



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Жељко Влаисављевић

**АНАЛИЗА ФАКТОРА КОЈИ УТИЧУ НА
СТАВ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И
ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА ПРЕМА
ЗАВЕШТАЊУ ОРГАНА И
ТРАНСПЛАТАЦИЈИ ОРГАНА У СРБИЈИ**

докторска дисертација

Ментор: Проф. др Слободан Јанковић

Крагујевац 2015.

САДРЖАЈ

1. Увод.....	5
1.1. Дефиниције трансплантације.....	6
1.2. Донор.....	7
1.3. Значај трансплантације као терапијски модалитет	9
1.4. Историјски развој трансплантације.....	13
1.5. Трансплантација органа од идеје до реализације у свету.....	14
1.6. Историјски развој трансплантације у Србији.....	17
1.7. Завештање органа.....	19
1.8. Законска регулатива завештања и трансплантације органа у Србији.....	19
1.9. Примери завештања органа у свету.....	20
1.10. О ставовима.....	22
1.11. Дефиниција ставова и њихово формирање.....	22
1.12. Утицајни фактори на формирање ставова.....	23
1.12.1. Утицај социјалне средине на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа	26
1.12.2. Утицај вероисповести на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа.....	27
1.12.3. Утицај образовања на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа.....	30
1.12.4. Утицај медија на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа.....	31
1.13. Етички и морални аспекти у процесу завештања органа и трансплантацији.....	32
1.14. Комуникација као важан фактор у процесу одлучивања о донацији органа.....	35
1.15. Медицинске сестре и здравствени техничари - карика у процесу завештања органа.....	37
1.16. Развој сестринства и сестринског образовања у Србији.....	38
2. Циљеви истраживања.....	51
3. Хипотезе истраживања.....	52
4. Методологија.....	52
4.1. Врста студије.....	52
4.2. Популација која се истражује.....	52
4.3. Узорковање.....	55
4.4. Варијабле које се мере у студији.....	55
4.5. Снага студије и величина узорка.....	55
4.6. Статистичка обрада података.....	56
5. Резултати истраживања.....	59
6. Дискусија.....	114
7. Закључци.....	124
8. Литература.....	126
9. Прилози.....	145
9.1. Анкетни лист са кодовима	
9.2. Кључна документацијска информатика	
9.3. Биографски подаци аутора	
9.4. Идентификациона страница докторске дисертације	

Захвалница

Посебну захвалност дугујем мом ментору проф др Слободану Јанковићу на указаном поверењу, свестраној помоћи и идејним решењима, на пријатељским саветима и подршци током израде ове дисертације.

Велику захвалност дугујем проф др Ђорђу Ђулафићу на стручним саветима, подршци и разумевању, као и целокупном колективу Клинике за Гастроентерологију и хепатологију Клиничког центра Србије.

Посебна захвалност др Ивану Солдатовићу, на помоћи у изради статистичких података; мр Ани Милосављевић на графичком дизајну; лектору Ивани Лекић.

Захвалан сам Ти на разумевању и стрпљењу.

*Мојој породици,
Мајци и успомени на оца*

1. Увод

У Сједињеним Америчким Државама је 2000. године урађено 22 908 трансплантација органа, од чега 5984 кадаверичних и 5700 са живих донора. У Европи је 2011. године урађено 9604 кадаверичних трансплантација. У Хрватској је само 2012. урађено 400 трансплантација, док је у Србији, до сада, обављено далеко мање трансплантација јетре и бубрега. Медицинске сестре и здравствени техничари су у најближем контакту са болесником и његовом родбином, те се може рећи да су они кључне особе у процесу донације органа као посредници између оболелог и породице потенцијалног донора. Ако се стави акценат на разумевање природе и процеса трансплантације од стране потенцијалних донора, онда можемо рећи да емпатијски став, створен између медицинске сестре и болесника и његове породице, има велики утицај на процес донације органа. До сада је утицај ставова медицинских сестара и техничара према донацији органа и трансплантацији на ефикасност тог процеса у националним оквирима недовољно проучаван.

Здравствени радници имају велику улогу у формирању става према завештању и донацији органа и ткива код пацијената. Медицинске сестре у Катару имају позитиван став према донацији и трансплантацији, али нису спремне да своје органе завештају. Утицај година живота, недостатак знања као и погрешно формиран ставови доприносе смањеном броју завештања и донација органа. Образовање и стицање знања утичу на формирање позитивних ставова што доприноси већем броју завештања и донација органа. Утицај на формирање ставова о завештању и трансплантацији органа имају и вероисповест, национална култура и мас медији.

Свеобухватно испитивање могућих фактора који обликују ставове медицинских сестара и техничара о донацији органа и трансплантацији до сада није спроведено.

1.1. Дефиниције трансплантације

Постоје многобројне дефиниције трансплантације органа. Светска здравствена организација (СЗО) 2009. дала је следећу дефиницију:

Трансплантација је трансфер људских ћелија, органа и ткива од донора ка примаоцу, ради враћања функције у телу примаоца (радна група СЗО)[1].

Потенцијални преминули донор била би особа која нема апсолутне медицинске контраиндикације, а да је дијагностикована мождана и срчана смрт. Давалац органа може бити живи донор:

а) генетски сродних давалаца 1 (родитељ, брат, сестра), крвни рођак 2 (деда, унук, тетка, ујак),

а¹) емотивно повезана особа (супруга, усвојено дете),

б) они који нису генетски повезани (непознати давалац) (радна група СЗО)[1].

СЗО јасно дефинише и остале појединости у вези са завештањем и донацијом ткива, крви и органа. ДОПКИ (Improving the Knowledge and Practice of Organ Donation) је пројекат Европске комисије за унапређење знања и праксе за донацију органа који је састављен од 13 организација, из 16 Европских земаља. Ова организација је такође дала своју дефиницију трансплантације 2009. године: *Трансплантација органа је најбољи и често јединствени терапијски метод код пацијената у терминалној фази болести као и код других болести које живот чине отежавајућим и ограничавајућим [2].* Стеинберг је 2012. године дефинисао трансплантацију на следећи начин: *Трансплантација органа је поступак замене оболелих органа, делова органа или ткива, здравим органом или ткивом. Трансплантирани орган или ткиво се може добити од самог себе – autograft, од другог људског донора – allograft, из животиње – xenograft. Трансплантација може бити веиштакка и природна, у целости бубрег, срце, јетра и делимична срчани залистци, кожа, кост[3].* Закон о трансплантацији Републике Србије трансплантацију дефинише на следећи начин: *Трансплантација је медицински поступак узимања органа, односно ћелија или ткива са живог или умрлог лица због пресађивања у тело другог лица ради лечења, укључујући све процедуре за припрему,*

обраду, чување, праћење озбиљних нежељених реакција, као и дистрибуцију органа, односно делова органа [4].

Постоји неколико врста трансплантација: према генетичком односу примаоца и даваоца, месту трансплантације, функцији трансплантата, према имунокомпетентности трансплантата и врсти даваоца. У односу прималац — давалац постоји неколико врста трансплантације: аутологна — аутоотрансплантант, сингенична — изотрансплантант, алогенична — алотрансплантат и ксеногенична (хетерологна) — ксенотрансплантат. Аутологна трансплантација је најчешће трансплантација ткива са једног места на друго унутар исте особе, нпр. пресађивање коштане сржи код појединих хематолошких обољења [5]. Сингенична трансплантација подразумева пресађивање органа или ткива са једне на другу, генетски идентичну особу једнојачани близанци. Најчешћа врста трансплантације је алогенична, од једног даваоца ка другом примаоцу, нпр. бубрег једног човека пресађује се другом. Ксеногенична трансплантација се веома ретко спроводи, и то најчешће у лабораторијским испитивањима на животињама, нпр. са једне врсте у другу врсту животиње врши се трансплантација јетре (јетра пацова се трансплантира зецу).

1.2. Донор

Радна група СЗО 2009. године у Женеви дала је дефиниције следећих термина: донор, донација, живи донор, преминули донор као и донаторске безбедности [1]. *Донација — хуманих ћелија, ткива или органа намењена људској употреби; донор - ... је људско биће, жив или преминуо, који је извор ћелија, ткива или органа ради трансплантације; живи донор — Донор је покојник или жива особа која даје један или део једног органа ради лечења друге особе а у сврху трансплантације; преминули донор — Преминули донор је покојник код кога је утврђена смрт према медицинским критеријумима (након мождане или срчане смрти) од кога се узимају ћелије, ткива или органи у сврху трансплантације; донаторска безбедност — Безбедност живог донатора је минимум компликација у вези са нежељеним реакцијама при донацији органа.*

Донор може бити жива или преминула особа, а може донирати један или више органа [6]. У нашем Закону о трансплантацији органа из 2009. године стоји

„Давалац органа јесте живо, односно умрло лице од кога се добија орган или део органа..“ „Донирање јесте поступак давања органа без накнаде са живог или умрлог лица ради пресађивања у тело другог лица ради лечења..“ [4]. У односу на узрок смрти и околности под којима је смрт наступила, постоје три типа могућности кадаверичних донора:

а) донор код кога је установљена мождана смрт (донор чије срце ради *heart-beating donor*),

б) донори који су преминули услед кардиопулмоналног застоја (*CPA donors*),

ц) донор чије је срце не куца (*non-heart-beating*, *NHB* донори).

Донори код којих је установљена мождана смрт могу бити потенцијални донори свих органа и ткива, донори услед *CPA* могу бити донори само ткива, док *NHB* донори могу бити донори органа, али у што краћем временском периоду (до 30 минута) орган мора бити експлантиран од *NHB* донора и започета трансплантација [7,8]. Мождана смрт је у медицини и у законском правном погледу неповратни престанак свих активности мозга (укључујући и подсвесне активности неопходне за одржавање живота), због некрозе неурона након престанка циркулације крви и оксигенације. Значајан индикатор смрти је и смрт можданог стабла. Мождана смрт подразумева престанак рада свих региона мозга (хемисфера и можданог стабла). Настаје због нагло насталих трауматских повреда или оштећења унутарлобањског садржаја, као и због екстремно повишеног интракранијалног притиска или прекида циркулације и оксигенативног процеса, односно циркулације и метаболизма у мозгу. Осим смрти мозга постоји и такозвана социјална смрт. То је трајно вегетирајуће стање или апалични синдром.

Методe и дијагностички критеријуми за утврђивање можданe смрти (табела 1.)

Табела 1. Клиничко доказивање смрти мозга“

КЛИНИЧКО ДОКАЗИВАЊЕ СМРТИ МОЗГА	
КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД	ПАРАКЛИНИЧКИ ТЕСТОВИ
Одсутност реакције зеница на светло	Селективна панангиографија мозга
Одсутност корнеалног рефлекса	Перфузијска сцинтиграфија мозга
Одсутност окулоцефалних рефлекса	Радионуклеарна сцинтиграфија мозга
Одсутност окуловестибуларних рефлекса	Транскранијска Doppler сонографија
Одсутност фарингеалног и трахеалног рефлекса	Евоцирани мождани потенцијали
Одсутност спонтаног дисања при апнеа тесту	ЕЕГ- електроенцефалографија
Одсутност реакције на болни подражај	
Негативан атропински тест	

«Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Neurology. 2010 Jun 8;74(23):1911-8.

1.3. Значај трансплантације као терапијски модалитет

Индикације за трансплантацију органа

Често је трансплантација једини терапијски облик излечења појединих болести. Осим терапијских облика трансплантације, данас је у широкој примени и естетска трансплантација ткива, коже и косе. Органи и ткива која се могу трансплантирати, „ виталном трансплантацијом “ су: рожњача, плућа, срце, крни судови, срчани залисци, јетра, панкреас, танко црево, бубрези, кожа, коштана срж и матичне ћелије. Статичном трансплантацијом могу се трансплантирати кост, хрскавица и тетива (табела 2). Трансплантацијом се пацијентима поправља квалитет живота и продужава се период преживљавања (табела 3).

Табела 2.Органи и ткива која се могу трансплантирати

Органи који се могу трансплантирати	Ткива, ћелије и течности која се могу трансплантирати
<u>Срце</u> (само од преминуле особе)	<u>Рожњача</u> (само од преминуле особе)
<u>Плућа</u> (од преминуле или живе особе)	<u>Кожа</u>
<u>Бубрег</u> (од преминуле или живе особе)	<u>Лангерхансова острвца</u>
<u>Јетра</u> (од преминуле или живе особе)	<u>Коштана срж</u> (од живе особе)
<u>Панкреас</u> (само од преминуле особе)	<u>Крв</u> (од живе особе)
<u>Црева</u> (од преминуле или живе особе)	<u>Крвни судови и срчани залисци</u> (само од преминуле особе)



Слика 1. Приказ органа који се могу трансплантирати

Табела 3.

Стопа преживљавања пацијената и трансплантираног ткива након трансплантације

Трансплантирани орган	Пацијент након 1 године	Ткиво након 1 године	Пацијент након 5 година	Ткиво након 5 година
Бубрег живог донора	98%	95%	91%	78%
Бубрег с мртвог тела	95%	89%	82%	65%
Јетра	88%	89%	74%	66%
Срце	86%	85%	70%	69%
Плућа	77%	76%	44%	42%
Срце и плућа	60%	58%	42%	41%
Панкреас	93%	76%	84%	42%
Бешика	79%	64%	50%	37%

Извор: УНОС 2001.година (према Stiller & Stillep, 2004)

Трансплантација рожњаче је једна од најчешћих трансплантација у свету. Пресађивање рожњаче или кератопластика има за циљ да побољша оштрину вида. Могу се трансплантирати само делови или комплентна рожњача. Индикације за трансплантацију рожњаче су: keratoconus, ожиљци настали услед дуготрајних и тешких инфекција или повреда, дегенерације рожњаче, дистрофије, наследне болести рожњаче [9].

Интернационално удружење за трансплантацију плућа и срца (ISHLT) дало је смернице када је индикована трансплантација плућа као једини терапијски модалитет. Трансплантација се спроводи у крајњем стадијуму болести, онда када су исцрпљене све расположиве могућности лечења, а најчешће код хроничне опструктивне болести плућа са и без емфизема, фиброзе плућа, идиопатске плућне хипертензије, недостатак алфа 1-антитрипсина [10,11].

Срце се веома често трансплантира код деце услед комплексних урођених срчаних мана, док би код одраслих индикације за трансплантацију срца биле кардиомиопатије које се не могу третирати медикаментозно или хирушки као и малигне аритмије и иноператибилни тумори срца. Према NYHA класификацији (*New York Heart Academy*) индиковано би било код пацијената чија је функција срца у стадијуму III или IV степена [12]. Механичко срце у потпуности замењује срце. Типично је да се механичко срце користи да би се премостило време до трансплантације или као стална замена у ситуацијама када је трансплантација немогућа [13]. Аортна стеноза, митрална регургитација, исхемијска митрална регургитација, митрална стеноза, трикуспидна болест су индикације за трансплантацију или замену срчаних залистака [14].

Код болести јетре у терминалним фазама, као што су холестатска болест јетре, метаболички поремећаји, фулминантна исуфицијенција јетре, ауто-имуни хепатитис и тумори јетре, индикована је трансплантација јетре [15]. У Клиничком центру Србије, на Клиници за гастроентерологију и хепатологију спроведено је истраживање на Одељењу хепатологије у периоду 2010 — 2012. године. Од 52 кандидата за трансплантацију јетре, најчешће су биле заступљене оболели аутоимуне, криптогене и алкохолне цирозе јетре [16]. Цироза је десети водећи узрок смрти код мушкараца, а код жена дванаести у свету.

Основна индикација за трансплантацију панкреаса је инсулин зависни дијабетес, а ређе и дијабетес мелитус типа 2 са бубрежном исуфицијенцијом, израженом полинеуропатијом и гастроентеропатијом као и лабилни дијабетес [17]. Очекивани, успешан третман у лечењу дијабетеса типа 1 је трансплантација Лангерхансових острвца панкреаса која је релативно нова метода и у фази је истраживања [18,19]. Трансплантација панкреаса, настала услед компликација

микроангиопатске лезије доводи до бројних секундарних оштећења органа и скоро увек је прати и трансплантација бубрега. Водећи узрок исуфицијенције бубрега је дијабетес мелитус [20]. Трансплантација бубрега је индикована када болест бубрега или болест другог органа угрози функцију бубрега па гломеруларна филтрација износи $<15\text{мл/мин}/1.73\text{м}^2$. До оштећења бубрега доводи и малигна хипертензија, дијабетес мелитус, инфекције, фокална гломерулосклероза, генетски узроци који обухватају болести полицистичних бубрега, бројне урођене грешке метаболизма као и аутоимуна стања као што је лупус, цироза јетре и малигнитети бубрега [21].

Хроничне цревне исуфицијенције, са појавом малапсорпције, конгениталне аномалије, некротизујућеи ентероколитис, инфламаторна болест црева, широке ресекције црева због мезентеричних исхемија, тумор црева, индикације су за трансплантацију танког црева [22,23].

Код нарушеног интегритета коже, насталог рањавањем или услед тешких траума, након опекотина, услед инфекције (*necrotizing fasciitis*, *purpura fulminans*) и код карцинома коже, венских улкуса, великих рана или немогућности пост-оперативног затварања ране, неопходна је трансплантација коже тј. графт [24].

Хематопоетска трансплантација матичних ћелија користи се углавном код малигних болести крви, изведене из коштане сржи, периферне крви или крви из пупчаника. Трансплантација коштане сржи користи се код оболелих од леукемија и мултиплих мијелома. Трансплантација може бити аутологна и алогена [25]. Трансфузија је давање и примање крви, из здравог организма у оболели. Трансфузија крви јесте давање односно примање крви и крвних деривата од здравог у оболелог. Трансфузија крви сматра се једном од најучесталијих трансплантација. Осим унутрашњих органа могу се трансплантирати и удови у целости или делимично, као што је рука или шака [26,27].

Контраиндикације за трансплантацију

Болесници који имају апсолутну контраиндикацију за трансплантацију органа јесу они код којих постоји активна инфекција, малигнитет и трудноћа. Релативне контраиндикације које зависе од здравственог система и става здравствене установе јесу особе старије од 65 година, ХИВ инфекција, анорексија

(потхрањеност) или веома гојазне особе, мултиорганска исуфицијенција и удружени коморбидитети.

Естетска трансплантација

Трансплантација органа, поред терапијске, користи се и у естетске сврхе, те се може трансплантирати кожа, коса и масна ткива, иако је то у домену естетске и реконструктивне хирургије, врше се методе трансплантационе технике. Трансплантација косе је аутотрансплантат, где се са косматог дела узима фоликул длаке и пресађује на место где је то потребно. Истом методом (аутологном) узима се масно ткиво са других делова тела а најчешће се узима масно ткиво абдомена и глутеуса [28,29]. Данас се улажу велики напори у трансплантацију лица после великих траума или аномалија и деформитета које онемогућавају функције лица, а уједно изазивају психичке сметње код пацијената [30].

Експериментална трансплантација, трансплантација органа у будућности

Експериментална трансплантација почела је још 1905. године када су Carrel and Guthrie имплантирали срце у врат штенета, за шта су 1912. године добили Нобелову награду за физиологију и медицину [31]. Данас су многа истраживања усмерена ка трансплантацији животињских органа и органа насталих у лабораторији. Доступна су нам и новија истраживања која указују на то да трансплантација матичних ћелија представља будућност у лечењу остеопорозе, рожњаче, хрскавице, срца, јетре, стоматолошко-регенеративних оболења и многих других [32-36].

1.4. Историјски развој трансплантације

Легенда Аура из 348 године п.н.е. каже да су близанци Свети Козма и Дамјан успешно трансплантирали гангренозну ногу ђакону Јустинијану са недавно преминулог Етиопљанина Моора [37]. Да се идеја о трансплантацији није заборавила може се видети и код хиндуског хирурга Сусхрутија који је 600 године п.н.е извршио трансплантацију коже носа [38]. Дедал и његов син Икар су један од примера прве идеје о ксенотрансплантације — летење преко мора уз помоћ крила птице. Идеје о трансплантацији биле су чудне и неубичајне у односу на органе који су се трансплантирали. С обзиром на то да се мало знало о самим унутрашњим органима, приоритети за траснплантацију су били делови тела који су били неопходни за нормално свакодневно функционисање. Од првих покушаја

трансплантације па све до првих савремених хируршких процедура, трансплантација је изазовна метода која је еволуирала током векова.

1.5.Трансплантација органа — од идеје до реализације у свету

Развој модерене трансплантације почиње крајем XVIII и почетком XIX века. Трансплантација рожњаче на животињу била је идеја коју је реализовао Franz Reisinger 1818. године који и уводи термин кератопластика. Samuel Bigger 1837. успешно трансплантира рожњачу на газелу, али трансплантација рожњаче на човека 1838. није била успешна [39]. Прву успешну ламеларну кератопластику извео је Von Hippel 1888.године [40]. Доктор Цирм први изводи успешну керетопластику 1905.године [41]. Сем трансплантације рожњаче вршиле су се и експериментални пионирски кораци у траснплантацији других органа као што су кожа, тестиси, срце и крвни судови, плућа, јетра, бубрзи, црева, панкреас. Услед повреда и учесталих опекотина јавила се потреба за трансплантацијом коже. Швајцарски доктор Jacques-Louis Reverdin први кожни алографт урадио је 1869 [42]. У даљем третирању трансплантиране коже коришћена је танинска киселина која је врло брзо избачена из употребе јер се показало да штетно делује на јетру.

