



Nacionalni časopis

VIZIJA

Godina 2019.

volumen 5

Informisanost adolescenata o polno prenosivim bolestima

Plućna tromboembolija



Prikaz knjige
„Istorijat sestrinstva u Srbiji“



Redakcija

Izdavač	Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara
za izdavača	Radmila Jazić
Glavni i odgovorni urednik	Prof. dr sci.med. Gora Miljanović
Zamenik urednika	Prof dr sci. med. Bratislav Stanković
Izvršni urednik	Ivana Stevanović
Počasni urednik	Dalibor Ratić, Hrvatska Silvija Piškorjanac, Hrvatska Damir Peličić, Crna Gora Nataša Kancev, Makedonija
Uređivački odbor	Željko Vlajsavljević Dragana Dragaš Marjana Vukićević Vesna Jovanović Elvira Hadžić Dejan Živanović
Naučni odbor	Olivera Đurović
Članovi Naučnog odbora	Bratislav Stanković Gora Miljanović Jadranka Urošević Dragica Stojanović Zlatko Vujić Ajsela Batilović
Recenzenti	Gora Miljanović Dejan Živanović Jadranka Urošević Aleksandra Obrenović Damir Peličić Nataša Bakić Zvonko Dimoski Marijana Vukićević Željko Vlajsavljević Dijana Lalović Dragana Dragaš Vesna Jovanović Elvira Hadžić
Prelom i dizajn korica	Nikola Đukanov

Izdavač: Unija Udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara R.Srbije-UUNSZTS

Adresa uredništva: 11000 Beograd, Terazije br.12

Publisher: Union Association of Nurses and Health Technicians of Serbia -UUNHTS

Editorial Office: 11000 Beograd, ul.Terazije br.12

e-mail: unija.umsztrs@gmail.com

Predsednik/President Radmila Jazić

Štamparija: Beograf, Nova Pazova

Printing: Beograf, Nova Pazova

NACIONALNI časopis "Vizija" : časopis Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije = National journal "Vision" : journal Union Association of Nurses and Health Technicians of Serbia / glavni i odgovorni urednik Gora Miljanović. - God. 1, br. 1 (2017) - . - Beograd : Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije, 2017- . - 30 cm

Polugodišnje.

ISSN 2560-4988 = Nacionalni časopis "Vizija"

COBISS.SR-ID 248399884



Reč urednika

Poštovane kolege, sardnici i prijatelji, imam čast da vam najavam peti broj časopisa Vizija. U svakom broju želimo da radimo na podizanju kvaliteta rada časopisa, pre svega kroz stručne radove koje objavljujemo. Časopis Vizija koji je pred vama je rezultat timskog rada Uređivačkog odbora, kao i menđment tima Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije - izdavača časopisa, ali i svih članova Unije.

Naša ideja je da u svakom broju jedan tekst posvetimo onima koji su doprineli stvaranju istorije sestrinske profesije, pa smo se ovog puta odlučili da predstavimo knjigu „Istorijat sestrinstva u Srbiji“, autorke Stanojke Koprić Kovačević.

Sa željom da naš rad doprinosi kvalitetu profesije i unapređenju esnafa, pozivamo vas da nam pošaljete svoje radove, ali i svoje predloge i sugestije o tome šta bi ste voleli da se nađe u časopisu. Svaka vaša refleksija je dobrodošla jer je to najbolji način da u svaki broj unesemo promene i menjamo se. Časopis možete čitati na sajtu izdavača <https://www.uuzurs.rs>, gde možete pratiti sve aktivnosti, organizaciju simpozijuma, kongresa, studijskih putovanja i KME Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije.

Sa željom da doprinesemo podizanju kvaliteta sestrinske profesije, učimo i delimo svoje znanje. Podsetimo se: „Zar nije veliko zadovoljstvo učiti i ponovo učiti?“ Konfućije

Prof. dr sci. med. Gora Miljanović





Sadržaj

- 2** PRIKAZ KNJIGE „ISTORIJA
SESTRINSTVA U SRBIJI“, AUTORKE
STANOJKE KOPRIVICE KOVAČEVIĆ

Ivana Stevanović, Zeljko Vlajsavljević, Elvira Hadžić

- 4** ASERTIVNA KOMUNIKACIJA
I FAKTORI POVEZANI SA NJOM KOD
STUDENATA VISOKE ZDRAVSTVENE
ŠKOLE STRUKOVNIH STUDIJA

*Vesna R. Jovanović, Dragana Terzić Marković,
Zvonko Dimoski, Gora Miljanović, Goran Stojanović*

- 11** PLUĆNA TROMBOEMBOLIJA
(FAKTORI RIZIKA, DIJAGNOSTIKA,
LEČENJE, PREVENCIJA)

*G. Miljanović, V. Jovanović, D. Terzić-Marković,
Ž. Vlajsavljević*

- 19** INFORMISANOST ADOLESCENATA I
POTREBE ZA ZDRAVSTVENO-
VASPITNIM RADOM NA PREVENCIJI
POLNO PRENOSIVIH BOLESTI

*Nikola Savić, Zoran Jokić, Marija Mladenović,
Marijana Milošević, Jelena Vujić*

- 26** RIZIKO FAKTORI I SRČANI UDAR

Gordana Vukadinović

- 29** PREDLOG PLANA STRUČNIH
AKTIVNOSTI ZA 2020.GODINU

- 31** IZVEŠTAJ SA IV SIMPOZIJUMA
MEDICINSKIH SESTARA I
TEHNIČARA UDRUŽENJA
MEDICINAR IZ BRČKOG, DISTRIKT
BIH

- 33** IZVEŠTAJ SA II NACIONALNOG
SIMPOZIJUMA UNIJE UDRUŽENJA
MEDICINSKIH SESTARA I
ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA
REPUBLIKE SRBIJE

- 35** IZVEŠTAJ SA STUDIJSKOG
PUTOVANJA U RUSIJU

- 37** IZVEŠTAJSA III SIMPOZIJUMA
UDRUŽENJA SESTARA I
ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA SRBIJE
U NEUROLOGIJI I SEKCIJE SESTARA
U HIRURGIJI

- 38** PRIJEM KOD NJKV PRINCEZE
KATARINE

- 40** UPUTSTVO ZA PISANJE STRUČNOG
RADA

Željko Vlajsavljević, Gora Miljanović

UDC: 614.253(091)(497.11)(049.32)

Rad pristigao-25.09.2019.
Odluka o prihvatanju-5.10.2019.

Osoba za korespondenciju : Ivana Stevanović
Email: ivana_stevanovic_ms@yahoo.com

Prikaz knjige | Book review

Prikaz knjige „Istorijat sestrinstva u Srbiji“, autorke Stanojke Koprivice Kovačević

Ivana Stevanović¹, Elvira Hadžić¹, Zeljko Vlasisavljević²
Medicinska škola¹; KCS, Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju²

Knjiga „Istorijat sestrinstva u Srbiji“ sastoji se iz XX poglavlja i rezultat je dugogodišnjeg istraživačkog rada autorke. U predgovoru, Milena Tijanić govori o posvećenosti Stanojke Koprivice Kovačević, ali i njenoj odanosti profesiji medicinskih sestara. Autorka je knjigu posvetila „znanim i neznanim medicinskim sestrama i bolničarima koji su ugradili svoje živote u srpsko sestrinstvo“.

Na našim prostorima knjiga je jedinstvena i sadržaji koji su prikupljeni iz različitih istorijskih spisa govore o počecima nege bolesnih u manastirskim bolnicama. Knjiga prati razvoj sestrinstva u Srbiji do Drugog svetskog rata.

U knjizi je jedan deo posvećen školovanju medicinskih sestara u Srbiji, odnosno počecima školovanja i osnivanja prve škole za sestre nudilje. Iskazan je ključni značaj i uticaj Engleske, koja je kolevka sestrinstva, i na taj način prikazano koliko je školovanje sestara u Srbiji bilo značajno i sa koliko ozbiljnosti se pristupalo obarazovanju sestara. Istovremeno, istaknuta je enormna potreba države za obrazovanim medicinskim sestrama. U knjizi možemo videti da se autorka bavi i kriterijumima upisa, kao i značajem poštovanja određenih principa u školovanju. Brojne su slike koje prikazuju kako se uniforma za medicinske sestre razvijala i menjala, koliko je bila važna, ne samo

zbog svog zaštitinog karaktera, već i zbog osećaja pripadnosti koji je ulivala medicinskim sestrama. Deo knjige posvećen je i gradnji škole, odnosno same zgrade i planiranju njene funkcionalnosti u skladu sa potrebama školovanja. Autorka razmatra i prikazuje nastavne planove i razloge zašto školovanje započinje kao dvogodišnje, a prelazi na četvorogodišnje.

Bogati sadržaji knjige su objedinjeni istorijskim podacima o razvoju sestrične profesije, ali i celokupne zdravstvene nege. Poseban osvrt je učinjen na povlačenje srpske vojske preko Albanije i srpski sanitet koji je pratio vojnike, kao i reformu srpskog saniteta na ostttvu Vido. Prikazani su podaci o medicinskim sestrama koje su u ratu podnele velike žrtve. Prema dostupnim spisima, među stradalim zdravstvenim profesionalcima najviše je bilo medicinskih sestara. Knjiga oslikava učešće medicinskih sestara u sprečavanju epidemija koje su pratile ratove i siromaštvo u Srbiji, ali i negovanju obolelih i ranjenih.

Sa posebnom čašću u knjizi su pomenute i heroine Marija Bursać, Ravijojla Janković, Nadežda Matić, Vera Mišćević i Savka Javorina.

Autorka je uložila veliki trud da prikupi što veći broj istorijskih podataka o razvoju profesije, ali i prikaže život i rad medicinskih sestara. Osvrti na spise koje govore o zakonskim propisima, posto-

janju Zakona o uređenju sanitetske struke, kao i podršci Crvenog krsta i Kola srpskih sestara zauzimaju značajno mesto u knjizi „Istorijat sestrištva u Srbiji“.

Knjiga je jedinstvena na našim prostorima jer prikazuje razvoj profesije i struke na našim prostorima od samih početaka i sve promene kroz koje je način školovanja prošao. Čitalac stiče utisak da je knjiga pokazala hronologiju i istorijski razvoj profesije medicinskih sestara iz sasvim drugačije perspektive i na opsežniji način u odnosu na knjige slične tematike.

Detaljnošću i stilom pisanja knjiga odgovara potrebama školovanja i može se koristiti za učenje, ali i pisanje naučnih radova. Nijedna knjiga na našim prostorima nije napisana sa toliko detalja o školovanju i razvoju profesije, sa toliko informacija sa različitih aspekata, a istovremeno sagledana kroz istorijske činjenice. Nepochinjivo je imati je u svakoj biblioteci ustanove koja školuje medicinske sestre, kao i u svakoj ustanovi koja zapošljava medicinske sestre. Knjiga treba da bude imperativ ličnog i profesionalnog razvoja svake medicinske sestre u Srbiji, bilo da radi u zdravstvenoj ustanovi ili školi, jer pokazuje korene profesije i značaj pripadanja profesiji.

Kroz čitanje istorije koju su knjiga i njena autorka prikazale, možemo promišljati o budućnosti profesije. Knjiga ne prikazuje samo razvoj profesije medicinskih sestara, već i razvoj područja profesionalnog delovanja medicinskih sestara, odnosno razvoj zdravstvene nege. Upoznajući istoriju, možemo promišljati o budućnosti i menjati se kroz učenje. Knjiga je vešto pokazala da je osim neophodnog formalnog obrazovanja, neformalno obrazovanje vredno i potrebno kako bi se profesija razvijala. Velike promene i razvoj su najveća snaga profesije medicinskih sestara, jer biti medicinska sestra nije samo profesija, često je i način života. Biti medicinska sestra je životna uloga koja je prisutna i bivstvuje u svakome ko se za tu struku školovao.

Florens Najtingejl je boravkom u Kajzensvertu doživela posao medicinske sestre kao „poziv u Božiju službu“. Dok sam čitala knjigu, stekla sam utisak da je cilj autorke knjige da to nikada ne zaboravimo. Neka i ovaj tekst bude posvećen „znanim i neznanim medicinskim sestrama i bolničarima koji su ugradili svoje živote u srpsko sestrištvo“, kako je to poetično rekla Stanojka Koprivica Kovačević, rečima urezujući osećaj dužnosti i odgovornosti u svakog čitaoca. •

UDC: 159.923.5.072-057.875

Osoba za korespondenciju: Vesna Jovanović
Email: vesnajovanovic07@gmail.com

Rad pristigao - 15.08.2019.
Odluka o prihvatanju - 05.09.2019.

Originalni rad | Original article

Asertivna komunikacija i faktori povezani sa njom kod studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija

Vesna R. Jovanović, Dragana Terzić Marković,
Zvonko Dimoski, Gora Miljanović, Goran Stojanović
Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu

SAŽETAK

Brojna istraživanja potvrđuju da asertivan komunikacijski stil doprinosi izgradnji samopouzdanja, samopoštovanja, dobrih međuljudskih odnosa kao i smanjenju stresa i anksioznosti. Medicinske sestre koje ispoljavaju asertivno ponašanje imaju veće šanse da adekvatno odgovore na zahteve kompleksne brige i nege svojih pacijenata, omogućavajući im da izraze svoje potrebe.

Cilj ove studije bio je ispitivanje nivoa asertivnosti studenata Visoke zdravstvene škole kao i utvrđivanje njegove povezanosti sa sociodemografskim obeležjima, subjektivnim doživljajem zadovoljstva sobom kao studentom i motivima upisa škole.

Metod: Sprovedena je studija preseka na pogodnom uzorku od 477 studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija u Beogradu. Od instrumenata je korišćena Ratusova skala asertivnosti i upitnik o ličnim podacima posebno sačinjen za potrebe ovog istraživanja.

Rezultati naše studije pokazuju da gotovo trećina studenata pripada grupi ispodprosečno asertivnih ili neasertivnih. Muškarci ispoljavaju više nivoje asertivnosti u odnosu na žene ($t = 3,730$; $p < 0,01$). Poređenjem prosečnog skora asertivnosti utvrđena je statistički značajna ra-

ABSTRACT

Numerous studies confirm that an assertive communication style contributes to building confidence, self-esteem, good interpersonal relationships, and reducing stress and anxiety. Nurses exhibiting assertive behavior have greater chances to respond adequately to the demands of complex care and care of their patients, and at the same time allowing them to express their needs.

The aim of this study was to examine the level of assertiveness in students of the Higher Education School of Professional Health Studies, as well as to determine its correlation with the sociodemographic characteristics, the subjective experience of self-satisfaction with themselves as students, as well as their motives for enrolling the school.

Method: A cross section study was conducted on appropriate sample of 477 students of the Higher Education School of Professional Health Studies in Belgrade. The instruments used are Rathus scale of assertiveness and questionnaire on personal data specially compiled for the purpose of this research.

Results: The results of our study show that almost a third of students belong to a group of sub-assertive or non-assertive groups. Men exhibit higher levels of assertiveness than women ($t = 3.730$; $p < 0.01$). By comparison of the average score of assertiveness, a statistically significant difference

zlika u odnosu na smer studija ($F = 4,135$; $p < 0,05$), broj neuspešnih izlazaka na isti ispit ($F = 3,855$; $p < 0,05$), motiv upisa škole ($F = 4,975$; $p < 0,05$) i zadovoljstvo sobom kao studentom ($F = 4,018$; $p < 0,05$). Nije nađena statistički značajna povezanost skora asertivnosti sa godinama starosti ispitanika i dužinom radnog staža kod istih (redom r je bilo $0,144$ i $0,078$ a $p > 0,05$ u oba slučaja).

Zaključak: Imajući u vidu da se asertivnost razvija tokom života kroz učenje i iskustvo, dobijeni rezultati mogli bi pomoći u boljem sagledavanju uticaja određenih karakteristika ispitanika i njihovog studentskog statusa na asertivnost.

Ključne reči: asertivnost, studenti, medicinska sestra, zdravstvene studije

was observed in relation to the direction of the study ($F = 4.135$; $p < 0.05$), the number of unsuccessful taking of single exam ($F = 3.855$; $p < 0.05$), motive of enrolling the school ($F = 4.975$; $p < 0.05$) and self-satisfaction with themselves as student ($F = 4.018$; $p < 0.05$). There was no statistically significant correlation of score of assertiveness with the age of the respondents and the length of their professional service (respectively, r there were 0.144 and 0.078 and $p > 0.05$ in both cases).

Conclusion: Having in mind that assertiveness develops throughout life through learning and experience, the obtained results could help to better understand the impact of certain characteristics of the respondents and their student status on assertiveness.

Key words: assertiveness, students, nurse, health studies

UVOD

Asertivnost podrazumeva zauzimanje za lična prava i izražavanje misli, osećanja i uverenja na direktan, iskren, pošten i socijalno adekvatan način uz uvažavanje prava drugih ljudi [1,2]. Asertivna osoba stvara bliske odnose sa drugima, sprečava druge da je zloupotrebljavaju i sposobna je da izrazi širok spektar pozitivnih i negativnih misli i potreba bez osećaja krivice, stresa, napetosti i kršenja prava drugih [3]. Sam termin potiče od engleskog glagola *to assert* (izjaviti, tvrditi, braniti) i engleskog prideva *assertive* (uporan, samosvestan, samopouzdan) i predstavlja sposobnost samoizražavanja [4]. To je vid poželjnog ponašanja koje se preporučuje svim ljudima jer ublažava ličnu nemoć rezultirajući ličnim osnaživanjem [5]. Iz ugla socijalnih kompetencija, ovaj pojam se povezuje sa socijalnom prilagodljivošću, akademskim i profesionalnim uspehom i statusom u društvu, ali i sa problemima usamljenosti, anksioznosti i depresivnosti [6]. Zanemarivanje ličnih prava i nesigurnost u različitim interakcijama uzrokuju fizičke i mentalne bolesti kod ljudi i štete društvenim odnosima. Mnoga nedolična ponašanja i nedela počinjena u različitim starosnim grupama, posebno kod mladih osoba, proizilaze iz njihove nesposobnosti da kažu „ne“ u pravo vreme [3].

