

opisa posla i steknite malo moći pokazujući da uzimate na sebe zadatke u radu koji su preko i iznad parametara vašeg posla.

Nekoliko saveta - primenjivati što ranije i što je češće moguće

1. Budite svesni svojih vlastitih očekivanja i mogućnosti

2. Naučite da podesite granice i naučite da kažete NE
3. Nemojte oklevati da zatražite pomoć i podelite ideje sa nekim drugim
4. Prepoznajte prioritete i delegirajte zadatke
5. Cenite stručnost vaših saradnika: koristite njihovo znanje i iskustvo

6. Ne nanosite stres drugima oko sebe
7. Obratite pažnju na pozitivnu stranu vašeg posla čak i na manje uspehe u poslu
8. Prepoznajte kada vam je potrebna pomoć u savladavanju samog sebe

Literatura:

1. Freudenger, H. J., Richelson, G. (1980). *Burn-Out: The High Cost of High Achievement*. Toronto: Bantam Books.
2. Petrović, V. (1997). *Sindrom izgaranja*. U: Vljaković, J., Srna, J., Kondić, K., Popović, M. (Ur.) *Psihologija izbeglistva*. Beograd: IP Nauka, 245-251
3. Milavić, G. (1995). *Burn-out syndrome – sindromi, prevencija, lečenje*. U: *Trauma intervencije kod dece i adolescenata*, Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
4. Maslach, C., Jackson, S. (1981). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
5. Maslach, C., Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
6. Dojčinović N. *Zdravstvena psihologija, Kako izbjeći sindrom izgaranja (Burnout sindrom)*, Savetovanište za studente, Beograd 2013. <http://www.istrazime.com/zdravstvena-psihologija/kako-izbjeci-sindrom-izgaranja-burnout-sindrom/>
7. Nenadović M.M., *Veština komuniciranja, za studente Fakulteta zdravstvene nege, Univerzitet u Pristini Medicinski fakultet, Beograd 2010*. Erickson, R. J., & Grove, W. J. C. (2007). *Why emotions matter: age, agitation, an burnout among registered nurses*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1), Retrieved February 14, 2009, from www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJ.
8. Segal, J., Smith, A., & Segal, R. (2008). *Developing emotional intelligence*. *Helpguide.org*, Retrieved February 25, 2009, from http://www.helpguide.org/mental/eq5_raising_emotional_intelligence.htm.

REAKCIJE BOLESNIKA NA HOSPITALIZACIJU

// STRUČNI RAD //

|The response of patients to hospitalization

Rade Đević, Natalija Hadzivuković, Sandra Joković, Jelena Pavlović, Medicinski fakultet Foča

Sažetak

Uvod. Veoma je teško opisati kako se bolesnik osjeća pri prvom kontaktu sa bolničkim ambijentom, medicinskim personalom i medicinsko-dijagnostičkim i terapijskim procedurama. On je naročito uznemiren pri prvom kontaktu jer sa sobom nosi neizvjesnost i strahove, kako zbog bolesti, tako i zbog novonastale situacije. Da li će prvi susret obraditi bolesnika i stvoriti povjerenje i sigurnost ili pak, omalovažiti i povrijediti njegovu ličnost zavisi od tih prvih utisaka.

Cilj rada. Cilj rada je ispitati kako bolesnici reaguju na hospitalizaciju, analizirati kakav je odnos bolničkog osoblja prema pacijentima, i istražiti koji su prijedlozi pacijenata za poboljšanje uslova i postupka hospitalizacije.

Materijal i metode. Istraživanje je sprovedeno u Univerzitetnoj bolnici Foča u periodu oktobar–novembar 2014. godine. Studija je obuhvatila 50 ispitanika koji se liječe u Univerzitetnoj bolnici u Foči na odjeljenju Interne medicine. U istraživanju je korišćen anonimni anketni upitnik, a rezultati su prikazani grafički.

Rezultati. Dvije trećine ispitanika reagovalo je staloženo na hospitalizaciju. O utiscima na prvi susret sa medicinskim osobljem 94% ispitanika je iskazala pozitivno mišljenje, dok je 6% anketiranih prvi susret sa medicinskim osobljem okarakterisalo kao negativan.