Први светки рат доноси новине у нези трансплантиране коже која се негује на одељењима дерматологије, а касније на хирушким одељењима где трансплантација коже показује добар успех [43]. Williams 1893. код петнаестогодишњег пацијента трансплантира панкреас пса, али је дечак преминуо након три дана [44]. Откриће инсулина 1921. допринело је бољем лечењу дијабетеса, али се није одустајало од трансплантације. Kelly и Lillehei урадили су 1966.године прву успешну трансплантацију панкреатодуоденалног алографта са симултаном трансплантацијом бубрега [45]. Медицина је тада била је заснована делимично на традиционалним а делимично на магијско-религијским обичајима, те је за велики број болести узрок била нечиста крв. Лечење оболелих често се вршило пијавицама или покушајима да се убризга крв неке животиње у оболеле. Први трагови о трансфузији крви спомињу се 1492. када је папи Иноћентију VIII (*Innocent VIII*), који је тада већ био у коми, дата крв три дечака. Папа је брзо, након примања крви, преминуо. Jean-Baptiste Denys је 1667. дао крв овце петнаестогодишњем дечаку који је преживео, а нешто касније дао је још три трансфузије крви овце људима који су

такође преживели. Пацијенти који су добили крв овце су преживели вероватно због малих доза примљене крви [46, 47]. Гинеколог који се усудио да поново почне са применом хумане трансфузије крви 1818. је James Blundell. Он је конструисао апарат за давање трансфузије крви. Крв је узимао од јаких и здравих особа и убризгавао у вене жена које су искрвариле након порођаја [48]. Све до почетка XX века покушавано је да се крв животиња да човеку, али успех је био врло лош јер још увек нису биле откривене крве групе, а ни пострасфузионе реакције. Landsteiner је 1901. открио крвне групе, што је у даљем лечењу крвљу као и у трансплантацији органа било од великог значаја [49]. Велико откриће, које је било важан предуслов за будућност трансплантације органа, било је разрађивање технике васкуларне анастомозе 1902. од стране Alexis Carrel који је десет година касније добио Нобелову награду. Идеја George Hyatt, ортопеда, која се јавила 1949. да је потребна банка ткива и органа у Сједињеним Америчким Државама, реализована је 1950. Године [50]. Прва трансплантација бубрега са кадавера урађена је 1936. у Кијеву од стране Voronoy, која није успела, а 1945. Landsteiner и Hufnagel успешно трансплантирају бубрег [51]. У болници Peter Bent Brigham у Бостону 1954. године др Harrison урадио је трансплантацију бубрега узевши орган од здраве особе. Пар месеци касније, Joseph Murray је свом једнојајчаном брату близанцу трансплантирао бубрег [52,53]. Murray је за допринос и развој трансплантације 1990. године добио Нобелову награду. Да је трансплантација добар терапијски модалитет за болести других органа, увидели су многобројни стручњаци у свету. Thomas Starzl је 1960. у Колораду извршио алотрансплантацију јетре, али без трајног успеха, да би следећа хумана трансплантација 1963. била успешна [54]. У Кини и Русији 1960.године урађене су прве трансплантације тестиса што представља основу за развој модерне ендокринологије као и развој микрохирушких техника у урологији. О успешности ових трансплантација нема података [55,56]. Исте године James Hardy први изводи трансплантацију плућа [57]. Christian Barnard је са сарадницима 1967. извршио трансплантацију срца педесетпетогодишњаку који је срце добио од двадесетпетогодишње девојке која је преминула у саобраћајној несрећи. Пацијент је преминуо после 19 дана од тешке упале плућа [58]. Како се све више

трансплантација развијала, постављала су се нова како правна тако и етичка питања. Године 1968. у часопису JAMA „Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death", САД и већи део европских држава прихватили су дефиницију мождане смрти као и низ тестова и критеријума којима се она утврђује, а коју су предложили Bernat, Culver и Gert [59]. Велико откриће имуносупресивне терапије 1970. Jean Borel и његових сарадника допринело је будућој, још већој успешности трансплантације [60]. Трансплантација је постала све учесталија и успешнија, те су захтеви наспрам нових технологија постали темељнији и 1981. године допуњени су критеријуми за успостављање мождане смрти [61]. Велики проблем у трансплантацији представљала је недостатак органа, те је William De Vries урадио трансплантацију вештачког срца 1982. које је дизајнирао Robert Jarvik [62].

Развијањем фармакологије усавршени су имуносупресиви те је трансплантација органа постала успешнија. Да ксенотрансплантација није заборављена показао је Leonard Bailey 1984. који је новорођеном детету са тешком срчаном маном, као алтернативу, урадио трансплантацију срца из бабуна. Техника саме трансплантације била је успешна, али и поред примене имуносупресива беба је преминула након 20 дана [63]. Године 1989. урађена је прва трансплантација јетре са живог донора [64].

Важни правни документи допринели су да се трансплантација знатно боље организује, те је 1972. основана Донорска картица и дистрибуирана у свих 50 држава САД, а власник картице могла је бити свака особа изнад 18 година. Исте године оболели од хроничне болести бубрега и крајњем стадијуму су признати у систему здравствене заштите [65]. Национални закон о трансплантацији органа у САД донет је 1986. чиме је успостављена велика мрежа за донацију, организацију и финасирање трансплантације [66]. Савет Европе је 1997. године донео Конвенцију о заштити људских права и достојанства људског бића у погледу примене биологије и медицине у вези са пресађивањем органа и ткива људског порекла [67]. У Европској унији једна од првих директива о трансплантацији донета је 2002. године и односила се на стандард, квалитет, безбедност, обраду, чување и дистрибуцију крви

и органа [68]. У оквиру Европске уније, донација органа је регулисана од стране држава чланица.

1.6. Историјски развој трансплантације у Србији

Први трагови о развоју медицине у Србији налазе се у Хиландарском типичу [69]. Медицина се развијала сходно потребама народа, а масовне епидемије и ратови су само погоршали стање, те је акценат стављен на издање рана и спречавање ширења болести. Године 1926. Пјотр Василијевић Колесников, руски емигрант, настањен у Зајечару, колеги је трансплантирао тестис узет од затвореника [70]. Зајечарски случај није био толико заступљен у јавности због саме трансплантације колико због процедуре давања пристанка затвореника да буде подвргнут хируршкој интервенцији. Затвореник је пристао да донира тестис ради помиловања и избегавања затворске казне од двадесет година. Други покушај трансплантације тестиса извео је 1929. године Славко Узелац у Новом Саду. У свом хируршком санаторијуму урадио је трансплантацију тестиса двојици мушкараца. Тестиси су узети након стрељања тростуког убице који је био осуђен на смрт, а све са циљем да се пацијентима врати полна моћ [71]. Идеја о трансплантацији тестиса, као вид подмлађивања, потекла је од лекара Бранка Манојловића. Цео случај је добио велику медијску пажњу и довео до жучних расправа у Лекарској комори.

У Београду је 1937. основан Одсек за трансфузију крви при Општој државној болници, а први добровољни давалац био је солунски борац Будимир Гајић. Сваки добровољни давалац крви добио би квалитетну болничку храну наредне три недеље. Организација тадашње трансфузије имала је Регистар добровољних давалаца крви те је примена трансфузије могла да се планира [72,73]. Први транспорт конзервиране крви из Београда за Чачак послат је возом и транспорт је трајао два дана. Од 1926. године до 1970. нема података да је рађена трансплантација на нашим просторима. У СФРЈ, у Љубљани, 1970. урађена је прва трансплантација бубрега, а 1971. године у Ријечи од живог даваоца. Затим су на Звездари у Градској болници трансплантацију бубрега урадили су професор Василије Јовановић и примаријус Милан Јовановић, а 1975. са живог сродног даваоца на Уролошкој клиници Клиничког центра Србије под руководством академика професора Саве Петковић. У Нишу је прва трансплантација бубрега урађена 1979. а 1984. у Новом

Саду [74,75]. На територији Војводине 1985, на листи чекања за кадаверичну трансплантацију бубрега било је 60 пацијената [76]. Током 1986. године извршно веће АП Војводине дало је предлог Скупштини АПВ за доношење Закона о узимању делова људског тела ради пресађивања, који никада није био донет. На Универзитетској дечијој клиници у Београду 1986. урађена је прва трансплантација бубрега код детета [77]. Прва трансплантација срца урађена је 1989. у Институту за кардиоваскуларне болести у Сремској Каменици [78]. На Институту за кардиоваскуларне болести професор Божина Радевић је 1995. године урадио прву трансплантацију јетре, а годину дана касније 1996. урађена је и прва трансплантација панкреаса у Србији [79]. Прва алогена трансплантација коштане сржи урађена је 1997. код детета које је оболело од тешке комбиноване имунодефицијенције. Исте године урађена је прва алогена трансплантација код детета оболелог од рабдомиосаркомом [80].

Развој законске регулативе о трансплантацији у Србији

Све операције као и трансплантације обављане су без посебног законодавства у овим областима. Године 1981. на републичком нивоу СР Србије, а 1982. на Савезном нивоу СФРЈ донети су први законски акти о трансплантацији, што је значајно допринело унапређењу области медицинског права и медицинског законодавства [78]. Темелјнији закон у нашој земљи о системској уређености области трансплантације органа донет је септембра месеца 2009. Године [81].

Најзначајније интернационалне организације за трансплантацију органа

Како би трансплантација органа била успешнија са добрим терапијским ефекатом неопходно је било да се успоставе мреже организација које би допринеле и дале значај трансплантацији и завештању органа. Оформљене организације баве се организацијом и регулацијом правних и етичких аспеката, новинама у трансплантологији, формирањем регистра донатора и кандидата тј. прималаца органа, као и медијским кампањама. Једна од највећих организација је GODT (*Global Observatory on Donation and Transplantation*) у сарадњи са WHO која обухвата регионе Европе (22 земље), Америке (15 земаља), Југоисточне Азије (2 земље), источни Медитеран (једна земаља) и западни Пацифик (3 земље)[82].

Европска организација за трансплантацију и координацију основана је 1983. са циљем успостављања међународне сарадње у координацији органа, ткива и ћелија како и у пружању информација у вези са донацијама и трансплантацијом органа [83]. Међународна непрофитна организација Еуротрансплант има за циљ подстицање и координацију трансплантације органа (поседовање и расподелу) у својим земљама чланицама чије је седиште у Лајдену, у Холандији [84]. Ову организацију креирао је Јон Ј. van Rood 1967. а основана је 1968. године. Земље чланице ове организације су: земље Бенелукса, Немачка, Аустрија, Словенија, Хрватска и Мађарска. У Европи постоје многобројне организације са истим циљем, као што су: Европско друштво за трансплантацију органа (*European Society for Organ and Transplantation ESOT*), Национална организација за трансплантацију Шпаније (*Organizacion Nacional de Trasplantes Spain ONT*), Италијански национални центар за трансплантацију (*Centro Nazionale Trapianti Italy CNT*) Агенција за биомедицину Француске (*Agence de la Biomedecine France ABM*), *Scandia transplant* — земље Норвешка, Данска, Исланд, Шведска.

У нашој земљи постоји, Управа за биомедицину, која на основу закона кординира и управља процесима донирања органа и трансплантације. Подршку Управи за биомедицину дају и организације Србија за трансплантацију и Продужи живот — Министарство здравља Републике Србије.

1.7. Завештање органа

Завештање органа је писани пристајак за живота о донирању органа. То је хумани и непрофитабилни гест за који се појединац може одлучити када стекне услове предвиђене законом. Особа може да завешта само један орган, групу органа или све органе. Од свог пристајка завештања може да одустане ако се предосмисли. Прецизности у вези завештања органа у нашој земљи регулисано је законом.

1.8. Законска регулатива о завештању и трансплантацији органа у Србији

У закону Републике Србије, VI поглавље члан 50. регулисано је на које начине је могиће завештање и трансплантација органа: „Уколико је дао писани пристајак за донирањем органа у случају смрти у присуству најмање једног

независног сведока који потврђује веродостојност потписа и слободно изражену вољу даваоца органа; дао налог другом лицу да у његово име потпише писмени пристанак за донирање у случају смрти уз сопствено присуство потписивању пристанка и у присуству најмање једног независног сведока који потврђује веродостојност потписа и слободно изражену вољу даваоца органа“[85].

Потписана донорска картица незнаћи да се априори могу узети органи. Законом је предвиђено да најближа родбина мора дати потписану сагласност за или против са образложењем да је завешталац органа променио став током живота.

У Србији је пре десетак година покренут програм завештања органа кроз донаторску картицу на Војномедицинској академији. Власник картице може постати свака пунолетни грађанин Републике Србије као добровољни непрофитни пристанак уз попуњен формулар и потпис. Своје мишљење може променити у сваком тренутку. Формулар се може попунити на Војномедицинској академији или се може послати на кућну адресу. Донорску картицу не могу потписати они који имају неку малигну болест, дијабетес или психијатријску болест [86]. Донаторска картица се може потписати још и у Клиничком центру Војводине и у Клиничком центру у Нишу.

1.9. Примери завештања органа у свету

Систем организације је један од главних елемената за успех једне земље у трансплантативним активностима. Током прошле деценије већина земаља усвојила је политику донације органа после смрти са донорском картицом. У Њујорку донорску картицу може потписати свака пунолетна особа преко *New York Donate Life Registry* уз обавезу да то пријаве породици и најближој родбини, а нуди им се и опција да уколико имају возачку дозволу упишу у њу да су добровољни донатори органа [87]. У Великој Британији такође постоји национални регистар (*NHS Blood and Transplant*) који је доступан путем интернета и многим здравственим и социјалним институцијама где се може потписати донорска картица. Новом стратегијом у Великој Британији порастао је број донорских картица, а листе чекања за трансплантацију су се смањиле. Повећао се број старијих донора, преко 60 година старости и прихваћен је већи број гојазних донора [88]. У земљама попут

Индије трговина органима је била веома развијена и организована. Након доношења закона 2011. трговина људским органима знатно је смањена, а завештање повећано [89,90]. Јапан је забрањивао трансплантацију органа са преминуле особе све до доношења закона 1997. године, али и поред тога, из културолошких разлога и неповерења у западну медицину, стопа донације органа је мала [91]. У Израелу, након доношења новог закона о завештању органа 2008. стопа завештања се повећава. Разлог томе је што, ако постоји два кандидата којима је потребан орган, предност има онај који има потписану донорску картицу [92]. Национална организација за трансплантацију (ONT) основана је 1989. године при Министарству здравља у Шпанији. Водећа земља са највишом трансплантације је Шпанија. Фактори успешности шпанског модела су: правни приступ, свеобухватни програм едукације, комуникације, односи са јавношћу, адекватна медицинска средства, адекватан број здравствених радника, солидарност и поверење грађана у здравствени систем, проширени критеријуми за прихватање органа (старији од 65 година живота могу бити донори) [93,94]. Организациони приступ после мождане смрти је кроз развијену мрежу различитих нивоа али и међусобно повезаних мрежа први ниво ONT. Други ниво је 17 регионалних кординатора, а трећи ниво су болнице. Прва два нивоа представљају техничку, политичку и административну везу, а трансплантациона комисија, коју сачињава 17 регионалних координатора, је следећи ниво одобрења за трансплантацију и у вези су са трећим нивоом односно званично овлашћеним болницама које су задужене за ефикасан развој у процесу донације и трансплантације. Обука запослених здравствених радника представља важан део овог модела. Спољашњи принципи у изградњи позитивних ставова овог модела су: телефонска линија доступна 24 часа за консултације, лака и стална присутност у медијима, повезивање са новинарима кроз састанке а са циљем учења о узајамним потребама. Овим мерама медији адекватно располажу информацијама о донацији и трансплантацији, а здравствен власти и фондови издвајају средства за људске и материјалне ресурсе [95]. У Аустрији, Белгији, Француској и Пољској предвиђено се да је свака особа потенцијални донор након смрти, сем ако се изричито није супротно изјаснила у писаном документу. У Немачкој, Ирској, Данској, Великој Британији и Холандији обавезна је дозвола породице за узимање

органа и делова тела. Шведска, Аустрија, Белгија, Шпанија, Италија, Словенија, Мађарска, Финска, Француска, Луксенбург, Норвешка, Грчка, Португалија и Хрватска не траже дозволу породице, али ипак се породица пита, сем ако се изричито за живота особа изјаснила другачије [96].

1.10. О ставовима

Реч став је латинског порекла (од речи „аптус“) и значи одговара. Ставови, као појам, били су предмет расправе многобројних филозофа, социолога, историчара и научника, а данас се о ставовима расправља у свим сферама науке, од економије до медицине. Утицај ставова на доношење одлука је од великог значаја те постоје многобројне теорије и дефиниције.

1.11. Дефиниције ставова и њихово формирање

Карл Густав Јунг сматра да став представља спремност психе која може бити свесна или несвесна и представља усмереност односно очекивање [97]. Јунг сматра да постоје два основна става: према реалности, који је позитиван према спољашњем свету, и интровертан, који је окренут властитом субјективном свету и потцењује објективну стварност као и друштвене норме. Друштвене норме и обрасци понашања утичу на формирање ставова. Алпортова дефиниција гласи:

„Став је трајна ментална, односно неурална спремност стечена на основу искуства која врши директни или динамички утицај на реаговање појединца на објекте и ситуације с којима долази у додир.“ [98]. Оваква дефиниција може се тумачити тако да став постоји као предиспозиција и да се формира на основу искуства. Особине става у његовом формирању биле би утицаји емотивног (афективног), когнитивног и конативног (бихевијоралног). Утицај емотивног је изражавање степена допадања односно чежње или дивљења нечему. Когнитивни утицај је скуп знања, искуства, очекивања и веровања, док је утицај конативног спремност да се нешто уради (лојалност, намера). Креч, Крачфилд и Балаки сматрају: „Ставови су трајни системи позитивног или негативног оцјењивања, осјећања и тенденције да се предузме акција за или против, а у односу на различите објекте.“ [99]. Постоје лични и социјални ставови који се формирају у односу на појаве на које се односе политички, здравствени и сл. као и на основу логичне заснованости.

Ставови који се формирају имају своју димензију: *дирекција* (позитиван или негативан однос), *сложеност* (означава количину и врсту сазнања, емоција и акција), *екстремност* (степен пристајања уз нешто), *усклађеност* (када су све три компоненте истог смера), *доследност* (примењује се на све случајеве), *снага става* (огледа се у отпорности на промене). Најотпорнија врста ставова су предрасуде и *отвореност става* (спремност да се испољи или држи за себе). Димензије става важни су фактори у реализацији истог.

1.12. Утицај фактора на формирање ставова

У доношењу ставова кључну улогу имају многобројни фактори који могу бити: општи универзални, општи непосредни и специфични.

Општи, универзални фактори који утичу на целокупно друштвено збивање, у глобално историјској перспективи посматрано, односе се на детерминанте целокупног социјалног окружења. Овакви ставови се остварују непосредно и посматрају се у широј популацији током дужег времена. Утицај општих непосредних фактора је између осталог припадност једној групи, уколико је особа припадник вере Јеховни сведоци при лечењу неће примити нити дати крв. Група може утицати тако што делује на избор појединца, кроз наглашавање и потенцирање вредности за које се група залаже, социјална потпора појединца од стране групе у складу са групним схватањима. Информисаност и поседовање одређених знања такође спадају у опште непосредне факторе. Специфични фактори били би утицаји многобројних ситуација и услови током дужег или краћег времена као што је изложеност изложеном одређеним врстама мас медија [100]. Утицај групе на формирање ставова показала су многа истраживања. Једно од важних истраживања спровео је 1952. године Гилберт. И доказао да се подударају схватања испитаника о личним карактеристикама припадника једне заједнице, а касније су и друге студије исто потврдиле [101]. Исти фактори који утичу на формирање става утичу и на његову промену, стим што зависе од карактеристике става, карактеристике личности као и од утицаја групе. Ставови су подложни променама, али под утицајем добре аргументације која ће деловати на интелектуалну и емоционалну компоненту. Усвојен став код једне личности постаје део ње саме, а то утиче на њено понашање, схватање, мишљење и на поступке.

Предрасуде

Предрасуде се дефинишу као негативна вредновања групе или појединаца на основу групне припадности, а састоје се од спознајне, емоционалне и понашајне компоненте [102]. Једноставно, за предрасуде можемо рећи да су то судови који се доносе без претходног расуђивања. У предрасудама је доминатна емоционална компонента која је у тесној вези са понашањем. Предрасуде су заправо ставови који нису основани, неоправдани, непријатељски и нефлексибилни. У сваком друштву и култури народа постоје предрасуде и стереотипи, па често у нашој земљи можемо чути „Шкрт је као Пироћанац!“. Заправо, често се доноси став у виду предрасуда из незнања. Предрасуде могу бити расне, етничке, полни, верски. Карактеристике предрасуда су заправо као последица конформирања, подражавања и усвајања неоправданог и погрешног схватања проширеног у средини у којој појединац живи. Оне су чврсто повезане са традиционалним начином живота и традиционалним схватањима. Ове предрасуде се тешко могу уклонити и најчешће се са њима сусрећемо у разговору са породицом о донирању органа потенцијалног кадавера. И предрасуде праћене веома интензивним негативним емоцијама, које имају свој корен у личним особинама појединаца, њиховој личној сигурности и нагомиланој агресивности (расизам и сл.). Да би се предрасуде јавиле неопходно је да постоји економско-социјално-културолошки фактори као и психолошки фактор који је везан за личност. Утицај фактора на појединца јесте да своје предрасуде везује за групу, генерализује и испољава предрасуде кроз агресивност у смислу незадовољавања различитих потреба. Постоје многобројне теорије о настанку предрасуда: теорије оправдане репутације, феноменолошке, психодинамичке, ситуационе, а веома важне везане за донацију органа и трансплантацију су културолошке теорије и друштвено-историјске.

Културолошке теорије наглашавају одређене социјалне норме и вредности и схватања неке културе, док су друштвено-историјске теорије експлоатације које су извор предрасуда у виду класне борбе изазване одређеним класним односима [103,104]. Изражавање предрасуда у нашем народу види се кроз многобројне паганске обичаје који су постали део културолошких и социјално прихватљивих, а често се примећују разлике у бројности предрасуда код богатијих или

сиромашнијих становника наше земље. Предрасуде се лако шире, а услед незадовољства настаје агресија. Фактори који утичу на одражавање предрасуда су: економска корист, мотиви за престижом и могућност ослобађања од нагомиланог незадовољства.

