%)} = \frac{\text{највиша-најнижа дневна вредност ПЕФ}}{\text{средња вредност свих мерења ПЕФ}} \times 100$$

Варијабилност ПЕФ



С. М. 28 година, Asthma bronchiale
– велика дневна варијабилност ПЕФ-а (63%) 4 дана пре фаталног исхода
– дан уочи фаталног исхода дневна варијабилност ПЕФ-а од свега 16% није наговештавала фатални завршетак

Варијабилност код здравих: 8.3%.
Варијабилност изнад 20%: прилог астми.
Варијабилност мања од 15%: није астма.

У табели је приказана дневна варијабилност ПЕФ у акутном нападу астме који се завршио леталним исходом.

Процена тежине болести

Код болесника са астмом варијабилност ПЕФ представља индекс стабилности и тежине болести, односно на основу дневне варијабилности процењујемо степен опструкције. Анализом дневног профила ПЕФ могу се открити узрочници бронхоопструкције као што су: алергени у кућној и радној средини, утицај физичког напрезања код постављања дијагнозе астме изазване напором, професијска астма.

Дуготрајно праћење ПЕФ посебно се препоручује код болесника са тешком астмом и оних који имају слабију перцепцију симптома болести. Пад вредности јутарњег ПЕФ и дневна варијабилност већа од 20 одсто указују на нестабилну болест. У том случају ПЕФ треба мерити све док се болест не стабилизује, јер редовно мерење може да упозори на погоршање болести неколико сати, чак и неколико дана пре него што болесник субјективно осети погоршање, довољно рано да се предузму мере за спречавање напада.

Праћење ефикасности терапије

Редовно мерење ПЕФ омогућава болеснику и лекару увид у терапијске ефекте како акутног погоршања тако и код примене хроничне терапије. Болесник на основу мерења може објективно да процени своје стање и предузме кораке предвиђене планом лечења.

Програм самолечења астме

План самолечења садржи препоруке за лечење у складу са оствареном вредношћу ПЕФ.

Ради лакшег сналажења три зоне плана функционишу као систем светла на семафору. Зона у којој се налази измерени ПЕФ олакшава болеснику доношење терапијске одлуке, јер поштујући боје „семафора“ болесник се безбедно креће приликом лечења астме.

Зелена зона:	80–100% – најбоље личне вредности
Жута зона:	50–80% – најбоље личне вредности
Црвена зона:	< 50% – најбоље личне вредности

Едукација

Сваки болесник са астмом може имати користи од бележења ПЕФ, али пре примене мерача мора проћи едукацију и савладати технику примене.

Едукација подразумева:

- да га едуковани здравствени радник научи правилној техници,
- да му се саопшти када да региструје ПЕФ,
- да му се покаже како да бележи измерене вредности у дневнику,
- да се научи како да поступи када се снизи ПЕФ.

Закључак

Мерење ПЕФ помаже при постављању дијагнозе астме, пружа увид болеснику и лекару у ток болести, терапијске ефекте и даје могућност корекције. Едукација болесника и концепт самолечења су есенцијални принципи терапијског приступа у астми. Способност болесника да редовно прати своје стање доприноси успешном лечењу и квалитетнијем животу.

ПИК ФЛОУМЕТАР = Термометар за астму

Литература

1) Проф. др Весна Бошњак Петровић, *Бронхијалана астма*, Клинички центар Србије, Београд, 2007. година.
2) Људмила Нагорни Обрадовић, *Значај испитивања функције плућа у акутном тешком нападу астме*, Београд, 2007. година.
3) *Глобалана стратегија за лечење и превенцију астме – Гин 2006*, Водич за лечење и превенцију астме, Превод Весна Бошњак Петровић, Институт за плућне болести и туберколозу, Клинички центар Србије, Београд , 2007. година.
4) Проф. др сц. мед. Ђурица Матић, *Здравствена нега у интерној медицини* – сестринске интервенције, Београд, 2001. година.

Олга Симић, Едукативни центар КЦС

ЗДРАВСТВЕНА НЕГА ПАЦИЈЕНАТА НА МЕХАНИЧКОЈ ВЕНТИЛАЦИЈИ

Олга Симић рођена је 5. 3. 1965. године у Земуну, где је завршила основну, средњу и вишу медицинску школу. Запослена је од 1983 године и током своје каријере обављала је послове на одељењу анестезије и реанимације УЦ, у шоку А и Б као главни респираторни техничар, а од 2009. до 2013. као главни едукатор УЦКЦС. Сада обавља послове у Едукативном центру КЦС. Активан је члан Удружења „Сестринство“ КЦС. Добитница је повеље „Чувар живота“ УИНАРС.

Сажетак

Савремена одељења интензивне терапије збрињавају критично оболеле пацијенте који захтевају континуирани надзор, негу и лечење уз употребу респиратора, монитора, аспиратора, инфузомата и мноштва друге опреме која је неопходна за овакву врсту неге и лечења.

За рад на таквим одељењима потребна су посебна знања и вештине поготово из области механичке вентилације.

Механичка вентилација је терапијска мера која омогућава задовољавајућу респираторну функцију током времена потребног за уклањање поремећаја и може се поделити на инвазивну и неинвазивну вентилацију.

Нега пацијената на механичкој вентилацији поред стандардних активности, садржи делове који захтевају респираторну потпору код пацијента:

- руковање, провера и одржавање вентилатора,
- пласирање и одржавање сигурног дисајног пута,
- мониторинг респираторног статуса болесника,
- континуирана седација и релаксација пацијента,
- превенција компликација,
- техника респираторне рехабилитације.

Савремена одељења интензивне терапије збрињавају критично оболеле пацијенте који захтевају континуирани надзор, негу и лечење уз употребу респиратора, монитора, аспиратора, инфузомата и мноштва друге опреме која је неопходна за такву врсту неге и лечења.

За рад на таквим одељењима потребна су посебна знања и вештине, поготово из области механичке вентилације.

Вентилатори (респиратори) машине су чији је основни задатак пренос и трансформација енергије која обезбеђује правилну плућну вентилацију болесника са учешћем респираторног рада болесника или без њега.

Писани траг о механичкој вентилацији оставио је у 16. веку Андреас Везалијус (1514–1564) (уметањем цевчица у трахеју животиња кроз које је удувавао ваздух у плућа).