Zaključak. Generalno ovo istraživanje dalo je rezultate koji se mogu okarakterisati kao pozitivni, ali svakako treba težiti ka boljem i truditi se da zadovoljstvo pacijenata uslugama i odnosom zdravstvenih radnika bude na najvišem nivou.

Abstrakt

Introduction: It is very difficult to describe how the patient feels at first contact with the hospital environment, medical personnel and medical diagnostic and therapeutic procedures. He was usually upset at first contact since carries with it suspense and fears, due to illness, but also because of the new situation. Will the first meeting to encourage patients and create confidence and sureness or, derogate and hurt his personality, depends on these first impressions.

The aim: The aim is to examine react to hospitalization, analyze what is to attitude of hospital personnel towards patients, and investigate which patients are proposals to improve the conditions and procedure for hospitalization.

Methods: The study was conducted at University Hospital in Foca, period October–November, 2014. The study included 50 patients who are being treated at the University Hospital in Foca, in the section of Internal Medicine. The researchers used an anonymous questionnaire, and the results are graphically presented.

Results: Two-thirds of respondents reacted very well to the hospitalization. Asked about their impressions on the first meeting with the medical personnel, 94% of respondents expressed a positive opinion, while 6% of respondents characterized their first meeting as negative.

Conclusion: Generally, this study yielded the following results which can be characterized as positive, but we must strive to be better and try to patients satisfaction with the services and attitude of health worker, made at the highest level.

UVOD

Veoma je teško opisati kako se bolesnik osjeća pri prvom kontaktu sa bolničkim ambijentom, medicinskim personalom i medicinsko-dijagnostičkim i terapijskim procedurama. Zabrinut zbog zdravstvenog stanja, odvojen od porodice, izbačen iz životnog kološkog,

bolesnik proživljava psihičku traumu, pogotovo kad dolazi u novu i nepoznatu bolničku sredinu. Činjenica je da je bolestan i da mora da napusti svoju porodicu, radnu i socijalnu sredinu, kao i da mora da boravi u nepoznatom okruženju, da traži pomoć i saraduje sa nepoznatim ljudima, postavlja bolesnika u težak i neprijatan položaj.

Zdravstveni problemi kod svakog čovjeka izazivaju strah, osećaj neizvjesnosti pa i panične reakcije. Zbog toga su veoma česte promjene u ponašanju u smislu agresivnosti, anksioznosti, regresije, depresivnosti, a nerjetko se i kombinuju. Prijem u bolnicu je veoma složena i delikatna intervencija kroz koju se medicinska sestra

trudi da na što bolji način stvori i razvije odnos između osoblja i samog bolesnika, a koji će se nastaviti tokom bolesnikovog tretmana u bolesničkoj jedinici. Bolesnik i njegov pratilac tokom ove intervencije stižu prve utiske o zdravstvenim radnicima, bolnici i organizaciji rada u njoj. Način na koji su primljeni može da utiče na njihove reakcije i osjećanja kao i na njihov stav i saradnju tokom cjelokupnog liječenja. Zato bi trebalo da prvi kontakt bude što bolji jer može da bude najvažniji za cio proces liječenja. Dolaskom u bolničku sobu, bolesnik se sreće sa pravim bolničkim ambijentom. Tada se bolesnik susreće sa dva problema: poremećajem zdravlja i nužnošću da boravi u nepoznatom okruženju. Prilikom dolaska u sobu važno je da pacijent stekne utisak da je očekivan, a to će najbolje pokazati namještena soba i postelja. Da li će prvi susret ohrabriti bolesnika i stvoriti povjerenje i sigurnost ili pak, omalovažiti i povrijediti njegovu ličnost zavisi od tih prvih utisaka. Utisci ostaju u doživotnom sjećanju bolesnika i on ih kasnije često prepričava svojim prijateljima i porodici. Pravilno sproveden prvi razgovor i odnos prema bolesniku uslovljava da sestra bude lice kome se bolesnik praktično obraća za sve i povjerava svoje potrebe i želje. Odnos prema bolesniku je od izuzetnog značaja, jer zdravlje bolesnika treba medicinskoj sestri da bude najvažnija briga pa stoga ovakav iskaz ima sasvim pravilan stav „Osmjeh zdravstvenog radnika može da traje samo tren, ali se pamti cio život.“

CILJ RADA

Cilj rada je ispitati kako bolesnici reaguju na hospitalizaciju, analizirati kakav je odnos bolničkog osoblja prema pacijentima, i istražiti koji su prijedlozi pacijenata za poboljšanje uslova i postupka hospitalizacije.

