СЕСТРИНСТВО

Часопис за медицинске сестре – техничаре

Година 11 • Број 39 • Београд, април-јун 2014. • YU ISSN 1451-7590

СРБИЈА ПРОТИВ РАКА

★ СВЕЧАНА АКАДЕМИЈА

Добитници годишњих признања

ФОТОРЕПОРТАЖА:

Са свечане академије поводом Међународног дана медицинских сестара

Снимио: А. Милорадовић

СЕСТРИНСТВО

Информативно-стручни часопис
УМСТ, КЦС, „Сестринство“
Број 39, април-јун 2014. 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“
Гордана Ковачевић

Главни и одговорни уредник
Добрила Пејовић

Уредништво
Биљана Ковачевић,
Љиљана Стаменковић
Јованка Вучковић
Сузана Богдановић
Олга Симић
Наташа Васиљевић
Ивана Стојковић

Преводиоци
Ивана Нешић
Александра Букумировић
Данијела Ивковић

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

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 11. бр 39. (април – јун 2014). – Београд: УМСТ КЦС „Сестринство“. Излази тромесечно.

ЕДУКАЦИЈА У БРОЈКАМА

Поштовани читаоци,

УМСТ КЦС „Сестринство” наставља да реализује планове које је зацртало у овој години. Једна од наших обавеза је и континуирана едукација коју ми реализујемо за наше чланове и све заинтересоване. Бројке показују колико смо радили у протеклој лиценцној години.

Број акредитованих и одржаних стручних састанака, курсева, симпозијума
Лиценцна година мај 2013/мај 2014.

Месец	Бр.струч.сас. курсева симпозијум	Бр. учесника у КЦС	Бр. учесника на клиникама	Бр. учесника у Србији	Бр. учесника у Београду	УКУПНО
мај	16	7/1868	5/221	4/2294	------	4383
јун	20	6/1020	7/591	7/423	.....	2034
јул	16	5/737	6/467	5/1147	.....	2351
август	2	2/263	.....	.....		263
септембар	18	4/1150	10/853	3/738	1/3	2744
октобар	9	2/424	3/201	3/1390	Симпозијум /1402	3417
новембар	12	4/915	8/591	.....	.....	1406
децембар	24	13/1512	11/984	.....	.....	2496
јануар	7	4/384	3/93	.....	.....	477
фебруар	16	8/1206	8/649	.....	.....	1855
март	27	12/1660	7/645	8/1246	.....	3551
април	26	16/1466	6/604	3/524	1/86	2680
мај	32	12/1376	11/837	9/1401	.....	3614
УКУПНО	**225**	**95/13.981**	**85/6736**	**42/9163**	**3/1491**	**31.371**

Број акредитованих стручних састанака, курсева, мај 2013/мај 2014.

Време акредитације	Број стручних састанака	Број курсева	Број симпозијума
Јулска акредитација	10	3	
Октобарска акредитација	10	12	
Јануарска акредитација	21		
Априлска акредитација	13	4	
УКУПНО	**54**	**19**	

Приближавају се избори у Комори. Надамо се да ће донети неке нове ветрове, а ми ћемо бити ту да им дамо већу снагу. У претходном броју часописа говорили смо о „Модулу неге”, програму „Монесис”. Говорили смо и писали о новим технологијама које би требало сестрама да олакшају рад. Очекујемо од вас да се активно укључите, постављате питања, дајете предлоге како бисмо дошли до заједничког циља, који ће помоћи свима нама.

Уредништво часописа

УВОДНИК БРОЈУ

4 **АКАДЕМИЈА СЕСТРАМА У ЧАСТ**

7 **ХЕРОИНЕ ХУМАНЕ ПРОФЕСИЈЕ**

10 **СНАГА ЗА ПРОМЕНЕ**

12 **ПРОТИВ КАРЦИНОМА ЛАСЕРОМ И РОБОТСКОМ ХИРУРГИЈОМ**

16-25 **СТРУЧНИ РАДОВИ**

Фотографија на насловној:
А. Милорадовић

МЕЂУНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА – 12. МАЈ ★ ★ МЕЂ

АКАДЕМИЈА СЕСТРАМА У ЧАСТ

**Захвалнице уручене најуспешнијим сестрама клиника и института КЦС за остварења у претходној години.
У радном делу свечаног скупа подсећање на Флоренс Најтингејл и обрада теме Снага за промене.
Промовисан део грађе будућег спота песме „Сестра“**

Поводом Међународног дана медицинских сестара и техничара – 12. маја , у амфитеатру Ургентног центра Клиничког центра Србије одржана је свечана академија посвећена том значајном празнику. Скуп је започео свечаном песмом „Сестра“, која је спонтано прерасла у сестринску химну.

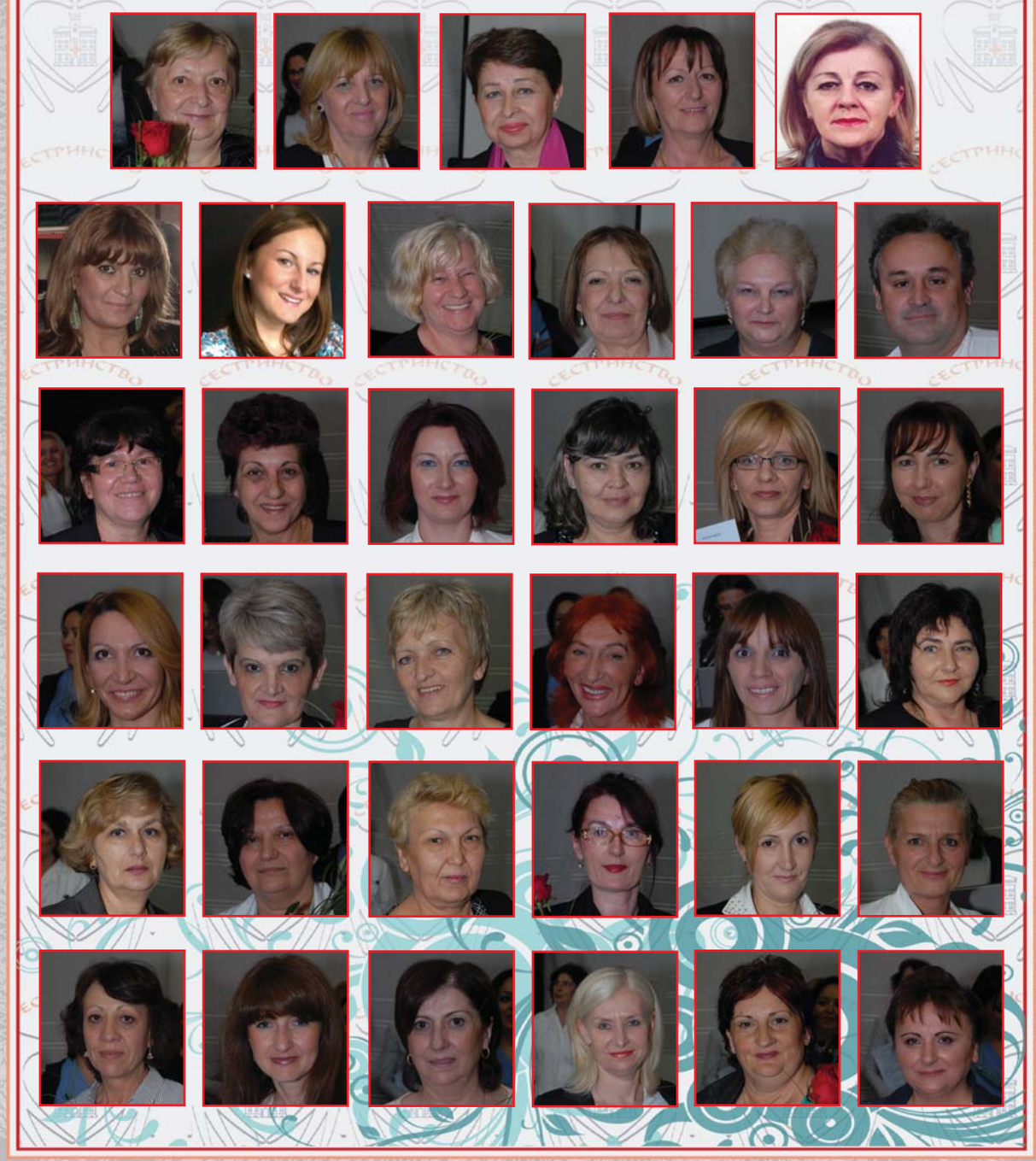
Свечану академију је пригодним речима отворила Гордана Ковачевић, председник Удружења медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије „Сестринство“, упућујући срдачне празничне честитке свим сестрама и техничарима. Поздравила је и госте и сараднике који су се придружили сестрама да поделе слављеничко расположење, чиме су исказали част припадницама те надасве хумане професије.

„Сестрама КЦС, свим сестрама наше отаџбине и сестрама свих земаља планете на којој живимо“ , речи су које је у име организа-

ЗАХВАЛНИЦЕ НАЈЗАСЛУЖНИЈИМА
Са клиника и института КЦС

Милијана Матијевић .....Клиника за неурологију
Милена Јовановић .....Клиника за ендокринологију,
.....дијабетес и болести метаболизма
Слободан Перак .....Клиника за гастроентерологију
.....и хепатологију
Нада Ђорђевић.....Клиника за кардиохирургију
Ангелина Спасојевић.....Клиника за грудну хирургију
Драгана Здравковић .....Клиника за дерматовенерологију
Гордана Ристовић.....Клиника за очне болести
Наташа Милић.....Клиника за васкуларну
.....и ендоваскуларну хирургију
Јасна Милојевић .....Клиника за опекотине пластичну
.....и реконструктивну хирургију
Љиљана Ракић.....Клиника за хематологију
Гордана Гребовић .....Клиника за алергологију и имунологију
Веселинка Кијановић .....Клиника за психијатрију
Лидија Милић .....Клиника за ОРЛ и максилофацијалну хирургију
Ружица Никодијевић .....Клиника за пулмологију
Вања Ђурђевић.....Клиника за ортопедску
.....хирургију и трауматологију
Емица Милошевић.....Клиника за гинекологију
Нада Јосифовски.....Клиника за кардиологију
Селена Гавриловић.....Клиника за неурохирургију
Десанка Нишовић .....Клиника за дигестивну хирургију
Гроздана Илић .....Клиника за нефрологију
Славица Манић.....Клиника за инфективне болести
Светлана Радовановић .....Клиника за урологију
Драгиња Николић .....Медицина рада
Марија Станојковић .....Пејсмејкер центар
Цана Мушовић.....Ургентни центар
Радица Симоновић.....Поликлиника
Јелена Голубовић .....Центар за нуклеарну медицину
Душица Младеновић .....Центар за анестезију
Јелена Баудер.....Центар за научноистраживачки рад,
.....образовну делатност и људске ресурсе
Катица Пејчић .....Центар за радиологију
.....и магнетну резонанцу

УНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА – 12. MAJ ★ МЕЂУНАРОД



МЕЂУНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА – 12. МАЈ ★ ★ МЕЂ

тора свечаности – УМСТ „Сестринство“ упутила водитељка програма Марија Галић, пожелевши да се обележавању међународног празника сестара убудуће придруже сестринске и све друге синдикалне организације. Поздравила је и госте: Јована Атанасијевића, заменика директора КЦС за немедицинске послове, академика проф. др Владимира Костића, који сваке године другује са сестрама на њихов дан, и друге руководиоце клиника и института КЦС. У име управе КЦС, слављеницима се обратио Јован Атансијевић, подсетивши на улогу и значај медицинских сестара и техничара у систему здравствене заштите и потребу њиховог сталног образовања и доградњивања статуса и система награђивања.

У радном делу скупа сестра Светлана Јанковић са Неуролошке клинике говорила је о лику и делу сестринске хероине Флоренс Најтингејл, зачетнице савременог сестринства, чији је дан рођења проглашен за дан сестринства и сестринске професије.

Сестра Драгана Нојковић представила је рад струковне медицинске сестре Иване Стојковић са Клинике за грудну хирургију – Снага за промене – овогодишњу тему ICN (Међународног већа сестара) Светске здравствене организације.

У свечаном делу академије додељена су признања заслужнима. Председница УМСТ „Сестринство“ Гордана Ковачевић доделила је прву златну плакету својој претходници Зорици Милошевић, дугогодишњем председнику Удружења медицинских сестара и техничара КЦС „Сестринство“, за афирмацију удружења и сестринске професије.

Захвалнице су уручене и најбољим сестрама – техничарима свих клиника и института КЦС за остварења у претходној години, у чије је име је захвалила Милијана Матијевић, главна сестра Неуролошке клинике. За награђене је организована прослава у Јахтинг-клубу „Кеј“ на Ушћу.

Поводом свог празника, 8. маја, признање је добило и пет бабица.

На свечаном скупу је први пут промовисана и грађа видео-презентације песме „Сестра“, чији су аутори Станоје Јовановић (текст), Раде Радивојевић (музика), Жарко Данчуо (певач) и Добрила Пејовић (идеја). којој су се у прикупљању материјала за будући спот придружили ... Олга Симић и Предраг Урошевић

С. Ј.