Први опис о челичним коморама,,body ventilatori” дао је шкотски лекар Џон Дејлзел (John Dalziel) 1830. године.

Године 1928 Филип Дринкер конструише вентилатор на електрични погон, који има ширу примену.

Ј. Емерсон са Кембрица конструише једноставнију верзију челичних плућа.

Прекретница у механичкој вентилацији и њеној широј употреби била је 1952. године у Данској, када је дошло до епидеми-

Olga Simić, Education Center CCS

NURSING CARE OF PATIENTS ON MECHANICAL VENTILATION

Olga Simic was born in 1965 in Zemun, where she attended elementary, secondary and higher medical school. Has been working since 1983 and during her career she performed tasks at the department anesthesiology EC at Observation Units A and B as the major respiratory technician and since 2009 to 2013 as chief educator EC-CCS. Currently working at the Center for scientific research, education and human resources CCS. Active member of the Association of Medical Nurses-Technicians, Clinical Center of Serbia „Sestrinstvo“. She was awarded „Life Keeper Award“ by the Association UINARS.

Abstractum

Modern intensive therapy department take care of critically ill patients who require continuous supervision, treatment and care with the use of respirators, monitors, hoods, infusomat and many other equipment necessary for this kind of medical treatment and care.

Work in this departments requires special knowledge and skills, particularly in the area of mechanical ventilation.

Mechanical ventilation is a therapeutic measure that provides satisfactory respiratory function during time necessary to remove the disorder and can be divided into invasive and non-invasive ventilation.

Nursing care of patients who are being mechanically ventilated requires some special segments, such as:

- Handling, inspection and ventilator management,
- Placing and maintaining a secure airway,
- Monitoring of respiratory patient`s status,
- Continuous sedation and relaxation of the patient,
- Prevention of complications,
- Technique of respiratory rehabilitation.

је полиомијелитиса: оболела су 2.722 пацијента, а 315 је захтевало респираторну потпору. Сестре и студенти медицине су ручно вентилисали пацијенте у три смене по осам сати. Истовремено је вентилисано и по 75 пацијената – 1.400 људи учествује у вентилисању пацијената. Пред крај епидемије се користе вентилатори.

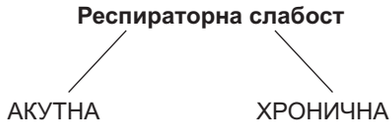
Од педесетих година прошлог века, када је започела интензивнија употреба респиратора, протекло је 30 година пре него што сто су постављени стандарди за примену механичке вентилације.

Сутер 1983. године поставља индикације за механичку вентилацију и дели их на:

1. **Механичке поремећаје дисања** (неуромишићна обољења, дисфункције ЦНС, промене на мишићно-коштаном систему и терапијска употреба мишићних релаксаната).
2. **Поремећаје у размени гасова** (АРДС, респираторни дистрес синдром код деце, болести срца и хроничне болести плућа).

Бројна стања и болести изазивају респираторну слабост, која може бити компензована или декомпензована .

Претећи или потпуни недостатак респираторне функције, тј. неспособност болесника да спонтаним дисањем обезбеди физиолошку концентрацију гасова у крви декомпензована је респираторна слабост.



АКУТНА РЕСПИРАТОРНА СЛАБОСТ

Најчешћа стања и болести које доводе до акутне респираторне слабости :

- трауматске повреде абдомена и грудног коша (услед падова, саобраћајних удеса нанете хладним или ватреним оружјем),
- кранио-церебралне повреде и тумори мозга,
- коме различите етиологије,
- неоперативна масовна крварења у мозгу,
- високе повред кичменог стуба,
- масивна крварења,
- масивна аспирација желудачног садржаја,
- масивна пнеумонија,
- инхалације токсичних материја,
- акутни некротични панкреатитис,
- емболије,
- акутна срчана инсуфицијенција,
- сепса,
- опсежне опекотине,
- стања после удара грома, електричне струје, утапања, вешања,
- политрауматизовани пацијенти,
- основно и проширено одржавање живота током КПЦР.

ХРОНИЧНА РЕСПИРАТОРНА СЛАБОСТ

Спорији развој респираторне слабости и време за тачну дијагностику и избор терапије одликују хроничну респираторну слабост.

Велика група плућних и ванплућних обољења изазивају плућну слабост:

- опструктивне болести плућа (ХОБП, хронични бронхитис...),
- рестриктивне болести плућа (ателектаза, саркаидоза...),
- поремећај алвеоларно-капиларне мембране (заједничке одлике те групе обољења су: хипоксемија, повећање дисајног рада и замор респираторних мишића).

Механичка вентилација је терапијска мера која омогућава задовољавајућу респираторну функцију у току времена потребног за уклањање поремећаја и може се поделити на инвазивну и неинвазивну вентилацију.

За инванзивну вентилацију неопходно је пласирање тубуса (оралног или назалног) или трахеалне каниле.

Неинвазивна механичка вентилација односи се на све терапијске методе у којима је вентилација болесника асистирана без примене ендотрахеалног тубуса.

МОДАЛИТЕТИ ВЕНТИЛАЦИЈЕ

Интерминтентна мандаторна вентилација IMV (болесник је у могућности да оствари сопствени инспиријум, са одређеним дисајним волуменом и фреквенцом између задатих контролисаних инспиријума вентилатора, али не постоји синхронизација)

Синхронизовна интерминтентна мандаторна вентилација SIMV (фреквенца и дисајни волумен задати су вентилатору и он их испоручује ако сам пацијент не достигне задате параметре).

Минутна мандаторна вентилација MMV (облик је парцијалне вентилационе подршке)

Бифазични позитивни притисак у дисајним путевима BIPAP (вентилација је одређена притиском и временом).

Високофреквентна вентилација HFV вентилација је са високом фреквенцом 120-180 /мин са малим волуменом.

Сви типови вентилација одређени су или волуменом или притиском. Најчешће коришћени мод за вентилацију одређену волуменом је IPPV, док је мод вентилације са притиском BIPAP.

Сестрински рад у јединицама интензивне терапије могли бисмо да прикажемо у 10 сегмената делокруга рада које оне обављају свакодневно.

1**. У оквиру збрињавања пацијента** учествује у процесу хитног пријема неописаних и описаних болесника са високим оперативним ризиком и током погоршања стања пацијента са других одељења или установа.