Обичаји

Обичај се дефинише као темељ људског живота у заједници. То су су норме понашања (правила, поступци, обичаји) које временом појединим људским групама наметну животне прилике [105]. Обичаји представљају део културе једног народа и због свог дуготрајног трајања престављају саставни део живота људи [106]. У многим културама непоштовање обичаја кажњава се друштвеном изолоацијом, презиром па и физичким насиљем. У Србији је позната реченица „Сто села, сто обичаја!“ Обичаји се везују за сва културно-религијска дешавања, они су или скуп радњи које се односе на веровања која датирају из давнина и врло често су повезани са мистичним и тајанственим ритуалима, а који се изводе током обележавања датог обичаја. Понекад се спроводе у сврху веровања народа да ће им дата радња помоћи. Обреди везани за обичаје повезани су са разним животним ситуацијама: рођење детета, крштење, слављења славе, венчање, смрт и сахрана, а наручито су карактеристични обичаји у ромској популацији [107].

У Србији постоје различити обичаји и разликују се од караја до краја Србије. Највише обичаја везано је за рођење детета и сви они су усмерени само ка једном циљу — да дете буде јако и здраво. Такође, велики број обичаја је везан за смрт и сахрану. Магијско-црквено-културолошки обичаји везани за преминуле особе наручито су изражени у нашем народу. У народним песмама забележен је обичај да се приликом сахране обавезно нариче, кука или гласно плаче за покојником и да то углавном раде жене. Тај обичај је приказан и у народним песмама у којима се описује нарицање мајке за сином, приликом изношењу покојника из куће, на задушницама и другим поменима [108]. Архаични обичаји и анимистичка веровања задржала су се у погребним обичајима и данас у нашем народу. Кроз обичаје стичу се уверења односно веровања да је нешто правилно и истинито те се формира убеђење које је заправо суд или став заснован на уверењу. Постоје три групе обичаја: друштвени обичаји (поступци и норме које се усклађују међусобно,

односно између појединца и групе), привредни (везани за послове, радове у привређивању у свакодневном животу) и религијски (радње, поступци и облици понашања којима људи настоје да дођу у додир са вишим силама, да утичу на догађаје у природи и својој средини).

1.12.1. Утицај социјалне средине на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа

Под појмом друштвена средина подразумевамо одређени друштвени скуп уверења, вредности и погледа који су, у већој или мањој мери, заједнички свим његовим члановима [109]. Друштво развија скуп норми понашања које имају сврху да пружи осећај стабилности, а који могу проистећи из истоветних искустава. За сваког члана друштва сматра се да је социјализована личност, те се социјализацијом подразумева процесу изграђивању човекове личности. У процесу социјализације утицај имају сви чланови друштва и институције као и појединца са одређеног друштвеним улогама (породица). Друштвени развој кроз своје кодексе социјализације има значајне кулуролошке норме као облик понашања у опстанку сваког народа. Култура у корену своје речи значи обрађивати, гајити, и у том смислу може се рећи да култура једног народа јесте неговање изворног кроз појмове материјалних и духовних творевина. Култура је највиши израз људског стваралаштва. Унутрашња изградња човека и његовог света посредством индивидуалне и групне стваралачке активности – односно целокупност духовних добара која су резултат људске активности. Значење овог термина еволуирало је од обраде земље до игре духа, од рада у пољу до умешности вођења конверзације. Основно вредносно и осмишљавајуће начело културе јесте хуманост [110].

Култура је препознатљив знак међу људима, не само на индивидуалном плану него и на нивоу људских скупина. Колики је значај културе види се кроз њену улогу у друштву, утицај на стварање идентитета, социјализацију и на институционализацију друштва. Континуирани утицај културе види се и кроз сукоб културе традиционалних вредности и друштвених иновација, што је објашњење за многобројне негације или полуприхватање. Најважније културне творевине једног народа су: језик и симболична комуникација, веровања, сазнања, уметност,

друштвене вредности и норме. Утицај културе кроз њене творевине на формирање ставова је врло значајно.

Политика у ширем смислу означава усмеравање људске делатности у правцу остваривања одређених циљева у разним сферама друштвеног живота – економији, образовању, здравству, култури. Политика у ужем смислу означава усмеравање друштвених односа и управљање државним пословима првенствено помоћу државне власти. Политика као друштвена делатност настала је са идејом да се организује унутрашњи живот заједнице, а са развијањем заједнице проширила се и на све сфере јавног деловања [111]. Утицај политике на завештање органа као и на трансплантацију је од значаја кроз доношење уредби и законских аката о уређењу, организовању, начину и другим детаљима који се тичу трансплантације и донорства органа. Моћ представља изгледе да се у оквиру једног друштвеног односа спроведе сопствена воља упркос отпору, без обзира на то на чему се заснивају ти изгледи. Најбитнија су два значења моћи: моћ појединца у односу на друштвене групе и моћ друштвених група у друштву. Облици моћи се разврставају на основу два критеријума: према поседовању – појединачна моћ и друштвена моћ, према области људске делатности – економска моћ, политичка моћ и духовна моћ. Утицај политичких моћи у друштву види се кроз економску моћ која проистиче из власништва и располагања материјалним добрима (обезбеђивањем добрих техничких и кадровских услова за трансплантацију органа у здравственим установама), политичку моћ која проистиче из улоге и врсте политичких субјеката у друштву и духовна моћ која проистиче из сфере идеја, знања, религије, као и других културних садржаја (утицај политике на образовање, културу и религиозне институције у сврху прихватања, одобравања трансплантације и донације органа).

1.12.2. Утицај вероисповести на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа

Постоје могобројна веровања и религије, те је феномен вере тешко дефинисати. Дефинисањем религије баве се теолози, антрополози, филозофи, психолози и социолози, те је скуп свих дефиниција религије у основи сличан, само је сагледан са другог аспекта. Од када постоји човек постоји и вера у неки облик силе.

Временом су се издефинисале чврсте и јаке вероисповести, а то су православна, католичка, протестантска, муслиманска, јеврејска и будистичка. Из вере проистиче религија као институционална појава у друштву. Вера означава уверење у истинитост неке тврдње без њене провере, односно без логичког расуђивања и закључивања [112]. Теологија дефинише религију: „... човекова вера у постојање једне или више натчовечанских сила које су ван њега и јаче од њега, од којих он зависи, према којима осећа извесно страхопоштовање, као и његов однос са тим силама - однос који обезбеђује њихову благонаклоност према њему - јесте религија.“ [113]. Свака религија духовно, мисаоно, осећајно и социјално повезује једну заједницу људи са моћним бићем (Богом или неким "вишим силама") [114]. Еволуцијом човека и његових културолошки аспекти су еволуирали, те се религија развија кроз човека и његову културу. Човек који верује у неке силе је духовно, мисаоно, социјално па чак и економски приклоњен религији кроз цркву као сакралну институцију и њених правила проповеди се придржава. Утицај религије на друштво је од великог значаја. Сем што је вера карактеристика једног народа или веће групе људи, она је пропагатор одређених принципа и животних норми. Верске организације представљају озбиљну институцију у друштву, поред одређеног броја верника и њиховог руководства, поседују сакралне објекте као што је црква, џамија и слично, затим имовину, образовне институције, издавачку делатност, пропаганду и сл. За све животне ситуације религија даје образложење. Тако се однос религије и менталног здравља може посматрати из два угла: 1. са негативном конотацијом (оптерећеност грехом код хришћана, забрана узимања одређене хране у исламу и сл.) и 2. позитивног угла (сагледавање религиозности у функцији прибављања утехе, подстицања заплашивања, а нарочито ослобађања личног осећања кривице). Такође се може рећи да религија болест доживљава као казну или награду услед грешности или добротом жртве за друге [115].

Верске организације својим припадницима дозвољавају или забрањује одређене друштвене норме као што је конзумирање алкохола, па га тако ислам тотално забрањује, јудизам га ограничава, док је хришћанство веома толерантно. Сходно забранама или пропагирању, постоје више или ниже стопе оболевања од

појединих болести. Важност јавног става о лечењу, донацији органа и трансплантацији имају верске организације, те се Православна хришћанска црква изјашњава позитивним ставом о донацији и трансплантацији органа. Протојереј Драгомир Сандо каже: „Господње која нам указује да нема веће љубави у благодатном давању од оне да неко положи свој живот за ближњег свога. У тој исцрпној мери огледа се и завештање људских органа“ [116].

Католичка вера даје подршку трансплантацији органа, али наглашава да се не трансплантирају полне жлезде и мозак [117]. На XVIII светском трансплантационом конгресу Папа Павле II изјавио је: „... да све што може послужити живом, гријех је покопати“ [118]. Католичка црква сматра да су полне жлезде фактор у личној конституцији биолошког идентитета, док је мозак носилац личне и особености и свесности.

Исламска вера гледа на трансплантацију различито. У зависности од земље где се вера проповеда, наилазимо на различите ставове: човеку није дозвољено да располаже животом, да га уништи или да се убије, па му није дозвољено да поступа по свом нахођењу са деловима тела наносећи штету телу...; није дозвољено поклонити или дати органе ономе ко се бори против муслимана. Ако се нађу на истој лествици муслиман и немуслиман, предност има муслиман. Уколико је муслиман рођак или комшија он има приоритет над другим муслиманом, и не постоје препреке у донирању органа после смрти. У исламу као и у хришћанским верама (православна, католичка, протестантска) није дозвољено трансплантирати тестисе и мозак. Од 1983. године ислам дозвољава у потпуности трансплантацију и донирање органа, али уз писану сагласност породице [119].

Роми не прихватају донацију и трансплантацију органа јер то није у складу са њиховом вером. Они верују да њихово тело наставља да живи након смрти. Јеховини сведоци верују да је донација органа ствар слободне воље, али при давању или примању органа сви органи морају бити у потпуности испрани од крви. Будизам се не изјашњава детаљно о донацији органа, мада не прихватају концепт мождане смрти али су припадницима своје вере дали опцију да је то ствар личног избора [120]. У Јапану и поред постојања законских оквира трансплантација се слабо спроводи јер је срж у вери чињеници да јапански народ не прихвата мождану

смрт [121]. Јудизам сматра да спашавање људских живота има предност у односу на мртво тело, чак наглашавају да је онај ко је у могућности да донира орган или да да крв у обавези то и да учини.

1.12.3. Утицај образовања на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа

У свакој култури једног друштва постоји и потреба за образовањем. Образовање се може дефинисати као: „ Педагошки и дидактичко осмишљено, више или мање систематско организовано подучавање и учење којим појединац стиче општа и посебна знања о свету око себе.“ У ужем смислу, усвајање знања је изграђивање вештина и навика ради успостављања система вредности и усвајања навика [121]. Суштински, кроз процес образовања утиче се на развој личности те се сматра да је корелација између развоја личности и образовања изузетно висока. У појединим примерима ниво формалног образовања није повезан са социокултуролошким понашањима. Образовање чини свеобухватно формално и неформално учење. Формално образовање подразумева знање стечено у структурисано-образовним системима (предшколске, основношколске, средњошколске установе, установе вишег и високог образовање), а неформално знање подразумева предузимљивост особе у циљу стицања знања (курсеви, семинари, медији).

Школа као институција формалног образовања представља спону између ученика и родитеља, односно породице и друштва у целини. „У процесу социјализације личности образовање повезује колико садржинску страну односа јединке и друштва, толико и његову узајамност, пре свега мислимо на процес усвајања свеукупне културе, на процес учења селекционисане модификоване и институционализоване културе; на процесе у којима се развија осећај социјалне припадности и личне компетентности и аутономије“ [123]. Може се рећи да је допринос појединца свеукупном друштву у смислу образовања већи, што заузима централни значај у социолошком концепту. Поред главних одлика социјализације, образовање представља једно од најзначајнијих карика у социјализацији деце и омладине. Образовање има за циљ да допринесе суштинском развоју човечанства и

прошири видике ка усвајању нових ставова као и развоју способности и интелектуално - емоционалних функција и активности. У процесу образовања кроз предметну наставу у основним школама као и у средњим школама не постоји предмет Здравствено васпитање, а у плану и програму предмета Грађанско васпитање није предвиђена наставна јединица о значајности донације органа и трансплантацији. О трансплантологији се говори веома мало у средњим медицинским школама и Високо медицинским струковним школама, док се изучавање трансплантологије више баве студенти медицине током свог образовања.

1.12.4. Утицај медија на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа

Медији су средства јавног информисања и могу бити различити: штампани, електронски, дигитални и нови медији. Скуп свих медија које користи масовна јавност назива се мас-медији. Медијска средства су новине, радио, телевизија, интернет и дигитални медији. Дефиниција мас-медија: „Масовни медији (мас-медији) су сложен појам за означавање система јавног информисања који служи за преношење вести и уопште аудио-визуелних садржаја, у сврху обавештавања, образовања и забаве великог броја људи, односно најширих слојева становништва“ [124]. Употреба мас-медија у друштву носи компоненту усавршене комуникације између самих медија и друштва како са појединцем тако и са друштвом у целини. Кроз социјалну интеграцију види се снага да појединац прихвата ставове и знања и да се њима руководи. Важна компонента је утицај медија на политику, културу, религију и образовање. Акценат је на утицају медија на културу, јер они утичу на културне обрасце који постају прихваћени и свакодневно примењивани [125]. Формирањем става и усвајањем обрасца понашања од стране јединке путем мас-медија најчешће се ставља у негативну конотацију нпр. слушање одређене врсте музике, док са друге стране позитивна страна мас-медија је у образовном погледу што је мање заступљено. Добијене информације путем медија врло лако се усвајају како на индивидуалном тако и на глобалном нивоу. Мас-медији приказују тренутно стање у друштву и сами конструишу и истичу да се то стање и прихвати, да буде модерно. Утицај медија у политици врши се кроз маркетинг и утицај моћних

позиција врховне власти да могу приказивати информације које они намећу што је пример аутократске власти и диктауре. Са друге стране, у свакој држави постоје медији који су у власништву државе па се може речћи да је суптилан утицај владајуће моћи присутан у властитим медијима кроз облике цензуре. Све више је присутна и црква у медијским средствима, јер су верске организације увидела значај присутности у јавности као лакши приступ верницима, док са друге стране може се сматрати да су власници медија припадници одређене верске организације. Мас-медија се остварују путем: новинских чланака, фоторепортаже, радио емисије, песмама, телевизијских емисије, рекламе, телевизијских спотове, интернет блогова, интернет чланака, интернет друштвене мреже, дигиталних порука. Основне функције медија су: информативна (пружа информације о догађајима из уже и шире околине), корелациона (интерпретација, објашњење, коментари), континуитета (изражавање доминантне културе, препознавање и стварање нових друштвених вредности битне за заједницу), забавна (обезбеђује разоноду, опуштање) и мобилизаторска функција (вођење кампање ради остваривања друштвених циљева)[126].

У нашој земљи бројне невладине организације као и поједина министарства покренула су кампање за повећање свести о значају донирања органа користећи сва расположива медијска средства. Министарство здравља је крајем 2010. године покренуло кампању „Продужи живот“ са циљем да се јавност обавести о значају трансплантације као јединог терапијског модалитета и одмаклим болестима и да се повећа број донора. Значај мас-медија је да се континуирано и дуготрајно кроз медијске функције промовишу обрасци понашања који имају позитивн значај за јединку и друштвену заједницу у целини.

1.13. Етички и морални аспекти у процесу завештања органа и трансплантацији

Реч „етика“ потиче од грчких речи етхос (обичај), етхикос (моралан), а етика је наука о моралу која је прво била предмет расправе филозофа. Морал је толико важна животни феномен да је интегрисан у све аспекте живота. Морални феномен представља комплекс норми, обичаја, навика и правила понашања којима се човек води у управљању својим понашањем и поступцима [127]. Моралне норме мењале

су се током векова, у зависности од наметања друштвених норми и тадашњег владајућег мишљења шта је морално. Морал се може категорисати као хетерономија и аутономија морала. Хетерономија представља страх од реакције групе или старијих чланова групе од казне услед непоштовања норми које су споља наметнуте и дириговане. Аутономија морала је осећај који излази из човека, а произилази из знања и разумевања да је то лична дужност. Развој морала код појединца зависи од осећаја унутрашње обавезе сам себи ствара моралне законе и норме по којима се треба управљати. Са друге стране утицај на морал имају спољашњи фактори о којима смо говорили (друштво, образовање, вероисповест, медији и сл). Етичност није само ствар појединца већ и друштва у начелу, те се морални принципи интегришу у све сфере друштвеног живота. Све професије у својим правилницима о пословању имају наглашен део о поштовању моралних принципа. Писање о моралним нормама претходило је велико животно искуство који је проистекло из људског понашања при деловању у професији. У медицини је позната Хипократова заклетва, а у сестринској професији кроз заклетву коју је дала Флоренс Најтингел.

Основни принципи у раду са болесницима и њиховом поредицом су прво принцип моралности и етичности, а на то се надовезују сви остали принципи као што је хуманост и поштовање правила добре клиничке праксе. Етика у професији здравственог радника има за циљ развијање и употребу позитивних моралних психолошких особина а то су: поштовање потреба других, толеранција, правичност, праведност, истинољубивост, доследност, издржљивост, искреност, самокритичност, хуманост, скромност, поштење, алтруизам, дружељубивост, колективизам, солидарност, храброст, одговорност, дисциплинованост, самоинијативност, вредност, сналажљивост, достојанство, узвишеност, љубазност, племенитост, самопожртвовање, смерност, дарежљивост, трпељивост, уредност, стрпљивост, прилагодљивост. Све набројане моралне и психолошке позитивне особине су од изузетног значаја и представљају савршенство у деловању кроз професију здравственог радника. Посебан акценат код донације и трансплантације органа ставља се на особине правичности и праведности. Праведност је најважније морално начело [128], заправо то је строга граница између емоција коју могу утицати на формирање става и доношења професионалне

рационалне одлуке, ово начело штити аутономију одлуке појединца. Правичност је особина у залагању за моралну, социјалну, економску и другу једнакост. Ова два принципа су у директној вези између донора, лекара и примаоца органа. Изучавање етике у процесу односно односу према животу зове се *биоетика*. Може се дефинисати као скуп норми и правила понашања човека у односу на све што га окружује (људе, биљке, животиње). Биоетка задире у све сфере човековог деловања као и у питања живота, смрти, здравља и болести, однос према животу [129]. Србија је 2005. године постала чланица Националних комитета савета Европе који се придржавају Конвенције о заштити људских права и у биомедицини. У Конвенцији о биомедицини важни чланови су од 19. до 22. члана и они се односе се на трансплантацију органа са живих донора. Трансплантација се одобрава искључиво као терапијски модалитет у корист примаоца, када не постоји могућност трансплантације са умрле особе, али се не одобрава са особа које не могу да дају свестан пристанак, осим ако је прималац брат или сестра донора и ако се у том случају спасава његов живот, када нема другог даваоца. Забрањена је било каква добит при преношењу дела човековог тела са једне особе на другу [130]. Донети су и многобројни међународни документи који се примењују у свим земљама света. Међународни етички кодекс медицинских сестара донет 2012. има четири основна принципа: 1. Сестринство и становништво; 2. Сестринство и пракса; 3. Сестринство и професија и 4. Сестринство и сарадници [131]. Први принцип се односи на поштовање различитости људи, у смислу свих њихових права као и промовисање здравља кроз пружање информација становништву, а кроз професионалне вредности као што су одговорност, саосећајност, поузданост. У другом принципу говори се да је медицинска сестра одговорна у погледу личног примера и да својим понашањем доприноси промовисању имица своје професије и поверења становништва у сестринство. Трећи принцип говори да се сестринство заснива на образовању и истраживању као и примени савремене рутине засноване на доказима. Деловање сестре кроз здравствене организације доприноси развоју етичких принципа. Четврти принцип односи се на подржавање и поштовање односа других учесника тима у кризи и лечењу оболелих, а заједно са сарадницима побољшава етичко понашање. Из руковођења основним принципом да је живот највећа вредност, произилазе сви

остали принципи у моралним и етичким схватањима. Савремена филозофија у трансплантологији бави се многобројним етичким питањима, те се постављају нови стандарди у погледу моралних дилема, а у складу са медицинском оправданошћу трансплантације. Често се постављају питања пред медицинско особље испливавају дилеме коме треба трансплантирати орган, да ли орган треба да добије млађа или старија особа, да ли орган треба да добије мушкарац или жена, да ли алкохоличару трансплантирати јетру. На сва ова питања етика, право и медицина дају одговор. Етички одговори се јасно подударају са медицинским критеријумима, а то значи да не постоји дискриминација и протекција. Трансплантација са особе код које је установљена мождана смрт, сходно медицинским водичима за утврђивање исте, етика, медицина и право обезбеђују могућност трансплантације. Неопходна је сагласност породице иако је особа за живота завештала органе. Уколико је висока добит за примаоца органа и мали ризик за донора, трансплантација се сматра етички прихватљивом, што се односи на живе доноре [132]. Етично је завештати за живота органе као и изричито одбијање примања или давања органа од стране појединца. Медицински и етички принципи као што су терапијски ефекат трансплантације и хитност представљају основе за избор пацијента коме ће бити трансплантован орган. Године старости у појединим земљама представљају јасан критеријум за трансплантацију, те се особама преко 65 година старости не ради трансплантација [133]. Кључно је да у релацији лекар – пацијент постоје етички принципи поверења, поштовања аутономности, нешкодљивости и праведности.