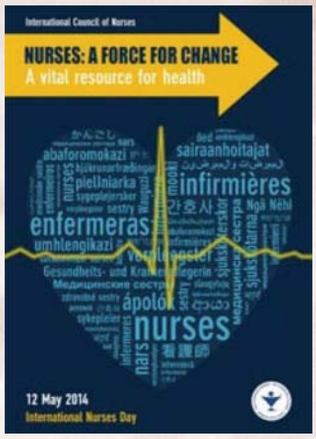
ЗАХВАЛНИЦЕ БАБИЦАМА
Са Клинике за гинекологију и акушерство

Невенка Јовановић
Душанка Мијајловић
Зора Васић
Радмила Ђурић
Весица Живковић

Од Флоренс Најтингејл до савремене сестре

ХЕРОИНЕ ХУМАНЕ ПРОФЕСИЈЕ

Међународни дан сестара обележава се широм света на годишњицу рођења Флоренс Најтингејл, 12. маја. Сестре Србије и света током недеље сестринства, од 6. до 12. маја одржале су многе манифестације посвећене сестрама и њиховој професији. Интернационални савет сестара тај велики дан за сестринство обележава редовним издавањем Сестринског приручника (IND Kit). Приручник садржи информациони материјал који користе сестре широм света. Тема међународног дана сестринства 2014. је Сестре: Снагом за промене – битан ресурс до здравља



Флоренс Најтингејл: сестра коју сви памтимо

Сестра коју сви памтимо Флоренс Најтингејл, ћерка велепоседника, рођена је 12. маја 1820. године у Фиренци. У Немачку одлази на школовање 1851. године. После завршетка школовања пријављује се за одлазак у Турску, заједно са још 38 медицинских сестара. То је прва група жена у улози здравствених радника које одлазе на фронт. За време Кримског рата Флоренс Најтингејл организује болнице и уводи важне реформе везане за негу рањеника и санитетску службу. Увођењем хигијенских мера смртност рањеника знатно је смањен. После повратка у Енглеску, 1856. године, проглашена је за националног хероја. У кругу болнице „Сент Томас“ у Лондону 1860. године отвара прву школу за медицинске сестре. Наставља реформе: отвара школе за сестре не само у Енглеској већ другим земљама, у којима су предавачи биле њене ученице. Аутор је бројних књига из области сестринства: публиковала је више од 200 књига и публикација. Уџбеник „Записи о неговању“ (1860) преведен је на једанаест језика и штампа се и данас. Сматрала је да болест настаје због нехигијене и лошег ваздуха. Тај њен став условио је реорганизације службе и простора у болницама. Због својих ставова Флоренс Најтингејл призната је широм света као утемељивач принципа савремене неге болесника.

За животно дело и труд краљица Викторија је 1883. године одликовала Флоренс Краљевским црвеним крстом. У старости је примила мноштво почасти, а највећа је без сумње Орден врлине, који је тада први пут додељен једној жени. Клонила се јавности и живела тихо и скромно. Живот је окончала у дубокој старости, 13. августа 1910. године. На основу свог богатог искуства заговарала је став да сестре треба да поседују и одржавају ефикасност, снагу, саосећајност и брижну праксу. Тај приступ назвала је „Здравље сестринства“. У знак поштовања и сећања на дело те великанке сестринства отворен је музеј Флоренс Најтингејл у коме су изложене њене личне ствари, предмети, рукописи...

Косовка Девојка: наш симбол сестринства

Косовка Девојка је свима добро познат лик српске епске поезије која „вида ране српским јунацима“. Урош Предић ју је овековечио на својој слици. Симбол је сестринства на нашим просторима, и мада не постоје историјске чињенице о њеном постојању, следиле су је многе девојке и жене из народа у време балканских и других ратова и недаћа.

Брош са њеним ликом носиле су ученице прве школе за сестре у Србији као знак припадности професији. Постала је симбол за бригу, помоћ и љубав према ближњима.

Српске болничарке добровољци: узори сестринске професије)

На овим просторима није постојало професионално сестринство какво данас познајемо, али су постојале жене које су савесно неговале рањенике жртвујући се докраја. По томе

МЕЂУНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА – 12. МАЈ ★ ★ МЕЂ

су узори наше професије. Заједничко им је то што су биле чланице Кола српских сестара, удружења које је основано 1903. године у згради Коларчеве задужбине. Неке од тих знаменитих жена носиоци су најпрестижнијег одличја сестара – Медаље за милосрђе Флоренс Најтингејл. На нашим просторима, у време српско-турских ратова, балканских ратова и Великог рата, постојале су хероине, следбенице Флоренс Најтингејл, које су жртвујући себе неговале рањенике и болесне: Надежда Петровић, сликарка и болничарка; Анка Ђуровић, добровољна болничарка у ратним и мирнодопским временима; Нети Мунк, прва српска добровољна болничарка; Делфа Иванић, виђенија жена свога времена; Мага Магазиновић, прва жена новинар; Касија Недић Милетић, добровољна болничарка; Боса Ранковић, жена која је живот посветила рањенима и болеснима; Љубица Луковић, добровољна болничарка и хуманитарни радник.

Надежда Петровић: ратна болничарка и сликарка

Сликарка и болничарка, Надежда Петровић, рођена је у Чачку, 11. октобра 1873. године. Сликарство је учила у Београду и Минхену, а прву сликарску школу у Београду отворила је 1912. године.

Укључена у политички живот, један је од покретача и први секретар Кола српских сестара. Као добровољна болничарка, 1912. године, када је почео Први балкански рат, креће са српском војском. За време Првог светског рата, као добровољна болничарка Дунавске дивизије, после окончања Церске и Колубарске битке, одлази у болницу у Ваљево, где је радила на инфективном одељењу. Умрла је 3. априла 1915, као жртва пегавог тифуса. У знак сећања на хероину тога доба, у њеном родном Чачку одржава се Меморијал Надежде Петровић, која је остала упамћена као најпознатија ратна болничарка, сликарка и књижевна критичарка. Овековечена је у српској литератури у романима Добрице Ћосића „Време смрти“, „Отпадник“ и „Верник“.

Делфа Иванић: из далека лепа жена, изблиза – установа

Делфа Иванић рођена је 6. марта у Подгорици. Основну и Вишу женску школу завршила је у Београду, хемију је студирала у Женеви, али напушта наставнички посао и посвећује се хуманитарном раду.

Једна је од оснивача Кола српских сестара и његова прва потпредседница. Од 1922. председница је удружења, све до 1942. године, када су Немци забранили његов рад. У време Првог балканског рата, заједно са Леди Пецет, оснива IV резервну болницу за рањенике у Београду (1912), а у Драчу болницу за војнике (1913), у којој је радила као болничарка и прележала пегави тифус.

Као веома образована жена бавила се преводилачким радом: објављивала је своје радове у домаћим часописима. Прва је жена у Краљевини Југославији која је добила медаљу Флоренс Најтингејл, 1920. године. Јаша Продановић дао је најприближнији опис те жене, која је изабрала да младост проведе негујући рањенике: „Из далека лепа жена, изблиза – установа“.

Анка Ђуровић: болничарка добровољац

Анка Ђуровић (1850–1925), добровољна болничарка, од српско- турског рата надаље. Преко Црне Горе и Албаније са војском је стигла до Љеша. Радила је као добровољна болничарка у војној болници у Крушевцу, у Београду у болници кнегиње Шаховске, у болници у Скопљу и Солуну у Првој болници престолонаследника Александра. Била је чланица Кола српских сестара и једна од првих полазница курса за добровољне болничарке које је организовао Црвени крст. После завршеног курса радила је на хируршком одељењу Београдске болнице код др Војислава Суботића. Добитница је медаље Флоренс Најтингејл (1923).

Наталија Мунк: окићена орденима

Наталија Мунк рођена је у Београду (1864–1924). Била је мајка седморо деце и прва српска добровољна болничарка у време Српско-бугарског рата (1885). Била је члан Управног одбора Јеврејског женског друштва, Добровољачког друштва и српског Црвеног крста, главна надзорница болнице у Доњем граду, где је неговала рањенике и болесне. За време балканских ратова, као добровољна болничарка, радила је у Четрнаестој резервној болници, где је неговала оболеле од тифуса и колере. Негујући болеснике и сама је два пута оболела од тифуса. За свој рад Наталија Мунк је одликована Златном и Сребрном медаљом краљице Наталије, два пута Орденом Светог Саве, споменицама свих ратова од 1885. до 1918. године, медаљом Црвеног крста и Крстом милосрђа.

Марија Магазиновић: новинарка добровољац

Марија Мага Магазиновић рођена је у Цетини код Ужица (1882–1968). Прва је жена у Србији која је дипломирала на Филозофском факултету (1904) и прва жена новинар. Похађала је глуму, усавршавала немачки језик и похађала је школу модерног балета Исидоре Данкан у Немачкој, где одлази 1909. године. У Србију се враћа 1913. године, у време Балканског рата и постаје добровољна болничарка. Искуство из ратне болнице сачувала је у аутобиографији „Мој живот“.

Поменуте су само неке од хероина тога времена, претече савременог сестринства Србије, следбенице Флоренс Најнтингејл, добровољне болничарке, родољуби, несебичне жене пуне љубави према ближњима, људима и Србији, пуне хуманости, одрицања, топлине, милосрђа... О многим хероинама мало се зна, недовољно су обрађене у нашој историји, неке су током времена заборављене (подаци коришћени у раду преузети су из књиге „Двадесет година рада Кола српских сестара у Сомбору“ Милана Степановића и рада „Српске добровољне болничарке – следбенице Флоренс Најтингејл“ Маје Савић).

УНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА – 12. МАЈ ★ МЕЂУНАРОД

Прва послератна школована генерација сестара

Хронологија: развој професионалног сестринства Србије

Прва школа за медицинске сестре у Србији основана је 1921. за нудиље, чији је директор била Мис Њутн, ученица Флоренс Најтингејл. Школовање је трајало четири године, а могле су се уписати девојке са навршених осамнаест година и завршених осам разреда гимназије.

Тек након Другог светског рата отварају се бројне школе у већим градовима тадашње државе. Виша школа за медицинске сестре Црвеног крста Југославије отворена је се 1952. године. Виша медицинска школа почиње са радом 1958. године и њој се 1973. припаја Виша школа за медицинске сестре Црвеног крста Југославије. Потом је 1998. основана Виша медицинска школа у Ћуприји. Потреба за добро школованим кадром медицинских сестара, поред референтних и еминентних државних школа, довела је до отварања и приватне Више медицинске и Високе струковне школе.

Уместо закључка: Сестринство Србије сада

Последњих година буди се свест како медицинских сестара тако и друштва и препознаје потреба за даљим образовањем и усавршавањем сестара. Више и високо образовање медицинских сестара приоритет је савременог доба. Поред образовања и едукације, неопходно је законско регулисање професионалног деловања сестара и звања сестара и осамостаљење рада сестара у области сестринске неге. Поред сестара са средњим и вишим образовањем, данас Србија има струковне сестре, сестре специјалисте и сестре са високим образовањем – кадар који чак не препознаје ни тело које регулише рад медицинских сестара и техничара. Наше колеге у свету далеко су испред нас, али не толико у односу на количину и примену усвојеног знања и стечених вештина већ у погледу регулације рада, звања и права. Сестрама света омогућено је да се усавршавају и баве истраживачким радом на пољу сестринства: постоје сестре асистенти, регистроване сестре, сестре специјалисти, сестре са ужом специјализацијом, сестре едукатори и сестре истраживачи са научним звањима.

Сестринска професија у Србији, поред квалитетног образовања и сталног усавршавања и обуке, захтева ентузијазам, љубазност, пожртвованост и храброст. У турбулентном времену у коме живимо треба се присетити свих жена које су у најтежим годинама на величанствен и хуман начин, лишене личних амбиција и користи, поставиле темеље сестринства.

„Мораш имати утицаја на јавност..." – говорила је Флоренс Најтингејл. Бројне су сестринске асоцијације и удружења, али сестре Србије треба да се уједине и чују и уз подршку Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије и Министарства здравља, регулишу сестринску професију и образовање. Потребно је подићи свест нације да је здравље најважније, а да су сестре у процесу одржавања и очувања здравља незаобилазне, да заслужују поштовање! Сестре морају да поврате самопоштовање!

За почетак можда је довољно рећи: „Ја сам медицинска сестра и волим свој позив."

...Срећан нам дан сестара!

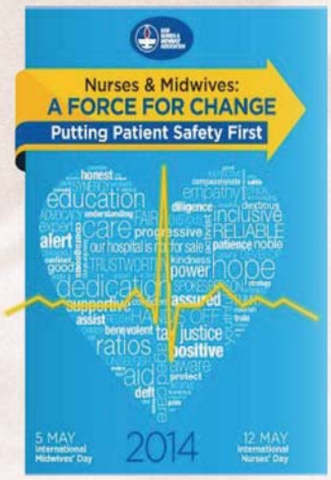
Ивана **Нешић**
Светлана **Јанковић**

МЕЂУНАРОДНИ ДАН МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ТЕХНИЧАРА – 12. МАЈ ★ ★ МЕЂ

Медицинске сестре и бабице

СНАГА ЗА ПРОМЕНЕ

Сваке године 12. маја обележавамо дан рођења творца савременог сестринства. Овогодишња прослава одржана је по десети пут у организацији Удружења „Сестринство“ у амфитеатру Ургентног центра. У оквиру прослављања Дана медицинских сестара Међународни савет медицинских сестара (ИЦН), који броји 130 представника националних асоцијација са 16.000.000 медицинских сестара широм света, представио је нову публикацију са новом темом. Ове године и тема и бројна истраживања спроведена претходних година осликавају снагу медицинских сестара и бабица, од којих зависи функционисање сваког здравственог система. Истраживања која су спроведена на свим континентима имала су за циљ да представе највеће проблеме у сестринству. Међународни савет медицинских сестара класификовао их је на:



- Неопходност адекватног планирања радне снаге.
- Оптерећеност медицинских сестара пословним захтевима.
- Важност обављања послова у адекватном радном окружењу.
- Важност наставка образовања и позитивних образовних исхода.

Тим смерницама би медицинске сестре широм планете требало да се руководе ради постизања миленијумских циљева. На основу установљених проблема дате су препоруке за њихову елиминацију применом неколико анекса:

Анекс 1: примери примене алата, веб-сајтова, линкова.
Анекс 2: примери примене побољшања услова рада.
Анекс 3: примери примене доброг планирања људских ресурса.
Анекс 4: примери примене односа cost-benefit у сестринству.
Анекс 5: примери примене позитивне праксе.