2. Прати опште стање пацијента – мери, прати и евидентира у листе неге виталне функције и друге показатеље (стање све-

сти, притиска, пулса, дисање, температуру, сатурацију кисеоника, зенице , кожу и слузокожу, сфинктере , диурезу, столице, периферну циркулацију, стање оперативне ране, изглед и количину дренажног садржаја, моторне функције...).

3. **Узима биолошки материјал** по налогу лекара од пацијената:

- узима крв за лабораторијске анализе на вирусе, тумор маркере, имунолошка испитивања, одређивање крвне групе и требовање деривата крви;
- урин, столицу, спутум, садржаје дрена, ликвор, брисеве на различите прегледе.

4. **Даје прописану терапију** пацијенту поштујући правило 5 П .

5. **Храни пацијента** парентерално или ентерално уз употребу нутритивних пумпи или без ње, преко НГ сонде, гастростоме, јејуностоме или ПЕГ ...

6. **Припрема пацијента и прати на различите дијагностичке процедуре**

- ЦТ, МНР, ЕХО, ЕЕГ...

7**. Припрема материјал, пацијента и асистира лекару приликом**:

- пункција (плеуралне, стерналне, абдоминалне, лумбалне...),
- пласирања ЦВК, епидуралног катетера, цистофиха...
- постављања тампонаде, дренова,
- бронхоскопије, гастроскопије.

8. **Хигијенски збрињава пацијента** (купа, пресвлачи, примењује масажу и растеретни положај).

9. **Спроводи дезинфекцију и стерилизацију** инструмената и контролу њихове исправности.

10. **Рукује свом опремом, одржава је и контролише у јединици интензивне терапије** (мониторе, респираторе, аспираторе, бронхоскопе, ларингоскопе..).

11. **Остварује планиране активности:**

- попуњава и води документацију,
- прегледа, сређује и врши расподелу приспелих резултата анализа и са дијагностике,
- требује потрошни материјал и лекове,
- електронски разводи лекове,
- учествује у визити.

Активности нису поређане по приоритету, а сама нега пацијената на механичкој вентилацији, поред наведених области, садржи у себи сегменте који се обављају пацијентима са захтеваном респираторном потпором.

- Руковање, провера и одржавање вентилатора.
- Пласирање и одржавање сигурног дисајног пута.
- Мониторинг респираторног статуса болесника.
- Континуирана седација и релаксација пацијента.
- Превенција компликација.
- Техника респираторне рехабилитације.

Руковање, провера и одржавање вентилатора

Респиратори се припремају, проверавају и спремају за употребу пре него што затребају. Савремени респиратори, попут Дрегерових „Евита" или Датексових „Центива" имају програм за проверу исправности уређаја. Праћењем одређених корака сестра проверава системе (заптивеност система, исправност делова) које може сама да замени ако нису исправни, јер ту спада систем црева, Y-наставака, аквапор, експираторна валвула.

Функције машина сама контролише и избацује информацију о исправности, односно грешку у функционисању ако постоји, а на крају проверава сензоре. Сензори се на неким машинама замењују споља, а на некима ради сервисна служба. За проверу машине користи се такозвани пробни балон који симулира запремину и отпор плућа . У IPPV моду са задатим параметрима вентилатор се пушта да ради неколико минута на пробном балону.

Проверени респиратор оставља се до употребе са исписаним подацима ко је и када проверио машину.

Ако сестра не уради проверу на време, могу се јавити компликације у вези са руковањем апаратом:

- неисправни апарат,
- неисправни или лоше регулисани аларми,
- лоше грејање или влажење инспираторног ваздуха.

Мада се оне могу јавити и у току рада после провере.

Пласирање и одржавање сигурног дисајног пута

Да би се пацијент ставио на инвазивну механичку вентилацију, потребно је пласирати тубус (орални, назални) или трахеалну канилу.

Сестра припрема материјал и асистира у интубацији .

Компликације које се могу десити у вези са интубацијом су:

- отежана интубација,
- повреда врата, уста и горњих респираторних путева,
- малпозиција тубуса,
- превремена екстубација,
- самоекстубација.

Да би се обезбедила боља проходност и оксигенација дисајних путева, потребно је редовно отклањати секрет путем аспирације. Сада су у употреби затворени системи за аспирацију, који се мењају на 24 сата и апсолутно су донели комодитет у раду, али су и подигли безбедност и смањили инфекције настале употребом аспирационих катетера.

Али без обзира на то који метод је у употреби (отворена или затворена аспирација), оксигенација пацијента у трајању 180`` 100% O_2 врши се пре почетка аспирације, а принципи асептичног рада такође важе.

Сигуран дисајни пут подразумева праћење тубуса, а компликације које се могу јавити у вези са тубусом су:

- опструкција, ротација и компресија,
- оштећење ларинкса (едем, улцерација и пареза гласница),
- трахеална стеноза.

Мониторинг респираторног статуса болесника

Мониторинг је серијска процена верних података који указују на стање оболеле особе. Избор поузданог мониторинга фокусираног на надзор пацијента зависи од расположивости опреме. Респираторни мониторинг може се спроводити инванзивним и неинвазивним мониторингом.

- Инспекција је свакако најстарији, увек применљив и веома важан метод мониторинга. На основу боје коже пацијента, црвенила или бледила лица, орошености знојем и провере пулса и температуре могу се донети закључци о промени стања пацијента.

У неинвазивне мониторинге спада:

- Пулсна оксиметрија представља неинвазивни метод мониторинга вентилације. То је континуирано мерење сатурације ар-

теријске крви кисеоником и фреквенца пулса. Сатурација артеријске крви кисеоником представља засићеност хемоглобина кисеоником. Нормалне вредности износе 90%–100%. На јагодицу прста постави се штипаљка – сензор која је повезана са апаратом где се очитава бројчана вредност.
- Капнографија је континуирано мерење издахнутог угљендиоксида.

У инвазивне мониторинге спада:

- Се VOX (Central venous oxygen saturation $Scvo_2$) метод је непрекидног мерења засићености крви у централним венама са кисеоником.
- Мониторинг уз помоћ Сван-Ганцовог катетера – непрекидни приказ притиска у плућној циркулацији, мерење засићености венске крви са кисеоником.
- Артеријска канила је анализа гасова у артеријској крви.