1.14. Комуникација као важан фактор у процесу одлучивања о донацији органа

У медицини корак до успостављања дијагнозе јесте добро узета анамнеза. У директном контакту са пацијентом треба узети податке које нам он иначе сам не би рекао. Комуникација представља најважније средство између здравственог радника и корисника здравствене услуге као и унутар самог здравственог тима. У процесу комуникације дешава се вишеслојна, комплексна и динамична размена информација, која захтева прилагођавање у интерперсоналном односу између болесника и медицинске сетре током пружања здравствене неге [134].

се дешава да постоји кадаверични давалац и да не дође до трансплантације јер родбина није пристала да да сагласност за узимање органа. Да би се превазишле те препреке неопходно је да здравствени радник комуницира са родбином и припреми их да прихвате болну чињеницу да је неко, њима близак, умро. Породици треба објаснити шта је то мождана смрт, објаснити значај и важност донације органа и отклонити страх и сумњу родбине, уз поштовање религиозних и културолошких ставова родбине. У тешким моментима за родбину, када треба донети одлуку, у комуникацију са њима треба да се укључе и други стричњаци као што је психолог, социјални радник, теолог. У тимској комуникацији здравствених радника неопходно је да се информације правилно преносе, да постоји разумевање као и договор о даљим поступцима и расподели послова. Интерперсонална комуникација мора да се одвија кроз усмену и писмену размену информација. Caballero и сарадници у својим смерницама за разговор са породицом потенцијалног даваоца органа дају препоруке: прво сачинити тим у установи, тзв. трансплантационо-кординациони центар који сачињавају прво лекари и медицинске сестре, а затим и педагози, едукатори, теолози, психолози, социјални радници; у разговору са породицом пожељно је укључити и друге чланове фамилије; приликом тражења сагласности треба бити стрпљив и не пожуривати породицу; након што лекар установи мождану смрт треба поставити питање породици: „Шта сада да радимо?“. Неко од чланова трансплантационог тима треба да саопшти породици да је њихов члан породице преминуо (ословљавајући преминулог именом) и у разговору истаћи као вид спашавања других живота. „Смрт је тешка, а без донирања нема ни трансплантације.“[135]. У разговору са породицом лекар и медицинска сестра морају имати емпатијски став, да кроз комуникацију одају сигурност, дају адекватне одговоре на питања породице, умање стрес породици колико је то могуће, пажљиво слушају родбину без нервозе и гледања у сат. Вербална и невербална комуникација мора бити усаглашена. Треба говорити језиком који породица најбоље разуме. Разговор са породицом треба обавити у пријатном простору који је намењен за то, усредсредити се на позитивне ефекте трансплантације и охрабрити породицу јачајући њено самопоуздање, а контакт одржавати погледом.

Комуникација је кључан фактор на релацији сестра — пацијент и од суштинског је значаја, те је за клиничку праксу важно усавршити комуникацију кроз обуку [136]. Добијени пристанак породице није само успех чланова здравственог тима, већ и здравствене установе и породице преминулог.

1.15. Медицинске сестре и здравствени техничари — карика у процесу завештања органа

Сестринство је хумана професија. Од многобројних дефиниција сестринства у свету је опште прихваћена она коју је дала Вирџинија Хендерсон: „Превасходна функција медицинске сестре је да помогне човеку — болесном или здравом, у обављању активности које доприносе здрављу, оздрављењу или мирној смрти, које би он радио без туђе помоћи када би имао потребну снагу, вољу и знање“ [137]. Здравствена нега као подручије деловања медицинске сестре све више прелази оквира практичне дисциплине и добија научни карактер, те се добијени резултати сестринских истраживања примењују у пракси. Сврха здравствене неге била би: промоција и побољшање здравља (здравствено-васпитни рад са болесницима и здравом популацијом), брига о болеснима у хоспиталним или кућним условима, учешће у рехабилитацији пацијената, посматрање и проналажење субјективних и објективних чинилаца који утичу на здравље људи, едукација и стручно усавршавање колега и колегиница, усака сарадња са свим члановима здравственог тима, побољшање квалитета живота оболелих, руковођење сестринским сервисом кроз организационе вештине ради имплементирања нових техника у нези оболелих [138,139]. Према кодексу *International Council of Nurses* из 2005. постоје четири основна задатка медицинских сестара: унапређење здравља, спречавање болести, обнављање здравља и ублажавање патњи [140]. Кроз образовање и континуирану праксу медицинске сестре стичу знања и вештине које имплементирају у рад са свим корисницима здравствених услуга, те је њихов допринос и значај утолико већи приликом промоције завештања органа. Медицинске сестре, пружајући информације о донорству органа кроз организоване курсеве могу знатно утицати на формирање става болесника [141].

1.16. Развој сестринства и сестринског образовања у Србији

Од када постоји човек, постоји и потреба да се он лечи и негује када је болестан. Многобројна ратовања и епидемије захтевале су бригу, негу и лечење болесних и рањених. Први трагови о медицини потичу још из Вавилона, а њен даљи развој и специфичности теку кроз разне културе и цивилизације, тако да нам је данас познато да се медицина развијала још у старој Индији и Кини, у античкој Грчкој и у старом Риму. Потреба за негом болесника од стране болничарки препозната је још давне 395. године када су удовице и неудате жене неговале болесне, рањене и бескућнике. Једна од најстаријих болница, основана у Константинопољу 400. године имала је стално запослене докторе и болничаре, а у болници Хотел Диеу, у Паризу 1641. године уведени су индивидуални кревети за оболеле, а негу су пружали и мушкарци и жене. Данас, херојина сестринства, Флоренс Најтингел (Florence Nightingale), представља симбол професије медицинских сестара у свету. Поред хуманитарног рада и учешћа у Кримском рату, у Енглеској је основала прву службу за медицинске сетре, а касније су њене ученице отварале школе истог типа.

У Србији су за негу болесника били задужени монаси и монахиње, а са школованим сестринством почело се 1899. године оснивањем бабичке школе. Након оснивања Медицинског факултета у Београду 1920. године, основана је 1921. године прва школа за медицинске сестре нудиље. Све до тада негу болесника и рањеника вршиле су самоуке болничарке или болничарке са завршеним кратким курсем за негу болесника. Оне су показале велику пожртвованост и многе од њих постале су прави хероји и одликоване су највишим одликовањима, међу њима и медаљом „Флоренс Најтингел“. Њихова хумана дела остала су дубоко урезана у историју сестринства у Србији.

Почеци првог школовања медицинских сестара у Србији

Прве писане трагове о нези болесника налазимо у Хиландарском типiku Светог Саве. Најстарију српску болницу за лечење монаха основао је Свети Сава у манастиру Хиландар 1199. године [142-144]. У том периоду српска средњовековна медицина се развија под утицајем византијске и западноевропске медицине [145]. Свети Сава оснива прву српску болницу 1208. при манастиру Студеница код Рашке,

а по угледу на Хиландар. Болница је имала 12 кревета у четири просторије, а инсистирало се на лечењу душе и тела [146]. У Студеничком типiku је описано који су посебни услови за смештај болесника, као и одређивање болничара, начин прављења и примене лекова, кућни ред, поступци код масовног оболевања, а болесници су по излечењу добијали отпусну листу [147]. Цар Милутин је током своје владавине 1308. године основао у Цариграду, при Продромовом манастиру, болницу и медицинску школу, као и у манастиру Св. Арханђела у Јерусалиму 1315. године [148]. У оквиру манастира Светог Јована Крститеља у Цариграду основана је 1330. године медицинска школа у којој је предавао чувени др Јован Аргиропул. Манастир је обновио краљ Стефан Урош II Милутин и у оквиру њега основао болницу [149]. Убрзо је у Србији основано још десет болница и све су се налазиле под окриљем манастира где су монаси неговали и лечили болесне људе. У средњовековној Србији, која се развијала под снажним утицајем суседне Византије, у манастирима се, поред тога што су били и сакралне установе, школе и болнице, организована је једина систематска и институционална нега болесних и у ратовима рањених људи. Током Косовског боја, 28. јуна 1389. страдало је много и српских и турских ратника, а по предању српска девојка је изашла на бојно поље и тражила вереника, кума и девера, појила их водом и видала ране. Она је опевана у народним песмама, а сликар Урош Предић је 1919. године, на основу ове песме насликао своју чувену слику — „Косовка девојка“. Косовка девојка је симбол сестринске професије. Стефан Урош IV познат као Душан Силни, познат је по доношењу Душановог законика где се спомињу обавезе према сиромашнима и оболелима од стране државе. Овај закон се ослањао на Номоканон Крмчија, који је написао Свети Сава [150,151]. Син кнеза Лазара и књегиње Љубице, Стефан, био је велики покровитељ уметности, културе и заштитник сиромашних и немоћних, и давао је подршку научницима, а поред тога био је и писац. Социјалну бригу о сиромашнима и болеснима имали су сви владари и свештенство. Деспот Стефан Високи подигао је 1403. у близини Београда склониште за болне, где је ангажовао дубровачког градског лекара Јеронима Сан-Мињата.

Потреба за школовањем жена као помоћног здравственог особља везује се прво за бабице, а касније и за медицинске сестре. Прва организована акушерска

служба, тзв. „Градска бабица“ датира из 1724. што је забележено у документу „Указ о уређењу Београда“ у коме се спомињу и бабице. Аустријска градска администрација забележила је 1731. године да је у Београду била запослена бабица Марија Николина, тада једиња Српкиња међу бабицама, која је допринела развоју бабичке професије. У том документу нема података о томе да ли је она била школована бабица, мада ју је аустријска градска администрација завела као бабицу у јавној служби [152].

Другим Хатишерифом Високе порте, из 1830. године, Србији је дато право унутрашње управе, што је обухватило и право оснивања болница. Оснивање медицинских школа први пут се помиње 1835. године, у акту *Особите дужности Попечитељства внутрени дела*, који је донет на основу Сретењског устава од 3. Фебруара (по старом календару) исте године. Дужности Попечитељства су прописане на следећи начин: “Пазити на здравље народа, подићи тога ради и издржавати како у земљи тако и по границама нужна томе заведенија и болнице, да се тога не би куга или друге прилепчиве болести у земљу увукле. Списати уредбу, како ће се мртваци прегледати, и повраћати у живот полумртви, где ли ће се прави умрли закопавати, и какви гробови за њих да се граде. Завести школе за хирурге и бабице, марвене лекаре и апотекаре. Старати се, да се подигну општеполезна зданија за помоћи болним” [153]. Сретењски устав је био на снази само 25 дана, а Актом предвиђене школе нису основане.

Након пензионисања прве школоване бабице са дипломом из Пеште, није се знало ко ће даље школовати бабице у Србији. На предлог др Емерхиа Линденмајера, начелника Санитетског одељења Министарства унутрашњих дела, Марија Маленовић преузела је обавезу школовања бабица без диплома у Србији. То прво школовање бабица кроз курсеве обављено је у Београду 1841, а затим у Пожаревцу, Шапцу и Мајдампеку (1853—1855), а касније у Нишу и Крагујевцу“ [152].

Током Првог српско-турског рата 1876. године, осетила се велика криза због недостатка лекара и болничара, па је стручна медицинска помоћ пристигла из Русије, Велике Британије, Грчке, Румуније и Немачке. Љубица Луковић, родом из Београда, из чиновничке породице, била је преводилац и активисткиња Женског

друштва и друштва „Књегиње Љубице“. Придружила се Колу српских сестара 1903. године и била дванаест година њихова председница.

Године 1879. поднет је један од првих званичних предлога за образовање бабица у Војводини, и то од стране начелника гинекологије и акушерства у Новом Саду, др Светозара Марковића, чији предлог није реализован [154]. У Шапцу је 1826. године Јеврем Обреновић отворио прву болницу у Србији, а прва грађанска болница у Београду основана је 1841. године и званично је почела са радом 1842, када је почела са радом и Градска болница на Звездари. Болница није имала свога лекара, већ је о болесницима бринуо градски лекар кога су тада звали „варошки физикус“, а негу болесника вршио је послужитељ болнице [155]. Послужитељ је често морао да изостаје из болнице како би ишао у набавку, па су болесници остајали без надзора и неге. Тада се увидело да је неопходно запослити додатна лица која би пружала негу и бринула о болесницима. До отварања, управа Варошке болнице узимала је у најам приватне куће где су били смештани болесници. Варошка болница у Београду при Општој државној болници добила је своју зграду која је отворена је 1. маја 1868. године [156]. Ова болница је имала своју утврђену организациону устројку – болесници су били разврстани „по родовима болести“, а болничари су први пут били запослени у оваком типу установе. О потреби оснивања школе за бабице налази се писани траг у „Владанов закон“ 1881. Године [157]. У Београду 1881. др Јован Ј. Јовановић, шеф гинеколошког одељења оснива прву школу за бабице, а 1898. написао је „Уџбеник за бабице“ који је објављен 1900. године [152].

Претеча званичном образовању медицинских сестара били су курсеви који су организовани 1876. године од стране Главног одбора Српског Црвеног крста [158]. Одбор им је упутио јавни позив за практични курс са теоријским предавањима којима су руководили лекари, чланови главног одбора Српског друштва Црвеног крста. Овај курс је завршило 109 болничара и болничарки и сви су распоређени по болницама у Србији. Међу првим полазницама курса била је чланица Кола српских сестара Анка Ђуровић [159]. У Другом српско-турском рату (1877-1878) било је 110 добровољних болничара — 67 мушкараца и 45 жена. Курс је опет организован 1885. али се пријавило само дванаест особа. Главни одбор Српског друштва Црвеног

крста у сарадњи са Женским друштвом расписао је 1893.године конкурс за нудиље и болничаре, када је изабрано 10 кандидата за нудиље. Дана 3. Фебруара 1894.почео је тромесечни курс који се састојао од следећих предмета: „Основи анатомије са физиологијом и хигијеном“, „Неговање болесника уопште“, а трећи предмет је био „Неговање рањеника и прва помоћ у несрећним случајевима“. Године 1899, др Платон Папакостопулос, који је био први педијатар специјалиста у Србији, именован је за шефа новоотвореног одељења за дечије болести у Општој државној болници у Београду [160]. Како се увидело да одељење педијатрије није довољно за лечење и негу оболеле деце, докторка Макфејл јануара 1919. добија дозволу Министарства здравља и започиње са радом прва Српска педијатриска болница. Тадашње болничарке које су неговале болесну децу, претече су данашњим педијатриским сестрама [161].

У Србији је током Првог светског рата убијено 402 435 војника, а регистровано је 114 000 ратних војних инвалида [162]. У ратним дешавањима погинуло је и много лекара и болничари, те се њихов недостатак осетио након завршетка рата. У Београду је 1920. године отворен Медицински факултет, а 1921. године прва школа Друштва Црвеног крста за медицинске сестре која се звала „Школа за нудиље Друштва Црвеног крста“. У тој школи су се образовале сестре за рад у болницама, као и за социјално-медицински рад у народу, а школа се могла уписати после завршене гимназије, са навршених осамнаест година. Ученице ове школе су имале месечну надокнаду од 100 динара, носиле су обавезну униформу, а школа је функционисала као интернат [163]. Школовање је трајало пет семестара. Након завршене школе, нудиље су добијале диплому и брош са ликом Косовке девојке и распоређиване су у трећу категорију службеника, а нудиље са завршеном трогодишњом и четворогодишњом школом разврставане су у другу категорију службеника. Први директор школе за нудиље била је мис Едит Њутн, а од 1924. Ружа Хелих која је добитница медаље „Флоренс Најтингел“ [164]. Председник школске управе био је др Андрија Штампар, тадашњи начелник Одељења за расну, јавну и социјалну хигијену Министарства народног здравља [165]. Деловањем Америчке мисије, почетком 1922. у Бајиној Башти је организована полугодишња школа за помоћно здравствено особље — „Школа за чуварице здравља“. Након

извођења прве класе полазника школа је премештена у Ваљево, и тамо је почела да ради у јесен 1922. као „Школа за нудиље и чуварице здравља Друштва Црвеног крста Срба, Хрвата и Словенаца“. Веома брзо почиње оснивање и других медицинских школа у Србији-у Шапцу, Нишу итд. Тада медицинске сестре нису имале могућност вишег стручног образовања у Србији, па је, захваљујући Рокфелеровој фондацији, 1924. године пет дипломираних медицинских сестара отишло у Енглеску и пет у САД на више стручно усавршавање. Приликом школовања медицинске сестре су училе из белешки као и из књига намењених за школовање лекара. Први стручни уџбеник за медицинске сестре објављен је маја 1928. Била је то „Социјална медицина“, аутора Богољуба Константиновића, шефа Социјално-медицинског одељења централног хигијенског завода у Београду и предавача у школи [166]. Од почетка рада Школе за нудиље, па све до школске 1935/36.године, школу је завршило 250 ученица [163]. Недостатак сестринског кадра осећао се и даље и потреба за њиховим образовањем била је изражена, те су се организовали и брзи курсеви.

Почетком Другог светског рата организовали су се курсеви за пружање помоћи и негу рањеника. Један од тих курсева 22. јуна одржала је Даринка Несторовић. Већ на самом прагу ослобођења, 1944.године у Београду су се плански отварале ниже и средње школе за здравствене раднике различитих профила. Одсек за медицинске сестре имао је највећи број ученика јер је за тим кадром била и највећа потреба. У медицинску школу, од 1948. могло се уписати по завршеној четворогодишњој гимназији са положеним нижим течајним испитом, а стручно образовање трајало је четири године. Након Другог светског рата, 1950.године, Министарство здравља Федеративне Народне Републике Југославије доноси одлуку о оснивању великог броја медицинских школа. Медицинске сестре имале су теоријску и практичну наставу са 15 заједничких предмета и 14 изборних предмета, за четири године школовања. Овај наставни план примењиван је од школске 1969/70.године (табела А), у оквиру наставног плана трансплантација се тада није спомињала [166]. У жељи да се медицинским сестрама омогући стицање нових знања и вештина и после средњег образовања, 1952.године је основана Виша школа за медицинске сестре Црвеног крста Југославије [167]. Прва скрипта о нези

болесника и организацији службе написала је Михаела Терзић 1977. године, добитница медаље „Флоренс Најтингел“ за допринос развоју медицинске службе. Помоћници медицинских сестара, тј. болничари, у зависности од пола, могли су се школовати за ту професију, те су мушкарци завршавали Санитетску подофицирску школу, а жене тромесечне или шестомесечне курсеве у болницама.

Табела А.* Наставни план и програм за медицинске сестре школска 1969/70. година

Наставни план за медицинске сестре.				
Наставни предмети	Р а з р е д и			
	I	II	III	IV
	т. в. п.	т. в. п.	т. в. п.	т. в. п.
I — Заједнички предмети				
Српскохрватски језик и књижевност са основама уметничког образовања	4 — —	3 — —	3 — —	3 — —
Страни језик	2 — —	2 — —	2 — —	2 — —
Латински језик	2 — —	2 — —	— — —	— — —
Историја	2 — —	2 — —	— — —	— — —
Економска географија	— — —	— — —	2 — —	— — —
Математика	3 — —	3 — —	— — —	— — —
Физика	3 — —	— — —	— — —	— — —
Хемија	3 — —	— — —	— — —	— — —
Биологија	3 — —	— — —	— — —	— — —
Анатомија и физиологија	4 1 —	— — —	— — —	— — —
Социјална медицина	— — —	— — —	— — —	2 1 —
Физичко васпитање	2 — —	2 — —	2 — —	2 — —
Предвојничка обука	— — —	— — —	2 — —	2 — —
Уметничко васпитање	— — —	— — —	2 — —	— — —
Политичка економија	— — —	— — —	— — —	— — —
СВЕГА:	29	14	13	12
II — Изборни предмети				
Хигијена	2 1 —	2 1 —	— — —	— — —
Микробиологија	— — —	2 1 —	— — —	— — —
Фармакологија	— — —	2 — —	— — —	— — —
Биохемија	— — —	2 — —	— — —	— — —
Општа патологија	— — —	2 — —	— — —	— — —
Нега болесника	2 2 —	2 2 4	— — —	— — —
Психологија	— — —	— — —	2 — —	— — —
Интерне болести са негом	— — —	— — —	3 1 3	2 1 2
Хигијена са негом	— — —	— — —	2 1 3	2 1 2
Инфективне болести са негом	— — —	— — —	2 1 1	— — —
Педијатрија са негом	— — —	— — —	— — —	2 1 2
Акушерство и гинекол. са негом	— — —	— — —	— — —	2 1 1
Здравствено васпитање и патронажни рад	— — —	— — —	— — —	2 1 2
СВЕГА:	7	20	23	24
УКУПНО:	26	34	36	36

*Извор: Вићентијевић Љ. Едиторс, 75 генерација посвећених вашем здрављу, Медицинска школа Звездара у Београду, Београд, 1996.

Медицинке сестре хероине

Од многобројних учесница у ратним дешавањима својим заслугама издвојиле су се болничарке чија су имена данас синоними за добру сестринску праксу.

Стварањем модерне српске државе, након Првог (1804) и Другог (1815) српског устанка, организују се грађанске и секуларне болнице за негу болесних и рањених у којима су радиле искључиво жене. Након ослобођења од турске

окупације, Србија је вођена јачањем националног осећања, а заједно у савезу са Бугарском, а касније и са осталим балканским земљама, кренула у освајање преостале територије која је остала под турском влашћу. Потребе за оснивањем удружења за помоћ српској војсци у тадашњим приликама увиделе су Делфа Иванић и Надежда Петровић, којима се врло брзо придружује много жена са истим циљем. Делфа Иванић је 1903. године основала хуманитарно удружење Коло српских сестара [168]. Називу удружења кумовао је Бранислав Нушић, а за прву председницу именована је Савка Суботић [169]. Која је била најпознатија као покретач еманципације и образовања жена у Краљевини Србији, а почетком 20. века покренула је оснивање женских школа. Основала је Одбор госпођа у Загребу, у Србији је основала фонд за помагање сиромашних ученица. Савка Суботић била је иницијатор за оснивање српских виших девојачких школа, те је једна од њих основана 1874. у Панчеву [170]. Љубица Луковић завршила је Вишу женску школу, радила је као учитељица и преводилац. У Првом балканском рату као болничарка организује Четврту резервну болницу у Београду на Врачару. Основала је курс за медицинске сестре у Војној болници и то представља један од првих почетака школовања сестара у Србији. Она је 1925. године добила медаљу „Флоренс Најтингел“.

