III Međunarodni kongres Udruženja zdravstvenih profesionalaca Srbije

UTICAJ PANDEMIJE COVID 19 NA FUNKCIONISANJE ZDRAVSTVENOG I OBRAZOVNOG SISTEMA

ZBORNIK APSTRAKATA I RADOVA

26-29. oktobar 2023, Hotel Moravica, Sokobanja, Srbija

ORGANIZATOR KONGRESA

Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije

SPONZORI

SUORGANIZATORI KONGRESA

Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „Visan“, Srbija

Univerzitet "Bijeljina" Bijeljina, Bosna i Hercegovina

Medicinska škola „Beograd“, Beograd

Medicinska škola „Nadežda Petrović“, Zemun

Akademija vaspitačko – medicinskih strukovnih studija, Odsek Ćuprija

Asocijacija za dezinfekcija i sterilizacija na Makedonija

Fakulteta za vede o zdravju,Univerza na Primorskem, Izola, Slovenija

Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Hrvatska

TEHNIČKI ORGANIZATOR

BBN Congress Management d.o.o.

Izdavač:	Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije - UZPS Beograd, Zemun, Rade Končara 71 Tel/faks: 011/373-19-91 E-mail: predsednica.uzps@gmail.com
Glavni i odgovorni urednik:	dr Ivanka Adžić
Priprema i tehnička obrada:	BBN Congress Management, Deligradska 9, 11000 Beograd Tel/Fax: +381(0)11 3629405, 3629402, 2682318 e-mail: bbn@bbn.co.rs, web: www.bbn.co.rs
Štamaprija:	BBN Congress Management
Mesto štamanja:	Beograd
Godina izdavanja:	2023.
Tiraž:	80

ISBN 978-86-900449-4-8

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616.98:578.834(082)(0.034.2)
614.2(082)(0.034.2)

МЕЂУНАРОДНИ конгрес Удружења здравствених професионалаца Србије Утицај пандемије COVID 19 на функционисање здравственог и образовног система (13 ; 2023 ; Сокобања)
Zbornik apstrakata i radova [Elektronski izvor] / III Međunarodni kongres Udruženja zdravstvenih profesionalaca Srbije Uticaj pandemije COVID 19 na funkcionisanje zdravstvenog i obrazovnog sistema ; [organizator kongresa Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije] ; [glavni i odgovorni urednik Ivanka Adžić]. - Beograd : Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije - UZPS, 2023 (Beograd : BBN Congress Management). - 1 elektronski optički disk (DVD) ; 12 cm

Sistemski zahtevi: Nisu navedeni. - Nasl. sa naslovne strane dokumenta. - Tiraž 80. - Radovi na više jezika. - Tekst lat. i ćir. - Napomene i bibliogarafske reference uz tekst. - Summaries.

ISBN 978-86-900449-4-8

а) Ковид 19 -- Зборници б) Здравство -- Зборници

COBISS.SR-ID 128126985

SADRŽAJ

NAŠE ISKUSTVO U ORGANIZOVANJU NASTAVE TOKOM COVID PANDEMIJE 9
Dragana MATANOVIĆ, Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Srbija

NAUČNA ISKUSTVA STEČENA TOKOM PANDEMIJE INFEKCIJA IZAZVANE SARS-COV-2 VIRUSOM 12
Vladimir JURIŠIĆ, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Srbija

PANDEMIJA COVID 19 NA PODRUČJU TUZLANSKOG KANTONA 13
Amila ŠIŠIĆ, Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona, Tuzla

EFIKASNOST NASTAVNOG PROCESA U VANREDNIM OKOLNOSTIMA ODRŽAVANJA NASTAVE 14
Slađana ARSIĆ, Biljana ILIĆ, Tatjana KILIBARDA, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija Kruševac, Odsek za medicinske nauke Ćuprija, Srbija

UTICAJ COVID PANDEMIJE NA DIJAGNOSTIKOVANJE I LEČENJE TUBERKULOZE U GRADSKOM ZAVODU ZA PLUĆNE BOLESTI I TUBERKULOZU BEOGRAD 16
Dejan DIMIĆ, ROKSANDIĆ MILENKOVIĆ M., Gradski zavod za plućne bolesti i TB Beograd, DIMIĆ N., Kliničko bolnički centar ,,Dr Dragiša Mišović Dedinje“

UTICAJ EPIDEMIJE COVID 19 NA NEGU I LEČENJE ONKOLOŠKIH PACIJENATA 17
Vasilije KORUGIĆ, DZ ,,Simo Milošević“ Čukarica

ZNAČAJ FARMAKOTERAPIJE I NEFARMAKOLOŠKIH MERA ULEČENJU HIPERTENZIJE 19
Violeta ILIĆ TODOROVIĆ, Jasmina JOVANOVIĆ MIRKOVIĆ, Christos ALEXOPOULOS, Vesna VESIĆ, Miljana MARKOVIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Ćuprija

ZASTUPLJENOST VAKCINISANJA PROTIV COVID 19 U DOMU ZDRAVLJA „NOVI SAD“ 20
Danica POPOVIĆ, Dom Zdravlja ,,Novi Sad“, Novi Sad, Regina RISTIĆ, ,,Biotest“, Novi Sad, Jelena ĐOKIĆ, Institut za puićne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Ana MILJKOVIĆ, Dom Zdravlja ,,Novi Sad“, Novi Sad, Ana BABIĆ, Institut za Kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Filip SAMARĐZIĆ, Klinički Centar Vojvodine, Novi Sad, Republika Srbija

POSLOVANJE ZA VREME PANDEMIJE COVID 19 U DOMU ZDRAVLJA „NOVI SAD“ 24
Danica POPOVIĆ, Dom Zdravlja ,,Novi Sad“, Novi Sad, Regina RISTIĆ, ,,Biotest“, Novi Sad, Jelena ĐOKIĆ, Institut za puićne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Ana MILJKOVIĆ, Dom Zdravlja ,,Novi Sad“, Novi Sad, Ana BABIĆ, Institut za Kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Filip SAMARĐZIĆ, Klinički Centar Vojvodine, Novi Sad, Republika Srbija

SOLARINI DERMATITIS - MERE PREVENCIJE 29
Jelena STAMENKOVIĆ, Medicinska škola Beograd, Srbija

COVID 19 PANDEMIJA KAO STRES KOD ZDRAVSTVENIH RADNIKA 31
Selma SINANOVIĆ, Univerzitetski Klinički Centar Tuzla, Bosna i Hercegovina

NIVO OVLADANOSTI PRAKTIČNIM VEŠTINAMA KOD UČENIKA SREDNjE MEDICINSKE ŠKOLE U COVID 19 SISTEMU ODRŽAVANjA NASTAVE 32
Jovana JOVIĆ, Medicinska škola Ćuprija, Akademija vaspitačko-medicinskih strukovnih studija Kruševac, odsek medicinskih studija Ćuprija, Slađana ARSIĆ, Akademija vaspitačko-medicinskih strukovnih studija Kruševac, odsek medicinskih studija Ćuprija

UČENICI MEDICINSKE ŠKOLE O POSLEDICAMA PANDEMIJE 36
Elizabeta MARKOVIĆ, Bojana HASANBEGOVIĆ, Medicinska škola „Nadežda Petrović“ Zemun, Srbija

UTICAJ PANDEMIJE COVID 19 NA FUNKCIONISANJE SLUŽBE ZA HEMODIJALIZU – UČENJE NA ISKUSTVU ZA BUDUĆE IZAZOVE 43
Jasna TRBOJEVIĆ-STANKOVIĆ, Slaviša SAVIĆ, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Klinika za urologiju, KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“, Zoran MARJANOVIĆ, Klinika za urologiju, KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“

RANA REHABILITACIJA COVID PACIJENTA SA TROMBOZOM ARTERIJE BRAHIJALIS - prikaz slučaja 47
Momirka MILAKOVIĆ, Bojana KAJKUT, Služba Kliničke rehabilitacije, UKC RS, Banjaluka

UTICAJ PANDEMIJE COVID 19 NA FUNKCIONISANJE POLIVALENTNE PATRONAŽNE SLUŽBE 53
Dušica KAMENIĆ, Dom zdravlja „Novi Beograd“,Beograd,Srbija

KOMUNIKACIJA MEDICINSKE SESTRE SA OSOBAMA S INVALIDITETOM 54
Antonija LEKO, OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar, Bjelovar, Živko STOJČIĆ, OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar, Bjelovar; VUB Bjelovar, Bjelovar, Nikolina MEGERLE, OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar, Bjelovar, Goranka RAFAJ, VUB Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska

EPIDEMIJE ZARAZNIH BOLESTI U BIOETIČKOJ EDUKACIJI – POVIJESNI PRIMJER POUČAVANJA O POVJERENJU U MEDICINU, ZDRAVSTVENI SUSTAV I ZDRAVSTVENE DJELATNIKE U VRIJEME EPIDEMIJE DJEČJE PARALIZE 62
Nada GOSIĆ, Klub umirovljenih sveučilišnih nastavnika Sveučilišta u Rijeci, Internacionalna akademija nauka i umjetnosti u Bosni i Hercegovini, Razred za humanističke nauke i kulturu

UTICAJ ZDRAVIH STILOVA ŽIVOTA NA POJAVU KARDIOVASKULARNIH OBOLJENJA 63
Emra ZUKIĆ-BEGIĆ, Alma KARAJKO-MELIĆ, Amra KALČO, Sead KARAKAŠ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina

UTICAJ ANKSIOZNOSTI I SPECIFIČNOSTI NJENOG PREVAZILAŽENJA TOKOM PANDEMIJE COVID 19, U ODNOSU NA FUNKCIONISANJE ZDRAVSTVENOG I OBRAZOVNOG SISTEMA 70
Svetlana BANOVIĆ, Visoka zdravstveno – sanitarna škola strukovnih studija “ VISAN “ , Beograd, Ivanka ADŽIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije; UZPS

MENTALNO ZDRAVLJE U DOBA PANDEMIJE 71
Dragana BOŠNJAK, Dom zdravlja Bijeljina, Republika Srpska, BiH

UTICAJ DEMOGRAFSKIH I SOCIOEKONOMSKIH FAKTORA NA NASTANAK SINDROMA SAGOREVANJA U PRIVATNOM SEKTORU BEZBEDNOSTI U CENTRALNOJ SRBIJI.....74
Dejan VELJKOVIĆ, Ministarstvo unutrašnjih poslova, Odred Žandarmerije Kraljevo, Slobodanka MILOVANOVIĆ, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije, Niš, Ljiljana KULIĆ, Univerzitet u Prištini, Medicinski fakultet, Kosovska Mitrovica

EMPATIJA KAO FAKTOR BESA I AGRESIJE KOD SREDNjOŠKOLACA.....75
Slavica LAZIĆ, Branka PERALOVIĆ, Medicinska škola "Nadežda Petrović", Zemun, Srbija

HEMORAGIJSKE KOMPLIKACIJE KOD UPOTREBE ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE U COVID 19 PNEUMONIJI 79
P. BOGDANOVIĆ, Klinika za kardiologiju VMA, V. BOGDANOVIĆ, ZZZZ radnika ŽS, Z. JOVIĆ, Z. MLADENOVIĆ, P. ĐURIĆ, I. ĐURIĆ, E. STAMENKOVIĆ, G. MILIĆ, N. ĆIRIĆ, N. ŽIVKOVIĆ MILJKOVIĆ, N. NOVIČIĆ, ZZZZ radnika ŽS, Klinika za kardiologiju VMA, D. PILČEVIĆ, Klinika za nefrologiju VMA

AKUTNO OŠTEĆENJE BUBREGA U COVID 19 INFEKCIJI KOD BOLESNIKA LEČENIH DIJALIZOM 80
Spomenka STANOJKOVIĆ, Klinika za nefrologiju UKCS Srbije, UZPS; Ivanka ADŽIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije; UZPS, Vera SIMIĆ, Medicinska škola „Beograd’’ i Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Beograd, Srbija

UTICAJ „COVID 19“ NA MENTALNO ZDRAVLJE ZDRAVSTVENIH RADNIKA 81
Gordana PANOVA, Adnan HADROVIČ, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka – Univerzitet, Goce Delčev, Štip, R.S. Makedonija, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medika-Kočani

Prezentacije radova:

DIGITAL EDUCATION IN NURSING DEN- ERASMUS + FUNDING PROJECT 87
Vedrana VEJZOVIC, *Assistant profesor*, Univerzitet Malme, Švedska

SPECIFIČNOSTI APOTEKARSKE DELATNOSTI SA OSVRTOM NA APOTEKARSTVO U REPUBLICI SRPSKOJ.....88
Boro KRSTIĆ, Nada JEVTIĆ, Univerzitet „BIJELjINA“, Ljiljana TOMIĆ, Aleksandra MESAROVIĆ, Farmaceutski fakultet, BiH

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LEČENJU, TRETMANU I EDUKACIJI BOLESNIKA SA LIMFOMOM 95
Irena JAREVA, JZU-Univerzitedska klinika za radioterapija i onkologija-Skoplje, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

ULOGA PATRONAŽNE SESTRE KAO FAKTORA USPEŠNOG SPROVOĐENJA IMUNIZACIJE 100
Silvana MIRKOSKA, Poliklinika Bukureš-JZU-Zdravstven dom-Skoplje, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

STAVOVI I ZNANJA STANOVNIKA OPĆINE TRAVNIK O HRONIČNOJ BUBREŽNOJ INSUFICIJENCIJI.....107
Alma KARAJKO-MELIĆ, Emra ZUKIĆ-BEGIĆ, Amra KALČO, Sead KARAKAŠ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina

SAČUVAJMO SVOJE MENTALNO ZDRAVLJE 113
Jelena HADŽIĆ, Snežana VASIĆ, VMS Oopšta bolnica Ćuprija

PHYSIOTHERAPY EFFECTS AND EXPERIMENTAL ACUPUNCTURE.....114
Blagica PANOVA, PZU-Physio-medicA-Kočani, Gordana PANOVA, Faculty of Medical Sciences - University "Gotse Delcev" – Stip, Nikolaj DIMITAR DIMITROV, Medicinski fakultet-Trakijski Univerzitet-Stara Zagora, R. Bugarija, Dimitrinka ATANASOVA, Medicinski fakultet-Trakijski Univerzitet-Stara Zagora,R. Bugarija

COVID 19 TRUDNOĆA I POROĐAJ 118
Andreja GLIŠIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

STRES INCONTINENCE SURGERY (TVT TOT) AND SACROSPINAL COLPOPEXY IN COVID PANDEMIC 119
Miloš RADOVIĆ, Klinika za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

S GINEKOLOGIJE U BORBU S COVIDOM 120
Iva KEGLEVIĆ, Slaven MEDJIMUREC, KBC Rijeka, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, Teo LINIĆ, KBC Rijeka

UMETNOST DOJENJA - POČAST KAPACITETU ŽENSKOG TELA I NEOGRANIČENIM DUBINAMA MAJČINOG SRCA.....127
Stefanija JORDANOVSKI, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

ULOGA PATRONAŽNE SLUŽBE U PRENATALNOJ I POSTNATALNOJ ZDRAVSTVOJ ZAŠTITI ŽENA U OPŠTINI SVETI NIKOLE.....131
Despina CVETANOVSKA, JZU-Zdravstven dom-Sveti Nikole, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

UVEK NA OPREZU: SAMOKONTROLA HRONIČNIH BOLESTI U PEDIJATRIJSKOM UZRASTU TOKOM TRAJANJA PERIODA PANDEMIJE COVID-19: PREGLEDNI RAD 136
Mirjana SMUĐA, Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola, Katedra za strukovne medicinske sestre, babice i vaspitače, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Ivana MINAKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za opštu medicinu i gerijatriju, Dom zdravlja "Novi Sad", Dejan ŽIVANOVIĆ, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Jovan JAVORAC, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za internu medicinu, Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Republika Srbija

ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U OTKRIVANJU I POKAZIVANJU STANJA DIJABETESA STANOVNIŠTVA NA TERITORIJI REPUBLIKE SEVERNE MAKEDONIJE U PERIODU 2018-2022 142
Suzana ĐORĐIJEVSKA, JZU-Zdravstveni centar - Skoplje, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

NIVO ZNANJA, STAVOVI I PRAKSA ŽENA U REPRODUKCIJI U VEZI SEKSUALNO PRENOSIVIH BOLESTI1 146
Natalija DEČOVSKI, Valentina GORIČANEC, Katerina LAZAREVA, Daniela DAMJANOSKA TODOROVSKA, Lejla ASANI, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skopje, Republika Severna Makedonija

EKSTRAKORPORALNA CIRKULACIJA ULOGA I ZNACAJ KLINICKOG PERFUZERA U HIRURGIJI.....155
Branko LUKIĆ, Klinika za kardiohirurgiju Niš, Srbija

POVEZANOST METABOLIČKE KONTROLE I KVALITETA ŽIVOTA U VEZI SA ZDRAVLJEM PEDIJATRIJSKIH PACIJENATA OBOLELIH OD DIJABETESA TIP 1 TOKOM TRAJANJA PERIODA PANDEMIJE COVID 19 156
Mirjana SMUĐA, Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola, Katedra za strukovne medicinske sestre, babice i vaspitače, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Tatjana MILENKOVIĆ, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić", Ivana MINAKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za opštu medicine i gerijatriju, Dom zdravlja "Novi Sad", Vera ZDRAVKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Katedra za pedijatriju, Univerzitetska dečja klinika u Beogradu, Dragana MILUTINOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za zdravstvenu negu, Republika Srbija

ANALIZA FORMALNOG OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA U REPUBLICI SEVERNOJ MAKEDONIJI..... 165
Valentina GORIČANEC, Natalija DEČOVSKI, Katerina LAZAREVA, Daniela DAMJANOSKA TODOROVSKA, Lejla ASANI, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija

ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U NEZI, LEČENJU I EDUKACIJI OSOBA KOJE BOLUJU OD ALCHAJMEROVE BOLESTI 171
Julijana VULOVSKA KOSTOVA, Vtor ciklus studii-Fakultet medicinskih nauka – Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

EPILEPSIJA.....175
Jelena RISTIĆ, OB Ćuprija

ULOGA PATRONAŽNE SESTRE U LEČENJU ONKOLOŠKIH RANA.....176
Verica ĆOSEVSKA, JZU, Majka Tereza-Onkološka klinika-Skoplje, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

ALKOHOLIZAM JE BOLEST NIJE VIC 180
Jasmina NIKOLIĆ , Suzana STOJANOVIĆ, Opšta bolnica Ćuprija

RAZVOJ I PRESPEKTIVE PATRONAŽNE SLUŽBE U OPŠTINI SVETI NIKOLE 181
Milena STOJANOVA, JZU-Zdravstsveni dom -Sveti Nikole-R.S.Makedonija, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LEČENJU PACIJENATA SA HEMORAGIČNIM ŠOKOM.....185
Arieta MUČA MUSTAFA, SUGS-Cvetan Dimov-Skoplje, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

RAZLOG DOLASKA DJECE U HITNU PEDIJATRIJSKU AMBULANTU 190
Alen SADIKOVIĆ, Snježana GALIĆ-LUKŠIĆ, Odjel za pedijatriju, OB Dr. Ivo Pedišić, Sisak

ZDRAVSTVENO PROSVEŠĆIVANJE POPULACIJE O IMUNIZACIJI PROTIV POLIOMIJELITISA.....191
Selena VELIĆ, Jasmina JOVANOVIĆ MIRKOVIĆ, Akademija vaspitačko-medicinskih strukovih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Srbija

ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U LIJEČENJU OBOLJELIH OD HRONIČNOG HEPATITISA C U DOBA PANDEMIJE COVID 19 199
Jelena PETROVIĆ, Jasminka DELIĆ, UKC RS, Klinika za infektivne bolesti Banjaluka; Republika Srpska, BiH

UTICAJ COVID 19 INFEKCIJE NA PORAST BROJA OBOLJELIH OD HIV INFEKCIJE.....205
Sanja SAVKOVIĆ, Dijana KNEŽEVIĆ, Jelena PETROVIĆ, Jasminka DELIĆ, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Republike Srpske, UKC Banja Luka

ZADRUGE KAO NOSIOCI ZDRAVSTVENOG PROSVEĆIVANJA U RURALNIM SREDINAMA – POSTKOVID ERA.....210
Dragan MILETIĆ, Suzana PAVLOVIĆ, Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“, Zemun, Srbija

ZADOVOLJSTVO STUDENATA PRIMALJSTVA FAKULTETA ZDRAVSTVENIH STUDIJA U RIJECI NASTAVNIM PROCESOM U VRIJEME COVID-19 PANDEMIJE.....218
Deana ŠVALJUG, Sandra BOŠKOVIĆ, Daniela MALNAR, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Republika Hrvatska

PRIZNAVANJE PROFESIONALNIH KVALIFIKACIJA BABICA I PRIMENA REGULATIVE U REPUBLICI SRBIJI 227
Vera SIMIĆ, Medicinska škola „Beograd'' i Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Ivanka ADŽIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Doroteja SIMIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Jelena MILOVIĆ, Mirjana HARDI, Medicinska škola“Beograd“ Beograd, Srbija

SPECIFIČNOSTI AKUTNE REHABILITACIJE U PEDIJATRIJSKIM JEDINICAMA INTENZIVNOG LEČENJA 232
Dejan NIKOLIĆ, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd; Univerzitetska dečja klinika, Beograd, Srbija

ZNAČAJ RAZVOJA ZDRAVSTVENOG I MEDICINSKOG TURIZMA U BANJAMA SRBIJE 233
Vera SIMIĆ, Medicinska škola ,,Beograd'' Beograd i Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Ivanka ADŽIĆ, Klinički centar Srbije, Jelena MILOVIĆ, Nursing School "Beograd" Belgrade, Mirjana HARDI, Medicinska škola ,,Beograd'' Beograd, Udruženje zdravstvenih, Doroteja SIMIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije

DEZINFEKCIJA BOLNIČKE SREDINE TOKOM KOVID PANDEMIJE U UNIVERZITETSKOM KLINIČKOM CENTRU REPUBLIKE SRPSKE.....236
Silvana TRIFUNOVIĆ; Jadranka STANISAVIĆ-ŠIMIĆ; Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Janja BOJANIĆ; Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, Biljana PERIĆ; Dragojla ĐOKIĆ; Srđan BLAGOJEVIĆ, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske

POROĐAJ U VODI 242
Danica RADULOVIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Vera SIMIĆ, Medicinska škola ,,Beograd'' Beograd i Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije

KOMPLIKACIJE KOD PACIJENATA SA UDRUZENIM KOMORBIDITETIMA U ORTOPEDIJI NAKON PANDEMIJE COVID 19 243
Miljan STOJANOVIĆ, Ivica KOVAČEVIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI, LEČENJU I EDUKACIJI OBOLELIH OD RAKA DOJKE 245
Tanja MITROVSKA, JZU-Univerzitetska klinika za radioterapiju i onkologiju-Skoplje, Gordana PANOVA, Gordana KAMČEVA-MIHAILOVA, Fakultet medicinskih nauka-Univerzitet, Goce Delčev, Štip, Blagica PANOVA, PZU-Fizio-medicina-Kočani

ZDRAVSTVENO PONAŠANJE I VASPITANJE ZA ZDRAVLJE SREDNJOŠKOLACA 249
Jelena MILOVIĆ, Vera SIMIĆ, Medicinska škola ,,Beograd'' Beograd i Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije

ETIKA VS ZAKON U ANESTETIČARSKOJ PRAKSI.....251
Mevludin BABAJIĆ, Mirza JAHIĆ, Samira BABAJIĆ, Adisa OMEROVIĆ, UDRUŽENJE ANESTETIČARA U BIH

NAŠE ISKUSTVO U ORGANIZOVANJU NASTAVE TOKOM COVID PANDEMIJE

Dragana MATANOVIĆ, Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Srbija

Kratak sadržaj

Nastava na Medicinskom Fakuktetu u Beogradu na kliničkim predmetima organizovana je standardno putem predavanja i vežbi. Tokom covid pandemije, zbog obustave nastave na fakultetima i klinikama, nastava se morala organizovati putem on line. Do tada nismo imali praksu organizivanja nastave na ovakav nacin. Cilj ovog prikaza bi bio ukazati na teškoće, ali i na pozitivne strane nastave putem on line. Sagledana je organizacija nastave na katedri fizikalne medicine i rehabilitacije za studente koji nastavu slušaju na engleskom jeziku, kao i njihove primedbe i sugestije tokom perioda od 3 školske godine. U toku prve godine bilo je teškoća sa obe strane, nastavnika da savladaju novu platformu i studenata da pristupe istoj i da se ozbiljnost nastave ipak nedovede u pitanje, svima i nastavnicima i studentima u toku prve godine primedba je bila da je nedostajala živa reč. Nakon perioda prilogidjavanja u poslednjoj godini i ako je bilo mogucnosti da studenti dolaze na nastavu redovnim putem, odlučili smo se da naša pozitivna iskustva ipak iskoristimo i da studentima omogućimo da nastavu slušaju redovnim putem, ali i da im bude dostupna online nastava, dovodeci u pitanje mogucnost da imamo manje studenata na nastavi. Ovakav kombinovani vid nastave bio je odlično prihvaćen, i pohvaljen kod studenata, a uprkos on line dostupnim predavanjma, posećenost nastave nije bila manja od 85%, uz pohvalu studenata da su im metodske jedinice dostupne tokom celog semestra. Pojedine metodske jedinice bilo je cak i lakše pratiti jer smo napravili filmove koji su pokazali naš rad i jedinicama intezivnog lečenja. Naša pozitivna iskustva ukazuju da je moguće kombinovati oba programa istovremeno i da studenti to podržavaju, koristeći na najbolji način kombinaciju i dostupnost metodskim jedinicama.

Ključne reci organizacija nastave, on line, covid pandemija

Summery

Teaching at the Faculty of Medicine in Belgrade on clinical subjects is organized as standard through lectures and exercises. During the covid pandemic, due to the suspension of classes at faculties and clinics, classes had to be organized online. Until then, we had no practice of organizing classes in this way
The aim of this presentation would be to point out the difficulties, but also the positive aspects of online teaching
The organization of classes at the department of physical medicine and rehabilitation for students who listen to classes in English, as well as their remarks and suggestions during the period of 3 school years, was reviewed.
During the first year, there were difficulties on both sides, teachers to master the new platform and students to access it and not to question the seriousness of the teaching, all teachers and students complained during the first year that there was a lack of living words. After the period of participation in the last year and if it was possible for students to come to classes in the regular way, we decided to use our positive experiences and to enable students to listen to classes in the regular way, but also to have online classes available to them, calling into question the possibility of having fewer students in classes
This combined type of teaching was well accepted and praised by the students, and despite the lectures available online, the class attendance was not less than 85%, with the students praising that the methodological units are available to them throughout the semester. Certain methodological units were even easier to follow because we made films that showed our work to the intensive care units as well.
Our positive experiences indicate that it is possible to combine both programs at the same time and that students support this, making the best use of the combination and availability of methodological units.

Keywords teaching organization, online, covid pandemic

Dragana matanovic email dragana.matanovic@med.bg.ac.rs

UVOD

Nastava na Medicinskom Fakuktetu u Beogradu na kliničkim predmetima organizovana je standardno putem predavanja i vežbi seminara. Izvodi se po planiranom broju časova i rasšporedu. Predavanja su za celu grupu, ostali vidovi nastave organizuju se na odeljenjima u direktnom kontaktu nastavnik- student- pacijent. Nastava na engleskom jeziku ima specifičnost jer je neposredan kontak pacijent- student malo izmenjen zbog komunikacije na engleskom jeziku. Tokom covid pandemije, zbog obustave nastave na fakultetima i klinikama, nastava se morala organizovati putem platformi on line. Do tada nismo imali praksu organizivanja nastave na ovakav nacin, pre svega nastave za redovne studente. Pojedini vidovi nastave kao sto su master program ili doktorske studije, bile su delimično organizovane na ovaj način. Sada je trebalo da veliki broj nastavnika I saradnika pripremi I postavi svoja predavanja na platform sto je bio izazov I za naš CIKT tj centar za informacione tehnologije

CILJ

Cilj ovog prikaza bi bio ukazati na teškoće, ali i na pozitivne strane nastave putem on line

METODOLOGIJA

Sagledana je organizacija nastave na katedri fizikalne medicine i rehabilitacije za studente koji nastavu slušaju na engleskom jeziku, kao i njihove primedbe i sugestije tokom perioda od 3 školske godine

REZULTATI

U toku prve godine bilo je teškoća sa obe strane, nastavnika da savladaju novu platformu i studenata da pristupe istoj i da se ozbiljnost nastave ipak nedovede u pitanje, svima i nastavnicima i studentima u toku prve godine primedba je bila da je nedostajala živa reč. Bilo je problema da se nastava snimi I postavi jer su sada svi vidovi nastave dodiplomski i posle diplomski bili organizovani na ovaj način. To je značilo das vi nastavnici moraju u kratkom roku da pripreme nastavu I snime za sve vidove nastave, sto je dovelo do opterećenja platform,ali I sa druge strane svi naši student se loguju na tu istu platformu. Kontrola nastave obavljla se putem kontrole prisustva na platformi

Sledece godine bilo je nešto lakše, večina se privikla, ali živa reč je ostala nezamenjiva pogotovo na kliničkim predmetima. Sada su predavanja I seminari bili već interaktivni postojala je mogucnost komunikacije ali za to predvidjenom terminu. Kliničke vežbe imale su manu jer praktični deo je bilo teško nadoknaditi. Sobzirom da imamo I vezbe koje obuhvataju rehabilitaciju u sobama intezivnog lečenja, odlučili smo se da snimimo film I da na taj način približimo sam proces rehabilitacije. To se ispostavilo kao vrlo korisno, jer je svojevremeno sam Bolesaw Matushevski , pionir filma, ukazao da snimanje pojedinih postupaka u medicini ima nezamenjiv značaj. naima on je snimao pojedine bolesti a najpoznatije je prikaz pacijenta obolelog od epilepsije. Tako su I naši student mogli da vide pojedine procese u rehabilitaciji za koje mozda ne bi videli u terminu vežbi. Sada su naša iskustva bila bolja lakše smo se svi prilagodili, ali ipak je nedostajala živa reč

Nakon perioda prilogidjavanja u poslednjoj godini i ako je bilo mogucnosti da studenti dolaze na nastavu redovnim putem, odlučili smo se da naša pozitivna iskustva ipak iskoristimo i da studentima omogućimo da nastavu slušaju redovnim putem, ali i da im bude dostupna online nastava, dovodeci u pitanje mogucnost da imamo manje studenata na nastavi

DISKUSIJA

Ovakav kombinovani vid nastave bio je odlično prihvaćen, i pohvaljen kod studenata, a uprkos on line dostupnim predavanjma, posećenost nastave nije bila manja od 85%, uz pohvalu studenata da su im metodske jedinice dostupne tokom celog semestra. Pojedine metodske jedinice bilo je cak i lakše pratiti jer smo napravili filmove koji su

pokazali naš rad i jedinicama intezivnog lečenja. Postojala je živa reč ono što je svima I nastavnicima I studentima falilo, ali I dostupnost svih metotskih jedinica. Student koji nisu mogli da prisustvuju, su imali mogućnost da ipak metodske jedinice odslušaju. Oni koji su bili na nastavi mogli su da kasnije pogledaju neka ili sva predavanja ali I vežbe na ovaj način. Sto se tiče vezbi tu je bila dvojaka korist. Mogućnost da pogledaju film, ali I da iskoriste I komunikaciju sa pacijentima na samoj klinici. Seminari su bili isključivo na fakultetu, nije bilo on line, komunikacije.

ZAKLJUČAK

Naša pozitivna iskustva ukazuju da je moguće kombinovati oba programa istovremeno i da studenti to podržavaju, koristeći na najbolji način kombinaciju i dostupnost metodskim jedinicama.

LITERATURA

1. Matanović D, Boleslav Matuševski – pionir medicinske kinematografije, Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 2005;133(7-8):388-9.
2. Ocena i anketa studenata

NAUČNA ISKUSTVA STEČENA TOKOM PANDEMIJE INFEKCIJA IZAZVANE SARS-COV-2 VIRUSOM

Vladimir JURIŠIĆ, Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Srbija

Infekcija izazvana novim virusom Sars-Cov-2 u celom svetu je dovela do ogromnih zdravstvenih, ekonomskih kao i veoma komplikovanih socijalnih problema. U početku pandemije bilo je jako puno nerazumevanja u mnogobrojnim aspektima epidemije kao i dejstava virusa na ljudski organizam. Najpre su se primenjivale samo epidemiološke mere za suzbijanje infekcije, kao i kod većine drugih infekcija ali virus je pokazao mnoge razlike u odnosu na sve dosadašnje epidemije; najpre po masovnosti, po panici i strahu koji je izazvao, po kontroverzama koje su postojala i zbog pojave antivakserskog lobija usled primene novih tehnologija vakcinacije. Savremena tehnika molekularne biologije kao i molekularne medicine umnogome su pomogle da se najpre identifikuje uzročnik, zatim da se razvuju testovi zasnovani na PCR metodi kao i na odredjivaju antigenskih karakteristika virusa. Sve je ovo pomoglo da se rasvetle patofiziološki mehanizam razvoja bolesti a kasnije da se uvide i komplikacije. Primenom savremene tehnologije U Srbiji je uspešno sintetizovanje i proizvodnja proteina S (Spike) koji čine membranu virusa kao i N (nukleokapsid) proteina virusa tehnikama rekombinantne hibridizacije koji je najpre korišćen za ispitivanje antitela kod osoba koje su bile pozitivne na ovaj virus. Istovremeno izršena je i izolacija virusa, identifikacija novih mutacija i sojeva. U saradnji sa kolegama sa nekoliko naučilih centara kao što su Hemijski fakultet u Beogradu i sa kolegama iz Pasterovog instituta iz Novog Sada sprevedena su kompleksna istrazivanja na Fakultetu medicinskih nauka u Kragujevcu. Naša iskustva sa ćelijskim kulturama i ispitivanjima virusa in-vitro bila su od velike koristi u razumevajju imunoloških problema. Rezultati na ćelijskim kulturama su pokazali efekte virusa in-vitro uslovima a dokazali smo i postojanje patogenih efekata sličnim onima koji izaziva virus kod ljudi. U zavisnosti od koncentracije S i N proteina pokazali su se efekti na humanim ćelijama pluća, na limfocitima izolovanim od zdravih dobrotvoraca kao i na uzorcima od rekonvalescenata. Pokazalo se da odredivanja antitela nije dobar pokazatelje odbrane od infekcije vec samo dokaz o prelezanoj infekciji. Ispitivanja ćelijskog imuniteta što je bilo dosta komplikovano i složeno na ćelijama izolovanih od bolesnika sa Kovidom ili kod zdravih posle primene vakcina pokazala su da se stvara ćelijski imunitet. Sve ovo je ukazalo da je primena vakcina neophodna ali svakako dalja istraživanja KOVID infekcije i posebno komplikacija nisu prestala iako je pandemija završena. Sva saznanja dobijena tokom ove pandemije mogu pomoći kako naučnicima tako i lekarima u praksi za prevenciju novih bolesti u budućnosti kao i u borbi protiv novih infekcija .

PANDEMIJA COVID-19 NA PODRUČJU TUZLANSKOG KANTONA

Amila ŠIŠIĆ, Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona, Ul. Tuzlanskog odreda br.6. Tuzla

Uvod:
Situacije poput globalne pandemije COVID-19, koju je Svjetska zdravstvena organizacija proglasila 11. marta 2020.godine, zahtijevaju radikalne promjene u svim segmentima društva, kako bi se širenje pandemije brže i efikasnije zaustavilo, a njene posljedice minimizirale.

Cilj rada:
Prikazati tok kretanja pandemije COVID-19 kroz sve epidemiološke parametre na području Tuzlanskog kantona u periodu od 2020.-2022. godine.

Materijal i metode:
Korišteni su podaci Zavoda za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona, te je izvršena retrospektivna analiza o kretanju broja oboljelih tokom pandemije COVID-19 u periodu od 2020. do 2022. godine na području Tuzlanskog kantona.

Rezultati rada:
Na području Tuzlanskog kantona prvi potvrđeni slučaj na Covid-19 bio je 27.03.2020. godine. Od tada pa do 31.12.2022. godine, na području Tuzlanskog kantona, PCR metodom obrađeno je 230444 uzorka, pri čemu je kod 50484 uzorka potvrđeno pristustvo SARS-CoV-2 virusa. Kada je u pitanju dobna struktura oboljelih uočeno je da najčešće oboljevaju osobe između 25 – 49 godina (19737 oboljelih). Što se može objasniti činjenicom da je to radno sposobno stanovništvo, koje je ujedno i najaktivnije od svih dobnih skupina. Od ukupnog broja oboljelih, 5570 je zahtijevalo bolničko liječenje, od kojih je 596 pacijenata tretirano invazivnom mehaničkom ventilacijom (IMV). U posmatranom periodu zabilježeno je ukupno 1924 smrtna ishoda od kojih je 1064 muškog, a 860 ženskog spola. Kada je u pitanju spolna struktura oboljelih vidno prednjaći ženski spol sa 26982 oboljele osobe.

Zaključak:
Pandemija COVID-19 predstavlja veliki izazov za zdravstvene radnike, uz iznimnu izloženost stresu i neizvjesnost, iscrpljenosti zdravstvenih radnika, a samim tim i zdravstvenog sistema.

Ključne riječi: Covid-19, izazovi, pandemija, rizik, zdravstveni radnici, Tuzlanski kanton.

EFIKASNOST NASTAVNOG PROCESA U VANREDNIM OKOLNOSTIMA ODRŽAVANJA NASTAVE

Slađana ARSIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija Kruševac, Odsek za medicinske nauke Ćuprija, Srbija
Biljana ILIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija Kruševac, Odsek za medicinske nauke Ćuprija, Srbija
Tatjana KILIBARDA, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija Kruševac, Odsek za medicinske nauke Ćuprija, Srbija

Apstrakt

Uvod:
Covid-19 je nesumnjivo uticao na sve segmente ljudskog života, pa samim tim i na obrazovanje. Izvršio je snažan uticaj na sisteme obrazovanja širom sveta i to na sve nivoe obrazovanja. Zbog pandemije Covid-19, u svim visokoškolskim ustanovama u Srbiji, redovna nastava je obustavljena i uvedena je online nastava.

Cilj rada:
Cilj ovog rada je da pokuša da odgovori na pitanje kako je Covid-19 uticao na obrazovanje, sticanje znanja i ovladavanje praktičnim veštinama studenata Akademije vaspitačko medicinskih strukovnih studija u Kruševcu, Odseka za medicinske studije u Ćuprijii.

Metodologija:
Osnovni metodološki princip izrade rada temelji se na analizi rezultata sprovedene online ankete u okviru koje su studenti Akademije vaspitačko medicinskih strukovnih studija u Kruševcu, Odseka za medicinske studije u Ćuprijii, ocenjivali pedagoški rad nastavnika teorijske i praktične nastave u toku održavanja nastave u vanrednim okolnostima. Anketom su bili obuhvaćeni studenti svih studijskih programa iz sve tri godine studija, u Odseku za medicinske studije, koji su prijavili svoje učešće u junskom ispitnom roku.

Zaključak:
Covid-19 je imao negativni uticaj na efikasnost nastave u oblasti visokog strukovnog obrazovanja. Uključivao je teškoće u procesu realizacije teorijske, a pre svega u procesu realizacije praktične nastave. Istraživanje je takođe pokazalo i da su brojni profesori i studenti zavisili od inovacija u obrazovanju, u procesu usvajanja digitalnih metoda obrazovanja. Efektivnost online nastave i satisfakcija istom od strane studenata i nastavnika je delimična. Postojale su i dobre strane u realizovanoj online nastavi. Međutim, nedostaci su bili brojniji i uključivali su pre svega nepostojanje kontakta licem u lice i nemogućnost adekvatne realizacije praktičnih vežbi, kao i preveliku fleksibilnost u radu,

Ključne reči: On-line učenje; Visoko obrazovanje; Covid-19 pandemija;

EFFICIENCY OF THE TEACHING PROCESS IN EXTRAORDINARY CIRCUMSTANCES OF CLASSES

Slađana ARSIĆ, The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Department of Medical Sciences Cuprija, Serbia
Biljana ILIĆ, The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Department of Medical Sciences Cuprija, Serbia
Tatjana KILIBARDA, The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Department of Medical Sciences Cuprija, Serbia

Abstract

Introduction:
Covid-19 has undoubtedly affected all segments of human life, including education. It has had a strong impact on education systems around the world and at all levels of education. Due to the Covid-19 pandemic, in all higher education institutions in Serbia, regular classes have been suspended and online classes have been introduced.

Aim:
The aim of this work is to try to answer the question of how Covid-19 affected education, knowledge acquisition and mastering of practical skills of students The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Department of Medical Sciences Cuprija

Methodology:
The basic methodological principle of the work is based on the analysis of the results of an online survey in which students The Academy of Applied Preschool Teaching and Health Studies, Krusevac, Department of Medical Sciences Cuprija, evaluated the pedagogical work of theoretical and practical teachers during classes in extraordinary circumstances. The survey included students of all study programs in all three years of study, in the Department of Medical Studies, who registered their participation in the June exam period.

Conclusion:
Covid-19 had a negative impact on the effectiveness of teaching in the field of higher vocational education. It included difficulties in the process of realization of theoretical, and above all in the process of realization of practical teaching. The research also showed that many professors and students depended on innovations in education, in the process of adopting digital methods of education. The effectiveness of online teaching and satisfaction with it by students and teachers is partial. There were also good sides in the online teaching. However, the shortcomings were more numerous and included first of all the lack of face-to-face contact and the impossibility of adequate implementation of practical exercises, as well as too much flexibility in work.

***Keywords**:* On-line learning; High education; Covid-19 pandemic;

UTICAJ COVID PANDEMIJE NA DIJAGNOSTIKOVANJE I LEČENJE TUBERKULOZE U GRADSKOM ZAVODU ZA PLUĆNE BOLESTI I TUBERKULOZU BEOGRAD

Dejan DIMIĆ, Gradski zavod za plućne bolesti i TB Beograd,
ROKSANDIĆ MILENKOVIĆ M. Gradski zavod za plućne bolesti i TB Beograd,
DIMIĆ N., Kliničko bolnički centar ,,Dr Dragiša Mišović Dedinje,,

Uvod

Iako se verovalo da će TB biti iskorenjena u XXI veku, ona i dalje odnosi milione života. Od nje godišnje u svetu oboli oko 10 miliona ljudi, od toga preko milion dece, a umre oko dva miliona obolelih. Zaustavljanje ove iscrpljujuće bolesti predstavlja i dalje globalni prioritet. Poslednjih deset godina u tome je postignut ohrabrujući napredak. Međutim, pandemija COVID-19 dovela je dalji uspeh u borbi protiv ove bolesti u opasnost. Negativno je uticala na prevenciju i kontrolu tuberkuloze na prvom mestu jer SARS-CoV-2 virus predstavlja povećan rizik za osobe obolele od tuberkuloze, kao i zbog toga što je izazvala ozbiljne poremećaje na globalnom nivou u pružanju zdravstvenih usluga u oblasti dijagnostike i lečenja tuberkuloze.

Cilj

Utvrditi uticaj kovid pandemije na broj dijagnostikovanih i lečenih od TB u GZZPBiTB

Metodologija

Retrospektivnom analizom obuhvaćeni su medicinski i laboratorijski protokoli za dijagnostikovanje i lečenje TB u GZZPBiTB u periodu od 2018. do 2023.

Rezultati

U GZZPBiTB od plućne i vanplućne TB je 2020. lečeno 80 bolesnika, 2021. 95 i 2022. 122 bolesnika što je značajno manje u odnosu na 2018. 180 i 2019. 164 bolesnika.
Tokom angažovanja GZZPBiTB u kovid pandemiji urađeno je 6223 pregleda na AARB - pozitivnih 148 i 6478 pregleda na LoW - pozitivnih 124 što je značajno manje u odnosu na period pre kovid pandemije.

Zaključak

Tokom pandemije COVID-19 u GZZPBiTB Beograd, uprkos činjenici da je ustanova aktivno učestvovala kao kovid trijažni centar, posebna pažnja je posvećena obolelim od TB u cilju održavanja neophodnog nivoa kapaciteta dijagnostike i lečenje tuberkuloze, kako bi se svi potencijalno oboleli na vreme dijagnostikovali i lečili.

Ključne reči : COVID 19, tuberkuloza, dijagnostikovanje, lečenje

UTICAJ EPIDEMIJE COVID-19 NA NEGU I LEČENJE ONKOLOŠKIH PACIJENATA

THE INFLUENCE OF THE COVID-19 EPIDEMIC ON THE CARE AND TREATMENT OF ONCOLOGICAL PATIENTS

Vasilije KORUGIĆ, načelnik organka Banovo brdo DZ „Simo Milošević“ Čukarica

SAŽETAK:

Uvod: Epidemija virusa COVID-19, za kratko vreme, postala je globalna zdravstvena pretnja čovečanstvu. Novi virus, brzina prenošenja i pandemijske razmere doveli su u pitanje način funkcionisanja, organizacije i fleksibilnosti sistema zdravstvene zaštite u svim zdravstvenim sistemima. Zdravstvena kriza izazvana virusom SARS-CoV-2 naročito se odrazila na pružanje zdravstvene zaštite i nege onkološkim pacijentima i organizaciju kliničkih aktivnosti u ustanovama koje zbrinjavaju onkološke pacijente u uslovima epidemije COVID-19.

Cilj: Cilj rada se sastoji istrživanju i prezentaciji rezultata o uticaju epidemije COVID-19 na negu i lečenje onkoloških pacijenata u Republici Srbiji i okruženju i načinu organizacije rada zdravstvenih ustanova zaduženih za lečenje onkoloških pacijenata.

Metode: U radu se prikazuju rezultati domaćih i međunarodnih istraživanja i stručnih mišljenja u vezi sa uticajem COVID-19 infekcije na lečenje, zbrinjavanje i tretman onkoloških pacijenata. Osnova za pripremu rada su istraživanja i publikacije domaćih i stranih autora objavljenih u međunarodnim časopisima i publikacijama. Korišćena publikovana literatura sadrži rezultate, mišljenja i stavove u vezi sa uticajem COVID-19 na onkološke pacijente i njihovo zdravstveno stanje.

Rezultati: Dosadašnja istraživanja na konkretnu temu ukazuju na postojanje učestalih problema u dijagnostikovanju, lečenju i tretmanu onokoloških pacijenata zbog epidemije COVID-19, kao i teškoćama u sprovođenju onkoloških kontrolnih pregleda, a koji kao posledica epidemije COVID-19 utiču na progresiju oboljenja.

Zaključak: Sve države sveta donose različite zdravstvene mere, reorganizuju svoju zdravstvenu zaštitu i prilagođavaju je novonastalim okolnostima. Gotovo sve zdravstvene ustanove brine rizik od prenošenja COVID-19 infekcije u bolnicama. S druge strane, rizik od progresije bolesti onkoloških pacijenata povećava se s trajanjem epidemije. U nedostatku univerzalnih smernica, često se pribegava personalizovanom pristupu u praksi uz pravilo: *„primum non nocere“* – ne naškoditi.

Ključne reči: pandemija, COVID-19, onkologija, populacija, hemoterapija, reorganizacija zdravstvenog sistema

Autor za korespodenciju: Vasilije Korugić,
(adresa): Matice Srpske 81
Elektronska adresa:vasilijekorugic@yahoo.com, Vasilije.korugic@dzcukarica.rs
Kontakt telefon 0602888007

ABSTRACT:

Introduction: The epidemic of the COVID-19 virus, in a short time, has become a global health threat to humanity. The new virus, the speed of transmission and the pandemic scale have called into question the way the functioning, organization and flexibility of the health care system in all health systems. The health crisis caused by the SARS-CoV-2 virus especially affected the provision of health care and care to oncology patients and the organization of clinical activities in institutions that care for oncology patients in the conditions of the COVID-19 epidemic.

Aim: The aim of this paper is to research and present the results of the impact of the COVID-19 epidemic on the care and treatment of oncology patients in the Republic of Serbia and the environment and the organization of health institutions in charge of treating oncology patients.

Methods: The paper presents the results of domestic and international research and expert opinions regarding the impact of COVID-19 infection on the treatment, care and treatment of cancer patients. The basis for the preparation of the paper are research and publications of domestic and foreign authors published in international journals and publications. The published literature contains results, opinions and attitudes regarding the impact of COVID-19 on cancer patients and their health status.

Results: Previous research on a specific topic indicates the existence of frequent problems in diagnosing, treating and treating cancer patients due to the COVID-19 epidemic, as well as difficulties in conducting oncological control examinations, which as a consequence of the COVID-19 epidemic affect disease progression.

Conclusion: All countries of the world adopt different health measures, reorganize their health care and adapt it to the new circumstances. Almost all health facilities are concerned about the risk of transmitting COVID-19 infection in hospitals. On the other hand, the risk of disease progression in cancer patients increases with the duration of the epidemic. In the absence of universal guidelines, a personalized approach in practice is often resorted to with the rule: "primum non nocere" - do no harm.

Keywords: pandemic, COVID-19, oncology, population, chemotherapy, health system reorganization

Autor za korespodenciju: Vasilije Korugić,
(adresa): Matice Srpske 81
Elektronska adresa:vasilijekorugic@yahoo.com, Vasilije.korugic@dzcukarica.rs
Kontakt telefon 0602888007

ZNAČAJ FARMAKOTERAPIJE I NEFARMAKOLOŠKIH MERA U LEČENJU HIPERTENZIJE

Violeta ILIĆ TODOROVIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Srbija
Jasmina JOVANOVIĆ MIRKOVIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Srbija
Christos ALEXOPOULOS, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Srbija
Vesna VESIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Srbija
Miljana MARKOVIĆ, Akademija vaspitačko medicinskih strukovnih studija, Odsek medicinskih studija Ćuprija, Srbija

Uvod: Hipertenzija kao oboljenje se češće javlja kod starijih osoba i populacije srednjih godina. Prema uzroku nastanka, hipertenzija može biti primarna (esencijalna, idiopatska) i sekundarna. Hipertenzivna kriza predstavlja akutno po život opasno, povećanje vrednosti krvnog pritiska pri čemu vrednosti sistolnog pritiska obično prelaze vrednosti od 180 mmHg, a dijastolnog preko 120 mmHg.
Dijagnoza i procena težine hipertenzije postavlja se na osnovu: merenja krvnog pritiska, uzimanja lične i porodične anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskih analiza, dodatnih dijagnostičkih testova radi procene oštećenja organa (ultrazvuk, kompjuterizovana tomografija i magnetna rezonanca) i procene ukupnog kardiovaskularnog rizika.

Cilj istraživanja je da se utvrdi koliko se pacijenti pridržavaju redovnog uzimanja terapije, primene nefarmakoloških mera i redovnog merenja krvnog pritiska, kao i koliko je uloga farmaceuta u tome bitna.

Metodologija istraživanja: Istraživanje je rađeno po tipu studije preseka. Za potrebe anketiranja korišćen je anketni upitnik koji je posebno dizajniran za potrebe ovog istraživanja. Podaci su analizirani i obrađeni u programskom paketu SPSS 20.

Rezultati i diskusija: Na osnovu rezultata istraživanja hipertenzija je najviše zastupljena kod ispitanika sa prekomernom telesnom masom 52 (52%) ispitanika, procenjujući njihov BMI. Fizičku aktivnost 2-3 puta nedeljno (šetnja/vožnja bicikla) je obavljalo 32% ispitanika, aktivnim sportom se bavilo 2%. Preporuka lekara i farmaceuta treba biti u smeru održavanja optimalne telesne mase redovnom fizičkom aktivnošću, pravilnom ishranom i usvajanjem zdravih životnih navika. Lekove koji su ispitanici najčešće koristili bili su ACE-inhibitori, kao i njihove kombinacije sa diureticima i/ili blokatorima Ca kanala. Uloga farmaceuta bila bi od značaja u podizanju svesti opšte populacije o važnosti redovne terapije u cilju prevencije kardiovaskularnih bolesti.

Zaključak: Svi zdravstveni radnici edukacijom pacijenata i promocijom zdravog načina života mogu da doprinesu boljoj kontroli krvnog pritiska i prevenciji kardiovaskularnih bolesti. Redovno praćenje ishoda bolesti i efikasnosti primenjivane terapije, farmaceuti će pomoći pacijentima da preuzmu kontrolu nad svojom bolešću.

Ključne reči: hipertenzivna kriza, promocija zdravlja, merenje krvnog pritiska, terapija

e-mail: ninajovanovic.vms@gmail.com

ZASTUPLJENOST VAKCINISANJA PROTIV COVID – 19 U DOMU ZDRAVLJA „NOVI SAD“

Danica POPOVIĆ, Dom Zdravlja „Novi Sad“, Novi Sad, Republika Srbija
Regina RISTIĆ, „Biotest“, Novi Sad, Republika Srbija
Jelena ĐOKIĆ, Institut za puićne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Republika Srbija
Ana MILJKOVIĆ, Dom Zdravlja „Novi Sad“, Novi Sad, Republika Srbija
Ana BABIĆ, Institut za Kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Republika Srbija
Filip SAMARDŽIĆ, Klinički Centar Vojvodine, Novi Sad, Republika Srbija

KRATAK SADRŽAJ:

Prve vakcine protiv COVID-19, sistemske bolesti koja nastaje usled infekcije virusom SARS – CoV-2, razvijene su za nešto manje od godinu dana. Vakcine se baziraju na različitim tehnologijama i jednako su ispitivane. One vakcine koje su trenutno odobrene u celom Svetu su se pokazale dovoljno efikasnim i sigurnim za korištenje. U Domu Zdravlja „Novi Sad“ bilo je omogućeno vakcinisanje na četiri lokacije u gradu za sve stanovnike Rpublike Srbije. Cilj je prikazati zainteresovanost stanovništva za vankcinisanje protiv COVID – 19. Za metodologiju je korištena dnevna evidencija vođena u vakcinalnom punktu Doma Zdravlja „Novi Sad“ sa predstavljenim vrstama, dozama, količinama na dnevnom nivou za period od januara 2021. do maja 2023. Rezultati su pokazali da procenat broja vakcinisanih je 7,5 u odnosu na ukupan broj stanovnika Republike Srbije, od toga se najviše vakcinisalo prvom i drugom dozom Sinofarma, trećom i četvrtom dozom Pfizera, petom dozom Spikevax – BIV. Od ukupnog broja vakcinisanih, 38% su bile prve doze, dok su ostale procentualno bile manje zastupljene. Zaključujemo da je neophodno stvaranje kolekivnog imuniteta koji sprečava virus da stigne do osetljivih osoba koje zbog određenih kontraindikacija ne mogu da budu vakcinisane. Prema dosadašnjim epidemiološkim podacima o ovoj bolesti, smatra se da bi kolekivni imunitet od 80% bio dovoljan za uspešnu kontrolu pandemije. S obzirom na naše rezultate i rezultate javno prikazane od kompetentnih ustanova u Srbiji, vidi se da stanovništvo nije dovoljno zainteresovano za vakcinisanje protiv ove bolesti.
Ključne reči: COVID – 19, vakcinacija, kolekitvni imunitet, doze, vrste

SUMMARY

The first vaccines against COVID-19, the systemic disease arising from SARS-CoV-2 infection, were developed in less than a year. These vaccines are based on various technologies and have undergone rigorous testing. The vaccines that are currently approved worldwide have demonstrated both effectiveness and safety for use. The "Novi Sad" Health Center provided vaccination at four locations throughout the city for all residents of the Republic of Serbia.
The goal of this study is to illustrate the population's interest in COVID-19 vaccination. The methodology involved utilizing daily records from the vaccination point at the "Novi Sad" Health Center, outlining the types, doses, and quantities administered on a daily basis from January 2021 to May 2023. The results indicated that the vaccination rate was 7.5% in relation to the total population of the Republic of Serbia. The majority of vaccinations were administered using the Sinopharm vaccine for the first and second doses, Pfizer for the third and fourth doses, and Spikevax-BIV for the fifth dose. Among the total vaccinated, 38% received the first dose, while the rest were proportionally less represented.
We conclude that the establishment of collective immunity is essential to prevent the virus from reaching vulnerable individuals who, due to specific contraindications, cannot be vaccinated. Based on existing epidemiological data on this disease, it is believed that a collective immunity level of 80% would be sufficient for successful pandemic control. However, considering our results and those publicly presented by reputable institutions in Serbia, it is evident that the population is not adequately interested in vaccination against this disease.
Keywords: COVID-19, vaccination, collective immunity, doses, types

Kontakt informacije o autoru: Danica Popović 00381 64 23 22 352

UVOD

Koronavirus (SARS-COV-2) je ljudski virus koji izaziva bolest COVID-19. U vreme pojave, ljudska populacija nije imala neophodan imunitet. S toga je trebalo za vrlo kartko vereme stvoriti vakcinu. U početku je bio ograničen broj vakcina, jer su se još istraživale, te je trebalo da prođe skoro godinu dana da bi bile odobrene i za trudnice i decu. (2) Svetska zdravstvena organizacija je predložila procedure za korištenje vakcine. Prioritet u prijemu su imali zdravstveni radnici, korisnici gerontoloških domova, kao i hronični bolesnici (5). Pandemija COVID-19 predstavlja veoma veliki izazov za zdravlje stanovnika od koje je preminulo približno oko 5 miliona ljudi, a preko 250 miliona je dijagnostikovano obolelih za nepune 2,5 godine (1). Veća smrtnost je zabeležena kod imunokomprimitovanih bolesnika, onkoloških, HIV pozitivnih, hroničarima sa autoimunim bolestima, bolestima bubrega i jetre. U početku ispitivanja vakcine, populacija sa imunokompromitovanim stanjima nisu odmah ušla u ispitivanje, a smrtnost im je bila velika. Zbog nedovoljno dokaza za ovu populaciju, proizvođači su izdali uputstva i upozorenja sa definisanim rizicima za upotrebu vakcine. Kod ovih pacijenata se očekuje smanjen odgovor na vakcinu. Zbog sporog odgovora kod ovih pacijenata, preporuka je bila da se ide sa tri do četiri doze (3). Prve vakcine protiv COVID-19, sistemske bolesti koja nastaje usled infekcije virusom SARS-COV-2, razvijene su za manje od godinu dana. Vakcina je nastala zahvaljujući udruženju velikih količina resursa i znanja, kompanija, naučnih institucija, laboratorija za razvoj vakcina, naučnih časopisa koji su omogućili brzu razmenu podataka i znanja o virusnoj infekciji. Dostupnost je bila omogućena za širu populaciju. Na početku pandemije, urađena je izolacija SARS-COV-2 sa uloženom velikom količinom novca za razvoj vakcine, te se do rezultata vrlo brzo dolazilo. Vakcine su bazirane na različitim tehnologijama i jednako su se ispitivale. U Svetu su odobrene nastale vakcine koje su dale efikasne rezultate (4). Vakcinacija je rešenje u lečenju ove bolesti. Predstavlja temeljnu podlogu za sprečavanje i kontrolu širenja zarazne bolesti. Socijalno distanciranje, nošenje maski i imunizacija je najisplativiji način zaštite od ove bolesti. Vakcina je u središtu javnog zdravlja nacije. Možda neće distanciranje i izolacija biti dovoljne za širenje bolesti, ali stečen imunitet i vakcinacija će biti dobro uspostavljeni u populaciji (6). U Domu zdravlja "Novi Sad" bilo je omogućeno vakcinisanje na četiri lokacije u gradu za sve stanovnike Republike Srbije. Za strance se vodila posebna evidencija, koja u ovom radu nije prikazana. Od vakcina na raspolaganju su bile: Sinofarm, Sputnik I i II, Pfizer, Astra Zenika, Moderna (Tabela 1), a posle su dostavljene bivalentne Spikevax i Pfizer. U Svetu se najviše koristila vakcina Pfizer 57%, Astra Zeneka 32%, Moderna 26%, Sinofarm 9%, Sputnik 5%. Bivalentne vakcine ciljaju dva soja virusa. To znači da se ove vakcine prave od mešavine stare formule, koja cilja originalni SARS-COV-2, a u nju se dodaju i elementi Omikron soja virusa. Izaziva imuni odgovor protiv dva različita antigena. To znači da štiti od dva različita virusa ili dve varijante jednog virusa. Smatraju se pojačivačima.

CILJ

Prikazati zainteresovanost stanovništva za vankcinisanje protiv COVID – 19

METODOLOGIJA

Korištena je dnevna evidencija vođena u vakcinalnom punktu Doma Zdravlja „Novi Sad" sa predstavljenim vrstama, dozama, količinama na dnevnom nivou za period od januara 2021. do maja 2023.

REZULTATI

Procenat broja vakcinisanih je 7,5 u odnosu na ukupan broj stanovnika Republike Srbije, od toga se najviše vakcinisalo prvom i drugom dozom Sinofarma, trećom i četvrtom dozom Pfizera, petom dozom Spikevax – bivalentni (BIV). Od ukupnog broja vakcinisanih, 38% su bile prve doze, dok su ostale procentualno bile manje zastupljene (Tabela 2., Grafikon 1.). Ukupno je dato 505.399 doza vakcina, što je 7.5 % od ukupnog broja stanovnika u 2022 godini, koji je bio 6.690.887. U celom Svetu je vakcinisano 61% stanovništva.

ZAKLJUČAK

Potrebno je stvoriti kolektivni imunitet (bar 80%), koji sprečava da virus stigne do osoba koje su osetljivije i kod koji zbog određenih kontraindikacija nisu u stanju da budu vakcinisane.Poverenje u vakcinu zavisi od poverenja pacijenata i pružioca usluga. Zdravstveni radnici koji su vakcinisani imaju uticaj na pacijente koji se informišu o vakcinama. Koliko su zdravstveni radnici informisani i imaju svoje lične stavove, dosta je doprinelo na vakcinisanje pacijenata. Nepoverenje zdravstvenih radnika i averzija prema vakcinama kao i neodlučnost, definitivno je uticala na celu populaciju. Pokazalo se da sadržaj i kvalitet obrazovnih informacija o vakcinama od strane zdravstvenih radnika bile

su korisne u prihvatanju vakcinisanju pacijenata. Pokazalo se da osobe koje su vakcinisane buster bivalentnom dozom su 84% manje hospitalizovane od onih koje su primile samo dve ili više monovalentnih vakcina. Da bi se uradile kliničke studije, za to treba vremena. To bi dodatno zastarilo dosadašnje buster varijante, a vremena puno nema. Izvođenje treće faze za svaku varijaciju RNK nije realno, jer dok bi se sprovela, vakcina za određenu varijantu bi bila prevaziđena, zbog dominacije novog soja. Ova faza bi trebalo da se sprovodi na imunološki naivnim učesnicima-onim koji nisu sreli uzročnika ili bili vakcinisani. Nakon dve godine od pandemije, to bi bilo sada jako teško, jer je takvih osoba jako malo. Vakcine za bilo koji soj korona virusa može da zaštiti od teškog oblika bolesti i smrti.

LITERATURA

1. OJ Wouters, KC Shadlen, M. Salcher-Konrad, AJ Pollard, HJ Larson, I. Teeravattananon, et al. Challenges in ensuring global access to vaccines against COVID-19: production, affordability, distribution and implementation Lancet (2021). The Lancet, volume 397, P1023-1034.
2. KS Vora, A. Sundararajan, S. Saiied, K. Dhama, S. Natesan The impact of COVID-19 on women and children and the need for a gender-based approach in vaccine development Human Vaccines Immunothera, 16 (12) (2020), p. 2932-2937 View the PDF Access to this article is free. CrossRefView in ScopusGoogle Scholar.
3. BM Pruβ Current status of the first vaccines against COVID-19 Vaccines, 208 MDPI Journals Awarded Impact Factor 9 (1) (2021)
4. J. Yang, V. Zheng, H. Shi, Ks. Ian, K. Dong, K. You, et al. Who should be prioritized for vaccination against COVID-19 in China? Descriptive study BMC Med, 19 (1) (2021), p. 45.
5. Wong BLH, Ramsay ME, Ladhani SN. Should children be vaccinated against COVID-19 now? Arch Disease Childhood; National Library of Medicine 2021: archdischild-2020-321225.
6. R. Forman, S. Shah, P. Jeurissen, M. Jit, E. Mosialos COVID-19 vaccine challenges: What have we learned so far and what remains to be done? Health Policy, 125 (5) (2021), p. 553 – 567.

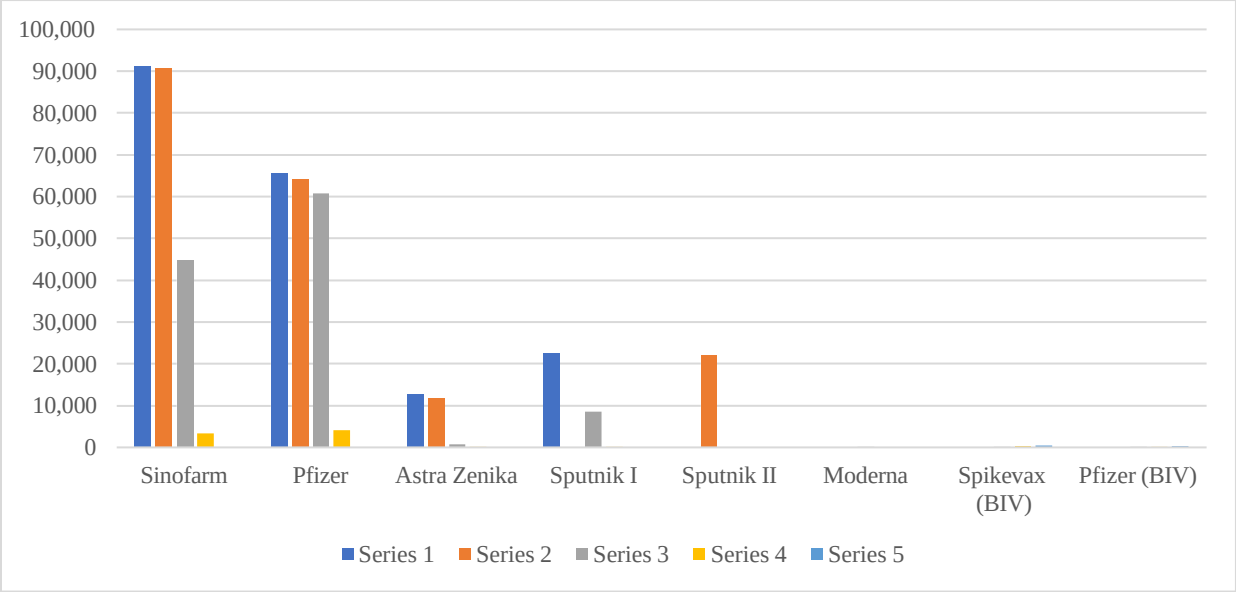
TABELA 1- RAPOLOŽIVOST I KARAKTERISTIKE VAKCINA

naziv vakcine	proizvođač	uzrast	tip vakcine	karakteristike	efikasnost	doziranje
Pfizer – BioNTech COVID - 19	Nemačka / SAD	>16 godina	Informacion a RNK	Imunski sistem je prepoznaje kao strani molekul koji dovodi do aktiviranja imuniteta i stvaranja zaštitnog imuniteta.	95% nakon primljene II doze.	Dve odvojene doze, sa razmakom od 21 dan.
Sinopharm COVID - 19	Kina	>18 godina	Inaktivna	Inaktivna mrtva vakcina slična vakcini protiv gripa.	79,34% nakon primljene II doze	Dve odvojene doze, sa razmakom od 2. do 4. nedelje.
Sputnik V	Rusija	>18 godina	Vektorska	Imunski odgovor se razvija na delove vektora, imunski odgovor razvijen na delove nosača, sprečava da nakon prve imunizacije negativno se utiče na imunski odgovor, koji izaziva druga imunizacija.	91,6% nakon II primljene doze	Dve odvojene doze, sa razmakom od 21 dan.
AstraZeneca COVID - 19	Velika Britanija, Švedska	>18 godina	Vektorska	Adenovirus ulazi u ćeliju čoveka i isporuči genetičku informaciju za spike glikoprotein, koji se sintetiše i pokreće imunski odgovor.	62% nakon II doze	Dve odvojene doze, sa razmakom od 4. do 12. nedelja
Moderna	SAD	>18 godina	Informacion a RNK	Imunski sistem prepoznje ubačen spike glikoprotein, kao strani molekul i dolazi do njegove aktivacije i stvaranja zaštitnog imuniteta. Ova vakcina sadrži veću količinu iRNK u odnosu na Pfizer vakcinu.	94,1% nakon II doze	Dve odvojene doze, sa razmakom od 28 dana.

TABELA 2 – PRIKAZ DATIH DOZA PO POJEDINAČNIM PROIZVOĐAČIMA

VAKCINA	Preuzeto	Data I doza	Data II doza	Data III doza	Data IV doza	Data V doza
Sinofarm	230.514	91.318	90.820	44.845	3.356	
Pfizer	195.714	65.749	64.097	60.810	4.131	
Astra Zenika	23.420	12.730	11.952	826	4	
Sputnik I	31.990	22.488	-	8.569	9	
Sputnik II	22.225	-	22.182	-	-	
Moderna	130	27	22	126	0	
Spikevax (bivalentna)	980	-	-	13	324	490
Pfizer (bivalentna)	690	-	-	36	200	275

GRAFIKON 1 - PRIKAZ DATIH DOZA PO POJEDINAČNIM PROIZVOĐAČIMA



POSLOVANJE ZA VREME PANDEMIJE COVID – 19 U DOMU ZDRAVLJA „NOVI SAD“

Danica POPOVIĆ, Dom Zdravlja „Novi Sad“, Novi Sad, Republika Srbija
Regina RISTIĆ, „Biotest“, Novi Sad, Republika Srbija
Jelena ĐOKIĆ, Institut za puićne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Republika Srbija
Ana MILJKOVIĆ, Dom Zdravlja „Novi Sad“, Novi Sad, Republika Srbija
Ana BABIĆ, Institut za Kardiovaskularne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Republika Srbija
Filip SAMARĐZIĆ, Klinički Centar Vojvodine, Novi Sad, Republika Srbija

KRATAK SADRŽAJ:

Pandemija Covid – 19 je ugrozila javno – zdravstvene sisteme, i uslovila je da se uvedu nove mere, uključujući zabranu kretanja i naredbe o ostajanju kod kuće. Tokom pandemije, zdravstveni radnici, uključujući lekare, medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje, susreli su se sa nizom različitih problema, koji pre toga nisu postojali – susret sa nepoznatom bolešću, nova organizacija službe, briga za sebe, pacijente i porodicu, intenzivan rad i preopterećenost. Novonastale okolnosti u okviru pandemije dovele su do promene u organizaciji pomoći pacijentima. Cilj je bio da se prikaže učestalost oboljenja zdravstvenih radnika od COVID – 19 u DZ „Novi Sad“, za period od 2021. do 2023.godine. Za metodologiju je korištena dnevna evidencija otvorenih bolovanja vođena na nivou Doma Zdravlja „Novi Sad“. Rezulati dobijeni pokazuju da je broj obolelih zdravstvenih radnika za period od 2021.godine do jula meseca 2023.godine, prosečno iznosio 20.4% u odnosu na ukupan broj zaposlenih radnika, a 23.8% u odnosu na ukupan broj zdravstvenih radnika. Može se zaključiti da je pandemija COVID – 19 pokazala neophodnost angažovanja svih nadležnih institucija u cilju podizanja kapaciteta zdravstvenog sektora u kriznim situacijama, boljeg poštovanja prava zdravstvenih radnika i obezbeđivanja adekvatnih uslova za rad. Podaci koji pokazuju da Srbija ima ubedljivo najveći broj preminulih lekara i zdravstvenih radnika od korona virusa među zemljama u regionu, crveni su alarm koji pandemijskim krizama zdravstveni sistem uspešnije suprotstavio, obezbeđujući adekvatnu zaštitu kako prava pacijenata tako i zdravstvenih radnika.

Ključne reči: COVID – 19, zdravstveni radnici, organizacija, poslovanje, bolovanje, uslovi rada

SUMMARY:

The COVID-19 pandemic has posed significant challenges to public healthcare systems, necessitating the implementation of new measures, including movement restrictions and stay-at-home orders. Throughout the pandemic, healthcare professionals, including doctors, nurses, and other medical staff, have encountered a range of unprecedented issues. These include dealing with an unfamiliar disease, adapting to new service arrangements, managing personal well-being, caring for patients and families, and coping with intense workloads and pressures. The emerging circumstances during the pandemic have brought about changes in patient care organization.
This study aims to depict the incidence of COVID-19 infections among healthcare workers at the Health Center "Novi Sad" from 2021 to 2023. The methodology utilized daily records of sick leaves maintained at the "Novi Sad" Health Center. The obtained results reveal that the percentage of infected healthcare workers from 2021 to July 2023 averaged 20.4% of the total employed staff and 23.8% of the total healthcare workforce. It can be concluded that the COVID-19 pandemic underscores the necessity for engagement from relevant institutions to enhance healthcare sector capacities during crises, reinforce the rights of healthcare workers, and provide adequate working conditions.
The data, which indicate that Serbia has the highest number of deceased doctors and healthcare workers due to the coronavirus among countries in the region, serve as a critical warning sign. This underscores the importance of a healthcare system's resilience during pandemics, ensuring both patient rights and the well-being of healthcare professionals are adequately protected.

Keywords: COVID-19, healthcare workers, organization, operations, sick leave, working conditions

Kontakt informacije o autoru: Danica Popović 00381 64 23 22 352

UVOD

Pandemija Covid-19 je ugrozila javno-zdravstvene sisteme i uslovila da se uvedu nove mere, uključujući zabranu kretanja i naredbe o ostajanju kod kuće. Tokom pandemije zdravstveni radnici, uključujući lekare, medicinske sestre i drugo zdravstveno osoblje, susreli su se sa nizom različitih problema, koji pre toga nisu postojali-susret sa nepoznatom bolešću, nova organizacija službe, briga za sebe, pacijente i porodicu, intenzivan rad i preopterećenost. Novonastale okolnosti u okviru pandemije dovele su do promene u organizaciji pomoći pacijentima (1). Vanredna situacija je stanje kada su rizici i pretnje ili posledice katastrofa, vanrednih događaja i drugih opasnosti po stanovništvo, životnu sredinu i materijalna dobra takvog obima i intenziteta da njihov nastanak ili posledice nije moguće spečiti ili otkloniti redovnim delovanjem nadležnih organa i službi, zbog čega je za njihovo ublažavanje i otklanjanje neophodno upotrebiti posebne mere, snage i sredstva uz pojačan režim rada (2). Svetska zdravstvene organizacija je navela opasnosti kojima se zdravstveni radnici izloženi u vreme pandemije: izloženost patogenima, produženo radno vreme, psihološki pritisak i pojava psihičkih tegoba, konstantan umor, profesionalno sagorevanje, stigma, fizičko i psihičko nasilje. Strah od infekcije, frustracije, diskriminacije, izolacije, nedostatak kontakta sa porodicom (3). Postupci za pravovremene mere zaštite zdravstvenih radnika su: informisanje zaposlenih uz jasne instrukcije, organizovana obuka o zaštiti na radu, obnavljanje znanja o prevenciji i kontroli infekcije, obuka o upotrebi zaštitne opreme (4). Zdravstvenim radnicima je bila neophodna zaštitna oprema: maske, rukavice, skafanderi, naočari, sredstvo za dezinfekciju ruku, voda, sapun, sredstva za čišćenje. Tehničke stvari su se morale adekvatno sprovoditi i tačno evidentirati kroz administraciju, protokole procene, trijažu, testiranje i lečenje pacijenata, pružanje informacija o prevenciji virusa (5). Na primarnom nivou radilo se u organizovanim "Respiratornim centrima" svih 24 sata, u smenskim timovima na svakih 12 sati. Sekundarni i tercijarni nivoi su imali u toku 24 sata, smanske timove na 12 sati i timsku pokrivenost u zonama izolacije, koje su funkcionisale smenama na svaka 4 sata (crvena zona). Preporuka je da zadravstveni radnici, koji rade u zonama, izolacije, rade skraćeno i to do četiri sata (6). Zdravstvenim radnicima je neophodno obezbediti što bolje uslove rada (7). Informisanost i jasnost podataka se razlikovala po nivoima i bila je najbolje predstavljena na primarnom, na sekundarnom nivou najbolje je prošla obuka o upotrebi zaštitne opreme i tercijarnom je najveća uspešnost bila u obuci o prevenciji i kontroli infekcije. Što se tiče snabdevenosti, zaštitna oprema je bila najbolja na sekundarnom nivou. Treba se omogućiti da psihološki momenat bude poboljšan, da bi se odradio kvalitet pružanih usluga (8). Finansijski momenat ima ključnu ulogu u pružanju usluga, rukovođenju i upravljanju, što sve čini osetljivim za nepovoljna dešavanja u zdravstvu (9). U budućnosti treba mnogo spremnije i više ulagati u zdravstvo, jer je ova struka specifična, teška, odgovorna i često osim ličnih zadovoljstava, kao velikih humanista, nema drugih motiva (10).

CILJ

Prikazati učestalost oboljenja zdravstvenih radnika od COVID – 19 u DZ „Novi Sad", za period od 2021. do 2023.godine.

METODOLOGIJA

Korištena je dnevna evidencija otvorenih bolovanja vođena na nivou Doma Zdravlja „Novi Sad" od oboljenja COVID - 19 pri novim uslovima rada, gde je kapacitet rada bio 50% preorjentisan na rad u formiranom „Respiratornom centru". Radno vreme je bilo 24 sata, sa svim potrebnim kategorijama zdravstvenih radnika, formiranim po timovima koji su bili neophodni. Radilo se pod posebnim merama zaštite (skafandrima, rukavicama, zaštitom za lice, zaštitom za obuću...).

REZULTATI

Dobijeni rezultati pokazuju da je za period januara 2021. do jula 2023. godine, prosečan broj zaposlenih u Domu Zdravlja „Novi Sad" bio 1481, od toga prosek zdravstvenih radnika je iznosio 1268 (86%), a nezdravstvenih radnika iznosio je 212 (14%) (Tabela 1). Od toga prosečan broj obolelih zdravstvenih radnika u odnosu na prosečan ukupan broj zaposlenih radnika je iznosio 20.4% (Tabela 2., Grafikon 1.), a prosečan broj obolelih zdravstvenih radnika u odnosu na prosečan ukupan broj zaposlenih zdravstvenih radnika je iznosio 23.8% (Tabela 2., Grafikon 2). Tendencija porasta otvorenih bolovanja u 2022.godini pripisuje se zdravstvenim radnicima, koji su i po dva puta imali otvoreno bolovanje na istu dijagnozu.

ZAKLJUČAK

Svetska Zdravstvena Organizacija je u maju 2021. godine dala podatak o 6.643 smrtna slučaja među zdravstvenim radnicima, uzrokovana COVID – 19, što je višestruko manje na osnovu procene američkog Instituta za zdravstvene pokazatelje i evaluaciju, koji je dao podatak, da je broj umrlih zdravstvenih radnika 179.500. Podaci procenjeni meta - analizom u vezi sa PCR testiranjem su uglavnom usaglašeni sa SZO i iznose od 80.000 do 140.000 smrtnih slučajeva. (12). Podaci Instituta za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“ pokazuju da na 100.000 stanovnika ide oko 300 lekara. U Grčkoj i Portugaliji je taj broj oko 600, dok samo Luksemburg i Poljska imaju manje od Srbije i taj broj kod njih je oko 250. Medicinskih sestara i tehničara u Srbiji na 100.000 stanovnika ide oko 600, dok u zemljama EU taj broj se kreće više od 1.000. Najmanje medicinskih radnika je u Bugarskoj, Litvaniji i Grčkoj, manje od 400 (14). U Srbiji je problem i prosečne starosti lekara. Trećina ima preko 55 godina, što ukazuje i da u ovim godinama možda ima i već postojanje neke hronične bolesti. Samo oko 3.000 je mlađih od 35 godina. Od Covid-19 u Srbiji je za period od marta 2020 do februara 2021 preminulo 89 lekara, 13 stomatologa, 2 farmaceuta, 32 medicinske setre-tehničari. Znači ukupno 136 je podatak koji daje Sindikat lekara, farmaceuta i stomatologa. Za isto vreme u Albaniji su preminula 33, Hrvatskoj 2, Sloveniji 0. Ostaje nepoznanica o tačnim podacima bolovanja i smrtnosti zdravstvenih radnika, usled COVID -19, zbog ne testiranih lica među smrtnim slučajevima, koji su se desili van zdravstvenih ustanova (13). Ovim izazovom došlo je do otvaranja novih bolnica i službi, zbog povećanog obima posla, veće potrebe za zdravstvenim radnicima i veće količine zaštitne opreme. Zbog malog broja zdravstvenih radnika, a velike izloženosti sa obolelim pacijentima, značaj je ogroman na očuvanju i zaštiti svih zaposlenih na prvoj liniji sa ovom bolešću (11). Problem funkcionisanja zdravstva, nije problem samo u Srbiji. Prošle godine u analizi britanskog Observera skoro 170.000 radnika je napustilo rad u zdravstvu. Broj datih otkaza je porastao više od 25% u poređenju sa prethodnim godinama. Ovo je treća godina pandemije i velika je zabrinutost za zdravlje zdravstvenih radnika, pogotovo što je teško ustanoviti tačan broj bolovanja (za sada se kreće oko 22%) i smrtnih slučajeva, kao i tačnosti mesta zaraze zdravstvenih radnika (unutar ili van radnog mesta), te je ovo veoma važno javnozdravstveno i političko pitanje na koje nema još definitivnog i tačnog odgovora. Ovo je veoma značajno pitanje, zbog ulaganja bezbednost zdravstvenih radnika i održivosti zdravstvenog sistema (15).

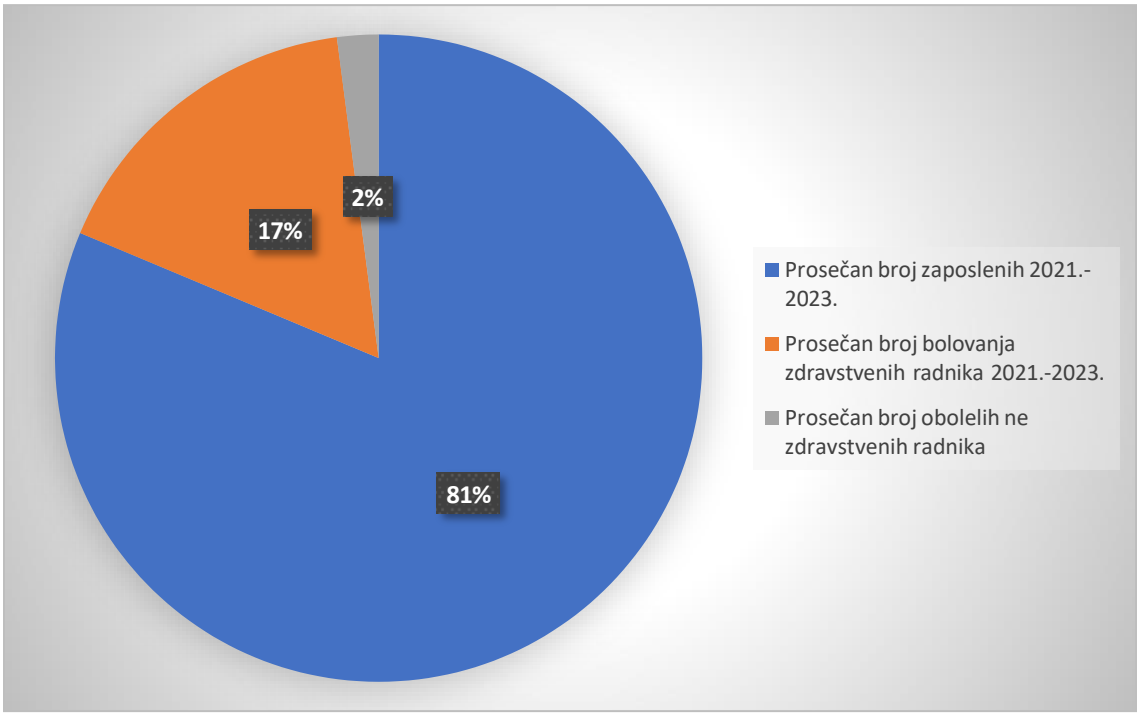
TABELA 1. – UKUPAN BROJ ZAPOSLENIH RADNIKA U DZ NOVI SAD”

Godina	Ukupno	zdravstveni radnici			nezdravstveni radnici			
		M	Ž		M	Ž		
2021.	**1487**	115	1159	**1274**	59	154	**213**	na dan 31.12.2021.
2022.	**1456**	110	1137	**1247**	58	151	**209**	na dan 31.12.2022.
2023.	**1501**	110	1175	**1285**	65	151	**216**	na dan 30.06.2023.

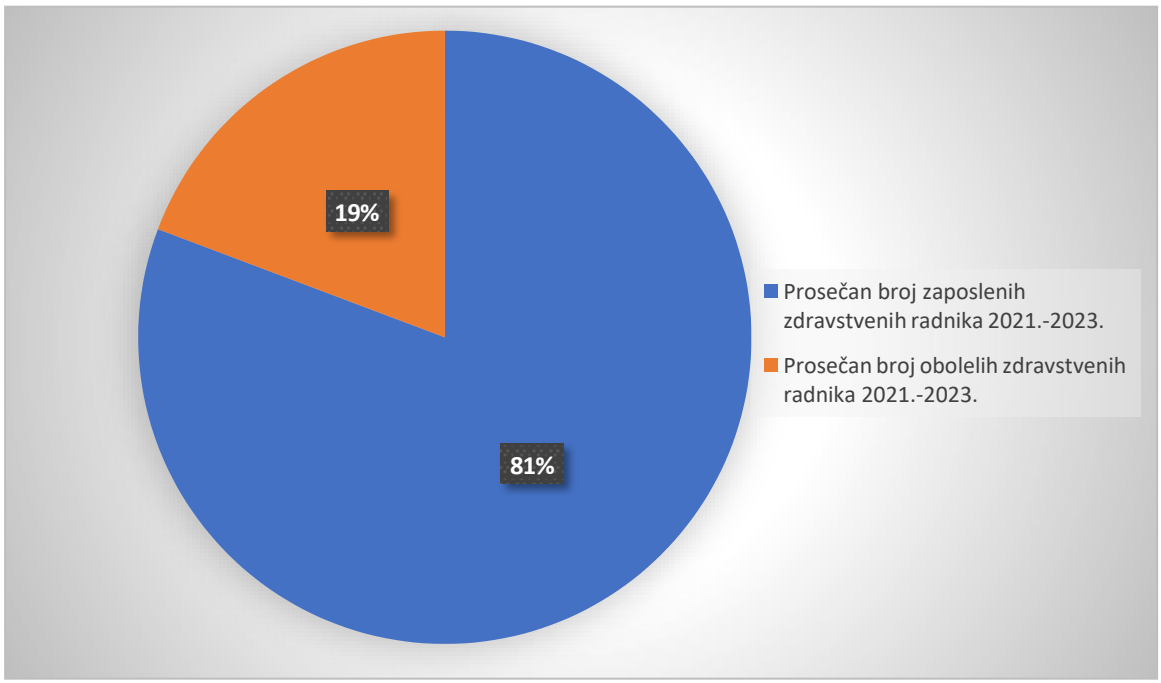
TABELA 2. – BROJ ZAPOSLENIH OBOLELIH OD COVID -19 U DZ „NOVI SAD”

Godina	Ukupno	Zdravstveni radnici		Nezdravstveni radnici	
		M	Ž	M	Ž
2021.	422	13	350	10	49
2022.	520	30	441	11	38
2023.	79	1	73	2	3

GRAFIKON 1. – PROSEČAN BROJ OBOLELIH ZDRAVSTVENIH RADNIKA U ODNOSU NA UKUPAN BROJ ZAPOSLENIH RADNIKA



GRAFIKON 2. – PROSEČAN BROJ OBOLELIH ZDRAVSTVENIH RADNIKA U ODNOSU NA UKUPAN BROJ ZDRAVSTVENIH RADNIKA



LITERATURA

1. Brčić, R.; Malbašić, U.; Đukes, S. (2013.). Uloga i ponašanje zaposlenika u kriznom menadžmentu. Ekonomski pregled, 64 (3), 279-296.
2. Đukić, S. (2017.). Krizni menadžment i vanredna situacija. Vojno delo, 69 (2), 333-355.
3. San Juan, N. V., Aceituno, D., Djeuouli, N., Sumray, K., Regenold, N., Syversen, A. et al. (2021.). Mental health and well-being of healthcare workers during the COVID-19 Pandemic in the UK: contrasting guidelines with experiences in practice. BJPsych Open, 7 (1), 1-9.
4. The First Affiliated Hospital, Zhejiang University school of Medicine, Priručnik za prevenciju i učenje COVID-19 infekcije (16.05.2020.). Preuzeto sa ...https://medf.kg.ac.rs/covid-19/oglasna tabla/Handbook-of-COVID-19-Prevention-and-Treatment-Srpski.pdf, pristup.
5. Koontalay, A., Suksatan, W., Prabsangob, K., Sadang, J. M. (2021.). Healthcare worker´s burdens during the COVID-19 pandemic: AQ<Qualitative systematic review. Journal of Multidisciplinary Health care, 14, 3015-3025.
6. Ilić Koderman, Đ. (2021.). Organizaciona posvećenost zaposlenih kao rezultat zadovoljstva poslom. Trendovi u poslovanju, 1 (17), 16-24.
7. Ignjatović, M., Gavrić, G., Jovičić, Lj. Kvalitet upravljanja zdravstvenim radnicima tokom COVID-19 pandemije na različitim nivoima zdravstvene zaštite. Ekonomija teorija i praksa, godina XV.broj 1, str.1-22.
8. Bozdag, F., Ergun, N. (2020.). Psychological of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. Psychological reports, 124 (6), 2567-2586.
9. Zapadni Balkan redovni ekonomski izveštaj, Ekonomski i socijalni uticaj COVID-19 (3.9.2020.), preuzeto sa http://pubdocs.worldbank.org/en/861671591340109273/WBRER 17-11- External-Sector-BOS.pdf
10. Krstić, M., Obradović, V., Terzić-Šupić, Z., Stanisavljević, D., Todorović, J. (2019.). Motivational factors of employees in health care instituttions in Serbia. Management: Journal of Sustainable Bussiness and Management Solutions in Emerging Economies, 24 (1), 33-34.
11. Puvača, N., Lika, E., Brkanlić, S., Breso Estave, E., Ilić, D., Shtylla Kika, T., Brkić, I. (2021.). The Pandemic of SARS-CoV2 as a Worldwide Health Salety Risk. Journal of Agronomy, Technology and Engineering Management, 4(1), 523-532.
12. World Health Organization. The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforee Department- Working Paper 1. Geneva: World Health Organizations; 2021.
13. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what thay died from: an a ssessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ. 2005; 83(3): 171-77, PMID: 15798840.
14. Kumar AKA, Mishra N. Mortality during the COVID-19 pandemic: the blind spots in statistics (published online ahead of print, 2021 Dec 22). Lancet Infect Dis.2021; S1473-3099 (21)00767-2.doi:10.1016/S1473-3099 (21) 00767-2.
15. Šantrić Milićević M. Smrtnost zdravstvenih radnika tokom pandemije Kovid-19 oboljenja. Srpski medicinski časopis lekarske komore. Volumen 3, broj 1, mart 2022, strane 11-15.

SOLARNI DERMATITIS - MERE PREVENCIJE

Jelena STAMENKOVIĆ, Medicinska škola "Beograd", Srbija

UVOD:

Photodermatitis- inflamatorna reakcija kože izazvana suncem. Manifestuje se crvenilom, otokom kože i osipom, pradenim svrabom i pečenjem. Najčešce se javlja na delovima tela koji su izloženi direktnoj sunčevoj svetlosti.

CILJ RADA:

- Ukazati na mesto i ulogu medicinske sestre u prevenciji I pravilnoj dijagnostici solarnog dermatitisa.
- Upoznati populaciju sa koracima profilakse I merama zaštite od štetnih uticaja sunca.

METODE ISTRAŽIVANJA:

Deskriptivni epidemiološki metod i pregled literature.

REZULTATI

Javlja se samo kod pojedinih ljudi i to ne zbog intenziteta sunčevog zračenja , ved zbog reaktivnosti organizma. Simptomi se manifestuju pri ponovnom izlaganju postojece senzibilizacije organizma. Može se pojaviti i nakon odlaska u solarijum.
Pod dejstvom sunčevih zraka emituju se slobodni radikali koji se vezuju za proteine i kao rezultat toga pojavljuju se kožne promene.
Od unutrašnjih faktora značajne su metaboličke abnormalnosti (gojaznost i dijabetes), ali i primena kortikosteroida.
Osim internih (unutrašnjih) faktora za nastanak solarnog dermatitisa, imamo i egzogene (spoljašnje faktore). To mogu biti neki preparati iz domacinstvá, kozmetički preparati (sapuni i kreme).
Dijagnostika obuhvata anamnezu, inspekciju dermoskopijom, analize krvi i urina, fotoalergijske studije (hormonalne, metaboličke i funkcionalna ispitivanja), određivanje antinuklearnih antitela, ultrazvuk, skener.

Mere prevencije:

- Od početka marta, primenjuju se zaštitne kreme (sa visokim faktorom zaštite 30 I 50), naročito na izloženim površinama;
- Ograničava se boravak pacijenata na suncu,(naročito u periodu od 10-16h);
- U slučaju primene kortikosteroida ograničava se boravak na suncu;
- Otklanjaju se egzogeni uzroci (promenom sapuna, krema);
- Nošenje rukavica u kontaktu sa kucnom hemijom , lečenje poremedaja metabolizma;
- Zabrana korišcenja solarijumá .

Određivanje fototipa kože

Postoji 6 fototipova kože:
Tip I -koža bele slonovače, lako izgori i nikada ne tamni na suncu
Tip II-bela, lako izgori, minimalno tamni na suncu i to veoma teško
Tip III-bela, gori umereno, tamni umereno
Tip IV-bež ili maslinasta koža, gori minimalno, tamni lako ili umereno
Tip V -umereno braon, retko izgori, obilato tamni na suncu
Tip VI-tamno braon, nikada ne izgori, tamni obilato

ZAKLJUČAK:

Terapija se sprovodi primenom kortikosteroida, antiinflamatornih lekova, antihistaminika, vitamina, ali i tretmanom osnovne bolesti (ako postoji).
Lokalno se koriste kortikosteroidne masti, a kasnije kreme za negu.
Sami sunčevi zraci nisu alergen!
Bolest se može ponoviti i postati hronična u obliku ekcema.

Ključne reči: ***sunce, alergija, fototip kože, zaštitni faktor.***

COVID-19 PANDEMIJA KAO STRESOR KOD ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Selma SINANOVIĆ, Univerzitetski klinički centar Tuzla, 7500 Tuzla, Bosna i Hercegovina

Uvod: Susrećući se sa kritičnom situacijom prouzrokovanom COVID-19 pandemijom, zdravsteni radnici uključeni u liječenje i zdravstvenu njegu oboljelih od COVID-19, su se našli u COVID-19 pandemiji našli na prvoj liniji fronta, i bili direktno ili indirektno uključeni u organizaciju zdravstvene službe u specifičnim vanrednim okolnostima, dijagnostičke postupke, tretman i brigu o COVID-19 bolesnicima, te su bili u visokom riziku za razvoj psihloškog distresa kao i drugih psholoških i drugih zdravstvenih poremećaja.

Ciljevi istraživanja: Utvrditi prisustvo simptoma stresa, anksioznosti i depresivnost prouzrokovanih COVID-19 pandemijom kod zdravstvenih i nezdravtstvenih radnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama na rukovodećim pozicijama u odnosu na one koji nisu na rukovodećim pozicijama.

Metode istraživanja: Ukupan uzorak za istraživanje sačinjavalo je 200 ispitanika oba spola, koji su zaposlenici Univerzitetkog kliničkog centra Tuzla, od kojih su njih 100 bilo zdravstveni radnici uključeni u liječenje i zdravstvenu njegu oboljelih od COVID-19, a 100 nezdravstveni radnici koji nisu imali nepsoredni konakt sa oboljelim od COVID-19. Učešće u ispitivanju je bilo dobrovoljno i anonimno. Istraživanje je sprovedeno u martu 2021. godine. Korišteni su slijedeći instrumenti istraživanja: Opšti upitnik¸ Revidirana skala uticaja događaja (The impact of event scale – revised/IES-R) i Kratka lista simptoma (Brief Symptom Inventory - BSI).

Rezultati: Utvrđeno je visoko prisustvo stresa tokom COVID-19 pandemije i kod zdravstvenih i kod nezdravstvenih radnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama. Kod zdravstvenih radnika stres je bio prisutan kod 61% ispitanika, a kod nezdravstvenih radnika kod 27% ispitanika. Stres je bio statistički značajno viši kod zdravstvenih nego kod nezdravstenih radnika ($p < 0.001$. Utvrđen je visok nivo anksioznosti i kod zdravstvenih i kod nezdravstvenih radnika. Nivo anksioznosti kod zdravstvenih radnika statistički je značajno viši nego kod nezdravstvenih radnika ($p < 0.0001$), kao i nivo depresivnosti ($p = 0.001$). Kod zdravstvenih radnika stres je statistički značajno viši kod rukovodilaca nego kod nerukovodilaca ($p = 0.01$ do $p = 0.005$).

Zaključak: Rezultati ovog istaživanja bi mogao omogućiti izradu određenih preporuka u smislu psihosocijalne rehabilitacije radnika u zdravstvu svih profila i radne odogovornosti.

Ključne riječi: COVID-19 pandemija – stres – anksiozonost – depresivnosti – zaposlenici u zdravstvenim ustanovama – zadravstveni radnici

НИВО ОВЛАДАНОСТИ ПРАКТИЧНИМ ВЕШТИНАМА КОД УЧЕНИКА СРЕДЊЕ МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ У COVID-19 СИСТЕМУ ОДРЖАВАЊА НАСТАВЕ

Јована ЈОВИЋ, Медицинска школа "Данило Димитријевић" Ћуприја, Србија.
Слађана АРСИЋ, Академија васпитачко-медицинских струковних студија Крушевац, одсек медицинских студија Ћуприја, Србија.

Апстракт

Пандемија COVID-19 значајно је утицала на образовни систем и стилове наставе, а посебно на медицинску наставу која захтева стручност у практичним вештинама. Ученици средњих медицинских школа су се нашли пред изазовом овладавања практичним вештинама у условима комбиноване наставе и одржавања наставе у наставним базама (болницама) у време пандемије. Циљ истраживања је испитати утицај COVID-19 система на одржавање наставе и на овладаност практичним вештинама код ученика средње медицинске школе. Рад је рађен на типу студије пресека. За истраживање је коришћен упитник који је креиран од стране аутора за потребе истраживања.Истраживање је спроведено у популацији ученика средње медицинске школе. Узорак је био састављен од 60 испитаника. Упитник се састоји од 14 питања., а за истраживање је добијена сагласност надлежних органа школе. Резултати показују да је COVID-19 систем имао значајан утицај на одржавање наставе и на овладаност практичним вештинама код ученика средње медицинске школе. Најчешћи предизазови обухватају недостатак физичког контакта и непосредне интеракције са инструкторима, одговорило је највећи број испитаника (68%), док се за недостатак доступности одређених материјала за рад изјаснило 42% испитаника. Ученици профила физиотерапеут су истакли да су довољно добро овладали практичним вештинама током комбиноване наставе у школи током пандемије COVID-19 у односу на остале профиле. Одговори ученика сугеришу да би додатна подршка, у виду виртуелних симулација, интерактивних платформи или менторских програма, могла бити корисна у унапређењу њихове овладаности практичним вештинама током COVID-19 режима одржавања наставе. На основу резултата овог истраживања, може се истаћи значај континуираног развоја наставних програма и садржаја, са фокусом на побољшању практичних обука и симулација. Такође, потребно је решавати инфраструктурне и технолошке препреке које могу утицати на квалитет наставе у COVID-19 систему. Ово истраживање пружа важан увид у степен прилагођавања образовног система изазовима пандемије и има потенцијал да послужи као основа за даља истраживања и побољшање наставе у сличним ванредним околностима.

Кључне речи: образовање, COVID-19, онлајн настава, едукације, овладавање вештинама.

SUMMARY

In recent years, numerous research studies and pilot projects have emerged worldwide, examining the realm of online learning. This is particularly relevant in medical education, which demands proficiency in practical skills. High school students pursuing medical studies faced the challenge of mastering practical skills amidst the hybrid teaching model and the shift to remote learning, especially in clinical settings during the COVID-19 pandemic. This research aims to investigate the influence of the COVID-19 system on the continuity of education and the acquisition of practical skills among high school students in medical programs. The study adopts a cross-sectional design. A questionnaire designed by the researchers was utilized for data collection, targeting students in a high school medical program. The sample consisted of 60 participants. The questionnaire comprised 14 questions, and ethical clearance was obtained from the relevant educational authorities. The results indicate a significant impact of the COVID-19 system on the delivery of education and the mastery of practical skills among high school medical students. The predominant challenges identified encompassed the lack of physical interaction and direct engagement with instructors, as reported by the majority of respondents (68%). Furthermore, 42% of participants acknowledged the limited accessibility to specific learning materials. Students pursuing physiotherapy studies expressed higher confidence in their mastery of practical skills compared to their peers in other fields. Participants' responses suggest that additional support in the form of virtual simulations, interactive platforms, or mentorship programs could enhance their proficiency in practical skills during the COVID-19 regime. Based on the outcomes of this research, the significance of continuous development in educational programs and content is evident, with a specific emphasis

on improving practical training and simulations. Additionally, addressing infrastructure and technological barriers that may affect the quality of education in the COVID-19 context is essential. This study provides valuable insights into the adaptation of the educational system to pandemic challenges and has the potential to serve as a foundation for further research and improvements in education under similar extraordinary circumstances.

Keywords: education, COVID-19, online learning, pedagogy, skill acquisition.

е-адреса за кореспонденцију: jjovana344@gmail.com

УВОД

Образовни системи широм света суочавају се са драматичном променом која је довела до принудног затварања традиционалних учионица на свим нивоима. Прелазак са традиционалног учења непосредно у просторијама школе на наставу на даљину уз помоћ дигиталне технологије представљао је неопходност у датим околностима и изазвао различита афективна стања у распону од напетости и фрустрације до спремности да се прихвати неизбежна промена. У периоду од почетка пандемије до данас, свака школска установа се прилагођавала новонасталим условима и потребама да се знање пренесе ученицима електронским путем. У том смислу, школске установе ангажују ИТ сектор и особље задужено за одржавање веб страница и других дигиталних комуникационих сервиса. (1). Брзи развој рачунарских технологија и интернета у последњих двадесет година довео је и до промена у схватању концепта учења и подучавања, померајући учење из школског система на целоживотно учење, односно омогућавајући образовање које не захтева присуство наставника и ученика у истој просторији. Образовање на даљину јесте вид образовања који се најбрже развија, и у значајној мери доприноси друштвеном и економском развоју(2). Образовање на даљину подразумева следеће три компоненте: компјутерски подржано учење, компјутерски подржано истраживање и учење на даљину. Учење на даљину остварује се посредством компјутера, телекомуникација или кабловске телевизије, чиме се значајно смањују материјални трошкови, а омогућава се упознавање са идејама предавача далеко већи број људи. Осим тога, уколико се у настави и учењу на даљину користе адекватне наставне технологије, ако постоји интеракција између ученика, и повратне информације између наставника и ученика су благовремене, овакав вид наставе и учења резултира најмање подједнако добрим исходима као и традиционални облици наставе. (3).

УЧЕЊЕ НА ДАЉИНУ

Дефиниције образовања на даљину мењале су се током времена, што је, пре свега, зависило од развоја технологије којом је оно реализовано (4). Појавом интернета, који је медиј са неисцрпним ресурсима за учење и неограниченим могућностима, како за индивидуалне, тако и за групне интеракције, не само да је дошло до брзог развоја образовања на даљину већ су се појавили и бројни нови термини који су у вези са образовањем на даљину као што су: електронско учење, обучавање путем интернета, онлајн-учење итд. (5). Без обзира на бројне и различите дефиниције образовања на даљину, оно што је нужно да би се говорило о таквом виду образовања јесу следећи елементи (6):

1. физичка удаљеност ученика и наставника;
2. организација учења којом се тачно одређују садржаји учења (чиме се разликује од самоучења);
3. програм наставе и учења (учење има јасан циљ и структуру);
4. вредновање наученог.

У односу на традиционални приступ подучавању, учење на даљину има следеће предности: ученици уче властитим темпом, на месту где то желе и онда када то желе; ученик је тај који одлучује како ће да учи и о облику интеракције коју ће да остварује са наставником и другим ученицима; поред тога што усваја садржаје због којих и јесте укључен у процес учења на даљину, ученик стиче знања и вештине о коришћењу различитих технологија; наставници су у прилици да уче од ученика који самостално трагају за информацијама путем различитих електронских извора (7). Који медиј ће бити коришћен приликом реализације учења на даљину зависи од два фактора – колика временска дистанца између наставника и ученика је прихватљива и какав ток информација желимо да остваримо. Савремене технологије које се могу користити у образовно-васпитном процесу деле се на синхроне и асинхроне технологије, односно комуникација између учесника може да буде симетрична или асиметрична (8). Комуникација је асиметрична када је ток информација такав да се одвија првенствено у једном смеру, а о симетричној комуникацији

говоримо када се информације подједнако усмеравају и од наставника ка ученику и од ученика ка наставнику. Синхроне технологије воде синхроном учењу на даљину – то је такво учење на даљину које се одвија у реалном времену, односно сви учесници су присутни у исто време. С друге стране, када се примењују асинхроне технологије, и само учење на даљину је асинхроно, односно комуникација се не одвија у реалном времену. Асинхроне технологије подразумевају пасивно учење, ученици добијају наставни материјал којим ће овладавати према сопственом распореду (9). За време трајања ванредног стања у Србији, проглашеног услед пандемије Covid-19, настава је обустављена на свим нивоима и уместо редовне наставе уведено је учење на даљину у непредвиђеним околностима. Настава се одвијала у облику онлајн учења, са комплетним наставним програмом (full-time). Међутим, услед непредвиђених околности, модел је развијен за кратко време и спроводио се ограниченим ресурсима. Досадашње студије у нашој земљи бавиле су се испитивањем онлајн учења у појединачним сегментима наставе. Међутим, у ванредним околностима наш систем се први пут сусрео с преласком целокупног образовног система на модел онлајн учења на даљину.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Циљ истраживања је испитати утицај COVID-19 система на одржавање наставе и на овладаност практичним вештинама код ученика средње медицинске школе.

МЕТОД РАДА

Рад је рађен на типу студије пресека. За истраживање је коришћен упитник који је креиран од стране аутора за потребе истраживања. Упитник се састоји од 14 питања., а за истраживање је добијена сагласност надлежних органа школе Узорак је био састављен од 60 испитаника. Сви испитаници су добровољно пристали да учествују у истраживању. Истраживање је спроведено у популацији ученика средње медицинске школе, у периоду од 20.6.2023. – 30.6.2023. године.. Прикупљени подаци су обрађени једноставним статистичким методама и приказани апсолутним бројевима, процентима и табелама.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

Узорак истраживања сачињава 60 испитаника, од којих су 83,3% чиниле особе женског пола, док је 16,7% чиниле особе мушког пола. Већински проценат испитаника чине особе које имају 18 година (58,4%), док 41,6% чине испитаници који имају 19 година. На основу социодемографских података упитника закључујемо да је највећи проценат испитаника из градске средине (55%), док је 36,7% из сеоске средине и најмањи проценат чине уценици који живе у приградском насељу (8,3%). Већински део испитаника чини профил медицинска сестра – техничар (51,7%), мањи проценат чини профил лабораторијски техничар (30%) и најмањи проценат чине особе профила физиотерапеут (18,3%). Експлорација узорка према основним социодемографским показатељима приказана је у Табели 1.

ТАБЕЛА 1 - Експлорација узорка према социодемографским варијаблама.

Пол	Мушки Женски	10 50	16,7% 83,3%
Место становања	Село Град Приградско насеље	22 33 5	36,7% 55% 8,3%
Старост	18 19	35 25	58,4% 41,6%
Смер	Медицинска сестра – техничар Физиотерапеут Лабораторијски техничар	31 11 18	51,7% 18,3% 30%

Резултати показују да је COVID-19 систем имао значајан утицај на одржавање наставе и на овладаност практичним вештинама код ученика средње медицинске школе. Већина испитаника сматра за себе да је добро овладала практичним вештинама. На питање како су овладали практичним вештинама у школи за време COVID-19 режима одржавања наставе, ученици су одгворили подељено, ученици профила лабораторијски техничар и медицинска сестра – техничар су се изјаснили да је њихов ниво овладаности практичним вештинама нижи у односу на профил физиотерапеут током комбиноване наставе у школи.

Док је на питање како су овладали практичним вештинама током одржавања наставе у наставним базама већина ученика одговорила (66,7%) као веома висок ниво знања.Најчешћи предизазови обухватају недостатак физичког контакта и непосредне интеракције са инструкторима, одговорило је највећи број испитаника (68%), док се за недостатак доступности одређених материјала за рад изјаснило 42% испитаника. Ученици профила физиотерапеут су истакли да су довољно добро овладали практичним вештинама током комбиноване наставе у условима пандемије COVID-19 у односу на остале профиле. Одговори ученика сугеришу да би додатна подршка, у виду виртуелних симулација, интерактивних платформи или менторских програма, могла бити корисна у унапређењу њихове овладаности практичним вештинама током COVID-19 режима одржавања наставе.

ЗАКЉУЧАК

На основу резултата овог истраживања, може се истаћи значај континуираног развоја наставних програма и садржаја, са фокусом на побољшању практичних обука и симулација. Такође, потребно је решавати инфраструктурне и технолошке препреке које могу утицати на квалитет наставе у COVID-19 систему. Ово истраживање пружа важан увид у степен прилагођавања образовног система изазовима пандемије и има потенцијал да послужи као основа за даља истраживања и побољшање наставе у сличним ванредним околностима. Увођење наставе на даљину, као реакција образовног система на ситуацију узроковану пандемијом вируса Корона, захтевало је од наставног кадра, ученика и њихових родитеља брзо прилагођавање на новонастале образовне околности. С обзиром на одсуство периода припреме за реализацију оваквог облика наставе у нашој земљи и недостатак претходних сличних искустава, начин организације наставе је, уз постојање одређених смерница, у великој мери био препуштен тумачењу, вештинама и преференцијама самих учитеља и наставника. На крају, ово истраживање је поставило многа питања која би требало даље истражити, те указало на потребу за даљим испитивањем на већем узорку како би се дошло до одговарајућег програма обуке наставе на даљину, са циљем да се избегну проблеми који су перципирани у досадашњим студијама.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулић, Д. Г., и Јанковић, А. В. (2022). Настава на даљину по хитном поступку у условима пандемије на терцијарном нивоу образовања - студентска перспектива. Баштина, 56, 481-494. хттпс://дои.орг/10.5937/бастина32-36555
2. Бушелић, М. (2012). Distance Learning – concepts and contributions. Oeconomica Jadertina, 2 (1), 23–34
3. Ристић, М., Мандић, Д. (2017). Образовање на даљину. Београд: Учитељски факултет Универзитета у Београду
4. King, F. B., Young, M. F., Drivere-Richmond, K. & Schrader, P. G. (2001). Defining Distance Learning and Distance Education. AACE (Association for the Advancement of Computing in Education) Journal, 9 (1), 1–14
5. Петошевић, В. (2010). Педагошки оквир онлине учења. Иновације у настави, 23 (3), 119–132
6. Holden, J. T., Westfall, J. L. P. & Gamor, K. I. (2010). An Instructional Media Selection Guide for Distance Learning: Implications for Blended Learning. Washington: United States Distance Learning Association
7. Hiroshi, K. & Shintaro, I. (2002). Web Tools for Distance Learning. Minamiuonuma: Center For Global Communication: International University of Japan.
8. Покорни, С. (2009). Образовање на даљину. Војнотехнички гласник, 2, 138–146
9. Ћајић, М. (2014). Метода активног синхроног учења на даљину. У: Станишић, М. (ур.). Зборник радова Међународне научне конференције Синтеза – Impact of the Internet on Business Activities in Serbia and Worldwide (484–487)

УЧЕНИЦИ МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ О ПОСЛЕДИЦАМА ПАНДЕМИЈЕ

Елизабета МАРКОВИЋ, Медицинска школа „Надежда Петровић“ Земун, Србија
Бојана ХАСАНБЕГОВИЋ, Медицинска школа „Надежда Петровић“ Земун, Србија

Кратак садржај рада:

За време пандемије школа је по препорукама Министарства просвете успела да одржи континуитет наставе. Настава је организована по комбинованом моделу и он лајн. Практичну наставу (вежбе и настава у блоку) није било могуће реализовати у наставним базама, већ је реализована у кабинетима здравтвене неге или у учионици. Школска 2022/2023. година је била веома значајна за наше ученике матуранте, јер су имали прилике да стекну знања и вештине кроз вежбе у наставним базама.
Циљ: испитати ставове ученика о последицама пандемије на квалитет живота и образовања
Методе рада: анкета и дескриптивна метода
Истраживањем је обухваћено 100 ученика четвртог разреда.
Место истраживања: Медицинска школа „ Надежда Петровић“ у Земуну.
Време истраживања мај 2023.године.
Резултати и закључци: На половину испитаника пандемија је негативно утицала на квалитет живота. Истакли су недостатке: дружење са вршњацима, ограничена слобода кретања, ношење маски, страх за здравље породице, анксиозност, страх, гојазност, недостатак практичних вештина. 35% испитаника сматра да је вакцинација против Ковида 19 допринела сузбијању пандемије, док је само 10 % ученика вакцинисано. 30% испитаника сматра да им није било тешко прилагођавање на редовну наставу, 30% сматра да је било тешко а 40% делимично тешко. Већина ученика сматра да је стекло довољно практичних вештина за време пандемије, али и да су имали потешкоћа да се прилагоде на вежбе у наставим базама, јер је стицање практичних вештина у кабинетима и школи по њиховом мишљењу делимично. Већина ученика је истакло да ће средњу школу памтити по вежбама у наставним базама и професорима, као и пријатељима које су упознали у школи. Оно што им је недостајало за време школовања јесу излети, екскурзије и више дружења.

Кључне речи: пандемија, ученик, практичне вештине.

Контакт: elizabeta.markovic@medicinskazemun.edu.rs, bojana.hasanbegovic@medicinskazemun.edu.rs,
Телефон: 0642153197 Елизабета Марковић, 0645831929 Бојана Хасанбеговић

УВОД

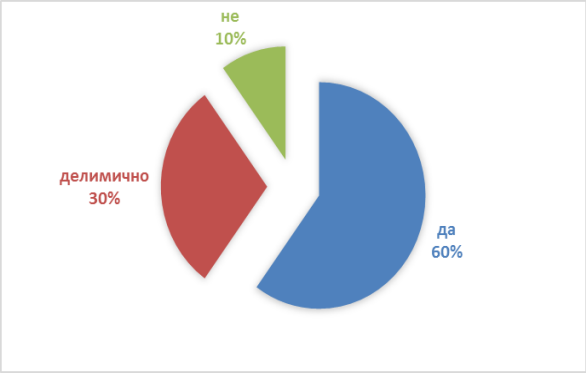
Пандемија COVID -19 је трајала од марта 2020. год. до маја 2023. кад је СЗО укунула ванредне мере. Мере које су биле на снази током пандемије су ношење маски, изолација, дезинфекција, вакцинација, социјална дистанца, ограничење кретања и путовања, ковид пасоши... Ученици медицинске школе осим прописаних мера морали су да се прилагоде и различитим облицима организације наставе (онлајн настава и немогућност организације вежби у наставним базама). Након две године наставе искључиво у школи или онлајн, школа је по препоруци Министарства просвете и Министарства здравља организовала вежбе у наставним базама школске 2022/2023.године. Матуранти, по наставном плану и програму, уместо три године имали су вежбе у наставним базама само једну школску годину. Поштујући упуства о мерама заштите на раду и мерама за спречавање ширења Ковид инфекције, били смо у могућности да реализујемо вежбе у свим наставним базама са којима школа сарађује (КБЦ Земун, Клинике КБЦ-а Србије, КБЦ Бежанијска коса, ВМА, Институт за ортопедију Бањица, КБЦ Др Драгиша Мишовић, Институт за мајку и дете Др Вукан Чупић). По препорукама Инситута за јавно здравље Др Милан Јовановић Батут и у складу са захтевима установе у којој се реализују вежбе ученици и наставници су били у обавези да носе маске КН95, поштујући све остале препоруке, док су поједине установе захтевале и савкодневно тестирање ученика и наставника на Ковид 19. Такође била је обавезна пријава Ковид позитивних ученика и наставника и мера изолација. Овим истраживањем желели смо да испитамо како су ограничења за време пандемије утицала на живот и образовање ученика медицинске школе будућих здравствених радника, као и на који начин су се ученици прилагодили на нормално одвијање наставе.

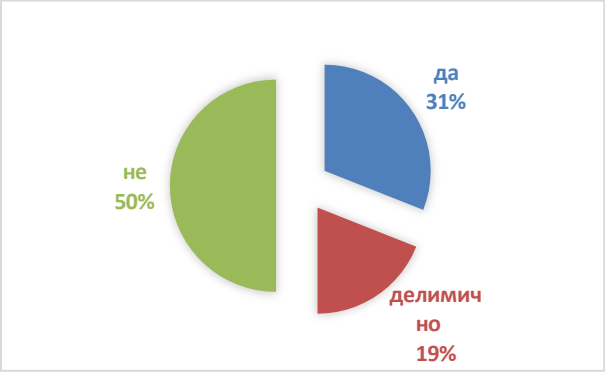
МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Циљ: испитати ставове ученика о последицама пандемије на квалитет живота и образовања
Методе рада: анкета и дескриптивна метода
Истраживањем је обухваћено 100 ученика четвртог разреда.
Место истраживања: Медицинска школа „ Надежда Петровић“ у Земуну.
Време истраживања: мај 2023.године.

РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА И ЗАКЉУЧЦИ

Дистрибуција испитаника о негативном утицају пандемије на квалитет живота

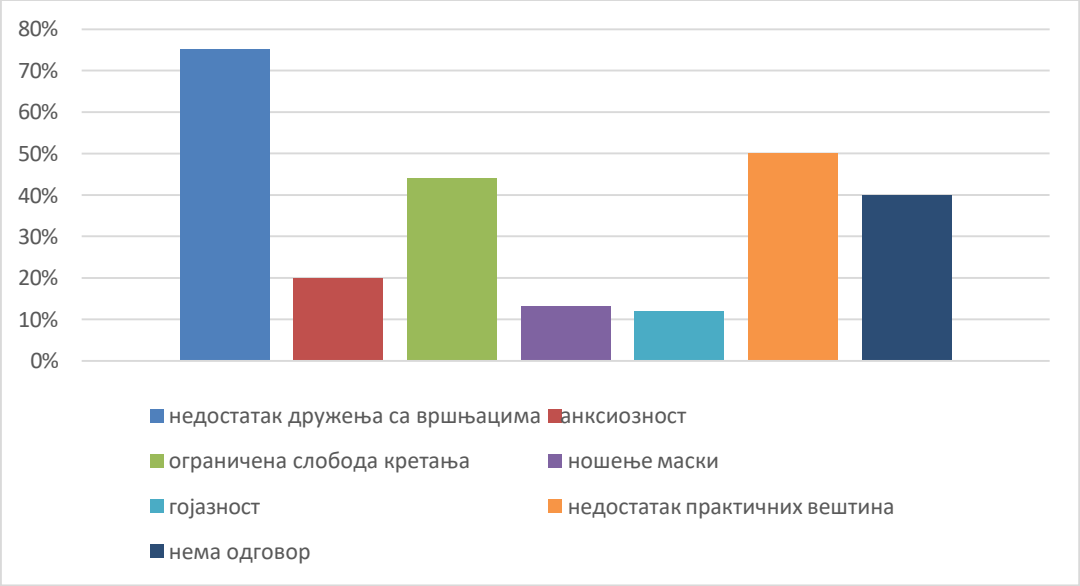




Графикон 1. (истраживање 2021.) *Графикон 2. (истраживање 2023.)*

У односу на истраживање из 2021.године где су се ученици изјаснили да је пандемија негативно утицала на њихов квалитет живота у чак 90%, након две године 50% ученика исказује да је пандемија оставила негативне последице. Ово је значајан пад, али још увек велики проценат ученика осећа последице на њихов квалитет живота.

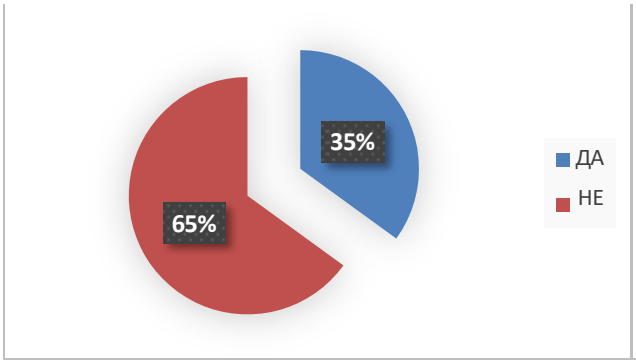
Дистрибуција испитаника о последицама пандемије



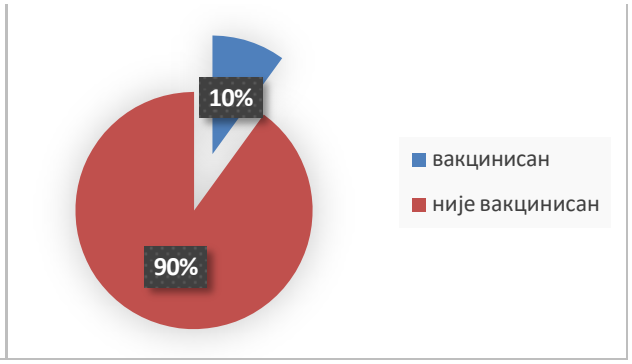
Графикон 3.

По мишљењу ученика највећи проблем им је представљао недостатак дружења са вршњацима 75%, недостатак практичних вештина 50%, ограничена слобода кретања 44%, анкиозност 20%, ношење маски 13%, гојазност 12% и одговор није дало 40% ученика. Можемо закључити да је пандемија довела до поремећаја у социјалном животу младих људи.

Дистрибуција испитаника о утицају вакцинације на сузбијање пандемије



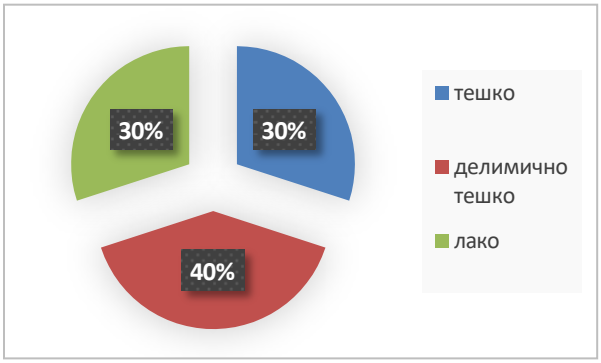
Графикон 4.



Графикон 5.

Од укупно 100 ученика 35% сматра да је вакцинација против Ковида 19 допринела у сузбијању пандемије, док 65% ученика сматра да није. Проценат вакцинисаности ученика је 10%. На овакав став ученика и мали проценат вакцинисаних свакако је утицало мишљење родитеља и контрадикторни ставови у информисању младих људи преко друштвених мрежа.

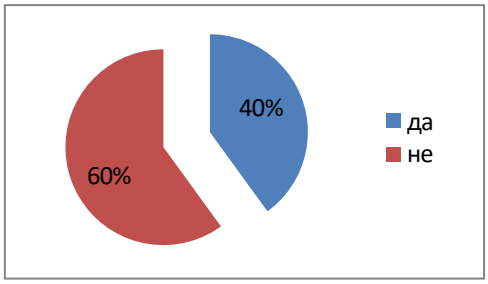
Дистрибуција испитаника у односу на питање да ли им је било тешко да се прилагоде на редовну наставу у школи након пандемије



Графикон 6..

Од укупно 100 испитаника 30% сматра да им није било тешко прилагођавање на редовну наставу, 30% сматра да је било тешко а 40% делимично тешко. Већини ученика је прилагођавање на редовну наставу у школи након пандемије, онлајн наставе и учења од куће, представљало мање или веће потешкоће.

Дистрибуција испитаника у односу на питање да ли су имали потешкоћа у прилагођавању на вежбе у наставним базама



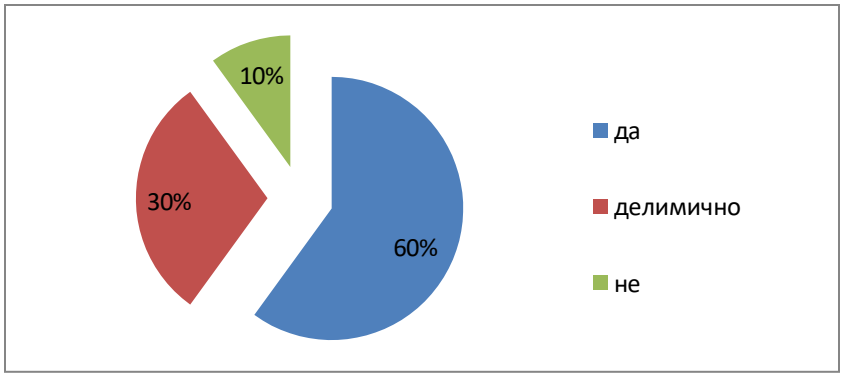
Графикон 7.

Већина ученика (60%) је одговорила да није имало потешкоћа у прилагођавању на вежбе у наставним базама јер су вежбе ишчекивали са задовољством, док 40% ученика је истакло следеће потешкоће које се налазе у табели 1.

Неки од одговора ученика о потешкоћама са којима су се сусретали	
Прве вежбе у болници и први контакт са болесником.	Страх да не наудим болеснику, страх од грешке.
Рано устајање, удаљеност наставних база од места становања	Укључивање у тимски рад.
Разговор са болесником уместо са луткама.	Није исто радити на човеку и на лутки.
Физички напор, умор.	Очекивања особља да ученици имају више знања и практичних вештина, брзину у раду.
Реални услови и сусрет са пацијентима.	Све је ново, несигурност у раду.

Табела 1.

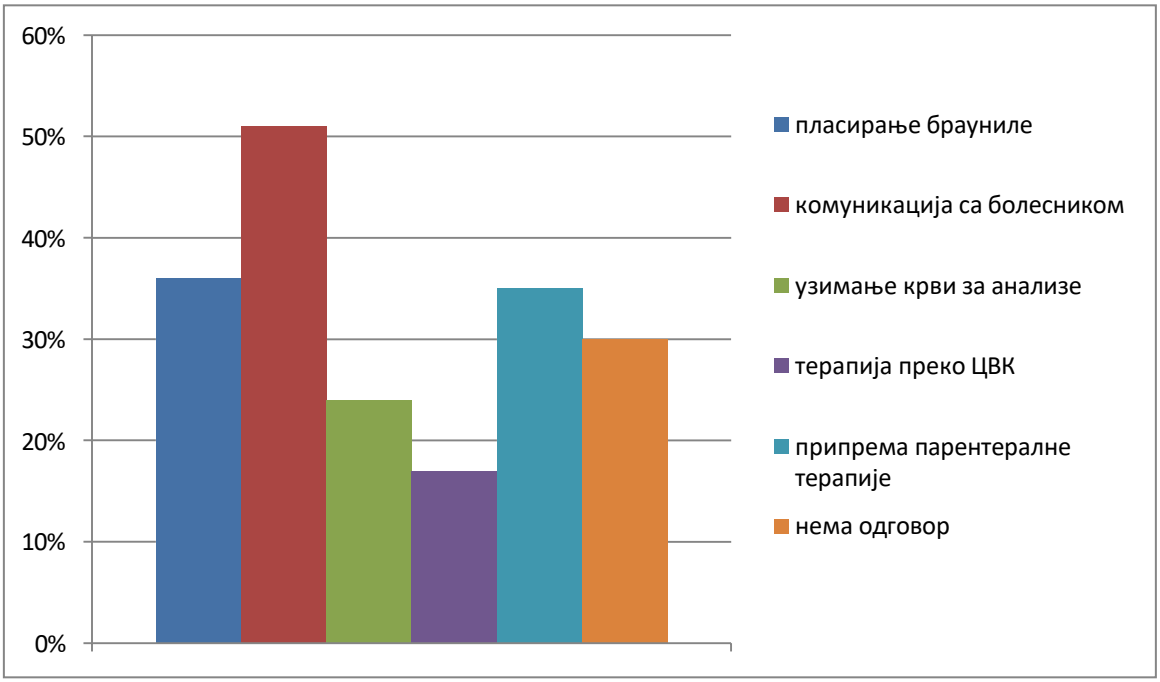
Дистрибуција испитаника у односу на питање да ли су стекли довољно вештина и знања за извођење медицинско-техничких процедура



Графикон 8.

Од укупно 100 испитаника 60% сматра да је стекло довољно вештина и знања за извођење медицинско-техничких процедура, 30% делимично и само 10% да није. Вежбе у наставним базама су ученицима матурантима омогућиле стицање знања и вештина у реалним условима за које су били ускраћени за време пандемије. Одговор је веома добар јер су то ученици завршног разреда који треба да се укључе у процес рада и даље образовање.

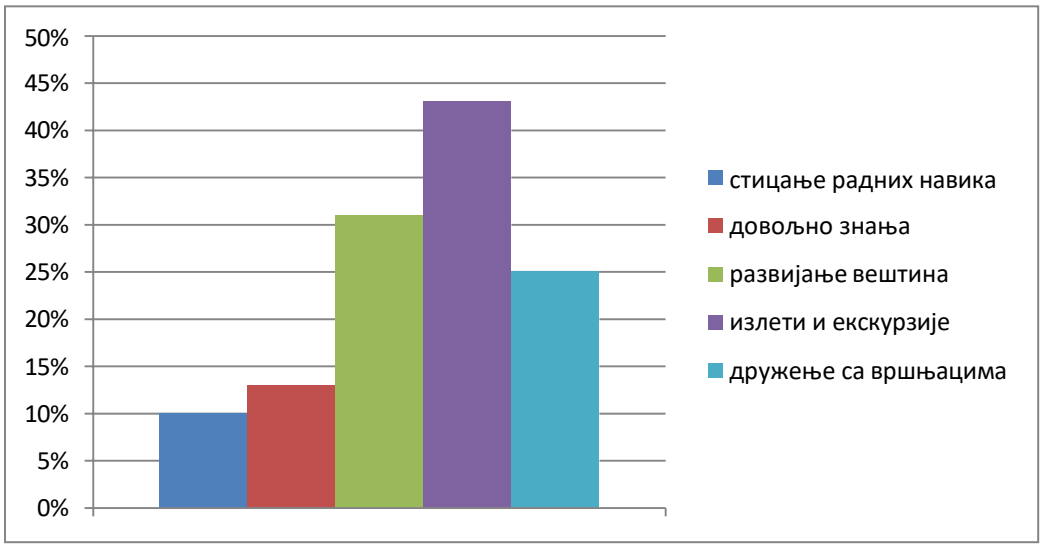
Дистрибуција испитаника у односу на питање шта им је било најтеже да савладају на вежбама у наставним базама



Графикон 9.

Од 70% ученика који су одговорили на питање 51% је истакло да им је било најтеже да успоставе комуникацију са болесником. Практичне вештине које су теже савладали по њиховом мишљењу су: пласирање брауниле 36%, припрема парентералне терапије и читање терапијских листа 35%, узимање крви за анализе 24% и терапија преко ЦВК 17%. То су свакако процедуре које захтевају како знање тако и вештине које се развијају увежбавањем.

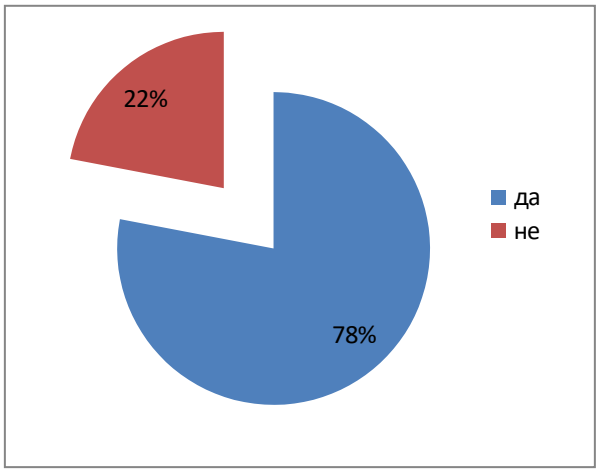
Дистибуција испитаника у односу на питање шта сматрају да су пропустили у току школовања за време пандемије Ковид-19



Графикон 10.

За време пандемије ученици сматрају да су пропустили: 43% излети и екскурзије, 31% развијање вештина, 25% дружење са вршњацима, 13% довољно знања, 10% стицање радних навика.

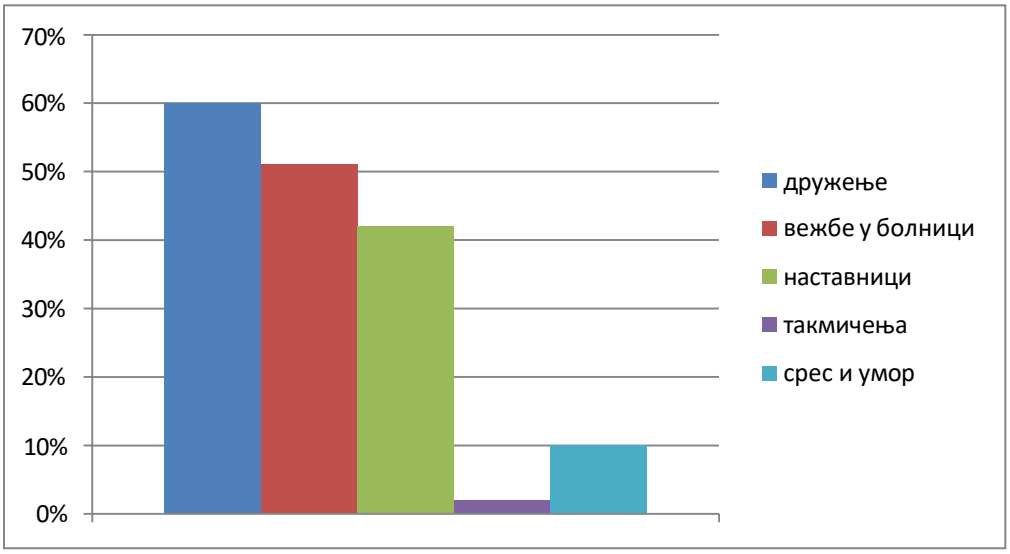
Дистибуција испитаника у односу на питање да ли су задовољни избором средње школе и професијом



Графикон 11.

Од укупно 100 испитаника избором професије и средње школе је задовољно 78% ученика. Ово је професија која захтева посвећеност, емпатски став, хуманост и жељу за помоћ другоме. Ученици који нису себе пронашли у овој професији пронаћиће свој животни пут у неком другом правцу и професионално се развијати оно што желе и воле.

Дистибуција испитаника у односу на питање по чему ће памтити средњу школу



Графикон 12.

Ученици ће памтити средњу школу: 60% по дружењу, добром одељењу, стицању нових пријатеља; 51% по вежбама у болници; 42% по наставницима; 10% је истакло да је школовање за њих било стресно и уморно и 2% ученика учешће на такмичењима. Иако су били једно време ускраћени за дружење док је била онлајн настава, ипак су у средњој школи стекли нове пријатеље и памтиће лепе тренутке. Такође и вежбе у болници које су биле дуго ишчекиване, оставиле су позитиван утисак на ученике.

Дистрибуција испитаника о плановима након завршене средње школе

Одговори ученика:	
Да одрадим приправнички стаж и почнем да радим у здравственој установи	17%
Да упишем високу здравствену школу струковних студија	30%
Да упишем медицински факултет	12%
Да упишем неки други факултет или другу високу струковну школу	22%
Да се бавим неком другом професијом	10%
Одлазак у иностранство	9%

Табела 2.

Већина ученика ученика је себе пронашла у овој професији. 17% планира за почне да ради у струци, док 42% жели да настави своје образовање на високој здравственој школи или да упише медицински факултет. Одлив младих људи је свакако неминован те и њихова жеља за одлазак у иностранство (9%). 32% жели да упише неки други факултет или да се бави неком другом професијом.

ЗАКЉУЧАК

Резултати истраживања показују да је пандемија оставила делимично негативан утицај на квалитет живота наших ученика. Пандемија је довела до поремећаја у социјалном животу младих људи, али и до последица у њиховом образовању. Школа је, чим су се створили услови, ученицима обезбедила редовну наставу и оно што је било њима најважније то су вежбе у наставним базама. Нашим матурантима је омогућено да стекну практичне вештине и знање бар кроз тих годину дана и да се надомести оно за шта су били ускраћени претходних година школовања. Ученици су истакли своје потешкоће у прилагођавању, проблеме са којима су се сусретали, страх од непознатог, али исто тако и жељу да науче и мотивисаност за рад у струци.

ЛИТЕРАТУРА:

1. УТИЦАЈ ПАНДЕМИЈЕ COVID -19 НА КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И ОБРАЗОВАЊА УЧЕНИКА МЕДИЦИНСКЕ ШКОЛЕ „НАДЕЖДА ПЕТРОВИЋ“ ЗЕМУН, Елизабета Марковић, Бојана Хасанбеговић, 2021.
2. **http://www.mpn.gov.rs/**
3. **https://covid19.rs/**
4. **https://www.zdravlje.gov.rs/**
5. **https://www.srbija.gov.rs/#covid-19**
6. **https://sr.wikipedia.org/sr-ec/коронавирус**
7. **http://www.medicinskazemun.edu.rs/Strucno_uputstvo_SS_2020-2021.pdf**
8. **http://www.medicinskazemun.edu.rs/uputstvo-o-merama-zastite.pdf**

UTICAJ PANDEMIJE COVID19 NA FUNKCIONISANJE SLUŽBE ZA HEMODIJALIZU – UČENJE NA ISKUSTVU ZA BUDUĆE IZAZOVE

Jasna TRBOJEVIĆ-STANKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Odeljenje hemodijalize, KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“, Beograd, Srbija
Slaviša SAVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za urologiju, KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“, Beograd, Srbija

KRATAK SADRŽAJ

Uvod: Pandemija bolesti uzrokovane novim koronavirusom (COVID19) suočila je zdravstvene sisteme širom sveta sa najvećim izazovom u istoriji moderne medicine zbog visoke virulentnosti agensa, velike brzine širenja infekcije i broja slučajeva sa teškom kliničkom slikom. Prvi slučaj pneumonije uzrokovane COVID19 virusom u Srbiji identifikovan je 6.3.2020. godine, a devet dana kasnije proglašeno je vanredno stanje u zemlji.
Cilj: Cilj rada je prikaz uticaja pandemije COVID19 na funkcionisanje službe za hemodijalizu u prvoj COVID bolnici u Srbiji.
Metodologija: KBC „Dr KBC „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“ je prva ustanova koja je 19.3.2020. u potpunosti transformisana u bolnicu za prijem i lečenje isključivo bolesnika zaraženih COVID19 virusom. Ova prenamena značajno je uticala na organizaciju rada i lečenje bolesnika sa hroničnog programa hemodijalize iz ove ustanove koji su, zbog prirode svoje bolesti, nužno u čestom kontaktu sa zdravstvenom službom. Tu populaciju je trebalo zaštiti od rizika zaražavanja uz istovremeno obezbeđivanje kvalitetne zdravstvene nege, tj. bez uskraćivanja i smanjenja kvaliteta dijaliznih postupaka. Zatim, trebalo je obezbediti opcije za bolesnike sa hroničnih programa hemodijalize iz čitave Srbije koji zbog zaraze COVID19 virusom nisu mogli nastaviti hronično lečenje u svojim centrima. Konačno, bilo je potrebno obezbediti više punktova za akutne hemodijalize bolesnika koji su u sklopu teških oblika COVID19 infekcije razvili akutno oštećenje bubrega. Tehnička ograničenja i hemodinamska nestabilnost ovih bolesnika u izvesnom broju slučajeva zahtevali su i primenu kontinuiranih postupaka hemodijalize koji predstavljaju poseban izazov u medicinskom i menadžerskom aspektu.
Rezultati: U periodu od 19.3.2020. do 18.3.2022. bilo je hospitalizovano gotovo 10.000 osoba svih uzrasta sa COVID19 infekcijom. Obavljeno je 980 nefroloških konsultacija za 480 bolesnika. Među njima je 98 bolesnika imalo akutno oštećenje bubrega, a 226 je bilo sa hroničnog programa hemodijalize. Obavljeno je gotovo 1.700 hemodijaliznih postupaka, najviše u trećem talasu pandemije. Stopa mortaliteta bila je 91,8% kod bolesnika dijaliziranih zbog akutnog oštećenja bubrega i 39,4% kod bolesnika sa hroničnog programa hemodijalize ($p<0,001$).
Zaključak: Iskustvo stečeno u ovom periodu značajno će doprineti pri suočavanju sa izazovima u budućem radu.

Ključne reči: COVID19, hemodijaliza, akutno oštećenje bubrega, hronično oštećenje bubrega, terminalna bubrežna insuficijencija, sepsa

SUMMARY

Introduction: The novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic faced health services worldwide with an unprecedented challenge in the history of modern medicine due to high virulence, rate of spreading and number of cases with severe disease form. The first case of COVID-19 pneumonia in Serbia was registered on March 6, 2020. Nine days later the national state of emergency was declared.
Aim: The aim of this work is to demonstrate the influence of the COVID-19 pandemic on the functioning of hemodialysis services in the first COVID-19 hospital in Serbia.
Methodology: University Hospital Center „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“ was the first healthcare facility in the country that was fully converted into a COVID-19 hospital. This transformation significantly influenced the existing hemodialysis service in the hospital and the treatment of maintenance hemodialysis patients. This population needed to be protected from contagion while maintaining adequate chronic hemodialysis treatment. Furthermore, it was necessary to devise options for maintenance hemodialysis care for patients infected with COVID-19 from other centres in Serbia. Finally, multiple stations for acute hemodialysis treatments had to be installed for patients developing acute kidney injury related to COVID-19 infection. Technical resources limitations, as well as the hemodynamic instability of these patients, necessitated the employment of continuous renal replacement therapy representing a specific challenge in medical and managerial aspects.
Results: From March 19, 2020, till March 18, 2022, nearly 10,000 patients of all ages have been hospitalized with COVID-19 pneumonia in University Hospital Center „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“. 980 nephrology consultations were performed for 480 patients. Among them, 98 had acute kidney injury and 226 were from maintenance hemodialysis. Nearly 1,700 hemodialysis procedures were performed, predominantly in the third

wave of the pandemic. The mortality rate was 91.8% in patients dialyzed for acute kidney injury and 39.4% in the maintenance hemodialysis group (p<0.001).
Conclusion: Experience gained during the period of the COVID-19 pandemic shall contribute significantly to future challenges.

Keywords: COVID-19, hemodialysis, acute kidney injury, chronic renal failure, end-stage renal failure, sepsis

Kontakt: jasna.trbojevic-stankovic@med.bg.ac.rs

UVOD

Bolest izazvana virusom SARS-CoV-2 (engl. coronavirus disease 19 – COVID19) je visoko infektivno oboljenje koje se primarno manifestuje akutnom respiratornom simptomatologijom sa razvojem intersticijumske i alveolarne pneumonije. Epidemija se inicijalno javila u Kini krajem 2019. godine, ali se brzo proširila na ostale delove sveta te je marta 2020. godine Svetska zdravstvena organizacija proglasila pandemiju. Širenje pandemije COVID19 je bilo brže, sveobuhvatnije, sa većim brojem obolelih, višim mortalitetom, većim opterećenjem zdravtsvenih službi i globalne ekonomije nego ranije epidemije uzrokovane virusima SARS-CoV i MERS-CoV (1). Iako većina obolelih prezentuje blagu do umerenu kliničku sliku respiratorne infekcije, u oko 20% slučajeva razvijaju se manifestacije težeg oblika bolesti sa dispneom, pogoršanjem respiratorne funkcije, sepsom i višestrukim otkazivanjem organa, uključujući i bubrege (2). Starije osobe, bolesnici sa dijabetesom, hipertenzijom i kardiovaskularnim bolestima su identifikovani kao grupe sa povišenim rizikom za razvoj težeg oblika bolesti.

COVID19 I AKUTNO OŠTEĆENJE BUBREGA

Spektar manifestacija oštećenje bubrega u sklopu COVID19 varira od znakova blažeg poremećaja funkcije sa blagom do umerenom proteinuriojm i hematurijom do razvoja akutnog oštećenja organa koje zahteva hitnu zamenu bubrežne funkcije. Brojni mehanizmi su uključeni u razvoj akutnog oštećenja bubrega u sklopu COVID19. U literaturi se pominju direktno dejstvo virusa na tkivo bubrega, indirektni uticaji i posledice primenjenog lečenja infekcije (3, 4). Iako je respiratorni sistem ulazno mesto infekcije, dokazano je da virus pokazuje i izraženi renalni tropizam, naročito za tubulske ćelije i podocite (5). Ipak, ostale su nedoumice da li su različitim metodama mikroskopije sa sigurnošću identifikovane virusne partikule s obzirom na njihovu sličnost sa drugim uobičajenim strukturama u bubrežnom tkivu (6). Indirektno oštećenje bubrega u sklopu COVID19 nastaje kao posledica sistemske infekcije praćene hiperpireksijom, povećanim vidljivim i nevidljivim gubicima tečnosti i posledičnom dehidracijom, te kompleksnom komunikacijom između udaljenih organa posredstvom signalnih molekula, uključujući i citokine (7). Konačno, oštećenju bubrega mogu doprineti i različite terapijske intervencije i procedure, kao što su primena nefrotoksičnih lekova (prvenstveno antibiotika), nedovoljna rehidracija i mehanička ventilacija (7).

Učestalost akutnog oštećenja bubrega u sklopu COVID19 u dostupnoj literaturi široko varira, verovatno usled različitih kriterijuma za definisanje pogoršanja bubrežne funkcije. Iako se u prvim izveštajima činilo da je zahvaćenost bubrega retka, kasniji rezultati su pokazali učestalost akutnog oštećenja bubrega između 20% za hospitalizovane bolesnike do čak 50% za bolesnike koji su zahtevali intenzivnu negu (8).

COVID19 I BOLESNICI NA HRONIČNOJ HEMODIJALIZI

Bolesnici sa terminalnom insuficijencijom bubrega lečeni hroničnim hemodijalizama predstavljaju grupu sa povišenim rizikom zaražavanja SARS-CoV-2 virusom zbog neophodnosti čestih eksternih kontakata u sklopu lečenja i nemogućnosti sprovođenja preporučene izolacije. Takođe, ovo je grupa sa povišenim rizikom za razvoj težeg oblika bolesti zbog imunokompromitovanosti, starosnog doba i prisustva brojnih komorbiditeta. Evropski registar bolesnika lečenih hroničnim hemodijalizama koji su dobili COVID19 pokazuje stopu mortaliteta od 23.9% nezavisno od starosti, pola i prisustva drugih komorbiditeta, što je značajno više nego među obolelima od CVID19 u opštoj populaciji (9). Prema istom registru preživljavanje bolesnika sa hronične hemodijalize tri meseca posle dijagnoze COVID19 je 90% za one sa blagim oblikom bolesti, 73% za one koji su bili hospitalizovani i 40% za one kojima je bila potrebna intenzivna nega. Većina bolesnika (87%) je nakon tri meseca povratila raniji funkcionalni kapacitet (10). Posebno pitanje od interesa u ovoj grupi bolesnika je efikasnost vakcine s obzirom na poznati sniženi humoralni i celularni imunski odgovor na primenu drugih vakcina zbog uremije i izmenjene funkcije imunskog sistema.

LEČENJE DIJALIZOM U PANDEMIJI COVID19

Dijaliza je metoda lečenja akutne i terminalne hronične bubrežne insuficijencije. Kao metoda izbora za lečenje akutnog oštećenja bubrega u COVID19 u literaturi se preporučuje kontinuirana zamena bubrežne funkcije hemodijalizom ili peritoneumska dijaliza (11). U oba slučaja je osnov za preporuku niži rizik transmisije virusa i manje hemodinamsko opterećenje, dok peritoneumska dijaliza ne zahteva ni posebnu tehničku podršku. Ipak, obe metode imaju i svojih nedostataka u smislu dostupnosti tehničkih i ljudskih resursa, prethodne obučenosti osoblja za njihovo efikasno sprovođenje, a u slučaju kontinuirane hemodijalize i pitanje adekvatne prevencije koagulacije dijaliznog sistema. Prolongirana intermitentna hemodijaliza i intermitentna hemodijaliza su metode drugog i trećeg izbora u ovim kliničkim slučajevima.

Različite mere, manje ili više primenljive u praksi, bile su preporučene u prevenciji širenja COVID19 među bolesnicima na hroničnom programu hemodijalize. One su uključivale obavezno nošenje maski, dezinfekciju ruku pri ulasku u dijalizni centar, merenje telesne temperature i sprovođenje epidemiološke ankete pri svakom dolasku na hemodijalizu, održavanje adekvatne udaljenosti između bolesnika u čekaonici i salama za dijalizu, izolacija potencijalno zaraženih bolesnika i rekonvalescenata, prostorno i/ili vremensko izdavajanje dokazano zaraženih bolesnika u okviru matičnog dijaliznog centra ili upućivanje u određeni centar za dijaliziranje COVID19-pozitivnih bolesnika (12, 13). Poseban akcenat je stavljan na ponavljanu edukaciju bolesnika. Merama uglavnom nije bio obuhvaćen prevoz bolesnika do i od centra za dijalizu.

FUNKCIONISANJE HEMODIJALIZE U PANDEMIJI COVID19 U PRVOJ COVID BOLNICI U SRBIJI

Prvi slučaj COVID19 u Srbiji registrovan je 6. marta 2020. godine u Subotici, a devet dana kasnije je proglašeno vanredno stanje koje je trajalo do 6. maja 2020. Ukupan broj registrovanih slučajeva do 24.08.2023. je 2 546 196 (14). KBC Dragiša Mišović je bila prva bolnica u zemlji koja je zvanično bila namenjena za lečenje COVID bolesnika. Od 19. marta 2020. kada je primljen prvi COVID pozitivan pacijent do 20. marta 2022. bolnica je u nekoliko navrata ulazila i izlazila iz COVID režima rada. Pri tome je organizacija rada dinamično prilagođavana aktuelnoj situaciji i varirala je od maksimalne popunjenosti kapaciteta isključivo COVID19-pozitivnim bolesnicima, do kombinovanog sistema sa pojedinim zgradama ili odeljenjima namenjenim za COVID19 bolesnike, uz istovremeni rad sa pacijentima koji nemaju COVID19. U ovom periodu lečeno je ukupno 10.296 bolesnika sa dokazanim COVID19, najviše u trećem talasu (3 943). Intenzivno lečenje je primenjeno kod 1.995 bolesnika (19,4%), najviše u trećem talasu (843 bolesnika, 42,2%). U ovom periodu obavljeno je 980 nefroloških konsultacija za 480 hospitalizovanih bolesnika.

Ova situacija zahtevala je da se brzo prilagodi režim rada postojećeg centra za hroničnu hemodijalizu. Ubrzo nakon uvođenja KBC-a u COVID režim rada bolesnici i aparati sa hroničnog programa hemodijalize su iseljeni u druge centre, a u KBC-u je postepeno formirana mreža aparata za dijalizu i i prečišćavanje vode reverznom osmozom na odeljenjima gde su se najčešće nalazili pacijenti kojima je dijaliza bila potrebna, prvenstveno u jedinicama intenzivne nege. Nakon nekoliko meseci su vraćeni aparati za hronični program hemodijalize u prostorije Odeljenja hemodijalize, te je od novembra 2020. do januara 2021. godine, odnosno do uspostavljanja punog obima rada dijalize u Bolnici Batajnica, centar praktično bio referentni za COVID pozitivne bolesnike sa hroničnog programa u Centralnoj Srbiji. Juna 2021. godine, pošto je bolnica prešla u non-COVID režim rada, vraćeni su bolesnici sa hroničnog programa hemodijalize, te je u naredna dva perioda u COVID-režimu dijaliza istovremeno rađena i non-COVID i COVID-pozitivnim pacijentima. Ovo je bio poseban organizacioni izazov, jer je trebalo sa relativno limitiranim ljudskim i tehničkim resursima obezbediti neometano sprovođenje oba programa i pri tome preduzeti sve mere da se bolesnici na hroničnom programu zaštite od eventualne intrahospitalne transmisije virusa. Dijalizirano je ukupno 324 COVID19-pozitivnih bolesnika (98 sa akutnim oštećenjem bubrega i 226 sa hroničnog programa hemodijalize) i obavljeno 1.969 dijaliznih procedura (312 akutnih i 1.384 hroničnih hemodijaliza). Najveći broj bolesnika je dijaliziran u trećem talasu – ukupno 198. U prva tri talasa su dominirali bolesnici sa hroničnog programa hempdijalize, samo je u četvrtom taj odnos bio potpuno inverzan. Razlog tome je što je u prva tri talasa, a naročito u trećem, KBC „Dr Dragiša Mišović“ bio referentni centar za dijaliziranje COVID pozitivnih bolesnika sa hroničnog programa hemodijalize, dok su u četvrtom talasu ti bolesnici primarno upućivani u bolnicu u Batajnici.

I među bolesnicima koji su dijalizirani zbog akutnog oštećenja bubrega i među dijaliziranim sa terminalnom bubrežnom slabošću bilo je više muškaraca nego žena u svim periodima rada u COVID režimu. Ovakva distribucija je slična i među obolelima od COVIDa u opštoj populaciji. COVID19-pozitivni bolesnici na akutnim i na hroničnim hemodijalizama su imali sličnu prosečnu starost u svim talasima. Najmlađi dijalizirani bolesnik sa akutnim oštećenjem bubrega je imao 25 godina, a najstariji 89. Najmlađi preživeli bolesnik koji je akutno dijaliziran imao je 59 godina, a najstariji 70. Najmlađi bolesnik sa hroničnog programa je imao takođe 25 godina, a najstariji 90. Najmlađi preživeli bolesnik sa hroničnog programa imao je 32 godine, a najstariji 85 godina.

U obe grupe dijaliziranih COVID19-pozitivnih bolesnika dominantno prisutan nalaz na rentgenskom snimku grudnog koša je bila bilatelarna pneumonija (90% sa akutnim oštećenjem bubrega, 78% sa hroničnog programa hemodijalize). Akutni respiratorni distres sindrom je bio značajno češći nalaz u prvom talasu kod bolesnika sa akutnim oštećenjem bubrega u odnosu na ostale talase (p=0,013). Prosečan CT SS kod dijaliziranih bolesnika sa akutnim oštećenjem bubrega bio statistički značajno viši nego SS kod bolesnika sa hronične HD (14,05±6,72 prema 10,25±5,31; p<0,01). Akutno dijalizirani bolesnici su u svim talasima imali viši prosečan CT *severity score* (SS) nego bolesnici sa hronične hemodijalize. Mortalitet među bolesnicima koji su dijalizirani zbog akutnog oštećenja bubrega je bio izuzetno visok – 91,8%, dok je mortalitet među bolesnicima sa hronične hemodijalize bio statistički značajno niži i iznosio je oko 39,4% (p<0,001). U obe grupe naših bolesnika mortalitet je viši nego što je zabeleženo u trenutno dostupnoj literaturi, iako su bolesnici imali slične demografske karakteristike kao u tim istraživanjima (15, 16).

ZAKLJUČAK

Pandemija COVID19 nametnula je izazov bez presedana zdravstvenim službama širom sveta, uključujući i nefrološku struku. Iskustvo stečeno u ovom periodu značajno će doprineti pri suočavanju sa izazovima u budućem radu.

LITERATURA

1. Mahase E. 2020. Coronavirus COVID-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. BMJ 368:m641.
2. Bruchfeld A. 2021. The COVID-19 pandemic: consequences for nephrology. Nat Rev Nephrol. 17(2):81-82.
3. Batlle D, Soler MJ, Sparks MA, et al. 2020. Acute Kidney Injury in COVID-19: Emerging Evidence of a Distinct Pathophysiology. J Am Soc Nephrol. 31(7):1380-1383.
4. Legrand M, Bell S, Forni L, et al. 2021. Pathophysiology of COVID-19-associated acute kidney injury. Nat Rev Nephrol. 17(11):751-764.
5. Puelles VG, Lütgehetmann M, Lindenmeyer MT, Sperhake JP, Wong MN, Allweiss L, et al. 2020. Multiorgan and renal tropism of SARS-CoV-2. N Engl J Med. 383(6):590–2.
6. Miller SE, Goldsmith CS. 2020. Caution in identifying coronaviruses by electron microscopy. J Am Soc Nephrol. 9:2223–4.
7. Perico N, Perico L, Ronco C, Remuzzi G. 2021. COVID-19 and the Kidney: Should Nephrologists Care about COVID-19 rather than Maintaining Their Focus on Renal Patients? Contrib Nephrol. 199:229-243.
8. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, et al. 2020. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. Kidney Int. 98(1):209-218.
9. Goffin E, Candellier A, Vart P, et al. 2021. COVID-19-related mortality in kidney transplant and haemodialysis patients: a comparative, prospective registry-based study. Nephrol Dial Transplant. 36(11):2094-2105.
10. Hemmelder MH, Noordzij M, Vart P, et al. 2022. Recovery of dialysis patients with COVID-19: health outcomes 3 months after diagnosis in ERACODA. Nephrol Dial Transplant. 37(6):1140-1151.
11. Shemies RS, Nagy E, Younis D, Sheashaa H. 2022. Renal replacement therapy for critically ill patients with COVID-19-associated acute kidney injury: A review of current knowledge. Ther Apher Dial. 26(1):15-23.
12. Yeung A, Aziz A, Taji L, et al. 2023. Infection Control Practices in In-Center Hemodialysis Units During Wave 1 of the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada: Research Letter. Can J Kidney Health Dis. 10:20543581221146033.
13. Xiong F, Tang H, Liu L, et al. 2020. Clinical Characteristics of and Medical Interventions for COVID-19 in Hemodialysis Patients in Wuhan, China. J Am Soc Nephrol. 31(7):1387-1397.
14. https://covid19.rs/
15. Hsu CM, Gupta S, Tighiouart H, et al. 2022. Kidney Recovery and Death in Critically Ill Patients With COVID-19-Associated Acute Kidney Injury Treated With Dialysis: The STOP-COVID Cohort Study. Am J Kidney Dis. 79(3):404-416.e1.
16. Salerno S, Messana JM, Gremel GW, et al. 2022. COVID-19 Risk Factors and Mortality Outcomes Among Medicare Patients Receiving Long-term Dialysis. JAMA Netw Open. 4(11):e2135379.

RANA REHABILITACIJA KOVID PACIJENTA SA TROMBOZOM ARTERIJE BRAHIJALIS- prikaz slučaja

Momirka MILAKOVIĆ, Služba Kliničke rehabilitacije UKC RS, Banjaluka

Bojana KAJKUT, Služba Kliničke rehabilitacije UKC RS, Banjaluka

KRATAK SADRŽAJ

UVOD
Razvoj pandemije COVID -19 postavio je nove izazove pred zdravstvene sisteme širom svijeta, pa i u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji. COVID -19 infekcija primarno zahvata respiratorni trakt, ali utiče na funkciju svih organa i organskih sistema, dovodeći do sindroma multiorganske disfunkcije (MODS) i poremećaja koagulacije.
CILJ
Potvrditi značaj primjene rane kliničke rehabilitacije kod pacijenta oboljelog od Korona virusa sa trombozom arterije brahijalis.
METOD RADA I PRIKAZ SLUČAJA
Izvršili smo analizu o broju sprovedenih fizikalni procedura kod pacijenata oboljeli od korona virusa uperiodu od godinu dana (od aprila 2020. god. da kraja marta 2021. god.) i podjeli po težini kliničke slike na tešku i srednje tešku kliničku sliku.
Prikazan je slučaj pedestogodišnje pacijentice, koja je liječena u COVID odjeljenju, a potom u Klinici za vaskularnu hirurgiju zbog post-covid komplikacije akutne ishemije arterije brahijalis. Nakon dijagnostičke obrade urađen hitan operativni zahvat - trombektomija desne arterije brahijalis. Rani postoperativni tok komplikovan ponovnom trombozom brahijalne arterije, kada se po odluci konzilija prelazi na konzervativno liječenje. Sprovedena je rana rehabilitacija : elevacija ruke, vježbe disanja, pasivno i aktivno-potpomognute vježbe za šaku i prste i elektroterapija transkutana električna stimulacija (TENS).
ZAKLJUČAK
Nakon hirurške intervencije, medikamentozne terapije, sprovedene rane rehabilitacije dolazi do značajnog poboljšanja: smanjenje otoka, bola i bolje pokretljivosti šake. Rana rehabilitacija dovodi do bržeg oporavka i smanjenja komplikacija. Pacijentica se u dobrom opštem stanju otpušta kući uz preporuku za produženu rehabilitaciju.
Ključne riječi: korona virus, tromboza brahijalne arterije, rana rehabilitacija.
Usmena prezentacija u Power-Poit

SUMMARY

INTRODUCTION The development of the COVID-19 pandemic has posed new challenges to healthcare systems around the world, including in physical medicine and rehabilitation.COVID-19 infection primarily affects the respiratory tract, but affects the function of all organs and organ systems, leading to multiorgan dysfunction syndrome (MODS) and coagulation disorders. THE GOAL To confirm the importance of early clinical rehabilitation in a patient suffering from the Corona virus with thrombosis of the brachialis artery.
METHODS AND CASE REPORT We performed an analysis of the number of physical procedures performed on patients suffering from the corona virus in the inpriod of year (from April 2020 to the end of March 2021) and divided them according to the severity of the clinical picture into severe and medium-severe clinical picture. The case of a fifty-year-old female patient, who was treated in the COVID department, and then in the Clinic for Vascular Surgery due to post-covid complications of acute ischemia of the brachialis artery, is presented.After the diagnostic procedure, an emergency operation was performed - thrombectomy of the right brachial artery.The early postoperative course was complicated by repeated thrombosis of the brachial artery, when, according to the council's decision, they switched to conservative treatment.Early rehabilitation was carried out: hand elevation, breathing exercises, passive and active-assisted exercises for the hand and fingers, and electrotherapy transcutaneous electrical stimulation (TENS).
CONCLUSION After surgical intervention, drug therapy, early rehabilitation, there is a significant improvement: reduction of swelling, pain and better mobility of the hand.Early rehabilitation leads to faster recovery and fewer

complications.The patient is discharged home in good general condition with a recommendation for extended rehabilitation.

Keywords: corona virus, brachial artery thrombosis, early rehabilitation.

Oral presentation in Power-Poit

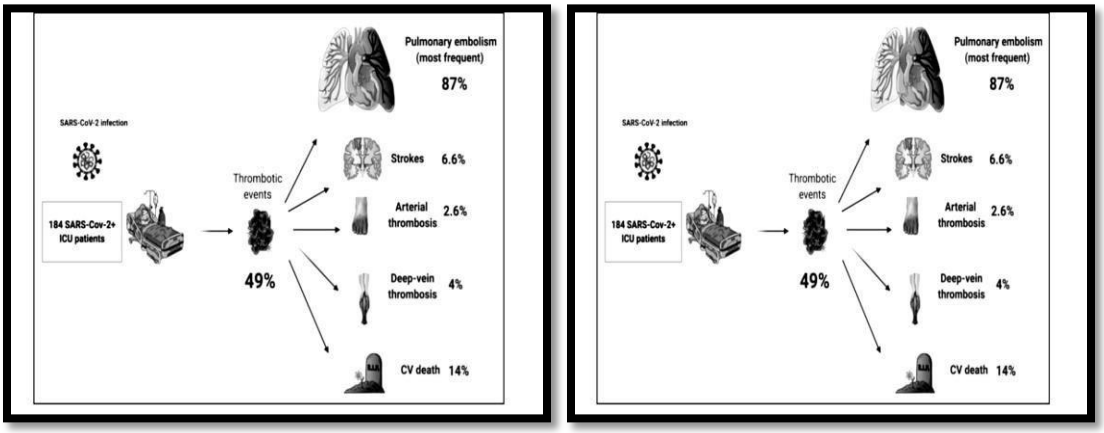
Momirka Milaković, diplomirani medicinar fizioterapije
Služba Kliničke rehabilitacije
UKC RS, Banjaluka
Mail adresa: momirkamilakovic@yahuu.com
Mobilni: 065 406 514
Jovice Savinović 169 Banja Luka

Bojana Kajkut, diplomirani medicinat fizioterapije
Služba Kliničke rehabilitacije
UKC RS, Banjaluka
Mail adresa:bojanakajkut5@ gmail.com
Frana Supiz17 Banjaluka
Mobilni: 065974 102

UVOD

Razvoj pandemije COVID – 19 postavilo je nove izazove pred zdravstvene sisteme širom svijeta, pa i u fzikalnoj medicini i rehabilitaciji. COVID- infekcija primarno zahvata respiratorni trakt, ali utiče na funkciju svih organa i organskih sistema, dovodeći do sindroma multiorganske disfunkcije (MODS) i poremećaja koagulacije .
Manifestuje se : u lakšem obliku, srednje teškom i veoma teškom sa komplikacijama
Teška stanja sa komplikacijama tokom liječenja zahtijevaju multidisciplinirani pristup.

Slika 1. Slika2.



Slika 1. I slika 2. Prikazuje komplikacijama SARS – CoV-2 infecije

CILJ RADA:

1) Značaj primjene rane kliničke rehabilitacije kod pacijenta oboljelog od korona virusa sa trombozom arterije brahijalis .

2) Prikazati broj primijenjenih fizikalnih procedura rane kliničke rehabilitacije kao i njihovu učestalost kod oboljeli od infekcije korona virusm u UKC RS Banjaluka za period od april 2020. god. do mart 2021. god.

METODE RADA:

1) Prikaz slučaja COVID infekcije sa trombozom arterije brahijalis .

2) Prikaz broja sprovedenih fizikalnih procedura u Službi Kliničke rehabilitacije UKC RS Banjaluka kod pacijenata oboljelih od korona virusa za period april 2020. god. –do mart 2021. god.

Dobijeni podaci korišteni su iz dostupne medicinske dokumentacije pacijenta i dnevni izvještaja Službe kliničke rehabilitacije za COVID odjeljenja u UKC RS BanjaLuka.

PRIKAZ SLUČAJA:

Dana 10.02.2021. god. pacijentica N L (1971. godište) primljena je u Kovid urgentni centar zbog naglo nastalog bola u desnoj podlaktici i šaci u ranim jutarnjim satima.

Glavne tegobe: Povraćanje, povišena tjelesna temperatura, bolovi u desnoj ruci.

Liječi se od Hipotireoze , na hormonskoj supstitucionoj terapiji (Letrox tbl 25mg 1x1). Pušač, alergična na Eritromicin i Cephalexin, sumnja na multisistemsko oboljenje – Sistemski Lupus Erythematodes- SLE

Sadašnja bolest: Bolest počela prije 5 dana u vidu povraćanja, povišene tjelesne teperature(37.8). Radi se o COVID pozitivnoj pacijentici od 07.02.2021. god. kada je uključen Hemomicin.

Na pregled se javlja zbog jakog bola u desnoj ruci, bol započinje u kažiprstu, da bi se proširio u sve prste do zgloba ručja, motorika očuvana. Negira respiratorne tegobe i bolove u grudima.

Od strane vaskularnog hirurga indikovana hitna angiografija

Dijagnostika: 08.02.2021.god. Real-time RT-PCR SARS CoV2 RNA: POZITIVAN

08.02.2021.god. CT toraksa : ZAKLJUČAK : CO- RADS 1

10.02.2021 . god. CT desne ruke : intraluminalno u brahiocefaličnom trunkusu neposredno prije račve na ACC. i desnu a.subklaviju mekotkivni tromb dezintiteta masti - 15 HU. Desna subklavija gracilna, brahialna arterija tromboliziranog lumena neposredno pred grananje na arterije desne podlaktice.

Laboratorija : 10.02.2021.god. GUK 6.6 , AST 23, ALT 24, LDH 180 CK 41, Urea2.2, Kreatinin56, K4 CA ukup2.19, CRP 94.2 , Er 4.2, L3.56, Hgb 133, Hct 0.39 Tr 239 , PV 1.01, APTT 21.2 , D-dimer 13.36, Astrup: pH 7.441, PCO2 4.36. pO2 13.7, sO2 98% cBase- 1.7,

Status: Svijesna, orijentisana, eupnoična u miru, afebrilna, motorika desne ruke prisutna, ali oslabljena.

Prijemna dijagnoza: Infectio coronavirus ,
Embolia arterium et trombozis art.brachioceph.dex.
Ishemia manus l.des. Acuta,
Hypothyreosis ,
SLE in obs.

Operativna intervencija: Trombectomia transbrachialis lat. dex. sec Fogarty, Redon drainagae x 1 (10.02.2021.).

Operativni tok: Tokom operativnog zahvata i pored sistemske heparinizacije dolazi do razvoja tromboze i brahialne i ulnarne arterije, učinjena je dodatna trombektomija i dodatna heparinizacija, ali se veoma brzo javlja retromboza.

Postoperativno ordinirani heparin kontinuirano i vazokokteli uz antiagregacionu terapiju. Postoperativno palpiran brahijalni puls, ali distalno šaka hladna i blijeda sa lividnošću okrajina, motorika i senzibilitet redukovani.

Nakon operativnog zahvata rani postoperativni tok komplikovan ponovnom trombozom brahijane arterije.

Ordinirana kontinuirana infuzija Heparina 1000 IJ po satu ali se APTT ne postiže. Potom uvedena terapja Fragmin 10 000IJ 2x1 uz analgetike, vazoaktivne koktele, kortikosteroidnu terapiju, statine, kalciumske antagoniste, antibiotike i rehidrataciju uz redovno praćenje lab. parametara, postignut je terapijski anti Xa.

Pacijentica je detaljno upoznata sa prirodom bolesti i mogućnosti daljeg razvoja toka bolesti, te mogućom amputacijom desne ruke.

Tok bolesti: Lab: CK (s)1445, Urea(s)2.6, Kreatinin(s)51, CRP68. pH 7.451, protrombinsko vrijeme (p)1.06 INR 1.15, fibrinogen 4.3, Aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme 28.5, D-dimer 1.47, sO2 97%.Tokom hospitalizacije obavljeni su pregledi reumatologa i hematologa, te neurologa i fizijatra. Prva dva postoperativna dana šaka blijeda, motorika i senzibilitet redukovani, a potom dolazi do laganog poboljšanja.

Slika 3 . Slika 3.1.

Slika 3. i Slika 3.1. prikazuje izgled šake u periodu od petog do devetog postoperativnog dana gdje dolazi do reperfuzionog sindroma i otoka šake

Rani fizikalni tretman: Uz obloge i elevaciju ruke i rehidrataciju dolazi do pada vrijednosti kreatinin kinaze i povlačenje otoka, šaka je toplija i započinje rani fizikalni tretman odnosno primjena protokola rane kliničke rehabilitacije.
Klinički nalaz fizijatra: desna ruka urednih pokreta u ramenu i laktu. RC zglob sa kontrakturom u terminalnim amplitudama pokreta za sve pravce, pasivno bez korecije, praćeno jakim bolom. Aktivni pokret u PIP i DIP I, II, III prsta prisutni, terminalno zaostaju, pasivno postižem korekciju, praćeno zatezanjem mekotkivnih struktura te bolom. Ruka na dodir, hladna, sa zonama diskoloracije, vegetativnim smetnjama, diskretan edem dorzuma šake, pulsacija art.ulnaris, i art. radialis palpiran, aktivno pesnicu ne formira. Dizestezija u području palca i IV prsta sa palmarne i dorzalne strane. Ostali funkcionalni status bez odstupanja za dob.
Dg: Contractura art. RC et I,II,III manusa l.dex.
St. post thrombektomiam transbrachialis l. dex. Sec Foarty a.d.XIII
Th: Medikamentozna prema temp.listi + OptimumB plus tab 1x 1, Altioks tab1x1, Zaracet na 6h početna terapija sa dve tbl, zatim na 6h po 1 tbl. Jekoderm mast lokalno.
Kineziterapija : tople komprese na desnu šaku sa palmarne strane držati 10 min, kao uvod u kineziterapiju, manuelna drenaža i masaža jekodermom od distalnih ka proksimalnim segmentima kroz glatki hvat.
vj. za ROM aktivno potpomognute, ali do tolerancije u desnom RC zglobu, te na falangama I, II, III prsta, uključujući i interosealnu muskulaturu ručja, vj. periferne cirkulacije za oba GE, aktivne za ROM lakatnog, ramenog zgloba obostrano. Pozicioniranje u elevaciji.
Elektroterapija : transkutana električna nervna stimulacija (TENS) fr 75 hz na desnu podlakticu i dorzum šake svakodnevno 30 min.

Dvanaesti postoperativni dan

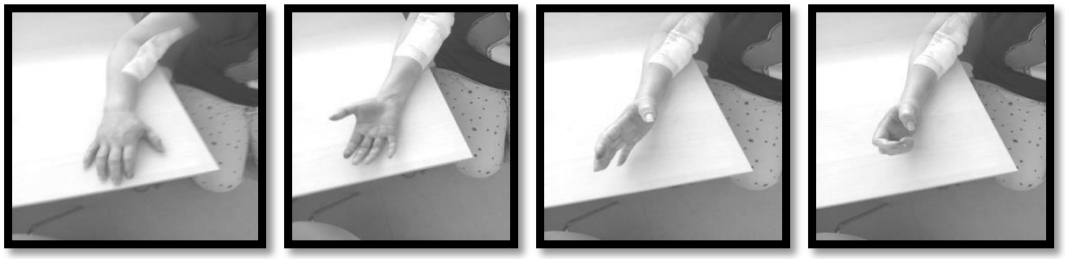
Slika 4. Slika 4.1. Slika4.2.

Slika 4. ,4.1.i 4.2.prikazuje izgled šake dvanestog postoperativnog dana , poslije primjene gore navedenih procedura dolazi do smanjenje otoka I bolje pokretljivosti prstiju šake.

Pored navedenih procedura za rehabilitaciju šake rađene su i vježbe disanja po protokolu rane respiratorne rehabilitacije i edukacija pacijentice za ASŽ.
Po završetku liječenja u našoj ustanovi pacijentica je upućena na nastavak liječenja u ZZFMR „dr Miroslav Zotović“.

Četrnaesti postoperativni dan-pred otpust

Slika 5. Slika5.1. Slika5.2. Slika 5.3.



Slike 5., 5.1., 5.2.i 5.3. -prikazuju izgld šake četrnestog postoperativnog dana pred otpust.

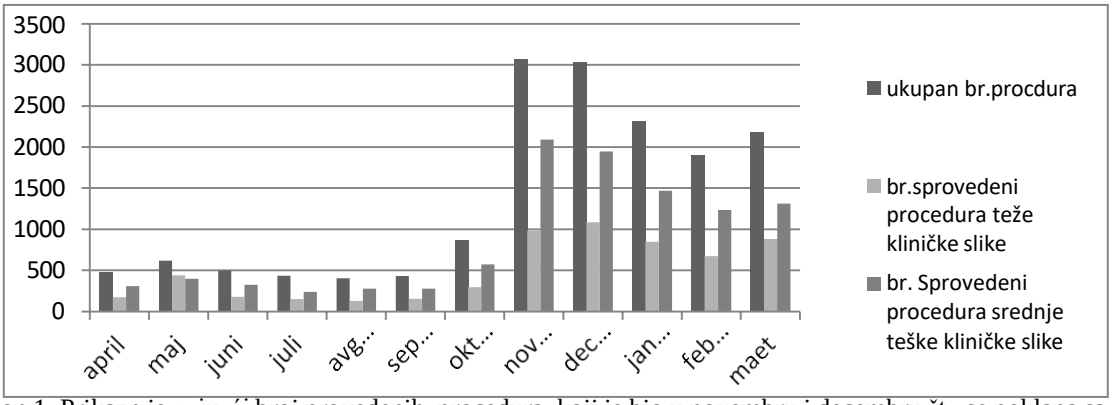
Zaključak: Nakon hirurške intervencije, medikamentozne terapije, provedene rane rehabilitacije dolazi do značajnog kliničkog poboljšanja: smanjenje otoka, bola i bolje pokretljivosti šake.
Pravovremena i efikasna primjena rana rehabilitacija dovodi do bržeg oporavka, smanjenja komplikacija i dužine liječenja.
Tabelarni prikaz broja sprovedeni procedura po mjesecima u periodu od aprila 2020. god. do marta 2021. god. te odnos broja sprovedenih procedura teže i srednje teške kliničke slike u odnosu na ukupan broj izražen u procentima.

Tabela 1.

mjesec	ukupabr. sprovedenih proc.	br.sprovedenih proc. teže klinička slika	br.sprovedenih proc. Srednje teška kl.slika	odnos teže kl.slike i ukpnog br. proc.	odnos srednje teške kl. slike i ukupnog br. proc.
April	476	170	306	35,71%	64,29%
Maj	617	220	397	35,65%	64,35%
Juni	489	176	320	35,41%	64,59%
Juli	4438	150	263	34,40%	65,60%
avgust	*402*	126	276	*31,34%*	**68,66%**
Septembar	430	156	274	36,27%	63,73%
oktobar	863	294	569	34,06%	65,94%
nobebar	**3070**	982	2088	31,98%	68,02%
decembar	3032	1086	1946	35,81%	64,19%
januar	2311	846	1465	36,60%	63,40%
februar	1906	673	1233	35,30%	64,70%
mart	2185	874	1311	**40%**	60%
ukupno	16226	5753	10473	35,45%	64,45%

Tabela 1. - Prikazan je broj sprovedeni fizikalni procedura u periodu od aprila 2020.god. do kraja marta 2020. god. po mjesecima i odnos srednje teške i teške kliničke slike na ukupan broj sprovedeni proceduta. Iz prikazani podataka vidi se da je u avgustu bio najmami broj fizikalni procedura 402 ,i odnos srednje teške kl. slike u onosu na ukupan broj 68,66%. Najveći broj fizikani procedura bio je u novebru 3070. Odnos teže kl.slike na ukupan broj fizikalni procedura najveći je bio u martu 40%.Ukupan broj sprovedeni fizikalni procedura bijo je 16226, od toga je bilo 5 753 satežom kliničkom slikom što je 35,45% ,i 10 473fizikalni procedura sa srednje teškom kliničkom slikom što je 64,45%.
Grafički prikaz broja sprovedenih procedura po mjesecima u periodu od aprila 2020. god. do marta 2021. god., te odnos broja sprovedenih procedura teže i srednje teške kliničke slike na ukupan broj.

Grafikon 1.



Grafikon 1. Prikazn je najveći broj provedenih procedura koji je bio u novembru i decembru što se poklapa sa pikom COVID infekcije.

Diskusija:

Ranu rehabilitaciju treba obezbjediti svim stacioniraim pacijentima oboljelim od COVID-19, jer su u riziku da razviju hipoksemiju, koja vodi u sindrom multiorganske disfunkcije (MODS) sa hiperkoagulobilnosti krvi, što značajno povećava mortalitet .
Rehabilitaciju je neophodno sprovoditi uz pažljiv i kontinuirani monitoring kliničkog stanja uz multidisciplinarni pristup radi sprečavanja komplikacija i bržeg i kvalitetnijeg oporavka.

LITERATURA

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with
COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020;395(10229):1054-62.
2. Phelan AL, Katz R, Gostin LO. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: Challenges for global health governance. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;323(8):709-10.
3. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). [Verspreiding nieuw coronavirus (COVID-19)] [in
Dutch]. 24 July 2020. Available via: https:// www.rivm.nl/ coronavirus/covid-19/verspreiding.
4. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). [Actuele informatie over het nieuwe coronavirus
(COVID-19)]. [Internet]. [in Dutch]. 24 July 2020. Available via: https:// www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/actueel.
5. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). [Coronavirussen] [Internet]. [in Dutch]. 24 July 2020. Available via: https://www.rivm.nl/ coronavirus.
6. Letko M, Marzi A, Munster V. Functional assessment of cell entry and receptor usage for SARS-CoV-2 and other lineage B betacoronaviruses. Nat Microbiol [Internet].2020;5(4):562-9.
7. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). Int J Surg [Internet]. 2020;76(February):71-6.

UTICAJ PANDEMIJE COVID 19 NA FUNKCIONISANJE POLIVALENTNE PATRONAŽNE SLUŽBE

Dipl.mng Dušica KAMENIĆ, Dom zdravlja Novi Beograd

Covid 19 je iz osnova izmenio život širom regiona i pokrenuo pitanja organizovanja i finansiranja pružanja usluga i upravljanja na koje moraju da odgovore rukovodioci zdravstvenih sistema.Domovi zdravlja su nosioci primarne zdravstvene zaštite i orjentisani na istraživanje zdravstvenog stanja odgovarajuće grupacije stanovništva na području gde je osnovan.
Pandemija covida 19 umnogome je uticala kako na zdravstveni sistem tako i na potrebu i opšte stanje stanovništva.Naš zdravstveni sistem u početku epidemije je bio nespreman kako u kadrovima tako i zaštitnoj opremi.Nametnuo se problem reorganizacije primarnog,sekundarnog i tercijarnog nivoa medicinske zaštite.U novonastalim uslovima neophodno je bilo napraviti najbolji i najefikasniji model u pružanju zdravstvene zaštite na primarnom nivou.

Cilj rada:
Plan reorganizacije zdravstvene zaštite na primarnom nivou sa posebnim osvrtom rada polivalentne patronažne službe u uslovima epidemije Covid 19.

Metode rada:
Anketa kao indirektni pristup u pisanoj formi usmeren ka zaposlenima u PPS,sprovedena u dva različita vremenska perioda na početku epidemije i 6 meseci kasnije.U anketiranju je učestvovalo 50 patronažnih sestara zaposlene u različitim domovima zdravlja po teritorijalnoj pripadnosti.

Rezultati:
Uporednom analizom rezultata zaposlenih u PPS s početka pandemije Covid 19 i 6 meseci kasnije doprinelo se uanapređenju rada u vanredim uslovima kao i primeni i inovacija metoda rada i u kasnijem radu po završetku pandemije.

Diskusija:
Tokom diskusije i prezentovanjem rezultata anketiranja,prikaz nove metode rada i na koji način je doprinela u kvalitetu kao i koji je broj obuhvata porodica.

Ključne reči: covid 19 i primarna zdravstvena zaštita 1, reorganizacija rada pps 2, nove metode rada u uslovima epidemije 3.obavezni vidovi zdravstvene zaštite 4

KOMUNIKACIJA MEDICINSKE SESTRE SA OSOBAMA S INVALIDITETOM

COMMUNICATION OF NURSES WITH DISABLED PEOPLE

ANTONIJA LEKO, OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar, Bjelovar
Živko STOJČIĆ, OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska; VUB Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska
Nikolina MEGERLE, OB „Dr. Anđelko Višić“ Bjelovar, Bjelovar
Goranka RAFAJ; VUB Bjelovar, Bjelovar, Hrvatska

SAŽETAK

Medicinska sestra je prvi zdravstveni radnik sa kojim se po dolasku u zdravstvenu ustanovu susreće svaki pacijent pa tako i osobe s invaliditetom. Cilj ovog rada je prikazati važnost posjedovanja komunikacijskih vještina u radu medicinske sestre, te primjenu istih u radu s osobama s invaliditetom i njihovim obiteljima. Osnovne poteškoće osoba s invaliditetom su komunikacija i pristup prikupljanju informacija, što dovodi do izolacije osoba i isključenosti iz zajednice u kojoj žive. Da bi se zdravstveni djelatnici dobro skrbili za bolesnika, vrlo je važna dobra komunikacija. Znanstveno je dokazano da su zdravstveni djelatnici koji dobro komuniciraju i posjeduju komunikacijske vještine sposobni pacijente učiniti zadovoljnijima i smanjiti im prisutnost tjeskobe vezane uz njihovu dijagnozu.
Ključne riječi: komunikacija, osobe s invaliditetom, medicinska sestra.

SUMMARY

A nursee is the first healthcare worker that every patient, including people with disabilites, meets upon arrival at a healthcare facility. The aim of this work is to show the importance of having communication skills in the work of a nurse, and their application in working with people with special needs and their families. The main difficulties of people with special needs are communication and access to information gathering, which leads to isolation of people and exclusion from the community in which they live. Good communication is very important for healthcare professionals to take good care of patients. It has been scientifically proven that healthcare professionals who communicate well and possess communication skills are able to make patients satisfied and reduce the presence of anxiety related to their diagnosis.

Key words: communication, persons with disabilities, nurse.

UVOD

„Komunikacija se može definirati kao razmjena informacija između dviju ili više osoba s ciljem prenošenja ili primanja značenja kroz zajednički sustav znakova.“ Komunikacijom se ostvaruje interakcija između ljudi. Adekvatna komunikacija jedna je od bitnih vještina koju bi medicinska sestra trebala imati. Komunikacijske vještine skupina su temeljnih interpersonalnih vještina koje podupiru pružanje psihološke njege. Moglo bi se reći da su najvažnije vještine koja sestra treba posjedovati slušanje i govorenje drugima (Badrov T.; 2020.).

Osobe s posebnim potrebama smatraju se osobama s genetskim manama koje ne dopuštaju normalan razvoj i djelovanje fizičkih funkcija ili mentalnih sposobnosti. Tu ubrajamo osobe s oštećenjem vida, sluha, osobe s poremećajem govora, s poremećajem u ponašanju, s motoričkim oštećenjima, sa smanjenim intelektualnim sposobnostima, s autizmom (Pavić J.; 2014.).

CILJ RADA

Cilj rada je prikazati važnost posjedovanja komunikacijskih vještina u radu medicinske sestre, te primjenu istih u radu s osobama s invaliditetom i njihovim obiteljima.

KOMUNIKACIJA

„Komunikacija je proces razmjene informacija, ideja, misli i osjećaja putem govora, signala, pisanja ili ponašanja.“ „Komunikacija se može definirati kao razmjena informacija između dviju ili više osoba s ciljem prenošenja ili primanja značenja kroz zajednički sustav znakova.“ Komunikacija nam služi kako bi prikupili, prenijeli ili razmijenili informacije. Komunikacija uključuje skup socijalnih vještina koji obuhvaćaju započinjanje, uspostavu i održavanje kontakata među ljudima. „U komunikacijskom procesu, pošiljatelj kodira poruku, a zatim ju pomoću medija/kanala šalje primatelju koji dekodira poruku i nakon obrade podataka šalje

odgovarajuću povratnu informaciju/odgovor koristeći medij/kanal (BadrovT.;2020.).“Proces komunikacije uključuje važne elemente a to su:

- Izvor
- Poruka
- Kanal komunikacije
- Primatelj
- Okolina
- Kontekst
- Šumovi
- Povratne informacije

Izvor je osoba koja zamišlja, stvara i šalje poruku. Poruka je poticaj ili značenje koje izvor odašilje primatelju. Kanali komunikacije mogu biti verbalni, neverbalni, digitalni i pisani. Primatelj je osoba kojoj je poruka namijenjena. Okolina je fizički prostor u kojem se komunikacija odvija. Kontekst podrazumijeva okruženje i očekivanje pojedinca koji su uključeni u komunikaciju. Šumovi su svi utjecaji koji ometaju i blokiraju komunikaciju. Povratne informacije su namjerna ili nenamjerna verbalna ili neverbalna reakcija na poruku(Sindik J. Vučković Matić M.;2016). Komunikaciju možemo podijeliti prema načinu komunikacije, udaljenosti sudionika, prema stilu i prema broju sudionika. Prema načinu na koji se događa, komunikacija može biti verbalna i neverbalna. Prema međusobnoj udaljenosti sudionika razlikujemo direktnu i indirektnu komunikaciju. Prema stilu komunikacije može biti formalna i neformalna. Prema broju sudionika dijelimo je na intrapersonalnu, interpersonalnu, grupnu, javnu i masovnu komunikaciju (Shulz van Thun F.;2001.).

Verbalna komunikacija

Verbalna komunikacija jest komunikacija koju pojedinac ostvaruje govorom ili pismom, dok je neverbalna ona koju ostvarujemo neverbalnim znakovima. Neverbalna komunikacija obuhvaća znatan dio opće komunikacije, oko 93%, dok verbalna komunikacija obuhvaća manji dio oko 7% (Žižak A., Vizek VidovićV., Ajduković, M.;2012.). Vrlo je zanimljivo da u komunikaciji uglavnom biramo što ćemo reći, a ne kako ćemo se ponašati, kao da je naša neverbalna komunikacija u potpunosti pod kontrolom, a verbalna nije. U stvarnosti puno bolje kontroliramo verbalnu komunikaciju nego neverbalnu koju nesvjesno učimo promatranjem i modeliranjem (Bulajić, M. Grba-Bujević, M. 2012.). „U govornoj komunikaciji koriste se izgovorene riječi, što podrazumijeva razgovor licem u lice, telefonski razgovor, video, radio, televizor, video konferencije.“ Prednosti govorne komunikacije su brzina primanja poruke, mogućnost trenutne povratne informacije, visoka razina razumijevanja i transparentnosti, mogućnost brze korekcije izgovorenog, bitna je za timski rad i potiče suradnju. Govorna komunikacija ima i nedostatke kao što su loša prezentacija poruke, nedostatak provjerljivosti, mogućnost nesporazuma, dugi govori koji mogu oduzimati puno vremena (Radić A. Sabljić L. Šalamon S.;2020.). U pisanoj komunikaciji koriste se pisani znakovi ili simboli, a poruka se prenosi putem pisma, dopisa, izvještaja, uputa, opisa posla, elektroničke pošte. Na poruku u pisanoj komunikaciji utječu upotrijebljeni vokabular i gramatika, stil pisanja, preciznost i jasnoća korištenja jezika. Prednosti pisane komunikacije su prikladnost za tehničke upute, provjerljiva je i razumljiva. Nedostaci pisane komunikacije su mogućnost da primatelj neće na vrijeme pročitati poruku, pisanje zahtjeva vremena, troškovi slanja konvencionalne pošte (Bulajić, M. Grba-Bujević, M. 2012).

Neverbalna komunikacija

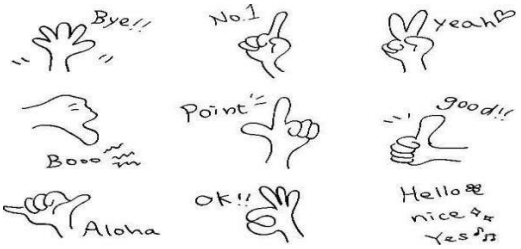
Neverbalna komunikacija je proces generiranja značenja ponašanja, a ne riječi. Neverbalna komunikacija je način na koji ljudi komuniciraju bez riječi bilo to namjerno ili nenamjerno. Neverbalna komunikacija može upotpuniti verbalnu, ali i potpuno ju zamijeniti. Neverbalna komunikacija uglavnom prati verbalnu i teško je postići ciljeve komunikacije bez razumijevanja interakcije verbalnih i neverbalnih znakova. U elemente neverbalne komunikacije ubrajamo: izraz lica, pogled, položaj tijela, kretnje, pokrete, prostornu udaljenost, dodir, vanjski izgled, paralingvističke znakove (Badrov T.; 2020.). Izraz lica je najizražajniji dio našeg tijela. Lice reagira odmah i teško se mogu sakriti emocije prikazane u datom trenutku. Osnovne skupine izraza lica su sreća, tuga, strah, bijes i gađenje. Lice i oči glavne su točke fokusa tijekom komunikacije. Određene kretnje očiju povezujemo s osobinama ličnosti ili emocionalnim stanjima. Kontakt očima i pogled vrlo su moćni neverbalni znakovi (Krajinović K.;2017) (slika1.).

Slika1. Izraz lica kod neverbalne komunikacije
Picture 1. Facialexpressioninnon-verbalcomunication

Položaj tijela odražava stavove, osjećaje, odnose s drugima. Nagnutost tijela prema naprijed tijekom komunikacije upućuje na zainteresiranost, dok odmicanje upućuje na želju za prekidom komunikacije. Pogrbljenost i skrivanje ruku upućuje na nelagodu i nesigurnost, dok uspravan stav i ruke koje su ispred tijela govornika upućuju na sigurnost. Stav ruku jedan je od elemenata oko kojeg svi nemaju isto mišljenje. Zatvoren stav ruku uglavnom upućuje na zatvorenost osobe prema sugovorniku ili temi. Ako je jedna šaka koju sakrivamo stisnuta, moguće je da je osoba bijesna ili ljuta. Otvoren stav ruku odaje dojam sigurne i samouvjerene osobe (Matsumoto D,Willingham, B,2010) (slika 2.).

Slika 2. Položaj tijela kod neverbalne komunikacije
Picture 2. Bodypositionduringnon-verbalcommunication

Razlikujemo tri glavne vrste gesta: adapteri, amblemi i ilustratori. Adapteri ponašanja su pokreti koji ukazuju na unutarnja stanja koja su povezana s uzbuđenjem ili anksioznošću i mogu se usmjeriti na sebe, druge ili predmete. Amblemi su geste koji imaju određeno, dogovoreno značenje. Ilustratori su najčešća vrsta geste koja se koristi za ilustraciju verbalne poruke koju prate. Na primjer, gestama ruku možete objasniti veličinu objekta ili problema (Krajinović K.;2017) (slika 3.) .



Slika 3. Amblemi u komunikaciji
Picture 3. Emblemsincommunication

Udaljenost između sugovornika govori o bliskosti osoba. Najčešće koristimo četiri zone udaljenosti: javnu, društvenu, osobnu i intimnu. Intimna zona podrazumijeva udaljenost do 45 cm, osobna zona do 1,2 m, socijalna zona 1,2 do 3 m, javna zona više od 3 m. Dodir pokazuje bliskost, ugodnost, a ponekad dominiranje. Dodir je određen trima faktorima: stupanj sviđanja i privlačnosti, stupanj poznatosti i bliskosti, te moć i status (Badrov T.; 2020.) (slika 4.).

Slika 4. Udaljenost među sugovornicima u komunikaciji
Picture 4. Distance betweeninterlocutorsincommunication

Rukovanje je u našoj kulturi sastavni dio pozdravljanja, te dio poslovnog bontona. Rukovanje može reći dosta toga o osobi, a važno ga je izvoditi tako da sugovorniku bude ugodno što podrazumijeva: ispruženu ruku

prihvatiti jednom rukom, čvrsto, no ne prejako, stisnuti ruku sugovornika, držati ruku jednu do tri sekunde, ne tresti ruku sugovornika, gledati u oči osobu dok se s njom rukujete. Vanjskim izgledom šaljemo sliku o sebi i utječemo na doživljaj drugih ljudi. Frizura, nakit, odjeća, obuća, tetovaže, sadrže poruke o našoj osobnosti, društvenoj pripadnosti, stavovima i emocionalnom stanju. Paraverbalne poruke odnose se na način izgovaranja riječi. Paralingvistički znakovi podrazumijevaju glasovne kvalitete koje idu uz verbalne poruke, ton, volumen, brzinu, artikulaciju i glasove bez značenja. Ovi znakovi pomažu nam u prenošenju značenja, reguliranju razgovora i komuniciranju intenziteta poruke (Lučanin D. Despot Lučanin J, 2010.).

Komunikacija u sestrinstvu

Sestrinstvo kao znanost o zdravstvenoj skrbi usmjereno je na služenje potrebama čovjeka kao biopsihosocijalnog i duhovnog bića. Njegova praksa zahtijeva, ne samo znanstvena znanja, već i međuljudske, intelektualne i tehničke sposobnosti i vještine. To znači spoj znanja, kliničkog rada i međuljudske komunikacije. Komunikacija je vitalni element u sestrinstvu u svim područjima aktivnosti i u svim njegovim intervencijama kao što su prevencija, liječenje, terapija, rehabilitacija, obrazovanje i promicanje zdravlja. Sestrinski proces, osim toga kao znanstvena metoda vježbanja i provedbe sestrinstva, ostvaruje se kroz dijalog, kroz interpersonalno okruženje i specifičnim vještinama verbalne komunikacije. Učinkovita komunikacija zahtijeva razumijevanje pacijenta i iskustava koje izražava. Zahtijeva vještine i istovremeno iskrenu namjeru medicinske sestre da razumije što brine pacijenta. Nije dovoljno samo razumjeti pacijenta, već medicinska sestra mora prenijeti poruku da je on/ona razumljiv i prihvatljiv. Ona je odraz znanja sudionika, načina na koji razmišljaju i osjećaju te njihovih mogućnosti (Balzer Lirey J. 2017.). „Umijeće sestrinstva je međuljudski odnos i interakcijski proces između korisnika i sestre unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestrinske skrbi“ jedna je od definicija sestrinstva. Komunikacijom se ostvaruje interakcija između ljudi. Adekvatna komunikacija jedna je od bitnih vještina koju bi medicinska sestra trebala imati. Osnovi cilj djelovanja medicinske sestre je postizanje zdravstvenog ponašanja kod pacijenata. Za postizanje cilja sestra mora pokazati dobro poznavanje komunikacijskih vještina. Da bi komunikacija protekla što bolje te da bi medicinska sestra svojim profesionalnim odnosom postigla osjećaj sigurnosti kod bolesnika, vrlo je važno pokazati osobine poput empatije, srdačnosti, iskrenosti i poštivanja (Lambrini K. 2014.). Komunikacijske vještine skupina su temeljnih interpersonalnih vještina koje podupiru pružanje psihološke njege. Moglo bi se reći da su slušanje i govorenje vještine neophodne u dobroj komunikaciji medicinske sestre. Komunikacije vještine nisu urođene, one se mogu naučiti, a vježbom i poboljšati. Poruke koje medicinska sestra upućuje drugima trebale bi biti direktne, otvorene, jasne. Kad sestra sluša pacijenta poželjno je da posjeduje vještine aktivnog slušanja, slušanja s empatijom, otvoreno i svjesno slušanje (Sindik J. Vučković Matić M.;2016).Kako bi medicinske sestre bile uspješne u svom poslu, moraju u svom obrazovanju proučavati komunikaciju i međuljudske odnose uz posebne tečajeve i praksu. Trebaju naučiti različite aspekte i primjene komunikacije u različitim područjima sestrinstva. U tom kontekstu podrazumijeva se da se naglasak mora staviti na važnost komunikacije između medicinske sestre i pacijenta te da se sestrinsko obrazovanje mora usredotočiti na komunikacijske vještine medicinskih sestara (Lambrini K. 2014). Medicinska sestra uspostavlja profesionalni odnos s pacijentom i obitelji te s drugim pružateljima zdravstvene njege. Odnos pacijent – medicinska sestra uspostavlja se za dobrobit pacijenta. Ovakav odnos može biti uzajamno iskustvo učenja. Opažanje njihove interakcije kao odnosa ukazuje na osjećaj pripadnosti koji ih povezuje (Lambrini K. 2014).

Komunikacija s osobama s oštećenjem vida

Oštećenje vida nije bolest. Slijepa osoba, kao i svaka druga osoba koja zbog bolesti zatreba liječničku pomoć mora se najaviti (naručiti) kod svog liječnika telefonski i dogovoriti termin za pregled u ordinaciji. U slučaju hitnog stanja potrebno je doći što prije u najbližu zdravstvenu ustanovu, bez najave ili pozvati hitnu medicinsku pomoć. Slijepa osoba može doći u zdravstvenu ustanovu bez pratnje, može se koristiti pomagalima za samostalno kretanje, dugim bijelim štapom ili psom vodičem slijepih (Lee Yeon. Fassil B. Mesfin. 2021.). Medicinska sestra ili tehničar najčešće su prvi kojima se osoba obraća u zdravstvenoj ustanovi. Vrlo je važno da oni svoju komunikaciju prilagode potrebama osobe s oštećenjem vida. Načini komunikacije s gluhoslijepim osobama svode se na poznavanje i učenje hrvatskih znakovnih jezika te pripadnih specifičnih abeceda. Razlikujemo taktilni, locirani i vođeni hrvatski znakovni jezik, taktilnu dvoručnu i jednoručnu abecedu, prstovnu abecedu i Braillovo pismo (Lee Yeon. Fassil B. Mesfin. 2021.) (slika 5.).

Slika 5. Braillovo pismo
Picture 5. Braille

Prilikom dolaska slijepe osobe u zdravstvenu ustavu njen prvi kontakt najčešće je s medicinskom sestrom. Pri ulasku bolesnika u ordinaciju medicinska sestra će doći do bolesnika, predstaviti se i ponuditi mu pomoć. Bolesnik se uvodi u ordinaciju na način da sestra stane pored njegove slobodne ruke, a slijepa osoba će ruku medicinske sestre primiti iznad lakta koji je savijen ili opušten uz tijelo. Ako s bolesnikom ulazimo u uzak prostor ili prolazimo kroz vrata, potrebno je zamoliti osobu da ide iza nas držeći nas za ruku. Nakon što uđemo u određenu prostoriju važno je slijepoj osobi objasniti gdje se nalazimo, koji postupci će slijediti te je upozoriti na prostorne barijere i prepreke. Slijepoj osobi također je potrebno objasniti gdje može ostaviti svoje osobne stvari. Ako želimo osobu posjesti na stolac, potrebno je bolesnika dovesti do stolca, položiti dlan slijepe osobe na rub naslona i na sjedalicu stolice. Kada slijepoj osobi vraćamo osobne papire, dajemo nalaz ili slično potrebno je uvijek predmet dati u ruku i pročitati i pojasniti sve napisane informacije (Lee Yeon. Fassil B. Mesfin. 2021.). Slijepu osobu uvijek treba pozvati imenom i prezimenom, a nikako ne upotrebljavati nama čestu poštapalicu „Slijedeći“. Nikako ne smijemo slijepu osobu gurati ispred sebe, vući za ruku ili pokušati dići. Nikad osobne stvari ili druge papire ne smijemo davati pratnji slijepe osobe, jer je slijepa osoba pacijent, a ne njena pratnja (Lee Yeon. Fassil B. Mesfin. 2021). Rehabilitacijski programi uvelike pomažu osobama s oštećenjem vida u području svakodnevnih vještina, komunikacije i kretanja, a potencijalno mogu biti iznimno važne za socijalno ponašanje osobe. Otvorena komunikacija o oštećenju vida doprinijet će adaptaciji na oštećenje vida. Dobro socijalizirane slijepe osobe od rođenja su vrlo uspješne u komunikaciji, te često ostavljaju pozitivan utisak na svoju okolinu. Ako slijepe osobe nemaju dobro razvijene komunikacijske vještine, svojim ponašanjem mogu privlačiti pozornost te potaknuti sažaljenje. Neke slijepe osobe imaju teškoće u primjeni socijalnih i komunikacijskih vještina te u odrasloj dobi primjenjuju komunikacijske obrasce pod nazivom blindizmi. Blindizmi se smatraju društveno neprihvatljivim i neadekvatnim pokretima kao što su pritiskanje očnih jabučica, ljuljanje tijela, mahanje rukama i slično (Nenadić K. Šubarić Ž. Dumančić J. 2015.).

Komunikacija s osobama s oštećenjem sluha

Govor je sposobnost proizvodnje određenih zvukova ustima i gestom, dok jezik uključuje riječi i gramatička pravila za formiranje riječi kao i pravila za sastavljanje riječi u rečenice. Stupanj zaostajanja u jeziku i otežano govorno – jezična komunikacija problem je kod većine osoba s oštećenjem sluha. Oštećenje sluha dovodi do nepotpune komunikacije koja pak dovodi do povlačenja i izolacije osobe s oštećenjem. Kada osoba izgubi sluh javljaju se razne promjene raspoloženja poput napetosti, ljutnje, povlačenja, depresije. Neverbalna komunikacija sastavni je dio komunikacije svih osoba, međutim, kod osoba s oštećenjem sluha ona je puno izraženija obzirom da je to najčešće njihov jedini oblik izražavanja (Barišić I, Sansović I, Pavelić J. 2004.). „Znakovni jezik oblik je komunikacije koji je najrašireniji u gluhonijemih osoba.“ Uz pomoć posebnog položaja šake, smjera i pokreta ruke te položaja tijela tvori se smisao riječi. Temelj znakovnog jezika je sustav vizualnih simbola. Razlikujemo više vrsta znakovnog jezika: američki, britanski, hrvatski,... Svaki znakovni jezik uči se kao bilo koji drugi strani jezik, te posjeduje vlastitu gramatiku i bogati vokabular. Od sredine 20. st. Hrvatski znakovni jezik je jezik zajednice gluhih koji se koristi na području Republike Hrvatske. “Zakon o Hrvatskom znakovnom jeziku i ostalim sustavima komunikacije gluhih i gluhoslijepih osoba u Republici Hrvatskoj stupio je na snagu 1. kolovoza 2015. godine.“ Tim zakonom HZJ priznat je kao izvorni jezik zajednice gluhih i gluho slijepih osoba u Republici Hrvatskoj (Hrvatski savez gluhoslijepih osoba Dodir;2016.) (slika 6.).

Slika 6. Hrvatski znakovni jezik
Picture 6. Croatiansinglanguage

"Čitanje s usana jedna je od metoda komuniciranja, ali ne smatra se pouzdanom obzirom da se uglavnom svodi na pogađanje izgovorenog prema obliku usana i izrazu lica sugovornika." Obzirom da neke riječi izgledaju jednako izgovoreno, sugovornik često pogađa što je osoba htjela reći na osnovu konteksta. Da bi čitanje s usana bilo što preciznije preporuča se govoriti sporije, ne prenaglašavati pokrete usana, praviti stanke, isticati teme razgovora (Hrvatski savez gluhoslijepih osoba Dodir;2016). Ručnu abecedu moguće je koristiti jednoručno ili dvoručno. Hrvatska jednoručna abeceda je verzija američke jednoručne abecede, proširena slovima koja se koriste samo u našem jeziku, i oponaša mala tiskana slova. Najčešće se koristi u školama za gluhu djecu. Dvoručna abeceda najčešće se primjenjivala u Hrvatskoj dok se u većini europskih zemalja češće koristi jednoručna abeceda (Hrvatski savez gluhoslijepih osoba Dodir;2016). Tradicionalni način komunikacije s gluhom osobom je „olovka i papir". U novije vrijeme olovku i papir često zamjenjuju mobiteli ili računala. Kod ove metode komunikacije najvažnije je da su poruke napisane čitko (Sindik J. Vučković Matić M.;2016).
Smjernice za pristup gluhim osobama u zdravstvenim ustanovama (Sindik J. Vučković Matić M.2016):

- Ne govorite dok imate neki predmet u ustima, jer će to ometati "čitanje" s usana.
- Ruku držite dalje od usta, jer će to omogućiti bolje "čitanje" s lica i usana.
- Ne govorite "pored" gluhe/nagluhe osobe, tj. u pravcu zida ili drugih ljudi; ostvarujte kontakt očima.
- Ne koristite znakovni jezik ukoliko niste sigurni da ga gluha osoba koristi.
- Ako vas gluha/nagluha osoba nije razumjela, preformulirajte rečenicu, pojednostavite, skratite
- Ako vi niste razumjeli, ne pravite se da jeste.
- Ako ste u društvu gluhe/nagluhe osobe tijekom nekog zvučnog upozorenja ili zvučnog podražaja, objasnite joj što se događa.

Komunikacija s osobama s poremećajem govora

Medicinska sestra najčešće je prva koja stupa u komunikaciju sa svim pacijentima pa tako i s osobama s poteškoćama u govoru. Problem smanjene komunikativnosti bolesnika susreće se posebno kod djece, ne samo zbog njihove životne dobi nego i potencijalnih govornih ili slušnih poremećaja potenciranih bolešću i stresom, a na koje posumnja tek zdravstveno osoblje (Pranjić V. 2019).
Opće upute za komuniciranje s osobama s oštećenim govorom jesu (Sindik J. Vučković Matić M.;2016):

- Izbjegavati dugotrajne i iscrpljujuće razgovore, te dati prednost kraćim, ali češćim razgovorima.
- Ohrabrivati druge načine komunikacije i pohvaliti napor te pokušaje usmenog komuniciranja.
- Osigurati dovoljno vremena za komunikaciju i ne požurivati osobu.
- Nikada ne ispravljati izgovoreno, obeshrabrivati osobu ili pružati besmisleno razuvjeravanje ako osoba proizvede nerazumljive zvukove.
- Poticati vježbanje naučenoga na govornoj terapiji.

KOMUNIKACIJA S OBITELJIMA OSOBA S INVALIDITETOM

Osobe s posebnim potrebama jako često su vrlo vezane za svoju obitelj obzirom da im oni najčešće pomažu u obavljanju aktivnosti svakodnevnog življenja i na taj način provode jako puno vremena s njima. Odlazak osoba s posebnim potrebama u zdravstvene ustanove i potreba za komunikacijom sa zdravstvenim osobljem nije samo izazov za bolesnika, nego i za njegovu obitelj. Obzirom da osobe s posebnim potrebama najčešće dolaze u zdravstvene ustanove s pratnjom, vrlo je važno da medicinska sestra procjeni povezanost između bolesnika i njegove obitelji. Naime, vrlo često osobe s posebnim potrebama inzistiraju na pratnji jer se na taj način osjećaju puno sigurnije. Medicinska sestra tijekom komunikacije sa članovima obitelji ne smije zanemariti bolesnika. Vrlo često se dešava da tijekom posjete slijepe ili slabovidne osobe zdravstvenoj ustanovi zdravstveni radnici komuniciraju sa pratnjom, odnosno sa obitelji osobe što svakako nije ispravno. Osobe s posebnim potrebama jako dobro mogu razumjeti sve što im zdravstveni djelatnici žele reći, pa bi komunikacija s njihovom obitelji trebala samo upotpuniti komunikaciju između pacijenta i zdravstvenog radnika (Sindik J. Vučković Matić

M.;2016). Ako je bolesnik dijete ili starija osoba za čije je razumijevanje komunikacije nužno uključiti člana obitelji, potrebno je procijeniti koje informacije će medicinska sestra svakako objasniti bolesniku, a koje će uputiti samo članu obitelji. U komunikaciji s obitelji osoba s posebnim potrebama itekako je važno primijeniti komunikacijske vještine slušanja kako bi se od njih prikupilo što više informacija važnih za bolesnika. Također je važno stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja i kod bolesnikove obitelji(BadrovT.;2020.). Uspostavljanje smislenih odnosa s obiteljima ključni je dio našeg rada, a komunikacija je posebno važna kada se radi s obiteljima s djecom školske dobi s posebnim potrebama. Iako su mnoge obitelji s djecom školske dobi upoznate s djetetovim potrebama učenja i dostupnim vrstama podrške, još uvijek mogu biti preplavljeni nečim što se čini kao stalni protok prijedloga i sastanaka kako bi se njihovoj djeci pomoglo u učenju i razvoju. Potrebe obitelji i djece razvijaju se kako djeca s posebnim potrebama rastu. Pozitivne interakcije s obiteljima i drugim stručnjacima mogu smanjiti stres obitelji i poboljšati njihovu dobrobit. Kako se ne bi narušila komunikacija i funkcioniranje obitelji, potrebno je poticati pozitivnu komunikaciju u obitelji koja treba biti otvorena. Pod pojmom pozitivna komunikacija u obitelji podrazumijeva se slanje jasne i ujednačene poruke kako bi se izrazila empatija, pružila podrška kroz pozitivne komentare te pokazala učinkovitost vještine rješavanja problema. Članovi obitelji međusobno trebaju imati ravnopravan odnos, uvažavati jedni druge u komunikacijskom procesu, pokazivati međusobni interes, ohrabrivati jedni druge, poticati iznošenje stavova i mišljenja (Mihaljević M. 2020).

ZAKLJUČAK

Osnovne poteškoće osoba s posebnim potrebama su komunikacija i pristup prikupljanju informacija, što dovodi do izolacije osoba i isključenosti iz zajednice u kojoj žive. Užurbani način života kojim žive većina ljudi nije prilagođen osobama s posebnim potrebama da bi se osjećali sigurno i prihvaćeno. Često ljudi nemaju vremena i razumijevanja za osobe s posebnim potreba, oni postaju ili nezamijećeni ili ignorirani. Da bi se zdravstveni djelatnici dobro skrbili o bolesniku, vrlo je važna dobra komunikacija. Zdravstveni djelatnici koji dobro komuniciraju i posjeduju komunikacijske vještine sposobni su pacijente učiniti zadovoljnijima i smanjiti im prisutnost tjeskobe vezane uz njihovu dijagnozu. Važno je zdravstvenim djelatnicima i svima koji rade s pacijentima ili invalidnim osobama osigurati odlazak na postojeće edukacije kako bi usavršili svoje komunikacijske vještine i time doprinijeli boljem odnosu s korisnicima.

LITERATURA

1. Badrov T. Komunikacijske vještine u inžinjerstvu. Veleučilište u Bjelovaru, Bjelovar; 2020.
2. Pavić J. Zdravstvena njega osoba s invaliditetom. Zdravstveno Veleučilište Zagreb. Zagreb; 2014.
3. Sindik J. Vučković Matić M. Komunikacija u Zdravstvu. Sveučilište u Dubrovniku, Dubrovnik; 2016.
4. Shulz van Thun F. Kako međusobno razgovaramo. Erudita. Zagreb; 2001.
5. Žižak A., Vizek VidovićV., Ajduković, M. Interpersonalna komunikacija u profesionalnom kontekstu. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet. Zagreb; 2012.
6. Bulajić, M. Grba-Bujević, M. Komunikacija i komunikacijske vještine u medicini. Medix; 2012.
7. Radić A. Sabljić L. Šalamon S. Verbalna i neverbalna komunikacija. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar. Zagreb; 2020. Izvor: https://stampar.hr/hr/novosti/verbalna-i-neverbalna-komunikacija (18.07.2022.)
8. Krajinović K. Neverbalna komunikacija: mikro ekspresije (Diplomski rad). Sveučilište u Zgrebu, Zagreb; 2017.
9. Matsumoto, D., Willingham, B.„SpontaneousFacialExpressionsofEmotioninCongenitallyandNon-CongenitallyBlindIndividuals“, TheJournalofPersonalityandSocialPsychology; 2009. Izvor: http://204.14.132.173/pubs/journals/releases/psp9611.pdf (20.07.2022.)
10. Lučanin D. Despot Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
11. BalzerLirey J. Communications innursing. Elsevier 2017. Dostupno na: https://books.google.hr/books?hl=hr&lr=&id=SwndCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=communication+in+nursing&ots=Y_sj04tpxw&sig=k5sAMe6u_5y1CnLlIq8XrIJr2ig&redir_esc=y#v=onepage&q=communication%20in%20nursing&f=false (20.08.2022.)
12. Lambrini K. Communicationinnursingpractice. Mater sociomed; 2014. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/ (20.08.2022.)
13. Lee Yeon. Fassil B. Mesfin. Blindness. Stat Pearls;2021.Izvor: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448182/(23.07.2022.)
14. Nenadić K. Šubarić Ž. Dumančić J. Osobe s oštećenjem vida – naši pacijenti. Hrvatski savez slijepih, Zagreb; 2015.
15. Barišić I, Sansović I, Pavelić J. Genetički uzroci oštećenja sluha. PaediatrCroat. 2004 Izvor: https://www.hpps.com.hr/sites/default/files/Dokumenti/2004/22.pdf (23.07.2022.)

16. Dodir. Hrvatski savez gluhoslijepih osoba Dodir;2016. Izvor: https://dodir.hr/ (28.07.2022.)
17. Pranjić V. Hrvatski znakovni jezik. Udžbenik za treći razred medicisnkih škola. Školska knjiga, Zagreb; 2019.
18. Mihaljević M. Osnaživanje obitelji za razvoj pozitivne komunikacije i obiteljskog zajdeništva (Diplomski rad). Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Rijeka; 2020.

POPIS SLIKA

Slika 1. Izraz lica, Izvor: https://repozitorij.hrstud.unizg.hr/islandora/object/hrstud%3 A1133/dana stream/PDF/view
Slika 2. Položaj tijela, Izvor: https://body.ba/magazin/lifestyle/sta-vas-govor-tijela-govori-o-vama/6165
Slika 3. Amblemi, Izvor: https://hr.maisonjardin.net/6665625-body-language-the-secrets-of-gestures-and-non-verbal-communication
Slika 4. Udaljenost između sugovornika Izvor: https://slidetodoc.com/neverbalna-komunikacija-ishodi-uenja-1-opisati-važnost-neverbalne/
Slika 5. Braillovo pismo Izvor: https://novosti.hr/svjetski-dan-brailleova-pisma/

EPIDEMIJE ZARAZNIH BOLESTI U BIOETIČKOJ EDUKACIJI – POVIJESNI PRIMJER POUČAVANJA O POVJERENJU U MEDICINU, ZDRAVSTVENI SUSTAV I ZDRAVSTVENE DJELATNIKE U VRIJEME EPIDEMIJE DJEČJE PARALIZE

Dr. sc. Nada GOSIĆ, Klub umirovljenih sveučilišnih nastavnika Sveučilišta u Rijeci, Internacionalna akademija nauka i umjetnosti u Bosni i Hercegovini, Razred za humanističke nauke i kulturu

Apstrakt

Nakon kratkog povijesno-medicinskog pregleda zbivanja vezanih za pojavu epidemije dječje paralize, dostupnog i opisanog u medicinskim časopisima, slijedi dio o manje poznatim ljudskim pričama i životima osoba koje su svoj profesionalni i humani rad usmjerile u borbu protiv dječje paralize. Redom, na prvom mjestu, o Jonasu E. Salku medicinskom istraživaču kojeg povijest pamti kao pronalazača cjepiva protiv dječje paralize, javnost ga slavi kao spasitelja i dobročinitelja, mediji ga se prisjećaju i na njegov pronalazak podsjećaju prigodom obljetnice proglašenja cjepiva sigurnim i efikasnim, politika uzima za primjer humaniste te filozofi - etičari i nastavnici počinju istraživati njegova djela koja su u bibliografskim podacima navedena u području (bio)filozofije. Zatim slijede priče o Jessie Wright, liječnici fizikalne medicine koja je u vrijeme provođenja prvog testiranja cjepiva bila medicinska ravnateljica D. C. Watson Home for Crippled Children, Richardu Josepfu Mulvaney-u, liječniku obiteljske medicine, koji je dao prvo Saklovo cjepivo, Billu Kirkpatrick-u, prvom djetetu pogođenom polio virusom kojem je dano cjepivo. Opredjeljenje da njihova sudbinska veza, upravo onakva kakvu ju je život učinio, bude predstavljena i objavljena proisteklo je iz činjenice da su uz Jonasa E. Salka bili aktivni sudionici i svjedoci najvećeg javno-zdravstvenog eksperimenta u povijesti medicine do pojave pandemije COVID 19. U završnom dijelu rada predstavlja se jedna od Salkovih knjiga - *Anatomy of Reality: Merging of Intuition and Reason* koja je za ovaj rad odabrana iz dva razloga. Prvi jer može poslužiti kao inspiracija nastavnicama o načinu na koji će učenicima i studentima predstaviti Salka – istraživača, njegova očekivanja, iskonsku želje da pomogne u suzbijanju bolesti, njegova razmišljanja u laboratoriju, suosjećanje za one kojima njegov rad donosi olakšanje, nadu u iščekivanju rezultata istraživanja i osjećaj odgovornosti za testiranje i upotrebu njegovog otkrića. Drugi je u zahtjevu za aktualizacijom i interdisciplinarnim propitivanjem životnih situacija s kojima se suvremeni čovjek suočava u epidemiji zarazne bolesti.

UTICAJ ZDRAVIH STILOVA ŽIVOTA NA POJAVU KARDIOVASKULARNIH OBOLJENJA

Emra ZUKIĆ-BEGIĆ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina
Alma KARAJKO-MELIĆ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina
Amra KALČO, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina
Sead KARAKAŠ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Cilj prevencije je spriječiti razvoj bolesti kod osoba sa povećanim rizikom, odnosno uticati na razvoj faktora rizika. Zdravi stilovi ponašanja kao faktori životnog stila ključni su intervencijski ciljevi u prevenciji kardiovaskularnih oboljenja. Odgovarajući unos hrane, uključujući ograničavanje unosa soli i zasićenih masnih kiselina, kao i fizička aktivnost značajno utiču na smanjenje rizika od hipertenzije i dislipidemije. Uravnotežena ishrana i redovna fizička aktivnost imaju ključnu ulogu u održavanju normalnih vrijednosti tjelesne težine koja pomaže u očuvanju zdravlja kardiovaskularnog sistema. Faktori ponašanja, kao što su upravljanje stresom, trajanje sna, veličina porcija, prestanak pušenja i konzumacije alkohola, doprinose očuvanju cjelokupnog zdravlja organizma. Kako programi promjene životnog stila mogu biti ključni u postizanju ciljeva javnog zdravlja, održavanje zdravlja kardiovaskularnog sistema ne bi trebalo biti isključivo stvar volje pojedinca. Cilj istraživanja je bio utvrditi uticaj zdravih stilova života na pojavu kardiovaskularnih oboljenja kod stanovnika Općine Travnik. Svrha istraživanja je ukazati na važnost edukacije i podizanja svijesti o važnosti usvajanja zdravih stilova života kao metode prevencije, kako kardiovaskularnih tako i drugih oboljenja. Istraživanje uticaja zdravih stilova života na pojavu kardiovaskulrnih oboljenja je provedeno pomoću anketnog upitnika koji se sastojao od devet pitanja vezanih za životne navike, a pored pitanja ispitanicima su izmjerene vrijednosti krvnog pritiska i tjelesne težine i visine. Istraživanje je provedeno kao presječna studija u sklopu obilježavanja Svjetskog dana srca 2022. godine. Broj ispitanika koji je učestvovao u ovom istraživanju bio je 248, i to 41,1% osoba muškog spola i 58,9% osoba ženskog spola. Najviše ispitanika je bilo u dobi od 50-59 godina (17,7%). Rezultati su pokazali da je većina ispitanika imala visok indeks tjelesne mase-ITM (56,5%), dok su kod 21,7% ispitanika zabilježene normalne vrijednosti ITM-a. Normalne vrijednosti krvnog pritiska zabilježene su kod 14,3% ispitanika. 56,5% ispitanika smatra da se hrane zdravo te da je njihova ishrana uravnotežena. 31,9% ispitanika aktivno konzumira cigarete, najčešće u količini od 10-20 cigareta dnevno (44,3%), dok 14,9% ispitanika fizičku aktivnost upražnjava skoro nikada. Promocija zdravih stilova života i podizanje svijesti o važnosti razvijanja odgovarajućih životnih navika koje će rezultirati zdravijim načinom života pojedinaca, u direktnoj su vezi sa kontinuiranim smanjenjem rizika za nastanak kardivaskularnih oboljenja.

Ključne riječi: zdrava ishrana, fizička aktivnost, tjelesna težina, pušenje, kardiovaskularna oboljenja

SUMMARY

The goal of prevention is to prevent the development of the disease in persons with an increased risk, that is, to influence the development of risk factors. Healthy behavior styles as lifestyle factors are key intervention goals in the prevention of cardiovascular diseases. Adequate food intake, including limiting the intake of salt and saturated fatty acids, as well as physical activity significantly reduce the risk of hypertension and dyslipidemia. A balanced diet and regular physical activity play a key role in maintaining normal body weight values, which helps preserve the health of the cardiovascular system. Behavioral factors, such as stress management, sleep duration, portion size, smoking cessation and alcohol consumption, contribute to preserving the overall health of the organism. As lifestyle change programs can be instrumental in achieving public health goals, maintaining cardiovascular health should not be solely a matter of individual will. In ideal conditions, the leading structural and social forces should make healthy lifestyles the default option in order to achieve the improvement of human health at all levels. The aim of the research was to determine the influence of healthy lifestyles on the occurrence of cardiovascular diseases in the inhabitants of Travnik Municipality. The purpose of the research is to point out the importance of education and raising awareness about the importance of adopting healthy lifestyles as a method of prevention, both of cardiovascular and other diseases. Research into the impact of healthy lifestyles on the occurrence of cardiovascular

diseases was conducted using a survey questionnaire that consisted of nine questions related to lifestyle habits, and in addition to the questions, the respondents blood pressure, body weight and height were measured. The research was conducted as a cross-sectional study as part of World Heart Day 2022. The number of respondents who participated in this research was 248, 41.1% of whom were male and 58.9% of whom were female. Most respondents were aged 50-59 (17.7%). The results showed that the majority of respondents had a high body mass index-BMI (56.5%), while 21.7% of respondents had normal BMI values. Normal blood pressure values were recorded in 14.3% of respondents. 56.5% of respondents believe that they eat healthily and that their diet is balanced. 31.9% of respondents actively consume cigarettes, usually in the amount of 10-20 cigarettes per day (44.3%), while 14.9% of respondents do physical activity almost never. The promotion of healthy lifestyles and raising awareness of the importance of developing appropriate lifestyle habits that will result in a healthier way of life for individuals are directly related to the continuous reduction of the risk of developing cardiovascular diseases.

Key words: healthy diet, physical activity, body weight, smoking, cardiovascular diseases

Emra Zukić-Begić
E-mail: emra912@gmail.com
Kontakt broj: +387603360033
Adresa: Prnjavor 26, 72270 Travnik, BiH

UVOD

Kardiovaskularne bolesti (KVB) vodeći su uzrok smrtnosti u svijetu, a svake godine odnose oko 17,9 miliona života. Stopa smrtnosti od KVB u 2022. godini, na 100.000 stanovnika bila je 239,8. (1) Najveće stope smrtnosti koje se mogu pripisati kardiovaskularnim bolestima u 2020. godini bile su u istočnoj Evropi i srednjoj Aziji, s višim razinama također viđenim u Sjevernoj Africi i na Bliskom istoku, Centralnoj Evropi, subsaharskoj Africi te južnoj i jugoistočnoj Aziji. Stope su bile najniže za lokacije s visokim prihodima (Azija-Pacifik i Sjeverna Amerika, Latinska Amerika, Zapadna Europa). (2) Prema podacima Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, kardiovaskularne bolesti su jedan od vodećih uzroka smrtnosti u Bosni i Hercegovini sa učešćem od 44,2%, što odgovara trendu u zemljama u tranziciji. Osim smrti, kardiovaskularne bolesti uzrok su i velikog broja invaliditeta što smanjuje čovjekovu radnu sposobnost i kvalitetu života. (3) Životne navike i svakodnevne aktivnosti značajno utiču na smanjenje/povećavanje rizika od obolijevanja od kardiovaskularnih bolesti – KVB. Redovna tjelesna aktivnost, uravnotežena i zdrava ishrana, regulacija tjelesne težine, nekonzumiranje cigareta i alkohola, značajno smanjuju rizik od KVB. Važnost naučne literature koja naglašava pozitivan uticaj zdravih stilova života na promociju cjelokupnog zdravlja, naglašena je njihovim uključivanjem u gotovo sve kliničke smjernice koje su utemeljene na dokazima koje se bave prevencijom i liječenjem metabolički povezanih bolesti. Uprkos dokazima koji podupiru zdrave stilove života, vrlo je teško postići napredak u pomaganju pojedincima da te prakse uključe u svoj svakodnevni život. (4) Na primjer, u prethodnih 20 godina, stope smrtnosti od koronarne bolesti srca opale su za više od 40%, ali bez obzira na to, kardiovaskularne bolesti i dalje ostaju vodeći uzrok smrtnosti u svijetu. Dok se gotovo polovica smanjenja kardiovaskularnih bolesti pripisuje izbjegavanju faktora rizika povezanih s načinom života kao što su prestanak pušenja, tjelesna aktivnost i bolja kontrola holesterola i krvnog pritiska, važno je napomenuti da se porast broja pretilih osoba i osoba oboljelih od šećerne bolesti kreće su u suprotnom smjeru. (5) Kada su iz Američkog udruženja za srce (AHA), objavili Strateški plan za 2020. godinu, zaključi su da svega 5% pojedinaca ima "idealno kardiovaskularno zdravlje", što je uključivalo niz faktora, kao što su: reedovna tjelesna aktivnost, zdrava ishrana, regulacija tjelesne težine i izbjegavanje duhana i alkohola, kontrola holesterola, krvnog pritiska i šećera u krvi. (4) Na osnovu navedenih podataka, jasno je da usvajanje zdravih stilova života predstavlja veliki izazov. Ipak, dužnost zdravstvenih profesionalaca je da budu predvodnici u prepoznavanju koristi primjene zdravih stilova života u smanjenju rizika od obolijevanja od kardiovaskularnih, ali i drugih oboljenja.

METODOLOGIJA I CILJ ISTRAŽIVANJA

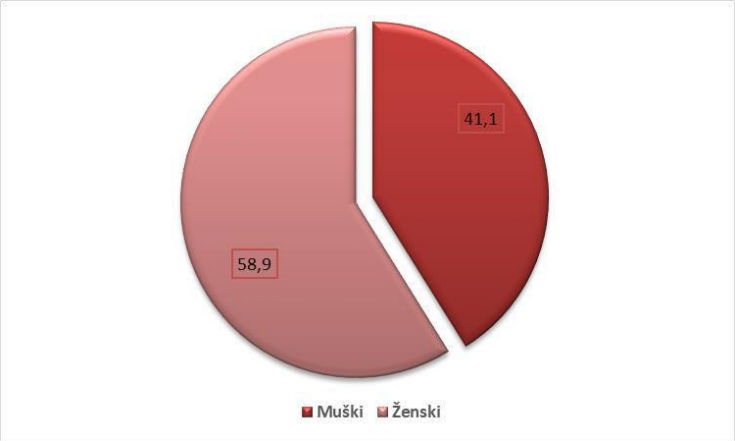
Cilj istraživanja je utvrditi uticaj zdravih stilova života na pojavu kardiovaskularnih oboljenja kod stanovnika Općine Travnik. Svrha istraživanja je ukazati na važnost edukacije i podizanja svijesti o važnosti usvajanja zdravih stilova života kao metode prevencije, kako kardiovaskularnih tako i drugih oboljenja. Istraživanje uticaja zdravih stilova života na pojavu kardiovaskulrnih oboljenja je provedeno pomoću anketnog upitnika koji se sastojao od devet pitanja

vezanih za životne navike, a pored pitanja ispitanicima su izmjerene vrijednosti krvnog pritiska i tjelesne težine i visine. Istraživanje je provedeno kao presječna studija u sklopu obilježavanja Svjetskog dana srca 2022. godine.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

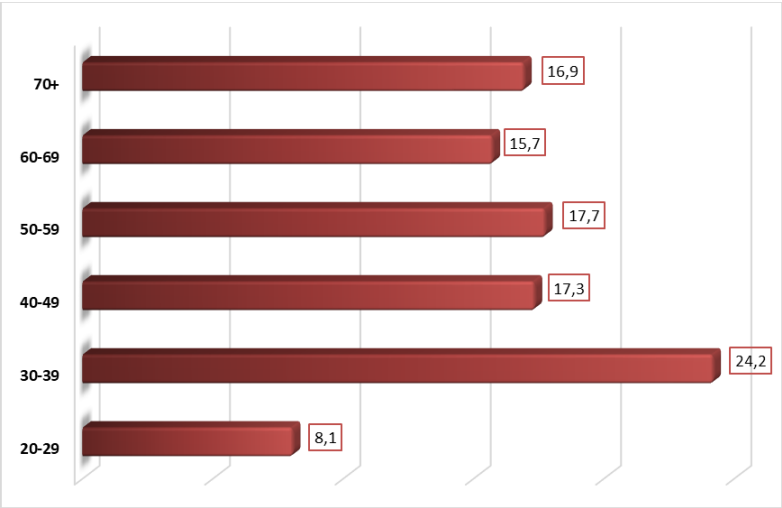
Istraživanje je provedeno kao presječna studija u sklopu obilježavanja Svjetskog dana srca 2022. godine. Broj ispitanika koji je učestvovao u ovom istraživanju bio je 248.
Jedan od nepromjenjivih fatora rizika za obolijevanje od kardiovaskularnih oboljenja jeste spol. Prije nekoliko godina, KVB su se smatrale bolestima koje prvenstveno pogađaju muškarce. Iako su dobno specifične stope KVB veće kod muškaraca nego kod žena u većini dobnih skupina, stvarni životni rizik od KVB gotovo je identičan i za žene i za muškarce. Istraživanjem je obuhvaćeno 41,1% osoba muškog spola i 58,9% osoba ženskog spola.

Grafikon br.1: Spol ispitanika



Osobe starije životne dobi su u posebnom riziku za obolijevanje od kardiovaskularnih bolesti. Dob prestavlja samostalni fakotr rizika za obolijevanje od KVB, ali se rizik za obolijevanje povećava ukoliko se kod osobe pojavljuju i drugi faktori rizika (pušenje, gojaznost).

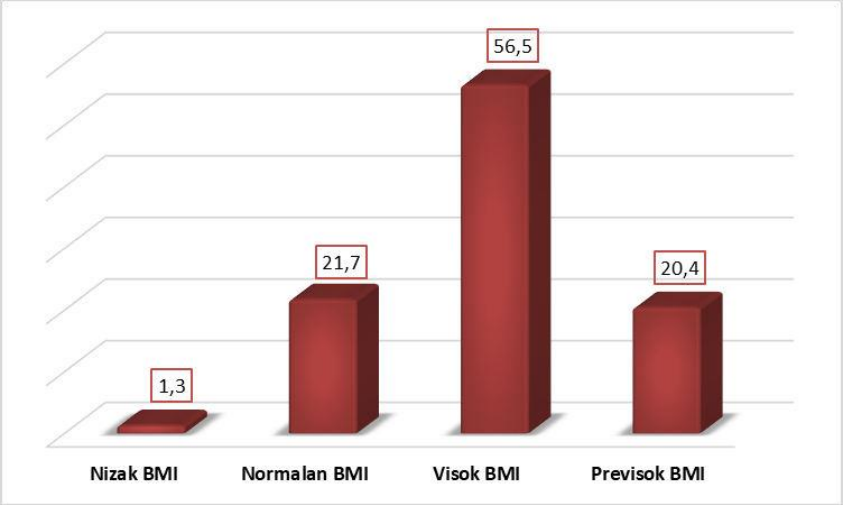
Grafikon br.2: Dob ispitanika



24,2% ispitanika koji su učestvovali u anketnom istraživanju pripadali su dobnoj skupini od 30-39 godina, dok je najmanji udio ispitanika zabilježen u dobnoj skupini od 20-29 godina sa učešćem od 8,1%.

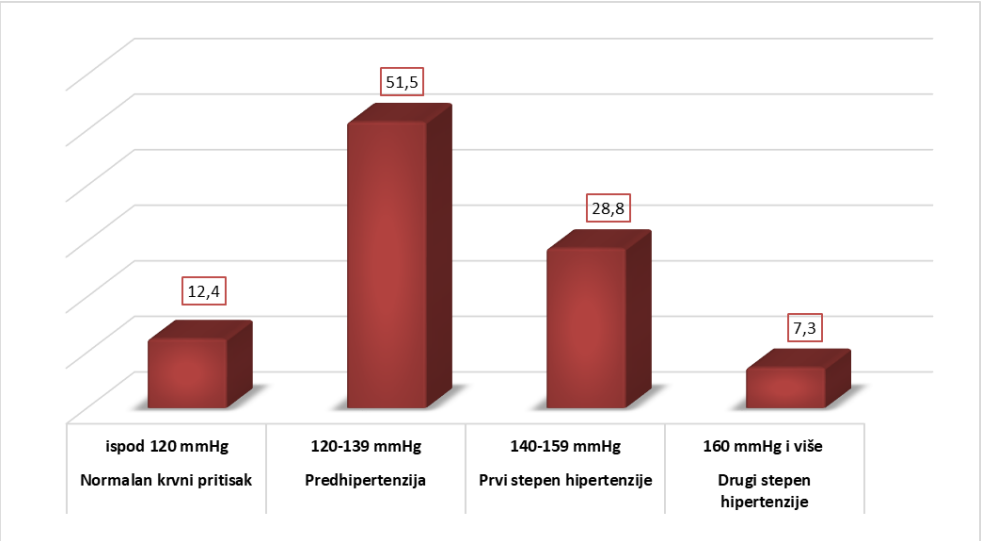
Pretilost procijenjena pomoću indeksa tjelesne mase (BMI/ITM) >30 kg/m2, utvrđen je faktor rizika za razvoj koronarne bolesti srca i to kod zdravih osoba. Pretilost je povezana sa mnogim poznatim faktorima kardiovaskularnog rizika, kao što su hipertenzija i dislipidemija. Povišen ITM je najčešće povezan sa nezdravom i obilnom ishranom bogatom ugljikohidratima, te sa neredovnim obrocima. Čak 56,5% ispitanika iz ovog istraživanja imalo je visok BMI, dok je previsok BMI zabilježen kod 20,4% ispitanika. Kod 21,7% zabilježene su normalne vrijednosti indeksa tjelesne mase.