Континуирана седација и релаксација пацијента

Има ситуација када пацијент не толерише тубус ни респиратор. Пацијенти су узнемирени, гризу тубус или покушавају да га испљуну, дишу против машине тзв. сударање са респиратором. Због потреба лечења ти пацијенти се стављају на континуирану седацију како би се избегли сви проблеми везани за лошу вентилацију пацијента. Сестра води рачуна о томе да су венске линије исправне, да седација иде несметано и прати параметре који указују на то да ли је пацијент добро седиран или не. Такође води листу седације. Код пацијената који су поред седације и релаксирани, сестра мора строго да пази да не дође до деконекције са апарата или опструкције дисајног пута због било ког разлога.

Превенција компликација

Превенција тромбозе дубоких вена и поремећаја коагулације

Венске тромбоемболије (тромбоза дубоких вена и плућна емболија) нису ретке компликације у непосредном постоперативном току. Недавна операција, траума, раније тромбоемболије, имобилизација, инфекција, гојазност, срчана слабост праћена дисритмијама, постојањем митралне мане – познати су клинички фактори настанка венске тромбоемболије. Други фактори су: дефицит природних антикоагуланаса (протеина С и S, антитромбина III), дисфибриногенемија и хепарин, индукована тромбоцитопенија – HIT.

Мере превенције су рана мобилизација болесника или редовно окретање и промена положаја, уз мере физикалне терапије непокретних болесника.

Медикаментозну превенцију чине: антиагрегациона терапија, нискомолекуларни хепарин и препарати варфарина у складу са основном болести и непосредним постоперативним током.

Превенција психотичних реакција болесника

Проблем коме се још поклања мало пажње је психотична реакција болесника који се лече у јединици интензивне терапије, посебно ако су на механичкој вентилацији. Посебни услови (бука, непозната околина, стално светло, рад бројних машина и монитора), изолованост, забринутост за своје здравље и будућност, страх од непознатог, дуготрајно коришћење седатива и аналгетика, хемодинамска нестабилност и церебрална хипоперфузија, инфекција и други фактори различито доприносе развоју психозе.

Колико год услови дозвољавају потребно је отклонити и свести на најмању меру те узроке. Ако је пацијент свестан, треба му прићи са разумевањем, приликом сваке интервенције и манипулације, објаснити му шта му је и шта се од њега очекује. Код сваке узнемирености помислити на хипоксију, бол, хипоперфузију или почетак инфламаторног одговора.

Превенција респираторних компликација и респираторне рехабилитације

Најчешће респираторне компликације су:

- микроателектазе и ателектазе,
- акутни бронхоспазам,
- пнеумоторакс, субкутани емфизем,
- плеурални изливи,
- пнеумонија,
- погоршање HOBP.

Циљеви респираторне рехабилитације:

- превенирати развој ателектаза и респираторних инфекција,
- ублажити симптоме болести,
- побољшати проходност дисајних путева,
- повећати покретљивост грудног коша,
- смањити утрошак енергије потребне за дисање,
- повећати толеранцију на напор.

Раним започињањем овог вида рехабилитације скраћујемо дужину хоспитализације, што је значајно како за болесника тако и за смањење трошкова лечења.

Технике респираторне рехабилитације

- Инхалације
- Дренажа и постурална дренажа
- Вежбе дисања

Инхалације

Подразумевају удисање лека који се под притиском кисеоника или ваздуха распршава у ситне капљице.

Лек је увек у облику раствора за инхалацију и на тај начин се могу давати:

- бронходилататори,
- секретолитици,
- кортикостероиди,
- физиолошки раствор тзв. влажне инхалације.

Предности:

- брзо дејство лека,
- примена лека је ограничена на дисајни тракт,
- дозе лека су вишеструко мање него код per os примене.

Дренажа и постурална дренажа

Дренажа је поступак који подстиче мобилизацију секрета из дисајних путева.

Постурална дренажа подразумева примену одређених положаја у којима се под дејством земљине теже омогућава сливање секрета у веће ваздушне путеве одакле се искашље.

Методи дренирања:

- метод форсираног експиријума,
- перкусија,
- вибрације.
- стимулација рефлексних зона кашља.

Вежбе дисања

- Вежбе продубљеног инспиријума – тражимо од пацијента да дубоко удахне и задржи три секунде.
- Вежбе продужења експиријума са дисањем на скупљена уста – повећава се интраторакални притисак зато што контракција дисајних мишића брже смањује запремину торакса него што ваздух може да напусти плућа, ваздух се дуже задржава у плућима и долази до бољег издвајања O_2 из њега.
- Вежбе дисања уз спољни отпор – инспираторни отпор – шаке терапеута су на доњим ребрима, бочно. Пацијент савлађује притисак руку при удаху.
- Експираторни отпор (надувавање балона, вежбе са трифло апаратом).

Болесници на механичкој вентилацији су најзахтевнија и најскупља категорија пацијената за негу и лечење у здравственом систему. За њихово лечење и негу потребан је посебан простор специјално уређен и опремљен висококофистицираном опремом. А најважније је да та одељења имају довољно сестара које су високообразоване и посебно едуковане.

НОЋНА СМЕНА

НАСТАВАК ИЗ ПРОШЛОГ БРОЈА...

Сунчица Јовановић

– Као у добра стара времена.

– Хајде сад да оперемо косу, истрљамо се, а после ћу да вам нокте исечем и мало да вас дотерам.

– Дивно.

Када смо све завршиле, обукла сам јој опегланy спаваћицу и узела мој фен да јој осушим косу. Исекла сам јој нокте, колицима је довезла до собе и пребацила на кревет. На кревету смо наставиле третман. Измазала сам је кремом и мало измасирала. Сва је мирисала.

Отишла сам до амбуланте. Доктор Зоран ме чекао.

– Пацијенткиња је припремљена, па ако хоћеш, идем да укључим апарат и припремим кабинет за преглед, ево ти историја болести...

– Ја ћу да је прелистам док ти припремиш кабинет. После ћемо заједно пацијенткињу да одвеземо.

У кабинету је било мрачно, очито да га данас нико није користио. Упалила сам светло, обрисала сонде, упалила апарат и компјутер, изабрала програм, уписала податке пацијента. Спремила чисте убрусе и још једном се осврнула да проверим је ли све спремно. Задовољно сам изашла и отишла у амбуланту.

–Хоћемо ли, све је спремно?

Доктор је устао. – Има овде старих ултразвучних налаза, баш бих волео да их упоредим са садашњим. Понеси целу историју и идемо, док је још мирно.