На почетку Другог балканског рата (29. јуни — 10. август 1913), чланице овог удружења су својим новцем и осталим средствима помогле опстанак српског народа у тадашњим тешким временима. Када је српска војска напала Отоманско царство (Први балкански рат), а са стратешким циљем изласка на море, у тешким борбама погинуло је и рањено много војника. Делфа Иванић је као болничарка неговала оболеле и рањене српске војнике у Љешу (Албанија) и у периоду од 1912. до 1913, а 1920. године добила је престижно признање Међународног Црвеног крста — медаљу „Флоренс Најтингел“.

Надежда Петровић, наша позната сликарка, пореклом из Чачка, сматра се једном од хероина српског сестринства. Током Првог светског рата (1914-1918) она је била добровољна болничарка Дунавске дивизије и учествовала је у борби на Мачковом камену [163]. У писмима које је слала између осталог пише: ...Ми овде живимо у непрекидном јауку рањеника, превијању рана, покличу наше јуначке

војске, маршевима њиховим, дочеку и испраћању њиховом на бојно поље, да их отуда рањене примамо и негујемо... Рањеници стижу у транспортима по педесет и седамдесет... Наши војници ми изгледају као браћа и њихови узвици: „Сестро, сестро!“ – истински су и чине ме поноситом што сам им у помоћи“ [167]. Преминула је од пегавог тифуса 1914. у Ваљеву, негујући рањене и болесне.

За Анку Ђуровић говорило се да је српска Флоренс Најтингел. Као болничарка била је учесница свих ратова које је Србија водила у периоду од 1876. до 1913. Српско-турски рат (1876), Српско-бугарски рат (1885), Балкански ратови (1912-1913) [171]. Анка Ђуровић се 1876. године ангажује као добровољна болничарка у Војној болници у Крушевцу, а по доласку Турака она одлази у Београд, где наставља да ради као болничарка [161]. Пружала је помоћ рањеницима и у Скопљу, а 1913. по доласку у Београд организовала је „батаљонско завојиште“ као нови вид организовања санитета у српској војсци. По завршетку рата, 1923. године, Анка Ђуровић добила је медаљу „Флоренс Најтингел“.

Наталија Мунк, рођена у Београду, се са двадесет година пријављује се као добровољна болничарка 1885. Као истакнута болничарка у Српско-турском и Српско-бугарском рату, Наталија Мунк, за своја дела одликована је Златном и Сребрном медаљом краљице Наталије, два пута Орденом Светог Саве, а носилац је и споменице свих ратова од 1885. до 1918. године. Она је и добитница медаље Црвеног крста, као и ордена Крст милосрђа, те се сматра изузетном хероинем српског сестринства. Крајем 1914. године, без икаквих финасијских средстава, оснива болницу у Крушевцу [172]. Краљица Марија Карађорђевић, када је почео рат са Бугарском 1916. године, са својих 17 година отишла је у главну војну болницу у Букурешту где је била главна сестра [173]. У тој болници, заједно са својом мајком, неговала је рањенике Прве српске дивизије и након удаји за краља Александра Карађорђевића и доласку у Србију постала "Висока заштитница" удружења "Кола српских сестара". Прва школована жена-новинар, Марија Мага Магазиновић, била је добровољна болничарка у Балканским ратовима. Она је својим радом веома допринела нези и опоравку рањеника [174].

Након избијања Балканског рата уместо свога брата, пријавила се да у борби против непријатеља. Милунка Савић, која је показала изузетну храброст и

патриотизам. Учествовала је и у Првом светском рату где је била у најелитнијем одреду српске војске. За време Другог светског рата 1943. Милунка Савић била је главна болничарка у мањој болници на Вождовцу где је неговала све рањенике. Она је позната као ратни херој и добитница многих признања — два ордена француске Легије части, руског Крста Светог Ђорђа Победоносца, енглеског Ордена Светог Михаила и једина је жена у историји носилац француског Ратног крста са златном палмом [175].

У Другом светском рату, 1941. године, приликом бомбардовања Београда, инструкторка Школе за нудиље и дипломирана медицинска сестра Милена Јањић изгубила је живот спасавајући ученице, а Злата Гавриловић, дипломирана медицинска сестра и инструктор у школи, погинула је пружајући помоћ рањеницима у бомбардованом Београду. Током Другог светског рата (1939-1945) хероина сестринства била је Лепа Радић. Она је од 20. јануара 1943. године била међу најистакнутијим организаторима збегова. Организовала је извлачење рањеника и помоћ колонама банијских избеглица, које су се у масама, већ исцрпљене и промрзле, повлачиле испред непријатеља уз заштиту партизанске војске [176]. Даринка Несторовић, рођена је у Прокупљу 1920. године где је активно радила у организацији женске омладине [166]. Као студент медицине постала је партизанска болничарка и погинула је 13. августа 1942. године на Јастребцу. О херојском подухвату Даринке Несторовић Мира Алечковић је написала песму. Медицинске сестре које су дале свој живот у Другом светском рату биле су и Десанка Станић, која је 1942. као партизански борац погинула у Бокоту, и Анђелка Косановић, убијена 1943. године на путу за одред Вељка Дугошевића, у околини Пожаревца [177]. Ове хероине су својим изванредним вештинама и знањем допринеле у нези, лечењу и излечењу рањених током рата.

Велико име српског сестринства је и Душица Спасић (1951-1972) која је радила на Првој хирушкој клиници Института за хирургију Клиничког центра Медицинског факултета у Београду. Она је преминула на свом радном месту, у двадесет и трећој години, негујући оболеле од великих богиња. Душица Спасић рођена је у Београду. Средњу медицинску школу завршила је на Звездари у Београду. Сахрањена је на Ресничком гробљу, а улица у Београдском насељу Ресник

носи њено име [166]. Познати редитељ Горан Марковић снимио је 1982. године филм о епидемији, са акцентом на хуманост и оданост Душице Спасић сестринској професији. Године 2004. установљена је награда „Душица Спасић“, која се додељује медицинским сестрама у Србији. Хронолошки приказ историјских догађаја приказан је у табели Б.

Табела Б. Хронолошки приказ историских догађаја

1199.	Најстарија српска болница на Хиландару.
1208.	Прва болница у Србији; основао је Свети Сава при манастиру Студеница
1308.	При манастиру Светог Јована Крститеља у Цариграду основана медицинска школа
1389.	Косовка девојка - симбол сестринске професије
1403.	Деспот Стеван Високи основао болницу за болне у Београду
1826.	Јеврем Обреновић отворио прву болницу у Србији
1835.	Указ о потребном школовању бабица у Сретеном уставу
1841.	Прва грађанска болница у Београду
1841.	Прво школовање бабица
1868.	Варошка болница у Београду добила је наменски сазидану зграду
1876.	Почетак образовања медицинских сестара кроз курсеве који су организовани од стране Главног одбора Српског Црвеног крста
1885-1918.	Наталија Мунк, болничарка, одликована је Златном и Сребрном медаљом краљице Наталије, два пута Орденом Светог Саве, а носилац је и споменице свих ратова од 1885. до 1918. године. Добитница је медаље Црвеног крста, као и ордена Крст милосрђа.
1881.	Закон о уређењу санитетске струке и чувању народног здравља
1898.	Др Јован Ј. Јовановић написао је први „Уџбеник за бабице“.
1899.	У Београду Др Јован Ј. Јовановић оснива школу за бабице при гинеколошком одељењу Опште државне болнице
1903.	Основано хуманитарно удружење „Коло српских сестара“
1912.-1913.	Марија Мага Магазиновић била је добровољна болничарка у Балканским ратовима
1913.	Милунка Савић учествује у Другом балканском рату. Добитница многих признања: два ордена француске Легије части, руски Крст Светог Ђорђа Победоносца, енглески Ордена Светог Михаила и јединажена у историји носилац француског Ратног крста са златном палмом.
1914.	Преминула Надежда Петровић
1916.	Краљица Марија Карађорђевић, наша најпознатија болничарка
1920.	Делфа Иванић добила медаљу „Флоренс Најтингел“
1920.	У Београду отворен је Медицински факултет

1921.	Основана прва школа за медицинске сестре Друштва Црвеног крста која се звала „Школа за нудиље Друштва Црвеног крста“. У тој школи образовале су се сестре за рад у болницама и за социјално-медицински рад у народу.
1923.	Анка Ђуровић је добила медаљу „Флоренс Најтингел“
1924.	Одлазак првих школованих сестара на дошколовање у иностранство
1925.	Љубица Луковић постхумно добила медаљу „Флоренс Најтингел“
1928.	Први стручни уџбеник за медицинске сестре
1941.	Милена Јањић, инструкторка школе за нудиље и дипломирана медицинска сестра, изгубила је живот спасавајући ученице у бомбардовању Београда..
1941.	Злата Гавриловић, дипломирана медицинска сестра и инструктор у школи, погинула је пружајући помоћ рањеницима приликом бомбардовања Београда.
1942.	Даринка Несторовић, болничарка - партизанка, жртвовала је свој живот како не би пала у руке непријатељима.
1942.	Десанка Станић, медицинска сестра, као партизански борац погинула у Бокоту.
1943.	Анђелка Косановић, болничарка, убијена 1943.
1943.	Лепа Радић, болничарка, била је најистакнутија у организовању збегова. Организовала је извлачење рањеника и помоћ колонама банијских избеглица.
1944.	У Београду су се плански отварале ниже и средње школе за здравствене раднике различитих профила.
1950.	Министарство здравља Федеративне Народне Републике Југославије доноси одлуку о оснивању већег броја медицинских школа.
1952.	Виша школа за медицинске сестре Црвеног крста Југославије
1972.	Душица Спасић, медицинска сестра, преминула негујући болеснике од вариоле вере.
1977.	Михаела Терзић написала је прва скрипта о нези болесника и организацији службе. Једина добитница медаље „Флоренс Најтингел“ за допринос развоју здравствене службе.
2004.	Установљена је награда за најбољу медицинску сестру „Душица Спасић“.

Данас у Србији, поред средњих медицинских школа, постоје Високе струковне школе као и Факултет здравствене неге, на којима се медицинске сестре у Србији образују и стичу високу школску спрему.

2. Циљеви истраживања

1. Проценити ставове МСЗТ о донацији органа и завештању истих.
2. Испитати повезаности социјално-демографских карактеристика и ставова МСЗТ.
3. Проценити каква су знања МСЗТ о трансплантацији и завештању органа.
4. Испитати да ли постоје разлике у ставовима МСЗТ у односу на образовање и дужину раднога стажа.
5. Испитати утицај осталих карактеристика МСЗТ на формирање њиховог става према завештању и донацији органа.

3. Хипотезе истраживања

1. Медицинске сестре и здравствени техничари имаће позитиван став о трансплантацији органа, али не и о завештању истих.
2. Постоји повезаност социјално-демографских карактеристика и ставова МСЗТ према трансплантацији и завештању органа.
3. Образовање и дужина радног стажа ће утицати на формирање позитивних ставова МСЗТ према трансплантацији и завештању органа.
4. Постоји значајан утицај медија, вероисповести, традиције и обичаја на формирање става МСЗТ о донацији и завештању органа.

4. Методологија

4.1. Врста студије

За испитивање ставова и знања МСЗТ биће примењена студија пресека, уз коришћење три методе: упитника, фокус групе и Делфи технике.

4.2. Популација која се истражује

У овом истраживању анализираће се репрезентативни узорак медицинских сестра и здравствених техничара, оба пола, у периоду од 1. новембра 2013. до 1. новембра 2014. године. Критеријум за укључивање у испитивану групу биће да су МСЗТ запослене(и).

Примењени инструменти – упитник

Сви испитаници биће анкетирани под истим условима. Анкетни упитник биће састављен из три дела. Први део за прикупљање информација о полу, узрасту, брачном стању, вероисповести, образовању као и дужини радног стажа (6 питања). Други део упитника сачињаваће питања о знањима МСЗТ (18 питања), док ће трећи део упитника сабињавати питања о ставовима МСЗТ (25 питања) — прилог бр. 1. Питања су затвореног типа (дихотомна и структурирана) и укупно их је 49. Анонимни је упитник за самопопуњавање. Дизајнирао је студент који пријављује ову тезу, и претходно га је валидирао у пилот истраживању [178].

Фокус група: Биће формирана једна фокус група од 9 чланова, која ће се састати 2-3 пута. Чланови фокус групе ће бити: медицинска сестра са средњим образовањем и мање од 10 година радног искуства, медицинска сестра са вишим или

високим образовањем и мање од 10 година радног искуства, медицинска сестра са средњим образовањем и више од 10 година радног искуства, медицинска сестра са вишим или високим образовањем и више од 10 година радног искуства, здравствени техничар са средњим образовањем и мање од 10 година радног искуства, здравствени техничар са вишим или високим образовањем и мање од 10 година радног искуства, здравствени техничар са средњим образовањем и више од 10 година радног искуства, здравствени техничар са вишим или високим образовањем и више од 10 година радног искуства и председник струковног удружења МСЗТ. Разговори у оквиру фокус групе ће бити аудио-визуелно снимани и посебан помоћник ће водити белешке. Концептуализација фокус групе ће се обавити уз помоћ и рецензију ментора.

Делфи техника: Учесници у овом делу истраживања ће бити главне сестре свих болничких установа у Србији, а пут комуникације ће бити електронска пошта. За концептуализацију истраживања Делфи техником ће бити искоришћени резултати фокус групе и истраживања помоћу упитника. Делфи техника је процедура у којој се укључују стручњаци кроз панел дискусију, при чему се дистрибуирају упитници и користе повратне информације у циљу постизања групног консензуса о одређеној теми. Као интуитивна квалитативна метода Делфи техника омогућава добијање групног експертског мишљења. Ова техника нам омогућава процену социјалних потреба, нарочито ставова, знања и информисаности о некој теми. Делфи техника се до сада ретко користила за утврђивање заједничког става о завештању и трансплантацији органа.

Начин прикупљања и обрада података Делфи техником:

За постизање консензуса коришћен је упитник подељен на три дела: први део односио се на добијање социодемографских података, други део садржао је питања за процену знања и информисаности, док се трећи део базирао на формирању ставова. Сва питања о ставовима су повезана, где је сваки наредни формиран на основу претходног. Испитивање ставова о завештању органа и трансплантацији спроведено је кроз сет питања са тематиком о промоцији завештања органа, о свакодневним пословима учесника, затим о постојању жеље да се стичу и примене нова знања и усавршавања о етици у трансплантологији. Сви испитаници били су

обавештени о сврси испитивања као и да ће њихови одговори бити анализирани и употребљени у научне сврхе за израду дисертације и научних публикација. Испитаници су учествовали анонимно односно име је било познато само истраживачима. Да би се избегле грешке и добили адекватни подаци коришћен је модификован, а за потребе нашег истраживања, водич COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*). Испитаници дају одговоре на питања упитника у више кругова испитивања, а сваки круг је усавршен на основу повратних информација из претходне верзије. Рунде су се настављале све док се не постигне консензус. Консензус је дефинисан као најмање 70% идентичних позитивних или негативних одговора по свим тачкама истог ранга (групе питања). Ово је у складу с препорученим показатељима квалитета за студије Делфи [Norman Dalkey, Olaf Helmer][Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, et al.]. Први део истраживања односио се на следеће податке: пол, ниво образовања, дужина радног искуства, брачни статус, вероисповест, место живљења, да ли су добровољни даваоци крви као и да ли поседују донорску картицу. У другом делу истраживања учесници су попуњавали тест знања који је део анкетног упитника и оцењивани су за сваку изјаву користећи ознаку 1 или 2, у зависности какав одговор су учесници дали о трансплантацији и завештању органа, те је за тачан одговор додељен број 1, а за нетачан одговор број 2. У трећем делу испитивања испитани су ставови о трансплантацији. Социодемографске карактеристике испитаника су приказане у табели 1. Сви учесници истраживања су дали одговоре на сва постављена питања. Обрада података извршена је помоћу СПСС програма.

Начин прикупљања и обрада података Фокус група

Анализа добијених података вршена је користећи принципе основане теорије и тематских анализа, кодираних транскрипта на концептима који су идентификовани и индуктивни из добијених података. Да би се избегле грешке и добили адекватни подаци коришћен је модификован водич COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*). Имена учесника позната су истраживачима, а за сваког учесника додељена је шифра ради лакше обраде података У1, У2, У3, У4, У5 (слово У је учесник и насумично додељен му број 1,2,3,4,5.).

4.3. Узорковање (начин избора испитаника)

У студију ће бити укључени медицинске сестре и здравствени техничари који раде у државном здравственом систему Србије. Узорак ће бити изабран по принципу кластера: прво ће се методом случајног избора одредити здравствене установе које ће ући у истраживање, а затим ће се у оквиру сваке здравствене установе такође методом случајног избора одредити МСЗТ који ће бити анкетирани. Учесници у фокус групи ће бити одабрани међу учесницима анкете који су показали екстремне одговоре.

4.4. Варијабле које се мере у студији

У истраживању су коришћене независне варијабле:

а)Пол:

б)Место становања:

в)Брачно стање:

г)Образовање:

д)Дужина радног стажа:

е)Вероисповест:

Зависне варијабле: Ставови и знања МСЗТ о трансплантацији и завештању органа.

Оне су изабране на основу доказа и података из литературе, као и мишљења истраживача о њиховој значајности. Трансформисане варијабле, које су коришћене у истраживању заједно са категоријама и кодовима, приказане су у прилогу бр 1. Сваком понуђеном одговору додељен је број у виду кода.

4.5. Снага студије и величина узорка

Величина узорка је израчуната на основу формуле $n = (1.96)^2 \times 4 p(1-p)/d^2$, где је n – број испитаника у једној групи, p – очекивана процентуална заступљеност једне од вредности дихотоме варијабле у популацији (као фракција од 1), **1.96** означава ниво поверења од 95% (тј. вредност алфа), и d – жељена ширина интервала поверења. Очекивана снага студије је 80% при двосмерној употреби таблица контингенције.

Према истраживању међу медицинским сестрама у Катару^{*}, само 20,2% испитаница је имао позитиван став према донацији бубрега члану породице. Уз такав проценат и

ширину интервала поверења од $\pm 10\%$, потребна величина узорка према горњој формули је 248 испитаника.

4.6. Статистичка обрада података

За описивање испитиване популације користили би мере централне тенденције (аритметичка средина и медијана), мере варијабилитета (стандардна девијација – SD) и релативне бројеве (проценте). Континуиране варијабле приказали би као средњу вредност $\pm$ SD, а категоријске варијабле као учесталост и проценте. Тестови статистичке значајности (t-test и χ^2 test) биће коришћени за анализирање разлика у вредностима континуалних варијабли између група. Средњи скорови сваког инструмента биће израчунати за све испитанике, а разлике међу њима процењиваће се помоћу t-testa и ANOVA-е, под условом да су подаци нормално дистрибуирани. Ефекат различитих фактора на став испитаника о трансплантацији ће бити процењен бинарном логистичком регресијом.

Место и време спровођења анкетног упитника

Подељено је 35 анкетних упитника и исти број попуњених упитника је враћено након завршеног континуираног медицинске едукације (КМЕ) програма едукације акредитованог за медицинске сестере бр.153-02-535/2014-01 под редним бр.Д-1-436/14, дана 29.4.2014. од стране Клиничког центра Србије, Клиника за гастроентерологију и хепатологију, организатор Центар за научноистраживачки рад, образовно-наставну делатност и људске ресурсе, Београд.

Подељено су 124 анкетна упитника и исти број попуњених је враћено. Након завршеног акредитованог стручног скупа КМЕ програма од стране Уружења медицинских сестара и техничара примарне здравствене заштите Србије акредитованог под редним бр.Д-1-760/14 одржан у оквиру Интерсекциског скупа у Брзећима од 11.-13.04.2014.

Подељена су 32 анкетна упитника и исти број попуњених је враћених, у оквиру КМЕ за медицинске сестре техничаре у организацији Удружење медицинских сестара и техничара Клиничког центра Србије, удружење Сестринство, акредитованог под редним бр. Д-1-296/14 и Д-1-286/14 одржан у просторијама удружења у Београду 19.јуна 2014.

¶ Alsaied O.Bener A. Al-Mosalamani Y. Nour B.Knowledge and attitudes of health care professionals toward organ donation and transplantation. Saudi J Kidney Dis Transpl. 2012;23(6):1304-10

Подељена су 73 анкетна упитника и исти број попуњених је враћених, након завршеног акредитованог Конгреса Удружења интензивних нега, реанимације и анестетичара Србије (УИНАРС) акредитованог под редним бројем 153-02-1979/2014-01 D-1-1667/14 одржаног од 26 — 28.9.2014. у Нишу.

Укупно је подељено 264 анкетних упитника и исто толико попуњених је враћено.