Grafikon br.3: Vrijednosti Indeksa tjelesne težine (BMI/ITM) kod ispitanika



Bez obzira na visoke vrijednosti indeksa tjelesne težine, 54,8% ispitanika je na pitanje: Da li ste zadovoljni sa svojim izgledom?“, odgovorilo potvrdno, odnosno da su zadovoljni svojom tjelesnom težinom i fizičkim izgledom. Njih 40,3% smatra da treba da smršaju, a 4,8% ispitanika smatra da treba da se udeblja.

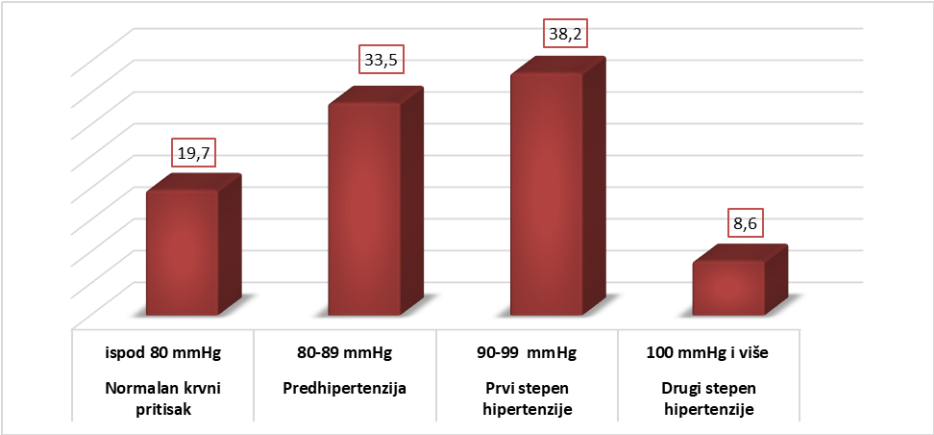
Grafikon br.4: Vrijednosti sistolnog krvnog pritiska



Visoki krvni pritisak jedan je od najvažnijih faktora rizika za nastanak kardiovaskularnih oboljenja. Vrijednosti krvnog pritiska su u većini slučajeva pokazatelj načina ishrane i učestalosti fizičke aktivnosti. Posmatrajući sistolne vrijednosti krvnog pritiska, istraživanjem je ustanovljeno da je kod čak 51,5% ispitanika prisutno stanje predhipertenzije, kod 28,8% prvi stepen hipertenzije te kod 7,3% drugi stepen hipertenzije koji obuhvata vrijednosti

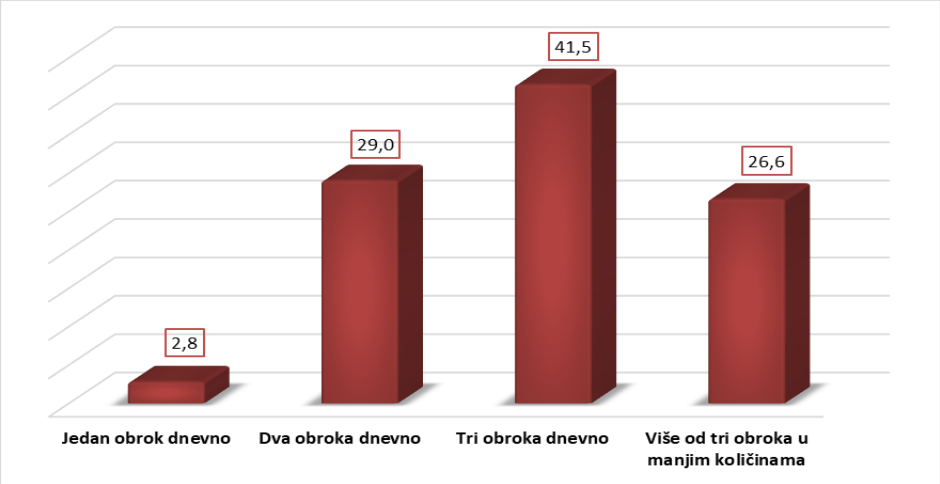
sistolnog krvnog pritiska veće od 160mmHg. Kod svega 12,3% ispitanika su zabilježen normalne sistolne vrijednosti krvnog pritiska (ispod 120mmHg).
Prvi stepen hipertenzije, odnosno vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska od 90-99mmHg zabilježene su u 38,2% ispitanika što je ujedno i najveće učešće. Predhipertenzija je ustanovljena kod 33,5% ispitanika, a drugi stepen hipertenzije (vrijednosti dijastolnog pritiska iznad 100mmHg) je zabilježen kod 8,6% ispitanika. Normalne vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska su zabilježene kod 19,7% ispitanih osoba.

Grafikon br.5: Vrijednosti dijstolnog krvnog pritiska



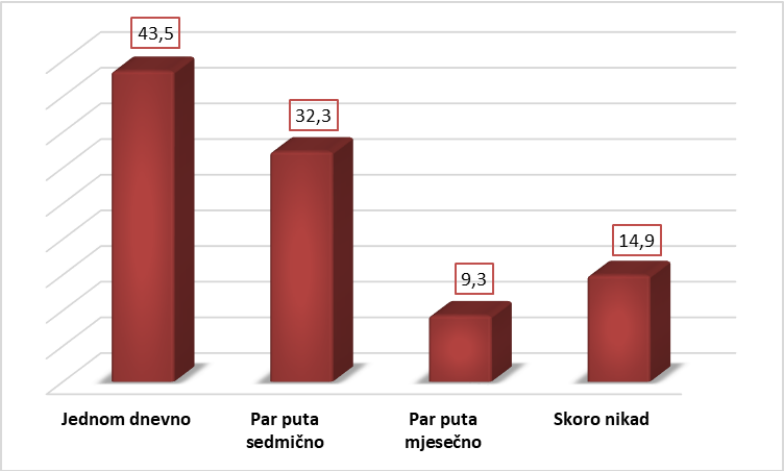
Većina ispitanika je svoje zdravlje ocijenila kao dobro (41,5%), dok njih 14,5%, svoje zdravlje, ocjenjuje kao loše. Svega 10,5% ispitanika je svoje zdravlje ocijenilo kao odlično.
Na pitanje koliko obroka dnevno imaju, 41,5% ispitanika se izjasnilo da su to tri obroka, doručak, ručak i večera. 29% ispitanika je odgovorilo da jedu dva puta dnevno (doručak i večera), a više od tri puta dnevno u manjim količinama jede 26,6% ispitanika. Sedam ispitanika (2,8%) je odgovorilo da imaju samo jedan odbrok dnevno.

Grafikon br.6: Odgovor na pitanje: „Koliko obroka imate dnevno?



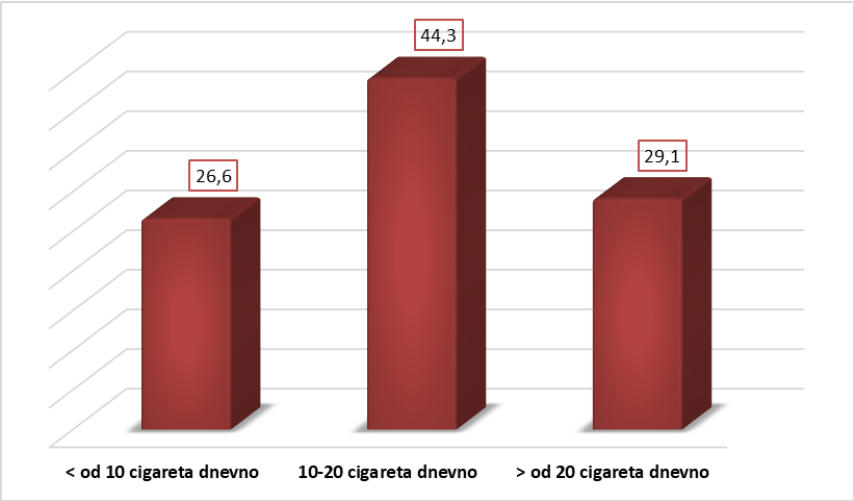
Jedno od pitanja sadržanih u anketnom upitniku je bilo u vezi konzumiranja voća i povrća te je 60,1% ispitanika odgovorilo da voće i povrće konzumiraju svaki dan, 21,8% ispitanika par puta sedmično, dok se čak 10,5% ispitanika izjasnilo da skoro nikad ne konzumiraju voće i povrće.

Grafikon br.7: Odgovor na pitanje: „Koliko ste često fizički aktivni?“



Sjedilački način života je jedan od najvažnijih promjenjivih faktora rizika za kardiovaskularni morbiditet i mortalitet. Međutim, čak i umjereni nivo profesionalne ili rekreacijske aktivnosti ima značajan zaštitni utjecaj. Na pitanje vezano za intenzitet fizičke aktivnosti, 43,5% ispitanika je odgovorilo da su fizički aktivni svaki dan, 32,3% par puta sedmično, dok je 14,9% ispitanika odgovorilo da skoro nikada nisu fizički aktivni.

Grafikon br.8: Odgovor na pitanje: „Koliko cigareta dnevno pušite?“



Kao i fizička neaktivnost, gojaznost, visok krvni pritisak, i pušenje predstavlja faktor koji doprinosi razvoju nazdravih stilova života, a samim time i kardiovaskularnih oboljenja. Na pitanje da li konzumiraju cigarete, 68,1% ispitanika je odgovorilo negativno, dok je 31,9% ispitanika odgovorilo potvrdno na postavljeno pitanje. Od ispitanika koji su potvrdno odgovorili na prethodno pitanje, najviše njih dnevno puši od 10-20 cigareta (44,3%), dok je učešće onih koji puše manje od 10 cigareta dnevno i više od 20 cigareta dnevno, gotovo jednako (26,6/29,1%). Posmatrajući dužinu pušačkog staža ispitanika, najviše ispitanika ima pušački staž od 10-30 godina, 39,2% duži od 30 godina, dok 20,3% ispitanika puši manje od 10 godina.

ZAKLJUČAK

Zaključno, imati i održavati sveukupni profil zdravog načina života koji uključuje zdravu i uravnoteženu ishranu, odgovarajuću fizičku aktivnost, nekonzumaciju alkohola i duhanskih proizvoda, povezuje se sa najmanjim rizikom od obolijevanja od kardiovaskularnih bolesti i smrtnosti od istih. Međutim, vrlo malo je odraslih osoba koje vode zdrav način života, a još je manje onih koji su u stanju zadržati taj zdrav način života tokom dužeg vremenskog perioda. Osnovni cilj istraživanja je bio utvrditi uticaj zdravih stilova života na pojavu kardiovaskularnih oboljenja kod stanovnika Općine Travnik. Na osnovu prikazanih rezultata može se zaključiti da većina ispitanih osoba djelimično primjenjuje zdrave životne navike, te su kod većine ispitanika prisutni faktori rizika, a samim time oni imaju veći rizik za obolijevanje od kardiovaskularnih oboljenja. Čak 56,5% ispitanika iz ovog istraživanja imalo je visok indeks tjelesne mase. Bez obzira na visoke vrijednosti indeksa tjelesne mase, 54,8% ispitanika je zadovoljno svojom tjelesnom težinom i fizičkim izgledom. Posmatrajući vrijednosti krvnog pritiska, istraživanjem je ustanovljeno da je kod čak 51,5% ispitanika prisutno stanje predhipertenzije. Kod svega 12,3% ispitanika su zabilježen normalne vrijednosti krvnog pritiska.Većina ispitanika je svoje zdravlje ocijenila kao dobro (41,5%). U odnosu na broj dnevnih obroka, 41,5% ispitanika se izjasnilo da su to tri obroka, doručak, ručak i večera, a 29% ispitanika je odgovorilo da jedu dva puta dnevno (doručak i večera), a više od tri puta dnevno u manjim količinama jede 26,6% ispitanika. 60,1% ispitanika odgovorilo da voće i povrće konzumiraju svaki dan, 21,8% ispitanika par puta sedmično, dok se čak 10,5% ispitanika izjasnilo da skoro nikad ne konzumiraju voće i povrće. 43,5% ispitanika je odgovorilo da su fizički aktivni svaki dan, 32,3% par puta sedmično, dok je 14,9% ispitanika odgovorilo da skoro nikada nisu fizički aktivni. Na pitanje da li konzumiraju cigarete 31,9% ispitanika je odgovorilo potvrdno. Najviše njih dnevno puši od 10-20 cigareta (44,3%), dok je učešće onih koji puše manje od 10 cigareta dnevno i više od 20 cigareta dnevno, gotovo jednako (26,6/29,1%). Posmatrajući dužinu pušačkog staža ispitanika, najviše ispitanika ima pušački staž od 10-30 godina, 39,2% duži od 30 godina, dok 20,3% ispitanika puši manje od 10 godina. Ovakvi rezultati istraživanja naglašavaju potrebu usmjeravanja napora u prevenciji kardiovaskularnih bolesti uz pomoć promocije zdravih životnih navika. Ti napori bi trebali biti usmjereni na osobe s nezdravim životnim stilom i sa visokim rizikom od kardiovaskularnih bolesti, ali i na osobe koje već primjenjuju zdrave životne navike sa promocijom održavanja zdravih navika tokom cijelog života.

LITERATURA

1. World Health Organization, 2022, Cardiovascular diseases
2. American Heart Association, 2022, Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Global Burden of Disease
3. Zavod za javno zdravstvo FBiH, 2022, Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine
4. Rippe M. J, 2018, Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices, Am J Lifestyle Med. 12(6): 499–512.
5. Cena H, Calder C. P, 2020, Defining a Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease, Nutrients, 12(2): 334.

UTICAJ ANKSIOZNOSTI I SPECIFIČNOSTI NJENOG PREVAZILAŽENJA TOKOM PANDEMIJE COVID 19, U ODNOSU NA FUNKCIONISANJE ZDRAVSTVENOG I OBRAZOVNOG SISTEMA

Svetlana BANOVIĆ, Visoka zdravstveno – sanitarna škola strukovnih studija "VISAN ", Beograd
Ivanka ADŽIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije; UZPS, Beograd, Srbija

SAŽETAK

Savremena teorija I praksa zdravstvenog I obrazovnog sistema zasnivaju se na bazičnim principima: kvalitetne edukacije, razvijanja adekvatnog fundusa znanja, veština I stručnosti, uz kontinuirani tehnološki napredak. Veoma važni I neodvojivi segmenti koji uvek treba da budu implementirani u životne I profesionalne delatnosti su: poštovanje moralnih načela, psihološka podrška , međusobni respekt, uz kvaltetno I konstruktivno liderstvo tokom realizovanja radnih procedura. Sinteza svih nabrojanih faktora, uz poštovanje svake ličnosti ponaosob, njenog integriteta I individualnosti, treba da omogući ličnu satisfakciju realizovanim radnim aktivnostima I rezultatima , u okviru zdravstvenog I obrazovnog sistema. Anksioznost visokog stepena, usled globalne zdravstvene krize uzrokovane pandemijom COVID 19, je bila sveprisutna I interaktivno je uticala na sve aspekte bitisanja, (u odnosu na zdravstveni, psihološki, egzistencijalni, profesionalni, socijalni aspekt). Takođe, značajno je uslovila redefinisanje životnih aktivnosti, planova i promišljanja u novonastaloj realnosti. U radu su prezentovani osnovni aspekti uticaja anksioznosti tokom pandemije COVID 19, uz specifičnosti njenog prevazilaženja delovanjem faktora: motivacije,empatije, psihološke I duhovne podrške, egzistiranja osećanja nade, u odnosu na funkcionisanje zdravstvenog I obrazovnog sistema.

Ključne reči : Pandemija COVID 19, anksioznost, motivacija, empatija, psihološka I duhovna podrška

MENTALNO ZDRAVLJE U DOBA PANDEMIJE

Dragana BOŠNJAK, Dom zdravlja Bijeljina -CMZ, Republika Srpska, BiH

KRATAK SADRŽAJ

Grupa građana čije je mentalno zdravlje bilo posebno ugroženo pojavom pandemije Covid-19, a koja je do sada u organizovanim odgovorima profesionalaca iz oblasti mentalnog zdravlja bila manje zastupljena, jesu osobe u procesu izolacije. U kriznim situacijama i u stanju krize uobičajeni načini rješavanja problema ne funkcionišu, a psihološki mehanizmi odbrane su oslabljeni. Borba sa Covid-19 pandemijom podrazumjevao je i boravak u izolaciji. Mnogima je i sama promjena rutine stresna tako da su pojave straha, nemira, tuge, ljutnje i zbunjenosti normalne reakcije na izolaciju ili karantin, odnosno normalne i zdrave ljudske emocije u susretu sa novim stresnim iskustvima.

Ključne riječi: Mentalno zdravlje, pandemija Covid-19, izolacija ili karantin, zdravstveni profesionalci

UVOD

Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja a ne samo odsustvo bolesti**.**Mentalno zdravlje je stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, uspješno se nosi sa životnim poteškoćama, radi produktivno i sposoban je da doprinosi zajednici**.** Pojedinac, osoba koja je očuvanog mentalnog zdravlja je zadovoljna, pozitivna, prilagodljiva, društvena, opšte prihvaćena, sposobna stvarati, družiti se i nositi sa životnim problemima.Mentalno zdravlje je određeno od strane socio-ekonomskih uticaja okoline.Mentalno zdravlje je povezano sa ponašanjem. Promocija mentalnog zdravlja uključuje određene akcije koje kreiraju životne uslove i okruženje koje je podržavajuće i koje dozvoljava ljudima da izgrade i sprovedu zdrave životne stilove. U kriznim situacijama kao što je pandemija Covid-19 mentalno zdravlje stanovništva je bilo posebno ugroženo. Na kognitivnom planu javljaju se poteškoće sa jasnim razmišljanjem u rješavanju problema i donošenju jasnih odluka , nemogućnost jasnog sagledavanja situacije, pogrešno tumačenje komentara i događaja. Javljala su se različita problematična ili rizična ponašanja koja su se ogledala u nepotrebnom preuzimanju rizika , neupotreba lične zaštitne opreme, odbijanje izvršavanja naredbi, povećana upotreba ili zloupotreba lijekova i različiti sukobi sa okolinom. Faktori koji su doprinosili pojačavanju stresa u ovako jednoj kompleksnoj situaciji uključivali su dosadu, neadekvatne informacije, probleme sa pristupom namirnica, finansijske gubitke te pojava stigme.

CILJEVI

Osvještavanje građana o značaju očuvanja mentalnog zdravlja u doba pandemije.

Promocija i prevencija mentalnog zdravlja

Indetifikacija simptoma i prepoznavanje stresora

Pronaći način kako se nositi sa novonastalom situacijom.

Izbjeći produbljivanje situacija i stanja.

Posvetiti se psihičkom i fizičkom oporavku.

ZNAČAJ MENTALNOG ZDRAVLJA

Mentalno zdravlje znači :

Imati dovoljno sredstava za osnovne životne potrebe
Imati uslove za život i rad
Imati dobre odnose unutar porodice

Uživati u dobrim odnosima sa drugim ljudima
Imati kontrolu nad svojim životom
Imati osjećaj povezanosti i pripadanja
Pružati i primati ljubav
Usvajati zdrave navike i stilove života
Baviti se aktivnostima koje vam prijaju
Pozitivno razmišljati

ZNACI PROBLEMA MENTALNOG ZDRAVLJA

Osjećaj tuge ili beznadežnost
Povlačenje u sebe
Povlačenje od prijatelja, porodice, odsustvo iz škole i sa posla
Prekomjerna zabrinutost
Poremećaj u spavanju i ishrani
Plačljivost
Umor i bezvoljnost
Velike promjene raspoloženja
Apatija
Neproduktivnost
Depresija

NARUŠENOST MENTALNOG ZDRAVLJA

Izolacija
Disfunkcija u ponašanju pojedinca (poremećaji afekata, opažanja mišljenja, poremećaj svjesti)
Radna nesposobnost
Socijalna isključenost
Stigmatiziranost
Nemogućnost sudjelovanja u društvenom životu zajednice zbog novonastale situacije

KAKO SAČUVATI MENTALNO ZDRAVLJE

Kako se osjećate i kako razmišljate kada vam „viša sila“, kako se to obično kaže umješa prste u svakodnevni život?Svjedoci smo pandemije korona virusom- faktor nepoznatog i nepredvidljivog uticaja koji predstavlja upravo tu „višu silu“, koja je značajno promjenila naš život.Reakcije na novonastalu situaciju, zavise uglavnom od našeg temperamenta i psihološke strukture, od okolnosti u kojim se nalazimo i od okruženja.Kad se sve sabere i oduzme opet ostajemo sami sa sobom u prinudnoj i nametnutoj izolaciji, zaustavljeni i zatečeni.Kako organizovati život u postojećim veoma restriktivnim uslovima ?

Potrebno je:

Prihvatiti situaciju kao izazov
Ostati samodisciplinovan
Izbjegavati konflikte
Fizička aktivnost
Ograničavanje slušanja i čitanja vijesti
Zdrava ishrana

10 KAKO SAČUVATI MENTALNO ZDRAVLJE U STRESNIM SITUACIJAMA?

Bilo je važno pratiti razvoj simptoma, njihovo trajanje i pogoršanje.
Pratiti promjene u kognitivnom statusu prema subjektivnom doživljaju stanja
Pratiti emocijonalne promjene i reakcije na stresne situacije.
Obratiti pažnju na prisutnost glasova ili slika za koje drugi tvrde da ne postoje, prisutnost suicidalnih misli i namjera.

ZAKLJUČAK

Pandemija korona virusa ostavila je dubok trag na mentalno zdravlje stanovništva. Ljudi su različito reagovali na stresne situacije koje su se odvijale svakodnevno. Covid 19 imao je razarajući uticaj na zdravstveni sistem kao i na dostupnost usluga zaštite mentalnog zdravlja.

LITERATURA

1. Asocijacija xy, 2018, „Priručnik za intervencije socijalne inkluzije korisnika usluga mentalnog zdravlja“
2. Biljana Lakić, Tatjana Popović, Sandra Jovanović, Dženita Hreja Hasečić, 2013, „Koordinisana briga u mentalnom zdravlju“
3. dr. Ivan Vidanović, 1999, „Terapijski modeli socijalnog rada“
4. dr. Dušan D. Đorđević, 1988, „Dječije novine“
5. Strategija razvoja mentalnog zdravljan u RS, 2020, „Kako pomoći osobi sa depresijom-priručnik za članove porodice i prijatelje“
6. dr Biljana Lakić, mr.sci Zvjezdana Stjepanović, ma Selma Mehmedić Džonlić, „Primjeri dobre prakse u primjeni koordinisane brige u centrima za mentalno zdravlje u BiH“
7. www.batut.org.rs
8. Ilić Vladimir i Đurić Milorad, 2020. Pandemija Korona virusa: Izazovi i odgovori: uvodnik, Paradigma. god.3. br4
9. Đukić, Nemanja. 2021. Pandemija Kovid-19 između medicine i politike.

EMOTIVNE I DUŠEVNE RANE SE MOŽDA NE VIDE, ALI SU JEDNAKO STVARNE KAO I FIZIČKE

UTICAJ DEMOGRAFSKIH I SOCIOEKONOMSKIH FAKTORA NA NASTANAK SINDROMA SAGOREVANJA U PRIVATNOM SEKTORU BEZBEDNOSTI U CENTRALNOJ SRBIJI

Dejan VELJKOVIĆ, Ministarstvo unutrašnjih poslova, Odred Žandarmerije Kraljevo, Srbija
Slobodanka MILOVANOVIĆ, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije, Niš
Ljiljana KULIĆ, Univerzitet u Prištini, Medicinski fakultet, Kosovska Mitrovica

Uvod:
Sagorevanje na poslu predstavlja specifično područje istraživanja kojem se u savremenim uslovima pridaje sve veća pažnja. Cilj studije je bio da se ispita uticaj demografskih i socioekonomskih faktora na nastanak sindroma sagorevanja u privatnom sektoru bezbednosti u centralnoj Srbiji.

Materijali i metode:
Primenjena je multicentrična studija preseka kojom je obuhvaćen reprezentativni uzorak zaposlenih koji su ispunjavali kriterijume za uključivanje u istraživanje. Podaci su prikupljani upotrebom specijalno dizajniranog polustrukturalnog epidemiološkog upitnika sa 20 pitanja i Maslač upitnika za procenu sindroma sagorevanja na poslu.

Rezultati:
Stopa odgovora je bila 80% (353/439). Muškarci predstavljaju 93,5% svih ispitanika i bili su značajno stariji od žena: 44,09±11,44 naspram 36,91±7,92 (F=8,752; p=0,003), 224 (64,3%) ispitanika je bilo u braku, oko trećine nije imalo dece 119 (33,7%). Analizom stepena obrazovanja ustanovljeno je da je najveći broj zaposlenih završio četvorogodišnju srednju školu 193 (54.7%), trogodišnju srednju školu 103 (29.2%), dok je fakultetsko obrazovanje imalo 27 (7.6%). Službenika obezbeđenja je bilo 300 (78,00%), oko 22,7% je bilo na rukovodećim mestima, 288 (81,6%) radilo je u smenama, a najviše ispitanika, čak 277 (78,5%), radilo je od 8 do 12 sati dnevno. Utvrđen je značajan stepen sindroma sagorevanja kod naših ispitanika: emocionalna iscrpljenost (visoki 66.3%, umeren 19.8%); depersonalizacija (visoki 82.4% umeren 16.2%); lična ostvarenost (nizak 34.5%, umeren 32.9%). Skoro dva puta više emocionalno iscrpljenih ispitanika u našoj studiji u velikoj meri povezano je sa socio-demografskim, a posebno ekonomskim karakteristikama: mlađe životno doba, ženski pol, kraći radni staž, rad u smenama, rad duži od 12 sati dnevno kao i rad 8-12 sati dnevno i nezadovoljstvo uslovima na radnom mestu. Zaposleni koji radi u smenama ima 75% povišenu verovatnoću da ispolji ukupno sagorevanje na poslu u odnosu na zaposlene koji ne rade u smenama. Zaposleni koji rade 8 - 12 sati imaju 150% veću verovatnoću da ispolje ukupno sagorevanje na poslu. Zaposleni koji rade preko 12 sati imaju 203% veću verovatnoću da ispolje ukupno sagorevanje na poslu. Zaposleni koji nije zadovoljan uslovima rada ima 280% povišenu verovatnoću da ispolji ukupno sagorevanje na poslu u odnosu na zaposlene koji su zadovoljni uslovima rada.

Zaključak:
Na osnovu prikazanih rezultata, oko jedne trećine zaposlenih ima simptome ukupnog sagorevanja na poslu. Ženski pol, kraći radni staž, smenski rad, rad preko 12 sati , zadovoljstvo uslovima rada, značajno su povezani sa ukupnim sagorevanjem na poslu. Ubrzani razvoj profesionalnog privatnog sektora bezbednosti u Srbiji zahteva dodatno istraživanje sindroma sagorevanja kako bi se prevenirali faktori povezani sa njegovim nastankom.

Ključne reči: sagorevanje, privatno obezbeđenje, Maslač upitnik

ЕМПАТИЈА КАО ОДБРАМБЕНИ ФАКТОР ОД БЕСА И АГРЕСИЈЕ КОД СРЕДЊОШКОЛАЦА

Славица ЛАЗИЋ, Медицинска школа "Надежда Петровић", Република Србија
Бранка ПЕРАЛОВИЋ, Медицинска школа "Надежда Петровић", Република Србија

Садржај
Емпатија је наша способност да препознамо шта друга особа мисли или осећа и да одговоримо на њене мислии, осећања одговарајућим осећањима. Омогућава нам да „уронимо" у туђа осећања или њихов начин размишљања. Захваљујући емпатији можемо да разумемо туђе намере, предвидимо туђа понашања, али и да доживимо туђу емоцију, односно емоцију која је окинута туђим осећањима и доживљајима (Baron-Cohen, 2012). Иако је бес изузетно важна и веома заступљена емоција, прегледом литературе стичемо утисак да су друге негативне емоције, попут депресије и страха, истраживане у значајно већој мери (DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Негативне последице беса се посебно уочавају код млађе популације. Спилберг (1988) дефинише концепт беса као „емоционално стање које варира у интензитету од благе љутње ка јарости и гневу, што прати побуђивање аутономног нервног система". Берковиц (1993) дефинише агресивност као било који поступак учињен у намери да се повреди, учини штета или претња другоме. Бес може водити агресивности, али не може се рећи да је бес еквивалент агресивности. У истраживањима агресивности, препознато је да су мушкарци агресивнији и да имају више укупне скорове од жена. Једно од могућих објашњења је да жене могу да буду једнако бесне као и мушкарци, али да оне (успешно) потискују исти (Buss & Perry, 1992).
Кључне речи: *емпатија, бес, агресија, ученик, школа*

e-mail: slavica.lazic@medicinskazemun.edu.rs
e-mail: branka.peralovic@medicinskazemun.edu.rs

УВОД

Иако је бес изузетно важна и веома заступљена емоција, прегледом литературе стичемо утисак да су друге негативне емоције, попут депресије и страха, истраживане у значајно већој мери (DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Аргументи у прилог тези да је истраживање беса итекако неопходно долазе нам из новијих студија које говоре да бес са собом носи много негативних последица, као што су нпр. лош утицај на здравље, ремећење интерпесоналних веза (породичних, брачних, професионалних), утицај на расуђивање, узроковање криминалних дела, ометање сексуалног функционисања и многе друге последице (Dahlen & Martin, 2006; Novaco & Taylor, 2015). Међутим, потребно је истаћи да и поред свих наведених негативних последица, бес има и своју позитивну страну. Наиме, он имплицира наду, покреће особу да спроводи различите активности како би превазишла препреке постављеном циљу, а када га доживи, особа верује да је довољно моћна да може да контролише негативне догађаје (Averill, 1983). Негативне последице беса се посебно уочавају код млађе популације.

ЕМПАТИЈА

Емпатија је наша способност да препознамо шта друга особа мисли или осећа одговарајућим осећањима. Омогућава нам да „уронимо" у туђа осећања или њихов начин размишљања. Захваљујући емпатији можемо да разумемо туђе намере, предвидимо туђа понашања, али и да доживимо туђу емоцију, односно емоцију која је покренута туђем осећањима и доживљајима (Baron-Cohen, 2012). Емпатија се може дефинисати и као врста социјалне свесности путем које се особа уживљава у опажајни и емоционални свет других на само афективном или само когнитивном нивоу, или на оба нивоа (Davis, 1994).

Афективна емпатија се односи на одговарајући емоционални одговор особе као реакцију на туђе емоције. Можемо је упоредити са појмом емоционалне „заразе" – тенденцијом ка „хватању" емоција из опсервираних емоционалних стања других. Афективна емпатија је важна у обликовању алтруистичког понашања. Насупрот томе, когнитивна емпатија представља способност успешног препознавања туђих емоционалних доживљаја без преплављености истим. Ова емпатија може лежати у основи манипулативних типова личности (McIllwin, 2003) док у основи велике агресивности може лежати дефицит у афективној емпатији (Schechtman, 2002).

Жене су те које постижу значајно више скорове како на општој, тако и на афективној и на когнитивној емпатији. Но, истраживања разлика између полова у корист жена је већа у случају афективне емпатије. Поставља се питање да ли је то због тога што смо од малих ногу усвојили да девојчице треба да буду пријемчивије од дечака за осећања других или пак зато што се од жена то очекује па у складу са овим полним стереотипима и да у одговоре на упитницима (Jolliffe & Farrington, 2006).

ЕМПАТИЈА И АГРЕСИВНО ПОНАШАЊЕ

Присуство емпатије повезано је са просоцијалним понашањем, док њено одуство представља фактор ризика за агресивно понашање како код деце, тако и код одраслих. У пракси се може видети да, иако многа агресивна деца показују способност да разумеју социјалне ситуације, такве ситуације не доводе неопходно до побуђивања одређених емоција или осећања према погођеној особи (Schechtman, 2002).

Резултати истраживања Шехтманове (2002) показали су да агресивни дечаци испољавају нижи ниво афективне емпатије, а да се не разликују од неагресивних када је у питању когнитивна емпатија. Удео афективне емпатије код неагресивне деце је дупло већи него код агресивне. Такође, према овим налазима, афективна емпатија се повећава током година, мада овај резултат треба узети с обазривошћу.

Преглед литературе сугерише да је емпатија развојна вештина, повезана са когнитивним и афективним функционисањем детета. Стога, дете може да развије когнитивни домен емпатије, а да у исто време не развије довољно афективни домен.

ДЕФИНИЦИЈЕ БЕСА

DiGiuseppe & Tafrate су бес дефинисали као „унутрашње, ментално, субјективно емотивно стање које прати образац когниција, физиолошке побуђености“, док је Spilberger (1988) денисиао концепт беса као „емоционално стање“ које варира у интинзитету од благе љутње ка јарости и гневу, што прати побуђивање аутономног нервног система.

Један од главних методолошких проблема истраживања беса јесте магловитост, односно терминолошка непрецизност када је у питању његово дефинисање. Наиме, истраживачи у испитивању овог феномена подједнако употребљавају различите термине као што су бес, агресивност, хостилност, иритабилност, али и мржња. Важно је напоменути да се, иако постоје одређене сличности, између беса и других наведених феномена не може ставити знак једнакости. У наредним редовима биће укратко описани сродни конструкти беса:

агресивност – било који поступак учињен у намери да се повреди, учини штета или претња другоме (Berkowitz, 1993).

хостилност – црта личности за коју се може уочити да се налази у залеђу различитих ситуација у којима се испољава бес посредством вербалне или понашајне агресије. Може се дефинисати и као став којим се испољава огорченост, сумњичавост, незадовољство, али и жеља за осветом (Buss & Perry, 1992).

иритабилност - хиперсензитивност у реаговању на срединску стимулацију која доводи до физиолошке тензије и последично до снижене толеранције на бес.

мржња – дуготрајна предиспозиција особе да се задржава на преступима које је починила особа коју презире и чија дела или особине осуђује. Односи се на когницију без представа без афективне побуђености. Она се разликује од беса по томе што траје знатно дуже и што је углавном усмерена на прошле догађаје, а не на тренутне ситуације. Другим речима, мрзимо некога због онога што нам је учинио у прошлости и што не можемо да опростимо, док смо бесни на некога због онога што чини сада, а што последично може спречити остваривање наших циљева (Hall, 1899 према DiGiuseppe & Tafrate, 2007). Људи различитих култура, година и са разноврсним искуствима доживљавају бес. Многи од нас су доживели ову емоцију из разлога што је честа и универзална. Доживљај беса не мора нужно водити негативном и по околину опасном исходу. Ипак, у случају одређених појединаца, отежана контрола и модулација беса може водити проблемима у клиничком смислу и узроковати значајан дистрес како на индивидуалном тако и на интерперсоналном нивоу. Запажено је да се узнемиравајућа природа и потенцијалне негативне последице беса могу манифестовати у различитим областима психофизичког функционисања. Када је претеран, бес утиче на ментално, али и соматско

здравље, интерперсонално функционисање (лично и професионално), омета исправно суђење и постизање циљева... (DiGiuseppe & Tafrate, 2007).

БЕС И АГРЕСИВНО ПОНАШАЊЕ

Пре свега, потребно је истаћи да је бес емоција, док је с друге стране агресивност облик понашања. Оно што би могло да повезује бес и агресивност била би мотивација која им стоји у основи (DiGiuseppe & Tafrate, 2007).

Бес може водити агресивности, али не може се рећи да је бес еквивалент агресивности. Упркос блиској повезаности између онога што људи осећају и њихове тежње да одреагују на одређен начин, и упркос вербалној повезаности која углавном посредује између беса и агресивности, не може се рећи да све епизоде доживљаја беса нужно воде агресивним одговорима.

Показано је да заправо само 11% свих епизода беса доводи до физичког напада на другу особу или пак води ударању објеката. Налази неколико истраживања су указали на сличне резултате када је у питању проценат епизода беса који заиста исходи агресивним понашањем. Такође, поједине студије су својим налазима показале да мушкарци чешће испољавају агресију физичким испадима (14% насупрот 8%). Наведене полне разлике су се показале значајним, али не и високим. Показано је и да физичка агресија као реакција на бес није уобичајена, као и то да су вербалне реакције најчешћи вид одговора људи када су бесни. Уобичајени одговори на бес подразумевају свађање, викање, добацивање сакрастичних опаски, жалбе поводом проблема али и усмереност на решавање проблема.

ФУНКЦИЈЕ И ОБЛИЦИ АГРЕСИВНОГ ПОНАШАЊА

Агресију смо дефинисали као било који поступак учињен у намери да се повреди, учини штета или претња другоме (Berkowitz, 1993). Истраживања су показала да се агресија може ефикасно рашчланити на две јединствене функције – реактивну и проактивну и два јединствена облика – отворену и релациону.

Реакциона агресија представља вид хостилне реакције на опажену претњу или провокацију. Овакво понашање се уопштено сматра импулсивним и обично се манифестује заједно са хостилним фацијалним експресијама и израженим негативним афектом (Dodge & Coie, 1987).

Проактивна агресија, насупрот томе није изазвана опаженом претњом већ је пре вид непријатне реакције у чијој је основи тежња за манипулацијом другима. Овакво понашање може бити мотивисано неком секундарном добити (остваривање одређених права, привилегија, задобијање одређеног положаја, територије, моћи или одређеног објекта) или пак може бити усмерено у циљу застрашивања или остваривања доминације над неком особом (Dodge & Coie, 1987).

Отворена агресија, која се још назива и физичка агресија односи се на повреду других нарушавањем њиховог физичког интегртета и укључује физичке (нпр. ударање, шамарање, шутирање) и вербалне нападе (нпр. прозивке, викање..) (Artz, Nicholson, & Magnuson, 2008).

Релациона агресија може бити суптилна и прикривена или непосредна и односи се на нарушавање друштвених и вршњачких односа путем поступака као што су ширење гласина, претње прекидању пријатељства и намерно искључење из групе (Crick & Grotpeter, 1995).

Када је агресивно понашање у питању, занимљиво је поменути и полне разлике. Познато је да су мушкарци агресивнији и имају више укупне скорове од жена. Резултати различитих истраживања су показали да су мушкарци много више физички агресивнији од жена, нешто више вербално агресивнији и мало хостилнији. Нису пронађене значајне разлике на скали агресије праћене бесом. Једно од могућих објашњења је да жене могу да буду једнако бесне као и мушкарци али да оне (успешно) потискују исти (Buss & Perry, 1992).

ИСТРАЖИВАЊЕ

Истраживање ће се спровести током септембра школске 2023/2024. године. У истраживању ће учествовати 120 ученика Медицинске школе „Надежда Петровић“ који ће попуњавати три упутника, од тога, два која се односе на присуство беса у свакодневном животу ученика и један упитник који се односи на емпатију. Животне вештине које ће бити унапређене су: емпатија, саосећање, управљање емоцијама, интерперсоналне вештине, креативно мишљење, самосвест и критичко мишљење. Неке од тврдњи на које ће ученици одговарати у складу са својим ставовима на тему емпатије, беса и агресије су: С времена на време не могу да одолим потреби да клепим некога; ја сам сталожена особа; понекад се разбесним без икаквог разлога; чини ми се да други људи увек боље прођу; понекад се осећам као да ми се људи подсмевају “иза леђа”; осећања других не уопште не узнемиравају; осећам да бих да псујем; брзо се изнервирам и слично.

ЗАКЉУЧАК

Мишљења смо да је емпатија свакако битан фактор социјалне кохезије, солидарности, развијања личног и групног идентитета, заједништва, толеранције и узајамног прихватања. Најједноставније речено, развијена способност емпатије је повезана са просоцијалним понашањем, а недостатак емпатије се често виђа у склопу различитих проблема у понашању, тако да емпатију заправо треба неговати од најранијег узраста. Школа има могућности да раном превенцијом предупреди и смањи агресивно понашање код ученика, али је једнако важно и то што она има могућности да код ученика развије позитивно социјално понашање. Ефекти добрих програма превенције обухватају не само позитивне промене у социјалном понашању ученика већ и бољи школски успех, здравији лични развој ученика и успешнији рад школе у целини.

ЛИТЕРАТУРА

1. Averill, J. R. (1983). Studies on anger and aggression: Implication for theories of emotion. American Psychologist, 38, 1145-1160
2. Baron-Cohen, S. 2012. The Science of Evil: On Empathy and the origins of Cruelty. New York: Basic Books
3. Berkovitz, L. (1993). Aggression: Its causes, concequences, and control. New York: Academic Press.
4. Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992.) The aggression questionnaire. Journal of Personality and social psychology, 63, 452-459.
5. Dahlen, E. R., & Martin, R. C. (2006.) Refining the anger consequences, questionnaire. Personality and Individual differences, 41, 1021-1031.
6. Davis, M. H. (1994.) Empathy: Asocial psychological approach. Medison: Brown & Bench - Mark Publisher.
7. DiGuiseppe, R., & Tafrate, R. C (2007). Understanding Anger Disorder. New York: Oxford University Press.
8. Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children`s peer groups. Journal of Personality and Social Pshuchology, 53, 1146-1158.
9. Jolliffe, D., &Farrington, D.P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. Journal of Adolescence, 29, 589-611.
10. McIllwain, D. (2003). Bypassing empathy: A Machiavellian theory of mind and sneaky power. In B. Repacholi, & V. Slaughter (Eds.), Individual differences in theory of mind. Macquaire monographs in cognitive science (pp. 39-66). Sussex: Psychology Press.
11. Schechtman, Z. (2002). Cognitive and affective empathy in aggressive boys: Implications for counselling. International Journal for the Advancement of Counselling, 24, 211-222.

HEMORAGIJSKE KOMPLIKACIJE KOD UPOTREBE ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE U COVID-19 PNEUMONIJI

P. BOGDANOVIĆ, Klinika za kardiologiju VMA
V. Bogdanović, ZZZZ radnika ŽS
Z. Jović, Klinika za kardiologiju VMA
Z. Mladenović, Klinika za kardiologiju VMA
P. Đurić, Klinika za kardiologiju VMA
I. Đurić, Klinika za kardiologiju VMA
E. Stamenković, Klinika za kardiologiju VMA
G. Milić, Klinika za kardiologiju VMA
N. Ćirić, Klinika za kardiologiju VMA
N. Živković Miljković, Klinika za kardiologiju VMA
N. Novičić, Klinika za kardiologiju VMA
D. Pilčević, Klinika za nefrologiju VMA

Uvod:
Antikoagulantna terapija (AKT) je obavezna po protokolu za lečenje pacijenata sa Covid-19 za oblike bolesti 2-5. Profilaktičke doze niskomolekularnog heparina (LMWH) se primenjuju kod svih hospitalizovanih dok se terapijske doze preporučuju kod sumnje na razvoj ili potvrđenog venskog tromboembolizma kao i kod dugotrajne AKT. Takođe se mogu davati direktni oralni antikoagulansi (DOAK), a ne preporučuje se primena vitamin K antagonista (VKA) zbog opštepoznatih karakteristika ovih lekova.

Prikaz slučaja – bolesnica T.S. životne dobi 70 god. primljena je 04.02.21.god. u Covid-19 bolnicu "Beogradska Arena" zbog dokazane infekcije Covid-19 (pozitivan PCR-test) i verifikovane bilateralne pneumonije. Bolest je počela 7 dana ranije febrilnošću do 38 C, uz malaksalost, zamaranje, kašalj, gubitak ukusa i mirisa. Laboratorija na prijemu – CRP 11, KKS-Le 9,1, Hgb 131, Tr 236. Radiografija pluća na prijemu – bilateralna pneumonija, U ličnoj anamnezi – arterijska hipertenzija, hipotireoza. Na prijemu afebrilan 36,9 C, eupnoična, saturacija kiseonika 95%, tenzija 128/75 mmHg, puls 89/min, TT 75 kg. EKG na prijemu : sinusni ritam, normogram, zona tranzicije u V4. Započeto je lečenje po Nacinalnom protololu za lečenje Covid-19 (verzija 10) za oblik 2 bolesti (blaga klinička slika). LMWH je najpre ordiniran u profilaktičkoj dozi (Nadroparin amp. 0,6 ml s.c.), a zatim petog dana hospitalizacije nakon nalaza D-dimera 3,28, se doza povećava na 2x0,9 ml. Petnaestog dana hospitalizacije se bolesnica žali na bol u desnoj potkolenici koja je tvrda i otečena. Istog dana u laboratoriji – CRP raste 91,7, Hgb pada 110, D-dimer 1,38, fibrinogen 4,5, factor X 144, na radiografiji pluća-laka progresija. Uradi se hitan dopler krvnih sudova desne noge i nađe hematom u m.soleusu, bez znakova tromboze. Smanjena je doza LMWH na 2x0,3 ml, uključeni su rezerni antibiotici i konzervativno lečen hematom. Bolesnica je otpuštena na kućno lečenje nakon 30 dana hospitalizacije oporavljena sa preporukom da nastavi Dabigatran u dozi od 2x110 mg.

Zaključak : kod svih pacijenata na otpustu se vrši individualna procena rizika za razvoj tromboembolijskih ili hemoragijskih komplikacija i ako postoji indikacija nastavlja se standardna profilaktička/terapijska doza LMWH ili DOAK od 7 do 45 dana nakon otpusta. Za sada pravih preporuka nema i posebna pažnja se obraća na bolesnike koji su starije životne dobi, sa brojnim komorbiditetima i koji su na hroničnoj AKT.

Dr med. Predrag Bogdanović, sanitetski pukovnik,
Klinika za kardiologiju,
Vojnomedicinska akademija Beograd
e-mail : kardiopb@yahoo.com
Usmeno saopštenje

AKUTNO OŠTEĆENJE BUBREGA U COVID-19 INFEKCIJI KOD BOLESNIKA LEČENIH HEMODIJALIZOM

Spomenka STANOJKOVIĆ, Klinika za nefrologiju UKCS, UZPS, Beograd, Srbija
Ivanka ADŽIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije; UZPS, Beograd, Srbija
Vera SIMIĆ, Medicinska škola, "Beograd" UZPS, Beograd. Srbija

Uvod:
Najteži oblik zahvaćenosti bubrega u Coid-19 infekciji je akutno oštećenje bubrega (AOB) i vrlo često je pokazatelj lošeg ishoda. Incidenca AOB kod ovih bolesnika varira u različitim studijama i može iznositi i preko 40%. Važnost AOB u Covid-19 infekciji se ogleda u naglom porastu mortaliteta ovih bolesnika, koji kod najtežih formi bolesti i primene mehaničke ventilacije dostiže vrednosti i preko 70%. Faktori rizika za AOB u Covid-19 infekciji su starost bolesnika, ozbiljnost infekcije, stepen hipoksemije, prisustvo komorbiditeta kao što su diabetes mellitus i hipertenzija.

Metode.:
Ova retrospektivna studija je sprovedena na bolesnicima starijim od 18 godina koji su lečeni hemodijalizama u Intenzivnoj jedinici Kovid bolnice u Batajnici u period od 18. Decembra 2020. godine do 30 aprila 2021. godine. Analzirani su onovni demografski, klinički i laboratorijski parametric kao i ishod lečenja ovih bolesnika. Podaci su uzeti iz elektronske dokumentacije.

Resultati.:
Analiziran je ukupno 81 bolesnik koji su u navedenom periodu bili lečeni u jedinii intenzivnog lečenja i zbog AOB im je sprovedeno lečenje hemodijalizama. Prosečna starost ispitivane populacije je bila 71.16±11.18 godina. Ukupno 55 ispitanika (67,9%) je bilo muškog pola. Smrtni ishod je uočen kod 65(80,2%). Nije uočena značajna razlika u raspodeli hipertenzije, diabetes mellitusa i hronične bolesti bubrega između grupe ispitanika sa smrtnim ishodom i preživelih bolesnika.U momentu postavljanja dijagnoze AOB kod bolesnika sa smrtnim ishodom zabeležene su u odnosu na preživele bolesnike značajno veće vrednosti CRP (260,64±559,94 vs. 68,76±69.2; p=0,048), feritina (10474,5±30558,98 vs. 924,17±779,15; p=0,032) i SOFA indeksa (10,79±2,99 vs. 7,89±3,55; p=0,011). Bolesnici stariji od 73 godine su imali značajno manje preživljavanje (p=0,005). Kod bolesnika koji su razvili AOB u prva tri dana hospitalizacije u JIL (N-28) uočeno je značajno manje preživljavanje nego kod bolesnika koji su kasnije razvili AOB (p=0,035). Ovi bolesnici su u odnosu na bolesnike koji su kasnije dobili AOB imali i prethono značajno nižu JGF (29.58 ± 22.98 vs. 66.1 ± 33.99 ml/min /1.73 m 2 ; p=0.00).

Zaključak:
Kritično oboleli bolesnici sa COVID-19 I AOB koje zahteva lečenje hemodijalizama imaju vosku stopu mortaliteta. Pojava AOB kod ovih bolesnika je znak multiorganske disfunkcije i izražene sistemske inflamacije. Prethodno postojanje hronične bolesti bubrega je povezano sa ranijim nastankom AOB koje je praćeno visokom smrtnošću. Sestre sa nefrologije su dobre , svesne svoje odgovornosti dok je pacijent ukljucen na aparatu hemodijalize i imaju veliku demokratiju u svome radu.

Email: spomenkastanojkovic@gmail.com

УТИЦАЈ „КОВИД 19“ НА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Аднан ХАДРОВИЧ, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука - Универзитет, Гоце Делчев, Штип, РС. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медика-Кочани

Апстракт

Пандемија КОВИД-19 не само да је представљала значајне здравствене изазове, већ је имала и велики утицај на ментално здравље здравствених радника. Овај рад има за циљ да истражи ментално здравље здравствених радника током пандемије ЦОВИД-19 и истражи стратегије за очување и унапређење њиховог менталног здравља.
На почетку овог рада направљен је свеобухватан преглед литературе о ЦОВИД-19, укључујући епидемиолошке податке, механизам инвазије САРС-ЦоВ-2 на ћелије домаћина, опције терапије и вакцине. Затим је представљен циљ ове студије, са фокусом на анализу менталног здравља здравствених радника током пандемије. За постизање овог циља, у раду су представљени материјали и методе које су коришћене, укључујући протокол за анализу менталног здравља здравствених радника, систематски преглед релевантних студија и стратегије за очување и унапређење њиховог менталног здравља. Одељак о резултатима и дискусији представља налазе анализе, систематски преглед и стратегије, наглашавајући кључне увиде и импликације на ментално здравље здравствених радника.
У закључку, овај рад наглашава важност суочавања са изазовима менталног здравља са којима се суочавају здравствени радници током пандемије ЦОВИД-19. Овде представљени налази и стратегије доприносе разумевању и развоју интервенција које имају за циљ подршку менталном здрављу здравствених радника у сличним кризним ситуацијама.

Кључне речи: ментално здравље, здравствени радници, пандемија ЦОВИД-19, фактори ризика, стопе преваленције.

Abstract
The COVID-19 pandemic has not only posed significant health challenges but has also had a profound impact on the mental health of healthcare workers. This paper aims to investigate the mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic and explore strategies for preserving and promoting their well-being.
The paper begins with a comprehensive literature review of COVID-19, including epidemiological data, the mechanism of SARS-CoV-2 invasion into host cells, therapy options, and vaccines. The objective of this study is then presented, focusing on the analysis of the mental health of healthcare workers during the pandemic. To accomplish this objective, the paper outlines the materials and methods used, including a protocol for analyzing the mental health of health workers, a systematic review of relevant studies, and strategies for preserving and promoting their mental well-being. The results and discussion section presents the findings from the analysis, systematic review, and strategies, highlighting key insights and implications for the mental health of healthcare workers.
In conclusion, this paper underscores the importance of addressing the mental health challenges faced by healthcare workers during the COVID-19 pandemic. The findings and strategies presented here contribute to the understanding and development of interventions aimed at supporting the mental well-being of healthcare workers in similar crisis situations.

Key words: mental health, health workers, COVID-19 pandemic, risk factors, prevalence rates.

1. Увод

Коронавирус (КОВИД-19), узрокован тешким акутним респираторним синдромом коронавирус 2 (*SARS-CoV-2*), је веома заразна респираторна болест која је заразила милионе људи широм света. У року од месец дана од његовог настанка, Светска здравствена организација прогласила га је за ванредно стање у јавном здрављу, а до марта 2020. проглашена је пандемијом, што представља значајан изазов за здравствене системе широм света.

Пандемија, која је захватила више од 206 земаља широм света, имала је огроман утицај на ментално здравље здравствених радника, посебно оних здравствених радника који су били на првим линијама борбе против КОВИД-19. Захтеви за бригом о пацијентима са високо заразном и потенцијално фаталном болешћу довели су до високог нивоа стреса, анксиозности и трауме међу здравственим радницима.

Ментално здравље здравствених радника је од суштинског значаја, не само за њихово сопствено благостање, већ и за квалитет неге коју пружају пацијентима. Због тога је неопходно да здравствени системи пруже подршку здравственим радницима у кризним временима. Разумевање ризика и утицаја КОВИД-19 на ментално здравље здравствених радника, као и идентификовање могућих начина за спречавање негативних ефеката, од највеће је важности. На почетку пандемије број мушких пацијената је био већи, али са повећањем броја оболелих није примећена значајна разлика по полу. Просечан период инкубације био је 5,2 дана, док је комбинована стопа морталитета износила 2,3% (Z. Wu et al., 2020); (G. Onder et al., 2020); (E. Livingston et al., 2019)).

Почетком априла 2020. године, пријављени број пацијената са КОВИД-19 био је највећи у Сједињеним Државама, а затим у Шпанији, Италији, Немачкој, Француској и Кини. Италија је значајно погођена КОВИД-19. Стопа смртности у овим земљама била је већа међу старим становништвом, баш као и у Кини. Извештај из Италије који су спровели Onder и сарадници показао је стопу морталитета од 7,2% што је у поређењу са Кином три пута више (G. Onder et al., 2020); (Livingston et al., 2019)). Ако се упореди морталитет у Италији и Кини, може се приметити да је стопа смртности пацијената старијих од 70 година већа у Италији, док је морталитет пацијената између 0 и 69 година веома сличан у обе земље. Како је 23% Италијана имало 65 и више година, висок морталитет у Италији се делимично може објаснити демографским карактеристикама.Од почетка пандемије, удео педијатријских случајева у укупном броју оболелих од КОВИД-19 био је мали. Према подацима Кинеског центра за контролу и превенцију болести од фебруара 2020. године, деца млађа од 10 година и 11-19 година су чинила по 1% укупних случајева (Z. Wu et al, 2020). С обзиром да ова старосна група представља 20% укупне популације, то указује на мању преваленцију КОВИД-19 у педијатријској популацији. Међутим, ово може бити потцењивање стварне инциденције у педијатријској популацији, ако је урађено мање тестова на КОВИД код деце са блажим симптомима. Један збуњујући фактор је то што су школе у Кини биле затворене током већег дела епидемије за празнике Кинеске Нове године, што је могло допринети мањој изложености међу децом. У извештају који је спроведен на 2134 педијатријска пацијента са КОВИД-19 из Кинеског центра за контролу и превенцију болести у Кини, 4,4% је дијагностиковано као асимптоматски пацијенти, 50,9% пацијената је имало „благу” клиничку слику, 38,8% пацијената је имало „умерену” клиничку слику, док је 5,9% пацијената имали су тешку клиничку слику (J. Dong et al., 2020). Дефиниција асимптоматских пацијената, пацијената са благом, умереном, тешком и критичном клиничком сликом. Фактори ризика Фактори ризика су проучавани коришћењем података из две болнице у Вухану. При томе је утврђено да су фактори ризика: старији пацијенти (преко 65 година), већи скор за секвенцијалну процену отказивања органа* и вредност Д-димера > 1 μg/mL (F.Zhou et al., 2020) . Такође, фактори ризика укључују присуство коронарне артеријске болести, дијабетеса и хипертензије.

Утицај КОВИД-а на јавно здравље

Пандемија КОВИД-19 имала је значајан утицај на јавно здравље широм света. Брзо ширење вируса резултирало је великим бројем инфекција и смртних случајева, преоптерећујући здравствене системе и довело до несташице основних медицинских потрепштина. Пандемија је такође имала значајан економски утицај, узрокујући масовни губитак радних места, затварање предузећа и економску неизвесност. Мере јавног здравља, као што су затварање објеката, карантин и социјално дистанцирање, спроведене су како би се успорило ширење вируса, али су ове мере имале и значајне социјалне и психолошке ефекте, укључујући повећане стопе депресије, анксиозности и социјалне изолације. Пандемија је нагласила важност спремности и отпорности у суочавању са новим заразним болестима и нагласила потребу за ефикасним системима јавног здравља за откривање, реаговање и спречавање ширења заразних болести.

Вакцине за КОВИД-19

Развој вакцина за КОВИД-19 је кључни аспект глобалног одговора на пандемију. Развијене су и лиценциране различите врсте вакцина, укључујући РНК (mRNK) вакцине, векторске вакцине, вакцине протеинских подјединица и вакцине против целих вируса. Ове вакцине стимулишу имуни одговор на шиљасти протеин вируса САРС-CoV-2, који је, као што је раније поменуто, протеин одговоран за улазак вируса у људске ћелије.

РНК ((mRNA) вакцине, као што су Pfizer-BioNTech и Moderna вакцине, користе мали део генетског материјала вируса да стимулишу имуни одговор. (Gao Q. et al., 2020). Векторске вакцине, као што су Astra Zeneca and Johnson & Johnson вакцине, користе безопасни вирус да би генетски материјал из вируса SARS-CoV-2 унели у ћелије и стимулисали имуни одговор (Rodrigues A.F. et al., 2015). Протеинске подјединице вакцине попут Novavax вакцине користе мали део шиљастог протеина да стимулишу имуни одговор (Keech C. et al., 2020). Вакцине са целим вирусом, као што су вакцине Sinovac и Sinopharm, користе ослабљен или неактиван облик вируса да стимулишу имуни одговор. (СЗО 2021).

Све лиценциране вакцине против КОВИД-19 су ригорозно тестиране на безбедност и ефикасност у великим клиничким испитивањима и показало се да значајно смањују ризик од тешке болести и хоспитализације. Ове вакцине, као и све вакцине, могу имати неке нежељене ефекте, али су углавном благе и краткотрајне.

Важно је напоменути да иако су вакцине важно средство у борби против КОВИД-19, вакцинисана популација не би требало да занемари друге мере попут физичког дистанцирања, ношења маски и честог прања руку које су и даље важне за смањење ширења вируса. Поред тога, потребно је стално истраживање и праћење како би се проценила дугорочна ефикасност вакцина, као и појава нових варијанти вируса.

2. Сврха рада

Сврха овог рада је да анализира ментално здравље здравствених радника током пандемије КОВИД-19, као и да истражи стратегије за очување и унапређење њиховог менталног здравља. Спровођењем свеобухватне анализе, систематског прегледа и представљања стратегија, рад има за циљ да допринесе разумевању и развоју интервенција усмерених на подршку менталном здрављу здравствених радника у сличним кризним ситуацијама.

3. Материјали и методе

У току овог истраживања урађена је анализа објављених студија које се односе на ментално здравље здравствених радника. На почетку је урађена анализа креираног протокола којим је рађена анализа менталног здравља здравствених радника у више земаља. Поред тога, извршен је систематски преглед неколико студија спроведених за процену менталног здравља здравствених радника и на крају су размотрене стратегије за очување и унапређење менталног здравља здравствених радника током пандемије КОВИД-19.

4. Резултати и дискусија

Пандемија КОВИД-19 представља огроман изазов за здравствене раднике, а кључна област забринутости лежи у области менталног здравља, посебно анксиозности. Стресне околности које окружују пандемију су извршиле значајан психолошки притисак на пружаоце здравствених услуга, што је довело до повећаног нивоа анксиозности. Ови посвећени појединци, суочени са повећаним оптерећењем и сталним страхом од заразе или преношења вируса, сведоче о патњи и губитку које доживљавају њихови пацијенти, што додатно погоршава њихову анксиозност. Спроведена су опсежна истраживања како би се испитала преваленција и утицај анксиозности међу здравственим радницима током овог периода.

Стопе преваленције анксиозности варирају у различитим студијама, са заједничким вредностима преваленције у распону од 16% до 41,42% (Cénat JM., et al., 2021), (Mahmud S. et al., 2021). Алат за процену Generalized Anxiety Disorder 7-item scale*), се често користи за мерење анксиозности. Социодемографски фактори ризика повезани са анксиозношћу укључују: женски пол, живот у руралном подручју, брак, рађање и млађи узраст. ((De Kock JH., 2021), (Danet AD., et al 2021), (Hao Q., et al 2021), (Li Y., et al 2021). Додатни фактори повезани са повећаном анксиозношћу укључују већ постојећу болест, физичке симптоме КОВИД-19, изложеност пацијентима са КОВИД-19, рад на одељењу или болници за КОВИД-19, рад у јединици интензивне неге, недостатак социјалне подршке, недостатак приступа адекватној личној заштитној опреми и недовољно знања у вези са КОВИД-19. ((Danet AD., et al 2021), (Li Y., et al 2021), (Hao Q., et al 2021).

Утврђено је да су медицинске сестре и професионалци на првој линији изложени већем ризику од развоја анксиозности у поређењу са другим здравственим радницима. Преваленција анксиозности била је већа међу медицинским сестрама на првој линији у поређењу са другим медицинским сестрама и здравственим радницима уопште. (da Silva Neto RM., et al., 2021).

Анксиозност се значајно повећала током пандемије КОВИД-19 у поређењу са нивоима пре пандемије (Moitra M., et al., 2021). Здравствени радници са већ постојећом несаницом били су склонији развоју симптома анксиозности. (da Silva FCT., et al., 2021).

* Упитник за самопроцену који се користи за процену тежине симптома генерализованог анксиозног поремећаја код појединаца.

Преваленција анксиозности варирала је у различитим земљама и регионима, при чему су веће стопе примећене у провинцији Хубеи (Кина) и Уједињеном Краљевству, а ниже у Сједињеним Државама и Италији (Phiri P et al., 2021), (Varghese A et al., 2021). Различити региони, као што су Блиски исток, Северна Америка, Источна Азија, Европа и Јужна Азија, такође су показали варијације у преваленцији анксиозности међу здравственим радницима (Li et al., 2021). Регион источног Медитерана имао је највећу укупну преваленцију анксиозности међу медицинским сестрама у поређењу са другим регионима, док је најнижа инциденца пријављена у Северној Америци.

Депресија

Један значајан аспект менталног здравља здравствених радника је преваленција депресије. Утврђено је да депресија има значајан утицај на здравствене раднике у већим стопама током овог периода. Од кључне је важности истражити утицај депресије на ментално благостање здравствених радника, укључујући њену преваленцију, повезане факторе ризика и регионалне варијације.

Обједињене вредности преваленције депресије кретале су се од 14% до 37,12%. Упитник о здрављу пацијената-9* (Patient Health Questionnaire-9*) био је најчешће коришћени алат за процену депресије. Социодемографски фактори ризика повезани са депресијом укључују женски пол, неудата или неудата и млађи узраст. (Varghese A et al., 2021), (Phiri P et al. 2021)

Други фактори повезани са вишим нивоима депресије укључују прекомерно излагање информацијама у вези са КОВИД-19, мање радног искуства, недостатак социјалне подршке и постојеће органске болести (Salari N et al., 2020).

Медицинске сестре, професионалци на првој линији, професионалци који раде на хируршким одељењима и они који су у директном контакту са пацијентима имају већи ризик од развоја депресије или симптома депресије (Sanghera J et al.,2020). Такође, депресија је била значајно повезана са лошим квалитетом сна и несаницом, а преваленција депресије се значајно повећала током пандемије КОВИД-19 у поређењу са нивоима пре пандемије (Moitra M., et al., 2021). Преваленција депресије била је већа међу медицинским сестрама на првој линији у поређењу са другим медицинским сестрама и укупним здравственим радницима (da Silva Neto RM., et al., 2021). Медицинске сестре и професионалци на првој линији изложени су већем ризику од психолошког стреса или анксиозности у поређењу са другим здравственим радницима (Shaukat N., et al., 2020), (Phiri P et al., 2021). Медицинске сестре и здравствени радници на првој линији имали су већи ниво анксиозности у поређењу са својим колегама. Фактори као што су потреба за технолошким материјалима, недостатак залиха, недостатак адекватне личне заштитне опреме, директна изложеност пацијентима са КОВИД-19, рад у несигурним окружењима, рад у болницама за КОВИД-19 и рад у регионима са великим бројем случајева били су повезани са повећаним ризиком од стреса и анксиозности ((Danet AD., et al 2021), (Hao Q., et al 2021). Емоционални стрес је такође био повезан са недостатком обуке и социјалне подршке, као и са историјом менталне болести или хроничне болести (Li Y., et al 2021). Највећа преваленција анксиозности и ПТСН -а међу медицинским сестрама пријављена је у региону источног Медитерана, затим у региону западног Пацифика/југоисточног региона и европском региону (Varghese A et al. 2021).

• **Несаница**

Стопа преваленције несанице кретала се од 23,98% до 47,3% (Phiri P et al., 2021), (Wu T et al., 2021). Најкоришћенији алат за процену несанице био је Индекс озбиљности несанице*. Фактори ризика за несаницу укључују женски пол, занимање медицинске сестре, професионалац на првој линији, постојећу органску болест и млађу старост (мање од 30 година) (Moitra M., et al., 2021), (De Kock JH., 2021). Поред тога, директна изложеност пацијенту са КОВИД-19, страх од самоинфекције, рад у одељењу за изолацију, живот у руралном подручју и недостатак вере у психолошку подршку били су повезани са повећаном учесталошћу несанице (Sanghera J et al., 2020).

Исцрпљеност
Стопа преваленције сагоревања међу здравственим радницима кретала се од 12% до 45,6% (Danet AD., et al., 2021), (Hao Q., et al., 2021). Преваленција домена сагоревања је утврдила да се уобичајени узроци сагоревања код медицинских сестара јављају као последица емоционалне исцрпљености (34,1%), деперсонализације (12,6%) и недостатка личног постигнућа (15,2%). с Највише коришћени алат за процену сагоревања био је Маслацх Бурноут Инвентар**.(Maslach Burnout Inventory**).

• **Други утицаји на ментално здравље**
Поред горе наведених утицаја, постоји низ других утицаја на ментално здравље здравствених радника повезаних са пандемијом КОВИД-19, укључујући страх од инфекције, опсесивно-компулзивни поремећај, фобије, симптоме соматизације, злоупотребу супстанци и самоубилачке мисли. или самоповређивање. Страх од инфекције код стоматолога кретао се од 60% до 96,6%. У Азији је пријављено да је преваленција страха од инфекције 77,1%. Опсесивно-компулзивни поремећај је имао преваленцију од 16,2%, фобије су имале преваленцију од 35%, а симптоми соматизације су имали преваленцију од 10,7%. Самоубилачке идеје су имале преваленцију од 5,8%. Утврђено је да је преваленца злоупотребе супстанци међу медицинским сестрама и лекарима у Шпанији 6,2% Galanis P et al., 2021).
Стратегије за очување и унапређење менталног здравља здравствених радника током пандемије КОВИД-19.
Стратегије за суочавање са проблемима менталног здравља у вези са КОВИД-19 биле су кључне за подршку појединцима током овог изазовног времена. За ефикасно решавање ових питања примењени су различити приступи. То укључује: пружање приступа професионалној психолошкој подршци кроз индивидуалну терапију или групно саветовање, нуђење виртуелних услуга за очување и унапређење менталног здравља, као и обезбеђивање континуитета неге, спровођење интервенција заснованих на свесности за промовисање емоционалног благостања и смањење анксиозности, организовање групе за подршку да негују осећај заједнице и заједничка искуства, обезбеђујући онлајн образовне ресурсе и материјале за самопомоћ за интервенције које су усмерене на себе, промовишући здраве стилове живота као што су редовно вежбање, адекватан сан и уравнотежену исхрану, подстичући друштвену повезаност путем виртуелних платформи и одржавање односе са вољеним особама, олакшавање приступа поузданим информацијама и разоткривање дезинформација, спровођење интервенција на радном месту за решавање стресора везаних за посао и подршку менталном здрављу запослених, и промовисање стратегија за изградњу отпорности кроз психоедукацију и изградњу вештина на радионицама. Ове стратегије суочавања заједно имају за циљ да ублаже терет менталног здравља повезан са пандемијом КОВИД-19 и промовишу опште благостање не само здравствених радника већ и свих људи широм света.

Утицај КОВИД-19 на ментално здравље здравствених радника у Републици Северној Македонији
У ову студију су укључена 304 учесника, просечне старости 35 година (мин. 18, макс. 66), 69,1% жена, 30,9% мушкараца. 102 (33,6%) су били здравствени радници (81,4% жена/18,6% мушкараца), 78 (25,7%) су били припадници полиције/војске који су ангажовани да спроведу рестриктивне мере (37,2% жена /62,8% мушкараца), 124 (40,7%)) били су из опште популације (79% жена/21% мушкараца) који нису били директно повезани са зараженим или сумњивим на КОВИД-19.
Нивои анксиозности били су значајно већи код здравствених радника 26,5% у односу на општу популацију 17,7% и полицијску/војну групу 2,6%. Симптоми депресије били су најзаступљенији у општој популацији 52,4%, затим здравствени радници 49%, и припадници полиције/војске 25,6%, али тежа депресивна симптоматологија је била најзаступљенија код здравствених радника 10,7%, затим у општој популацији 5,6% и полицији /војске 3,8%. Значајно чешће испољавање симптома ПТСН-а имали су и здравствени радници 33,3%, затим општа популација 30,6% и полиција/војска 16,7%. Нивои отпорности се нису значајно разликовали у 3 групе.

Закључак

Анализа података је укључивала дескриптивну статистику, регресионе моделе, метааналитичке методе и посредничке анализе за испитивање односа, идентификовање потенцијалних збуњујућих фактора и истраживање варијација међу земљама и регионима. Модели на више нивоа узимају у обзир разлике између земаља и укључују релевантне варијабле на нивоу земље и региона.
Утврђено је да су стопе преваленције анксиозности, депресије и посттрауматског стреса међу здравственим радницима значајне, са варијацијама уоченим у различитим земљама и регионима. Женски пол, млађи узраст, ограничено радно искуство и здравствени радници на првој линији идентификовани су као фактори ризика. Повећани нивои анксиозности, депресије и посттрауматског стреса повезани су са факторима као што су изложеност пацијентима са КОВИД-19, неадекватна лична заштитна опрема и недостатак друштвене подршке.

Све у свему, овај рад пружа чврст оквир за анализу менталног здравља здравствених радника током пандемије и нуди драгоцене увиде у преваленцију, факторе ризика и регионалне варијације анксиозности, депресије и посттрауматског стреса. Налази ове анализе могу послужити за развој циљаних интервенција и система подршке за унапређење добробити здравствених радника и ублажавање дугорочних утицаја на њихово ментално здравље.

Коришћена литература

1. A.C. Walls, Y.J. Park, M.A. Tortorici, A. Wall, A.T. McGuire, D. Veesler, Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein, Journal. (2020).
2. American Psychiatric Association. (2022). Title of chapter. In Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed).
3. Arora T, Grey I, Östlundh L, Lam KBH, Omar OM, Arnone D. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: a systematic review and meta -analysis of observational studies. J Health Psychol. (2020).
4. B.J. Bosch, R. van der Zee, C.A. de Haan, P.J. Rottier, the coronavirus spike protein is a class I virus fusion protein: structural and functional characterization of the fusion core complex, Journal 77 (2003).
5. Bloch EM, Shoham S, Casadevall A, Sachais BS, Shaz B, Winters JL, Van Buskirk C, Grossman BJ, Joyner M, Henderson JP (2020) Deployment of convalescent plasma for the prevention and treatment of COVID-19. The Journal of clinical investigation 130 (6).
6. Casadevall A, Pirofski L-a (2020) The convalescent sera option for containing COVID-19. The Journal of clinical investigation 130 (4).
7. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. (2021).
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2021, April 19)
9. Chen B, Kessi M, Chen S, Xiong J, Wu L, Deng X, Yang L, He F, Yin F, Peng J (2020) The recommendations for the management of chinese children with epilepsy during the COVID-19 outbreak. Frontiers in pediatrics 8).
10. da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: a systematic review with meta-analysis. Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry. (2021).

DIGITAL EDUCATION IN NURSING DEN- ERASMUS + FUNDING PROJECT

Vedrana VEJZOVIC Univerzitet Malme, Švedska

Background:
The COVID-19 pandemic has accelerated the adoption and enhancement of digital education. To effectively address these challenges, it became imperative to develop and adapt educational methods while providing support to teaching staff to implement new and innovative pedagogical approaches.

Aim:
The objective of this project was to modernize the existing higher education nursing curriculum by incorporating modules featuring digital lectures and examinations.

Methods:
A SWOT analysis of various digital education methods was conducted at the Nursing Departments of five universities across five different European countries. Qualitative studies, utilizing focus group discussions, were carried out in collaboration with partner organizations, teachers, and students to comprehend their needs. This process resulted in the selection of five digital tools, where the digital pedagogy was customized, tested, and evaluated by professionals. Three of these tools were chosen for further development and subsequent testing by nursing students.

Results:
The findings of this project indicate that through training, testing, and the evaluation of diverse digital tools, coupled with a newly adapted pedagogical approach, the level of knowledge and digital competence among university teachers involved in nursing education can be elevated. Student evaluations have demonstrated increased learning opportunities when utilizing digital tools. Furthermore, this project has revealed that the incorporation of digital modules can enhance the potential for broadening the internationalization of nursing education across all educational levels. Moreover, it has been observed that motivation and ideas for implementing digital tools can contribute to successful adoption.

Conclusion:
This project represents a significant stride toward the modernization and enhancement of the existing higher education nursing curriculum. It ensures that both students and higher education professionals are equipped with the necessary skills and knowledge to uphold a high-quality, competitive, and engaging educational process.

Key words: digital education, nursing, students, teachers, digital tools

СПЕЦИФИЧНОСТИ АПОТЕКАРСКЕ ДЕЛАТНОСТИ СА ОСВРТОМ НА АПОТЕКАРСТВО У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Боро КРСТИЋ Универзитет „БИЈЕЉИНА“, Фармацеутски факултет, БиХ
Нада ЈЕВТИЋ, Универзитет „БИЈЕЉИНА“, Фармацеутски факултет, БиХ

АБСТРСКТ

Апотекарска делатност представља веома битан сегмент сваког здравственог система. Она подразумева промет лекова на мало, тако да је уређена посебним прописима у односу на промет лекова на велико. У Републици Српској област апотекарске делатности је униформисана доношењем Закона о апотекраској делатности од 2008.године. Међутим, поред закона рад у апотекама уређен је и подзаконским прописима, те одређеним етичким начелима, као и другим документима који уређују апотекарску праксу. Циљ рада јесте сагледавање комплексности апотекарске делатности и њена улога у здравственом систему, са освртом на легислативу у Републици Српској. Аутори у овом раду анализирају уређеност апотекарске делатнности у Републици Српској, користећи метод анализе законских и подзаконски прописа, те других аката који уређују ову област. Анализом легислативе аутори закључују да апотекарски систем у Републици Српској преставља заокружен систем који је, за разлику од ове области у сусједним државама, регулисан посебним законским прописом.

Кључне речи: апотекарска делатност, законски прописи, здравствени систем

SUMMARY

Pharmacy activity represents a very important segment of every healthcare system. It includes the retail trade of medicines, so it is regulated by special regulations in relation to the wholesale trade of medicines. In the Republic of Srpska, the area of pharmacy activity has been standardized by the adoption of the Law on Pharmacy Activity since 2008. However, in addition to the law, work in pharmacies is also regulated by by-laws and certain ethical principles, as well as other documents that regulate pharmacy practice. The aim of the work is to look at the complexity of the pharmacy activity and its role in the health system, with reference to the legislation in the Republic of Srpska. In this paper, the authors analyze the organization of pharmacy activities in the Republic of Srpska, using the method of analysis of legal and by-laws, and other acts that regulate this area. By analyzing the legislation, the authors conclude that the pharmacy system in the Republic of Srpska represents a well-rounded system that, unlike this area in neighboring countries, is regulated by a special legal regulation.

Key words: pharmacy activity, legal regulations, healthcare system

Боро Крстић, Универзитет Бијељина, Фармацеутски факултет, тел. +38765237072, e-mail: direktor@ubn.rs.ba
Нада Јевтић, Универзитет Бијељина, Фармацеутски факултет, тел. +387659120471, e-mail: nada.jevtic9@gmail.com

УВОД

Апотекарска делатност, као једна од значајнијих грана здравственог сектора, има пресудну улогу у бризи за здравље и добробит људи. У оквиру апотека, стручни фармацеути играју виталну улогу пружајући пацијентима неопходне лекове, саветовање о правилном кориштењу лекова, као и информације о здрављу и превенцији болести. Апотекарскаделатност обухвата и набавку, складиштење, дистрибуцију и контролу квалитета лековитих производа како би се осигурала њихова сигурност и ефикасност. Апотекарско законодавство представља кључни оквир који регулише ову професију и осигурава пружање здравствених услуга на највишем нивоу, јер садржи све релевантне норме, прописе и процедуре које фармацеути морају поштовати у свом раду како би се осигурала сигурност и добробит пацијената. Последњих неколико деценија апотекарска делатност прошла је кроз низ низ развојнух фаза, а разлози овакве динамике јесте како напредак производних технологија, тако повећање потреба на тржишту лековитих производа. Апотекарско законодавство је, у складу са тим, континуирано еволуирало како би одговорило на ове промјене и осигурало адекватну регулацију и надзор фармацеутске праксе. У раду ће се говорити о апотекарској делатности, односно законадству које уређује ову делатност.

1. ОДЛИКЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Свјетска здравствена организација је здравље дефинисала 1948. године истичући да оно не подразумијева само одсуство одређене болести, већ стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања (World Health Organization, 1948). Према овој дефиницији, здравље је много више од саме одсутности болести или физичког обољења. Оно се сагледава као стање потпуног благостања, које укључује физичко, ментално и социјално благостање појединца. То значи да осим физичког здравља, особа треба бити у стању да се суочава с различитим изазовима и стресом, те да има позитивне међуљудске односе и добре социјалне везе. Ова свеобухватна дефиниција здравља наглашава значај равнотеже и интеграције различитих аспеката живота за постизање оптималног здравља. Такође, истиче како су физичко, ментално и социјално благостање међусобно повезани и узајамно утичу на квалитет живота појединца. Због тога, брига о здрављу не сме бити ограничена само на лечење болести, већ би требала укључивати превентивне мере, промоцију менталног здравља и подршку социјалном укључивању. Поменута дефиниција има значајан утицај на политике јавног здравља и приступ здравственим услугама широм света. Она поставља темеље за развој свеобухватних здравствених програма који узимају у обзир комплексност људског благостања. Такође, овај приступ здрављу промовише холистички приступ лечењу и налажењу узрока проблема, а не само третирање симптома. Иако је ова дефиниција била критикована и разматрана годинама, остаје важан основ за размишљање о здрављу у ширем контексту, те инспирише напоре да се унаприједи квалитет живота људи широм свијета. У складу са свим наведеним, може се рећи да је здравствени систем укупност свих организација, институција и ресурса усмерених на активности које за водећи циљ имају унапређење здравља.

2. РАЗВОЈ, ЗНАЧАЈ И СПЕЦИФИЧНОСТИ АПОТЕКАРСКЕ ДЕЛАТНОСТИ

2.1. Развој апотекарске делатности

Током друге половине XX века, догодиле су се значајне проене у апотекатској дјелатности које су се одразиле и на сам начин обављања фармацеутских активности и усериле фокус према пружању здравствене заштите пацијентима. У периоду пре 60. година XX века, фармацеути су се углавном усмеравали на израду и производњу лекова и њиховим снабдевање тржишта. Међутим, током 60. и 70. година, фармацеути су почели преусмеравати своје активности ка проучавању употребе лекова и њиховим ефектима на пацијенте, укључујући нежељене ефекте и интеракције лекова. Поменуто је довело до развоја клиничке фармације, која се бави применом лијекова у стварним клиничким ситуацијама. Ипак, највеће промјене у фармацеутској професији догодиле су се током 90. година. Тада се акценат фармацеутске делатности помера према кориснику услуге, односно пацијенту. Фармацеути су постали свјесни значаја пружања здравствене заштите и правилног кориштења лекова у циљу побољшања здравља и добробити пацијената. Оријентација ка пацијенту условила је развој фармацеутске здравствене заштите. То значи да фармацеути нису више само одговорни за пружање лекова, већ и за пружање клиничке фармацеутске помоћи, што укључује процену и оптимизацију терапије, управљање нуспојавама и интеракцијама лекова, едукацију пацијената о правилном кориштењу лекова, те праћење здравствених исхода пацијената. Ове значајне промене довеле су и до промене садржаја и структуре услуга које фармацеути пружају кроз обављање своје професионалне активности. Фармацеути данас обављају разноврсне услуге које се фокусирају на пружање здравствене подршке пацијентима, сарадњу с другим здравственим професионалцима и промоцију правилног кориштења лекова.

2.2. Специфичност апотекарске делатности

Специфичност апотекарске делатности произилази из обимности регулативе којом су уређени поступци који се обављују у апотеци. Суштина, односно крајњи циљ регулативе јесте усмеравање делатности, активности и фармацеутских услуга у функцији што одговорније и адекватије бриге о пацијенттима и минимизирање потенцијалних грешака и ризика. Фармацеутска делатност укључује широк спектар активности које су усмјерене на производњу, дистрибуцију, контролу и пружање лекова и других лековитих производа, као и на пружање фармацеутских услуга пацијентима. Неколико је кључних аспеката који говоре у прилог специфичности фармацеутске делатности, као што су: пружање информација о правилној употреби лекова пацијентима, прилагођавање терапије према индивидуалним потребама пацијената, прате и контролишу производњу, складиштење и дистрибуцију лијекова како би осигурали њихову ефикасност и безбједност, савјетовање о прехрамбеним додацима, здравственим производима без рецепта и друге услуге које побољшавају здравље и добробит пацијената, сарадња с љекарима, медицинским сестрама и другим здравственим радницима како би пружили што бољу услугу

односно помоћ пацијентима. Поред наведеног, фармацеути играју важну улогу у едукацији јавности о здрављу, превенцији болести и промоцији здравог начина живота. Увођење нових услуга у апотекама представља кључни сегмент стратешког опредјељења, које произлази из растућих потреба друштва, пацијената и здравствених радника. Промјене у организацији здравствених система постављају нове захтјеве и изазове пред апотеке, што их подстиче да се прилагоде новим околностима како би пружале бољу и свеобухватнију здравствену заштиту. Ово проактивно прилагођавање омогућава апотекама да играју још активнију улогу у здравственом сектору и буду кључан чинилац у унапређењу здравља становништва (Ангеловска, 2016).
Традиционална улога апотека као места за издавање лекова проширује се у смеру пружања свеобухватнијих здравствених услуга. Ово укључује саветовање о правилном кориштењу лиекова, праћење терапије, едукацију о превенцији болести, промоцију здравог начина живота, те мерење виталних параметара попут крвног притиска и нивоа шећера у крви.

2.3. Циљеви фармацеутске праксе

Када је реч о апотекарској делатности потребно је објаснити и појам фармацеутске праксе који укључује све активности фармацеута у склопу здравствене заштите повезане са фармацеутским услугама, заштитом и производима који се продају. Нови, унапријеђени концепт фармацеутске праксе који су препознале Светска здравствена организација и Међународна фармацеутска федерација, подразумева да фармацеутска пракса укључује неколико ставки почев од фармацеутске здравствене заштите па до праћења нежељених дејстава лекова, што се у маркетингу објашњава као анализа оцене после куповине одређеног производа/услуге.

2.4. Добра апотекарска пракса

Када је реч о доброј апотекарског пракси, неизоставно је говорити о моделу „структура-процес исход. Донабедианова филозофија или концептуални оквир познат је по моделу „структура-процес-исход“ (Structure-Process-Outcomes) развио је амерички теоретичар Аведис Донабедиан, који је био пионир у области квалитета здравствених услуга. Овај модел се користи за анализу и евалуацију квалитета здравствених услуга и исхода мера. Модел функционише на основу неколико елемената (Тасић и сар., 2010): сруктура - односи се на физичке, организационе и кадровске ресурсе у здравственом систему; процеси - сегмент који се фокусира на начин на који се пружају здравствене услуге; исходи - обухвата резуллтате здравствених услуга и мере које се предузимају. Донабедианов модел структура-процес-исход (СПО) је врло значајан алат за евалуацију и унапређење квалитета здравствених услуга. Користи се у истраживању, планирању, управљању и побољшању пружања здравствене заштите како би се обезбедили најбољи могући здравствени резултати за пацијенте. Принципи добре апотекарске праксе промовисани су од стране Међународне фармацеутске федерације International Pharmaceutical Federation (FIP) у оквиру документа под називом „Стандарди за квалитет фармацеутске услуге“. Поменути документ истовремено са каснијим допунама представља подршку националним фармацеутским удружењима за дефинисање Стандарда ДАП на националним нивоу у функцији унапређења квалитета апотекарске дјелатности. Принципи добре апотекарске праксе су кључни за осигуравање да фармацеути широм света пружају квалитетне и сигурне здравствене услуге које побољшавају здравље и добробит пацијената. Ови стандарди служе као смернице за фармацеутске организације и регулаторна теела у напорима да осигурају највиши ниво квалитета фармацеутске праксе. Предуслови за остварење наведених принципа су професионализам, учествовање у одлукама везаним за употребу лекова од стране фармацеута, континуирана сарадња са другим запосленима, колегијални односи међу запосленима, адекватна подјела одговорности, сталне едукације у области фармацеутске делатности, доследност у поштовању прописаних стандарда.

3. ЗАКОНСКИ ОКВИР АПОТЕКАРСКЕ ДЈЕЛАТНОСТИ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ

Већина држава усваја националне стандарде у фармацији који произлазе из законске регулативе, подзаконских или других аката које доносе службена тела владе. Ови стандарди се примењују на фармацеутске производе, производњу, дистрибуцију и промет лекова и остале аспекте фармацеутске индустрије (Бошковић, 2012). Такође, значајан концепт у фармацеутској индустрији је „добра фармацеутска пракса“ у виду низа принципа и смерница које осигуравају висок ниво сигурности, квалитета и ефикасности фармацеутских производа. Добра фармацеутска пракса примењује се на различите аспекте фармацеутске делатности, укључујући производњу, лабораторијско испитивање,

управљање квалитетом, складиштење и дистрибуцију лекова. Овај приступ обезбјеђује да фармацеутска индустрија ради у складу с високим стандардима и начелима, чиме се штити јавно здравље и сигурност пацијената. Свака држава може имати своје специфичне националне стандарде и смернице које се заснивају на глобално прихваћеним начелима добре фармацеутске праксе.

Законом о апотекарској дјелатности[1]апотекарска делатност је дефинисана као сегмент здравствене делатности који обезбеђује снабдевање лековима и другим потребним медицинским средствима здравствене институције и становништво и друга правна лица[2]. Ово је битна услуга која обезбеђује приступ лековима и медицинским средствима, што је од кључног значаја за здравље и добробит становништва. Апотекарска делатност Републике Српске реализује се поштујући смјернице добре апотекарске праксе. У Републици Српској, поред Закона о апотекарској делатности, примењују се и различити правилници који детаљно уређују различите аспекте апотекарске праксе. У документу „Законска регулатива у области апотекарске делатности у Републици Српској“ који издаје Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске (2010) наводе се сљедећи: Правилник о општим и посебним условима у погледу кадра, простора и опреме за промет на мало у апотеци; Правилник о смјерницама добре произвођачке праксе у изради галенских препарата; Правилник о посебним условима за промет на мало у специјализованој продавници; Правилник о условима прописивања и издавања лијека; Правилник о садржају и начину вођења регистра апотека и специјализованих продавница; Правилник о врсти козметичких и других средстава за заштиту здравља, осталих производа којима се обавља промет на мало у апотеци и специјализованој продавници и услуга које се могу пружати у апотеци; Правилник о врсти, висини и начину плаћања накнада за обављање промета на мало лекова и медицинских средстава; Правилник о врсти података и начину израде извештаја о промету готових лијекова у Републици Српској. Наведени правилници имају за циљ обезбјеђење високих стандарда квалитета, сигурности и етичке праксе у апотекарској делатности како би се осигурала најбоља могућа здравствена заштита пацијентима. Промет на мало медицинских средстава представља продају или дистрибуцију медицинских средстава на малопродајном нивоу и регулисан је у Члану 6. Закона о апотекарској дјелатности. Овај процес укључује набавку медицинских средстава од дистрибутера или произвођача, чување у складишту и издавање клијентима који их користе у медицинске или здравствене сврхе. Медицинска средства која се налазе у промету на мало у апотекама морају бити уписана у регистар медицинских средстава од стране надлежне институције. Поред снабдевања лековима, апотекарска делатност укључује и многе друге послове попут снабдијевања козметичким и остали средствима за заштиту здравља, снабдевање производима дечије опреме, производима биљног порекла, дијететкским производима, пружање савета у вези са правилном примјеном и сл. У вршењу апотекарске делатности, сарађујући са осталим запосленима, апотекарски радници пружају фармацеутску здравствену заштиту са сврхом постизања најбољих могућих фармакотерапијских ефеката и промоције правилне употребе лијекова и других медицинских средстава. Сарадња са другим здравственим професионалцима омогућава апотекарским радницима да пруже квалитетне фармацеутско-здравствене савете пацијентима и корисницима медицинских производа. Фармацеути раде заједно са љекарима и другим здравственим радницима како би се осигурало да пацијенти добију одговарајућу терапију, избегавају интеракције лекова и минимизирају ризик од нежељених ефеката. Поред тога, апотекарски радници играју кључну улогу у едукацији становништва о правилној употреби лекова и других медицинских средстава, као и у промоцији превентивних мера како би се смањила учесталост болести и побољшало здравље популације.

Општи услови за обављање апотекарске делатности у Републици Српској су[3]: диплома факултета или нострификована страна диплома фармацеутског усмјерења за магистра фармације; диплома средње школе или нострификована страна диплома фармацеутског усмјерења за фармацеутског техничара; положен стручни испит који потврђује његове фармацеутске компетенције; лиценца издата од стране Фармацеутске коморе Републике Српске (за магистра фармације); знање једног од језика у службеној употреби у Босни и Херцеговини. Страни држављани такође могу обављати апотекарску делатност у Републици Српској, под условима који су регулисани Законом о апотекарској делатности и другим прописима који се односе на ову област и запошљавање страних држављана. За обављање специјалистичке делатности у области фармације, неопходна је специјализација из те области. Ово се односи на додатно стручно усавршавање у специфичном фармацеутском подручју које омогућава апотекарском раднику да се специјализује за одређене врсте услуга и пружа напреднију фармацеутску подршку пацијентима.

[1] Законом о апотекарској дјелатности Републике Српске (Службени гласник Републике Српске. бр. 119, 1/12, 33/14)

[2]Члан 4. Закона о апотекарској дјелатности

[3] Члан 23. Закона о апотекарској дјелатности

Апотекарски радник је здравствени радник који има образовање фармацеутског усмјерења и који непосредно пружа апотекарске услуге[4]. Апотекасрки радници су магистар фармације и фармацеутски техничар[5]. Оба типа апотекарских радника имају значајну улогу у обезбеђењу сигурне и правилне дистрибуције лекова и фармацеутских производа. Њихова стручност и пажња коју посвећују сваком пацијенту доприносе побољшању здравствене заштите и квалитету живота заједнице у којој раде.

Радно време

Минимално радно време када је у питању апотекарска делатност износи 40 сати на седмичном нивоу[6]. Радно време у апотеци одређује оснивач. Магистар фармације мора бити присутан у апотеци током радног времена. Када у апотеци постоји један радни тим, који су запослени са пуним радним временом (који укључује једног фармацеутског техничара и једног магистра фармације), апотека може бити отворена највише осам часова дневно. Како би се обезбедило континуирано снабдевање лековима, апотеке су дужне организовати дежурства или приправности у ноћним часовима, недељом и празницима, када апотека, иначе, не ради. Ово је од суштинског значаја како би се осигурала правовремена и хитна доступност лекова пацијентима у свим ситуацијама, чак и изван редовног радног времена. Јединица локалне самоуправе има одговорност да осигура континуирано снабдевање лековима и медицинским средствима према потребама локалне заједнице. Ова обавеза остварује се путем закључивања уговора са Фондом здравственог осигурања Републике Српске. Апотека која има овакав уговор са Фондом треба да буде одабрана за обављање дежурства или приправности како би обезбиједила хитне фармацеутске услуге осигураним лицима током времена када друге апотеке не раде[7]. Оснивач има овлашћење да пропише начин организовања и распоред дежурстава или приправности у апотекама. Ови распореди морају бити јасно видљиво истакнути на самој апотеци како би пацијенти знали која апотека пружа дежурне фармацеутске услуге током ноћних часова, викенда и празника[8]. Овај систем дежурстава или приправности осигурава да пацијенти у сваком тренутку могу приступити потребним лијековима и фармацеутским савјетима, чиме се осигурава њихова здравствена сигурност и добробит.

3.1. Издавање лекова

Издавање лекова и медицинских средстава у апотеци и болничкој апотеци врши се на основу рецепта, налога и издатнице[9]. Промет лекова у апотеци јесте промет лекова на мало, а обухвата и израду и издавање галенских и магистралних лекова испитаног квалитета[10]. Апотека има обавезу да води одговарајуће евиденције о издавању лекова и медицинских средстава, те да доставља извештаје надлежним институцијама у складу са законом о евиденцијама и статистичка истраживања у области здравствене заштите и другим прописима из области лекова. Министар путем општег акта прецизира детаље о садржају и начину вођења евиденција, као и рокове у којима су извјештаји дужни бити достављени надлежним институцијама[11]. Ова одредба има кључан значај јер обезбеђује праћење издавања лекова и медицинских средстава, како би се пратила употреба лекова и анализирале статистичке информације о њиховој потрошњи. Тиме се омогућава боље планирање и контрола, као и праћење ефикасности терапија и евентуалних нежељених ефеката. Такође, помаже у спречавању злоупотребе лекова и усклађује рад апотеке са законским захтевима у вези са пружањем здравствених услуга.

3.2. Казнене одредбе у апотекарској дјелатности

Обављањем апотекарске дјелатности у апотеци запослени могу да прекрше законске прописе или етичке стандарде који регулишу ову дјелатност. У оваквим ситуацијама апотекарски радници биће санкционисани у складу са тежином дијела које им се ставља на терет. Казнене одредбе имају циљ осигурати поштовање прописа и квалитет пружања здравствених услуга пацијентима. Апотеке или

[4] Члан 20. Закона о апотекарској дјелатности
[5] Исто.
[6] Члан 29. Закона о апотекарској дјелатности
[7] Члан 30. Закона о апотекарској дјелатности
[8] Исто.
[9] Члан 31. Закона о апотекарској дјелатности
[10] Члан 5. Закона о апотекарској дјелатности
[11] Члан 32. Закона о апотекарској дјелатности

апотекарски радници могу бити кажњени новчаним казнама у зависности од тежине прекршаја али и кривично уколико дође до погрешног издавања или справљања лијека. Висина новчане казне може варирати у зависности од законских одредби и природе прекршаја. У случајевима озбиљних прекршаја или непоштовања закона, апотека може бити привремено затворена, што значи да ће привремено престати са пружањем услуга. Ако апотека или апотекарски радник континуирано крше законе и прописе или се не придржавају етичких стандарда, њима се може одузети лиценца за обављање апотекарске делатности. Казнене одредбе могу варирати од земље до земље и у складу са важећим законима и прописима који регулишу апотекарску делатност у одређеној јурисдикцији. Ове одредбе имају за циљ заштиту јавног интереса, обезбјеђење квалитетне и сигурне здравствене заштите, те промовисање етичких стандарда у апотекарској пракси. За несавјесно поступање при изради и издавању лијекова за употребу у медицини одговорно лице у апотеци казниће у складу са Кривичним закоником[12] (у случају несавјесног поступања по питању издавања лијекова. Лице овлашћено за издавање лекова за употребу у медицини које изда други лек уместо прописаног или захтеваног ако замена није дозвољена или које направи лек у размери или количини, или које уопште несавесно поступи при стављању лекова у промет и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица, казниће се новчаном казном или казном затвора до две године[13]. Законом о апотекарској делатности у Републици Српској прописани су и прекршаји за правна лица у износу од 500 КМ до 15.000 КМ[14], а за магистра фармације од 500км до 1.500км[15].

4. ЗНАЧАЈ ПРИМЈЕНЕ ЕТИЧКИХ ПРИНЦИПА У АПОТЕКАРСКОЈ ДЕЛАТНОСТИ

Тежиште апотекарске делатности је на пацијенту и преузимању одговорности за исходе фармакотерапије. Активности фармацеута везане су за фармацеутску праксу на свим нивоима. Развој апотекарске делатности укључује поштовање како законских тако и бројних етичких начела. У вршењу свог посла, фармацеути су самостални и независни. Са аспекта савремене фармацеутске праксе, рад у апотеци подразумева и бројне етичке дилеме које требају бити препознати од стране фармацеута. Крајновић и сар. (2013) истичу да се пословна и професионална етика у фармацеутској пракси разликује. Док професионална етика тежи ка томе да се открије на који начин се моралне вредности и принципи могу применити у пракси у одређеном послу, као и дефинисању норматива у којима су садржане норме правилног и адекватног поступања у одређеним ситуацијама, дотле, пословна етика се сматра скупом моралних вредности и стандарда којима се дефинише пожељно понашање. Суштинска разлика између професионалне и пословне етике је у томе што се пословна етика односи на колективну етику, док је професионална етика првенствено везана за однос појединца према свом послу. У фармацији, односно апотекарској делатности, професионална етика представља укупност правила и принципа на основу којих се одлучује и прецизира понашање фармацеута тј.апотекарског радника. Њу детерминише скуп моралних начела које треба да поштују фармацеути у обављању апотекарске дјелатности. Професионална етика обухвата норме и принципе који се односе на поступање и понашање у оквиру одређене професије. У случају фармацеутске праксе, она се фокусира на етичке стандарде које треба да примењују фармацеути у свом раду. Ово укључује поштовање приватности пацијената, обавезу да се пружају тачне и проверене информације о лековима, поштовање закона и регулатива, одговорно поступање са лековима и сл. С друге стране, пословна етика укључује опште моралне вредности и стандарде који се примењују у пословном окружењу, као што су поштење, интегритет, одговорност, поштовање права и сл.

И професионална и пословна етика су битне у фармацеутској пракси јер помажу у стварању етичког и одговорног окружења, у коме се пацијенти могу осећати сигурно и поуздано, а запослени могу радити у складу са вишим етичким стандардима. Овакви етички приступи помажу гарантовању квалитета здравствених услуга и одговарајућег пословног понашања. Према Паројчићу (2005) у основи свих етичких норматива налази се хуманост односно одговорност према комплетној људској заједници. Свако ко обавља апотекарску делатност треба да буде савестан, одговоран, предан свом послу. Кључни предуслов моралног понашања је осећај дужности који произилази из нагона друштвености.

ЗАКЉУЧАК

[12] Члан 48. Закона о апотекарској дјелатности
[13] Члан 201. Кривичног законика, Службени гласник Републике Српске бр. 64/2017, 104/2018 - одлука УС, 15/2021 и 89/2021.
[14] Члан 49. и члан 50. Закона о апотекарској дјелатности.
[15] Члан 51. Закона о апотекарској дјелатности.

Апотекарска делатност представља изузетно значајан сегмент здравственог система који обезбјеђује приступ и расподелу лекова и медицинских средстава становништву и здравственим установама. Апотекарски радници имају кључну улогу у пружању квалитетних фармацеутских услуга, промовисању рационалне употребе лекова, контроли и сигурности лекова. Еволуција фармацеутске професије током друге половине двадесетог века резултирала је ширим спектром активности фармацеута, тако да је апотекарска делатност у Републици Српској имала добар основ за унапређење здравља и добробити пацијената. Добра апотекарска пракса има велику улогу у унапређењу апотекарства, а томе су поред законских прописа допринели и разни водичи, препоруке и друге објаве струковних организација у фармацији, као што су фармацеутске коморе или регулаторна тијела. Апотекарски радници су неопходни чланови здравственог тима који се брину о правилном кориштењу лекова, унапређењу здравља и добробити становништва. Њихова улога је од изузетне важности за постизање оптималних здравствених резултата и побољшање укупног здравственог стања заједнице. Апотекарска делатност у Републици Српској представља један заокружен систем јер је уређена посебним прописом са законском снагом, као што је случај и у Федерацији БиХ, за разлику од здравствених система сусједних држава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангеловска, Б. (2016). Услужна дјелатност у апотекама – стратегија развоја у Европској унији. *Менаџмент и маркетинг у фармацији*, 16-21.
2. Бошковић, З. (2012). Правни надзор у подручју фармације. *Јахр: Европски часопис за биоетику*, 3(2), 467-486.
3. Крајновић, Д. (2013). *Фармацеутско законодавство и етика.* Београд: Фармацеутски факултет.
4. Крајновић, Д., Јоцић, Д. и Милошевић Георгијев, А. (2013). Етика у савременој фармацеутској пракси. *Здравствена заштита*, 42(1), 88-100.
5. Тасић, Љ., Крајновић, Д., Петрић, М., Лакић, Д., Тадић, И. (2010). Фармацеутска пракса. Београд: Универзитет у Београду. Фармацеутски факултет.
6. Терзић, С. (2015). Од почетног развоја фармације до фармацеутских брендова. *Сварог бр. 11*, 220-234.
7. World Health Organization. (1948). Povelja o zdravlju, преузето 15.07.2023. са сајта https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf

ПРОПИСИ

1. Кривичног законика, Службени гласник Републике Српске бр. 64/2017, 104/2018 - одлука УС, 15/2021 и 89/2021.
2. Закон о апотекарској делатности (2008). Службени гласник Републике Српске. бр. 119, 1/12, 33/14.
3. Законска регулатива у области апотекарске дјелатности у Републици Српској (2010). Бањалука: Влада Републике Српске. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, преузето 17.7.2023. са сајта https://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/Zakonska%20regulativa%20u%20oblasti%20apotekarske%20djelatnosti%20u%20Republici%20Srpskoj.pdf

УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ У ЛЕЧЕЊУ, ТРЕТМАНУ И ЕДУКАЦИЈИ БОЛЕСНИКА СА ЛИМФОМОМ

Ирена ЈАРЕВА, ЈЗУ-Универзитедска клиника за радиотерапија и онкологија-Скопље
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Abstract

Introduction: Lymphoma is a disease that is potentially life-threatening and records a constant increase in the number of cases. There are two types of lymphomas - Hodgkin's lymphoma and non-Hodgkin's lymphoma. Symptoms of lymphoma - especially non-Hodgkin's lymphoma (which is the most common type of lymphoma) can be similar to flu and tuberculosis symptoms, often leading to misdiagnosis. The **purpose** of the study is to show the specificity of the health care of patients with lymphoma. The health care process will also be shown through the presentation of cases. The presentation of the clinical picture of lymphomas, diagnostics and treatment, side effects and henotherapy related to the quality of life of the sick person.
Materials and methods: The statistical data were taken from the Oncology Clinic at PHI-Mother Teresa in Skopje.**Results:** In 2020, lymphoma was the cause of more than 259,793 deaths annually worldwide. Approximately 1 in 50 people are at risk of developing this disease during their lifetime. **Conclusion:** Many patients diagnosed with lymphoma do not have the increased risk factors for lymphoma that are used to determine the cause of the disease. Because it is not yet known what causes lymphoma, there is no general way to prevent it. nurses are those who have higher education and training that can help in treating the patient and managing the disease, symptoms and side effects. They also monitor the clinical picture through higher levels of education and training that can help in treating and acting on the patient during the treatment process itself.

Key words: lymphoma, Hodgkin, nodes.

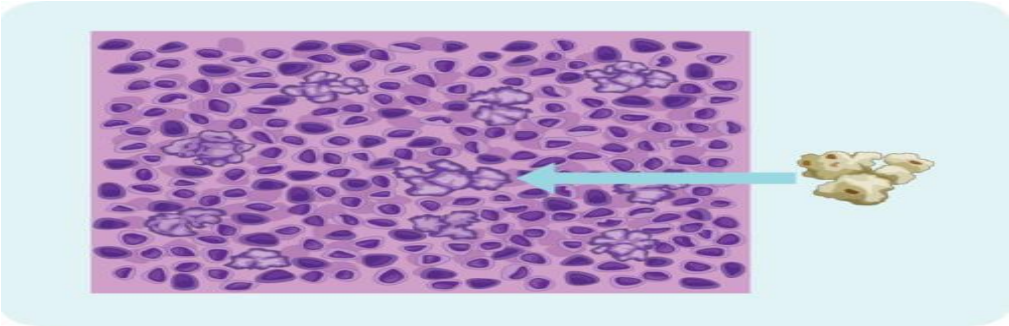
Апстракт

Увод: Лимфом је болест која је потенцијално опасна по живот и бележи константан пораст броја оболелих. Постоје две врсте лимфома - Хочкинов лимфом и не-Хочкинов лимфом. Симптоми лимфома - посебно не-Хочкинов лимфом (који је најчешћи тип лимфома) могу бити слични симптомима грипа и туберкулозе, што често доводи до погрешне дијагнозе.**Сврха студије** је да покаже специфичност здравствене заштите пацијената са лимфомом. Кроз приказ случајева биће приказан и процес здравствене заштите. Приказ клиничке слике лимфома, дијагностика и лечење, нежељена дејства и хемотерапија у вези са квалитетом живота оболеле особе.
Материјали и методе: Статистички подаци преузети су са Клинике за онкологију ЈЗУ Мајка Тереза у Скопљу.
Резултати: 2020. године лимфом је био узрок више од 259.793 смртних случајева годишње широм света. Отприлике 1 од 50 људи је у опасности од развоја ове болести током свог живота.
Закључак: Многи пацијенти са дијагнозом лимфома немају повећане факторе ризика за лимфом који се користе за утврђивање узрока болести. Пошто још није познато шта узрокује лимфом, не постоји општи начин да се то спречи. медицинске сестре су оне које имају високо образовање и обуку која може помоћи у лечењу пацијената и управљању болешћу, симптомима и нежељеним ефектима. Они такође прате клиничку слику кроз више нивое едукације и обуке који могу помоћи у лечењу и деловању на пацијента током самог процеса лечења.

Кључне речи: лимфом, Хочкин, чворови.

Увод

Лимфом је потенцијално опасна по живот и број случајева се стално повећава. Постоје две врсте лимфома - Хочкинов лимфом и не-Хочкинов лимфом. Симптоми лимфома - посебно не-Хочкинов лимфом (који је најчешћи тип лимфома) могу бити слични симптомима грипа и туберкулозе, што често доводи до погрешне дијагнозе. Симптоми укључују ниску енергију, необјашњиву грозницу, отечене жлезде, кашаљ и гушење, стални свраб по целом телу и губитак тежине. Поменуте болести имају сличне симптоме, а разлика између њих се може препознати микроскопски. Око милион људи широм света живи са лимфомом и свакодневно се дијагностикује скоро 1.000 нових случајева, али је и поред свега тога свест људи о симптомима лимфома прилично ниска.



Ћелија која изгледа као кокица са ЦД20 протеином омогућава вашем лекару да зна да имате нодуларни лимфоцитни доминантни Хочкин лимфом

Лимфоми су малигно обољење лимфног система, које је део имуног (одбрамбеног) система и састоји се од међусобно повезаних лимфних судова и чворова и органа (коштана срж, прсне жлезде – тимус, слезина и крајник). Лимфом може настати од лимфоцита у различитим фазама развоја (диференцијације), тако да постоји велики број различитих типова лимфома, а класификација зависи од њихових генетских, имунолошких и морфолошких карактеристика. Лимфом може бити агресиван, веома агресиван или индолентан према својим клиничким карактеристикама. Најчешће се развија у лимфним чворовима, а примарна места развоја могу бити и други органи који садрже лимфно ткиво као што су коштана срж, слезина, крајници, гастроинтестинални тракт, кожа, слезина и централни нервни систем. За разлику од леукемије, лимфоми спадају у категорију солидних тумора, односно ограничени су на ткиво. Најранији запис о лимфомима је из 1666. године када је Малпиги извршио обдукцију осамнаестогодишње девојчице са увећаним лимфним чворовима на слезини. Тхомас Хочкин је први описао Хочкинов лимфом 1832. године. Дороти Рид 1902 и Карл Стернберг 1898 описују станице Рид-Стендербег. Те ћелије су карактеристичне за Хочкинов лимфом. Први покушаји лечења, који су у суштини били неуспешни, дошли су од Хочкина. Опака болест је у порасту како у свету тако и у Македонији и представља један од највећих здравствених проблема. У последњих десет година направљен је велики напредак у дијагностици и лечењу ове опаке болести, посебно у лечењу малигних лимфома. Увођењем нових метода лечења (радиологија, нове комбинације цитостатика, трансплантација коштане сржи, хируршке операције, моноклонска антитела) данас се може постићи висок проценат дуготрајних ремисија и излечења код ових пацијената.

Преглед лимфома, врсте, лечење

Лимфоцити су ћелије које препознају лимфоген и реагују на њега специфичном имунореакцијом. Матичне ћелије коштане сржи такође настају и сазревају у зреле имунокомпетентне ћелије у примарним органима за стварање ћелија, а то су тимус и коштана срж. Ране незреле Блимфоидне ћелије сазревају у коштаној сржи, а незрели прекурсори Т лимфоцита у тимусу. Око 10 лимфоцита дневно. Одрасла особа има око 10 имуних ћелија. Процес диференцијације и сазревања у органима не зависи од антифеналне подршке и контролишу га неспецифични циклони. Лимфни чворови, слезина, лимфна ткива, слузница и кожа, као и лимфоцити у крви стварају секундарна лимфна ткива. Т лимфоцити, Б лимфоцити и ћелије убице, НК ћелије, могу се тачно одредити коришћењем моноклонских антитела и цитометријске методе. Т лимфоцити преовлађују у тимусу, лимфним чворовима, крви и лимфи, а Б лимфоцити у коштаној сржи. Обе врсте лимфоцита су приближно подједнако заступљене у крајницима и слезини. Ћелије које немају ни Т ни Б карактеристике називају се природне ћелије убице (НК ћелије). То су велики гранулисани лимфоцити који имају способност уништавања различитих туморских и вирусних инфицираних места без претходне антигенске активације. Лимфоцити се непрестано рециклирају кроз крв и лимфу у лимфне органе и назад у крвоток. Лимфоми настају клонском пролиферацијом ћелија

малигног лимфома, које су фенотипски сличне нормалним ћелијама лимфома у одређеној фази развоја. Када се лимфоцити промене, они се деле и брзо расту да би формирали чворове у лимфним чворовима или другим органима који садрже лимфно ткиво. Лимфоми се често представљају истовремено са лимфомима и као леукемија или прелаз из једног облика у други.

Подела тумора на лимфоцитне лозе, односно лимфоме према Светској здравственој организацији, заснива се на хистолошким карактеристикама тумора у комбинацији са клиничким имунолошким и генетским карактеристикама. Ова подела дели туморе лимфоцитне лозе у три основне групе: тумори Б лимфоцита, тумори Т лимфоцита и Хочкинова болест. У својој класификацији, Светска здравствена организација дели лимфоидне неоплазме на више од 60 врста лимфома. Хочкинов лимфом је издвојен као посебна група, иако се ради о тумору Б лозе. У оквиру сваке колекције налази се низ типова и подтипова тумора који се разликују по имунолошким карактеристикама, између ћелија, генетских промена и клиничке слике сваког пацијента.

Повећан је број оболелих од лимфома, што није само последица боље дијагностике или лечења, већ и повећања броја оболелих од ове болести. Повећани број оболелих од лимфома су особе бољег социјалног статуса, а не јавља се код особа које су изложене микроталасима, радио таласима или електричним пољима. Сматра се да је лимфом цивилизацијска болест и да се најчешће јавља код особа чији имуни састав није насумично изложен довољно јаким антигенским стимулансима.

Дијагностиковање лимфома код пацијената са лимфомом има неколико циљева. Прво, потребно је утврдити који тип лимфома има пацијент. Затим је потребно утврдити у којој мери је болест распрострањена. Трећи је да се процени вредност индикатора, односно да се види да ли пацијент може да толерише планирано агресивно лечење. Приликом дијагностиковања лимфома на првом месту је анамнеза и клинички преглед. Биопсија, цистолошка пункција, лабораторијски налази, експлораторна хирургија, ПЕТ-ЦТ, МР су дијагностички алати који се користе за доказивање и ширење туморских ћелија.

Хочкинов лимфом (ХЛ) за децу и тинејџере (и њихове родитеље)
Ако сте управо сазнали да имате Хочкинов лимфом Нормално је да се породица и пријатељи осећају уплашено, тужно, забринуто, па чак и љуто. Ако не знате шта да очекујете, можете се осећати још горе. Стога смо ми ти који ћемо их научити о неким стварима које треба да знају да би им помогли да се боре против рака крви и да се осећају самопоузданије. Како се нодуларни лимфоцитни доминантни Ходгкин лимфом (НЛПХЛ) разликује од класичног Ходгкиновог лимфома?

НЛПХЛ расте спорије од класичног Ходгкиновог лимфома. Ако имате НЛПХЛ, можда ћете бити излечени након третмана, што значи да ће лимфом нестати и никада се више неће вратити. . Понекад можете брзо да се опоравите, а без лимфома можете живети много година.

Ако се НЛПХЛ врати, то се зове рецидив. Једини знак релапса може бити отечени лимфни чвор који не нестаје. То може бити у врату, пазуху, препонама или другом делу тела. Ако добијете друге симптоме, они ће бити слични симптомима које смо навели изнад. Они могу да ураде друге тестове пре почетка лечења и током лечења како би били сигурни да је ваше тело у стању да поднесе лекове које ћете добити. То може укључивати:

Редовни тестови крви

Ултразвук или други прегледи и тестови неких органа, укључујући срце, плућа и бубреге

Цитогенетски тестови - ово су посебни тестови да се види да ли има промена у њиховим генима. Њихови гени говоре ћелијама у њиховом телу како да расту и како да раде. Ако постоји промена (која се назива и мутација или варијација) у њиховим генима, они могу дати погрешна упутства. Ове погрешне инструкције могу узроковати раст рака - као што је ХЛ. Међутим, неће свима требати овај тест.
Лумбална пункција - Ово је поступак који ће се десити само ако сматрамо да постоји шанса да је ХЛ у мозгу или кичми, или да се тамо шири. Нека деца или тинејџери такође могу добити анестезију како би их успавали, како не би имали бол, и како би били сигурни да остану мирни током процедуре.
Подржавајућа нега – Пружа се велика подршка како би се осећали боље током лечења и брже зарастали.Неке ћелије лимфома могу расти пребрзо и превелике. Ово чини вашу коштану срж, крвоток, лимфне чворове, јетру или слезину пренатрпаном. Због тога можда немате довољно здравих крвних зрнаца. Потпорна терапија може укључивати давање крви или трансфузије тромбоцита како би се

осигурало да имате довољно здравих крвних зрнаца.Ако постоји инфекција, дају се и антибиотици који ће им помоћи да брже оздраве. У неким случајевима, можда ћете имати лек који се зове GCSF који помаже телу да створи више белих крвних зрнаца за борбу против инфекције.Подржавајућа терапија може такође укључивати довођење у други тим који се зове тим за палијативно збрињавање. Тим за палијативну негу је одличан у томе да се побрине да побољшају своје симптоме или нежељене ефекте, укључујући бол, мучнину или осећај забринутости или анксиозности. Они такође могу помоћи у планирању како да управљате својом здравственом заштитом у будућности. **Радиотерапија** (радиотерапија) - Радиотерапија користи зрачење за убијање ћелија рака. То је као високоенергетски рендгенски зраци и можете га имати сваки дан неколико недеља, обично од понедељка до петка. Може се користити за лечење рака, да вам помогне у ремисији - где се рак више не може открити (али се може вратити касније), или се може користити за управљање неким симптомима.

Неки симптоми који се могу лечити радиотерапијом укључују бол или слабост. Ово се може десити ако лимфом врши притисак на нерве, кичму или друге делове тела. Радиотерапија смањује лимфом (тумор) тако да не наставља да врши притисак на нерве или делове тела где изазива бол.
Хемотерапија (хемотерапија) - Можда ћете имати хемотерапију као пилулу и/или је пити (инфузију) кроз вену (у крвоток) у болници. Хемотерапија убија брзорастуће ћелије, тако да може утицати и на неке од ваших добрих брзорастућих ћелија изазивајући нежељене ефекте.

Моноклонска антитела (МАБ) -МАБ се дају у облику инфузије и везују се за ћелију лимфома и привлаче друге беле крвне ћелије и протеине који се боре против болести у ћелијама лимфома. Ово помаже вашем сопственом имунолошком систему да се бори против ХЛ. У неким случајевима, МАБ се може додати другом леку који директно убија ћелије канцерогеног лимфома. Ови МАБ се називају коњуговани МАБС Инхибитори имуних контролних тачака (ИЦИ) -ИЦИ се дају у облику инфузије и раде на побољшању њиховог имунолошког система како би тело могло да се бори против рака. Они то раде тако што блокирају неке од заштитних баријера које постављају ћелије лимфома, чинећи их невидљивим за имуни систем. Када се баријере уклоне, имуни систем може да се бори против рака. Обично се не користе код деце и тинејџера са Хоџкиновим лимфомом, осим ако се не ради о клиничком испитивању.