На који начин медицинске сестре могу да допринесу развоју здравијег друштва? Радећи као део мултидисциплинарних тимова, играју критичну улогу у обезбеђивању квалитета пружене неге и очекиваних исхода код пацијента. Потребно је да медицинске сестре и светски лидери усмере пажњу на глобалном нивоу ка постизању бољег здравља за све имајући у виду сестринску радну снагу. Озбиљне мере штедње довеле су сестре у тешку ситуацију. Највећа, а у сразмери са укупним учешћем у трошковима, најскупља радна снага, сестре су данас приморане на мултитаскинг обавезе, укидање одређених позиција и смањење плата. Доведене су у ситуацију да морају да оправдавају и финансијску и професионалну сврсисходност. У складу с тим, сестринско образовање се такође бори с таквим изазовима. Капацитети едукативних програма којима би се припремиле будуће генерације компетентних медицинских сестара угрожени су. На основу истраживања о глобалним сестринским миграцијама из 2007. године доказано је да „уплив сестара мигранта у дисфункционални здравствени систем који није у стању да обезбеди останак резидената неће обезбедити нити разрешити мањак сестринског кадра“.(*Kingma, Detailed study of global nurse migration;(2007): 1281)*

Планирањем радне снаге дата је препорука за **обезбеђивање правих људи, са правим вештинама на правим местима у право време**. Планирање радне снаге обухвата и процену радног века медицинских сестара. Та популација постаје све старија. Постоји озбиљна потреба да се уради систематски план који би обухватио процену бројности медицинских сестара које имају недоста-

так знања, вештина и способности а повезани су са скорим пензионисањем. Већ сад је неопходно идентификовати будуће вође и менаџере у сестринству. Радна група са Новог Зеланда идентификовала је групу фактора које утичу на сестрински посао. На тај начин груписани су алати за израчунавање оптерећености медицинских сестара послом. Они су разврстани у неколико категорија. То су на првом месту захтеви пацијента: околности и комплексност здравственог стања; комплексност околине: психички утицај околине, ресурси за збрињавање, фондови, редефинисање и редизајниране друштвене заједнице; здравствена комплексност: медицинска дијагноза, доношење одлука и правог третмана; специфични сестрински исходи: исходи пацијента су директно повезани са сестринским активностима; интензитет сестринског рада: количина пружене неге потребна за сваког пацијента; мешавина сестринских вештина: број медицинских сестара који је потребан и доступан; радно окружење: кадровски нормативи, подршка установе, документовање радних процеса, услови рада, регрутовање нове радне снаге и задржавање постојећег особља *(Adapted from Walker & Hendry (2009): 12)*

Да би обезбедили довољно радне снаге највећи акценат се ставља на растерећење запослених увођењем новина нарочито у погледу постојања добрих информационих система ради потребног прикупљања свих релевантних података *(Cipriano & Hamer 2013).*

Стога је 2004. године покренута ТИГАР иницијатива са циљем окупљања заинтересованих у процесу развоја заједничке визије, стратегије и развоја специфичних мера за унапређивање праксе здравствене неге, образовања, и укључивања пацијената у информационе технологије повезане са здрављем. Акроним ТИГАР подржава и иницира реформу информационих технологија у здравственом образовању. Он је издао последње саопштење у вези са оним што медицинске сестре морају да знају а у вези је са информационим технологијама. Фокус се ставља на квалитет, а рад на технологијама одвија се кроз трансформацију лидера. Та иницијатива има троструки циљ: побољшање пацијентовог искуства процесом неговања, побољшање здравља популације, редуковање цене услуга здравствене неге. Да би та иницијатива била успешна, неопходни су:

- Иновативни сестрински лидери.
- Професионална сарадња.
- Ангажовање друштвене заједнице.
- Комуникационе вештине.
- Стратешка визија.
- Широка база знања.
- Специјализације из информационих технологија.
- Научноистраживачки рад и школарине.
- Развој радне снаге.
- Планирању сестринске службе.

Схваћено је да је пракса запошљавања на одређено време непримерено едукованог особља директно повезана са смањењем квалитета обављања послова. Путем развоја вештина и способности неопходно је прихватити и нове технологије и подржати нов начин рада и увођење новина у радне процесе Такође је схваћена важност потребног радног окружења, јер попуњавање броја медицинских сестара у срединама где постоји лоша организација радних активности неће довести до повећана учинка запослених. Према истраживањима, прављење плана запослених и попуњавање радних места у оним организационим јединицама где је тај план правилно спроведен приказано је бенефитом *(Aiken et al 2011b).* Повезаност задовољства послом и радног окружења довело је до момента одласка здравствених професионалаца у случајевима кад су се осетили несигурно на својим радним местима, а нарочито ако њихов рад није био довољно евалуиран и валоризован *(Beleta 2008).* Стога је неопходан развој тимова са високим перформансама који ради по принципу тимског пружања здравствене неге и то на следећи начин:

- Делећи исте циљеве.
- У којима су јасно дефинисане улоге.
- У којима постоји узајамно поверење.
- Где је ефикасна комуникација.
- Где постоје мерљиви исходи процеса пружених услуга.

Да бисмо ту визију остварили, морамо да побољшамо учење и исходе учења. Као дефинитивни закључак ових смерница схваћено је да је неопходно:

- Постојање лидера на свим нивоима.
- Постојање система широке колаборације.
- Обавезна едукација и учење.
- Лична одговорност.

На свету живи седам милијарди људи, а има само 17.000.000 медицинских сестара. Мање сестара значи смањење животног века, повећање могућности за настанак озбиљних инфекција, повећан је ризик током хоспитализације или хируршког третмана. Медицинске сестре могу да вам помогну да живите дуже, здравије и срећније.

***Ивана* Стојковић**

Уролошке сестре са лекарима на двадесет деветом европском конгресу уролога (EAU)

ПРОТИВ КАРЦИНОМА ЛАСЕРОМ И РОБОТСКОМ ХИРУРГИЈОМ

Као свог јединог члана са ових простора, EAUN (Европско удружење уролошких сестара) позвало ме да присуствујем Петнаестом интернационалном састанку, који је одржан од 11. до 14. априла у Стокхолму. У тај прелепи главни град Шведске дошле су медицинске сестре Европе, Азије и Америке. Конгрес је одржан заједно са Двадесет деветим европским конгресом уролога. У велелепном и огромном конгресном центру било је 10.000 учесника.

Скуп је отворила садашња председница EAUNA K. Fitzpatrick, која је пре неколико година била наш гост на састанку који је организовало Друштво уролошких сестара Србије. Присутне су поздравили и председник EAU P. A. Abrahamsson и домаћин и председник Шведске асоцијације уролошких сестара H. Thulin. Програм конгреса састојао се од усмених презентација, постер-презентација, Worksshopov-a, ESU курсева и посете Шведском Универзитетском институту „Karilinska".

Тема конгреса, на којем су заједно учествовали медицинске сестре и лекари уролози, било је лечење карцинома тестиса, простате и пениса, решавање опструкције уринарног тракта и методе разбијања камена у уринарном тракту.

Посебно ме задивила оперативна техника коју користе у лечењу наведених обољења. Рутину представљају лапараскопска и ласерска техника, а врхунац – роботска хирургија, којом се свакодневно користе у пракси.

Тема Worksshopov-a односила се на третман који примењују медицинске сестре код неурогене дисфункције мокраћне бешике, сестрински менаџмент код оболелих од карцинома мокраћне бешике, палијативна нега код оболелих од карцинома простате, интермитентна катетеризација и сексуални живот пацијената.

Највише предавача међу присутним медицинским сестрама било је из западноевропских земаља: Данске, Белгије, Немачке, Холандије, затим из земље домаћина Шведске, те из Турске.

***Валентина* Петковић**

Још једном о иницијативи за ратификацију конвенције Ц 149 и препоруке Р 157

ВИТАЛНА УЛОГА СЕСТРИНСТВА

У Србији ради 46.657 сестара са средњом и 3.758 сестара са вишом стручном спремом, односно 75,5 посто запослених здравствених радника такве стручне спреме . И (не)регулисано образовање и поље деловања у области сестринске неге могу да утичу на динамику приступања ЕУ

Конвенција Ц 149 и препорука Р 157

Радна група за здравствену негу Министарства здравља у два маха је писала захтев (у прилогу) за ратификацију конвенције 149 и препоруке 157 Министарство рада и социјалне политике, Одељење за међународну сарадњу, европске интеграције и пројекте, и то 2006. и 2009. године, но до данашњег дана ти документи међународне организације рада нису ратификовани до данас. Један од закључака нашег скупа је и ратификација ових докумената од наше државе. Пошто је Управа за безбедност и здравље на раду Републике Србије, Министарства за рад, запошљавање и социјалну политику била један од организатора нашег симпозијума, очекујемо да ћемо ускоро имати ратификацију.

The Nursing Personnel Convention, 1977 (C 149) and the Nursing Personnel Recommendation, 1977 (R 157)

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ЗАХТЕВА

За ратификацију Конвенције Ц 149 и Препоруке Р 157

Конвенција је стара скоро 30 година, многе државе су је усвојиле са циљем да се унапреде услови рада у области сестринске неге.

Медицинске сестре – техничари најбројнији су профил у систему здравствене заштите. Према подацима Коморе медицинских сестара и техничара у Србији ради 46.657 сестара са средњом стручном спремом и 3.758 сестара са вишом стручном спремом, што чини 75,5 % запослених здравствених радника са средњом и вишом стручном спремом. Многи документи усвојени на нивоу ЕУ и света указују на кључну улогу и оквир деловања сестара и бабица (сестринство) као самосталних професионалаца за област сестринске неге у систему здравствене заштите и остваривању Миленијумских развојних циљева. Наводим само неке од њих:

- Минхенска декларација 2000, СЗО.
- Сестре и бабице за здравље: СЗО Европска стратегија за образовање сестара и бабица, СЗО, 2001. Резолуција СЗО 59.27 и 54.12, Оснаживање службе сестара и бабица, 2001.
- Директива 2005/36 ЕЦ.
- Заједно за здравље, Женева, СЗО, 2006.
- Исламабадска декларација, СЗО,ИЦН, ИЦМ, 2007.

Конвенција артикулише неопходне услове за превазилажење многих потешкоћа које су идентификоване у највећем броју земаља када су у питању сестре и бабице. Конвенција препознаје виталну улогу сестринства, које, у сарадњи са другим професионалцима, ради на добробит народа у здрављу и болести. Подршка коју даје Конвенција укључује:

- адекватно образовање и обуку за квалитетно обављање сестринске неге,
- атрактивно запошљавање и радно окружење, укључујући и напредовање у каријери и социјалну безбедност,
- безбедност на радном месту и законску регулативу,
- учешће сестара у процесима одлучивања при планирању људских ресурса за област сестринске неге,
- консултације сестара и бабица по питањима запошљавања и услова рада,
- учешће у решавању спорова,

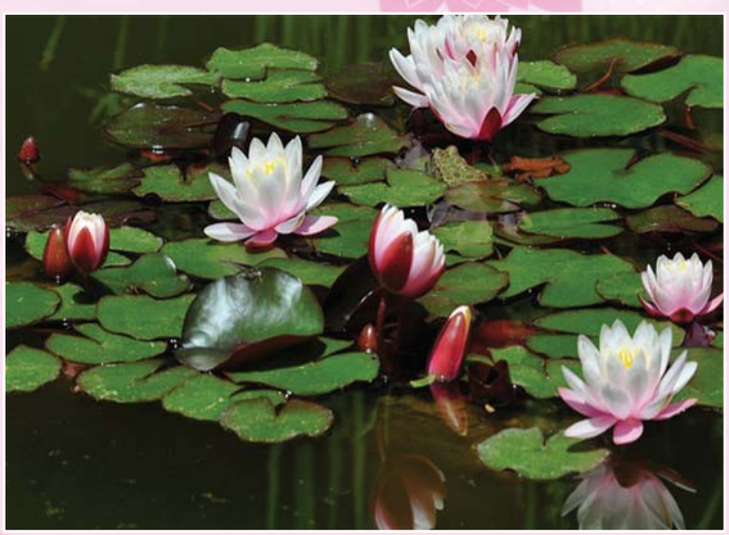
У процесима приступања ЕУ припремање професије сестринства је важно, јер су познати подаци о томе да су неке државе касниле због нерегулисаног образовања и поља деловања у области сестринске неге.

М. Матијевић

Аутентичан текст можете наћи на сајту:
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312294

Повезаност или сличност између локвања и (повезаности) здравствених радника

Локвањ – лотос расте у пљавој води, цветови су му веома лепи и чисти. Стога се у јапанској књижевности тај цвет узима као слика моралности која може да остане чиста и нетакнута и усред друштва и његових пљавштина, а не само повлачењем у осаму.



Локвањ – лотос, који има осам латица , као што простор има осам праваца, симбол је космичког сагласја. Додаје му се и чврстина (несавитљивост стабљике), напредак (бујност биљке), бројност потомства (обиље семенки), брачна слога (два цвета на једној стабљици), прошло, садашње и будуће време (три стадијума биљке могу се наћи истовремено: пупољак, цвет, семенке).