Делфи техником извршено је анкетирање 27 главних медицинских сестара и техничара са клиника или одељења: КЦС Клиника за хематологију; КЦС Клиника за алергологију и имунологију; КЦС Клиника за гинекологију и акушерство; КЦС Клиника за грудну хирургију; КЦС Клиника за оториноларингологију и максиларнофацијалну хирургију; КЦС Клиника за неурологију; Клиничко болнички центар Звездара Клиника за Ортопедију; Здравствени центар Крушевац Јединица интензивне неге; Општа болница „Стефан Високи“ Смедервска Раланка, одељење хирургије; Универзитетска дечија клиника Тиршова, Клинички центар Ниш Клиника за инфективне болести; Клинички центар Крагујевац хирушка интензивна нега; Институт за здравствену заштиту мајке и детета „др Вукан Чупић“; Здравствени центар Air Serbia; Дом здравља Нови Београд; Дом здравља Раковица; Дом здравља Шабац; Дом здравља Суботица; Дом здравља Куршумлија; КЦ Нови Сад Клиника за абдоминалну хирургију; КЦ Нови Сад, јединица интензивне неге; КЦ Нови Сад Клиника за неурохирургију; КЦ Нови Сад Клиника за пластичну хирургију; КЦ Нови Сад Клиника за нефрологију одељење за хемодијализу; КЦ Нови Сад Клиника за ортопедију; Ургентни центар Нови Сад Одељење ургентне хирургије; КЦ Нови Сад Клиника за имунологију; КЦ Нови Сад Клиника за ендокринологију; КЦ Нови Сад Клиника за гастроентерологију и хепатологију; КЦ Нови Сад Клиника за хематологију. Истраживање је спроведено у периоду од 24.9. до 13.12.2014.године.

Место и време спровођења фокус групе

Испитаници су бирани са одељења на којима се врше трансплантације и припрема болесника за трансплантацију органа, ткива и матичних ћелија, тако да су учесници са Клинике за хематологију Кабинет за трансплантацију коштане сржи и матичним ћелијама, Центар за трансплантацију органа Ургентног центра Клиничког

центра Србије, Одељење трансплантационе хепатологије Клинике за гастроентерологију и хепатологију. Вођена је једна фокус група у две сесије, прва у трајању од 1 сат и 9 минута, друга сесија у трајању од 1 сат и 26 минута. Предвиђена група испитаника састала се у сали за састанке у оквиру библиотеке у Клиничком центру Србије на Клиници за Гастроентерологију и хепатологију. Ради добијања оптималног броја одговора позвано је 8 учесника. Одазвало се 5 учесника. С обзиром на то да није било могуће наћи довољан број испитаника мушког пола, састанак групе је одржан у складу са могућностима. Узорковање је озвршено на основу доминантног начина (*purposeful sampling*). Заједничко свим учесницима је трансплантација органа. Група је хомогеног типа. Сви учесници у благовремено и систематично припремљени за дискусију на тему трансплантације.

Методологија Фокус групе

План испитивања и регрутовање учесника

Дискусију је водио модератор (главни истраживач) уз присуство записничара, а све је снимљено аудио записом (диктафоном). У оквиру теме дискусије утврдили смо четири подтеме: општи подаци испитаника, знање испитаника, ставови испитаника и свакодневна пракса испитаника у вези са трансплатацијом и завештањем органа. Учесници су имали право да дају друге подтеме и да аргументују у складу са главном темом. Разговор је вођен по питањим из анкетног упитника.

Прикупљање података

Први састанак одржан је са циљем упознавања учесника, образложењем који је циљ окупљања, добијања писане сагласности од стране учесника, затим попуњавање општег дела упитника као и првог дела истраживања који се односи на процену знања о трансплатацији органа. Сваки учесник добио је писано образложење о сврси и начину истраживања. Да би се осигурала уравнотеженост истраживања и доминација било ког члана групе, модератор је активно и подједнако мотивисао све учеснике дискусије да изразе своје став. Социо-демографска дистрибуција учесника Фокус групе приказана је у табели број 4.

Анализа података

Преглед квалитета транскрипта (аудио записа и белешке записничара) урађене су одмах по завршеној сесији. Извршена је идентификација унутар групе свих појединачних одговора. Уколико би више учесника дало исти или сличан одговор, третирали смо то као један. Користили смо калитативну тематску анализу садржаја, темељно претраживање транскрипта, идентификовали смо доминатне ставове и теме. При анализи података придржавали смо се принципа: систематичности, секвенцијалности, проверљивости и континуираности.

5. Резултати истраживања*Добијени резултати у Фокус групи*

Сви учесници Фокус групе били су женског пола, живе у граду и нико не поседује донорску картицу (100%). Доминантно образовање учесника била је средња медицинска школа 90%, а исти проценат учесника није добровољни давалац крви. Брачно стање учесника је: 60% није имало брачног партнера и 40% у браку. Са Законом о трансплантацији и завештању органа упознато је 40% испитаника. Просечна дужина радног стажа испитаника била је 18,8 година (са најмање радног стажа био је један учесник (2 године), а највише 30 година. Резултати су приказани у табели бр. 4. Резултати првог састанка Фокус групе систематизовани су у табели бр 5, док су резултати другог састанка систематизовани и приказани у табели бр. 6.

Табела 4.

1	Живим у	Граду	5 (100%)
		Варошици	0
		Селу	0
2	Ваше брачно стање?	Слобод/на/ан	3(60%)
		Вере/на/н	0%
		У браку	2(40%)
		Удов/ица/ац	0%
3	Ваш ниво образовања?	Средња медицинска школа	4(90%)
		Виша/Висока медицинска школа	1(10%)
		Струковна специјализација	0
		Сестрински факултет	0
4	Ваш ниво образовања?	Израчунат просек	18,8 година
5	Да ли сте добровољни давалац крви?	Да	1(10%)
		Не	4(90%)
6	Да ли поседујете донорску картицу?	Да	0
		Не	5(100%)
7	Да ли сте упознати са Законом о трансплантацији и завештању органа?	Да	2(40%)
		Не	3(60%)

Табела бр. 5 резултати првог састанка Фокус групе:

Систематизоване категорије питања:	
Питање(знања):	Специфичне изјаве учесника класификоване у овој категорији
О можданој смрти:	Мислим да је ЕЕГ довољна дијагностичка метода за постављање дијагнозе мождане смрти(У1,У5).
	Мождана смрт настаје онда када дође до повреде можданог стабла(У2,У3).
	Немам сумње и верујем у постављену дијагнозу мождане смрти(У1,У2,У3,У4,У5).
	Настанак коме услед мождане смрти, тај пацијент неће се никада опоравити(У1).
	Установљена мождана смрт нема добру прогнозу за опоравак болесника(У2,У3,У4).
О давању и примању органа:	
	Родбину треба питати за сагласност о давању органа од пацијента чим се успостави дијагноза мождане смрти(У2,У3,У5).
	Од једног давоца који је мождано мртав може више болесника да се трансплантира(У1,У2,У3,У4,У5).
	Орган може донирати и жива особа (У1,У2, У3,У4,У5)
	Да би неко примио орган, давалац мора имати исту крвну групу(У3,У4,У5).
	У случају да ми је потребна трансплантација била бих сагласна да примим орган(У1,У2,У3,У4,У5).
О трансплантацији:	
	У нашој држави ради се трансплантација јетре,бубрега и срца, а могу се трансплантирати и други органи(У1,У2,У3,У4).
	Малолетна лица могу бити даваоци и примаоци органа уз сагласност родитеља(У2,У3)
	Трансплантација је крајњи третман лечења појединих болести(У2,У4,У5).
	Свака трансплантација носи ризик од нежељених дејства након трансплантације(У1,У2,У5).

Закључак првог састанка Фокус групе

Учесници су показали завидан ниво знања и информисаности о трансплантологији. Сматрају да је трансплантација последњи метод лечења код терминалних фаза болести и немају сумњу да ће после трансплантације болесник имати лош квалитет живота. Учесници су вољни да, уколико им је потребан орган, исти и приме али не и да донирају

Табела бр 6. Резултати фокус групе(други састанак):

Систематизоване категорије питања:	
Питање(ставови):	Специфичне изјаве учесника класификоване у овој категорији
Да ли сте причали са члановима породице о завештању или донацији органа?	Причала сам породицом да, уколико би ми се нешто десило или ми се констатује мождана смрт, они дају сагласност за донацију мојих органа(У3,У4).
	Никада не бих завештала органе за живота(У1,У3,У4,У5).
	Орган бих увек донирала за супруга, дете или неког од ужих чланова породице(У1,У2,У3,У4,У5).
	Не бих донирала орган за болесника којег не познајем нити ми је члан породице (У1,У2,У3,У4,У5).
Давање крви и коже	
	Добровољно бих дала крв само када бих знала коме је та крв неопходна(У2,У3,У5).
	Кожу никада не бих дала а да није члан моје породице(У1,У3,У4).
Зашто не би сте дали кожу, када се и она регенерише попут крви?	Зато што је процедура давања коже болна(У1).
	Из естетских разлога. Не бих волела да имам ожиљке(У3,У4,У5).
У случају да је болеснику потребна трансплантација, да ли може да купи орган?	
	Не би требало, мада мислим да се то ради(У1,У2,У3,У4).
	Плашим се да причам на тему куповине органа(У1,У2,У3,У4,У5).
Зашто има више оних којима је потребан органа од оних који су завештали органе?	
	Зато што није довољна обавештеност народа о трансплантацији(У2,У5).
	На завештање органа у нашем народу имају утицај вера и црква(У1,У5).
Који су фактори који утичу на недовољно завештање органа и донацију истих?	
	Мислим да је утицај и став цркве као институције један од фактора(У1,У4,У5).
	Религија је утицајни фактор. Поједине религије нису присталице донације органа(У1,У2,У4).

Да ли ви имате искуство са болесницима који због религије одбијају лечење?	
	Да, често се дешава да пацијент неће да прими крв зато што му то вера не дозвољава(У1,У2,У3).
	Породица, такође неће да да пристанак да болесник добије крв када је болесник у коми(У1,У2).
	Породица и фамилија одбијају да добровољно дају крв за болесника(У2,У3,У4).
Да ли знате какв је став православне, католичке и муслиманске цркве у нашој земљи?	
	Мислим да је православна црква дала сагласност али то није довољно гласно речено да би наш народ то и знао(У2,У3).
	Не бих знала какав је став католичке цркве(У2,У4,У5).
	Муслиманска црква забрањује трансплантацију(У1,У2,У3).
Да ли постоје још неки фактори које би ви дефинисали као утицајне на слаб одазив завештања органа?	
	Обичаји у нашем народу да се покојник сахрани у целости(У1).
	Када се неко сахрани без органа отићи ће у рај без органа, а то неваља(У4,У5).
	Предрасуде из којих произилазе поједини обичаји када је неко болестан и када неко умре(У1,У3,У4).
	Незнање и неинформисаност у народу доводи до заблуда(У1,У2,У3,У4,У5).
	Лоша или непријатна искуства појединаца, утичу на друге да незавештају органе(У2,У3).
Да ли би сопственим примером потписивања донорске картице допринели да и други то учине?	
Разлози?	Не!(У1,У3,У4,У5)
	Плашим се јер не бих знала коме би моји органи били дати(У2,У5).
	Немам поверења у здравствени систем(У1,У2,У3,У4).
	Нисам сигурна у државне институције(У3).
Ко би могао да својим примером утиче на већи одазив потписивања донорске картице?	
	Певачице, глумци и глумице и тренутно популарне личности у нашој земљи(У4).
	Популарне личности из света естраде у свету(У1,У2).

Ако би нека наша јавна личност, нпр. премијер потписао донорску картицу, да ли би тада и ви потписали?	
	Мислим да је то политичарима само маркетинг и да је то обмана(Y2).
	Можда би за друге људе то било добро, ја не бих у то веровала и на мене не би то имало утицаја(Y2,U3,U5).
Они који завештају органе да ли би требало да имају неке бенефиције и које?	
	Било би добро да им се смањи порез(Y4).
	Да, то би можда био разлог да више људи потпише картицу(Y1,U3,U5).
	Бенефиције у смислу да не плаћају партиципацију за лекове и лечење(Y2,U4,U5).
У раду са болесницима који су кандидати за трансплантацију да ли вам то представља психичко или физичко оптерећење?	
	Не представља ми физичко оптерећење(Y1,U3,U5).
	Физичко оптерећење једино када је болесник у коми, а нема довољно колегиница. У том смислу представља(Y2,U4,U5).
	Понекад су болесници млади и тешко болесни, тако да често размишљам о њима и код куће(Y2,U3,U4,U5).
	Буде тешких психичких момената и са болесницима их заједно проживљавам(Y1,U4,U5).
У раду са болесницима који су кандидати за трансплантацију или су већ трансплантирани, од кога добијате информације о нези таквих болесника?	
	Никада у свом школовању нисам учила о трансплантацији и нези таквих болесника(Y1,U2,U3,U5).
	Само кратко и врло мало док сам студирала Високу медицинску школу(Y4).
	Све о нези и лечењу учили смо кроз свакодневни рад и од лекара(Y1,U2,U3,U5).
	Читала сам на интернету и питао искусније колегинице(Y3,U4).
	На мојој клиници било је пар стручних састанака и са њих смо добили доста информација(Y1,U2).
	Наши болесници су изузетно информисани од стране лекара и много је лакше такве болеснике неговати(Y2).

Да ли бисте волели да своје знање надоградите формалним или неформалним образовањем?	
	Изузетно бих волела да чујем нова сазнања у трансплантологији(Y2,Y3,Y5).
	Волела бих да студирам нешто где би се уско специјализовала за негу у трансплантологији(Y4).
	Волела бих да има више стручних састанака на којима бисмо сви могли да научимо нешто ново из трансплантација(Y1,Y2).
Ако би се десило да имате пацијента који је можда мртав и његова породица изрази жељу да да сагласност за донацију органа, да ли бисте знали где да их упутите?	
	Мислим да бих знала. Ургентни центар има запослене који се тиме баве(Y3).
	Нисам сигурна(Y1,Y4,Y5).
	Послала бих код неког од наших лекара(Y2).

Закључци Фокус групе

Нико од учесника дискусије нема донорску картицу, мада су разговарали са члановима своје породице о давању органа. Орган би донирали само члану породице јер немају довољно поверења у здравствени систем наше земље. Алтруизам је доминантан само према рођеном детету. Сем неповерења, фактори који утичу на донацију и завештање органа учесници су издвојили разне културолошке, верске препреке, као и недовољно пружених информација у јавности о значају трансплантације. Личним примером завештања органа не би било довољно да се повећа број донора. Сматрају да је донација лични избор и да на доноре не би требало да утиче здравствено особље. Учесници верују да би утицај јавних личности, где би сопственим примером завештали органе, довело до повећања потписивања донорских картица у народу али не и код њих. Страх и неповерење су основни разлози код испитаника због кога немају донорску картицу. Учесници сматрају да је пожељно законски регулисати давање одређених бенефита особама које су завештале или донирале органе. Медицинска сестра нема значајну улогу у промоцији органа, јер сестринство као професија није довољно медијски атрактивно и слабо је заступљено у средствима јавног информисања. Недостатак развијања јавне свести један је од узрока недовољних донација. Учесници групе исказали су

заједнички став да им представља физички напор неге болесника који су реципијенти или су већ трансплантирани, а разлог томе је недостатак кадра и сарадника који би им у томе помагали. Спремност за усавршавање и жеља за усвајањем нових знања из области трансплантологије, а са циљем примењивањем истог у пружању здравствене неге, учесници су исказали позитиван став. Мада су учесници групе показали завидан ниво знања, ипак нису били довољно информисани те не би знали где да упуте оне који би завештали или донирали органе.

Добијени резултати Делфи техником

Глави критеријум одређивања екперта тј. испитаника у студији је да је испитаник главна медицинска сестра-техничар одељења или целе установе. У овом истраживању учествовало је 26 главних медицинских сестара и 1 главни медицински техничар, од чега је већина 14 (51,9%) са завршеном Вишом или Високом медицинском школом, док је свега 8 (29,6%) са факултетским образовањем, а функцију главних сестара са средњом медицинском школом вршило је њих 5 (18,59%). Највећи број испитаника живи у граду 24 (88,9%). У брачној заједници живи 17 (63%) испитаника док је мањи број испитаника без партнера 5 (18,5%) и 4 (14,8%) који су верени Удов/ица/аца није било. Већи број учесника у панелу били су православне вероисповести 26 (96,3%). Просечна дужина радног стажа испитаника је 23 године. Од укупно 27 учесника, 13 (48,1%) нису добровољни даваоци крви, док једнак број учесника добровољно даје крв 6 (22,2%), а понекад 6 (22,2%). Најмањи број учесника изјаснило се да би дали крв само ако затреба неком од њиховх ближњих 2 (7,4%). Већина учесника није упозната са Законом о трансплантацији 21 (77,8%) док је њих 6 (22,2%) упознато.

У табели 2 приказани су резултати теста знања где су учесници показали висок ниво знања одговарајући тачно на постављена питања, 13 од 18 (бр. питања са тачним одговорима 1,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15,17,19) мада постоји и мањи број учесника који су на иста питања дали погрешан одговор након теста знања чијем смо раду приступили у трећем делу испитивања серијом питања о ставовима, а у вези са завештањем органа и трансплантацији.

Да је улога медицинске сестре веома важна у промоцији и завештању органа постигнут је концензус (81,5%), а да је важна и улога медија у промоцији сагласило се 92,6% испитаника. Такође, испитаници сматрају да црква има значајну улогу у промоцији завештања органа (66,7%), и да утицај вероисповести има важност на утицај на доношење одлуке о завештању органа (70,4%) док промовисање завештања органа само у професији медицинских сестара техничара и лекара није од битне важности (85,2%). Концензус није постигнут око питања да ли би изучавањем трансплантологије у школама помогло већем одазиву у завештању органа.

Трећи део испитивања односи се на ставове о свакодневној пракси медицинских сестара и техничара. Да је нега можда мртвог пацијента психичко оптерећење за медицинске сестре усагласили су се чланови панела (92,6%) али и да им није проблем да спроводе негу над таквог пацијента (85,2%). Консензус је постигнут на питање да ли би знали да ожалосћену породицу, која би дала сагласност за донацију органа, упуте на „права врата“ (85,2%). Информације о нези пацијената као и давању истих за негу у кућним условима није постигнут коцензус јер сматрају да немају довољно знања као и да немају довољно информација како пружити адекватну негу трансплантираном пацијенту те се држе упутства лекара (37%), мада сматрају да би било од великог значаја да медицинска сестра даје информације о начину даље неге и понашања трансплантираним пацијентима (66,7%). Код учесника панела постигнут је концензус о жељи да имају више информација о завештању органа као и о самој трансплантацији (81,5%). Такође су позитивног мишљења да би волели да усавршавају своје знање (88,9%).

У делу испитивања ставова о етичности, учесници панела изјаснили су се да је етички питати родитеље ретардираног лица да дају сагласност о донацији органа и ту је постигнут концензус (70,4%), али исто тако сматрају да је од великог значаја пружање подршке породици донора (77,9%). Показати сопственим примером да је битно завештати органе постигнут је концензус (66,7%), мада од свих учесника панела донорску картицу имају 14,8%. Од укупног броја учесника (N=27) панела, половина није разговарала са својом породицом о завештању органа (48,1%), али уколико би им била потребна трансплантација прихватило би исту (96,3%).

Учесници сматрају да би требало да сви који завештају органе имају бенефиције у односу на лечење и трансплантацију, за разлику од оних који то нису учинили (63%). Бенефиције које наводе биле би: боље здравствено осигурање, смањено време чекања на преглед и дијагностику те да приме орган они који су и завештали.

Сви учесници студије су комплетирали све делове упитника, што је допринело значајности валидације истраживања. Кроз први део упитника добили смо социодемографске податке, у другом делу добили смо процену знања и информисаности о завештању и трансплантацији органа, док у трећем делу упитника није било много нових идеја и коментара који би проширило даље истраживање кроз следећи сет питања о ставовима. Овом техником смо постигли добијање одговора и сумирање ставова на задату тему. Поједини искази су били веома нејасни и лоше дефинисани, па се о њима није могла дати повратна информација нити су узети у даљу обраду.

Добијени резултати коришћењем анкетног упитника приказани су у табелама од бр. 7 до 16.

Из приказаних резултата видимо да у узорку има 58 мушкараца (22%) и 206 (78%) жена, који укупно чине 264 испитаника. У испитаној популацији доминира средње медицинско образовање 170 (64,4%), а затим са вишом 66 (25%), па са високом струковном 21 (8%), а најмање са факултетским образовањем 7(2,7%). Према добијеним резултатима видимо да већина испитаника живи у градском окружењу, 218 од укупно 264. На питање о брачном статусу највише испитаника је било у браку 149 (56,4%), затим слободних 59 (22,3%), верених 43 (16,3%), док је најмање било разведених 9 (3,4%) и удов/ица/аца 4 (1,5%).

Доминантна вероисповест испитаника је православна 230 (87.1%), католичка 22 (8,3%), исламски 12(4,5%) док се за друге вероисповести није изјаснио ниједан испитаник. Дужина радног стажа испитаника: до 5 година био је 61 (23,1%) испитаник, док је приближан број испитаника радио од 5 до 10 година 79 (29,9%) и од 10 до 20 година 78 (29,5%), од 20 до 30 година радног стажа било је 25 (9,5%) испитаника, а најмање их је било са преко 30 година радног стажа 21 (8%). На питање: Да ли сте добровољни давалац крви? негативно је одговорило 145 (54,9%),

позитивно 65 (24,6%), понекад 43 (16,3%) и само у случају да затреба неком ближњем 11 (4,2%) (Табела бр. 7).

