OKTOBAR, 2025
Broj 1.

TEAM UAINTS

INFORMATIVNO-STRUČNI ČASOPIS UDRUŽENJA ANESTETIČARA, INTENZIVNE NEGE I TRANSFUZIJE SRBIJE

Kompetencije

MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA

XV Kongres

UAINTS

Časopis Team UAINTS je stručno- informativni časopis u izdanju Udruženja anestetičara, intenzivne nege i transfuzije Srbije

Godina I, broj 1, oktobar 2025.

Izdavač :Udruženje Anestetičara, intenzivne nege i transfuzije Srbije

Adresa redakcije:
Pasterova 14 11000 Beograd
E-mail: udruzenje.anestetičara@gmail.com

Glavni i odgovorni urednik:
Jovan Filipović

Zamenik glavnog urednika:
Aleksandra Filipović

Redakcija:
Aleksandra Filipović
Nevena Ilić
Duško Radivojević
Novica Radovanović

Marketing:
Vasić Maja:

Stručni saradnici:
Ass. prim. dr med. Ana Sekulić

Štampa : Digitalno izdanje (PDF/ online distribucija)

© 2025 Udruženje „Anestetičara, intenzivne nege i transfuzije Srbije". Sva prava zadržana.
Reprodukovanje ili preuzimanje sadržaja bez dozvole izdavača nije dozvoljeno.
Stavovi autora ne odražavaju nužno mišljenje redakcije.

XV Kongres

XV KONGRES
17-19.10.2025.
KOMPETENCIJE MS U ANESTEZIJI INTENZIVNOJ NEZI I TRANSFUZIJI
UDRUŽENJE ANESTETIČARA, INTENZIVNE NEGE I TRANSFUZIJE SRBIJE
Info:
udruzenje.anesteticara@gmail.com
Hotel "M" Beograd
Dobrodošli !!!
Welcome !!!

Naši sponzori

Zahvaljujemo se sponzorima koji podržavaju unapređenje zdravstvene nege i stručnog usavršavanja medicinskih sestara.

Sadržaj:

UVODNA REČ

ISTORIJAT UDRUŽENJA IZ UGLA PREDSEDNIKA

ANESTEZIRANA KOMUNIKACIJA
S. Nešovanović, Kbc " Bežanijska kosa"

PROCENA ZNANJA I STAVOVA MEDICINSKIH SESTARA O POSTEKSPOZICIONOJ PROFILAKSI HIV INFEKCIJE
N. Mirčić, OB Pančevo

GREŠKE U PRAĆENJU POSTOPERATIVNIH PACIJENATA
K. Ćirić, Kbc "Bežanijska Kosa"

OD KONGRESA DO KONGRESA

Tišina između monitora – emocionalni i etički izazovi u radu medicinskih sestara intenzivne nege i anestezije"

Uvodna reč

Poštovane koleginice i kolege,

Sa velikim ponosom i punim srcem vam predstavljamo prvi broj Team-a, časopisa koji je pokrenut u okviru Udruženja anestetičara, intenzivne nege i transfuzije Srbije. Naš cilj je da se kroz ovaj časopis izrazimo o našoj profesiji kroz teme i radove koji će biti platforma za razmenu inovacija, znanja, iskustva iz oblasti anestezije, intenzivne nege i transfuzije, kao i svih drugih sadržaja koji unapređuju i obogaćuju nas i našu profesiju.

Još od našeg nastanka, dalekog 10. Oktobra 2008. godine, imali smo ideju o časopisu u kome bi objavljivali zapažene i radove praćene inovacijama u našoj profesiji.
U tom smislu smo svih ovih godina bili aktivni kroz organizovanje XIV medjunarodnih kongresa i desetina simpozijuma, kurseva, seminara i work shop-ova širom naše zemlje, hzemalja u okruženju i inostranstvu. Naši radovi su svuda bili istaknuti, primećeni i nagrađivani, pa se tako stvorio uslov da se Team pokrene!
U našem prvom broju bavićemo se nekim temama koje su važne za svakodnevni rad , koji je vezan za procedure, standarde, etičke dileme i smernice u razvoju i unapređenju naše profesije.

U nadi da će naš Team biti sredstvo za edukaciju i prozor u svet ove profesije,pozivamo vas da aktivno učestvujete u stvaranju novih sadržaja.

Hvala svima koji su svojim angažmanom i željom da pokrenemo Team učestvovali i omogućili njegovo rađanje.

S poštovanjem,
Predsednik Udruženja anestetičara, intenzivne nege i transfuzije Srbije

Jovan Filipović

ISTORIJAT

Prvi simpozijum Udruženja **28.11.2009**

KAKO SMO POČELI...

Prvi koraci ka osnivanju udruženja su bili pre više od dve decenije. Ideja za osnivanje udruženja je proizašla iz svakodnevnog rada anestetičara koji je specifičan i veoma odgovoran, a ne pridaje mu se na značaju u zdravstvenom sistemu Srbije.
Posećivali smo skupove zdravstvenih radnika gde nismo pronašli svoj kutak i kao istomišljenici odlučili da osnujemo udruženje anestetičara. Pored tih skupova održavali smo sastanke na kojima smo razmenjivali ideje i pravili planove za nastanak udruženja.

Osnivanje udruženja anestetičara je započelo sa dragim kolegama iz Smedereva, Bežanijske kose, Instituta za kardiovaskularne bolesti Dedinje, Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije.
Moram spomenuti neka imena koja su bila inicijalna kapisla za osnivanje udruženja, a to su: Ana Marković, Katrin Rančić, Snežana Eror, Marin Jevtić, Nemanja Ilić, Vladimir Milosavljević,
Vlada Pavić. To su bili mali koraci u jakoj želji da ih ispunimo i uspemo u toj misiji. Sledeći zadatak je bila potraga za ostalim istomišljenicima širom Srbije. U samom početku nije bilo sredstava za taj poduhvat, ali srećom, uvek postoji neko ko je pratio viziju udruženja, a to je dr Branimir Pejović , direktor „ Denta BP Pharm“ Hvala mu na svemu!

XIV kongres UAINTS

Iz ugla predsednika

U petak 10.10.2008. godine osnovali smo udruženje anestetičara na Institutu za kardiovaskularne bolesti Dedinje gde smo doneli ciljeve i pravac u kom treba da ide udruženje.

- Afirmacija anestetičara – poboljšanje uslova rada, položaja, statusa
- Uspostavljanje saradnje i komunikacije među anestetičarima
- Uspostavljanje veza sa evropskim i svetskim organizacijama
- Podizanje nivoa stručnog znanja anestetičara, kroz kontinuiranu medicinsku edukaciju i učešće na međunarodnim i domaćim stručnim i naučnim projektima
- Doprinos razvoju Anesteziologije kroz naučnu i teoretsku obradu dostignutih rezultata iprimeni tih dostignuća u savremenom radu.
- Specijalističke studije –PROFIL ANESTETIČAR

Po završetku skupštine donešena je odluka, izabrano radno telo, predsednik, potpredsednik, generalni sekretar i članovi upravnog odbora.
Sa završetkom skupštine stigao je prvi zadatak -da se krene u organizaciju prvog simpozijuma udruženja anestetičara.
Prvi simpozijum održao se u amfiteatru KBC "Bežanijska kosa" u sali koja je primala 200 učesnika, a mi smo okupili i na sopstveno iznenađenje, preko 220 kolega i koleginica.

Ovaj početak nam je dao krila da nastavimo dalji rad, obilazeći bolnice po Srbiji.
Cilj nam je bio uspostavljanje saradnje prvo sa udruženjima iz regiona (bivša Jugoslavija), a zatim dalje sa evropskim udruženjima.

Uspeli smo da uspostavimo saradnju sa bivšim republikama i njihovim nacionalnim asocijacijama.
Dalje se niže saradnja sa Evropskim asocijacijama, Republike Slovačke, Republike Češke, Poljske, Tunisa, a tu je bila i koleginica iz Američke asocijacije…

Danas postoji Udruženje anestetičara ,intenzivne nege i transfuzije Srbije" UAINTS", gde su zastupljeni svi Klinički centri u Srbiji – Beograd, Novi Sad ,Kragujevac i Niš, kao i
bolnice : OB Subotica, OB Vranje, OB Bor, OB Užice, OB Pančevo, OB Vrbas, KBC Ćuprija, OB Paraćin i mnoge druge bolnice .

ANESTEZIRANA KOMUNIKACIJA

Autor : Snežana Nešovanović
Kbc "Bežanijska Kosa"

Sažetak:
KOMUNIKACIJA predstavlja proces prenošenja informacija,pri čemu postoji izvor koji šalje poruku, kao i primalac kome je informacija upućena. MeĆutim, ova naizgled jednostavna radnja podrazumeva mnogo više od postojanja informacija. podatka i njegovog prenošenja.Ona obuhvata: emocije, misaone procese, naše iskustvo, mogućnost zapaţanja, kulturu izraţavanja i adekvatan naĉin saopštavanja

Anestezija-med .neosetljivost prema bolu Fig: ravnodušnost, tupoglavost, nesposobnost jednog ĉula da primi ĉulne nadražaje neosetljivim

Anestezirati-med .opiti,uĉiniti neosetljivim

Komunicirati saopštiti, saopštavati, objaviti, izneti, biti u vezi sa kim, uĉiniti zajedniĉkim -Zar vam se nije desilo da izbor prave, adekvatne anestezije bude pogrešan, kada dobre komunikacije nema? -Zar vam se nije desilo da dobra kominikacija bude bas vaš pravi izbor adekvatne anestezije?

KOMUNIKACIJA predstavlja proces
prenošenja informacija,
pri čemu postoji izvor koji šalje poruku,
kao i primalac kome je informacija upućena.
Međutim, ova naizgled jednostavna radnja
podrazumeva mnogo više od postojanja podatka
i njegovog prenošenja.
Ona obuhvata: emocije, misaone procese,
naše iskustvo, mogućnost zapažanja,
kulturu izražavanja i adekvatan način
saopštavanja informacija.
Proces komunikacije smatra se elementarnim procesom
među živim bićima, koji je ujedno i osnovni preduslov
za ostvarivanje međuljudskih odnosa, tj.socijalne interakcije.