Добитници годишњих признања

Бранислав Марић, Институт за медицину рада Србије „Др Драгомир Карајовић”, Београд

Branislav Maric, Serbian Institute of Occupational and Radiological Health, Belgrade

ПРОМОЦИЈА ЗДРАВЉА КОД РАДНОАКТИВНЕ ПОПУЛАЦИЈЕ

Практични пример, радници запослени у хидроелектрани

HEALTH PROMOTION AMONG THE WORKING POPULATION

The Employee with the power plant

Бранислав Марић рођен је 25. 10. 1965. године у Београду. Дипломирао је на Медицинском факултету Универзитета у Београду 12. 7. 1991. године. Запослен је у Институту за медицину рада Србије од јуна 1994, специјалистички испит из медицине рада положио је 12. 3. 1996. године. Ради у Центру за хигијену и физиологију рада, шеф је теренске екипе од августа 2010, члан надзорног одбора Института за медицину рада 2009–2013, члан Управног одбора од јануара 2014. и председник Подружнице СЛД Института за медицину рада Србије од априла 2011. године.

Born in Belgrade, October 25, 1965. Graduated at School of Medicine, Belgrade University, in July 1991. Employed with Serbian Institute of Occupational Health since June 1994. Occupational Health exam passed in March 1996. He has been working in Department of Occupational Hygiene and Physiology. The head of Institute Terrain Service since 2010, member of supervisory board Institute of Occupational Medicine 2009 – 2013; member of Steering Committee since january 2014 ; presedent of Section of Serbian Medical Society Institute of Occupational Medicine since april 2011.

Сажетак

Промоција здравља међу запосленима има важан утицај на добробит запослених; инвестиције у промоцију здравља имају дугорочне бенефиције.Као исход промоције здравља смањена су одсуствовања због боловања, број повреда и професионалних оболења а повећана је продуктивност.А

Чланак је врста водича за промоцију здравља међу запосленима а заснован је на анализи активности које је спровео Институт за медицину рада и радиолошко здравље међу запосленима у електранама у југоисточној Србији.

Постоје два основна циља: први је промоција здравља за све запослене; други је промоција међу запосленима који у свом раду су изложени некој врсти ризика.

Рађене су следеће активности: периодични лекарски прегледи; предавање на тему промоције здравља; измена радника који раде ноћну смену и евалуација теста радне способности.

Учествовали су: лекари, специјалисти медицине рада, офталмолози, неуролози, медицинске сестре и психолози. Такође активностима су се придружили и представници послодавца.

Кључне речи: промоција здравља, радно активна популација, акт о процени ризика, специјалиста медицине рада, медицинска сестра.

Abstractum

The health promotion among the working population has a crucial influence on workers welfare and investments in health promotion have the long terms benefits. As the outcomes of health promotion sick leaves, injuries and work related diseases are decreased and on the other side productivity is increased.

The article is conceived as a kind of guide line for the health promotion among the working population based on the outfield activities performed by the Serbian Institute of Occupational and Radiological Health among the workers employed with the power plants in south eastern parts of Serbia.

There were two basic purposes. The first health promotion for all the employees. Second purpose health promotion for the workers who are exposed to the certain kind of risk on the work place. The following activities were performed: periodical medical checkup, health promotion lectures, exchanging workers who have night shift and evaluation tests of working skills. Physicians, occupational health specialists, ophthalmologists, ENG, neurologists, nurses and psychologists took part. Also the employer representatives participated in the actions.

Key words: health promotion, working population, work place health risk, periodical medical checkup.

Увод

Промоција здравља и здравствено-васпитни рад имају посебан значај за унапређивање здравственог стања радноактивног становништва. Око 45% светске популације узраста од 19 до 65 година припада радноактивном становништву. Здрава радна снага је од виталне важности за одрживи развој и економско напредовање једне земље. Зато је неопходно спроводити промоцију здравља на радном месту као значајан сегмент промоције здравља. Радноактивно становништво представља ону популациону групу која ствара највећи део бруто националног дохотка, па улагање у промоцију здравља представља инвестицију која дугорочно доноси највећу социо-економску корист друштву и земљи у целини, смањењем директних и индиректних трошкова лечења и рехабилитације.

Посматрану заједницу чине запослени у хидроелектранама које се налазе на четири локације у југоисточном делу Србије. Општа одлика овог региона јесте велика незапосленост. Осим електропривреде и још неколико државних, општих установа, попут школе, здравственог центра и полиције, готово да нема већих предузећа. Сви велики привредни гиганти: бродоградилиште, пољопривредни комбинати и дрвнопрерађивачке фабрике пропали су, а радници се налазе на бироу за запошљавање. Постоји тек неколицина мањих приватних фирми.

Запослени у електропривреди готово цео радни век проводе у једној фирми и на једном радном месту, што донекле објашњава

староснu структуру радно активног становништва и проблеме на које наилазимо у спровођењу програма за очување и побољшање здравља радника.

Општи циљеви

Очување здравственог стања и његово побољшање у обиму потпуног радног потенцијала који омогућава несметано и правилно обављање радних обавеза и задатака јесте општи циљ. Здрав радник је задовољан радник и само такав може да допринесе добром пословању фирме у којој ради.

Општим циљем обухваћени су сви запослени у хидроелектрани. По договору, здравствени прегледи свих запослених обављају се једном у две године, мада не постоји јасна законска обавеза прегледа радника који не раде на местима са повећаним ризиком. Такође, програм прегледа тих радника није дефинисан: најчешће се састоји од елемената који су обухваћени програмом прегледа за раднике који раде на местима са повећаним ризиком.

Специфични циљеви

Специфични циљеви односе се на здравствено стање радника који раде на местима са повећаним ризиком и подразумевају све активности које су неопходне да би се њихово здравље очувало у степену неопходном за нормалан рад. Радници који раде на местима са повећаним ризиком морају једном годишње да обаве лекарски преглед по програму који саставља специјалиста медицине рада, узимајући у обзир податке о штетности и опасности који су наведени у Акту о процени ризика.

Актом о процени ризика проглашена су радна места са повећаним ризиком. То су места на којима се ниједном превентивном мером ризик не може смањити и довести на ниво који је прихватљив и који не ремети нормалан радни процес. Разлози због којих се то не може учинити различити су и могу да се поделе на неколико група:

1. Разлози техничке природе, техничке специфичности производног процеса, рад са хемикалијама, рад у буци, рад под повишеним или сниженим барометарским притиском.
2. Разлози везани за специфичне захтеве радног места: рад на висини, у дубини, сменски рад здравственог особља, полицајаца, ватрогасаца и других када производни процес захтева непрекидно 24-часовну активност.
3. Разлози везани за опасности на радном месту, као што су: опасност од косих, мокрих, клизавих и неравних површина, од директног или индиректног додира са изворима електричне енергије, опасности од биолошких чинилаца којима су изложени здравствени радници.

Специфичан циљ представљају и правилан избор, правилна оријентација и селекција радника који ће радити на описаним радним местима, а према листи неопходних здравствених услова које морају да испуњавају кандидати који желе да раде или су већ запослени на местима са повећаним ризиком. Подједнако треба обратити пажњу и на већ запослене раднике, јер повећани ризик подразумева и већу, бржу могућност нарушавања здравља.

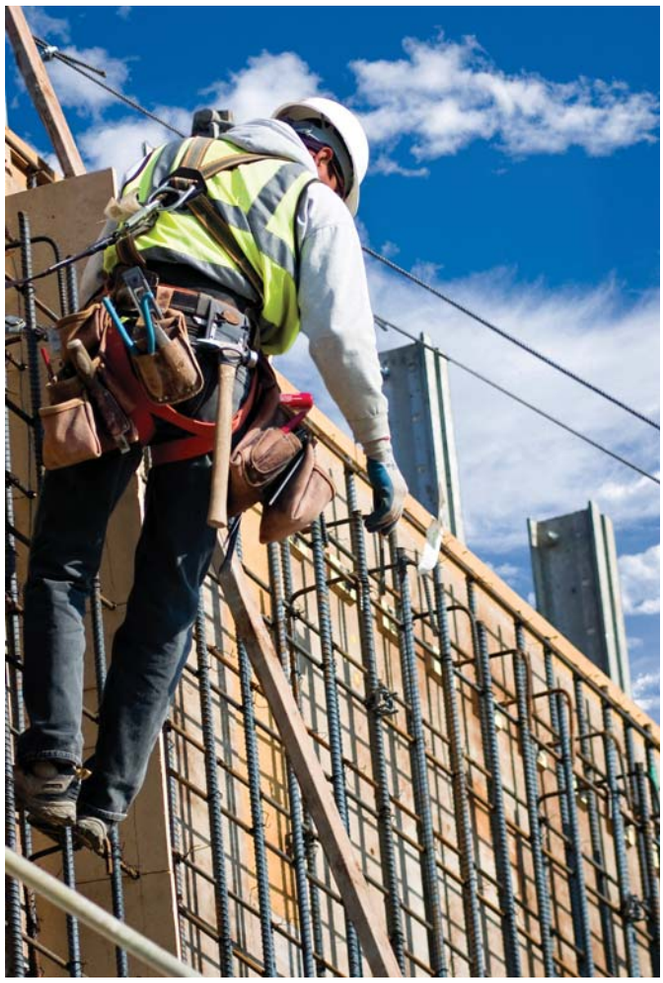
Циљна група

На радним местима са повећаним ризиком запослено је укупно 398 радника. Највећи део чине мушкарци – 396 (99,5%), а само 2 (0,5%) жене раде на местима са повећаним ризиком.

Просечна старост запослених износи 52,62 ± 6,14 година. Просечна дужина радног стажа: укупни радни стаж једнак је и просечној дужини стажа, експозициони радни стаж на једном радном месту и износи 29,43 ± 7,11 година. Разлози те појаве већ су описани у уводном делу рада.

Активности

1. Претходни лекарски преглед: обавезан је за све кандидате који желе да раде на месту са повећаним ризиком. Очувано функционисање одређеног органског система или више њих предуслов је за запослење. У прошлости често запостављен претходни лекарски преглед представља главни филтер приликом запослења. Битно је да у програм прегледа буду укључени сви неопходни елементи прегледа како не би дошло до пропуста.
2. Периодични лекарски преглед, као и претходни, своје упориште и елементе има у Акту о процени ризика. Понекад, у односу на штетности и опасности на радном месту елементи периодичног прегледа могу бити благо редуковани у односу на програм претходног прегледа. Обавеза је послодавца да једном годишње све запослене који раде на местима са повећаним ризиком пошаље на периодични лекарски преглед.
3. Ротација запослених представља заштиту радника који раде на местима са повећаним ризиком, на радна места где не постоји повећани ризик. Идеалан пример за такву ротацију јесте смена радника који раде ноћу, у трећој смени. Након максимално 10 година непрекидног рада ноћу, неопходно је заменити ноћно сменско особље новим радницима који су претходно прошли лекарски преглед. Под условом да је то могуће, једно је од одличних практичних решења. Нажалост, ретко је остваривo због недостатка потребног кадра, те због социјалне природе, привикавања на ноћни рад и на бенефите које он носи.
4. Премештање радника који због здравствених разлога више нису у стању да раде на местима са повећаним ризиком на нова радна места, у складу с њиховом радном способношћу и степеном образовања и потребама послодавца које се огледају у непопуњеним радним местима.
5. Здравствено-васпитни рад с радницима у виду предавања, скупова на којима би били упознати са опасностима и штетностима на радним местима. На предавањима би им



било објашњено како одређене опасности могу да утичу на њихово здравље, како да се негативни ефекти спрече, како да правилно користе лична заштитна средства. Требало би нагласити значај коришћења пауза током рада – како да се оне што ефикасније искористе изван радних простора. Било би указано на потребу правилне исхране и одржавања исправних животних навика и избегавања лоших навика. Потенцирала би се борба против пушења. Програм тих предавања потребно је прилагодити социјално-економском статусу радника и средине где живе како не би изгледала превише идеална, тиме и нестварна, тешко доступна већини радника.

6. Провера стручне оспособљености за здрав и безбедан рад путем тестова и практичне наставе у фирмама током радног времена.

Носиоци активности

За претходне и периодичне лекарске прегледе носиоци активности су:

1. Лекар специјалиста медицине рада прави програм прегледа на основу елемената добијених из Акта о процени ризика и на основу обиласка радних места и непосредног разговора са радницима. Скупља резултате осталих специјалистичких прегледа, лабораторијских анализа и евентуално прегледа психолога и доноси завршно мишљење о радној способности. Сноси сву одговорност за дату оцену. У сарадњи са службом за безбедност и здравље на раду може да учествује у распоређивању радника за које се процени да нису у стању да раде на местима са повећаним ризиком.
2. Лекар специјалиста различитих области, најчешће офталмолог, ОРЛ и неуролог. У сарадњи са специјалистом медицине рада, учествује у оцењивању радне способности, обраћајући пажњу на специфичне захтеве радног места а налазе се у оквиру њихове делатности.
3. Медицинска сестра, техничар: прва успоставља контакт са радником, упућује га на прописани преглед. Води рачуна о томе да радник обави све прегледе, прикупља резултате прегледа и помаже лекару специјалисти приликом прегледа.
4. Психолог, индустријски психолог, незаобилазан је приликом прегледа радника који раде на местима са повећаним психолошким оптерећењем, код радника који морају самостално да доносе одлуке и да за њих сносе одређене последице, позитивне или негативне. Посебна је улога психолога приликом прегледа радника који обављају послове физичко-техничког обезбеђења са ношењем наоружања.

У осталом делу носиоци активности могу да буду:

1. непосредни руководиоци, шефови одељења, служби или сектора који могу да дају одређене податке о раднику, о његовој ефикасности, поштовању радне дисциплине и евентуалним неправилностима које су уочили а које могу да ремете радни процес,
2. социјални радник,
3. лице за безбедност и здравље на раду,
4. локалне друштвене структуре.

Планирање активности и динамика спровођења

План прегледа прави се најмање месец дана пре почетка прегледа и обухвата:

- обавештавање запослених о термину прегледа,
- праћење динамике доласка радника на преглед,
- израду упута и њихову поделу,
- праћење евиденционих листова, табела о одзиву, спречености за долазак на преглед, разлозима спречености, оправданим и неоправданим.