Asertivnost ima veliku važnost za osobe koje se opredeljuju za poziv medicinske sestre-tehničara, imajući u vidu da sestre u odnosu na druge profile zdravstvenih radnika provode najviše vremena u direktnom kontaktu sa pacijentom. Asertivna komunikacija takođe omogućava medicinskim sestrama da izgrade efikasne timske odnose i povećaju zadovoljstvo na radu. Dobra komunikacija doprinosi nesmetanom izvođenju svake procedure u oblasti lečenja i nege, ima pozitivan uticaj na zdravstvene ishode, pruža zadovoljstvo zdravstvenom radniku i pozitivno utiče na njegov odnos sa pacijentom [7]. Problemi u komunikaciji na radnom mestu među medicinskim sestrama su značajno povezani sa sindromom izgaranja, željom da se napusti posao i manjom posvećenošću radu [8].

Pitanje asertivnosti još uvek nije dovoljno istraženo u našoj zemlji, kako među studentskom populacijom tako i unutar zanimanja koja su direktno uključena u rad sa ljudima. U vezi sa tim, cilj našeg istraživanja bio je ispitivanje nivoa asertivnosti studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija kao i utvrđivanje njegove povezanosti sa sociodemografskim obeležjima, subjektivnim doživljajem zadovoljstva sobom kao studentom i motivima upisa škole.

METODE

Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka na prigodnom uzorku studenata Visoke zdravstvene škole strukovnih studija (VZŠSS) u Beogradu tokom aprila i maja 2019. godine. Istraživanju je prethodila pismena saglasnost Direktora škole. Popunjavanjem upitnika studenti su dali saglasnost za učešće u studiji.

U našem radu učestvovalo je ukupno 477 studenata, od čega je 74 bilo muškog pola (15,5%) a 403 ženskog (84,5%), pri čemu je ova razlika bila statistički visoko značajna ($\chi^2 = 14,963$; $p < 0,01$). Prosečna starost muškaraca bila je 23,5 a žena 24,3 godine, a ova razlika nije bila statistički značajna ($t = 0,388$; $p > 0,05$).

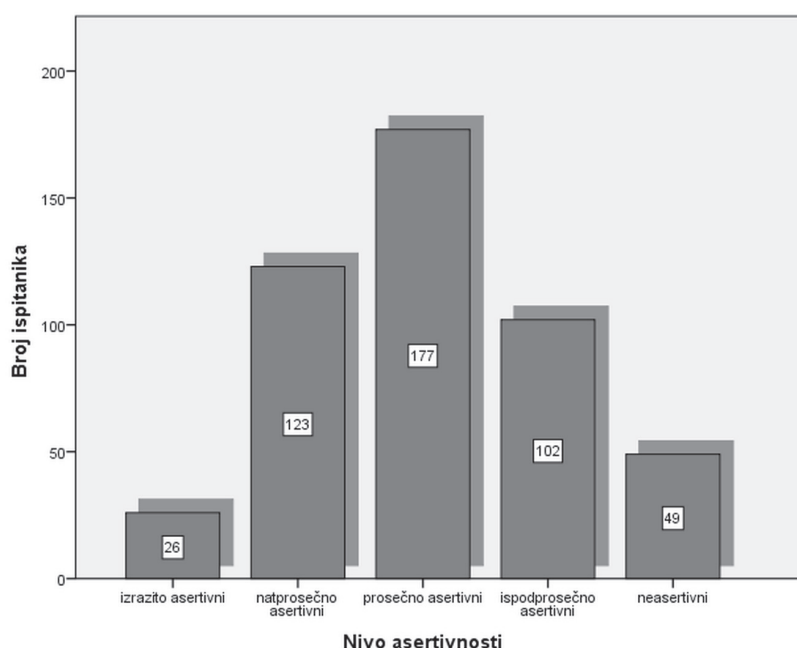
U radu su korišćeni sledeći merni instrumenti: Ratusova skala asertivnosti – The Rathus Assertiveness Schedule (RAS) (Rathus, 1973) [9] i upitnik o ličnim podacima posebno sačinjen za potrebe ovog istraživanja. Ratusova skala asertivnosti sastoji se od trideset stavki koje opisuju situacije tipične za asertivno ponašanje [9]. U istraživanju je korišćena prevedena srpska verzija ovog instrumenta [10]. Nivo asertivnosti se izražava kroz pet kategorija: izrazito asertivni (skor od 125 do 150), natprosečno asertivni (skor od 110 do 124), prosečno asertivni (skor od 95 do 109), ispodprosečno asertivni (skor od 81 do 94), neasertivni (skor od 30 do 80). Ovaj upitnik je standardizo-

van na uzorku naše studentske populacije [10]. Upitnik o ličnim podacima sadržao je podatke o polu, starosti, bračnom statusu, radnom statusu, radnom stažu u struci, godini studija, broju neuspješnih polaganja ispita, zadovoljstvu sobom kao studentom i motivima upisa škole.

Osim deskriptivnih statističkih metoda, u analizi rezultata, u zavisnosti od prirode samih varijabli, korišćeni su Pirsonov χ^2 kvadrat test, i to u obliku testova slaganja i tablica kontingencija, za poređenje razlike između učestalosti kod neparametarskih obeležja i to za jedno odnosno dva obeležja. Za pravljenje poretka prosečnih vrednosti parametarskih obeležja upotrebili smo Studentov t test za dve grupe podataka, a kod više grupa Fisherovu jednofaktorsku analizu varijanse (ANOVA). U svim primenjenim analitičkim metodama nivo značajnosti bio je 0,05.

REZULTATI

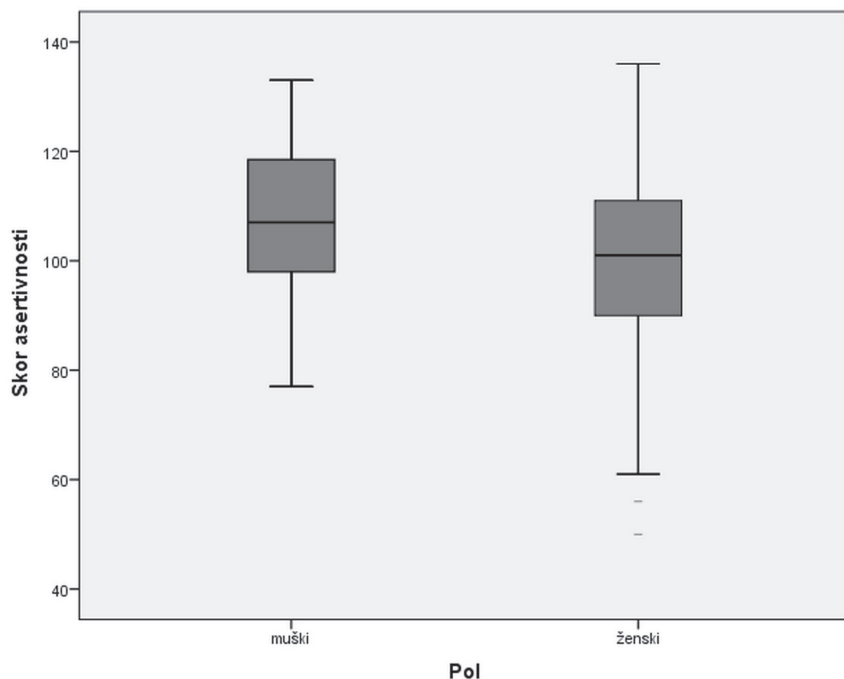
Analiza rezultata je pokazala da postoji statistički visokoznačajna razlika u broju ispitanika u odnosu na kategorije asertivnosti u našem radu ($\chi^2 = 11,549$; $p < 0,01$), a ona nastaje kao posledica daleko većeg broja studenata u kategoriji prosečno i natprosečno asertivnih (zajedno 62,9%) dok je najmanje bilo izrazito asertivnih i neasertivnih (zajedno oko 15,8%) (Grafikon 1).



Grafikon 1:
Učestalost ispitanika prema nivoima asertivnosti

Na Grafikonu 1 prikazana je struktura ispitanika u odnosu na nivo asertivnosti. U uzorku je 26 ispitanika (5,5%) izrazito asertivno, 123 (25,8%) natprosečno asertivno, 177 (37,1%) prosečno asertivno, 102 (21,4%) ispodprosečno asertivno i 49 (10,3%) neasertivno.

Prosečan skor asertivnosti se značajno razlikovao u odnosu na pol naših ispitanika i kod muškaraca je iznosio 107,4 (SD 12,7 MED 107,0) a kod žena 100,1 (SD 15,5 MED 101,0), dok je vrednost t testa bila 3,730 a $p < 0,01$ (Grafikon 2).



Grafikon 2:
Prosečan skor asertivnosti u odnosu na pol

Na Grafikonu 2 prikazan je prosečan skor asertivnosti u odnosu na pol. Prosečan nivo asertivnosti muških ispitanika iznosio je 107,4 a ženskih 100,1.

Poređenje prosečnog skora asertivnosti u odnosu na upisani smer pokazalo je da postoji statistički značajna razlika ($F = 4,135$; $p < 0,05$), a ona je posledica najmanjeg proseka skora asertivnosti kod ispitanika na smeru strukovna medicinska sestra, a najvećem na smeru strukovni fizioterapeut (Tabela 1)

Tabela 1: Prosečan skor asertivnosti u odnosu na upisani smer

smer	n	prosek	SD	Minimum	Maximum
strukovna med. sestra	329	99.9	15.4	50	136
strukovna med. sestra babica	40	105.2	13.5	78	134
strukovni medicinski radiolog	41	104.7	13.8	62	131
strukovni fizioterapeut	7	107.8	12.6	87	123
strukovni dijetetičar	12	102.5	18.1	69	125
strukovni laboratorijski tehnolog	48	102.4	15.7	71	133
Total	477	101.2	15.3	50	136

Poređenje prosečnog skora asertivnosti u odnosu na broj neuspešnih polaganja jednog ispita pokazalo je da postoji statistički značajna razlika ($F = 3,855$; $p < 0,05$), a ona je posledica najmanjeg proseka skora asertivnosti kod ispitanika koji su jednom ispitu neuspešno pristupili do 2 puta, a najvećem kod ispitanika koji su jednom ispitu neuspešno pristupili više od 4 puta (*Tabela 2*).

Tabela 2: Prosečan skor asertivnosti u odnosu na broj neuspešnih izlazaka na jedan ispit

Pao na jednom ispitu	n	prosek	SD	Minimum	Maximum
nikad	273	101.7	14.7	61	134
do 2 puta	154	99.5	16.6	50	133
3 do 4 puta	45	103.5	12.9	74	128
više od 4 puta	5	104.0	19.1	87	136
Total	477	101.2	15.3	50	136

Poređenje prosečnog skora asertivnosti u odnosu na motiv upisa na VZŽSS pokazalo je da postoji statistički značajna razlika ($F = 4,975$; $p < 0,05$), a ona je posledica najmanjeg proseka skora asertivnosti kod ispitanika koji su upisali ovu školu kao rezervnu varijantu, jer nisu uspeali na željenom fakultetu, a najvećem kod ispitanika koji su školu upisali zbog budućeg eventualnog uvećanja prihoda (*Tabela 3*).

Tabela 3: Prosečan skor asertivnosti u odnosu na motiv upisa VZŠSS

Motiv za upis VZŠSS	N	prosek	SD	Minimum	Maximum
napredovanje u struci	174	101.6	14.9	56	136
uvećanje prihoda	63	104.1	13.7	69	132
potreba za većim znanjem	101	101.8	15.2	64	134
mogućnost lakšeg zaposlenja	126	99.1	16.7	50	128
nisam uspeo da upišem željeni fakultet, ovo je druga opcija	13	97.3	13.3	76	119
Total	477	101.2	15.3	50	136

Poređenje prosečnog skora asertivnosti u odnosu na zadovoljstvo sobom kao studentom pokazalo je da postoji statistički značajna razlika ($F = 4,018$; $p < 0,05$), a ona je posledica najmanjeg proseka skora asertivnosti kod ispitanika koji su delimično zadovoljni sobom, a najvećem kod ispitanika koji su izuzetno zadovoljni sobom kao studentom (*Tabela 4*).

Tabela 4: Prosečan skor asertivnosti u odnosu na subjektivni doživljaj zadovoljstva sobom kao studentom

Zadovoljstvo sobom kao studentom	n	prosek	SD	Minimum	Maximum
nezadovoljan	10	99.1	13.7	79	125
delimično zadovoljan	129	96.3	15.9	50	133
zadovoljan	275	102.9	14.5	56	136
izuzetno zadovoljan	63	103.9	15.5	69	131
Total	477	101.2	15.3	50	136

Poređenja prosečnog skora asertivnosti u odnosu na bračno stanje i godinu studija nisu pokazali postojanje statistički značajne razlike. Nije nađena statistički značajna povezanost skora asertivnosti ni sa godinama starosti ispitanika i dužinom radnog staža kod istih (redom r je bilo 0,144 i 0,078 a $p > 0,05$ u oba slučaja).

DISKUSIJA

Rezultati naše studije ukazuju da gotovo trećina studenata nema razvijenu veštinu asertivnosti koja je bitan preduslov ostvarivanja dobrih interpersonalnih odnosa. Ovi rezultati su niži u odnosu na ispitivanje nivoa asertivnosti u populaciji defektologa u našoj zemlji, primenom istog mer-nog instrumenta [11]. Objašnjenja za ove razlike mogu se tražiti u dugogodišnjem radnom i životnom iskustvu s obzirom da su godine starosti zaposlenih osoba veće u odnosu na uzrast studentske populacije. Za profesionalni razvoj svake osobe od izuzetnog značaja su komunikacijske veštine, koje se danas implementiraju u nastavne planove i programe mnogih fakulteta i visokih škola [11]. Istraživanja pokazuju da neefikasna komunikacija među zdravstvenim radnicima predstavlja primarni uzrok grešaka u sistemu zdravstvene zaštite [8].

Naša studija potvrđuje da je asertivnost muških ispitanika u uzorku studenata veća u odnosu na studente ženskog pola. Ovi rezultati su u skladu sa istraživanjem sprovedenim među studentima sestrinstva u Turskoj [12]. Moguća objašnjenja ovog nalaza možda možemo tražiti u tradicionalnim shvatanjima polnih uloga gde osnovu muških osobina karakteriše autonomija, dominacija i asertivnost, a ženskih empatija i osećajnost [13].

Najniži skorovi asertivnosti u našoj studiji registrovani su među studentima koji su pohađali studijski program Strukovna medicinska sestra. Imajući u vidu da sestrinska profesija spada u tzv. ženska zanimanja ovaj nalaz bi možda mogao biti u vezi sa polnim razlikama koje su bile prisutne pri proceni nivoa asertivnosti, kao i stereotipima koji su vezani za rodne uloge. Rodne uloge žena podrazumevaju usmerenost na druge, od njih se očekuje da pomažu drugima i pokazuju toplinu, a izbegavaju dominantnost i asertivnost [14]. Slična uverenja vezuju se i za postojeću tradiciju unutar sestrinske profesije, gde sestre „treba“ da

budu odane i poslušne, bez mogućnosti samostalnog odlučivanja i samostalnosti u radu [15], što sve može imati uticaja na asertivnost studenata koji su se opredelili za sestrinski poziv.

U našoj studiji najniže nivoe asertivnosti ispoljili su studenti koji su neuspešno pristupili ispitu do 2 puta. S obzirom da su najviše nivoe asertivnosti imali studenti koji su na jednom ispitu pristupali više od 4 puta, u nekom budućem istraživanju bilo bi važno ispitati koliko je samopouzdanje važno pri donošenju odluke o pristupanju ispitu, imajući u vidu da asertivnost doprinosi razvoju samopouzdanja [5,6].

U odnosu na motiv upisa škole, najniže nivoe asertivnosti su ispoljavali studenti kojima je upis naše škole predstavljao rezervnu opciju, pošto se nisu uspeali upisati na željeni fakultet ili visoku školu. Imajući u vidu da se asertivnost nalazi na kontinuumu između pasivnog i agresivnog ponašanja, prihvatanje rezervne opcije može da se razume i kao vid odustajanja od primarnog cilja i mirenje sa trenutnom situacijom ili možda sa onim što drugi žele, što je suprotno od asertivnosti. S obzirom da su studenti kojima je motiv upisa škole bio uvećanje prihoda imali više nivoe asertivnosti, možemo da pretpostavimo da je taj motiv važan stimulans za borbu i težnju da se ostvare željeni ciljevi, što je bitna odlika asertivnosti. Uvećanje prihoda je važan egzistencijalni motiv koji se vezuje za potrebu za sigurnošću. Imajući u vidu da se asertivnost razvija, usavršava i menja tokom života, jači motivi mogu delovati podsticajno na jačanje asertivnosti u cilju zadovoljenja egzistencijalnih potreba.

Nivoi asertivnosti u našoj studiji su bili niži u grupi ispitanika koji su bili nezadovoljni ili delimično zadovoljni sobom kao studentom, dok je asertivnost bila veća kod zadovoljnih i izuzetno zadovoljnih. Ovaj nalaz je potpuno opravdan imajući u vidu da je asertivnost usko povezana sa samopouzdanjem i samopoštovanjem [6]. Studenti koji sebe vide kao uspešne u procesu studiranja imaju i veće samopouzdanje, te su i njihove komunikacijske veštine u smislu asertivnosti razvijenije.

Naša studija je jedna od retkih studija koja se bavi ispitivanjem asertivnosti među studentima zdravstvenih studija, ali je važno naglasiti da je imala izvesna ograničenja. Uzorak je obuhvatio ispitanike samo iz jedne škole sa teritorije Beograda. Takođe, bio je neujednačen u odnosu na

godine i smer studija. Međutim, i pored ograničenja rezultati jesu značajni jer pokazuju povezanost određenih sociodemografskih karakteristika i drugih individualnih obeležja sa asertivnošću.