Komunikacija obuhvata sposobnost slanja i primanja informacija kao i prenošenje irazumevanje tuđih misli.
Ona predstavlja susret značenja koja pored veštine govora podrazumeva i slušanje u cilju međjusobnog razumevanja.
U komunikaciji, cilj nije samo saopštiti poruku na razumljiv način, već informacijom podstaći na akciju.

Istraživanja pokazuju da se poruka koju prenosimo tokom komunikacije sastoji od:
-verbalnog dela,
-vizuelne impresije,
- tona glasa kojim je izgovorena.
Prema psihološkim istrazivanjima
- 7% emocionalnog značenja izrazimo recima
- 38% prenosimo korišćenjem tona glasa
- 55% emoc.poruke izrazavamo neverbalnim znacima
-govorom tela, izrazom lica i sl.
Ovo pokazuje da vizuelni deo poruke koju slusalac dobija gledanjem u osobu koja govori najvise ostaje u secanju.

ELEMENTI PROCESA KOMUNIKACIJE

Značenje-predstavlja misli, osećanja, verovanja i stavove osobe
Poruka-obuhvata podatke koji se prenose
Kodiranje-proces kojim se omogućava prevođenje razmišljanja u formu koja je razumljiva za primaoca.
Način kodiranja delimično zavisi od svrhe poruke(reci, slike, brojevi, izraz lica...)
Kanal-put koji poruka prelazi od pošiljalaca do primalaca
Dekodiranje- proces kojim se dešifruje poruka i shvata njeno značenje.

ČINIOCI KOMUNIKACIJE

POŠILJALAC- osoba koja šalje poruku
INFORMACIJA- poruka koja se prenosi
KANAL—put koji poruka prelazi
PRIMALAC- osoba ili više njih koji primaju poruku

ŠTA MOZE UTICATI I IMATI ZNAČAJA U KOMUNIKACIJI

- različito obrazovanje
- iskustvo
- fizičko stanje
- psihičko stanje
- kultura
- afekti
- lične potrebe
- emocije

Sve ovo može uticati na:
-sposobnost da se shvate poruke koje se primaju od drugih
-davanje značenja rečima ili izrazima lica tokom same komunikacije.

Da bi osoba dobro komunicirala potrebno je da shvati njen značaj kao i da zna pravila komunikacije koju će primenjivati i usavršavati.

VRSTE KOMUNIKACIJE :

- signalna i simbolička
- masovna komunikacija
- verbalna i neverbalna
- usmena i pismena
- glasovna i neglasovna
- poslovna komunikacija
- posredna i neposredna
- jednosmerna i uzajamna
- interpersonalna i intraperonalna

USLOVI USPEŠNE KOMINIKACIJE

-govoriti jasno, tako da vaš slušaoci mogu čuti i razumeti
-koristiti adekvatan ton da biste pojačali vašu poruku
-koristiti jezik koji je adekvatan temi i razumljiv za slušaoca
-sve nepoznate pojmove zameniti sinonimima
-svaki pojam treba da ima jedno značenje
-jezički izrazi ne treba da menjaju značenje
-jezičke izraze treba shvatati u čitavom kontekstu

OBLICI VERBALNE KOMUNIKACIJE

MONOLOG
-podrazumeva okrenutost ka sebi ali bez obzira na to govor je upućen slušaocima.
Ovaj način komuniciranja mora biti jasan, koncizan, živopisan;
moraju se isticati teme, održavati dobar tempo izlaganja;
improvizati, poentirati i na kraju zaključiti temu.

DIJALOG- osnovni vid komuniciranja u poslovnom okruženju kao takav zahteva učešće najmanje 2 osobe.
Sukob može nastati usled nepažnje (neslušanja) ili pogrešnog tumačenja onog što je izgovoreno.

RAZGOVOR je način razmene mišljenja i prenošenja poruka, omogućava izgradnju odnosa među partnerima, kolegama.

NEVERBALNA KOMUNIKACIJA
To je proces koji obuhvata sve međuljudsko ponašanje osim izgovorenih reči.
Neverbalna komunikacija sastoji se od mnostva znakova od kojih svaki ima svoje značenje.
Mi svakodnevno komuniciramo pomocu tih znakova i čitamo ih kod drugih ljudi, a da toga nismo ni svesni.
Neverbalno komuniciranje vrši tri funkcije:
-reguliše mehanizam soc.interakcije
-izražava stavove
-izražava emocijonalna stanja
Neverbalna komunikacija može biti i samostalan način saopštavanja kojim se iskazuje ono što izgovorene reči ne saopštavaju.
Kada se neverbalni znaci ne bi koristili komunikacija među ljudima bi bila mnogo siromašnija.
Bez praćenja i razumevanja neverbalne komunikacije ne može se u potpunosti razumeti socijalno ponašanje ljudi i ponašanje uopšte.

Bez praćenja i razumevanja neverbalne komunikacije ne može se u potpunosti razumeti socijalno ponašanje ljudi i ponašanje uopšte. Neverbalnim znacima moguće je izraziti neke pojave koje je u verbalnoj komunikaciji teško izraziti ili se izražavaju nepotpuno, jer je neverbalna komunikacija snažnije sredstvo saopštavanja, jasnije ističe neku odliku stvari ili ljudi nego što to moze reč .

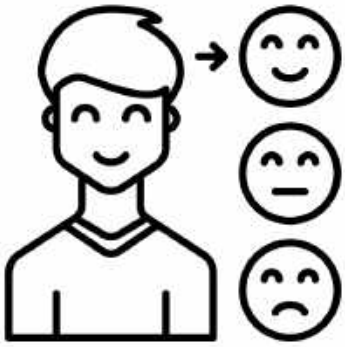
Neverbalna komunikacija se odvija pomoću znakova koji predstavljaju društvene norme koje se podrazumevaju. Ovaj oblik komuniciranja prelazi sve međunarodne i lingvističke granice i ovaj skriveni jezik upotpunjuje izgovorenu reč na posebne načine.

Glavni kanali neverbalne komunikacije su:

- vizualna komunikacija (gledanje, kontakt očima i viđenje),
- izrazi lica, govor tela (dodir, držanje tela, klimanje glavom, pokreti rukama),
- Llčni prostor,
- prikazivanje sebe,
- parajezik

Vizualna komunikacija
predstavlja najvažniji kanal
neverbalne komunikacije.
Gledanje i kontakt ocima
sinhronizovano je sa govorom,
da varira u odnosu na temu razgovora,
fizicku bliskost, pol osobe u interakciji
i značaj ličnosti.
Dvosruko duže se gleda tokom slušanja,
nego tokom samog govorenja.

Izraz lica
Lice je najizražajnija i najprepoznatljivija
tačka svih ljudskih bića.
Njime se izražavamo, a da ni ne upotrebljavamo reči.
Pomnim posmatranjem lica moguće je
saznati mnogo o ljudima,
njihovim emocijama i reakcijama.



Govor tela
Varira sa stepenom intimnosti izmedju dvoje.
Podrazumeva:
Dodir — pojavljuje se kada se sretnemo ili opraštamo
Grljenje
Poljubac
Lični prostor — predstavlja stepen fizičke blizine koji je dozvoljen zavisno od intimnosti odnosa sa osobom sa kojom komuniciramo.

Prikazivanje sebe

Odeća koju nosimo, način na koji se češljamo, koristimo šminku, predstavlja način izražavanja sebe. Način na koji sebe projektujemo pruža ljudima informaciju o društvenoj klasi, etničkoj identifikaciji, bračnom statusu i karakternim crtama ličnosti.

MEDICINA I KOMUNIKACIJA

Komunikacija u medicini znači mnogo više od samog prenosa informacija, jer uključuje niz emocionalnih i psihickih faktora koji menjaju prenos informacija sa bolesnika na medicinsko osoblje i obrnuto. Bolest, bitno menja način funkcionisanja osobe jer biti bolestan znači biti drugačiji nego što si bio do tada.

Način funkcionisanja bolesnika određen je njegovim prethodnim iskustvom sa bolesti, reakcijama porodice i okoline kao i socio kulturološkim verovanjima i stavovima o bolesti. Kako lične tako i pretpostavke okoline o zavisnosti, bespomocnosti, bolu pa i o smrti, značajno utiču na osobu koja traži pomoć.

U bolesnikovom pričanju uvek su prisutne dve poruke, koje najčešće teku paralelno
-jedna potiče od bolesnog organa, jednostavna je i ne dvosmislena
-druga potice od bolesnikove kompletne ličnosti, ovakva poruka je zamršena, maskirana, šifrovana, najčešće vezana za samu bolest.

Pri prvom susretu, a posebno u toku daljeg terapijskog procesa, bolest, pogotovu teška može pokrenuti kako kod bolesnika tako i kod med.osoblja različite reakcije (separacione strahove, ljutnje, depresiju,osecaj bespomoćnosti, davanje lažne nade), a sve ovo značajno utiče na oblik komunikacije.

Med.osoblje trebalo bi da zna slušati bolesnika, jer važno je istaći da osim potrebe za saznanjem elemenata bitnih za postavljanje dijagnoze, mora se zapaziti i ono našta nas bolesnik želi upozoriti.

Zbog velikog broja pacijenata, suviše malo vremena, obično pacijenta ne mozemo saslušati onako kako bi on to želeo.
Tome umnogome doprinosi i moderna medicina svojom savremenom tehnologijom.
U skladu sa ovim saznanjima, možda bi trebalo bolesniku omoguciti da više priča, a ne od njega očekivati samo kratke odgovore na pitanja koja će nam služiti za dobijanje anamneza i dijagnoza.
Što se tiče patologije, moramo znati više od njega, ali kada se radi o njegovoj bolesti tu on zna više od nas.

ZAŠTO JE VAŽNA DOBRA KOMUNIKACIJA U ZDRAVSTVU?