Прегледи се обављају једном годишње. Дневна динамика зависи од капацитета здравствене установе у којој се обављају прегледи и условљена је капацитетом лабораторије, бројем лекара и медицинских сестара и могућношћу одсуствовања радника са радног места а да при том производња не трпи. Уобичајен број радника који дођу на преглед током једног дана је 50.

Очекивани исход

Идеалан очекивани исход био би да сви радници буду способни за рад на свом месту. То се не дешава. С временом, уз спровођење свих превентивних активности, предавања и обука, очекивања расту и ако резултати буду у складу са очекиваним исходом, то указује на правилан приступ у спровођењу активности на очувању и побољшању здравственог стања радника.

Критеријуми којима се прати реализација

Реализација предложених мера може се пратити путем следећих критеријума:

1. број запослених, процентуално изражен, који се одазвао на преглед,
2. број радно способних,
3. број радно неспособних, којима је нађено ново радно место примерено радној способности,
4. број радно неспособних који су упућени на преквалификацију и дообуку и на Комисију Националне службе за запошљавање због решавања статуса особе са отежаним факторима запошљавања,
5. број радно неспособних упућених органу вештачења ПИО.

Литература:

1. Борјановић, С., *Програм промоције здравља у радноактивној популацији* у: „Свет рада“, Vol. 10, број 4/2013: 392–401
2. Krstev, S., *Workplace Health Promotion* in: „Kirch W (ed.)“ Encyclopedia of Public Health. New York. Springer Science Business Media, LLC.; 2008. P. 1470–1472
3. *Закон о здравственој заштити Републике Србије*, Службени гласник РС 107/05: 88/10; 99/10, 57/11.

Милијана Матијевић, Институт за неурологију КЦС

СТРЕС НА РАДНОМ МЕСТУ КОД ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Милијана Матијевић рођена је 1951. године у Житном Потоку. Средњу медицинску школу завршила је у Земуну, а Вишу медицинску школу и Факултет организационих наука у Београду. За главну сестру Амбулантно-поликлиничког одељења Института за неурологију изабрана је 1984. године, а од 1994. године је главна сестра Института за неурологију КЦС.

Током дуго година у служби медицине ради на личном усавршавању, а знатан допринос дала је унапређењу струке и промоцији своје установе и сестара.

Посебна интересовања су јој документовање сестринског рада, истраживање у сестринству, критичко мишљење, људски ресурси у сестринству, усклађивање образовања сестара са ЕУ стандардима и унапређивање квалитета здравствене неге неуролошких болесника, истраживање у сестринској нези и палијативно збрињавање.

Дугогодишњи је сарадник на Високој струковној школи у Земуну. Један је од аутора књиге „Здравствена нега у неурологији“, 2002. године, која је прихваћена као уџбеник за студенте Више медицинске школе.

Била је главни и одговорни уредник часописа „Сестринско огледало“. Председник Секције медицинских сестара – техничара у неурологији Србије била је од њеног оснивања 1991. до 1996 године.

Школске 1993/1994. и 1994/1995. ангажована је на Вишој медицинској школи као наставник практичне наставе.

Један је од приређивача првог издања књиге „Основни принципи сестринске неге“, Вирџиније Хендерсон, најзначајније књиге написане о сестринству у 20. веку.

Од априла 2006. године била је ангажована у Министарству здравља са пуним радним временом у трајању од годину дана.

Организовала је велики број стручних скупова и едукативних семинара у Србији и у њима учествовала .

Била је учесник у приређивању многих докумената и препорука СЗО, ИЦН и Европског форума сестара и бабица.

Национални координатор за сарадњу са СЗО у области сестринства је од 2008. године и дугогодишњи сарадник на Високој струковној медицинској школи у Земуну.

Аутор је многобројних радова представљених у нашој земљи и свету.Члан своје струковне организације

Сажетак

Савремено турбулентно окружење, држава у транзицији, светска криза и поље деловања у процесу усклађивања са ЕУ стандардима од здравствених радника траже нове приступе. Прилагођавање новим захтевима у области која је годинама, према многим истраживањима, високо на листи најстреснијих занимања због саме природе посла, тражи од нас нове моделе понашања. Међутим, континуирана изложеност стресу на радном месту ипак превазилази способности људи да се изборе са последицама.

Дискусија

Истраживање о безбедности и здрављу на раду реализовано је током 2013. године у више здравствених установа у Србији путем анкетног упитника затвореног типа. Неугодну ситуацију на послу доживљава понекад – 36%, често – 17%, а врло често - 15% од укуп-

Milijana Matijevic, Institute of Neurology CCS

OCCUPATIONAL STRESS IN HEALTH CARE WORKERS IN SERBIA

Milijana Matijevic was born in 1951 in the Zitni Potok. Graduated medical school, the Medical College of Professional Studies in Zemun and the Faculty of Organizational Sciences in Belgrade. Institute of Neurology elected her in 1984. as a Head Nurse in the Department of the Outpatient Policlinic. In 1994. she became the Head nurse of the Institute of Neurology.

During many years of working and the personal development, she made a significant contribution in the improvement of the profession, as well as promoting Insitute of Neurology and nurses.

Her special interests are nursing documentation, promoting the nursing studies, critical thinking, human resources in nursing, nursing education harmonization with EU standards and improve the quality of care, nursing care of neurological patients, research in nursing care and palliative care.

From 1993. to 1995. she worked as a lecturer in the Higher Vocational School in Zemun, was one of the authors of the book "Health Care in Neurology" in 2002. which was accepted as a textbook for students of Medical College and one of the editors of the book "The basic principles of nursing," by Virginia Henderson, the most important book written about nursing in the twentieth century.

She was editor in chief of the journal "Nursing Mirror", President of the Section of nurses and technicians in neurology Serbia from 1991. to 1996.

In April 2006th she had full-time job in the Ministry of Health where she participated in the preparation of many documents and recommendations of the WHO, ICN and the European Forum of nurses and midwives.

During 2008. she became a National Coordinator for Cooperation with the WHO in the field of nursing.

She has organized and participated in a number of professional conferences and seminars in Serbia and she is the author of numerous papers presented in our country and the world.

She is an active member of our nursing association.

Abstractum

Contemporary turbulent environment, state transition, the global crisis and the scope of work in the process of harmonization with EU standards of healthcare workers looking for new approaches. Adapting to new requirements in the health field which is for many years, according to many studies, high on the list of most stressful jobs due to the nature of work, asks us new models of behavior. However, continuous exposure to stress in the workplace, goes beyond the ability of humans to cope with the consequences.

Discussion

Research on the safety and health at work was carried out during 2013., trough the closed questionnaire in many health care institutions in Serbia. Uncomfortable situation at work sometimes perceived - 36%, often - 17%, and very often - 15% of total respondents.

ног броја испитаника. Негативан утицај на физичко и психичко здравље осећа скоро 72% запослених, што је најизраженије код сестара са средњом стручном спремом – 74,3% и код лекара на специјализацији – 71,1%. Чак 93 % испитаника сматра да има много тога да уради за нереално кратко време. Своје мишљење и осећања у вези са послом надређенима исказује 60% здравствених радника. Велики проценат испитаних – 60% каже да притисак који осећа на послу преноси и на породицу, односно да стрес на послу знатно утиче на њихов приватни живот.

Закључак

Ово истраживање потврђује наша сазнања да смо изложени високом стресу и свим негативним последицама које он носи са собом. Како бисмо избегли дугорочне негативне ефекте стреса на појединца, здравственог радника, корисника наших услуга, али и друштва у целини, неопходно је систематски радити на отклањању узрока који доводе до стресних ситуација на радном месту, а у области превенције је путем различитих видова едукације потребно овладати вештинама превладавања стреса и оснажити одбрамбене механизме личности.

Кључне речи: стрес, здравствени радници, посао

Увод

У свакодневној комуникацији стрес је постао неизоставни узрок многих проблема, посебно у пословном окружењу. Изложени смо читавом низу стресогених ситуација које често остављају озбиљне последице на здравље човека. Најновије процене кажу да је 75% болести узроковано стресом.

Светска здравствена организација прогласила је стрес на радном месту за светску епидемију.

Многа истраживања која су рађена у свету, а и код нас, указују на то да су здравствени радници изложени хроничном стресу и синдрому изгарања.

Историјски посматрано, здравствени радници су по правилима етике обављали свој посао професионално, одговорно и хумано, а пацијенти су изражавали поверење у цео систем здравствене заштите.

Но, савремено турбулентно окружење, држава у транзицији, светска криза и поље деловања у процесу усклађивања са ЕУ стандардима донели су неке нове релације. Здравствени радници су изложени све већим захтевима посла, са професионалним стресорима, уз економске проблеме који их додатно оптерећују, посебно последњих петнаестак година. Све чешће су жртве приватних тужби, насилног понашања пацијената и породице или блиских особа, конфликата унутар самог здравственог тима и/или представника власти и медијских напада. Такво стање узрокује континуирани осећај неугодности и стреса, а од здравствених радника тражи нове приступе.

Прилагођавање новим захтевима у области здравства, која је годинама, према многим истраживањима, високо на листи најстреснијих занимања, због саме природе посла, тражи од нас нове моделе понашања. Међутим, континуирана изложеност стресу на радном месту ипак превазилази способности људи да се изборе са последицама.

Метод рада

На иницијативу Удружења медицинских сестара КЦС „Сестринство“, у сарадњи са Институтом за медицину рада и радиолошку заштиту Србије „Др Драгомир Карајовић“, планирано је и остварено истраживање о безбедности и здрављу на раду током 2013. године у више здравствених установа у Србији, путем анкетног упитника затвореног типа. Анкетни упитник упућен је на адресе свих здравствених установа Србије са жељом да се сагледа стање у области безбедности и здравља на раду у целој држави, али, нажалост, знатан број наших установа, односно руководилаца тих установа, није препознао важност тог истраживања. Ипак, за почетак, добили смо репрезентативан број попуњених упитника. Планирано је да се истраживање настави док се не добију подаци за све запослене у систему здравства Србије.

Negative impact on physical and mental health feels almost 72% of employees, which is most pronounced in nurses with secondary education - 74.3% and a doctor in residency - 71.1%. 93% of respondents think that has a lot to do with unrealistically short time. Their opinions and feelings 60% of health care workers exposed to superiors. A large percentage of respondents - 60% said that pressure is transferred to their family, and that job stress significantly affects their personal life.

Conclusion

This study confirms our understanding that we are exposed to high stress and all the negative consequences that it brings. To avoid long-term negative effects of stress on an individual, healthcare workers, our customers, and society, we have to systematically work to eliminate the causes that lead to stressful situations in the workplace, and prevention through various forms of education such as coping skills for strengthen our personal defenses.

Keywords: stress, health workers, job

У првој фази истраживањем су обухваћени Клинички центар Србије, клинички центри Ниша и Крагујевца, Институт за медицину рада Србије, опште болнице Суботице, Сомбора и Ваљева, домови здравља Новог Сада, Српске Црње, а у Београду домови здравља Палилуле и Старог града, ре Градски завод за хитну медицинску помоћ. Укупно је прикупљено 3.847 одговора из 12 здравствених установа. Из даље анализе искључено 47 попуњених упитника, јер су испитаници одговорили на мање од 40% постављених питања.

Упитник се састојао од 43 питања са понуђеним одговорима, од којих се пет односило на стрес, што је и предмет овог рада.

Резултати и дискусија

У истраживању је обрађено 3.800 упитника. Испитивану групу чинило је 85,7% испитаника женског пола и 14,3% мушког пола. Највећи број испитаника припада категорији медицинских сестара – техничара са средњом школом 52,9% и са вишом/високом школом 18.9% , што чини скоро 72% испитаних. У испитиваној групи било је 15.2% лекара, од тог узорка 9,8% лекара специјалиста и 5.2% лекара опште медицине. Категорију осталих профила чинило је 6,3% у испитиваном узорку.

Ситуацију на послу доживљава као нелагодну понекад – 36% испитаника, често – 17%, а врло често – 15% од укупног броја испитаника, што чини 68,3% запослених. У укупном узорку више од 1/3 запослених ситуацију на послу доживљава као нелагодну понекад, а скоро 33% често и врло често. Само 13% даје одговор да никада ситуацију на послу не доживљава као нелагодну. Нелагодност коју осећа скоро 70% запослених указује на то да имамо озбиљне проблеме у систему здравствене заштите.

Најизраженију нелагодност осећају запослени у хитној помоћи – често 19,3% и врло често 25,4% – скоро половина запослених, следе запослени у хоспиталним условима – често 15% и врло често 19% – нешто више од 1/3 запослених, најмању нелагодност доживљавају запослени у примарној здравственој заштити.

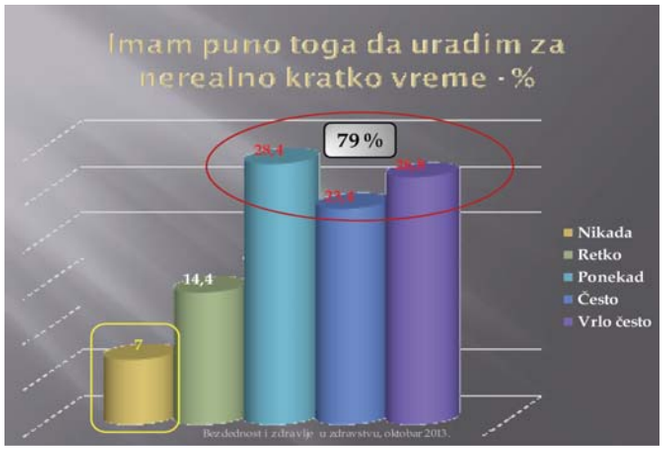
Када нелагодност посматрамо у односу на профиле запослених, ситуација је следећа: сестре са вишом/високом школом доживљавају нелагодност врло често – 18%, са процентом често то чини 32% анкетираних, следе сестре са средњим нивоом образовања – често и врло често – 34 %. Високу нелагодност доживљавају и лекари специјалисти – често и врло често – 32%.