ZAKLJUČAK

Rezultati naše studije ukazuju da gotovo trećina studenata zdravstvenih studija nema razvijene asertivne veštine. Neasertivno ponašanje se češće javlja kod studenata ženskog pola na smeru Stru-

kovna medicinska sestra, koje su upisale Visoku zdravstvenu školu kao rezervnu opciju, jer nisu uspele da se upišu na fakultet koji su prvobitno želele i koje su nezadovoljne sobom kao studentom. Intenzivnije intervencije u vidu edukacije iz oblasti asertivne komunikacije tokom pohađanja zdravstvenih studija doprinele bi izgradnji i unapređenju asertivnih veština među zdravstvenim profesionalcima što je bitan preduslov za jačanje njihovih profesionalnih kompetencija. •

LITERATURA

1. Ikiz FE: *Self-perceptions about properties affecting assertiveness of trainee counselors. Social behavior and personality*; 2011; 39, 199–206.
2. Alinčić M: *Osobine ličnosti i asertivnost kao prediktori samopoštovanja i socijalne anksioznosti. Prime-njena psihologija*; 2013; (6): 139-154.
3. Eslami AA, Rabiei L, Afzali SM, Hamidzadeh S, Masoudi R: *The Effectiveness of Assertiveness Training on the Levels of Stress, Anxiety, and Depression of High School Students*; Iran Red Crescent Med J 2016; 18(1): e21096.
4. Vagos P, Pereira A: *A Proposal for Evaluating Cognition in Assertiveness. Psychological Assessment*; 2010; 22: 657–665.
5. Kilkus SP: *Assertiveness among professional nurses*; J Adv Nurs 1993; 18(8):1324-30.
6. Milovanović R, Marković ZB: *Asertivnost i depresivna ličnost studenata pedagoškog i medicinskog usmerek-a na početku studija*; TEME 2017; . XLI(4): 981-998.
7. Maheshwari SK, Gill Kanwaljit K: *Correlation of Assertive Behavior with Communication Satisfaction among Nurses*; Journal of Health, Medicine and Nursing 2015; (14): ISSN 2422-8419.
8. Nakamura Y, Yoshinaga N, Tanoue H, Kato S, Nakamura S, Aoishi K, Shiraishi Y. *Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for nurses in the workplace: a single-group feasibility study*; MC Nursing BMC series – open, inclusive and trusted 2017; 16-29.
9. Rathus SA: *A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior*; Behav Ther. 1973; 4: 398-406.
10. Milankov R: *Standardizacija Ratusovog upitnika za merenje asertivnosti (RAS)*; diplomski rad; Novi Sad: Filozofski fakultet 1993.
11. Jovanović VR, Karić J, Radovanović V: *Asertivna komunikacija defektologa koji realizuju nastavu u školama za decu sa smetnjama u razvoju*. U: Isković LJ, Kovačević T. (Ur.): *Specifičnost oštećenja sluha – koraci i iskoraci*, 2018; 247- 263. ISBN 978-86-6203-116-7.
12. Arslan E, Akça NK, Başer M: *Levels of Assertiveness and Peer Pressure of Nursing Students*; International Journal of Caring Sciences 2013; 6(1): 78-86.
13. Brkić Jovanović N: *Zadovoljstvo u partnerskoj relaciji kroz perspektivu seksualne orijentacije*; doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu Filozofski fakultet, 2016.
14. Igli EH, Karli LL: *Kroz lavirint: Istina o tome kako žene postaju liderke*; Beograd: Centar za medije i komunikacije, Fakultet za medije i komunikacije - Univerzitet Singidunum, 2013.
15. Munćan B: *Sestrinska etika*; Visoka zdravstvena škola strukovnih studija u Beogradu, 2009.

UDC: 616.24-005.6/.7

Osoba za korespondenciju: Gora Miljanović
Email: gora.miki@gmail.com

Rad pristigao - 30.08.2019.
Odluka o prihvatanju - 10.09.2019.

Pregledni rad | Review article

PLUĆNA TROMBOEMBOLIJA (faktori rizika, dijagnostika, lečenje, prevencija)

G. Miljanović¹V. Jovanović¹D. Terzić-Marković¹Ž. Vlaisavljević²

1. Visoka zdravstvena škola strukovnih studija Beograd

2. Klinički centar Srbije, Klinika za gastroenterologiju i hepatologiju

SAŽETAK

Plućna tromboembolija je vaskularno oboljenje koje nastaje kao komplikacija venske tromboze (zapaljenje vena uzrokovano ugruškom krvi) i otkidanja tromba (ugruška) koji nošen cirkulacijom dospeva u pluća. Predstavlja značajan javno-zdravstveni problem u svetu zbog nespecifične kliničke slike i mogućeg smrtnog ishoda. Dijagnostika plućne embolije je ponekad vrlo teška i veliki procenat se ne dijagnostikuje za života pacijenta ili se pak druga oboljenja dijagnostikuju kao plućna tromboembolija. U odnosu na rizik od rane smrti klasifikuje se na plućnu emboliju visokog, srednjeg i niskog rizika. Najčešći prisutni simptomi i znakovi kod pacijenta su: dispnea, bol u grudima, kašalj, sinkopa, hemoptizije, tahipnea, tahikardia, znaci dubokog venskog tromboembolizma, cijanoza i visoka telesna temperatura ($>38,5^{\circ}\text{C}$). Istovremeno sa dijagnostikovanjem vrši se procena ukupnog rizika, radi stratifikovanja rizika od smrti i izbora terapijskog modaliteta. Zlatni standard u dijagnostici PTE je Multislasjsna skenerska pulmoangiografija (MSCT), koja znatno skraćuje vreme za terapijsko delovanje. Raspoloživi modaliteti lečenja su: antikoagulacija, tromboliza, embolektomija, ugradnja venskog filtera, ali i kombinacija metoda (ECOS). Globalna svest javnosti je značajno niža za plućnu

ABSTRACT

Pulmonary thromboembolism is a vascular disease that occurs as a complication of venous thrombosis (inflammation of the veins caused by a blood clot) and the breakdown of the thrombus (clot) that is being carried by the circulation to the lungs. It represents a significant public health problem in the world because of its non-specific clinical picture and possible fatal outcome. Diagnosis of pulmonary embolism is sometimes very difficult and a large percentage of patients are not diagnosed for the life, or other diseases are diagnosed as pulmonary thromboembolism. In relation to the risk of early death, it is classified as pulmonary embolism of high, medium and low risk. The most common symptoms and signs presented in the patient are dyspnea, chest pain, cough, syncope, hemoptysis, tachypnea, tachycardia, signs of deep vein thromboembolism, cyanosis and high body temperature ($> 38.5^{\circ}\text{C}$). At the same time as diagnosis, an overall risk assessment is performed to stratify the risk of death and to choose a therapeutic modality. The gold standard in the diagnosis of PTE is Multilayer Scanning Pulmoangiography (MSCT), which significantly shortens the time for therapeutic action. The available treatment modalities are: anticoagulation, thrombolysis, embolectomy, venous air

emboliju i trombozu dubokih vena nogu u odnosu na srčani i moždani udar.

Cilj rada je bio podići svest o značaju venskog tromboembolizma zbog mogućih brojnih posledica. Glavni ishodi mogu biti smrt, recidiv, posttrombotički sindromi i veliko krvarenje zbog antikoagulacije. Pacijenti koji prežive imaju smanjen kvalitet života u vezi sa zdravljem zbog mogućeg invaliditeta, a ekonomske posledice po zdravstveni sistem su značajne, zbog visokih cena lečenja ove kategorije pacijenata. Uspešno rešavanje navedenih problema moguće je udruženim delovanjem svih sektora društva, na čelu sa zdravstvenim sektorom. Permanenta edukacija zdravstvenih radnika o savremenim tokovima dijagnostike, lečenja i prevencije plućne tromboembolije je put ka uspešnijem zbrinjavanju ove kategorije pacijenata.

Ključne reči: venski tromboembolizam, plućna embolija, dijagnostika, tretman.

filter and combination of methods (ECOS). Global public awareness is significantly lower for pulmonary embolism and deep vein thrombosis compared to heart attack and stroke.

Objective of the paper was to rise awareness of importance of venous thromboembolism, due to its many possible consequences. The main outcomes may be: death, relapse, post thrombotic syndrome and major bleeding due to anticoagulation. Surviving patients have reduced health-related quality of life due to possible disability, and the economic consequences for the health system are significant, due to the high cost of treatment for this category of patients. Successful resolution of these problems is possible throughout the joint action of all sectors of society, led by the health sector. Permanent education of healthcare professionals on the modern course of diagnosis, treatment and prevention of pulmonary thromboembolism, is the way to more successful care of this category of patients.

Key words: venous thromboembolism, pulmonary embolism, diagnostics, treatment.

UVOD

Plućna tromboembolija (PTE) predstavlja kliničko i patofiziološko stanje koje nastaje kada trombní embolus spreči dovod plućne arterijske krvi u jedan deo pluća i može se pojaviti u vezi sa mnogim kliničkim stanjima i vodeći je uzrok morbiditeta i mortaliteta u jedinicama intenzivne nege u SAD, Evropi i Australiji [1].

Tromboza predstavlja process formiranja krvnog ugruška (tromba) koji nastaje kao posledica disbalansa prokoagulantnih, antikoagulantnih i fibrinoliznih faktora, tj. razvija se kao posledica udruženog delovanja više genetskih i stečenih faktora rizika, pa kažemo da je multikauzalne prirode. Venski tromboembolizam (VTE) podrazumeva stvaranje krvnih ugrušaka u venama, najčešće u dubokim venama nogu, mada $\leq 10\%$ ugrušaka može da se formira u gornjim ekstremitetima [2]. Plućni embolus su trombi koji prelaze u pluća i mogu biti fatalna manifestacija bolesti. Prisutnost tromba u veni dovodi do lokalnog smanjenja

venskog protoka, vršeći pritisak na okolna tkiva, kao posledica povišenog venskog pritiska u zahvaćenom području, a samim tim povećava rizik za nastanak plućne embolije (PE) zbog migracije trombotskog sadržaja u plućnu cirkulaciju [3-7].

Ako dođe do opstrukcije većeg krvnog suda ili više manjih plućnih arterija trombnim embolusom, plućni pritisak može naglo porasti i biti uzrok naglog opterećenja desne komore srca (akutno plućno srce). Više od 90% bolesnika umire ako je (PE) neprepoznata i nelečena, te je stoga neophodno misliti na ovo oboljenje uvek kad imamo naglo nastalu simptomatologiju i faktore rizika za venski tromboembolizam. Veliki broj se ne dijagnostikuje za života pacijenta, ili se druga oboljenja dijagnostikuju kao (PE). Ove tvrdnje se potvrđuju nakon određene kliničke obdukcije u 20-30% pa do 60% slučajeva, dok se samo 10-30% slučajeva dijagnostikuje za života [8,9]. Za razliku od arterijske tromboze *in situ* koja predstavlja kritičan moment dugotrajnog i progresivnog aterosklerotskog procesa, razvoj venskog tromba je relativno

iznenadan i pojavljuje se u sklopu akutnih i tranzitornih okolnosti. Razlike postoje i u pojavi simptoma. Simptomi arterijske tromboze se obično javljaju naglo, dok se u slučaju venske tromboze mogu razvijati sporo, te se vreme početka samog oboljenja ponekad ne može jasno definisati [10].

ETIOLOGIJA

Venski tromboembolizam obuhvata duboku vensku trombozu (DVT) i plućnu emboliju (PE) s ukupnom godišnjom incidencom od 115 do 269 slučajeva na 100.000 stanovnika, što pokazuje studije u Zapadnoj Evropi, Severnoj Americi, Australiji i Latinskoj Americi [11]. Oko 2/3 VTE manifestuje se kao duboka venska tromboza, a 1/3 kao plućna embolija sa ili bez duboke venske tromboze. Incidenca venske tromboze povećava se sa godinama života od 1/100.000 godišnje u dečijem uzrastu do čak 1/100 godišnje u najstarijem životnom dobu [12]. Takođe je poznato da je bolest ponekad i recidivirajućeg karaktera sa stopom recidiva od 10 do čak 30 % u razdoblju od 1. do 10. godine nakon doživljene tromboze, pri čemu je rizik najveći u prvih 6-12 meseci, a veći je u muškoj populaciji i kod idiopatskih tromboza.

Rizik za nastanak venske tromboze, prema Vircheovoj definiciji iz 1956. godine [13], koja je potvrđena brojnim istraživanjima, izrečen je kroz tri ključna patofiziološka stanja, a to su:

- Promene osobina krvnog suda** - disfunkcija endotela (kao posledica traume, ateroskleroze, infekcije)
- Promene brzine proticanja krvi** (staza bilo usled usporavanja strujanja ili usled vrtloga - cirkulatorna staza)
- Promene u sastavu krvi** - hiperkoagulabilno stanje (usled aktivacije unutrašnjih mehanizama i pojave zgrušavanja krvi).

Na listi uzroka za pojavu VTE najčešće se navode stečeni ili prolazni faktori koji se klasifikuju na:

- Jake predisponirajuće faktore:** fraktura (kuk, noga), hirurške operacije (kuka, kolena), veći hirurški zahvat, teža trauma
- Umerene predisponirajuće faktore:** artroskopska operacija kolena, CVK, transfuzija

krvi, hronična srčana ili respiratorna oboljenja, supstituciona hormonska terapija, maligna bolest, terapija oralnim kontraceptivima, trudnoća i postporođajni period, prethodna venska tromboza, trombofilija

- Slabe predisponirajuće faktore:** mirovanje u krevetu duže od 3 dana, imobilizacija zbog sedenja (duže putovanje vozilima, avionom), starija životna dob, laparaskopski operativni zahvat, gojaznost, trudnoća, varikoziteti vena [13,14].

Faktori rizika za VTE su tokom života različiti između muškaraca i žena. U mlađoj životnoj dobi faktori rizika kod muškaraca su trauma i imobilizacija, dok su kod žena oralna kontracepcija, trudnoća i postporođajni period [15]. U starijoj populaciji faktori rizika su različite komorbidnosti, a posebno maligniteti [16].

Glavni pokazatelji korisni za stepenovanje rizika od smrti su klinički pokazatelji, pokazatelji disfunkcije desne aorte i pokazatelji oštećenja miokarda. Stepovanje rizika sprovodi se postepeno, a počinje kliničkom procenom hemodinamskog statusa i nastavlja uz pomoć laboratorijskih testova [14].

Osim navedenih, posebno značajni faktori rizika su i prethodna venska tromboza, plućna embolija i hronična plućna hipertenzija. Od naslednih sklonosti najčešći su poremećaji zgrušavanja krvi, nasledna trombofilija, genetska predispozicija sa poremećajem antikoagulantnih mogućnosti (AT III, deficit C i S proteina ili poremećaj koji podstiče prokoagulantno stanje tj. mutacije faktora II, V i hiperhomocisteinemija). Zato kažemo da je PTE multifaktoralna i etiopatogenetski kompleksna bolest za koju su potrebni i drugi provocirajući faktori [13]. Rizik za nastanak bolesti koji dodaje svaki pojedinačni faktor može se jednostavno sumirati na efekat ostalih faktora ili pak umnožavati sa njima [17].

KLINIČKA SLIKA

Većina plućnih embolija su male, fiziološki beznačajne i često asimptomatske. Kada su simptomi izraženi, nespecifični su i promenljive učestalosti i jačine. PTE se manifestuje u vidu sledećih simptoma i znaka: dispnea, bol u grudima, kašalj, sinkopa, hemoptizije, tahipnea, tahikardia, znaci dubokog venskog tromboembolizma, cijanoza i vi-

soka telesna temperatura ($>38,5^{\circ}\text{C}$). Izraženo je konfuzno stanje praćeno strahom, bledilo kože i cijanoza usana, orošenost hladnim znojem. Javlja se u tri oblika sa varijabilnim kliničkim manifestacijama koje su uzrokovane opstrukcijom plućnih arterija trombom, kao:

Masivna PTE - nastaje začepljenjem nekog od glavnih stabala plućnih arterija većim trombom. Manifestuje se jako izraženim simptomima šoka, koji brzo nastaju, intenzivni su, a nakon nekog vremena jenjavaju, gde pacijent usled bola i gušenja prestaje da diše, te nastaje kardiorespiratorni arest. Ako se ne tretira adekvatno, vrlo brzo nastaje smrt.

Submasivna PTE - nastaje začepljenje manjih grana plućnih arterija manjim trombom, pa su simptomi i znaci šoka manje izraženi, ali su prisutni, traju, dovodeći pacijenta u stanje straha, uznemirenosti i neadekvatne oksigenisanosti. Ovo stanje može da se produbi, pogorša i dovede do kardiorespiratornog aresta.

Plućni infarkt - nastaje kod manje od 10% pacijenata sa PTE. Tipični simptomi i znaci se javljaju 3-7 dana nakon okluzije krvnog suda i manifestuju se kao pleuralni bol, pojava temperature, ređe hemoptizije i plućnih infiltrata na radiogramu [8].

Kod masivnih plućnih embolija (kada je začepljeno više od 50% cirkulacije), razvija se tipična klinička slika sa karakterističnim simptomima: otežano disanje, bol u grudima u vidu probadanja ili stezanja, nadražajni kašalj sa hemoptizijama (iskašljavanjem krvi), lupanje srca, strah od smrti i karakteristični znaci stanja šoka (pad krvnog pritiska, ubrzani jedva opipljiv puls, cijanoza i plavetnilo usana, orošenost hladnim znojem). Kod nemasivnih plućnih embolija klinička slika može biti znatno blaža, uz prisustvo samo ponekog od nabrojanih simptoma i znakova, a bolesnici su hemodinamski stabilni.

Kod pacijenata koji imaju rekurentne PTE može se razviti i plućna hipertenzija. Posledice PTE zavise od veličine i broja tj. stepena proširenosti plućne vaskularne okluzije (začepljenja), reakcije pluća i trombolitičke sposobnosti organizma da tromb razgradi. O činjenici da je veličina embolične opstrukcije važan faktor, mišljenja su istovetna. Kardiopulmonalni status bolesnika pre embolije drugi je ključni faktor pri određivanju

kliničkog stepena embolije. Mali embolus može ograničeno uticati na inače zdravu osobu, ali kod pacijenta sa odmaklom srčanom ili plućnom bolešću izazvaće ozbiljne posledice[18]. Kod bolesnika sa već postojećom srčanom isuficijencijom ili plućnom bolešću, pogoršavajuća dispneja može biti jedini simptom koji ukazuje na PE[19].

DIJAGNOSTIKA

Dijagnostika PTE je teška, zbog nespecifične kliničke slike koja se može javiti u sklopu drugih stanja, te je od izuzetne važnosti rano prepoznavanje, kada su mogućnosti za terapijsko delovanje veće.