METODE RADA

Studija je obuhvatila 50 ispitanika koji se liječe u Univerzitetskoj bolnici u Foči na odjeljenju Interne medicine. U istraživanju je korišten anketni upitnik koji sadrži 19 pitanja, od kojih je većina sa ponudnim odgovorima. Prvih 7 pitanja upitnika je sociodemografskog tipa, koji nam daje podatke o polu, starosti, uslovima života i primanjima u porodici ispitanika. Ostalih 12 pitanja je vezano za datu temu i daju odgovore na ciljeve našeg istraživanja.

REZULTATI ISTRAŽIVANJA

1. Distribucija ispitanika prema prihvatanju u bolnicu i prvom kontaktu

Na osnovu dobijenih rezultata ankete vidimo da je prvi kontakt s pacijentima uspostavila medicinska sestra u 74% slučajeva, a u 26% slučajeva je to bio ljekar.

2. Distribucija ispitanika prema osjećaju odbačenosti

Najveći broj anketiranih, njih 64% reklo je da nisu imali osjećaj da su odbačeni i da se osoblje ne ophodi prema njima kao i prema drugim pacijentima. Od ukupno anketiranih, njih 10% kaže da su imali takav osjećaj, a 26% da su takav osjećaj imali ponekad.

3. Distribucija ispitanika prema reakcijama na hospitalizaciju

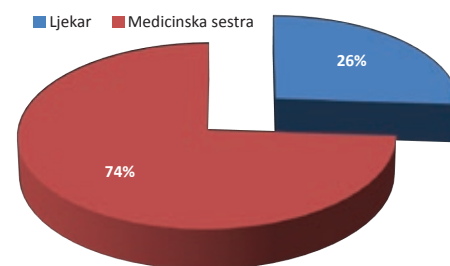
Na ovo pitanje dvije trećine (66%) ispitanika je odgovorilo da su njihove reakcije ostale iste. Da su se reakcije na hospitalizaciju malo izmjenile kaže 24% anketiranih, a 10% je reklo da su se njihove reakcije na hospitalizaciju potpuno izmjenile u odnosu na vrijeme kada su tek došli u bolnicu.

4. Distribucija ispitanika prema opisu boravka u bolnici

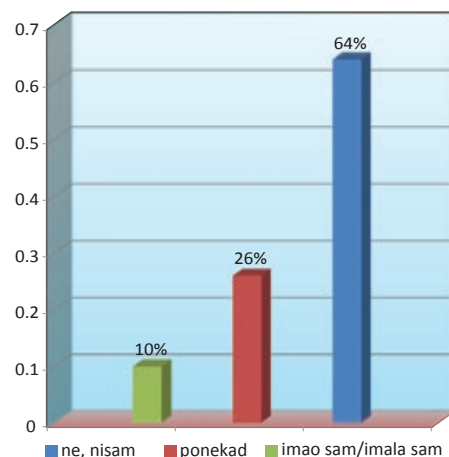
Većina ispitanika smatra da su uslovi zadovoljavajući, ali da može biti i bolje. Što se tiče medicinskog osoblja uglavnom su zadovoljni, mada je bilo i primjedbi. Ispitanici su imali primjedbe na hranu u bolnici, smatraju da bi trebala biti bolja. Jos jedna od primjedbi je bila da su bolesničke sobe poprilično popunjene, te da se u vrijeme posjeta u sobama stvara velika gužva.