Većina pritužbi bolesnika proizilazi iz slabe komunikacije sa zdravstvenim radnicima.
Neuspešan timski rad povezuje se sa narušenom komunikacijom među članovima medicinskog tima.

Anesteziologija
je jedna od najmlađih grana medicine.
Ona povezuje mnoge oblasti kao što su:
- Fiziologija
- Patofiziologija
- Biohemija
- Farmakologija
- Transfuziologija
- Kliničke bolesti i sl.

Praktično se radi o grani medicine koja se u praksi bavi :
-isključivanjem bola
-madikamentoznim izazivanjem sna,
-lečenjem složenih stanja vezanih
za pojam intezivnog lečenja.

Vrste anestezije :
Opšta: - inhalaciona
- intravenozna
- rektalna

Lokalna :
Površna
Infiltraciona
Regionalna
Centralni blokovi (spinalni i periduralni)
Periferni blokovi (šake, ruke, stopala)
Nefarmakološka : Hlađenjem

Zbog uzroka kao što su:
Ljudske greške,
loš monitoring vitalnih funkcija,
neispravne opreme,
loše organizacije rada,
nedostatka informacija
neophodnih za dobro i sigurno
izvođenje anestezije, česte su
komplikacije
sa kojima se susrećemo
u toku same intervencije.

Usled ovoga, veoma je važno sprovesti anesteziološku pripremu pacijenta pre početka bilo kog oblika anestezije.
Svaka ova priprema obuhvata:

Psihička

Priprema i upoznavanje sa procedurom, mogućnostima, komplikacijama, osobljem

Fizička

Analize(lab. i funkcionalne dijagnostike)
Konsultativne preglede
Anesteziološka anamneza

ŠTA SVE MOŽE UTICATI NA TOK I ISHOD ANESTEZIJE?

- nedovoljna ventilacija pluća
- hipotenzija, hipertenzija
- aritmija
- neurološka oboljenja
- dejstvo anestetika i drugih medikamenata
- hitnost i dužina trajanja operacije
- godine starosti
- gojaznost
- **odsustvo bitnih informacija (izostanak komunikacije)**

A ŠTA KAŽU PACIJENTI...!?

„Posve je prirodno da nas prožme panika od nepoznatog i nama nedoživljenog. Taj osećaj se pojačava posebno u uslovima hospitalizacije. Lično iskustvo uverilo me je da je zdravorazumska komunikacija, ljudski pristup osnov za sigurno odsustvo straha. Posebno bih istakla anestetičara koji nijedan pokret nije napravio bez prethodnog detaljnog i razložnog objasnjenja. Pitanja mi je prosto čitao sa lica, a na svako moje pitanje imao smislen odgovor. Ohrabrivao me je,bio pozitivan, slušao sve o čemu sam pričala u toku operacije, ispratio me sa najlepšim željama za brz oporavak, malo je reći da je takvu osobu trebalo izmisliti. Ipak strah sam imala. Od cega, pitate se sad? Od odsustva straha. “

„ BEŠE TO NEPOTREBAN LUKSUZ.—

„Sve je bilo dobro dok nisam
došao da se operišem,
sve što sam mislio da znam
više nisam znao,
ni od čega sam bolestan,
ni ko me operiše.
Oko mene svi su stalno žurili,
nisu imali vremena za neka
dugačka pitanja, mada je i nas
pacijenata bilo dosta
pa je to verovatno bio razlog.
Onda su me odveli jednog jutra u salu...
e tu je tek bilo svašta.
Neki ljudi sa maskama, kapama, rukavicama...
Nisam mogao ni da ih dobro vidim,
mada moram reći i da sam bio uplašen.
Jednom rečju sve je bilo
kao u svemirskom brodu.
Tad nisam ni znao da li me
moj doktor operiše, ništa nisam mogao
da pitam koliko sam bio uplašen.
Jedino sam čuo ko mi je anesteziolog,
kakva će anestezija biti,
o čemu da vodim računa posle operacije
i to sve vezano za anesteziju...
mada mislim da tada ništa razumeo
koliko sam bio uplašen.
Nadam se samo da su razumeli
zbog čega ništa nisam pričao
jer nisam bio ljut već mnogo uzbuđen.“

Ako uzmemo u obzir da anastezija utiče
i bitno menja svest, da proces mišljenja
i govora ne možemo razdvojiti,
znači li to onda da pacijent i u anesteziji
komunicira sa nama a da mi toga nismo ni svesni
ili nam je to postala rutina?
Možemo komunicirati i koliko prave reči zaista mogu uspavati pacijenta?

Da li izborom adekvatne anestezije
biramo i pravu komunikaciju?
Da li možemo anestezirati dobrom komunikacijom
ili dobrom anestezijom???

IZREKE VELIKIH MISLILACA

Velika je veština znati razgovarati
sa čovekom– Vladeta Jerotić
Lepe reči nisu istinite, istinite reči
nisu lepe– Lao Ce
Reč je samo senka dela– Aristotel
Kad oči govore, usta ćute– narodna poslovica
Ćutanje je teško samo onima
koji ne misle– Ivo Andrić
Reči su kao pčele, one su istovremeno
i med i žaoka– n. poslovica
Oni koji znaju da govore, govore kratko– Dostojevski
Proučі ono što se govori,
a ne onoga ko govori– n. poslovica

MISLITE O TOME, JER I VAS ĆE NEKO USPAVLJIVATI SA REČIMA ILI U TIŠINI.... MOZDA JE IZBOR BAŠ NA VAMA?!

PROCENA ZNANJA I STAVOVA MEDICINSKIH SESTARA O POSTEKSPOZICIONOJ PROFILAKSI HIV INFEKCIJE

Autor: Nina Mirčić

Sažetak:

Uvod: HIV infekcija je najčešće pominjana krvnoprenosiva bolest uz hepatitis B i C.
Profesija medicinskih sestara zahteva dobro poznavanje puteva prenošenja virusa i primenu svih raspoloživih mera lične zaštite u radu kako bi se smanjio rizik od sticanja infekcije tokom obavljanja radnih zadataka. One su, na kraju krajeva, te koje provode i najviše vremena oko pacijenta, sprovode veliki deo dijagnostičko-terapijskih procedura i treba da budu apsolutno edukovane o načinu samozaštite, ali i zaštite drugih ljudi oko njih.
Postekspoziciona profilaksa je mera sekundarne prevencije infekcije, i sama procedura postekspozicione profilakse predstavlja definisan postupak u akcidentalnim situacijama koji ima za cilj sprečavanje sticanja infekcije, i koji zahteva da ga apsolutno svi zdravstveni radnici poznaju.

Cilj: Sagledati i proceniti znanje i stavove medicinskih sestara o HIV infekciji i postekspozicionoj profilaksi HIV-a.

Ispitanici: Uzorak ispitanika čini 40 medicinskih sestara zaposlenih na odeljenjima Intenzivne nege, Operacionog bloka i Anestezije sa reanimatologijom Opšte bolnice Pančevo.

Metode: Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka. Instrument istraživanja je Anketni list za medicinske sestre, posebno kreiran za potrebe ovog istraživanja i Test znanja o HIV infekciji i postekspozicionoj profilaksi.

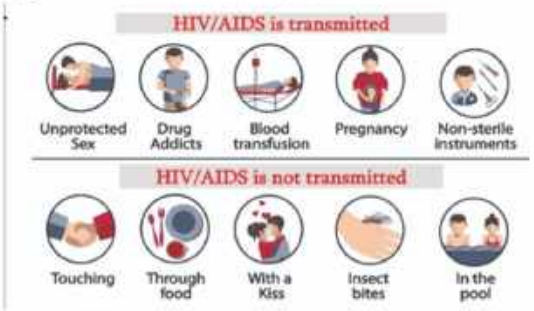
Rezultati: Rezultati pokazuju da većina medicinskih sestara ima solidno znanje o samoj HIV infekciji i načinima prenosa, ali nezadovoljavajući ni znanja o postekspozicionoj profilaksi HIV infekcije.
To potvrđuju i sledeći rezultati: skoro 2/3 ispitanika ne zna da postoji PEP;
više od 1/2 ne zna kada bi povređena osoba trebalo da se testira nakon akcidenta;
polovina ispitanika misli da postoji vakcina protiv HIV-a;
više od 1/2 misli da ART štiti i od drugih virusnih infekcija.

Zaključak: Rezultati ukazuju na neophodnost kontinuirane medicinske edukacije na temu postekspozicione profilakse krvnoprenosivih bolesti, sa posebnim osvrtom na HIV infekciju.

Ključne reči: HIV, infekcija, postekspoziciona procedura, krvnoprenosive bolesti, medicinske sestre, edukacija, akcident.

Post-ekspoziciona profilaksa HIV-a

Primena post-ekspozicione profilakse (PEP), predstavlja preventivnu meru gde neinficirana osoba uzima antiretrovirusne lekove ubrzo nakon potencijalnog izlaganja HIV-u, sa ciljem da smanji verovatnoću za pojavu infekcije.
Prvi lek za tretman HIV infekcije registrovan je i plasiran u upotrebu 1987.
Taj lek se pre svega koristio kod profesionalne ekspozicije.
Do današnjeg dana, otkriveni su mnogi drugi lekovi, sprovedena su brojna istraživanja.
„Cilj antiretrovirusne terapije je maksimalna i trajna supresija virusne replikacije."
Dokazano je da je terapija HIV infekcije najefikasnija ukoliko se sprovodi kombinacijom lekova koji imaju različit uticaj na životni ciklus virusa u organizmu (1).
Kombinacije lekova zavise od individualne tolerancije, interakcija sa drugim lekovima, nusefekata.
Kombinaciju treba promeniti ukoliko se uoči neuspeh postizanja, nula kopija virusa ili uoči neka od težih komplikacija odnosno neželjeno dejstvo leka (12).
SZO preporučuje doživotnu upotrebu antiretrovirusne terapije kod svih zaraženih (uključujući trudnice i dojilje), a lečenje treba započeti odmah po dijagnostikovanju.
U posebno rizične grupe SZO ubraja muškarce koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, intravenske narkomane, prostitutke i njihove korisnike, osobe u zatvorima, transrodne osobe.
U Srbiji, svaka osoba kod koje se detektuje HIV infekcija se prijavljuje nadležnoj zdravstvenoj ustanovi, a potom iInstitutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut".
Podaci o zaraznim bolestima se prosleđuju Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut" putem izveštaja na nedeljnom i mesečnom nivou, dok se podaci o novodijagnostikovanim prosleđuju kontinuirano iz svih zdravstvenih ustanova. (8,13).
Primena visokoaktivne antiretrovirusne terapije (HAART) omogućila je duže preživljavanje inficiranih, mada je još uvek problem kasno otkrivanje HIV infekcije, tek u uznapredovalom manifestnom stadijumu koji se označava kao AIDS.(2,3).