Kada klinička manifestacija izaziva sumnju na PE kod pojedinog pacijenta, potrebno je sprovesti dalje objektivno testiranje. Kod većine pacijenata sumnja se na PE na osnovu dispnee, bola u grudima, pre-sinkope ili sinkope i hemoptize[20].

Dijagnostikovanje PTE podrazumeva anamnezu pacijenta, fizikalni pregled, rendgenografiju srca i pluća, pulsnu oksimetriju (pri čemu je hipoksemija jedan od znakova PTE), elektrokardiogram (EKG), uz procenu ukupnog rizika koja se radi, zbog stratifikacije rizika od smrti i odluke o izboru terapijskog modaliteta delovanja. Dalja dijagnostika podrazumeva laboratorijske analize (kompletna obrada), gasne analize (koje potvrđuju hipoksemiju i acidozu), D-Dimer (gde je normalan nalaz pouzdan da se uz nisku kliničku sumnju isključi dijagnostika za PTE, a povišena vrednost ukazuje na potrebu sprovođenja daljih dijagnostičkih postupaka), ehosonografija srca (poseban akcenat na desnom srcu).

Dopunske dijagnostičke metode: dopler krvnih sudova i scintigrafija pluća. Zlatni standard u urgentnoj dijagnostici PTE, osim navedenih analiza je Multislajсна skenerska pulmoangiografija (MSCT), koja znatno skraćuje vreme za terapijsko delovanje[14].

Koliko i šta će kliničari primeniti od navedenih dijagnostičkih postupaka zavisi od mnogo faktora, a najvažniji su: težina bolesnikovih simptoma i stanja, da li postoji ili ne postoji dokazana venska tromboza, kao i moguće opasnosti od krvarenja, pri čemu svako od navedenih stanja zahteva preciznu dijagnozu.

LEČENJE

Lečenje plućnog tromboembolizma sprovodi se kroz dve, a neretko i tri faze: inicijalno, dugotrajno ili nastavno lečenje i produženo lečenje.

Inicijalno lečenje PTE podrazumeva oksigenoterapiju (zbog hipoksemije), fiziološke rastvore uz vazokonstriktore (zbog hipotenzije), obaveznu hospitalizaciju uz permanentan nadzor (bilo da postoji sumnja ili je PTE dokazana), u cilju prevencije kardiovaskularnih komplikacija opasnih po život u prvih 24 do 48h.

Tokom zbrinjavanja ovih bolesnika na raspolaganju je više modaliteta lečenja uključujući antikoagulanse, antitrombolitike, hiruršku intervenciju (embolektomiju), te kombinaciju pomenutih metoda. Izbor metode lečenja sprovodi se na osnovu procene: veličine tromba, stanja pacijenta i specifičnog individualnog rizika, gde na osnovu stratifikovanja ukupnog rizika kliničari biraju odgovarajući modalitet koji najviše odgovara konkretnom bolesniku[21,22].

Trombolitička terapija (Streptokinaza, Urokinaza, Alteplaza) je indikovana kod pacijenata sa masivnom embolijom pluća, koja se klinički manifestuje znacima kardiogenog šoka i/ili hipotenzije, dok je za primenu trombolitičke terapije sa submasivnom embolijom hipokinezija desne komore kontraverzna. Ova terapija ne primenjuje se kod bolesnika bez znakova opterećenja desne komore(23). Pomenuta metoda se može primeniti kao sistemska tromboliza koja ima veći rizik za krvarenje i kao ciljano, na mestu tromba, pomoću endovaskularnog katetera direktno u ugrušak kroz kateter postavljen u plućnu arteriju. Nosi manji rizik od krvarenja usled nižih doza trombolitika i primenjuje se kod bolesnika sa masivnom PTE ili onima s relativnim kontraindikacijama za sistemske trombolitike[24].

Hirurško lečenje PE (embolektomija), primenjuje se kod bolesnika gde je efekat akutne tromboektomije limitiran i kod bolesnika sa životno ugrožavajućom PTE (visokog rizika).

Antikoagulantna terapija u lečenju bolesnika sa PTE ima za cilj da spreči povećanje i embolizaciju rezidualnih trombova. U opciji su visokomolekularni heparin uz obazriv rizik od krvarenja, niskomolekularni heparin, uz oralnu antikoagulantnu terapiju sa kojom se počinje u prva tri dana i uz pre-

klapanje sa heparinom četiri do pet dana (poštujući vrednosti INR), kao i antagonisti vitamina K.

Bolesnici sa prvom epizodom PE leče se oralnim antikoagulantima tri meseca, ukoliko su imali reverzibilan uzrok za pojavu bolesti, ili šest meseci ako su imali idiopatsku vensku trombozu. Oralni antikoagulansi se daju doživotno bolesnicima koji su imali rekurentnu vensku tromboemboliju ili koji imaju stečene, uzročne faktore rizika za trombozu (kao što je kancer).

Kava filteri primenjuju se kod bolesnika koji imaju apsolutne kontraindikacije za oralnu antikoagulantnu terapiju ili imaju rekurentne embolije, uz adekvatnu i dobro doziranu antikoagulantnu terapiju[23]. Napredak farmaceutske i medicinske tehnologije pruža mogućnosti za primenu kombinovanog pristupa u lečenju PTE, tzv. EKOS tretmana. On neretko biva primenjen kod pacijenata sa masivnom PTE i podrazumeva ultrazvučnu embolektomiju uz primenu trombolitika Streptokinase. Ovim modalitetom lečenja postiže se rastvaranje tromba, uspostavlja srčani rad i krvotok, poboljšava funkcija desne komore i pritisak plućne arterije uz smanjenje rizika od krvarenja[8]. Nedostatak ovog vida lečenja je prinudni položaj uz mogućnost nastanka komplikacija (hipostatska pneumonija, infekcija, krvarenje, febrilna stanja, oštećenje integriteta kože i dr).

PREVENCIJA

VTE tretman je usmeren na prevenciju invaliditeta i predviđanje recidivantne VTE, koja može dovesti do smrti, tromboembolijske plućne hipertenzije i posttrombotskog sindroma, velikih krvarenja zbog antikoagulacije, smanjenja kvaliteta života u vezi sa zdravljem, kao i ekonomskih posledica.[1,25]

Preporuke za prevenciju ili lečenje nehirurških bolesnika, za prevenciju venske tromboze u hirurģiji i ortopediji, u trudnoći, nakon porođaja kod bolesnika s hereditarnom trombofilijom, s malignim bolestima i dr. imaju različitu etiopatogenetsku podlogu, pa stoga prevencija ili lečenje imaju određene specifičnosti koje je neophodno poznavati[26]. Stoga je važno upoznati se s načelima i mogućnostima procene rizika za svakog pojedinačnog pacijenta.

Komplikacije DVT i PE produžavaju hospitalizaciju i povezane su sa dugotrajnom onesposobljenošću i smrću, te su preporuke da se prilikom prijema na hospitalno lečenje svi pacijenti procene na rizik od DVT i u skladu sa procenjenim rizicima preduzmu preventivne mere. Kod bolesnika s prvom simptomatskom plućnom embolijom potrebno je proceniti predisponirajuće faktore rizika koji mogu poslužiti za identifikaciju osoba s višim dugoročnim relativnim rizikom od recidiva, kao što su jedna ili više prethodnih epizoda VTE, sindrom antifosfolipidnih antitela (APS), nasledna trombofilija ili rezidualna tromboza.

Za uspešnu prevenciju PE na raspolaganju su farmakološke i nefarmakološke preventivne strategije, koje je neophodno sprovoditi sinhronizovanim radom celog društva. Prikadnost sekundarne profilakse treba kontinuirano preispitivati, a sa profilaksom prestati ako korist ne prelazi rizik[27]. Od farmakoloških metoda na raspolaganju su antikoagulantni lekovi (niskomolekularni heparin), koji se primenjuju tri, šest, dvanaest meseci ili doživotno. Trajanja akutnog lečenja i sekundarne profilakse mogu se temeljiti na procenama recidiva, kao i procenama krvarenja povezanog s antikoagulansom. Prevencija bilo kakvog recidiva VTE je važna, ali izbegavanje fatalne PE obično je najvažniji ishod za pacijenta. Stoga je procena kardiopulmonalne funkcionalne rezerve bolesnika još jedan važan faktor pri razmatranju preporuke za sekundarnu profilaksu. Istovremeno sa lečenjem tromboembolije, treba lečiti i osnovno oboljenje (kardiovaskularno, maligno ginekološko i dr.) koje je dovelo do tromboze. U slučaju flebotromboze potrebno je primeniti lokalno hepatrombin, uz mirovanje i elevaciju ekstremiteta.

Nefarmakološke strategije prevencije ogledaju se kroz:

1. Edukaciju celokupne populacije (putem mas-medija)
2. Ciljanu edukaciju rizičnih grupa i pojedinaca
3. Osnivanje specijalnih jedinica za zbrinjavanje ovakvih bolesnika (po uzoru na razvijene zemlje)
4. Primenu elastičnih čarapa, elastičnih bandaža i zavoja
5. Primenu pneumatske čizme sa kompresijom.

Mere sekundarne prevencije trebalo bi sprovoditi individualno i kroz rad u grupi, gde rad medicinske sestre-tehničara naročito dolazi do izražaja. Kroz zdravstveno-vaspitne intervencije neophodno je ohrabriti svakog pojedinca na razmišljanje o načinima unapređenja i očuvanja sopstvenog zdravlja, a kada je već narušeno, naučiti ga kako da živi sa bolešću što kvalitetnije i kako da što duže odloži trajne komplikacije i onesposobljenost. Zdravstveno-vaspitne intervencije podrazumevaju i edukaciju o merama za uspešan terapijski režim (pravilno uzimanje protektivne terapije, adekvatna ishrana, umerena fizička aktivnost, redovne kontrole). Među ovim intervencijama su i prestanak pušenja i izbegavanje prisutnih faktora rizika, kao i edukacija koji su to simptomi i znaci koji ukazuju na moguće komplikacije, kada se treba javiti lekaru i pre zakazane kontrole radi procene predoziranosti i adekvatne korekcije terapijskih doza antikoagulantne terapije (npr. pojava spontanih hematoma - modrica po koži, krvi u mokraći ili stolici, krvi iz nosa ili iskašljavanja krvi – pri čemu antikoagulantnu terapiju treba odmah prekinuti i javiti se lekaru). Bolesnika treba edukovati i da svaka promena antikoagulantnog leka može izazvati promenu protrombinskog vremena, pa ga treba češće kontrolisati. Neki lekovi koji se primenjuju zajedno sa antikoagulantima mogu da pojačaju ili umanje efekat antikoagulantne terapije. Bolesnika treba savetovati da od analgetika ne uzimaju aspirin, andol i brufen jer mogu pojačati efekat antikoagulantne terapije i izazvati krvarenje. U slučaju potrebe za uzimanjem analgetika, preporučuje se febricet, panadol, baralgin, analgin ili trodon.

U ishrani se preporučuje umerena upotreba lisnatog povrća (kupus, spanać, kelj, zelena salata), jer sadrži velike količine vitamina K i izbegavanje masne hrane. U slučaju potrebe za hirurškom intervencijom (npr. vađenje zuba) potrebno je javiti se lekaru radi obustave antikoagulantne terapije.

Rezultati istraživanja ukazuju da najbolje rezultate u prevenciji duboke venske tromboze i plućne embolije imaju preventivne strategije koje uključuju pažljiv odabir nefarmakoloških metoda (elastične čarape, pneumatske čizme i edukacija) sa farmakološkim metodama, kod hospitalizovanih pacijenata.

ZAKLJUČAK

Uprkos napretku medicine, venski tromboembolizam ima tendenciju rasta. U zemljama u razvoju, gde se nalazi i Srbija, zbog narastajuće ekspanzije kardiovaskularnih oboljenja, produženja životnog veka stanovništva, kao i ograničenosti raspoloživih zdravstvenih resursa, neophodna je dobro isplanirana strategija udruženog delovanja svih sektora društva, za rešavanje ovih proble-

ma. Adekvatno sprovođenje mera primarne, sekundarne i tercijalne prevencije na svim nivoima zdravstvene zaštite, smanjilo bi brojne komplikacije. Edukacija u vezi sa promenama u načinu života, zdrava ishrana, fizička aktivnost, prestanak pušenja, upotreba kompresivnih čarapa, pokreti nogama tokom dugog sedenja (putovanja), rana mobilnost pacijenta nakon hirurški zahvata i vezanosti za postelju, uz zdravstveno-vaspitni rad kod pacijenata koji su u riziku su samo neke od brojnih strategija prevencije VTE. •

LITERATURA

1. Raskob GE, Angchaisuksiri P, Blanco AN, et al., for the ISTH Steering Committee for World Thrombosis Day. Thrombosis: a major contributor to global disease burden. *ArteriosclerThrombVasc Biol* 2014;34:2363–71. 2.
2. Schulman S, Marder VJ, Whitsett C. Overview of venous thromboembolism. In: , V. J. Marder, W. C. Aird, J. S. Bennett, S. Schulman, G. C. White, Hemostasis and Thrombosis: Basic Principles and Clinical Practice. Philadelphia, 2013: 957–961.).
3. VTE Souto JC, Almasy L, Borrell M et al. Genetic susceptibility to thrombosis and its relationship to physiological risk factors: the GAIT study. *Genetic Analysis of Idiopathic Thrombophilia. Am J Hum Genet* 2000;67:1452–1459 2.
4. Ariens RA, de Lange M, Snieder H, Boothby M, Spector TD, Grant PJ Activation markers of coagulation and fibrinolysis in twins: heritability of the prethrombotic state. *Lancet* 2002: 359:667–671 3.
5. Larsen TB, Sorensen HT, Skytthe A, Johnsen SP, Vaupel JW, Christensen K Major genetic susceptibility for venous thromboembolism in men: a study of Danish twins. *Epidemiology* 2003;14:328–332 4.
6. Heit JA, Phelps MA, Ward SA, Slusser JP, Petterson TM, De Andrade M Familial segregation of venous thromboembolism. *J ThrombHaemost* 2004;2:731–736 5.
7. Zoller B, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K Familial risk of venous thromboembolism in first-, second- and thirddegree relatives: a nationwide family study in Sweden. *ThrombHaemost* 2013;109:458–463
8. Obradović S, Džudović b, Rusović S, Subotić V, Obtradović D. Polne razlike u kliničkoj prezentaciji, elektrokardiografskim znacima, laboratorijskim markerima i ishodu kod bolesnika sa akutnomem bolijom pluća, VSP, (2016), 73, br 9, str. 844-849. Doi:10.2298/VSP1507160930
9. John A. Heit, Epidemiology of venous thromboembolism *Nature Reviews Cardiology* 2015. volume12, pages464–474
10. Heit JA. Predicting the Risk of Venous Thromboembolism Recurrence. *Am J Haematol* 2012; 87:S63-S67
11. Aaron M. Wendelboe and Gary E. Raskob, Global Burden of Thrombosis, 2016 <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.115.306841> *Circulation Research*. 2016;118:1340–1347
12. Rosendaal FR. Causes of Venous Thrombosis. In van Beek EJ, Büller HR, Oudkerk M. *Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism*. Wiley-Blackwell 2009.
13. Virchow R. Phlogose und Thrombose im Gefäßsystem; *Gesammelte Abhandlungen zur Wissenschaftlichen Medizin*. Staatsdruckerei, Frankfurt, 1856.).
14. Sažete smernice, evropskog kardiološkog društva za dijagnostiku i lečenje akutne plućne embolije, test. Helixinfo.com > 2010/01>Smernice PE 0805n_2
15. Heit JA. The epidemiology of venous thromboembolism in the community. *ArteriosclerThrombVasc Biol* 2008; 28(3): 370–2.

16. Goldhaber SZ. Risk factors for venous thromboembolism. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56(1): 1–7.
17. DD Rosendaal FR. Venous thrombosis: a multicausal disease. *Lancet* 1999; 353:1167-73].
18. Bojana Uzelac, Sanja Mišić, PREHOSPITALNA DIJAGNOSTIKA PLUĆNE EMBOLIJE U RADU HITNE MEDICINSKE POMOĆI – PRIKAZ SLUČAJA). *ABC časopis urgentne medicine*, vol. XV, 2015, broj 1, ISSN 1451-1053 (2015) br. 1 p. 36-40
19. Stein PD, Henry JW. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism stratified according to their presenting syndromes, *Chest*, 1997, vol. 1124 (pg. 974-979)
20. Pollack CV, Schreiber D, Goldhaber SZ, et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department: initial report of EMPEROR (Multicenter Emergency Medicine Pulmonary Embolism in the Real World Registry), *J Am Coll Cardiol*, 2011, vol. 57 (pg. 700-706.)
21. Streiff MB, Agnelli G, Connors JM, et al. Guidance for the treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016; 41:32-67.
22. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Chest Guideline. *CHEST*. 2016; 149(2):315-52
23. Ref 59 Vodič Torbicki A: Task Force Report Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism *Eur Heart J* 2000; 21, 1301–1336
24. Vedantham S, Piazza G, Sista AK, et al. Guidance for the use of thrombolytic therapy for the treatment of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2016; 41:68-80.
25. Hoyer MM. Chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *N Engl J Med* 2011; 364:1677-8.
26. Stephen R. Baker, Michal Zabczyk, Recurrent venous thromboembolism patients form clots with lower elastic modulus than those formed by patients with non-recurrent disease, January 2019. <https://doi.org/10.1111/jth.14402>
27. Vicky Mai, Laurent Bertoletti, Michel Cucherat, et al. *Extended anticoagulation for the secondary prevention of venous thromboembolic events: An updated network meta-analysis*. Published: April 1, 2019 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214134>

UDC: 616.97-053.6

Osoba za korespondenciju: Nikola Savić
Email: nikolasavicvzs@gmail.com

Rad pristigao-04.10.2019.
Odluka o prihvatanju-06.10.2019.

Originalni rad | Original article

Informisanost adolescenata i potrebe za zdravstveno-vaspitnim radom na prevenciji polno prenosivih bolesti

Nikola Savić [1,2], Zoran Jokić [2], Marija Mladenović [2,3],
Marijana Milošević [1, 2], Jelena Vujić [4]

1. Medicinska škola „Dr Miša Pantić“ Valjevo
2. Fakultet zdravstvenih i poslovnih studija Valjevo, Univerzitet Singidunum
3. Opša bolnica Valjevo
4. Dom zdravlja Valjevo

SAŽETAK

Polno prenosive bolesti predstavljaju zdravstveni problem sa stalnom tendencijom porasta broja obolelih. Najčešće se javljaju u populaciji mladih, na početku reproduktivnog perioda. Polno prenosive bolesti su zarazne bolesti koje se prenose seksualnim odnosom, sa inficirane osobe na zdravu.