Трансплантација матичних ћелија (СЦТ) – Ако сте млади и имате агресивни (брзо растући) ХЛ, СЦТ се може користити. Матичне ћелије помажу да се ваше лоше ћелије замене добрим, здравим матичним ћелијама које могу да прерасту у било коју врсту крвних зрнаца која вам је потребна

Сврха рада:

Сврха студије је да покаже специфичност здравствене заштите пацијената са лимфомом. Кроз приказ случајева биће приказан и процес здравствене заштите. Приказ клиничке слике лимфома, дијагностика и лечење, нежељена дејства и хенотерапија у вези са квалитетом живота оболеле особе.

Материјали и методе:

статистички подаци преузети су са Клинике за онкологију ЈЗУ Мајка Тереза у Скопљу.

Резултати:

У циљу добијања детаљнијих информација о пацијентима оболелим од лимфома и току и начину њиховог лечења, спроводиће се истраживања, пре свега прикупљањем података од оболелих, медицинских сестара које су у сталном контакту са оболелим. и пратити лечење болесника, као и податке из статистике о стању лимфомских болесника у последњих 4-5 година. У прилогу је мали податак о пацијентима оболелим од лимфома у последњих 5 година, чији подаци говоре о смањењу броја оболелих од ове болести. У 2019. години дијагностиковано је 150 пацијената са лимфомом, 2020. године до августа месеца откривено је 74 болесника са овом болешћу, док је у овој 2021. години дијагностикован лимфом код само 52 пацијента. Ове бројке означавају пад новодијагностикованих пацијената са не-Хочкиновим лимфомом од 38 одсто у поређењу са истим периодом прошле године 2020. Интересантан је тренд да се од самог почетка корона вируса до данас примећује континуирано смањење броја новодијагностикованих пацијената. Али, нажалост, овај опадајући тренд не значи да нема нових оболелих, већ да особе са симптомима због пандемије и страха од инфекције, не посећују лекара на време, чиме се продужава рано откривање, што је од велики значај код малигних болести. Сваке године око 100 деце и тинејџера сазна да имају Хочкинов лимфом. Од свих карцинома које оболевају

деца и тинејџери, Хочкинов лимфом је трећи по учесталости. Нешто је чешће да вам се дијагностикује ХЛ када имате између 10 и 14 година, али то се и даље може догодити у било ком узрасту - чак и старије одрасле особе могу га добити. У 2020. години, лимфом је био узрок више од 259.793 смртних случајева годишње широм света. Отприлике 1 од 50 људи је у опасности од развоја ове болести током свог живота.

Закључак:

Иако постоје одређени фактори ризика за развој лимфома који се могу идентификовати, узрок Хочкиновог и Не-Хочкиновог лимфома тек треба да се утврди. Истраживања показују да многи пацијенти са дијагнозом лимфома немају повећане факторе ризика за лимфом који се користе за утврђивање узрока болести. Пошто још није познато шта узрокује лимфом, не постоји општи начин да се он спречи.Избегавање фактора ризика од лимфома, као што је пушење, може бити од помоћи у смањењу ризика од болести. Постоје неки фактори ризика, као што су породична историја или старост, који се не могу избећи. Наравно, треба имати на уму да само зато што имате фактор ризика за лимфом, то није гаранција да ћете га развити. То само значи да имате повећане шансе за развој лимфома. Медицинске сестре су оне са високим образовањем и обуком које могу помоћи у лечењу пацијента и управљању болешћу, симптомима и нежељеним ефектима. Они такође прате клиничку слику кроз више нивое едукације и обуке који могу помоћи у лечењу и деловању на пацијента током самог процеса лечења. Здравствена нега је усмерена на пацијента и кључна је за успех, емпатичну комуникацију и укључивање пацијената у одлуке о лечењу. Активно учешће медицинског особља у истраживачким активностима, клиничким испитивањима и иновацијама које су од виталног значаја за унапређење области хематологије. Ангажовање у истраживачким пројектима, допринос научним публикацијама и усвајање иновативних приступа лечењу побољшали су репутацију Клинике. Даље унапређење инфраструктуре и ресурса, напредна дијагностичка опрема и приступ разноврсном спектру терапија и одговарајућег особља, укључујући младе квалификоване лекаре, медицинске сестре и помоћно особље, су од суштинског значаја за свеобухватну негу. Један од веома важних циљева на које су сестре фокусиране је едукација и подршка пацијентима о њиховим стањима и могућностима лечења. Ово су кључни фактори који доприносе сваком успеху код пацијената са лимфомом.

Коришћена литература:

1. Јихе Зху, Благица Арсовска(2018)Онкологија со радиотерапија-ФМН-УГД Штип
2. м-р Едвард К. Халперин, д-р Карлос А. Перез и д-р Лутер В.�еј(2020) Принципи и практика на радиолошка онкологија-Топер
3. Д. Јовановски, Л. Манева-Костовска, Л. Анастасова-Николова, С. Смичкоска, В.Крстевска. Радиотераписка онкологија. Скопје: Универзитет „Св. Кирил и Методиј“; 2002
4. Анета Димитровска. Основи на радиотерапија. Скопје: Универзитет „Св. Кирил и Методиј“; 2000.
5. https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/find-a-clinical-trial/a-trial-of-acalabrutinib-with-r-chop-for-people-with-diffuse-large-b- клетка-лимфом-прифати
6. **REMoDL-A** – https://www.southampton.ac.uk/ctu/trialportfolio/listoftrials/remodla.page
7. **Pola-R-ICE** – https://doi.org/10.1182/blood-2022-165699
8. **P+R-ICE** – https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05221645

9Фотографија од Кампус продукција: https://www.pexels.com/photo/a-elderly-couple-seeing-a-counselor-8430302/

Facebook www.facebook.com/LymphomaAustralia
Twitter www.twitter.com/lymphomaoz
YouTube www.youtube.com/LymphomaAustralia
Instagram www.instagram.com/lymphomaaustralia

УЛОГА ПАТРОНАЖНЕ СЕСТРЕ КАО ФАКТОРА УСПЕШНОГ СПРОВОЂЕЊА ИМУНИЗАЦИЈЕ

Силвана МИРКОСКА, Поликлиника Букуреш-ЈЗУ-Здравствен дом-Скопље
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Abstract

Introduction: Immunization has become an important part of public health and disease prevention, yet remains a controversial topic in our society today. Diseases that were once responsible for significant morbidity and mortality have now been completely eradicated, thanks to the introduction of vaccines. Immunization has contributed to increasing life expectancy and improving the quality of life. Edward Jenner is considered the founder of vaccination in the West in 1796, after he inoculated a 13-year-old boy with the smallpox virus and demonstrated immunity to the same disease. In 1798, the first smallpox vaccine was developed. Over the following centuries and up to the present day, vaccine technology has improved and vaccines have been developed for many diseases. In 1979, the global eradication of smallpox was achieved, thanks to immunization. Health organizations such as the World Health Organization (WHO), UNICEF, the European Center for Disease Prevention and Control and other institutions support and promote immunization as one of the greatest benefits of modern medicine. medicine and pharmacy. The World Health Organization has made lifelong immunization a priority.
Purpose of the paper: The main **purpose** of the paper is to perceive the role of the health worker in the implementation of regular immunization, as well as to determine the number of vaccinated and revaccinated persons in the Bucharest Polyclinic-JZU Zdravstven dom Skopje in the period from 01.01.2018 to 31.12.2022 and on the territory of the Republic of North Macedonia in the period from 01.01. 2018 until 31.12.2022.
Materials and methods: The paper is an epidemiological descriptive research. The data used in the research were obtained from the Polyclinic Bucharest-PJU Zdravstven Dom Skopje and the Center for Public Health of the Republic of North Macedonia, complemented by professional literature and medical publications. Appropriate statistical methods were used to process the collected data (tabular and graphic presentation, percent of structure, average).
Results and discussion: In recent years, there has been a continuous trend of decreasing vaccination coverage in North Macedonia, which is particularly pronounced in urban areas, which is due to several factors. According to the received reports, the low coverage is the result of the refusal of vaccination by the parents under the influence of the anti-vaccine lobby in Macedonia and the campaign they lead. This is especially true for MMR and HPV vaccination, resulting in the lowest coverage for both vaccines.
Conclusion: Immunization represents one of the most significant and profitable achievements of public health today. The doctor has the most important role in the successful implementation of immunization. With his activities, the Doctor contributes to the increased percentage of immunization, which is very important in the protection against infectious diseases and their spread.

Keywords: immunization, morbidity, vaccines, virus.

Апстракт

Увод: Имунизација је постала важан део јавног здравља и превенције болести, али је и даље контроверзна тема у нашем друштву данас. Болести које су некада биле одговорне за значајан морбидитет и морталитет сада су потпуно искорењене захваљујући увођењу вакцина. Имунизација је допринела продужењу животног века и побољшању квалитета живота. Едвард Џенер се сматра оснивачем вакцинације на Западу 1796. године, након што је 13-годишњег дечака инокулисао вирусом малих богиња и показао имунитет на исту болест. Године 1798. развијена је прва вакцина против малих богиња. Током наредних векова, па све до данашњих дана, технологија вакцина се побољшала и развијене су вакцине за многе болести. Године 1979. постигнуто је глобално искорењивање малих богиња захваљујући имунизацији.Здравствене организације попут Светске здравствене организације (СЗО), УНИЦЕФ-а, Европског центра за превенцију и контролу болести и друге институције подржавају и промовишу имунизацију као једну од највећих предности савремене медицине.медицина и фармација.Светска здравствена организација је доживотну имунизацију поставила као приоритет.
Сврха рада: Основна сврха рада је сагледавање улоге здравственог радника у спровођењу редовне имунизације, као и утврђивање броја вакцинисаних и ревакцинисаних лица у Поликлиници Букурешт-ЈЗУ

Здравствени дом Скопље у Србији. периоду од 01.01.2018.године до 31.12.2022.године и на територији Републике Северне Македоније у периоду од 01.01. 2018. до 31.12.2022.
Материјали и методе: Рад је епидемиолошко дескриптивно истраживање. Подаци коришћени у истраживању добијени су од Поликлинике Букурешт-ЈЗУ Здравствени дом Скопље и Центра за јавно здравље Републике Северне Македоније, допуњени стручном литературом и медицинским публикацијама. За обраду прикупљених података коришћене су одговарајуће статистичке методе (таб. и графички приказ, проценат структуре, просек).
Резултати и дискусија: Последњих година у Северној Македонији постоји континуирани тренд смањења обухвата вакцинацијом, што је посебно изражено у урбаним срединама, што је последица више фактора. Према пристиглим извештајима, низак обухват последица је одбијања вакцинације од стране родитеља под утицајем антивакциналног лобија у Македонији и кампање коју воде. Ово посебно важи за ММР и ХПВ вакцинацију, што резултира најнижим обухватом за обе вакцине.
Закључак: Имунизација представља једно од најзначајнијих и најисплативијих достигнућа јавног здравља данашњице, ау успешном спровођењу имунизације најзначајнију улогу има лекар. Доктор својим активностима доприноси повећању процента имунизације, што је веома важно у заштити од заразних болести и њиховог ширења.

Кључне речи: имунизација, морбидитет, вакцине, вирус.

Увод

Имунизација је постала важан део јавног здравља и превенције болести, али је и даље контроверзна тема у нашем друштву данас. Болести које су некада биле одговорне за значајан морбидитет и морталитет сада су потпуно искорењене захваљујући увођењу вакцина. Имунизација је допринела продужењу животног века и побољшању квалитета живота. Едвард Џенер се сматра оснивачем вакцинације на Западу 1796. године, након што је 13-годишњег дечака инокулисао вирусом малих богиња и показао имунитет на исту болест. Године 1798. развијена је прва вакцина против малих богиња. Током наредних векова, па све до данашњих дана, технологија вакцина се побољшала и развијене су вакцине за многе болести. Године 1979. постигнуто је глобално искорењивање малих богиња захваљујући имунизацији.Здравствене организације попут Светске здравствене организације (СЗО), УНИЦЕФ-а, Европског центра за превенцију и контролу болести и друге институције подржавају и промовишу имунизацију као једну од највећих предности савремене медицине.медицина и фармација.Светска здравствена организација је доживотну имунизацију поставила као приоритет. Сврха активне имунизације је да подстакне стварање заштитног имунитета и имунолошке меморије, за разлику од пасивне имунизације која обезбеђује привремену заштиту или ублажавање постојеће болести. Када је активна имунизација успешна, при поновном излагању патогеном агенсу долази до појачаног имунолошког одговора, који омогућава уништавање патогена или спречава настанак болести посредоване његовим производима. Активна имунизација се може постићи природном инфекцијом микроорганизмом или вештачки, давањем вакцине. Имуни систем игра главну улогу у активној имунизацији. Пролиферација Т и Б ћелија које реагују са антигеном доводи до стварања меморијских ћелија.Активна имунизација вакцинама има огромну улогу у смањењу умирања од заразних болести, посебно код деце. Вакцине против више болести и инфекција морају се примити од рођења до 18. године.

Постоји неколико вакцина које новорођенчад и деца морају да приме од тренутка рођења до 18. године. Они су обавезни по закону и родитељи морају да вакцинишу своју децу. Од септембра 2015. године почела је имунизација деце у дечјим диспанзерима петовалентним и хексавалентним вакцинама (Пентаким, Хекаксим). Тако се вакцина против хепатитиса Б даје у три дозе, у року од 24 сата од рођења новорођенчета, са месец дана и са шест месеци. Вакцина против туберкулозе се даје у доби од 12 месеци. То је једна доза. Са два, три и пет месеци старости бебе морају да добију вакцине против инфекција од хемофилуса типа Б, дифтерије, тетануса, великог кашља. Вакцина против полиомијелитиса (ПОЛИО) се даје у три дозе на два, три и пет месеци. Ова вакцина се даје на уста. Са 12 месеци треба да се прими вакцина против малих богиња, рубеоле, инфективних заушки и ова вакцина је у једној дози.

Деца узраста од 18 месеци ревакцинишу се против инфекција Хемофилусом типа Б, дифтерије, тетануса, великог кашља, као и против дечије парализе. Следи ревакцинација деце са четири године, против дифтерије, тетануса, великог кашља, а са шест година – ревакцинација против малих богиња, рубеоле, инфективних заушки. Годину дана касније, односно са седам година, деца се поново ревакцинишу против дечије парализе и против дифтерије и тетануса. Девојчице од 12 година треба да се вакцинишу против хуманог папилома вируса. Три дозе се дају у доби од 12 година иу другом и шестом месецу након прве

дозе. Деца од 14 година поново се ревакцинишу против дечије парализе и против дифтерије, тетануса. А са 18 година последња ревакцинација против тетануса.

Увођењем вакцина и њиховом широком употребом за имунизацију деце, дечје болести су значајно смањене широм света. Поређења ради, годишњи број пријављених случајева рубеоле, дечије парализе, заушки, морбила, дифтерије у Сједињеним Државама 1921. године за дифтерију био је 100.000 годишње, а 2004. године није било ни једног случаја. Године 1941. регистровано је 1.000.000 случајева морбила, а 2004. године само 10 случајева. Године 1968. регистровано је 100.000 случајева заушки, а 2004. године само 100 случајева. Године 1934. забележено је 100.000 случајева пертусиса, а 2004. године 10.000. Године 1952. регистровано је 10.000 случајева дечије парализе, а 2004. године није забележен ниједан случај. Године 1969. било је 100.000 случајева рубеоле, а 2004. само 10 случајева (.(http://www.iibhg.ukim.edu.mk/Obrazovanie/Predavanja/Immuno2010-19.pdfхтгп

Појава нежељених ефеката од вакцина може допринети смањењу вакцинације, и довести до поновног појављивања одређене болести. На пример, због смањене употребе вакцине против хрипавца, 18.975 нових случајева великог кашља догодило се 2004. године.

((http://www.iibhg.ukim.edu.mk/Obrazovanie/Predavanja/Immuno2010-19.pdf). Са развојем бесћелијске вакцине против пертусиса, која нема нежељених ефеката, очекује се повећање процента вакцинисаних. Постизање ефикасног имунитета код деце захтева примену више доза вакцина и ревакцинације у тачно одређеним интервалима. Да би се постигао адекватан имунитет, вакцину треба дати неколико пута након нестанка антитела добијених од мајке код новорођенчета. Антитела која се пасивно добијају од мајке такође утичу на ефикасност вакцине против морбила. У земљама трећег света вакцина против малих богиња се даје са девет месеци, а антитела од мајке и даље су присутна у овом узрасту. Разлог за то је што се 30 до 50% деце у овим земљама сусреће са вирусом морбила пре навршених 15 месеци.Увођењем вакцине против морбила 1962. године годишња учесталост ове болести у Сједињеним Америчким Државама значајно је смањена. . Повремене епидемије морбила осамдесетих година 20. века јављале су се код мале деце и студената који су само једном вакцинисани.

((http://www.iibhg.ukim.edu.mk/Obrazovanie/Predavanja/Immuno2010-19.pdf)
Ефикасност вакцинације није 100%, јер одређени проценат вакцинисаних слабо реагује и није адекватно заштићен. Али то не би био проблем да је већина становништва имуна на одређени инфективни агенс, па је вероватноћа да осетљива популација дође у контакт са зараженом особом била веома мала и да се скоро никада не би заразила. Ово је такозвани имунитет групе.
Епидемија морбила 80-их година двадесетог века у САД међу студентима и децом предшколског узраста била је последица смањеног програма вакцинације, а самим тим и смањења групног имунитета становништва. 88% деце предшколског узраста оболеле од морбила није вакцинисано, а ученици су вакцинисани само једном у детињству.

(http://www.iibhg.ukim.edu.mk/Obrazovanie/Predavanja/Immuno2010-19.pdf)
Уочен је пад стопе вакцинације и пад имунитета стада међу децом у Сједињеним Државама. Извештај из 1995. године наводи да је једна трећина свих новорођенчади у Калифорнији невакцинисана, а око половине деце млађе од две године не прати редован режим вакцинације. Све ово смањује имунитет групе и може довести до озбиљних последица. До средине деведесетих година двадесетог века у многим областима бившег Совјетског Савеза регистрована је велика епидемија дифтерије. У овој епидемији регистровано је више од 157.000 нових случајева дифтерије и 5.000 умрлих, али су програмима масовне имунизације они данас стављени под контролу.Евидентан је и напредак у глобалном искорењивању полиомијелитиса, али велики недостатак је то што су вакцине постоји могућност враћања у првобитни вирулентни облик. Стопа релапса Сабинове вакцине против полиомијелитиса је један случај на 2,4 милиона доза вакцине. Ово сугерише да патогени облици вируса, након што се пренесу на неколико имунизованих особа, такође могу да прођу у резервоаре за воду, посебно на местима са ниским нивоом санитарних стандарда или где вода за употребу треба да се рециклира. Због тога је у таквим земљама потребна само инактивирана вакцина против полиомијелитиса, Салк вакцина. Крајњи циљ искорењивања ове болести је постизање света у коме неће бити случајева дечије парализе и неће бити потребе за вакцином.
(http://www.iibhg.ukim.edu.mk/Obrazovanie/Predavanja/Immuno2010-19.pdf)

Табела 1: Календар вакцинације у Републици Македонији
Table 1: Calendar for vaccination in Republic of Macedonia

Возраст на деца кои подлежат на имунизација	**Болест против која се врши имунизацијата**	**Вакцинација/ Ревакцинација**
до 24 часа од раѓање, 2 и 6 месеци	Хепатит Б (3 дози)	Вакцинирање
до 1 година	Туберкулоза (без тестирање)	Вакцинирање
4,5 и 6 месеци	Дифтерија, тетанус, голема кашлица (3 дози)	Вакцинирање
4,5 1/2 и 7 месеци	Детска парализа (3 дози тритипна орална вакцина)	Вакцинирање
13 месеци	Мали сипаници, заушки и рубеола вакцинирање	Вакцинирање
18 месеци	Дифтерија, тетанус, пертусис (1доза)	I. Ревакцинирање
20 месеци	Детска парализа (1 доза)	I. Ревакцинирање
4 години	Пертусис (1 доза надифтерија, тетанус ,пертусис)	II. Ревакцинирање
7 години (I одд)	Мали сипаници, рубеола и заушки (1доза на ДРП)	I. Ревакцинирање
	Туберкулоза (со тестирање)	I. Ревакцинирање
	Детска парализа (1 доза)	II. Ревакцинирање
	Дифтерија, тетанус (1 доза)	III. Ревакцинирање
14 години (VIII одд.)	Туберкулоза (со тестирање)	II. Ревакцинирање
	Рубеола (само женски деца - 1 доза)	II. Ревакцинирање
	Детска парализа (1 доза)	III. Ревакцинирање
	Дифтерија, тетанус (1 доза)	IV. Ревакцинирање
18 години *	Тетанус (1 доза)	V. Ревакцинирање

Контраиндикације и њихово трајање утврђују се лекарским прегледом и увидом у одговарајућу медицинску документацију.

Опште контраиндикације:
- Акутна болест (имунизација након акутне болести се спроводи седам до десет дана након почетка реконвалесценције);
- Фебрилна стања (повишена телесна температура изнад 38,5 степени Целзијуса, која траје дуже, без других симптома). Имунизација се одлаже за недељу дана, односно до опоравка; и
- Преосетљивост (анафилакса) на компоненте вакцине.

Осим ових контраиндикација, контраиндикације за живе вирусне вакцине су:
- стања примарне имунодефицијенције или стања смањеног имунитета услед малигних болести, ХИВ-а, терапије високим дозама кортикостероида и
- Трудноћа је контраиндикација за давање живих вакцина.

Посебне контраиндикације:

Вакцинација против великог кашља је контраиндикована код деце са еволутивним обољењима ЦНС-а (неконтролисана епилепсија, инфантилни грчеви, енцефалопатија), због чега је потребно стручно мишљење педијатријског неуролога.

Привремене и трајне контраиндикације:

Контраиндикације за имунизацију код одређених особа против одређених заразних болести могу бити привремене или трајне.
Ако се елиминише привремена контраиндикација, обавезна имунизација се врши према календару вакцинације.
Деца са трајним контраиндикацијама за одређену вакцину не примају ту вакцину и скидају се са плана имунизације.
Избијање заразне болести против које се спроводи имунизација није контраиндикација за имунизацију против те болести. У таквим случајевима потребно је пронаћи невакцинисану децу и вакцинисати их. Епидемија заразне болести може бити контраиндикација за имунизацију против других заразних болести
Неоправдане контраиндикације за вакцинацију:
- Реакција на претходну дозу ДиТеПер-а, у виду бола, црвенила или отока у близини примене вакцине, или температуре ниже од 38,5 степени Целзијуса;
- Блага респираторна болест, прехлада или блага дијареја;
- Терапија антибиотицима, малим дозама кортикостероида;
- Подаци о неспецифичној алергији, астми;
- Конвулзије у породичној анамнези;
- Дерматозе и локалне инфекције коже;
- Даунов синдром;
- Хроничне болести срца, плућа, бубрега или јетре;
- Алергија на пеницилин није контраиндикација за вакцинацију, јер ниједна вакцина не садржи овај антибиотик.

Сврха рада је сагледавање улоге медицинске сестре у спровођењу имунизације у општини Скопље, на основу релевантних података и анализа у вези са овом превентивном активношћу.За постизање овог циља коришћени су следећи подаци и анализе: Вакцинација у општини Скопље у периоду од 2018. до 2022. године Приказ планираних лица подвргнутих вакцинацији и вакцинисаних лица у општини Скопље у периоду од 2018. до 2022. године Анализа обухвата вакцинисаних лица у општини Скопље и у Република Македонија, у периоду од 2018. до 2022. реализације постављеног циља, примењена је дескриптивна епидемиолошка метода, подаци су статистички обрађени и приказани табеларно и графички.
Подаци су прикупљени из: Годишњих извештаја о вакцинисаној деци по календару вакцинације достављених Институту за јавно здравље Републике Македоније од службе за вакцинацију ЈЗУ „Здравен дом“ Скопље (период 2018 – 2022).
Извештај службе за превенцију и контролу имунизације ЈЗУ Институт за јавно здравље Републике Македоније - обухват лица подвргнутих вакцинацији.
Вакцинација и ревакцинација у Републици Македонији 2019-2022.
Према годишњим извештајима о спроведеној и спроведеној обавезној имунизацији против заразних болести у 2019. години, које достављају домови здравља и њихове подручне јединице, односно здравствене установе, Институт за јавно здравље је анализирао и обрадио све пристигле податке. Што се тиче примарне вакцинације у целој републици, није регистрован обухват преко 95% ниједном вакцином. За примарну вакцинацију против хепатитиса Б, покривеност ДиТеПер-ом и полиомијелитисом за 2015. годину је испод 95%. Постоји покривеност испод 90% примарном вакцинацијом против Хаемопхилус инфлуензае типа Б и ММР вакцином. Најмањи обухват у 2019. години, као иу претходних пет година, је вакцинација против ХПВ инфекције са обухватом од 42,2%.Од августа 2019. године у Обавезни календар јонизације уведене су поливалентне вакцине (пета и хексавалентна). Пентавалентна вакцина се састоји од пет компоненти за заштиту од: дифтерије, тетануса, великог кашља (ацелуларна компонента), полиомијелитиса (неактивна компонента) и инфекција Хаемопхилус инфлуенза типа Б. Хексавалентна вакцина садржи шест компоненти за заштиту од: дифтерије, тетануса, великог кашља (ацелуларна компонента), полиомијелитиса (неактивна компонента), инфекција против Хемофилуса инфлуенца типа Б и хепатитиса Б. У току 2015. године, лица подвргнута вакцинацији петом и хексавалентном вакцином била су сва деца која су према узрасту и у складу са календаром обавезних вакцинација доспела за вакцинацију, без обзира да ли је започета вакцинација моновалентним вакцинама или не.

Резултати

За постизање овог циља коришћени су следећи подаци и анализе: Вакцинација у општини Скопље у периоду од 2018. до 2022. године Приказ планираних лица која подлежу вакцинацији и вакцинисаних лица у општини Скопље у периоду од 2018. до 2022. године. Анализа обухвата вакцинисаних у општини Скопље и у Републици Македонији, у периоду од 2018. до 2022. године. У реализацији постављеног циља примењена је дескриптивна епидемиолошка метода, подаци су статистички обрађени и табеларно и графички приказани. .

Табела 2- Планиране и реализоване вакцинације у Букурешској поликлиници - ЈЗУ, Дом здравља – Скопље
Table 2- Planning and implementation of vaccinations at the Bucharest Polyclinic - PHI, Dom Zdravlja - Skopje

Вид на вакцина и година	2018	2019	2020	2021	2022	вкупно
Новородени деца-	700	600	570	550	590	2515
Имунизирани деца до 1 год.						
DTP-						
I.	685	600	570	518	520	2893
II.	672	600	507	537	537	2853
III.	645	600	479	487	487	2698
Polyo-						
I-	685	600	570	518	520	2893
II.	672	595	507	537	537	2848
III.	645	587	479	487	487	2685
HiB						
I	685	600	570	518	520	2893
II	672	595	507	537	537	2848
III.	645	585	479	487	487	2685
Hb-						
I.	73	45	24	76	76	294
II.	689	600	587	466	466	2808
III.	641	577	483	464	464	2629
BCG	94	68	57	56	56	331
DT Rotateq-						
I	/	270	441	372	372	1455
II	/	171	374	351	351	1247
III	/	65	371	338	338	1112
Prevenar-	/					
I	/	279	570	550	556	1955
II	/	121	447	404	404	1376
Имунизирани деца од 1-5 год						
DTP RI-	420	509	334	394	400	2057
Polyo RI-	420	509	334	394	400	2057
HiB RI	420	509	334	178	400	1841
Prevenar RI-	/	/	/	/	200	200
MRP-	500	2004	200	429	475	3608

MRP-2004-поради епидемијата на морбили вакцинирани се поголем број деца од планираното.

Дискусија

У букурешској поликлиници регистровано је 2515 новорођенчади Дитепер ДТП-И-2893, ИИ-2853, ИИИ-2698. Дозе, Полио-И-2893, ИИ-2853 и ИИИ-2698 дозе ХиБ-И-2893, ИИ-2848 И ИИИ-2685 дозе Хб-И-294 ИИ-2808 и ИИИ-2629 дозе, БЦГ-331 дозе , ДТ Ротатег-И-1455, ИИ-1247 И ИИИ-1112 дозе, Превенар -И-1955 И ИИ-1376 дозе.
Имунизована деца 1-5 година: ДТП РИ-2057 дозе, Полио РИ-2057 дозе.
ХиБ РИ-И-1841 доза. Превенар РИ-200 дозе МРП-3608 дозе.

Закључак

Изведени закључци из дотичне теме:
Вакцинација (имунопрофилакса) је специфична мера за смањење и превенцију заразних болести, а на најбржи и најјефтинији начин омогућава смањење броја оболелих од заразних болести, који су у прошлости, пре увођења обавезне вакцинације, имали висок морталитет. и морбидитета.
Поликлиника Букурешт-ЈЗУ Здравствени дом, Скопље у Републици Македонији према броју вакцинисаних лица у периоду од 2018. до 2122. године у односу на све вакцине по календару обавезне вакцинације успешно су спроведене.

Патронажна сестра и остало особље које учествује у спровођењу имунизације имају веома значајну улогу и доприносе већем обухвату вакцинисаних, а самим тим и већем проценту заштићених лица од тешких заразних болести, односно бољем здравственом стању у општа популација.Програм обавезне имунизације и његова примена је од пресудног значаја. Циљ овог програма је вакцинисање преко 95% становништва у Републици Македонији и на тај начин заштита деце од заразних болести, обезбеђивање здраве генерације и спречавање епидемија.Република Македонија активно следи препоруке Светске здравствене организације и континуирано спроводи неопходне измене и допуне увођењем вакцина.Распоредом вакцинације (календаром имунизације) према Националном програму имунизације Македоније предвиђене су све наведене вакцине, као и три дозе вакцина против хепатитиса Б и против Хаемопхилус инфлуенза тип Б (ХиБ) и једна доза за рубеолу и богиње.

Коришћена литература

1. Даниловски Д. и сарадници „Општа и специјална епидемиологија”. Институт за епидемиологију и биостатистику са медицинском информатиком Медицински факултет Универзитета „Св. Ћирила и Методија“ – Скопље, (2009).
2. Ивановски, проф. др Љ. „Заразне болести“, Универзитет „Св. Ћирила и Методија“ – Скопље, Медицински факултет (2007).
3. Шуманов Г. и Николовски Б. „Епидемиологија и јавно здравље” Универзитет „Гоце Делчев” – Штип (2009).
4. Савремена дијагностика и терапија у медицини – 2000 – приручник за лекаре. Уредници: Бранислав Никодијевић, Илија Јонов, Милчо Богоев, Исак Тајер, Александар Андреевски, Момир Поленаковић, Јордан Савевски, Скопље, 2000.
5. Инфектологија – Смернице за праксу медицине засноване на доказима
6. Косановић - Ћетковић Д. „Акутне заразне болести“, Медицинска књига Београд – Загреб (1986).
7. Новинар Р. „Вакцински водич“, Скопље (2010).

STAVOVI I ZNANJA STANOVNIKA OPĆINE TRAVNIK O HRONIČNOJ BUBREŽNOJ INSUFICIJENCIJI

ALMA KARAJKO-MELIĆ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina
Emra ZUKIĆ-BEGIĆ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina
Amra KALČO, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina
Sead KARAKAŠ, Zavod za javno zdravstvo SBK/KSB, Bosna i Hercegovina

SAŽETAK

Hronična bubrežna insuficijencija je širom svijeta rasprostranjen javno-zdravstveni problem s sa porastom incidence i prevalence, visokom cijenom liječenja i mnogim komplikacijama kao što su kardiovaskularna oboljenja, dijaliza i prerana smrt. Faktori rizika za nastanak ovog oboljenja najčešće su vezana za genetsku predispoziciju, dob, prisustvo šećerne bolesti, povišenog krvnog pritiska, autoimunih bolesti i nezdravih stilova života. HBI ima različite stadije, od kojih neki mogu trajati godinama. Posljednji stadij je potpuno zatajenje bubrega i prestanak bubrežne funkcije, što zahtjeva dijalizu i transplantaciju bubrega.
Cilj istraživanja je bio utvrditi znanja i stavove stanovnika Općine Travnik vezana za hroničnu bubrežnu insuficijenciju. Naglasak je bio na provjeri znanja o simptomima i prepoznavanju ovog oboljenja, faktorima rizika te statovima vezanim za doniranje organa. Svrha je bila podizanje svijesti o važnosti prevencije hronične bubrežne insuficijencije i važnosti pružanja podrške oboljelim osobama.
Zavod za javno zdravstvo Srednjobosanskog kantona proveo je istraživanje uz pomoć anketnog upitnika koji se sastojao od 10 pitanja vezanih za hronično bubrežno oboljenje. Pitanja su se odnosila na simptome, uzroke, načine prevencije ovog oboljenja te ishod bolesti. Istraživanja je provedeno kao presječna studija u sklopu obilježavanja Svjetskog dana bubrega 2022. godine. Uzorak ispitanika koji su učestvovali u ovom istraživanju je bio 67.
Rezultati istraživanja su pokazali da se više od 50% osoba složilo da u početku razvoja hronične bolesti bubrega oboljela osoba nema nikakve simptome, 97,1% smatra da zdrava ishrana i fizička aktivnost mogu spriječiti nastanak ovog oboljenja. 63,8% ispitanika je reklo da ne mora svaka osoba koja boluje od hronične bubrežne insuficijencije ići na dijalizu i imati transplantaciju. 75,4% bi bilo voljno osobi u potrebi donirati bubreg ili neki drugi organ.
Edukacija stanovništva i podizanje svijesti o hroničnoj bubrežnoj insuficijenciji važni su, ne samo zbog individualne prevencije oboljenja i komplikacija oboljenja, ali i za bolje razumijevanje osoba koje boluju od ove bolesti te pružanje što kvalitetnije socijalne podrške.
Ključne riječi: zdravlje, bubrezi, transplantacija, podrška

SUMMARY

Chronic renal failure is a widespread public health problem worldwide with increasing incidence and prevalence, high cost of treatment, and many complications such as cardiovascular disease, dialysis, and premature death. Risk factors for the occurrence of this disease are most often related to genetic predisposition, age, the presence of diabetes, high blood pressure, autoimmune diseases and unhealthy lifestyles. Chronic renal failure has different stages, some of which can last for years. The last stage is complete kidney failure and cessation of kidney function, which requires dialysis and a kidney transplant.
The aim of the research was to determine the knowledge and attitudes of the residents of the Municipality of Travnik related to chronic renal insufficiency. The emphasis was on checking knowledge about the symptoms and recognition of this disease, risk factors and statistics related to organ donation. The purpose was to raise awareness of the importance of preventing chronic renal failure and the importance of providing support to affected people.
The Institute for Public Health of the Central Bosnian Canton conducted research with the help of a survey questionnaire that consisted of 10 questions related to chronic kidney disease. The questions related to the symptoms, causes, ways of preventing this disease and the outcome of the disease. The research was conducted as a cross-sectional study as part of World Kidney Day 2022. The sample of respondents who participated in this research was 67.
The research results showed that more than 50% of people agreed that at the beginning of the development of chronic kidney disease, the affected person does not have any symptoms, 97.1% believe that a healthy diet and physical activity can prevent the onset of this disease. 63.8% of respondents said that not every person suffering from

Alma Karajko-Melić

alma.karajko96@gmail.com

0038761975487

chronic kindey failure needs to go on dialysis and have a transplant. 75.4% would be willing to donate a kidney or some other organ to a person in need.
Educating the population and raising awareness about chronic renal insufficiency are important, not only for the individual prevention of the disease and its complications, but also for a better understanding of people suffering from this disease and the provision of the highest quality social support.
Key words: health, kidneys, transplantation, support

UVOD

Hronična bubrežna insuficijencija se može okarakterisati kao sporo napredovanje pogoršanja bubrežne funkcije tokom mjeseci i godina i smanjenje bubrežne mase (ultrazvučno nalaz smanjenih bubrega). Ovo oboljenje je često bez tegoba i prepoznato je tek u uznapredovalim stadijima, insuficijencija dolazi bez prethodnih simptoma, bez poznate ranije bubrežne bolesti i bez liječenja koje je moglo utjecati na tok bolesti (1). U trećem stadiju bolesti može doći do pojave slabosti, malaksalosti, nikturije i zadržavanja azotnih spojeva u krvi. Simptomatska anemija najčešće se razvija u četvrtom stadiju, zajedno s poremećajima elektrolita, metabolizma kalcija i fosfora te acidobazne ravnoteže (2). U petom stadiju dolazi do napredovanja endokrinih i metaboličkih poremećaja, narušavanja ravnoteže vode, pogoršanja hipertenzije, produbljivanja poremećaja elektrolita i acidobazne ravnoteže (3). U najčešće uzroke ovog oboljenja ubrajaju šećerna bolest i arterijska hipertenzija, a slijede ih hronični pijelonefritis, policistična bolest bubrega, intersticijski nefritis, te ostali nepoznati uzroci (4).

METODOLOGIJA I CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je bio utvrditi znanja i stavove stanovnika Općine Travnik vezana za hroničnu bubrežnu insuficijenciju. Naglasak je bio na provjeri znanja o simptomima i prepoznavanju ovog oboljenja, faktorima rizika te statovima vezanim za doniranje organa. Svrha je bila podizanje svijesti o važnosti prevencije hronične bubrežne insuficijencije i važnosti pružanja podrške oboljelim osobama. Zavod za javno zdravstvo Srednjobosanskog kantona proveo je istraživanje uz pomoć anketnog upitnika koji se sastojao od 10 pitanja vezanih za hronično bubrežno oboljenje. Pitanja su se odnosila na simptome, uzroke, načine prevencije ovog oboljenja te ishod bolesti. Istraživanja je provedeno kao presječna studija u sklopu obilježavanja Svjetskog dana bubrega 2022. godine.

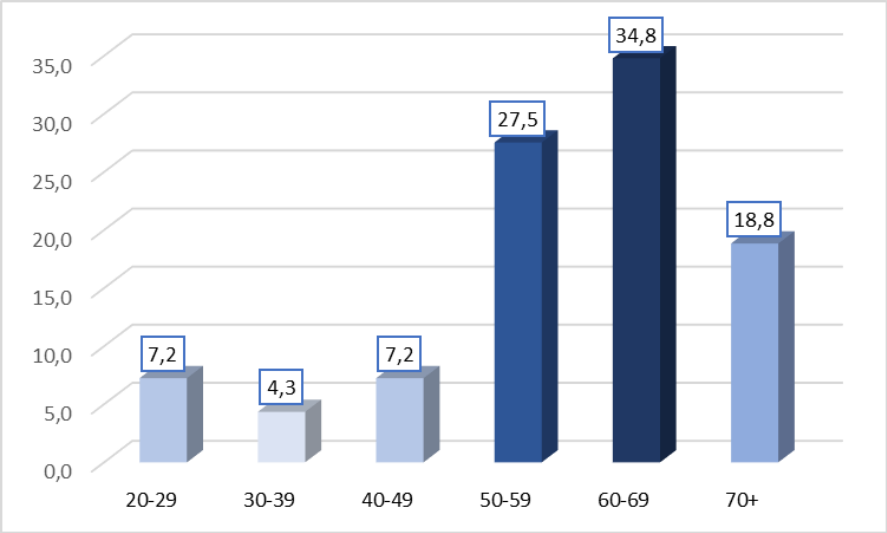
REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Uzorak ispitanika koji su učestvovali u ovom istraživanju je bio 67. Ispitanici su najčešće bili u dobi od 60 do 69 godine, sa učešćem od 34,8%. Najniže učešće ispitanika je bilo u dobnoj skupini od 30 do 39 godina.

Alma Karajko-Melić

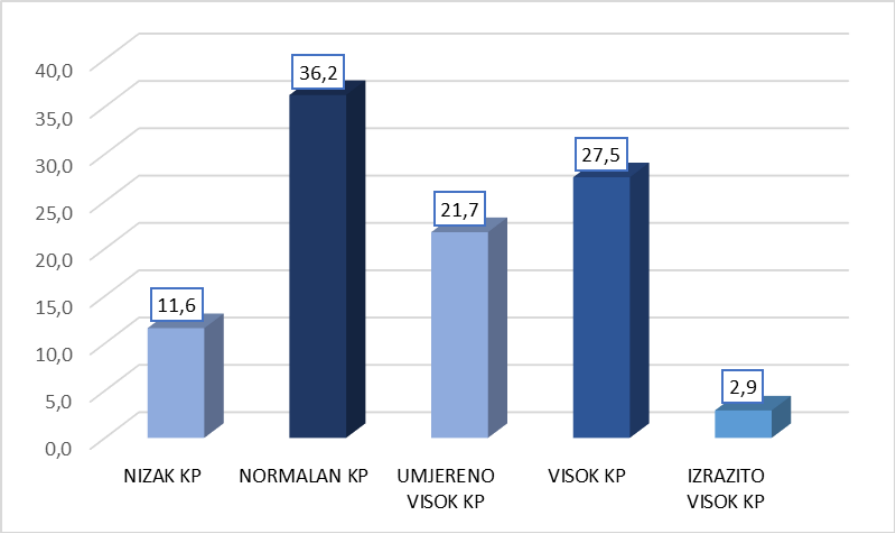
alma.karajko96@gmail.com

0038761975487



Grafikon br.1: *Dobne skupine ispitanika*

U odnosu na spol, popunjavanju anketnog upitnika pristupilo je 52,2% žena i 47,8% muškaraca. Kako stanovništvo u sklopu obilježavanja Svjetskog dana bubrega ima priliku za besplatno mjerenje krvnog pritiska i šećera u krvi, statistika je pokazala da u većini slučajeva (36,2%) ispitanici imaju normalan krvni pritisak. Visok i izrazito visok krvni pritisak imalo je 27,5% i 2,9% ispitanika.



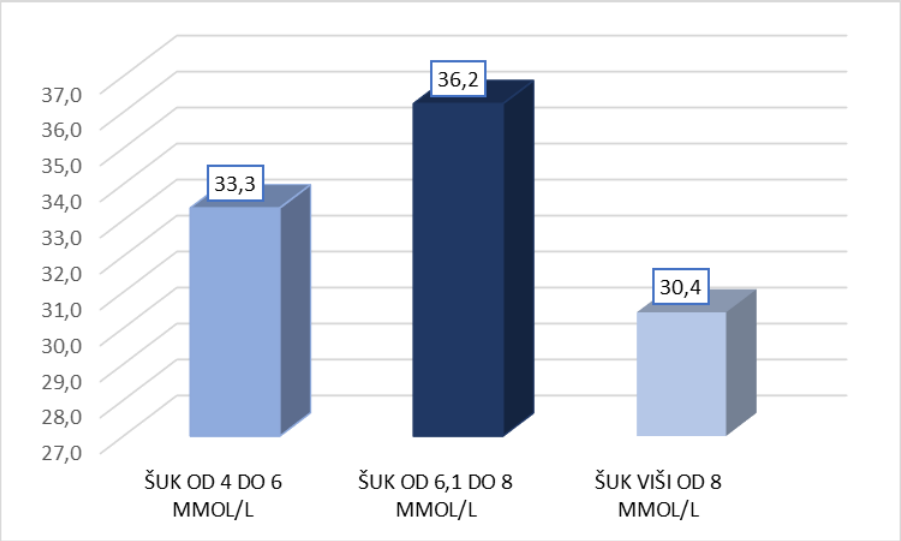
Grafikon br.2: *Vrijednosti krvnog pritiska kod ispitanika*

Šećer u krvi od 4 do 6 mmol/l imalo je 33,3% ispitanika, 36,2% ispitanika je imalo šećer u krvi u rasponu od 6,1 do 8 mmol/l, dok je 30,4% ispitanika imalo šećer u krvi viši od 8 mmol/l.

Alma Karajko-Melić

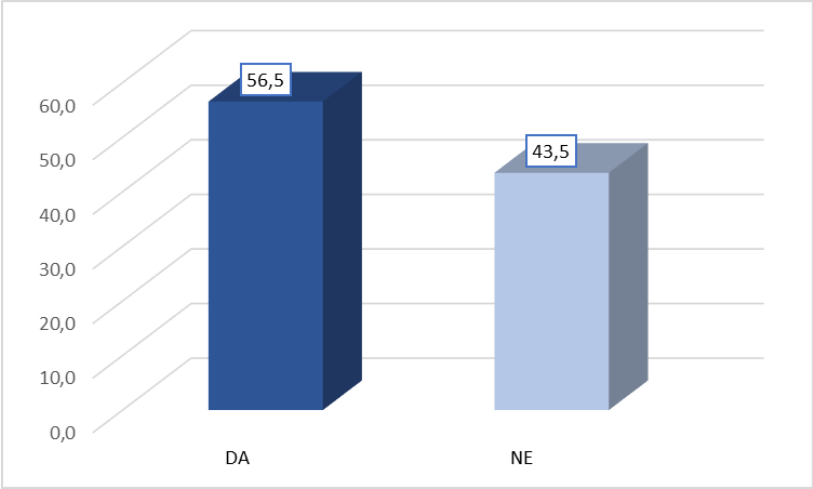
alma.karajko96@gmail.com

0038761975487



Grafikon br.3: *Vrijednosti šećera u krvi kod ispitanika*

91,3% ispitanika se slaže da se hronična bolest bubrega odnosi na dugotrqajno i postepeno slabljenje funkcije bubrega. Pojava krvi u urinu, učestalo mokrenje, gubitak apetita i otečenost lica i stopala su simptomi bolesti bubrega – sa ovom tvrdnjom se složilo 85,5% ljudi, dok njih 14,5% smatra da navedeno ipak ne upuće na bubrežmo oboljenje. Sa tvrdnjom da u početku razvoja hronične bolesti bubrega oboljela osoba nema nikave simptome slaže se 56,5% ispitanika. Razlog pojave simptoma umora i malaksalosti je nakupljanje toksičnih tvari u krvi koje bubrezi nisu u stanju da prerade, slaže se 68,1% ispitanika.



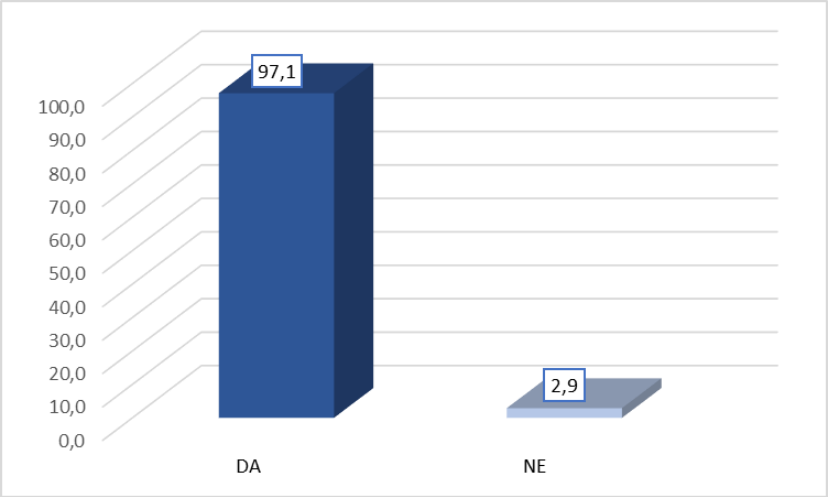
Grafikon br.4: *Odgovor ispitanika na tvrdnju "U početku razvoja hronične bolesti bubrega oboljela osoba nema nikave simptome"*

91,3% ispitanika smatra da pretjerana konzumacija soli može dovesti do bubrežnih bolesti, te većina njih (97,1%) tvrdi da zdrava ishrana i fizička aktivnost mogu spriječiti nastanak bubrežnih bolesti. Također, 81,2% ispitanika smatra da osobe starije životne dobi imaju veći rizik od obolijevanja od bubrežnih bolesti.

Alma Karajko-Melić

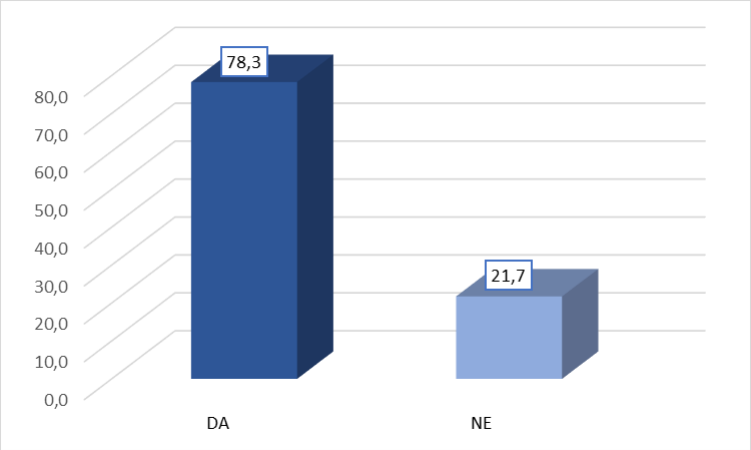
alma.karajko96@gmail.com

0038761975487



Grafikon br.5: *Odgovor ispitanika na pitanje "Da li zdrava ishrana i fizička aktivnost mogu spriječiti nastanak bubrežnih bolesti?"*

78,3% ispitanika smatra da konzumiranje cigareta predstavlja jedan od faktora rizika za nastanak bubrežnih bolesti.



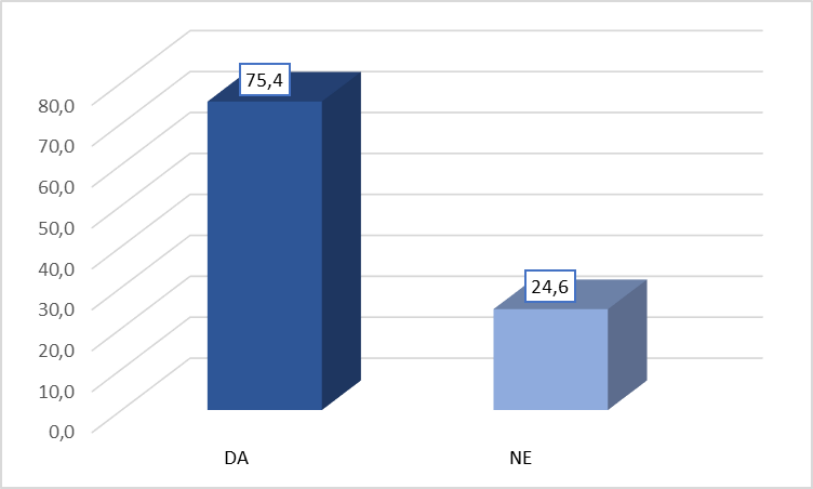
Grafikon br.6: *Odgovor ispitanika na pitanje "Da li smatrate da pušenje predstavlja faktor rizika za nastanak bubrežnih bolesti?"*

Zbog progresivnog pogoršanja bubrežne funkcije, koja u konačnici vodi ka zatajenju bubrega, svaka osoba nakon nekog vremena mora biti podvrgnuta procesu dijalize ili, u krajnjem slučaju transplantaciji bubrega. Sa ovom činjenicom se složilo 36,5% ispitanika, dok većina ispitanika (63,8%) smatra da to nije uvijek slučaj.

Alma Karajko-Melić

alma.karajko96@gmail.com

0038761975487



Grafikon br.7: *Odgovor ispitanika na pitanje "Da li biste bili voljni osobi u potrebi donirati bubreg ili neki drugi organ koji je moguće transplantirati?"*

Na pitanje da li bi bili voljni osobi kojoj je to potrebno donirati bubreg ili neki drugi organ 75,4% ispitanika je dalo potvrdan odgovor.

ZAKLJUČAK

Hronična bubrežna bolest javlja se kada određena druga bolest ili stanje oštete funkciju bubrega, uzrokujući progresivno pogoršanje oštećenja bubrega tokom nekoliko mjeseci ili godina. Bolesti i stanja koja mogu uzrokovati hroničnu bolest bubrega najčešće su šećerna bolest i arterijska hipertenzija, koje ujedno predstavljaju i faktore rizika za nastanak ovog oboljenja - pored starije životne dobi i nezdravih stilova života. Postoji pet stadija hronične bubrežne bolesti i one se temelje na tome koliko su bubrezi sposobni filtrirati otpad iz krvi. Pretrage krvi i urina određuju o kojoj fazi hronične bubrežne bolesti se radi. Cilj ovog istraživanja je bio istaknuti važnost prevencije ovog oboljenja, usvajanjem zdravih stilova života i odbacivanjem nezdravih navika. Svrha je bila podizanje svijesti o važnosti prevencije hronične bubrežne insuficijencije i važnosti pružanja podrške oboljelim osobama. 91,3% ispitanika smatra da pretjerana konzumacija soli može dovesti do bubrežnih bolesti, te većina njih (97,1%) tvrdi da zdrava ishrana i fizička aktivnost mogu spriječiti nastanak bubrežnih bolesti. Također, 81,2% ispitanika smatra da osobe starije životne dobi imaju veći rizik od obolijevanja od bubrežnih bolesti. Konzumiranje cigareta 78,3% ispitanika smatra faktorom rizika za nastanak bubrežnih bolesti.36,5 % ispitanika smatra da zbog progresivnog pogoršanja bubrežne funkcije, koja u konačnici vodi ka zatajenju bubrega, svaka osoba nakon nekog vremena mora biti podvrgnuta procesu dijalize ili, u krajnjem slučaju transplantaciji bubrega. Na pitanje da li bi bili voljni osobi kojoj je to potrebno donirati bubreg ili neki drugi organ 75,4% ispitanika je dalo potvrdan odgovor. Edukacija stanovništva i podizanje svijesti o hroničnoj bubrežnoj insuficijenciji važni su, ne samo zbog individualne prevencije oboljenja i komplikacija oboljenja, ali i za bolje razumijevanje osoba koje boluju od ove bolesti te pružanje što kvalitetnije socijalne podrške.

LITERATURA

1. Devčić B, 2014, „Bubrežna bolest i nadomještanje bubrežne funkcije odraslih“, Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
2. Kidney Disease, Improving Global Outcomes (KDIGO), 2012, „Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease“, Kidney int Suppl. 2013; 3:1-150.
3. Galešić K, Sabljar-Matovinović M, 2008, „Kronična insuficijencija bubrega“, U: Vrhovac B, Jakšić B, Reiner Ž, Vucelić B, ur. Interna medicina. Zagreb: Naklada Ljevak, str: 1087-1091.
4. Haralović V, 2020, „Modaliteti liječenja terminalnog stadija bubrežne bolesti. Diplomski rad. Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet.

Alma Karajko-Melić

alma.karajko96@gmail.com

0038761975487

SAČUVAJMO SVOJE MENTALNO ZDRAVLJE

Jelena HADŽIĆ MS, Opšta bolnica Ćuprija
Snežana VASIĆ VMS, Opšta bolnica Ćuprija

Uvod:
Mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalnog poremećaja. Ono je definisano kao stanje blagostanja u kojem svaka osoba ostvaruje svoj potencijal, nosi se sa svakodnevnim stresom života, da može produktivno raditi i u mogućnosti je da doprinosi svojoj zajednici. Suština mentalnog zdravlja je jasna u definiciji mentalnog zdravlja SZO: "Zdravlje predstavlja kompletno fizičko, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsutvo bolesti i nemoć". Mentalno zdravlje predstvlja integralni dio ove definicije.U svrhu javnog zdravlja i promocije zdravlja korisno je primeniti polje mentalnog zdravlja kao što je npr. prevencija infekcija ili kardio-vaskularnih bolesti.

Cilj rada:
Pojasniti pojam zdravlja uz posebnu naznaku da nema zdravlja bez mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje predstavlja više od nepostojanja mentalnih poremećaja, određeno je od strane socio-ekonomskih uticaja i uticaja okoline, a činjenica je da je povezano sa ponašanjem. Mentalni, socijalni i zdravstveni problemi mogu uticati na ponašanje i blagostanje. Zloupotreba supstanci, nasilje, kao i zloupotreba žena i dece u jednu ruku te zdravstveni problemi kao što su HIV/AIDS , depresija, anksioznost u drugu ruku su jako izraženi i mnogo je teže nositi se s njima u uslovima koji uključuju visoku stopu nezaposlenosti,mala primanja, limitiranu edukaciju, stres na poslu, rodnu i spolnu diskriminaciju, socijalnu isključenost, nezdrave životne stilove i narušavanje ljudskih prava. Značaj promocije mentalnog zdravlja; U većini zemalja, naročito s niskim i srednjim dohotkom, usluge za mentalno zdravlje su u nedostatku resursa, kako ljudskih tako i finansijskih. Od raspoloživih sredstava zdravstvene zaštite, većina se trenutno troši na specijaliziovano lečenje i negu osoba s mentalnim bolestima, a u manjoj količini na integrirani sistem mentalnog zdravlja. Umesto pružanja nege u velikim psihijatrijskim bolnicama, države bi trebale integrisati mentalno zdravlje u sklopu primarne zdravstvene zaštite i razviti usluge u opštim bolnicama Promocija mentalnog zdravlja je moguća sa čak manjim proporcijama finansija, krovni pojam koji obuhvata različite strategije s ciljem pozitivnog uticaja na blagostanje mentalnog zdravlja u celini. Razvoj pojedinačnih veština i resursa, kao i poboljšanje u društveno-ekonomskom okruženju su deo strategija koje se koriste.

Zaključak:
Nacionalne politike o mentalnom zdravlju ne bi trebale sadržati samo mentalne poremećaje, bitno je da se prepoznaju mnogo šira pitanja koja su bitna za promociju mentalnog zdravlja. Znači, ove politike bi trebale uključiti socio-ekonomske i faktore okoline,, koji su naznačeni, , kao i značaj ponašanja.Ovo zahteva uključivanje promocije mentalnog zdravlja u politike i programe koji su povezani sa vladom i poslovnim sektorom, uključujući edukaciju, rad, pravdu, transport, okolinu,stan i dobro, kao i zdravstveni sektor. Posebno je bitno da donosioci odluka u parlamentu na lokalnom i nacionalnom nivou, obuhvate pitanja mentalnog zdravlja na način koji do sada nije bio prisutan.

Ključne reči: Mentalno zdravlje, psihijatrijske bolnice, ljudska prava, promocija, nacionalna politika

e-mail: snezanavasic961@gmail.com

PHYSIOTHERAPY EFFECTS AND EXPERIMENTAL ACUPUNCTURE

Blagica PANOVA, PZU-Physio-medicA-Kočani, blagicapanova @yahoo.com
Gordana PANOVA, Faculty of Medical Sciences - University "Gotse Delcev" - Stip
Nikolaj DIMITAR DIMITROV, Medicinski fakultet-Trakijski Univerzitet-Stara Zagora,R.Bugarija
Dimitrinka ATANASOVA, Medicinski fakultet-Trakijski Univerzitet-Stara Zagora,R.Bugarija

Апстракт
У 20. веку, акупунктура, која се хиљадама година користи у Кини и другим земљама Далеког истока, има широку примену у савременој медицини као метод лечења или општег стања код хроничних болести, као и као додатна физикална терапија као подршка главним терапијским методама. Код нас је ова терапијска метода уведена у другој половини прошлог века. Кинеска медицина, а посебно акупунктура, наставља да добија на популарности у Европи, Сједињеним Државама и широм света. последњих година, што је један од разлога наше борбе да разјаснимо морфолошке основе ове древне методе лечења. Физикална терапија је третман физичким средствима која укључују топлоту, светлост, струју, воду, кретање, ултразвук, магнетизам итд.

Кључне речи: акупунктура, физикална терапија, болест.

Увод

Акупунктура је део кинеске традиционалне медицине која се вековима развијала на основу кинеске филозофске традиције.

Акупунктура се помиње у старој Кини још 2800. године пре нове ере. -Huang Ti,Жути цар (2698-2596), био је први аутор Hei Dzinga, најстаријег медицинског дела на свету, које је преписано 475. године. . пре нове ере, достигла наше дане. У овој књизи помиње се девет врста игала, као и индикације и контраиндикације за примену акупунктуре. Акупунктура је у Европу стигла крајем 16. и почетком 17. века након посете језуитских мисионара Кини, а занимљиво је да је прва докторска дисертација из области акупунктуре одбрањена 1682. године у Лондону. У поликлиници Helth Medic
.По кинеској филозофској мисли, свет је подложан сталним променама и трансформацијама, свака појава има два лица, свако има два пола која су у сталном динамичком односу, овај универзални принцип је изражен кроз теорију Јин. и Јанг. Према традиционалној кинеској медицини, човек је направљен од материје и енергије Chi(цхи). Чи је универзална енергија живота која прожима све ћелије и ткива у телу и активира све животне активности.

Нарушена хармонија у односу Јин и Јанг, односно поремећаји виталне енергије Chi доводе до појаве различитих симптома, тј. болести. Стога је главни задатак акупунктуре и других области традиционалне кинеске медицине (туина, ћи гонг, фитотерапија, усисавање чаше, моксибусција) да се успостави поремећена равнотежа и исправи енергетски дисбаланс, чиме се постиже жељени терапеутски ефекат.
Јанг: дан, сунце, изнад, споља, светао, активан, топао, мушки и Јин: ноћ, месец, испод, унутра, тамно, пасивно, хладно, женско.

У 20. веку, акупунктура, која се хиљадама година користи у Кини и другим земљама Далеког истока, има широку примену у савременој медицини као метод лечења или општег стања код хроничних болести, као и као додатна физикална терапија као подршка главним терапијским методама. Код нас је ова терапијска метода уведена у другој половини прошлог века. Кинеска медицина, а посебно акупунктура, наставља да добија на популарности у Европи, Сједињеним Државама и широм света. последњих година, што је један од разлога наше борбе да разјаснимо морфолошке основе ове древне методе лечења. Физикална терапија је третман физичким средствима која укључују топлоту, светлост, струју, воду, кретање, ултразвук, магнетизам итд.

Циљ ове терапије је уклањање токсичних материја из ткива, бољи и лакши транспорт хранљивих материја између ћелија и ћелијских мембрана, смањење запаљенских процеса, смањење болова, повећање заштитне моћи и опште тонирање организма.
90% свих третмана кинеске и физикалне медицине обавља се преко коже. Први медиј контакта је кожа. Кожа је најизложенији орган свим спољним утицајима и спољним факторима. Промене у пигментацији коже су уобичајени ефекат старења. Младежи, пеге и летигине су равне смеђе мрље пречника око 5 мм.

Они су фактор ризика за меланом, али није пријављено да ниједна од ових промена на кожи није физички повезана
трауме или механичке стимулације. У традиционалној кинеској медицини (ТКМ), ове тамне мрље на лицу или глави су повезане са стагнацијом крви, што је заузврат узроковано недостатком Ki-ја, што је резултат процеса старења. ТКМ аспарт, је третман који укључује убацивање игала у одређене тачке на површини тела, које се називају акупунктурне тачке, продирањем у епидермис, дермис, поткожни слој или мишиће. Озбиљни нежељени ефекти третмана акупунктуром су ретки. Мање озбиљне нуспојаве, укључујући вртоглавицу, бол, умор и модрице, су ретке. Сврха студије је да се виде објављени чланци и резултати о могућим морфолошким променама од физиотерапије и акупунктурног третмана, да се утврди које су промене најчешће и који третмани се јављају чешће. У свим третманима кинеске и класичне медицине могуће су морфолошке промене коже, а лезије које се појављују нису трајне и само мали проценат остају дуже. Третман је генерално безбедан за употребу код морфолошких промена коже. Ако се акупунктурна стимулација изводи у већој дози, то резултира већим променама на кожи на молекуларном нивоу, са врло малом могућношћу структурних промена. Поремећена равнотежа и исправљање енергетског дисбаланса, чиме се постиже жељени терапеутски ефекат.

Јанг: дан, сунце, горе, напољу, светао, активан, топао, мушки
Јин: ноћ, месец, доле, унутра, тамно, пасивно, хладно, женско
На међурегионалном семинару у децембру 1979. у Пекингу, Светска здравствена организација (СЗО) објавила је индикативну листу засновану на клиничком искуству индикација за болести повезане са акупунктуром.
Из групе неуролошких и мускулоскелетних болести наводе се:
• Главобоље
• мигрена,
• Тригеминална неуралгија,
• Периферна парализа / пареза н. фациалис,
• Парализа/пареза након цереброваскуларног можданог удара,
• периферне неуропатије,
• Последице полиомијелитиса (рана стања до 6 месеци),
• Менијерова болест,
• Неурогени поремећаји мокрења,
енуреза,
• Интеркостална неуралгија,
• Цервикобрахијални синдром,
• Синдром замрзнутог рамена
• Синдром "тениског лакта".
• ишијас,
• Лумбаго - лумбални бол,
• Остеоартритис.
Контраиндикације:
• стања екстремне слабости – енергија,
• акутно пијанство,
• акутна психоза,
• Екстремно узбуђење,
• Непосредно након радиоактивног зрачења,
• Након високих доза кортикостероида и психофармака,
• Пацијенти са уграђеним пејсмејкером (за електроакупунктуру)
• Акупунктуру треба избегавати током трудноће, током менструације и непосредно после великих оброка.
Систематски преглед литературе која нам је на располагању показује да је истраживање усмерено на увид у објављене чланке и резултате на могуће морфолошке промене од третмана физиотерапијом и акупунктуром, како би се утврдило које су промене најчешће, а који третмани чешће. Током свих третмана кинеском и класичном медицином могуће су морфолошке промене на кожи, при чему настајуће лезије нису трајне и само мали проценат остају дуже. Третман је генерално сигуран за употребу у смислу морфолошких промена на кожи. Ако се акупунктурна стимулација изводи већом дозом, то доводи до већих промена на кожи на молекуларном нивоу, уз веома малу могућност структурних промена.
Озбиљни нежељени ефекти третмана акупунктуром су ретки. Мање озбиљне нуспојаве, укључујући вртоглавицу, бол, умор и модрице, су ретке. [1]

Физиотерапијска терапија обухвата различите третмане, укључујући електричну стимулацију, мануелну терапију, кинезиографију, ласерску терапију и слично. Ручна терапија може показати благе до умерене нежељене ефекте након практиковања неких техника, али оне обично нестају у року од 24 сата и ови ефекти су или бол у врату/леђа због главобоље. Ниједан није показао морфолошке промене на кожи. [6] Акупунктура, као део ТКМ, је третман који укључује убацивање игала у одређене тачке на површини тела, које се називају акупунктурне тачке, продирањем у епидермис, дермис, поткожни слој или мишиће. Терапеутски ефекти третмана акупунктуром индуковани су убацивањем игле или манипулацијом, па се сугерише да интензитет акупунктурне стимулације може побољшати њену терапеутску ефикасност. [2] Акупунктура, као део ТЦМ, је третман који подразумева убацивање игала у одређене тачке на површини тела, које се називају акупунктурне тачке, продирањем у епидермис, дермис, поткожни слој или мишиће. Терапеутски ефекти акупунктурног третмана индуковани су постављањем игле или манипулацијом, па се сугерише да интензитет акупунктурне стимулације може побољшати њену терапеутску ефикасност. [2]
Пигментација коже након електроакупунктуре или акупунктуре код пацијената није уобичајена. Објављена је студија која је пријавила серију случајева, укључујући четири случаја краткорочне и дуготрајне пигментације коже са тамним мрљама након поновљене јаке електро-акупунктурне или акупунктурне стимулације. У сва четири случаја пигментација је настала након дужег лечења. Промене на кожи су постепено избледеле и остале су готово неприметне после месец дана, а у два случаја пигментација је за две године смањила величину и интензитет боје за више од 50%. Аутори тврде да је пигментација коже вероватно специфична последица иглања и да је уско повезана са дозом акупунктуре, било да се стимулација врши ручно или електроакупунктуром. [11]

Друга студија је показала случај где је поновљено причвршћивање тачке Јин Тан изведено током периода од 6 година и установљено је да изазива промене у текстури и пигментацији коже. Други случајеви су пријавили промене у пигментацији, али су били краћи и повезани са јаком стимулацијом игле. Као могући узрок, аутор наводи да то може бити због пацијентовог повременог крварења на акупунктурној тачки Јин Танг током 6 година, што је можда изазвало адхезије које су блокирале несметан ток крви и Ки у акутној тачки. С обзиром на чињеницу да је пацијенткиња већ имала стање стагнације Ки и крви, могла је бити склона стагнацији Ки-ја и крви у било ком делу тела. [1]

У једном случају, пигментацију је изазвала сребрна игла имплантирана 10 година, која је развила промену пигментације која је имитирала плави мадеж. [1]

У истраживању џиновских мравоједа, утврђено је да су нерви и везивно ткиво главне хистолошке структуре пронађене у регионима транспозиције акутона, као што су сугерисале друге студије, тврдећи да је главна хистолошка компонента акутона нерв. На основу резултата, неуроваскуларни снопови вероватно функционишу као морфолошки супстрат и неки облик преноса информација до и од акупунктурних тачака. [12] Слично другој студији на људима, откривено је да током висцералних поремећаја постоје неурогене тачке које се активирају активацијом соматских аферената и налазе се на истим анатомским локацијама као и традиционалне акупунктурне тачке. Показало се да показују механичку преосетљивост. откривају високу електричну проводљивост и у складу су са физиолошким карактеристикама акупунктурних тачака. [13]

У студији која упоређује ефекте површински модификоване нанопорозне акупунктурне игле са конвенционалном иглом, откривено је да нанопорозна игла изазива већи механички стрес од конвенционалне; такође, нанопорозни третман иглама је резултирао већим морфолошким променама у дебљини мишићног слоја око трага игле у поређењу са конвенционалним третманом иглама; а у тачки СТ36 доводи до дужег трајања аналгетичког ефекта и дуготрајне ефикасности лечења у поређењу са конвенционалном акупунктуром. Морфолошки, конвенционална техника ротације акупунктурне игле индукује савијање колагена у поткожном везивном ткиву без структурних промена у мишићним слојевима. Акупунктура изведена нанопорозном иглом доводи до савијања и поткожног везивног ткива и мишића, тако да су морфолошке промене релативно минималне. [2]

У студији случаја која је укључивала 68-годишњу жену која пати од болова у доњем делу леђа и ишијаса, симптоми су се побољшали након третмана акупунктуром. Налази показују да постоји формирање масе као што је хронични инфламаторни гранулом због третмана акупунктуром. [14]

У другом извештају, нежељени догађаји на кожи повезани са акупунктуром били су поткожни хематом, модрице на кожи, крварење и бол на месту игле. Најчешћи нежељени ефекти су поткожни хематом и

крварење из игле. Међутим, коначни закључак је да је акупунктура безбедан третман са малим ризиком од нежељених догађаја у клиничкој пракси. [15]

Много је случајева који доказују и показују чињеницу да акупунктура и други третмани кинеске медицине помажу у лечењу и побољшању стања коже. Експериментална студија о лезијама псоријазе показала је да акупунктура, електроакупунктура и ватрена акупунктура побољшавају лезије коже, инхибирају пролиферацију кератиноцита, смањују дебљину епидерма и инфилтрацију ЦД3 + Т ћелија. Ове технике акупунктуре такође смањују лучење инфламаторних цитокина. [16]
98% резултата пронађених за студију показује да акупунктура заправо помаже код морфолошких промена коже и да је врло ретко узрок. Генерално, пријављени нежељени ефекти коже су од мањег значаја.

Закључак

У свим третманима кинеске и класичне медицине могуће су морфолошке промене коже, а лезије које се појављују нису трајне и само мали проценат остају дуже. Третман је генерално безбедан за употребу код морфолошких промена коже. Ако се акупунктурна стимулација изводи у већој дози, то резултира већим променама на кожи на молекуларном нивоу, са врло малом могућношћу структурних промена. Нежељене реакције на кожи повезане са акупунктурним догађајима су поткожни хематом, модрице на кожи, крварење и бол на месту игле. Најчешћи нежељени ефекти су поткожни хематом и крварење из игле. Међутим, коначни закључак је да је акупунктура безбедан третман са малим ризиком од нежељених догађаја у клиничкој пракси. [15]
Много је случајева који доказују и показују чињеницу да акупунктура и други третмани кинеске медицине помажу у лечењу и побољшању стања коже. Експериментална студија о лезијама псоријазе показала је да акупунктура, електроакупунктура и ватрена акупунктура побољшавају лезије коже, инхибирају пролиферацију кератиноцита, смањују дебљину епидерма и инфилтрацију ЦД3 + Т ћелија. Ове технике акупунктуре такође смањују лучење инфламаторних цитокина. [16] У једном случају, пигментацију је изазвала сребрна игла имплантирана 10 година, која је развила промену пигментације која опонаша плави младеж. [1]

Коришћена литература

1. Albanesi, C., Scarponi, C., Giustizieri, M. L., Girolomoni, G. (2005). Keratinocytes in inflammatory skin diseases. Currative Drug Targets Inflammatory Allergy, 4, pp. 329-334.
2. Babic-Naglic, Dz. (2018) Fizikalna i rehabilitacijska medicina. Medicinska naklada. Zagreb.
3. Baroni, A., Buommino, E., De Gregorio, V., Ruocco, E., Ruocco, V. & Wolf, R. (2017). Structure and function of the epidermis related to barrier properties. Clinical Dermatology, 30, pp. 257-262.
4. Bauer, J., Bahmer, F. A., Worl, J., Neuhuber, W., Schuler, G. & Fartasch, M. (2017). A strikingly constant ratio exists between Langerhans cells and other epidermal cells in human skin. A stereologic study using the optical disector method and the confocal laser scanning microscope. Journal of Investigational Dermatology, 116, pp. 313-318.
5. Boer, M., Duchnik, E., Maleszka, R. & Marchlewicz, M. (2016). Structural and biophysical characteristics of human skin in maintaining proper epidermal barrier function. Postepy Dermatology and Alergology., 33, pp. 1-5.
6. Boer, M., Duchnik, E., Maleszka, R. & Marchlewicz, M. (2016). Structural and biophysical characteristics of human skin in maintaining proper epidermal barrier function. Postepy Dermatology and Alergology., 33, pp. 1-5.
7. Boulant, J. A. (2016). Role of the preoptic-anterior hypothalamus in thermoregulation and fever. Clinical Infect Disorder, 31 Supplement 5:S157-161.
8. Brinar, V. (2019). Neurologija za medicinare. Zagreb: Medicinska naklada.
9. Babić-Naglić, Đ. i sur. (2019). Fizikalna i rehabilitacijska medicina. Zagreb: Medicinska naklada.
10. Bašić Kes, V. i sur. (2015). Neuroimunologija. Zagreb: Medicinska naklada.
11. Bašić-Kes, V., Zavoreo, I., Bosnar-Puretić, M., Ivanković, M., Bitunjac, M., Govori, V. i

COVID 19 TRUDNOĆA I POROĐAJ

Prof. Univ. dr sci. med. dr Andreja GLIŠIĆ ginekolog akušer, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za ginekologiju i akušerstvo, Klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

Covid pandemija je značajno uticala na zdravlje cele naše populacije pa samim tim i trudnica. Mortalitet i morbiditet je bio značajno povećan u celoj populaciji.

U početku Covid infekcija je bila velika nepoznanica i nije se znalo da li ima teratogene efekte na fetus. Zato je veliki broj žena izbegavao trudnoću.

Odnos lekara i pacijentkinja nije bio adekvatan jer su trudnice izbegavale lekare a i lekari su izbegavali pacijentkinje. Postojala je velika anksioznost sa obe strane i svakako nedostatak empatije. Zdravstveno osoblje je raspoređivano po prioritetima a manjak anesteziologa je uslovio smanjenje broja hirurških intervencija. Sve što je moglo da se odloži je odlagano.

Trudnoća i porođaj je za većinu žena najvažniji i najznačajniji događaj u životu. Ovaj period života žene ona nikad ne zaboravlja. Svaki trenutak porođaja ona zauvek pamti.Trudnoća može biti praćena i velikom neizvesnošću i strepnjom, pa i strahom za sopstvenu i detetovu sudbinu. Svaka buduća majka želi da vidi svoje dete , da ga uzme u naručje i da dete bude živo i zdravo. Tok trudnoće i porođaja u velikoj meri utiče na odluku žene da ponovo zatrudni i da ponovo rađa.

Obezboljavanje u porođaju svakako doprinosi komforu pacijentkinje. Ipak ono može biti praćeno neželjenim efektima tako da akušer mora obratiti posebnu i povećanu pažnju na obezboljene porodilje. Vođenje ovih porođaja zahteva iskusnog i veštog akušera. Analgezija u porođaju može biti parenteralna (intramuskulna,intravenska), sistemska i regionalna (epiduralna, spinalna). Odabir tipa analgezije može ponekad biti od najvećeg značaja za perinatalni ishod.

Postpartalni tok odnosno postoperativni tok posle carskog reza zahteva standardnu primenu analgetika.Ipak, dijagnostika hirurških komplikacija posle carskog reza može biti otežana ukoliko je pacijentkinja obezboljena spinalnom analgezijom ili ukoliko se bol suzbija analgeticima. Mora se biti vrlo pažljiv u takvim slučejavima jer kasno postavljena dijagnoza hirurške komplikacije može znatno otežati hirurško lečenje. Učestalost spinalne analgezije prilikom carskog reza na našo klinici je oko 10%. Analgezija prilikom izvođenja carskog i kasnije u neposrednom postopertivnom periodu je standardizovana. Ipak svega 70% pacijentkinja posle carskog reza smatra da je bol koji su osećale bio zanemarljiv tj. ne previše značajan. U toku pandemije Covid 19 broj periduralnih analgezija je bio prepolovljen verovatno zbog nedovoljnog broja anesteziologa.

Učestalost carskih rezova u svetu je poslednjih decenija u stalnom porastu. Na Klinici za ginekologiju i akušerstvo Kliničkog centra Srbije u Beogradu ukupno je bilo 6201 porođaja (29.7% carskih rezova) u toku 2020. god. U toku 2021 . god. ukupno je bilo 5127 porođaja (35%). U toku 2021. god. smanjen je broj porođaja a povećan broj hitnih carskih rezova što smatram da je direktna posledica Covid 19 epidemije.

Komplikacije carskog reza koje zahtevaju relaparotomiju su vrlo ozbiljne i relativno retke. U literaturi nema mnogo podataka o faktorima rizika, razlozima i učestalostima relaparotomija posle ove operacije. Najčešće komplikacije carskog reza sa kojima se susrećemo su krvarenje i infekcija. Učestalost komplikacija posle carskog reza je daleko veća posle hitnog carsko reza.

STRES INCONTINENCE SURGERY (TVT TOT) AND SACROSPINAL COLPOPEXY IN COVID PANDEMY.

Mr sci med dr Miloš RADOVIC, Clinic for Gynecology and Obstetrics, Clinical Center of Serbia, KGA KCS

ABSTRACT:

Introduction:
Colpopexy is surgical procedure resolving POP pathology. Colpo-Vagina, Pexio-Fixation. TOT-Transobturator tape-Surgical polypropilen graft procedure resolving Stress Incontinency

Aim and Methods:
15 years of patient clinical folow up in combined retrospective and prospective study. Investigating wich is the best and safest way to perform a colpopexy and sling-operation. With detailed description of Nickols and TOT surgical technik performed on KGA UKCS.

Results:
Burch Tanago and other ventero/ligamento fixation procedures with abdominal approach are most invasive. Laparoscopic mesh sacrocolphysteropexy is moderatly invasive. But it is time consuming, more expensive and associated with a few serious postoperative complications.(Prof Kopjar,Prof Lukanovic) Gilliam-Bere procedure, Moskowitz, Mac Call Culdoplasty, 11 ligamentopexies and some types of colpocleisis rest in history. (Prof Kovak,dr Radovic)

Conclusion:
Vaginal approach is of course minimally invasive, shortest, simple to perform, with best cost/benefit ratio and with lowest percent of intra/post-operative complications! (Prof But, Prof Stark, Prof Kovak, Prof Bartoš) Sacrospinal colpopexy and TVT suburetral sling are the safest surgical POP and icontinence procedures associated with minimal percent of complications. Therefore they are the most frequently performed surgical procedures on our clinic (KGA UKCS).

Mr sci med dr Miloš Radovic, Ob/Gyn specialist. Mail: rradovic1966@gmail.com
Contact number: +381637704654

S GINEKOLOGIJE U BORBU S COVIDOM

Iva KEGLEVIĆ, KBC Rijeka, FZS Rijeka, Hrvatska
Slaven MEDJIMUREC, KBC Rijeka, FZS Rijeka, Hrvatska
Teo Linić, KBC Rijeka, FZS Rijeka, Hrvatska

KRATAK SADRŽAJ

U pojačanju pandemije, 04. prosinca 2020. u prostorima Klinici za ginekologiju i porodništvo, KBC a Rijeka, otvoren je Covid 6 odjel. Odjel je organiziran u skladu sa svim zdravstveno - tehničkim uvjetima, što je bilo neophodno osigurati radi neometanog rada i sigurnosti ostatka Klinike, kako za osoblje tako i za pacijente. Za uspješan rad odjela neophodan je bio timski rad, sačinjen od 17 primalja i medicinskih sestara Klinike za ginekologiju i porodništvo, 3 kolegica Interne i Kirurške klinike, fizioterapeuti sa Zavoda za fizikalnu i rehabilitecijsku medicinu, dok su liječnici dolazili sa svih klinika KBC Rijeka. U samom osnutku Odjela bilo je neophodno napisati protokole kako bi se olakšao rad osoblja, ali i kako bi svi slijedili iste postupke rada.
Prestankom globalne pandemije Covid-19, odlukom ravnateljstva KBC Rijeka odjel se zatvara 08. studenog 2022. godine.
U radu je prikazan ukupan broj pacijenata od otvaranja odjela 04. prosinca 2020. godine sa podacima o pacijentima na Covid 6 odjelu; ukupni broja pacijenata, raspodjela po spolu, životnoj dobi, prosjek hospitalnih dana, komorbiditetima pacijenata, te njihova kategorizacija.
Smještaj Covid 6 odjela u sklopu same Klinice za ginekologiju i porodništvo imao je prednost u zdravstvenoj skrbi ginekoloških pacijentica, prvenstveno trudnica i puerpera, te novorođenčadi koji su također bili smješteni na Covid 6 odjelu, te su imali skrb sestara i fizioterapeuta koje su posjedovali profesionalno iskustvo sa specifičnostima majke i djeteta.
U radu odjela uočena je problematika nedostatka medicinskog kadra koji ima znanja snalaženja u izvanrednim i kriznim situacijama. Uglavnom se u ovim izvanrednim situacijama radno raspoređuju mlađe medicinske sestre koje imaju više teoretskog znanja određenih vještina, negoli praktičnih jer nisu bile u mogućnosti ovladati određenim situacijama.

Ključne riječi : timski rad, obrađeni podaci, izvanredne i krizne situacije

SUMMARY

As the pandemic intensified, on December 4, 2020, a Covid 6 department was opened in the premises of the Clinic for Gynecology and Obstetrics, KBC a Rijeka. The department is organized in accordance with all health-technical conditions, which was necessary to ensure the smooth operation and safety of the rest of the Clinic, both for the staff and for the patients. Team work was necessary for the successful operation of the department, consisting of 17 midwives and nurses from the Clinic for Gynecology and Obstetrics, 3 colleagues from the Internal Medicine and Surgery Clinics, physiotherapists from the Department of Physical and Rehabilitation Medicine, while doctors came from all KBC Rijeka clinics. In the very establishment of the Department, it was necessary to write protocols in order to facilitate the work of the staff, but also so that everyone would follow the same work procedures.
With the end of the global Covid-19 pandemic, by decision of the management of KBC Rijeka, the department is closing November 8, 2022.
The paper shows the total number of patients from the opening of the department to December 4, 2020 with data on patients in the Covid 6 department; total number of patients, distribution by gender, age, average hospital days, comorbidities of patients, and their categorization.
The accommodation of the Covid 6 ward within the Clinic for Gynecology and Obstetrics itself had an advantage in the health care of gynecological patients, primarily pregnant and puerperal women, as well as newborns who were also accommodated in the Covid 6 ward, and had the care of nurses and physiotherapists who possessed professional experience with the specifics of mother and child.
In the work of the department, the problem of the lack of medical personnel who have the knowledge of dealing with emergency and crisis situations was noticed. Generally, in these emergency situations, younger nurses who have more theoretical knowledge of certain skills than practical ones are assigned to work because they were not able to master certain situations.

Keywords: teamwork, processed data, emergency and crisis situations

Kontakt informacije o autorima Iva Keglević / iva.keglevic@fzsri.uniri,hr / 385918901020

Slaven Medjimurec / slaven.medjimurec@fzsri.uniri.hr / 385911900827
Teo Linić / linicteoz@gmail.com / 385992997685

UVOD

U pojačanju pandemije, 04. prosinca 2020. u prostorima Klinici za ginekologiju i porodništvo, KBC a Rijeka, otvoren je Covid 6 odjel. Odjel je organiziran u skladu sa svim zdravstveno - tehničkim uvjetima, što je bilo neophodno osigurati radi neometanog rada i sigurnosti ostatka Klinike, kako za osoblje tako i za pacijente. Za uspješan rad odjela neophodan je bio timski rad, sačinjen od 17 primalja i medicinskih sestara Klinike za ginekologiju i porodništvo, 3 kolegica Interne i Kirurške klinike, fizioterapeuta sa Zavoda za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu, te liječnika svih klinika KBC Rijeka.

EDUKACIJA OSOBLJA

Edukacija odjela je bila organizirana od strane djelatnika Jedinice bolničkih infekcija. Obavljala se svakodnevno, obuhvaćala je sve djelatnike podijeljene u male grupe. Fokus edukacije je bio usmjeren na pravilno oblačenje i svlačenje zaštitne opreme, te upoznavanje sa protokolima koji su učinjeni u svrhu pravilne organizacije i rada odjela. Protokoli su bili putokazi svim djelatnicima o ulazu i izlazu djelatnika na odjel, prijemu i otpustu pacijenata na odjel, načinima ulaska i izlaska hrane, lijekova, sanitetskog materijala, posteljine i otpada.

KATEGORIZACIJA PACIJENATA

U Republici Hrvatskoj je obavezna primjena kategorizacije za sve hospitalizirane pacijente. Kako bi bili u mogućnosti kategorizirati pacijente, sukladno potrebama sestrinstva i zdravstva RH, ovisno o količini potrebne zdravstvene njege, potrebno je definirati kritičke čimbenike. Upravo su kritički čimbenici indikatori koji predstavljaju aktivnosti koje najviše utječu na vrijeme utrošeno za pružanje zdravstvene njege. Kategorizacijom, pacijenti se razvrstavaju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Za kategorizaciju pacijenata, kao kritični čimbenici koristimo slijedeće parametre :
1 – 4 Procjena samostalnosti od 1 – 4 : higijena, hranjenje, eliminacija i oblačenje
5 – 7 Fizička aktivnost : hodanjei stajanje, sjedenje, premještanje i okretanje
8 – Rizik za pad : Mjerimo po Morseovoj skali za procjenu pada, te dobiveni zbrojevi govore o niskom riziku ukoliko pacijenti imaju 0 – 24 boda; umjeren rizik za pad sa 25 – 44 boda, a visok rizik imaju pacijenti sa 45 i više bodova
9 – Stanje svijesti : Pacijent pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru pripada prvoj kategoriji, smeten pacijent u drugu, stuporozan pacijent u treću, a pacijenti koji su u stanju predkome i kome u četvrtu kategoriju
10 – Rizik za nastanak dekubitusa : procjenjuje se upotrebom Braden skale; pacijenti sa 19 – 23 boda nemaju rizik za nastanak dekubitusa, kod pacijenata sa 19 – 23 boda je prisutan rizik, umjeren rizik imaju pacijenti sa 13 – 14 bodova, visoki rizik imaju pacijenti sa 10 – 12 bodova, te vrlo visok rizik imaju pacijenti sa 9 i manje bodova
11 – Vitalni znakovi : Kategorizacija pacijenata ovisi o učestalosti kojom se mjere vitalni znakovi, što je veći broj mjerenja, viša je kategorizacija
12 – Komunikacija : Pacijentova sposobnost primanja i razumijevanja usmenih i pismenih uputa, komunikacija sa zdravstvenim i ne zdravstvenim djelatnicima. Što je teža komunikacija – viša je kategorizacija
13 – Specifični postupci u zdravstvenoj njezi : njega rana, njega centralnog venskog katetera, drenaže, stome. Kateteri. Ukoliko je pacijent samostalan svrstava se u prvu kategoriji, odnosno u više ukoliko mu je potrebna pomoć sestre
14 – Dijagnostički postupci : vrsta pripreme koja je potrebna, potrebe za pratnjom, asistiranju ili intenzivnom nadzoru po završetku pretrage
15 – Terapijski postupci : vrsta i učestalost terapije koja se primjenjuje kod pacijenta
16 – Edukacija : intenzitet edukacije koja se provodi, vrsta znanja koju je potrebno usvojiti (teorijska, praktična; uključenost obitelji)(1)

TABLICA KRITIČNIH ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE PACIJENATA

Ime i prezime:	**Datum rođenja:**	**Matični broj:**

Datum/Dan hospitalizacije:	**ODJEL:**

	ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Higijena				
2	Oblačenje				
3	Hranjenje				
4	Eliminacija				
5	Hodanje, stajanje				
6	Sjedenje				
7	Premještanje, okretanje				
8	Rizik za pad				
9	Stanje svijesti				
10	Rizik za nastanak dekubitusa				
11	Vitalni znakovi				
12	Komunikacija				
13	Specifični postupci u zdravstvenoj njezi				
14	Dijagnostički postupci				
15	Terapijski postupci				
16	Edukacija				
	BODOVI PO KATEGORIJAMA				
	BODOVI UKUPNO				
	KATEGORIJA	**1**	**2**	**3**	**4**

KATEGORIJA	**BROJ BODOVA**
1	16 – 26
2	27 – 40
3	41 – 53
4	54 – 64

Tablica bodova po kategorijama

KARDIORESPIRATORNA FIZIOTERAPIJA

Kardiorespiratorna fizioterapija posebno se usredotočuje na liječenje akutnih i kroničnih respiratornih stanja i ima za cilj poboljšati funkcionalni i dišni kapacitet nakon akutne bolesti. Vratiti bolesniku fizičku i dišnu neovisnost, spriječiti nastanak komplikacija, potaknuti funkcionalni oporavak jedan je od glavnih zadataka fizioterapeuta na bolničkom odjelu i u JIL-u. Pri tome provodi posebne tehnike disanja, tehnike bronhalne

higijene, manualne tehnike, pozicioniranje, upotrebu pomagala, uređaja i vježbe mobilizacije. Najčešći razlog primanja bolesnika u akutnim stanjima bolesti izazvane Covid-19, jedinicu intenzivnog liječenja bila je hipoksemijska respiracijska insuficijencija. Kod pacijenata kod kojih je respiratorna mehanika očuvana terapija izbora je učestalo postavljanje bolesnika u potrbušni položaj uz terapiju visokim protokom kisika na nosnu kanilu (HFNO) ili korištenje neinvazivne ventilacije (CPAP maska). Kada je u COVID-19 prisutan sindrom akutnoga respiracijskog distresa (ARDS), principi liječenja jednaki su kao i u ARDS-u u drugim virusnim pneumonijama – endotrahealna intubacija i mehanička ventilacija. Mobilizacija gornjih i donjih ekstremiteta u ležećem i sjedećem položaju,promjene položaja sjedenje na krevetu, transferi krevet - stolac, stajanje, hod smanjili su negativni utjecaj bolesti . Često je bila prisutna loša ravnoteža koja je uz mišićnu slabost povećavala rizik od pada te smo bolesnike educirali da se nakon bolničkog liječenja radi što bržeg oporavka jave u neki program post covid rehabilitacije.(2)

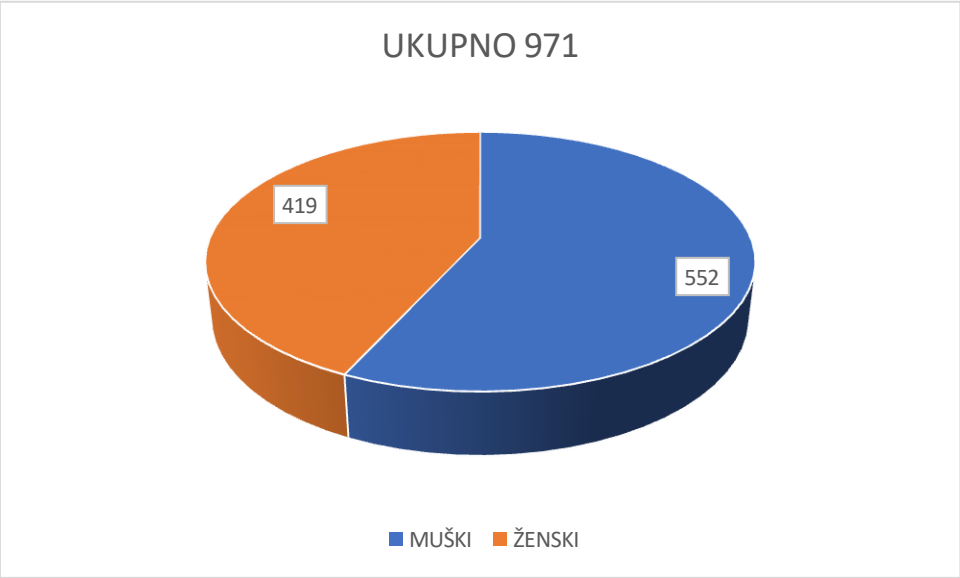
Jesmo li fizioterapijskom intervencijom preopteretili bolesnika ili je sami tijek bolesti doveo bolesnika do pogoršanja kliničkog statusa bila je česta dilema svakog fizioterapeuta.

STATISTIKA ODJELA

U radu je prikazan ukupan broj pacijenata od otvaranja odjela 04. prosinca 2020. godine do njegova zatvaranja. Podaci sadrže ukupni broja pacijenata, raspodjelu po spolu, kategorizaciji pacijenata te njihovim komorbiditetima.
TABLICA 1 : Broj hospitaliziranih pacijenata i podjela po spolu od 4. 12. – 31. 12. 2021.

MUŠKI PACIJENTI	ŽENSKI PACIJENTI	UKUPAN BROJ PACIJENATA
552	419	971

GRAFIKON 1: Broj hospitaliziranih pacijenata i podjela po spolu od 4. 12. – 31. 12. 2021.



TABLICA 2 : Raspodjela pacijenata po kategorizaciji u 2021.godini

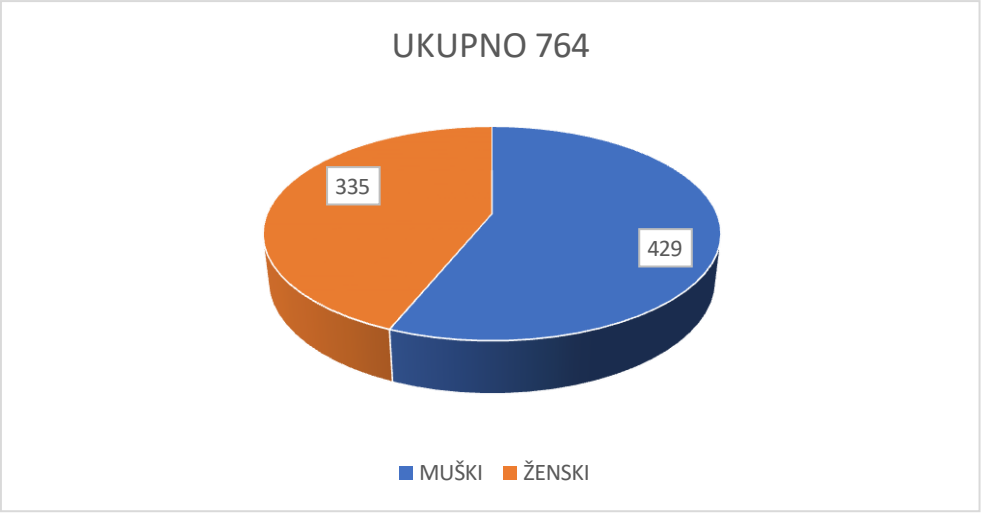
KATEGORIZACIJA	BROJ PACIJENATA
1	289
2	279
3	240
4	163

GRAFIKON 2 : Raspodjela pacijenata po kategorizaciji u 2021.godini

TABLICA br. 3. Broj hospitaliziranih pacijenata i podjela po spolu od 01. 01. – 08. 11. 2022.

MUŠKI PACIJENTI	ŽENSKI PACIJENTI	UKUPAN BROJ PACIJENATA
429	335	764

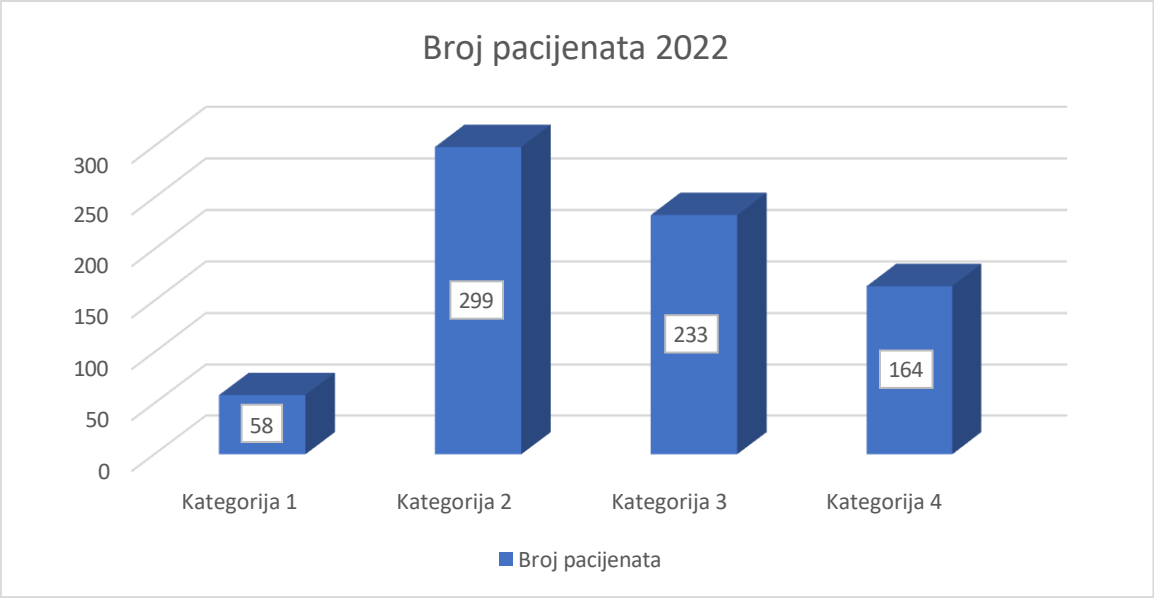
GRAFIKON br. 3. Broj hospitaliziranih pacijenata i podjela po spolu od 01. 01. – 08. 11. 2022.



TABLICA br. 4 Raspodjela pacijenata po kategorizaciji u 2022.godini

KATEGORIZACIJA	BROJ PACIJENATA
1.	58
2.	299
3.	233
4.	164

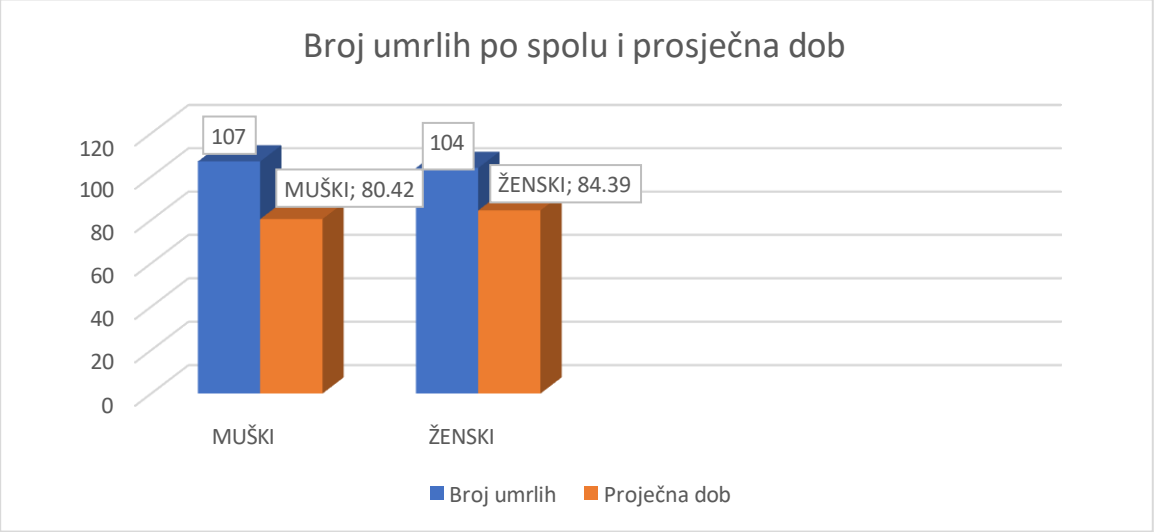
GRAFIKON 4 : Raspodjela pacijenata po kategorizaciji u 2022.godini



TABLICA br. 5: Umrli pacijenti tijekom rada odjela 4.12.20. – 08. 11. 2022.

PERIOD	MUŠKI SPOL	ŽENSKI SPOL	PROSJEČNA DOB MUŠKIH	PROSJEČNA DOB ŽENSKIH	UKUPNO
04.12.20 – 08.11.2022.	107	104	80, 42	84,39	211

GRAFIKON 5: Umrli pacijenti tijekom rada odjela 4.12.20. – 08. 11. 2022.



TIMSKI RAD

Timski rad jedan je od najvećih izazova pravilnog i uspješnog funkcioniranja tijekom obavljanja poslova vezanih uz mnoge struke, no kod skrbi za pacijenta iznimno je važan. Timski rad u zdravstvenim ustanovama podrazumijeva uključenost više osoba istog zvanja no i multidisciplinarni rad gdje su u timski rad uključene različite profesije. Problemi današnjice od zdravstvenih profesionalaca zahtijevaju iznimno snalaženje u timskom radu, a kao glavni preduvjet za pravilno funkcioniranje je dobra komunikacija unutar tima, pravilna organizacija tima te poštivanje zadanih pravila tima kao novonastale cjeline.

Oblikovanje tima jedan je od ključnih momenata kada pričamo o timskom radu. Važno je utvrditi zadatke koje tim mora izvršiti, te na osnovu toga sastavlja se tim profesionalaca specifičnih vještina i znanja kako bi se problem mogao riješiti, odnosno posao obaviti na najvišoj razini. Uspješna komunikacija ne odnosi se isključivo na verbalno, već treba pravilno znati komunicirati i na neverbalnoj razini. Neverbalna komunikacija kao takva može uvelike olakšati samu komunikaciju, dok može istu prekidati, ometati i dovoditi do nerazumijevanja ukoliko ista nije prilagođena trenutnoj situaciji.

Rad u timu možemo deklarirati kao uspješan tek kada se međusobna interakcija članova tima ostvari u pozitivnom svjetlu te zadani problem bude riješe na očekivanoj razini. Motivacija pojedinca unutar tima proizlazi iz priznavanja postignuća, dopuštanjem prostora za inicijativnost i inovativnost, te ugodnom radnom atmosferom. Motivirani članovi tima obavljati će zadatke sa zadovoljstvom, punim angažmanom te kao takvi rezultati rada dolaze ‘’sami od sebe’’.

Vođa tima ima zadatak pravilno usmjeravati članove tima, podijeliti zadatke prema kompetencijama i procijenjenim sposobnostima člana. Nikako vođa tima ne smije kočiti timski rad ili manipulirati članovima tima. Održavanje radnih sastanaka svih članova tima od iznimne je važnosti. Svaki član tima bez obzira na hijerarhijsku poziciju ima pravo na vlastito mišljenje, isto ima pravo iznijeti i o njemu voditi diskusiju s ostalim članovima tima. Vođa tima tijekom sastanka tu je da pravilno sluša članove svog tima te prikupljene informacije upotrijebi za podizanje uvjeta rada svog tima.

Rad u timu jedan je od najvećih izazova zdravstvenih profesionalaca, ali kao takav jedina je opcija svakodnevnog rada. Pravilna edukacija u svezi komunikacije, raspodjele zadataka i samih vještina vezanih uz struku preduvjet je za kvalitetnog i zadovoljnog člana tima. Dobar timski rad najviše koristi pacijentu, ali također i članu tima koji svakodnevno u njemu radi. Budućnost je u timskom radu i kao takav mora postati dio svakodnevne edukacije od najranije dobi pojedinca.

ZAKLJUČAK

Rad u kriznim situacijama iziskuje dobru organizaciju i timski rad. Upravo je zajedništvo timskog rada ključ uspjeha. Međutim ono što se ponekad zaboravlja, a ne bi trebalo, da se timski rad i zajedništvo treba zadržati trajno u svakodnevnom radu.
„Vještina nam omogućava da budemo sposobni napraviti zadatke koji nam se nameću, motivacija određuje ono što ćemo napraviti, a naš stav određuje koliko ćemo to dobro napraviti.“ -Lou Holtz

LITERATURA

1. Hrvatska komora medicinskih sestara HKMS 2006.g. Zagreb
2.Hrvatska komora fizioterapeuta, Fizioterapijske intervencije kod covid-19 u akutnom bolničkom okruženju – preporuke za vođenje kliničke prakse, Hrvatska komora fizioterapeuta, 30.07.2021., https://www.hkf.hr/fizioterapijske-intervencije-kod-covid-19-u-akutnombolnickom-okruzenju-preporuke-za-vodenje-klinicke-prakse/
3. Sekulić, D. (1989). 'Timski rad', *Ekonomski vjesnik*, II(1), str. 75-86. Preuzeto s: https://hrcak.srce.hr/228794 (Datum pristupa: 22.08.2023.)
4. Lou Holtz (1937 -) igrač američkog nogometa, trener, analitičar

УМЕТНОСТ ДОЈЕЊА - ПОЧАСТ КАПАЦИТЕТУ ЖЕНСКОГ ТЕЛА И НЕОГРАНИЧЕНИМ ДУБИНАМА МАЈЧИНОГ СРЦА

Стефанија ЈОРДАНОВСКИ, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука - Универзитет, Гоце Делчев, Штип, РС. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медика-Кочани

Апстракт
Дојење, осим што је „храна из природе“, у саставу свог темеља има уткану дубоку уметност која преплиће културу, биологију и емоције. Овај истраживачки рад се бави вишеструким димензијама дојења као уметничког облика, испитујући његов нутритивни, емоционални и културни значај. Историјски контекст наглашава његово ванвременско присуство у неговању везе мајке и детета. Нутритивни аспект открива састав мајчиног млека као хомеостазу хранљивих материја и имуних фактора, прилагођен потребама одојчета. Емоционално, дојење подстиче присан однос, доприносећи мајчином благостању и међусобној вези са дететом. Ова студија такође открива како културне и друштвене норме обликују профиле дојења, праксу дојења и одлуке. Разумевањем ових димензија продубљујемо наше знање о вишедимензионалности дојења. Ово истраживање има за циљ да обогати дискусију о здрављу мајки и одојчади и да истакне важност патронажне неге за мајку и бебу.

Кључне речи: ексклузивно дојење, одојче, патронажна нега

Abstract
Breastfeeding, apart from being a "food from nature", in the composition of its foundation has a deep art embedded in it that intertwines culture, biology and emotions. This research paper delves into the multifaceted dimensions of breastfeeding as an art form, examining its nutritional, emotional and cultural significance. The historical context underscores its timeless presence in the nurturing of the mother-infant bond. The nutritional aspect reveals the composition of breast milk as a homeostasis of nutrients and immune factors, adapted to the needs of the infant. Emotionally, breastfeeding fosters an intimate relationship, contributing to the mother's well-being and mutual attachment with the infant. This study also reveals how cultural and social norms shape breastfeeding profiles, breastfeeding practices and decisions. By understanding these dimensions, we deepen our knowledge of the multidimensionality of breastfeeding. This research aims to enrich discussions about maternal and infant health and to highlight the importance of patronage care for the mother and infant.

Keywords: exclusive breastfeeding, infant, patronage care

Увод

Од почетка људског постојања, дојење је био камен темељац бриге о одојчади, означавајући почетак односа мајка-дете. Како су се друштва развијала, праксе дојења су се прилагођавале културним нормама, обликујући јединствене ритуале и традиције.
У суштини, дојење је изванредан чин храњења бебе савршено прилагођеним еликсиром, богатим хранљивим материјама и антителима. Уметност лежи у равнотежи хранљивих материја, прилагодљивости мајчиног млека да задовољи све променљиве потребе одојчета и беспрекорном преносу мајчиног имунитета.

Поред његових непроцењивих физиолошких предности, његов значај се протеже изван домена физичког. За мајке, чин дојења може да подстакне интимну емоционалну везу са њиховом бебом, нудећи место удобности, сигурности и љубави. Ово емоционално везивање доприноси психолошком благостању и мајке и детета.

Свако друштво утискује своје јединствене вредности, традиције и очекивања у уметност дојења. Од перцепције јавности до протокола на радном месту, ови друштвени утицаји обликују одлуке и искуства жена у вези са дојењем.

Циљ рада

Овај истраживачки рад има за циљ да истражи уметност дојења као синтезу биологије, културе и емоција. Истраживањем нутритивних, емоционалних и културних димензија, ова студија настоји да обогати наше разумевање вишеструког значења дојења. Испитујући ове димензије, циљ нам је да допринесемо знању о здрављу мајки и одојчади, промовишемо информације засноване на доказима кроз протоколе патронажне неге и истакнемо трајну уметност која повезује мајке и њихову децу кроз чин дојења.

Материјале и методе

Ово истраживање користило је комбинацију квалитативних и квантитативних метода истраживања како би се стекло свеобухватно разумевање процеса дојења.

У првој или квантитативној фази, спроведена је анонимна анкета међу разноврсним узорком учесника, мајки које практикују искључиво дојење и мајкама које практикују храњење прилагођеном формулом. У овој фази добијамо податке о почетку и трајању дојења, изазовима са којима су се суочавали и подршци коју добија.

У другој или квалитативној фази, обављени су детаљни интервјуи са подгрупом учесника како би се истражила њихова искуства, ставови и перцепције у вези са дојењем. Анализирајући транскрипте интервјуа, користили смо тематску анализу да бисмо идентификовали понављајуће теме, мотивације, баријере и фасилитаторе дојења.

Резултати

Приликом статистичке анализе података из прве фазе истраживања, током које је извршена анонимна анкета од 57 испитаника о начину исхране одојчади у првих 6 месеци одојчета и добијени резултати су приказани у табели бр. 1 и графикон бр.1

Табела бр.1 Анонимно истраживање 57 испитаника/мајки о исхрани у првих 6 месеци одојчета.
Table No. 1 Anonymous survey of 57 respondents/mothers for surface research in the first 6 months of the infant.

Екслузивно доење (Искључиво доење до 6 месеци)	39
Исхрана са прилагођеном формулом (до 6 месеци)	18
укупно	57

Графикон бр.1 Графички приказ на података од табела бр1
Graph No.1 Graphic display of the data from table no.1

РАСПРАВА

Избор између искључивог дојења и храњења адаптираним млеком је једна од најважнијих одлука које мајке доносе и често изазива дебату о предностима. Иако обе опције имају своје предности, оне такође имају јасне предности и изазове који могу утицати на добробит и бебе и мајке.

Предности ексклузивног (искључивог) дојења:

Нутритивна супериорност и имунолошка заштита: Мајчино млеко је једини извор исхране који је прилагођен специфичним потребама раста и развоја одојчета. Садржи антитела, ензиме и имуне ћелије које пружају заштиту од инфекција, алергија и других болести.

Везивање и емоционално везивање: Физичка блискост током дојења подстиче снажну емоционалну везу између мајке и бебе. Ослобађање хормона попут окситоцина подстиче осећања наклоности и неге.
Когнитивни развој: Нека истраживања сугеришу могућу везу између дојења и побољшаног когнитивног развоја код деце. Хранљиве материје присутне у мајчином млеку, као што су омега-3 масне киселине, могу допринети расту мозга.

Здравствене користи за мајку: Дојење може помоћи опоравку након порођаја, помоћи у губитку тежине и смањити ризик од одређених карцинома за мајку.

У расправи о **употреби адаптираног храњења**, овај начин храњења је назначен као алтернатива за посебне случајеве када дојење није изводљиво или препоручљиво због здравствених стања или лекова, у ситуацији када су родитељи забринути да беба не добија довољно исхране кроз мајчино млеко и услед радних активности мајке.

Закључак

Дојење није само чин исхране, већ обухвата дубоку везу између мајке и детета. Садржи изванредну комбинацију исхране и имунитета, прилагођену да обликује здравље бебе, али истовремено интимна топлина контакта кожа на кожу ствара сензације и емоције које само мајка може да разуме. Физичке и емоционалне користи се протежу даље од тренутних тренутака, постављајући основу за доживотно здравље и емоционалну везу.

Како се друштво развија, уметност дојења служи као подсетник на безвременску везу између генерација. То је сведочанство о снази дизајна природе и омаж негујуће суштине која тече кроз вене човечанства.
Одлука између искључивог дојења и храњења адаптираним млеком је дубоко лична и зависи од низа фактора, укључујући здравље мајке, начин живота, културна уверења и мрежу подршке. Док ексклузивно

дојење нуди неупоредиве предности, храњење адаптираним млеком представља валидну алтернативу која обезбеђује задовољење нутритивних потреба бебе. Важно је да приликом доношења ове одлуке треба узети у обзир добробит и ментално здравље мајке.

Литература

1. *D.Wiessinger, D.West, T.Pitman, The Womanly Art of Breastfeeding, 8th Edition, 2020*
2. N. Mohrbacher, K.Kendall-Tackett, J.Newman, *Breastfeeding Made Simple, second Edition, 2010*
3. S.Džino; K.Krnić; A.K. Bašić, *Водич за постпорођајну негу мајке и новорођенчета; Сарајево, 2009*

УЛОГА ПАТРОНАЖНЕ СЛУЖБЕ У ПРЕНАТАЛНОЈ И ПОСТНАТАЛНОЈ ЗДРАВСТВОЈ ЗАШТИТИ ЖЕНА У ОПШТИНИ СВЕТИ НИКОЛЕ

Деспина ЦВЕТАНОВСКА, ЈЗУ-Здравствен дом-Свети Николе
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип,Р С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Abstract
During the visit, the approach to each family is individual depending on the individual characteristics and needs of its members. At the level of primary health care, the Polyvalent Patronage Service is organized as part of public health, and it is an integral part of certain health homes or medical centers. The polyvalent patronage service is a unique service that deals with prevention and health promotion.
The tasks of the patronage service refer to the promotion and preservation of health as well as the prevention of diseases and they are carried out through planned activities foreseen in the preventive program for the protection of the population of the Republic of North Macedonia. Its purpose is to prepare the individual, as well as the family or the community for the use of health care, and education for greater and more effective acceptance and use of preventive measures. When planning overall health care, the family must be at the center of attention because it represents the basic cell of society, where people spend most of their time. The polyvalent patronage service represents the link between the health service and health professionals on the one hand and individuals and their families on the other hand. She should be a representative of the health service in the community, but at the same time be a representative of the interests of individuals and groups in meeting their needs and solving their health problems, both in health organizations and in social and other institutions at the municipal level. where to find this service.The patronage service is defined as a preventive health activity on the population, applying the principles of social-medical work, prevention and promotion of the health of the individual, the group, the family and the social community, as well as the prevention of disease. The main task of the patronage service is the assessment of their physical, spiritual, mental and social need.In the patronage service as a social medical work, all goals derive from the tasks and needs of the population and are implemented in all three preventions (primary, secondary and tertiary)Tasks of the patronage nurse are: understanding the social, hygienic, economic and family occasions, the level of general and health culture of the members, their habits and customs in order to remove the causes and solve the problems

Апстракт
Приликом посете приступ свакој породици је индивидуалан у зависности од индивидуалних карактеристика и потреба њених чланова. На нивоу примарне здравствене заштите, Поливалентна патронажна служба је организована у оквиру јавног здравља и саставни је део појединих домова здравља или домова здравља. Служба поливалентне патронаже је јединствена служба која се бави превенцијом и промоцијом здравља.
Послови патронажне службе односе се на унапређење и очување здравља, као и на превенцију болести и спроводе се кроз планске активности предвиђене превентивним програмом заштите становништва Републике Северне Македоније. Његова сврха је да припреми појединца, као и породицу или заједницу за коришћење здравствене заштите, и едукацију за веће и ефикасније прихватање и коришћење превентивних мера. Приликом планирања свеукупне здравствене заштите, породица мора бити у центру пажње јер она представља основну ћелију друштва у којој људи проводе већину свог времена. Поливалентна патронажна служба представља везу између здравствене службе и здравствених радника с једне стране и појединаца и њихових породица с друге стране. Она треба да буде представник здравствене службе у заједници, али да истовремено буде и заступник интереса појединаца и група у задовољавању њихових потреба и решавању здравствених проблема, како у здравственим организацијама, тако иу друштвеним и другим установама. општинском нивоу. где се ова услуга налази. Патронажна служба је дефинисана као превентивна здравствена делатност становништва, применом принципа социјално-медицинског рада, превенције и унапређења здравља појединца, групе, породице и друштвене заједнице, као као и превенцију болести. Основни задатак патронажне службе је процена њихових физичких, духовних, психичких и социјалних потреба. У патронажној служби као социјално-медицинском раду сви циљеви произилазе из задатака и потреба становништва и реализују се у све три превенције (примарни, секундарни и терцијарни) Задаци патронажне сестре су: разумевање

друштвених, хигијенских, економских и породичних прилика, нивоа опште и здравствене културе чланова, њихових навика и обичаја у циљу отклањања узрока и решавања проблема.