Slika 1. Prikaz načina prenosa HIV-a; Izvor:

Metodologija rada

Cilj istraživanja:
Sagledati znanje i stavove medicinskih sestara o postekspozicionoj profilaksi HIV infekcije.

Zadaci istraživanja:
1. Utvrditi dosadašnja iskustva medicinskih sestara vezana za akcidente i postupak postekspozicione profilakse
2. Ispitati stavove medicinskih sestara prema HIV inficiranim osobama
3. Ispitati nivo znanja medicinskih sestara o HIV-u i postekspozicionoj profilaksi HIV infekcije
4. Ispitati potrebu medicinskih sestara za dodatnom edukacijom o HIV infekciji i postekspozicionoj profilaksi HIV infekcije

Metode istraživanja
Metode istraživanja su:
Deskriptivna metoda
Opservacione indirektne metode – anketa, test znanja

Tehnike istraživanja
Tehnike istraživanja su:
Deskripcija (opisivanje)
Anketiranje
Testiranje

Instrumenti istraživanja:

Anketni list za medicinske sestre:

Anketni list je sastavljen od preambule i 20 pitanja.
Prvih pet pitanja spada u kategoriju opštih pitanja, dok su ostala pitanja namenjena proceni stavova medicinskih sestara o HIV infekciji i PEP, o proceni rizika, korišćenju lične zaštitne opreme pri kontaktu sa pacijentima, postojanju diskriminacije zdravstvenih radnika prema osobama inficiranim HIV-om.
Pitanja u anketnom listu su zatvorenog, kombinovanog i komplementarnog tipa (Prilog 1).

Test znanja za medicinske sestre:

Test znanja je formulisan sa 30 tvrdnji;
daje se mogućnost odgovora tačno, netačno i ne znam.
Test je namenjen ispitivanju nivoa znanja medicinskih sestara o HIV infekciji i PEP-u (Prilog 2).

Populacija i uzorak
Populacija za istraživanje
Populaciju za istraživanje čine medicinske sestre.

Vrsta uzorka za istraživanje
Uzorak za istraživanje čine medicinske sestre zaposlene na odeljenjima Intenzivne nege, Operacionog bloka i Službi anestezije sa reanimatologijom.
Uzorak je po vrsti nameran (hotimičan).

Obim uzorka
Obim uzorka za istraživanje čini 40 medicinskih sestara zaposlenih na odeljenju Intenzivne nege, Operacionog bloka i Službe anestezije i reanimatologije Opšte bolnice Pančevo.

Organizacija istraživanja

Mesto realizacije istraživanja

Mesto istraživanja su odeljenje Intezivne nege, Operacionog bloka i Služba anestezije i reanimatologije, Opšte bolnice Pančevo (Miloša Trebinjca 11)

Vreme realizacije istraživanja
Od 10.05. do 20.05.2024. godine.

Etički aspekt istraživanja
Istraživanje je sprovedeno nakon podnošenja molbe za sprovođenje istraživanja i odobrenja od strane direktora i glavne sestre Opšte bolnice Pančevo.

REZULTATI ISTRAŽIVANjA SA DISKUSIJOM

Analizom dobijenih podataka došli smo do sledećih rezultata:
Hotimičnim uzorkom su obuvaćene medicinske sestre-tehničari i više/strukovnemedicinske sestre zaposlene u Službi anestezije sa reanimatologijom, na Odeljenju intenzivne nege i u Operacionom bloku. Uzorak čini 33 žena (82,5%) i 7 muškaraca(17,5%). Najveći procenat ispitanika je pripadao starosnoj grupi od 30 do 39 godina (32,5%); slede starosna grupa od 40 do 49 godina života (25,0%) i od 20 i 29 godina(22,5% - 9 ispitanika); zatim grupa ispitanika starosti između 50 i 59 godina života, kojih je bilo 7 (17,5%) i samo je jedan ispitanik imao više od 60 godinaživota (2,5%) (Tabela 1).

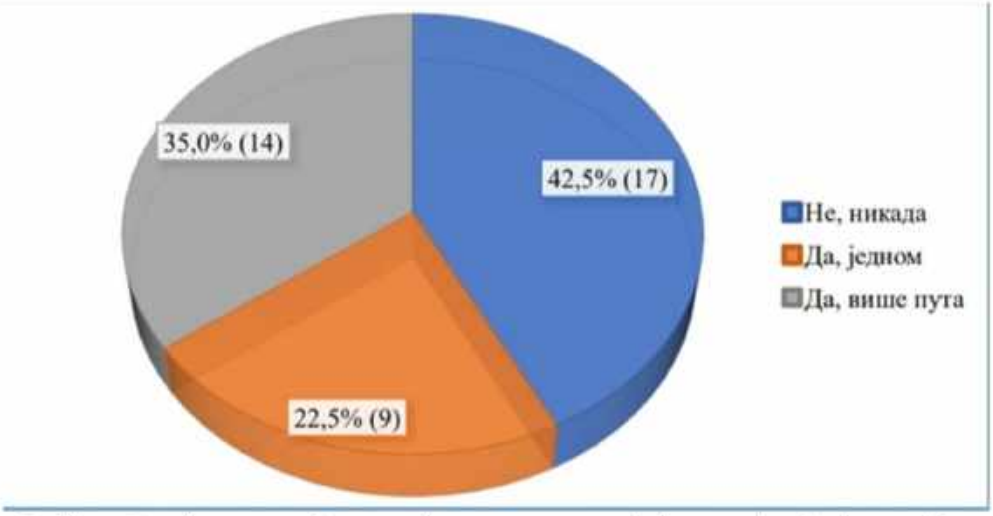
Tabela 1 Opsti podaci o ispitanicima.

	n	(%)
Пол		
Женски	33	82,5
Мушки	7	17,5
Године живота		
20 - 29.	9	22,5
30 - 39	13	32,5
40 - 49.	10	25,0
50 - 59	7	17,5
60 и више	1	2,5
Ниво образовања		
Средња школа	32	80,0
Виша/висока здравствена школа	8	20,0
Факултет	/	/
Године радног искуства у здравству		
До године дана	3	7,5
1-10	12	30,0
11 - 20	12	30,0
21 - 30	11	27,5
више од 30	2	5,0
Организациона јединица рада		
Јединица интензивне неге	13	32,5
Анестезија са реанимат0логијом	14	35,0
Операциони блок	13	32,5
УКУПНО	40	100,0

Većina ispitanika ima srednji nivo obrazovanja, njih 32 (80,0%), dok je onih sazavršenom višom ili visokom stukovnom školom 8 (20,0%).
U odnosu na radnoiskustvo najviše je ispitanika koji rade u zdravstvu između jedne i 10 godina, njih 12(30,0%) i između 11 i 20 godina 12 (30,0%) ; slede ispitanici sa radnim stažom između 21 i 30 godina, njih 11 (27,5%);
zatim ispitanici koji rade manje od godinu dana, njih je troje (7,5%) i
samo 2 ispitanika rade duže od 30 godina u zdravstvu (5%).
Prema mestu rada, odnosno radnoj jedinici, najveći broj ispitanika radi u Službi anestezije sa reanimatologijom, njih 14 (35%) i podjednakom procentu je bilo zaposlenih u Operacionom bloku i na Odeljenju intenzivne nege, po 13 ispitanika (po32,5%) (Tabela 1).

Grafikon 1. Poznavanje postekspozicione procedure

Na pitanje Da li Vam je poznat postupak nakon povređivanja iglom ili skalpelom koji je kontaminiran biološkim materijalom bolesnika velika većina ispitanika je potvrdno odgovorila 36 ispitanika (90%), dok su ostala četiri ispitanika (10%) negirala da im je poznata Procedura za postupanje u slučaju akcidenta u zdravstvenoj ustanovi. Naši rezultati su daleko bolji u poređenju sa sličnom studijom sprovedenom u Butanu, gde je u uzorku od 221 ispitanika, njih 113 (51,1%) znalo zapostojanje PEP (26).



Grafikon 2. Distribucija ispitanika prema odgovoru na pitanje o akcidentima tokomobavljanja radnih zadataka

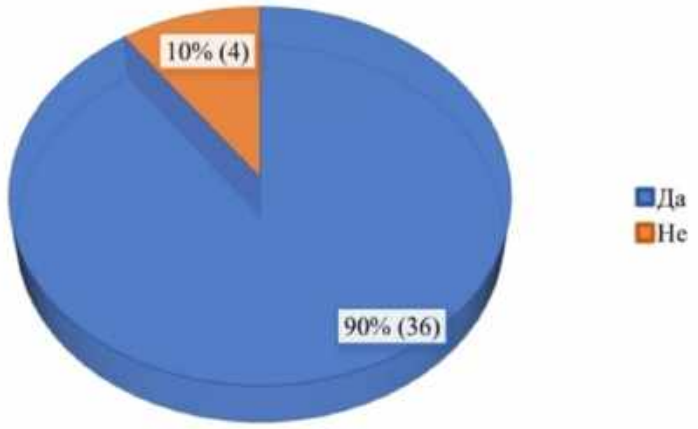
Na pitanje Da li ste se nekada povredili na korišćeni oštri predmet (skalpel, iglai slično) u toku rada samo 42% ispitanika negira povređivanje (17 ispitanika), dok je većina navela povređivanje jedanput (22,5%; 9 ispitanika), odnosno više puta (35,0%; 14 ispitanika).