Заједно смо отишли у собу пацијенткиње и изгурали кревет.

–Да ли осећате да вам је пуна бешика.

– Нисам сигурна, немам осећај, али сам попила три шоље чаја после купања, тако ми је рекла Соња.

Ушли смо у кабинет. Припремила сам пацијенткињу. Како јој је ставио сонду на трбух, полако му је бледео осмех са лица. Погледала сам монитор. Некада сам радила на ултразвуку. И доктор је то знао, зато је и хтео заједно да погледамо. Моје искуство је било драгоцено за њега. Али није хтео да преноси другима, а нисам се ни ја баш хвалила. Јетра је остала у физиолошким границама, али са метастазом у десном лобусу. Жучна кеса и панкреас су нормални, без неких драстичнијих промена. Али слезина и леви бубрег потиснути су мало надоле и централно слободном течношћу. Између цревних вијуга такође је слободна течност, која притиска садржај у цревима. И то њој прави проблем приликом пражњења. Материца и јајници извађени су због примарног тумора на грлићу материце. Али очито да је било касно и да се он расејао. Дуж великих крвних судова стомака видели су се пакети лимфних жлезда. Запремина слободне течности била је прилична. Доктор ме само погледао.

– Обриши и одгурај пацијенткињу у собу, а ја ћу остати да напишем извештај.

– Идемо.

Болесницу сам оставила у соби и брзо се вратила. Доктор је гледао нове слике и упоређивао их са старим. Затекла сам га замишљеног. Погледала сам га упитно.

– Осим пакета лимфних жлезда којих има више него у старом налазу остало се није драстично променило. И кад је стигла на одељење имала је асцит и метастазу на јетри. У старом налазу имала је мање течности. Даћу да јојураде снимак плућа. Да видим да ли има у грудној дупљи воде. Мада сам јој слушао плућа, нисам стекао такав утисак. Али желео бих да проверим, чисто да будем сигуран. Урадићемо још неке претраге пре него што јој променим терапију. Није критично, па да мора да почне са новом терапијом од вечерас. Сачекаћемо остале налазе...

Све сам поспремила и дезинфиковала пре него што смо напустили кабинет. Доктор је отишао у своју собу. Његова самоувереност ме смиривала. Знао је да постави ствари на своје место и да им да право значење.

Ставила сам мало јачи чај, да бисмо остали будни. Било је затишје, још неколико сати па ће крај смене. Морала бих да позовем сина госпође Петровић. И да га сачекам. Што значи продужетак смене још најмање један сат и док стигнем кући, биће десет. На вратима се појави Зоран.

– Прошетао сам се по одељењу, нема неких битнијих промена.

– Уђи, баш сам хтела да те позовем, ставила сам чај.

– Хвата ме криза, пријаће ми, да ме мало раздрма.

– Спава ли Сандра?

– Спава чврсто, пипао сам јој пулс, није се ни мрднула, миран је, и она је исцрпљена, што од саме болести, што од стреса.

– Знам, помирила се са чињеницом да је много болесна и да јој нема лека, да јој је ускраћена садашњост, да не сања своју будућност и сад одједном појављујемо се и дајемо јој неку наду у коју ни сами нисмо сигурни. Тешко је нама одраслима да то схватимо, а замисли како је детету. Велики стрес, само да се не убрза њена болест, да имамо макар довољно времена да се спроведе цела процедура. Некад себе натерам да размишљам да ми је драго, што се макар нешто покушава, а кад се сетим њене пређашње патње и замислим колико ће и шта ће још да преживи, малаксам...

– Веруј ми и ја... знам ... само, нека нам је бог у помоћ.

Сркнуо је чај. – Ммм... баш прија.

– И мени.

– Хајде мало да не размишљамо, да уживамо у овим ретким тренуцима затишја на овом одељењу.

Чај нам је пријао, а и смена се ближила крају. После смо обишли одељење.

– Сачекаћу главну сестру, па ћу позвати господина Петровића да га обавестим о смрти његове мајке – обавестила сам Зорана.

– Јави се социјалној радници и психологу ујутру, не знам ко је у тиму од њих, да ти помогну. Нека мало попричају с њим, тако да можеш пред њима да му саопштиш њену последњу жељу – посаветовао ме.

– Важи, одговара ми, лакше ће ми бити тако. Пази да не заборавиш конзилијум поподне – сетих се да му напоменем.

– Надам се да нећу. Зато чим се заврши смена, бришем кући да се наспавам. А ти немој непотребно да се задржаваш. Иди кући и одмори се.

Почело је да свиће. Још мало, па ће доћи преподневна смена. Отишла сам да завршим администрацију. Имало је доста да се пише. Одузело ми је пола сата. Поспремила сам амбуланту, отишла да соба, затегла кревете, дала лопате, пресвукла пацијенткиње, утегла их, однела у оставу прљав веш и полако приводила смену крају. Почеле су да долазе колегинице, једна за другом. Јављале су се, питале шта има ново, чачкале једна другу уз смешак. Њихов жагор пореметио је дотадашњу тишину. Дошла је и главна сестра Дуња. Име јој је одговарало изгледу. Лепушкаста, ниска, округла женица, пријатне физиономије.

– Соња, душо, како ти је прошла ноћ? Хајде да седнемо у моју канцеларију да ти и ја попричамо, овде нећемо чути једна другу, ко да смо у кошници – ко бајаги ће строго.

– Сад си готова – добаци нека од њих. Насмејасмо се.

–Баш сам вам ја нека главна сестра, нико се од мене не плаши, мораћу да будем строжа, па кад ме видите, униформа да вам задрхти.

– Кад би ти таква могла да будеш, други од тебе дрхте кад се усуде нас да прозивају, а нас си размазила – све се сложише.

– Хајдемо, Соња, овде џабе претим. Нико ме за озбиљно не схвата.

– Понећу и књигу промена, да нешто не заборавим.

– Важи, ето зашто вас мазим, на све мислите, лако је вама бити главна.

У њеној соби све сам јој пренела, замолила сам је да она позове господина Петровића и да му саопшти тужну вест и да при том обавести психолога и социјалног радника да га приме кад буде дошао. Сложила се са свим мојим предлозима.

– Ако си уморна, ти испиши последњу вољу његове мајке, па ће му они пренети.

– Не, не, обећала сам јој да ћу га сачекати и саопштити му.