Не постоје разлике у исказивању нелагодности у односу на породичну ситуацију, односно брачни статус.

Негативан утицај посла на физичко и психичко здравље осећа скоро 72% запослених, што је најизраженије код сестара са средњом стручном спремом – 74,3% и код лекара на специјализацији – 71,1%. Ови проценти су изузетно високи и захтевају озбиљну системску активност на превенцији потенцијалних последица на здравље запослених.

Да посао има негативан утицај на физичко и психичко здравље са често и врло често одговорило је 36% испитаника, док је одговор никада заокружило само 13% анкетираних. Више од 1/3 испитаника понекад доживљава негативан утицај посла на здравље.

Када негативан утицај посла на здравље посматрамо у односу на установу у којој су запослени испитаници највиши проценат, 43%, исказали су запослени у хитној помоћи, затим следе запослени у хоспиталним установама – 37% и на крају запослени на нивоу домова здравља –24%.



Скоро сви запослени исказали су да се пред њих постављају високи захтеви за нереално кратко време. Чак 93 % испитаника сматра да има много тога да уради за нереално кратко време.

Истиче се одговор запослених у хитној помоћи да 50% понекад има много да уради за нереално кратко време, што је у складу са природом посла. Запослени у хоспиталним установама често и врло често имају много даураде за нереално кратко време, чак 52%, а са никада одговорило је само 6% испитаника. Најчешћи одговор у установама примарне здравствене заштите је – понекад, у 31,2% случајева.

У односу на дужину радног стажа, одговори су уједначени, осим код запослених до две године, што приписујемо ентузијазму младих. Сви запослени са више од 6 година стажа често и врло често треба даураде много за нереално кратко време – више од 50% анкетираних. Може се очекивати да са искуством добијамо на спретности и да смо у стању да одговоримо захтевима на лакши и бржи начин, али тумачење тог аспекта захтева детаљније испитивање.

Оптерећеност пословима је најизраженија код категорије сестара: са често и врло често чак 55%, а одговор никада заокружен је код само 5,8% сестара са средњим образовањем и 3,7% са вишим/високим образовањем.

Будући да су сестре једини профил који је 24 часа у току целе године поред хоспитализованог болесника, а према подацима СЗО сестре пружају 70% услуга у систему здравствене заштите, податак о оптерећености пословима је у складу са природом и обимом задужења медицинских сестара.

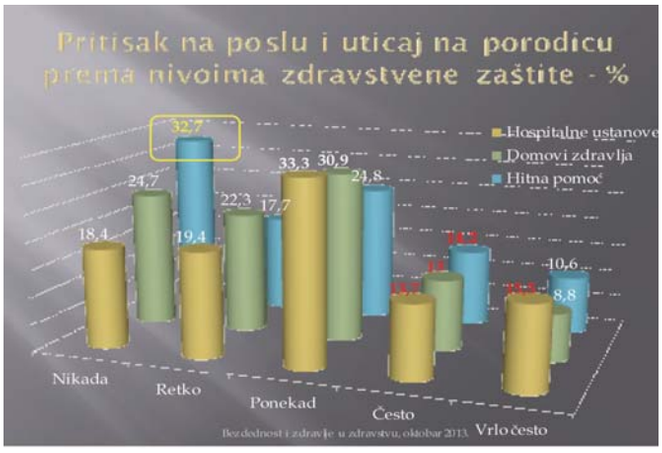
Своје мишљење и осећања у вези с послом надређенима исказује 60% здравствених радника, само 9,7% често, а 40% никада или

ретко то чини. Више од 1/3 запослених то чини само понекад. С годинама старости заинтересованост да се надређенима изрази мишљење и осећање у вези с послом опада. Изражавање мишљења у корелацији је са нивоом образовања. Наиме, образованији профили то чине врло често и често – лекар специјалиста то чини у 29%, а помоћни радник у 46% случајева никада или ретко то чини.

Велики проценат испитаних – 60% каже да се притисак који осећа на послу преноси и на породицу, односно да стрес на послу знатно утиче на њихов приватни живот. Код 40% запослених тај осећај се јавља ретко или никада, а 1/3 га осећа често и врло често.

Запослени са вишим степеном образовања осећају већи притисак, што је у складу са нивоом одговорности на послу.

Млади, до две године стажа, осећају најмањи притисак, следе они старији од 55 година, што указује на то да су вероватно изградили одбрамбене механизме, а уједначено реагује средња генерација.



Притисак на послу и утицај на породицу разликује се у неким аспектима у односу на установе где су анкетирани запослени.

Уједначени су одговори да се притисак са посла преноси на породицу често – од 13% до 14,2%, истиче се одговор запослених у хоспиталним установама врло често – 15,5% и одговор запослених у хитној помоћи никада – 32,7%.

Када је у питању брачни статус и његов утицај на доживљај стреса на послу, код свих питања, нема знатних разлика, само га незнатно више доживљавају они који су у браку.

Закључак

Ово истраживање потврђује наша сазнања да смо изложени високом стресу и свим негативним последицама које он носи. Како бисмо избегли дугорочне негативне ефекте стреса на појединца, здравственог радника, корисника наших услуга, али и друштва у целини, неопходно је систематски радити на отклањању узрока који доводе до стресних ситуација на радном месту, а у области превенције различитим видовима едукације потребно је овладати вештинама превладавања стреса и оснаживати одбрамбене механизме личности.

Светска здравствена организације сачинила је Европски акциони план за ментално здравље. На националном нивоу донета је Стратегија развоја заштите менталног здравља 2005. године, а у Акционом плану биће садржане мере које би превенирале последице стреса на раду, усклађене са препорукама СЗО.

Не смемо заборавити да поред психичких и физичких симптома, спољних манифестација, болести зависности и психоорганских болести, стрес кошта и појединца и заједницу. Према подацима ЕУ, 50%–60 % изгубљених радних дана узроковано је стресом на послу.

Важно је и организовати разне видове активности на нивоу установе, али и медијску кампању која ће, окренута корисницима услуга, говорити о правима пацијената, али и о њиховим обавезама – поштовању административне процедуре, организације рада здравствених установа и личности здравствених радника. Наравно, и усвајање и/или усклађивање са документима међународних организација и поштовање законске регулативе на пољу безбедности и здравља на раду у здравствених установама.

Мирјана Ел Ага, Клиника за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма КЦС

Mirjana El Aga, Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, CCS

УЛОГА СПЕЦИЈАЛИСТЕ СТРУКОВНЕ МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ У ПРИМЕНИ ТЕРАПИЈСКИХ ПОСТУПАКА ЛДЛ АФЕРЕЗЕ

THE ROLE OF THE SPECIALIST VOCATIONAL NURSES IN THE IMPLEMENTATION OF LDL APHERESIS AS THERAPEUTIC PROCEDURES

Мирјана Ел Ага рођена је 1969. у Београду. Средњу медицинску школу „Нада Димић“ у Земуну завршила 1987. године, а Високу медицинку школу струковних студија „Милутин Миланковић“ у Београду 2010. године. Специјалистичке струковне студије на Медицинском факултету у Београду завршила је 2013. године

Од 1989. запослена на Клиници за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма у Београду, где и сада ради, у кабинету за липидске поремећаје (ЛДЛ афереза).

Аутор је многих стручних радова. Излагала је у земљи и иностранству. Члан је своје струковне организације

Mirjana El Aga was born in 1969 in Belgrade. Middle school for nurses "Nada Dimic" she has finished in 1987. High school for nursery studies "Milutin Milanković" in Belgrade ended in 2010. Specialized professional studies at the Medical Faculty in Belgrade in 2013.

Since 1989. she has been employed at the Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases in Belgrade, where she now works in the office of lipid disorders (LDL-afreza).

He is the author of many professional papers. She has been presentet her paper abroad. Member of the professional organizations.

Сажетак

Увод: Фамилијарна хиперхолестеролемија (ФХ) наследни је поремећај метаболизма липопротеина у коме долази до накупљања ЛДЛ холестерола (х) у крви и последичног повећања ризика од кардиоваскуларних болести (КВБ). ЛДЛ афереза методом ХЕЛП (хепарином индукована екстракорпорална преципитација) и ДАЛИ (директна адсорпција липопротеина) користи се код пацијената са верификованом ФХ који не реагују на конвенционалну терапију постојећим лековима и променом начина живота.

Циљ:Овај рад указује на значајну улогу специјалисте струковне медицинске сестре у спровођењу терапијског поступка ЛДЛ аферезе код пацијената са фамилијарном хиперхолестеролемијом (ФХ).

Секундарни циљ: Анализа ефикасности терапијског поступка ЛДЛ аферезе код пацијената са ФХ који досадашњом применом статина нису постигли циљне вредности ЛДЛ холестерола за који је показано да снажно утиче на развој и прогресију атеросклерозе и кардиоваскуларних обољења.

Материјал и методи: Наше испитивање спроведено је анализом 765 третмана ЛДЛ аферезе (115 третмана методом ХЕЛП, 650 третмана методом ДАЛИ) спроведених у Кабинету за липидске поремећаје Клинике за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма КЦС од јануара 2008. до децембра 2012. године. Наведени третмани спровођени су два пута месечно код девет пацијената. Четири пацијента (три жене и један мушкарац), просечне старости 48.5+/-3.3 година, третирана су ХЕЛП методом; такође, пет пацијената (две жене и три мушкарца), просечне старости 46.7+/-3.9 године, третирано је другом методом ЛДЛ аферезе, ДАЛИ.

Резултати: Анализирајући све податке, нашли смо да је применом **ХЕЛП ЛДЛ аферезе** код наведених пацијената постигнуто знатно смањење ЛДЛ-х за чак 56.9%, укупног холестерола за 48.8%, триглицерида за 40.9% и ХДЛ-х за 19.3 %.

Истовремено када смо анализирали резултате **ЛДЛ аферезе методом ДАЛИ** нашли смо статистички знатну разлику у средњим вредностима укупног холестерола, ЛДЛ-х, ХДЛ-х и триглицерида пре третмана у односу на вредности ових параметара после третмана ЛДЛ аферезе (п<0,001).

Abstractum

Introduction: Familial hypercholesterolemia(FH) is an hereditary lipoprotein metabolic disorder with accumulated LDL cholesterol(ch) in whole blood and increase risik for cardiovascular disease(CVB). LDL-apheresis HELP(Heparin Induced Extracorporal Precipitation) and D.A.L.I. (Direct Adsorption of Lipoproteins) are an effective method of lowering LDL-ch concentration in patients with FH who are either refractory to treatmant or intolerant of medical therapy.

The aim: The aim of the study was to point to importante role of the specialist vocational nurses in the implementation of LDL-apheresis (primary aim) and to evaluate the clinical efficasy and safety of this therapeutic procedure in patients with FH (secondary aim).

The secondary objective: Efficacy Analysis of LDL apheresis therapy procedure in patients with FH the previous application of statins did not achieve target LDL cholesterol which has been shown to strongly affect the development and progression of atherosclerosis and cardiovascular diseases.

Material and Methods: In our study we analyzed 765 LDL apheresis treatment (115 treatment conducted with HELP method and 650 treatment conducted with DALI method) conducted in the Center of lipid disorders Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, during the period of january 2008. until december 2012. The treatments were implemented twice a month in 9 patients. Four patients (3 women and 1 man), mean age 48.5 + / -3.3 years, were treated with HELP method and five patients (2 women and 3 men), mean age 46.7 + / -3.9 years, were treated by another method DALI.

Results: By analizing all HELP treatments we found statistical highly significant decrease of LDL-ch for 56.9%, total cholesterol for 48.8%, triglycerides for 4o,9%, and analysis of DALI treatments has shown statistical highly significant decrease of LDL-ch for 61.2%, total cholesterol for 48.8%, triglycerides for 33,7%. In 8 HELP LDL-apheresis treatments we noted problem with vene access, and in 6 treatments we noted transient hypotensive crisis. In 16 DALI LDL-apheresis treatments we noted problem with vene access, and in 27 treatments we noted transient hypotensive crisis.

У току осам третмана ХЕЛП ЛДЛ аферезе запажен је проблем са венским приступом, а у шест третмана запажена је пролазна хипотензивна реакција. У току 16 третмана ДАЛИ ЛДЛ аферезе запажен је проблем са венским приступом, а у 27 третмана запажена је пролазна хипотензивна реакција. Те нежељене реакције запазили смо у току првог сата третмана, док у наставку и после третмана пацијенти нису наводили никакве субјективне нити објективне тегобе.

Закључак: Резултати су показали да је ЛДЛ афереза ефикасан и јединствен метод којим се могу остварити неопходни терапијски циљеви у редукцији ризика за настанак КВБ код пацијената са фамилијарном хиперхолестеролемијом.

За обављање третмана ЛДЛ аферезе неопходна је едукација медицинског особља, и простор прилагођен самој процедури. Од посебног значаја је обука медицинских сестара које су у тиму центра за ЛДЛ аферезу. Њихова улога у самој припреми процедуре, припреми пацијента представља иницијални корак ка успешном третману.

Кључне речи: ЛДЛ афереза, фамилијарна хиперхолестеролемија, ХЕЛП, ДАЛИ, ефикасност .