Rezultati pokazuju da je više od polovine ispitanika (57,5%) imalo iskustva sapovređivanjem tokom obavljanja radnih zadataka, bilo da se to dogodilo samo jednomili više puta. Naši rezultati su lošiji u odnosu na rezultate studije sprovedene u Butanu gde je u uzorku od 221 medicinskih sestra, 95 (43%) bilo u riziku odzaražavanja (26). Takođe, naši rezultati su lošiji u odnosu na rezultate istraživanjau Saudijskoj Arabiji, gde je u uzorku od 219 medicinskih sestra, 43 (19,7%) doživeloprofesionalnu ekspoziciju/akcident (27). Istraživanje sprovedeno na našimprostorima pre desetak godina pokazuje lošije rezultate u poređenju sa našim; uuzorku od 5247 zdravstvenih radnika, 66% je imalo iskustva sa akcidentom baremjednom u svojom prefesionalnom radu, dok je u godini koja je prethodila istraživanjubroj povreda bio jednak i u ženskoj i u muškoj populaciji i iznosila je 39%. (28).

Naši rezultati su značajno bolji u odnosu na rezltate istraživanja u Jemenu, gde je u uzorku od 151 medicinske sestre, ubod na iglu potvrdilo čak 95,36% (29).

Grafikon 3. Postupak ispitanika nakon akcidenta

Na pitanje koje je bilo namenjeno ispitanicima koji su svojim odgovorom potvrdili da su imali akcident, o postupku nakon povređivanja jedan ispitanik je odgovorio da jezanemario ubod i nastavio sa radom, 20 ispitanika (87%) je ispralo ubodno mesto i obratilo se glavnoj sestri dok je dvoje ispitanika (8,7%) navelo drugi postupak: jedan ispitanik navodi da je isprao ranu, promenio rukavice i nastavio sa radom dok drugi ispitanik navodi da je isprao ubodno mesto, izvršeno je testiranje na viruse i njega i pacijenta. Ovakvi rezultati ukazuju da je većina ispitanika ispravno postupila nakon povređivanja.



Grafikon 4. Vakcinalni status ispitanika protiv hepatitisa B

Na pitanje Da li ste vakcinisani protiv hepatitisa B, većina ispitanika jeodgovorila potvrdno - 36 ispitanika (90%),
dok je četvoro da nije vakcinisano (10%).
U Srbiji je obavezna vakcinacija protiv hepatitisa B za sva lica zaposlena u zdravstvu uvedena 1989.godine, a od 2002. godine, vakcina je uvrštena u kalendar obavezne vakcinacije.

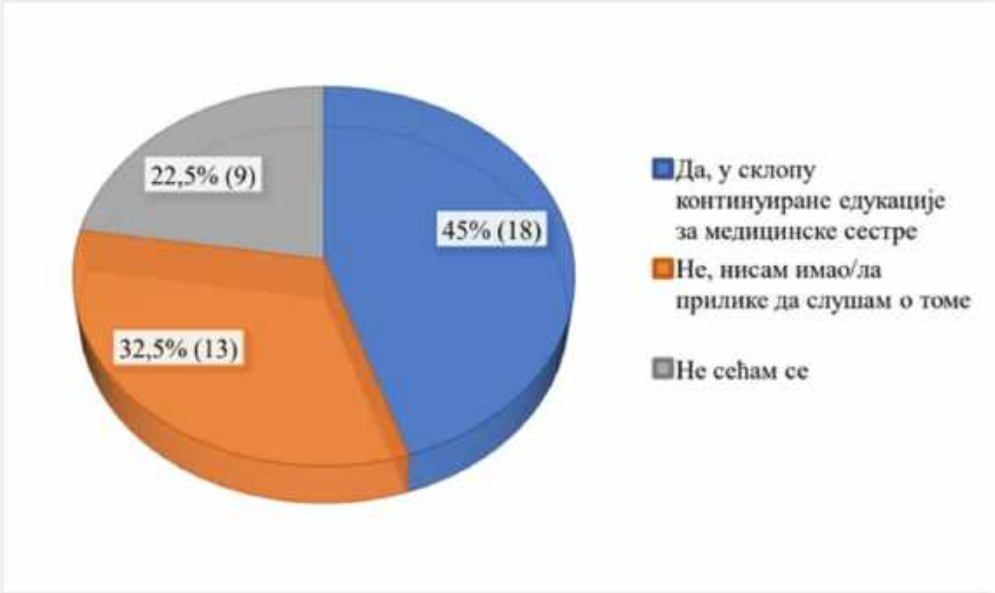
Rezultati istraživanja sprovedenog u Radžastanu pokazuju da je procenat vakcinisanih medicinskih sestara protiv hepatitisa B u njihovom uzorku 41,6%, što nam govori da su naši rezultati daleko bolji u poređenju sa njihovim rezultatima (30), kao i u odnosu na rezultate istraživanja u Kambodži gde je procenat vakcinisanih medicinksih sestara samo 57,7% (31).

Tabela 2. Distribucija odgovora ispitanika na pitanje kada su vakcinisani

Одговори	n	%
Након ступања у радни однос	19	52,8%
Пре ступања у радни однос	3	8,3%
У току школовања	10	27,8%
Након повреде на раду	4	11,1%
УКУПНО	36	100,0%

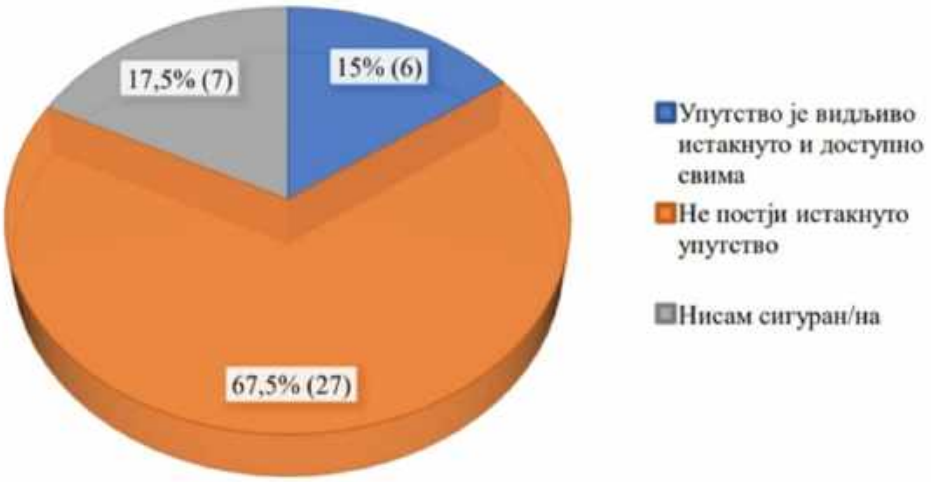
Ispitanici su u najvećem procentu vakcinisani nakon stupanja u radni odnos.

Rezultati istraživanja koje je sprovedeno u Univerzitetskom Kliničkom centru Srbije 2015. godine ukazuju na stopu sprovedene imunizacije protiv hepatititsa B od66,2%; od kojih je 74,68% vakcinisano nakon stupanja u radni odnos, 9,44% prezaposlenja i 15,88% tokom školovanja (32). Naši rezultati pokazuju da se polovinavakcinisanih ispitanika vakcinisala nakon stupanja u radni odnos 52,8%, prezaposlenja 8,3% i 27,8% tokom školovanja (Tabela 2).
Nemamo poredbeni podatak za vakcinaciju nakon povrede na radu.



Grafikon 5. Odgovori ispitanika na pitanje o dosadašnjoj edukaciji opostekspozicioj profilaksi HIV infekcije

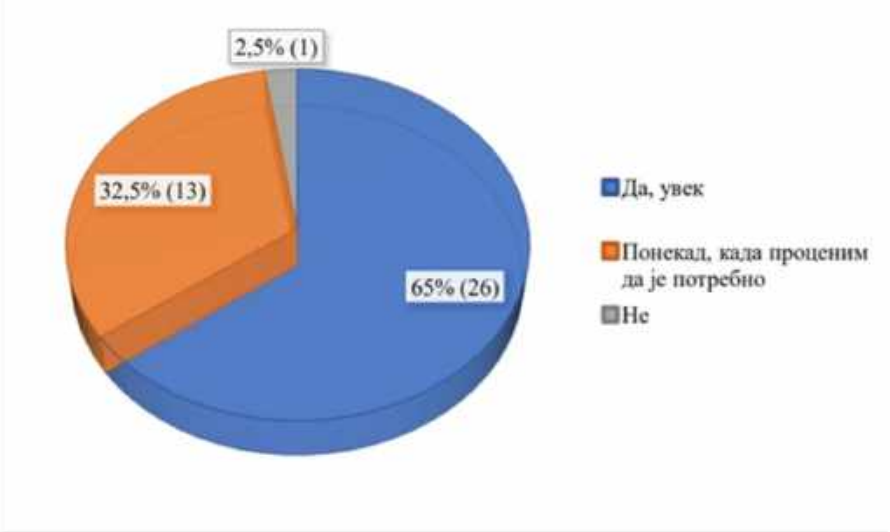
Na pitanje Da li ste do sada imali prilike da se edukujete o postekspozicionojprofilaksi HIV infekcije, 18 ispitanika (45%) se izjasnilo da je pohađalo edukacijeu sklopu kontinuirane medicinske edukacije (KME), 13 ispitanika (32,5%) navodi da nije ili se ne seća da je prisustvovalo edukaciji na ovu temu (9 ispitanika;22,5%).Naši rezultati su lošiji u poređenju sa rezultatima istraživanja sprovedenog uJužnoj Indiji gde je u uzorku 339 medicinskih sestara, 65,8% prošlo obuku o PEP.