– Добро како хоћеш, то је лепо, али ако ти је напорно...

– Није – прекинула сам је.

– Добро, предај колегиницама смену, па кад буде он дошао, позови ме, ја ћу бити уз тебе. Ноћ је на овом одељењу напорна и дуга, не бих желела да се додатно исцрпљујете...

– Хвала.

– Ма шта хвала, није мој посао само да организујем службу, већ и да вам будем подршка у најтежим тренуцима, нећу да изгарате на послу. Једва сам окупила добру екипу на коју могу да се ослоним. А друго, ви имате и ваше породичне обавезе и проблеме, зашто да их стварамо и овде.

Насмешила сам се. Који диван ментални склоп. Жена пуна позитивне енергије, јака, професионална, добар сарадник, за разлику од оних руководилаца какве сам имала на претходном радном месту. Она је руководилац какав се пожелети може.

Она је позвала господина Петровића. На веома обазрив начин саопштила му је тужну вест. Рекао је да одмах долази.

– Иди ти сада, завршавај своје, да не би касније губила време..

Затворила сам тихо врата за собом. Предала сам смену. Села сам мало са колегиницама да сачекам. Доктор Зоран је поздравио све и кренуо кући.

– Соња, неки господин је на улазним вратима одељења, каже да тебе чека – рече Сашка.

Устала сам и пошла лаганим корацима. Тада ми ништа није падало на памет. Шта да му кажем? Како да утешим човека са толиким његовим бременом? Док сам му прилазила, имала сам утисак да се смањио од последњег пута, погрбио. Подигао је густе трепавице и упутио ми тужан поглед. Могла сам да се утопим у дубини тог погледа. Пружила сам му руку. – Примите моје искрено саучешће.

– Хвала – тихо је прошапутао не испуштајући моју руку из своје.

– Не знам како да вам захвалим, за ово кратко време пружили сте мојој мајци више него што сам ја за цео свој живот. Макар је умрла достојанствено. Видео сам спокој на њеном лицу, који ме прогањао и прогањаће ме док сам жив. Знам да нисам ја допринео томе, знам да сам је разочарао, оставио, убијао полако, бежећи од обавеза и проблема које је морала сама да решава. Док сам ја уживао са својом породицом, она је вапила за мном. Био сам глув и слеп...

– Немојте тако себе да кривите за све, то је живот, увек ће бити нешто зашта ће човек да се каје и да жали. Да сте оставили породицу, кајали бисте се...

– Немојте да ме тешите, нисам заслужио. Подизала ме сама, у мене уложила сву своју снагу, све наде. Ускратио сам јој радост мог присуства, да унуче држи у крилу, да се игра с њим, да га гледа док расте, ускратио сам јој сву радост овог света и умрла је сама. Нисам јој ни кап воде дао. А ето, она ми је опростила и то из срца, видео сам то по њеном погледу. Док сам стајао поред њеног кревета, упијала је сваку црту са мог лица. Хтела је ту слику да понесе са собом, неокаљану. Није се жалила, није ме кривила, у ствари, никога није кривила, све је праштала, али је једва чекала да оде са овог света, који је за њу био самоодрицање, патња и бол.

Тихо нам је пришла главна сестра, ставила је руку на моје раме и немо слушала исповест човека који је жалио што није био син онакав каквог је мајка желела. Пружила му је руку.

– Моје искрено саучешће.

– Хвала.

– Могли бисмо да пођемо, чекају нас да завршимо са процедуром. Соња ми је мало уморна, ноћ јој је била напорна, нећемо њу много да оптерећујемо. Поћи ћемо заједно до нашег тима, психолога и социјалног радника, они ће мало да попричају с вама, да вам помогну да лакше пребродите овај тренутак и да вас припреме за даље обавезе које имате према покојници. Сви смо ту да вам помогнемо. И после сахране можете да дођете ако не можете сами да се изборите са емоцијама, да затражите помоћ од нас. Немојте то да схватите погрешно, свакоме је потребна помоћ стручног лица у оваквим ситуацијама. Осећање кривице је опасно потиснути у себи, изједаће вас и то ће оставити последице на ваше здравље, а то ћете осетити касније. Ви сте потребни својој породици...

Када смо стигли, главна сестра нас је оставила пред вратима да мало сачекамо. Ушла је сама. Синиша је био задубљен у своје мисли, очито је размишљао о ономе што је Дуња причала. Позвали су га. Мени су рекли да сачекам. Не знам шта су причали, али разговор је потрајао скоро четрдесет минута. Имала сам осећај да су ме заборавили. Скоро да сам задремала на столици.

- Уђи, Соња – тргао ме Дуњин глас.

– Извини што си оволико чекала. Знам да си уморна.

– Ма све је у реду, само ме мало савладало.

– Знам, верујем ти, дуга је ноћ. Уђи..

Ушла сам. Њихов разговор је за тренутак престао. Погледала сам Синишу. Мало се усправио, туга се и даље видела на његовом лицу, али ми је деловао прибраније.

– Добар дан – поздравила сам све присутне.

– Дођи, Соња седи – устала је Мињa.

Мињa је била социјални радник, симпатична, кратко ошишана црнка, средњег раста, мршавица. Али њена појава, поред тога што је скретала пажњу, исијавала је таквом снагом да смо имали утисак да је у једном комаду исклесана. За столом је седео др Вучковић, врстан психолог и један од иницијатора оснивања хосписа и пионир у овом послу. Он је био у комисији када су бирали раднике за рад у хоспису, од спремачица па до руководећег кадра. У њиховом присуству нестајала је сва сумња у здравство. Осећаш да си део једног квалитетног тима коме је човек, као људско биће, најбитнији, било да је пацијент, члан породице или радник. Ту си утешен, схваћен и ту добијаш ветар који развија твоја једра и гура те да наставиш да пловиш пучином.

Мињa ме ухватила под руку и одвела до столице.

– Како си Соња? – питао ме доктор.

– Помало уморно, дуга је ноћ.

– Колико сам чуо од Дуње, госпођа Петровић ти је рекла своју последњу вољу.

– Јесте, више као молбу да пренесем њеном сину. Погледала сам га упитно.

– Наравно, испричај му, па онда, молим те, иди кући да се одмориш, све остало ћемо ми да преузмемо. Рекао сам господину да је она замолила тебе да му ти пренесеш, очито да је имала велико поверење у тебе.