Cilj: Proceniti potrebe mladih za zdravstveno vaspitnim intervencijama na prevenciji polno prenosivih bolesti.

Ispitanici: Ispitivanjem je obuhvaćen uzorak od 120 učenika, drugog i trećeg razreda Medicinske škole „Dr Miša Pantić“ u Valjevu, u vremenskom periodu od 27.03.2018. do 04.05.2018. godine.

Metode: Za izradu rada korišćena je deskriptivna i indirektna opservaciona metoda - anketa. Kao instrument konstruisan je upitnik za učenike, koji sadrži 24 pitanja, zatvorenog i kombinovanog tipa.

Rezultati: Anketirano je 120 učenika, 74% su bile devojčice i 26% dečaci. Najveći broj ispita-

ABSTRACT

Sexually Transmitted Diseases (STDs) represent a health problem with a constant tendency of an increase in the number of diseased. Most often STDs occur among population of youth, at the beginning of their reproductive period. STDs are infective diseases which are transmitted sexually, from an infected person to a healthy one.

Aim: To estimate needs of adolescents for health and sexual education, especially prevention of the STDs.

Evaluable subjects: Examination covered 120 students, in the second and third grade of Medical school “Dr Misa Pantic” in Valjevo, in period of time from 27.03.2018. to 04.05.2018.

Methods: In the making of this examinations method that has been used is descriptive and indirective observative method - a survey. As an instrument a questionnaire for students was constructed which included 24 questions, closed and combined type.

Results: Out of 120 students that participated in the survey 74% were female and 26% were

nika svoje zdravstveno stanje procenjuje kao odlično (67%), više od polovine ispitanika nije stupilo u polni odnos (54%), najveći broj seksualno aktivnih ispitanika polni odnos je imalo između 17 i 18 godine (39%). Jednog partnera ima 88%, 89% ispitanika ima strah od polno prenosivih bolesti, kondom kao zaštitu koristi 68% anketiranih ispitanika. 70% ispitanika prepoznaje najčešće polno prenosive bolesti, ali niko se ne odlučuje na testiranje. Najveći broj ispitanika (93%) smatra da je potrebno uvesti predmet Zdravstveno vaspitanje u sistem obrazovanja.

Zaključak: Rezultati istraživanja ukazuju na potrebu većeg stepena edukacije o polno prenosivim bolestima i merama zaštite. Potrebno je zdravstveno-vaspitni rad sprovoditi u saradnji sa zdravstvenim ustanovama, školama i celokupnom zajednicom.

Ključne reči: polno prenosive bolesti, zdravstveno vaspitanje, ginekologija, prevencija, adolescencija, reproduktivno zdravlje

male participants. The largest number of participants rated their health condition as excellent (67%), more than a half said they were sexually inactive (54%), biggest amount of sexually active students had their first sexual intercourse between the age of 17 and 18 (39%). 88% of participants said they have one sexual partner, 89% express fear of STDs. Condom as a contraceptive method uses 68% of participants. 70% recognizes signs of all most common STDs, but none opts for testing. Most of the participants (93%) consider that it is a necessity to introduce Sexual and health education as a subject in educational system.

Conclusion: Results of this survey proved the need of a higher level of sexual education. It is necessary to conduct sexual education in cooperation with health centers, schools and community in general.

Key words: STDs (Sexually Transmitted Diseases), sexual education, health education, gynecology, prevention, adolescence, reproductive health.

UVOD

Polno prenosive bolesti (Sexually Transmitted Disease, STDs) predstavljaju zarazne bolesti koje se prenose seksualnim odnosom sa zaražene osobe na zdravu osobu. Procenjuje se da u svetu godišnje od ovih bolesti oboli više od 330 miliona ljudi [1,2].

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, najveći broj obolelih je starosti između 15 i 26 godina, rizična populacija su adolescenti, žene u reproduktivnom periodu i novorođenčad zaraženih majki. Procene za region Evrope ukazuju na 16 miliona polnih infekcija na godišnjem nivou [1,2].

Postoji više od 30 različitih bolesti koje pripadaju seksualno prenosivim infekcijama. Najčešće polno prenosive bolesti su: gonoreja, sifilis, genitalni herpes, sida, hepatitis B, hepatitis C, genitalne bradavice, hlamidija, kandidijaza, trihomonijaza [2,3].

Polno prenosive bolesti predstavljaju jednu od vodećih opasnosti po reproduktivno zdravlje adolescentata [1-3]. Adolescencija predstavlja period značajnih psihičkih i fizičkih promena, koje dovode do

biološkog, psihološkog i emocionalnog sazrevanja deteta, i time njegovog preobražaja u odraslu, socijalno adaptiranu osobu [4]. Reproductivno zdravlje podrazumeva ne samo odsustvo bolesti, već i usklađeno i normalno odvijanje fizičkih, mentalnih i socijalnih procesa koji se, pre svega, odnose na reproduktivni sistem i njegovo optimalno funkcionisanje (SZO). Reproductivno zdravlje podrazumeva da su ljudi u mogućnosti da imaju bezbedan polni odnos, što zahteva odgovornost prema svom zdravlju i zdravlju partnera [2,5]. Glavni faktori rizika za polno prenosive bolesti su: nedovoljna informisanost, često menjanje partnera, nezaštićeni polni odnosi, seksualni odnosi sa nepoznatim osobama, loši socijalni uslovi, neredovne kontrole kod lekara i brojni drugi faktori [1-5].

Zdravstveno vaspitanje se definiše kao aktivan proces učenja i osposobljavanja pojedinca i zajednice da se koriste znanjem o psihičkom, fizičkom i socijalnom zdravlju sa ciljem da se izgradi pravilan odnos prema zdravom načinu života. To je kontinuiran proces usvajanja i promena navika i stavova. Zdravstveno vaspitanje u oblasti repro-

duktivnog zdravlja je od velike važnosti i obuhvata edukaciju pojedinaca znanjima i vještinama za izbor zdravog načina života u oblasti seksualnosti. Zdravstveno-vaspitne intervencije su od velikog značaja i daju najbolje rezultate kod osoba mlađe životne dobi, odnosno zdravih osoba pre stupanja u seksualne odnose [6,7].

Kada je reč o zdravstvenom vaspitanju, potrebno je krenuti sa zdravstveno-vaspitnim intervencijama koje će obuhvatiti opšte teme vezane za reproduktivno zdravlje, a nakon toga zdravstveni vaspitač sprovodi zdravstveno-vaspitne intervencije u okviru kojih akcenat stavlja na polno prenosive bolesti [8-12].

METODOLOGIJA

Cilj rada: Proceniti potrebe mladih za zdravstveno vaspitnim intervencijama na prevenciji polno prenosivih bolesti.

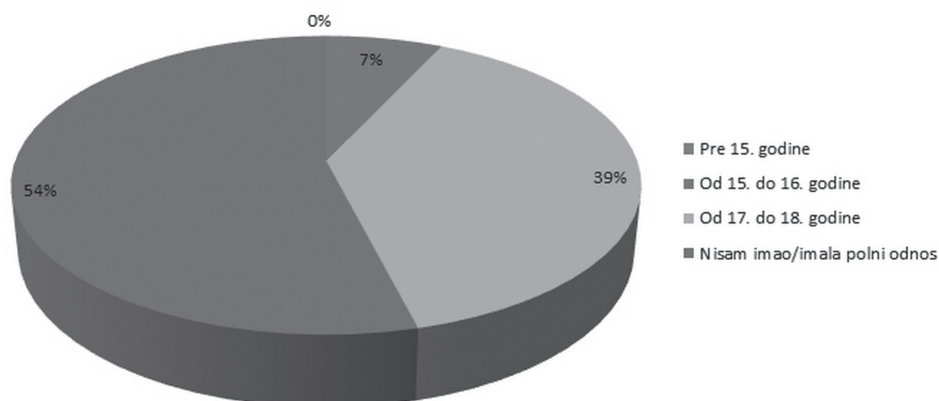
Istraživanje je realizovano u vidu studije preseka, anonimno, dobrovoljno i isključivo u naučne svrhe.

Metode istraživanja: deskriptivna metoda i indirektna opservaciona metoda - anketa. Tehnika istraživanja je anketiranje, instrument istraživanja je anketni upitnik konstruisan za potrebe ovog istraživanja koji se sastoji od 24 pitanja, zatvorenog i kombinovanog tipa. Prvi deo anketnog lista sadrži pitanja opšteg tipa, odnosno pitanja koja su vezana za pol, razred koji pohađaju, sredinu iz koje dolaze i drugo. Naredni segmenti upitnika odnose se na pitanja kojima se procenjuje informisanost mladih o polno prenosivim bolestima i potrebama za zdravstveno-vaspitne intervencije. Populacija i uzorak su učenici Medicinske škole „Dr Miša Pantić“ Valjevo. Uzorak je hotimičan. Uzorak se sastoji od 120 učenika drugog (60 učenika) i trećeg razreda (60 učenika) medicinske škole u Valjevu, obrazovni profil Medicinska sestra - tehničar. Dobijene se potrebne saglasnosti za istraživanje. Istraživanje je sprovedeno u vremenskom periodu od 27.03.2018. do 04.05.2018. godine.

Kriterijum distribucije ispitanika	Rezultati istraživanja
Pol	Među ispitanim učenicima 26% je muškog pola i 74% ženskog pola. Na osnovu dobijenih rezultata možemo zaključiti da je zastupljen veći broj ispitanika ženskog pola, a razlog tome je veća zainteresovanost devojčica za upis u medicinske škole u odnosu na dečake. Iskustvo u nastavi pokazuje da polako nestaju predrasude vezane za medicinske sestre (posao za osobe ženskog pola) i da zbog same prirode i raznolikosti posla postoji velika potreba za medicinskim tehničarima.
Nivo obrazovanja	Svi ispitanici su srednjoškolskog uzrasta, 50% ispitanika je drugi razred, dok je 50% ispitanika treći razred srednje škole.
Mesto stanovanja	Najveći broj ispitanika živi u seoskoj sredini (44%), neznatno manji deo u gradu (42%). U ispitanom uzorku 14% učenika je navelo da žive u prigradskom naselju.

Tabela 1: Socio-demografski podaci ispitanika

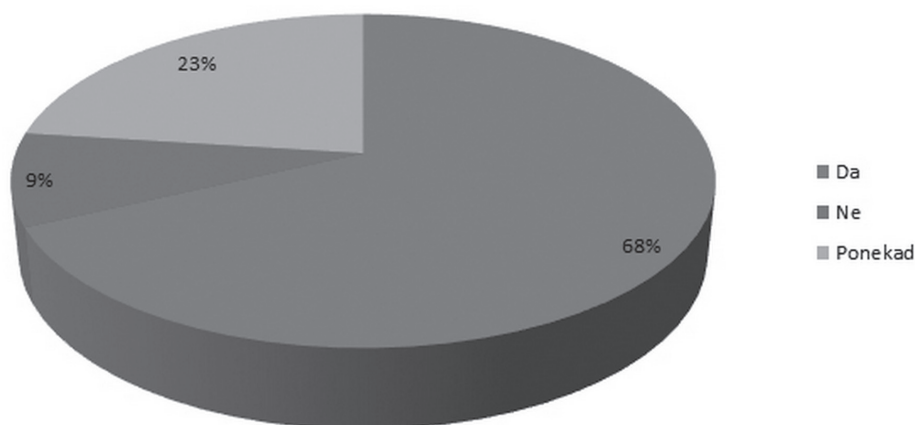
DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PREMA GODINAMA STAROSTI U VREME STUPANJA U POLNI ODNOS



Grafikon 1: Distribucija ispitanika prema godinama starosti u vreme stupanja u polni odnos

U polni odnos pre 15. godine nije stupio niko od ispitanika, od 15. do 16. godine 7%, od 17. do 18. godine 39% ispitanika, dok 54% ispitanika nije imalo polni odnos. U poređenju sa brojnim drugim istraživanjima u kojima dolazimo do zaključka da mladi sve ranije stupaju u polne odnose, u prikazanom istraživanju veći broj učenika nije stupio u polni odnos.

DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PREMA KORIŠĆENJU KONDOMA PRI SEKSUALNOM ODNOSU

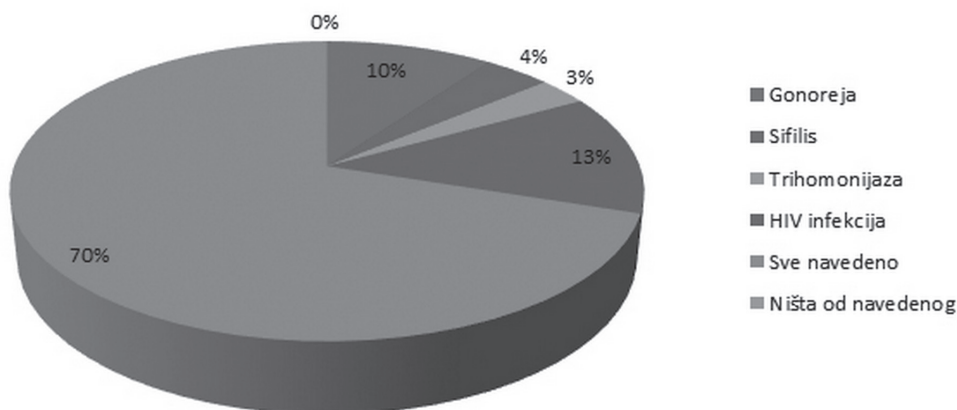


Grafikon 2: Distribucija ispitanika prema korišćenju kondoma pri seksualnom odnosu

Prema rezultatima istraživanja najveći broj ispitanika koristi kondom pri seksualnom odnosu- 68%, kondom ne koristi 9% ispitanika, dok je 23% ispitanika navelo da kondom koristi povremeno, odnosno ponekad.

DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PREMA INFORMISANOSTI O POLNO PRENOSIVIM BOLESTIMA

Koja od navedenih bolesti pripada grupi polno prenosivih bolesti?

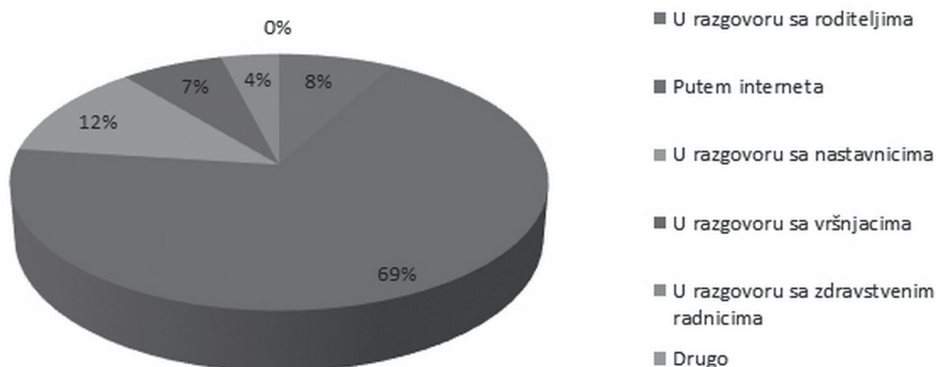


Grafikon 3: Distribucija ispitanika prema informisanosti o polno prenosivim bolestima

Iz dobijenih rezultata prikazanih u grafikonu 3 zaključujemo da najveći broj ispitanika- 70% zna da sve navedene bolesti pripadaju grupi polno prenosivih infekcija, 13% ispitanika je navelo HIV infekciju, 10% gonoreju, 4% sifilis, dok je samo 3% ispitanika u ovom uzorku prepoznalo jedino trihomonijazu kao polno prenosivu bolest. Učenicima na nivou obrazovanja u kome je vršeno istraživanje su imali priliku da se kroz nastavni plan i program upoznaju sa polno prenosivim bolestima.

DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PREMA NAČINU DOBIJANJA INFORMACIJA I ZNANJA O POLNO PRENOSIVIM BOLESTIMA

O polno prenosivim bolestima informišem se...



Grafikon 4: Distribucija ispitanika prema načinu dobijanja informacija i znanja o polno prenosivim bolestima

Iz dobijenih rezultata prikazanih u grafikonu 4 zaključujemo da se najveći broj ispitanika informiše o polno prenosivim bolestima putem interneta- 69%, u razgovoru sa nastavnicima i kroz stručnu literaturu 12%, u razgovoru sa roditeljima 8%, od svojih vršnjaka informacije traži 7% ispitanika, dok svega 4% ispitanika informacije i potrebna znanja u vezi sa polno prenosivim bolestima dobija od zdravstvenih radnika.

Kriterijum distribucije ispitanika	Rezultati istraživanja
Kada je pravo vreme za prvi ginekološki pregled?	Najveći broj ispitanika koji su učestvovali u istraživanju smatra da je pravo vreme za prvi ginekološki pregled pre prvog seksualnog odnosa- 69%, nakon dvadesete godine života 8%, dok je 23% ispitanika navelo da ne zna kada je pravo vreme za prvi ginekološki pregled.
Prisutnost simptoma koji mogu ukazati na neku od polno prenosivih bolesti	Iz dobijenih rezultata zaključujemo da je 26% ispitanika imalo pojačan sekret, 17% svrab i peckanje u predelu genitalija, 3% učestalo mokrenje, 0% ispitanika negira da su imali tegobe u vidu bola u donjem delu stomaka i pri polnom odnosu, a najveći broj ispitanika-54%, što čini više od polovine ispitivanog uzorka, označilo je da nije imalo zdravstvene probleme u vidu navedenih tegoba.
Odgovor na pitanje: „Da li smatrate da je potrebno uvesti Zdravstveno vaspitanje kao nastavni predmet u sistem obrazovanja?“	Najveći broj ispitanika- 93% smatra da bi bilo korisno uvesti nastavni predmet Zdravstveno vaspitanje u sve škole, u cilju unapređenja zdravlja ljudi, a pre svega dece i omladine. Svega 4% ispitanika odgovorilo je da za to nema potrebe, a odgovor „ne znam“ označilo je 3% anketiranih ispitanika.
Odgovor na pitanje: „Da li smatrate da je potrebno organizovati više zdravstveno-vaspitanje i radionica na ovu temu?“	Najveći broj ispitanika koji su učestvovali u ovom istraživanju smatra da je potrebno više zdravstveno-vaspitanje i radionica na temu prevencije polno prenosivih bolesti- 93%, dok manji broj ispitanika smatra da to nije potrebno- 7%.