Grafikon 6. Transparentnost pisanog uputstva o postupku nakon povređivanja

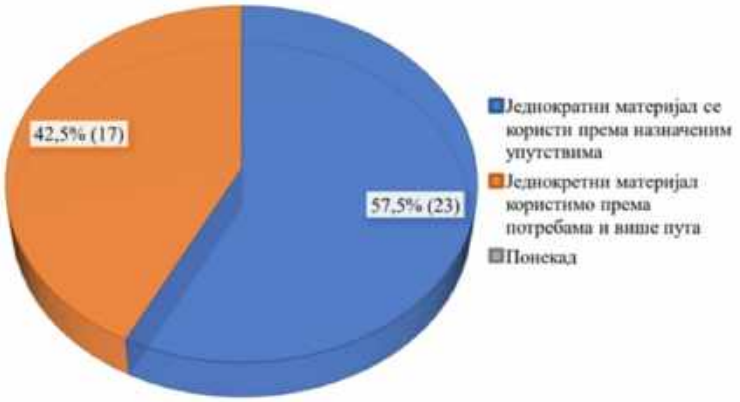
Na pitanje Da li je na odeljenju na kojem radite istaknuto pisano uputstvo okoracima koje je potrebno preduzeti nakon kontakta sa biološkim materijalom kakobi se smanjila mogućnost prenosa HIV infekcije na izloženu osobu, 27 ispitanika(67,5%) ispitanika je odgovorilo da ne postoji istaknuto uputstvo, 6 ispitanika(15%) je odgovorio da je uputstvo vidljivo i jasno istaknuto, dok 7 ispitanika (17,5% nije sigurno.

U nedostatku univerzalnog algoritma sprovođenja postupka nakon profesionalne ekspozicije ili akcidenta, isti nije istaknut. Dostupne su različite verzije algoritma PEP, ali nijedan adekvatan kako bi se mogao istaći kao reprezentativniprimer. To predstavlja veliki propust u zdravstvenom sistemu. Ostaje nejasno zaštosu pojedini ispitanici odgovorili da postoji istaknut algoritam postupaka nakonekspozicije. Pozitivno je to što su svesni da protokol treba da bude istanut i razumeju njegovu važnost.



Grafikon 7. Učestalost promena uniforme nakon kontakta sa telesnim tečnostima

На питање Да ли мењате униформу уколико сте били у контакту са секретима/ екскретима особе заражене неком крвнопреносивом инфекцијом, 26 испитаника (65%) одговорило је да увек мењају униформу након контакта, 13 испитаника (32,5%) је одговорило понекад, по процени и један испитаник (2,5%) је одговорио да не мења униформу након контакта.

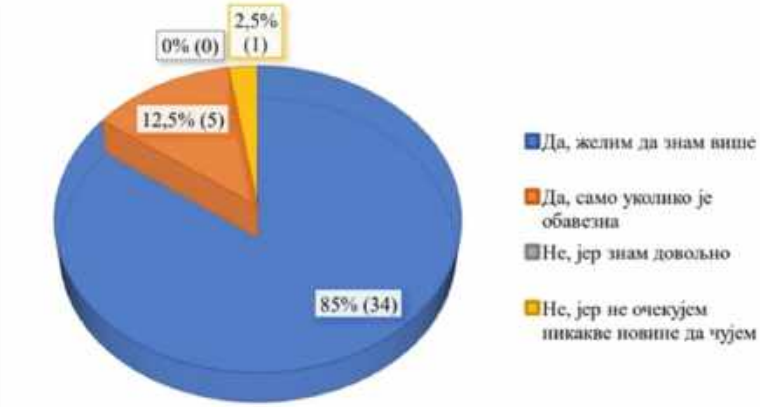


Grafikon 8. Način na koji se koristi materijal za jednokratnu upotrebu

Na pitanje Da li jednokratni materijal (bilo koje vrste) koristite prema predloženom savetu (samo jednom i bacate) ili koristite više puta?,
23 ispitanika (57,5%) je odgovorilo da se materijal koristi prema naznačenim uputstvima, dok su se ostali ispitanici izjasnili da se materijal koristi prema potrebama i više puta
17 ispitanika (42,5%).
Naveli su da se više puta koriste armirani tubusi, laringealne maske, laparaskopski instrumentarijum, portovi,
ligašur, puške za staplere, drenovi.
Materijal se pre ponovne upotrebe opere mehanički, potapa u dezinfekciono sredstvo i steriliše odgovarajućom metodom.
Navedeni razlog ponovne upotrebe jeste nedostatak materijala usled nedovoljnih novčanih sredstava.

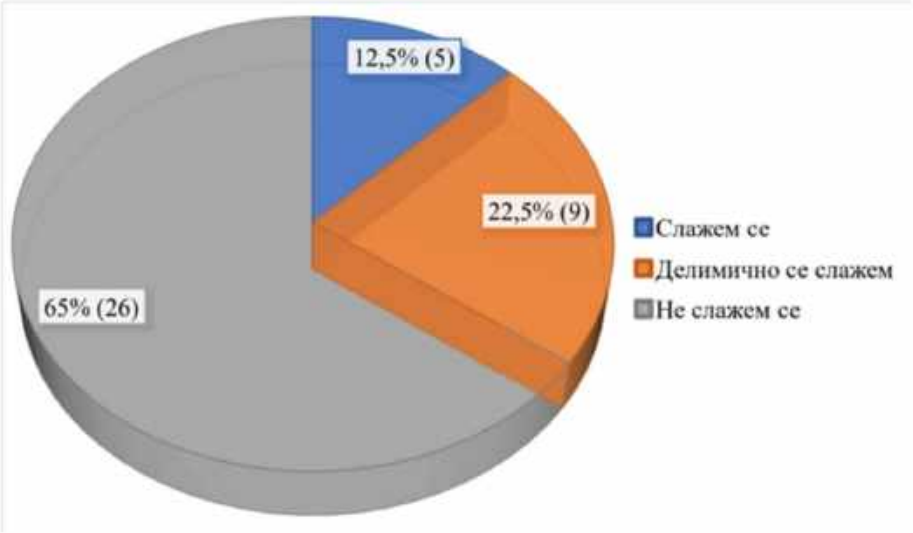
Grafikon 9. Upotreba zaštitnih rukavica prilikom plasiranja intravenske kanile

Na pitanje Da li koristite zaštitne rukavice prilikom plasiranja intravenske kanile?, 15 ispitanika (37,5%)
odgovorilo je da uvek nosi zaštitne rukavice,
14 ispitanika (35%) nosi po sopstvenoj proceni,
6 ispitanika (15%) nosi ukoliko zna da pacijent
ima neku krvnoprenosivu bolest,
dva ispitanika (5%) ne koristi uopšte
i tri ispitanika (7,5%) nema naviku da koristi zaštitne rukavice.



Grafikon 10. Zainteresovanost za edukaciju o PEP HIV infekcije

Na pitanje Da li biste prisustvovali edukaciji o postekspozicionoj profilaksi HIVinfekcije,
velika većina ispitanika se izjasnila da želi da prisustvuje i sazna više- 34 ispitanika (85%),
deo ispitanika bi prisustvovalo edukaciji samo ukoliko je obavezna - pet ispitanika (12,5%),
dok je jedan ispitanik (2,5%) naveo da ne želi j
er ne očekuje nikakve novine da čuje.



Grafikon 11. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da bi zdravstveni radniktrebalo da ima pravo da odbije negovanje/lečenje pacijenata zaraženih HIV-om

Sa tvrdnjom da bi Zdravstveni radnik trebalo da ima pravo da odbije da neguje/ leči pacijente koji su zaraženi HIV-om ili oboleli od side, većina ispitanika se ne slaže (26 ispitanika), 22,5% ispitanika se delimično slaže (9 ispitanika), dok je12,5% odgovorilo da se slaže sa datom tvrdnjom (5 ispitanika). Medicinska sestraima podjednaku profesionalnu obavezu prema svim bolesnicima. Ona je ta koja trebada pokaže više razumevanja, empatije, ljubaznosti od okoline, a nikako da pacijentaizbegava ili diskriminiše na osnovu njegove dijagnoze HIV infekcije.

U odnosu narezultate istraživanja sprovedenog u Crnoj Gori, gde je u uzorku od 422 zdravstvena radnika samo 6,2% odgovorilo da bi odbilo da leči HIV pozitivnog pacijenta, našisu dosta lošiji (24). I pored lošijih rezultata mišljenja smo da su odgovori naših ispitanika apsolutno iskreni. Negativni stav više od 1/3 ispitanika može bitiposledica sagledavanja celokupne situacije u zdravstvu, odnosno periodičnog nedostatka sredstava za ličnu zaštitu što bi ih u radu sa ovim pacijentima izlagloriziku, tako da dobijene rezultate treba pažljivo tumačiti odnosno sprovesti jednodetaljnije istraživanje na ovu temu. Rezultati tog istraživanja bi otkrili razlog enegativnih stavova, a tek onda je moguće ispravno tumačenje.

Rezultati testa znanja

Analizom odgovora ispitanika na tvrdnje date u testu znanja došli smo do sledećih rezultata:

Grafikon 12. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da se HIV može preneti sa majke na dete.
Svi ispitanici znaju da se HIV može preneti sa majke na dete.

Grafikon 13. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da se HIV prenosi korišćenjem istog pribora za jelo

Oko ¾ ispitanika (77,5%; 31 ispitanik) zna da se HIV ne može preneti korišćenjem istog pribora za jelo, dok ostali misle da može (12,5%; pet ispitanika) ili im nijepoznato da li se može preneti na ovakav način HIV infekcija (10%; četiri ispitanika). Ovakvi rezltati ukazuju da skoro ¼ ispitanika (22,5%) nije poznato kako se prenosi, a kako ne HIV infekcija.