Увод

Поремећаји метаболизма липида који доводе до повећања неке од фракција липида и липопротеина означени су као хиперлипопротеинемије (ХЛП). Они могу бити различитог типа и имати различите последице (убрзана и превремена атерогенеза, удруженост са типом 2 дијабетеса или са гојазношћу или са панкреатитисом). Терапијски приступ је сложен и захтева промене животног стила, пре свега у исхрани, али и примену одређених група медикамената. Медикаментна терапија започиње се када дијета не покаже задовољавајуће ефекте током 2–3 месеца дијететског лечења. Обично се почиње као монотерапија и са најмањим дозама, али је терапија подложна промени и повећава се све док се не постигну циљне вредности липида. На избор медикамената утичу тип поремећаја липида и ефекти постигнутог лечења, па је код неких пацијената неопходна и комбинација више лекова. У актуелном терапијском приступу липидским поремећајима, пре свега ФХ, статини су неизоставни, нарочито имајући у виду да су своју ефикасност показали у примарној и секундарној превенцији болести проистеклих из атеросклерозе.[1]

Фамилијарна хиперхолестеролемија (ФХ) наследни је поремећај метаболизма липопротеина условљен мутацијом гена на нивоу рецептора за ЛДЛ,[2] што доводи до нагомилавања ЛДЛ-х у крви и последичног повећања ризика од настанка кардиоваскуларних болести. Наслеђује се аутозомно-доминантно и може се појавити у хомозиготној (1:1 000.000) и хетерозиготној (1:500) форми.[3] Клиничка дијагноза се поставља на основу лабораторијских налаза повишеног укупног холестерола и ЛДЛ-х. Од других лабораторијских параметара могу се наћи повишене вредности липопротеина (Лп) (а), фибриногена и проинфламаторних маркера Ц-реактивног протеина (ЦРП,) што знатно повећава ризик од кардиоваскуларних болести.

Пацијенти са ФХ који не могу да толеришу или у потпуности не реагују на конвенционалну терапију (максималним дозама лекова) кандидати су за поступке ЛДЛ аферезе.

Као терапијски поступак ЛДЛ афереза у употреби је од почетка деведесетих година прошлог века, данас се спроводи у малом броју центара широм света, а у Србији од 2005. године у Центру за липидске поремећаје Клинике за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма Клиничког центра Србије. Досадашња истраживања показују да дуготрајна примена статина снижава ниво холестерола за 50%, континуирана примена ЛДЛ аферезе снижава ЛДЛ-х за 65%, док комбинација статина и ЛДЛ аферезе постиже снижење ЛДЛ-х за око 70-80%.[4] Поред нивоа холестерола, тим терапијским методом могу се модулирати и други метаболички параметри, као што су фибриноген и посебно Лп(а), који до сада није било могуће смањити било којом од познатих медикаментних приступа.

Индикације за примену ЛДЛ аферезе су[5]

– *хомозиготна ФХ,*
– *хетерозиготна ФХ, која се не може кориговати високим дозама статина,*
– *фамилијарна дисбеталипопротеинемија,*
– *изолована Лп(а) хиперлипопротеинемија,*
– *постојање повишеног ЛДЛ-х у особа са КВБ,*
– *акутни губитак слуха,*
– *тромбоза a. centralis retinae.*

Апсолутна контраиндикација је терапија АЦЕ инхибиторима (АЦИ), значајна релативна контраиндикација је тромбоцитопенија<40.000/мм^3, ЛДЛ афереза је релативно контраиндикована код болесника са тешком срчаном декомпензацијом или анемијом.

Conclusion: The results have shown that both methods of LDL-apheresis (HELP and DALI) are safe, effective and unique method by wich we can achive necessary therapeutic targets in reduction of risc in genesis of cardiovascular events in patients suffered from FH.

Essential for successful implementation of LDL apheresis treatments are training of medical staff, as well as adequate space adapted to the procedure itself. Of particular importance is the training of nurses in the team of the Center for LDL apheresis. Their role in the preparation of the procedure itself, the preparation of the patient is the initial step to successful treatment.

Key words: LDL-apheresis, familial hypercholesterolemia, HELP, DALI, effisacy and safety

Улога медицинске сестре као члана медицинског тима у спровођењу терапије ЛДЛ аферезом

Интервенције пре, током и након третмана ЛДЛ аферезе

За успешну примену ове процедуре неопходан је добро обучен тим здравствених радника, а сама процедура спроводи се у амбулантним условима дневне болнице. Припрема пацијента, али и припрема апаратуре представља читав низ сестринских интервенција које су због дужине процедуре и чињенице да је у питању екстракорпорални крвоток, од изузетног значаја. Да би третмани били успешни, особље Одељења за липидске поремећаје је пре почетка примене те процедуре код нас прошло неопходну обуку.

Такође, да би третман био сигуран за пацијента, неопходна је и добра сарадња комплетног медицинског особља које учествује у спровођењу саме процедуре. Медицински тим чине:[8]

- *надлежни лекар ендокринолог сертификован за процедуре ЛДЛ аферезе,*
- *медицинске сестре са минималним трогодишњим клиничким искуством и обуком за процедуре ЛДЛ аферезе.*

Интервенције пре третмана ЛДЛ аферезе

Припрема апаратуре за третман ЛДЛ аферезе

Третман ЛДЛ аферезе започиње припремом апаратуре и постављањем сета за липофорезу. За сваки третман користе се посебни сетови за једнократну употребу јединствени за овај апарат. Тај иницијални поступак састоји се од укључивања апаратуре, а потом се током 30 минута спроводи и интензивно надгледање иницијалног испирања система. Тај поступак изводимо 60 минута пре доласка пацијента на заказани третман. Након тога, ако је апаратура преконтролисана и спремна за третман, следећи корак у тој фази припреме третмана јесте обрада пацијента.[8]

Припрема пацијента за третман ЛДЛ аферезе

Овај корак подразумева да се пре сваког третмана пацијенту отвара историја болести и листа пацијента, као званични документ у коме се води евиденција о третману и свим променама у његовом току, те одлажу резултати добијени пре и после сваког третмана.[8]

Припрема пацијента за третман обухвата:
- Едукацију пацијента

Овај поступак подразумева да медицинска сестра објасни пацијенту начин на који се изводи процедура, дужину њеног трајања и компликације које могу да се јаве. Такође, медицинску сестру

обавезује да пацијенту објасни симптоме хипокалцемије (парастезије, ослабљена мишићна активност, умор, тикови фацијалне мускулатуре), симптоме хемолизе (слабост, мучнина, јак абдоминални бол, тахипнеја, хладни зној) симптоме хипотензије (осећај слабости, мучнина, вртоглавица, појава хладног зноја, испади у видном пољу и, коначно, губитак свести) и тиме превенира њихову прогресију и могуће нежељене исходе.[9]

Најчешће нежељене реакције током третмана ЛДЛ аферезе (период праћења од 3 године)

СИМПТОМИ	УЧЕСТАЛОСТ (број третмана)
краткотрајна вазовагална реакција	2
проблеми са венским приступом	3
хематом на месту венепункције	1
фацијалне парастезије	6
општи симптоми (мучнина, повраћање, главобоља, дрхтавица...)	11
хипотензија	2
хемолиза	0
ваздушна емболија	0
хиповолемија	1
алергијска реакција	0
тешкоће у третману изазване ригидним положајем пацијента током третмана	3

*адаптирано према: Milan Bláha et al, Safety and Tolerability of Long Lasting LDL-apheresis in Familial Hyperlipoproteinemia *Therapeutic Apheresis and Dialysis* 11(1):9–15 doi:10.1111/j.1744-9987.2007.00450.x © 2007 International Society for Apheresis

- Узимање података

Пре третмана неопходно је да медицинска сестра узме податке од пацијента о могућим алергијама на лекове и ако постоје, навести о којима је реч, уписати у листу ЛДЛ аферезе пацијента и обавестити надлежног лекара.

-Примена специфичне терапије пре третмана ЛДЛ аферезе

Пре сваког третмана, пацијенту се даје 500 мг калцијума у облику шумећих таблета, *per os*, и на тај начин се превенира могућност настанка хипокалцемије и могућих непријатних симптома хипокалцемије.[9]

-Венепункција

Отварање венских путева врши се пунктирањем обе кубиталне вене дијализним иглама 17ГА (гејџа). За тај корак припреме третмана неопходно је да медицинска сестра, поред анатомског знања о циркулаторном систему те регије и стручног искуства, поседује и изузетну вештину да брзо и ефикасно што безболније обави пункције. Препорука је да се пунктирају увек иста места на венском систему, чиме се врши постепена дилатација вена и тиме олакшава свака њихова наредна пункција.[8]

Након припреме апаратуре и пацијента, започиње се са третманом ЛДЛ аферезе.

Интервенције током третмана ЛДЛ аферезе

Третман започиње тако што се *у првој фази (препарације)* пацијент преко дијализне игле повеже са излазном линијом (почетна линија) апаратуре и негативним притиском омогућава истискивање раствора којим се врши пропирање апаратуре у припреми. Када је тај корак завршен, приступамо повезивању пацијента са улазном линијом (завршном линијом). Након тога започиње *друга фаза* третмана, која подразумева терапијски део, елиминацију пре свега ЛДЛ холестерола и осталих партикула холестерола. У тој фази неопходан је континуирани мониторинг пацијента и апаратуре.[9]

Интервенције након третмана ЛДЛ аферезе

После завршетка третмана, наступа *трећа фаза ЛДЛ аферезе*. Пацијенту се укључује реинфузија 0,9% NaCl у трајању од 30 минута и омогућава да се крв која је заостала у системима и филтерима врати пацијенту. Потом се из постојећег венског приступа узимају узорци крви ради одређивања лабораторијских параметара након третмана и пацијенту се мери артеријска тензија. Затим се врши депласирање дијализних игала привременим мерама хемостазе, применом есмархових повески у трајању од 20 минута. Наведена процедура битна је као превенција од настанка могућих инфекција, тромбофлебитиса, а како се третмани спроводе на сваке две недеље, тај начин привремене хемостазе је и најсигурнији. Ако је та фаза третмана прошла без компликација, последњи корак је употреба компресивног завоја на месту пунктираних вена и саветовање пацијента о мерама продужене хемостазе у наредних 12 часова. То су: релаксација, избегавање физичког напора, туширања топлом водом и избегавање флексије руку. Поред савета о мерама продужене хемостазе, медицинска сестра треба да информише пацијента о нези убодног места 24 сата након третмана, а то подразумева до следећег третмана свакодневно наношење антитромбинских препарата у виду масти, крема и гелова. [8]

ЦИЉ РАДА

Примарни циљ овог рада је да укаже на значајну улогу специјалисте струковне медицинске сестре у спровођењу терапијског поступка ЛДЛ аферезе код пацијената са фамилијарном хиперхоелстеролемијом (ФХ).

Секундарни циљ је анализа ефикасности терапијског поступка ЛДЛ аферезе код пацијената са ФХ који досадашњом применом статина нису постигли циљне вредности ЛДЛ холестерола за који је показано да снажно утиче на развој и прогресију атеросклерозе и кардиоваскуларних обољења.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

LDL-afereza HELP(H.E.L.P., Heparin-induced Extracorporeal Low-density lipoprotein (LDL) Precipitation, Heparinom indukovana ekstrakorporalna precipitacija LDL holesterola) metodom se sprovodi na aparatu Plasma Futura.

Процедура се састоји од следећег: крв из кубиталне вене брзином протока 60–100 мл/мин пролази кроз филтер са полипропиленском мембраном где се одвајају целуларни елементи крви од плазме. Овако одвојеној плазми затим се додаје ацетатни пуфер, чији је pH 4.85 и хепарин, чиме се постиже pH 5.1, што је оптимална вредност за преципитацију ЛДЛ партикула у поликарбонатном филтеру. Исфилтрирана плазма потом пролази кроз хепарински адсорбер ради одстрањивања вишка хепарина, затим се додаје бикарбонатни пуфер и тако подешава pH вредност (враћа на нормалу), а затим плазма пролази ултрафилтрацију ради издвајања вишка течности. Тако пречишћена плазма меша се са целуларним елементима крви и враћа пацијенту. Уобичајено је да се током једне процедуре третира 2000–3000мл плазме, дужина третмана зависи од брзине протока плазме и варира 80–100 мин.[10] Комплет сет за ЛДЛ аферезу је за једнократну употребу и не постоји могућност преношења инфекција између пацијената. Метод је у потпуности сигуран за пацијента, јер је цео систем компјутерски контролисан и обезбеђен алармима.

LDL-afereza DALI(D.A.LI, Direct Adsorption of Lipoproteins, Direktna adsorpcija lipoproteina) metodom odvija se slično kao i prethodno opisana procedura.

Спроводи се на апарату 4008 ADS, али се у односу на ХЕЛП аферезу третира пуна крв која затим пролази кроз адсорбер који садржи еупергит и полиакрилну киселину. Основна функција овог филтера је да задржи честице аполипопротеина Б који се налази у атерогеном ЛДЛ-х али и у ВЛДЛ-х и Лп (а). Такође, у процеду-

ри се користи хепарин као превенција екстракорпоралне коагулације крви. У току једног третмана просечно се третира између 6000 и 8000 мл крви, при чему је дужина третмана у корелацији са брзином протока крви и креће се 120–180 мин.[11] Сет за ЛДЛ аферезу је за једнократну употребу, што чини третман сигурним, компјутерски је контролисан, уз стални мониторинг притисака и контролу протока пуне крви.

Код нас се ЛДЛ афереза примењује у Кабинету за липидске поремећаје на Клиници за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма Клиничког центра Србије. Тај вид терапије спроводи се код пацијената код којих је претходно постављена дијагноза ФХ, а код којих се ни максималним дозама статина нису постигнуте циљне вредности ЛДЛ-х.