Табела бр. 7 Социодемографска дистрибуција испитаника

Социодемографија	Укупно (n=264)	Мушки (n=58)	Женски (n=206)
Пол			
Мушки	58 (22.0%)	58 (22.0%)	206 (78%)
Женски	206 (78%)	/	/
Образовање			
Средња медицинска школа	170 (64.4%)	33 (12.5%)	137 (51.9%)
Виша медицинска школа	76 (24.9%)	16 (6.1%)	50 (18.9%)
Висока медицинска школа	21 (7.9%)	4 (1.5%)	17 (6.4%)
Факултет	7 (2.7%)	5 (1.9%)	2 (0.8%)
Живим у...			
Граду	218 (82.5%)	50 (18.9%)	168 (63.6%)
Варошици	33 (12.5%)	4 (1.5%)	29 (11%)
Селу	13 (4.9%)	4 (1.5%)	9 (3.4%)
Брачно стање			
Слободан	59 (22.3%)	14 (5.3%)	45 (17.0%)
Верен	43 (16.3%)	11 (4.2%)	32 (12.1%)
У браку	149 (56.5%)	30 (11.4%)	119 (45.1%)
Разведен	9 (3.4%)	3 (1.1%)	6 (2.3%)
Удовица/ац	4 (1.5%)	0 (0%)	4 (1.5%)
Вероисповест			
Православна	230 (87.1%)	50 (18.9%)	180 (68.2%)
Католичка	22 (8.3%)	5 (1.9%)	17 (6.4%)
Муслиманска	12 (4.5%)	3 (1.1%)	9 (3.4%)
Дужина радног стажа			
До 5 год.	61 (23.1%)	16 (6.1%)	45 (17.0%)
Од 5 до 10 год.	79 (30.0%)	21 (8.0%)	58 (22.0%)
Од 10 до 20 год.	78 (29.5%)	14 (5.3%)	64 (24.2%)
20 до 30 год. радног стажа	25 (9.5%)	6 (2.3%)	19 (7.2%)
Преко 30 год. радног стажа	21 (8.0%)	1 (0.4%)	20 (7.6%)
Да ли сте добровољни давалац крви?			
Да	65 (24.6%)	18 (6.8%)	47 (17.8%)
Не	145 (54.9%)	34 (12.9%)	111 (42.0%)
Понекад	43 (16.3%)	6 (2.3%)	37 (14.0%)
Ако неком ближњем затреба	11 (4.2%)	0 (0%)	11 (4.2%)

Резултати добијени анкетним упитником

Резултата процене ставова о завештању органа

Већина испитаника изјаснила се да медицинске сестре техничари имају значајну улогу у промоцији завештања органа 198 (75%), док њих 66 (25%) сматра супротно.

Став да је тешко психичко оптерећење неговати кадавера од стране медицинских сестара изјаснило се 193 (73,1%) док је мање њих рекло супротно 71 (26,9%). Скоро једнак број испитаника дао је одговор да би знали уколико би ожалосћена породица хтела да донира органе да их упутим на права „врата“ 138 (52,3%) а супротно 126 (47,7%). Да медицинске сестре не би знале да дају информације о нези пацијента који су трансплантирани у кућним условима изјаснило се 160 (60,6%) испитаника, док би знало 104 (39,4%). Да медији имају значајну улогу у формирању става о завештању органа сматра 221 (83,7%) док је мањи број испитаника супротног мишљења 43 (16,3%). Уколико би им била потребна трансплантација, највећи број испитаника би прихватили туђ орган 251 (95,1%) док свега 11 (4,2%) одговорило је негативно. Да би било добро да они који завештају органе имају одређене бенефиције сматра 194 (73,5%) испитаника, док мањи број испитаника сматра супротно 70 (26,5%). Да вероисповест има утицај на завештање органа рекло је 210 (79,5%) испитаника, док то не сматра 54 (20,5%) испитаника. Уочен је позитиван став испитаника да је етички питати породицу ретардираног лица кпме је констатована мождана смрт да завешта органе изјаснило се 172 (65,2%) док мањи број испитаника сматра да то није етички 92 (34,8%). Од укупно 264 испитаника 120 (45,5%) сматра да би им представљао проблем да негују болесник а који је мождано мртава док скоро исти број испитаника сматра супротно 144(54,5%). Трећина испитаника сматра да би верске организације требало да буду укључене у промоцију завештања органа 177 (67,0%) док остали мисле супротно 87 (33%), Да не треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара техничара и лекара сматра 221 (83,7%) док 43 (16,3%) сматра да треба. На питање: Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о

заживотном завештању ткива и органа за пресађивање? Позитиван одговор дало је 117 (44,3%), а негативан 147 (55,7%). Жељу о постојању стручног усавршавања из области трансплантологије изјавило је 225 (85,2%) док мањи број испитаника не би волело да се усавршава 39 (14,8%). Нико од испитаника не поседује донорску картицу. Да медицинске сестре имај значајну улогу у давању информација трансплантираном пацијенту о начину живота сматра сматра 131 (49,6%) испитаник, док је 93 (35,2%) сматрало да је делимична значајност, да сестра не даје информације изјаснило се 28 (10,6%), а да нема значај рекло је 12 (4,5%). Информације о нези трансплантираног пацијента медицинске сестре добијају највише од лекара 97 (36,7%), затим са интернета 38 (14,4%), потом од главне сестре 25 (9,5%) испитаника, а са стручних састанака 25 (9,5%), док је било и одговора да је нега иста за све пацијенте 7 (2,7%). Значајан број испитаника се информише од лекара, главне медицинске сестре, на стручним састанцима и са интернета 72 (27,3%). Да немају довољно информација о животу трансплантираних пацијената рекло је 239 (90,5%) испитаника, док се мањи број изјаснио супротно 25 (9,5%). Да је подршка породици донора од значаја сматра 111 (42%), да је од великог значаја 117 (44,3%), од средњег значаја 29 (11%), да им није потребна подршка 4 (1,5%), а да подршка није битна изјаснило се 3 (1,1%). На питање: Да ли знате где бисте могли да добијете више информација о трансплантацији? Негативно је одговорило 159 (60,2%), а позитивно (39,8%). Да сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима испитаници су дали одговор да нису сигурни 118 (44,7%), док 131 (49,6%) испитаник сматра да да, док је 15 (5,7%) одговорило негативно. На питање: Да ли би изучавање трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа? Потврдно је одговорило 90 (34,1%), делимично 156 (59,1%) и нетачно је рекло 18 (6,8%) (Табела бр. 8).

Табела бр. 8

Питање	Укупно N	Понуђени одговори	Укупно(%)
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	Тачно	198 (75%)
		Нетачно	66(25%)
Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	264	Тачно	193(73.1%)
		Нетачно	71(26.9%)
Уколико би ожалостљена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “	264	Тачно	138(52.3%)
		Нетачно	126(47.7%)
Након отпуста пацијента после трансплантације знала бих да дам све информације о нези у кућним условима	264	Тачно	104(39.4%)
		Нетачно	160(60.6%)
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа	264	Тачно	221(83.7%)
		Нетачно	43(16.3%)
Када би били принуђени да Вам је неопходна транслантација да ли би прихватили други орган?	264	Да	251(95.1%)
		Не	11(4.2%)
Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	Тачно	194(73.5%)
		Нетачно	70(26.5%)

Дистрибуција повезаности социодемографских карактеристика испитаника у односу на ставове приказани су у табелама 3,4,5,6 и 7. Испитивање независних варијабли у односу на ставове МСЗТ: пол, место становања, брачно стање, образовање, дужина радног стажа и вероисповест.

У табели бр. 9 повезаност пола у односу на став МСЗТ указује да постоји статистичка значајност у појединим исказима: Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа (.000); Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа (.042); Када би били принуђени да Вам је неопходна транслантација да ли би прихватили други орган (.000); Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа? (.000); Да ли знате где бисте могли да добијете више информација о трансплантацији? (.001); Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима? (.005); Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од: (.000); Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа? (.017), Колика је важна подршка породици донора? (.027).

Табела 9. Утицај пола на формирање ставова.

Питање	Укупно N	Пол	Понуђени одговори	Укупно(%)	Хи
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	Мушки	Тачно	30(51.7%)	.000
			Нетачно	28(48.3%)	
		Женски	Тачно	168(81.6%)	
			Нетачно	38(18.4%)	
Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	264	Мушки	Тачно	40(69.0%)	.524
			Нетачно	18(31.0%)	
		Женски	Тачно	153(74.3%)	
			Нетачно	53(25.7%)	
Уколико би ожалостљена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “	x	Мушки	Тачно	26(44.8%)	.256
			Нетачно	32(55.2%)	
		Женски	Тачно	112(54.4%)	
			Нетачно	94(45.6%)	
По отпуст пацијента после трансплантације знала би да дам све информације о нези у кућним условима	264	Мушки	Тачно	28(48.3%)	.157
			Нетачно	30(51.7%)	
		Женски	Тачно	76(36.9%)	
			Нетачно	130(61.3%)	
Мас медији имају велики утицај на формирање става о завештању органа	264	Мушки	Тачно	43(74.1%)	.042
			Нетачно	15(25.9%)	
		Женски	Тачно	178(86.4%)	
			Нетачно	28(13.6%)	
Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган	264	Мушки	Да	49(84.5%)	.000
			Не	9(15.5%)	
		Женски	Да	203(98.5%)	
			Не	12(4.5%)	

Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	Мушки	Тачно	42(72.4%)	.967
			Нетачно	16(27.6%)	
		Женски	Тачно	152(73.8%)	
			Нетачно	54(26.2%)	
По Вашем мишљењу, да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	264	Мушки	Тачно	44(75.9%)	.546
			Нетачно	14(24.1%)	
		Женски	Тачно	166(80.6%)	
			Нетачно	40(19.4%)	
По Вашем мишљењу, да ли је етички питати породицу ретардираног лица код ког је константована можда смрт да потпише сагласност о донирању органа?	264	Мушки	Тачно	32(55.2%)	.099
			Нетачно	26(44.8%)	
		Женски	Тачно	140(68.0%)	
			Нетачно	66(32.0%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је мождано мртав?	264	Мушки	Тачно	27(46.6%)	.968
			Нетачно	31(53.4%)	
		Женски	Тачно	93(45.1%)	
			Нетачно	113(54.9%)	
Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	264	Мушки	Тачно	23(39.7%)	.000
			Нетачно	35(60.3%)	
		Женски	Тачно	154(74.8%)	
			Нетачно	52(25.2%)	
Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	264	Мушки	Да	11(19.0%)	.672
			Не	47(81.0%)	
		Женски	Да	32(15.5%)	
			Не	174(84.5%)	
Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	264	Мушки	Да	10(17.2%)	.000
			Не	48(82.8%)	
		Женски	Да	107(51.9%)	
			Не	99(48.1%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	264	Мушки	Да	52(89.7%)	.814
			Не	6(10.3%)	
		Женски	Да	189(91.7%)	
			Не	17(8.3%)	
Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	264	Мушки	Да	50(86.2%)	.977
			Не	8(13.8%)	
		Женски	Да	175(85.0%)	
			Не	31(15.0%)	
Да ли поседујете донорску картицу?	264	Мушки	Да	0	
			Не	58(100%)	
		Женски	Да	0	
			Не	206(100%)	
Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	264	Мушки	Да	5(8.6%)	1.000
			Не	53(91.4%)	
		Женски	Да	20(9.7%)	
			Не	186(90.3%)	
Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	264	Мушки	Да	35(60.3%)	.001
			Не	23(39.7%)	
		Женски	Да	70(34.0%)	
			Не	136(66.0%)	

Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	264	Мушки	Да	17(29.3%)	.005
			Нисам сигуран	34(58.6%)	
			Не	7(12.1%)	
		Женски	Да	101(49.0%)	
			Нисам сигуран	97(47.1%)	
			Не	8(3.9%)	
По Вашем мишљењу, колики је значај медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	264	Мушки	Велика	30(51.7%)	.372
			Нема значајности	1(1.7%)	
			Делимична	18(31.0%)	
			Сестра не даје информације	9(15.5%)	
		Женски	Велика	101(49.0%)	
			Нема значајности	11(5.3%)	
			Делимична	75(36.4%)	
			Сестра не даје информације	19(9.2%)	
Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	264	Мушки	Лекара	15(25.9%)	.000
			Главне сестре	14(24.1%)	
			Са интернета	7(12.1%)	
			Нега је иста за све пацијенте	4(6.9%)	
			Стручних састанака	1(1.7%)	
			Све наведено сем 4	17(29.3%)	
		Женски	Лекара	82(39.8%)	
			Главне сестре	11(5.3%)	
			Са интернета	31(15.0%)	
			Нега је иста за све пацијенте	3(1.5%)	
			Стручних састанака	24(11.7%)	
			Све наведено сем 4	55(26.7%)	
Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одзиву за донирањем органа?	264	Мушки	Тачно	11(19.0%)	.017
			Делимично	42(72.4%)	
			Нетачно	5(8.6%)	
		Женски	Тачно	79(38.3%)	
			Делимично	114(55.3%)	
			Нетачно	13(6.3%)	
Колика је важна подршка породици донора?	264	Мушки	Није битна	0	.027
			Од средњег је значаја	10(17.2%)	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	34(58.6%)	
			Веома је значајна	14(24.1%)	
		Женски	Није битна	3(1.5%)	
			Од средњег је значаја	19(9.2%)	
			Није им потребна подршка	4(1.9%)	
			Значајна је	83(40.3%)	
			Веома је значајна	97(47.1%)	

Утицај образовања на формирање ставова приказано је у табели 10. Од укупно 23 питања, 11 има статистичку значајност те можемо рећи да образовање има делимичан утицај на формирање ставова о завештању и трансплантацији органа.

Табела бр.10

Питање	Укупно N	Образовање	Понуђени одговори	Укупно(%)	Хи
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	Средња медицинска	Тачно	135(79.4%)	.000
			Нетачно	35(20.6%)	
		Виша и Висока	Тачно	63(72.4%)	
			Нетачно	24(27.6%)	
		Факултет	Тачно	0	
			Нетачно	7(100%)	
Нега кадавер који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	264	Средња медицинска	Тачно	125(73.5%)	.255
			Нетачно	45(26.5%)	
		Виша и Висока	Тачно	61(70.1%)	
			Нетачно	26(29.9%)	
		Факултет	Тачно	7(100%)	
			Нетачно	0	
Уколико би ожалошћена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “?	264	Средња медицинска	Тачно	101(59.4%)	.001
			Нетачно	69(40.6%)	
		Виша и Висока	Тачно	37(42.5%)	
			Нетачно	50(57.5%)	
		Факултет	Тачно	0	
			Нетачно	7(100%)	
Након отпуста пацијента после трансплантације знала бих да дам све информације о нези у кућним условима	264	Средња медицинска	Тачно	71(41.8%)	.189
			Нетачно	99(58.2%)	
		Виша и Висока	Тачно	33(37.9%)	
			Нетачно	54(62.1%)	
		Факултет	Тачно	0	
			Нетачно	7(100%)	
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа	264	Средња медицинска	Тачно	142(83.5%)	.022
			Нетачно	28(16.5%)	
		Виша и Висока	Тачно	76(87.4%)	
			Нетачно	11(12.6%)	
		Факултет	Тачно	3(42.9%)	
			Нетачно	4(57.1%)	
Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган?	264	Средња медицинска	Да	167(98.2%)	.000
			Не	3(1.8%)	
		Виша и Висока	Да	82(94.3%)	
			Не	5(5.7%)	
		Факултет	Да	3(42.9%)	
			Не	4(57.1%)	
Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	Средња медицинска	Тачно	132(77.6%)	.041
			Нетачно	38(22.4%)	
		Виша и Висока	Тачно	59(67.8%)	
			Нетачно	28(32.2%)	
		Факултет	Тачно	3(42.9%)	
			Нетачно	4(57.1%)	
По Вашем мишљењу да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	264	Средња медицинска	Тачно	132(77.6%)	.097
			Нетачно	38(22.4%)	
		Виша и Висока	Тачно	74(85.1%)	
			Нетачно	13(14.9%)	
		Факултет	Тачно	4(57.1%)	
			Нетачно	3(42.9%)	

По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица код когас је константована мождана смрт да потпише сагласност о донирању органа?	264	Средња медицинска	Да	111(65.3%)	.522
			Не	59(34.7%)	
		Виша и Висока	Да	61(70.1%)	
			Не	26(29.9%)	
		Факултет	Да	0	
			Не	7(100%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је мождано мртав?	264	Средња медицинска	Да	73(42.9%)	.540
			Не	97(57.1%)	
		Виша и Висока	Да	47(54.0%)	
			Не	40(46.0%)	
		Факултет	Да	0	
			Не	7(100%)	
Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	264	Средња медицинска	Да	112(65.9%)	.697
			Не	58(34.1%)	
		Виша и Висока	Да	61(70.1%)	
			Не	26(29.9%)	
		Факултет	Да	4(57.1%)	
			Не	3(42.9%)	
Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	264	Средња медицинска	Да	17(10.0%)	.000
			Не	153(90.0%)	
		Виша и Висока	Да	26(29.9%)	
			Не	61(70.1%)	
		Факултет	Да	0	
			Не	7(100%)	
Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	264	Средња медицинска	Тачно	66(38.8%)	.023
			Нетачно	104(61.2%)	
		Виша и Висока	Тачно	48(55.2%)	
			Нетачно	39(44.8%)	
		Факултет	Тачно	3(42.9%)	
			Нетачно	4(57.1%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	264	Средња медицинска	Да	160(94.1%)	.001
			Не	10(5.9%)	
		Виша и Висока	Да	78(89.7%)	
			Не	9(10.3%)	
		Факултет	Да	3(42.9%)	
			Не	4(57.1%)	
Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	264	Средња медицинска	Да	147(86.5%)	.022
			Не	23(13.5%)	
		Виша и Висока	Да	75(86.2%)	
			Не	12(13.8%)	
		Факултет	Да	3(42.9%)	
			Не	4(57.1%)	
Да ли поседујете донорску картицу?	264	Средња медицинска	Да	0	
			Не	170(100%)	
		Виша и Висока	Да	0	
			Не	87(100%)	
		Факултет	Да	0	
			Не	7(100%)	

Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	264	Средња медицинска	Да	15(8.8%)	.624
			Не	155(91.2%)	
		Виша и Висока	Да	9(10.3%)	
			Не	78(89.7%)	
		Факултет	Да	1(14.3%)	
			Не	6(85.7%)	
Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	264	Средња медицинска	Да	65(38.2%)	.311
			Не	30(17.6%)	
			Делимично	75(44.1%)	
		Виша и Висока	Да	37(42.5%)	
			Не	14 (16.1%)	
			Делимично	36(41.4%)	
		Факултет	Да	3(42.9%)	
			Не	4(57.1%)	
			Делимично	0	
Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	264	Средња медицинска	Да	78(45.9%)	.258
			Нисам сигуран	84(49.4%)	
			Не	8(4.7%)	
		Виша и Висока	Да	37(42.5%)	
			Нисам сигуран	47(54.0%)	
			Не	3(3.4%)	
		Факултет	Да	3(42.9%)	
			Нисам сигуран	0	
			Не	4(57.1%)	
По Вашем мишљењу ,колики је значај медицинске сестре у давању информација о начину живота транспалнтационом пацијенту?	264	Средња медицинска	Велика	97(57.1%)	.010
			Нема значајности	1(0.6%)	
			Делимична	54(31.8%)	
			Сестра не даје информације	18(10.6%)	
		Виша и Висока	Велика	34(39.1%)	
			Нема значајности	11(12.6%)	
			Делимична	36(41.4%)	
			Сестра не даје информације	6(6.9%)	
		Факултет	Велика	0	
			Нема значајности	0	
			Делимична	3(42.9%)	
			Сестра не даје информације	4(57.1%)	
Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	264	Средња медицинска	Лекара	68(40.0%)	.884
			Главне сестре	20(11.8%)	
			Са интернета	12(7.1%)	
			Нега је иста за све пацијенте	2(1.2%)	
			Стручних састанака	18(10.6%)	
			Све наведено сем 4	50(29.4%)	
		Виша и Висока	Лекара	25(28.7%)	
			Главне сестре	5(5.7%)	
			Са интернета	26(29.9%)	
			Нега је иста за све пацијенте	5(5.7%)	
			Стручних састанака	7(8.0%)	
			Све наведено сем 4	19(21.8%)	
		Факултет	Лекара	4(57.1%)	
			Главне сестре	0	
			Са интернета	0	
			Нега је иста за све пацијенте	0	
			Стручних састанака	0	
			Све наведено сем 4	3(42.9%)	

Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа?	264	Средња медицинска	Тачно	54(31.8%)	.874
			Делимично	106(62.4%)	
			Нетачно	10(5.9%)	
		Виша и Висока	Тачно	33(37.9%)	
			Делимично	50(57.5%)	
			Нетачно	4(4.6%)	
		Факултет	Тачно	3(42.9%)	
			Делимично	0	
			Нетачно	4(57.1%)	
Колика је важна подршка породици донора?	264	Средња медицинска	Није битна	0	.013
			Од средњег је значаја	18(10.6%)	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	71(41.8%)	
			Веома је значајна	81(47.6%)	
		Виша и Висока	Није битна	3(3.4%)	
			Од средњег је значаја	11(12.6%)	
			Није им потребна подршка	4(4.6%)	
			Значајна је	39(44.8%)	
			Веома је значајна	30(34.5%)	
		Факултет	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	0	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	7(100%)	
			Веома је значајна	0	

Колики је утицај места становања у односу на формирање ставова приказано у табели бр 11. На свега 7 питања имамо статистичку значајност те можемо рећи да нема знатног утицаја место становања на формирање ставова о трансплантацији и завештању органа.

Табела бр. 11.