Увод

Женама, као носиоцима људске репродукције и функције материнства, потребно је спровођење специфичних мера за своју здравствену заштиту. Према овим параметрима, здравствена заштита се може поделити на:
- Здравствена заштита у периоду обављања репродуктивне функције човека - током трудноће, порођаја и после порођаја.
- Здравствена заштита жена у фертилном периоду, односно спровођење одређених активности које треба да помогну женама у периоду репродуктивне способности да остваре право на слободно одлучивање о рођењу деце, односно планирању породице
- **Здравствена заштита жена везана за болести полних органа и дојке.**

Здравствена заштита жена обухвата бројне социјалне и медицинске мере које обезбеђују складно функционисање женског организма и правилан интраутерини раст и развој фетуса у условима свакодневног живота и рада.Здравствена заштита се заснива на томе да се за нормалан развој а. физиолошке способности жене током трудноће, порођаја и након порођаја, стална стручна контрола и спровођење превентивних и куративних метода.
Здравствена заштита жена од стране патронажне сестре састоји се у заштити здравља жена у пренаталном, наталном и постнаталном периоду.

1. У пренаталном периоду улога патронажне сестре је усмерена на:

-Припрема жене за брак и брачне односе
- Омогућава јој одржавање личне хигијене
- Указује на концепцију менструалног циклуса и примену хигијенских норми везаних за период.
- Указује на концепт контрацепције и заштите од нежељене трудноће.
- Повезује жену са саветовалиштем за труднице, предбрачним саветовалиштем
- Упознаје је са последицама принудног прекида трудноће
- Едукација жена за редовне гинеколошке прегледе, систематске прегледе, самопреглед дојки

Кроз регулисање плодности и планирање породице помажемо женама да се одлуче о величини породице, да планирају временски период између порођаја, да планирају потомство у периоду живота када је моћ компликација најмања, савети за спречавање нежељена трудноћа, превенција и превенција илегалног побачаја
Здравствена служба треба да истакне да у планирању трудноће, поред жеље за потомством, улогу играју и многи други фактори, као што су: лоше навике у исхрани, недостатак физичке активности и нездрав начин живота (пушење, пијење алкохола) жене. у репродуктивном периоду повећавају ризик од развоја гојазности, гестационог дијабетеса, високог крвног притиска, синдрома полицистичних јајника и изазивају недостатак фолата (фолне киселине) у периоду пре зачећа. Затрудњети није тако лако као што многи замишљају. Некима се све дешава веома брзо, а многима и дуже, има много ствари о којима треба водити рачуна и које заслужују више пажње пре самог зачећа.

2. Улога медицинске сестре током трудноће састоји се од:

- Уочавање здравствених, социјалних, економских и хигијенских услова у којима живи.
- Савети о редовним посетама саветовалишту за труднице
- Здравствено васпитне активности за одржавање хигијене током трудноће, као што су хигијена тела, груди, гениталија, физичке вежбе, одмор, ношење удобне одеће...
- Едукација о исхрани, о штетности алкохола, дрога, цигарета
- Припрема их за пријем новог члана
- Успостављање контакта са социјалном службом, здравственом службом и осталима по потреби

3. Улога здравствене службе у постпорођајном периоду

Здравствена заштита обухвата децу у фази развоја од рођења до прве године живота, од прве до треће године и од треће до седме године развоја живота.Састоји се у неговању и васпитању од соматског, менталног, емоционалног, социјалног. и здравствени аспекти.ПЕРИОД) је веома важно јер је у овом периоду дете најосетљивије на неповољне услове из спољашње средине.долази из средине у којој расте

и развија се потпуно заштићено,у телу. По рођењу почиње да се прилагођава новим условима живота, па му треба обезбедити одговарајућу и адекватну исхрану и негу.
Хранитељ је дужан да посети новорођенче из свог микрообласти најкасније недељу дана по његовом рођењу, прима дневне информације о новорођеној деци и планира посете у зависности од:
- Од узраста новорођенчета (посећује се једном недељно у првом месецу)
- Уколико мајка поштује и спроводи савете медицинске сестре и лекара, посете су ређе и састоје се у праћењу неге новорођенчета.
- Ако је у питању болесно новорођенче, посете су све чешће и бројније док се не опорави,
- Новорођенчад чије мајке се не придржавају савета лекара и медицинских сестара, имају здравствене проблеме и не воде новорођенчад у здравствена и дечја саветовалишта чешће посећују.
-Често се посећују породице са ниским степеном здравствене културе и лошим хигијенским условима, као и маргинализоване породице.

Задаци патронажне сестре у заштити здравља новорођенчета и мајке:
1. Перцепција здравственог, социјалног, економског, породичног, хигијенско-епидемиолошке и друге прилике у породици новорођенчета и мајке
2. Учење мајке о важности бриге о новорођенчету, природној исхрани, дојењу, давању витамина, БЦГ вакцини и потпуној имунизацији
3. Редовни прегледи у саветовалишту за здраво дете
4. Едуковати мајку о могућим компликацијама које могу настати након порођаја, о одржавању личне хигијене,
5. савета за дојење, начин дојења, дојење
6. Исхрана

Потешкоће у дојењу могу се појавити и код мајке и код новорођенчета

Потешкоће на мајчиној страни су:
-Конфигурација.
- Крпе на брадавицама)
- маститис
- Хипогалактија-смањена лактација
- Галактореја - спонтани ток млека из дојке у интервалима између храњења

Потешкоће са стране детета:

Локални – ту спадају аномалије уста и усне дупље које отежавају дојење, разне упале уста и усне дупље, ринитис.У току нормалног дојења дете дише на нос и извлачи млеко кроз уста.
Опште потешкоће су слаб рефлекс сисања код деце, превремено рођене бебе, повреде мозга, слаба деца, тешка жутица, акутне инфекције итд.

7. Брига о беби папилома код новорођенчади
8. Савети и технике за купање новорођенчета
9. Нега очију
10. Нега носа и ушију
11. Нега коже новорођенчета

Циљ рада

Сврха овог рада је да се укаже на неопходност улоге медицинске сестре у едукацији пацијената, начину и превенцији појединих болести и њен значај у спровођењу поливалентне патронаже. Анализирати спроведене интервенције на терену, број лечених пацијената према старости и полу, здравствени и социјални ризици који су први пут откривени, број посета трудницама, трудницама, новорођенчади, ризичној новорођенчади. Ово истраживање показује улогу патронажне сестре у свакодневним проблемима са здравственог аспекта са којима се пацијенти сусрећу, као и у превенцији и лечењу одређених болести у кућним условима.

Резултати

Резултати су засновани на стручњацима који раде у патронажној служби Дома здравља Свети Николе

1. Ангажоване патронажне сестре из патронажне службе

Град	2018	2019	2020	2021	2022
Свети Николе	4	4	4	4	4

2. Редовни радни сати у реализацији активности

Година	Припрема терена	Сати на терену	Укупно
2018	1420	2310	3730
2019	1312	1960	3270
2020	1020	2010	3030
2021	1120	2430	3550
2022	1003	2210	3210

3. Категорије посећених пацијената

		2018	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
1	Патронажна посета трудницама	198	212	99	66	61
2	Патронажна посета леунки.	406	366	290	197	249
3	Патронажна посета за новорођенчад	403	351	292	195	241
4	Патронажна посета за доенђад	477	456	161	175	273
5	Патронажна посета новорођенчади под ризиком	14	13	8	3	3
6	Патронажна посета ризичној доенђади	7	52	1	4	2
7	Патронажна посета породицама са здравственим и социјалним ризиком	2	3	1	3	3
	вкупно	1507	1453	852	643	931

Дискусија

Из патронажних посета на терену види се да готово да не постоји категорија која је обухваћена, а која се не би могла укључити у подизање свести и знања о очувању здравља, за рано откривање болести, усвајање навика за здравији живот. и брига о радној и другој средини. Неопходно је укључити све који могу да допринесу квалитетној организацији здравственог система. То ангажовање пре свега треба да буде усмерено ка патронатским сестрама, јер су оне првенствено биле усмерене ка заједници и људима који у њој живе. У свакодневној пракси показало се да само инфилтрација медицинских сестара у активности локалне заједнице може донети резултате у остваривању постављених циљева који воде ка побољшању укупне здравствене културе. Развој процеса треба да буде резултат активности које укључују многе секторе у заједници, као и становништво у целини, кроз појединачне и колективне одлуке, акције, пројектне акције и сл. Из тих разлога, патронажна здравствена делатност представља водећу снагу у спровођењу активности у циљу унапређења здравља.

Табеларно су истакнуте патронажне посете у општини Свети Никола код трудница, трудница, новорођенчади, одојчади, њихове ризичне категорије, као и породица са социјалним ризиком.

. – Из табеле број 1 може се видети број ангажованих радника у тимовима патронажних служби општине Свети Николе у периоду од 5 година, од 2018. до 2022. године. Број према броју становника је 4 патронажне сестре

. - У табелама број 2 евидентирано је радно време за припрему и на терену сваког од радника у општини Свети Николе.

. – У табели број 3. евидентиран је број посећених породица по категоријама у општини Свети Николе за период од 2018. до 2022. године, у којој постоји тенденција смањења посећености, а разлог томе је константан пад наталитета у општини.

Закључак

Методологија рада здравствених радника са породицом у целини садржи бројне облике и методе рада, међу којима централно место заузима амбулантна посета.Један од принципа рада амбулантне медицинске сестре је принцип хуманости и поштовања личности, што од ње захтева хуман однос и поштовање личности, што значи да сваког појединца треба поштовати таквог какав јесте са свим својим добрим или лошим особинама без обзира на његову културну, верску, друштвену, политичку или било коју другу припадност.
Женама, као носиоцима људске репродукције и функције материнства, потребно је спровођење специфичних мера за своју здравствену заштиту.

Литература

1 ВОДИЧ за родитеље: раст и развој детета
Водич је настао уз финансијску подршку Канцеларије УНИЦЕФ-а
2. Упутство за обављање пародијских радњи – Министарство здравља
3. Информације и савети за будуће родитеље – УНИЦЕФ
4. Центар за планирање породице и саветовање за труднице – др Митко Ивановски
5. Педијатрија са негом - мр Доминика Рајчановска, др (ауторизовано предавање

UVEK NA OPREZU: SAMOKONTROLA HRONIČNIH BOLESTI U PEDIJATRIJSKOM UZRASTU TOKOM TRAJANJA PERIODA PANDEMIJE COVID-19: PREGLEDNI RAD

MIRJANA SMUĐA, Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola, Katedra za strukovne medicinske sestre, babice i vaspitače, Republika Srbija; Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Republika Srbija
Ivana MINAKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za opštu medicinu i gerijatriju, Republika Srbija; Dom zdravlja "Novi Sad", Republika Srbija
Dejan ŽIVANOVIĆ, Visoka škola socijalnog rada u Beogradu, Republika Srbija
Jovan JAVORAC, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za internu medicinu, Republika Srbija; Institut za plućne bolesti Vojvodine, Sremska Kamenica, Republika Srbija

KRATAK SADRŽAJ

Uvod: Tokom perioda pandemije koronavirusom-19 (COVID-19), širom sveta su nametnuti specifični uslovi u kojima se odvijao život zdrave i bolesne dece. U cilju sprečavanja širenja infekcije COVID-19 u zdravstvenim ustanovama, mnogobrojni kontrolni pregledi, zakazane dijagnostičke i terapijske intervencije su suspendovane. Za najveći broj dece i adolescenata koji boluju od hroničnih bolesti i njihove roditelje, telemedicina je postala dominantni način komunikacije sa zdravstvenim radnicima.
Cilj: Sagledati kako su se različita iskustva (funkcionisanje u porodičnom okruženju, odsustvo deteta iz škole, dostupnost zdravstvene zaštite) pedijatrijskih pacijenata i njihovih roditelja odrazila na samokontrolu hroničnih bolesti tokom trajanja perioda pandemije COVID-19.
Metode: U radu je primenjena empirijska analiza stručne i naučne literature iz bibliografskih baza: PubMed, ScienceDirect, Google Scholar i Cochrane Library.
Rezultati: Zapažena su različita zdravstvena ponašanja dece i adolescenata obolelih od hronične/hroničnih bolesti u zavisnosti od stepena informisanosti porodice u vezi sa načinom prenošenja COVID-19 infekcije, mogućim ishodima ove nepredvidive infekcije kod hroničnih bolesnika, ali i stava roditelja/staratelja prema preventivnim merama koje su usledile. Za većinu pedijatrijskih pacijenata i njihove roditelje ova javno zdravstvena kriza predstavljala je izazov jer je opteretila već kompleksne situacije sa kojima su se nosili samokontrolišući hroničnu bolest u prepandemijskom periodu. Ograničena ili nedovoljna fizička aktivnost, izbegavanje socijalnih interakcija i strah (prvenstveno roditelja) od zaražavanja koronavirusom-19 doveli su do povećanog nivoa stresa u ovoj vulnerabilnoj populaciji. Međutim, za mnoge porodice sa hronično obolelom decom i/ili adolescentima ova vanredna situacija predstavljala je mogućnost za uspostavljanje bolje (samo)kontrole higijensko-dijetetskog i terapijskog režima i povećanje adherentnosti.
Zaključak: Proglašenje pandemije COVID-19 i uvođenje mera za sprečavanje širenja infekcije imali su i negativne i pozitivne efekte na zdravstveno stanje i samokontrolu kod dece i adolescenata obolelih od hroničnih bolesti. S obzirom da Svetska zdravstvena organizacija još uvek nije proglasila kraj pandemije COVID-19, zdravstveni radnici moraju nastaviti da razvijaju odgovarajuće programe za podršku pedijatrijskim pacijentima i njihovim roditeljima u samokontroli hroničnih bolesti u različitim javno zdravstvenim krizama kada je dostupnost zdravstvene zaštite ograničena.
Ključne reči: deca, adolescenti, hronične bolesti, samokontrola, samoupravljanje bolešću, pedijatrija, COVID-19.

SUMMARY

Introduction: During the coronavirus-19 (COVID-19) pandemic, special conditions were imposed over the world, affecting the lives of both healthy and sick children. Numerous check-ups, scheduled diagnostic and therapeutic interventions have been suspended to avoid the spread of the COVID-19 virus in healthcare establishments. Telemedicine has become the primary means of communication with healthcare specialists for the vast majority of children and adolescents suffering from chronic conditions, as well as their parents.
Objective: To examine how varied experiences (functioning in a home setting, absence from school, access to health care) of pediatric patients and their parents were reflected in chronic disease self-management during the COVID-19 pandemic.

Methods: The paper used empirical analysis of professional and scientific literature from bibliographic databases such as PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, and Cochrane Library.
Results: Different health behaviors of children and adolescents with chronic diseases were observed, depending on the family's level of knowledge about the mode of transmission of the COVID-19 infection, the potential outcomes of this unpredictable infection in chronic patients, and the attitude of parents/guardians toward preventive measures that followed. This public health catastrophe posed a difficulty for the majority of pediatric patients and their parents since it added to the already complex conditions they were dealing with by self-managing chronic disease in the pre-pandemic period. Limited or insufficient physical exercise, avoidance of social relationships, and parents' concern about getting the coronavirus-19 have all contributed to a rise in stress in this sensitive demographic.
Conclusion: The announcement of the COVID-19 pandemic and the implementation of infection-prevention measures had both negative and positive effects on the health status and self-management of children and adolescents with chronic diseases. Given that the World Health Organization has not declared the COVID-19 pandemic to be over, health professionals must continue to develop appropriate programs to assist pediatric patients and their parents in the self-management of chronic diseases in various public health crises where health care is limited.
Keywords: children, adolescents, chronic illness, self-care, self-management disease, pediatric, COVID-19.

Kontakt informacije o autorima – Mirjana Smuđa: mirjana.smudja@uns.ac.rs mirjanasmudja@gmail.com
Ivana Minaković: ivana.minakovic@mf.uns.ac.rs
Dejan Živanović: dejan.zivanovic@mf.uns.ac.rs
Jovan Javorac: jovan.javorac@mf.uns.ac.rs

UVOD

Svetska zdravstvena organizacija (SZO), 11. marta 2020. godine proglasila je pandemiju koronavirusom-19 (COVID-19) (1). Širom sveta, usledila je medijska preopterećenost informacijama o nedostatku sredstava za ličnu zaštitu, visokoj stopi mortaliteta, lošijim zdravstvenim ishodima u vulnerabilnim populacijama i o neophodnosti fizičkog/socijalnog distanciranja. Ove uznemirujuće informacije, podigle su već postojeći nivo anksioznosti u porodicama sa decom i adolescentima obolelim od hroničnih bolesti (2-6). Proglašenjem pandemije intenzivirane su razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite pedijatrijskim pacijentima koji žive u lošim socio-ekonomskim uslovima (7).
U Republici Srbiji, prvi slučaj COVID-19 registrovan je 06.03.2020. godine (8). S obzirom da su se tokom perioda pandemije dominantno hospitalizovali odrasli oboleli od težih oblika COVID infekcije, reorganizovan je rad u zdravstvenim ustanovama. Zdravstveni profesionalci različitih obrazovnih profila iz ustanova za zdravstvenu zaštitu dece i adolescenata upućivani su na rad u bolnice ili druge/nameski pripremljene objekte za lečenje i zdravstvenu negu odraslih inficiranih SARS-CoV-2. Zbog toga, tokom prva dva talasa širenja infekcije SARS-CoV-2 mnogobrojni kontrolni pregledi, zakazane dijagnostičke i terapijske intervencije su suspendovane, a duže pedijatrijske hospitalizacije su bile retkost. Ukoliko je bilo indikacija za hospitalizaciju, edukaciju ili reedukaciju pedijatrijskih pacijenata obolelih od hroničnih bolesti ona se sprovodila u skladu sa pisanim procedurama koje su bile donete na nivou Kriznog štaba Republike Srbije i stručnih kolegijuma ustanova.

Globalno posmatrano, za najveći broj dece i adolescenata koji boluju od hroničnih bolesti i njihove roditelje, telemedicina je postala dominantan način komunikacije sa zdravstvenim radnicima. Cilj ovakve organizacije rada zdravstvenih službi bio je da se prevenira širenje infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2 (9-12).

Prekid kontinuiteta zdravstvene zaštite na konvencionalan način i strah od nepoznatog virusa doprineli su da porodice intenziviraju pažnju i opreznost za očuvanje već narušenog zdravlja dece i adolescenata. Koncept samokontrole/samoupravljanja (engl. self-management) (13) prilagođen je pandemijskim uslovima i u najvećoj meri oslanjao se na kapacitete porodice. Međutim, neophodni uslovi za adekvatno (samo)upravljanje hroničnim oboljenjima su višedimenzionalni i podrazumevaju: participaciju pedijatrijskih pacijenata i roditelja, podršku šire društvene zajednice i efikasan sistem zdravstvene zaštite. Literaturni podaci potvrđuju da se tokom pandemije većina roditelja dece sa hroničnim oboljenjima suočavala sa povišenim nivoima stresa i anksioznosti, bolnicu nije doživljavala kao bezbedno mesto (3,14), a postojale su i neposredne prepreke (u vidu nedostatka lekova i medicinskih sredstava) za efikasno samoupravljanje hroničnim bolestima i pridržavanje režima lečenja i zdravstvene nege (15-17).

Pomenute promene pratili su zahtevi za fizičkim/socijalnim distanciranjem, nošenje maski, zatvaranje škola, implementacija koncepta "učenje na daljinu" i dr. Stoga, cilj ovog rada je bio da sagleda kako su se različita iskustva (funkcionisanje u porodičnom okruženju, odsustvo deteta iz škole, dostupnost zdravstvene zaštite) pedijatrijskih pacijenata i njihovih roditelja odrazila na samokontrolu hroničnih bolesti tokom trajanja perioda pandemije COVID-19.

METODE

U radu je primenjena empirijska analiza stručne i naučne literature iz bibliografskih baza: PubMed, ScienceDirect, Google Scholar i Cochrane Library. Za pretragu literature korišćene su sledeće ključne reči na engleskom jeziku: deca, adolescenti, hronične bolesti, samokontrola, samoupravljanje bolešću, pedijatrija, COVID-19.
Sproveden je pregled dostupne literature koji je tematski organizovan na sledeće oblasti: individualni/porodični faktori i izazovi "učenja na daljinu" povezani sa samokontrolom hroničnim bolestima i dostupnost zdravstvene zaštite tokom trajanja perioda pandemije.

REZULTATI RADA SA DISKUSIJOM

Individualni/porodični faktori i izazovi "učenja na daljinu" povezani sa samokontrolom hronične bolesti pedijatrijskih pacijenata tokom trajanja pandemije

Za većinu pedijatrijskih pacijenata i njihove roditelje ova javno zdravstvena kriza predstavljala je izazov jer je opteretila već kompleksne situacije sa kojima su se nosili samokontrolišući hroničnu bolest u prepandemijskom periodu. Ograničena ili nedovoljna fizička aktivnost dece, obustavljene bolničke posete, izbegavanje socijalnih interakcija i strah (prvenstveno roditelja) od zaražavanja koronavirusom-19 doveli su do povećanog nivoa stresa u ovoj vulnerabilnoj populaciji (3,13,18,19). Zapažena su različita zdravstvena ponašanja dece i adolescenata obolelih od hronične bolesti u zavisnosti od stepena informisanosti porodice u vezi sa načinom prenošenja COVID-19 infekcije, mogućim ishodima ove nepredvidive infekcije kod hroničnih bolesnika, ali i stava roditelja/staratelja prema preventivnim merama koje su usledile.

Takođe, kapaciteti porodica i socio-ekonomski uslovi u kojima deca žive bili su snažni prediktori samoupravljanja hronicitetom (15). Literaturni podaci ukazuju na neophodnost detektovanja problema u marginalizovanim porodicama gde bolesna deca i adolescenati ne mogu zadovoljiti svoje potrebe ili su pak izložena porodičnom nasilju (16,17,20). Na rizik o povećanom nasilju prema deci tokom trajanja perioda pandemije upozoravao je *Cuartas* (21).

Međutim, za mnoge porodice sa hronično obolelom decom i/ili adolescentima ova vanredna situacija predstavljala je mogućnost za uspostavljanje bolje (samo)kontrole higijensko-dijetetskog i terapijskog režima i povećanje adherentnosti (13,17,22,23). Ovakvi rezultati mogu se obrazložiti optimalnijom organizacijom dnevnih aktivnosti i povećanom participacijom članova porodice u vezi sprovođenja različitih zadataka koji utiču na povećanje adherentnosti dece i adolescenata sa hroničnim oboljenjem.

Suspendovanje pohađanja nastave u školskim prostorijama, negativno je uticalo na decu i adolescente koja su u prepandemijskim uslovima tokom boravka u školi imala podršku medicinskih sestara u samokontroli hronične bolesti (13). Međutim, za mnoge pedijatrijske pacijente, pre svega decu obolele od dijabetesa boravak u kućnim uslovima olakšao je organizovanje obroka i unapredio glikoregulaciju (23). Sa ovim tvrdnjama su u suprotnosti rezultati studije *Turan i saradnika* (24). Deca sa sezonskim respiratornim alergijama su imala manji broj egzacerbacija bolesti (25), a potencijalni razlozi za to su fizičko/socijalno distanciranje i pad incidence drugih respiratornih infekcija. Iako je prisustvo medicinskih sestara u školama od neprocenjivog značaja za psihološko blagostanje roditelja dece i adolescenata sa hroničnim oboljenjima, ovakav vid podrške nije organizovan u većini zemalja sveta. Uzimajući u obzir aktuelnu situaciju u vezi sa nedostatkom kadra pedijatrijskih sestara u Republici Srbiji nije realno očekivati prisustvo "školske medicinske sestre" u punom fondu časova u prepodnevnoj i poslepodnevnoj smeni. Međutim, trebalo bi obezbediti nadzor i podršku u samokontroli hronične bolesti deci predškolskog i mlađeg školskog uzrasta.

Dostupnost zdravstvene zaštite tokom trajanja pandemije

Sistematskim preglednim radom i metaanalizom iz 2022. godine potvrđeno je da se na globalnom nivou tokom trajanja perioda pandemije kod pedijatrijskih pacijenata sa novodijagnostikovanim dijabetesom melitus tip 1 (T1DM)

kasnilo sa prepoznavanjem znakova i simptoma bolesti, te je zabeležen povećan broj hospitalizovane dece i adolescenata u stanju dijabetesne ketoacidoze (DKA) (26).

Literaturni podaci potvrđuju da je kod većine dece i adolescenata klinička manifestacija infekcije SARS-CoV-2 blaga (12,19), ali da postoji povećan rizik za razvoj težih reakcija organizma kod pedijatrijskih pacijenata sa hroničnim oboljenjima poput astme, novodijagnostikovanim T1DM uz manifestaciju dijabetesne ketoacidoze (DKA), urođenom srčanom slabošću, epilepsijom, cerebralnom paralizom i anemijom srpastih ćelija (27-29,30). *Shi* (27) i *Kara* (31) *i saradnici* utvrdili su da deca sa astmom imaju povećan rizik od teže kliničke manifestacije infekcije SARS-CoV-2, a u suprotnosti sa ovim tvrdnjama su rezultati *González-García i saradnika* (32).

Uzimajući u obzirom nepovoljan položaj dece sa hroničnim oboljenjima koja žive u lošim socio-ekonomskim uslovima, neophodno je na nivou primarne zdravstvene zaštite i patronažne službe pojačati nadzor i podršku u vulnerabilnim porodicama, a po potrebi uključiti i lokalnu samoupravu u rešavanje problema koji su izvan kompetencija zdravstvenih službi.

Dosadašnja iskustva u vezi sa oboljevanjem dece i adolescenata od COVID-19

I ako se infekcija SARS-CoV-2 u pedijatrijskom uzrastu manifestuje uglavnom blagom kliničkom slikom (sa subfebrilnom/febrilnom/visoko febrilnom temperaturom u trajanju do tri dana, umerenim tegobama na nivou gornjih partija respiratornog i/ili gastrointestinalnog trakta), u četvrtom talasu obololevao je veliki broj dece svih uzrasnih grupa. Iz tog razloga došlo se do novih saznanja o prezentaciji bolesti u vidu neuroloških tegoba a određen broj pedijatrijskih pacijenata nakon infekcije SARS-CoV-2 razvilo je multisistemski inflamatorni sindrom (MIS-C). Literaturni podaci u kojima je opisan MIS-C ukazuju da ova komplikacija infekcije SARS-CoV-2 nije do kraja razjašnjena (19,28,29,33). U studijama *Di Cicco* (19) i *Feldstein* (33) *i saradnika* navodi se da se MIS-C razvija nakon preležane infekcije SARS-CoV-2 u period od dve do šest nedelja kod prethodno zdrave dece i adolescenata. Sa ovim tvrdnjama u suprotnosti su nalazi *Naguib* (28) i *Sherif* (29) *i saradnika* koji su opisali istovremenu pojavu MIS-C-a sa novodijagnostikovanim T1DM, kao i rezultati autora *Esposito i Principi* (34) koji su opisali razvoj MIS-C-a tokom akutne faze infekcije SARS-CoV-2.

Učestalost MIS-C-a je mala (10-15/100000 u populaciji mlađih od 21 godine) ali ozbiljnost ovog životno ugrožavajućeg inflamatornog stanja sa multisistemskom prezentacijom (35), obavezuje sve zdravstvene radnike da sprovode odgovarajuću edukaciju i informišu roditelje dece i adolescenata sa hroničnim oboljenjima o značaju pravovremenog prepoznavanja znakova pogoršanja zdravstvenog stanja kako tokom akutne faze tako i nakon preležane infekcije SARS-CoV-2. Ohrabrujući su podaci iz studije *Zuccotti i saradnika* (36) koji su utvrdili da ozbiljnost početne kliničke prezentacije MIS-C-a nije povezana sa dugotrajnim posledicama, uz datu preporuku za sprovođenjem longitudinalnih istraživanja kako bi se proverili njihovi rezultati.

ZAKLJUČAK

Proglašenje pandemije COVID-19 i uvođenje mera za sprečavanje širenja infekcije imali su i negativne i pozitivne efekte na zdravstveno stanje i samokontrolu kod dece i adolescenata obolelih od hroničnih bolesti, a samim tim i na psihološko blagostanje roditelja,

I ako se na osnovu dostupnih literaturnih podataka može zaključiti da se infekcija SARS-CoV-2 kod pedijatrijskih pacijenata pa i onih sa hroničnim oboljenjima manifestuje uglavnom blagom kliničkom slikom, neophodno je edukovati roditelje za pravovremeno prepoznavanje znakova pogoršanja zdravstvenog stanja.

S obzirom da SZO još uvek nije proglasila kraj pandemije COVID-19, zdravstveni radnici moraju nastaviti da razvijaju odgovarajuće programe za podršku pedijatrijskim pacijentima i njihovim roditeljima u samokontroli hroničnih bolesti u različitim javno zdravstvenim krizama kada je dostupnost zdravstvene zaštite ograničena.

LITERATURA

1. World Health Organization, 2020, “WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020”, Dostupno na: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19 11-march-2020

2. Pinquart M, and Shen Y, 2011, "Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis", "Acta Paediatrica", "8", 1069–1076
3. Wauters A, Vervoort T, Dhondt K, Soenens B, Vansteenkiste M, Morbée S, Waterschoot J, Haerynck F, Vandekerckhove K, Verhelst H, Van Aken S, Raes A, Schelstraete P, Walle JV, and Van Hoecke E, 2022, "Mental Health Outcomes Among Parents of Children With a Chronic Disease During the COVID-19 Pandemic: The Role of Parental Burn-Out", "J Pediatr Psychol", "4", 420-431
4. Marchetti D, Fontanesi L, Mazza C, Di Giandomenico S, Roma P, and Verrocchio MC, 2020, "Parenting-Related Exhaustion During the Italian COVID-19 Lockdown", "J Pediatr Psychol", "10", 1114-1123
5. Marino LV, Wagland R, Culliford DJ, Bharucha T, Sodergren SC, and Darlington AE, 2021, "No Official Help Is Available"-Experience of Parents and Children With Congenital Heart Disease During COVID-19", "World J Pediatr Congenit Heart Surg", "4", 500-507
6. Collaço N, Campion A, McNicholas R, and Darlington AS, 2023, "COVID-19- Experiences and support needs of children and young people with Hydrocephalus and parents in the United Kingdom", "Childs Nerv Syst", "20", 1–8
7. Choudhary A, Adhikari S, and White PC, 2022, "Impact of the COVID-19 pandemic on management of children and adolescents with Type 1 diabetes", "BMC Pediatr", "1", 124
8. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović, Batut" 2022, "Coronavirus Statistics". Dostupno na: https://covid19.rs/
9. Shah AC, and Badawy SM, 2021, "Telemedicine in Pediatrics: Systematic Review of Randomized Controlled Trials", "JMIR Pediatr Parent", "1":e22696
10. Lim ST, Yap F, and Chin X, 2020, "Bridging the Needs of Adolescent Diabetes Care During COVID-19: A Nurse-Led Telehealth Initiative", "J Adolesc Health", "4", 615-617
11. Chobot A, Lanzinger S, Alkandari H, Todd Alonso G, Blauensteiner N, Coles N, De Sanctis L, Mul D, Saboo B, Smart C, Tsai MC, Zabeen B, and Dovc K, 2023, "Diabetes care practices and outcomes in 40.000 children and adolescents with type 1 diabetes from the SWEET registry during the COVID-19 pandemic", "Diabetes Res Clin Pract", "202",110809
12. Taylor R 3rd, and Mallon D, 2021, "COVID-19 and Pediatric Gastroenterology", "Pediatr Clin North Am", "6", 1157-1169
13. Plevinsky JM, Young MA, Carmody JK, Durkin LK, Gamwell KL, Klages KL, Ghosh S, and Hommel KA, 2020, "The Impact of COVID-19 on Pediatric Adherence and Self-Management", "J Pediatr Psychol", "9", 977-982
14. Darlington AE, Morgan JE, Wagland R, Sodergren SC, Culliford D, Gamble A, and Phillips B, 2021, "COVID-19 and children with cancer: Parents' experiences, anxieties and support needs", "Pediatr Blood Cancer", "2", e28790
15. Alfayez OM, Aldmasi KS, Alruwais NH, Bin Awad NM, Al Yami MS, Almohammed OA, and Almutairi AR, 2022, "Incidence of Diabetic Ketoacidosis Among Pediatrics With Type 1 Diabetes Prior to and During COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis of Observational Studies", "Front Endocrinol (Lausanne)", "13", 856958.
16. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, and Clemens V, 2020, "Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality", "Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health", "14", 20.
17. Serlachius A, Badawy SM, and Thabrew H, 2020, "Psychosocial Challenges and Opportunities for Youth With Chronic Health Conditions During the COVID-19 Pandemic", "JMIR Pediatr Parent", "2", e23057
18. Harvey K, 2023, "Parents of children with congenital heart defects during the COVID-19 pandemic: An examination of mental health variables, risk factors, and protective factors", "Heart Lung", "57", 130-139
19. Di Cicco M, Tozzi MG, Ragazzo V, Peroni D, and Kantar A, 2021, "Chronic respiratory diseases other than asthma in children: the COVID-19 tsunami", "Ital J Pediatr", "1", 220
20. Green P, 2020, "Risks to children and young people during covid-19 pandemic", "BMJ", m1669
21. Cuartas J, 2020, "Heightened risk of child maltreatment amid the COVID-19 pandemic can exacerbate mental health problems for the next generation", "Psychol Trauma", "S1", S195-S196
22. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, and Joshi G, 2020, "Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations", "Psychiatry Res", "293", 113429
23. Marigliano M, and Maffeis C, 2021, "Glycemic control of children and adolescents with type 1 diabetes improved after COVID-19 lockdown in Italy", "Acta Diabetol", "5", 661-664

24. Turan H, Günes-Kaya D, Tarcın G, and Evliyaoglu SO, 2021, "Effect of the COVID-19 quarantine on metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes", "Endocrinologia, Diabetes y Nutricion (Engl Ed)", "3", 201-208
25. Munblit D, Greenhawt M, Brough HA, Pushkareva A, Karimova D, Demidova A, Warner JO, Kalayci O, Sediva A, Untersmayr E, Rodriguez Del Rio P, Vazquez-Ortiz M, Arasi S, Alvaro-Lozano M, Tsabouri S, Galli E, Beken B, and Eigenmann PA, 2022, "Allergic diseases and immunodeficiencies in children, lessons learnt from COVID-19 pandemic by 2022: A statement from the EAACI-section on pediatrics", "Pediatr Allergy Immunol", "10", e13851
26. Rahmati M, Keshvari M, Mirnasuri S, Yon DK, Lee SW, Il Shin J, and Smith L, 2022, "The global impact of COVID-19 pandemic on the incidence of pediatric new-onset type 1 diabetes and ketoacidosis: A systematic review and meta-analysis", "J Med Virol", "11", 5112-5127
27. Shi T, Pan J, Katikireddi SV, McCowan C, Kerr S, Agrawal U, Shah SA, Simpson CR, Ritchie LD, Robertson C, and Sheikh A, 2022, "Public Health Scotland and the EAVE II Collaborators. Risk of COVID-19 hospital admission among children aged 5-17 years with asthma in Scotland: a national incident cohort study", "Lancet Respir Med", "2", 191-198
28. Naguib MN, Raymond JK, and Vidmar AP, 2020, "New onset diabetes with diabetic ketoacidosis in a child with multisystem inflammatory syndrome due to COVID-19", "J Pediatr Endocrinol Metab", "34", 147–50
29. Sherif EM, Elhenawy YI, Matter RM, Aly HH, Thabet RA, and Fereig YA, 2021, "Clinical characteristics and outcome of hospitalized children and adolescent patients with type 1 diabetes during the COVID-19 pandemic: data from a single center surveillance study in Egypt", "J Pediatr Endocrinol Metab", "7", 925-936
30. Zhang JJ, Dong X, Liu GH, and Gao YD, 2023, "Risk and Protective Factors for COVID-19 Morbidity, Severity, and Mortality", "Clin Rev Allergy Immunol", "1", 90-107
31. Kara AA, Böncüoğlu E, Kıymet E, Arıkan KÖ, Şahinkaya Ş, Düzgöl M, Cem E, Çelebi M, Ağın H, Bayram SN, Özkan B, and Devrim İ, 2021, "Evaluation of predictors of severe-moderate COVID-19 infections at children: A review of 292 children", "J Med Virol", "12", 6634-6640
32. González-García N, Castilla-Peón MF, Solórzano Santos F, Jiménez-Juárez RN, Martínez Bustamante ME, Minero Hibert MA, and Garduño-Espinosa J, 2021, "Covid-19 Incidence and Mortality by Age Strata and Comorbidities in Mexico City: A Focus in the Pediatric Population", "Front Public Health", "9", 738423
33. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, Newburger JW, Kleinman LC, Heidemann SM, Martin AA, Singh AR, Li S, Tarquinio KM, Jaggi P, Oster ME, Zackai SP, Gillen J, Ratner AJ, Walsh RF, Fitzgerald JC, Keenaghan MA, Alharash H, Doymaz S, Clouser KN, Giuliano JS Jr, Gupta A, Parker RM, Maddux AB, Havalad V, Ramsingh S, Bukulmez H, Bradford TT, Smith LS, Tenforde MW, Carroll CL, Riggs BJ, Gertz SJ, Daube A, Lansell A, Coronado Munoz A, Hobbs CV, Marohn KL, Halasa NB, Patel MM, and Randolph AG, 2020, "Overcoming COVID-19 Investigators; CDC COVID-19 Response Team. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents", "N Engl J Med", "4", 334-346
34. Esposito S, and Principi N, 2021, "Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Related to SARS-CoV-2", "Pediatric Drugs", "23", 119-129
35. Bjelica M, Vilotijević Dautović G, Đuretić A, and Spasojević S, 2021, "Multisistemski inflamatorni sindrom kod dece povezan sa bolešću COVID-19 kod devojčice uzrasta 11 godina", "Srpski arhiv za celokupno lekarstvo" "9-10", 604-8
36. Zuccotti G, Calcaterra V, Mannarino S, D'Auria E, Bova SM, Fiori L, Verduci E, Milanese A, Marano G, Garbin M, Zirpoli S, Fabiano V, Carlucci P, Olivotto S, Gianolio L, De Santis R, Pelizzo G, Zoia E, Dilillo D, and Biganzoli EM, 2023, "Six-month multidisciplinary follow-up in multisystem inflammatory syndrome in children: An Italian single-center experience", "Front Pediatr", "10",1080654

УЛОГА ПАТРОНАЖНЕ СЕСТРЕ У ОТКРИВАЊУ И ПОКАЗИВАЊУ СТАЊА ДИЈАБЕТЕСА СТАНОВНИШТВА НА ТЕРИТОРИЈИ РЕПУБЛИКЕ СЕВЕРНЕ МАКЕДОНИЈЕ У ПЕРИОДУ 2018-2022.

Сузана ЂОРЂИЈЕВСКА, ЈЗУ-Здравствени центар -Скопље Р.С.Македонија
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука - Универзитет, Гоце Делчев, Штип, РС. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медика-Кочани

Апстракт

Увод: Дијабетес је хронична метаболичка болест коју карактерише хронична хипергликемија као последица ниског нивоа хормона инсулина или отпорности ткива на дејство инсулина, у комбинацији са смањеним лучењем инсулина.
Циљ: Приказати укупан број регистрованих оболелих од дијабетеса (преваленција) у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022. године, анализирати пацијенте по полу, старости, месту становања, према врсти дијабетеса, као и приказ укупан број новорегистрованих пацијената са дијабетесом (инциденција). Да укаже на озбиљност компликација дијабетеса и потребу за превенцијом.
Материјали и методе: Дескриптивна епидемиолошка метода са ретроспективним истраживањем за период 2018-2022, подаци добијени из Регистра дијабетеса Института за јавно здравље у Републици Северној Македонији. Подаци су приказани у табелама и графиконима.
Резултати и дискусија: У Републици Северној Македонији у 2018. години било је регистровано укупно 75.429 лица, 2019. године регистровано 89.964 лица, 2020. године регистровано је 133.803 лица, 2021. године укупно је регистровано 135.690 лица, док је регистровано 135.690 лица. у 2022. години укупан број оболелих од дијабетеса је 134668.
Закључак: У периоду од 2018. до 2022. године бележи се пораст укупног броја регистрованих оболелих од дијабетеса (преваленција), као и пораст укупног броја новорегистрованих дијабетеса (инциденција). Највећи број особа са дијагнозом Е11-Инсулин независан дијабетес мелитус, према месту становања доминира урбана средина, по старосним групама издваја се становништво преко 60 година, а према полу преовлађује у женском роду у односу на мушко становништво.

Кључне речи: дијабетес, хипергликемија, преваленција, инциденција

УВОД

Дијабетес је хронична доживотна болест где постоји повећана вредност шећера у крви, као последица недовољног лучења инсулина из панкреаса или због тога што ћелије у телу не реагују на инсулин који се производи.

Три главна типа дијабетеса су: Дијабетес типа 1, дијабетес типа 2 и гестацијски дијабетес: Дијабетес типа 1 - постоји недовољна секреција инсулина због аутоимуног процеса који уништава бета ћелије панкреаса и захтева свакодневну примену инсулина. Симптоми су: полиурија, полидипсија, стална глад, умор, промене вида, губитак тежине. Дијабетес типа 2 – лучи се довољно инсулина, али се не користи довољно (инзулинска резистенција), а симптоми су слични дијабетесу типа 1. Овај тип дијабетеса је много чешћи од дијабетеса типа 1 (85-90% свих типова). дијабетеса). Највећи број ових пацијената (преко 90%) је гојазан. Гестацијски дијабетес је хипергликемија која се први пут јавља у трудноћи и важан је фактор ризика за развој дијабетеса као трајног стања у наредних 10-20 година.
Дијабетес може имати акутне и хроничне компликације, може бити узрок кардиоваскуларних, можданих и бубрежних болести, може бити узрок инвалидитета и морталитета код ових пацијената. Лечи се: одговарајућом исхраном (режим исхране), оралним антидијабетицима и инсулином, физичком активношћу и едукацијом за самоконтролу болести. Правилан третман и контрола болести могу осигурати нормалан просечан живот пацијента.

Циљ: представити стање са дијабетесом на територији Републике Македоније у периоду 2018-2022, анализирати пацијенте према броју, полу, старости, месту становања, указати на тежину компликација дијабетеса и потребу за повећати мере превенције.

Материјали и методе: Дескриптивна епидемиолошка метода обраде података добијених из ретроспективне студије из Регистра дијабетеса Института за јавно здравље Републике Македоније, у периоду 2018-2022, приказана у табелама и графиконима.

ИИ РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Табела 1. Укупан број регистрованих пацијената са дијабетесом (преваленција) по полу у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022. године

Укупан број регистрованих оболелих од дијабетеса (преваленција) по полу у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022.			
година	**укупно**	**мушки пол**	**женски пол**
2018	75429	33094	42335
2019	89964	39648	50316
2020	133803	59143	74660
2021	135690	59870	75820
2022	134668	59193	75475

Табела 2. Укупан број регистрованих оболелих од дијабетеса (преваленција) према месту пребивалишта у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022. године

Укупан број регистрованих оболелих од дијабетеса (преваленција) према месту пребивалишта у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022. године			
година	**укупно**	**град**	**село**
2018	75429	56104	19325
2019	89964	65475	24489
2020	133803	92011	41792
2021	135690	92724	42966
2022	134668	90956	43712

Табела 3. Укупан број регистрованих пацијената са дијабетесом према старости у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022године

Укупан број регистрованих пацијената са дијабетесом према старости у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022године																
2018																
0-	**5-**	**10-**	**15-**	**20-**	**25-**	**30-**	**35-**	**40-**	**45-**	**50-**	**55-**	**60-**	**65-**	**70-**	**75-**	**80**
5	5	11	6	23	50	107	162	290	455	726	981	1092	1140	789	567	351
2019																
0-	**5-**	**10-**	**15-**	**20-**	**25-**	**30-**	**35-**	**40-**	**45-**	**50-**	**55-**	**60-**	**65-**	**70-**	**75-**	**80**
7	46	100	169	211	353	597	1057	2034	3499	6304	9655	13227	15755	13579	10871	12500
2020																

0-	**5-**	**10-**	**15-**	**20-**	**25-**	**30-**	**35-**	**40-**	**45-**	**50-**	**55-**	**60-**	**65-**	**70-**	**75-**	**80**
5	67	154	210	331	504	903	1706	3234	5615	9619	14747	19940	23102	20660	15152	17854
2021																
0-	**5-**	**10-**	**15-**	**20-**	**25-**	**30-**	**35-**	**40-**	**45-**	**50-**	**55-**	**60-**	**65-**	**70-**	**75-**	**80**
5	74	151	220	354	552	959	1843	3316	5916	9612	14993	20227	23520	21401	15065	17482
2022																
0-	**5-**	**10-**	**15-**	**20-**	**25-**	**30-**	**35-**	**40-**	**45-**	**50-**	**55-**	**60-**	**65-**	**70-**	**75-**	**80**
11	81	170	229	369	584	1031	1952	3523	6119	9965	15449	20320	23532	21968	14699	14666

Подаци показују пораст укупног броја регистрованих оболелих од дијабетеса у Македонији (преваленција) у периоду 2018-2022, тако да је у 2018. години регистровано укупно 75429 лица, у 2019. години регистровано је 89964 лица, у 2020. повећање броја регистрованих лица - 133803 лица, у 2021. години 135690 лица, ау 2022. години незнатно смањење броја - 134668 лица. Највише оболелих од дијабетеса су старије особе, са порастом старости расте и број регистрованих случајева. Најмање оболелих је међу особама млађим од 5 година, док је највише оболелих међу особама старијим од 60 година. Према полу, болест је доминантна међу женском популацијом, а према месту становања доминира урбана средина.

Табела 4. Укупан број регистрованих пацијената према врсти дијабетеса у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022. Године

Укупан број регистрованих пацијената према врсти дијабетеса у Републици Северној Македонији у периоду 2018. до 2022. Године					
дијагноза	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Е10 Инсулин - зависен дијабетес мелитус	1509	1058	1020	1091	1174
Е11Инсулин - независен дијабетес мелитус	73861	88838	132672	134457	133339
Е13 Друг означен дијабетес мелитус	13	36	52	62	71
Е14 Неозначен дијабетес мелитус	20	32	58	79	83
О24 Дијабетес мелитус во бременост	26	/	/	/	/
Е 23Хипофункција и други заболувања на хипофизата	/	/	1	1	1

У Р.С. Македонија, укупан број регистрованих пацијената са дијабетесом по типу дијабетеса у периоду од 2018. до 2022. године је променљив, па је број оболелих од инсулин-зависног дијабетес мелитуса Е10 у опадању, односно у 2018. години број регистрованих људи са овом дијагнозом је 1509, у наредне две године ће доћи до смањења овог броја. У наредне две године укупан број регистрованих лица ће се поново повећати (1091 лице у 2021. години, 1174 лица у 2022. години). Број регистрованих особа са дијабетесом са дијагнозом Е11 Инсулин-независни дијабетес мелитус, Е13 Други означени дијабетес мелитус, Е14 немаркирани дијабетес мелитус константно расте. У 2018. години регистровано је 26 особа са дијагнозом О24 дијабетес мелитус у трудноћи, док у наредним годинама није регистрован ниједан случај са овом врстом дијабетеса.

Табела 7. Укупан број новорегистрованих оболелих од дијабетеса по полу у Републици Северној Македонији у периоду од 2018. до 2022. Године

Укупан број новорегистрованих оболелих од дијабетеса по полу у Републици Северној Македонији у периоду од 2018 до 2022 година			
година	**укупно**	**мушки пол**	**женски пол**
2018	6760	3043	3717

2019	5378	2485	2893
2020	7432	3457	3975
2021	7460	3454	4006
2022	7737	3464	4273

Укупан број новорегистрованих дијабетеса у РС. Македонија је у периоду од 2018. до 2022. године забележила пораст, тако да је 2018. године број новорегистрованих пацијената износио 6760, 2019. године је забележен пад: број новорегистрованих пацијената био је 5378, али је 2020. године поново забележен пораст - број новорегистрованих пацијената са дијабетесом је 7432, у наредне две године такође постоји пораст: 2021. регистровано је 7460 особа, 2022. године 7737 особа. Што се тиче полне дистрибуције, уочава се незнатна превага женског пола у односу на мушку популацију.

ЗАКЉУЧАК

У Р.С. Македонија у периоду од 2018. до 2022. године бележи пораст укупног броја регистрованих оболелих од дијабетеса (преваленција), тако да је у 2018. години регистровано укупно 75429 лица, 2019. године 89964 лица, 2020. нагло повећање броја, регистровано је 133.803, у 2021. регистровано их је укупно 135.690, док је 2022. године забележен благи пад укупног броја оболелих од дијабетеса - 134.668. Најмање оболелих је међу млађим лицима. 5 година, док је највише оболелих међу особама старијим од 60 година. По полу доминира женско становништво, а према месту становања доминира урбана средина. Укупан број регистрованих оболелих од дијабетеса по типу дијабетеса у Републици Македонији у периоду од 2018. до 2022. године је променљив, па је број оболелих од инсулин-зависног дијабетес мелитуса Е10 у опадању, односно у 2018. години има највећи број регистрованих особа са овом дијагнозом, док ће у наредне две године доћи до смањења овог броја. У наредне две године бележи се још један пораст укупног броја регистрованих лица. Број људи којима је дијагностикован Е11 инсулин-зависни дијабетес мелитус стално расте. Број особа са О24 дијабетес мелитусом у трудноћи само у 2018. години је 26, у осталим годинама нема регистрованих случајева.
Дијабетес је једна од најраспрострањенијих болести у савременом свету, у последње три деценије бележи се брза прогресија преваленције, посебно у земљама са ниским и средњим стандардом, ау наредне три деценије се очекује да ће се овај број удвостручити. Рана дијагноза и одговарајући третман дијабетеса је примарни начин за превенцију и одлагање компликација код ових пацијената, посебно кардиоваскуларних компликација. Може се спречити код огромног броја људи у ризику едукацијом о правилном начину живота – правилној исхрани и физичкој активности.

Коришћена литература:

1. Jyothi Vijayaraghavan; Judy S. Crabtree, PhD., DIABETES, str. 4
2. Речица Вјоса, Мемети Шабан, Трајковски Марко, Лисинац Надежда, Регистар за шеќерна болест,Институт за јавно здравје на Р.С.М., 2022
3. National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC), Your Guide to Diabetes: Type 1 and Type 2NIH Publication No. 14–4016 December 2013,
4. Kulkarni Anjali,Diebetes, A Barquilla García, Brief update on diabetes for general practitioners, Rev Esp Sanid Penit 2017; 19: 57-65
5. Rafael Simó and Cristina Hernández, Treatment of Diabetes Mellitus: General Goals and Clinical Practice Management,2023.
6. Michael See, MS, RCEP, CDE, Massachusetts Medical Interpreter Conference June 2019,

Nhung H. Nguyen, Diabetes,
7. World Health Organization, Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications, WHO/NCD/NCS/99.2
8. Здравкова В., Панова Г., Џидрова Б., Шуманов Ѓ., Николовска Л., НЕГА НА БОЛНИ СО ДИЈАБЕТЕС – како јавно здравствен проблем,
9. Петровски Г, Димитровски Ч, Садикарио С, Богоев М, Миленковиќ Т, ХИПЕРТЕНЗИЈА И ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС,

НИВО ЗНАЊА, СТАВОВИ И ПРАКСА ЖЕНА У РЕПРОДУКЦИЈИ У ВЕЗИ СЕКСУАЛНО ПРЕНОСИВИХ БОЛЕСТИ

Наталија ДЕЧОВСКИ, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
Валентина ГОРИЧАНЕЦ, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
Катерина ЛАЗАРЕВА, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
Даниела ДАМЈАНОСКА, ТОДОРОВСКА Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
Лејла АСАНИ, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија

КРАТАК САДРЖАЈ

Увод.Сексуално преносиве болести (СПИ) су међу најчешћим инфекцијама у свету и имају далекосежне здравствене, социјалне и економске последице за милионе жена, мушкараца и деце. Најчешћи СПИ су гонореја, кламидија, сифилис, ХИВ/АИДС, ХПВ, хепатитис Б и Ц, херпес, трихомонијаза и кандидијаза. У развијеним земљама СПИ су у врху пет болести које погађају популацију током репродуктивног периода. Велики број студија указује да је смањен приступ одговарајућим информацијама и недостатак друштвене подршке у остваривању права на тачне информације у вези са сексуалношћу и репродуктивним здрављем главни разлог ризичног сексуалног понашања и повећаног ризика од сексуално преносивих болести укључујући ХИВ инфекцију.
Циљ Процијенити ниво знања, ставова и праксе у вези са сексуално преносивим болестима према старости, националности, образовању, запослењу и мјесту становања.
Методологија Истраживање је спроведено проспективном трансверзалном студијом пресека која је заснована на бази података изведеној из теренског истраживања репродуктивног здравља жена у репродуктивном периоду. Циљна популација је била 600 жена у репродуктивном периоду десет месних заједница старости 15-49 година подељених у 7 старосних група. Значај разлика у дистрибуцији одговора је тестирање са тестовима непараметарске статистике. Сви статистички тестови су обрађени применом тражене статистичке значајности $p<0,05$, а резултати су интерпретирани као статистички значајни.
Резултати. Статистички значајна разлика од $p<0,05$ добијена је анализом старости, степена образовања, етничке припадности, статуса запослења и места становања и недостатка знања о било којим сексуално преносивим инфекцијама и њиховим симптомима. Највећи недостатак знања о било којим сексуалнопреносивим инфекцијама и њиховим симптомима забележен је у старосној групи 15-19 година (23,4%, 39,5%), међу испитаницама са ниским образовањем (49%, 56,7%), женама Ромске и Турске националности (50%); 58,8%), жене примаоци социјалне помоћи (49%, 58,8%) и жене из локалне заједнице 1 (40%, 46,7%).
Закључак. Резултати анализе нивоа знања о сексуално преносивим инфекцијама показали су да постоји нижи ниво знања, различити ставови и пракса у вези са полно преносивим инфекцијама према старости, степену образовања, националности, радном статусу и месту становања. Забрињава чињеница да млади од 15-24 године имају најнижи ниво знања о сексуално преносивим болестима и њиховим симптомима. Полазећи од чињенице да је старосна граница за сексуалну активност све нижа, а старосна граница за склапање брака све већа, продужени период предбрачне сексуалне активности, промена већег броја партнера, биолошка угроженост младих девојака и недовољна свест о СПИ, њиховим симптомима и последицама, може довести до епидемије СПИ и дугорочних последица по репродуктивно здравље жена.

Кључне речи.сексуално преносиве болести, жене у репродукцији, знање

SUMMARY

Introduction. Sexually transmitted disease (STIs) are among the most common infections in the world and have far-reaching health, social and economic consequences for millions of women, men and children. The most common STIs are gonorrhea, chlamydia, syphilis, HIV/AIDS, HPV, Hepatitis B and C, herpes, trichomoniasis and candidiasis. In developed countries, STIs are at the top of the five diseases that affect the population during the reproductive period. A large number of studies indicate that the reduced access to appropriate information and the lack of social support in realizing the right to correct information regarding sexuality and reproductive

health is the main reason for risky sexual behavior and the increased risk of sexually transmitted diseases including HIV infection.
ObjectiveTo assess the level of knowledge, attitudes and practice regarding STIs according to age, nationality, education, employment and place of residence;
MethodologyThe survey was conducted by prospective transversal (cross-sectional) study that was based on a database derived from field research on reproductive health of women in the reproductive period.The target population was 600 women in the reproductive period of ten local communitiesaged 15-49 years divided into 7 age groups. The significance of the differences in the distribution of answers are testing with tests of nonparametric statistics. All statistical tests were processed by applying the required statistical significance of $p<0.05$, results interpreted as statistically significant.
Results. Statistically significant difference of $p<0,05$ was obtained from the analysis of age, education level, ethnicity, employment status and place of residence and lack of knowledge about any STIs and their symptoms. The biggest lack of knowledge about any STIs and their symptoms were recorded in the age group 15-19 years (23.4%, 39.5%), among respondents with low education (49%, 56.7%), Roma and Turkish women (50%; 58.8%), welfare recipients (49%, 58.8%) and women from the local community 1 (40%, 46.7%).
Conclusion. The results of the analysis of the level of knowledge about STIs showed there is a lower level of knowledge, different attitudes and practices regarding sexually transmitted infections by age, educational level, nationality, employment status and place of residence. The fact that young people aged 15-24 have the lowest level of knowledge about STIs and their symptoms is worrying. Starting from the fact that the age limit for sexual activity is getting lower and the age limit for getting married is getting higher, the prolonged period of premarital sexual activity, the change of a larger number of partners, the biological vulnerability of young girls and the insufficient awareness of STIs, their symptoms and consequences, can lead to an epidemic of STIs and long-term consequences for women's reproductive health.

Keywords. Sexually transmitted disease, women in reproduction, knowledge

Контакт информације о ауторима

Наталија ДЕЧОВСКИ, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
маил: n_decovski@yahoo.com
Валентина ГОРИЧАНЕЦ, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
маил: v_goricanec@yahoo.com
Катерина ЛАЗАРЕВА, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
маил: ketivodno@yahoo.com
Даниела ДАМЈАНОСКА, ТОДОРОВСКА Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
маил: danieladamjanovska@yahoo.com
Лејла АСАНИ, Међународни Балкански Универзитет Скопје, Република Северна Македонија
маил: lejla.asani@hotmail.com

УВОД

Сексуално преносиве инфекције (СПИ) су група заразних болести које се преносе са једне особе на другу, обично сексуалним путем. Неке СПИ се такође могу пренети излагањем контаминираној крви, или са мајке на њено нерођено дете, као и коришћењем заједничког тоалета. СПИ су међу најчешћим инфекцијама у свету и имају далекосежне здравствене, социјалне и економске последице за милионе жена, мушкараца и деце. Најчешће СПИ су гонореја, кламидија, сифилис, ХИВ/АИДС, ХПВ, хепатитис Б и Ц, херпес, трихомонијаза и кандидијаза. У развијеним земљама СПИ су у врху пет болести које погађају популацију током репродуктивног периода (1).

Више од 340 милиона нових случајева сексуално преносивих инфекција јавља се сваке године, или скоро милион људи оболи од СПИ сваког дана, укључујући вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ). Гонококна и хламидијска инфекција код жена чини 40% инфламаторних болести карлице, док 4000 новорођенчади сваке године ослепи као последица ових инфекција (2).

Према подацима Централизованог информационог система за инфективне болести, у Македонији је забележен пораст полно преносивих болести, тако да је број оболелих од хламидије са 14 у 1999 години порастао на 424 случаја у 2006. години, док је број заражених од ХИВ се повећао са 5 у 1999. на 17 у 2006 (3). У периоду од 1980. до 2005. године у Републици Македонији забележено је 143 случаја сифилиса и 3.114 случајева гонореје (4).

Велики број студија указује да је смањен приступ одговарајућим информацијама и недостатак друштвене подршке у остваривању права на тачне информације у вези са сексуалношћу и репродуктивним здрављем главни разлог ризичног сексуалног понашања и повећаног ризика од полно преносивих болести укључујући ХИВ инфекцију (5).

Последњих година, на основу теоријских сазнања и практичног искуства, направљено је неколико класификација фактора који утичу на здравље људи. Њихово порекло може бити, с једне стране, из биолошко-географско-еколошке средине и наслеђа, ас друге стране из друштвеног окружења или из различитог степена културно-историјског, економског, друштвеног и политичког развоја. Најважнији друштвени и економски фактори који утичу на здравље су ниво прихода, образовање и запошљавање.

ЦИЉ

Процијенити ниво знања, ставова и праксе у вези са сексуално преносивим болестима према старости, националности, образовању, запослењу и мјесту становања.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

Истраживање је спроведено проспективном трансверзалном студијом пресека која је заснована на бази података изведеној из теренског истраживања репродуктивног здравља жена у репродуктивном периоду. У циљу добијања репрезентативног узорка жена у репродуктивном периоду у општини Штип, извршена је подела територије општине Штип на 10 месних заједница према Профилу месне заједнице који је израдила Патронажна служба. Циљна популација је била 600 жена у репродуктивном периоду десет месних заједница старости 15-49 година подељених у 7 старосних група. Узорак су чиниле методолошки одабрани стратуми-улице из месних заједница одакле је започето теренско истраживање. Одабир породица одвијао се почев од одређене улице и броја у месној заједници, уписана је свака седма стамбена зграда и одабрани испитаници по годинама. Сви чланови породице нису имали право да учествују у студији.Основни инструмент истраживања био је анкетни упитник о сексуалном и репродуктивном здрављу жена у репродуктивном периоду.Значај разлика у дистрибуцији одговора је тестирање са тестовима непараметарске статистике. Сви статистички тестови су обрађени применом тражене статистичке значајности $p<0,05$, а резултати су интерпретирани као статистички значајни.

РЕЗУЛТАТИ

Истраживањем је обухваћено укупно 600 испитаника, по 60 из сваке месне заједнице (регистровано је укупно 10 месних заједница).

ТАБЕЛА 1 - ДИСТРИБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА СТАРОСНИМ ГРУПАМА

Старост	Број	%
15-19 година	81	13,5
20-24 година	89	14,9
25-29 година	96	16,0
30-34 година	90	15,0
35-39 година	86	14,3
40-44 година	78	13,0
45-49 година	80	13,3
Укупно	**600**	**100,0**

Процентуална заступљеност испитаница у старосним групама је приближно иста са минимумом од 13,0% до 16,0%, што значи да се ради о хомогеној дистрибуцији испитаница према узрасту. Процентуална разлика је статистички безначајна за $p>0,05$ (таб. 1).

ТАБЕЛА 2 - ПРИКАЗ ПРОСЕЧНЕ СТАРОСТИ ИСПИТАНИКА

Број	Просек	Minimum	Maksimum	±St.Dev
600	31,84	15,0	49,0	9,54

Просечна старост испитаника је 31,8 година, минимално 15, а максимално 49 година.

ТАБЕЛА 3 – ДИСТРИБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА НАЦИОНАЛНОСТИ

Национална припадност	**Број**	**%**
Македонска	493	82,3
Ромска	63	10,5
Турска	12	2,0
Влашка	30	5,0
Српска	1	0,1
Бошњачка	1	0,1
Укупно	**600**	**100,0**

ТАБЕЛА 3 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА СТЕПЕНУ ОБРАЗОВАЊА

Степен образовања	**Број**	**%**
Ниско образовање	53	8,8
Завршено основно образовање	72	12,0
Завршено средно образовање	369	61,5
Завршено више образовање	18	3,0
Завршено високо образовање	88	14,7
Укупно	**600**	**100,0**

Већина испитаника је са завршеном средњом школом, 61,5%, 14,7% са завршеним високим образовањем, 12% са завршеним основним образовањем, 8,8% има ниско образовање и 3% са високом (табела 3). Процентуална разлика регистрована у односу на средње образовање и друге нивое образовања је статистички значајна за $p<0,05$.

ТАБЕЛА 4 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА РАДНОМ СТАТУСУ

Радни статус	**Број**	**%**
Незапослена	89	14,8
Домаћица	24	4,0
Запошлена како волонтер или под уговор	13	2,2
Запослена	321	53,5
Студира,учи	96	16,0
Технолошки вишак или стечајац	6	1,0
Корисница социјалне помоћи	51	8,5
Укупно	**600**	**100,0**

Испитаници у највећем проценту од 55,5% су запослени или по уговору, 16% студира или учи, а 28,5% испитаника је незапослено из различитих разлога (табела 4). Процентуална разлика регистрована између запослених и осталих је статистички значајна за $p<0,01$.

ТАБЕЛА 5 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА ЗНАЊУ О СПИ

СПИ	**Број**	**%**
Сифилис	196	32,7
Гонореја	115	19,2
Хламидија	86	14,3
Трихомонас	61	10,2
Херпес	176	29,3
ХПВ	200	33,3
Кандида	394	65,7
ХИВ/СИДА	440	73,3
Не знам ниједну	68	11,3

Најмањи проценат испитаника, 10,2%, навело је да зна за трихомонас, а већина њих, 73,3%, зна за ХИВ/АИДС, 65,7% за кандиду, 32,7% за сифилис, 33,3% за ХПВ. 11,3% испитаника не зна за ниједну сексуално преносиву болест.

ТАБЕЛА 6 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА ПОЗНАВАЊУ СИМПТОМА СПИ

Симптоми	Број	%
Губитак теґине	26	4,3
Болови око полових органа	127	21,2
Повишена температура	43	7,2
Ранице на половим органима	151	25,2
Отоци на половим органима	171	28,5
Свраб у гениталној регији	421	70,2
Црвенило у гениталној регији	373	62,2
Печење приликом мокрења	157	26,2
Генитални исцједак	372	62,0
Не знам	84	14,0

14,0% испитаника не познаје ниједан симптом или знак СПИ. Листа симптома креће се од 4,3% за губитак тежине, 21,2% за бол око гениталија, 28,5% за отицање гениталија, 62% за исцједак из гениталија и црвенило у пределу гениталија, 70,2% за свраб у пределу гениталија (табела 6).

ТАБЕЛА 7 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ГДЕ БИ СЕ ОБРАТИЛИ КАДА БИ ПОСУМЊАЛИ ДА ИМАЈУ СПИ

Обратили би се	Број	%
Изабраном лекару	22	3,7
Гинекологу	503	83,8
Дерматоверенологу	3	0,5
Блиским особама (супруг, мајка, другарица и сл.)	22	3,7
Нигде	15	2,5
Не знам	66	11,0

Не зна где да иде11,0% испитаника, а 2,5% не би ишло нигде када би посумњали да имају симптоме СПИ. Статистички значајно за $p<0,01$, гинекологу би се обратило 83,8% испитаница (табела 7).

ТАБЕЛА 8 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА КОЈА САЗНАЊА ИМАЈУ О ТОМЕ КАКО СЕ ПРЕНОСИ ХИВ

Пренос	Број	%
Коришћењем истог прибора за јело са ХИВ позитивном особом	198	33,0
Љубљењем, руковањем са ХИВ позитивном особом	118	19,7
Новорођенче може бити заражено од мајке	253	42,2
Код зубара	250	41,7
Током хомосексуалног односа	439	73,2
Током примања интравенске терапије	302	50,3
Током примањатрансфузије крви	236	39,3
Приликом употребе ињекције код корисника дрога	428	71,3
Не знам	84	14,0

14,0% испитаника не зна како се ХИВ преноси, већина њих 73,2% зна да се преноси хомосексуалним односом, 71,3% да се преноси ињекцијом међу корисницима дрога, 50,3% испитаника сматра да се преноси интравенском терапијом, 42,2% да мајка може пренети новорођенчету, 41,7% да се може добити код стоматолога, 39,3% при трансфузији крви. (таб. 8).

ТАБЕЛА 9 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА СТАРОСТИ И НЕДОСТАТКУ ЗНАЊА О СПИ И СИМПТОМИМА СПИ

Старост	**Не зна ниједну СПИ**	**Не зна ниједан симптом СПИ**	**Укупно**
15-19 год.	19	32	51
20-24 год.	11	13	24
25-29 год.	5	6	11
30-34 год.	7	9	16
35-39 год.	7	8	15
40-44 год.	5	7	12
45-49 год.	14	9	23
Укупно	**68**	**84**	**152**

У старосној групи од 15 до 19 година највећи ниво незнања о било којој СПИ регистрован је код 23,4%, а њихови симптоми код 39,5% испитаника. Затим следи старосна група од 20 до 24 године где је непознавање било које СПИ регистровано код 12,3%, а њихови симптоми 14,6%, старосна група од 45 до 49 година. где 14,6% не зна за СПИ и њихове симптоме 9,4%. У старосној групи од 25 до 29 година. и од 40 до 44 године највеће познавање СПИ регистровано је у 94,8% и 94,2%; а њихови симптоми у 93,75% и 92,3%. Процентуална разлика између старосних група је статистички значајна за $p<0,05$ у смислу непознавања СПИ и њихових симптома (таб. 9).

У највећем проценту од 75% до 89,7% испитаника из старосних група од 20 до 49 година у случају сумње на СПИ, консултовали би се са гинекологом, само у старосној групи од 15 до 19 година. Гинекологу би се обратило 40 одсто испитаних, а 32,5 одсто не зна где да се обрати. Процентуална разлика је статистички значајна за $p<0,05$ између свих старосних група у односу на старосну групу од 15 до 19 година.

ТАБЕЛА 10 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА НАЦИОНАЛНОСТИ И НЕДОСТАТКУ ЗНАЊА О СПИ И СИМПТОМИМА СПИ

Националност	**Не зна ниједну СПИ**	**Не зна ниједан симптом СПИ**	**Укупно**
Македонска	31	39	70
Ромска	26	35	61
Турска	7	5	12
Влашка	4	5	9
Укупно	**68**	**84**	**152**

Међу женама Турске националности, највеће незнање било које СПИ регистровано је у 58,3% и њиховим симптомима у 55,5%, затим Ромске националности код којих је непознавање било које СПИ регистровано у 41,3% и њиховим симптомима у 55,5%. Највеће знање о сексуално преносивим инфекцијама регистровано је међу Македонкама у 95,7% и њиховим симптомима у 92,1%.

У највећем проценту од 85%, 70% и 50% испитаних Македонки, Туркиња и Влаинки, уколико посумњају да имају СПИ, отишле би код гинеколога. Гинекологу би се обратило у 41,9% испитаних Ромкиња, а 48,4% не зна где да се обрати. Процентуална разлика између различитих облика је статистички значајна за $p<0,05$.

ТАБЕЛА 11 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА СТЕПЕНУ ОБРАЗОВАЊА И НЕДОСТАТКУ ЗНАЊА О СПИ И СИМПТОМИМА СПИ

Степен образовања	**Не зна ниједну СПИ**	**Не зна ниједан симптом СПИ**	**Укупно**
Ниско образовање	26	30	56
Завршено основно образовање	19	31	50
Завршено средно образовање	22	23	45
Завршено више образовање	1	0	1
Завршено високо образовање	0	0	0
Укупно	**68**	**84**	**152**

Највеће знање о сексуално преносивим болестима и њиховим симптомима региструјусе код испитаницима са завршеним вишим и високим образовањем. Највеће незнање о било којој СПИ, у49% и њиховим симптомима, у 56,7%, регистровано је код испитаника са ниским образовањем (таб. 11).

У највећем проценту од 100% до 85,9% испитаних са средњом, вишом и високом стручном спремом, уколико посумњају на СПИ, отишли би код гинеколога. Од испитаника са ниским и основним образовањем гинекологу би се обратило 45,3% и 42,8%, а не зна 41,5% и 37,1%. Процентуална разлика између различитих облика је статистички значајна зар<0,05.

ТАБЕЛА 12 – ДИСТРУБУЦИЈА ИСПИТАНИКА ПРЕМА РАДНОМ СТАТУСУ И НЕДОСТАТКУ ЗНАЊА О СПИ И СИМПТОМИМА СПИ

Радни статус	**Не зна ниједну СПИ**	**Не зна ниједан симптом СПИ**	**Укупно**
Незапослена	7	9	16
Домаћица	10	4	14
Запошлена како волонтер или под уговор	0	0	0
Запослена	16	17	33
Студира,учи	10	24	34
Технолошки вишак или стечајац	0	0	0
Корисница социјалне помоћи	25	30	55
Укупно	**68**	**84**	**152**

Највеће знање о сексуално преносивим инфекцијама и њиховим симптомима регистровано је код анкетираних који су технолошки вишак или стечајци, запослени као волонтери или по уговору. Највећи недостатак знања о било којој СПИ у 49% и њиховим симптомима у 58,8% регистрован је међу анкетираним корисницима социјалне помоћи (таб. 12).

У највећем проценту, од 92,3% до 83,3% испитаних према радном статусу, уколико сумњају на СПИ, отишли би код гинеколога. Од анкетираних корисника социјалне помоћи, 52 одсто не зна где да се обрати. Процентуална разлика између различитих облика је статистички значајна за p<0,05.

ДИСКУСИЈА

Сексуално преносиве инфекције представљају највећу претњу по репродуктивно здравље жена.Највећи број жена од укупног броја испитаника чуло је за сексуално преносиве болести, а у највећем проценту за ХИВ/АИДС и кандиду. Важно је напоменути да 11,3% од укупног броја испитаника не зна ниједану, а 14,0% не зна ниједан симптом или знак СПИ, као ни начин преноса ХИВ-а. 11,0% испитаника не зна, а 2,5% не би ишло нигде због симптома.Анализа и добијени резултати су показали статистички значајне разлике у погледу нивоа знања о полно преносивим болестима испитаника и старости, степена образовања, националности, запослења и места становања.

Статистички значајна разлика од p<0,05 добијена је анализом старости и незнања било које СПИ и њихових симптома. У старосној групи од 15 до 19 година региструје се највеће незнање о било којој СПИ са 23,4% и њиховим симптомима 39,5%, а у старосној групи од 25 до 29 година. и од 40 до 44

године. највеће познавање СПИ од 94,8% и 94,2%; а њихови симптоми 93,75% и 92,3%. 32,5% испитаника од 15 до 19 година не зна где да се обрате ако посумњају на СПИ.

Статистички значајна разлика од p<0,05 добијена је анализом степена образовања и непознавања било које СПИ и њихових симптома. Највећи недостатак знања о било којој СПИ са 49% и њиховим симптомима од 56,7% регистрован је код испитаника са ниским образовањем, а 41,5% и 37,1% испитаника са ниским и основним образовањем не зна где да се обрате у случају сумње на СПИ. Највеће знање о сексуално преносивим болестима и њиховим симптомима региструју се код испитаника са завршеним вишим и високим образовањем.

Статистички значајна разлика за p<0,05 добијена је анализом националности и непознавања било које СПИ и њихових симптома између Туркиња и Ромкиња, у којој 50% испитаника не познаје нити једну СПИ, а више од половине не познаје ниједан симптом, за разлику од Македонки, које у 95,7% знају за неке СПИ и њихове симптоме у 92,1%. 48,4% Ромкиња не зна где да се обрати ако посумња на СПИ, за разлику од других националности, које би у проценту од 50-85% отишле код изабраног гинеколога.

Статистички значајна разлика за p<0,05 добијена је анализом у погледу радног статуса и непознавања било које СПИ и њихових симптома, при чему је највеће незнање било које СПИ (49%) и њихових симптома (58,8%), док и 52% нема знају где да се обрате, показало код испитаникакоји су корисници социјалне помоћи за разлику од осталих категорија.

Студија о репродуктивном здрављу Републике Албаније у делу о знању испитаника о сексулно преносивим болестима и ХИВ/АИДС-у показала је да је већина Албанки у 96% чула за ХИВ/АИДС, а у 57% за кандиду, што је утврђено и у овом истраживању где су испитаници највећим делом чули за ове две сексуално преносиве болести у проценту нижем за ХИВ/АИДС (73,3% испитаника), а већем за кандиду (65,7%). У оба истраживања испитаници узраста 15-19 година показали су најниже знање, а испитаници старости 25-29 година показали су највише знања.

59% албанских жена не познаје ниједан симптом сексуално преносиве болести, за разлику од анкетираних у овом истраживању, где је овај проценат само 14%. Као иу овом раду, непознавање симптома је везано за узраст, место становања као и степена образовања испитаника. За разлику од ова два истраживања, румунска анкета о репродуктивном здрављу показала је висок ниво знања Румунских жена о другим СПИ, односно 95% за сифилис, 65% за гонореју и мање од 50% за друге СПИ. Ова студија је такође потврдила чињеницу нижег нивоа знања код испитаника млађих од 24 године (6).

Глобална стратегија СЗО за превенцију и контролу сексуално преносивих инфекција препоручује процену управо са таквим истраживањима на локалном нивоу која ће идентификовати проблеме и потребе и поставити главне циљеве у циљним групама са којима треба да се ради на превенцији СПИ (7).

ЗАКЉУЧАК

Резултати анализе нивоа знања о СПИ показали су висок ниво незнања о СПИ и њиховим симптомима. Забрињава чињеница да млади људи старости 15-24 године имају најнижи ниво знања осексуално преносивим болестима и њиховим симптомима.

Полазећи од чињенице да је старосна граница за сексуалну активност све нижа, а старосна граница за склапање брака све већа, продужени период предбрачне сексуалне активности, промена већег броја партнера, биолошка угроженост младих девојака и недовољна свест о сексуално преносивим инфекцијама, њиховим симптомима и последицама, неупотреба контрацептива, посебно кондома, може довести до епидемија СПИ и дугорочних последица по репродуктивно здравље жена.

Анализом одговора упитника, може се закључити да су циљне групе млади од 15-24 године, жене у репродуктивном периоду са ниским и основним образовањем, припадници муслиманске вероисповести, посебно Ромске националности, као и према месту становања, становници у којима живи ромска популација и становништво из руралних средина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sexually Transmitted Infections, WHO,http://www.who.int/mediacentre/ facts heets /fs110/en/ ,Fact sheet N°110 Revised October 2007.
2 Global strategy for the prevention and control og sexually transmitted infection: 2006 - 2015: breaking the chain of transmission, WHO, 2007. p.2-4. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563475_eng.pdf
3. WHO/Europe, Europian Database CISID, Available from: URL:http//data.euro.who.int/cisid/ ?TabID=216605
4. Децата во ПЈР Македонија, Анализа на состојбата, Канцеларија на UNICEF, Скопје, февруари 2008. стр. 46
5. Vivian Lopes, Chapter 13-HIV/AIDS and Young people In: UN World Health Report, 2003, Global Situation of Young People, p.365. Available from: URL: http: //www.un.org /esa/socdev/unyin/wyr03.htm
6.Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICE Macro. 2010. Albania Demographic and Health Survey 2008-09.Tirana,Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania] and ICE Macro.
7.Reproductive health survey:Romania,2004. Summary report, May 2005, Available from URl: http://www.unicef.org/romania/Reproductive_Health_ Survey_Romania_2004.pdf
8. WHO. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infection: 2006-2015: breaking the chain of transmission.WHO, Geneva, 2007. Available from URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/ 9789241563475_eng.pdf

EKSTRAKORPORALNA CIRKULACIJA
ULOGA I ZNACAJ KLINICKOG PERFUZERA U HIRURGIJI

Branko LUKIĆ, Klinika za kardiohirurgiju Niš, Srbija

Cilj
Predstaviti perfuziju kao medicinsko-tehničku proceduru koja je sastavni I nezaobilazni deo kardiohirurgije.

Sažetak
Ekstrakorporalna cirkulacija podrazumeva protok krvi van cirkulacije pacijenta kroz vestacki sistem krvnih sudova, odnosno stranih materijala I njena uloga je da nadomesti "mali" krvotok u toku kardiohirurške intervencije. U toku procedure, kontinuirano se odvodi i vraća pacijentova krv putem sistema cevi, kanila I masine za vantelesni krvotok. Budući da ta mašina tokom većine kardiokirurških operacija preuzima ulogu srca i pluća naziva se i mašinom srce - pluća, a sam postupak-kardiopulmonalni bypass (cardiopulmonary bypass (CPB).
Njen osnovni zadatak jeste održanje respiracije i cirkulacije uz adekvatnu hemodiluciju i temperaturnu regulaciju, tokom srčanog zastoja.
Za sprovodjenje procedure,a samim tim I rukovodjenjem za mašinama za vantelesni krvotok, neophodna je posebno edukovana osoba kroz kliničku praksu I njihovo zanimanje se naziva "Klinički perfuzer".
Klinički perfuzer je zdravstveni radnik, član kardiohirurškog tima, formalno edukovan i osposobljen za samostalan rad sa masinom za vantelesni krvotok i ostalim uređajima, vezanim za vantelesni krvotok.
Klinicki perfuzer je u svom radu odgovoran za rad EKC mašine (i ostalih uređaja), te monitoring, kontrolu i korekciju hemodinamskih i laboratorijskih parametara za vreme operativnog zahvata, a uz saradnju sa anesteziologom i hirurgom. Uz uobičajene poslove sa masinom srce-pluća, perfuzer je često prisutan i u drugim granama medicine, kod operativnih zahvata gde se očekuje veći gubtak krvi i krvnih produkata(cell saver) I tu je njegova uloga da spasi svu krv iz operativnog polja koja ce se kasnije ili u toku operacije biti nadoknadjena pacijentu. Zatim kod dugotrajnog održavanja ciruklacije nakon operativnog zahvata (levo i/ili desnostrana ventrikularna potpora, ECMO...) i dr.

Literatura:

1. **Rudolf J. Tshaut, Molly Dreher, Asley Walczak, Tami Rosenthal**
   "*Extracorporeal Cirkulation in Theory and Practice*".
2. **SIMIĆ SAŠA1, ŽELJKO VIDAKOVIĆ**2
   "EKSTRAKORPORALNA CIRKULACIJA – PRINCIPI I PRAKSA
   EXTRACORPOREAL CIRCULATION: PRINCIPLES AND PRACTICE".

Kljucne reci: perfuzer, ekstrakorporalna cirkulacija, ECMO, krv.

POVEZANOST METABOLIČKE KONTROLE I KVALITETA ŽIVOTA U VEZI SA ZDRAVLJEM PEDIJATRIJSKIH PACIJENATA OBOLELIH OD DIJABETESA TIP 1 TOKOM TRAJANJA PERIODA PANDEMIJE COVID-19

MIRJANA SMUĐA, Akademija strukovnih studija Beograd, Odsek Visoka zdravstvena škola, Katedra za strukovne medicinske sestre, babice i vaspitače, Republika Srbija; Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Republika Srbija
Tatjana MILENKOVIĆ, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić", Srbija
Ivana MINAKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za opštu medicine i gerijatriju , Republika Srbija; Dom zdravlja "Novi Sad", Republika Srbija
Vera ZDRAVKOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Katedra za pedijatriju, Republika Srbija; Univerzitetska dečja klinika u Beogradu, Republika Srbija
Dragana MILUTINOVIĆ, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu, Katedra za zdravstvenu negu, Republika Srbija

KRATAK SADRŽAJ

Uvod: U prvim mesecima od proglašenja pandemije koronavirusom-19 (COVID-19) u Republici Srbiji većina zakazanih kontrolnih pregleda u dečjim bolnicama bila je suspendovana. Usled opšte zabrinutosti za zdravlje stanovništa usledilo je proglašenje vanrednog stanja i uvedena je mera tzv. „policijski čas". U tom periodu deca i adolescenti oboleli od dijabetesa melitus tip 1 (T1DM) imali su izmenjen režim dnevnih aktivnosti (duže vreme boravka ispred televizijskog ekrana ili sedanteran način zabavljanja uz mobilni telefon, manje fizičke aktivnosti usled ograničenog izlaska iz kuće, duže periode spavanja i sl). Ovako izmenjen režim dnevnih aktivnosti mogao je negativno uticati na metaboličku kontrolu i kompromitovati kvalitet života u vezi sa zdravljem (HRQOL) dece i adolescenata obolelih od T1DM.
Cilj: Cilj ovog rada bio je da se sagleda povezanost stepena metaboličke kontrole sa HRQOL koji su subjektivno procenili deca i adolescenati oboleli od T1DM tokom trajanja perioda pandemije COVID-19.
Metode: Ova komparativna, korelaciona, studija preseka, sprovedena je na uzorku od 182 ispitanika (dece i adolescenata) starosti od 8-18 godina, kod kojih je dijagnoza T1DM postavljena pre više od tri meseca. Instrumente istraživanja činili su: upitnik za prikupljenje sociodemografskih podataka, dokumentacioni list za evidentiranje kliničkih podataka, a za procenu kvaliteta života u vezi sa zdravljem korišćene su srpske verzije EuroQol-5D-Y i KidScreen27 upitnika.
Rezultati: Istraživanjem je obuhvaćeno 182 ispitanika, prosečne starosti 12,68 (SD = 3,32) godina. Zastupljenost starosnih kategorija po polu (i obrnuto) statistički se nije razlikovala značajno ($\chi2$ (1) = 1,5305, p = 0,216). Nezadovoljavajuću metaboličku kontrolu ((sa vrednostima HbA1c >7.0% (>53.0 mmol/mol)) postiglo je 108 ispitanika (59%). Ispitanici sa nezadovoljavajućom metaboličkom kontrolom prijavili su lošije zdravstveno stanje na dan anketiranja (ρ = - 0.290, p = 0.000) i narušeno fizičko blagostanje (H(3) = 8,19, p = 0,042).
Zaključak: Na osnovu statistički značajnih rezultata rada može se zaključiti da pedijatrijski pacijenti sa nezadovoljavajućom metaboličkom kontrolom šećerne bolesti prijavljuju lošiji HRQOL u određenim dimenzijama. Zbog važnosti postizanja odgovarajuće metaboličke kontrole u prevenciju mikro i makrovaskularnih komplikacija bolesti a samim tim i dostizanju dobrog HRQOL, potrebno je sprovoditi pravovremenu reedukaciju dece i adolescenata (individualno prilagođene razvoju i sposobnostima deteta) uz intenziviranu psihološku podršku tokom trajanja perioda pandemije.
Ključne reči: deca, adolescenti, dijabetes melitus tip 1, metabolička kontrola, kvalitet života u vezi sa zdravljem, COVID-19.

SUMMARY

Indroduction: During the initial months following the declaration of the Coronavirus-19 (COVID-19) pandemic in the Republic of Serbia, most scheduled check-ups at children's hospitals were canceled. A state of emergency was declared, and the so-called "curfew" began as a result of widespread concern for the population's health. During this time, children and adolescents with type 1 diabetes (T1DM) had a different daily routine (more time spent in front of the television screen or sedentary entertainment with a mobile phone, less physical activity due to limited leaving the house, more extended periods of sleep, etc.). Such a change in everyday activities may have a deleterious impact on metabolic control and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents with T1DM.

Purpose: The purpose of this study was to assess the relationship between metabolic control and HRQOL as perceived by children and adolescents with T1DM during the COVID-19 pandemic.
Methods: This comparative, correlational, cross-sectional study included 182 patients (children and adolescents) aged 8-18 years who were diagnosed with T1DM more than three months ago. The research instruments included a questionnaire for collecting sociodemographic data, a documentation sheet for documenting clinical data, and the Serbian versions of the EuroQol-5D-Y and KidScreen27 questionnaires for assessing health-related quality of life.
Results: The study included 182 respondents, average age 12.68 (SD = 3.32) years. No significant variations were observed in terms of age and gender ($\chi2(1) = 1.5305$, $p = 0.216$). Respondents (59%) with unsatisfactory metabolic control ((with HbA1c values >7.0% (>53.0 mmol/mol)) reported worse health status on the day of the survey ($\rho = -0.290$, $p = 0.000$) and impaired physical well-being ($H(3) = 8.19$, $p = 0.042$).
Conclusions: Based on the statistically significant results of this study, it is possible to conclude that pediatric patients with poor metabolic control of diabetes have lower HRQOL in specific dimensions. Due to the importance of achieving adequate metabolic control in the prevention of micro- and macrovascular complications of the disease and thus achieving good HRQOL, timely re-education of children and adolescents (individually tailored to the child's development and abilities) with intensified psychological support during the pandemic period.
Keywords: children, adolescents, type 1 diabetes mellitus, metabolic control, health-related quality of life, COVID-19.

Kontakt informacije o autorima – Mirjana Smuđa: mirjana.smudja@uns.ac.rs mirjanasmudja@gmail.com
Tatjana Milenković: tanjamil5e@gmail.com
Ivana Minaković: ivana.minakovic@mf.uns.ac.rs
Vera Zdravković: vera.zdravkovic@udk.bg.ac.rs
Dragana Milutinović: dragana.milutinovic@mf.uns.ac.rs

UVOD

Prateći epidemiološku situaciju širom sveta, Svetska zdravstvena organizacija je 11. marta 2020. godine proglasila pandemiju koronavirusom-19 (COVID-19) (1). U cilju efikasnog identifikovanja inficiranih stanovnika, zbrinjavanja pacijenata koji su zahtevali hospitalizaciju i sprečavanja širenja infekcije reorganizovan je rad zdravstvenih službi širom sveta. Istovremeno, prekinut je kontinuitet i korigovana je dostupnost zdravstvene zaštite obolelim od hroničnih bolesti. Literaturni podaci potvrdili su sumnje da je tokom trajanja perioda pandemije glikoregulacija kod pedijatrijskih pacijenata obolelih od dijabetesa melitus tip 1 (T1DM) bila u pogoršanju (2-4). Zabeleženi su podaci o hospitalizaciji pedijatrijskih pacijenata usled pogoršanja metaboličke kontrole bolesti, kao i podaci o nedostatku insulina i nedovoljnom broju trakica za kontrolu vrednosti kapilarne glikemije (5). Osim navedenih problema, sistematskim preglednim radom i metaanalizom iz 2022. godine potvrđeno je da se tokom trajanja perioda pandemije kod pedijatrijskih pacijenata sa novodijagnostikovanim T1DM kasnilo sa prepoznavanjem znakova i simptoma bolesti, te je zabeležen povećan broj hospitalizovane dece i adolescenata u stanju dijabetesne ketoacidoze (DKA) (4). Sa ovim nalazima konzistentni su podaci iz metaanalize Alfayez i saradnika (6) i studija Chambers (7) i Danne (8) i saradnika.
Kada se uzmu u obzir nametnuta ograničenja u svakodnevnom funkcionisanju - posebno tokom perioda prinudnih mera (engl. *lockdown*), problem neravnopravnog pristupa esencijalnim lekovima i medicinskim sredstvima za kontrolu T1DM, složenost zadataka neophodnih za uspešnu glikoregulaciju, prelazak sa kovencionalnog pristupa zdravstvenoj zaštiti na telemedicinu (3,5,9,10) ne iznenađuje podatak da su u mnogim zemljama sveta realizovana istraživanja o kvalitetu života u vezi sa zdravljem (HRQOL) dece i adolescenata obolelih od T1DM tokom trajanja pandemije. Iako se analizom dostupnih podataka, uočava primena heterogenih upitnika u kojima su se deca i adolescenti sa T1DM izjašnjavali o subjektivnom doživljaju HRQOL tokom trajanja pandemije, pedijatrijski pacijenti identifikovali su poteškoće u različitim domenima funkcionisanja (11,12); bolji skor u psihosocijalnim domenima prijavljivali su ispitanici sa vrednostima HbA1c ≤ 7.5 % (≤ 58.5 mmol/mol) (12,13), što su rezultati konzistentni sa nalazima studija koje su realizovane u prepandemijskom periodu (14). Bez obzira na različite kulturne i vrednosne sisteme u kojima pedijatrijski pacijenti sa T1DM i njihove porodice žive potvrđeno je da su brige roditelja za decu (kako mlađeg tako i starijeg uzrasta) iste i da ne poznaju "granice". Takođe, identifikovano je da teret svakodnevnog upravljanja bolešću tokom perioda pandemije može biti umanjen primenom savremenih medicinskih tehnologija, prelaskom sa konvencionalnog oblika komunikacije na telemedicinu i dostizanjem željne metaboličke kontrole, što su ključne determinante koje utiču na HRQOL dece i adolescenata obolelih od T1DM (13-15).

U Republici Srbiji, prvi slučaj COVID-19 registrovan je 06. Marta 2020. godine (16). Usled opšte zabrinutosti za zdravlje stanovništa usledilo je proglašenje vanrednog stanja i uvedena je mera tzv. „policijski čas“ koja je bila na snazi od 18. marta do 07. maja 2020. godine. U tom relativno dugačkom periodu, deca i adolescenti oboleli od T1DM imali su izmenjen režim dnevnih aktivnosti (duže vreme boravka ispred televizijskog ekrana ili sedanteran način zabavljanja uz mobilni telefon, manje fizičke aktivnosti usled ograničenog izlaska iz kuće, duže periode spavanja i sl). Negativne posledice socijalnog distanciranja i nametnutih ograničenja u režimu dnevnih aktivnosti mogao je negativno uticati na metaboličku kontrolu i HRQOL dece i adolescenata obolelih od T1DM. Stoga, cilj ovog rada bio je da se sagleda povezanost stepena metaboličke kontrole sa HRQOL koji su subjektivno procenili deca i adolescenati oboleli od T1DM tokom trajanja perioda pandemije COVID-19.

METODE

Ova komparativna, korelaciona, studija preseka, sprovedena je na uzorku od N= 182 pedijatrijska ispitanika kod kojih je dijagnoza T1DM postavljena pre tri i više meseca i koji nisu imali kognitivne poteškoće. Ispitanici su prema uzrastu stratifikovani u dve grupe: decu (uzrasta od 8 do 12 godina) i adolescente (uzrasta od 13 do 18 godina). Instrumente istraživanja činili su: upitnik za prikupljenje sociodemografskih podataka, dokumentacioni list za evidentiranje kliničkih podataka, a za procenu kvaliteta života u vezi sa zdravljem korišćene su srpske verzije EuroQol-5D-Y i KidScreen27 upitnika.
Podaci su prikupljeni u periodu od aprila 2020. do decembra 2021. godine, pisanim putem od dece i adolescenata obolelih od T1DM, koji su dolazili na ambulantne kontrolne preglede ili su bili hospitalizovani u Institutu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta „Dr Vukan Čupić“ i Univerzitetskoj dečjoj klinici u Beogradu. Svi hospitalizovani pacijenti su testirani na COVID-19 u cilju prevencije širenja infekcije.
Sociodemografskim upitnikom prikupljeni su sledeći podaci: pol i uzrast ispitanika.
Dokumentacionim listom iz elektronske baze Heliant Health Information System prikupljeni su sledeći podaci: da li je T1DM dijagnostikovan u stanju dijabetesne ketoacidoze (DKA); dužina trajanja T1DM (< 5 ili > / = 5 godina); način primene insulina (insulinska pumpa ili insulinsko penkalo); vrednost glikoziliranog hemoglobina (HbA1c) kao pokazatelja metaboličke kontrole; idealna metabolička kontrola HbA1c% < 5.7% (< 38.8 mmol/mol), dobra HbA1c% 5.8-6.9% (39.9 - 51.9 mmol/mol), nestabilna HbA1c% 7.0-8.5% (53.0-69.4 mmol/mol), loša metabolička kontrola HbA1c% > 8.5% (> 69.4 mmol/mol).
Napomena: Vrednosti HbA1c < 7.0% (53.0 mmol/mol) smatrane su poželjnim.
Instrument KidScreen27: Upotrebu standardizovanog generičkog upitnika srpske verzije KidScreen27 odobrio je KIDSCREEN Group Europe - Office of Quality of Life Measures (elektronska komunikacija od februara 27, 2019. godine). Stevanovic i saradnici (17) potvrdili su da je srpska verzija KidScreen27 pouzdana i validna mera samoprocene HRQOL kod dece i adolescenata. Ovaj instrument sastoji se od ukupno 27 stavki grupisanih u pet domena: fizičko blagostanje (pet stavki), psihološko blagostanje (sedam stavki), odnosi sa roditeljima i autonomija u upravljanju slobodnim vremenom (sedam stavki), vršnjačka/socijalna podrška (četiri stavke), školsko okruženje (četiri stavke). Na postavljena pitanja ispitanici uzrasta od osam do 18 godina odgovaraju odlučujući se za jednu od pet ponuđenih tvrdnji prema Likertovoj skali kojom se procenjuje učestalost (nikad, retko, ponekad, često, uvek) ili intenzitet (ni malo, malo, osrednje, veoma, dosta) opisane pojave.
Instrument EQ-5D-Y: Među instrumentima za merenje kvaliteta života dece i adolescenata, značajno mesto pripada generičkom upitniku EQ-5D-Y, koji je razvila *EuroQol Group* 2009. Godine (18-20). Upotrebu standardizovanog instrumenta srpske verzije EQ-5D-Y odobrio je „*EuroQol - Legal Department*“- EuroQol Research Foundation (elektronska komunikacija od februara 22, 2019. godine). Ovaj „upitnik o zdravlju“ služi za samoprocenu zdravstvenog stanja dece i mladih (od osam do 18 godina), u danu kada oni popunjavaju upitnik. Upitnik EQ-5D-Y ima tri stranice. Na drugoj stranici su prikazane dimenzije kojima se procenje HRQOL, to su: pokretljivost; vođenje brige o sebi; obavljanje uobičajenih aktivnosti; bol/nelagodnost; osećaj zabrinutosti/tuge/nedostatka sreće. Na postavljena pitanja ispitanici odgovaraju odlučujući se za jednu od tri ponuđene tvrdnje prema Likertovoj skali: *nivo 1* – „nemam problema sa ...“, „ne osećam bol ili nelagodnost“, nisam zabrinut/a, tužan/tužna ili nesrećan/nesrećna; *nivo 2* - „imam nekih problema sa ...“, „osećam neki bol ili nelagodnost“, „malo sam zabrinut/a, tužan/tužna, ili nesrećan/nesrećna; *nivo 3* – „puno problema ...“, „osećam puno bola ili nelagodnosti“, „veoma sam zabrinut/a, tužan/tužna, ili nesrećan/nesrećna. Na trećoj stranici je data vizuelno-analogna skala za samoprocenu zdravstvenog stanja na dan anketiranja (VAS Health). VAS Health je skala nalik termometru sa podeocima od 0 do 100 (podeok 0 predstavlja najgore, dok podeok 100 predstavlja najbolje zdravstveno stanje). Ispitanik sam precrtava skalu na onom mestu koje najbolje opisuje njegovo zdravstveno stanje na dan anketiranja i ta vrednost predstavlja „skor na VAS Health EQ-5D-Y“ (18-19). Generički upitnik EQ-5D-Y pokazao je zadovoljavajuće karakteristike u nizu istraživanja koja su se bavila kvalitetom života pedijatrijskih ispitanika (18-22).

Etički aspekti istraživanja: Studiju su odobrili Etički odbori dve ustanove tercijarnog nivoa, Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" i "Univerzitetske dečje klinike" u kojima je realizovano istraživanje. Istraživanje je sprovedeno u skladu sa Helsinškom deklaracijom (engl. *Declaration of Helsinki*). Informisani pristanak za učešće u istraživanju dobili smo od roditelja/staratelja dece i adolescenata uzrasta od osam do 15 godina, dok su adolescenti od 16 godina i stariji svojom slobodnom voljom potvrdili dobrovoljno učešće u istraživanju (ovakva procedura je u skladu sa osnovnim odredbama „Zakona o pravima pacijenata" u Republici Srbiji (23).

Statistička analiza podataka: Numerički podaci opisani su aritmetičkom sredinom, standardnom devijacijom, medijanom, trimovanom aritmetičkom sredinom, apsolutnom devijacijom medijane, minimumom, maksimumom, opsegom, standardnom greškom aritmetičke sredine, te pokazateljima zakrivljenosti (skjunis) i spljoštenosti (kurtozis) distribucije. Kategorijalne (nominalne) varijable opisane su frekvencijama nivoa i njihovim procentima. Normalnost je procenjivana Shapiro-Wilk testom i na osnovu parametara skjunis i kurtozis. Zastupljenost starosnih kategorija po polu ispitana je Pearsonovim Hi-kvadrat testom. Za ispitivanje razlika između više od dve grupe, a sa jednom nezavisnom varijablom, korišćen je Kruskal-Walissov test (neparametrijska zamena za jednosmernu analizu varijanse) i robusna jednosmerna ANOVA (na trimovanim aritmetičkim sredinama). Povezanost između numeričkih varijabli koje nisu normalno distribuirane ispitivana je Spearmanovim koeficijentom rang korelacije (ρ). Pouzdanost supskala i ukupne skale KidScreen27 ispitana je Cronbachovim alpha koeficijentom i McDonaldsovim omega koeficijentom. Analize su rađene u R-u programskom jeziku i okruženju za statistička izračunavanja (24). Statistički značijim, posmatrane su vrednosti nivoa značajnosti $p < 0.05$. Vrednosti dobijene statističkom analizom su prikazane tekstualno, tabelarno ili grafički.

REZULTATI

Socio-demografske i kliničke karakteristike ispitanika

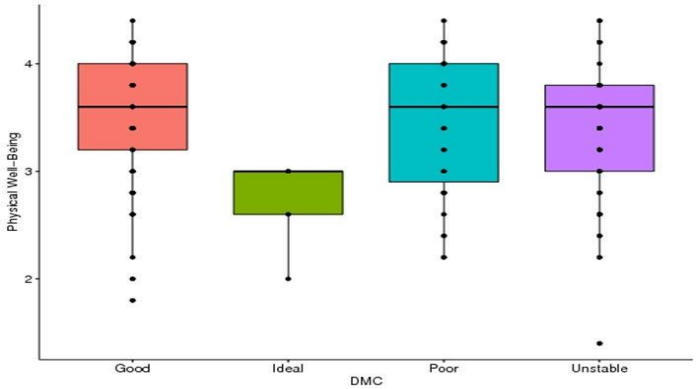
Uzorak je uključivao 83 (46.0%) dece i 99 (54.0%) adolescenata, a 113 (62%) ispitanika je bilo ženskog pola. Prosečna starost ispitanika iznosila je 12.68 (SD=3.32) godina. Zastupljenost starosnih kategorija po polu nije se značajno razlikovala ($\chi^2_{(1)} = 1.5305$, $p = 0.216$). Dužina trajanja dijabetesa prosečno je iznosila 4.43 (SD=3.36) godine, a 71 (39.0%) ispitanik je bolovalo od T1DM duže od pet godina. Kod 124 (68%) ispitanika T1DM je dijagnostikovan uz manifestaciju DKA. Insulinsku pumpu koristilo je 106 (58%) ispitanika, ostalih 76 (42%) koristilo je insulinsko penkalo. Prosečna vrednost HbA1c iznosila je 7.88% ((62.6 mmol/mol) sa (SD=1.43). Željenu metaboličku kontrolu sa vrednostima HbA1c < 7.0% (53.0 mmol/mol) ostvarilo je 74 (41%) dece i adolescenata sa T1DM.

Postignuća ispitanika na KidScreen27 i EQ-5D-Y u odnosu na stepen metaboličke kontrole

S obzirom da supskale na KidScreen27 imaju različit broj ajtema, skorovi na supskalama ovog instrumenta prikazani su kao prosečni ajtemski skorovi. Stoga, sve supskale (fizičko blagostanje; psihološko blagostanje; odnosi sa roditeljima/autonomija u upravljanju slobodnim vremenom; socijalna/vršnjačka podrška; školsko okruženje) na KidScreen27 imaju isti raspon ukupnih skorova od 1-5. Raspon skorova za dimenzije (pokretljivost; vođenje brige o sebi; obavljanje uobičajenih aktivnosti; bol/nelagodnost; osećaj zabrinutosti/tuge/nedostatka sreće) na EQ-5D-Y iznosi od 1-3 (u skladu sa prikazanim atributima na pojedinačnim dimenzijama).

Za analizu razlika u samopercepciji HRQOL u odnosu na nivo metaboličke kontrole (vrednost HbA1c) upotrebljena je robusna ANOVA. Značajne razlike zapažene su na tri varijable: fizičkom blagostanju i vršnjačkoj/socijalnoj podršci na KidScreen27 skali, i samoproceni zdravstvenog stanja ispitanika na dan anketiranja- prikazan kao VAS Health EQ-5D-Y skor.

Uočene su statistički značajne razlike u samoproceni fizičkog blagostanja, $F_{(3,10.325)}=3,76$, $p=0,047$, veliki efekat $\xi=0,66$; Preciznije, ispitanici sa idealnom metaboličkom kontrolom prijavljivali su statistički značajno lošije fizičko blagostanje u odnosu na grupu ispitanika sa dobrom i nestabilnom metaboličkom kontrolom, što je prikazano na Grafikonu 1 i u Tabeli 1.



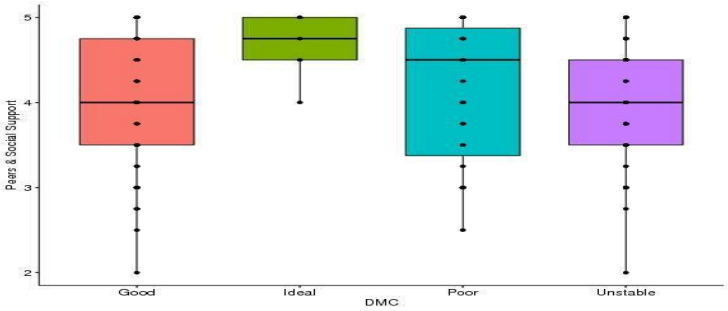
GRAFIKON 1 - Razlike u samoproceni fizičkog blagostanja ispitanika u odnosu na stepen metaboličke kontrole

TABELA 1 - Prikaz ispitivanih razlika u fizičkom blagostanju ispitanika po parovima u odnosu na stepen metaboličke kontrole

	Dobra	Idealna	Loša
Idealna	**0,038**		
Loša	0,992	0,053	
Nestabilna	0,362	**0,038**	0,433

Statistička značajnost je boldovana $p < 0.05$

Uočene su statistički značajne razlike u samoproceni zadovoljstva vršnjačkom i socijalnom podrškom, $F_{(3,11.024)}=3,71$, $p=0,046$, veliki efekat $\xi=0,57$; Preciznije, ispitanici sa idealnom metaboličkom kontrolom prijavljivali su statistički značajno veće zadovoljstvo vršnjačkom i socijalnom podršku u odnosu na grupu ispitanika sa dobrom i nestabilnom metaboličkom kontrolom. Ove značajnosti vidljive su na Grafikonu 2 i u Tabeli 2.



GRAFIKON 2 - Razlike u samoproceni vršnjačke/socijalne podrške ispitanika u odnosu na stepen metaboličke kontrole

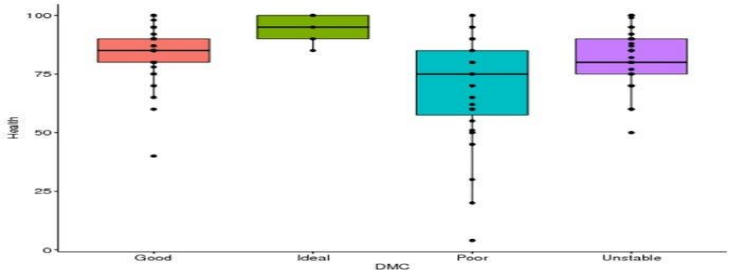
TABELA 2 - Prikaz procenjenih razlika u samoproceni vršnjačke/socijalne podrške po parovima u odnosu na stepen metaboličke kontrole

	Dobra	Idealna	Loša
Idealna	**0,049**		
Loša	0,218	0,229	
Nestabilna	0,828	**0,024**	0,167

Statistička značajnost je boldovana $p < 0.05$

Uočene su statistički značajne razlike u samoproceni zdravstvenog stanja na dan anketiranja, $F_{(3,9.888)}=5,91$, $p=0,014$, veliki efekat $\xi=0,77$. Preciznije, ispitanici sa lošom metaboličkom kontrolom prijavljivali su statistički značajno

lošije zdravstveno stanje na dan anketiranja u odnosu na grupe ispitanika sa idealnom, dobrom, pa čak i nestabilnom metaboličkom kontrolom, što je prikazano na Grafikonu 3 u Tabeli 3.



GRAFIKON 3 - Razlike u samoproceni zdravstvenog stanja ispitanika na dan anketiranja u odnosu na stepen metaboličke kontrole

TABELA 3 - Prikaz ispitivanih razlika u samoproceni zdravstvenog stanja ispitanika po parovima u odnosu na stepen metaboličke kontrole

	Dobra	Idealna	Loša
Idealna	0,061		
Loša	**0,001**	**0,015**	
Nestabilna	0,102	**0,026**	**0,009**

Statistička značajnost je boldovana $p < 0.05$

Ostale ispitivane razlike, u samoproceni različitih aspekata HRQOL ispitanika u odnosu na stepen njihove metaboličke kontrole, bez statističke značajnosti ($p > 0.05$) nisu prikazane (a to su svih pet dimenzija na EQ-5D-Y skali kojima se procenjivao intenzitet i nivo problema u vezi sa - pokretljivošću; vođenjem brige o sebi; obavljanjem uobičajenih aktivnosti; bolom/nelagodnostima; osećajem zabrinutosti/tuge/nedostatkom sreće. Kao što nisu utvrđene ni razlike u tri domena na KidScreen27 skali kojima se procenjivao stepen- psihološkog blagostanja, zadovoljstva odnosom sa roditeljima i autonomijom u upravljanju slobodnim vremenom, i zadovoljstva školskim okruženjem).

Pouzdanost KidScreen27 i interpretacija postignuća ispitanika na KidScreen27

Pouzdanost supskala i ukupne skale KidScreen27 ispitana je Cronbachovim alpha koeficijentom i McDonaldsovim omega koeficijentom. Prema rezultatima interne konzistentnosti KidScreen27 ovaj upitnik ima zadovoljavajuću do odličnu pouzdanost supskala i ukupne skale KidScreen27 (podaci nisu prikazani).

Globalno posmatrajući, postignuća ispitanika (izražena srednjim vrednostima - Mean i standardnom devijacijom – SD) na ukupnom skoru KidScreen27 iznosila su 3.71 (SD= 0.36). U odnosu na pojedinačne domene postignuća ispitanika su bila sledeća: fizičko blagostanje 3.41 (SD= 0.59), psihološko blagostanje 3.07 (SD= 0.36), odnosi sa roditeljima i autonomija u upravljanju slobodnim vremenom 4.37 (SD= 0.56), vršnjačka/socijalna podrška 4.02 (SD= 0.75), školsko okruženje 3.73 (SD= 0.70).

Konvergentna validnost i interpretacija postignuća ispitanika na EQ-5D-Y

Na osnovu ispitivanja konvergentne validnosti EQ-5D-Y upitnika sa supskalama KidScreen27 i ukupnim prosečnim skorom na KidScreen27 utvrđeno je da je EQ-5D-Y mogao da detektuje ispitanike koji u dimenzijama "bol/nelagodnost" i "zabrinutost/tuga/nedostatak sreće" imaju različite nivoe problema koji su povezani sa T1DM (podaci nisu prikazani).

Globalno posmatrajući, postignuća ispitanika (izražena srednjim vrednostima - Mean i standardnom devijacijom - SD) na VAS EQ-5D-Y skoru iznosila su 80.90 (SD= 15.39). U odnosu na pojedinačne dimenzije postignuća ispitanika su bila sledeća: pokretljivost 1.03 (SD= 0.21); vođenje brige o sebi 1.03 (SD= 0.21); obavljanje uobičajenih aktivnosti 1.09 (SD= 0.34); bol/nelagodnost 1.36 (SD= 0.49); osećaj zabrinutosti/tuge/nedostatak sreće 1.57 (SD= 0.60).

DISKUSIJA

Sagledavši procenat pedijatrijskih pacijenata koji su dostigli željenu metaboličku kontrolu ((sa vrednostima HbA1c < 7.0% (53.0 mmol/mol)), kao i prosečne vrednosti HbA1c na nivou ukupnog uzorka, možemo smatrati da su naši ispitanici postizali bolju metaboličku kontrolu, u poređenju sa pedijatrijskim pacijentima uključenim u druge studije koje su nam bile dostupne (2,3,25,26). Dostizanje željene metaboličke kontrole kod pedijatrijskih pacijenata obolelih od T1DM važno je za usporavanje progresije mikrovaskularnih i makrovaskularnih komplikacija (27). Međutim, pored redovnog kontrolisanja vrednosti HbA1c i drugih parametara kliničkih ishoda, neophodno je analizirati i humanističke zdravstvene ishode, pre svega - subjektivan doživljaj HRQOL. Prema definiciji, HRQOL odnosi se na nivo do kojeg bolest i zahtevi u vezi (samo)upravljanja bolešću utiču na uobičajeno ili očekivano fizičko, emocionalno i socijalno blagostanje određene osobe (28). U aktuelnoj studiji za procenu HRQOL pedijatrijskih pacijenata sa T1DM koristili smo dva generička upitnika: KidScreen27 i EQ-5D-Y. Na osnovu utvrđenih karakteristika može se smatrati da je istovremena upotreba oba upitnika osnažila njihove kapacitete za merenje HRQOL pedijatrijskih pacijenata sa T1DM, a samim tim i omogućila donošenje preliminarnih zaključaka u vezi sa povezanošću metaboličke kontrole i HRQOL u ovoj populaciji tokom trajanja pandemije COVID-19.

U ovoj studiji, generalna ocena HRQOL nije značajno odstupala od ocene koju su srpska deca i adolescenti oboleli od T1DM prijavljivali u periodu pre pandemijske situacije (29), ili ocene koju su prijavljivala neinficirana deca i adolescenti sa T1DM tokom pandemijskog perioda iz studije Al-Abdulrazzaq i saradnika (11). Ipak, na osnovu statistički značajnih rezultata rada potvrđeno je da su ispitanici koji su ostvarili željenu metaboličku kontrolu (idealnu ili dobru) prijaviljivali bolje zdravstveno stanje na dan anketiranja, što je u saglasnosti sa rezultatima iz prepandemijskog perioda (21,30,31) ali i sa rezultatima iz studija koje su realizovane u potpunosti ili delom u vreme trajanja pandemije (11,12). Poznavajući nalaze iz studije Murillo i saradnika (21) bilo je za očekivati da ispitanici prijavljuju nešto lošije fizičko blagostanje. Međutim, iznenađujuće je da su u našoj studiji najniže skorove na supskali fizičkog blagostanja prijavili pedijatrijski pacijenti sa idealnom metaboličkom kontrolom. Ovakav podatak se donekle može objasniti izjavama o forsiranom učešću ispitanika u fizičkim aktivnostima (koji su deo dnevnog režima u kontrolisanju glikoregulacije) i onda kada je to u suprotnosti sa njihovim trenutnim raspoloženjem.

U našem radu detektovane su i statistički značajne razlike u subjektivnom doživljaju zadovoljstva vršnjačkom/socijalnom podrškom u odnosu na stepen metaboličke kontrole ispitanika. Deca i adolescenti sa idealnom metaboličkom kontrolom tj. vrednostima HbA1c < 5.7% (< 38.8 mmol/mol) prijavljivali su najveće zadovoljstvo vršnjačkom/socijalnom podrškom. Ovakvi rezultati ukazuju na neophodnost snažije socijalne i vršnjačke podrške pedijatrijskim pacijentima sa T1DM tokom perioda pandemije, posebno kada imaju problema sa glikoregulacijom. Literaturni podaci su potvrdili značaj socijalne podrške, pogotovo, kada ona podstiče integraciju pedijatrijskih pacijenata u vršnjačku grupu; a kasnije u periodu adolescencije osim emocionalne podrške pruža podršku za dosledno kontrolisanje glikoregulacije uvažavajući potrebe mlade osobe sa T1DM (32,33).

ZAKLJUČAK

Na osnovu statistički značajnih rezultata rada može se reći da stepen metaboličke kontrole predstavlja značajnu determinantu različitih aspekata HRQOL u posmatranom uzorku. Iako je utvrđeno da deca i adolescenti sa idealnom metaboličkom kontrolom prijavljuju suboptimalne ocene u domenu fizičkog blagostanja, ova grupa pedijatrijskih pacijenata je najzadovoljnija vršnjačkom i socijalnom podrškom. Takođe, svi ispitanici koji postižu željenu metaboličku kontrolu (vrednosti HbA1c < 7.0% (53.0 mmol/mol) prijavljuju bolje zdravstveno stanje.
Iako je postizanje željene metaboličke kontrole cilj savremenih terapijskih pristupa, ne treba zanemariti ni procenu HRQOL (humanističkog ishoda) pedijatrijskih pacijenata sa T1DM. Holistički pristup u lečenju i nezi ove vulnerabilne populacije može ostvariti pozitivan uticaj na njihova iskustva u okviru pedijatrijske zdravstvene zaštite i pripremiti ih za bolje upravljanje/kontrolu bolesti u različitim okolnostima - kao što je to u proteklom periodu bila pandemija ili za tranziciju koja sledi.