Наше испитивање спроведено је анализом 765 третмана ЛДЛ аферезе (115 третмана методом ХЕЛП, 650 третмана методом ДАЛИ) спроведених у Кабинету за липидске поремећаје Клинике за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма КЦС у периоду јануар 2008. – децембар 2012. године. Наведени третмани спровођени су два пута месечно на девет пацијената. Четири пацијента (три жене и један мушкарац), просечне старости 48.5+/-3.3 година, третирана су ХЕЛП методом; такође, пет пацијената (две жене и три мушкарца), просечне старости 46.7+/-3.9 године, било је третирано другом методом ЛДЛ аферезе, ДАЛИ. Пре и после сваког третмана узимани су узорци крви за одређивање нивоа укупног холестерола, ХДЛ-х, триглицерида, ЛДЛ-х (фотометријски метод), фибриногена (коагулометрија), феритина, гвожђа, еритроцита и хемоглобина (стандардним методима) да би се могла пратити ефикасност појединачног поступка, али и његова сигурност.

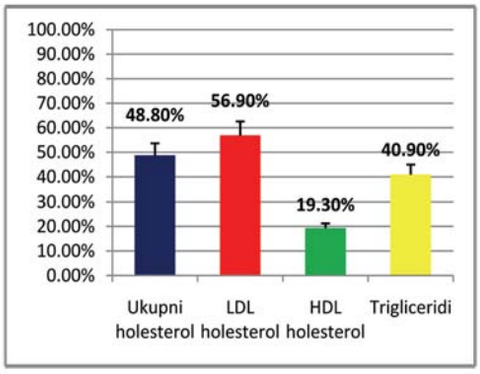
Код сваког пацијента мерена је и телесна тежина пре и после третмана. Током сваког третмана бележене су све нежељене реакције, уз стални мониторинг стања пацијента.

У току сваког третмана забележена је количина третиране плазме (мл), просечан проток крви током третмана (мл/мин), те укупна дужина трајања третмана (мин) пошто од тих параметара зависи и ефикасност третмана.

Статистичка обрада резултата урађена је уз помоћ компјутерског програма СПСС (верзија 8.0) коришћењем метода дескриптивне статистике и Студентовог т теста за понављане узорке. Сви резултати приказани су као средња вредност +/- стандардна грешка.

РЕЗУЛТАТИ

Анализирајући све податке нашли смо да је применом **ХЕЛП ЛДЛ аферезе** код наведених пацијената постигнуто знатно смањење ЛДЛ-х за чак 56.9%, укупног холестерола за 48.8%, триглицерида за 40.9% и ХДЛ-х за 19.3 %. (графикон 1).

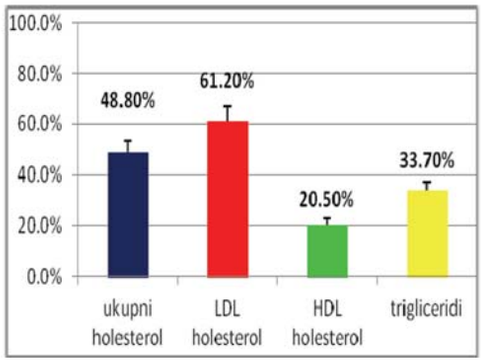


Графикон бр.1. Просечан проценат снижења нивоа липида током ЛДЛ аферезе ***ХЕЛП методом***

Сви третмани успешно су завршени третирањем у просеку 2010,1+/-34,4 мл плазме, просечном брзином протока крви од 79,8+/-1,3 мл/мин уз просечно трајање третмана 99,3+/-2,0 мин.

Истовремено када смо анализирали резултате **ЛДЛ аферезе методом ДАЛИ** нашли смо статистички знатну разлику у средњим вредностима укупног холестерола, ЛДЛ-х, ХДЛ-х и триглицерида пре третмана у односу на вредности тих параметара после третмана ЛДЛ аферезе (п<0,001).

Највеће процентуално снижење постигнуто је у фракцији ЛДЛ-х за чак 61.2%, потом укупног холестерола (48.8%) и триглицерида (33.7%), док је најмање снижење постигнуто за фракцију ХДЛ-х (20.5%). (графикон 2)



Графикон бр. 2. Просечан проценат снижења нивоа липида током ЛДЛ аферезе ***ДАЛИ методом***

Сви третмани успешно су завршени, при чему је просечно третирано 8550±162,8 мл плазме, уз брзину протока од 50,9±1,1 мл/мин. а дужина третмана просечно је трајала 153,2± 2,5 мин.

Анализирајући појаву нежељених реакација у примени ЛДЛ аферезе методом ХЕЛП и ДАЛИ запазили смо да је учесталост ниска. Ове нежељене реакције запазили смо у току првог сата третмана, док у наставку и после третмана пацијенти нису наводили никакве субјективне нити објективне тегобе.

Закључак

Дуготрајна примена ЛДЛ аферезе у комбинацији са статинима показала се као ефикасна и сигурнакод пацијената са ФХ резистентном на медикаментозну терапију.

За обављање третмана ЛДЛ аферезе неопходна је едукација медицинског особља, и простор прилагођен самој процедури. Од посебног значаја је обука медицинских сестара које су у тиму центра за ЛДЛ аферезу. Њихова улога у самој припреми процедуре и припреми пацијента представља иницијални корак ка успешном третману.

Поштујући принципе асепсе и антисепсе, медицинске сестре смањују могућност развоја инфекције код пацијената који се налазе на третману аферезе, што пацијенту омогућава континуираност у третманима, док је не мање битна чињеница да се тиме смањује и број хоспитализација као економски аспект те мере превенције.

Литература:

1. Замаклар, М., Лалић, К., *Приручник за дијагнозу и лечење липидских поремећаја*, Београд, 2004. година.
2. Defesche JC. Low-density of lipoprotein receptor - its structure, function and mutattion. Semin Vasc Med. 2004; 4 (1): 5-11
3. Durrington PN. Familial hypercholesterolemia. In: Hyperlipidemia, diagnosis and mana-gement. 2nd edn. Oxford: Butterworth Heinemann, 1995: 108-139
4. Choumerianoll DM, Dedoussis GV. Familiar cholesterolemia and response to statin therapy according to LDLR genetic background. Clin Chem Lab Med. 2005; 43 (8): 793-801
5. Bosch T, Wendler T. State of the art of low-density lipoprotein apheresis in the year 2003. Ther Apher Dial.2004; 8(2): 76-9
6. Australian and New Zealand Apheresis Association,*Guidelines for Apheresis of ANZAA*. November 2008. 2nd edition
7. Faculty of health sciences, Discipline of nursing, *Programme for Graduate certificate in Nursing Science (Apheresis Nursing)*, december 2006 University of Adelaide.
8.http://www.kfshrc.edu.sa/nursing/files/files1/HemodialysisClinic.pdfScope of Service HEMODIALYSIS Q:\Scope-of-Service 2006\Ambulatory Care\Hemodialysis.doc/ni, January 2006
9. www.dialyse-fuer-einsteiger.de*PflegerischeAspekte in der LDL-Apherese,* November 2008
10. Mellwig KP. Heparin-induced extracorporeal low-density lipoprotein precipitation. Ther afer Dial.2003;7(3):365-9
11. Jovin IS, Taborski U, Muller- Burghaus G.*Comparing low-density lipoprotein apheresis procedure*s. Difficulties and remedies. J Clin Apheresis 11: 168-170, 1996.

ДРУГИ ПИШУ О НАМА

U POSETI NAJBOLJOJ MEDICINSKOJ SESTRI SRBIJE BILJANI GAVRIĆ

Neguje pacijente kao rođena sestra

PREDRAG VUJANAC

VALJEVO » Punih 27 godina Biljana Gavrić (55) noći počinje i zore dočekuje uz postelje ljudi kojima život visi o koncu, u šok-sobi bolnice u Valjevu.

Nedavno joj je kao najboljoj medicinskoj sestri Srbije za 2014. uručena nagrada "Dušica Spasić" za rezultate ostvarene u brizi i negovanju bolesnika.

Samo jednom je bila na bolovanju s kojeg je bukvalno "pobegla" i to u - šok-sobu, na 12-časovnu smenu. Za "Blic" kaže da je timski igrač - i samo jedan šraf u mašineriji koja najteže bolesnike treba da održi u životu. Nagradu je zavredela jer se od početka pridržavala onoga što je sadržano u samom nazivu njenog zanimanja.

- Dok pacijent leži na odeljenju, za svakog sam rođena sestra i član porodice. Čim dođe svesti, osmehujem se, tešim ga, govorim da će ozdraviti, da će sve biti u redu i da smo tu da mu pomognemo. Najdraže mi je kada se oporave i ponovo dođu u posetu - priča Biljana.

BILJANA GAVRIĆ SA NAGRADOM NA SVOM RADNOM MESTU

NAGRADA MEDICINSKIH SESTARA

Nagradu „Dušica Spasić" već deset godina dodeljuje Udruženje medicinskih sestara i tehničara. Priznanje nosi IME MLADE MEDICINSKE SESTRE KOJA JE 1972. GODINE PREMINULA na Prvoj hirurškoj klinici kao žrtva velikih boginja.

Kaže da će uvek pamtiti kada je u šok-sobi pre 15 godina imala dečaka iz Beograda koji je bio na letovanju kod babe i dede u Valjevu, čije se stanje zakomplikovalo posle operacije slepog creva.

- Kada se oporavio, iako je bio osnovac, seo je na voz i došao da me poseti, a pri tome se nije ni javio roditeljima gde ide. I dalje sam u kontaktu sa njim i njegovom porodicom - sa blagim osmehom seća se Biljana.

U smeni od 12 sati koja podrazumeva stalni nadzor pacijenata, od najtežih neuroloških do najkomplikovanijih hirurških, najmanje pet respiratora od deset postelja stalno je uključeno. To znači da se Biljana i njen tim bore za živote petoro ljudi.

- To je svakodnevni stres ili briga. Ali, jednostavno, volim svoj posao i nikada nisam razmišljala o promeni odeljenja, a kamoli o promeni posla. Pre 27 godina nismo imali monitore i respiratore, kiseonik iz boca na koji su pacijenti priključeni morao je stalno da se kontroli Sada je lakše, zbog sav mene opreme. Ni danas nije teško da dođem od ku iako nije moja smena, kolegama zatreba pomo kaže Valjevka koja je ljul prema poslu medicins sestre prenela i na ćer sestru u KC „Bežanijska ko u Beogradu. ■

MEDICINSKA SESTRA IZ OPŠTE BOLNICE U VALJEVU PROGLAŠENA ZA NAJBOLJU U SRBIJI

Biljana lečи i lepom rečи

Najveća sreća je kad bolesnik ozdravi i ode kući - kaže Biljana Gavrić

BILJANA Gavrić (55) već 27 godina bdi nad najtežim pacijentima u šok-sobi valjevske bolnice. Za predanost u izuzetno odgovornom poslu, brigu i negovanje bolesnika, Biljani je dodeljena nagrada „Dušica Spasić", kao najboljoj medicinskoj sestri u Srbiji.

U smeni, koja traje 12 časova, Biljana sa svojim kolegiницama neprekidno nadzire stanje pacijenata smeštenih u jedinici intenzivne nege Službe za anestezijу Opšte bolnice u Valjevu. Mnogi od njih su na granici života i smrti, u kritičnom stanju, neprekidno priključeni na respiratore i aparate koji održavajу vitalne funkcije.

- Pacijente doživljavam kao najrođenije, tešim ih, bodrim, govorim da će ozdraviti - kaže Biljana Gavrić. - Najveća sreća je kad bolesnik ozdravi i ode kući, a posle izvesnog vremena dođu nam u posetu. Osmeh pacijenta, poverenje i čvrst stisak ruke, zagrljaj, najveća su priznanja za ovaj težak i odgovoran posao.

Za bezmalo tri decenije rada, ni broja se ne zna koliko je pacijenata prošlo kroz šok-sobu valjevske bolnice.

ZASLUŽENO Biljana Gavrić na radnom mestu u Opštoj bolnici u Valjevu

- Pamtiću kada su se, pre deceniju i po, osnovcu iz Beograda, koji je bio na letovanju kod babe i dede u Valjevu, pojavile ozbiljne komplikacije posle operacije slepog creva - priseća se Biljana. - Bio je smeštен u šok-sobi. Kada se oporavio i otputovao kući, došao je vozom iz Beograda da me poseti. Roditeljima nije javio gde ide. I danas sam u kontaktu sa njim i njegovom porodicom.

Rođena je u Osečini, a Srednju medicinsku školu završila je u Valjevu. Radni vek započela je upravo na intenzivnoj nezi Službe za anestezijу valjevske bolnice. Ljubav prema ovom humanom poslu prenela je i na ћerku, koja je medicinska sestra na Odeljenju opšte hirurgije Klinično-bolničkog centra „Bežanijska kosa" u Beogradu.

- Ovaj posao svakodnevno je povezan sa velikim stresom i brigom za pacijenta - kaže naša sagovornica. - Uprkos tome, nikada nisam pomišljala o premeštaju na neko drugo odeljenje u bolnici, a kamoli da promenim profesiju.

Ni danas joj, veli, nije teško da dođe od kuće, ako kolegama zatreba pomoć. Samo jednom, priseća se, bila je na bolovanju. Kratko. Jedan dan.

- Deo sam velikog tima čiji je osnovni zadatak da pacijentu bude što bolje, da što lakše podnese boravak u bolnici, što pre ozdravi i vrati se voljenom životu - kaže Biljana. - Jednostavno, volim ljude, znam koliko im znači kad im neko podari osmeh, podršku i pažnju onda kad im je najteže, dok su u bolničkoj postelji. I lepa reč neretko predstavlja lek. ■ **Branko PUZOVIĆ**

PRIZNANJE

PRIZNANJE „Dušica Spasić" već deceniju dodeljuje Udruženje medicinskih sestara i tehničara Srbije. Nagrada nosi ime mlade medicinske sestre koja je 1972. godine preminula na Prvoj hirurškoj klinici u Beogradu, kao žrtva epidemije velikih boginja. Dodeljuje se svake godine po jednoj medicinskoj sestri iz Kliničkog centra Srbije i iz bolnica širom države.