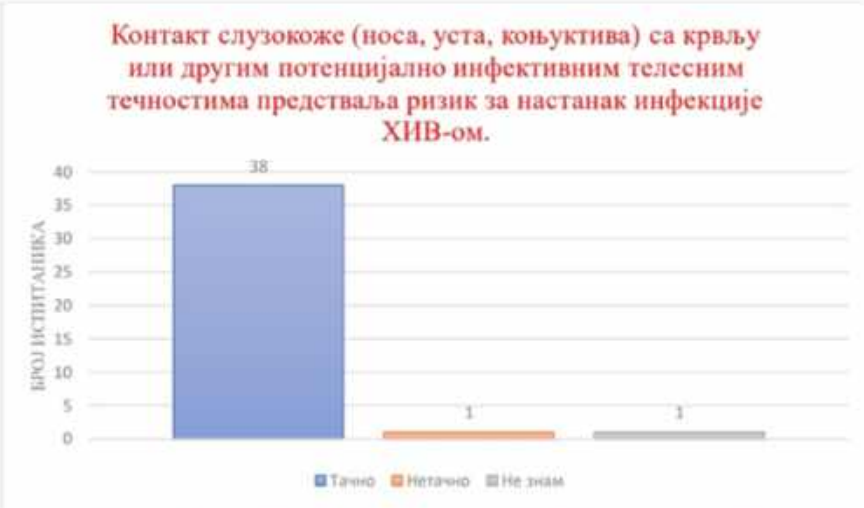
Grafikon 14. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da se HIV prenosi isključivo seksualnim putem.

Da se HIV ne prenosi isključivo seksualnim putem zna 82,5% (33 ispitanika), dok ostalih sedam ispitanika to ne znaju (17,5%).

Rezultati testa znanja – prikaz odgovora ispitanika koji se odnose napoznavanje rizika i toka HIV infekcije

Grafikon 15. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da nezaštićeni seksualni odnosi nose najveći rizik za infekciju HIV-om.

Grafikon 16. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da čak i osoba koja izgleda i oseća se potpuno zdravo može da bude inficirana HIV-om



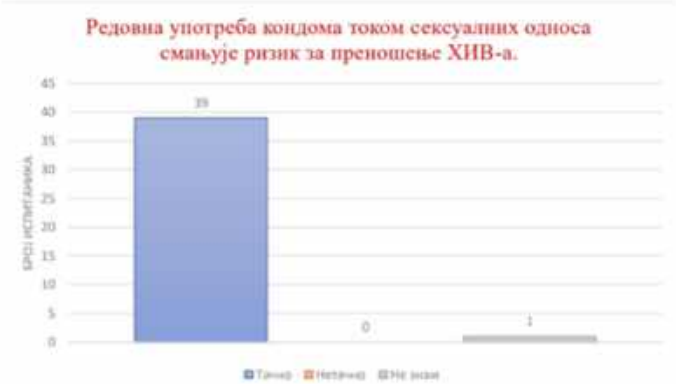
Grafikon 17 . Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da kontakt sluzokože sa krvlju ili drugm potencijalno infektivnim telesnim tečnostima predstavlja rizik za infekciju HIV-om

Svi ispitanici znali da nezaštićen seksualni odnos predstavlja najveći rizik zasticanje HIV infekcije (Grafikon 15), i skoro svi da osoba koja izgleda i oseća se potpuno zdravo može da bude inficirana HIV-om (Grafikon 16). Takođe, skoro su sviispitanici svojim odgovorima potvrdili da znaju da kontakt sluzokože sa krvlju ilidrugim potencijalno infektivnim telesnim tečnostima predstavlja rizik zainfekciju HIV-om (Grafikon 17).

Grafikon 18. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da osobe sa HIV infekcijom imaju zakonsku obavezu da informišu zdravstvene radnike o svojoj infekciji.

Rezultati testa znanja – prikaz odgovora ispitanika koji se odnose na poznavanje mera prevencije HIV infekcije

Grafikon 19. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da spermicidni lubrikanti štite od prenosa HIV-a

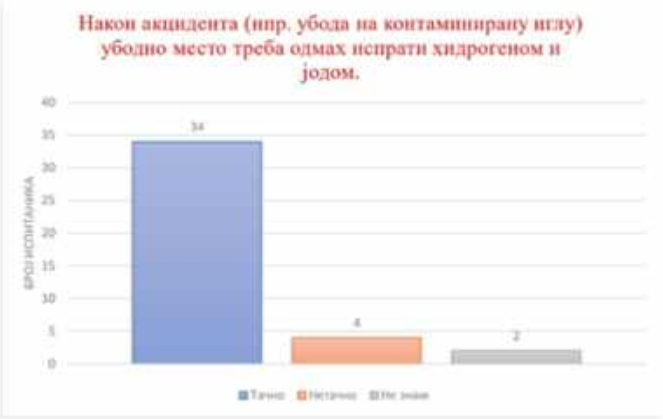


Grafikon 20. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da redovna upotreba kondoma tokom seksualnih odnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a.

Iako je većina ispitanika znala da spermicidni lubrikanti ne štite od prenosa HIV-a 70% (28 ispitanika) visok je procenat onih koji misle da jeste (15%) ili im nije poznato da li štite (15%) (Grafikon 19).Skoro svi ispitanici su znali da dosledna upotreba kondoma tokom seksualnihodnosa smanjuje rizik za prenošenje HIV-a (97,5%) što je svakako pohvalno (Grafikon 20.),

Rezultati testa znanja – prikaz odgovora ispitanika koji se odnose napoznavanje postupka postekspozicione profilaksa

Grafikon 21. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da Postekspoziciona profilaksa za HIV infekciju ne postoji



Grafikon 22. Distribucija odgovora ispitanika na tvrdnju da se ubodno mesto nakon akcidenta ne ispira hidrogenom i jodom

Samo 37,5% ispitanika zna da PEP za HIV infekciju postoji, ostali misle da ne postoji (12,5%) ili im nije poznato da li postoji (50%) (Grafikon 21). Postupak nakon povređivanja poznat je samo malom procentu isptanika, odnosno samo 10% ispitanika zna da se ubodno mesto nakon akcidenta ne ispira odmah hidrogenom i jodom (Grafikon 22),

Tabela 2. Broj tačnih odgovora na pitanja iz testa znanja o HIV infekciji i postekspozicionoj profilaksi

Број тачних одговора	**n**	**%**
Незадовољавајући ниво знања (15 и мање)	6	15,0
Задовољавајући ниво знања (16 – 20)	18	45,0
Солидан ниво знања (21 – 25)	16	40,0
Одличан ниво знања (26 – 30)	-	-
УКУПНО	40	100,0

ZAKLjUČAK

Na osnovu analize rezultata istraživanja došli smo do sledećih zaključaka:
U istraživanju je uzelo učešće 40 medicinskih sestara zaposlenih u Opštojbolnici Pančevo.
Većina ispitanika ima do 40 godina života, srednji nivoobrazovanja i do 20 godina radnog iskustva.
Gotovo u podjednakom procentu su bili zaposleni u Jedinici intenzivne nege, Anestezije sa reanimatologijom i u Operacionom bloku.
Više od 1/2 ispitanika je imalo iskustvo povređivanja tokom obavljanja radnih zadataka, pri čemu je više od 1/3 navelo višestruko iskustvo, pri čemu je postupak većine bio ispiranje ubodnog mesta, zaštita ubodnog mesta iobraćanje glavnoj sestri odeljenja, sledeći dalje njena uputstva.
Velika većina ispitanika ima neprofesionalni stav o HIV inficiranim osobama, u čijoj je osnovi evidentan nedostatak znanja.
Na ovakav zaključak navode nas sledeći rezultati:
Više od 3/4 ispitanika smatra da treba testirati sve bolesnike preoperativnog zahvata;
Više od 4/5 ispitanika smatra neophodnim dodatne merepredostrožnosti u radu sa HIV inficiranim bolesnicima;
Skoro 1/3 ispitanika ne bi prihvatila rad sa HIV pozitivnim pacijentima ni pod kojim okolnostima, a 2/5 bi prihvatile rad, ali bi se osećali ugroženo;
4/5 ispitanika smatra da na zdravstvenim kartonima HIV pozitivnihpacijenata treba da bude jasno naznačen status;
Više od 1/3 medicinskih sestara smatra da bi zdravstveni radnik trebalo da ima pravo da odbije da neguje/leči pacijente koji su zaraženi HIV-om ili oboleli od side.

Znanje medicinskih sestara o postekspozicionoj profilaksi koje su pokazale na testu znanja nameće zaključak da je neophodna nadogradnja i edukacija.
To potvrđuju i sledeći rezultati:
Skoro 2/3 ispitanika ne zna da postoji PEP.
Više od 1/2 ne zna kada bi povređena osoba trebalo da se testira nakon akcidenta .
Polovina ispitanika misli da postoji vakcina protiv HIV-a.
Više od 1/2 misli da ART štiti i od drugih virusnih infekcija....
Potreba za dodatnom edukacijom o postekspozcionoj profilaksi HIV infekcije je neophodna i kao takva prepoznata i od strane samih ispitanika.