Tabela 2: Rezultati istraživanja u vezi sa reproduktivnim zdravljem

ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja ukazuju na potrebu za još većim stepenom informisanosti o problemu polno prenosivih infekcija. Pri tumačenju rezultata treba uzeti u obzir da učenici medicinske škole imaju veći nivo znanja o ispitanom problemu. Postoji potreba za dodatnom edukacijom ove ciljne grupe o značaju očuvanja reproduktivnog zdravlja, a edukaciju treba početi još u osnovnim školama i na taj način pravovremeno sprečiti poremećaje zdravlja i polno prenosive infekcije.

Potrebno je zajedničko angažovanje zajednice, škola, zdravstvenog sistema i nevladinog sektora radi povećanja svesti mladih o značaju prevencije. Ovu potrebu osećaju i mladi, a to potvrđuje želja za uvođenjem Zdravstvenog vaspitanja kao nastavnog predmeta ili bar izbornog predmeta u sistem školstva. Takođe, mladi imaju želju za dodatnom edukacijom kroz zdravstveno vaspitne

radionice i tribine na ovu temu. Seksualno aktivni ispitanici nisu dovoljno informisani o važnosti testiranja na prisustvo polno prenosivih bolesti, što takođe predstavlja temu kojoj se u zdravstvenom vaspitanju sa adolescentima treba posebno posvetiti. Potrebno je dati informacije u kojim ustanovama i na koji način se mladi mogu testirati.

Zdravstveno-vaspitanje na prevenciji polno prenosivih bolesti u radu sa mladima ima za cilj da spreči stupanje mladih u polne odnose bez dovoljnog znanja o ovoj temi. U vreme adolescencije mladi su spremni da istražuju nove stvari i da traže sebe, u velikom broju slučajeva mogu se otisnuti pogrešnim putem, a ono što je uloga i dužnost svih koji se bave preventivnim radom, vaspitanjem i obrazovanjem mladih jeste da im ukažu na vrednosti koje će im pomoći da sačuvaju zdravlje. Takođe, jedan od zadataka na kojima se temelji naš rad je i saradnja sa roditeljima, koji u današnjem vremenu moraju biti veoma prisutni u životu svog deteta.

LITERATURA

1. Živanović S, Šupić V, Hadživuković N, Kulić V. Knowledge and attitudes of high school students about sexually transmitted diseases. *Sestrinska rec.* 2017;21(75):14-17.
2. Živanović V. *Zdravstvena nega u ginekologiji i akušerstvu.* 2nd ed. Beograd: Visoka zdravstvena škola strukovnih studija; 2012.
3. Ethier K, Kann L, McManus T. Sexual Intercourse Among High School Students — 29 States and United States Overall, 2005–2015. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2018;66(5152):1393-1397.
4. Staras S, Cook R, Clark D. Sexual Partner Characteristics and Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents and Young Adults. *Sexually Transmitted Diseases.* 2009;36(4):232-238.
5. Djordjevic G, Radovanovic S, Djonovic N, Radevic S, Vasiljevic D, Mihailovic N. The Factors that Determine Reproductive Health Characteristics of Adolescents in Serbia. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research.* 2019;20(2):23-26.
6. Kekuš D. *Zdravstveno vaspitanje.* 2nd ed. Beograd: Autorsko izdanje; 2009.
7. Cvetković A. Reproductive health of the young: Orientation toward community. *Opšta medicina* 2016;22(1-2):25-35.
8. Najdanović-Mandić V, Veljković A. Knowledge of the 8th grade pupils of elementary schools of Zaječar about contraception and sexually transmitted diseases in 2014. *Timočki medicinski glasnik* 2014;39(3):137-141.
9. Radulović O, Babić S, Veljković M, Stefanović A, Šagrić Č, Bulatović K. Reproductive Health of Youth in the World and Serbia / Reproduktivno Zdravlje Mladih U Svetu I Srbiji. *Acta Facultatis Medicae Naissensis.* 2014;31(4):219-224.
10. Pavlica T, Janjić-Gajšin S, Čila V, Gabor S. Attitudes and knowledge towards reproductive health and sexual maturation among secondary school students in Vojvodina. *Glasnik Antropološkog društva Srbije* 2014;(49):93-102.
11. Rašević M, Sedlecki K. Sexual and reproductive behaviour of young female internet users in Serbia. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo* 2013;141(9-10):653-658.
12. Stanković B. Social influences and reproductive health of adolescents. *Sociološki pregled* 2007;41(3):327-350.

Rad pristigao - 20.08.2019.
Odluka o prihvatanju - 15.09.2019.

Pismo uredniku | Letter to the editorial board

Riziko faktori i srčani udar

Gordana Vukadinović

Poštovano uredništvo, ovim kratkim obraćanjem želela bih da podsetimo na važnu temu koja je svakodnevno aktuelna.

UVOD

Kardiovaskularne bolesti glavni su uzrok smrti žena starijih od 25 godina. Naime, od kardiovaskularnih bolesti umire više žena nego od svih bolesti uzrokovanih rakom. Gotovo trećina žena pati od neke vrste srčanih bolesti, a većina toga nije svesna. Iako istraživanja pokazuju da je broj srčanih udara kod žena mlađih od 50 godina manji nego kod muškaraca istih godina, oni su kod žena opasniji i dvostruko je veća verovatnoća da će biti smrtonosni. Razlog je teško utvrditi, ali smatra se da su žene ili teže pogođene bolešću ili žele manje agresivan tretman lečenja. U osnovi najvećeg broja srčanih napada kod žena su hipertenzija i visok holesterol, a dobra strana je da se oni mogu lečiti i, još važnije, sprečiti. Briga o zdravlju i srcu pre pojave bilo kakvih simptoma je od nemerljive važnosti - što se ranije počne, to je lakše sprečiti srčana oboljenja. Istraživanja pokazuju da put do zdravog srca i nije tako složen.

Cilj rada: Prikazati najčešće etiološke faktore koji dovode do srčanog udara

Genetska predispozicija, odnosno postojanje bolesti srca kod bliskih članova porodice, bitan je faktor rizika[1]. Rezultati jednog švedskog istraživa-

nja iz 2006. godine pokazuju da veću pažnju treba obratiti na majčinu istoriju bolesti. Rizik se povećava čak za 43% ako se bolest pojavila kod majke, a znatno manje - 17%, ako je otac bio srčani bolesnik.

Moguće je da spoljni faktori više itiču na povećani rizik nego genetika, jer deca najčešće više vremena provode sa majkom i preuzimaju njen stil života. Zanimljivo je pomenuti da je čak i kod osoba koje vode zdrav život, ne puše i redovno vežbaju, rizik za pojavu srčanih bolesti 82% ako su bolest imala oba roditelja. Ipak, to ne znači da je bolest neizbežna, već samo da ne treba gubiti vreme i da treba redovno obavljati potrebna testiranja i zdravo živeti. Ako je bolest prisutna u porodici, potrebno je sprovesti detanjnije testove u razmaku nekoliko godina, počevši od 40-tih. Čak i godinama ranije CT srca može otkriti nakupljanje naslaga u aterijama, što to pogoduje nastanku srčanog udara. Prvim takvim pregledom utvrđuje se stanje, dok se sledećim pregledima prati potencijalno pogoršavanje. Analizom krvi, osim nivoa dobrog i lošeg holesterola, može se izmeriti prisutnost C-reaktivnog proteina u krvotoku koji može doprineti nastajanju naslaga. Ovaj protein češći je kod osoba sa prekomernom telesnom težinom i kod osoba sa hipertenzijom, pušača i kod osoba koje nisu fizički aktivne. Prisutnost C-reaktivnog proteina predviđa verovatnoću srčanog udara i kod žena koje imaju relativno nizak holesterol, a smatra se da može da signalizira srčane bolesti pre pojave simptoma[2,3].

Veza između holesterola i srčanih bolesti poznata je decenijama. Pa ipak, nivo holesterola samo je deo jednačine. Najvažnije je utvrditi koliki je nivo „lošeg“ holesterola, lipoproteina visoke gustine u krvi[4]. Istraživanja su pokazala da održavanje niske vrednosti tog holesterola, LDL-a može pomoći osobama kod kojih postoje neki rizični faktori, kao što je pušenje. HDL ili tzv. „dobar“ holesterol se bori protiv LDL-a, prenoseći loše materije kroz krv do jetre, gde se metabolisu i na kraju eliminišu. Prema nekim istraživanjima, podizanje vrednosti „dobrog“ holesterola, HDL-a za 1 miligram po decilitru, može smanjiti rizik srčanog udara za 3%. Ako se testiranjem otkrije povišen holesterol, promenom navika u ishrani i redovnim vežbanjem, mnogo se može pomoći, ali u mnogim slučajevima ove promene ne mogu dovesti do značajnijeg poboljšanja. Tada bi lekar trebalo da prepíše lekove za sniženje holesterola - statine, koji sprečavaju jetru da proizvodi previše holesterola. Ne smemo se osloniti samo na lekove, jer je preporuka kombinovati ih sa pravilnom ishranom i redovnom fizičkom aktivnošću. Kao neželjeni efekat uzimanja statina može se javiti umor mišića. Potrebno je i redovno vršiti analize krvi kako bi se proverilo funkcionisanje jetre[5].

Prekomerna težina može biti veoma opasna, pogotovo ako se višak taloži na stomaku i bokovima. Da bismo se oslobodili tog viška nije dovoljno promeniti režim ishrane, već je neophodno uvesti redovnu fizičku aktivnost. Istraživanja su pokazala da jedino kombinacija pravilne ishrane i redovne fizičke aktivnosti smanjuje veličinu ćelija na stomaku, što se ne dešava ako se mršavi isključivo promenom režima ishrane. Redovna fizička aktivnost ima višestruke efekte na telo: opasni kilogrami nestaju, mišići efikasnije koriste krv, srce postaje jače, krvi sudovi elastičniji, a krv lakše cirkuliše celim telom. Naravno, rezultata nema preko noći. Kardiolozi predlažu svakodnevno 3 ominuta umerenog aerobnog vežbanja, što produžava očekivani životni vek za 3 i po godine. Istraživanje *Cooper instituta* u Dalasu pokazalo je da je stopa smrtnosti u grupi ljudi koji umereno vežbaju upola niža, nego u grupi osoba koje žive neaktivno. Koji god tip aktivnosti odabrali, ključ je u upornosti i što ranijoj promeni stila života[6].

Redovno vežbanje može sprečiti gubitak koštane i mišićne mase do kojeg dolazi starenjem, kao i redukovati masno tkivo i povećati izdržljivost, što

može smanjiti rizik od srčanih bolesti. Vežbanjem bez pravilne ishrane postiže se samo polovičan uspeh. Promena navika u ishrani ne znači izglednivanje ili neuravnoteženu ishranu. Ne postoji hrana koja ubija ili spašava živote: pravilna ishrana znači unošenje širokog spektra zdrave hrane. To podrazumeva izbegavanje trans i zasićenih masnoća, najčešće prisutnih u prerađenoj hrani, kek-sima i slanim grickalicama poput čipsa. Stručnjaci preporučuju mediteranski model ishrane: maslinovo ulje, riba, nemasno meso, mlečni proizvodi, integralne žitarice i konzumiranje barem pet obroka raznovrsnog i raznobojnog voća i povrća.

SIMPTOMI SRČANOG UDARA

Mučnina, vrtoglavica, težina u grudima i bol u gornjem delu leđa, klasični su simptomi udara kod žena. Neke žene oseće snažan bol u grudima, a kod mnogih se javljaju suptilniji simptomi koji se često ignorišu. Ispitivanje žena koje se oporavljaju od srčanog udara pokazalo je da su mnoge imale simptome koji su se pogoršavali nedeljama pre srčanog napada; one su te probleme pripisivale lošoj probavi, umoru, napregnutim mišićima i mogućoj prehladi. Dve trećine američkih žena koje umru od srčanog udara nisu ni stigle do bolnice: kada su shvatile o čemu je reč, bilo je prekasno.

Simptomi nisu jedino što razlikuje muškarce i žene u vezi sa srčanim bolsetima. Istraživanje Nacionalnog zdravstvenog instituta u SAD otkriva da su lekari prevideli oko 3 miliona slučajeva srčanih bolesti kod žena koje su imale naslage plaka proširenog kroz aterijske, ali se nije povećao, niti stvorio veliku blokadu (što bi bio slučaj kod muškaraca). Na angiogramu (snimci krvnih sudova) te aterijske izgledaju čiste. Ovo istraživanje obuhvatilo je i žene sa mikrovaskularnim bolestima, kod kojih se mali krvni sudovi ne rašire pravilno tokom naprezanja, i njihovi angiogrami su bili čisti[7]. Žene bi zato morale više pažnje da obrate na znake koje im telo šalje; ako pacijentkinja ima kratak dah, visoku vrednost holesterola ili primeti neke druge zabrinjavajuće simptome, treba da insistira da dodatnoj dijagnostici kao što je ergometrija, holter EKG-a, holter pritiska, eho srca, eho stres i slično.

Simptomi srčanog udara kod žena često su mnogo suptilniji nego kod muškaraca i zato treba obratiti pažnju na moguće znake, kako bi se na vreme ra-

govalo. Vrtoglavica je znak da srce ne pumpa dovoljno krvi u mozak. Umor nastaje usled slabljenja srčanog mišića koji više ne može da pumpa dovoljno krvi za efikasno funkcionisanje tela. Nagli pad krvnog pritiska praćen je mučninom i pojačanim znojenjem. Bol u gornjem delu leđa, gornjem delu stomaka i donjem delu grudi predstavlja upozorenje da srce ne može pravilno i dovoljno da pumpa krv. Kratak dah tokom normalnih aktivnosti – zamaranje signalizira da je smanjen protok krvi u srcu, tj. da srce slabije pumpa krv. Zbog toga dolazi do pojave kratkog daha. Ako do pojave kratkog daha dođe samo ponekad tokom uobičajenih aktivnosti, najverovatnije nema razloga za brigu, ali ako se to često ponavlja, svakako treba otići na pregled.

Svake godine srčane bolesti odnesu stotine hiljada života. Uprkos toj činjenici, srčana oboljenja nisu uzrok, već samo posledica. Glavni krivac je spoj loše ishrane, nedovoljne fizičke aktivnosti, pušenja i drugih loših životnih navika. Uz čvrstu volju i svest o faktorima rizika, srčana oboljenja se mogu izbeći[7].

ZAKLJUČAK

Zbog svega gore navedenog, oslušnimo sebe, čujmo šta nam naše srce kaže, kakve ga muke more i ništa više ne prepuštajmo slučajnosti. Prepoznavajmo sve ove simptome na vreme, suočimo se sa činjenicom da smo i mi živa bića, a ne robovi svoje porodice; odmorimo se malo, posvetimo više pažnje sebi, svom telu i svojoj lepoti, da bismo same sebe više cenile i tako bile više cenjene na poslu, u porodici i celom društvu. Naša profesija je jako lepa i sve više prepoznatljiva kao samostalna. Zato čuvajmo svoje srce da bismo bili bolji ljudi i cenjeni visoki profesionalci na svom radnom mestu.

Zahvalnica

Srdačno se zahvaljujem profesoru dr Željku Vlajsavljeviću na ukazanoj pomoći i savetima za izradu ovog rukopisa.

REFERENCE

1. Bruikman C, de Ronde MWJ, Amin A, et al: **Sudden cardiac death in families with premature cardiovascular disease**; Heart, Published Online First: 17 August 2019. doi: 10.1136/heartjnl-2019-31486 1
2. Song C, Fu R, Dou K, et al: **Association between smoking and in-hospital mortality in patients with acute myocardial infarction: results from a prospective, multicentre, observational study in China**; BMJ Open 2019; 9:e030252. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030252
3. **World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions**; Lancet Glob Health. 2019 Aug 30. pii: S2214-109X(19)30318-3. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30318-3; WHO CVD Risk Chart Working Group
4. Dun Y, Thomas RJ, Medina-Inojosa JR, Squires RW, Huang H, Smith JR Liu S, Olson TP High: **Intensity Interval Training in Cardiac Rehabilitation: Impact on Fat Mass in Patients With Myocardial Infarction**; Mayo Clin Proc. 2019 Sep; 94(9):1718-1730. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.04.033
5. Pallazola VA, Davis DM, Whelton SP, Cardoso R, Latina JM, Michos ED, Sarkar S, Blumenthal RS, Arnett DK, Stone NJ, Welty FK: **A Clinician's Guide to Healthy Eating for Cardiovascular Disease Prevention**; Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2019 Aug 1; 3(3):251-267. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2019.05.001
6. **Is too much exercise dangerous? Study shows that extreme exercise does not increase risk of death from heart disease.** [Available] <http://www.cooperinstitute.org/pub/news.cfm?id=189> pristupljeno 20.07.2019.
7. Lu L, Liu M, Sun R, Zheng Y, Zhang P: **Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments**; Cell Biochem Biophys. 2015 Jul; 72(3):865-7. doi: 10.1007/s12013-015-0553-4.

PREDLOG PLANA STRUČNIH AKTIVNOSTI ZA 2020.GODINU

Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije

I KME

– PREDAVANJA SA PISMENIM REŠAVANJEM TESTA/ STRUČNI SASTANCI

3 - 4. april 2020.

SESTRINSKI SMEDEREVSKI DANI

- Obeležavanje 7. aprila - Svetskog dana zdravlja u organizaciji članice Unije udruženja, Udruženje medicinskih sestara, tehničara i babica podunavskog okruga
- KME - predavanje sa pismenim rešavanjem testa

II 12.MAJ 2020.GODINE

– MEĐUNARODNI DAN SESTARA

Članice Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije radno će obeležiti 12. maj, Međunarodni dan sestara.

- Predavanja na temu po preporuci ICN –a
- Podela zahvalnica pojedincima i službama
- Prigodan kulturno-umetnički program
- Predavanje predsednice Unije udruženja po pozivu članica Unije, a na temu po preporuci ICN-a povodom Međunarodnog dana sestara.