DISKUSIJA

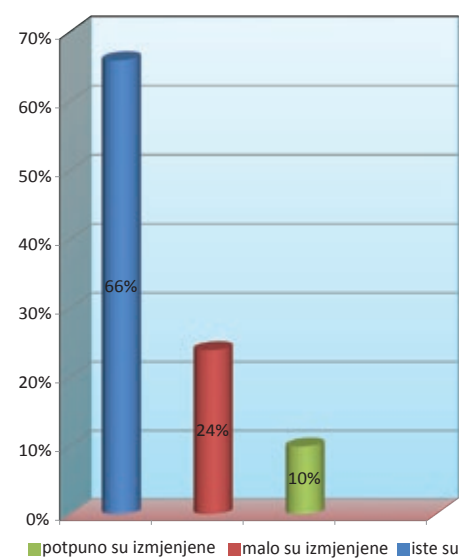
Ova studija je pokazala da je skoro dvije trećine ispitanika reagovalo stalozeno na hospitalizaciju. Takvom rezultatu svakako doprinosi činjenica da navedeni pacijenti već imaju iskustva sa hospitalizacijom. Ogromna većina ispitanika je opisala prvi susret sa medicinskim osobljem kao pozitivan što je svakako za pohvaliti. Slične rezultate dalo je i istraživanje International Hospital Outcomes Study (IHOS). Prema tim istraživanjima reakcija pacijenta na hospitalizaciju najčešće direktno zavisi od predhodnog iskustva [16]. Većina ispitanika je zadovoljna radom medicinskog osoblja kao i odnosom osoblja prema njima. 64% ispitanih je reklo da nikad nisu imali osjećaj odbačenosti i da se osoblje prema njima odnosi kao i prema drugim pacijentima. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvalitetna komunikacija definisana je kao jedna od pet vještina neophodnih za zdrav i srećan život. Znanje i umijeće kvalitetne komunikacije preduslov su kvalitetnog djelovanja za mnoge profesije. Kvalitetna komunikacija zdravstvenih radnika s pacijentima temelj je uspješnog liječenja. Kada se rezultati ovog istraživanja uporede sa nekim drugim istraživanjima rađenim u okruženju može se reći da su bar što se tiče odnosa osoblja prema pacijentima re-



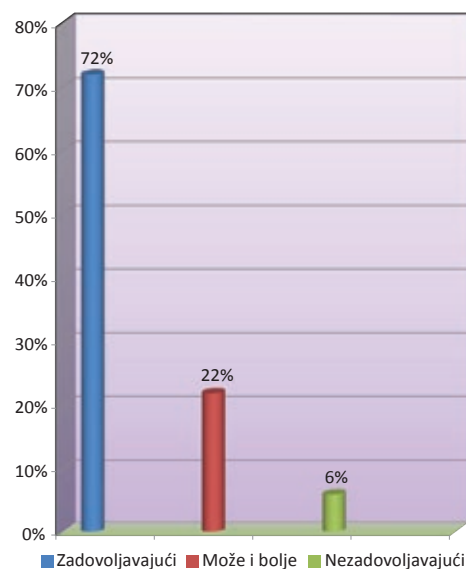
Grafikon br. 1



Grafikon br. 2



Grafikon br. 3



Grafikon br. 4

zultati odlični. Prema istraživanju 'Mozaik 2014' pod pokroviteljstvom UNDP čak 67,4% ispitanika nisu zadovoljni postupanjem sa pacijentima i tvrde da nema jednakog postupanja prema pacijentima. No ipak neka istraživanja su pokazala da ima i boljih primjera od našeg. Prema istraživanju Ataturk Univerziteta u Turskoj 83% anketiranih je zadovoljno njegovom. Njih 45,3% je njegu ocijenilo dobrom, a 37,7% vrlo dobrom [17]. Prema anketi Zavoda za javno zdravlje u Kraljevu iz 2012., čak 95% anketiranih je izrazilo zadovoljstvo sestriškom njegovom [18], što je mnogo više nego u našem slučaju. Istraživanja rađena na ovu temu u Velikoj Britaniji ističu

javnu zabrinutost zbog zanemarivanja pacijenata i niskim standardima u pružanja zdravstvene njege. Ono što tišti pacijente i što svakako treba iskorijeniti, a što je opet tipično za malu sredinu poput naše je privilegovanost pojedinih pacijenata usled rodbinskih veza i poznanstava. S druge strane kroz anketiranje i razgovor s pacijentima se moglo primjetiti da se o ovoj temi ne govori baš otvoreno. Nameće se zaključak da i sami pacijenti snose dio odgovornosti jer bi trebalo da skrenu pažnju nadležnih na to. Da bi došlo do promjena na bolje treba mjenjati svijest i pacijenata i zdravstvenih radnika.