Literatura:

1. Patel K, Zhang A, Zhang MH, Bunachita S, Baccouche BM, Hundal H, et al. Forty Years Since the Epidemic: Modern Paradigms in HIV Diagnosis and Treatment. Cureus. 2021;13(5):e14805.
2. https://www.pasteur.fr/en/research-journal/news/40-years-hiv-discovery-virus-responsible-aids-identified-may-20-1983 Приступљено: 15.06.2024.
3. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Biological Agents. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer; 2012. (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, No. 100B.) HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS-1.
4. Жакула Н, Здравствени радници и ХИВ инфекција. Београд: Градски завод за заштиту здравља, 2004.
5. Ђокић М, ХИВ инфекција и АИДС. Београд: НИЦ Војска (Војна штампарија), 2004.
6. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2016. ANNEX 10, WHO clinical staging of HIV disease in adults, adolescents and children.
7. Moylett EH, Shearer WT. HIV: clinical manifestations. J Allergy Clin Immunol. 2002 Jul;110(1):3-16. PMID: 12110810.
8. Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут", Епидемиолошке детерминанте HIV инфекције и AIDS-а у Републици Србији крајем новембра 2022. године. Доступно путем: https://www.batut.org.rs/download/aktuelno/HivAidsSrbija2022.pdf Приступљено: 15.06.2024.
9. Landovitz RJ. Preexposure Prophylaxis For HIV Prevention: What We Know and What We Still Need to Know for Implementation. Top Antivir Med. 2015 May-Jun;23(2):85-90. PMID: 26200708; PMCID: PMC6148938.
10. Desai M, Field N, Grant R, McCormack S. Recent advances in pre-exposure prophylaxis for HIV. BMJ. 2017 Dec 11;359:j5011.PMID: 29229609; PMCID: PMC6020995.
11. Hillis A, Germain J, Hope V, McVeigh J, Van Hout MC. Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention Among Men Who Have Sex with Men (MSM): A Scoping Review on PrEP Service Delivery and Programming. AIDS Behav. 2020 Nov;24(11):3056-3070. PMID: 32274670; PMCID: PMC7502438.
12. Lehmann C, Malin J, Suárez I, Fatkenheuer G. Moderne HIV-Therapie [Modern HIV treatment]. Internist (Berl). 2019;60(4):411-9.
13. Ракић В, Шапоњић В, Лончаревић Г, Симић Д, Димитријевић Д, Плавша Д и сарадници. Извештај о заразним болестима у Републици Србији за 2022. годину. Београд: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут", 2023.
14. van Schalkwyk C, Mahy M, Johnson LF, Imai-Eaton JW. Updated Data and Methods for the 2023 UNAIDS HIV Estimates. J Acquir Immune Defic Syndr. 2024 Jan 1;95(1S):e1-e4. Epub 2024 Jan 4. PMID: 38180734; PMCID: PMC10769173.
15. Латковић МБ. Постекспозициона профилакса за хепатотропне вирусе (ХБВ и ХЦВ) и вирус хумане имунодефицијенције (ХИВ). Стоматолошки гласник Србије. 2010;57(4):212-9.
16. DeHaan E, McGowan JP, Fine SM, et al. PEP to Prevent HIV Infection [Internet]. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2022 Aug 11.
17. https://www.eacsociety.org/media/guidelines-12.0.pdf Приступљено: 15.06.2024.
18. Барош С, Грујичић С. Пост-експозициона и пре-експозициона профилакса као мере превенције ХИВ инфекције. Здравствена заштита. 2022;51(4):32-45.
19. Young T, Arens FJ, Kennedy GE, Laurie JW, Rutherford GW. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. Cochrane Database od Systematic Reviews 2007, Issuue 1. Art. No.: CD002835..
20. Kerns R, Sheridan D. HIV postexposure prophylaxis for healthcare professionals. Nursing. 2019;49(1):67-8.

Autor : Ćirić Kristina

Kbc " Bežanijska Kosa"

Greške u praćenju postoperativnih pacijenata

Sažetak:

Postoperativni period predstavlja jedno od najosetljivijih razdoblja u lečenju pacijenta, kada adekvatno praćenje vitalnih funkcija i pravovremeno reagovanje mogu značajno uticati na ishod lečenja. U radu su prikazane najčešće greške koje se javljaju u praćenju postoperativnih pacijenata, sa posebnim osvrtom na ulogu medicinske sestre u jedinici intenzivne nege. Naglašava se važnost kontinuiranog praćenja vitalnih funkcija, pravilnog zbrinjavanja disajnog puta i primene kiseonika, kao i značaj edukacije sestara u cilju prevencije komplikacija. Kontinuirana edukacija medicinskih sestara ključna je za smanjenje broja grešaka i unapređenje kvaliteta zdravstvene nege postoperativnih pacijenata.

Ključne reči: postoperativni pacijent, greške u praćenju, intenzivna nega, medicinska sestra, oksigenoterapija

Uvod

Intenzivna nega obuhvata skup medicinskih procedura koje se sprovode nad pacijentima nakon teških operativnih zahvata, trauma ili reanimacije.
Cilj rada je da se prikažu najčešće greške u praćenju postoperativnih pacijenata i ukaže na značaj uloge medicinske sestre u njihovom ranom prepoznavanju i prevenciji komplikacija.

Uloga medicinske sestre u prevenciji respiratornih komplikacija

Medicinska sestra ima ključnu ulogu u održavanju ventilacije pluća i sprečavanju nastanka respiratornih komplikacija.
Pravilno pozicioniranje pacijenta, vežbe disanja, primena kiseonika i kontinuirano posmatranje disanja predstavljaju osnovne mere koje doprinose očuvanju respiratorne funkcije.

Specifičnosti zdravstvene nege u jedinici intenzivne nege

Rad u jedinici intenzivne nege zahteva visok nivo znanja, odgovornosti i prisustva. Medicinska sestra prati vitalne funkcije, vodi evidenciju o promenama, i reaguje na svaku promenu u stanju pacijenta. Tehnološki napredak zahteva stalno usavršavanje kadra i usklađivanje sa savremenim protokolima nege.

Kompetencije medicinske sestre u zbrinjavanju disajnog puta

Sestra mora poznavati sve metode i pomagala za obezbeđivanje prohodnosti disajnih puteva. Njene kompetencije uključuju pripremu i asistiranje pri intubaciji, aspiraciju sekreta i praćenje oksigenacije, uz vođenje precizne dokumentacije.

Primena kiseonika i uloga medicinske sestre

Oksigenoterapija predstavlja osnovni vid terapije kod pacijenata sa poremećajima disanja. Sestra je odgovorna za pravilno postavljanje sistema za kiseonik, nadzor protoka, praćenje reakcije pacijenta i dokumentovanje postupka.

Uloga medicinske sestre u primeni neinvazivne ventilacije

Neinvazivna ventilacija omogućava podršku disanju bez intubacije i ima značajnu primenu kod akutne respiratorne insuficijencije. Sestra priprema pacijenta i aparat, nadgleda vitalne parametre i sprečava komplikacije kao što su oštećenje kože i distenzija želuca.

Zaključak

Praćenje postoperativnih pacijenata zahteva visoku profesionalnost i preciznost. Medicinska sestra ima presudnu ulogu u održavanju vitalnih funkcija i prevenciji komplikacija. Kontinuirana edukacija i usavršavanje sestara predstavljaju ključni faktor u smanjenju grešaka i unapređenju kvaliteta nege.

Literatura

1. Vojinović M. Hirurgija sa ortopedijom. Beograd: Visoka zdravstvena sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“; 2014.
2. Dragović M. Savremena klinička hirurgija. Beograd: Mikroknjiga; 2005.
3. Mitić S. Zdravstvena nega u hirurgiji. Beograd: Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“; 2012.
4. Stojadinov M. Zdravstvena nega. Beograd: Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“; 2015.
5. Stojadinov M. Zdravstvena nega u internoj medicini. Beograd: Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija „VISAN“; 2018.
6. Tijanić M, Rudić R, Duranorić D, Mlović Lj. Zdravstvena nega i savremeno sestrinstvo. Ćuprija: Visoka medicinska škola; 2009.

OD KONGRESA DO KONGRESA

HDMSARIST, Maj 2025

UAINTS već godinama unazad, praktično od svog osnivanja, održava sjajne odnose sa Udruženjima i asocijacijama u regionu i Evropi. Članovi Udruženja imaju priliku da se kontinuirano edukuju posećujući kongrese, kako u našoj zemlji, tako i van nje.

U toku ove godine, kao i prethodnih godina, posetili smo naše prijatelje u Slovačkoj, Sloveniji, Hrvatskoj, Makedoniji, Bosni, Republici Srpskoj...
Osim sjajne edukacije i razmene iskustava, sklapaju se kako poznanstva i saradnje, tako i dragocena prijateljstva, kroz zajedničke ciljeve.

MZMSARIN, April 2025

SKSaPA, Oktobar 2024

Tišina između monitora – emocionalni i etički izazovi u radu medicinskih sestara intenzivne nege i anestezije"

Autori teksta: Aleksandra Filipović i Nevena Ilić

U prostoriji gde su zvuci aparata svakodnevna pozadina, gde svetla nikada ne gase i vreme teče drugačije, medicinske sestre i ntenzivne nege i anestezije suočavaju se sa nečim što je daleko dublje od fizičkog umora.
To su emocionalni i etički izazovi koji oblikuju svaku njihovu smenu, svaku odluku, svako disanje uz pacijenta.

Rad u intenzivnoj nezi znači biti svedok neizmerne patnje, ali i neočekivanih čuda.
Svaki pacijent nosi svoju priču, a svaka sestra postaje njen tihi deo – čuvar života, ali i svedok kraja.
U trenucima kada se život gasi, sestra često drži ruku pacijenta, iako zna da je to možda poslednji dodir koji će on osetiti.
I baš tada, između zvuka monitora i tišine, javlja se pitanje: Da li smo uradili sve?

Etika u takvom okruženju nije samo teorija, već svakodnevna praksa. Poštovanje dostojanstva pacijenta, zaštita privatnosti, odluke o nastavku ili prekidu terapije – sve su to situacije koje zahtevaju duboku profesionalnu i ljudsku snagu. Medicinska sestra mora pronaći ravnotežu između protokola i saosećanja, između nauke i srca.

U anesteziji, etički izazov ima drugačiji oblik – poverenje koje pacijent predaje timu u trenutku kada tone u san pod anestezijom. Dok spava, sestra je njegov čuvar, svesna da su u njenim rukama sigurnost i miran oporavak. Taj odnos poverenja, iako tih i često nevidljiv, jedan je od najsnažnijih u medicini.

Emocionalni teret ovog posla često se ne vidi spolja. Umor, neizvesnost, gubitak – sve to ostaje u tišini nakon smene. Ipak, u toj tišini rađa se i snaga. Snaga da se sutradan nastavi borba, da se ponovo brine, da se ne odustane.

Možda je najveći paradoks rada u intenzivnoj nezi to što uče o životu upravo oni koji se svakodnevno suočavaju sa njegovim krajem. Medicinske sestre, u toj neprekidnoj borbi između nade i realnosti, postaju svedoci ljudskosti u njenom najčistijem obliku.

U sledećem broju....

XVI Kongres UAINTS

Intervju sa predsednikom UAINTS

Intervju sa saradnicima iz regiona

Održani stručni skupovi