Слегла сам раменима и испричала све што ми је она рекла. Када сам завршила, настала је тишина. Синиша је гледао у под.

– То је оно, Соња, што сам вам рекао, ничим није хтела да ме оптерети, чак ни трошковима. То је оно што ме највише боли. Безусловно ми је опростила. Али ја себи не знам да ли ћу моћи, мада као што кажете, окренуо се доктору, живот иде даље, ја морам да се окренем својој породици и да живим с тим. Соња, много вам хвала. Утеха је што постоје такви људи као што сте ви и таква институција као што је ваша.

Пришао ми је и пружио ми руку. Имала сам осећај да својим погледом зарања у моју душу. Опет је оставио снажан утисак на мене. Целим бићем сам осетила његово присуство. Додир његовог длана пекао је мој. Коракнула сам назад. Осетила сам се на тренутак непријатно. И он је био сметен. Због важности тренутка нико од присутних није приметио. Поздравила сам све и изашла из просторије. Наслонила сам се на зид да се мало приберем. За мном је изашла Дуња. Забринуто ме погледала.

– Добро сам не брини, идем сада.

– Је си ли сигурна, хоћеш ли мало да седнеш?

– Нећу, идем, већ много касним кући, моји ме чекају.

– Зови ме кад стигнеш, хоћу да будем сигурна.

Насмешила сам се бледо и кренула ходником. Како који корак, све сам бивала прибранија. Ово ми се никада раније није дешавало. Већ други контакт, и то у којим околностима, ја доживљавам као струјни удар. Нисам нормална. Покушала сам да скренем мисли на другу страну. У свлачионици нисам срела никога. Тако да сам могла тихо да се пресвучем и изађем из зграде не ремећи у себи утисак који ме изненадио. Пријало ми је пешачење до аутобуске станице. На Ластиној станици гужва, као и увек.

Сунчица Јовановић
Изводи из романа „Последњи уздах“

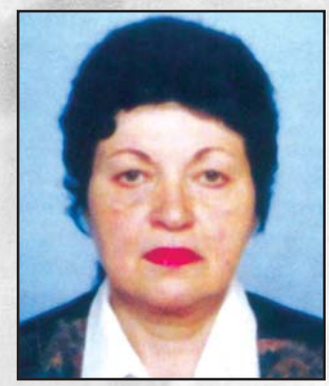
ОПРОШТАЈ ОД ДОБРЕ ВИЛЕ

Радмила Радосављевић Комленић

Тако лепо име – сестра

„Само онај који је трпео бол, коме је била потребна кап воде на врелој усни и реч утехе, коме је пружена рука била једина нада и једини ослонац, могао је свог добротвора назвати тако лепим именом – сестра. Сестра, не случајно, јер сестра је иза мајке та која највише воли, највише даје. Та реч одаје поверење и жељу болесника да нас приближи себи најдражима. А то је највећа хвала и највећа плата за дело које чинимо. Ни у једном огледалу наш лик неће бити лепши него у оку онога који нас благодари за пружену помоћ...“

Извод из Радмилиног текста „Порука сестринству“ поводом дана медицинских сестара, објављеног 12. маја 1996. године у Врњачким новинама.



„Много је неправди и несреће на овоме свету. Много је људских патњи, рана, болести, глади, губитака, трагедија. Медицинске сестре су увек сапатници, спасиоци и сведоци оних који пате.“

Тако је писала Радмила Радосављевић Комленић, сестра чије ће име крупним словима бити забележено у историји сестринства и здравства Врњачке Бање. Борећи се за афирмацију професије и заштиту пацијената, писала је, иницирала, стварала, била покретач многих акција. И испред свог времена.

Добила је многе битке. Последњу је изгубила. Битку с опаком болешћу с којом се стоички носила годинама. И други су помагали. Док болест није узела маха и надвладала. Однела је заувек.

Сведочанство о њеним последњим данима је потресно писмо адресовано колегиницама у Београду, написано њеном изнемоглом дрхтавом руком. Јадала се. Један ред уз помоћ лупе пише два сата. Ноге и руке скоро отказале. Ни кап воде да прогута. Ни „А“ да изговори. Тромбозе и отоци. Страшни болови. Гушење...

Нажалост, било је прекасно за било какву озбиљнију помоћ. За смештај у здравствену установу. Интензивну негу. За све оно што је тражила притиснута неизлечивом болешћу, кришом исписујући драматичне редове особе која ишчекује смрт и моли се богу да је што пре походи. Свесна неумитног краја. Остављена и заборављена од свих.

Заслужила је Радмила много више. Задужила је многе људе. У професији и ван ње.

Иза ње је остала згуснута и пребогата биографија. Таман за једну целовиту, узбудљиву и занимљиву књигу. Књигу која би служила на част и сестринској професији и Врњачкој Бањи.

Много тога им је оставила у трајно наслеђе.

Најпотпунију биографију није писала сама. Срочили су је и потписали у септембру 2010. године угледни здравствени, хуманитарни и културни радници Врњачке Бање, њих 25, уз (њену) пријаву за Четврти конгрес медицинских сестара – техничара Републике Србије. Већ тада је била полуслепа.

Рођена је у Београду 1943. године. Након савезничког бомбардовања (годину дана касније), породица се сели у очево родно место – Врњачку Бању. Уместо да оствари дечје снове као сликар или књижевник, одлична ученица, након курса за санитетског техничара на радној акцији, окреће се без остатка здравству. За цео живот.

Године 1961. у Београду завршава Школу за бабице. Најбољој ученици у последњих седам генерација награду додељује Српско лекарско друштво. Средњу и Вишу медицинску школу завршава с највишим оценама. Већ је добрано у здравству наше најпосећеније бање. Две године је наставник у медицинској школи. Пројектује прву патронажну службу. Открива једну грешку у поступку балнеолошке индикације стару 100 година и указује на њу, што је у стручним круговима (након подробног испитивања) потврђено и прихваћено. И исправљено.

Специјализира дијететику на ВМА, изучава искуства Клиничког центра у Љубљани и лечилишту Рогашка Слатина. Године 1970. постаје први стручни дијететотерапеут у балнеологији Србије. Дијететику поставља на висок медицински ниво. Оснива и 33 године води прву Школу за дијабетичаре у нас, која је данас један од брендова Врњачке Бање. Објавила је стотину информативних, едукативних и стручних текстова у медијима и на конгресима. Председник је синдиката, комисија, одборник... Члан је матичног удружења од 1963. године. Пише поезију, учествује на међународним конкурсима, осваја награде, повељу „Бранко Миљковић“ и сребрну плакету Књижевног клуба Војводине. Активиста хуманитарних, социјалних и еко-пројеката. Добитник је захвалница и плакета Црвеног крста, Кола српских сестара и Удружења пензионера.