LITERATURA

1. World Health Organization, 2020, "WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020", Dostupno na: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19 11-march-2020
2. Turan H, Günes-Kaya D, Tarcın G, and Evliyaoglu SO, 2021, "Effect of the COVID-19 quarantine on metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes", "Endocrinologia, Diabetes y Nutricion (Engl Ed)", "3", 201-208
3. Verma A, Rajput R, Verma S, Balania VKB, and Jangra B, 2020, "Impact of lockdown in COVID 19 on glycemic control in patients with type 1 diabetes mellitus", "Diabetes Metab Syndr", "14", 1213-1216
4. Rahmati M, Keshvari M, Mirnasuri S, Yon DK, Lee SW, Il Shin J, and Smith L, 2022, "The global impact of COVID-19 pandemic on the incidence of pediatric new-onset type 1 diabetes and ketoacidosis: A systematic review and meta-analysis", "J Med Virol", "11", 5112-5127
5. Alfayez OM, Aldmasi KS, Alruwais NH, Bin Awad NM, Al Yami MS, Almohammed OA, and Almutairi AR, 2022, "Incidence of Diabetic Ketoacidosis Among Pediatrics With Type 1 Diabetes Prior to and During COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis of Observational Studies", "Front Endocrinol (Lausanne)", "13", 856958.
6. Chambers MA, Mecham C, Arreola EV, and Sinha M, 2022, "Increase in the Number of Pediatric New-Onset Diabetes and Diabetic Ketoacidosis Cases During the COVID-19 Pandemic", "Endocr Pract", "5", 479-485
7. Danne T, Lanzinger S, de Bock M, Rhodes ET, Alonso GT, Barat P, et al, 2021, "A worldwide perspective on COVID-19 and diabetes management in 22,820 children from the SWEET project: diabetic ketoacidosis rates increase and glycemic control is maintained", "Diabetes Technol Ther", "23", 632–41
8. Shi Y, Wu LQ, Wei P, and Liao ZH, 2022, "Children with type 1 diabetes in COVID-19 pandemic: Difficulties and solutions", "World J Clin Pediatr", "5", 408-418
9. Shah AC, and Badawy SM, 2021, "Telemedicine in Pediatrics: Systematic Review of Randomized Controlled Trials", "JMIR Pediatr Parent", "1":e22696
10. Lim ST, Yap F, and Chin X, 2020, "Bridging the Needs of Adolescent Diabetes Care During COVID-19: A Nurse-Led Telehealth Initiative", "J Adolesc Health", "4", 615-617
11. Al-Abdulrazzaq D, Khalifa D, Alqaisi T, Al-Juailla F, Othman F, Qabazard S, and Al-Kandari H, 2022, "Health-related quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes during the COVID-19 pandemic in Kuwait", "Front Public Health", "10", 1056967
12. Lafontaine S, Mok E, Frei J, Henderson M, Rahme E, Dasgupta K, and Nakhla M, 2023, "Associations of Diabetes-related and Health-related Quality of Life With Glycemic Levels in Adolescents With Type 1 Diabetes Preparing to Transition to Adult Care", "Can J Diabetes", "23", 00112-0
13. Braune K, Boss K, Schmidt-Herzel J, Gajewska KA, Thieffry A, Schulze L, Posern B, and Raile K, 2021, "Shaping Workflows in Digital and Remote Diabetes Care During the COVID-19 Pandemic via Service Design: Prospective, Longitudinal, Open-label Feasibility Trial", "JMIR Mhealth Uhealth" "4", e24374
14. Aljawarneh YM, Wood GL, Wardell DW, and Al-Jarrah MD, 2023, "The associations between physical activity, health-related quality of life, regimen adherence, and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: A cross-sectional study", "Prim Care Diabetes", "4", 392-400
15. Knoll C, Schipp J, O'Donnell S, Wäldchen M, Ballhausen H, Cleal B, Gajewska KA, Raile K, Skinner T, and Braune K, 2023, "Quality of life and psychological well-being among children and adolescents with diabetes and their caregivers using open-source automated insulin delivery systems: Findings from a multinational survey", "Diabetes Res Clin Pract", "196", 110153
16. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović, Batut" 2022, "Coronavirus Statistics". Dostupno na: https://covid19.rs/
17. Stevanovic D, Tadic I, Novakovic T, Kisic-Tepavcevic D, and Ravens-Sieberer U, 2012, "Evaluating the Serbian version of the KIDSCREEN quality-of-life questionnaires: Reliability, validity, and agreement between children's and parents' ratings", "Quality of Life Research", "7", 1729-1737
18. Kind P, Klose K, Gusi N, Olivares PR, and Greiner W, 2015, "Can adult weights be used to value child health states? Testing the influence of perspective in valuing EQ-5D-Y", "Quality of Life Research", "10", 2519–2539
19. Ravens-Sieberer U, Wille N, Badia X, Bonsel G, Burstro¨m K, Cavrini G, Devlin N, Egmar AC, Gusi N, Herdman M, Jelsma J, Kind P, Olivares PR, Scalone L, and Greiner W, 2010, "Feasibility, reliability, and validity of the EQ-5D-Y: Results from a multinational study", "Quality of Life Research", "6", 887-897
20. Wille N, Badia X, Bonsel G, Burstro¨m K, Cavrini G, Devlin N, Egmar A-C, Greiner W, Gusi N, Herdman M, Jelsma J, Kind P, Scalone L, and Ravens-Sieberer U, 2010, "Development of the EQ-5D-Y: A child-

friendly version of the EQ-5D", "Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation", "19", 875-886

21. Murillo M, Bel J, Pérez J, Corripio R, Carreras G, Herrero X, Mengibar JM, Rodrigues-Arjona D, Ravens-Sieberer U, Raat H, and Rajmil L, 2017, "Health-related quality of life (HRQOL) and its associated factors in children with type 1 diabetes mellitus (T1DM)", "BMC Pediatrics", "16", 1-9
22. Robles N, Rajmil L, Rodriguez-Arjona D, Azuara M, Codina F, Raat H, Ravens-Sieberer U, and Herdman M, 2015, "Development of the web-based Spanish and Catalan versions of the Euroqol 5D-Y (EQ-5D-Y) and comparison of results with the paper version", "Health and Quality of Life Outcomes", "72", 1-9
23. Zakona o pravima pacijenata" u Republici Srbiji (2019) „Sl. Glasnik RS", br. 45/2013 и 25/2019 – dr. zakon, član 2, stav 4 i stav 5. Dostupno na: https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_pravima_pacijenata.html
24. R Core Team, 2019, "R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing", "Vienna, Austria", Dostupno: https://www.R-project.org/
25. Duarte V, Mota B, Ferreira S, Costa C, and Correia CC, 2022, "Impact of COVID-19 lockdown on glycemic control in type 1 diabetes", "Arch Pediatr", "1", 27-29
26. Al Agha AE, Alharbi RS, Almohammadi OA, Yousef SY, Sulimani AE, and Alaama RA, 2021, "Impact of COVID-19 lockdown on glycemic control in children and adolescents", "Saudi Med J", "1", 44-48
27. Miolski J, Ješić M, and Zdravković V, 2020, "Complications of type 1 diabetes mellitus in children", "Medical Youth", "3", 49-53
28. Hilliard ME, Wessendorf KA, Peugh JL, and Hood KK, 2013, "How poorer quality of life in adolescence predicts subsequent type 1 diabetes management and control", "Patient Education and Counseling", "1", 120–125
29. Smuđa M, Milutinović D, Milenković T, and Tadić I, 2020, "Assessment of health-related quality of life in pediatric patients with type 1 diabetes- a preliminary study", "Med Pregl", "11-12", 343-350
30. AlBuhairan F, Nasim M, Al Otaibi A, Shaheen NA, Jaser SA, and Al Alwan I, 2016, "Health related quality of life and family impact of type 1 diabetes among adolescents in Saudi Arabia", "Diabetes Research and Clinical Practice", "114", 173-179
31. Alvarado-Martel D, Velasco R, Sánchez-Hernández RM, Carrillo A, Nóvoa FJ, and Wägner AM, 2015, "Quality of life and type 1 diabetes: a study assessing patients' perceptions and self-management needs", "Patient Preference and Adherence", "9", 1315-1323
32. Núñez-Baila MLÁ, Gómez-Aragón A, and González-López JR, 2021, "Social Support and Peer Group Integration of Adolescents with Diabetes", "Int J Environ Res Public Health", "4", 2064
33. Pendley JS, Kasmen LJ, Miller DL, Donze J, Swenson C, and Reeves G, 2002, "Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes", "J Pediatr Psychol", "5", 429-438

ANALIZA FORMALNOG OBRAZOVANJA MEDICINSKIH SESTARA U REPUBLICI SEVERNOJ MAKEDONIJI

ANALYSIS OF FORMAL EDUCATION OF NURSES IN NORTH MACEDONIA

Valentina GORIČANEC, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija
Natalija DEČOVSKI, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija
Katerina LAZAREVA, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija
Daniela DAMJANOSKA TODOROVSKA, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija
Lejla ASANI, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija

KRATAK SADRŽAJ

Formalno obrazovanje medicinskih sestara u Severna Makedoniji odvija se na nivou srednjeg četvorogodišnjeg obrazovanja i visokog strukovnog trogodišnjeg obrazovanja sa mogućnošću jednogodišnje specijalizacije. Medicinska sestra sa završenom srednjom stručnom spremom ima zvanje medicinska sestra/tehničar, sa završenom visokom stručnom spremom diplomirana medicinska sestra i sa završenom specijalizacijom medicinska sestra specijalista određene specijalnosti (specijalist medicinska sestra za porodičnu I patronažnu negu, specijalist medicinska sestra anestetičarka, specijalist medicinska sestra instrumentarka i dr.). U Severna Makedoniji četvorogodišnje srednje obrazovanje za medicine sestre odvija se u petnaest škola, od kojih su pet medicinskih i deset opštinskih škola sa odeljenjima zdravstvene struke. Trogodišnje visoko strukovno obrazovanje za medicinske sestre odvija se na četiri državna I dva privatna univerziteta. Na dva državna univerziteta odvija se drugi ciklus strukovnih studija, odnosno jednogodišnje strukovne studije određene specijalnosti za medicinske sestre koje su završile prvi ciklus trogodišnjih strukovnih studija.

Ključne reči: obrazovanje medicinskih sestara, formalno obrazovanje, profesionalnost

SUMARY

Formal education of nurses in North Macedonia takes place at the level of secondary four-year education and higher professional three-year education with the possibility of one-year specialization. A nurse with a completed secondary education has the title of nurse/technician, with a completed higher education a graduate nurse and with a completed specialization a specialist nurse of a specific specialty (Family and Community Nurse Specialist, Specialist Nurse Anesthetist and Resuscitation, Operating room clinical Nurse Specialist and etc). In North Macedonia, four-year secondary education for nurses takes place in fifteen schools, five of which are secondary medical schools and ten municipal schools with departments of the health profession. Three-year higher professional education for nurses takes place at four state and two private universities. At two state universities, the second cycle of professional studies takes place, that is, one-year professional studies in a certain specialty for nurses who have completed the first cycle of three-year professional studies.

Keywords: nursing education, formal education, professionalism

Kontakt podaci o autorima
Valentina Goričanec, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija, email: v_goricanec@yahoo.com
Natalija Dečovski, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija, email: n_decovski@yahoo.com
Katerina Lazareva, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija, email: ketivodno@yahoo.com
Daniela Damjanoska Todorovska, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija, email: danieladamjanovska@yahoo.com
Lejla Asani, Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje, Republika Severna Makedonija, *email:* lejla.asani@hotmail.com

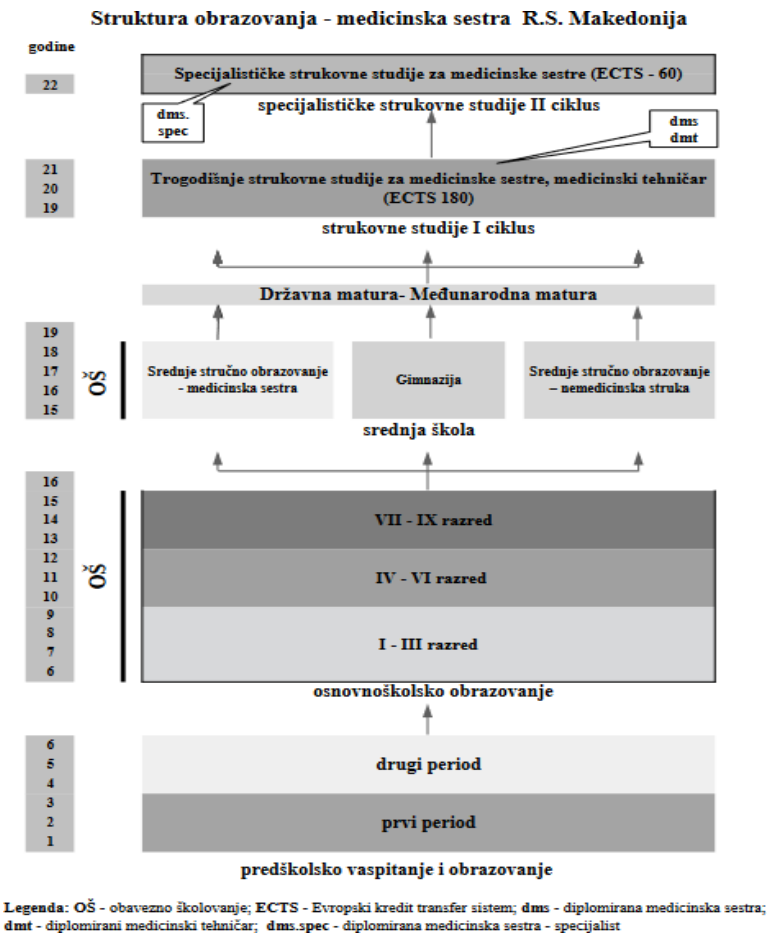
UVOD

Kraj 20. veka doneo je velike promene u obrazovanju medicinskih sestara u zapadnoj Evropi kao rezultat društvenih promena, reformi zdravstvenog sistema i profesionalizacije medicinskih sestara. Harmonizacija obrazovanja medicinskih sestara usklađena sa ciljevima Bolonjske deklaracije dovela je do značajnih promena i počelo je izjednačavanje nivoa obrazovanja medicinskih sestara širom Evrope.

Cilj obrazovanja je priprema medicinskih sestara za samostalno, odgovorno i profesionalno sprovođenje zdravstvene nege. U cilju izjednačenja kvaliteta obrazovanja medicinskih sestara i obezbeđivanja kvaliteta zdravstvene zaštite, u Evropskoj uniji obrazovanje medicinskih sestara je regulisano direktivama EU 2005/36/EC i 2013/55/EU.
Od medicinske sestre očekuje se visoko nivo usvojenih znanja i stručnosti, visoke moralne vrednosti, veštine organiziranja, kritičkog i analitičkog razmišljanja i visoko nivo motivacije i kreativnosti. U skladu s tim, definirane su uloge i funkcije medicinskih sestara.
Obrazovanje medicinskih sestara mora da ispunjava sve ove uslove da bi medicinska sestra bila punopravni član multidisciplinarnog i multiprofesionalnog zdravstvenog tima u kojem ravnopravno odlučuje, preuzima ulogu vođe tima po potrebi i odgovorna je za postizanje zacrtanih ciljeva.

Formalno obrazovanje medicinskih sestara u Republici SevernojMakedoniji

U Severnoj Republici Makedoniji, medicinske sestre čine najveću grupu zdravstvenih radnika: u 2019. bilo je 9.943 licenciranih medicinskih sestara, 6.468 licenciranih lekara i 1.003 licenciranih babica. Republika Severna Makedonija ima sopstveni sistem obrazovanja medicinskih sestara koji je od nezavisnosti prošao kroz brojne reforme pod uticajem Bolonjske deklaracije i Direktive EU 2005/36/EC. U Makedoniji prva medicinska škola organizovana je u obliku kurseva u Skoplju 1923godine, ali je škola počela sa radom 1947 godine. Kasnije su osnovane i medicinske škole za medicinske sestre u Bitolju, Tetovu i Štipu.
Obrazovanje za profil medicinka sestra odvija se u periodu od sedam i/ili osam godina. Školovanje medicinske sestre završava sa drugim cuklusom specijalističkih strukovnih studija.



Šema obrazovanja Struktura obrazovanja medicinska sestra u R.S. Makedonija (V.Goričanec)

Formalno obrazovanje medicinskih sestara odvija se na nivou srednjeg četvorogodišnjeg strukovnog obrazovanja i visokog strukovnog trogodišnjeg obrazovanja sa mogućnošću jednogodišnje specijalizacije. Medicinska sestra sa završenom srednjom stručnom spremom ima zvanje medicinska sestra/tehničar, sa završenom visokom stručnom spremom diplomirana medicinska sestra/tehničar i sa završenom specijalizacijom medicinska sestra specijalista određene specijalnosti (specijalist medicinska sestra za porodičnu i patronažnu negu, specijalist medicinska sestra anestetičar, specijalist medicinska sestra instrumentarka i dr.). Četvorogodišnje srednje strukovno obrazovanje odvija se u petnaest škola, od kojih su pet srednjih medicinskih i deset opštinskih škola sa odeljenjima zdravstvene struke. Trogodišnje visoko strukovno obrazovanje za medicinske sestre odvija se na četiri državna univerziteta i to na Univerzitetu Sv. Kiril i Metodij – Skoplje na Medicinskom fakultetu, Univerzitetu Goce Delčev – Štip na Fakultetu medicinskih nauka, Univerzitetu Sv. Kliment Ohridski – Bitolj na Visokoj Medicinskoj školi, Državnom univerzitetu u Tetovu na Fakultetu Medicinskih nauka i na dva privatna univerziteta, na Međunarodnom balkanskom univerzitetu Skoplje na Visokoj Medicinskoj Školi i Univerzitetu Jugoistočne Evrope u Tetovu na Fakultetu za zdravstvene nauke (tabela br.1). Nastavni plan i program visokih strukovnih studija na svim univerzitetima i visokim strukovnim školama nisu isti i nisu u potpunosti u skladu sa Direktivom EU 36/2005/EC. U nastavnim planovima i programima nedostaju časovi kliničkih vežbi, koji bi prema Direktivi trebalo da iznose jednu polovinu celokupne nastave ili 2300 časova..

Tabela br.1 Obrazovne institucije I ciklusa studija za medicinske sestre

I Ciklus – STRUKOVNE STUDIJE – 180 ECTS	
UNIVERZITET	**FAKULTET/ŠKOLA**
Univerzitet Goce Delčev–Štip	Fakultet za Medicinske nauke
Univerzitet Sv. Kliment Ohridski - Bitolj	Visoka Medicinska Škola
Univerzitet Sv. Kiril i Metodij - Skoplje	Medicinski Fakultet
Državni Univerzitet u Tetovu	Fakultet za Medicinske nauke
Međunarodni Balkanski Univerzitet Skoplje	Visoka Medicinska Škola
Univerzitet Jugoistočne Evrope	Fakultet zdravstvenih nauka

Na Univerzitetu Goce Delčev u Štipu, Fakultetu medicinskih nauka i Univerzitetu Sv. Kliment Ohridski – Bitolj odvija se drugi ciklus strukovnih studija, odnosno jednogodišnje strukovne studije specijalizacija za medicinske sestre i babice koje su završile prvi ciklus trogodišnjih stručnih studija.

Standardno nivo obrazovanja

Evropska federacija medicinskih sestara - EFN (eng. *European Federation of Nurses Associations)* je postigla zajednički konsenzus o potrebi za jedinstvenim standardom sestrinskih programa i kompetencija koji je usklađen sa Direktivama. Ovaj jedinstveni način je izuzetno važan za medicinske sestre, pacijente i javnost. Sve zemlje članice EU su prihvatile i standardizovali nivo obrazovanja medicinskih sestara, koji je podeljen na tri nivoa: medicinska sestra opšte nege, medicinska sestra specijalist i visoko obrazovana medicinska sestra, a utvrđena je i potreba za zdravstvenim asistentom, zbog sve većih potreba u zdravstvenom sistemu.
Iako program za medicinske sestare na svim visoko obrazovnim ustanovama u Republici Severnoj Makedoniji, nisu u potpunosti usaglašeni sa Direktivom EU 2005/36/EC, nakon završenog prvog ciklusa strukovnih studija stiče se zvanje diplomirana medicinska sestra/diplomirani medicinski tehničar opšte nege.
U katalogu radnih mesta u javnom sektoru verzija 8.0, kreiran od strane Ministarstva informaciskog društva i administracije Republike Severne Makedonije, radna mesta su selektirana i standardizirana prema starom obrazovnom sistemu.

Državna matura

Državna matura namenjena je učenicima srednje škole i četvorogodišnjeg srednjeg stručnog obrazovanja. Državna matura polaže se preko posebnim ispitnim programima koji su zasnovani na ciljevima nastavnih planova i programa za odgovarajuće predmete koji su uključeni na listi državne mature. Državna matura obuhvata: obavezni deo (makedonski jezik i književnost ili albanski jezik i književnost ili turski jezik i književnost, u zavisnosti od nastavnog jezika na kojem učenik prati nastavu); fakultativni deo i projektni zadatak. Prvi put uspešno je realizovana školske 2007/2008 godine. Eksterne ispite za državnu maturu priprema, organizuje i sprovodi Državni ispitni centar, a interni ispiti su u nadležnosti srednjih škola. Diploma stečena na ovom ispitu služi i za upis na akademske i stručne studije.

Pripravnički staž i stručni ispit

Pripravnički staž za zdravstvene radnike sa završenom srednjom stručnom spremom traje šest meseci, sa višom devet meseci i sa završenom visokom stručnom spremom deset meseci. Pripravnički staž se obavlja u zdravstvenim ustanovama, pod neposrednim nadzorom ovlašćenog zdravstvenog radnika kojeg iz reda zaposlenih odredi nadležni organ zdravstvene ustanove, sa najmanje stepenom stručne spreme kao najmanje pet godina radnog iskustva u oblasti u kojoj zdravstveni radnik je obučen. U toku realizacije svakog dela plana pripravničkog staža u odgovarajućoj radnoj jedinici zdravstvene ustanove, ovlašćeni zdravstveni radnik evidentira početak pripravničkog staža prema planu i programu u pripravničku knjižicu, i overava sa svojim potpisom i i faksimilom zdravstvene ustanove po završetku odgovarajućeg dela pripravničkog staža.
Zdravstveni radnik koji je obavio pripravnički staž podnosi prijavu za polaganje stručnog ispita javnoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se formira ispitna komisija prema Pravilniku. Ispitna komisija formirana u javnoj zdravstvenoj ustanovi pred kojom zdravstveni radnici polažu stručni ispit ima tri člana, od kojih je: predsednik je zdravstveni radnik sa visokom stručnom spremom u oblasti medicine, stomatologije, odnosno farmacije, jedan od članova je diplomirani pravnik sa najmanje pet godina radnog iskustva u oblasti zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja, a drugi je zdravstveni radnik sa završenom srednjom, višom ili visokom stručnom spremom u trajanju od tri godine u smeru medicine, stomatologije, odnosno farmacije, odnosno sa srednjom ili visokom stručnom spremom iz oblasti farmacije, u zavisnosti od zanimanja zdravstvenih radnika koji polažu stručni ispit.
Stručni ispit za zdravstvene radnike sa završenom srednjom stručnom spremom ili višom ili visokom stručnom spremom sastoji se iz opšteg i stručnog dela. Opšti i stručni deo stručnog ispita polažu se usmeno. Bez obzira na vrstu završene stručne spreme, srednje i/ili više I visoke, nakon položenog stručnog ispita dobija Uverenje sa kojim može samostalno da pruža zdravstvenu zaštitu, ali se ne upisuje u Registar za upis i licenciranje medicinskih sestara, jer iako je Zakonom za zdravstvenu zaštitu RM predviđeno vođenje Registra za zdravstvene radnike, isti još uvek nije u potpunosti implementiran.

Kompetencije medicinskih sestara

Medicinskim sestrama kompetencije se utvrđuju listom izlaznih kompetencija/ishoda učenja u skladu sa propisima o srednjoškoloskim i visokoškolskim ustanovama, koji proizilaze iz osnovnih sestrinskih kompetencija.

Obrazovanja medicinskih sestara i okvir kvalifikacija (MRK)[1]

Medicinske sestre mogu se školovati u okviru sledećih kvalifikacija: četirigodišnje srednje strukovno obrazovanje MRK nivo IV, prvi ciklus strukovnih studija – trogodišnje strukovne studije MRK nivo VI, podnivo VIB i jednogodišnje specijalističke strukovne studije; MRK nivo VII, podnivo VIIB.

Obrazovanje medicinskih sestara - nivo četvorogodišnje strukovno obrazovanje

Školovanje medicinskih sestara traje četiri godine, a počinje nakon završetka osnovnog obrazovanja u trajanju od devet godina. Nastavni plan i program sastoji se iz teorijskog i praktičnog dela. Praktična nastava se izvodi u školskim kabinetima za zdravstvenu negu i u zdravstvenim ustanovama na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou. Stručnu praksu vode medicinske sestre-instruktori sa visokim stepenom stručne spreme. Obrazovanje medicinskih sestara završava se izradom i odbranom završnog rada t.e. državne mature u organizaciji i realizaciji škole, kao deo završnog nivoa obrazovanja.

Obrazovanje medicinskih sestara - nivo trogodišnje strukovne studije

Obrazovanje medicinskih sestara na nivou strukovnih osnovnih studija počinje nakon završetka četvorogodišnjeg srednjoškolskog programa za medicinske sestre polaganjem državne mature. Sa ovim su ispunjeni uslovi Direktive 2005/36 EC i Direktive 2013/55 EU o završetku dvanaestogodišnjeg opšteg obrazovanja i preporuci za pristupanje sa uzrastom od 18 godina. Ponuđeni studijski programi na univerzitetima omogućuju minimalne uslove za obrazovanje medicinskih sestara u trajanju od najmanje tri godine ili 4.600 sati i iznosi 180 EKTS kredita. Nastavni plan i program sastoji se iz teorijskog i praktičnog dela. Praktična nastava izvodi se u laboratorijama za bazične premete i kabinetima za zdravstvenu negu i u zdravstvenim ustanovama na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou (domovi zdravlja, hitne pomoći, bolnice, domovi za penzionere, ambulante i dr.). Stručnu praksu vode medicinske sestre-stručni saradnici sa visokom strukovnim obrazovanjem.

[1]MRK – Makedonska ramka na kvalifikacii

Obrazovanje medicinskih sestara - nivo specijalističke strukovne studije

Specijalističke strukovne studije su u trajunju od jedne godine i iznosi 60 EKTS, program specijalizacije je minimum 50% sa kliničkim sadržajem. Posle završetka stiče se zvanje diplomirana medicinska sestra specijalista određene specijalnosti (specijalist medicinska sestra za porodičnu i patronažnu negu, specijalist medicinska sestra anestetičar, specijalist medicinska sestra instrumentarka i dr.). Specijalističke strukovne studije odvijaju se na dva univerziteta, Univerzitet Goce Delčev u Štipu, Fakultet medicinskih nauka i Univerzitet Sv. Kliment Ohridski – Bitolj. Specijalističke strukovne studije nisu u nadležnosti Ministerstva zdravstva i zbog toga specijalizacije još uvek nisu priznate u potpunosti i sistemtizirane u zdravstvenim ustanovama. Iako ove jednogodišnje strukovne studije su uvedene u visokom obrazovanju više od 10-12 godina, još uvek mali broj medicinskih sestara, završavaju specijalizaciju, zbog nepriznavanja na radon mestu. Zanimljivo je i da završetkom specijalizacije, iako se medicinska sestra stiče sa 240 EKTS, ne postoji mogućnost daljeg napredovanja u akademskoj karijeri.

DISKUSIJA

Obrazovanje medicinske sestre u Republici Severnoj Makedoniji, započinje posle završenog osnovnog devetgodišnjeg obrazovanja i upis u četirigodišnje strukovne medicinske škole, Posle polaganja državne mature, medicinske sestre koje žele produžiti školovanje, upsuju se na strukovne studije za medicinske sestre. Specijalističke strukovne studije upisuju mali broj medicinskih sestara, iz razloga što nisu priznate u zdravstvenim ustanovima gde rade. Razlike u kompetencijama nakon završene srednje škole za medicinske sestre i diplomiranih medicinskih sestara nisu jasno definisane.
Medicinske sestre obavljaju pripravnički staž i polažu stručni ispit nakon završene srednje škole i nakon završenog trogodišnjeg stručnog obrazovanja. Polaganjem pripravničkog ispita, dobijaju uverenje sa kojim imaju ovlaštenje za rad. Diplomirana medicinska sestra nema mogućnost daljeg usavršavanja na poslijediplomskom akademskom nivou obrazovanja.

ZAKLJUČAK

Sistem obrazovanja medicinskih sestara nije u potpunosti usklađen sa zahtevoma EU Direktive, a obrazovanje je i dalje zaostalo iz prethodnog obrazovnog sistema iz bivše države Jugoslavije. Postoje prepreke u profesionalnom razvoju koje proizilaze iz zakonskih propisa. Neophodna je zajednička akcija kako bi se relevantne institucije senzibilisale u prevazilaženju svih navedenih problema.
Globalna strategija SZO o ljudskim resursima za zdravlje naglašava važnost poboljšanja obrazovnih procesa i dinamike tržišta rada kako bi se stvorila radna snaga koja može da pruži integrisanu negu usmerenu na univerzalnom pokrivenošću stanovništva. Kreatori obrazovnih programa prilikom izrade nastavnog plana i programa potrebno je pratiti Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva, ključne strateške dokumente EU i SZO. Sve dok medicinske sestre ne budu osnažene i podržane, neće moći da vode značajne promene u zdravstvenoj politici, naručivanju usluga, dizajnu i pružanju zdravstvene zaštite i obrazovanju članova profesije. Empirijske studije jedinstvenog formalnog obrazovanja, bilo kvalitativnog ili kvantitativnog, mogu se preduzeti da bi se otkrili efekti profesije medicinske sestre sa ciljem jačanja profesije medicinskih sestara i unapređenja sestrinstva kao profesije.

LITERATURA

1. World Health Organization [Internet]. Nursing – Dostupno na: http://www.who.int/topics/nursing/en/.
2. Directive 2005/36/ec of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, Available from URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036
3. DIRECTIVE 2013/55/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System, , Available from URL: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055&qid=1693085580866
4. Spitzer A, Perrenoud B, (2006). Reforms in nursing education across Western Europe: from agenda to practice
5. EFN Workforce Matrix on the Three Categories of Nursing Care and key principles for the development of HCAs EFN Country Report [dokument dobiven putem elektronske pošte] EFN General Assembly, 14-15 April 2016, Brussels Annexe 3.7 – EFN Workforce Matrix 3+1 10 03 2016.

6. WHO Regional Office for Europe (2021) Registered nurse education in North Macedonia: a roadmap to change, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved 02 January 2023 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346233/WHO-EURO-2021-3420-43179-60472-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Google Scholar
7. Каталог на работни места во јавниот сектор, верзија 8.0, http://www.mio.gov.mk/sites/default/files/pbl_files/documents/KATALOG_NA_RABOTNI_MESTA_21012016_v8.pdf
8. Правилник за начинот на полагање и оценување нарезултатите на учениците на испитите во државна матура во гимназиското, стручното и средното уметничко образование (Службен весник на РМ, бр. 78 од 10.06.2010 година)
9. Правилник за приправничкиот стаж и за стручниот испит на здравствените работници со средно и више образование (Службен весник на Република Македонија бр. 65/2004)
10. Правилник за изменување и дополнување на правилникот за приправничкиот стаж и за стручниот испит на здравствените работници со средно, више и високо стручно образование во траење од три години (Службен весник на Република Македонија бр. 128/2007)
11. EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf
12. Закон за здравствена заштита на Република Македонија, Службен весник на РМ, бр.43/2012
13. Закон за изменување и дополонување на законот на здравствена заштита, Службен весник на РМ бр. 43/2014
14. Закон за признавање на професионалните квалификации, Службен весник на РМ, бр.171/2010
15. Закон за високо образование Службен весник на РМ, бр.82/2018)
16. Закон за Националната рамка на квалификации, Службен весник на Република Македонија“ бр.137/2013, Скопје
17. Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000, Publications WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen, Denmark
18. Salvage J, Heijnen S, (1997). Regional Office for Europe. Nursing in Europe:a resource for better health. World Health Organization: Available from URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107350/euro_series_74.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Keighley T, (2016).“Is there an EU framework for nurse education ?”, Eurohealth incorporating Euro Observer-Vol 22, No.1
20. Domitrović L.D, (2016). Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj u usporedbi sa standardima Europske unije.
21. Горичанец, В. (2019). Мобилност и миграција на медицинските сестри во Европската Унија и Република Македонија. Магистерска теза. Скопје: Филозофски факултет.
22. Н.Дечовски, В.Гавровска Лукиќ, Горичанец В, Дечовски С, Сестринството во Македонија-Анализа на кадар, образование и невработеност, Зборник на трудови од Симпозиум на ЗМСТАМ со меѓународно учество на тема Медицинските сестри/акушерки: Сила за промени ``Ресурс од витално значење за здравјето``, октомври, 2014 Скопје;
23. Дечовски Н, Горичанец В, Карадакоска Р, Ливринска С.Л, Сестринството во креирање на здрав свет, Работилница, III Национален Конгрес на ЗМСТАМ, Промени за подобро: Квалитет, Одговорност, Еднаквост, Партнерство, Соработка, 30.09-03.10.2010, Струга, Македонија;
24. Bryar R, Groenewegen PP, Sánchez Martínez M, Scotter C. (2023) Developing modern primary care nursing in North Macedonia. Primary Health Care Research & Development 24(e47): 1–10. doi: 10.1017/S1463423623000348
25. World Health Organization. (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/344562. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

УЛОГА ПАТРОНАЖНЕ СЕСТРЕ У НЕЗИ, ЛЕЧЕЊУ И ЕДУКАЦИЈИ ОСОБА КОЈЕ БОЛУЈУ ОД АЛЦХАЈМЕРОВЕ БОЛЕСТИ

Јулијана ВУЛОВСКА КОСТОВА, Втор циклус студии-Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип,
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип, Р.С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука – Универзитет, Гоце Делчев, Штип,Р С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Апстракт

Увод:Алцхајмерова болест је неуродегенеративни поремећај и главни је узрок деменције, коју карактерише пад размишљања и самосталности у личним свакодневним активностима. Постоји неколико фактора ризика као што су старење, генетски фактори, повреде главе, васкуларне болести, инфекције и фактори животне средине који играју улогу у настанку болести.
Сврха овог рада је да представи етиолошке и медицинске аспекте болести и заступљеност Алцхајмерове болести на територији Републике Македоније. У изради рада коришћена је дескриптивна метода. Подаци говоре да је најмлађи пацијент на територији Републике Македоније у 2019. години имао 36 година.

Кључне речи: Алцхајмерова болест, етиологија, заступљеност, Република Северна Македонија

Abstract

Alzheimer's disease is a neurodegenerative disorder and is the main cause of dementia, which is characterized by a decline in thinking and independence in personal daily activities. There are several risk factors such as increasing age, genetic factors, head injuries, vascular diseases, infections and environmental factors that play a role in the disease.
The purpose of this paper is to present the etiological and medical aspects of the disease and the representation of Alzheimer's disease in the territory of the Republic of Macedonia. A descriptive method was used in the preparation of the paper. The data indicate that the youngest patient in the territory of the Republic of Macedonia was 36 years old in 2019.

Keywords: Alzheimer's disease, etiology, representation, Republic of North Macedonia

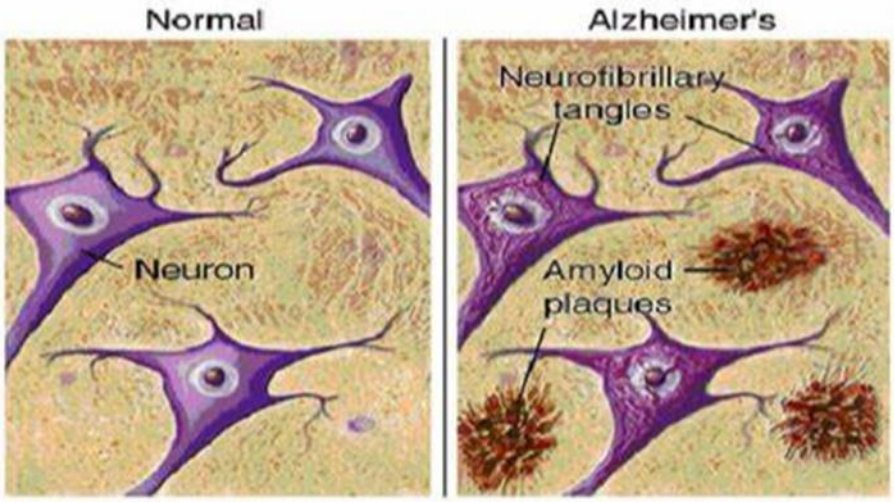
1. Увод

Алцхајмерова болест је дегенеративни поремећај мозга који уништава неуроне и везе у можданој кори што доводи до значајног губитка мождане масе. Данас се сматра главним узроком сенилне деменције, која се некада сматрала нормалним стањем у старости. Алцхајмерова болест узрокује постепен и неповратан губитак памћења, способности говора, свести о времену и простору и на крају способности да се бринемо о себи. Болест је открио немачки психијатар Алојз Алцхајмер 1906. године, а у то време се сматрало ретким психичким стањем, посебно међу младима. Данас се Алцхајмерова болест сматра најчешћим узроком губитка менталних функција око 65. године, врло ретко се јавља око 30-их, 40-их, 50-их година живота.
Иако ова болест није природни део старења, ризик од развоја болести расте са годинама.Поједини пацијенти који болују од ове болести суочавају се са огромним страхом и фрустрацијама док се боре са некада једноставним задацима и како постепено губе независност.

2. Етиологија

И генетски фактори и фактори животне средине су фактори ризика у манифестацији Алцхајмерове болести. Највећи фактор ризика је старост. Са 65 година, вероватноћа развоја АД је око 3%, а до 85. године расте на преко 30%. Инциденција АД код млађих од 65 година је мање извесна, али процене сугеришу да ова старосна група чини око 3% случајева Алцхајмерове болести.

. Мозак оболелог од ове болести има карактеристичан облик абнормално обликованих протеинских плакова и фибрила.Такав облик немају сви делови мозга и најчешће су захваћени делови мозга одговорни за памћење.
Плакови су мање-више сферне творевине сребрне боје, које се јављају у свим слојевима мождане коре.Сваки плак има језгро окружено прстеном, језгро се састоји од изразито аргетофилних аморфних или зрнастих маса. Око једра нађене су микроглијалне ћелије, често промењеног облика (слика 1). Централна маса је састављена од гликоидног и аминоидног материјала. Многи плакови се јављају и код других менталних болести, на пример сенилне деменције.



Слика бр.1. Физиолошка структура неурона у (левом) здравом мозгу и (десном) мозгу са Алцхајмеровом болешћу. Извор: OECD analysis of data from the World Alzheimer Report 2015 and the United Nations World Population Prospects.
Fig. 1. Physiological structure of neurons in (left) healthy brain and (right) brain with Alzheimer's disease. Source: OECD analysis of data from the World Alzheimer Report 2015 and the United Nations World Population Prospects.

Патогенеза и хистогенеза сенилних плакова још увек није јасна, док их неки научници сматрају производом абнормалног метаболизма, други их своде на факторе глиозе.

3. Дијагноза

Ова болест узрокује скупљање нервног ткива што доводи до губитка памћења и способности говора. Алцхајмерова болест се јавља постепено.
У раним фазама, пацијент има релативно мале проблеме са чувањем ових података и памћењем где је оставио ствари (кључеве, новац). Тада почињу проблеми када морају да испричају догађај из прошлости или да пронађу речи да се изразе. Како болест напредује, пацијент може имати потешкоћа да се сети који је дан или месец, или да пронађе пут до познатог места. изазива тенденцију да одлута негде и касније не може да се врати. Пацијент често постаје раздражљив или одсутан јер се бори са страхом и фрустрацијом када некада позната места постану страна и непозната. Промене у понашању се манифестују тако што пацијент постаје параноичан и не може да учествује у разговору.
На крају пацијент постаје потпуно неспособан за обављање основних животних функција, као што су храњење и коришћење тоалета. Пацијенти који болују од ове болести могу дуго да живе са болешћу и умру од компликација као што је упала плућа. Време од дијагнозе до смрти пацијента је стар око 7 до 10 година, али постоје различите варијације од 3 до 20 година до смрти, што зависи од старости пацијента, здравственог стања, као и неге која му се пружа.

4. Фактори ризика

Алцхајмерова болест се сматра мултифакторском болешћу која је повезана са неколико фактора ризика као што су старење, генетски фактори, повреде главе, васкуларне болести, инфекције и фактори животне средине (тешки метали, метали у траговима и други). Основни узрок патолошких промена код Алцхајмерове болести (Aβ, НФТ и синаптички губитак) је још увек непознат.

5. Превенција и лечење

Тренутно је пријављено да је оболелих од Алцхајмерове болести широм света око 24 милиона, а 2050. године процењује се да ће се укупан број људи са деменцијом повећати за 4 пута.
Иако је Алцхајмерова болест проблем јавног здравља, до сада постоје само две класе лекова одобрених за лечење АД, укључујући инхибиторе ензима холинестеразе (природни, синтетички и хибридни аналоги) и Н-метил д-аспартат (НМДА) антагонисти.

6. Прогноза и ток болести

Прогноза Алцхајмерове болести је променљива и зависи од фактора као што су старост особе, стадијум болести и присуство других здравствених стања. У просеку, особа са Алцхајмеровом болешћу живи четири до осам година након дијагнозе, али неке живе и до 20 година. Рана дијагноза и лечење могу помоћи да се одложи или спречи почетак Алцхајмерове деменције.

7. Образовање

Главна брига за чланове породице и старатеље је да људи са деменцијом остану безбедни. Пошто многи људи са деменцијом не схватају да је њихово ментално функционисање нарушено, покушавају да наставе са свакодневним активностима као и обично. Ово може довести до физичке опасности, а медицинске сестре морају помоћи у избјегавању ситуација које могу угрозити сигурност особе или других.

8. Материјал и методе

У раду су приказани основни етиолошки и медицински аспекти Алцхајмерове болести на територији Републике Македоније. У припреми рада користили смо дескриптивну методу у прикупљању и обради података са табеларним приказом резултата.
Користи се:
- податке добијене од истраживачког тима неуродегенеративних болести ЈЗУ Клинике за неурологију за испитанике са Алцхајмеровом болешћу у периоду од 2018. до 2022. године у Клиници за деменцију.

9. Резултати

Подаци о заступљености по годинама старости код 335 пацијената са Алцхајмеровом болешћу у периоду од 2018. до 2019. године.

Табела бр.1. Подаци о заступљености по годинама старости код 335 пацијената са Алцхајмеровом болешћу у периоду од 2018. до 2019. године.
Table 1. Data on the representation by age of 335 people with Alzheimer's disease in the period from 2018 to 2019.

ГОДИНА	НАЈМЛАЂИ ПАЦИЈЕНТ (СТАРОСТ)	НАЈСТАРИЈИ ПАЦИЈЕНТ (СТАРОСТ)
2018	51г.	91г.
2019	36г.	92г.
2020	47г.	81г.
2021	51г.	86г.

Табела бр.2. Подаци о дијагнози 335 пацијената са Алцхајмеровом болешћу у периоду од 2018. до 2019. године.

Table 2. Data on the diagnosis of 335 patients with Alzheimer's disease in the period from 2018 to 2019.

ДИЈАГНОЗА	БРОЈ ПАЦИЈЕНАТА СА ПОТВРЂЕНОМ ДИЈАГНОЗОМ	ПРОЦЕНТНО
ДЕМЕНЦИЈА КОД АЛЦХАЈМЕРОВЕ БОЛЕСТИ	250	71%
ВАСКУЛАРНА ДЕМЕНЦИЈА	9	2.50%
ДЕМЕНЦИЈА У БОЛЕСТИ КОЈЕ ЈЕ КЛАСИФИКАО ДР. МЕСТО	11	3.10%
НЕОБЕЛЕЖЕНА ДЕМЕНЦИЈА	52	15%

LEWY BODY DISEASE	8	2.30%

10. Дискусија

Према добијеним подацима о заступљености по годинама старости код 335 оболелих од Алцхајмерове болести у периоду од 2018. до 2019. године, најмлађи пацијент регистрован је 2019. године, пацијенткиња стара 36 година. Такође, 2020. године најмлађи пацијент има 47 година, док најстарији пацијент има 82 године. У 2021. најмлађи пацијент има 51 годину, а најстарији 86 година.

Према табели број 2, подаци о дијагнози постављеној код 335 пацијената са Алцхајмеровом болешћу у периоду од 2018. до 2019. године показују да је код 250, односно 71% постављена дијагноза Алцхајмерове деменције, код 9 (2,5%) васкуларне деменције, код 11 (3,1%) деменције код болести које су класификоване на другом месту, код 52 (15%) пацијената са неспецификованом деменцијом и код 8 (2,3%) болести Левијевог тела.

11. Закључак

Алцхајмерова болест се сада сматра светским здравственим проблемом; као последица тога, Национални институт за старење-Алцхајмерову асоцијацију је рекласификовао и ажурирао критеријуме НИНЦДС-АДРДА из 1984. за већу специфичност, осетљивост и рану идентификацију пацијената са ризиком од развоја Алцхајмерове болести.
Упркос томе, лечење Алцхајмерове болести остаје симптоматично, без промене прогнозе болести. Инхибитори ензима холинестеразе као што су галантамин, донепезил и ривастигмин и антагонисти НМДА као што је мемантин побољшавају памћење и будност, али не спречавају напредовање болести.

12. Референце

1. Cummings J. Alzheimer's disease diagnostic criteria: practical applications. Alzheimers Res Ther. 2012;4(5):35
2. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology. 1984;34(7):939-44
3. Monczor M. Diagnosis and treatment of Alzheimer’s disease. *Curr. Med. Chem. Cent. Nerv. Syst. Agents.* 2005;5:5–13. doi: 10.2174/1568015053202723
4. Rabin LA, Wang C, Katz MJ, Derby CA, Buschke H, Lipton RB. Predicting Alzheimer's disease: neuropsychological tests, self-reports, and informant reports of cognitive difficulties. J Am Geriatr Soc. 2012;60(6):1128-34
5. Salmon DP, Bondi MW. Neuropsychological assessment of dementia. Annu Rev Psychol. 2009;60:257-82. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190024. PMID: 18616392; PMCID: PMC2864104.

EPILEPSIJA

Jelena RISTIC, OB Cuprija

Uvod:
Naziv epilepsija potice od grckih reci epi i lambanein, sto znaci zgrabiti ili oboriti. Ove reci su prevedene na latinski jezik i glase epi i lepsija od cega je skovana rec epilepsija, i njena srpska transkripcija epilepsija. Pod epilepsijom se podrazumeva hronicno neurolosko oboljenje koje se karakterise spontanim ponavljenjem epileptickih napada usled povremenog, iznenadnog i naglog lokalnog praznjenja sive mase.

Klasifikacija epileptickih napada:
Prema aktuelnoj medjunarodnoj klasifikaciji, glavne grupe epileptickih napada su:
fokalni(zarisni) i generalizovani napadi.
Fokalni napadi se javljaju u odredjenim delovima mozga, tj epilepticka praznjenja se odvijaju u ogranicenom delu mozga.
Generalizovani napadi se odlikuju poremecajem svesti i obostranim, najcesce simetricnim motornim simptomima, kao i obostrano sinhronim i simetricnim iktusnim EEG praznjenjem, bez vidljivog zarisnog pocetka.

Precipitantni faktori:
Kao precipitantni faktori za napade navodi se stres, vizuelni nadrazaji, deprivacija spavanja, zamor, preterana upotreba kofeina, intenzivna aktivnost, neke senzitivne ili refleksne drazi, hormonski poremecaj ili menstruacija. Najcesci su i sledeci uzroci epilepsije: traume mozga, tumori mozga, vaskularna ostecenja, infekcija cns-a, alkohol, endokrini i metabolicki poremecaji, degenerativne bolesti.

Lecenje epilepsije:
Osnovni cilj antiepilepticke terapije je suzbijanje napada. Terapijska odluka i izbor AEL zavisi od vrste napada i tipa epilepsija/epileptickog sindroma. AEL se uvodi tek posle dva ili vise neprovocirana epilepticka napada. Terapija se moze obustaviti ukoliko je bolesnik bio bez napada dve,tri godine, uz uredan EEG i neuroloski nalaz. Doze leka se postupno smanjuju tokom 6-12 meseci, a vecina ponovnih napada se javlja u prva tri meseca posle obustave terapije.

Uloga medicinske sestre kod zbrinjavanja bolesnika tokom velikog epileptickog napada:
Sestinske intervencije tokom epileptickog napada jesu: med. sestra uz bolesnika mora ostati sve vreme dok napad traje; osigurati bolesnikovu privatnost; bolesnika koji predoseca napad(ima auru) pripremiti za napad, poloziti ga i u usta mu staviti orofaringealni tubus; zastiti bolesnikovu glavu da ne udari u tvrdu podlogu; ne nasilno otvarati vilicu; ne ogranicavati bolesnikove pokrete; postaviti bolesnika u bocni polozaj, tokom i nakon napada.

Edukacija bolesnika i psihosocijalno prilagodjavanje:
Potrebno je informisati bolesnika i clanove porodice o bolesti, njenom toku i lecenju, pri cemu med sestra ima vaznu ulogu. Epilepsija nije prepreka za covekov profesionalni razvoj, iako je broj zanimanja delimicno ogranicen. Najblize saradnike na poslu bolesnik samostalno mora upoznati sa dijagnozom bolesti. Pre sklapanja braka buduci partner mora biti upoznat sa postojanjem bolesti. Odluku o potomstvu potrebno je doneti u konsultaciji sa lekarom.

Predlog mera kod osoba sa epilepsijom:
Redovno uzimanje AEL terapije, redovne laboratorijske kontrole zbog mogucih nus pojava AEL terapije, izbegavati precipitirajuce faktrore, izbegavati predvidljive stresne situacije, velike i nagle napore, aktivnost u kojima se bolesnik pri padu moze povrediti, treptavo svetlo, odraz u vodi, gledanje u sunce.

Zakljucak:
Danas je epilepsija kao bolest vrlo dobro poznata, mada jos uvek nije u potpunosti istrazena. Vazno je da osobe koje boluju od epilepsije, ali i njihovi bliznji, budu edukovani od strane med sestre o samoj bolesti, radi pravilnog postupanja kod epilepticnih napada, tako i smanjenja predrasuda koje jos uvek prate tu bolest.

УЛОГА ПАТРОНАЖНЕ СЕСТРЕ У ЛЕЧЕЊУ ОНКОЛОШКИХ РАНА

Верица ЌОСЕВСКА, ЈЗУ, Мајка Тереза-Онколошка клиника-Скопље
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Abstract

Malignant skin lesions are caused by malignant growth in the subcutaneous tissue and skin. Wounds differ from each other, they usually have a chronic course, so their care is also different. Professional wound care requires a lot of knowledge and experience and is the result of the teamwork of experts from different fields, so the nurse is an extended hand in this process. Care for chronic and acute wounds with classic dressings is gradually being abandoned.The role of the patronage service is not negligible, it is important and necessary to fill the connection between public health and the patient who recovers, is treated or dies in a home environment. That is why the visiting nurse follows principles and professional starting points for treatment and medical care of the patient at home.
Key words: wounds, treatment of malignant wounds, dressings, patronage care and patronage nurse.

Апстракт

Малигне лезије коже узроковане су малигним растом у поткожном ткиву и кожи. Ране се разликују једна од друге, најчешће имају хронични ток, па је и њихова нега различита. Професионално збрињавање рана захтева много знања и искуства и резултат је тимског рада стручњака из различитих области, тако да је медицинска сестра продужена рука у овом процесу. Постепено се одустаје од збрињавања хроничних и акутних рана класичним завојима. Улога патронажне службе није занемарљива, важно је и неопходно да се попуни веза између јавног здравља и пацијента који се опоравља, лечи или умире у кућном окружењу. Зато патронажна сестра следи принципе и професионална полазишта за лечење и медицинску негу пацијента у кући.

Кључне речи: ране, лечење малигних рана, завоји, патронажна нега и патронажна сестра.

УВОД

Малигне лезије коже узроковане су малигним растом у поткожном ткиву и кожи. Они погађају око 5 до 10% пацијената са малигнитетима. (Цхоате, Нобори и Ворсвицк, 2019).

Малигне ране су атипичне ране које настају као последица малигне болести, било да је реч о раној клиничкој презентацији основног малигног процеса, последица кожних метастаза или у склопу паранеопластичног синдрома. (Шумић & Колић, 2012).

Ране које не показују знаке зарастања у року од четири недеље терапије и не зарасту за 6-8 недеља сматрају се хроничним. Они лече секундарно. (Черниц & Врховник, 2010).

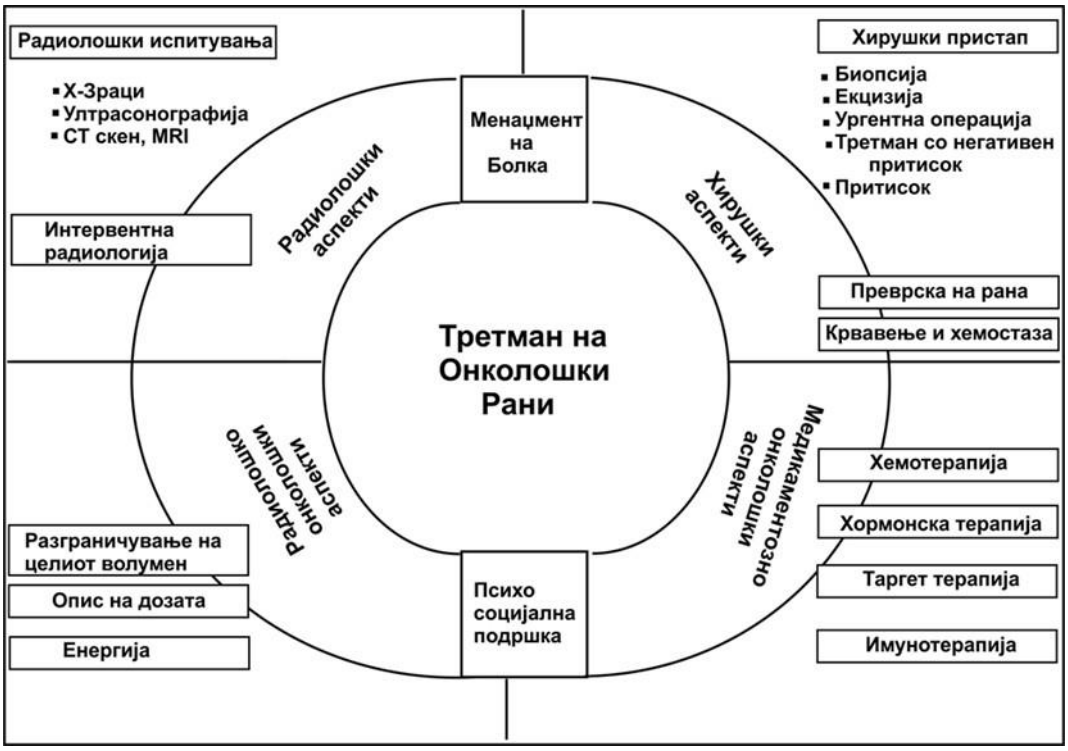
Слика 1. Малигна хронична рана.
Figure 1. Malignant chronic wound.

Лечење и збрињавање малигних рана

Пацијентима са канцерогеном раном су потребни свеобухватни холистички протоколи лечења који укључују не само пружаоце палијативног збрињавања, већ чак и радијацијске и медицинске онкологе заједно са хирургима. (Фурка, ет ал., 2022).

Патронажна сестра у нези онколошких пацијената

Значај рада патронажне сестре у кућном окружењу је вишеструк, како у процесу лечења, тако и у процесу неге и рехабилитације пацијената. Резултат медицинске неге пацијента зависиће од њених личних квалитета (хуманост, толеранција, етичке и моралне квалитете) као и од стручног знања.



Слика 2. Мултидисциплинарни приступ у лечењу онколошких рана.
Figure 2. Multidisciplinary approach in the treatment of oncological wounds.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Овим радом на више нивоа треба подићи разумевање специфичних атипичних малигних рана и потребе њиховог мултидисциплинарног лечења.

Едукација и унапређење неге пацијената са малигним ранама за практичну примену у медицинској пракси.

Акценат треба ставити на потребу примарне заштите и наставак односа терцијарне и примарне здравствене заштите у процесу минимизирања болничког лечења пацијената са малигним ранама.

Унапредити практичну примену савремених завоја за лечење малигних рана на свим нивоима здравствене заштите од стране целог мултидисциплинарног тима укљученог у лечење и негу пацијената са кожним ранама од малине.

Повећани број терцијарно лијечених пацијената, који је пропорционалан новим токовима лијечења, треба дисперзирати на секундарни и примарни ниво у интересу повећања психосоцијалног благостања пацијената и њиховог мањег финансијског и психичког оптерећења због континуираног болничког лијечења.

МЕТОДЕ ИСТРАЖИВАЧКОГ РАДА

Статистички подаци за последњих пет година и текуће праћење пацијената у клиници за ургентне превијање и стерилизацију Универзитетске клинике за радиотерапију и онкологију у Скопљу.

Подаци су обрађени у Microsoft Exel и статистички и аналитички су обрађени и приказани табеларно и графички са процентуалним приказом. Они укључују два концепта, од којих је један социјални, а други терапеутски.

РЕЗУЛТАТИ

У периоду од 2018. до 2022. године на Клиници за радиотерапију и онкологију у Скопљу урађено је укупно 10.917 превијања амбулантних и хоспитализованих пацијената. Због тренда раста броја интервенција, Хитна помоћ је проширила своје капацитете обезбеђивањем додатног простора и људских ресурса.

Графикон 1. Број извршених превијања у периоду од пет година.
Chart 1. Number of performed dressings in a period of five years.

У периоду од пет година у Клиници за ургентно превијање и стерилизацију Клинике за радиотерапију и онкологију у Скопљу, број интервенција урађених у овом периоду повећан је за више од четири пута. Ова крива је обрнуто пропорционална броју болничких кревета и од 2020. године износи 105.

ДИСКУСИЈА

У периоду од 2018. до 2022. године на Клиници за радиотерапију и онкологију у Скопљу урађено је укупно 10.917 превијања амбулантних и хоспитализованих пацијената. Због тренда раста броја интервенција, Хитна помоћ је проширила своје капацитете обезбеђивањем додатног простора и људских ресурса. Старосна граница лечених пацијената је још један статистички податак који даје јасну границу ниског процента лечених пацијената испод 20 година. Највећи проценат пацијената који се лече је у старосној граници од 40 година и више. У последњем кварталу 2022. године, постоји тренд раста код лечених пацијената старијих од 60 година. То је такође због постепеног процента старења просечне популације. Да би се смањио апсолутни број амбулантно лечених пацијената, потребно је повећати способности и знање особља на секундарном и примарном нивоу.

ЗАКЉУЧАК

Број терцијарно лечених пацијената са малигним ранама у сталном је порасту упркос континуираној едукацији пацијената о самозбрињавању и нези. Неопходно је распоредити одговорности унутар мултидисциплинарног тима. У ту сврху потребно је креирати путеве кретања пацијената са малигним ранама, као и пратити нове трендове лечења. Обавезе лечења и збрињавања малигних рана реализовати на нивоу породичног лекара и патронажне службе. За потребе истих потребно је обезбедити услове за рад и обезбедити савремене покриваче за завоје у оквиру секундарне и примарне здравствене заштите.

Коришћена литература

1. Bates-Jensen, B., & Seaman, S. (2012). Menagement of Malignant Cutaneus Wounds and Fistulas. In C. Sussman, & B. Bates Jensen, Wound Care: a collaborative practice manual for health professionals (— 4th ed. ed., pp. 381- 400). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
2. Černic, L., & Vrhovnik, M. (2010). IZZIVI SODOBNIH PRISTOPOV ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE IN ZDRAVLJENJA. ZDRAVSTVENA OSKRBA KRONIČNE (MALIGNE) RANE – PREDSTAVITEV PRIMERA, pp. 25-33.
3. Choate, E. A., Nobori, A., & Worswick, S. (2019, 07 10). Cutaneous Metastasis of Internal Tumors.
4. Kujath, P., & Michelsen, A. (2007). Wounds – From Physiology to Wound Dressing. Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Lübeck: National Library of Medicine.
5. Marinovic Kulisic, S. (2018). Suvremene obloge u potporom lijecenju kronicnih rana . In Suvremeno zbrinjavanje kronicne rane kirurskog bolesnika (pp. 33 - 41). Zagreb: Hrvatska udruga za rane.
6. Панова, Г. (2008). Нега на болен - 1. Штип: Универзитет „Гоце Делчев" Штип.
7. Петровски, М. (2006). ХИРУРШКА ПРОПЕДЕВТИКА практикум за вежби. Скопје: МАКАВЕЈ - Скопје.

ALKOHOLIZAM JE BOLEST NIJE VIC

Jasmina NIKOLIĆ MS, Opšta bolnica Ćuprija
Suzana STOJANOVIĆ VMS, Opšta bolnica Ćuprija

Uvod:
Alkoholizam tako predstavlja hronično oboljenje definisano od SZO kao bolest nastala dugotrajnom neumerenom konzumacijom alkoholnih pića sa štetnim posledicama po pojedinca i zajednicu, što implicira njegovo ultimativno i bezuslovno lečenje. Učestala upotreba alkoholnih napitaka kod većine ljudi vremenom u razlilčitoj brzini dovodi do pojave adiktivno (zavisnog) ponašanja u odnosu na supstancu (alkohol), u početku psihološkog, a kasnije i organskog karaktera, što ga svrstava u supstance s visokim adiktivnim rizikom. Alkohol deluje pre svega na bihejvioralni kontekst (izmenu ponašanja) korisnika dovodeći do neodgovornog i nekritičnog ponašanja sa izbegavanjem radnih i socijalnih obaveza, nemaru prema poslu i porodici i na kraju do povećane permisivnosti za delinkventna, promiskuitetna i kriminogena ponašanja u užoj i široj zajednici.

Cilj rada;
Naglasiti da višegodišnja upotreba alkohola može dovesti do čitavog niza smetnji dijagnostikovanih kriterijumima od neumerenog pijenja, zloupotrebe, pa do zavisnosti sa svim štetnim posledicama po pojedinca i zajednicu. Dugotrajna upotreba alkohola dovodi do sledstvenog smanjenja profesionalne radne i socijalne efikasnosti, smanjujući ukupan društveni proizvod sa pratećim povećavanjem troškova od akcidentalnog i namernog povređivanja i samopovređivanja i sledstvenog porasta invaliditeta, koji pogađa kako pojedinca i njegovu porodicu, tako i zajednicu u celini.

Metode lečenja:
Lečenje alkoholizma može biti ambulantno, poluhospitalno i hospitalno, što zavisi pre svega od težine kliničkih simptoma alkoholizma, tj. Prisustva illi odsustva psihotičnih ili teže depresivnih simptoma, motivacije i dužine alkoholičarskog staža, koji određuju stepen kontrole apstinencijalne krize, kao i prisustva adekvatnog, motivisanog saradnika (jednog ili više) u lečenju. Osnovni cilj lečenja je uspostvljanje stabilne apstinencije, potom produbljivanje motivacije za daljim lečenjem i na kraju lečenje sekundarnih psihičkih, socijalnih i organskih posledica izazvanih alkoholizmom, uz uspostavljanja socijalne rehabilitacije, resocijalizacije i adekvatne implementacije u socijalni milje sa novim i zdravim obrascima funkcionisanja.

Zaključak:
Veoma je važno naglasiti da lečenje mora biti blagovremeno, adekvatno (izbor modela lečenja), ultimativno, transparentno, stručno (sa primenom svih dostignuća u domenu alkohologije), dosledno (bez kompromitacije i kontaminacije terapijskog procesa učestalim recidivima) i permanentno (sa učestalim kontrolama bez prekida u kontinuitetu u periodu od četiri do pet godina).Smatra se da je apstinencija praćena socijalnom rehabilitacijom i resocijalizacijom u periodu od pet godina i bez recidiva dovoljan preduslov za izlečenje alkoholilzma. Sa svakim recidivom računanje dana apstinencije počinje iznova.

Ključne reči: Alkoholizam, zavisnost, lečenje, rehabilitacija, kontrola

e-mail: bony-2009@live.com

РАЗВОЈ И ПРЕСПЕКТИВЕ ПАТРОНАЖНЕ СЛУЖБЕ У ОПШТИНИ СВЕТИ НИКОЛЕ

Милена СТОЈАНОВА, ЈЗУ-Здравстsвени дом -Свети Николе-Р.С.Македонија
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Апстракт

Увод:
Патронажна служба, као део примарне здравствене заштите која обезбеђује здравствену заштиту и заштиту, има суштинску улогу у пружању квалитетне, индивидуалне медицинске неге и подршке пацијентима у њиховим домовима.У почетку се разматра појам патронажне службе, њен значај, праћење и евалуација, која се првенствено фокусира на истраживање развоја различитих аспеката патронажне заштите, укључујући едукацију патронажних радника, комуникацију са пацијентима, праћење здравственог стања и документацију.Анализом досадашње праксе и тенденција у патронажној служби у Светом Николу, идентификују се основни изазови и могућности који утичу на њен развој. Истраживање такође истражује социјалну и етичку димензију патронажне службе код Светог Николе и препознаје потребу за социјалном подршком и психолошком бригом за пацијенте.Основни циљ ове студије је да пружи научно утемељене закључке и препоруке за унапређење патронажне службе у граду Свети Никола. Ово укључује сарадњу између здравствених радника и пацијената, подизање свести о значају превенције, здравим навикама, као и коришћење нових технологија за побољшање квалитета неге и комуникације.Коначни резултати ове студије ће, надамо се, допринети унапређењу патронажне службе у Светом Николу и увести важне аспекте подршке и здравствене заштите у кућним условима.

Кључне речи: улога, патронажна служба, циљ.

Abstract

The patronage service, as part of the primary health care service that provides health care and protection, has an essential role in providing quality, individual medical care and support to patients in their homes. Initially, the concept of patronage service, its importance, monitoring and evaluation is considered. It primarily focuses on researching the development of various aspects of patronage care, including the education of patronage workers, communication with patients, monitoring of health status and documentation.Through the analysis of current practices and tendencies in the patronage service in St. Nikole, basic challenges and opportunities are identified that affect its development. The research also explores the social and ethical dimension of the patronage service at Saint Nicholas, and recognizes the need for social support and psychological care for patients.The main objective of this study is to provide scientifically based conclusions and recommendations for improving the patronage service in the city of Saint Nicholas. This includes collaboration between healthcare professionals and patients, raising awareness of the importance of prevention, healthy habits, as well as utilizing new technologies to improve the quality of care and communication.The final results of this study will hopefully contribute to the improvement of the patronage service in St. Nikole and will introduce the important aspects of support and health care in home conditions.

Keywords: role, patronage service, goal.

Увод

Мултивалентна патронажна служба има изузетно важну улогу у здравственој заштити и подршци становништву, посебно за особе са различитим здравственим потребама, хроничним болестима, трудницама, породиљама, новорођенчадима, одојчади, малој деци и предшколцима, особама преко 65 година, дијабетичарима, пацијенти са кардиоваскуларним, малигним, прогресивним неуромускуларним обољењима, туберкулозом и др.
То је специјалистичка медицинска служба у којој раде обучени и квалификовани медицински стручњаци као што су медицинске сестре/бабице. Патронажна служба се пружа у домовима пацијената, што омогућава пацијентима да добију одговарајући третман и негу у удобности сопственог дома.

Поливалентну службу чине медицинске сестре/бабице са средњом стручном спремом и високом стручном спремом.У Светом Николу поливалентну службу чине две медицинске сестре и једна бабица са средњом стручном спремом и једна медицинска сестра са вишом стручном спремом. Свака медицинска сестра/бабица има свој регион, територију на којој упознаје и проучава социјално-економске прилике, опште здравствено-хигијенске услове, обичаје, све што се тиче исхране, рада и живота становништва

Година	2018	2019	2020	2021	2022
Припрема терена	1464	1716	927	516	714
На терену	2430	2860	1540	852	1190
Ван терена	2360	2056	3552	3016	1928
Укупно	6254	6632	6019	4384	3832

одређеног краја. приликом сваке посете.и спроводи здравствено васпитање за појединце. , породице и групе. Открива социјално угрожене категорије, злостављане и занемарене жене, децу, старе и немоћне особе.

Сарађује са свим амбулантама, одељењима домова здравља, социјалним установама, Црвеним крстом, разним организацијама и месним заједницама, чиме учествује у корекцији услова живота који су фактори ризика за настанак одређених болести код пацијената.

Циљ рада

Основни циљ поливалентне патронажне службе је пружање квалитетне, персонализоване и одговорне медицинске неге и подршке пацијентима у њиховим домовима. Ово укључује:
- очување, унапређење и праћење здравља пацијената;
- праћење трудноће (нормалне и патолошке)
- савети за новорођенче (здраво и болесно)
- отклањање фактора ризика за настанак болести;
- идентификовање потреба корисника здравствене заштите;
- здравствено васпитање у циљу усвајања здравих навика;
- психолошка подршка и обука пацијената и њихових сродника за ефикасно лечење болести или болести.

Додатни циљ је смањење потребе за хоспитализацијом и медицинским интервенцијама, као и побољшање квалитета живота пацијената.
Редовно се одржавају активности у циљу унапређења здравља у породицама локалног и сеоског становништва, као и едукације становништва о здравом начину живота, очувању и унапређењу здравља деце, старијих од 65 година, промовисању одговорног родитељства и по потреби , повезивање породице са здравственим и социјалним службама.

Материјали и методи рада
Рад представља тему која се може разматрати са различитих аспеката и коришћењем различитих материјала и метода. Патронажна служба се односи на област здравствене и социјалне заштите где се пружа помоћ, нега и подршка особама којима је потребна из здравствених или социјалних разлога.Материјал и методе који су коришћени за истраживање ове теме су:
-Годишњи извештаји припремљени у ЈЗУ Завод за јавно здравље Велес у периоду од 2018. до 2022. године,
- Подаци се обрађују и приказују у табеларном и текстуалном облику,
-Коришћена научна и стручна литература наших и страних аутора.
промовисању одговорног родитељства и по потреби , повезивање породице са здравственим и социјалним службама.
Табела бр.1. Укупан број сати рада патронажне сестре/бабице за период од јануара 2018. до децембра 2022. године у граду Свети Николе

Табела бр.2. Укупан број превентивних посета у кућним условима патронажне сестре/бабице за период од јануара 2018. године. до децембра 2022 у граду Светог Николе

Година	2018		2019		2020		2021		2022	
	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	2*
Новорођенче	109	175	82	139	103	113	61	63	76	78
Доенче		307	3	324		124	6	112		190
Деца од 2 години	234		209		62		31		99	
Деца од 4 години	279		256		76		30		138	
Деца до 18 години	519		633		170		30		159	
Трудница	83	34	85	55	52	10	40	6	29	9

Родилка и леунка	108	166	83	139	95	104	61	63	77	81
Жене од репро.периоду од 30-40 години	656		715		250		121		221	
Старо лице			2							
Особе са малигним неоплазмама	7		20		4				2	
Особе са КВЗ	198		316		94		3		24	
Особе са ЦВЗ	16		14		5				1	
Особе са дијабетесом	34		58		22		1			
Особе са менталним поремећајем	2		9		2					
Инвалид	6		3		1					
Особе со ТБ										
Особе са другом хроничном болешћу	83	4	123		36		8		14	
Особе са другим болестима	27		107		23				3	
Остали корисници	108		158		55		11		29	
Укупно	2469	686	2876	657	1050	351	403	244	872	358

1* Прве посете
2* Повратне посете

Горе приказане табеле односе се на рад медицинских сестара/бабица које обављају у патронажној служби у Светом Николу у периоду од 5 година (2018 – 2022.) 2020. до 2022. године, где је мање прегледа у кући. Време пандемије донело је новим изазовима и потребама патронажне службе, као и потребом подршке најугроженијим особама у условима повећаног ризика од инфекције.
Пандемија КОВИД-19 указала је на значај патронажне службе и потребу прилагођавања услуга у време кризе, која се након њеног престанка патронажна служба у Светом Николу постепено вратила у нормално функционисање.

Перспективе
Перспективе у патронажној служби односе се на различите могућности, напредак и потенцијалне правце развоја који се могу јавити у области здравствене заштите и подршке пацијентима кроз патронажну службу. Ово укључује размишљање о томе како се методе, стратегије и технологије које се користе за пружање медицинске неге и подршке пацијентима у њиховом кућном окружењу могу побољшати и унапредити.
Опсег перспектива у патронажној служби може укључивати следеће аспекте:
Технолошки напредак: Укључује истраживање и интеграцију нових технологија као што су мобилне апликације, сензори, телемедицина и виртуелна стварност ради побољшања комуникације, праћења и праћења здравственог статуса пацијената.
Образовање и обука: Пружање боље обуке здравственим радницима и пацијентима да разумеју болести, лекове, посебне процедуре и здраве навике.
Превенција и промоција здравља: Осигуравање активности за промоцију здравља и превенцију болести кроз ефикасну контролу болести и програме раног откривања.
Сарадња и интеграција: Интеграција патронажне службе са другим здравственим установама, лекарима, болницама, старачким домовима и другима ради побољшања укупне здравствене заштите.
Подршка најугроженијим групама: Највећа пажња посвећена је старим лицима, особама са хроничним болестима и тешко покретним особама.
Истраживање и иновације: Промовисање истраживања у области патронажне неге, развој нових модела праксе и иновативних метода за унапређење квалитета здравствене заштите.
Холистички приступ: Фокусирање на комплетан здравствени статус пацијената, укључујући физичке, емоционалне и социјалне аспекте.

У свему томе, перспективе у патронажној служби обухватају различите начине напретка и унапређења у области здравствене заштите кроз циљане стратегије и иновације, у циљу побољшања здравља и квалитета живота пацијената.

Дискусија

Дискусија о перспективи патронажне службе је од суштинског значаја због њене улоге у здравственој заштити и подршци пацијентима у кућном окружењу. Ова област се развија и иновира као резултат нових

технологија, промена здравствених потреба и друштвене динамике, а стварају се и нове могућности за унапређење услуга и побољшање квалитета живота пацијената. У следећој дискусији могу се истаћи неки важни аспекти и питања:
- Како се нове технологије могу користити за унапређење комуникације између пацијената и здравствених радника, као и за праћење и праћење здравственог стања?
- Колико је велики потенцијал патронажне службе да унапреди свест пацијената о значају превенције и здравих навика?
- Како се може развити ефикасан програм обуке и едукације за пацијенте да управљају својим здрављем?
- Како се може мерити ефикасност и квалитет патронажне неге?
- Како се може обезбедити да пацијенти добију адекватну и индивидуално прилагођену негу, у складу са њиховим потребама?
- Како се могу превазићи потенцијалне препреке и изазови у примени унапређених модела патронажне неге?
- Како побољшати сарадњу здравствених радника, пацијената и њихових рођака?
- Како се може побољшати укључивање најугроженијих група, као што су стари и слабо покретни?
- Који су етички изазови у вези са патронажном бригом?
- Како се патронажна служба интегрише у систем социјалног здравља и како може допринети решавању великих изазова као што су дефицит здравствених радника и потреба за квалитетном негом?

У сваку **дискусију** о перспективама у патронажној служби важно је укључити различите заинтересоване стране, као што су здравствени радници, пацијенти, локалне заједнице, удружења, законодавци и други, како би се донеле квалитетне и научно прихватљиве одлуке.

Закључак

У закључку, развој и перспективе у патронажној служби су јасни и доносе важне промене, напредак у области здравствене заштите и подршке пацијентима. Увођењем нових технологија, акцентом на превенцији, унапређењем едукације пацијената и интеграцијом у здравствени систем заједнице, патронажна служба може помоћи пацијентима да живе боље, управљају својим здрављем и побољшају квалитет живота.

Развојем технологија и иновација патронажна служба може бити ефикаснија и доступнија, уз могућност посвећене и персонализоване неге за сваког пацијента. Превенција болести и рано откривање могу спречити напредовање болести и побољшати здравствени статус људи. Интеграција патронажне службе у систем социјалног здравља може довести до потпуног и координисаног пружања здравствене заштите. Важно је ојачати сарадњу здравствених радника и пацијената, као и обратити пажњу на социјалне и етичке аспекте, омогућавајући да оваква услуга буде доступна свим групама становништва.

Коришћена литература

1. Институт за јавно здравље Републике Северне Македоније,
2. FORD, R. P. K., TAYLOR, B. J., MITCHELL, E. A., ENRIGHT, S. A., STEWART, A. W., BECROFT, D. M. O., … ROBERTS, A. P. (1993). Breastfeeding and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome. International Journal of Epidemiology, 22(5), 885–890. https://doi.org/10.1093/ije/22.5.885;
3. Удружење медицинских сестара, техничара и бабица Републике Македоније, „Медицинске сестре увек ту за вас: брига о породици“, Охрид, 2002;
4. Книге породичне медицине, Роберт Е. Ракел, Скопље: Табернакул, 2011.

УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ У ЛЕЧЕЊУ ПАЦИЈЕНАТА СА ХЕМОРАГИЧНИМ ШОКОМ

Ариета Муча МУСТАФА, СУГС-Цветан Димов-Скопље
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Abstract

The state of shock is one of the circumstances that endangers the victim's life in case of injury. It is important to achieve stabilization of vital functions with proper measures, which do not cause additional damage when the victim is in a state of shock. In hemorrhagic shock, attention should be paid to blood loss, both internal and external bleeding. The task of the nurse in the pre-hospital environment is to know and recognize the clinical signs that appear in a victim of hemorrhagic shock and to act accordingly.
Research methodology: The research is based on quantitative methodology. The research was conducted using a survey questionnaire among graduated nurses, and the obtained results were processed with the Excel program and displayed on graphs.
Results:Observation, recognition and measures of the victim in hemorrhagic shock are critical. We found that they have great knowledge about recognizing and taking measures in the case of an injured person in hemorrhagic shock.
Conclusion: Knowing the measures to be taken in case of hemorrhagic shock in the prehospital environment is important for employees in the emergency department before the hospital because timely recognition and measures can save the life of a person in hemorrhagic shock in the prehospital environment.

Key words: shock, hemorrhagic shock, hypovolemic shock, signs of shock, bleeding.

Апстракт

Стање шока је једна од околности која угрожава живот жртве у случају повреде. Важно је правилним мерама постићи стабилизацију виталних функција, које не изазивају додатну штету када је жртва у стању шока. Код хеморагичног шока треба обратити пажњу на губитак крви, како унутрашње тако и спољашње крварење. Задатак медицинске сестре у преболничком окружењу је да познаје и препозна клиничке знаке који се јављају код оштећеног у хеморагичном шоку и да у складу са тим поступа.
Методологија истраживања: Истраживање је засновано на квантитативној методологији. Истраживање је спроведено коришћењем анкетног упитника међу дипломираним медицинским сестрама, а добијени резултати су обрађени програмом Екцел и приказани на графиконима.
Резултати>Посматрање, препознавање и мере жртве у хеморагичном шоку су критичне. Утврдили смо да поседују велико знање о препознавању и предузимању мера у случају повређеног у хеморагичном шоку.
Закључак: Познавање мера које треба предузети у случају хеморагичног шока у прехоспиталном окружењу важно је за запослене у ургентном одељењу пре болнице јер благовремено препознавање и мере могу да спасу живот особе у хеморагичном шоку у прехоспиталном окружењу.

Кључне речи: шок, хеморагични шок, хиповолемијски шок, знаци шока, крварење.

Увод

Хеморагични шок је примарни облик хиповолемијског шока и представља хеморагију, што значи екстравазацију крви изван васкуларног кревета. Упркос различитим врстама шока, болничари одређују да ли се крварење може контролисати. Из тог разлога, веома је важно тачно препознати симптоме.
Симптоми који прате крварење
Хеморагични шок се односи на губитак више од 1/3 запремине крви. Тело може да надокнади губитак који не прелази ову вредност смањењем капацитета судова уз повећање крвног притиска.Хеморагични шок се најчешће јавља током операције, али постоји више разлога за динамичко стање опасно по живот. То укључује: 1. Екстензивне трауме (затворене или отворене природе),
2. постоперативно крварење,
3. Спонтано крварење (обично се дијагностикује код пацијената са лошом коагулацијом или који узимају антикоагулансе),

4. Крварење из гастроинтестиналног тракта
5. Руптура ванматеричне трудноће,
6. Крварење из варикозитета једњака током отказивања јетре,
7. Опекотине трећег степена.
8. За сваки шок, укључујући и хеморагични шок, можемо разликовати две фазе – уравнотежену и неконтролисану.

Карактеристична карактеристика парне фазе је покушај да се надокнади губитак крви, што укључује стимулацију симпатичког система, који није равнодушан према телу. Дакле, први симптоми развоја хеморагичног шока су:
1. Слабост,
2. Вртоглавица,
3. Бледа кожа,
4. прекомерно знојење
5. Повећана жеђ
6. Смањење диурезе,
7. Слабост откуцаја срца.

Ако се први симптоми препознају као симптоми хеморагичног шока, лечење може бити ефикасно. Ако пацијент не препозна симптоме, долази до неконтролисане фазе која је повезана са критичним слабљењем протока ткива. Респираторни мишићи и срце престају да раде како би требало јер крв не може да транспортује праву количину кисеоника и хранљивих материја.

У декомпензованој фази јавља се хипотензија, срчани удар, губитак свести и ацидоза. Упркос медицинској нези, у овој фази може доћи до отказивања више органа и пацијент може умрети.

Симптоми и количина изгубљене крви

Озбиљност хеморагичног шока може зависити од количине изгубљене крви, што такође доводи до појаве специфичних симптома: <750 мл утрацонеј крви (**15 proc. Całkowitej krwi)**– убрзан пулс (<100), крвни притисак нормалан, дисање нормално, кожа нормална, свест нормална,

Изгубљено 750-1500 ml изгубљене крви (15-30% укупне запремине крви) – пулс ~100, смањена напетост пулса, 20-30 удисаја у минути, кожа бледа на притиску, стање свести нормално,

Изгубљено 1500-2000 ml крви (20-40% укупне запремине крви) – пулс ~ 120, крвни притисак <90 mmHg, 30-40 удисаја у минути, продужено бледо након компресије, пацијент је анксиозан,

Изгубљено > 2000 ml крви (> 40% укупне запремине крви) – пулс > 40, крвни притисак < 60 mmHg, бледа, хладна кожа, пацијент може постати летаргичан.

У случају пружања прве помоћи пацијенту са дијагнозом хеморагичног шока, крварење се зауставља. Ако се изоловано крварење може обезбедити на месту догађаја, ситуација се може решити течном терапијом.Пацијенти који могу да се подвргну хемостази само у болничким условима треба што пре да се превезу у болницу колима Хитне помоћи.Спасилац треба да заштити респираторни тракт повређени, јер губитком крви пацијент губи еритроците који су носиоци кисеоник.

Хитна помоћ за хеморагични шок

Након позива медицинског тима, препоручљиво је предузети следеће радње:

1. Зауставите крварење, ако је видљиво, свим расположивим средствима (спаљивање, превијање, стискање ране).
2. Уклањање свих предмета који ометају нормално дисање.
3. Важно је одвезати затегнуту крагну, уклонити фрагменте зуба из уста, повраћање, страно тело (често после саобраћајне незгоде), спречити да језик упадне у назофаринкс.
4. Ако је могуће, дајте људима не-опојне лекове (Fortral, Lexir, Tramal), који не утичу на циркулацију крви и респираторну активност.

Није препоручљиво померати повређеног, посебно ако је крварење унутрашње.
Терапија У овом случају је важно што пре спровести течну терапију (кристалоиди и колоиди), захваљујући којој је могуће попунити васкуларни кревет. Као резултат тога, ризик од смрти пацијента је значајно смањен. У случају хиповолемијског шока
I стадијума, пацијенту треба дати 1000 ml изотоничних кристалоида. У фази II или више, даје се 500 ml течности. Међутим, треба имати на уму да због хипотермије, кристалиде треба загрејати пре примене. 5 одсто је углавном у возилима хитне помоћи. растворе глукозе, међутим, не треба давати жртви јер могу да уђу у ћелије, узрокујући њихово отицање.
1. Лечење пацијента који доживљава хеморагични шок првенствено се састоји од: заустављања крварења,
2. Давање кисеоника,
3. Давање течности,
4. Заштита од губитка топлоте,
5. Подизање ногу пацијента горе,
6. Обезбеђивање адекватне вентилације.
Лечење хеморагичног шока током хоспитализације - Након процене стања пацијента, мерења крвног притиска, откуцаја срца, дисања, стабилности свести, крварење се зауставља. Додатне активности
1. Удисање кисеоника катетерима (интраназално) или маском.
2. Обезбеђивање приступа васкуларном кревету.
3. За ово се катетеризира централна вена.
4. Код губитка више од 40% ВСС користи се велика феморална вена Инфузиона терапија са увођењем кристалоида или колоида Инфузиона терапија са увођењем кристалоидних или колоидних раствора, ако је крварење интензивно и обилно – еритроцит. масе.
- Уградња Foliev катетер за контролу мокрења по сату и дневно (за процену ефикасности инфузије).
2. Тест крви

Сврха седатива (седатива) и аналгетика.

Када је губитак крви већи од 40% запремине биолошких течности, инфузиону терапију треба спровести у 2-3 вене истовремено, паралелно са инхалацијом 100% кисеоника кроз анестетичку маску. Потребне су и ињекције лекова који садрже допамин или епинефрин.

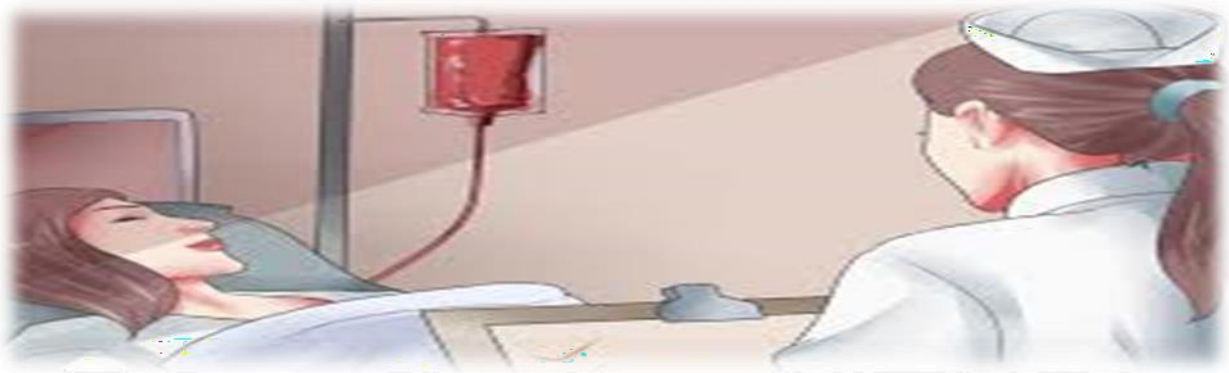
Масивни губитак крви узрокован шоком који се назива хеморагијски шок (хеморагични шок), чест код трауме узроковане крварењем, крварења од пептичког улкуса, варикозитета једњака, акушерских и гинеколошких болести узрокованих крварењем. Након појаве хеморагичног шока не зависи само од количине губитка крви, губитак крви зависи и од брзине. Шок је често брз, јак (више од укупне запремине крви од 30 - 35%) и у случају се јавља недостатак правовременог надокнађивања губитка крви.У многим случајевима крварење није тешко дијагностиковати. Лабораторијски тестови нису потпуно тачни. Пошто за кратко време након акутног губитка крви, кретање течности такође не може бити очигледно, виде се индикатори тешко проходних тестова крви. Ако је процес крварења мало дужи, течност се постепено помера, повећава се концентрација у крви, што се манифестује повећањем хемоглобина, хематокритом, повећава се однос азота урее и креатинина у крви.Ако је процес крварења дужи, велика количина губитак крви, посебно у слободној води се губи постепено, долази до повећања серумског натријума. Укратко, шок, губитак крви треба у потпуности проценити, клинички се често потцењује, треба поменути.Када је велики губитак крви, изазива озбиљан хиповолемијски шок, док је још увек тешко разумети клинички значајну и правилност промена, посебно обнављање рехидрациона терапија такође тешко показује позитивне резултате, треба узети у обзир да се може поставити централни венски катетер или плућни катетер за инвазивно хемодинамско праћење. Притисак се може посматрати кроз централни венски притисак (CVP) и притисак клина у плућној артерији (PCWP), смањен минутни волумен срца, смањена је венска засићеност кисеоником (CVO 2) и повећана је системска васкуларна отпорност.

Третман хеморагичног шока у програму, први који обезбеђује проходан дисајни пут и ефикасну хемостазу. Вентилација дисајних путева и кисеоник су основни услови и треба их ефикасно гарантовати. Код тешког шока и инсуфицијенције циркулације, пацијенте такође треба интубирати и дати им механичку вентилацију.

Хемостаза је да спречи настанак шока и развој важних мера. Ефикасна хемостаза је изводљива хитна мјера; примена турникета је такође веома ефикасна. Успостављањем инфузионог канала одмах се постиже брза рехидрација. Тешко стање шока, потребна је брза примена 1-2 l изотонично уравнотеженог раствора соли, након чега следи најбољи додатак крви крста.

Посебно у примени избалансираног раствора соли након капацитета опоравка, за опоравак не може да се испуни захтев, потребна је трансфузија црвених крвних зрнаца, хемоглобин достиже 10g/dl више. У ту сврху, посебно у прехоспиталној првој помоћи, употреба хипертоничних физиолошких раствора за постизање брзог ширења праксе остаје контроверзна.

Без проласка кроз централни венски катетер или катетер плућне артерије ради откривања околности, потребно је реализовати индикатор са следећим клинички третман, количина урина да се постигне 0,5-1,0ml/(kg,h), нормално срце, нормалан крвни притисак, капиларно васкуларно пуњење добро, перцепција је нормална.



Класификација хеморагичног шока
Прва фаза је компензована. Смањење ВСС-а није више од 25%. По правилу, жртва је свесна, крвни притисак је смањен, али умерено, пулс је слаб, тахикардија - до 110 откуцаја у минути. Кожа је визуелно бледа и благо хладна.

Друга фаза је декомпензована. Губитак крви достиже 40% ВСС. Постоји акроцијаноза, поремећена свест, притисак је значајно смањен, пулс је нит, тахикардија - до 140 откуцаја у минути.Поред тога, може се посматрати олигурија, диспнеја, хладноћа екстремитета.

Трећа фаза је неповратна. Хеморагични шок тешког степена има симптоме који указују на изузетно опасно стање пацијента: потпуни губитак свести, мраморна боја коже (бледа са јасно видљивим контурама крвних судова).Губитак крви прелази 50% укупног ВСС. Тахикардија достиже 160 откуцаја у минути, систолни притисак је мањи од 60 mm Hg. Пулс је веома тешко одредити.Последња фаза укључује употребу хитних метода реанимације

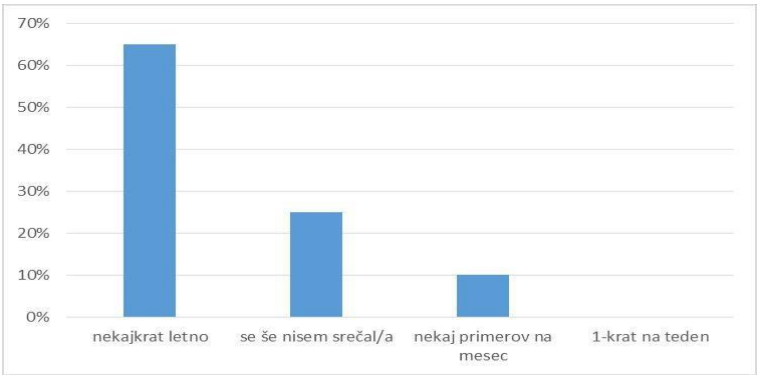
Хеморагични шок се најчешће јавља током операције, али постоји неколико узрока динамичног стања опасног по живот. Ту спадају:
1. Екстензивне трауме (затворене или отворене природе),
2. постоперативно крварење,
3. Спонтано крварење (обично се дијагностикује код пацијената са лошом коагулацијом или који узимају антикоагулансе),
4. Крварење из гастроинтестиналног тракта
5. Руптура ванматеричне трудноће,
6. Крварење из варикозитета једњака током отказивања јетре,
7. Опекотине трећег степена.
За сваки шок, укључујући и хеморагични шок, можемо разликовати две фазе - уравнотежену и неконтролисану.

Сврха рада

Да покаже колико медицинских сестара сусреће особе са хеморагичним шоком и на који начин им помажу.

Резултати и дискусија

Већина испитаника је већ упознала особу повређену у хеморагичном шоку. Графикон 1 показује да се испитаници сусрећу са жртвом хеморагичног шока неколико пута годишње (52 (65%)), затим следе испитаници који никада нису наишли на жртву хеморагичног шока на терену (20 (25%)), неколико случајева месечно је одговорило 8 (10%) испитаника. Међутим, нико се не сусреће са повређеном особом у хеморагичном шоку једном недељно (0%).



Већина испитаника сматра да је њихово знање о шоку довољно добро, чак 58 (72%) испитаника је одговорило потврдно, 20 (25%) испитаника не може да процени своје знање о шоку, а у мањини је одговорило 2 (3%) испитаника негативно . У области шока или хеморагијског шока 68 (84%) испитаника захтева додатна знања, 10 (13%) испитаника је неодлучно и 2 (3%) испитаника не жели додатна знања о шоку. Приликом идентификовања хеморагијског шока испитаници одговорио на неколико датих симптома.

Закључак

У завршном делу спровели смо анкету којом смо утврдили да се медицинске сестре у ургентним јединицама не сусрећу тако често у преболничким условима са жртвама хеморагичног шока. Испитаници добро препознају мере за повређеног у хеморагичном стању. шок, а добро препознају и виталне знаке. пратећи само ове и знакове шока. Међутим, они нешто мање знају о степену шока и процени губитка крви.Било би занимљиво сазнати који степен шока је познат медицинском особљу на већим преболничким одељењима, јер претпостављамо да ће особље већа је вероватноћа да ће се наићи на жртве хеморагије Шок Добро посматрање повређених, препознавање симптома и одговарајућа нега могу спасити живот.

Коришћена литература

1. Bonanno, F. G., 2011. Clinical pathology of the shock syndromes. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 4(2), pp. 233-243.
2. Bougle, A., Harrois A. & Duranteau J., 2013. Resuscitative strategies in traumatic hemorrhagic shock. *Annals of Intensive Care*, 3(1), p. 1.
3. Campbell, J. E., 2008. About ITLS. In: J. E. Campbell, ed. *International trauma lifesupport for prehospital care providers.* 5th ed. New Jersey: Pearson Education, pp.9-19.
4. Campbell, J. E., Stevens, J. T. & Charpentier, L., 2008. Assessment and initial managment of the trauma patient. In: J. E. Campbell, ed. *International trauma life support for prehospital care providers.* 5th ed. New Jersey: Pearson Education, pp. 28-44.
5. Cannon, J. W., 2018,. Hemorrhagic shock. *New England Journal of Medicine*, 378(4), pp. 370–379.

RAZLOG DOLASKA DJECE U HITNU PEDIJATRIJSKU AMBULANTU

Alen SADIKOVIĆ, mag.med.techn.
Snježana GALIĆ-LUKŠIĆ, mag.med.techn.

Uvod:
U ovom radu istraživali smo razloge dolaska pacijenata u hitnu pedijatrijsku ambulantu Opće Bolnice Sisak te njihovu opravdanost kroz broj hospitalizirane djece i djece koja su boravila u dnevnoj bolnici. Većina dovedene djece u HPA je iz neznanja i straha roditelja od nepoznatog što uvelike oduzima vrijeme i prostor za pacijente koji doista imaju potrebe hitnih intervencija.

Cilj:
Rad utvrđuje razlog dolaska djece u HPA i udio liječene djece u dnevnoj bolnici te broj hospitalizirane djece u vremenskom razdoblju od godine dane. U periodu 01.01.2022.- 01.01.2023. godine.

Metodologija:
Analizom podataka prikupljenih iz protokola HPA OB Sisak, u razdoblju od godine dana, utvrđivali smo razlog dolaska pacijenata s obzirom na vrstu tegoba i dobnu skupinu te učestalost hospitalizacije nakon pregleda u HPA.

Rezultati:
U godinu dana pregledano je 6282 pacijenata, najviše predškolske dobi. Najčešći razlozi hospitalizacije bile su respiratorne bolesti, odnosno kašslj, visoka temperatura, grlobolja. U dnevnoj bolnici, liječena djeca većinom su imala gastroenteološke tegobe.

Zaključak:
Od ukupno pregledanih 6282 pacijenta, 475, što iznosi 7.5%, bilo je hospitalizirano, 773 pacijenta, odnosno 12.3%, je liječeno kroz dnevnu bolnicu, a preostalih 5034, što iznosi 80.1%, pacijenata otpušteno je na kućnu njegu i liječenje te je upitna njihova opravdanost dolaska u HPA. Dobivenim rezultatima trebalo bi osvijestiti roditelje da je hitna ambulanta osmišljena i služi za zbrinjavanje životno ugroženih osoba. Brojke pokazuju da je hitna ambulanta postala zona rješavanja redovnih pregleda. Izmišljanje i moduliranje istine o tegobama uništava zdravstveni sustav. Jednostavnim rezom, uvođenjem novčane participacije za hitne dolaske i korištenje prijevoza hitne medicinske pomoći kao i smanjenje broja hitnih pretraga, a sve ostalo naplatiti, došao pacijent sa ili bez uputnice, kao i sve konzilijarne preglede (ORL, OČNI, EEG-e, neuropedijatrija, kardiologija itd.), time bi se trenutačno uredio problem zlouporabe hitne ambulante za obavljanje "svojih nalaza" mimo redovne ambulante. Da se ne bi dogodio nikakav propust, neopravdani trošak za stvarne hitne pacijente koji se po svojim objektivnim parametrima mogu svrstati u visoke trijažne kategorije bez penalizacije.

Ključne riječi: Opravdanost, hitna ambulanta, hospitalizacija, dnevna bolnica, pacijent, respiratorne bolesti, gastroenterološke tegobe

ЗДРАВСТВЕНО ПРОСВЕШЋИВАЊЕ ПОПУЛАЦИЈЕ О ИМУНИЗАЦИЈИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЈЕЛИТИСА

Селена ВЕЛИЋ, Академија васпитачко-медицинских струковних студија, Одсек медицинских студија Ћуприја, Србија
Јасмина ЈОВАНОВИЋ МИРКОВИЋ, Академија васпитачко-медицинских струкових студија, Одсек медицинских студија Ћуприја, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Дечија парализа или полиомијелитис је инфективно обољење које изазива *Poliovirus*. Инфекција полиовирусима у већини случајева пролази као асимптоматска или блага цревна инфекција. Међутим, код неких особа може се јавити и као паралитична болест. Парализе су асиметричне и могу бити ограничене или распрострањене. Неки од захваћених мишића остају трајно паралисани, атрофирају и јављају се контрактуре и скелетни деформитети. Данас је ова болест веома ретка, захваљујући системској активној имунизацији. Данас се код нас у Србији користи Pentaxim вакцина. Pentaxim је регистрована петовалентна вакцина против дифтерије, тетануса, пертусиса, полиомијелитиса и инвазивних инфекција које изазива бактерија *Haemophilus Influenzae* тип b. У овом истраживачком раду примењена је дескриптивна студија где су ретроспективно анализирани годишњи извештаји о имунизацији деце против дечије парализе на територији општине Неготин. у временском интервалу од 2018-2022. године. На основу статистички обрађених података (SPSS statistic 20) запажа се да је у периоду од 1.1.2018. до 31.12.2022. године спроведена успешна имунизација против дечије парализе на територији општине Неготин. Ревакцинација је најуспешније изведена у 7. и 14. години живота у истом временском периоду где износи 100 % планиране деце за вакцинацију. На основу статистички обрађених резултата уочен је висок степен обухвата и велика успешност спроведене вакцинације за петогодишњи период од 2018-2022. год. за територију општине Неготин. Против ове болести неопходан је колективни обухват имунизације популације који треба одржавати изнад 95%, као код нас тако и на глобалном нивоу

Кључне речи: имунизација, полиомијелитис, едукација, календар вакцинације, Pentaxim.

SUMMARY:

Poliomyelitis, often shorted to polio, is an infectious disease caused by the *Poliovirus*. Poliovirus infection in most cases is an asymptomatic or mild intestinal infection. However, in some people it can also occur as a paralytic disease. Paralyses are asymmetrical and can be limited or widespread. Some of the affected muscles remain permanently paralyzed. Atrophy and contractures and skeletal deformities appear as well. Nowadays, this disease is very rare, thanks to systemic active immunization. In Serbia, the Pentaxim vaccine is used. Pentaxim is a registered pentavalent vaccine against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis and invasive infections caused by the bacterium *HaemophilusInfluenzae* type b.The aim of this research_work is to examine whether mandatory systemic immunization (vaccination and revaccination) against polio is applied according to the vaccination calendar at the level of primary health care for the territory of the municipality of Negotin in Serbia in the period 2018-2022.In this research work, a descriptive study was applied, where the annual reports on the immunization of children against polio in the territory of the municipality of Negotin were retrospectively analyzed in the time interval 2018-2022. Based on statistically processed data (SPSS statistic 20), it is noted that in the period from 1.1.2018. until 31.12.2022. successful immunization against polio was carried out in the territory of the municipality of Negotin. Revaccination was most successfully carried out in 14th years of life in the same period of time, where it is 100% of children were scheduled to be vaccinated, but in 2020 it was observed that the immunization coverage was lower than usual, presumably because of COVID-19 pandemic. Based on the statistically processed results, a high level of coverage and high success rate of vaccinations for the five-year period from 2018-2022. was observed for the territory of the municipality of Negotin. A herd immunity is needed and it requires the vaccination of at least 95% of population, both in our country and globally.

Keywords: immunization, poliomyelitis, education, vaccination calendar, Pentaxim.

e-mail: velicselena@gmail.com

УВОД

Акутни полиомијелитис или дечија парализа је инфективно обољење које изазива *Poliovirus.* Постоје 3. типа полиовируса. Вирус није стриктно неутропан и неуролошке манифестације се јављају код 1-2% болесника (1). Скоро 95-99% инфицираних немају манифестације болести или имају симптоме опште инфекције, без знакова обољења нервног система. Особе са инапарентном инфекцијом су најважнији резервоар вируса и извор ширења инфекције на друге (2). У хиљаду новорођене деце постоје два детета са дечијом парализом. Најчешће оболе деца између друге и пете године живота, дечаци чешће од девојчица. Може да се јавља и епидемијски. Оболела деца се морају изоловати током шест недеља.

У врло малом броју инфицираних нападнут је централни нервни систем. Инфекција захвата највише предње рогове кичмене мождине али промене постоје и у хипоталамусу и у мождановој кори. Захваћене су ганглијске ћелије предњих рогова. Захваћеност мождановог стабла и других делова мозга је јако ретка (1). Оштећење мозга је трајан и важан показатељ у поремећају моторике. Али, то оштећење није прогресивно, не значи да се симптоми не могу ублажити.

Инкубација траје 1-2, некад и 5 недеља (3), али најчешће 3-20 дана. Инфекција може протицати без икаквих симптома, као општа инфекција, као менингитис или парализа. Постоје два облика полиомијелитиса, паралитички и непаралитички облик, а често се спомиње и абортивни облик дечје парализе (код ког не долази до развоја болести), али постоји инфекција овим вирусом

У препаралитичком стадијуму прво се јављају симптоми опште инфекције, малаксалост, осећај нелагодности (гребања) у грлу, гастроинтестинални знаци, умерено повишена температура која се одржава три до четири дана. У овом стадијуму могу постојати и менингеални знаци као и болови у екстремитетима и дуж кичменог стуба (2). Са падом температуре настаје други стадијум болести тј. стадијум парализа.

У паралитичкој фази долази до главобоље и фасцикулација и слабости мишића који су веома осетљиви на притисак. Парализе могу бити обимне или ограничене на један екстремитет (2). Парализе су асиметричне и могу бити ограничене или распрострањене, могу да се развију асцендентно и да захвате респираторну мускулатуру, као и мишиће главе. Неки од захваћених мишића остају трајно паралисани и атрофирају (4). Све ове манифестације обољења не морају бити истовремене. Дечија парализа је непрогресиван тип инвалидитета са могућношћу промена које су условљене сазревањем централног нервног апарата.

У стадијуму опоравка, који почиње крајем прве или почетком друге недеље, парализе се повлаче. Могућност опоравка постоји још најмање годину дана од почетка болести (2). У том стадијуму могу настати и контрактуре мишића (2). Парализе заостале након 18 месеци обично су дефинитивне. На поремећај кретања могу се надовезати и поремећај менталних способности, понашања, комуникационих способности, обољење чула и епилептички напади. Све ове манифестације обољења не морају бити истовремене.

Клинички облици дечије парализе

Паралитички полиомијелитис јавља се код свега 0,1-1% инфицираних особа. Спинални паралитички полиомијелитис најчешћи је клинички облик, јавља се код 50-80% паралитичких облика болести. Парализе су млитаве, праћене арефлексијом и хипотонијом, асиметричне, неправилно разбацане. Проксимални мишићи екстремитета чешће су захваћени него дистални, ноге чешће од руку, велике гупе мишића чешће него мале. Болест може да варира од слабости појединих мишића до комплетне квадриплегије (5). Ако су захваћени нерви који инервишу дијафрагму и међуребарне мишиће, развија се акутна респираторна инсуфицијенција (АРИ), као најтежи облик полиомијелитиса (3).

Булбарни облик је најтежи облик болести (5). Настаје као последица локализације инсуфицијенције у моторним ћелијама мождановог стабла најчешће продужене мождине и понса. Због захватања једара нерава који инервишу ждрелне мишиће (IX и X), долази до њихове парализе, болесних не може да гута, што може да доведе до апсорпције и опасности од гушења (3). Могу да настану парализе мишића ждрела, меког непца и ларинкса. Ове парализе манифестују се дисфагијом, назалним говором и диспнејом. Респираторна инсуфицијенција настаје услед аспирације секрета који се слива у хипофаринкс, ређе због спазма глотиса или ларинкса. Може настати и циркулаторни колапс или лезије кранијалних нерава.

Енцефалитични облик примарно се манифестује поремећајем свести, праћен је често конвулзијама и јавља се углавном код деце (5).

Мешани облици представљају комбинацију наведених паралитичких облика болести (5). Фактори ризика за настанак паралитичких форми полиомијелитиса су разни имунодефицијентни синдроми, дечији узраст, мушки пол, тонзилектомија и др.

Поствакцинални полиомијелитис разликује се од класичног јер настаје 10-120 дана након вакцинације, може да се манифестује у виду хроничног менингитиса и различитих облика неуролошких дисфункција. Повлачење парализа почиње рано, већ након пада температуре. Прве се повлаче оне које су последње настале јер је запаљенски процес најмање трајао. Парализовани екстремитети атрофирају, може доћи до контрактура и скелетних деформитет (5).

Имунизација против полиомијелитиса

Инфекција полиовирусима у 95% случајева пролази као асимптоматска или блага цревна инфекција. Код осалих 5% приближно, може протицати као паралитична болест, од благих до тешких смртоносних форми. Деца се вакцинишу у првој години живота против дечије парализе (полиомијелитиса). Захваљујући системској активној имунизацији. као изванредној превенцији која се постиже применом живе атенуиране вакцине дате *per os,* болест је данас веома ретка. Захваљујући вакцинацији полиовирусном вакцином код нас и у свету, ова болест је на прагу елиминације, предвиђа се и ерадикација ове болести за десетак години (6). Вакцина дата у више доза даје заштиту током целог живота (7, 8).

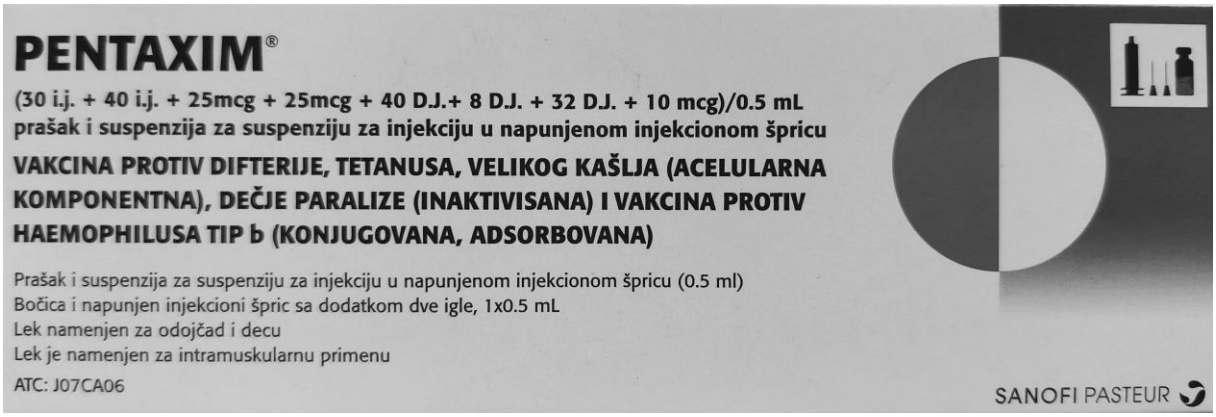
На располагању је пет вакцина: инактивисана (ИПВ) и четири живе оралне: тровалентна (ОПВ), бивалентна (бОПВ) и две моновалентне (мОПВ1 и мОПВ3). Инактивисана полио вакцина (ИПВ), користи се у примовакцинацији током прве године живота, а ревакцинација се спроводи са оралном полио вакцином (ОПВ). Заштитна вредност ове Салкове вакцине (ИПВ) сада износи 98-100%, а често је називају и појачаном инактивисаном вакцином (еИПВ) (9). СЗО још увек не препоручује прелазак на комплетну примену ИПВ у примо- и ревакцинацији. ИПВ се може дати у форми појединачне вакцине или комбиноване (10). Примењује се само у одређеним случајевима, тј. код деце са утврђеним имунодефицијенцијама. То се чини ради проверавања нежељених поствакциналних реакција у виду парализа које се ретко догађају са ОПВ вакцином. ИПВ се даје интрамускуларно у дози од 0,5 мл у делтоидни мишић. Вакцина се не сме замрзавати. У евентуалним епидемијама ОПВ вакцина се сме давати деци до 18. година живота, а старијима само мртва, инактивисана ИПВ. Зависно од узраста, ИПВ се даје интрамускуларно (боље него субкутано) у бутину или надлактицу (11). Размак између доза треба да буде бар четири недеље. У срединама са високим ризиком заражавања оправдана је заштита ОПВ-ом одмах по рођењу. Контраиндикације за ИПВ су тешке алергијске реакције на претходну дозу вакцине или на неки њен састојак (неомицин, стрептомицин, полимиксин Б или, евентуално, феноксиетанол). Дојење и дијареја не представљају препреку за примену ИПВ-а. Вакцинација против дечије парализе се одлаже у случају болести (12).

Захваљујући примени ове вакцине у Србији болест је искорењена 2002. године. Након треће дозе остварује се заштита до 95% која траје доживотно. Орална полио вакцина (ОПВ), Sabin-ова жива ослабљена вирусна вакцина против дечије парализе се производи од три типа вируса дечије парализе (13). Са њеном применом на овим просторима се отпочело 1961. године. Овом вакцином се имитира природни пут уласка узрочника у организам. Када дете узме вакцину орално врши се индиректна имунизација окружења, због чега се ова вакцина користи и као ефикасна мера у епидемијском јављању ове болести (14). Жива орална вакцина против дечије парализе производи се на Торлаку (Београд), по упутствима и препорукама самог Sabin-а, од његових оригиналних сојева. Волуменска доза вакцине је 0,1 мл, или практичније за примену-две капи. Вакцина се пакује у бочицама од 1 или 2 мл, односно 10 или 20 доза. Рок употребе је у течном стању шест месеци, у замрзнутом до две године. Рок употребе ОПВ вакцине након отварања оригиналног паковања је до осам сати. ОПВ вакцина (по Sabin-у) даје се деци од навршена два месеца живота до 14. године. Примарна имунизација се спроводи са три дозе ове тритипне вакцине у размаку од шест недеља, а ревакцинације су у другој, седмој и четрнаестој години живота, према нашој Одлуци о имунизацијама из 1997. године, такође тритипном вакцином. Разлог за овакву примену су најновија сазнања која говоре да интерференција између појединих типова полиовируса није апсолутна. Често се прихвате по два, а некад и сва три типа вируса на цревној слузокожи. То даје одређену предност у брзини имунизације, па су понекад довољне и само две дозе тритипне вакцине за комплетну заштиту. Међутим, ради сигурнијег обухвата и оптималног имунолошког

одговора остала је потреба да се вакцина даје у три дозе. Уколико дете није примило ову вакцину у првој години живота, потребно га је одмах вакцинисати у било ком узрасту, до навршене четрнаесте године живота, са најмање две дозе ове тритипне вакцине (ОПВ).

Предност ОПВ-а је у томе што стварањем и хуморалног и интестиналног имунитета спречава се циркулација дивљег вируса. Додатне погодности су што је јефтина, лако се даје и преноси на невакцинисане, чинећи их заштићеним. Једина мана претходно наведене вакцине је ризик од настанка парализа. ОПВ се не даје особама које дуго примају стероиде или сличне лекове са дејством на имуни систем, имају малигно обољење или примају хемиотерапију, болују од сиде, позитиван им је тест на ХИВ или имају друго стање значајно за имуни одговор, уколико пружају податак да су испољиле озбиљну алергијску реакцију на претходну дозу ОПВ- а. Детету се не даје ОПВ ни ако је у блиском контакту са особом из прве три наведене групе.

Pentaxim је регистрована петовалентна вакцина против дифтерије, тетануса, пертусиса, полиомијелитиса и инвазивних инфекција које изазива бактерија *Haemophilus Influenzae* тип b (као што су менингитис, септикемија, целулитис, артритис, епиглотитис, итд.), за примарну вакцинацију одојчади од трећег месеца и за ревакцинацију, годину дана након примарне вакцинације, у току друге године живота детета, у 7 и 14. години живота. (15)



Слика 1. Pentaxim вакцина

ЦИЉ И ЗАДАЦИ ИСТРАЖИВАЧКОГ РАДА

Циљ овог истраживачког рада је испитати да ли се обавезна системска имунизација (вакцинација и ревакцинација) против дечије парализе примењује по календару вакцинације на нивоу примарне (Домови Здравља) здравствене заштите на територији општине Неготина у Србији, у временском периоду од 2018-2022. године.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЧКОГ РАДА

Сви резултати приказани су табеларно у периоду од 1.1.2018. године до 31.12.2022. године, вакцинисане деце Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ) и ревакцинација истом у другој, седмој и четрнаестој години живота.

ТАБЕЛА 1: Извештај о спроведеној имунизацији против дечије парализе на територији општине Неготин у периоду од 1.1.2018. до 31.12.2018. године.

Вакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ)		
број планираних	број вакцинисаних	%
176	166	94
Ревакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ) у 2. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
177	170	96
Ревакцинација бОПВ у 7. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
209	208	100
Ревакцинација бОПВ у 14. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
267	267	100

У колону „Вакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ)“, „број вакцинисаних“ унет је број потпуно вакцинисане деце Pentaxim петовалентном вакцином. У колону „број планираних“ унет је број деце тог годишта планираних за имунизацију Pentaxim петовалентном вакцином. У колонама се налазе подаци вакцинисане деце Pentaxim петовалентном вакцином и ревакцинација истом у другој, као и ревакцинација бОПВ вакцином у седмој и четрнаестој години живота.

На основу табеле 1. запажа се да је у периоду од 1.1.2018. до 31.12.2018. године спроведена успешна имунизација против дечије парализе на територији општине Неготин. Запажа се да је на територији општине Неготин од укупног броја живорођених што је у 2018. години 176 деце вакцинисано њих 166, што износи 94%. Узимајући у обзир ревакцинацију Pentaxim петовалентном вакцином у другој години живота, број планираних (177) у односу на број ревакцинисаних (170) на територији општине Неготин за 2018. годину закључује се да је успешно спроведена ревакцинација за наведену годину на територији општине Неготин јер је она износила 96%. Ревакцинација је најуспешније изведена у седмој и четрнаестој години живота у истом временском периоду где износи 100 % планиране деце за ревакцинацију бОПВ вакцином што је и више него задовољавајући резултат ревакцинисане деце бОПВ вакцином на територији општине Неготин.

ТАБЕЛА 2: Извештај о спроведеној имунизацији против дечије парализе на територији општине Неготин у периоду од 1.1.2019. до 31.12.2019. године.

Вакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ)		
број планираних	број вакцинисаних	%
195	190	97
Ревакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ) у 2. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
174	170	98
Ревакцинација бОПВ у 7. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
201	199	99
Ревакцинација бОПВ у 14. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
227	227	100

На основу табеле 2. може се уочити да је у периоду од 1.1.2019. до 31.12.2019. године на територији општине Неготин спроведена успешна вакцинација против дечије парализе Pentaxim петовалентном вакцином јер је број живорођених (195) нешто виши од броја вакцинисане деце (190) и износи 97%. Примећује се да је у другој години живота број планиране деце (174) у односу на број ревакцинисане деце (170) Pentaxim петовалентном вакцином на територији општине Неготин за 2019. годину износио 98%. Ревакцинација је најуспешније изведена у седмој и четрнаестој години живота у истом временском периоду на територији општине Неготин где износи 99% ревакцинисане деце бОПВ вакцином у седмој години живота, као и у четрнаестој години живота јер је износила 100% планиране деце за вакцинацију

бОПВ вакцином што је и више него задовољавајући резултат ревакцинисане деце бОПВ вакцином, те се уочава да је успешно спроведена имунизација за наведену годину на територији општине Неготин.

ТАБЕЛА 3: Извештај о спроведеној имунизацији дечије парализе на територији општине Неготин у периоду од 1.1.2020. до 31.12.2020. године.

Вакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ)		
број планираних	број вакцинисаних	%
151	149	99
Ревакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ) у 2. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
186	175	94
Ревакцинација бОПВ у 7. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
207	207	100
Ревакцинација бОПВ у 14. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
234	232	99

На основу табеле 3. запажа се да је у периоду од 1.1.2020. до 31.12.2020. године спроведена успешна имунизација против дечије парализе на територији општине Неготин. Запажа се да је на територији општине Неготин од укупног броја живорођених што је у 2020. години 151 деце вакцинисано њих 149, што износи 99%. Узимајући у обзир ревакцинацију Pentaxim петовалентном вакцином у другој години живота, број планиране деце (186) у односу на број ревакцинисане деце (175) на територији општине Неготин за 2020. годину закључује се да је успешно спроведена ревакцинација за наведену годину на територији општине Неготин јер је она износила 94%. Ревакцинација је најуспешније изведена у седмој и четрнаестој години живота у истом временском периоду где износи 100 % планиране деце за ревакцинацију бОПВ вакцином у седмој години живота и 99% у четрнаестој години живота, што је и више него задовољавајући резултат ревакцинисане деце у седмој и четрнаестој години живота бОПВ вакцином што говори да је имунизација успешно спреоведена на територији општине Неготин за наведени период.

ТАБЕЛА 4: Извештај о спроведеној имунизацији против дечије парализе на територији општине Неготин у периоду од 1.1.2021. до 31.12.2021. године.

Вакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ)		
број планираних	број вакцинисаних	%
159	154	97
Ревакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ) у 2. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
155	148	95
Ревакцинација бОПВ у 7. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
200	199	100
Пропуштени ИПВ		
број планираних	број вакцинисаних	%
0	0	0

На основу табеле 4. може се уочити да је у периоду од 1.1.2021. до 31.12.2021. године на територији општине Неготин спроведена успешна вакцинација против дечије парализе Pentaxim петовалентном вакцином јер је број живорођених (159) нешто виши од броја вакцинисане деце (154) и износи 97%. Примећује се да је у другој години живота број планиране деце (155) у односу на број ревакцинисане

деце (148) Pentaxim петовалентном вакцином на територији општине Неготин за 2021. годину износила 95%. Ревакцинација је изузено успешно изведена у седмој години живота у истом временском периоду на територији општине Неготин где износи скоро 100 % ревакцинисане деце бОПВ вакцином, што је и више него задовољавајући резултат ревакцинисане деце бОПВ вакцином на територији општине Неготин за наведену годину.