III SIMPOZIJUMI - KONGRESI

28 - 31. maj 2020.

Kompleks Emrovića raj, Novi Pazar

III Simpozijum Unije udruženja

- Plenarna tematika
- Preporučena predavanja
- Usmena prezentacija stručnih radova
- Poster prezentacija stručnih radova

4 - 6. septembar 2020.

Soko Banja

IV Simpozijum Udruženja sestara i zdravstvenih tehničara Srbije u neurologiji - Sekcija hirurških sestara i sekcija sestara u pulmologiji

- Plenarna tematika
- Preporučena predavanja
- Usmena prezentacija stručnih radova
- Poster prezentacija stručnih radova

4 - 8. novembar 2020.

Tara, Hotel "Omorika"

IV Kongres Unije udruženja

- Plenarna tematika
- Preporučena predavanja
- Usmena prezentacija stručnih radova
- Poster prezentacija stručnih radova

IV STUDIJSKO PUTOVANJE

16 - 23. maj 2020.

IZRAEL

VIšednevni boravak u zdravstvenim ustanovama opšteg tipa i specijalističkim ustanovama

- Predstavljanje Unije udruženja i sestrinstva Republike Srbije
- Organizacija sestrinske službe
- Obrazovanje sestara
- Sestrinska dokumentacija i proces zdravstvene nege

Beograd

21. septembar 2019.

V UČEŠĆE NA STRUČNIM SKUPOVIMA

- Simpozijum Udruženja zdravstvenih radnika Medicinar; Brčko BiH, mart 2020.
- Organizacija posete zdravstvenim ustanovama; Ohrid, Makedonija, septembar/oktobar 2020.

Predsednik Unije udruženja
Radmila Jazić, s.r.

Izveštaj sa IV Simpozijuma medicinskih sestara i tehničara Udruženja Medicinar iz Brčkog, distrikt BiH

Za članove Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije, novi vesnik proleća je poziv za učešće na Simpozijumu medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Brčko distrikta.

Našim kolegama aktivnim učešćem pružamo podršku od prvog Simpozijuma.

Od 15. do 17. marta je u Brčkom održan IV Simpozijum medicinskih sestara i tehničara sa međunarodnim učešćem, pod pokroviteljstvom Vlade Brčko distrikta, JZU Zdravstvenog centra Brčko i Fondacije FAMI kroz projekat „Jačanje sestrinstva u Bosni i Hercegovini“, koji podržava vlada Švajcarske.

Unija udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije je prisustvovala Simpozijumu sa dvadeset pet učesnika iz Kraljeva, Čuprije, Smedereva, Beograda i Loznice.

Jedanaest učesnika je imalo usmene prezentacije koje su bile veoma zapažene kako po sadržaju, tako i po načinu prezentovanja.

Nagrađen je rad na temu „Kradljivci vremena u sestrinskoj praksi“, strukovne medicinske sestre Tanje Ljubojević, iz OB Sveti Luka Smederevo, predsednice IO Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije.



Unija udruženja je na svečanoj večeri dobila zahvalnicu za pruženu podršku udruženju Medicinar.

Posebna zahvalnost je izražena generalnom sekretaru Unije, Živki Mirčić, koja je bila uzor i učitelj, osoba od koje se dalo naučiti i prepisati, koja je ohrabivala i davala podstrek razvoju asocijacije i organizovanju edukacija za medicinske sestre-tehničare.



Sa lepim utiscima iz Brčkog nastavljamo sa planiranim aktivnostima i očekujemo da nam se kolege iz regiona uskoro pridruže, jer sestrinstvo ne poznaje granice.





Izveštaj sa II Nacionalnog simpozijuma Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije

Simpozijum je održan od 8. do 10. maja 2019. godine u Emrović raj, Novopazarska Banja. Realizacija simpozijuma ostvarena je sardanjom, pri čemu je Unija udruženja medicinskih sestara bila organizator, a Novi Pazar domaćin. Uspešnoj realizaciji pomogao je Emrović raj i njihov menadžment tim, koji je boravak i stručno usavršavanje za učesnike skupa učinio prijatnijim i uspešnijim.

Na II Nacionalnom simpozijumu Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije, stručni rad realizovan je kroz dva okrugla stola, trideset pet usmenih i pet poster prezentacija.

Na skupu je boravilo 190 učesnika - lekara, stomatologa, medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara.

Svečanom otvaranju Simpozijuma prisustvovali su dr Meho Mahmutović, direktor OB Novi Pazar, dr Ervin Ćorović, direktor Zavoda za javno zdravlje, dr Sanja Radojević Škodrić, direktor RFZO i dr Sonja Radetinac, direktor Novopazarske banje.

Kroz realizaciju okruglih stolova izvedeni su sledeći zaključci skupa:

Prvi okrugli sto realizovan je 8. maja 2019. godine sa temom Multidisciplinarni i međusektorski pristup u prevenciji bolesti zavisnosti kod mladih, čiji je moderator bila Tanja Ljubojević, strukovna medicinska sestra OB Sveti Luka.

Medicinske sestre su obavezan član tima koji učestvuje u zbrinjavanju zavisnika od psihoaktivnih supstanci na svim nivoima zdravstvene zaštite i u svim fazama bolesti.

Složenost sestrinskih zadataka pri pružanju zdravstvene nege zahteva adekvatnu obrazovnu pripremljenost koja pre svega podrazumeva:

- Sticanje znanja o bolestima zavisnosti i izgradnju pozitivnog stava. Negativni stavovi stigmatizuju zavisnika što vodi diskriminaciji i pružanju suboptimalne nege.
- Sticanje znanja o specifičnosti komunikacije radi uspostavljanja prvog kontakta i vođenja terapijske komunikacije.
- Obučenosť za rano prepoznavanje predoziranja i pružanja zdravstvene nege.



Uvažavajući ove aspekte nege, medicinske sestre će kroz edukativne programe Unije u budućnosti raditi na unapređenju znanja i sticanju veština.

Predavanje kao oblik edukacije po našem iskustvu ne daje dovoljne rezultate. Unija će organizovati radionice za sve zdravstvene radnike na stručnim sastancima koje održava.

Za ove aktivnosti Unije očekujemo pomoć zakonodavnih i regulatornih tela Republike Srbije.

Drugi okrugli sto realizovan je 9. maja 2019. godine sa temom Neformalno obrazovanje – podrška stručnoj praksi – primeri iz prakse – razmena iskustva, čiji je moderator bila Radmila Jazić, strukovna medicinska sestra, KBC Bežanijska kosa, Beograd.

1. Neformalno obrazovanje
2. Svako učenje koje vodi ličnom razvoju i napretku, boljem snalaženju u životu, kao i proaktivnijem stavu u društvu, treba vrednovati i uvažavati.
3. Za život u savremenom društvu, podjednako je važno kako formalno obrazovanje i radno iskustvo, tako i neformalno i informalno obrazovanje.
4. Neformalno obrazovanje u našoj zemlji, u stručni medicinskih sestara, treba suštinski vrednovati, a ne samo prebrojavati bodove koji su nam neophodni za obnovu licence.
5. Neopodno je uvesti kontrolu edukacija kako po sadržaju tako i po kvalitetu.
6. Zdravstveni savet i regulatorno telo KMSZTS treba da porade na tome. Informalno obrazovanje nije vrednovano na pravi način, iako se tim putem mogu steći i stiču se različita znanja primenjiva u sestrinskoj praksi.

Zatvaranje II Nacionalnog simpozijuma Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije realizovano je 10. maja 2019. godine, gde su izneti zaključci sa okruglih stolova Simpozijuma, zatim analiza evaluacionih upitnika Simpozijuma koju možete pogledati na sajtu Unije (www.uumsztrs), kao i nagrađeni radovi na Simpozijumu.

Za autore najboljih radova na Simpozijumu proglašeni su:

Zoran Sivč – Zavod za hitnu medicinsku pomoć, Novi Sad

Ilić Milka – KBC Bežanijska kosa, Beograd

Emina Mitrović – Specijalna bolnica za cerebrovaskularne bolesti Sveti Sava, Beograd.

Sa osvrtom na analizu evaluacionih upitnika i ispitivanja zadovoljstva učesnika na Simpozijumu, došli smo do zaključka da su učesnici u najvećem broju slučajeva najvećom ocenom u evaluaciji, ocenom 4, ocenili okrugle stolove njihovu zanimljivost i upotrebljivost. Daljom analizom smo zaključili da je najveći broj učesnika ocenom 4 ocenio organizaciju II Nacionalnog simpozijuma Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije. Na osnovu toga zaključujemo da je timski rad Unije kao organizatora, Novog Pazara, domaćina skupa i menadžmenta Emrović raja doprineo kvalitetu rezultata Simpozijuma i zadovoljstvu svih učesnika. Sve sugestije i predlozi za poboljšanje kvaliteta koje su na evaluacionim upitnicima ostavili učesnici skupa, biće razmotrene za sledeću organizaciju skupa.

Predsednik Unije Udruženja: Radmila Jazić

Predsednik stručnog odbora: Ivana Stevanović, pedagoški savetnik



Izveštaj sa studijskog putovanja u Rusiju



U organizaciji Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije realizovano je studijsko putovanje u periodu od 12. do 18. maja 2019. godine u vidu posete zdravstvenim i obrazovnim institucijama Ruske federacije, sa posetom Ambasadi Republike Srbije u Rusiji.

Stručne aktivnosti studijskog putovanja odvijale su se po utvrđenom planu:

- 13. maj 2019. u 08:30h polazak grupe radi posete Kliničkom centru Sečenov u Moskvi
- 13. maj 2019. u 14:00h prijem u Ambasadi Republike Srbije
- 15. maj 2019. od 09:00h poseta Univerzitetском centru North Western u Sankt Peterburgu.

KLINIČKI CENTAR SEČENOV U MOSKVI

Najavlјenu posetu Kliničkom centru Sečenov u Moskvi, četrdeset pet učesnika studijskog putovanja medicinskih sestara, profesora i lekara iz zdravstvenih i obrazovnih institucija Republike Srbije započelo je po ranije dogovorenom planu.

Glavna sestra Ana Počueva predstavila je tim svojih saradnika, glavnih sestara klinika i odeljenja.

Nakon kraćeg upoznavanja, naši domaćini iz KC Sečenov ponudili su posetu urološkoj klinici, sa obilaskom operacionog bloka, laboratorije, klinike za fizikalnu medicinu i odeljenja za transfuziju krvi. Učesnici su se podelili u grupe shodno interesovanju.

Nakon vizite koja je trajala nepuna dva sata, upoznavanja sa uslovima rada, obrazovanjem izvršio oca poslova dijagnostike, zdravstvene nege, lečenja i rehabilitacije, praktične prezentacije robota u fizikalnoj medicini i operacionom tretmanu, svi učesnici su u amfiteatru Kliničkog centra Sečenov nastavili razgovor u cilju što potpunijeg saznanja o radu pomenute zdravstvene ustanove.

Radna poseta je završena dogovorima za buduću saradnju.

Zajednička fotografija učesnika studijskog putovanja i naših domaćina ispred zgrade u kojoj se odvijala radna poseta, za nas je uspomena na jedno novo stručno iskustvo, a za organizatore ovog putovanja podsetnik na dogovorene aktivnosti u cilju nastavka saradnje i unapređenja zajedničke profesije.

PRIJEM U AMBASADI REPUBLIKE SRBIJE

Dobrodošlica, srdačnost i gostoprimstvo koje su delegaciji medicinskih sestara, profesora i lekara iz zdravstvenih i obrazovnih institucija Republike Srbije iskazali prvi savetnici Ivanka Stamenković i Branislav Radojičić zavređuju javnu pohvalu. Posredovanjem naše Ambasade za prijem u zdravstvene ustanove u Moskvi i Sankt Peterburgu radi studijske posete, poseta je uspešno završena potpisivanjem sporazuma o saradnji „SZGMU imeni I.I. Mečnikov“, Sankt Peterburg, Rusija i Visoke zdravstvene škole strukovnih studija, Beograd, Republika Srbija, kao i postizanjem dogovora za druge oblike saradnje, što ima neprocenljiv značaj.

Naši domaćini su izložili informativne prezentacije kako bi učesnike studijskog boravka upoznali sa obrazovanjem medicinskih sestara i drugih profila zdravstvenih radnika i organizacijom sestrinske službe i uslovima rada.

Republiku Srbiju, organizovanost medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara i sistem obrazovanja, kroz prezentacije su predstavili Radmila Jazić, predsednica Unije udruženja i prof. Dejan Mitrašinović, direktor VZŠSS iz Beograda.

Nakon održanih prezentacija organizovana je poseta bolnici Svetog Georgija za petnaest predstavnika delegacije iz Srbije. Vizitu pomenutoj zdravstvenoj ustanovi koordinirala je **kustos studijske posete, glavna medicinska sestra Klinike, asistent na Katedri za gerijatriju, propedeutiku i upravljanje sestrinskom delatnošću, Poljakova Elena Vladimirovna.**

Nakon radnog dela, upriličen je sastanak sa predstavnicima Unije udruženja i VZŠSS iz Beograda na kojem je dogovoren protokol potpisivanja sporazuma o saradnji „SZGMU imeni I.I. Mečnikov“ iz Sankt Peterburga i VZŠSS iz Beograda.

Svečani čin potpisivanja Sporazuma dogodio se 17. maja 2019. u 12:00h.

Prof. Sergej A. Sajganov, rektor „SZGMU imeni I.I. Mečnikov“, Sankt Peterburg, Rusija i prof. Dejan Mitrašinović, direktor Visoke zdravstvene škole strukovnih studija, Beograd, Republika Srbija, **potpisali su Sporazum o saradnji od velikog značaja za sestrinstvo na prostorima naše države.**

Radmila Jazić, predsednik Unije udruženja



Učesnici pregovora

IZVEŠTAJ sa III Simpozijuma Udruženja sestara i zdravstvenih tehničara Srbije u neurologiji i Sekcije sestara u hirurgiji

U organizaciji Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije, održan je III Simpozijum Udruženja sestara i zdravstvenih tehničara Srbije u neurologiji i Sekcije sestara u hirurgiji. Simpozijum je održan u Sokobanji u Hotelu „Moravica“ u periodu od 20. do 22. septembra 2019. godine. U radu Simpozijuma učestvovalo je sto četrdeset učesnika iz zdravstvenih ustanova Republike Srbije i Republike Srpske.

Stručne aktivnosti su realizovane putem predavanja u okviru plenarnih tematika:

I Glavobolje u kliničkoj praksi

II Multidisciplinarni pristup u primeni laparoskopije - bolji kvalitet života

Na Simpozijumu se rad odvijao u sesijama sa usmenim i poster prezentacijama. Realizovano je sedamnaest usmenih prezentacija radova, a izloženo dvadeset pet poster radova. Pasivnih učesnika je bilo ukupno devedeset jedan.

Za metodološki pristup u izradi stručnog rada i prezentaciju na III Simpozijumu sestara u neurologiji i hirurgiji zapažene su prezentacije i autori:

USMENE PREZENTACIJE RADOVA

1. Specifičnosti ishrane radnoaktivne populacije, Alekse Raševića iz Specijalne bolnice „Sveti Sava“
2. Životne krize i njihov uticaj na profesionalnost, Jelene Marković iz Specijalne bolnice „Sveti Sava“

3. Rehabilitacija dece sa lezijom pleksusa brahijalisa, Vladimira Simonovića iz Specijalne bolnice „Sokobanja“.

POSTER PREZENTACIJE RADOVA

1. Uloga medicinske sestre u prevenciji komplikacija šećerne bolesti nakon šećerne bolesti, Milice Petrović iz Opšte bolnice Čuprija
2. Savetodavni rad sa porodicom pacijenata u Specijalnoj bolnici „Sveti Sava“, Ane Stanić i Snežane Stanković iz Specijalne bolnice „Sveti Sava“
3. Sestrinske anamneze u dijagnostici i zbrinjavanju pacijenata sa glavoboljama, Slađane Gašpar iz Opšte bolnice Pančevo.

Obradom evaluacionog upitnika konstatujemo zadovoljstvo učesnika odabirom i prezentacijom predavača u okviru plenarne tematike, usmenih i poster prezentacija, kao i organizacijom i odabirom mesta održavanja Simpozijuma.

Različita interesovanja iskazali su učesnici Simpozijuma po pitanju predloga tema za plenarnu tematiku za naredni Simpozijum.

Predsednik Stručnog odbora Simpozijuma

dr sci med. Marjana Vukićević,
specijalista neuroogije



Prijem kod NJKV Princeze Katarine

Poštovane kolegice i kolege,

Na poziv NJKV Princeze Katarine, 5. jula 2019. predsednica Unije je prisustvovala sastanku odabranih medicinskih sestara i predstavnika fonda NJKV Princeze Katarine i Princeze lično, na Kraljevskom dvoru.

Princeza je tokom sastanka imenovala Kraljevski odbor medicinskih sestara **RNB – Royal Nurse Board** u sastavu:

MEDICINSKE SESTRE

Rose Glamočlija, Boca Nursing Services Inc, Florida, USA

Radmila Ugrića, predsednica Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije
(+381648837600, r.ugrica@gmail.com)

Radmila Nešić, predsednica Saveza udruženja zdravstvenih radnika Srbije
(+381605557774, r.nesic@szr.org.rs)

Radmila Jazić, predsednica Udruženja medicinskih sestara i tehničara
(+381638645813, unija.umsztrs@gmail.com)

Dušica Biočanin, članica Zdravstvenog saveta Srbije, glavna sestra Klinike za digestivnu hirurugiju, KCS (+381668301862, duca.sdb@gmail.com)

Dijana Otašević, predsednica UMSTBS – KBC Zvezdara
(+381608838908, umstbs@gmail.com)

Mirjana Gavrilović, glavna sestra Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije u Beogradu
(+381694550445, mirjanag@ncrc.ac.rs)

Ljiljana Đukić, glavna sestra Urgentnog centra Beograd
(+381668300485, ljiljdjuka@gmail.com)

Jedan od ciljeva odbora je i spajanje dijaspore da maticom Srbijom.

Kao datum održavanja prve Konferencije dijaspore dogovoren je 24. i 25. april 2020 godine.

Drugi sastanak Kraljevskog sestrinskog odbora je održan 30. septembra 2019. i započeti su radni dogovori za određivanje tematike koja će biti obrađena na Konferenciji.