Доајен сестринства, са 40 година стажа.

Борила се за професију и њену афирмацију. За правду. У Врњачким новинама, у тексту „А хероји ни у правом рату нису били само генерали“ критички се осврће на једнострано извештавање медија, који су, како истиче, с правом писали о лекарској храбрости у борби против вариоле вере, али су неоправдано превиђали пожртвовање и храброст читаве армије осталог медицинског особља, посебно сестара.

Незаобилазне редове посветила је својим колегиницама сестрама, који се лепотом и суптилношћу казивања, могу назвати „одом професији“.

Прошла је трновит животни пут.

Пожртвована самохрана мајка помогла је сину да победи леукемију. Сама се изборила са три карцинома и тифусом. Стоички издржала осам операција... И ту је стала. Њено крхко тело више није могло.

Назвали су је хероином живота и сестринства . С разлогом. И с поштовањем и дивљењем.

Хвала ти, добра вило.

С. Јовановић

СА СВИХ СТРАНА

ЗДРАВЉЕ

Највеће благо овог света
је када здравље цвета.
Најлепша ружа у башти
када је здравље на јави и у машти.

Када човека здравље служи
по целом свету може да кружи,
може да љуби и воли
и онда када га душа боли.

Када је човек здрав
вредан је ко мрав,
плодове свог рада сабира
док год не нађе мира.

Зато чувајмо здравље
оно је од Бога дар
и највреднија ствар.
Живот без ЗДРАВЉА није лак,
а у души је мрак.
Чувајмо оно што волимо и имамо
јер само тако опстајемо.
САМО ЗДРАВЉЕ!!!

Душанка Сунајко

ЕНДОКРИНОЛОГИЈА

Оно што мени као медицинској сестри највише прија
то је грана интерне медицине, ендокринологија
која се у нашој болници на Дедињу налази
у коју много болесних људи долази.

На инсулин преводимо, радимо хормонска испитивања
хипофизе, надбубрега, разна рендгенска снимања,
и АЦТХ, у крви кортизол и пролактин,
за та испитивања је заслужан наш ендокринолошки тим.

И едукацију пацијената оболелих од шећерне болести
да се здравим навикама и исхраном надомести
оно што им је болест изненада одузела сурово
да им помогнемо да схвате да није све готово.

Учимо их како инсулин правилно да апликују,
да стране анатомске на телу редовно мењају,
да не би дошло до стварања инсулинских депоа
јер ако се они ослободе, у болницу се хитно мора.

Хумани инсулин се чува у вратима фрижидера
а пре апликације пенкало се загрејати мора,
али пенкало са инсулинским аналогом
не држи се на хладном, него на топлом.

И жао нам је што нам такви пацијенти леже,
али од своје болести не треба да се крију и беже,
већ да прихвате нашу терапију и добре савете
да се за живот вреди борити, то да схвате.

Татјана Маркоч

ЧУВАЈМО ЗДРАВЉЕ

Болестан сам и нисам код куће
Ви чините све што је могуће
Ви радите стварно све што знате
За нас стране вама непознате

—II—

Доктори и сестре својски се залажу
Сваком болеснику свесрдно помажу
Инекције лекове, инфузије дају
Сваком болеснику да здравље чувају

—II—

И у сваки сумрак и у освануће
И ломове лече а и угануће
Упале и херпес а и гнојобоље
Што год лече раде то најбоље

—II—

Доктори и сестре наше здравље бране
Од дувана, пића и нездраве хране
Доктори и сестре савете нам дају
И на овај начин здравље нам чувају

—II—

Доктори срца наша срца лече
Да здравија крв венама потече
Онкологија нам да се крв не зруша
Да нас срце увек најбоље послуша

—II—

Пекем болеснику жиле куцају
По јакој врућини и дубоком снегу
Све савесно раде ти чувари здравља
Јадне болест више никад не понавља

—II—

Клеветници неки нек савет питају
На кога то несвесно љагу сасипају
Нека путе воде да савесно раде
Нека лече старе и средње и младе

—II—

Доктори и сестре увек здрави били
Па болесне људе увек ви лечили
И паћку сваком мора да је јасно
Да је здравље сваком највеће богатство

Душанка В. Јовановић-Зуле
Крушевац – 2013. године
18410 Ку Ниша

Страна

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ТЕЛЕФОН КОРИСНИКА:
Ивана Стојић Здравко

КОМЕНТАР:
Све похвале медицинском особљу. Доктерима, сестрама, терапеутима и осталима. Човек се на одређеној одељењу сви нама. Нарочито хвала за сестре Вранке, Нини Живојевић, Весни за пријатност и за сва за Мирка.

ДАТУМ: 25.04.2011. ПОТПИС: Ивана Стојић

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ТЕЛЕФОН КОРИСНИКА:
Simonović Dejan Kruševac

КОМЕНТАР:
Na vas da zvučim pretečno i više puta do sada ponovljeno ni zbog oskudnih trenutaka vredi se boriti i očuvati život. Samo nada veri i volja učiniće da nemoguće postane moguće

ДАТУМ: 24.04.2011 ПОТПИС: Simonović Dejan

3

Страна

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ТЕЛЕФОН КОРИСНИКА:
Мића Васић Сабаџи
064/1324530

КОМЕНТАР:
Све похвале медицинском особљу посебно сестрама. Чуји и бранки на стрпљењу и разумевању и пажњи. Све похвале и за доктора квалитетно на послу. Велики бан све најбоље од срца.

ДАТУМ: ПОТПИС:

ИМЕ, ПРЕЗИМЕ И ТЕЛЕФОН КОРИСНИКА:
Шешић Петар - Смедерево
065-12-66-410

КОМЕНТАР:
Све похвале за доктора медицинско особље, посебно за сестре Јелу, Софију, Весну, Аџу - Вранку, Весну, а посебно моју мајку која жели свако добро Вранке као професионалца и још више као људи. Све најбоље и здравља

ДАТУМ: 17.07.2011 ПОТПИС:

7