ТАБЕЛА 5: Извештај о спроведеној имунизацији против дечије парализе на територији општине Неготин у периоду од 1.1.2022. до 31.12.2022. године.

Вакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ)		
број планираних	број вакцинисаних	%
167	162	97
Ревакцинација Pentaxim петовалентном вакцином (ДТаП-ИПВ-ХиБ) у 2. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
219	205	94
Ревакцинација Tetraxim вакцином (ДТаПер-полио) у 7. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
167	162	97
Ревакцинација дТ у 14. години живота		
број планираних	број вакцинисаних	%
219	205	94

У колонама се налазе подаци вакцинисане деце Pentaxim петовалентном вакцином и ревакцинација истом у другој, као и ревакцинација Tetraxim вакцином (ДТаПер-полио) у седмој години живота, односно ревакцинација дТ у четрнаестој години живота у оквиру комбинованих вакцина ДТаП-ИПВ-ХиБ.

На основу табеле 5. запажа се да је у периоду од 1.1.2022. до 31.12.2022. године спроведена успешна имунизација против дечије парализе на територији општине Неготин. Запажа се да је на територији општине Неготин од укупног броја живорођених што је у 2022. години износило 167 детета вакцинисано њих 162, што износи 97%. Узимајући у обзир ревакцинацију Pentaxim петовалентном вакцином у другој години живота, број планиране деце (219) у односу на број ревакцинисане деце (205) на територији општине Неготин за 2022. годину је износила 94%. Ревакцинација је успешно изведена у седмој години живота у истом временском периоду Tetraxim вакцином (ДТаПер-полио) и износила је 97 % планиране деце за ревакцинацију Tetraxim вакцином (ДТаПер-полио). Ревакцинација дТ у четрнаестој години живота износила је 94%, што представља 219 планиране деце и 205 ревакцинисане деце на територији општине Неготин за 2022. годину. Вакцинација је ефикасно средство за спречавање и сузбијање многих болести. Сматра се да је то сигуран кључ успеха приликом ерадикације једне и више болести(16).

ЗАКЉУЧАК

Превенција у погледу редовних системских прегледа и имунизације по календару вакцинација представља законску обавезу сваког појединца и државе у целини. Статистички подаци на територији општине Неготин показују да се у периоду од 1.1.2018. године до 31.12.2022. године, вакцинација против дечије парализе и ревакцинација у другој, седмој и четрнаестој години живота успешно изводила.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павловић Ј, Тодоровић К, 1981, „Пицорнавируси. Акутне инфективне болести“, Медицинска књига Београд, 332-338.
2. Muir D, Bon Loon M, 1997, „Enteroviruses infections of the Central nervous system. Intervirology, 153-166.
3. Paul JRT, Horstem DM, 1955, „Asurvey of poliomyelitis virus antibodies in French Marocco“, Am. J. Trop. Med. Hyg., 512-524.
4. Rueckert RR, 1996, „Picornaviridae: The viruses and their replication“, In Fields BN, Knipe DM, Honwley PM et al. Eds. Bol. 1, Birology, 3rd Ed., New York: Lippicott-Raven, 609-654.

5. Melnick YL, 1996, „Enteroviruses: Polioviruses, Coxackieviruses, echoviruses and newer enteroviruses“, In: Fields BN, Knipe DM, Holwey PM et al. Eds. Birology, 3rd Ed. Bol. 1, Lippicott, Raven, 665-712.
6. Шашић М., 2010, „Инфективне болести са специјалном епидемиологијом“, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“ Београд, 249.
7. Aylward RB, Hull HF, Cochi SL, 2000, et al. Disease eradication as a public health strategy: a case study of poliomyelitis eradication, Bull World Health Organ,78(3), 285–297
8. Thompson KM, Tebbens RJ, 2007, Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis, Lancet, 369(9570), 1363–1371.
9. Heymann DL, Sutter RW, Aylward RB, 2006, A vision of a world without polio: the OPV cessation strategy, Biologicals, 34(2), 75–79.
10. Salk JE, Krech U, Youngner JS, 1954, et al. Formaldehyde treatment and safety testing of experimental poliomyelitis vaccines, Am J Public Health Nations Health, 44(5), 563–570.
11. Mohammed AJ, Al Awaidy S, Bawikar S, 2010, et al. Fractional doses of inactivated poliovirus vaccine in Oman, N Engl J Med, 362(25), 2351–2359.
12. Abbotts B, Osborne LM, 1993, Immunizationstatus and reasons for immunization delayamong children using public healthimmunization clinics, American Journal of Diseases of Children, 147, 965-968.
13. Sabin AB, Ramos-Alvarez M, Alvarez-Amezquita J, 1960, et al. Live, orally given poliovirus vaccine. Effects of rapid mass immunization on population under conditions of massive enteric infection with other viruses, JAMA, 173(14), 1521–1526.
14. Sabin AB. 1959, Present position of immunization against poliomyelitis with live virus vaccines. Br Med J, 1(5123), 663–680.
15. Roberts L, 2009, Polio eradication. Looking for a little luck. Science, 323(5915), 702–705.
16. Jončić S, Jovanović Mirković J, Velić S, Aleksopulos H, Jurinjak Z, 2002, Importance of population education in implementation of compulsory immunization against polymyelitis in children, Serbian Journal of experimental and clinical research, objavljen online i prihvaćen za štampu, 15, (Importance of Population Education in Implementation of Compulsory Immunization Against Polyomyelitis in Children (sciendo.com)

ULOGA MEDICINSKIH SESTARA U LIJEČENJU OBOLJELIH OD HRONIČNOG HEPATITISA C U DOBA PANDEMIJE COVID 19

Jelena PETROVIĆ, UKC RS, Klinika za infektivne bolesti Banjaluka; Republika Srpska, BiH
Jasminka DELIĆ, UKC RS, Klinika za infektivne bolesti Banjaluka; Republika Srpska, BiH

KRATAK SADRŽAJ

Ideja o izliječenju zaraženih osoba i eliminacije hepatitisa C kao javnozdravstvenog problema, promijenila je ulogu medicinske sestre kao važnog činioca u postizanju izliječenja svakog pojedinog pacijenta.
Od prvog kontakta sa pacijentom u ambulanti i informisanja o ambulantnom postupku za liječenje.
Edukacija pacijentata o dijagnostičkim i terapijskim postupcima.
Edukacija pacijenata i porodice o putevima prenosa.
Destigmatizacija i upućivanje na saradnju sa udruženjima.
Prosvjećivanje u sklopu ostvarivanja ciljeva o eliminaciji, prema SZO.
Bez obzira na veliki obim posla i otežane uslove u toku Pandemije Covid 19 uspjeli smo da organizujemo liječenje naših pacijenata, koji boluju od hroničnog hepatitisa C.
Klinika je pretrpjela veliku reorganizaciju prostora i kadra.
U period 2019-2022. godine na Klinici za infektivne bolesti liječilo se ukupno 146 pacijenata oboljelih od hroničnog hepatitisa C, od čega 54 žene i 92 muškarca.
Dominiraju muškarci srednje starosne dobi, većinom bivši intravenski korisnici narkotika.
Jedan broj pacijenata je primao transfuziju krvi prije 1995. godine, kada je uvedeno obavezno testiranje DDK na hepatitis.
Fond zdravstvenog osiguranja RS nabavio je pangenotipsku terapiju Maviret tbl, koje se piju 3 tbl jednom dnevno u trajanju od 8 nedjelja, čime je skraćena dužina liječenja, (sa 24 - 48 nedjelja), smanjen broj dolazaka, te je za pacijente bila jednostavna i konforna, a što je mnogo olakšalo rad i zdravstvenim radnicima.
Takođe je bilo mnogo telefonskih konsultacija, da bi se izbjegli dolasci na kliniku.
Terapija je uspješno završena kod svih uključenih pacijenata, postignut je stabilan virusološki odgovor nakon završetka terapije, a takođe i nakon 6 mjeseci, i nakon godinu dana.

Ključne riječi: Pacijenti, medicinske sestre, hepatitis, pandemija

SUMMARY

The idea of curing infected persons and eliminating hepatitis C as a public health problem changed the role of the nurse as an important factor in achieving the cure of each individual patient.
From the first contact with the patient in the outpatient clinic and information about the outpatient procedure for treatment.
Patient education about diagnostic and therapeutic procedures. Patient and family education about transmission routes. Destigmatization and reference to cooperation with associations.
Education as part of achieving elimination goals, according to WHO. Regardless of the large volume of work and difficult conditions during the Covid 19 Pandemic, we managed to organize the treatment of our patients, who suffer from chronic hepatitis C.
The clinic underwent a major reorganization of space and personnel.
In the period 2019-2022. In 2008, a total of 146 patients with chronic hepatitis C were treated at the Infectious Diseases Clinic, of which 54 were women and 92 were men.
Middle-aged men predominate, mostly former intravenous drug users.
A number of patients received blood transfusions before 1995, when mandatory DDK testing for hepatitis was introduced.
The RS Health Insurance Fund acquired the pangenotypic therapy Maviret tbl, which is taken 3 tbl once a day for 8 weeks, which shortened the length of treatment (from 24 - 48 weeks), reduced the number of visits, and was simple and comfortable for patients , which made the work of health workers much easier. There were also many telephone consultations, to avoid visits to the clinic.
The therapy was successfully completed in all included patients, a stable virological response was achieved after the end of the therapy, and also after 6 months and after a year.

Key words: Patients, nurses, hepatitis, pandemic

Jelena Petrović: jelena.petrovic@kc-bl.com, Jasminka Delić: jacsminka.delic@kc-bl.com

UVOD

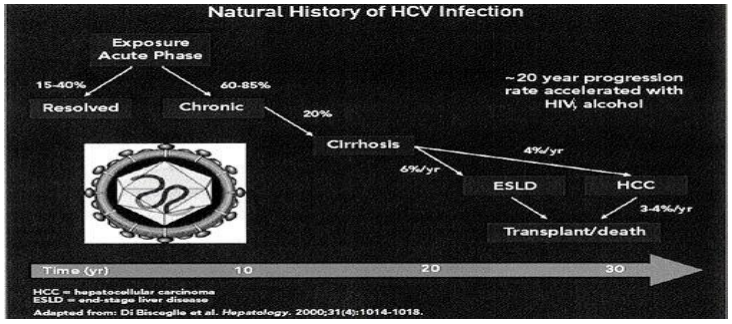
Virusni hepatitis C (HCV) je jednolančani pozitivno usmjereni RNK virus sa omotačem koji pripada porodici Flaviviridae. Prema istraživanjima iz 2015. godine, u svijetu je živjelo oko 71 milion osoba sa hroničnom HCV infekcijom, a bilo je oko 1,75 miliona novih HCV infekcija širom svijeta. A. Verhaz (1)

Hronični hepatitis C globalni je problem te od njega boluje 3% svjetske populacije. Letalitet od hronične HCV infekcije danas je sedmi na listi uzročnika smrtnosti u svijetu. Bolest ne pogađa samo pojedinca već pogađa porodicu i društvo u cjelini, s toga s pravom predstavlja javnozdravstveni problem. A. Verhaz, I. Lukšić (1, 2)

Hronični hepatitis C definiše se kao upala jetre koja traje duže od 6 mjeseci. Simptomi HHC su rijetko prisutni i nisu specifični, najčešće se javlja tupa bol ispod desnog rebarnog luka i umor. Kod nekih bolesnika prisutni su bolovi u malim zglobovima (šake) koji mogu ličiti na simptome reumatoidnog artritisa. Bez simptoma je oko 25 % bolesnika. Verhaz (1)

Hepatitis je upala jetre, koja može biti izazvana različitim agensima; u osnovi bolesti je oštećenje hepatocita. Veliki broj virusa može izazvati upalu jetre. Hepatitis je bolest koja može prijeći u hronični oblik. Do danas je otkriveno nekoliko različitih primarno hepatotropnih virusa koji su označeni slovima abecede, redoslijedom kojim su bili otkriveni: A, B, C, D i E. Hronični hepatitis C definiše se kao upala jetre koja traje duže od 6 mjeseci. Simptomi HHC su rijetko prisutni i nisu specifični, najčešće se javlja tupa bol ispod desnog rebarnog luka i umor. Kod nekih bolesnika prisutni su bolovi u malim zglobovima koji mogu ličiti na simptome reumatoidnog artritisa. Bez simptoma je oko 25 % bolesnika. Verhaz (1)

Virus hepatitisa C izolovan je u krvi, pljuvački, mokraći, sjemenoj tečnosti, prenosi se direktnim kontaktom nezaražene osobe sa zaraženom krvlju. Parenteralni način prenosa je najčešći put transmisije HCV, nakon kontakta sa zaraženom krvlju, zaraženim organom pri transplataciji i upotrebom zaraženog pribora za konzumaciju opojnih droga. Transmisija transfuzijom zaražene krvi i krvnih derivata do uvođenja obaveznog testiranja dobrovoljnih davaoca imao je primat. U visokorizičnu skupinu pripadaju i bolesnici na hemodijalizi i plazmaferezi, osobe oboljele od hemofilije, homoseksualci, te svi oni koji prirodom svog posla imaju kontakt sa krvlju.. Vilibic i Cavlek (3)



Slika 1 - Prirodni tok hepatitis C virusne infekcije. Vassilopoulos D, Calabrese HL [4]

LIJEČENJE HEPATITISA C

Od otkrića hepatitis C virusa do danas došlo je do velikih napredaka u istraživanju genetskih značenja virusa te mehanizmu patofiziologije istog, što je rezultiralo unapređenjem farmakoterapije te uspješnijim ishodima liječenja i većom mogućnošću trajnog izlječenja. Godine 2014. započela je era oralne terapije u kojoj se ne koristi interferon te je ostvarena stopa izlječenja veća od 90 %, a vrijeme liječenja je kraće.Cilj lečenja hepatitisa C je sprječavanje pogoršanja bolesti. G. Poropat (5)

U današnje je vrijeme najveći rizik prenosa virusa hepatitisa C u populaciji intravenoznih korisnika opojnih droga (međusobno upotrebljavanje inficiranog pribora za pripremu te primjenu droga). Korišteni pribor za konzumaciju opojnih droga (igle, šprice, slamke za ušmrkavanje) nerijetko sadržava na oko nevidljivo malu količinu krvi koja je dovoljna da se osoba inficira. Osim toga, rizik za inficiranje hepatitisom C brojni su zahvati uljepšavanja (piercing, tetoviranje ili bušenje ušiju). Postoji rizik za prenos infekcije polnim putem kod osoba koje imaju velik broj polnih partnera, polnog odnosa koji je grub, odnosno onog kod kojeg može doći do oštećenja i krvarenja sluznice, prilikom polnih odnosa tokom menstrualnog krvarenja te polno prenosivih bolesti i osoba zaraženih HIV infekcijom. Trogrlić M. (6)

STIGMA I DISKRIMINACIJA U VEZI SA HCV-om

Stigmatizovane ljude drugi obično označavaju kao nepoželjno različite i prema tome podliježu isključenju, odbacivanju, krivici ili devalvaciji. Stigma ima direktan štetan uticaj na mentalno i fizičko zdravlje. Posljedice stigme i diskriminacije utiču na pojedinca i na smanjenje efikasnosti preventivnih programa; strah od diskriminacije spriječava ljude u traženju ljekarske pomoći za liječenje HCV-a i traženju drugih medicinskih usluga; razvija nepovjerenje u zdravstveni sistem, zdravstvene radnike te posljedično kompromituje cjelokupne napore zajednice u prevenciji HCV epidemije.

Iskustvo stigme i diskriminacije za one koji žive sa HCV-om neraskidivo je povezano sa upotrebom injekcionih droga. Postoji zapravo dvostruka stigmatizacija, zbog HCV-a (kao zaraznog agensa) i zbog upotrebe injekcionih droga. U cilju smanjivanja štete od stigme trebalo bi izbjegavati izraze koji se mogu smatrati uvrjedljivim ili diskriminanatnim kao što su narkoman, korisnik droga.Uz pristup najsavremenijim terapijama, bolest je gotovo izlječiva. Hronični hepatitis C je tiha epidemija, globalna bolest s jakom stigmom, ali s velikom šansom za konačno izliječenje i eliminacijom.

UTICAJ PANDEMIJE NA DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Pandemija uzrokovana koronavirusom koja je trajala u kontinuitetu više od 3 godine, uticala je na zdravstvene sisteme svih zemalja globalno, morali su proći kroz reorganizaciju svakodnevnog funkcionisanja, često se susrećući sa manjkom zdravstvenog, medicinskog kadra. U svijetu su poduzete drastične mjere kako bi se suzbilo širenje virusa. Međutim, te su mjere dovele do poremećaja drugih aspekata zdravstvenih usluga, povećavajući teret zbog drugih zdravstvenih stanja. Takođe smo odstupili od postizanja ambicioznog cilja koji je postavila Svjetska zdravstvena organizacija za uklanjanje virusnog hepatitisa kao javne prijetnje do 2030. godine. A. Verhaz (7)

CILJ RADA

Prikazati ulogu medicinske sestre u liječenju oboljelih od HCV-a

- Broj registrovanih hroničnih hepatitisa C u godinama pandemije u odnosu na prethodni period.
- Dostupnost liječenju DAA lijekovima protiv hepatitisa C u doba pandemije.
- Procjeniti uticaj pandemije COVID-19 na pružanje usluge testiranja na virusne hepatitis u Savjetovalištu klinike za infektivne bolesti Univerzitetsko kliničkog centra Republika Srpska Banja Luka.

METODE RADA

Rezultati su dobijeni retrospektivnom analizom podataka iz protokola dijagnostike i liječenja Klinike za infektivne bolesti Univerzitetski klinički centar Republika Srpska Banja Luka kao referentne ustanove za liječenje virusnih hepatitisa.
Proces dobrovoljnog i povjerljivog savjetovanja i testiranja (DPST) se sastoji od savjetovanja prije testiranja, testiranja i savjetovanja poslije testiranja na viruse HIV/HBV/HCV

REZULTATI

COVID-19 je rezultirao usporavanjem ili potpunim zaustavljanjem programa eliminacije virusnih hepatitisa, smanjena je dostupnost testiranja te posljedično smanjenje broja novootkrivenih slučajeva.
(Tabela 2)

Godina	2017	2018	2019	2020	2021	2022	7/2023
Broj testiranja	70	134	181	10	69	62	78

TABELA 2 - Broj testiranih klijenata u savjetovalištu Klinike za infektivne bolesti

U godinama pada obuhvata testiranja, prema podacima Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske vidljiv je veći broj prijavljenih

slučajeva HBV i HCV infekcije u godinama prije početka pandemije koja je proglašena 11. marta 2020. godine u odnosu na godine u kojima je trajala pandemija COVID-19. (Tabela 3)

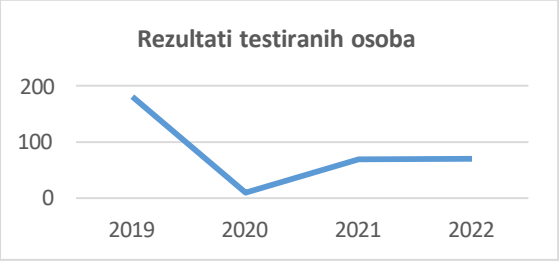
Godina	2017	2018	2019	2020	2021	2022	6/2023
HBV	46	60	24	22	17	36	22
HCV	28	22	49	10	7	25	8

TABELA 3 - Broj registrovanih osoba inficiranih HBV i HCV (Institut za javno zdravstvo Republike Srpske)

Zahvaljujući dobroj organizaciji i uhodanosti tima koji radi u Hepatološkim ambulantama, tokom godina pandemije nastavljeno je liječenje oboljelih od hroničnog hepatitisa C istim tempom kao i ranije. (Tabela 4)

Godina	2017	2018	2019	2020	2021	2022	6/2023
DAA	30	36	44	39	38	42	20

TABELA 4 - Broj liječenih pacijenata u Klinici za infektivne bolesti Banjaluka RS



Grafikon 1. Broj testiranih osoba prije i tokom pandemije

DISKUSIJA

Liječenje hroničnog C hepatitisa zahtjevan je proces i uključuje niz postupka od prvog razgovora s medicinskom sestrom do konačnog izlječenja. Medicinska sestra ostvaruje prvi kontakt s bolesnikom prilikom njegova upisa u prijemnu ambulantu. Tada saznaje osnovne informacije o pacijentu (ime i prezime, JMB, datum rođenja), problemima, tegobama, socijalnom i porodičnom statusu, ostalim bolestima od kojih pacijent boluje i terapiji koju uzima. Osim toga, prilikom prvog susreta uzima adresu stanovanja te broj telefona kako bi komunikacija tekla brže i jednostavnije prilikom dijagnostičke obrade i prikupljanja potrebne medicinske dokumentacije.
Medicinska sestra ima važnu ulogu u liječenju hepatitisa C što uključuje:

- naručivanje bolesnika na pregled i prijem u ambulantu,
- davanje uputstava o potrebnoj dijagnostičkoj obradi,
- pružanje psihološke podrške oboljelom te porodici oboljelog,
- upute o potrebnoj dokumentaciji za odobrenje terapije,
- edukaciju o primjeni terapije i mogućim nuspojavama
- motivacija za liječenje te primjereno zdravstveno ponašanje.

Kada je obavljena dijagnostika te je odobren lijek, medicinska će sestra informisati pacijenta o uzimanju terapije, upoznat će ga s ostalim pacijentima koji imaju slične ili čak iste probleme te će ga savjetovati da se uključi u grupu UG „B18" koja pruža oboljelima podršku. U grupi oboljeli može razmijeniti iskustva te čuti kako se ostali nose s bolešću. Medicinska sestra mora edukovati pacijenta o načinu prenosa infekcije i mjerama koje je potrebno poduzeti kako bi se spriječio dalji prenos iste. (6)

Pandemija uzrokovana koronavirusom koja je trajala u kontinuitetu više od 3 godine, uticala je na zdravstvene sisteme svih zemalja globalno, morali su proći kroz reorganizaciju svakodnevnog funkcionisanja, često se susrećući sa manjkom zdravstvenog, medicinskog kadra. U svijetu su poduzete drastične mjere kako bi se suzbilo širenje virusa. Međutim, te su mjere dovele do poremećaja drugih aspekata zdravstvenih usluga, povećavajući teret zbog drugih zdravstvenih stanja. Takođe smo odstupili od postizanja ambicioznog cilja koji je postavila Svjetska zdravstvena organizacija za uklanjanje virusnog hepatitisa kao javne prijetnje do 2030. godine.(7)

Pandemija COVID-19 je rezultirala usporavanjem mnogih programa eliminacije hepatitisa ili su te aktivnosti potpuno obustavljene
Zemlje bi trebale usmjeriti aktivnosti ka eliminaciji hepatitisa do 2030. g., pa bi se fokus trebao vratiti na programiranje procesa eliminacije hepatitisa čim prije je moguće1.

Pandemija Covid 19 mnogo je otežala rad sa pacijentima oboljelim od hepatitisa C i u našoj klinici.Došlo je do reorganizacije rada na klinici, dislocirana je hepatološka ambulanta van Covid bolnice.

Zbog situacije sa Covid 19 manje je pacijenata koji su se javljali i testirali u proteklom periodu, te se pretpostavlja da ima znatan broj neotkrivenih pacijenata. U cilju upoznavanja javnosti sa stanjem u Republici Srpskoj u vezi virusnih hepatitisa, 28. jula 2020 I 2023. Održana je i konferencija za štampu, objavljeno saopštenje za javnost i medije, putem službe za informisanje i odnose sa javnošću UKC Banjaluka. To nam je pomoglo da nam se pacijenti ponovo počnu javljati i testirati.Upornošću tima za liječenje oboljelih od hroničnog hepatitisa C uspjeli smo da uključimo u liječenje sve pacijente kojim je odobren DAA terapija i tokom pandemije.

Dolazak pacijenata radi preuzimanja terapije je smanjen na minimum. Stalni kontakt sa pacijentima je bio putem telefona. Ovu ulogu su najviše preuzele medicinske sestre, koje su bile dostupne za pacijente tokom cijelog njihovog liječenja.

Pandemija COVID-19 je rezultirala usporavanjem mnogih programa eliminacije hepatitisa ili su te aktivnosti potpuno obustavljene.
Zemlje bi trebale usmjeriti aktivnosti ka eliminaciji hepatitisa do 2030. g., pa bi se fokus trebao vratiti na programiranje procesa eliminacije hepatitisa čim prije je moguće. A. Verhaz (1)

Pandemija Covid 19 mnogo je otežala rad sa pacijentima oboljelim od hepatitisa C i u našoj klinici.Došlo je do reorganizacije rada na klinici, dislocirana je hepatološka ambulanta van Covid bolnice.

Zbog situacije sa Covid 19 manje je pacijenata koji su se javljali i testirali u proteklom periodu, te se pretpostavlja da ima znatan broj neotkrivenih pacijenata. U cilju upoznavanja javnosti sa stanjem u Republici Srpskoj u vezi virusnih hepatitisa, 28. jula 2020 I 2023. Održana je i konferencija za štampu, objavljeno saopštenje za javnost i medije, putem službe za informisanje i odnose sa javnošću UKC Banjaluka. To nam je pomoglo da nam se pacijenti ponovo počnu javljati i testirati.Upornošću tima za liječenje oboljelih od hroničnog hepatitisa C uspjeli smo da uključimo u liječenje sve pacijente kojim je odobren DAA terapija i tokom pandemije.

Dolazak pacijenata radi preuzimanja terapije je smanjen na minimum. Stalni kontakt sa pacijentima je bio putem telefona. Ovu ulogu su najviše preuzele medicinske sestre, koje su bile dostupne za pacijente tokom cijelog njihovog liječenja.

ZAKLJUČAK

Broj testiranja na virusne hepatitise u vrijeme pandemije iako je bilježio pad, kao I broj novo registrovanih pacijenata sa HBV I HCV infekcijom, liječenje oboljelih se nesmetano odvijao.

Zahvaljujući upornosti zdravstvenih radnika, tima za liječenje oboljelih od HCV, iako pod otežanim uslovima, svi pacijenti koji su čekali terapiju, uspješno su završili tretman.

LITERATURA :

1 A. Verhaz ;2022g, Hronični virusni hepatitis C virus 2022g, str. 11-16
2 Lukšić B. Može li se hepatitis C uspiješno liječiti? (Internet) Cybermed.hr. Cybermed d.o.o.; (pristupljeno 31.08.2023) Dostupno na : https://www.cybermed.hr/clanci/moze_li_se_hepatitis_c_uspjesno_lijeciti
3 Vilibic-Cavlek T, Kucinar J, Kaic B, Vilibic M, Pandak N, Barbic L, et al. Epidemiology of hepatitis C in Croatia in the Europen context. World J Gastroenterol. 2015 Avg 28;21(32):
4 Vassilopoulos D, Calabrese HL.Meet the HEP C Challenge. Dostupno na http://www.the-rheumatologist.org/details/article/967561/Meet_the_HEP_C_Chalenge.html (pristupljeno 4.9.2023g)
5 Poropat G, Milić S, Štimac D. Suvremeni pristup liječenju kroničnog hepatitisa C. Medicina Fluminensis [Internet]. 2016 [pristupljeno 01.09.2023.];52(1):4-13. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/152927

6 Trogrlić M. Promjene u sestrinskoj skrbi za pacijente s kroničnim hepatitisom c nakon uvođenja direktno djelujuće antivirusne terapije [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2018 [pristupljeno 01.09.2023.] Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:256737

7 A Verhaz; 2023g; COVID-19 Klinička slika i terapijski izazovi, str. 113-114

UTICAJ COVID-19 INFEKCIJE NA PORAST BROJA OBOLJELIH OD HIV INFEKCIJE

Sanja SAVKOVIĆ, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Republike Srpske, UKC Banja Luka
Dijana KNEŽEVIĆ, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Republike Srpske, UKC Banja Luka
Jelena PETROVIĆ, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Republike Srpske, UKC Banja Luka
Jasminka DELIĆ, Udruženje medicinskih sestara i tehničara Republike Srpske, UKC Banja LUka

SAŽETAK

Akutna respiratorna infekcija izazvana novim koronavirusom (COVID-19) je ubrzo nakon pojave u gradu Wuhanu u Kini u decembru 2019. godine poprimila pandemijske razmjere i uzrokovala veliko opterećenje zdravstvenih sistema globalno. Pažnja zdravstvenih radnika i naučnika je bila usmjerena na pomno praćenje razvoja kliničke slike oboljelih, istraživanje terapijskih opcija i karakteristike novog koronavirusa SARS-CoV-2 u svrhu što bržeg sprječavanja daljnjeg širenja bolesti i izlječenja oboljelih, a nova saznanja su pristizale gotovo svakodnevno. Velik broj zdravstvenih ustanova je zbog usmjeravanja ljudskih i ostalih resursa na oboljele od COVID-19 smanjio ili u potpunosti obustavio ambulantne službe i ostale djelatnosti inače dostupne vanbolničkim bolesnicima, s obzirom da su i ljekari koji se bave zbrinjavanjem oboljelih od HIV-a usmjereni i na brigu o oboljelima od COVID-19. Takav način funkcionisanja zdravstvenog sistema je zabilježen u više od 50% klinika u centralnoj i istočnoj Europi. U Republici Srpskoj je epidemija COVID-19 započela 05. Marta 2020. kada je prvi bolesnik sa dokazanom infekcijom hospitalizovan na Klinici za infektivne bolesti Univerzitetsko Kliničkog centra Republike Srpske, koja je referenta ustanova za liječenje oboljelih od HIV-a, te tokom epidemije korona virusa postaje referenta ustanova za ovu bolest. Svi zdravstveni kapaciteti se preusmjeravaju za liječenje oboljelih od kovid infekcije, te sistem postaje preopterećen, prestaje sa radom Savjetovalište Kl.za infektivne bolesti, te je bila i otežana nabavka testova, što je prouzrokovalo otežano dijagnostifikovanje HIV infekcije. Odjel Imunodeficijencije gdje se liječe HIV pozitivni se premješta iz Klinike za infektivne bolesti i preuzima brigu o infektivnim a nekovid pacijentima, ambulantno, stacionarno i konzilijarno.
Ključne riječi: HIV, COVID, preopterećen sistem, otežana dijagnostika

SUMMARY

The acute respiratory infection caused by the novel coronavirus (COVID-19) reached pandemic proportions shortly The acute respiratory infection caused by the novel coronavirus (COVID-19) reached pandemic proportions shortly after its emergence in the city of Wuhan, China in December 2019 and caused a heavy burden on health systems globally.The attention of healthcare workers and scientists was focused on closely monitoring the development of the clinical picture of patients, researching therapeutic options and characteristics of the new coronavirus SARSCoV-2 in order to prevent the further spread of the disease and cure the patients as quickly as possible, and new knowledge arrived almost daily. A large number of health care institutions, due to the focus of human and other resources on patients with COVID-19, have reduced or completely suspended outpatient services and other activities normally available to outpatients, considering that doctors who deal with the care of HIV patients are also focused on care of patients with COVID-19. This way of functioning of the health system is recorded in more than 50% of clinics in Central and Eastern Europe. In the Republic of Srpska, the COVID-19 epidemic began on March 5, 2020, when the first patient with a proven infection was hospitalized at the Infectious Diseases Clinic of the University Clinical Center of the Republic of Srpska, which is the reference institution for the treatment of HIV patients, and during the corona virus epidemic becomes the reference institution for this disease. All health facilities are diverted to the treatment of patients with covid infection, and the system becomes overloaded, the Infectious Diseases Counseling Center stops working, and the procurement of tests was also difficult, which caused difficulties in diagnosing newly infected HIV-positive patients. The Department of Immunodeficiency, where HIV-positive patients are treated, is being moved from the Infectious Diseases Clinic and is taking over the care of infectious and non-covid patients, outpatient, inpatient and consular.

Key words: HIV, COVID, overloaded system, difficult diagnosis

Kontakt informacije: Sanja Savković sanja.savkovic79@gmail.com
Dijana Knežević knezevicdijana77@gmail.com

UVOD

Prema, danas, opšte prihvaćenoj teoriji virus humane imunodeficijencij(HIV) je dvadesetih godina dvadesetog vijeka u Africi prešao sa čovjekolikog majmuna na čovjeka u prehrambenom lancu. Prva epidemija ove bolesti najvjerovatnije je bila pedesetih godina prošlog vijeka u Kongu, a najstariji uzorak sačuvanog seruma umrlog bolesnika u kojem je dokazan HIV potiče iz 1959.god. (Kinšasa, Kongo). Bolest se potom proširila na osjetljive populacije muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima eng.(msm) i injekcione korisnike droga u Zapadnoj Evropi i Sjevernoj Americi sedamdesetih godina prošlog vijeka (obrazac I širenja pandemije), u Africi je dominantan put prenosa bio heteroseksualni (obrazac II širenja pandemije). U Aziji i Latinskoj Americi bolest se širila heteroseksualnim putem i kontaminiranim priborom za injekciono korištenje droga, dok je Istočna Evropa krajem 20.vijeka postala jedno od područja sa najvećim porastom incidencije HIV infekcije u svijetu, prvenstveno kontaminiranim priborom za injekciono korištenje droga.

Dva su tipa virusa HIV: HIV -1 i HIV-2. HIV -2 je zastupljen u zapadnoj i centralnoj Africi i nema virulentni potencijal
HIV-1virusa,koji je odgovoran za epidemiju HIV bolesti.HIVbolest je hronični progresivni proces koji započinje ulaskom virusa u ljudski organizam te postepeno dovodi do oštećenja imunog aparata, što će rezultirati sve većom osjetljivošću oboljelog, koji, ako se bolest ne prepozna i ne liječi, umire od komplikacija oportunističkih infekcija i malignoma.AIDS – sindrom stečenog nedostatka imuniteta/engl. Acquired Immunodeficiency Syndrome/ je terminalna faza HIV bolesti, obilježena teškim oštećenjem imunog aparata i posljedičnim razvojem oportunističkih bolesti (1).

HIV se prenosi: polnim putem- analnim, vaginalnim i oralnim seksualnim odnosom. HIV se nalazi u krvi, spermi, vaginalnom i cervikalnom sekretu zaražene osobe u količini koja je dovoljna za prenos infekcije na drugu osobu. Prisutnost polne bolesti (sifilis, genitalni herpes) kao i polni odnos tokom menstruacije pospješuje prenos.HIV se prenosi krvlju. Danas su ovim načinom prenosa naročito ugrožene osobe koje intravenski injiciraju drogu i pritom koriste zajednički pribor,šprice i igle.Rizik prenosa transfuzijama krvi i derivata krvi je danas kod nas 1:1 000 000, zbogo baveznog testiranja davalaca. No, i dalje je prisutan rizik da se donor nalazi u period “dijagnostičkog prozora” kada infekciju HIV-om nije moguće dokazati. Medicinski radnici mogu se inficirati ukoliko se nepažljivim rukovanjem ubodu na iglu koja je prethodno bila u tijelu bolesnika koji živi sa HIV-om! HIV se prenosi tokom trudnoće i porođaja, te majčinim mlijekom. Najčešće do zaraze djeteta HIV-om dolazi u toku poroda(intrapartalno).Ukoliko se kod trudnice HIV bolest prepozna i liječi, te broj kopija HIV-RNA u trenutku poroda bude manji od 1000/ml plazme rizik infekcije djeteta manji je od 2%!Osobe koje se inficiraju HIV-om, već nakon nekoliko sati postaju zarazne te mogu,ne znajući da su infektivni,širiti dalje infekciju.Test na HIV infekciju daje rezultate najranije nakon šest sedmica,što znači da se u tom period od mjesec i po dana ne može imati dokaz da osoba ima HIV infekciju,iako je itekako zarazna za svoju okolinu.Nakon te faze akutne infekcije, kada je osoba visoko infektivna za svoju okolinu,nastaje jedna faza mirovanja koja traje godinam,u kojoj osoba nema nikakvih znakova bolesti i osjeća se I izgleda apsolutno zdravo,a u kojoj infekciju može prenijeti na druge.Taj period može da traje i do 10 godina. U tom periodu osobe najčešće ne sumnjaju da su inficirane, te da bolest prenose, jer nemaju nikakve znakove bolesti. Poslije toga nailazi period pada otpornosti, koji kod različitih ljudi različito rano nastupa. Kod nekoga ko živi neuredno, ovaj period će nastupiti ranije. (2).

Ciljevi liječenja HIV bolesti HAART-om (engl. highly active antiretroviral treatment): Produženje života, poboljšanje kvalitete života, očuvanje djelovanja imunog aparata, smanjenje mogućnosti širenja zaraze. Problemi u vezi sa primjenom HAART: svi liječeni bolesnici ne uspijevaju postići nemjerljivu vrijednost replikacije virusa (kopija HIV RNA/ml), razvoj rezistencije virusa, liječenje je doživotno, lijekovi su toksični, kooperabilnost pacijenata (3).

Ciljevi prevencije su izbjegavanje rizičnih ponašanja (seksualni odnosi sa zaštitom, tj. uz upotrebu kondoma, korištenje nekontaminiranog, sterilnog pribora /šprica i igala/ pri injekcijidroga), dijagnosticiranju i liječenju polno prenosivih bolesti, uključujući i HIV, kontroli imunobioloških preparata tj.obezbjeđivanju prethodnog testiranja svakog uzorka krvi ili krvnih produkata na HIV.Pacijenti za testiranje na HIV najčešće odlučuju onda kada je bolest uznapredovala,a da gotovo nikada ne posumnjaju na HIV infekciju zbog svog rizičnog ponašanja i odluče se da urade test. Rijetki su izuzeci kojima je palo na pamet da simptome slične gripi povežu sa nedavnim rizičnim ponašanjem i odluče se na to da urade test.

CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati porast broja oboljelih od HIV infekcije u Republici Srpskoj za vrijeme kovid pandemije. Potencijalni uzroci ove situacije su nedostupnost zdravstvenom sistemu, jer je sve bilo preorijentisano na kovid oboljenje, nedostatak testova.

METODA RADA

Podaci su dobijeni retrospektivno deskriptivnom metodom i prikazani apsolutnim brojevima. Podaci su dobijeni iz Kliničkom informacionog sistema (KIS),a prethodno smo se za saglasnost obratile Etičkom odboru kao i upravi UKC
RS. Korišteni su i podaci Instituta za javno zdravlje Republike Srpske

REZULTATI

Kod nas a kako smo saznali i u regionu , povećao se broj HIV inficiranih.Čak je pod našim praćenjem poslednje tri godine uduplan broj HIV inficiranih u odnosu naperiod prije kovid pandemije.Iako godinama slušamo upozorenja stručnjaka da se HIV može desiti svima, svijest mladih oovom problem je na izuzetno niskom nivou.Kada pričate sa licima koja otkriju da su HIV pozitivna, oni obično kažu: 'ja sve o tome znam, o tome sam čitao, ali sam jednostavno mislio da se to meni ne može desiti', ili 'ja sam imao potpuno povjerenje u svog partnera', što pokazuje da je kod nas, u ovom slučaju,izuzetno velik problem neodgovornost, neznanje i neupućenost.Stručnjaci kažu da je nemoguće u ovom trenutku reći da li raste promiskuitet među mladima,međutim činjenica je da oni sve ranije stupaju u seksualne odnose te da imaju sve veći broj partnera.U našoj sredini najveći problem oboljelih od HIV bolesti je stigma i diskriminacija.Nema potrebe da umreš od straha kada osoba koja živi sa HIV/AIDS-om šmrcne, kašljucne ili kihne pored tebe, nego ne mijenjaj često partnere, koristi kondom pri svakom seksualnom odnosu, ukoliko si trudna ili planiraš trudnoću testiraj se na HIV prije ili u toku trudnoće,izbjegavaj upotrebu nesterilnih instrumenata za tetoviranje i piercing, koristi sopstveni priborza ličnu higijenu, ukoliko si intravenski ovisnik, koristi igle i šprice za jednokratnu upotrebu…Ako si se rizično ponašao testiraj se, porazgovaraj sa kompetentnim osobama u HIV savjetovalištu, nauči kako da ne ponavljaš iste greške, prenesi naučeno i na druge u svojoj okolini. Poštuj i pomozi svakom bolesnom čovjeku, pa i onom koji živi sa HIV/AIDS-om!

TABELA 1 -Prikaz slučajeva HIV I AIDS u Republici Srpskoj za 2019. godinu

Godina	Novootkrivenih	HIV pozitivnih	Oboljelih od AIDS-a	Način transmisije (seks. kontakt)	Pol	Smrtni ishod
2019.	10	5	5	5 heteroseksualne o	8 muškaraca	4
				5 homoseksualne	2 žene	

TABELA 2-Prikaz slučajeva HIV I AIDS u Republici Srpskoj za 2020.godinu

Godina	Novootkrivenih	HIV pozitivnih	Oboljelih od AIDS-a	Način transmisije (seks. kontakt)	Pol	Smrtni ishod
2020.	1	1	0	1 homoseksualac	1 muškaraca	3

TABELA 3 -Prikaz slučajeva HIV I AIDS u Republici Srpskoj za period 2021-2022.godinu

Godina	Novootkrivenih	HIV pozitivnih	Oboljelih od AIDS-a	Način transmisije (seks. kontakt)	Smrtni ishod
2021.	18	14	4	11 homoseksualno/biseksualno	1
				7 heteroseksualno	
2022.	24	22	2	18 homoseksualno/biseksualno	2
				4 heteroseksualno	
				1 vertikalna transmisija	
				1 Intravenski korisnik droga	

DISKUSIJA

Početkom pandemije Covid 19 to je posebno došlo do izražaja. Sve oči su bile uprte u novu, nepoznatu bolest za koju se na početku nije znalo ni kako se prenosi a kako se ne prenosi. Ionako opterećen zdravstveni sistem se našao pred ogromnim izazovom, a pod lupom medija i javnosti. Karantin, policijski čas, svakodnevne vijesti o umrlim… COVID-19 je u cijelom regionu postao i prepreka za pristup bitnim uslugama preventivne zaštite. Očekuje se da će odlaganje tih usluga dovesti do ogromnog broja zaostalih slučajevau zdravstvenom sistemu, što će opet usložniti i otežati liječenje pacijenata.Čim se bude pojavila prilika za to, biće od značaja ocijeniti posredni uticaj ovih kašnjenja na preventivnu zaštitu, ali taj problem će u budućnosti vjerovatno povećati stope morbiditeta i mortaliteta u cijelom region.Očekuje se da će se gubici prihoda dokumentovani u bolničkim sistemima u SAD javiti i na Zapadnom Balkanu. Epidemija korona virusa već gotovo dve godine potpuno blokira čitav svijet i mnogima otežava živote, ali posebno ljudima sa HIV virusom.Epidemija korona virusa je potpuno „zasijenila druge infektivne bolesti". Infektolozi i epidemiolozi koji se bave kontrolom HIV epidemije, kao i drugih polnih bolesti, bili su gotovo isključivo okupirani kovidom.Prevencija i rana detekcija su zanemareni, pa imamo manje testiranih I dijagnostifikovanih, kao i remećenje kontinuiteta i kvaliteta ljekarskog praćenja liječenja pacijenata sa HIV-om.Jedno od glavnih pitanja epidemije Kovida19 bilo je: „Kako otići kod ljekara?Uglavnom veoma teško, a naročito za ljude sa HIV virusom. Zdravstvene ustanove u Republici Srpskoj od početka epidemije nekoliko puta su ulazile i izlazile iz kovid sistema, a najviše su na udaru bili infektolozi i Klinika za infektivne bolesti Za razliku od drugih ljudi, kod HIV pacijenata je ovlašćenje ljekara opšte prakse prenijeto na infektologe, Odjel Imunodeficijencije je premjesten iz Klinike za infektivne bolesti te je osoblje sa tog odjela preuzelo brigu o nekovid infektivnim pacijentima,ambulantno,stacionarno I konzilijarno.Na globalnom nivou, upozorenja i preporuke u vezi sa položajem i pravima osoba koje živesa HIV, a koje su upućene od strane međunarodnih tijela i mehanizama za ljudska prava u situaciji COVID-19 pandemije i hitnog reagovanja, prije svega se odnose na omogućavanje kontinuiranog pristupa ljekarima, testovima i tretmanu za HIV.Dodatno, primjetan je i nedostatak terapije, prije svega Aluvije za djecu koja žive sa HIV, izrazloga što se ta terapija koristi u odgovoru na COVID-19, dok je u pojedinim krivično-popravnim zavodima takođe bila nedovoljna količina terapije za osobe koje žive sa HIV.Osobama koje žive sa HIV nije omogućen kontinuiran pristup ljekarima, testovima i tretmanu za HIV tokom trajanja epidemije COVID-19, s obzirom na kašnjenje u odgovoru na epidemiju,kao i orijentisanost cijelokupnog zdravstvenog sistema na odgovor na epidemiju COVID-19.

ZAKLJUČAK

- Pandemija COVID-19 je uticala na dostupnost medicinskih usluga, koja je važna za redovno praćenje pacijenata s hroničnim bolestima kao što je je HIV infekcija.
- U doba pandemije pristup dijagnostičkim i terapijskim procedurama za HIV pacijente je bio otežan.
- Takođe, nedostupnost preventivnim programima vjerovatno je uticala na porast broja oboljelih od HIV infekcije.

LITERATURA

1. Begovac J, 2009 “Infekcija HIV-om”,str. 121-123
2. Beus I, Begovac J,1996 “AIDS-HIV bolest”, str.34-37
3. Dautović-Krković S,2011” Infektologija” str.245-246

ZADRUGE KAO NOSIOCI ZDRAVSTVENOG PROSVEĆIVANJA U RURALNIM SREDINAMA-POSTKOVID ERA

Dragan MILETIĆ,Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“, Zemun, Srbija
Suzana PAVLOVIĆ, Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“, Zemun, Srbija

KRATAK SADRŽAJ

Rad upućuje na edukativni značaj zadruga kao socioekonomskih entiteta, naročito u ruralnim sredinama u pogledu sticanja znanja i veština za novi vek. Reč je pre svega o mogućnostima zadrugara da se digitalno opismenjavaju i da se zdravstveno edukuju i prosvećuju u kontekstu postkovid ere i ruralne sredine gde žive. Nova zdravstvena, higijenska i ekološka znanja, procedure i navike u svakodnevnom životu i proizvodnji životnih namirnica i zanatstvu predstavljaju izazov za novo formatiranje zdravstvenih ustanova i njihovu organizaciju u ruralnim sredinama radi savremenog i efikasnog zdravstvenog prosvećivanja u svim starosnim kategorijama stanovništva. Imperativ je na mlađoj populaciji koja treba da zasnuje porodice i da egzistira u skladu novim životnim stilom . Taj stil je fundiran na savremenim medicinskim dostignućima uz očuvanje lokalnog biološkog diverziteta i uključenja u društveni život na poželjan i tehnološki efikasan način. Takođe, rad izlaže iskustvo i praksu zdravstvenih zadruga u zemljama koje imaju značajan uticaj na zdravstveno stanje ljudi na regionalnom i globalnom nivou. Cilj rada je da istakne fleksibilnost i otvorenost zadruga za dobrovoljno udruživanje ljudi u seoskim sredinama i njihove mogućnosti da u poskovid eri organizuju efikasne kanale zdravstvenog prosvećivanja ljudi a posebno u kontekstu epidemije Covid-19 , kako zaraznih tako i karakterističnih za lokalnu sredinu.

Ključne reči

Zdravstvene zadruge, edukacija i informisanje, zdravstveno obrazovanje, prosvećivanje i organizovanje, digitalizacija, ruralni razvoj, Covid-19, Postkovid era.

SUMARRY

The article refers to the educational importance of cooperatives as socioeconomic entities, especially in rural areas in terms of acquiring knowledge and skills for the new century. It is primarily about the possibilities of cooperative members to become digitally literate and to educate and educate themselves about health in the context of the post-covid era and the rural environment where they live. New health, hygiene and ecological knowledge, procedures and habits in everyday life and production of foodstuffs and handicrafts represent a challenge for the new formatting of health institutions and their organization in rural areas for modern and effective health education in all age categories of the population. It is imperative for the younger population, which needs to start families and live in accordance with the new lifestyle. That style is founded on modern medical achievements while preserving local biological diversity and inclusion in social life in a desirable and technologically efficient way. Also, the paper presents the experience and practice of health cooperatives in countries that have a significant impact on people's health at the regional and global level. The aim of the work is to emphasize the flexibility and openness of cooperatives for voluntary association of people in rural areas and their possibilities to organize effective channels of health education for people in the future, especially in the context of the Covid-19 epidemic, both contagious and characteristic of the local environment.

Key words

Health cooperatives, education and information, health education, enlightenment and organizing, digitization, rural development, Covid-19, Post-Covid era.

PhD, Profesor strukovnih studija, draganmileticvisan@gmail.com | +381 60 7000 601
PhD, Profesor strukovnih studija, nevena@volny.cz

UVOD

Zdravstvena delatnost u ruralnim područjima je socio-ekonomsko pitanje prvog reda i zato je potreba za radom zdravstvenih zadruga u ruralnim područjima ponovo aktuelna. Zakon o zadrugama prepoznaje zdravstvene zadruge kao oblik zadružnog organizovanja ali ih zakoni o zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti ne

prepoznaju kao učesnike u ugovaranju, pružanju i korišćenju zdravstvenih usluga u Republici Srbiji. Sve ovo treba imati u vidu komparirajuću aktuelnu međunaradnu praksu sa domaćim potrebama razvoja zdravstvenog sistema i potencijale zdravstvenih zadruga u Republici Srbiji i postkovid eri. Zdravstveno prosvećivanje je važan segment zdravstvenog sistema koje je pandemija Covid-19 reaktuelizovala, takođe, potreba uključivanja u savremene tokove digitalizacije u ruralnim sredinama Srbije postavlja pred zadruge još jedan zdravstveni i poslovni izazov. Veoma je važno putem izučavanja sopstvene i inostrane prakse uočiti dobra i kvalitetna iskustva koja mogu biti putokaz u razvoju zdravstvenog zadrugarstva, uvažavajući posebnosti, specifičnosti i tradiciju zdravstvenog zadrugarstva u Srbiji i u skladu s tim definisati šanse i ograničenja. Ističemo, kao dobru praksu, samoinicijativu u ovoj oblasti, potencijalnih zadruga kao korisnika zdravstvenih usluga. Njima zdravstvene usluge, fizički i finansijski nisu lako dostupne i oni mogu postati aktivni učesnik u stvaranju zdravstvenog sistema koji deluje pre svega na prevenciji i edukaciji a zatim na aktivnom zbrinjavanju i osiguranju svojih članova u slučaju težih i finansijskih zahtevnijih metoda lečenja. Metodološki ovaj rad je zasnovan na proučavanju studija slučaja i praćenja iskustava sredina koje su razvile zadružni život na osnovu autentičnih potreba ljudi, podrške države, školskog i zdravstvenog sistema svih nivoa za razvoj zadrugarstva i samoorganizovanja radi socioekonomske održivosti i zdravstvene samopomoći. U radu se takođe primenjuje komparativna metoda ukazivanjem na praksu u drugim državama u svetu.

ISTORIJSKO NASLEĐE ZDRAVSTVENOG ZADRUGARSTVA: SRBIJA I VOJVODINA

Prvi Zakon o zdravstvenim zadrugama usvojen je u Kraljevini Jugoslaviji još decembra 1930. g. - nepunih deset godina nakon osnivačkog kongresa Saveza zdravstvenih zadruga maja 1922. g. U rezoluciji je istaknut osnovni cilj rada Saveza: „Preobražaj zdravstvenog života našeg manje-više patrijarhalnog društva, stvaranje uslova za takav život s pomoću zdravstveno-privredne organizacije u narodnom u obliku zdravstvenih zadruga.“. Ovim zakonom se, prvi put, daje pravni okvir delatnosti zadruga u zdravstvenoj branši, gde zdravstvene zadruge mogu biti deo zdravstvenog sistema i organizovati primarnu zdravstvenu zaštitu u selima kao i unapređenje nivoa higijenskih uslova života, ličnih navika i procedura. Tadašnje stanje prilika su karakterisale sledeće činjenice, Gerić i ostali (1):

-Loši higijenski uslovi života kako zbog materijalne bede i siromaštva, tako i zbog veoma niskog stupnja prosvećenosti opšte i zdravstvene, nepismenosti i neznanja;

-Postojanje endemskih žarišta i česte pojave epidemija zaraznih bolesti i tuberkuloze;

-Velika smrtnost, naročito odojčadi, dece do 14 godina i omladine, te mnogo kraći prosečan vek nego u zapadnoevropskim zemljama;

-Loše higijenske navike, odsustvo ili nizak stupanj higijenske kulture, naročito u pogledu lične higijene, higijene stanovanja i ishrane, sujeverje i praznoverje, posebno kod seoskog življa;

-Nerazvijenosti zdravstene službe, nedovoljan broj lekara i zdravstvenih ustanova, posebno ambulantno-polikliničkih i dispanzerskih, kao i higijensko-epidemioloških.

Ako se još ima u vidu nerazvijenost putničkog saobraćaja, usled nedovoljno razuđene putne i železničke mreže, može se pretpostaviti na kakve teškoće se nailazilo kada bi se u u seoskoj sredini neko razboleo. Ovo posebno u brdsko-planinskim naseljima i južnim krajevima zemlje u kojima je privredna i i kulturna zaostalost bila izrazitija nego u severnijim i ravničarskim krajevima.

To je sve podrazumevalo angažovanje lekara, potrebne opreme i nabavku lekova i medikamenata. Svakako da je suština delatnosti ovakvih zadruga bila zbrinjavanje bolesnih, ne samo zadrugara već svih stanovnika sela koji su mogli da dođu u ovakve zadružne zdravstvene ambulante i obrate se za pomoć. Zdravstveno prosvećivanje je uz prosvećivanje iz oblasti koju znamo u najširem kao „domaćinstvo“ bio neodvoji aspekt delatnosti zdravstvenih zadruga i bio je upravljen na podizanju nivoa znanja i svesti iz oblasti zdravstvene nege, preventive raznih bolesti, posebno zaraznih, nege u zavisnosti od polne i starosne strukture. Nadalje, reč je o pitanjima lične higijene, higijene gazdinstva i organizacije vodovodne i kanalizacione infrastrukture u selima. U celini reč je o pojmu zdravstvene kulture, pre svega ruralnih sredina kao i čitave nacionalne zajednice u okviru tadašnje države - kraljevine Jugoslavije. Važan naglasak, s obzirom na značaj koji je imala u domaćinstvu, su bile žene. U ulozi domaćica, majki i negovateljica žene su bile istinski stub porodica i porodičnih zadruga (zajednice porodica iz jedne veće familije). Od njih je faktički zavisilo zdravlje jedne familije, higijenske navike u opštem i ličnom smislu, higijenski način pripremanja namirnica. Zdravstvene zadruge su, dakle, bile prilika za socijalnu afirmaciju žena putem opismenjavanja kako bi uzele aktivno učešće i odgovornost u svojim porodicama ravnopravno sa muškarcima. Na ovaj načine doprinosile su unapređenju kvaliteta života u svojim porodicama u ekonomskom, zdravstvenom, kulturnom i opštesocijalnom smislu. Treba naglasiti da je prvih deset godina zdravstvenog zdrugarstva obeleženo borbom za afirmaciju ovih ustanova, da je bilo oštrog suprotstavljanja od strane, pre svega, privatnih lekarskih i apotekarskih praksi koje su s jedne strane štitile svoje kapitalizacije i autonomiju u upravljanju (zadrugari su element koji upravljaju a nisu struka ili država već potrošači zdravstvenih

usluga) te tržišnu poziciju. Uprkos svemu, predstavnici najviših zdravstvenih i političkih vlasti Kraljevine Jugoslavije su dali podršku Savezu zdravstvenih zadruga na razvoju ovog samoinicijativnog organizovanja korisnika zdravstvene zaštite i unapređenju zdravstvenog sistema, higijenskih prilika u selima i širem teritorijalnom organizovanju (opštine i banovine). Važno je za sačinjavanje prognoza razvoja zdravstvenog sistema u današnjim uslovima imati u vidu ovo istorijsko nasleđe i tradiciju koje je uglavnom prekinuto 1949. godine u FNRJ (od 1963 g. SFRJ) državno-socijalističkim, jednopartijskim i dominantno voluntarističkim pristupom u organizaciji zdravstvnog i ostalih segmenata tadašnje državne vlasti.

Treba naglasisti, da je na pedesetogodišnjoj egzistenciji zadrugarstva u Kraljevini Srbiji i Vojvodini s početka 80tih godina XIX veka stasala i zadružna kultura kroz generacije, posebno na selu. Seljak je imao naviku i poverenje da se obrati zadruzi za rešenje svojih ekonomskih, edukativnih i kulturnih potreba. Ostvarenje zdravstvenih potreba na zadovoljavajući način su bile izraz posebnog poverenja u zadružni sistem. Taj socio-ekonomski sistem se već afirmisao putem njegovih proverenih zadružnih mehanizama udruživanja, organizacije, merenja učinaka i raspodele. Baza je bila demokratičnost upravljanja (princip jedan član- jedan glas) i nepovredivost privatne svojine nad ulozima čime je očuvan interes malih ulagača. Socijalistički period u Jugosaviji (od 1945-1991) je urušio ugled zadruga time što je zadrugama oduzeo suštinu: podržavio imovinu, zakonski i fizički prisiljavao seljake da ulaze u zadruge, vršio nepravednu raspodelu zadružne dobiti i rezultata i što nije rešen pravni status porekla imovine u zadrugama. Te posledice su prisutne i danas (nasleđe sećanja kroz generacije) tako da zemljoradnici još nerado formiraju zadruge na bazi udruživanja imovine, potrošačkih potreba i drugih interesa u ruralnim sredinama kako bi se bolje pozicionirali na tržištima prodaje i nabavke već se drže ograničenih ličnih interesa a posledica je po onoj Njegoševoj „malo rukah malena i snaga“. Država treba da reafirmiše i finansijski podstakne osnivanje zadruga uz jasnu naznaku njihove samoodrživosti i funkcionisanja na izvornim principima u skladu sa Zakonom o zadrugama u svim oblastima gde je to moguće pa i u zdravstvenoj delatnosti.

O DOMETIMA ZDRAVSTVENOG ZADRUGARSTVA: SAD – NEMAČKA - KINA

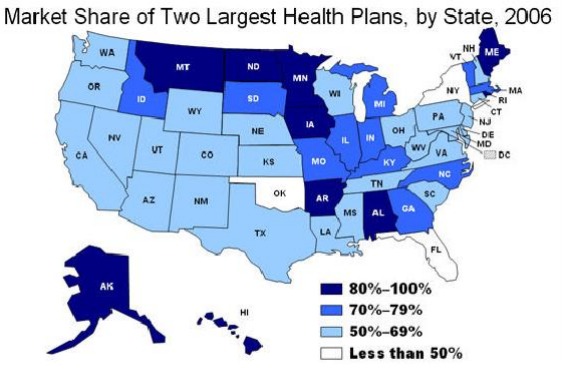
Želja nam je da stručnoj javnosti predočimo neke prakse iz poslovanja zdravstvenih zadruga u globalno vrlo značajnih država kao što su: SAD, Nemačka i Kina. Osim zdravstvene edukacije, ugovaranje zdravstvenog osiguranja putem zdravstvenih zadruga je bitan elemant njihovog poslovanja, na taj način su prepoznate kao element sistema.

Sjedinjene Američke Države.

U svojoj knjizi „Šta je Kooperativna zdravstvena zaštita: put napred?“ autorka Karen Davis (2) otkriva neke važne lekcije koje se primenjuju na raspravu o ovog temi. Tri glavna zaključka su: lokalne kooperativne zdravstvene organizacije mogu i pružaju vrhunsku integrisanu, koordinisanu negu, ali su se suočile sa ogromnim preprekama u svom formiranju, radu i rastu. Nacionalna organizacija sa ovlašćenjem da ugovara zdravstvenu zaštitu po razumnim cenama bi bila sastavni deo uspešne kontrole troškova na državnom nivou. Transformacija pružanja zdravstvene zaštite u Sjedinjenim Američkim Državama u sistem nege vođen misijom, usmeren na pacijenta, koja povećava vrednost, zahteva podsticaje za lekare da rade u zdravstvenim organizacijama koje su odgovorne pacijentima i potrošačima, kao i destimulacije da nastave tadašnji fragmentirani sistem naknade za uslugu. Istorija zdravstvenih zadruga u SAD, prema sociologu i autoru Paulu Starru, počinje osnivanjem prve zdravstvene zadruge koju je osnovao 1929 g. dr. Michael Shadid u Elk Cityju u Oklahomi. Ovaj pionir suočio se sa ogromnim preprekama, uključujući protivljenje okružnog medicinskog društva. Međutim, uz pomoć populističkog sindikata farmera iz Oklahome, uspeo je da osigura zajam za izgradnju bolnice i kreira unapred plaćeni plan osiguranja. Filozofija dr. Shadida je bila da je uloga vlade da subvencioniše školarinu za siromašne. Zadrugari-potrošači bi upravljali poslovanjem takvih zadruga, ali bi lekari i dalje imali kontrolu nad profesionalnim aspektima nege. Uspeh dr. Shadida inspirisao je druge da formiraju regionalne zdravstvene zadruge koje obezbeđuju mreže planova zdravstvene zaštite i pružaoca usluga. Dva najuspješnija moderna primera kooperativnih zdravstvenih sistema su Health Partners, sa sedištem u Minnesoti, i Group Health Cooperative, sa sjedištem u Sijetlu. Obe zdravstvene organizacije kojima upravljaju zadrugari opslužuju više od 500.000 članova. Zajedno sa osiguranjem, oni direktno pružaju zdravstvene usluge kroz neprofitni integrisani sistem isporuke koji poseduje sopstvene bolnice i ima sopstvenu namensku multispecijalističku grupu lekara koja pruža integrisanu, koordinisanu, visokokvalitetnu negu uz pažljivo korišćenje resursa. Iako su se obe organizacije suočavale s preprekama tokom svoje više od 50godišnje istorije, među kojima su organizovani otpor lekara i interne tenzije između lekara i odbora kojim upravljaju potrošači, one danas postoje kao primeri zdravstvenih organizacija koje pružaju negu visokog nivoa.

Pitanje koje postavlja autoraka je: „šta bi bilo potrebno za prelazak s našeg sadašnjeg sistema zdravstvene zaštite na nacionalni sistem pružanja usluga koji ima misiju, vrednosti, kapacitet kao i operativne sisteme i strategije ovih organizacija? Takođe je teško održati ideale zdravstvene nege kojima upravljaju potrošači pred tržištem koje nagrađuje obim umesto kvaliteta. Postoje čak i pravne prepreke koje postavljaju oni koji favorizuju trenutne tržišne opcije. Kao odgovor na rast zadruga u vlasništvu članova/pacijenata, brojne države su donele zakone kojima je nezakonito da lekare zapošljavaju oni koji nisu lekari, čime se efikasno sprečavaju zdravstveni planovi zadruga. Ključ uspeha zadruga u drugim sektorima privrede bila je sposobnost korišćenja kupovne moći za ostvarenje nižih cena. Kako bi zadružna zdravstvena zaštita usporila rast troškova zdravstvene zaštite i ostvarila uštede, zadružna osiguravajuća organizacija bi trebala da ima ovlašćenja kupovine nege po najpovoljnijim uslovima. To se može postići garancijom da zadružni zdravstveni plan može da ostvari najnižu cenu koja se naplaćuje najpovoljnijem kupcu. U toku 2006. godine komercijalni osiguravači su dominirali tržištem u većini država SAD i, s izuzetkom tri države (od kojih je jedna Njujork!, Oklahoma i Florida), dva najveća plana zdravstvenog osiguranja u svakoj državi čine 50 posto ili više svih upisanih u privatno osiguranje.

Slika br. 1: SAD: Podela tržišta na dva najveća zdravstvena plana, po saveznim državama, 2006. i % upisanih u privatna-komercijalna osiguranja.



Note: Market shares are for the combined HMO+PPO product market. For MS and PA, shading represents shares of top three insurers in 2002-2003.
Source: American Medical Association, *Competition in health insurance: A comprehensive study of U.S. markets, 2008 update*, ; J. Robinson, "Consolidation and the Transformation of Competition in Health Insurance," *Health Affairs*, November/December 2004; D. McCarthy et al., "The North Dakota Experience: Achieving High-Performance Health Care Through Rural Innovation and Cooperation," The Commonwealth Fund, May 2008.

Ovi planovi koriste svoju kupovnu moć da pregovaraju o nižim cenama sa lokalnim pružaocima zdravstvenih usluga. Na lokalnim tržištima na kojima postoje dominantni pružaoci zdravstvenih usluga, bolnice i drugi pružaoci usluga su u mogućnosti da se povuku i zahtijevaju više cene. Ali dok mnogostrani pregovori između više osiguravača i više provajdera izazivaju značajne administrativne troškove, rezultat nije konkurentna tržišna cijena koja se primjenjuje na sve kupce, već povoljne cene za najmoćnije pregovarače.

Transformacija američke zdravstvene zaštite koju su predložili članovi Kongresa, prema autorki Karen Davis (2009), postoje dve različite strategije za preuređenje sistema zdravstvenog osiguranja: kooperativna strategija i plan javnog osiguranja.

Kooperativna zdravstvena strategija bi trebala da uspostavi nacionalnu zadružnu organizaciju koja bi transformisala pružanje osiguranja i podržala razvoj lokalnih zadružnih sistema pružanja zdravstvene zaštite. Nacionalna organizacija mogla bi da pruži različite funkcije podrške, kao što je davanje grantova i zajmova za pokretanje lokalnih kooperativnih sistema pružanja zdravstvene zaštite i pružanje aktuarske tehničke pomoći i druge potrebne podrške. Takva nacionalna organizacija bi takođe mogla da dobije ovlašćenje da pregovara o cenama i načinima plaćanja u ime svih osiguravača – javnih i privatnih – i eliminiše administrativne troškove koje sada stvaraju hiljade pregovora o cenama između pojedinačnih pružaoca zdravstvenih usluga. Uloga osiguranja bi bila da široko objedini rizik i restrukturira lokalna konkurentna tržišta kako bi se uskladili podsticaji sa pružanjem nege visokog kvaliteta. Duga istorija uspostavljanja lokalnih kooperativnih sistema pružanja zdravstvene zaštite svakako podiže svest o tome koliko brzo se takva promena može izvršiti. Odgovornosti, ovlašćenja i struktura nacionalnog tela za zdravstveni kvalitet bi zahtevao pažljivo razmišljanje, razuman period i stručnost za razvoj i implementaciju.

Druga opcija bila je stvaranje novog plana javnog zdravstvenog osiguranja, koji je ponudilo Ministarstvo zdravlja i socijalnih usluga SAD-a, koji bi premenio nove načine plaćanja zasnovane na kvalitetu, izgrađenom na

tadašnjoj Medicare mreži bolnica i lekara, i konkurisao bi privatnim osiguravačama u okviru nacionalnih berzi zdravstvenog osiguranja. Vlada kao predlagač je procenila da bi pod istim uslovima kao privatni osiguravači u pogledu naknada, pokrića i drugih standarda, takav plan mogao ponuditi premiju zdravstvenog osiguranja koja je 15 do 25 posto niža od premija ponuđenih na tržištu.
Istorijski, kao što je predsednik Linkoln najavio u svom obraćanju u Getisburgu: SAD se rukovode filozofijom „vladanja naroda, od strane ljudi i za ljude". Redizajniranje zdravstvene zaštite tako da se ljudi stavljaju u prvi plan - u centar i obezbeđuje da je briga usredsređena na pacijente, da je dostupna i koordinisana - treba da budu osnovni ciljevi zdravstvene reforme u SAD. U opisanom slučaju postojale su dve opcije: kooperativni sistem zdravstvene zaštite kojim upravljaju potrošači i plan javnog zdravstvenog osiguranja koji je osmislila i ponudila vlada koja deluje u javnom interesu. I jedno i drugo je moglo da funkcioniše ako im se daju dovoljna ovlašćenja da deluju u javnom interesu. Usvajanje novog kooperativnog zdravstvenog sistema, tadašnja procena je bila, da bi bilo teško, a njegov dugoročni uticaj i održivost bili bi neizvesni. Ipak, obe alterantive su prihvatile filozofiju zdravstvene zaštite usmerena na ljude i obe su vredne rasprave i razmatranja.

Nemačka

Bizmarkov zakon o zdravstvenom osiguranju iz 1883. godine uspostavio je prvi sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja u svetu. Nemački sistem zakonskog zdravstvenog osiguranja izgrađen je na definišućim principima solidarnosti i samouprave, a ovi principi su ostali u suštini njegovog kontinuiranog razvoja. Postepeno širenje stanovništva i pokrivenost beneficijama dovela je da u Nemačkoj funkcioniše univerzalno zdravstveno osiguranje sa izdašnim paketom beneficija. Samoupravljanje se u početku uglavnom primjenjivalo na obveznike (bolničke fondove), ali je prošireno na odnose između bolničkih fondova i lekara, što je zauzvrat dovelo do prava osiguranika da slobodno biraju svoje zdravstvene pružaoce usluga. Godine 1993. formalno je uvedena sloboda izbora bolničke kase, a reforme koje podstiču konkurenciju i jačaju tržišnu orijentaciju. Ove reforme su bile osmišljene i implementirane u cilju zaštite principa solidarnosti i samouprave. 2004. godine samouprava je bila ojačana kroz uspostavljanje Zajedničkog saveznog komiteta, glavne strukture obveznika i dobavljača s obzirom na zadatak definisanja jedinstvenih pravila za pristup i distribuciju zdravstvene zaštite, pokrivenost beneficijama, koordinaciju zdravstvene zaštite, kvalitet i efikasnost. Pod nadzorom Zajedničkog saveznog komiteta, udruženja korisnika imaju osiguran dobar pristup visokokvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti bez značajnih nedostataka ili čekanja. S druge strane ovaj sistem je u pojedinim fazama dovodio do prevelike ponude farmaceutskih proizvoda, povećan broj bolničkih dana i dužine boravka u bolnici, problema u pružanju kontinuiteta nege kako to opisuju Busse i ostali (3). (Pojam samoupravljanja treba shvatiti kao entitete slične zadružnim principima rada).

U Nekadašnjoj Istočnoj Nemačkoj (DDR, članica istočnog bloka) lokalne zajednice su pružale preventivne usluge koje su obuhvatale zdravstveno obrazovanje, zdravstvenu zaštitu dece i materinstva i specijalističku negu za hronične bolesti kao što su dijabetes ili psihijatrijski poremećaji. Ove zdravstvene usluge su bile dopunjene sveobuhvatnom socijalnom podrškom koju pruža država, kao npr. stanovanje, dnevni boravak i jaslice, što je takođe doprinelo imperativima politike povećanja broja stanovnika i aktivne radne snage. Tako su ubrzo i postigli tip zdravstvenog sistema kojem je težila politička levica Savezne Republike Njemačka (FRG), kao težnje „dobrom društvu" i tzv. „državi blagostanja", Busse i Riesberg (4).

Brojne zemlje sa niskim i srednjim prihodima (LMIC) razmatraju socijalno zdravstveno osiguranje (SHI) za usvajanje u svoje društveno i ekonomsko okruženje ili nastoje da održe i poboljšaju već postojeće sheme SHI. Analiza nemačkog sistema od njegovog početka do danas može dati iskustva relevantne za druge zemlje. Takva analiza, međutim, u velikoj meri nedostaje, posebno u pogledu LMIC-a. Prvo, mali, neformalni programi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mogu poslužiti kao modeli učenja za upravljanje fondovima i solidarnost, ali da bi se postigla univerzalna pokrivenost potrebna je akcija vlade da se ovi planovi formaliziraju i uvede princip obaveznosti. Kada postoji obavezno zdravstveno osiguranje za neke ljude, postepeno širenje pokrivenosti na druge regije i društvene grupe može biti izvodljivo kako bi se postigla univerzalnost. Drugo, kako bi se osigurala održivost SHI, obavezni paket beneficija treba postepeno prilagođavati u skladu sa promjenjivim potrebama, vrednostima i ekonomskim okolnostima. Treće, u pluralističkom sistemu SHI kapital, kao i udruživanje i širenje rizika, može se poboljšati ako se sredstva spoje. Optimalan broj sredstava, međutim, zavisiće od faze razvoja zdravstvenog sistema, kao i od drugih elemenata sistema, uključujući izbor i konkurenciju. Šema izjednačavanja rizika može sprečiti negativne efekte izbora rizika, ako se u sistem uvede konkurencija između osiguravajućih fondova. Četvrto, kao alternativa državnoj i tržišnoj regulaciji, samouprava (zadruge) može poslužiti kao izvor stabilnosti i održivosti, kao i sredstvo za decentralizaciju i demokratizaciju zdravstvenog sistema. Konačno, troškovi se mogu uspešno obuzdati u sistemu naknade za uslugu, ako je ponašanje dobavljača koji povećava troškove ograničeno bilo političkim pritiskom ili tehničkim sredstvima zaključuju Bärnighausen i Sauerborn (5).

Kina

U Kini „kooperativni medicinski fondovi“ su postojali već 1940ih, što je bilo pre uspostavljanja komunističke Kine (1949). Njih su poljoprivrednici uspostavili na dobrovoljnoj osnovi, pri čemu je osigurana zaštita kada su bolesti zahtevale visoke medicinske troškove. Kooperativna organizacija finansiranja ruralnog zdravstva nastavljena je od 1955. godine kroz inicijative komuna i brigada u ruralnim područjima. Tokom 1960-ih i 1970-ih ovu metodu, koja je dobila naziv `ruralni kooperativni medicinski sistemi' (RCMS), podsticala je vlada i komunistička partija. Rast seoske kolektivne privrede dao je osnovu za razvoj RCMS. Sredstva za RCMS obezbeđena su iz fondova kolektivne pomoći kao i iz doprinosa poljoprivrednika. Ovaj sistem je omogućio poljoprivrednicima da zadrže pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Do sredine 1970-ih, više od 90% kineskih sela imalo je RCMS, kojim je upravljala brigada i sa seoskom zdravstvenom klinikom kao glavnim pružaocem zdravstvene zaštite. Međutim, veliki prekid u razvoju RCMS-a dogodio se početkom 1980-ih, kao posljedica rasprostranjenih tržišnih ekonomskih reformi. Ove reforme su u osnovi uključivale prelazak sa komune na sistem proizvodnje domaćinstava. Kao rezultat toga, kolektivni način finansiranja seoske zdravstvene zaštite je više-manje napušten, a očekivalo se da će korisničke naknade za zdravstvene usluge nadoknaditi smanjenje javnih prihoda. Takođe se činilo da su mnoge zajednice odbile RCMS zbog njegove povezanosti sa političkim prevratima u periodu Kulturne revolucije. Do 1984. godine pokrivenost sela je pala na 4,8%, 1989. godine, međutim, centralna vlada je pokrenula nacionalni program „primarne zdravstvene zaštite na selu“, a pokrivenost sela RCMS-om je napredovala na 10% do 1993. godine. Međutim, s obzirom na ono što se dogodilo sa RCMS, Vlada NR Kine bila je svesna potrebe da se nastavi sa pružanjem socijalne zaštite pokriću troškova zdravstvene zaštite, kako bi se osigurao pristup nezi seoskom stanovništvu. U martu 1994. godine vlada je pokrenula projekat ponovnog uspostavljanja RCMS-a. Ovaj projekat je sproveden na pilot bazi u 14 okruga u sedam pokrajina. Opšti je nalaz da, iako su sve lokalne uprave ruralne, struktura stanovništva prema zanimanjima i prihodima znatno varira. Projekat se, međutim, prilagodio ovoj raznolikosti i dao je kontinuiranu podršku u implementaciji i praćenju napretka utvrđuju Guy Carrin at all (6). Poboljšanja ruralne zdravstvene zaštite u Kini 1950-ih, 1960-ih i 1970-ih su uglavnom bili posledica razvoja kooperativnih medicinskih shema (CMS) i uspostavljanje „troslojnog ruralnog zdravlja mreže“. Od kada su ekonomske reforme pokrenute kasnih 1970-ih, finansiranje i isporuka ruralnih zdravstvene službe su doživele mnoge promene, neke pozitivne, druge ne. Većina CMS-ova je propala. U odsustvo CMS-a, ruralno stanovništvo mora da plaća zdravstvenu zaštitu sopstvenim sredstvima, a siromašne porodice imaju veće teškoće u pristupu osnovnoj zdravstvenoj zaštiti. U međuvremenu, naglasci na zdravstvene usluge imaju tendenciju prelaska sa nižih na više nivoe, sa preventivnih na kurativne usluge i sa planiranja na upravljanje tržišnim faktorima. Glavni fokus je na razvoju nove generacije seoskih zadruga i šeme nege, s obzirom na njihov značaj u procesu konsolidacije ruralne troslojne zdravstvene mreže nakon sprovođenja ekonomskih reformi zaključuju Xueshan at all (7).

UTICAJ COVID-19 NA RAZVOJ DIGITALIZACIJE U POSLOVANJU ZADRUGA

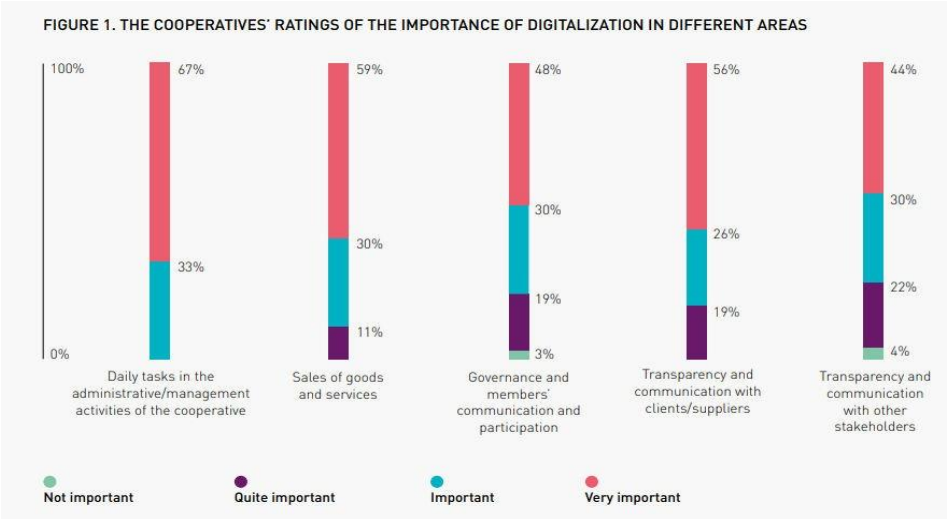
Nužnost povezivanja zadruga u Republici Srbiji u šire organizacije i alijanse, na bazi interesa, razmene znanja i ljudi, pribavljanja pravovremenih i kvalitetnih informacija je nesporna, ona podrazumeva ravnopravnost, jer je to princip u samoj bazi – zadruzi ma gde da je geografski locirana. Ono što je važno naglasiti da se delovanjem zadruga afirmišu principi građanskih prava i odgovornosti, razvoja demokratije, ljudskih i rodnih sloboda. Zato zadrugarstvo ima potencijal da pozitivno utiče na međunarodne odnose u ekonomskom i političkom smislu. Pretpostavka toga je da se proces razvoja zadruga i njihovog udruživanja teče spontano i nesmetano. U tom smislu je važan tehnički progres i „eksplozija“ novog informacionog doba u 21. veku ali i dostupnost kvalitetnim informacijama kao i nezavisnost medija.

U okviru Međunarodnog saveza zadruga (ICA) ustanovljen je World Cooperative Monitor (WCM). WCM je projekat dizajniran da prikupi velike ekonomske, organizacione i društvene podatke o zadrugama širom sveta. To je jedini izvještaj te vrste: prikupljanje godišnjih kvantitativnih podataka o globalnom zadružnom pokretu. Istraživanje i saradnje sprovedene u poslednjih 10 godina obezbedile su zadružni pokret značajnim alatom za procenu sopstvenog pozicioniranja i naglasili važnost saradnju u svetu široj javnosti i kreatorima politika. Publikacija izveštava o najvećim svetskim zadrugama i kooperacijama, grupama zadruga i zadruga, uključujući rangiranje Top 300 i sektorsku analizu. Svake godine, World Cooperative Monitor (WCM) se nadograđuje na istraživanje i prikupljanje podataka prethodne godine, kontinuirano usavršavajući i unapređujući metodologiju i strategije prikupljanja podataka. Izveštaj je istraživao različite teme od sektorske analize do struktura kapitala i doprinosu zadruga održivom razvoju. Ovaj projekat rezultiralo je višestrukim ukazivanjem na njega u izveštaju Generalnog sekretara Antonio Guterresa na Generalnoj skupštini UN-a kao važan resurs za demonstriranje uticaja zadruga koje imaju na rešavanju globalnih izazova. Pored ekonomskih podataka i podataka o 300 najboljih zadruga i zadruga na na globalnom nivou, izveštaj za 2022. g. sadrži poglavlje fokusirano na

digitalizaciju. Izveštaj daje posebnu pažnju temi digitalizacije, a posebno efektima pandemije Covid-19 na upotrebu digitalnih alata. Glavno poglavlje, zasnovano na anketama i istraživanjima nacionalnih inicijativa, istražuje, između ostalih srodnih tema, kako se učešće i angažman članstva promenio sa povećanom upotrebom digitalnih alata. Pored ove saradnje, tim koji stoji iza WCM istraživanja radi direktno sa zadrugama, savezima i predstavničkim telima kako bi prikupili što tačnije i najdoslednije podatke. Nacionalne inicijative za prikupljanje podataka pomažu u pronalaženju dodatnih i detaljnih podataka, što pomaže da se u istraživanje unesu novi elementi. Saradnja i naučna strogost istraživanja imala su za rezultat ne samo prikupljanjem velikih baza podataka najvećih zadruga i kooperacija u svetu već i jačanje odnosa i saradnje među različitim zainteresovanim stranama.

Kvalitativni komentar istraživanja i ocena WCM o značaju digitalizacije u poslovanju zadruga je da su članovi intervjuisanih zadruga svesni su važnosti digitalnih alata koji prožimaju različite funkcije korporativnog života. Nije samo stvar upotrebe digitalnih alata za rukovanje uobičajenim administrativnim operacijama, postoji i svest o tome da nešto se fundamentalno promenilo u načinu upravljanja zadrugama:

Zadruge ocenjuju važnost digitalizacije u različitim područjima, rang, WCM (8): nije važno – prilično važno – važno - vrlo je važno



Legenda:

Dnevni zadaci u aktivnostima zadruge: administrativni-upravljački/ Prodaja roba i usluga /Upravljanje, člansko učešće i komunikacije/Transparentnost i komunikacija sa klijentima korisnicima/Transparentnost i komunikacija sa drugim zainteresovanim stranama.

Nije iznenađujuće da su, prema intervjuisanim zadrugama, poslovi u kojem digitalni alati igraju ključnu ulogu: IT sistemi i njihova sigurnost, softver za upravljanje poslovanjem i prodaja robe i usluga putem društvenih mreža. Ono što je zanimljivo analizirati je da među velikim zadrugama koje su ispitane ima dovoljno prostora za poboljšanje nivoa digitalizacije u svim ispitivanim dimenzijama. Jedna od deset zadruga sebe smatra slabo digitalizovanim. Iako sa drugačijim procentom za pojedina poslovna područja, ima prostora za poboljšanje kako u pogledu svakodnevnog upravljanja aktivnostima i online prodaje roba i usluga, ali posebno u pogledu učešća članova i komunikacije sa zainteresovanim stranama. Jaz između percipirane važnosti i nivoa stvarne digitalizacije mogao bi da bude u vezi sa činjenicom da je sistemska upotreba digitalnih alata u pojedinim poslovnim oblastima tek došla u potpunosti kao promena tokom pandemije Covid-19. Iako je većina anketiranih zadruga već koristila digitalne alate, u različitom stepenu i u različitim poslovnim oblastima, posebno u svakodnevnom pravljanju aktivnostima, pandemija je povećala njihovu upotrebu i prisilila zadruge koje još nisu koristile takve alate za inovacije i uvođenje u svoju stratešku, upravljačku i radnu rutinu. Ovim smo ukratko smo

istakli značaj projekta WCM u okviru Međunarodnog saveza zemalja tržišnih privreda (izuzev Kine u kome je hibridni model: jedna zemlja – dva sistema). Zadruge svuda pa i u zadruga (ICA) ističu Miletić i ostali (9).

ZAKLJUČAK

Rad iskazuje šanse i pretnje za ulogu koje zdravstvene zadruge imaju u globalnom svetu zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja u ruralnim sredinama nekih od najrazvijenijih zemalja u svetu. U Republici Srbiji, tradicionalno, ostvarivale su svoju punu ekonomsko-socijalnu suštinu i u aspektu zdravstva. Istorijsko iskustvo nas uči da direktno „presađivanje“ određenog socijalnog modela nije dobro i da ga valja adaptirati uslovima u Republici Srbiji. Te uslove čine, s jedne strane, potrebe ljudi u ruralnim sredinama za kvalitetnom primarnom zdravstvenom zaštitom i po mogućstvu, viših oblika zdravstvene zaštite a sa druge strane to su kapaciteti zdravstvenog sistema i njegova spreemnost da na te potrebe odgovori. To govore i studije koje su navedene a koje se baziraju na pažljivom „sekiniranju“ potreba ruralne populacije, lokalnih uslova života i infrastrukture. U smislu napred navedenog zadruge kao prevashodno ekonomski entiteti ne menjaju svoju suštinu a to je privatna svojina nad sredstvima zadruge i njen profitni način funkcionisanja. Specifikum zdravstvenih zadruga je da one funkcionišu kao dogovor zdravstvenih radnika i zadrugara koji finansiraju i ugovaraju određenim obim i strukturu zdravstvenih usluga uz sigurnost u pogledu njihovog kvaliteta. Bitno je da zakonodavac prepozna interes stanovništva za ovakav model ostvarivanja zdravstvene zaštite i da mu obezbedi zakonski okvir uz fleksibilnost ugovaranja i kontrolu kvaliteta usluga od strane države nad takvim zdravstvenim ustanovama zadružnog tipa. Takođe želili smo da pokažemo da je ruralno stanovništvo u Srbiji putem zdravstenih zadruga može da ostvari visok kvalitet zdravene zaštite, zdravstvenog prosvećivanja i informisanja, pre svega na primarnom nivou i da tim sistemom može da se upravlja lokalno uz odgovornost za finansiranje takvih usluga u okviru zadruga. Istorijski zdravstvene zadruge su se pokazale fleksibilnim enitetima i stekle punu afirmaciju i brojnost u prvoj polovini XX veka u granicama naše današnje države. One su i u inostranstvu iskazale elastičnost u svom poslovanju u pogledu socioekonomskih, tehničkih i globalnih zdravstvenih promena i izazova XX i XXI veka. Potrebno je i lekarima i članovima zadruga ostaviti slobodu ugovaranja zdravene zaštite u najširim okvirima zakona u zdravstvenoj oblasti. Na taj način će svi akteri naći svoj puni interes za dobro funkcionisanje zdravstvenih zadruga uz usklađivanje interesa, obostrano uvažavanje i zdravstvene benefite korisnika zdravstvenih usluga i njihovih davalaca.

LITERATURA:

1. Gerić R, Jeremić V, Rakić M, Nikolić A, 1982 „Zdravstveno zadrugarstvo”, „Zadruga”, Beograd, str. 38.
2. Cooperative Health Care: The Way Forward? (community-wealth.org), Davis K., p. 3.
3. Redirecting (doi.org), Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition; Reinhard Busse, Miriam Blümel, Franz Knieps, Till Bärnighausen, p. 882.
4. Health care systems in transition: Germany (who.int), Health Care Systems in Transition – Germany, 2004, Reinhard Busse; Annette Riesberg, p. 21-23.
5. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? - ScienceDirect, Till Bärnighausen, Rainer Sauerborn p. 1559.
6. Redirecting (doi.org),The reform of the rural cooperative medical system i teh People's Republic o China: interimexpreience in 14 pilot counties panel
;Guy Carrin a, Aviva Ron a [2], Yang Hui b, Wang Hong b, Zhang Tuohong b, Zhang Licheng b, Zhang Shu o b, Ye Yide cChen Jiaying d, Jiang Qicheng d, Zhang Zhaoyang e, Yu Jun e, Li Xuesheng e., p. 961.
7. Cooperative medical schemes in contemporary rural China - ScienceDirect, Feng Xueshan [1], Tang Shenglan [1], Gerald Bloom [2], Malcolm Segall [2], Gu Xingyuan [1], p. 1111.
8. Digitalization and large coops - WCM extract 2022.pdf (monitor.coop), World Cooperative Monitor, Published in December 2022, International Cooperative Alliance (ICA), European Research Institute on Cooperative and Social Enterprise (Euricse), p. 3.
9. Miletić D, Pešić V, Vojvodić M, Pavlović S, 2023, „Economic and social aspects and challenges of the agricultural cooperative”, p. 127, 10 JEEP International scientific agrobusiness conference MAK 2023: Europe as a task, Scientific-business center „World“, Kraljevo.

ZADOVOLJSTVO STUDENATA PRIMALJSTVA FAKULTETA ZDRAVSTVENIH STUDIJA U RIJECI NASTAVNIM PROCESOM U VRIJEME COVID-19 PANDEMIJE

Deana ŠVALJUG, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Republika Hrvatska
Sandra BOŠKOVIĆ, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Republika Hrvatska
Daniela MALNAR, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Republika Hrvatska

KRATAK SADRŽAJ

Uvod: COVID-19 pandemija je značajno utjecala na mnoge dijelove svakodnevnog života. Kako bi se usporilo širenje infekcije većina zemalja započela je s provođenjem mjera fizičkog distanciranja, a jedna od mjera bilo je i uvođenje obrazovanja na daljinu. Mnoge visokoobrazovne institucije koje su ranije bile nesklone promijeniti svoj tradicionalni pedagoški pristup nisu imale druge mogućnosti nego se u potpunosti preusmjeriti na online poučavanje i učenje. Na FZSRi nastava je samo kratko vrijeme, u najvećem vrhuncu pandemije od ožujka do travnja 2020. godine, u potpunosti bila preusmjerena na nastavu na daljinu. Ostatak vremena, uglavnom se temeljila na hibridnim oblicima nastave, a vrlo brzo je i vraćena uživo u predavaonice (onsite).
Cilj: Utvrditi stupanj zadovoljstva studenata Prijediplomskog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci nastavnim procesom u vrijeme COVID-19 pandemije.
Metodologija: Istraživanje je provedeno longitudinalno i prospektivno online, kroz dvije akademske godine: 2020./2021. i 2021./2022., a obuhvatilo je studente Prijediplomskog studija primaljstva, sve tri godine studija. U istraživanju se kao mjerni instrument koristila Skala zadovoljstva zdravstvenim studijem (eng. Satisfaction with Study Scale/SSS). Ista se sastoji od 30 čestica koje studenti vrjednuju jednim odgovorom na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva, pri čemu veća brojčana vrijednost odgovara većem stupnju zadovoljstva. Svaku tvrdnju studenti procjenjuju brojčano od 1-u potpunosti nisam zadovoljan/na do 5-u potpunosti sam zadovoljan/na. Za analizu podataka korišten je aplikacijski program Statistica verzija 14.0.0.15 TIBCO software Inc. Palo Alto, California, US.
Rezultati: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 142 studentice Prijediplomskog studija primaljstva FZSRi, prema kojem je 30. čestica „Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu“, u vrijeme COVID-19 pandemije procijenjena sa srednjom vrijednosti 4,26., dok je grupiranjem čestica u faktore, najbolje procijenjen faktor „Profesionalna i socijalna povezanost“ sa srednjom vrijednosti 4,35. Slijedi faktor “Kurikulum i podučavanje” sa srednjom vrijednosti 4,18, a najlošije procijenjen je faktor “Okolina” s 3,95. Prema godinama studija, studenti prve godine pokazuju najveće zadovoljstvo u svim faktorima, u odnosu na studente druge i treće godine studija, dok su studenti treće godine najkritičniji u procjeni zadovoljstva.
Zaključak: COVID-19 pandemija nije značajno negativno utjecala na zadovoljstvo studenata nastavnim procesom na Prijediplomskom studiju primaljstva FZSRi.

Ključne riječi: COVID-19, nastava na daljinu, nastavni proces, online nastava, pandemija, primaljstvo, zadovoljstvo studenata

SUMMARY

Introduction: The pandemic COVID -19 has significantly affected many areas of daily life. In order to slow the spread of infection, most countries have begun to take physical distancing measures, and one of these measures has been the introduction of distance learning. Many higher education institutions that have been reluctant to change their traditional pedagogical approach have had no choice but to fully transition to online teaching and learning. At FZSRi, lectures were fully converted to distance learning for only a short period, at the height of the pandemic from March to April 2020. During the rest of the period, mainly hybrid forms of lectures were used, and very quickly lectures reverted to face-to-face (on-site) lectures.
Aim: To determine the degree of satisfaction of midwifery students at the Faculty of Health Studies, University of Rijeka with the teaching process at the time of the pandemic COVID -19.
Methods: The research was conducted longitudinally and prospectively online over two academic years: 2020/2021 and 2021/2022, and included Undergraduate Midwifery Study students, all three years. The study used the Satisfaction with Study Scale (SSS) as a measurement tool. It consists of 30 items that students rate by responding on a five-point Likert scale, with a higher numerical value corresponding to a higher level of satisfaction. Students rate each statement numerically from 1 - completely dissatisfied to 5 - completely satisfied. The Statistica version 14.0.0.15 program from TIBCO Software Inc. was used for data analysis. Palo Alto, California, USA.
Results: A total of 142 female students of the midwifery programme of the FZSRi participated in the survey, according to which the 30th item "In general, I am satisfied with studying at my faculty" at the time of the

pandemic COVID -19 was rated with a mean value of 4.26, while when grouped by factors, the factor "Professional and Social connection" was rated the highest with a mean value of 4.35. This was followed by the "Curriculum and Teaching" factor with a mean value of 4.18, and the "Environment" factor was rated lowest with a mean value of 3.95. By year of study, it appears that first year students are most satisfied with all factors compared to second and third year students.
Conclusion: The pandemic COVID -19 did not have a significant negative impact on student satisfaction with the teaching process in the midwifery programme at FZSRi.

Key words: COVID -19, distance learning, teaching process, online teaching, pandemic, midwifery, student satisfaction

Kontakt: doc. dr. sc. Deana Švaljug, voditeljica Preddiplomskog stručnog studija primaljstvo, Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Viktora Cara Emina 5, 51000 Rijeka. Mail adresa: deana.svaljug@uniri.hr

UVOD

Koronavirusna infekcija (COVID-19) se od prosinca 2019. godine počela širiti cijelim svijetom, a kao pandemija značajno utjecala na mnoge dijelove svakodnevnog života (1). Kako bi se usporilo širenje infekcije većina zemalja započela je s provođenjem mjera fizičkog distanciranja (primjerice zatvaranje javnih, kulturnih i obrazovnih ustanova) (2). Jedna od mjera bilo je i uvođenje obrazovanja na daljinu, što nije bio lak zadatak jer su se obrazovne institucije morale suočiti s brojnim tehnološkim i ljudskim izazovima (3). Iako istraživanja u posljednjih desetak godina ukazuju na stalni porast broja online oblika nastave, upravo zbog različitih pogodnosti i jedinstvenosti koje iz nje proizlaze (4). Mnoge visokoobrazovne institucije koje su ranije bile nesklone promijeniti svoj tradicionalni pedagoški pristup nisu imale druge mogućnosti nego se u potpunosti preusmjeriti na online poučavanje i učenje (3,5,6). Nagli prijelaz s predavanja “licem u lice” na online nastavu, bez dovoljno vremena za pripremu i prilagodbu nastavnih planova, profesorima je bio novi izazov koji ih je prisililo da u kratkom vremenu razviju vještine poučavanja u virtualnom okruženju (7,8). Bez obzira što je koncepcija same online nastave vrlo slična klasičnoj nastavi (4), studenti su od nje imali različit stupanj koristi. Počevši od činjenice da su u nastavi na daljinu studenti općenito manje aktivno uključeni, kao i da kućno okruženje u kojem studenti borave za vrijeme predavanja skreće njihovu pozornost na događanja u okolini, a usredotočenost na predavanje slabi. Do činjenice da mnogi studenti nisu imali računalo ili pristup internetu, ukazuje na to da mnogi studenti nisu imali dovoljno koristi od predavanja online. Prema Akyildiz, ono je imalo jedno od najnegativnijih utjecaja na obrazovanje u novijoj povijesti, pogađajući veliki broj studenata u mnogim zemljama svijeta (1,3,9).
Posebno je obrazovanje na daljinu u vrijeme COVID-19 pandemije uzrokovalo poteškoće na studijima koji zahtijevaju kliničko okruženje za učenje, među kojima je svakako i obrazovanje primalja (2). U takvim izmijenjenim okolnostima zadržati kvalitetu obrazovanja u skladu s Direktivom 2005/36, u kojem će studenti steći potrebnu razinu znanja i vještina (10,11), visokoobrazovne ustanove imale su posebnu odgovornost.
Nastava i provođenje kliničkih vježbi na preddiplomskom studiju primaljstva na FZSRi samo je kratko vrijeme, u najvećem vrhuncu pandemije od sredine ožujka do sredine travnja 2020, u potpunosti bilo prekinuto. Nakon čega su se sve nastavne aktivnosti do kraja akademske godine 2020./2021. izvodila po hibridnom modelu. Predavanja su se izvodila online, ali su ista vraćana u predavaonice fakulteta kad god je to dozvoljavalo trenutno epidemiološko stanje u državama, uz obavezno držanje socijalne distance od dva metra i obavezno korištenje maski za studente i profesore.
Nasuprot tome, nastava u kliničkom okruženju se održavala redovito, s kraćim prekidima, ali u znatno izmijenjenim okolnostima, u skladu s uputama nacionalnih stožera civilne zaštite, odnosno preporukama Kliničkog bolničkog centra u Rijeci. Prije početka kliničkih vježbi studenti su bili obvezni provesti PCR testiranje na COVID-19, te negativan nalaz pokazati prvi dan kod ulaska u kliniku. Studentima se za cijelo vrijeme trajanja kliničkih vježbi svakodnevno na ulazu u kliniku mjerila tjelesna temperatura, a tijekom vježbi studenti i mentori bili su obvezi pridržavati se ostalih mjera u sprječavanju širenja COVID-19 infekcije, poput obveznog nošenja maski za cijelo vrijeme kliničkih vježbi te nošenja vizira kod neposrednog izvođenja intervencija primaljske njege i u neposrednom kontaktu s pacijenticama (12). Vezano za organizaciju kliničkih vježbi, poseban problem predstavljali su novootkriveni pozitivni studenti na COVID-19 infekciju, kojima su se vježbe prekidale, a realizacija kliničkih vježbi nastavljala nakon izlječenja. Ograničeni brojem studenata po skupinama, a kako bi svi studenti stekli potrebne ishode učenja, odnosno vještine propisane programom preddiplomskog studija primaljstva, realizacija nastave u kliničkom okruženju se produžila u odnosu na prethodno planiranu.
Istraživanja zadovoljstva studenata izvođenjem nastave na daljinu u vrijeme COVID-19 pandemije nema mnogo. Rezultati dostupnih ukazuju da su sveučilišta diljem svijeta bila prisiljena potpuno digitalizirati svoj rad kao jedino moguće rješenje u vrijeme COVID-19 pandemije (5,6). Nagli prijelaz na online nastavu bio je izazov za studente, a iako su imali malo prethodnog iskustva s internetskom nastavom čini se da su se oni vrlo brzo prilagodili novoj situaciji (13).

Percepcija online nastave između studenata i profesora je uglavnom drugačija, vjerojatno zbog genaracijskih razlika. Utjecaj na to, svakako imaju i osobne tehnološke sposobnosti. Dok su se profesori prilagođavali potrebama organiziranja i izvođenja online nastave te prisiljeni mjerama prevencije COVID-19 pandemije prevladati otpor prema online nastavi, studentima odraslima uz kompjutor i društvene mreže, to nije predstavljao problem. Potvrđuju to rezultati ovog istraživanja.
Dostupna istraživanja navode da su studenti općenito bili različito motivirani za sudjelovanje u aktivnostima online nastave, te da im je bilo potrebno više motivacije kako bi ostali na online nastavi (13). S druge strane profesori su se našli u online nastavi bez imalo iskustva u ovim oblicima nastave (7). Stoga i dojam koji su studenti stekli o provedenoj nastavi u vrijeme COVID-19 pandemije ne mora biti nužno indikator kvalitete te nastave (13).
Općenito, zadovoljstvo studenata online nastavom temelji se na više faktora. Najznačajniji su među njima: oblik online nastave, funkcioniranje cjelokupnog sustava podrške visokog učilišta, nastavni plan i sadržaj predmeta, kompetencije nastavnika i podrška studentima tijekom nastave, te brzina povratnih informacija (14). Zadovoljstvo online nastavom prema istraživanju Almendingen i suradnika proizlazi iz kompetentnosti profesora u organizaciji nastave online, kao i prilagođavanje željama studenata u pogledu nastave na daljinu, pri čemu održana predavanja u živo imaju prednost u odnosu na onu snimljenu (13). Dok neka druga istraživanja navode da studenti više vole snimljena predavanja nego interaktivna uživo jer im to daje slobodu izbora vremena za učenje (7).
Studentima na preddiplomskom studiju primaljstva na FZSRi online nastava bila je organizirana uživo ili kao snimljena, prema preferiranom obliku nastave svakog profesora pojedinačno. Prema Predojević, kvalitetno uvođenje elektroničke tehnologije u sustav visokog obrazovanja ima niz prednosti, između ostalog studentu omogućuje prilagodbu prema individualnim mogućnostima, aktivno sudjelovanje i aktivnu ulogu u nastavi, ažuriranje nastavnih materijala, pristup različitim obrazovnim sadržajima, komunikaciju između svih sudionika u nastavi, timski rad, bolju iskorištenost vremena, pisanu i usmenu provjeru znanja studenata te kontinuirano mjerenje i praćenje napretka studenata (15). U istraživanju koje je provela Dhawan još 2015. godine, kao najvažnije ciljeve uvođenja e-učenja studenti su izdvojili *Povećanje kvalitete obrazovnih procesa i ishoda učenja*, s prosječnu ocjenu od 4,49 od 5 i *Potreba za inovacijom i modernizacijom sustava sveučilišnog obrazovanja*, s prosječnom ocjenom 4,47 od 5 (5).
Nedostatak kliničke prakse može se smatrati najvećim problemom obrazovanja na daljinu. Da bi završili program primaljstva, studenti moraju zadovoljiti akreditacijske standarde (5). Jedan od navećih izazova u obrazovanju primalja u vrijeme COVID-19 pandemije bio je zadovoljiti uvjete Direktive Europske unije (16,17), kao i standarde obrazovanja primalja međunarodnih profesionalnih udruženja (18,19). Potrebne kompetencije i stečene vještine (10,11) trebale su biti postignute na istoj razini kao i prije COVID-19 pandemije (20). Stoga se kliničke vježbe na FZSRi i FZSMo nisu provodile samo u vrijeme općeg lock downa. Iako s podosta poteškoća za studente, a kako i navodi Akyildiz, uz opasnost da će se sami zaraziti ili prenijeti infekciju među pacijentice. Drugi se problem odnosio na potrebu za korištenjem osobne zaštitne opreme koja ih je socijalno distancirala i ograničavala u izvođenju intervencija primaljske njege (1). Poseban problem predstavljale su samoizolacije i bolovanja zbog COVID-19 infekcije, zbog čega su se kliničke vježbe nadoknađivale ovisno o dužini izostanka, dugo izvan prethodno planiranog razdoblja.

CILJ

Utvrditi stupanj zadovoljstva studenata Prijediplomskog studija primaljstva Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci nastavnim procesom u vrijeme COVID-19 pandemije. Odnosno, od studenata povratno dobiti informacije koliko su nove i izmijenjene okolnosti nastave na daljinu utjecale na kvalitetu obrazovanja primalja u vrijeme COVID-19 pandemije.

METODOLOGIJA

Istraživanje je provedeno longitudinalno i prospektivno online, kroz dvije akademske godine: 2020./2021. i 2021./2022., a obuhvatilo je studentice Prijediplomskog studija primaljstva, sve tri godine studija.
U istraživanju se kao mjerni instrument koristila: **Skala zadovoljstva zdravstvenim studijem (eng. Satisfaction with Study Scale (SSS)).** Radi se o prilagođenom obliku izvorne verzije The Nursing Student Satisfaction Scale (NSSS), Hsiu-Chin Chen, Huan-Sheng Lo, Department of Nursing and Behavior Science, Utah Valley University (21,22,23). Prevedena na hrvatski jezik i prilagođena za potrebe istraživanja "Zadovoljstvo studijem i percepcija profesionalnih perspektiva studenata zdravstvenih studija" koje je provela skupina istraživača (24), 2015. godine na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu.
Prilikom prevođenja korištena je metoda povratnog prijevoda na sljedeći način: upitnik je najprije preveden na hrvatski jezik, a zatim su tri neovisna ocjenjivača izradili povratni prijevod na engleski jezik te su ovi prijevodi bili uspoređeni i usuglašeni. Pouzdanost Cronbach α hrvatske verzije ove Skale iznosio je 0,936, što upućuje na njezinu visoku pouzdanost i prikladna je za ispitivanje zadovoljstva studenata različitih zdravstvenih studija.

Uz prethodno odobrenje autorice izv. prof. dr. sc. Vesne Antičević, profesorice psihologije sa Sveučilišta u Splitu, ovaj se mjerni instrument koristio za potrebe ovog istraživanja.
Mjerni instrument SSS: sastoji se od 30 čestica koje studenti vrjednuju jednim odgovorom na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva, pri čemu veća brojčana vrijednost odgovara većem stupnju zadovoljstva. Svaku tvrdnju studenti procjenjuju brojčano: 1-u potpunosti nisam zadovoljan/na, 2- većim dijelom nisam zadovoljan/na, 3-niti sam zadovoljan/na, niti sam nezadovoljan/na, 4-većim dijelom sam zadovoljan/na, 5-u potpunosti sam zadovoljan/na (24). Za analizu podataka korišten je aplikacijski program Statistica verzija 14.0.0.15 TIBCO software Inc. Palo Alto, California, US.
Nakon analize čestica, a zbog važnosti procjene studenta ukupnim zadovoljstvom studiranja na preddiplomskom studiju primaljstva, dodana je zadnja 30. čestica *„Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu“*, koja je dijelom izvorne verzije The Nursing Student Satisfaction Scale (NSSS) (21,22,23). Zbog toga je bilo potrebno ponovno ispitati psihometrijske karakteristike ovog upitnika, odnosno mjeri li upitnik doista konstrukt koji bi trebao mjeriti (zadovoljstvo preddiplomskim studijem primaljstva) u ovom slučaju.
Pouzdanost ovog anketnog upitnika odredila se utvrđivanjem unutarnje konzistencije, kao mjera povezanosti između čestica koje opisuju zajednički faktor te svih čestica zajedno s nadređenim faktorom. Ispitivanje unutarnje konzistencije uključuje: međučestičnu povezanost (engl. Inter-Item Correlation, ITC) i Cronbach α. Vrijednosti Cronbachove α manje od 0,5 ne interpretiraju se (model se odbacuje), dok se one od 0,5-0,6 interpretiraju kao loše, 0,6-0,7, odnosno upitne, 0,7-0,8 prihvatljive, 0,8-0,9 dobre, a veće od 0,9 s izvrsnom unutarnjom konzistencijom.
Međučestična povezanost (Inter-Item Correlation) od 0,752 ove dodane 30. čestice *„Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu“* s povećanjem Cronbach α ukupne skale na 0,96 ukazuje na izvrsnu unutarnju konzistenciju ovog mjernog instrumenta. Točnije, ova je hrvatska inačica skale zadržala pouzdanost kakvu je imala izvorna verzija The Nursing Student Satisfaction Scale (NSSS).
Iz tablice 1. prema navedenim srednjim vrijednostima međučestične povezanosti za svaku od čestica, kao i Cronbach α, u slučaju njihovog pojedinačnog isključivanja vidljivo je da bi eventualnim isključivanjem neke od čestica ove skale došlo do neznatnih promjena u Cronbach α, te da je ova hrvatska inačica Skale zadovoljstva zdravstvenim studijem kao takva prihvatljiva za korištenje. Detaljni rezultati prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Pouzdanost hrvatske inačice upitnika Satisfaction with Study Scale (SSS)

Cronbach α = 0,960

Srednja međučestična povezanost.: 0,45

		Koeficijent intrakorelacije	Cronbach α ukoliko isključimo česticu
1.	Programski sadržaji omogućuju mi razvoj vještina rješavanja problema u zdravstvenoj djelatnosti.	0,600	0,958
2.	Nastavnici su stručni u svom području rada	0,659	0,958
3.	Na studiju se prema meni osoblje odnosi s poštovanjem	0,617	0,958
4.	Programski sadržaji omogućuju mi unapređenje komunikacijskih vještina	0,596	0,959
5.	Nastavnici predstavljaju pozitivne uzore profesionalnih zdravstvenih djelatnika	0,685	0,958
6.	U kliničkoj praksi u KBC-u zdravstveni djelatnici se s uvažavanjem odnose prema meni	0,505	0,959
7.	Unutrašnjost učionica je primjerena za praćenje nastave	0,584	0,959
8.	Sadržaj studijskog programa me priprema za primjenu zdravstvene struke u kliničkoj praksi	0,678	0,958
9.	Nastavnici međusobno surađuju tijekom nastavnog procesa	0,634	0,958
10.	Mogu slobodno postavljati pitanja koja se odnose na studij	0,546	0,959
11.	Tehnička oprema i pomagala su prilagođena suvremenim tehnološkim trendovima	0,645	0,958
12.	Imam povjerenja u vlastitu sposobnost obavljanja zdravstvene struke u kliničkoj praksi koju sam stekao/la tijekom studija	0,618	0,958
13.	Nastavnici tijekom nastave učinkovito koriste tehnologiju za unaprjeđenje nastavnog procesa	0,680	0,958
14.	Nastavnici me potiču u učenju	0,698	0,958
15.	Nastavna oprema i pomagala su u dobrom	0,684	0,958

i funkcionalnom stanju		
16. Sadržaj studijskog programa priprema me za uspješno polaganje stručnog ispita	0,759	0,957
17. Nastavnim sadržajima obuhvaćeni su najvažniji pojmovi iz zdravstvene struke	0,632	0,958
18. Tijekom studiranja ostvarujem pozitivne profesionalne odnose	0,680	0,958
19. Postoji dovoljno tehničke opreme i pomagala za odvijanje praktične nastave	0,586	0,959
20. Sadržaj studijskog programa me priprema za profesionalnu zdravstvenu djelatnost	0,711	0,958
21. Nastavnici se trude svoju nastavu učiniti zanimljivom	0,687	0,958
22. Imam povjerenja u fakultet na kojemu studiram	0,768	0,957
23. U sklopu fakulteta postoji dovoljno prostora za odvijanje praktične nastave	0,714	0,958
24. Programski sadržaji primjereni postojećim trendovima u zdravstvenoj struci	0,735	0,957
25. Nastavnici su objektivni u procjeni mog znanja	0,625	0,958
26. Nastavna i ispitna literatura je dostupna i prilagođena potrebama studenata	0,714	0,958
27. Tijekom nastavnog procesa jasno su prezentirana očekivanja od studenta	0,669	0,958
28. Nastavnici imaju primjerena očekivanja od mog postignuća	0,634	0,958
29. Prelazak sa jednostavnijih na složenije programske sadržaje je logičan	0,593	0,959
30. Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu	0,752	0,957

U slijedećoj fazi bilo je potrebno 30 postojećih čestica razvrstati u faktore. Kako bi se utvrdila konstruktna valjanost upitnika korištena je eksploratorna faktorska analiza *(exploratory factor analysis)*, metoda analize glavnih komponenata (PCA) s varimaks rotacijom. Broj faktora određen je na temelju rezultata Cattellova scree-testa, uporabom Guttman-Keiserova kriterija (svojstvene vrijednosti su veće od 1). Provjereno je grupiraju li se čestice u faktore kao i u originalnom članku, pri čemu su dobivena četiri faktora koji imaju svojstvene vrijednosti veće od jedan i to 14,13, 1,78, 1,42 i 1,09. Ovi faktori objašnjavaju 61,44% od ukupne varijabilnosti. Kako je jedna svojstvena vrijednost blizu jedan, a također i u izvornoj verziji The Nursing Student Satisfaction Scale (NSSS), uzeta su u obzir tri faktora koji pokrivaju 57,79 % varijabilnosti. Niti jedno pitanje nije isključeno jer su svi koeficijenti interkorelacije (loadings) bili veći od 0,4.
Ovaj tri faktorski model sastoji se od faktora s Cronbach α koeficijentom unutarnje konzistencije kako je prikazano u Tablici 2.