Unija udruženja medicinskih sestra i zdravstvenih tehničara će uzeti aktivno učešće u planiranju i realizaciji programa koji budu definisani na odboru i pod pokroviteljstvom Fonda NJKV Princeze Katarine.

Radmila Jazić, predsednica Unije, članica RNB
Beograd, 01.10.2019.



Uputstvo za pisanje stručnog rada

Dr sci. med. Željko Vlasisavljević
Prof. dr sci. med. Gora Miljanović

Vodič za pravilno pisanje naučnog rada sastavljen je radi publikovanja u stručnom časopisu Vizija, izdavača Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije.

Pre predaje rukopisa za štampanje, autori bi trebalo da detaljno i pažljivo pročitaju uputstva za pripremu radova. Neophodno je da autori i koautori pripreme radove prema ustanovljenim principima, koji su od ključnog značaja za klasifikaciju naučnog časopisa.

Vizija je zvanični časopis Unije udruženja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije (u daljem tekstu Unija), te se autori se slanjem rukopisa dobrovoljno odriču autorskih prava, tj. prenose ih na Uniju. Vizija prima na razmatranje i publikovanje sledeće kategorije rukopisa:

- Originalni radovi
- Saopštenja
- Pregledni radovi
- Izveštaji sa kongresa i stručnih sastanaka
- Stručne vesti,
- Prikazi stručnih knjiga i praktikuma
- Istorija medicine
- Pisma uredništvu
- Dopisi „U spomen”

Uz rad je potrebno priložiti potvrdu sa potpisima svih autora da članak nije objavljen u nekom drugom časopisu, kao i da nije u toku razmatranje za

objavljivanje u drugom časopisu. Dopis treba da sadrži i prateći tekst:

„Svojim potpisima garantujemo originalnost Rada u svakom smislu te reči. Rad nije ranije publikovan niti poslat na razmatranje. Rad predstavlja rezultat zajedničkog napora svih autora i svojim potpisima garantujemo i preuzimamo svu krivičnu i materijalnu odgovornost. Ovaj Rad nema sukoba interesa.”

Primer

Prvi autor: Jovan Jovanović
_____ (svojeručni potpis)

Drugi autor: Petar Petrović
_____ (svojeručni potpis)

Treći autor: Marko Marković
_____ (svojeručni potpis)

Četvrti autor: Miloš Milošević
_____ (svojeručni potpis)

Ovako pisanu izjavu sa potpisima treba skenirati i poslati uz Rad na mejl adresu uredništva (ili fotografisati i sliku koja je jasna i čitljiva, sa potpisima ispod teksta, priložiti uz Rad).

Rad koji je primilo uredništvo za objavljivanje u časopisu, urednici upućuju recenzentima na stručnu recenziju (dvostruka slepa recenzija). Recenzenti imaju obavezu da u roku od sedam do deset dana daju svoju recenziju. Ako recenzenti predlože izmene ili dopune Autori su dužni da

izvrše korekcije predložene od strane recenzenta (izmene i/ili dopune Rada). Kopija recenzije, bez imena recenzenta, dostavlja se autoru radi konačne odluke. Odluka uredništva o prihvatanju Rada donosi se na osnovu pozitivne odluke recenzenta koji ocenjuju kvalitet, jasnoću iznetih činjenica, stil i relevantnost teme u odnosu na struku sestrištva i zdravstvene nege. Radovi se ne naplaćuju i ne vraćaju.

Uredništvo je dužno da po prijemu Rada autoru pošalje povratnu informaciju. Ona treba da sadrži obaveštenje o prijemu Rada i njegovom slanju na dalju obradu. Takođe, uredništvo je u obavezi da autora obavesti o vremenskom roku u kojem će autor dobiti informaciju o konačnoj odluci prihvatanja, tj. korigovanja Rada. Celokupan period od slanja rukopisa do konačne odluke neće trajati duže od 30 radnih dana.

Uredništvo zadržava pravo da pre slanja rukopisa na recenziju izvrši analizu poslatog Rada i isti vrati odmah na doradu prema pisanom vodiču za autore, kao i da odbije Rad za dalju proceduru, ukoliko smatra da isti nije u skladu sa moralnim i etičkim načelima profesije, da nije u domenu oblasti rada časopisa i ukoliko je Rad napisan na jeziku koji nije u skladu sa propozicijama časopisa. Nakon izjašnjavanja recenzenta, rukopis može biti prihvaćen za objavu, vraćen na doradu ili odbijen.

Rukopise je potrebno slati uredniku na e-mail: unija.umsztrs@gmail.com sa naznakom „Prijava rukopisa za publikovanje“.

Opšta pravila

Rukopis i svi prilozi Rada treba da budu jasni i napisani na engleskom ili srpskom jeziku, a za pisanje Rada treba koristiti isključivo Microsoft Word iz Microsoft Office paketa. Rukopis treba pripremiti na formatu A4, uz sve margine od 2,5 cm, a stranice je neophodno numerisati. Tip slova (font) koji treba koristiti je Times New Roman, veličine 12. Radove treba kucati sa proredom 1,5.

U rukopisu članka treba obeležiti mesta za slike, sheme, grafikone, tabele i ne ostavljati prazan prostor u tekstu. Podaci o literaturi i drugim referencama se označavaju arapskim brojevima u

uglastim zagradama redosledom kojim se pojavljuju u tekstu (na primer [1,2]). Prilikom upotrebe skraćenica koje se u Radu ponavljaju, dovoljno je pri prvom pomenu tekstem u zagradi objasniti značenje. Dijagnoze na latinskom jeziku istaći opcijom *italic*.

Merne jedinice (dužina, visina, težina i zapremina) treba označavati prema metričkom sistemu (jedinice: metar - m; kilogram - kg; litar - l ili podjedinice). Temperatura treba biti izražena u stepenima Celzijusa (°C), koncentracije u molima; uređaji se označavaju trgovačkim nazivima, a naziv i mesto proizvođača treba dopisati u zagradama.

Svi rezultati kliničkih i biohemijskih istraživanja izražavaju se u jedinicama međunarodnog sistema mera - SI. Za navođenje imena lekova potrebno je koristiti isključivo generički naziv (npr. Inhibitori protonske pumpe, Acetilsalicilna kiselina). Uređaje označavati fabričkim nazivima.

Autorstvo

Svi autori su odgovorni za autorstvo. Svaki autor treba da aktivno učestvuje u pisanju Rada da bi bio odgovoran za Rad u celosti. Autorstvo se bazira samo na višeslojnom spoju koncepcije Rada, dobijenih rezultata analize, kao i interpretacije dobijenih rezultata.

Struktura rukopisa rada

Rukopisi sadrže sledeća poglavlja: Naslov, ime i prezime autora, afilijacije autora, kratak sadržaj na srpskom jeziku sa ključnim rečima, uvod, eksperimentalni deo (materijal, metode), rezultate, diskusiju, zahvalnicu, literaturu i kratak sadržaj (Abstract) na engleskom jeziku sa ključnim rečima.

Pregledni članak sadrži sledeća poglavlja:

Uvod, pregled slučaja, zaključak i literaturu. Neophodno je da pregledni članak u literaturi sadrži najmanje četiri navedena autocitata autora. Nazive poglavlja treba pisati velikim slovima koristeći oznaku **bold**.

Naslov	Poželjno je da bude kratak, jasan i jednostavan sa akcentom na važnosti Rada.
Autorstvo	Autori treba da zajednički učestvuju u pisanju, prezentovanju rezultata i svim ostalim segmentima Rada. Autorskim radom se smatra samo originalni rukopis. Rečenice u radu ne smeju biti prepisane u potpunosti iz drugih publikacija.
Apstrakt/Sažetak	Predstavlja sumiranje celokupnog Rada, sa dobijenim rezultatima. Na osnovu ovog segmenta čitalac će doneti odluku o daljem čitanju.
Poglavlje UVOD	Treba da odgovori na sledeća pitanja: <ol style="list-style-type: none"> 1. Zašto je ovaj rukopis važan? 2. Šta je ranije pisano u oblasti o kojoj pišete? 3. Šta ćete prikazati u ostatku rukopisa? <p>U ovom poglavlju treba početi sa citiranjem literature.</p>
Poglavlje METODOLOGIJA	Potrebno je naglasiti koja vrsta istraživanja je rađena, kojom metodom i zatim metodu opisati, navesti ciljne grupe za istraživanje, broj ispitanika, mesto i vreme istraživanja, metod dobijanja rezultata, kao i da li postoji etičko odobrenje ili odobrenje određene institucije u kojoj je istraživanje sprovedeno.
Poglavlje REZULTATI	Iznesite najrelevantnije (po zanimljivosti, praktičnom značaju ili drugom kriterijumu) rezultate bez komentara, a na kraju rukopisa prikazite sve rezultate u formi tabele, grafikona ili drugog statističkog instrumenta. <p>U ovom poglavlju nije dozvoljeno citiranje literature.</p>
Poglavlje DISKUSIJA	Obavezno je osvrnuti se na slična istraživanja u svetu i dati pregled podataka o njima. Cilj je izneti komentare o dobijenim podacima sopstvenog istraživanja i vršiti poređenje sa istraživanjima sličnih studija. Nije potrebno komentarisati sve dobijene, već samo one od statističkog značaja.
Poglavlje ZAKLJUČCI	Dati opšti zaključak na osnovu sopstvenog istraživanja i ne iznositi tvrdnje o kojima niste dobili rezultate. Zaključak treba da bude kratak i jasan (od tri do pet rečenica) i da sadrži preporuke i planove za buduća istraživanja na slične teme. <p>U ovom poglavlju nije dozvoljeno citiranje literature.</p>
Poglavlje Zahvalnica	Nije obavezno; obično se u ve do tri rečenice iznosi zahvalnost pojedinoj osobi ili instituciji sa obrazloženjem zašto se zahvaljujete.
Poglavlje Literatura - REFERENCE	Pisati po datim preporukama u ovom Uputstvu za autore.
Poglavlje PRILOG	Ovo poglavlje je obavezno u situacijama kada prikazujete tabele, slike i grafikone, kao i druge grafičke instrumente. Obavezno u rukopisu napisati npr. Tabela 1, a istu prikazati u Prilogu ili napisati Slika 1 i istu prikazati u Prilogu.

Naslovna strana

Na posebnoj stranici navesti naslov Rada, bez skraćenica, velikim slovima (Caps Lock), a ispod naslova navesti imena autora (bez titula) indeksirana brojevima koji odgovaraju onima pod kojima se nalaze nazivi i adrese ustanova u kojima autori rade. Pri dnu ove stranice otkucati ime i prezime autora odgovornog za dalju korespondenciju, punu adresu, broj telefona, faks ili e-mail adresu.

Apstrakt

Uz originalni Rad, saopštenje ili pregled iz literature treba priložiti na posebnoj stranici kratak sadržaj, koji sadrži naslov Rada, prezimena, inicijale imena autora, nazive ustanova i mesta (iz kojih su autori), zatim sadržaj Rada u ne više od 300 reči. Za naslove apstrakta koriste se oznake *italic* i **bold**, a za tekst sadržaja samo *italic*. Apstrakt ne treba da sadrži literaturne podatke. U njemu se navode, bez opisivanja, bitne činjenice, kratak prikaz problema i osnovni zaključak. U originalnom Radu kratak sadržaj treba da sadrži sledeća poglavlja: uvod, cilj, metod rada i zaključak.

Ključne reči

Na kraju apstrakta dodaju se ključne reči (ne manje od 4 i ne više od 8), koje služe brzom identifikaciji i klasifikaciji sadržaja Rada. Ključne reči treba pisati na karaju apstrakta na srpskom i na kraju apstrakta na engleskom jeziku. Ključne reči moraju biti relevantne ili opisne, mogu biti kratke fraze. Za dobijanje ključnih reči preporučujemo da koristite sledeći web sajt: <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

Struktura rada

Originalni radovi sadrže sledeća poglavlja: uvod, cilj rada, metod, rezultate, diskusiju, zaključak i literaturu. Prikaz slučaja treba da sadrži uvod, opis slučaja i bolesnika, diskusiju i reference.

Kratak sadržaj (Abstract) na engleskom jeziku treba da bude otkucan na posebnoj stranici i tre-

ba da sadrži sve elemente kao i kratak sadržaj na srpskom jeziku.

Uvod rada se piše jasno, sažeto, uz navođenje suštine materije i radova koji su u vezi sa problematikom, kao i ciljem istraživanja.

Eksperimentalni deo opisuje materijale i metode, bez posebnih detalja ako su već opisani u literaturi (navesti literaturni podatak), a detaljno opisati ako je metodologija nova ili modifikovana. Potrebno je navesti metode izračunavanja parametara i statističke analize rezultata. Ukoliko se upotrebljavaju skraćenice, pri prvom navođenju u tekstu treba napisati i njihov pun naziv.

Rezultate prikazati jasno i pregledno, sa odgovarajućom statističkom obradom.

Diskusija obuhvata interpretaciju dobijenih rezultata i njihovo poređenje sa literaturnim podacima. Rezultati i diskusija mogu se objediniti.

Zaključak sledi na kraju teksta i može biti jedinstven opšti zaključak, jasan i koncizan, rezultat istraživanja ili ga može činiti više pojedinačnih numerisanih zaključaka (označenih arapskim brojevima).

Sadržaj izveštaja sa kongresa i stručnih sastanaka, stručnih vesti, prikaza stručnih knjiga i praktiku- ma, istorije medicine, pisama uredništvu i dopisa „U spomen“ treba da sadrže: apstrakt koji opisuje problematiku (obima do 300 reči) kao i ključne reči, a u daljem tekstu poglavlja: uvod (pristup temi koristeći raspoloživu literaturu), podnaslove shodno temi i zaključak.

Obim rukopisa

Celokupan tekst rukopisa (naslovna strana, kratak sadržaj, uvod, eksperimentalni deo, rezultati, diskusija, zahvalnice i literatura uključujući priloge - tabele, fotografije, grafikone, sheme itd.) može imati 3.000 reči za originalne radove; do 2000 reči za saopštenja; do .000 reči za pregledne radove; za stručne izveštaje 1.500 reči, a za ostale preglede 1.000 reči.

Maksimalan broj zbira stranica koje popunjavaju tabele, slike, sheme, crteži i grafikoni može biti najviše polovina broja kućanih stranica rukopisa.

Tabele, slike, crteži, sheme, grafikoni i drugo

Svaka tabela treba biti postavljena na posebnoj stranici. Tabele se označavaju arapskim brojevima po redosledu navođenja u tekstu. Naslov tabele prikazuje sadržaj tabele. Upotrebu skraćenica u tabeli obavezno objasniti u legendi tabele.

Fotografije priložiti odvojeno od rukopisa, u koliko su na fotografijama bolesnici fotografiju je obavezno obraditi tako da su lica zamučena ili su oči precrtane crnom debelom llinijom, oštih kontura.

Tekst (opis) slike kuca se na posebnom listu. Crteže (sheme i grafikone) priložiti na posebnoj stranici (sa precizno unetim vrednostima na apscisci i ordinati).

Zahvalnica se piše na kraju teksta, a sadrži podatke ili izraze zahvalnosti autora na pomoći (naučnoj, stručnoj, tehničkoj ili finansijskoj).

Ukoliko je rukopis deo diplomskog ili master rada, doktorata ili naučnog projekta obavezno je na kraju rukopisa to naglasiti sledećom izjavom: „Ovaj rukopis je deo diplomskog rada pod nazivom (dopisati pun naziv rada), odbranjenog (dopisati tačan datum), naziv ustanove, mesto odbrane.“ Ako je rukopis deo nekog od navedenih radova, a nije odbranjen, onda naznačiti da

je rukopis deo npr. diplomskog rada koji je u procesu odbrane i navesti podatke (naslov rada, mesto, naziv institucije u kojoj se rad brani); ako je rukopis deo projekta obavezno napisati naziv projekta, mesto, period trajanja projekta i ime institucije u kojoj se projekat realizuje.

Literatura

Citiranje literature uz poštovanje propisanih standarda izuzetno je značajno za klasifikaciju naučnih časopisa. Reference treba pisati na posebnim stranicama jednostrukim poredom, a dvostrukim između pojedinačnih referenci, sa rednim arapskim brojevima prema redosledu navođenja u tekstu.

Broj referenci u literaturi ne sme prelaziti trideset, osim za pregled iz literature gde je prihvatljivo do pedeset referenci. Reference se navode po ugledu na Vancouver sistem, čije principe koriste Nacionalna biblioteka medicine i Index Medicus.

Za svaki rad je dozvoljeno 5 referenci starijih od pet godina, izuzev preglednog rada gde je dozvoljeno da broj starijih referenci bude najviše 10. Više od polovine citirane literature ne sme biti starije od pet godina. Poželjno je citirati domaće autore. Preporuke o tačnosti pisanja referenci pogledajte na https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Primeri

Naučni rad	<u>Vlaisavljevic Z, Rankovic I. Specific Nursing Care Rendered In Hepatic Encephalopathy: Contemporary Review and New Clinical Insights. J Nurs Care 2015;4: 264. doi:10.4172/2167-1168.1000264</u> *Poželjno je navesti doi broj
Udžbenik	Marinković Lj. Menadžment u zdravstvenim organizacijama. II izdanje, Beograd, 2011; 230-234 *Posle godine obavezno oveložiti pp (papir page - od strane do strane)
Internet sajt	Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle

Pesma medicinskoj sestri

Od čega li si stvorena
od čelika i gvožđa, kad ti
ni bolesti, ni smrti
ne mogu ništa
od dana svetlosti
i noći tamne
koje pregaziš
koje izdržiš lako
ko da si perce tanano
i zvezda sjajna nebeska
ko da si snaga od brda stvorena
ko da si žena.

Od čega li si tako ljupka
i nežna
i lepa
i mila
kada ti ni sati bdenja
ništa ne mogu
ni jauci
ni krici bolesti i krvi
ni studeni
ni vreline
ni sati, ni minuti koji su granica
između života i smrti,
a tvoj um i ruka tvoja
spremni da ne zadrhte
da se ne uplaše granica i bola.

Ko si ti
od čega li si stvorena
od kakvog li si soja
da li si sestra
ili anđeo od Boga divni
nežnosti
i snago moja?



Neđo Ćićo Stojanović



Beograd, godina 2019.