ZAKLJUČAK

Generalno ovo istraživanje dalo je rezultate koji se mogu okarakterisati kao pozitivni, ali svakako treba težiti ka boljem, i truditi se da zadovoljstvo pacijenata uslugama i odnosom zdravstvenih radnika bude na najvišem nivou. Stalnim usavršavanjem medicinska sestra obogaćuje sebe višestruko. Stručnija medicinska sestra će bolje razumjeti probleme i patnje ljudi kojim je potrebna stručna pomoć, lakše će steći njihovo povjerenje, i brže im pomoći da shvate značaj svoje saradnje u obnavljanju vlastitog zdravlja

Literatura:

1. Milutinović D. *Proces zdravstvena nege I, skripta*. Bratislava – Bački Petrovac, 2014.
2. Alfaro R. *Application of nursing process- a step by step guide*. Philadelphia: J.B. Lippincot Com, 1986.
3. Simeunović M. *Zdravstvena njega u internoj medicini*. Čuprija: Visoka medicinska škola strukovnih studija, 2000.
4. Briggs A. *Report of the Committee on nursing*. H.M. London: Stationery office, 1972.
5. Alexander M. F. *University nursing education 2*. Prague: University nursing of Prague, 1998.
6. Tijanić M, Đuranović D, Rudić R, Milović L.J. *Zdravstvena nega i savremeno sestrištvo*. Beograd: Naučna KMD, 2010. str. 491-516.
7. A. Baljović i saradnici. *Zdravstvena nega I*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2001.
8. Čorluka V, Aleksić Ž. *Novi kvalitet u organizaciji i sadržaj rada medicinskih sestara*. Beograd: Velarta, 1996.
9. Đ. Matić. *Zdravstvena nega u internoj medicini*. Beograd: Viša medicinska škola Beograd, 2001.
10. Matijević . *Sestre i babice na primarnom nivou zdravstvene zaštite, novi okvir rada*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Srbije, 2008.
11. Marinković Lj. *Zdravstvena nega u pedijatriji*. Beograd: Viša medicinska škola Beograd, 2001.
12. Tijanić M. *Neka pitanja uticaja na psihički razvoj djeteta do 2 godine*. Beograd: Viša škola za medicinske sestre- tehničare JCK-a, 1972.
13. Vučenović V. *Sistem i organizacija- uvod u teoriju sistema*. Beograd: Naučna knjiga, 1980.

UTVRĐIVANJE MOŽDANE SMRTI EEG METODOM AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE- TEHNIČARA

// PRIKAZ BOLESNIKA //

Determining brain death by EEG method
Activities of nurse - technician

Dragana Blagojević, Danijel Majstorović, Tamara Magdić, Snežana Teofilović
VMA Klinika za neurologiju

Sažetak

Moždana smrt ili elektro cerebralna tišina, predstavlja ireverzibilni gubitak moždane funkcije uključujući i moždano stablo. Konačna dijagnoza smrti mozga zahteva dokaze da je mozak kao organ prestao da funkcioniše, a jedna od metoda za utvrđivanje moždane smrti jeste elektroencefalografija (EEG).

Uloga dobro edukovanog i kompetentnog EEG tehničara pri registraciji elektroencefalograma kod pacijenata koji su u mogućem stanju moždane smrti je od neprocjenjive važnosti i u najmanju ruku podjednako važna kao i onoga koji kasnije taj snimak interpretira.

Cljučne reči: moždana smrt, elektroencefalografija, medicinska sestra-tehničar u EEG dijagnostici.

Abstract

Brain death or electro cerebral silence (ESC) represents an irreversible loss of brain function, including the brain stem. The final diagnosis of brain death requires evidence that the brain, as an organ, has stopped functioning. One of the additional methods in determining brain death is electroencephalography (EEG).

Role of a well-trained and competent EEG technician when registering electroencephalograph at patients in the possible state of brain death is very important and almost equally as important as the role of a professional interpreting that recording later.

Key words: brain death, electroencephalography, nurse-technician in EEG diagnostics.

Čovek umire kada umire njegov mozak. Moždana smrt predstavlja ireverzibilni gubitak moždane funkcije uključujući i moždano stablo.

Osim u slučaju prekida funkcionisanja organizma kao celine, najčešći uzroci moždane smrti su povreda glave i aneurizmatičko subarahnoidalno krvarenje.

Konačna dijagnoza smrti mozga zahteva dokaze da je mozak kao organ prestao da funkcioniše.