Tablica 2. Grupiranje čestica u faktore

Faktor/čestice	**Komunaliteti**	**Faktorska opterećenja**
Faktor 1: Kurikulum i podučavanje (α=0,92)	Svojstvene vrijednosti:14,13	
2. Nastavnici su stručni u svom području rada		0,602
16. Sadržaj studijskog programa priprema me za uspješno polaganje stručnog ispita		0,521
17. Nastavnim sadržajima obuhvaćeni su najvažniji pojmovi iz zdravstvene struke		0,647
21. Nastavnici se trude svoju nastavu učiniti zanimljivom		0,450
22. Imam povjerenja u fakultet na kojemu studiram		0,668
25. Nastavnici su objektivni u procjeni mog znanja		0,615
26. Nastavna i ispitna literatura je dostupna i prilagođena		0,757

potrebama studenata		
27. Tijekom nastavnog procesa jasno su prezentirana očekivanja od studenta		0,567
28. Nastavnici imaju primjerena očekivanja od mog postignuća		0,800
29. Prelazak sa jednostavnijih na složenije programske sadržaje je logičan		0,618
30.Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu		0,671
Faktor 2: Okolina (α=0,91)	Svojstvene vrijednosti:1,78	
5. Nastavnici predstavljaju pozitivne uzore profesionalnih zdravstvenih djelatnika		0,494
7. Unutrašnjost učionica je primjerena za praćenje nastave		0,690
9. Nastavnici međusobno surađuju tijekom nastavnog procesa		0,550
11. Tehnička oprema i pomagala su prilagođena suvremenim tehnološkim trendovima		0,791
13. Nastavnici tijekom nastave učinkovito koriste tehnologiju za unaprjeđenje nastavnog procesa		0,747
14. Nastavnici me potiču u učenju		0,515
15. Nastavna oprema i pomagala su u dobrom i funkcionalnom stanju		0,780
19. Postoji dovoljno tehničke opreme i pomagala za odvijanje praktične nastave		0,699
23. U sklopu fakulteta postoji dovoljno prostora za odvijanje praktične nastave		0,651
Faktor 3: Profesionalna i socijalna povezanost (α=0,89)	Svojstvene vrijednosti:1,42	
1. Programski sadržaji omogućuju mi razvoj vještina rješavanja problema u zdravstvenoj djelatnosti.		0,651
3. Na studiju se prema meni osoblje odnosi s poštovanjem		0,564
4. Programski sadržaji omogućuju mi unapređenje komunikacijskih vještina		0,626
6. U kliničkoj praksi u KBC-u zdravstveni djelatnici se s uvažavanjem odnose prema meni		0,665
8. Sadržaj studijskog programa me priprema za primjenu zdravstvene struke u kliničkoj praksi		0,577
10. Mogu slobodno postavljati pitanja koja se odnose na studij		0,460
12. Imam povjerenja u vlastitu sposobnost obavljanja zdravstvene struke u kliničkoj praksi koju sam stekao/la tijekom studija		0,631
18. Tijekom studiranja ostvarujem pozitivne profesionalne odnose		0,646
20. Sadržaj studijskog programa me priprema za profesionalnu zdravstvenu djelatnost		0,598
24. Programski sadržaji primjereni postojećim trendovima u zdravstvenoj struci		0.481

REZULTATI

U istraživanju je tijekom dvije akademske godine (2020./2021. i 2021./2022.) sudjelovalo ukupno 142 ispitanika. Svi ispitanici su ženskog spola, studentice Prijediplomskog studija primaljstvo Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, sve tri godine studija. Raspoređeno po godinama studija od ukupnog broja ispitanica sudjelovalo je 49 studentica 1. godine (34,5%), 54 studentica 2. godine (38%) i 39 studentica 3. godine (27,4%). Prema ukupnoj usporedbi odgovora, 30. čestica *Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu*, procijenjena je sa srednjom vrijednosti 4,26., što upućuje na njihovo zadovoljstvo nastavnim procesom u vrijeme COVID-19 pandemije. Prema godinama studija, studentice prve godine pokazuju najveće zadovoljstvo, sa srednjom vrijednosti 4,46, slijede studentice druge godine studija, sa srednjom vrijednosti 4,35, dok studentice treće godine odgovorom na 30. česticu *Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu*, pokazuju najmanje zadovoljstvo nastavnim procesom u vrijeme COVID-19 pandemije, sa srednjom vrijednosti 3,94.
Od ostalih čestica, ukupno su najbolje procijenjene *Nastavnici su stručni u svom području rada*, sa srednjom vrijednosti 4,45, *Na studiju se prema meni osoblje odnosi s poštovanjem,* srednjom vrijednosti 4,52,

U kliničkoj praksi u KBC-u zdravstveni djelatnici se s uvažavanjem odnose prema meni prema meni, srednjom vrijednosti 4,45, *Mogu slobodno postavljati pitanja koja se odnose na studij,* srednjom vrijednosti 4,69 i *Tijekom studiranja ostvarujem pozitivne profesionalne odnose,* srednjom vrijednosti 4,51.
Pojedinačno po česticama, studentice 1. godine najbolje procjenjuju čestice *Na studiju se prema meni osoblje odnosi s poštovanjem,* sa srednjom vrijednosti 4,64 i *Mogu slobodno postavljati pitanja koja se odnose na studij,* sa srednjom vrijednosti 4,85, studentice 2. godine najbolje procjenjuju čestice *Nastavnici su stručni u svom području rada,* sa srednjom vrijednosti 4,64, te kao i 1. godina studija česticu *Na studiju se prema meni osoblje odnosi s poštovanjem,* procjenjuju sa srednjom vrijednosti 4,55, dok 3. godina niti jednu česticu nije procijenila s ocjenom većom od 4,50.
Grupiranjem čestica u faktore, najbolje je ukupno procijenjen faktor „Profesionalna i socijalna povezanost“ sa srednjom vrijednosti 4,35. Slijedi faktor “Kurikulum i podučavanje” sa srednjom vrijednosti 4,18, a najlošije procijenjen je faktor “Okolina” s 3,95. Detaljni rezultati su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3. Zadovoljstvo studijem u vrijeme COVID-19 pandemije

Čestice	Aritmetička sredina	UKUPNO	1.g	2.g.	3.g
Programski sadržaji omogućuju mi razvoj vještina rješavanja problema u zdravstvenoj djelatnosti.	COVID 19	4,22	4,24	4,24	4,17
Nastavnici su stručni u svom području rada	COVID 19	4,45	4,38	4,64	4,25
Na studiju se prema meni osoblje odnosi s poštovanjem	COVID 19	4,52	4,64	4,55	4,33
Programski sadržaji omogućuju mi unapređenje komunikacijskih vještina	COVID 19	4,28	4,38	4,35	4,07
Nastavnici predstavljaju pozitivne uzore profesionalnih zdravstvenih djelatnika	COVID 19	4,30	4,38	4,44	4,02
U kliničkoj praksi u KBC-u zdravstveni djelatnici se s uvažavanjem odnose prema meni prema meni	COVID 19	4,45	4,38	4,57	4,17
Unutrašnjost učionica je primjerena za praćenje nastave	COVID 19	3,83	4,55	3,96	3,58
Sadržaj studijskog programa me priprema za primjenu zdravstvene struke u kliničkoj praksi	COVID 19	4,34	3,87	4,4	4,15
Nastavnici međusobno surađuju tijekom nastavnog procesa	COVID 19	3,97	4,42	3,88	3,71
Mogu slobodno postavljati pitanja koja se odnose na studij	COVID 19	4,69	4,85	4,77	4,35
Tehnička oprema i pomagala su prilagođena suvremenim tehnološkim trendovima	COVID 19	3,92	4,16	3,88	3,66
Imam povjerenja u vlastitu sposobnost obavljanja zdravstvene struke u kliničkoj praksi koju sam stekao/la tijekom studija	COVID 19	4,28	4,38	4,27	4,17
Nastavnici tijekom nastave učinkovito koriste tehnologiju za unaprjeđenje nastavnog procesa	COVID 19	4,10	4,22	4,16	3,87
Nastavnici me potiču u učenju	COVID 19	3,93	3,65	4,03	3,69
Nastavna oprema i pomagala su u dobrom i funkcionalnom stanju	COVID 19	3,88	4,02	4	3,53
Sadržaj studijskog programa priprema me za uspješno polaganje stručnog ispita	COVID 19	4,21	4,61	4,24	4,07
Nastavnim sadržajima obuhvaćeni su najvažniji pojmovi iz zdravstvene struke	COVID 19	4,33	4,28	4,37	4,05
Tijekom studiranja ostvarujem pozitivne profesionalne odnose	COVID 19	4,51	4,61	4,48	4,43
Postoji dovoljno tehničke opreme i pomagala za odvijanje praktične nastave	COVID 19	3,88	3,87	4,29	3,58
Sadržaj studijskog programa me priprema za profesionalnu zdravstvenu djelatnost	COVID 19	4,26	4,28	4,38	4,05
Nastavnici se trude svoju nastavu učiniti zanimljivom	COVID 19	3,95	4,1	3,98	3,71
Imam povjerenja u fakultet na kojemu studiram	COVID 19	4,11	4,22	4,31	3,71
U sklopu fakulteta postoji dovoljno prostora za odvijanje praktične nastave	COVID 19	3,80	3,95	3,81	3,58
Programski sadržaji primjereni postojećim trendovima u zdravstvenoj struci	COVID 19	4,00	4,04	4,11	3,82
Nastavnici su objektivni u procjeni mog znanja	COVID 19	4,17	4,18	4,2	4,12
Nastavna i ispitna literatura je dostupna i prilagođena potrebama studenata					

	COVID 19	3,98	3,85	4,22	3,82
Tijekom nastavnog procesa jasno su prezentirana očekivanja od studenta	COVID 19	4,18	4,3	4,18	4,02
Nastavnici imaju primjerena očekivanja od mog postignuća	COVID 19	4,21	4,38	4,24	3,97
Prelazak sa jednostavnijih na složenije programske sadržaje je logičan	COVID 19	4,19	4,38	4,22	3,92
Općenito, zadovoljan/na sam studiranjem na svom fakultetu	COVID 19	4,26	4,46	4,35	3,94

ZAKLJUČAK

Ipak je online poučavanje i učenje proizašlo kao pobjednik u ovoj kaotičnoj situaciji u kojoj smo se našli tijekom COVID-19 pandemije. Međutim, ključno bi bilo poraditi na njezinoj kvaliteti u narednom razdoblju. Suvremena tehnologija, koju smo ranije izbjegavali koristiti, a na koju smo u vrijeme COVID-19 pandemije bili prisiljeni prijeći, za sigurno ima i svojih prednosti, te postoji stav od strane studenata, ali i nastavnika kako bi s online nastavom, odnosno njezinim hibridnim oblicima, u budućnosti trebalo nastaviti. Stoga je za pretpostaviti da će u budućnosti mješoviti model nastave biti najpopularniji model podučavanja na preddiplomskim studijima. Međutim, u smislu optimalne količine online učenja uočena je značajna razlika između perspektive studenata i nastavnika. Dok studenti daju prednost većem udjelu online nastave u budućnosti, profesori ipak prednost daju nastavi uživo (onsite). Isto potvrđuje i preporuka Sveučilištu u Rijeci o uvođenju online nastave u opsegu ne većem od 40% od ukupne satnice teoretske nastave nakon izlaska iz pandemije i vraćanja u normalne uvjete života i rada.

LITERATURA

1. Akyildiz D. Distance education of midwifery students during the COVID-19 pandemic: Challenges and recommendations. Eur J Midwifery [Internet]. 2021 [pristupljeno 20.01.2022.];5 (25), 1-2. Dostupno na: https://doi.org/10.18332/ejm/138594.
2. Schlenz MA, Schmidt A, Wöstmann B, Krämer N, Schulz-Weidner N. Students' and lecturers' perspective on the implementation of online learning in dental education due to SARS-CoV-2 (COVID-19): a cross-sectional study. BMC Med Educ [Internet]. 2020 [pristupljeno 20.03.2022.];20, 354. Dostupno na: https://doi.org/10.1186/s12909-020-02266-3.
3. Fujs D, Vrhovec S, Žvanut B, Vavpotič D. Improving the efficiency of remote conference tool use for distance learning in higher education: A kano based approach, Computers & Education [Internet]. 2022 [pristupljeno 20.04.2022.];181. Dostupno na: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360131522000197
4. Tadić I. Zadovoljstvo studenata online nastavom tijekom pandemije COVID-19 [Master's thesis]. Zagreb: University of Zagreb, Faculty of Economics and Business; 2021 [pristupljeno 13.3.2022.]. Dostupno na: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:148:554342
5. Dhawan S. Online Learning: A Panacea in the Time of COVID-19 Crisis. J. Educ. Technol. Syst. [Internet]. 2020 [pristupljeno 20.01.2021.];49 (1), 5-22. Dostupno na: https://doi.org/10.1177/0047239520934018.
6. Al-Balas M, Al-Balas HI, Jaber H.M, Obeidat K, Al-Balas H, Aborajooh E, Al-Taher R, Al-Balas B. Distance learning in clinical medical education amid COVID-19 pandemic in Jordan: current situation, challenges, and perspectives. BMC Med Educ [Internet]. 2020 [pristupljeno 22.01.2021.]; 20,341. Dostupno na: https://doi.org/10.1186/s12909-020-02257-4Acta Paul Enferm.
7. Camargo CP, Tempski PZ, Busnardo FF, Martins MA, Gemperli R. Online learning and COVID-19: a meta-synthesis analysis. Clinics (Sao Paulo 75 (5)) [Internet]. 2020 [pristupljeno 20.03.2022.]. Dostupno na: https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e2286.
8. Qazi A, Naseer K, Qazi J, AlSalman H, Naseem U, Yang S, Hardaker G, Gumaei A. Conventional to online education during COVID-19 pandemic: Do develop and underdeveloped nations cope alike. Child Youth Serv Rev. [Internet]. 2020 [pristupljeno 20.01.2021.];119. Dostupno na: https://doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105582.
9. Angasu K, Bekela T, Gelan M, Wakjira D, Melkamu E, Belachew B, Diribsa T, Ahmed AA, Eba A, Tadesse K, Boche B. COVID-19's Negative Impacts on Clinical Learning and Proposed Compensation Mechanisms Among Undergraduate Midwifery and Nursing Students of Jimma University. Adv Med Educ Pract. [Internet]. 2021 [pristupljeno 14.04.2022.];12, 1411-1417. Dostupno na: https://doi: 10.2147/AMEP.S342386.
10. McCall L, Wray N, McKenna L. Influence of clinical placement on undergraduate midwifery students' career intentions. Midwifery [Internet]. 2009 [pristupljeno 20.01.2017.];25 (4), 403-10. Dostupno na: https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.008.

11. Bradshaw C, Murphy Tighe, S, Doody O. Midwifery students' experiences of their clinical internship: A qualitive descriptive study. Nurse Educ. Today [Internet]. 2018 [pristupljeno 20.01.2019.];68, 213-217. Dostupno na: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.019.
12. Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci. Preddiplomski studij primaljstvo. Dostupno na: http://www.fzsri.uniri.hr/en/programmes/175-midwifery/midwifery.html.
13. Almendingen K, Morseth MS, Gjølstad E, Brevik A, Tørris C. Student's experiences with online teaching following COVID-19 lockdown: A mixed methods explorative study. PloS one [Internet]. 2021 [pristupljeno 14.04.2022.];16(8), e0250378. Dostupno na: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250378.
14. Wei HC, Chou C. Online learning performance and satisfaction: do perceptions and readiness matter? Distance Education [Internet]. 2020 [pristupljeno 14.04.2022.];41(1):1-22. Dostupno na: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01587919.2020.1724768
15. Predojević Z, Kolanović I. Osiguravanje kvalitete u visokom obrazovanju u Republici Hrvatskoj. Pomorski zbornik [Internet]. 2015 [pristupljeno 27.02.2020.];49-50(1):319-332. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/138220.
16. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, 2005 O.J. (L255) 22. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=EN.
17. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System (‘the IMI Regulation’), 2013 (L354) 132. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=HR.
18. International Confederation of Midwives. Definition of the Midwife. Preuzeto 06.09.2021. Dostupno na: https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html.
19. Nursing and Midwifery Council, 2008. Standard to Support Learning and Assessment in Practice: NMC Standards for Mentors, Practice Teachers and Teachers, second ed. Nursing and Midwifery Council, London. Dostupno na: https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-to-support-learning-assessment.pdf.
20. Luyben A, Fleming V, Vermeulen J. Midwifery education in COVID-19-time: Challenges and opportunities. Midwifery [Internet]. 2020 [pristupljeno 14.04.2022.];89. Dostupno na: https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102776.
21. Chen HC, Lo HS. Development and psychometric testing of the Nursing Student Satisfaction Scale for the associate nursing programs. J Nurs Educ Pract. [Internet]. 2021 [pristupljeno 20.05.2022.]; 2 (3), 25-37. Dostupno na: https://doi.org/10.5430/jnep.v2n3p25.
22. Chen HC, Farmer S, Barber L, Wayman M. Development and psychometric testing of the Nursing Student Satisfaction Scale for the associate nursing programs. Nurs Educ Perspect. [Internet]. 2012 [pristupljeno 27.02.2017.];33(6):369-73. Dostupno na: https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.6.369.
23.Chen HC, Lo HS. Nursing Student Satisfaction with an Associate Nursing Program. Nursing Educ Perspect. [Internet]. 2015 [pristupljeno 27.02.2017.];36 (1)):27-33. Dostupno na: https://doi: 10.5480/13-1268.
24. Čeko J, Antičević V, Stipčić A. Zadovoljstvo studijem i percepcija profesionalnih perspektiva studenata zdravstvenih studija. Sestrinski glasnik 20. [Internet]. 2015 [pristupljeno 27.02.2017.]; (3), 196-202. Dostupno na: https://doi.org/ 10.11608/sgnj.2015.20.041.

PRIZNAVANJE PROFESIONALNIH KVALIFIKACIJA BABICA I PRIMENA REGULATIVE U REPUBLICI SRBIJI

Vera SIMIĆ, Medicinska škola“Beograd“ Beograd, Srbija
Ivanka ADŽIĆ, Univerzitetsko klinički centar Srbije, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Beograd, Srbija
Doroteja SIMIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije, Beograd, Srbija
Jelena MILOVIĆ, Medicinska škola“Beograd“ Beograd
Mirjana HARDI, Medicinska škola“Beograd“ Beograd

Uvod

Zakon o regulisanim profesijama i priznavanju profesionalnih kvalifikacija, donet je na sednici Narodne skupštine Republike Srbije 17. septembra 2019. godine. Zakon je objavljen u "Službenom glasniku RS", br. 66/2019 od 18.9.2019. godine, stupio je na snagu 26.9.2019, a primenjuje se od dana pristupanja Republike Srbije Evropskoj uniji, i u njemu se navodi sledeće: ”Ovim zakonom se uređuju minimalni uslovi osposobljavanja u Republici Srbiji za pristup i obavljanje profesija…… i babica(5). U Republici Srbiji zvanje nakon srednjeg obrazovanja je ginekološko- akušerska sestra (u daljem tekstu- babica), a nakon završene visoke strukovne škole strukovna medicinska sestra- babica.
Godine 1985, predlog stručnog aktiva akušerskog usmerenja Škole za babice u Beogradu, je da se obrazovanje babica produži do šestog stepena i tada je donet nacrt da se stručni naziv preimenuje sa babice u ginekološko-akušerska sestra tehničar. Smisao preimenovanja naziva babice u ginekološko akušersku sestru jeste proširivanje kompetencija za rad na ginekološkim i akušerskim odeljenjima u zdravstvenim ustanovama na svim nivoima zdravstvene zaštite (8).

Cilj rada: ukazati na značaj priznavanja profesionalnih kvalifikacija babica i značaju primene regulative EU u Srbiji.

Materijal i metode: deskripcija pojmova; analiza domaće i strane literature s ciljem dobijanja što više informacija i u te svrhe korišćeni su sajtovi, časopisi, izveštaji za pomenutu temu.

Rezultati:

U Katalogu radnih mesta u zdravstvenim ustanovama, definisano je da na istom radnom mestu mogu raditi i babica i medicinska sestra- tehničar. Podaci o babicama se prikazuju u grupi radnih mesta zajedno sa medicinskim sestrama, a ne odvojeno [9]. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pri domovima zdravlja i u vanbolničkom porodilištu, definisano je da poslove obavlja viša medicinska sestra – tehničar/babica , sa stečenim visokim obrazovanjem na strukovnim studijama prvog stepena ili na osnovnim studijama u trajanju od najmanje dve godine, da ima položen stručni ispit i licencu za rad. Babica može da radi u vanbolničkom porodilištu sa završenim srednjim obrazovanjem u trajanju od četiri godine,položenim stručnim ispitom i sa licencom za rad. Isti stepen obrazovanja i obrazovni profili gore navedeni, su propisani i za rad u ustanovama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i u ustanovama na više nivoa zdravstvene zaštite. Sve aktivnosti babice vezuju se isključivo za zdravstvenu ustanovu i nigde se ne pominje njena eventualna uloga kod porođaja u kućnim uslovima [10]. Pristup osposobljavanju babice zahteva posedovanje dokaza o završenom opštem obrazovanju u trajanju od najmanje 12 godina koje omogućava pristup univerzitetu ili drugoj ustanovi visokog obrazovanja u Republici Srbiji ili drugoj državi potpisnici EEP-a(Evropski Ekonomski Prostor)(5). U R. Srbiji, sa navršenih 14-15 godina, učenici nakon završene osnovne škole u trajanju od osam godina i položenog prijemnog ispita, započinju srednjoškolsko obrazovanje za babicu koje traje 4 godine. U evropskim zemljama nakon 10.godina osnovnog obrazovanja, koje se završi sa 17-18 godina što je znatno povoljnije s obzirom na zrelost učenika koji se odlučuju za odgovornu i ozbiljnu profesiju, upisuju se srednje škole(4).

Reforma srednjeg stručnog obrazovanja iz 2013. godine, nije donela velike promene u vezi fonda stručnih medicinskih predmeta i u oblasti ginekologije i akušerstva. Fond stručnih predmeta ostaje isti kao u reformi iz 1993. godine. Ukupan fond časova opšteobrazovnih predmeta u toku 4 godine srednjeg obrazovanja je 2540 časova.

Prvi razred- 900 časova opšteobrazovnih predmeta (74%) i 310 stručnih (26%).
Drugi razred- 630 (52%) časova opšteobrazovnih predmeta i 580 (48%) časova stručnih predmeta.
Treći razred- 590 (49%) časova opšteobrazovnih predmeta i 620 (51%) časova stručnih predmeta.
Četvrti razred- 420 (38%) časova opšteobrazovnih predmeta i 690 (62%) časova stručnih predmeta.

Blok nastava:

- 30 časova Akušerstva sa negom - vežbi u trećem razredu
- 60 časova Akušerstva sa negom – vežbi u četvrtom razredu.

Obrazovanje babica u srednjoj školi, se završava sa maturskim ispitom kao stručna matura koja je polaže iz tri dela. Jedan deo predstavlja polaganje maternjeg jezika, drugi deo mature polaganje jednog izbornog predmeta koji učenik sam bira iz oblasti struke ili opšteobrazovnih predmeta i treći deo mature koji se polaže kao praktični rad na klinici i u neposrednom radu sa pacijentima iz oblasti ginekologije, akušerstva, pedijatrije i hirurgije. Ovakva matura i stečeno opšte i stručno obrazovanje, omogućava babicama da nastave obrazovanje na svim visokim školama i fakultetima po izboru, iz svih područja rada. Od 2007. godine babice imaju mogućnost da se školuju za strukovnu medicinsku sestru- babicu.

Od školske 2023/2024. godine, uvode se u R Srbiji jedinstveni ispiti na kraju srednjeg obrazovanja- "Program državna matura". Položena državna matura biće uslov za dobijanje diplome o stečenom srednjem obrazovanju i vaspitanju. Visokoobrazovne ustanove same određuju koje ispite državne mature koliko boduju, radi rangiranja kandidata za upis na studijske programe. Srpski/ maternji jezik i književnost je obavezan ispit za sve učenike. Ispit iz matematike je obavezan ispit za sve učenike koji su imali nastavu matematike duže od dve godine. Ostali biraju ispit sa Liste opšteobrazovnih predmeta i on im je obavezan. Treći ispit je iz predmeta sa Liste opšteobrazovnih predmeta po izboru učenika gimnazija, odnosno učenici biraju predmet prema uslovima fakulteta koje žele da studiraju (6).

Osposobljavanje babice minimalno obuhvata završene najmanje tri godine teorijskog i praktičnog osposobljavanja koje može biti iskazano odgovarajućim ESPB bodovima i koje obuhvata najmanje 4.600 sati teorijskog i praktičnog osposobljavanja koje se odvija u okviru studija u punoj satnici. Studije su usaglašene sa Zakonom o visokom obrazovanju Republike Srbije, Bolonjskom deklaracijom i sa programima u okruženju, sa EU direktivama i Zakonom o regulisanim profesijama i priznavanju profesionalnih kvalifikacija. Svaki predmet je dobio određenu bodovnu vrednost u skladu sa Evropskim sistemom prenosa bodova (ESPB), kao i izrada završnog rada i završni rad i obavljena letnja I stručna praksa. U skladu sa zahtevima EU direktiva i Zakonom o regulisanim profesijama i priznavanju profesionalnih kvalifikacija student je dužan da void Katalog praktičnog i kliničkog osposobljavanja u kome se evidentiraju obavezne aktivnosti definisane ovim dokumentima. Student završava studije izradom i odbranom završnog rada iz jednog od stručno aplikativnih ili stručnih predmeta (definisanih silabusom Završnog rada). Predmet završnog rada (SIR-Stručnoistraživački rad) i Završni rad su vrednovani sa ukupno 5 ESPB. Plan i program obrazovanja je tako koncipiran da student može nastaviti svoje obrazovanje na drugim visokim školama iz ove oblasti i drugih oblasti medicinskih nauka, uz priznavanje svih ispunjenih obaveza.

Babice u Srbiji se mogu obrazovati i na drugom stepenu studija / specijalističke strukovne studije / čime stiču ostvarenih 240 ESPB i zvanje specijalista strukovna medicinska sestra – babica. Trajanje prvog nivoa studija (osnovnih studija) je tri ili četiri godine što se u potpunosti poklapa sa evropskim obrazovanjem sestara.

U Srbiji ne postoji direktna prohodnost na master i doktorske studije što je značajan hendikep za babice koje žele da se usavršavaju i dalje obrazuju u svojoj struci. Nastavni kadar koji stručno obrazuje babice u Srbiji na visokom nivou su uglavnom, procentualno više zastupljeni, lekari i lekari specijalisti kao i medicinske sestre- babice sa magistarskim odnosno doktorskim studijama do nivoa doktora nauka (4).

Preporuka Saveta od 26. novembra 2018.(JOINT DECLARATIONS COUNCIL RECOMMENDATION of 26 November 2018 on promoting automatic mutual recognition of higher education and upper secondary education and training qualifications and the outcomes of learning periods abroad (2018/C 444/01)) promoviše automatsko međusobno priznavanje:

- visokog obrazovanja i kvalifikacija za više i srednje obrazovanje i
- rezultata perioda učenja u inostranstvu.

Ova Preporuka poziva države članice da do 2025. godine uspostave okvir za postizanje automatskog međusobnog priznavanja visokoškolskih kvalifikacija u državama članicama.

Preporuka takođe poziva na automatsko i potpuno priznavanje perioda studija u inostranstvu i automatsko priznavanje kvalifikacija višeg i srednjeg obrazovanja koje omogućavaju pristup visokom obrazovanju.
Konvencija o priznavanju kvalifikacija u vezi sa visokim obrazovanjem u evropskoj regiji (poznata i kao Lisabonska konvencija o priznavanju) Saveta Evrope i UNESCO-a usvojena je u Lisabonu 1997. godine. To je glavni pravni instrument za priznavanje kvalifikacija širom UNESCO regiona Evropa i Severna Amerika. Nosiocima kvalifikacija iz zemlje potpisnice pruža se pristup proceni njenih/njegovih kvalifikacija u drugoj zemlji potpisnici. Takva procena i naknadno priznavanje mogu biti u svrhu: pristupa daljem tercijarnom obrazovanju, korišćenja akademskih zvanja I olakšavanja pristupa tržištima rada.

Zemlje potpisnice Konvencije su se takođe obavezale da će uspostaviti nacionalne procedure za procenjivanje kvalifikacija izbeglica i raseljenih lica, čak i kad nema formalnih dokumenata.

PREPORUKE
1. Sve srpske sestrinske i babičke organizacije, Komora i zdravstveni i edukativni autoriteti i(Institucije za obrazovanje sestara), pokrenu postupak formiranja slike za budućnost, a koja reflektuje sestrinsko i babičko obrazovanje koje bi bilo od najveće koristi za Srbiju, a koje bi se ukopilo sa zahtevima EU, i da se pronađu načini za postizanje ove vizije i implementacije neophodnih promena;
2. Sestrinski i babički Zakon da se pripremi tako da odgovara nacionalnim okvirima i da obezbedi podlogu i podrži sprovođenje promena;
3. Da se formira nivo ulaska u Sestrinski i babički obrazovni program, što je pre moguće, a u skladu sa Direktivom 2005/36, EU, da se trajanje primarnog obrazovanja produži na 12 godina (opšteg obrazovanja) i da se nastavi dalje sestrinsko obrazovanje;
4. Da se obrazuje Plan koji podržava zaposlene sestre i babice, kao i predavače koji žele da se doškoluju;

Stručnjaci zato sugerišu da se gore navedene preporuke, kako su sastavljene od svih učesnika, uzmu ozbiljno iz sledećih razloga:
1. Njihovo jednoglasno prihvatanje,
2. Važnost većine preporuka u svetlu pristupanja punopravnom članstvu EU i uskladjivanju sa Direktivom 36/2005 EU,
3. Mogucnost mobilnosti ovih kadrova u evropskim okvirima
4. Njihovo potencijalno djelovanje na sigurnost pacijenata,
5. Kao i njihovo potencijalno djelovanje na efikasnost i korisnost za zdravstveni sistema Republike Srbije.

Za srednje obrazovanje sestara te mere su sledeće:
• Planirati obrazovanje sestara u skladu sa potrebama lokalnog i regionalnog zdravstvenog sistema kako bi se izbegla već postojeća hiperprodukcija zdravstvenog kadra.
• Omogućiti stepenasto i modularno obrazovanje sestara (da se jasno prepoznaju nivoi obrazovanja uključujući i dvogodišnje i trogodišnje školovanje do nivoa zdravstveni negovatelj-asistent, pomoćnik sestre...).
• Uraditi jasnu sistematizaciju radnih mesta prema svim nivoima obrazovanja zdravstvenog kadra kao i prepoznavanje istih od strane poslodavaca.
• Na nacionalnom nivou sprovesti aktivnosti koje će biti usmerene ka obezbeđivanju kvaliteta obrazovanja kao i proceni i vrednovanju postignuća u svim segmentima rada srednje stručne škole (sprovoditi jednogodišnju evaluaciju gde će biti uključeni i nastavnici i učenici ali i odgovarajuće strukture Ministarstva prosvete).
• Brže i efi kasnije sprovođenje reformi nastavnih planova i programa – povećanje fonda kliničkih predmeta a posebno zdravstvene nege koja treba da zauzima centralno mesto u obrazovanju sestara.
• Uključiti nastavnike zdravstvene nege u proces donošenja nastavnih planova i programa za predmet Zdravstvena nega.
• Izvršiti radikalne promene u pravcu izmene udžbenika za zdravstvenu negu za sva četiri razreda (uvesti nove oblasti-iz etike, prava sestara, sestrinska udruženja, savremene dijagnostičke procedure i metode lečenja...) – uključiti i nastavnike zdravstvene nege kao i eminentne sestre iz prakse u saradnji sa Ministarstvom prosvete i Zavodom za udžbenike i nastavna sredstva.
• Precizno defi nisati standarde i ishode – kompetencije sestrinskog obrazovanja i uskladiti ih sa Direktivama EU.

• Proširiti oblasti iz predmeta zdravstvena nega na pojedine grane medicine koje nisu bile zastupljene u dosadašnjem srednjem obrazovanju (kožne bolesti, ORL, neurohirurgija, kardiohirurgija, očne bolesti, alergologija, genetika...).
• Odvojiti zdravstvenu negu od kliničkih predmeta u trećem i četvrtom razredu i time omogućiti njenu samostalnost kada je u pitanju ocenjivanje učenika.
• Uvesti obaveznu profesionalnu praksu nakon završenog drugog, trećeg i četvrtog razreda.
• Izmeniti način polaganja mature – uvesti test znanja iz poznavanja četiri stručna premeta uz obavezna tri praktična zadatka.
• Razvoj i tendencije obrazovanja medicinskih sestara-tehničara u procesu reformi obrazovnog sistema Republike Srbije
• Izvršiti izmenu stručnih zvanja za nastavnike zdravstvene nege koji imaju visoko strukovno obrazovanje uz zaštitu postojećih zvanja.
• Uključiti sve relevantne strukture obrazovanja i zdravstvene zaštite u izradi strategije reformisanog sistema obrazovanja i zapošljavanja medicinskih sestara prema Evropskoj uniji i potrebama tržišta rada.
• Omogućiti decentralizaciju obrazovanja – prenošenje vlasti i kompetencija na regionalni i lokalni nivo po pitanjima upravljanja školama, oblikovanju i realizaciji programa, načinu upisne politike...
• Razvijati partnerstvo i saradnju sa socijalnim partnerima, interesnim grupama prema potrebama škole, učenicima, roditeljima...
• Omogućiti nastavnicima stalno stručno usavršavanje i edukaciju na svim nivoima (kontinuirana evaluacija, ulazak u profesiju...) kao i intezivno insistirati na osposobljavanju nastavnika za korišćenje savremenih informacionih tehnologija.

Za visoko obrazovanje sestara:
• Intezivirati usklađivanje nastavnih planova i programa sa Direktivama EU naročito u pogledu povećanja fonda časova do nivoa minimalnih 4600 sati.
• Omogućiti vertikalnu i horizontalnu mobilnost studenata kao i mogućnost obrazovanja sestara na akdemskom nivou do stepena doktorskih studija.
• Zakonskim aktima precizirati status profesije sestre i babice i time obezbediti profesionalnu kvalifi kaciju kao uspešan završetak obrazovanja.
• Omogućiti obrazovanje sestara na akademskom nivou sa usklađenim specijalizacijama prema potrebama tržišta rada.
• Uskladiti kriterijume za internacionalno priznanje diploma.
• Na lokalnom i nacionalnom nivou usaglasiti stručna zvanja – kompetencije koja stiču sestre visokim obrazovanjem u Srbiji, a koje će biti prepoznate od strane poslodavaca.
• Stvoriti uslove da za prijem na visoko obrazovanje sestara i sticanje zvanja medicinska sestra (registrovana sestra) na nivou Bachelor, bude uspešno završeno srednje obrazovanje (gimnazija ili medicinska škola). To praktično znači da će se tek tada uskladiti obrazovni nivoi sa evropskim i omogućiti ravnopravno priznavanje stručnih kvalifi kacija sestara i babica.
• Uvesti modularizaciju nastavnih programa sa očekivanim ciljevima, ishodima i preporučenim nastavnim metodama, oblicima rada, načinom ocenjivanja...
• Obrazovne programe usmeriti ka zdravstvenoj nezi i praksi koja će biti zasnovana na promociji zdravlja pojedinca, porodice i zajednice i obolelih, ali uz poštovanje multikulturalnosti, multietičnosti, socijalnim, duhovnim i ekonomskim razlikama pacijenata ali i sredine u kojoj se sprovodi nega i lečenje.
• Rukovođenje visokih škola za obrazovanje sestara i babica prepustiti kvalifi kovanim medicinskim sestrama.
• Razvijati studijske programe prema potrebama zdravstvene zaštite i tržišta rada.
• Podržavati i razvijati međunarodnu razmenu studenata i nastavnika u oblasti zdravstva, jačati veze i saradnju sa međunarodnim sestrinskim organizacijama kao i sa ustanovama koje pružaju obrazovanje sestara i babica.
• Kroz obrazovanje sestara promovisati i korišćenje informacionih i komunikacionih tehnologija. Takođe i osposobljavati nastavnika da koriste digitalnu tehniku i savremen načine predavanja i komunikacije sa studentima.

Zaključak:

• Medicinske sestre i babice žele da pristupe Evropskoj Uniji, što može biti jedinstvena i vredna prilika za obe profesije da se nadogradi i poveća obim edukacije, a tako i njihovi kapaciteti, kako bi srpski i evropski državljani dobili visoko kvalitetnu sestrinsku i babičku negu, i kako bi se obezbedila mobilnost ovih kadrova u evropskim okvirima.

• Veliki broj sestara i babica može biti od značajne koristi za Srbiju kao državu prilikom pristupanja Evropskoj Uniji.
• Sestrinsko i babičko obrazovanje, dok zadovoljava trenutne potrebe Srbije, ne odgovara na zahteve Direktive 2005/36 i to u delu primarnog obrazovanja do visokostrukovne medicinske škole. Tako se moraju načiniti promene da bi srpske sestre i babice mogle da imaju sva prava evopskog stanovnika i da se slobodno kreću.

Ključne reči: EU direktiva, školovanje babica, babička profesija, katalog radnih mesta u zdravstvu

Literatura:

1. https://europa.eu/europass/sr/recognition-skills-and-qualifications
2. JOINT DECLARATIONS COUNCIL RECOMMENDATION of 26 November 2018 on promoting automatic mutual recognition of higher education and upper secondary education and training qualifications and the outcomes of learning periods abroad (2018/C 444/01))
3. Zaključci i preporuke sa TAIEX Radionice za harmonizaciju sistema obrazovanja za medicinske sestre i babice u Srbiji, INT MARKT 50826 Organizovan u saradnji sa Savezom udruženja zdravstvenih radnika Srbije (Nacionalnom sestrinskom organizacijom) Beograd, 21 - 22 Januar 2013.godine.
4. Razvoj i tendencije obrazovanja medicinskih sestaratehničara u procesu reformi obrazovnog sistema Republike Srbije Marijana Dabić, Jovan Vukoje
5. Zakon o regulisanim profesijama i priznavanju profesionalnih kvalifikacija, "Službeni glasnik RS" br. 66/2019
6. https://matura.edu.rs/
7. Keighley T.: Standardi Evropske Unije za profesije medicinskih sestara i babica: Informacije za zemlje u procesu pristupanja Drugo izdanje, World Health Organization, 2009
8. Monografija- 90 godina medicinske škole za babice u Beogradu, 1989 godina, izdavač Obrazovno-vaspitni centar zdravstvene struke “Beograd “.
9. http://www.ncrc.ac.rs/wp-content/uploads/2017/09/Katalog-radnih-mesta-u-zdravstvu.pdf
10. Simić J., Jerinić J.: “Pravo na porodjaj kod kuće- izbor, a ne slučajnost, I neke pravne posledice”, Pravni zapisi, God. V, br. 1 (2014) UDK 618.4:342.7 2014, Pravni fakultet Univerziteta Union doi: 10.5937/pravzap0-6103, izvorni naučni članak.
11. Maksimović J., Maksimović M.: Beogradska škola za babice- preteča akademskog obrazovanja iz akušerstva I ginekologije u Srbiji, https://docplayer.org/86031526-Beogradska-shkola-za-babice-pretecha-akademskog-obrazovanja-iz-akusherstva-i-ginekologije-u-srbiji.html

Specifičnosti akutne rehabilitacije u pedijatrijskim jedinicama intenzivnog lečenja

Dejan NIKOLIĆ, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu; Univerzitetska dečja klinika, Beograd, Srbija

Akutna rehabilitacija predstavlja skup mera i postupaka koji se koriste u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji u cilju prevencije pojave i progresije komplikacija koje mogu nastati kao posledica inaktiviteta kod pacijenata u jedinicama intenzivnog lečenja (JIL). Usled produženog inaktiviteta u JIL-u kod pacijenata mogu se javiti lokomotorne, kardiovaskularne, pulmonalne, neuromišićne, metaboličke i kognitivne sekvele. Specifičnosti akutne rehabilitacije u pedijatrijskoj populaciji se ogledaju u činjenici da se ona primenjuje još od najranijih dana života pa do 18. godine života. Pojedine tehnike respiratorne rehabilitacije kao što je perkusija su modifikovane u ranoj uzrastnoj dobi zbog male površine grudnog koša. Primena kineziterapijskih procedura prilagođava se uzrastu deteta i mogućnostima saradnje. Na pojedina fiziološka stanja posebno treba obratiti pažnju kao što su respiratorni trakt u fazi rasta i razvoja u dečjem uzrastu i maturacija imunološkog sistema, usled mogućih respiratornih infekcija i obstrukcija respiratornog trakta. Prilikom pravljenja plana i programa akutne rehabilitacije pored opštih mera u koje spadaju hemodinamska stabilnost pacijenta, afebrilnost i odsustvo drugih kontraindikacija koje mogu da utiču na odlaganje započinjanja programa akutne rehabilitacije u obzir treba uzeti i druga pridružena stanja kao što su mehanička ventilacija, neuromišićne blokade, vazoaktivne infuzije i administracija sedativa koje mogu da modifikuju u izvesnoj meri plan i program akutne rehabilitacije.

ZNAČAJ RAZVOJA ZDRAVSTVENOG I MEDICINSKOG TURIZMA U BANJAMA SRBIJE

Vera SIMIĆ, Medicinska škola“Beograd“ Beograd
Ivanka ADŽIĆ, UKCS, Centar za NIR, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije
Jelena MILOVIĆ, Medicinska škola“Beograd“ Beograd
Mirjana HARDI, Medicinska škola“Beograd“ Beograd
Doroteja SIMIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije

Uvod

Od davnina su ljudi imali potrebu da se leče alternativnim metodama, pa tako i danas kada zdravstveni turizam postaje sve popularniji. Zdravstveni turizam je složena društvena aktivnost u kojoj bitno mesto zauzima stručno i kontrolisano korišćenje prirodnih lekovitih potencijala, postupaka fizikalne medicine i programiranih fizičkih aktivnosti u svrhu održavanja i unapređenja fizičkog, mentalnog i psihičkog zdravlja turista, I poboljšanja kvaliteta njihovog života (UNWTO, 2015)[7]. Razvoj zdravstvenog turizma zavisi od resursa zakonske regulative države i spremnosti turista da posete odredjene destinacije. U Srbiji je danas više razvijen zdravstveni od medicinskog turizma, naročito u banjskim lečilištima. Medicinski turizam je definisan kao „oblik zdravstvene zaštite koji omogućuje osobama da privremenom promenom mesta njihovog stalnog boravka provode lečenje ili rekreaciju uz primenu prirodnih lekovitih faktora, pored ostale potrebne terapije. Zdravstveni turizam se često koristi u istom značenju kao medicinski turizam. Razlika između ova dva naziva je u tome što medicinski turizam uvek ima dva striktna elementa, a to su: hirurgija i terapija, dok zdravstveni turizam obuhvata brojnije oblike zdravstvenih aktivnosti. Tipovi zdravstvenog turizma su velnes(holistički i opuštanje/rekreacija, i medicinski turizam(terapeutski i hirurški)[5].

Cilj rada

- Ukazati na značaj razvoja zdravstvenog i medicinskog turizma kod nas
- Ukazati na značaj informisanja stanovništva o medicinskom i zdravstvenom turizmu u našoj zemlji

Metod izrade rada: deskripcija pojmova; analiza domaće i strane literature s ciljem dobijanja što više informacija i u te svrhe korišćeni su sajtovi, časopisi, izveštaji za pomenutu temu.

Diskusija i rezultati:

U Srbiji danas medicinski turizam nije dovoljno istražen jer nije ni razvijen dovoljno. Državne zdravstvene ustanove nemaju regulisanu zakonsku regulativu za pružanje usluga, a u privatnim se pružaju usluge iz oblasti dentalne i estetske hirurgije. Medicinski turizam obuhvata gotovo svaki tip zdravstvene zaštite, uključujući i psihijatriju, alternativne tretmane, te brigu oko daljeg oporavka. Popularnost pojedinih usluga medicinskog turizma je sledeća: 34% estetska hirurgija; 30% stomatologija; 7% ortopedska hirurgija; 7% tretmani pretilosti; 6% IVF tretmani, oftalmološka hirurgija[8].

Osnovni motiv u medicinskom turizmu je oporavak, unapredjenje ili rešavanje problema u vezi sa zdravljem zbog potencijalne uštede, kraće liste čekanja, oporavak nakon operacije, hirurški zahvati, kvalitet, smeštaj i aranžmani[1]. Zdravstveno-preventivni turizam proističe iz motivacije da se zdravlje poboljša privremenom promenom stalnog mesta boravka pojedinca, određenim povoljnim klimatskim ili kupališnim (banjskim, primorskim) mestom. Cilj zdravstveno-preventivnog turizma je sprečavanje bolesti i očuvanje zdravlja, te se tako zasniva na medicinskim i drugim programima. U okviru ovog vida turizma, popularni su programi aktivnog boravka i wellness programi. Programe aktivnog boravka odlikuje dijagnostifikovanje stanja zdravlja i primena posebnih programa – vežbi za povećanje funkcionalnih i motoričkih sposobnosti[8].

Lečilišni turizam je poseban segment zdravstvenog turizma koji se stručno, kontrolisano i na razne načine služi prirodnim lekovitim faktorima i postupcima fizikalne terapije u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, te poboljšanja kvaliteta života. Ovaj vid turizma se razvija u pravcu revitalizacije psihofizičkih sposobnosti korisnika usluga klimatskih, banjskih i morskih destinacija, odnosno lečilišta, putem posebnih programa za oporavak[8].

Wellness je koncept koji odlikuje visok nivo svesti o ljudskim potrebama (postizanju telesne i duhovne ravnoteže), te obuhvata kretanje, vežbanje, zdravu ishranu, opuštanje i savladavanje/prevazilaženje stresa. Najpopularniji među wellness programima su tretmani tela, sport i fitness, zatim saune, joga, meditacija, te nutricionizam i detoksikacije, programi „telo, um, duh“, učenja o zdravoj ishrani, ličnom napretku i slično, kao i fizički izazovi[8].

Banjski turizam kao selektivni oblik turizma značajan je za saradnju zdravstva i turizma, ali kod nas nije dovoljno i adekvatno iskorišćen jer banje kod nas imaju karakter turističko- ugostiteljskih preduzeća. Banjsko lečenje se odvija u specijalizovanim centrima. Banjski turizam se u Srbiji poklapa sa konceptom zdravstvenog turizma [2].

Republika Srbija svake godine beleži sve veći broj turista koji dolaze iz celog sveta i traže prenoćišta. S druge strane, banje ipak posećuju uglavnom domaći turisti.

Glavni nedostaci slabog razvoja medicinskog turizma kod nas je što nemamo adekvatan smeštaj za zdravstvene turiste, nedostatak marketinških strategija promovisanje usluga, odliv medicinskog kadra u inostranstvo, Srbija nije članica EU[3]. Zdravstveni turizam je u Srbiji razvijeniji od medicinskog, jer je razvijena balneo terapija koja je mnogo povoljnija od takvog vida lečenja u drugim zemljama, u odnosu na nas. U Srbiji ima oko 500 izvorišta termomineralnih voda, , oko 20 specijalnih bolnica i oko 50 banja[4].

Svetska turistička organizacija i Program Ujedinjenih nacija za zaštitu životne sredine preporučili su vladama zemalja, da utvrde, jačaju i šire nacionalnu strategiju i posebne programe za održivi razvoj i upravljanje zdravstvenim i ekološkim turizmom. Preporučeno je da bi države trebalo da obezbede tehničku, finansijsku i promotivnu podršku i da olakšaju stvaranje i poslovanje malih i srednjih preduzeća u oblasti zdravstvenog i ekološkog turizma. Posmatrajući u globalu, loša infrastruktura, loši putevi, i loši smeštajni kapaciteti, doprinose i lošem pozicioniranju zdravstvenog turizma Srbije. Mnoge banje imaju tokom cele godine veliku popunjenost kapaciteta, ali se dešava i da pojedini rehabilitacioni resursi ne mogu da privuku više turista, zato što njihovi kapaciteti ne odgovaraju standardima. U nekim rehabilitacionim centrima, godinama nije uloženo ni dinara, nije ulagano u enterijer i eksterijer, što se direktno odražava na posećenost u njima[6].

Zdravstveni menadžment je organizovan i razvijen sistem dogovorenih pravila, funkcija i zadataka koje sprovode odgovorni i određeni pojedinci na razlicitim nivoima zdravstvene zaštite, u cilju poboljšanja zdravlja ljudi, zaštite stanovništva od finansijskog rizika i zadovoljenja zahteva i ocekivanja korisnika zdravstvenih usluga. Stoga je sve veca uloga i znacaj menadžmenta u funkciji razvoja medicinskog i zdravstvenog turizma[5].

Potencijal zdravstvenog turizma se ogleda u sledećem :

- Globalno starenje svetskog stanovništva povećava broj korisnika spa/wellness proizvoda.
- Prema predviđanjima ISPA (International Spa Association), najveća dinamika rasta očekuje se u segmentu medicinski zasnovanih programa, prvenstveno terapijama i tretmanima sa vodom;
- Prosečni lakši korektivni operativni zahvat (sa oporavkom) u Zapadnoj Evropi i Americi trenutno je 50-70% skuplji nego u Srednjoj i Istočnoj Evropi, Aziji i Okeaniji4 ;
- Sve veći pomak sa tipičnog "ženskog" proizvoda, na muške korisnike i cele porodice, kao i na prirodne i "ekološke" proizvode;
- Spa/wellness kultura postaje svojevrsni "mainstream", sa naglaskom na luksuzne elemente;
- Veliki porast posebno skrojenih "spa" jelovnika i menija;
- Porast "online" rezervacija, kao i korišćenja brojnih kozmetičkih i ostalih tretmana[5].

Uticaj zdravstvenog turizma na zdravstveni sektor ogleda se u sledećem:

- Inovacije u zdravstvenim rešenjima. Inovacije u najvećoj meri proizilaze iz potreba pa danas mnoge zemlje ispituju različite specijalizovane mogućnosti lečenja, bez obzira na njihov status razvoja.
- Poboljšanja u zdravstvenim rešenjima, jer kupuje se najsavremenija medicinska oprema, napredni dijagnostički sadržaji, uvode napredni hirurški zahvati itd. To je uticaj zdravstvenog turizma na zdravstveni sistem države.
- Povećanje broja zdravstvenih stručnjaka jer uz uvođenje novih tehnologija i dijagnostičko-terapijskih procedura, stvara se potreba za ljudima koji ih mogu primenjivati. Zdravstveni turisti traže lekare sa reputacijom. Imperativ za ustanove koje se bave zdravstvenim turizmom je uvođenje internacionalnih standarda i akreditacija u zdravstvenim ustanovama.

- Poboljšanje procesa znanja tzv. proces nazvan "Obrada znanja" učinio je medicinski sistem transparentnim širom sveta(World Wide Web, medicinski postupci, case history) I daje široke mogućnosti za razmenu znanja, čime se značajno poboljšava celokupno pružanje zdravstvenih usluga.

- Pojava podržavajuće infrastrukture zdravstvenom turizmu(privatna zdravstvena osiguranja, veliki broj facilitatora, različite ponude turističkih odmora, raznovrsnih izbora putovanja i raznovrsnih smeštajnih kapaciteta, uključivanje bankarskog sektora kroz olakšao davanje kredita sa dobrim uslovima, i jednostavan pristup gatewayima za plaćanje putem Interneta)[7].

Zdravstveni turizam značajno doprinosi poboljšanju celokupne zdravstvene zaštite, unapređuje infrastrukturu i podiže stopu zapošljavanja stvaranjem novih radnih mesta. Prema novijim izveštajima, medicinski turizam uskoro će biti ključni donosioc novca. Zdravstveni turizam značajno utiče na rast i razvoj mnogih povezanih privrednih grana(drugi oblici turizma, Farmacija, razvoj specijalnih agencija/facilitatora u zdravstvenom turizmu, državni i privatni sektor. Zemlja koja napreduje u zdravstvenom sektoru turizma će imati smanjen fenomen "Brain – dr ain" koji označava odliv stručnjaka iz zemlje u stranu državu u potrazi za boljim poslom i finansijskim mogućnostima. Kada jedna zemlja služi kao glavna turistička destinacija za druge, političke veze između tih nacija postaju jače. Usluge u zdravstvenom turizmu nisu sezonskog karaktera I otvara radna mesta za lokalno stanovništvo tokom cele godinu. U zdravstvenom turizmu gosti su skloni većem trošenju , što pokreće stvaranje komplementarnih usluga, stvarajući višestruku korist destinaciji[7].

Zaključak

Neke medicinske delatnosti se prožimaju sa turizmom kao mogućim faktorom medicinske rehabilitacije. Linije razgraničenja između medicine i turizma su savršene, ali su linije približavanja nužne. Potrebni su i novi ljudi i organizovaniji rad. U Srbiji postoje uslovi da se pitanja povezivanja zdravstva i turizma efikasnije rešavaju. Budući potencijal za razvoj srpskog medicinskog turizma treba tražiti i u regionu (bivšim jugoslovenskim republikama), u nekim ciljanim zemljama i dijaspori, jer je nesporno da naši državljani na radu u inostranstvu tokom odmora u Srbiji koriste usluge zdravstvenog turizma. Razvoj zdravstvenog turizma Srbije pretpo stavlja da postoji dostupnost informacija i vodiča za zdravstveno/medicinski turizam, koji pružaju celovite neophodne informacije o medicinskim i turističkim de stinacijama u Srbiji, turističko-medicinskim programima i aktuelnostima. Svetski trendovi nagoveštavaju dalji rast medicinskog turizma, uglavnom usled demografskog starenja, promena u načinu života (sve manje slobodnog vremena, sve više stresa i sl.) i drugih u radu pomenutih faktora. Zdravstveni turizam mogao bi da postane i značajan dodatni izvor prihoda zdravstvenih ustanova u Republici, posebno imajući u vidu realno stanje prihoda iz javnih izvora[8].

Ključne reči: zdravstveni turizam, banjsko lečenje, medicinski turizam, spa, wellness

Literatura:

1. Kurteš,Đ.: Prepreke i izazovi medicinskog turizma u Srbiji, master rad, Univerzitet Singidunum, Beograd, 2016.
2. Milićević, R.:Resursne atrakcije kao multiplikativni faktor razvoja zdravstvenog turizma Srbije, doktorska disertacija, Kragujevac, 2016.
3. Dašić, D.: Menadžment zdravstvenog I medicinskog turizma- mogući pravci razvoja u Republici Srbiji, Ekonomski signali, 2018, 13(l), 041-056 UDK: 338.4 8 6 6 15.8(4 79.11) 005.213 38.48.
4. Marković, S. , Ostojić, M., Popović, I.V.: Zdravstveni turizam u funkciji poboljšanja kvaliteta života, https://ivatourism.org/wp-content/uploads/2021/09/Festival-kvaliteta_KG_2011.pdf
5. Vidicki ,Đ., Kontić Lj., Vrkatić L., Vukasović D., : Ekološki I zdravstveni turizam iz perspective građana Novog sada, Originalni naučni rad UDK 338.48-6:502/504(497.113Novi Sad) DOI 10.7251/SVA1816160K
6. Banjski turizam u Srbiji, Vodič za lokalne vlasti, vodič izradila organizacija Most Europa, uz podršku Ambasade Francuske u Srbiji (SCAC) za Stalnu konferenciju gradova i opština (SKGO), Srbija, Beograd 2021.
7. https://medicalcg.me/zdravstveni-turizam/3/https://medicalcg.me/broj-163/
8. Paunović, Sa., Paunović, Sp., Kosanović, R.: Razvoj zdravstvenog turizma kao potencijalni izvor prihoda zdravstvenih ustanova Srbije, Zdravstvena zaštita 5/2015.

DEZINFEKCIJA BOLNIČKE SREDINE TOKOM KOVID PANDEMIJE U UNIVERZITETSKOM KLINIČKOM CENTRU REPUBLIKE SRPSKE

Silvana TRIFUNOVIĆ, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske
Jadranka STANISAVIĆ-ŠIMIĆ, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske
Janja BOJANIĆ, Institut za javno zdravstvo Republike Srpske
Biljana PERIĆ, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske
Dragojla ĐOKIĆ, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske
Srđan BLAGOJEVIĆ, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske

Sažetak

Uvod: Pojavom novog Korona virusa i proglašenjem kovid epidemije, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske (UKC RS) se kao najveća zdravstvena ustanova susrela sa velikim izazovima, a jedan od njih je i dezinfekcija prostora, opreme i površina. Odabir sredstava nije bio jednostavan s obzirom na količine koje su bile neophodne kao i teškoće prilikom nabavke sredstava.
Cilj: Predstaviti najčešće korištene metode dezinfekcije bolničke sredine tokom kovid pandemije, retrospektivnim pregledom baze podataka iz Odjeljenja za kontrolu sredine i prevenciju intrahospitalnih infekcija u UKC RS u periodu od početka 2020. godine do kraja 2022. godine.
Metodologija: Za dekontaminaciju površina i prostora korištene su pumpe za dezinfekciju aerosolizacijom hlornim prepartima („prskalice“), obučeni su radnici za rukovanje i način provođenja ove vrste dezinfekcije pod nadzorom stručnih saradnika za sanitarne poslove. Postavljeni su i beskontaktni dozatori za dezinfekciju ruku alkoholnim preparatima na svim ulazima u zgrade i klinike. Za završnu dezinfekciju prostora, površina i opreme ultravioletnim zracima (UVC) korišten je “Steripro“ aparat („robot“), a za dezinfekciju vodonik-peroksidom postupkom aerosolizacije korišten je „Cubic“ aparat. Izrađeni su protokoli za upotrebu novih aparata prema namjeni prostorija i opreme koji se tretiraju, kao i protokoli dekontaminacije i završne dezinfekcije. Izvršena je obuka osoblja za rukovanje aparatima i sačinjen plan rada. Završnoj dezinfekciji prethodilo je mehaničko čišćenje površina i prostora prema propisanim procedurama, uz poštovanje svih mjera prevencije infekcije u vrijeme COVID-19 epidemije.
Zaključak: Dekontaminacija hlornim preparatima je efikasna mjera ukoliko se koristi racionalno i pod nadzorom stručnog osoblja. Završna dezinfekcija ultravioletnim zracima kao i vodonik – peroksidom povećava sigurnost dezinfekcije bolničke sredine, skraćuje vrijeme procesa dezinfekcije te značajno utiče na smanjenje intrahospitalnih infekcija.

Ključne riječi: dekontaminacija**,** dezinfekcija, hlorni preparati, vodonik peroksid, UVC-zraci.

Uvod

Bolnička sredina konstantno je često kontaminirana mikroorganizmima porijeklom od inficiranih/kolonizovanih bolesnika, osoblja i posjetilaca [1].
Faktori koji povezuju pojave kontaminacije, kolonizacije i infekcije patogenim mikroorganizmima mogu se podijeliti u tri osnovne grupe:
a) jatrogeni i oni povezani sa zdravstvenom njegom (prisutnost mikroorganizama na rukama zdravstvenog osoblja, površine koje nisu dobro očišćene, invazivni postupci);
b) organizacioni (broj medicinskih sestara prema broju bolesnika, fizički raspored radnih prostorija i bolesničkih kreveta);
c) povezani s bolesnikom (imunokompromitovani, dužina boravka u bolnici) [2,3].

Na broj i vrste mikroorganizama utiče broj osoba u okolini, količina aktivnosti, količina vlage, prisutnost materijala koji omogućavaju rast mikroorganizama, brzina kojom se uklanjaju mikroorganizmi suspendovani u vazduhu te vrsta površine i njena orijentacija (horizontalna ili vertikalna). Smatra se da površine, koje su u neposrednoj blizini bolesnika te su često dodirivane rukama zaposlenog osoblja, predstavljaju povećan rizik za bolesnika i mogu biti kontaminirane bolničkim sojevima bakterija koje se putem ruku osoblja prenose u neposrednu blizinu bolesnika, a potom i na bolesnika [4,5]. Neki multirezistentni mikroorganizmi (engl. Multidrug – resistant organisms MDRO) koji uzrokuju bolničke infekcije kao što su meticilin-rezistentni *Staphylococcus aureus* (MRSA), beta-laktamaze

proširenog spektra (ESBL bakterijski sojevi), multirezistentni *Acinetobacter baumannii, Clostridium difficile,* vankomicin-rezistentni enterokok (VRE) i norovirus imaju sposobnost da dugo prežive na površinama u bolničkom okruženju. Sposobnost mikroorganizama da prežive na različitim površinama u bolničkoj sredini značajan je zbog prenosa sa bolesnika ili zdravstvenog radnika u okolinu te na drugu osobu ili bolesnika. [6,7]. Detaljno čišćenje i dezinfekcija u bolničkoj sredini od izuzetnog su značaja jer kontaminirana okolina može služiti kao rezervoar potencijalnih patogena.

Kontakt je najčešći način prenosa infekcija povezanih sa zdravstvenom njegom. Razlikujemo direktni kontakt (fizički kontakt s bolesnikom) i indirektni kontakt preko kontaminiranog posrednog objekta (predmeti i oprema) ili osobe.

Način transmisije SARS-CoV-2 virusa, uzročnika COVID-19 je kontaktnim putem i to direktnim kontaktom (dodir, ljubljenje..), inderektnim kontaktom (putem kontaminiranih ruku ili putem kontaminiranih predmeta) i kapljičnim putem (kašljanje, kihanje, glasan govor..) te vazduhom, pri procedurama gdje se generiše aerosol (intubacija, aspiracija, bronhoskopija..) COVID pozitivnog pacijenta.

Cilj rada je da se predstave najčešće korištene metode dezinfekcije bolničke sredine tokom COVID-19 pandemije. Dezinfekcija površina, prostora, opreme i vazduha u bolničkoj sredini može se provoditi mehanički (ručno) ili aparatima. Da bi se djelotvorno uticalo na smanjenje pojave i kontrolu uzročnika bolničke infekcije, uz aktivno praćenje infekcije i prepoznavanje tipova rezistencije na antibiotike, važno je provoditi mjere izolacije bolesnika u posebnu sobu (tj. kovid odjeljenja u vrijeme pandemije SARS-CoV-2 virusom) te primjenjivati standardne mjere zaštite za sve bolesnike. Na taj način se sprečava širenje patogenih mikroorganizama na druge bolesnike i okolinu te pravilno provodi dezinfekcija i sterilizacija pribora i medicinske opreme.

Planirano i kontinuirano provođenje edukacije osoblja i bolesnika takođe je važan faktor prevencije širenja infekcija povezanih s bolničkom njegom. Tako je u vrijeme COVID-19 pandemije kontinuirana edukacija o pravilnoj upotrebi lične zaštitne opreme imala značajnu ulogu u prevenciji nastanka i sprečavanja širenja infekcije SARS-CoV- 2 virusom.

Prenos mikroorganizama sa bolesnika na površine u okolini odvija se putem kontakata kontaminiranih ruku, ako se ne provodi pravilna higijena ruku i/ ili putem kontakata bolesnika s njegovom okolinom, ako nije bila adekvatno očišćena i dezinfikovana. Pravilno provođenje higijene ruku utrljavanjem alkoholnog antiseptika ili pranjem ruku tečnim sapunom i vodom od izuzetnog je značaja u prevenciji intrahospitalnih infekcija. Pri tome je važno pridržavati se koncepta "Mojih pet momenata za higijenu ruku" prema uputstvu Svjetske zdravstvene organizacije te Smjernica za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama: prije kontakta s bolesnikom odnosno njegovom okolinom, prije aseptičkog postupka, nakon izlaganja riziku od kontaminacije tjelesnim tečnostima i izlučevinama bolesnika, nakon kontakta s bolesnikom te nakon kontakta s bolesnikovom okolinom ako i nije bilo kontakta s bolesnikom [8].

Čišćenje i dezinfekcija u bolničkoj sredini je značajna jer kontaminirana okolina može biti rezervoar potencijalnih patogena. Ručnom i hemijskom dezinfekcijom očisti se oko 50% površine bolničke sredine. Nakon čišćenja slijedi dezinfekcija površina, a primjenjuju se dezinficijensi prema stepenu djelotvornosti, zavisno od površina koje se dezinfikuju. Prema namjeni razlikujemo dezinficijense niskog, srednjeg i visokog stepena djelotvornosti. Ako je dokazana bolnička infekcija ili kolonizacija MDRO ili se radi o dokazanom SARS-CoV-2 virusu, za dezinfekciju površina upotrebljava se dezinficijens sa visokim stepenom dejstva. S obzirom na rizik od prenošenja infekcija i bolnički prostori se dijele na: prostore visokog rizika (jedinice intenzivnog liječenja, operacione sale) prostore srednjeg rizika (bolesničke sobe, hirurški odjeli) i prostori niskog rizika (čekaonice i hodnici) [9].

Metode čišćenja i dezinfekcije u vrijeme epidemije COVID-19

U Univerzitetskom kliničkom centru Republike Srpske (UKC RS) koriste se različite metode za čišćenje i dezinfekciju. U vrijeme Kovid pandemije, za dekontaminaciju površina i prostora (prije mehaničkog čišćenja), najčešće je korištena aerosolizacija hlornim preparatima (tzv. "prskalice"). Završnu dezinfekcija prostorija u kojima su boravili COVID-19 pozitivni pacijenti obavljana je vodonik peroksidom ("Cubic" aparat), UVC – zracima (Steripro - "robot" aparat) ili samofiltrirajućim i standardnim UV-lampama. Međutim uglavnom su se primjenjivali hlorni preparati za dekontaminaciju i dezinfekciju površina, opreme i pribora. Korišten je 99% natrijum dihlorizocijanurat dihidrat (NADCC), prema kineskom protokulu kao i natrijum hipohlorit (NaClO), u koncentracijama u zavisnosti od površine koja se tretira. Izrađen je i interni protokol „Plan za provođenje

dezinfekcije aerosolizacijom u JZU UKC RS u vrijeme trajanja COVID-19“ o načinu dezinfekcije aerosolizacijom za koje su korištene pumpe – „prskalice“. Prema Planu su svakodnevno dezinfikovani ulazi, koridori, holovi, liftovi, kontejneri te putevi kretanja pacijenata, a na ulazima su postavljene „dezo-barijere“. Za radnike koji su provodili dezinfekciju aerosolizacijom uveden je 24-časovni smjenski rad. Pripremu radnog rastvora svakodnevno su vršili stručni sradnici za sanitarne poslove iz Odjeljenja za kontrolu sredine i prevenciju intrahospitalnih infekcija UKC RS koji su vršili i nadzor i obuku za rad te pravilno korištenje lične zaštitne opreme osoblja. Rastvor hlornog preparata pripreman je svakodnevno te je čuvan u neprovidnim poklopljenim posudama da sunčeva svjetlost ne degradira hlorni preparat. Posude su označavane datumom i vremenom pripreme.
Dezinficijensi na bazi hlora proizvode inhibiciju enzimskih reakcija, denaturaciju proteina i inaktivaciju nukleinskih kiselina mikroorganizama; djeluju brzo, jeftini su i imaju širok spektar antimikrobnog djelovanja uključujući i bakterijske spore te predstavljaju dezinficijens izbora za dekontaminaciju izlučevina u bolničkoj sredini.
Na stabilnost hlornih preparata utiču:
- prisutnost jona teških metala
- nekompatibilnost sa katjoskim deterdžentima
- djelotvornost se smanjuje povećanjem pH rastvora
- temperatura rastvora
- prisustvo biofilma
- prisustvo organske materije (naročito ako se koristi u malim koncentracijama)
- ultrljubičasto zračenje [10].

Dezinfekcija vodonik – peroksidom

Vodonik peroksid predstavlja dezinficijens visokog stepena djelotvornosti. Dekontaminacija prostora vodonik peroksidom aparatom “Cubic” provodi se nakon prekida mjera izolacije u bolesničkim sobama, nakon otpusta bolesnika kod kojeg je izolovan MDRO kao što su multirezistentni *Acinetobacter baumannii,* MRSA, ESBL sojevi i VRE te kod proliva uzrokovanog sporama *C. difficile.* Takođe se prema indikaciji provodi nakon provođenja zaštitne izolacije te kod provođenja protivepidemijskih mjera u slučaju pojave bolničkih epidemija. Vodonik peroksid pokazao se veoma djelotvornim u dekontaminaciji bolničkih prostora, tokom 120-140 minuta svog djelovanja, dopire do svih površina, i onih teže dostupnih, uništavajući i redukujući broj mikroorganizama. Tokom aktivne faze dekontaminacije aparat ispušta aerosol koji se sastoji od 5 do 6 % H_2O_2, 50 ppm srebra (Ag) i 95 % dejonizovane vode. H_2O_2 ima oksidirajuće svojstvo koje uništava mikroorganizme putem hidroksil slobodnih radikala, a katjoni Ag inaktivišu mikroorganizme putem inhibicije sinteze bjelančevina. Aparat vrši dekontaminaciju medicinskog pribora, prostora i opreme; veličina prostora koja se može dezinfikovati kreće se od 10 do 200m^3. Tokom aktivne faze dezinfekcije, aparat ispušta H_2O_2 te se u prostoru stvara aerosol kojim se dezinfikuje sva oprema i površine. Jedan ciklus dekontaminacije traje oko dva sata. Nakon dezinfekcije prostor je siguran za ulazak novog bolesnika [9].

Priprema prostora za dezinfekciju H_2O_2:
Prostor u kojem je boravio COVID-19 pozitivan pacijent se prvo dekontaminira prskanjem rastvorom hlornog preparata te drži zatvoren najmanje 30 minuta, a potom otvore prozori i prostorija dobro provjetri, nakon toga pristupi se generalnom čišćenju i dezinfekciji svih površina, predmeta i namještaja uključujući i unutrašnjost ladica i polica uobičajenim sredstvima za čišćenje, a potom se:
- iz prostorije iznese smeće,
- poskida posteljina i drugi prekrivači (površine koje su prekrivene neće biti dezinfikovane),
- podignu dušeci na bolesničkim krevetima,
- otvore svi ormari, plakari i ladice,
- otkrije prekriveni namještaj i oprema,
- iznese prirodno cvijeće iz prostorije,
- zatvore prozori,
- aparat se postavi u adekvatan položaj (preporuka je da se aparat udalji od zida 30 cm i da se pravac kretanja aerosola usmjeri prema ostatku prostorije; vodeći računa da aparat ne bude u blizini protivpožarnog senzora i klime).

Uputstvo za rukovanje aparatom:
- usuti namjensko dezinfekciono sredstvo (do 1800 ml) u otvor na aparatu (koristiti lijevak),
- aparat priključiti na dovod električne energije,
- uključiti na prekidač koji se nalazi sa strane aparata,

- podesiti vrijeme dezinfekcije na displeju aparata (sat, minute, sekunde) – vrijeme dezinfekcije za prostor od 40 m^3 je 15 minuta (00:15:00); jednokrevetne sobe 11 minuta; dvokrevetne sobe 15 minuta; trokrevetne sobe 22-29 minuta,
- dva puta pritisnuti strelicu na aparatu kao potvrdu da aparat počinje sa radom, nakon čega treba da se oglasi zvučni signal koji traje 20 sekundi,
- napustiti prostoriju i zatvoriti vrata,
- u prostor se ne ulazi za vrijeme dezinfekcije; u toku rada aparat proizvodi jači zvuk (samo u početku, u podešenom vremenu), nakon prestanka zvučnog signala ne ulaziti u prostor još 2 sata,
- na vrata sobe postaviti oznaku „Molimo ne ulazite, dezinfikcija u toku“ sa označenim vremenom trajanja dezinfekcije,
- poslije dezinfekcije dobro provjetriti prostoriju,
- ukoliko se aparat ne planira koristiti u narednom periodu (npr.u narednih mjesec dana) iz aparata se može vratiti dezinfekciono sredstvo ponovo u kanister (putem cjevčice sa strane aparata),
- tokom rukovanja sa aparatom koristiti zaštitnu opremu (maska i rukavice) [9].

Dezinfekcija ultraljubičastim zracima

Istraživanja su pokazala da bolničke infekcije u Evropi obuhvate oko 3,2 miliona ljudi godišnje od toga su direktno odgovorne za 37.000 smrtnih slučajeva, pri tome uzrokuju 16 miliona dodatnih dana bolničkog liječenja i koštaju oko 5,5 milijardi evra [11-13].

Ultraljubičasto zračenje (engl. *Ultraviolet*, UV) predstavlja zračenje sa talasnim dužinama manjim od vidljivog zračenja i dijeli se na blisko (380-200 nm, NUV), daleko ili vakuumsko (200-10 nm, FUV ili VUV) i ekstremno (1-31 nm, EUV ili XUV) zračenje. Kada se ispituje njegovo djelovanje na ljudsko zdravlje i okolinu, UV zračenje se obično dijeli na UVA (400-315 nm) ili dugotalasno, UVB (315-280 nm) ili srednjetalasno i UVC (< 280 nm) ili kratkotalasno *(germicidno)*. U spektru Sunčevog zračenja na ultraljubičasto zračenje otpada samo 10% energije. UVC-zraci ne prodiru do površine Zemlje, pa tako ni do naše kože, jer se apsorbuju u ozonskom sloju atmosfere. UVA i UVB zraci prodiru kroz vanjski sloj kože i izazivaju oštećenja kao što su: opekotine, rak kože, alergiju i sl. Oštećenju ćelija kože naročito su izloženi ljudi svijetle puti [14].

Kliničko ispitivanje koje je provedeno na uzorku od 36.000 bolničkih dana, utvrdilo je da je upotreba UVC dezinfekcije značajno smanjila broj bolničkih infekcija (razlika u incidenciji, 1-3/1.000 bolničkih dana, smanjenje od 34,2%).

Savremeni UVC „robot“ aparati značajno štede vrijeme dezinfekcije, u trajanju od 10-20 minuta u zavisnosti od veličine prostorije, u odnosu na klasične UVC – lampe čije je vrijeme djelovanja od 6-12 sati. Rad UVC „robot“ aparata se odvija preko tablet softvera tako da nije potreban stalni nadzor, a u svakom trenutki je moguće provjeriti koji prostor je dezinfikovan i ko je operater. Softver mjeri veličinu prostorije koju treba dezinfikovati, te prema datim podacima, izračunava optimalno vrijeme potrebno za djelotvornu dezinfekciju. Optimalno vrijeme za dezinfekciju bolesničke sobe je oko 10 minuta, a za operacionu salu oko 20 minuta. Nije potrebno pomijerati uređaj unutar prostora jer dostiže sve izložene površine u jednom ciklusu dezinfekcije. Nakon završenog ciklusa gasi se automatski, a u toku ciklusa detektuje sve pokrete osoblja i takođe se gasi automatski.

Poređenjem sa aparatima za beskontaktnu dezinfekciju vodonik-peroksidom, može se značajno uštediti vrijeme za dezinfekciju prostora za više od dva sata.

Priprema prostora za dodatnu dezinfekciju UVC zracima nakon boravka COVID pozitivnog pacijenta:

- prostor prvo dekontaminirati prskanjem rastvorom hlornog preparata te držati zatvoren najmanje 30 minuta, potom otvoriti prozore i prostoriju dobro provjetriti, nakon toga pristupiti generalnom čišćenju i dezinfekciji svih površina, predmeta i namještaja uključujući i unutrašnjost ladica i polica uobičajenim sredstvima za čišćenje,
- iz prostorije iznijeti smeće,
- poskidati posteljinu i druge prekrivače (površine koje su prekrivene neće biti dezinfikovane – neće prodirati UVC zraci),
- podići dušeke na bolesničkim krevetima,
- otvoriti sve ormare, plakare i ladice,

- otkriti prekriveni namještaj i opremu,
- iznijeti prirodno cvijeće iz prostorije,
- zatvoriti prozore,
- isključiti ventilacine sisteme (periferne i split sistem klima uređaje te voditi računa da aparat nije pozicioniran ispod ventilacionog otvora),
- u toku rada aparata ne smije se ulaziti u prostor koji se dezinfikuje (automatski se prekida proces dezinfekcije),
- izbjegavati posmatranje rada aparata kroz staklene površine (oštećuje vid),
- nakon završene dezinfekcije zaostaje miris ozona pa se prostorija treba provjetriti nakon čega je spremna za upotrebu [15].

Zaključak

Bolničke infekcije se najčešće prenose preko kontaminiranih ruku zdravstvenih radnika; putem direktnog ili indirektnog kontakta. Značajan je prenos i respiratornim kapljicama i vazduhom - aerosolizacija u zatvorenom prostoru te procedurama gdje se generiše aerosol. U prenosu patogenih mikroorganizama važnu ulogu imaju kontaminirane površine jer na površinama u bolničkoj sredini patogeni mikroorganizmi mogu preživjeti duže vrijeme. Mehanička (ručna) dezinfekcija nije uvijek dovoljna u kontroli širenja bolničkih infekcija. Djelotvornost mehaničke dezinfekcije zavisi o ljudskom faktoru, pravilnom odabiru dezinficijensa, njegove pravilne distribucije po svim površinama u određenom kontaktnom vremenu te metod izvođenja postupka. Dezinfekcija aparatom osigurava dezinfekciju površina koje se često zanemaruju kao što su utičnice, prekidači, radijatori, kvake na vratima te teško dostupna mjesta. Prednost dekontaminacije površina u bolničkoj sredini aparatima za dezinfekciju je u tome što ne oštećuje medicinski pribor i opremu te ne ostavlja rezidue, stoga se može dezinfikovati i visokosofisticirana oprema. Nakon završenog procesa dezinfekcije prostor je siguran za ulazak novog bolesnika i osoblja. Tokom COVID-19 epidemije, u našoj ustanovi, dezinfekcija aparatima aerosolizacijom i UVC zracima bila je jedna od najsigurnijih metoda dekontaminacije i završene dezinfekcije prostotra, opreme i površina kontaminiranih Korona virusom. Uz svakodnevno provođenje higijene ruku i pridržavanje preporuka “Mojih pet trenutaka za higijenu ruku” SZO te preporuka aseptične tehnike rada, važno je temeljno mehaničko čišćenje i dezinfekcija bolničke okoline, naročito okoline u neposrednoj blizini bolesnika. Potreban je dobar program unapređenja higijene okoline te kontinuirana edukacija i trening osoba koje učestvuju u provođenju higijene, kao i osoba koje vrše kontrolu i nadzor. Dobri programi nadzora i kontrole smanjuju pojavu bolničkih infekcija, smanjuju smrtnost, dužinu boravka bolesnika u bolnici te troškove povezane s hospitalizacijom.

Literatura

1. Damani N. Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija. Prijevod trećeg izdanja. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
2. Šarić M, Buljubašić A, Žunić LJ, et al. Mjere za sprečavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija s osvrtom na pravnu regulativu u Republici Hrvatskoj. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [internet]. 2013; 9:(35): 158–175. Dostupno na: https://hcjz.hr/index.php/hcjz/issue/view/15 (pristupljeno 4. svibnja 2017.).
3. Gordts B. Models for organisation of hospital infection control and prevention programmes. Clin Microbiol Infect. 2005; 11: 19–23.
4. Bhalla A, Pultz NJ, Gries DM, et al. Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environmental surfaces near hospitalized patients. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004; 25: 164–167.
5. Dancer SJ. The role of environmental cleaning in the control of hospital-acquired infection. J Hosp Infect. 2009; 73: 378–385.
6. Dancer SJ. Mopping up hospital infection. J Hosp Infect. 1999; 43: 85–100. 8. Dancer SJ. Importance of the environment in meticillinresistant Staphylococcus aureus acquisition: the case for hospital cleaning. Lancet Infect Dis. 2008; 8: 101–113.
7. Dancer SJ. Importance of the environment in meticillinresistant Staphylococcus aureus acquisition: the case for hospital cleaning. Lancet Infect Dis. 2008; 8: 101–113.
8. Kalenić S, Budimir A, Bošnjak Z, et al. Smjernice za higijenu ruku u zdravstvenim ustanovama. Liječ Vjesn. 2011; 133: 155–170.
9. Grgurić D. i sur. Dekontaminacija površina u bolničkoj sredini vodikovim peroksidom u KB Dubrava. JAHS. 2017; 3(1): 99-106.

10. Nizam Damani, Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija, 4. izdanje
11. ECDC point prevalence survery of healthcare-associated infections and antimicrobal use in acute care hospitals: 2011 – 2012 point prevalence survey: https://ecdc: europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobal-use-PPSpdf
12. Carling PC, Parry MF, von BeherenSM:Healthcare Environmental Hygiene Study Group. Identifyng opportunites to enhance environmental clearing in 23 acute care hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 2008:29:1-7. Dostupno na https:/www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18171180.
13. W. Kowalski, Ultraviolet Germicidal Irradiation Handbook, 17 DOI 10.1007/978-3-642-01999-9_2, C Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009.
14. https://sh.wikipedia.org/wiki/Ultraljubičasto_zračenje
15. Nathanael A. Napolitano MPH, Mahapatra MBBS, Weiming Tang MD, PhD: The effectiveness of UV-C radiation for facility – wide environmental disinfection to reduce health care acquired infections, American Journal of Infection Control 43 (2015) 1342-6.

PORODJAJ U VODI

Danica RADULOVIĆ, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije,
Diplecc mng u zdravstvu master vss Vera SIMIĆ, Medicinska škola ,,Beograd'' Beograd, Udruženje zdravstvenih profesionalaca Srbije

Uvod:
Jedna od glavnih prednosti porodjaja u vodi je ublažavanje bolova koje voda omogućava. Pomaže da se smanji pritisak u ledjima i kukovima majke, takodje topla voda pomaže da se opuste mišići i smanji stres. Medjutim postoje i rizici kod porodjaja u vodi. Npr: može doći do infekcije, jer u vodi mogu biti prisutne bakterije. Ukoliko trudnica donese odluku da želi da se porodi u vodi mora se konsultovati sa lekarom.

Cilj rada:
Cilj je upoznavanje sa načiniom porodjaja u vodi, i dužnostima ginekološko akušerske sestre.

Diskusija:
Iako nije čest slučaj, porodjaj u vodi ima svoje prednosti jer voda u kojoj se trudnica nalazi pomaže na nekoliko načina. Relaksirajuće, ako je žena jako napeta, trudovi mogu postati ne pravilni i zato porodjaj ne može pravilno napredovati. Kada se žena opusti prilikom radjanja, hormoni stresa se smanjuju a oksitocin i endorfin (porodjajni hormoni) mogu neometano delovati. Voda takodje pomaže u kretanju i na taj način žena može lakše doći u položaj koji joj odgovara. Porodjaj u vodi nije dobar za trudnicu ukoliko ima zdravstvenih problema kao što su dijabetes, srčane bolesti, bubrežne bolesti, ako ima povišeni krvni pritisak, i ako ima ozbiljnu preklampsiju (jako visok krvni pritisak I belančevine u mokraći. Temperatura vode je približna temperaturi tela 35-37,7 stepeni. To je temperatura koja može da ublaži bol i stimuliše prirodne kontrakcije. Viša i niža temperatura, pored toga što ne prija trudnici, može negativno da se odrazi na plod. Npr: viša temperatura može da dovede do ubzanog rada srca ploda.

Zaključak:
Primećeno je da porodjaj u vodi iako kontrakcije vremenom postaju jače i regularne (što ubrzava otvaranje grlića), trudnica ih subjektivno dozivljava, takodje ih blaže i lakše podnosi. Takodje pod uticajem tople vode i manjeg stresa zbog blažih bolova mišići postaju opušteniji i lakše se otvaraju.

Ključne reči: trudnica, porodjaj u vodi, relaksacije, trudovi, temperatura vode

Način prezentovanja: poster

KOMPLIKACIJE KOD PACIJENATA SA UDRUZENIM KOMORBIDITETIMA U ORTOPEDIJI NAKON PANDEMIJE COVID 19

Miljan STOJANOVIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd, Srbija
Ivica KOVAČEVIĆ, Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd, Srbija

***Uvod*:** Covid 19, virus koji pripada porodici korona virusa poznatijih kao SARS Cov 2. Korona virus je prouzrokovao pandemiju koja je promenila svima zivote i naterla nas da promenimo vecinu zivotnih navika .
Od 2020-te godine kada je proglasena pandemija sirom sveta ovaj virus je uticao na sve strukture u drustvu zdravstvo, školstvo, ekonomiju i ostale segmente društva.
Od svih struktura, zdravstvo je pretrpelo najveci udar i najveću štetu .

Korona virus je najviše pravio štete hroničnim pacijentima koji su imali neke udružene bolesti i na udaru su najpre bili pacijenti sa kardiovaskularnim bolestima, zatim respiratornim bolestima i osobe sa dijabetesom. Zbog prevelikog broja pacijenata mnogi pacijenti sa hronicnim bolestima i koji nisu bili zarazeni su poremetili svoje ustaljene kontrole svojih bolesti što je za rezultat u kasnijem periodu dalo dosta komlikacija kada smo se vratili normalnom zivotu i naucili da živimo sa njim.

Kod pacijenata sa dijabetesom svaka infekcija moze poremetiti dobru glikoregulaciju, a što je glikoregulacija lošija to su veće šanse da dodje do komplikacija te bolesti.

Najveci broj pacijenata koji se javljao ortopedu, a nije bilo zbog koštano zglobnih trauma, posle infekcije korona virusom je bolovao od dijabetesa . Među dijabeticarima koji su se javljali na kontrole nakon pandemije je bilo i onijh koji su već imali komplikacije ali su se zbog neregulisanog dijabeta pogoršale.

Glavne komplikacije dijabetesa uzrokovane korona virusom, a koje su vezane uzročno posledično za ortopediju su kardiovaskularni problemi. Periferni krvni sudovi su među prvima na udaru i samim tim kada je neki deo tela, u ovom slučaju donji ekstremiteti, nedovoljno ishranjen dolazi do stvaranja rana i veoma teskog zarastanja istih.

Ovakvo stanje kod pacijenata se naziva dijabetično ili dijabetsno stopalo i neretko se zavrsava amputacijom jednog dela ekstremiteta a lečenje traje dugo.

Ovakve poremecaje u cirkulaciji mogu izazvati i krvni ugrusci , koji su se vrlo često javljali kao posledica infekcije korona virusom i izazivali tromboembolije kod zaraženih pacijenata . Lečenje je iziskivalo ubacivanje u terapiju niskomolekilarnih heparina i redovno kontrolisanje nivoa d-dimera.

Kod blažih slučajeva je dovoljno samo previjati ranu i odrzavati higijenu stopala. Kod tezih oblika je neophodna i hirurska intervencija ili vise njih, kako bi se sprečilo dalja nekroza tkiva. Iz dugogodisnjeg iskustva lekara, medicinskih sestara i tehničara na ortopediji, ovakve komplikacije su se tretirale hipertonicnim rastvorima i uobičajenim dezinfekcionim procedurama . Kao i u drugim aspektima ortopedije nastojimo da uvodimo novine u lečenju raznim preparatima kako bi poboljšali kvalitet zivota pacijenata.

U radu sa pacijentima koji dolaze zbog dijabeticnog stopala kod ortopeda je veoma bitno da se pacijent edukuje kako da se ponasa kod kuće i koliko su bitne redovne kontrole .

Zdravstveno osoblje koje radi u previjalistima zbog svog dugogodisnjeg iskustva ima veliki značaj u edukaciji pacijenata.
Jednostavnim savetima kao što su održavanje lične higijene, položaja u krevetu, zaštitom rane pri svakodnevnim aktivnostima, zabranom oslonca i drugim preporukama, možemo pomoći u samom toku bolesti.
Edukacijom pacijenata i redovnim kontrolama sprečavamo mnoge teže oblike bolesti.

Cilj rada je ukazati povećan broj komplikacija bolesti kod pacijenata sa dijabetesom zbog posledica pandemije Covid-19.

Materijal i metode koje su korišćene podrazumevaju redovno znanje mdicinskog osoblja na odeljenjima otropedije , kao i višegoišnje iskustvo u radu sa pacijentima.

Zaključak

COVID – 19 je imao jak uticaj na održavanje kontinuiteta lečenje pacijenata sa komorbiditetima zbog manjka osoblja i poteškoća kod zakazivanja regularnih pregleda.

Ortopedija kao jedna od grana hirurgije se bavi najčesce traumom, ugradjivanjem endoproteza ali i lecenjem pacijenata koji su imali tu nesreću da ih korona virus zarazi i izazove niz udruženih komplikacija, vaskularnih i internističkih .

Znacaj edukacije pacijenata o njihovoj osnovnoj bolesti ali i o korona virusu je veliki jer bi mogao da spreci eventualno ponovno zagusenje zdravstvenog sistema koje može imati za posledicu ugrozavanje njihovog zdravstvenog stanja I lecenja!

Ključne reči: *Covid-19, zdravstvo,dijabetes, dijabetesno stopalo, komplikacije, otropedija*

УЛОГА МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ У ПРЕВЕНЦИЈИ, ЛЕЧЕЊУ И ЕДУКАЦИЈИ ОБОЛЕЛИХ ОД РАКА ДОЈКЕ

Тања МИТРОВСКА, ЈЗУ-Универзитетска клиника за радиотерапију и онкологију-Скопље
Гордана ПАНОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Гордана КАМЧЕВА-МИХАИЛОВА, Факултет медицинских наука-Универзитет, Гоце Делчев, Штип, С. Македонија
Благица ПАНОВА, ПЗУ-Физио-медицина-Кочани

Abstract
Breast carcinoma is the most commonly malignant disease in women and is the second cause of death from cancer in women.It appears as a result of modification and uncontrolled proliferation of a group of cells that make up the breast tissue.The number of women suffering from and dying from breast cancer increases with age, significantly after the age of 45,and mostly over 50 years of age.Most breast cancer patients can be cured if diagnosed at an early stage and treated correctly.
The purpose of this work is the early detection and prevention of breast carcinoma,by conducting a breast examination,increasing women's awareness of timely detection and treatment of malignant and premalignant conditions,which will reduce the incidence and mortality of this disease.

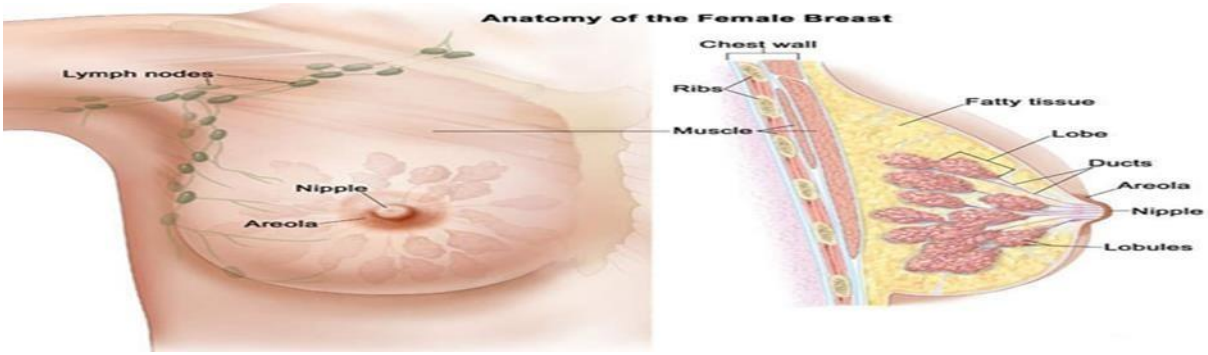
Key words: breast cancer prevention,education,screening.

Апстракт:
Карцином дојке је најчешћа малигна болест код жена и други је узрок смрти од рака код жена.Настаје као резултат модификације и неконтролисане пролиферације групе ћелија које чине ткиво дојке. жена оболелих и умирућих од карцинома дојке расте са годинама, значајно после 45. године, а углавном преко 50. године. Већина пацијената са раком дојке може се излечити ако се дијагноза постави у раној фази и се правилно лече.Циљ овог рада је рано откривање и превенција рака дојке, спровођењем прегледа дојке, подизање свести жена о благовременом откривању и лечењу малигних и премалигних стања, чиме ће се смањити инциденца и морталитет од ове болести.

Кључне речи: рак дојке, превенција, едукација, скрининг.

Увод

Карцином (рак) дојке представља прелазак здравог ткива дојке у малигно или болесно ткиво. У овом раду ћемо се осврнути на рак дојке као једну од најчешћих болести код жена у последње време. Постоје одређени фактори ризика који изазивају рак дојке као што су старост, позитивна породична анамнеза, бенигни тумори у личној историји, фактори репродукције, телесна тежина, зрачење. Ризик од болести код жене се повећава како она улази у менопаузу. Сви фактори ризика се могу поделити на факторе који се могу променити и факторе који се не могу мењати. Спровођењем одређених превентивних мера, могућност оболевања се може смањити, али се не може искључити. Самопреглед дојке је један од најједноставнијих метода превенције рака дојке који може открити симптоме рака дојке и реаговати брзо. Клиничко одређивање стадијума рака дојке, његових врста зависи од лечења и резултата лечења, чиме се рак дојке открива веома рано. Сходно томе, метода лечења рака дојке се дели на хируршко лечење, хемотерапију, радиотерапију и хормонску терапију. Тимски рад је веома важан у превенцији и лечењу карцинома, који укључује широк спектар стручњака и стручњака, укључујући и медицинску сестру. Медицинска сестра учествује у припреми операције у процесу спровођења здравствене заштите након операције, и обавља превентивну примарну заштиту. Основна улога медицинске сестре као члана тима који спроводи превентивни програм усмерен на превенцију настанка карцинома дојке, препознавање рака дојке у раној фази и упућивање пацијенткиње на адекватан третман. Патронажна сестра учествује у превентивним програмима за превенцију рака дојке и својим активностима помаже женама у стицању потребних знања и помоћи у прихватању неприхватљивог здравственог понашања.



Слика 1. Анатомија дојке
Figure 1. Breast anatomy

У уводном делу биће дат увод кроз дефинисање болести карцином дојке, шта представља и коју популацију најчешће погађа. Постоји разлика између бенигних и малигних тумора. Разлика између бенигних и малигних тумора је значајна. Бенигни тумори су састављени од нормалних ћелија, нису праћени знацима локалне инфилтрације и нема метастаза, односно одвајања делова тумора и његове филтрације у другим органима, док су малигни тумори сушта супротност. Дојка је парна жлезда карактеристична за женски род, а састоји се од жлезда, масног ткива и везивног ткива. Дојка је подељена на четири сегмента, што олакшава локализацију рака. Најчешћа локализација је горњи бочни квадрант где се налази највећи број жлезда. Уколико жена примети било какву абнормалну промену на дојци у виду кржвице, промену боје брадавице, исцедка и сл., важно је да се што пре јави лекару ради утврђивања дијагнозе. За постављање специфичне дијагнозе користе се разне додатне методе као што су мамографија, ултразвук, магнетна резонанца, биопсија и пункција. Постоји национални програм за рано откривање рака дојке који се састоји од три циља: смањење морталитета жена оболелих од рака дојке, откривање рака дојке у раној фази и побољшање квалитета живота већ оболелих жена. .([1] I. Bradić i sur.: Kirurgija, Medicinska naklada, Zagreb, 1995).

Сврха рада

Сврха овог рада је да се утврди улога патронажне сестре као једног од здравствених радника који сарађује са осталим члановима мултидисциплинарних тимова у примарној здравственој заштити, а њена улога је прикупљање података о психофизичком и социјалном функционисању појединаца. Такође, у овом раду биће анализиран степен оболелих од рака дојке, начин лечења, број излечених и умрлих лица и образовање. Дипломирана медицинска сестра је и спона између пацијената и лекара. Медицинска сестра утврђује потребу за образовањем и спроводи га на примеран начин. Патронажна сестра мора да поседује и одређене вештине за подршку, подучавање, подршку и удобност, утврђивање потреба здравствене заштите. Наравно, треба напоменути да је комуникација пацијента са породицом веома важна. Патронажна сестра стално ради у здравственом тиму и ван њега, због чега своју улогу може да испуни на бољи начин. Свакодневно сарађује са лекаром опште медицине, учествује у кућним посетама и друго. Такође, патронажна сестра мора обавестити лекара о свим новим информацијама о болести. О степену здравствене заштите одлучује се у договору са лекаром.

Кратак преглед рака дојке, лечење, лечење
Епидемиолошке студије утврђују неколико различитих фактора за настанак рака дојке. Међу њима су описане старосне и породичне предиспозиције, хормонски утицаји, исхрана, фактори репродукције, зрачење. Важне су и антропометријске карактеристике као што је повећање телесне тежине.карцином дојке се јавља пре 30. године живота жене. Рана менарха, касна менопауза, недостатак деце или касно прво дете доприносе повећању ризика од рака дојке. Жене које су родиле прво дете после 30. године имају двоструко већи ризик од жена које су родиле пре 10. године. Дојење детета смањује ризик ако жена доји дуже од годину дана, па се може рећи да је један од заштитних фактора у настанку и развоју рака дојке. Породичне предиспозиције се наслеђују аутозомно доминантно од оба родитеља. У породицама у којима је рак дојке честа појава пронађена су два гена БРЦА1 и БРЦА2, који су гени од великог значаја и њихове мутације су бројне и заузимају различита места у ланцу ДНК. БРЦА1 и БРЦА2 имају својства гена за супресор тумора, што значи да мутације отварају пут малигној трансформацији. Предуслов за трансформацију дојке из нормалне у малигну је губитак хетерозиготности, тумор супресорски ген локус (ЛОХ).

Велики утицај има улога естрогена и прогестерона (женског полног хормона). Естроген се може узимати као хормон за спречавање трудноће и као додатна терапија. Истраживање здравствене организације Сет показује да се уз дужу употребу оралних контрацептива повећава ризик од рака за 1,3 - 1,5% код жена од четрдесет до педесет година.
Због диференцијације епителних ћелија током трудноће, под утицајем хормона који се луче, расте отпорност на канцерогене супстанце. Карцином се јавља када ћелије рака нападају недиференциране ћелије које се размножавају.

Резултати појединачних истраживања указују на утицај исхране као могућег фактора ризика, посебно исхране која садржи животињске масти и месо. Исхрана са високим садржајем масти која се конзумира током детињства и адолесценције може играти улогу у повећању ризика од рака дојке. С друге стране, неки резултати указују да мањи унос енергије током раста може допринети смањењу ризика од рака дојке. Оно што доприноси смањењу ризика од развоја рака дојке јесте исхрана заснована на воћу и поврћу, витаминима и антиоксидативним састојцима.

Прва истраживања указују на повећање ризика од оболевања од рака дојке са максималним бројем негативних утицаја у адолесценцији и раном развојном периоду. Најновија истраживања потврђују да су жене много осетљивије на зрачење у детињству него у адолесценцији и одраслом добу ако је терапија зрачењем спроведена за неки други малигнитет, али ако је коришћена хемотерапија, ризик је мањи јер хемотерапија често смањује производњу хормона.

Рак дојке се обично манифестује као безболна квржица у дојци. Бол се јавља код 30% пацијената. Може доћи до крвавог исцедка из дојки, повлачења и отока брадавица, као и упале у пределу тумора. У случају захваћености регионалних лимфних чворова може се видети или палпирати (у зависности од локализације и степена захваћености) у аксиларном и супраклавикуларном региону.Добро организован и вођен програм за рано откривање рака дојке мора бити научно засновано, дугорочно исплативо уз примењену методу добре праксе. За жене обухваћене скринингом код којих ће се открити промене треба обезбедити адекватну даљу дијагностику и лечење.

Патронажна сестра је веза између пацијента и здравствених радника у тиму људи који лече оболеле.Такође, сврха истраживања је да се види да ли патронажна сестра мора да види факторе који утичу на социјални, економски и здравствени статус. становништва и породице. У сарадњи са породичним лекарима, социјалним службама, другим здравственим установама и друштвеним организацијама, као и сопственом посвећеношћу послу, помаже у решавању проблема и заштити интереса пацијената. Основна одлика патронажних сестара и оно по чему су препознатљиве и различите од других медицинских сестара је то што се делатност одвија ван здравствених установа, најчешће у кући пацијента, а њихова оптималност у раду се постиже као резултат сарадње у највећој мери. могуће.. Квалитетан рад патронажних служби је веома важан фактор за заштиту пацијената и очување здравља становништва. Једно од највећих значења медицинске сестре у преводу је да је она образована особа у области рака дојке. Такође, патронажна сестра игра веома велику улогу у тиму вишеструкости. Они представљају веома важну карику у области медицине. У раду главни извори података који ће се користити су подаци из анкетних упитника оболелих од рака дојке, затим извештаји лекара и медицинских сестара које попуњавају пацијенти.

Други извори су налази из патолошких цитолошких лабораторија и онколошких одељења, као и део података о умрлим особама које је дао Државни завод за статистику. Подаци за овај рад коришћени су за период од последњих 5 година и биће приказани у посебним табелама и дијаграмима. Табеле са подацима за 2019. годину према полу, старости, примарној локализацији, хистолошком типу, стадијуму болести према дијагнози, здравственом региону и месту становања, али би било и према здравственим организацијама које достављају податке.

Резултати

Из досадашњег делимичног истраживања, инциденца указује да се у датој календарској години дијагностикују и уписују нови случајеви рака дојке. Статистичка инциденција се рачуна на 100.000 становника. У раду је дат и број и стопе морталитета од малигних неоплазми према полу, старости и примарној локацији.

Табела 1. Број регистрованих пацијената за 2018, 2019, 2020. Годину

Година	2018	2019	2020
Број на пријавени пациенти	2019	2952	3480
вкупно	8451		

Табела 2. Најчешћа малигна обољења у процентима током овог трогодишњег периода,

Дијагноза во %	2018	2019	2020
Рак на дојка	31%	34%	34%
малигна неоплазма на бронхии и бел дроб	14.8%	12%	12%
малигна неоплазма на простата	8.7%	11.7%	9.3%

Табела 3. Заступљеност по полу

Пол	2018	2019	2020
женски	47%	44.4%	44.4%
машки	53%	55.6%	55.6%

Дискусија

У наведеним подацима обрађено је 2580 захтева за 2018. годину, 2020 захтева за 2019. и 2952 за 2020. годину, односно за период од 2018. до 2020. године обрађено је укупно 8.451 захтева. Од дванаест најчешћих малигних болести приказаних у процентима током овог трогодишњег периода, највећи проценат је рак дојке, са 31% у 2018. и 34% у 2019. и 2020. години. Следе малигне неоплазме бронха и плућа са заступљеношћу од 14,8% у 2018. и 12% у 2019. и 2020. години. На трећем месту по заступљености је малигна неоплазма простате (8,7% у 2018, 11,7% у 2019. и 9,3% у 2020). У погледу дистрибуције по полу, женска популација је процентуално заступљенија од мушке са 53% за 2018. и 2019. и 55,6% у 2020. години. Код жена је на првом месту рак дојке, а код мушкараца рак плућа.

Закључак

Рак дојке је најчешћа малигна болест код жена и водећи узрок смрти и глобални је проблем, јавља се углавном старијих од 50 година. Већина пацијената са раком дојке може се излечити ако се дијагноза постави у раној фази. и правилно се лече Само придржавањем мера здраве исхране, смањењем фактора ризика од рака дојке као што су пушење и алкохол и редовним вежбањем, биће могуће побољшати квалитет живота пацијената.

Коришћена литература

1. Кумар,В, Абас,А .К., Фаусто, Н., Мичел,Н.Р.(2010).Основи на патологија според Робинс.
2. Онкологија со радиотерапија/ авторизирани предавања/проф. Д-р Јихе Зху/Универзитет „Гоце Делчев’’-Штип/ Факултет за медицински науки/ Општа медицина.
3. Министерство за здравство на Р.С.Македонија-Програма за рана детекција на малигни заболувања
4. Министерство за здравство на Р.С.Македонија-Упатство за медицинско згрижување при рак на дојка
5. Радиотерапија и онкологија/авторизирани предавања/проф. Д-р Снежана Смичкоска/Универзитет „Св Кирил и Методиј’’-Скопје/Факултет за медицински науки
6. Министерство за здравство на Р.С.Македонија-Програма за рано дијагностицирање и лекување на ракот на дојка
7. M. Turić, K. Kolarić, D. Eljuga: Klinička onkologija, Nakladni zavod Globus, Klinika za tumore, Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1996.

ЗДРАВСТВЕНО ПОНАШАЊЕ И ВАСПИТАЊЕ ЗА ЗДРАВЉЕ СРЕДЊОШКОЛАЦА

Јелена МИЛОВИЋ, Медицинска школа“ Београд“ Београд
Вера СИМИЋ,Медицинска школа“ Београд“ Београд

Увод

Здравствено понашање је свако понашање или активност коју особа предузима да би очувала, побољшала или задржала своје здравље. Здравствено понашање помаже људима да сачувају здравље, ефикасније се лече и боље се прилагоде.
Понашање подразумева вољне и невољне активности, условљене рефлексе, навике, обичаје, научене одговоре, адаптацију на промене.
Категорије понашања у вези здравља су:

1. Здраво понашање- понашање здраве особе која предузима све мере и поступке у циљу очувања здравља.
2. Болесно понашање- понашање болесне особе која предузима све мере и поступке и прихвата све препоруке како би оздравила.
3. Понашање “болесне улоге”- представља понашање особе која себе сматра болесном и спроводи низ мера и поступака у циљу оздрављења, а да при том не постоји објективни доказ о поремећају његовог здравља.
4. Понашање под ризиком- представља понашање особе која је упозната са негативним ефектима деловања неких фактора ризика по здравље, али свесно се и даље понаша на одређени начин који подразумева ризични утицај по здравље неведених компоненти.
5. Понашање узимања ризика- понашање особе која је упозната са негативним ефектима одређеног фактора ризика и настоји да их избегава.

Средњошколци (узраст 15-19 година) се налазе у највулнерабилнијем периоду младости, у периоду формирања здравих, али и нездравих навика. Они се налазе у кључном периоду за стицање и развој животних вештина помоћу којих се могу стећи здраве животне навике, одупрети притисцима вршњака или оних који не брину о здрављу, повећати одговорност за властито здравље и све ово применити у свакодневном животу.

Циљ рада је стицање знања које ће допринети очувању и унапређењу здравља средњошколаца.

Материјал и методе

Дескрипција појмова; анализа домаће и стране литературе с циљем добијања што више информација и у те сврхе коришћени су сајтови, часописи, извештаји за поменуту тему.

Резултати

Васпитање за здравље базирано на вештинама се на различите начине може укључити у школски наставни програм. То може бити: основни предмет у наставном програму; изборни или факултативни предмет у ширем наставном програму; може бити прикључено и повезано са темом другог предмета – нпр. проблеми здравља у друштву, у оквиру једног од природно-научних стручних предмета или може се понудити и као ваннаставни програм.

Без обзира на позицију, наставници и особље у школи из широког спектра предмета и активности треба да се укључе у здравствено образовање базирано на вештинама како би спровели акције које воде здрављу у ширем школском окружењу.

Млади, њихово здравље и здравствено понашање представљају области које, било појединачно или у међусобној повезаности, окупирају последњих година значајну пажњу стручњака како у низу медицинских дисциплина, тако исто и социолога, психолога, педагога, правника и других. Иако постоје одређене разлике

у приступу овим проблемима па и у погледу дефинисања појединих појмова постоји скоро апсолутни професиони концензус о значају младости као животног периода, па стога и о значају едукативних, здравствено-промотивних, превентивних, заштитних и других мера усмерених на категорију младих. Појмови „млади", „младост" различито се, у различитим околностима, разграничавају од других старосних периода. Једна од најчешћих употреба јавља се у социолошком контексту и обухвата период од 13 до 19 година. Међутим, Конвенција о правима детета у члану 1 дефинише дете„као свако људско биће које није навршило 18 година, уколико се по закону који се примењује на дете, пунолетство нестиче раније". Управо та зона прелаза између детета и одрасле особе представља најзначајнију карактеристикуовог периода и простор највеће вулнерабилности. Често се у литератури, због свог посебног вишеструког значаја издваја период адолесценције, лоциран у старосном интервалу од 12 до 18 година, за који се каже да је „прелаз између детињства и одрастања и најзначајнији је по рапидним променама које захватају све области: физичке, биолошке и социјалне". У свом ширем контексту, термин „млади" односи се на старосну групу од 15 до 24 године.

Детаљније анализе као и поређења међу земљама везани за здравље и здравствено понашање ове групације повезане су са низом методолошких проблема и тешкоћа. Националне и демографске статистике, које иначе пружају вредне информације, најчешће не посматрају овај период као посебан а због различитих старосних интервала који се узимају отежана су и накнадна израчунавања. Због тога је свака студија фокусирана на овај старосни интервал изузетно значајна.

Здравље младих представља и физички капацитет младих (способност, спремност, виталност); психолошко функционисање (позитивна очекивања од будућности, способност учења, самопоштовање); социјалне везе (пријатељи, сексуални живот, избор партнера); околинске потенцијале (могућности да се стекну нове информације и вештине, могућности за активности у слободном времену и слично) и најзад здраво понашање или стил живота. Генерално посматрано, младост се сматра периодом оптималног здравља и највећих биолошких могућности, са ниским стопама морталитета и морбидитетом у коме преовладавају пролазна акутна стања, а стопе хроничних обољења су ниске. То је такође период кад постоји субјективно осећање доброг здравља и добробити. Највећи број студија у којима млади процењују своје здравље ово потврђује.

Закључак

Епидемија ризичног понашања о којој се говори последњих година окупира све више стручњаке различитих профила и указује на потребу да се отклоне баријере које постоје међу професијама и уместо тога развије мултидисциплинарни превентивни приступ за рад са младима. Крајем осамдесетих година двадесетог века термин „ризично понашање" бива замењен новим термином „понашањем узимања ризика", при чему концепт самог ризика, као шансе, вероватноће за оштећење здравља и друге губитке, остаје непромењен. Понашање узимања ризика младих дефинише се као „облик понашања који се предузима вољно, свесно, и чији је исход непознат, скопчан са врло великом могућношћу за негативан исход по здравље, па чак и смрт". Овај концепт дакле, подразумева да млади човек има свест и сазнање о ризику и ипак га преузима, без обзира на последице. Најчешћи облици понашања узимања ризика који се везују за младе су: пушење, физичка неактивност праћена неадекватном исхраном, употреба алкохола и дроге, понашање које резултира било у намерном повређивању (насиље, самоубиство, убиство) било у ненамерном (несреће, посебно саобраћајне).

Потреба за што скоријим увођењем програма који промовише здравље, претвара знање у праксу и научено у акцију, међу школском омладином у Србији, драматично је поткрепљена бројним демографским и здравственим статистикама које из године у годину говоре о све интензивнијем удруживању ризика код младих, тзв. „кластрирање" све већег и броја и врста ризика. Ове чињенице нас опомињу и упозоравају да је неговање здравог односа према животу, савладавање животних вештина, здравих животних навика, одговорности за властито здравље и покретање активности у том смислу – више него ургентно.

Кључне речи: здравствено понашање, васпитање за здравље, здравље средњошколаца, адолесценти, ризично понашање

ETIKA VS ZAKON U ANESTETIČARSKOJ PRAKSI

Mevludin BABAJIĆ, Klinika za Anesteziologiju i Reanimatologiju JZU UKC TUZLA
Mirza JAHIĆ, Klinika za Anesteziologiju i Reanimatologiju JZU UKC TUZLA
Samira BABAJIĆ, Klinika za Anesteziologiju i Reanimatologiju JZU UKC TUZLA
Adisa OMEROVIĆ, Klinika za Anesteziologiju i Reanimatologiju JZU UKC TUZLA

Sažetak

Riječ etika ima svoj korijen u grčkoj riječi ethos, što znači običaj, naviku, a kao nauka je dio filozofije. U svakodnevnom životu kada spomenemo tu riječ na umu imamo moralnost, pravičnost i čistoću neke profesije.
Riječ versus u latinskom jeziku znači: naspram, protiv, a njena skraćenica vs se koristi u engleskom jeziku.
S obzirom na prirodu posla i mnoge nepredviđene situacije, anestetičar se često nalazi u procjepu između etičkih normi i zakona u okviru kojih pruža zdravstvenu zaštitu. On djeluje u okviru anesteziološkog tima, gdje je anesteziolog vođa istog, ali spomenute nepredviđene i vanredne situacije ga prisiljavaju da ponekad donosi odluke i postupa po svome znanju, a sve zbog benefita pacijenta. U takvim situacijama etika se stavlja naspram zakona, postojećeg, ali promjenjivog (Nula regula sine exceptione!), koji je ponekad previdio česte „vanredne situacije“. Postavlja se pitanje da li mijenjati običaje, tj. praksu, mijenjati zakonska rješenja ili obadvoje. U interesu svih; doktora, anestetičara, ali i pacijenata je da smo što rjeđe u tom „zamagljenom“ prostoru. Jedno je sigurno, kada je unesrećenom ili bolesnom potrebna pomoć, on je i očekuje, od prvog koji mu je zna i ima čime ukazati. Kod urgentnih situacija brzi pregled-gledaj, slušaj, osjeti- traje deset sekundi, tri-četiri minuta bez kisika vode u decerebraciju, a zlatni sat traje samo sat. Ne možemo uvijek čekati onoga koga spominje zakon da bi reagovali, jer bit će prekasno za pacijenta, a tada svaki zakon za njega i njegove najbliže je nebitan. Moramo imati na umu da smo svi mi potencijalni pacijenti.
I ovu oblast je potrebno dodatno urediti poboljšati postojeća zakonska rješenja i praksu, jer su sve češći sudski procesi protiv zdravstvenih radnika znak da nije bitna „dobra namjera“ i etičko postupanje, nego zakonski okvir, kojeg svakako moramo poštovati.

Ključne riječi: nestetičarska praksa, benefit pacijenta, zakonska rješenja. POSTERN PREZ.

Etika vs zakon

Riječ etika ima svoj korijen u grčkoj riječi ethos, što znači običaj, naviku, a kao nauka je dio filozofije. U svakodnevnom životu kada spomenemo tu riječ na umu imamo moralnost, pravičnost i čistoću neke profesije.
Riječ versus u latinskom jeziku znači; naspram, protiv, a njena skračenica vs se koristi u engleskom jeziku.
Svako vrijeme nosi svoje breme, kaže narodna poslovica. Pisati o etici i njenom sukobljavanju sa zakonom je, između ostalog, dio bremena zdravstvenih radnika kojeg moraju ponijeti u ovom vremenu, vremenu koje traži znanje, brzinu, efikasnost, ekonomičnost ali i kvalitetnu uslugu.
Etika, kao nauka o moralu, je klasična filozofska disciplina. Njeni korijeni su daleko u ljudskoj historiji i kroz vrijeme se diferencirala za mnoga područja ljudskog djelovanja. Danas etika razmatra ponašanja u obrazovanju, sudstvu, medicini, novinarstvu, itd.
Mnogo godina poslije, u petom vijeku p.n.e., Hipokrat svojom zakletvom postavlja temelje medicinske etike, a zdravstveni radnici je prihvatataju i danas kao svoju.
Međutim, za razliku od vremena u kojem je Hipokrat radio i djelovao, danas su se ukrstili putevi medicine sa putevima prava, ekonomije, politike, farmacije, genetičkog inžinjeringa, itd. Etika se nameće kao nužni arbitar između ovih nauka i prava i potreba pacijenata,ali i zdravstvenih radnika.

Zakonski okviri

Zbog nepostojanja ministarstva zdravstva na državnom nivou, zakone iz oblasti zdravstva donose entiteti F BiH, RS, te distrikt Brčko.
Zakonski okviri u kojima anestetičari u FBiH djeluju su postavljeni kroz primjenu nekoliko zakona i podzakonskih akata.
Zakon o zdravstvenoj zaštiti F BiH , Zakon o sestrinstvu/primaljstvu F BiH, Zakon o pravima pacijenata F BiH su zakoni koji reguliraju zdravstveni sistem entiteta F BiH, a „Plava knjiga „ F BiH predstavlja podzakonski akt koji tretira problematiku standarda i normativa kadra.
U već usvojenim zakonima najavljeni su podzakonski akti koji će detaljnije pojasniti pitanja specijalizacija pojedinih zdravstvenih kadrova, između ostalih i anestetičara.

Anestetičaraska praksa

Njegove svakodnevne obaveze su održavanje i testiranje opreme i aparature, pripremanje potrebnih lijekova i materijala, prijem i nadzor pacijenta (preoperativni,intraoperativni i postoperativni) , rad unutar anesteziološkog tima tokom operativnih zahvata, KPCR-a, te pratnja vitalno ugroženih pacijenata.
Anestetičar se u svojoj svakodnevnoj praksi susreće sa različitim situacijama koje ga tjeraju na samostalno odlučivanje i poduzimanje određenih medicinsko-tehničkih radnji, a sve u cilju benefita pacijenta i povoljnog ishoda njegovog liječenja ili KPCR-e. Svako samostalno djelovanje izvan anesteziološkog tima predstavlja vanzakonsko djelovanje, iako se donekle može pokrivati činjenicom da anestetičar djeluje prema uputstvu anesteziologa.
Kako drugačije nego etičkim motivima opravdati samostalno djelovanje kod KPCR-e, nastavak već započete anestezije zbog spriječenosti anesteziologa ili započinjanje hitne zbog životne ugroženosti pacijenta ili unesrećenog. Takva situacija za anestetičara postaje pravno nesigurna, ali za pacijenta je potpuno opravdana. Prilikom transporta vitalno ugroženog pacijenta često smo u situaciji da donosimo odluke i hitno reagujemo prema svome znanju i vještinama. Tu se sukobljava zakon i praksa.
S obzirom na prirodu posla i mnoge nepredviđene situacije, anestetičar se često nalazi u procjepu između etičkih normi i zakona u okviru kojih pruža zdravstvenu zaštitu. On djeluje u okviru anesteziološkog tima, gdje je anesteziolog vođa istog, ali spomenute nepredviđene i vanredne situacije ga prisiljavaju da ponekad donosi odluke i postupa po svome znanju, a sve zbog benefita pacijenta. U takvim situacijama etika se stavlja naspram zakona, postojećeg, ali promjenjivog (Nula regula sine exceptione!), koji je ponekad previdio česte „vanredne situacije“. Postavlja se pitanje da li mijenjati običaje, tj. praksu, mijenjati zakonska rješenja ili obadvoje. U interesu svih; doktora, anestetičara, ali i pacijenata je da smo što rjeđe u tom „zamagljenom“ prostoru. Jedno je sigurno, kada je unesrećenom ili bolesnom potrebna pomoć, on je i očekuje, od prvog koji mu je zna i ima čime ukazati. Kod urgentnih situacija brzi pregled-gledaj, slušaj, osjeti- traje deset sekundi, tri-četiri minuta bez kisika vode u decerebraciju, a zlatni sat traje samo sat . Ne možemo uvijek čekati onoga koga spominje zakon da bi reagovali, jer bit će prekasno za pacijenta, a tada svaki zakon za njega i njegove najbliže je nebitan. Moramo imati na umu da smo svi mi potencijalni pacijenti.
I ovu oblast je potrebno dodatno urediti poboljšati postojeća zakonska rješenja i praksu, jer su sve češći sudski procesi protiv zdravstvenih radnika znak da nije bitna „dobra namjera“ i etičko postupanje, nego zakonski okvir, kojeg svakako moramo poštovati. Etički je prema pacijentu pružiti najbržu i najbolju moguću uslugu u najkraćem roku, ali isto tako ta usluga mora biti bazirana, osim na iskustvu, i na znanju. Dakle, pacijent očekuje uslugu onoga „ko zna“.
Kako se naš obrazovni sistem odnosi prema savremenoj anesteziološkoj praksi i potrebama pacijenata dovoljno govore podatci da se u okviru nastavnih programa srednjih medicinskih škola, ali i fakulteta zdravstvenih studija, anesteziologija ne tretira kao zasebna nauka, nego se fragmentarno, nedovoljno i na potpuno arhaičan način izučava u sklopu hirurgije.
Nevjerovatna je činjenica da se u aktuelnim udžbenicima i dalje , kao anestetici, navode eter i hloroform, a da se anestetik aplicira preko Schimmelbuchove maske!!!!???? Kako sa ovako, u najmanju ruku, neozbiljnim nastavnim planovima i programima pružiti uslugu zasnovanu na znanju? Očigledno je ovaj problem prebačen na savjest anestetičara i na njegovu dobru volju da uči i usklađuje svoju praksu sa savremenim saznanjima i sa svjetskim trendovima.
Zdravstveni sistem očekuje od nas da pružimo uslugu, poštujemo zakon, uštedimo sredstva, te odgovorno pristupimo svome poslu. Donosioci odluka u ovom sistemu moraju napraviti reinžinjering u sistemu obrazovanja, ali i primjeniti zakonske propise koje su sami donijeli, a sve u cilju sprovođenja postavljenih zadataka. Znanje,ključ uspjeha
Pacijent očekuje uslugu onoga ko mu je zna pružiti. Anestetičaru je neophodno znanje, kako bi adekvatno radio svoj posao. Anesteziologu je potreban saradnik koji zna sprovesti u djelo planiranu anesteziju ili intervenciju. Očigledno je da dosadašnji način anestetičarske prakse funkcioniše, ali i sami znamo kako i sa koliko rizika. Potreban je potpuni reinžinjering obrazovanja anestetičara kroz formalno obrazovanje. Potrebna infrastruktura za to postoji, s obzirom na postojanje zdravstvenih fakulteta i zakonske osnove za specijalizacije u zdravstvenoj struci. To bi bio i način da uskladimo svoj rad i obrazovanje sa evropskim i svjetskim standardima, kojima, nadamo se, stremimo. Približavanje etičkih principa i zakonske regulative je sasvim izvodivo i relativno lahko uz postojeća zakonska rješenja, koja je potrebno samo malo izmijeniti i prilagoditi realnim potrebama.
Zbog nepostojanja ministarstva zdravstva na državnom nivou, zakone iz oblasti zdravstva donose entiteti F BiH,RS, te distrikt Brčko.
Zakonski okviri u kojima anestetičari u FBiH djeluju su postavljeni kroz primjenu nekoliko zakona i podzakonskih akata.
Zakon o zdravstvenoj zaštiti F BiH, Zakon o sestrinstvu/primaljstvu F BiH, Zakon o pravima pacijenata F BiH su zakoni koji reguliraju zdravstveni sistem entiteta F BiH, a „Plava knjiga „ F BiH predstavlja podzakonski akt koji tretira problematiku standarda i normativa kadra.
U već usvojenim zakonima najavljeni su podzakonski akti koji će detaljnije pojasniti pitanja specijalizacija pojedinih zdravstvenih kadrova, između ostalih i anestetičara. Kako drugačije nego etičkim motivima opravdati samostalno djelovanje kod KPCR-e, nastavak već započete anestezije zbog spriječenosti anesteziologa ili

započinjanje hitne zbog životne ugroženosti pacijenta ili unesrećenog. Takva situacija za anestetičara postaje pravno nesigurna, ali za pacijenta je potpuno opravdana.

Prilikom transporta vitalno ugroženog pacijenta često smo u situaciji da donosimo odluke i hitno reagujemo prema svome znanju i vještinama. Tu se sukobljava zakon i praksa. Zdravstveni sistem očekuje od nas da pružimo uslugu, poštujemo zakon, uštedimo sredstva, te odgovorno pristupimo svome poslu. Donosioci odluka u ovom sistemu moraju napraviti reinžinjering u sistemu obrazovanja, ali i primjeniti zakonske propise koje su sami donijeli, a sve u cilju sprovođenja postavljenih zadataka.