Питање	Укупно	Место становања	Понуђени одговори	Укупно(%)	Хи
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	Град	Тачно	171(78.4%)	.011
			Нетачно	47(21.6%)	
		Варошица	Тачно	18(54.5%)	
			Нетачно	15(45.5%)	
		Село	Тачно	9(69.2%)	
			Нетачно	4(30.8%)	
Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	264	Град	Тачно	166(76.1%)	.013
			Нетачно	52(23.9%)	
		Варошица	Тачно	17(51.5%)	
			Нетачно	16(48.5%)	
		Село	Тачно	10(76.9%)	
			Нетачно	3(23.1%)	
Уколико би ожалостљена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “	264	Град	Тачно	130(59.6%)	.000
			Нетачно	88(40.4%)	
		Варошица	Тачно	3(9.1%)	
			Нетачно	30(90.9%)	
		Село	Тачно	5(38.5%)	
			Нетачно	8(61.5%)	

По отпуст пацијента после трансплантације знала би да дам све информације о нези у кућним условима	264	Град	Тачно	83(38.1%)	.273
			Нетачно	135(61.9%)	
		Варошица	Тачно	13(39.4%)	
			Нетачно	20(60.6%)	
		Село	Тачно	8(61.5%)	
			Нетачно	5(38.5%)	
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа	264	Град	Тачно	177(81.2%)	.047
			Нетачно	41(18.8%)	
		Варошица	Тачно	31(93.9%)	
			Нетачно	2(6.1%)	
		Село	Тачно	13(100%)	
			Нетачно	0	
Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган?	264	Град	Тачно	210(96.3%)	.027
			Нетачно	8(3.7%)	
		Варошица	Тачно	32(97.0%)	
			Нетачно	1(3.0%)	
		Село	Тачно	10(76.9%)	
			Нетачно	3(23.1%)	
Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	Град	Тачно	155(71.1%)	.168
			Нетачно	63(28.9%)	
		Варошица	Тачно	28(84.8%)	
			Нетачно	5(15.2%)	
		Село	Тачно	11(84.6%)	
			Нетачно	2(15.4%)	
По Вашем мишљењу да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	264	Град	Тачно	171(78.4%)	.146
			Нетачно	47(21.6%)	
		Варошица	Тачно	30(90.9%)	
			Нетачно	3(9.1%)	
		Село	Тачно	9(69.2%)	
			Нетачно	4(30.8%)	
По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица коме је константована могућност смрти да потпише сагласност о донирању органа?	264	Град	Да	149(68.3%)	.040
			Не	69(31.7%)	
		Варошица	Да	15(45.5%)	
			Не	18(54.5%)	
		Село	Да	8(61.5%)	
			Не	5(38.5%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је могуће мртав	264	Град	Да	96(44.0%)	.318
			Не	122(56.0%)	
		Варошица	Да	19(57.6%)	
			Не	14(42.4%)	
		Село	Да	5(38.5%)	
			Не	8(61.5%)	
Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	264	Град	Да	147(67.4%)	.894
			Не	71(32.6%)	
		Варошица	Да	22(66.7%)	
			Не	11(33.3%)	
		Село	Да	8(61.5%)	
			Не	5(38.5%)	
Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	264	Град	Да	36(16.5%)	.577
			Не	182(83.5%)	
		Варошица	Да	4(12.1%)	
			Не	29(87.9%)	
		Село	Да	3(23.1%)	
			Не	10(76.9%)	

Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	264	Град	Да	97(44.5%)	.935
			Не	121(55.5%)	
		Варошица	Да	15(45.5%)	
			Не	18(54.5%)	
		Село	Да	5(38.5%)	
			Не	8(61.5%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	264	Град	Да	200(91.7%)	.532
			Не	18(8.3%)	
		Варошица	Да	30(90.9%)	
			Не	3(9.1%)	
		Село	Да	11(84.6%)	
			Не		
Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	264	Град	Да	188(86.2%)	.318
			Не	30(13.8%)	
		Варошица	Да	27(81.8%)	
			Не	6(18.2%)	
		Село	Да	10(76.9%)	
			Не	3(23.1%)	
Да ли поседујете донорску картицу?	264	Град	Да	0	
			Не	218	
		Варошица	Да	0	
			Не	33	
		Село	Да	0	
			Не	12	
Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	264	Град	Да	18(8.3%)	.422
			Не	200(91.7%)	
		Варошица	Да	6(18.2%)	
			Не	27(81.8%)	
		Село	Да	1(7.7%)	
			Не	12(92.3%)	
Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	264	Град	Да	90(41.3%)	.023
			Не	128(58.7%)	
		Варошица	Да	7(21.2%)	
			Не	26(78.8%)	
		Село	Да	8(61.5%)	
			Не	5(38.5%)	
Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	264	Град	Да	97(44.5%)	.275
			Нисам сигуран	106(48.6%)	
			Не	15(6.9%)	
		Варошица	Да	13(39.4%)	
			Нисам сигуран	20(60.6%)	
			Не	0	
По Вашем мишљењу, колики је значај медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	264	Град	Велика	113(51.8%)	.159
			Нема значајности	8(3.7%)	
			Делимична	82(37.6%)	
			Сестра не даје информације	15(6.9%)	
		Варошица	Велика	11(33.3%)	
			Нема значајности	4(12.1%)	
			Делимична	5(15.2%)	
			Сестра не даје информације	13(39.4%)	
		Село	Велика	7(53.8%)	
			Нема значајности	0	
			Делимична	6(46.2%)	
			Сестра не даје информације	0	

Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од	264	Град	Лекара	81(37.2%)	.300
			Главне сестре	23(10.6%)	
			Са интернета	31(14.2%)	
			Нега је иста за све пацијенте	3(1.4%)	
			Стручних састанака	18(8.3%)	
			Све наведено сем 4	62(28.4%)	
		Варошица	Лекара	15(45.5%)	
			Главне сестре	1(3.0%)	
			Са интернета	6(18.2%)	
			Нега је иста за све пацијенте	0	
			Стручних састанака	5(15.2%)	
			Све наведено сем 4	6(18.2%)	
		Село	Лекара	1(7.7%)	
			Главне сестре	1(7.7%)	
			Са интернета	1(7.7%)	
			Нега је иста за све пацијенте	4(30.8%)	
			Стручних састанака	2(15.4%)	
			Све наведено сем 4	4(30.8%)	
Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа?	264	Град	Тачно	65(29.8%)	.127
			Делимично	137(62.8%)	
			Нетачно	16(7.3%)	
		Варошица	Тачно	24(72.7%)	
			Делимично	7(21.2%)	
			Нетачно	2(6.1%)	
		Село	Тачно	1(7.7%)	
			Делимично	12(92.3%)	
			Нетачно	0	
Колика је важна подршка породици донора?	264	Град	Није битна	0	.435
			Од средњег је значаја	27(12.4%)	
			Није им потребна подршка	2(0.9%)	
			Значајна је	95(43.6%)	
			Веома је значајна	94(43.1%)	
		Варошица	Није битна	3(9.1%)	
			Од средњег је значаја	0	
			Није им потребна подршка	1(3.0%)	
			Значајна је	17(51.5%)	
			Веома је значајна	12(36.4%)	
		Село	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	2(15.4%)	
			Није им потребна подршка	1(7.7%)	
			Значајна је	5(38.5%)	
			Веома је значајна	5(38.5%)	

Утицај вероисповести на формирање ставова приказано је у табели бр. 12. Да вероисповест нема значајан утицај на формирање ставова о завештању органа и трансплантацији показује резултат од 7 одговора са статистичком значајношћу од укупно 23 постављена питања.

Табела бр. 12

Питање	Укупно	Вероисповест	Понуђени одговори	Укупно(%)	Хи
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	Православна	Тачно	175(76.1%)	.542
			Нетачно	55(23.9%)	
		Католичка	Тачно	15(68.2%)	
			Нетачно	7(31.8%)	
		Муслиманска	Тачно	8(66.7%)	
			Нетачно	4(33.3%)	
Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	264	Православна	Тачно	174(75.7%)	
			Нетачно	56(24.3%)	
		Католичка	Тачно	8(36.4%)	
			Нетачно	14(63.6%)	
		Муслиманска	Тачно	11(91.7%)	
			Нетачно	1(26.9%)	
Уколико би ожалосћена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “	264	Православна	Тачно	122(53.0%)	.498
			Нетачно	108(47.0%)	
		Католичка	Тачно	9(40.9%)	
			Нетачно	13(59.1%)	
		Муслиманска	Тачно	7(58.3%)	
			Нетачно	5(41.7%)	
По отпуст пацијента после трансплантације знала би да дам све информације о нези у кућним условима	264	Православна	Тачно	90(39.1%)	.808
			Нетачно	140(60.9%)	
		Католичка	Тачно	10(45.5%)	
			Нетачно	12(54.5%)	
		Муслиманска	Тачно	4(33.3%)	
			Нетачно	8(66.7%)	
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа	264	Православна	Тачно	193(83.9%)	.735
			Нетачно	37(16.1%)	
		Католичка	Тачно	16(72.7%)	
			Нетачно	6(27.3%)	
		Муслиманска	Тачно	12(100%)	
			Нетачно	0	
Када би били принуђени да Вам је неопходна транслантација да ли бисте прихватили други орган?	264	Православна	Да	221(96.1%)	.034
			Не	9(3.9%)	
		Католичка	Да	22(100%)	
			Не	0	
		Муслиманска	Да	9(75.0%)	
			Не	3(25%)	
Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	Православна	Тачно	168(73.0%)	.051
			Нетачно	62(27.0%)	
		Католичка	Тачно	14(63.6%)	
			Нетачно	8(36.4%)	
		Муслиманска	Тачно	12(100%)	
			Нетачно	0	
По Вашем мишљењу да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	264	Православна	Тачно	187(81.3%)	.638
			Нетачно	43(18.7%)	
		Католичка	Тачно	11(50.0%)	
			Нетачно	11(50.0%)	
		Муслиманска	Тачно	12(100%)	
			Нетачно	0	

По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица код когас је константована могућност да потпише сагласност о донирању органа?	264	Православна	Да	152(66.1%)	.221
			Не	78(33.9%)	
		Католичка	Да	15(68.2%)	
			Не	7(31.8%)	
		Муслиманска	Да	5(41.7%)	
			Не	7(58.3%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је могућно мртав?	264	Православна	Да	102(44.3%)	.436
			Не	128(55.7%)	
		Католичка	Да	13(59.1%)	
			Не	9(40.9%)	
		Муслиманска	Да	5(41.7%)	
			Не	7(58.3%)	
Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	264	Православна	Да	157(68.3%)	.209
			Не	73(31.7%)	
		Католичка	Да	11(50.0%)	
			Не	11(50.0%)	
		Муслиманска	Да	9(75.0%)	
			Не	3(25.0%)	
Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	264	Православна	Да	35(15.2%)	.228
			Не	195(84.8%)	
		Католичка	Да	5(22.7%)	
			Не	17(77.3%)	
		Муслиманска	Да	3(25.0%)	
			Не	9(75.0%)	
Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	264	Православна	Тачно	109(47.4%)	.028
			Нетачно	121(52.6%)	
		Католичка	Тачно	6(27.3%)	
			Нетачно	16(72.7%)	
		Муслиманска	Тачно	2(16.7%)	
			Нетачно	10(83.3%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	264	Православна	Да	91(39.6%)	.001
			Не	139(60.4%)	
		Католичка	Да	4(18.2%)	
			Не	18(81.8%)	
		Муслиманска	Да	10(83.3%)	
			Не	2(16.7%)	
Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	264	Православна	Да	200(87.0%)	.000
			Не	30(13.0%)	
		Католичка	Да	22(100%)	
			Не	0	
		Муслиманска	Да	3(25.0%)	
			Не	9(75.0%)	
Да ли поседујете донорску картицу?	264	Православна	Да	0	
			Не	230	
		Католичка	Да	0	
			Не	22	
		Муслиманска	Да	0	
			Не	12	
Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	264	Православна	Да	23(10.0%)	.397
			Не	207(90.0%)	
		Католичка	Да	2(9.1%)	
			Не	20(90.9%)	
		Муслиманска	Да	0	
			Не	12(100%)	

Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?		Православна	Да	91(39.6%)	.001
			Не	139(60.4%)	
		Католичка	Да	4(18.2%)	
			Не	18(81.8%)	
		Муслиманска	Да	10(83.3%)	
			Не	2(16.7%)	
Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	264	Православна	Да	101(43.9%)	.337
			Нисам сигуран	121(52.6%)	
			Не	8(3.5%)	
		Католичка	Да	14(63.6%)	
			Нисам сигуран	1(4.%)	
			Не	7(31.8%)	
		Муслиманска	Да	3(25.0%)	
			Нисам сигуран	9(75.0%)	
По Вашем мишљењу колика је значајност медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	264	Православна	Велика	115(50.0%)	.955
			Нема значајности	11(4.8%)	
			Делимична	80(34.8%)	
			Сестра не даје информације	24(10.4%)	
		Католичка	Велика	9(40.9%)	
			Нема значајности	1(4.5%)	
			Делимична	9(40.9%)	
			Сестра не даје информације	3(13.6%)	
		Муслиманска	Велика	7(58.3%)	
			Нема значајности	0	
			Делимична	4(33.3%)	
Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	264	Православна	Лекара	79(34.3%)	.069
			Главне сестре	24(10.4%)	
			Са интернета	35(15.2%)	
			Нега је иста за све пацијенте	3(1.3%)	
			Стручних састанака	25(10.9%)	
			Све наведено сем 4	64(27.8%)	
		Католичка	Лекара	10(45.5%)	
			Главне сестре	1(4.5%)	
			Са интернета	3(13.6%)	
			Нега је иста за све пацијенте	0	
			Стручних састанака	0	
			Све наведено сем 4	8(36.4%)	
		Муслиманска	Лекара	8(66.7%)	
			Главне сестре	0	
			Са интернета	0	
			Нега је иста за све пацијенте	4(33.3%)	
			Стручних састанака	0	
			Све наведено сем 4	0	

Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа?	264	Православна	Тачно	76(33.0%)	.038
			Делимично	142(61.7%)	
			Нетачно	12(5.2%)	
		Католичка	Тачно	13(5.1%)	
			Делимично	9(40.9%)	
			Нетачно	0	
		Муслиманска	Тачно	1(8.3%)	
			Делимично	5(41.7%)	
			Нетачно	6(50.0%)	
Колика је важна подршка породици донора?	264	Православна	Није битна	3(1.3%)	.949
			Од средњег је значаја	27(11.7%)	
			Није им потребна подршка	3(1.3%)	
			Значајна је	97(42.2%)	
			Веома је значајна	100(43.5%)	
		Католичка	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	2(9.1%)	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	10(45.5%)	
			Веома је значајна	10(45.5%)	
		Муслиманска	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	0	
			Није им потребна подршка	1(8.3%)	
			Значајна је	10(83.3%)	
			Веома је значајна	1(8.3%)	

Утицај варијабле брачно стање на формирање ставова

Приказани резултати у табели бр.13. На основу добијених резултата приказаних у табели бр. 13 можемо рећи да брачно стање нема значајног утицаја на формирање ставова о завештању и трансплантацији органа.

Табела бр. 13.

Питање	Укупно	Брачно стање	Понуђени одговори	Укупно(%)	Хи
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	Слободан	Тачно	49(83.%)	.192
			Нетачно	10(16.9%)	
		Верен	Тачно	32(74.4%)	
			Нетачно	11(25.6%)	
		У браку	Тачно	107(71.8%)	
			Нетачно	42(28.2%)	
		Разведен	Тачно	7(77.8%)	
			Нетачно	2(22.2%)	
		Удовица/ац	Тачно	3(75.0%)	
			Нетачно	1(25.0%)	

Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	264	Слободан	Тачно	37(62.7%)	.136
			Нетачно	22(37.3%)	
		Верен	Тачно	32(74.4%)	
			Нетачно	11(25.6%)	
		У браку	Тачно	116(77.9%)	
			Нетачно	33(22.1%)	
		Разведен	Тачно	6(66.7%)	
			Нетачно	3(33.3%)	
		Удовица/ац	Тачно	2(50.0%)	
			Тачно	2(50.0%)	
			Нетачно	2(1.1%)	
Уколико би ожалостена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “	264	Слободан	Тачно	32(54.2%)	.207
			Нетачно	27(45.8%)	
		Верен	Тачно	24(55.8%)	
			Нетачно	19(44.2%)	
		У браку	Тачно	79(53.0%)	
			Нетачно	70(47.0%)	
		Разведен	Тачно	3(33.3%)	
			Нетачно	6(66.7%)	
		Удовица/ац	Тачно	0	
			Нетачно	4(100%)	
Након отпуста пацијента после трансплантације знала би да дам све информације о нези у кућним условима	264	Слободан	Тачно	27(45.%)	.029
			Нетачно	32(54.2%)	
		Верен	Тачно	20(46.5%)	
			Нетачно	23(53.5%)	
		У браку	Тачно	56(37.6%)	
			Нетачно	93(62.4%)	
		Разведен	Тачно	1(11.1%)	
		Удовица/ац	Тачно	8(88.9%)	
			Нетачно	0	
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа	264	Слободан	Тачно	48(81.4%)	.088
			Нетачно	11(18.6%)	
		Верен	Тачно	31(72.1%)	
			Нетачно	12(27.9%)	
		У браку	Тачно	130(87.2%)	
			Нетачно	19(12.8%)	
		Разведен	Тачно	8(88.9%)	
			Нетачно	1(11.1%)	
		Удовица/ац	Тачно	4(100%)	
			Нетачно	0	
Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган?		Слободан	Да	57(96.6%)	.876
			Не	2(3.4%)	
		Верен	Да	41(95.3%)	
			Не	2(4.7%)	
		У браку	Да	141(94.6%)	
			Не	8(5.4%)	
		Разведен	Да	9(100%)	
			о Не	0	
		Удовица/ац	Да	4(100%)	
			Не	0	

Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	Слободан	Тачно	47(79.9%)	.176
			Нетачно	12(20.3%)	
		Верен	Тачно	29(67.4%)	
			Нетачно	14(32.6%)	
		У браку	Тачно	111(75.5%)	
			Нетачно	38(25.5%)	
		Разведен	Тачно	6(66.7%)	
			Нетачно	3(33.3%)	
По Вашем мишљењу да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	264	Слободан	Тачно	43(78.0%)	.935
			Нетачно	13(22.0%)	
		Верен	Тачно	35(81.4%)	
			Нетачно	8(18.6%)	
		У браку	Тачно	118(79.2%)	
			Нетачно	31(20.8%)	
		Разведен	Тачно	9(100%)	
			Нетачно	0	
По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица где је константована мождана смрт да потпише сагласност о донирању органа?	264	Слободан	Да	39(66.1%)	.781
			Не	20(33.9%)	
		Верен	Да	30(69.8%)	
			Не	13(30.2%)	
		У браку	Да	93(62.4%)	
			Не	56(37.6%)	
		Разведен	Да	8(88.9%)	
			Не	1(11.1%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је мождано мртав?	264	Слободан	Да	26(44.1%)	.351
			Не	33(55.9%)	
		Верен	Да	17(39.5%)	
			Не	26(60.5%)	
		У браку	Да	69(46.3%)	
			Не	80(53.7%)	
		Разведен	Да	5(55.6%)	
			Не	4(44.4%)	
Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	264	Слободан	Да	43(72.9%)	
			Не	16(27.1%)	
		Верен	Да	26(60.5%)	
			Не	17(39.5%)	
		У браку	Да	96(64.4%)	
			Не	53(35.6%)	
		Разведен	Да	8(88.9%)	
			Не	1(11.1%)	
		Удов/ица/ац	Не	4(100%)	
			Да	0	

Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	264	Слободан	Да	9(15.3%)	.369
			Не	50(84.7%)	
		Верен	Да	5(16.1%)	
			Не	38(88.4%)	
		У браку	Да	25(16.8%)	
			Не	124(83.2%)	
		Разведен	Да	3(33.3%)	
			Не	6(66.7%)	
Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	264	Слободан	Да	24(40.7%)	.316
			Не	35(59.3%)	
		Верен	Да	18(41.9%)	
			Не	25(58.1%)	
		У браку	Да	68(45.6%)	
			Не	81(54.4%)	
		Разведен	Да	4(44.4%)	
			Не	5(56.6%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	264	Слободан	Тачно	54(91.5%)	.346
			Нетачно	5(8.5%)	
		Верен	Тачно	36(83.7%)	
			Нетачно	7(16.3%)	
		У браку	Тачно	138(92.6%)	
			Нетачно	11(7.4%)	
		Разведен	Тачно	9(100%)	
			Нетачно	0	
Да ли бисте волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	264	Слободан	Тачно	4(100%)	.019
			Нетачно	0	
		Верен	Да	46(78.0%)	
			Не	13(22.0%)	
		У браку	Да	35(81.4%)	
			Не	8(18.6%)	
		Разведен	Да	131(87.9%)	
			Не	18(12.1%)	
Да ли поседујете донорску картицу?	264	Слободан	Да	9(100%)	
			Не	0	
		Верен	Да	59	
			Не	0	
		У браку	Да	43	
			Не	0	
		Разведен	Да	149	
			Не	0	
		Удов/ица/ац	Да	9	
			Не	0	
		Удов/ица/ац	Да	4	
			Не	0	

Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	264	Слободан	Да	5(8.5%)	.735
			Не	54(91.5%)	
		Верен	Да	4(9.3%)	
			Не	39(90.7%)	
		У браку	Да	14(9.4%)	
			Не	135(90.7%)	
		Разведен	Да	2(22.2%)	
			Не	7(77.8%)	
		Удов/ица/ац	Да	0	
			Не	4(100%)	
Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	264	Слободан	Да	22(37.3%)	.786
			Не	37(62.7%)	
		Верен	Да	14(32.6%)	
			Не	29(67.4%)	
		У браку	Да	66(44.3%)	
			Не	83(55.7%)	
		Разведен	Да	3(33.3%)	
			Не	6(66.7%)	
		Удов/ица/ац	Да	0	
			Не	4(100%)	
Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	264	Слободан	Да	25(42.4%)	.371
			Нисам сигуран	30(50.8%)	
			Не	4(6.8%)	
		Верен	Да	16(37.2%)	
			Нисам сигуран	24(55.8%)	
			Не	3(7.0%)	
		У браку	Да	72(48.3%)	
			Нисам сигуран	70(47.0%)	
			Не	7(4.7%)	
		Разведен	Да	2(22.2%)	
			Нисам сигуран	6(66.7%)	
			Не	1(11.1%)	
		Удов/ица/ац	Да	3(75.0%)	
			Нисам сигуран	1(25.0%)	
			Не	0	
По Вашем мишљењу, колики је значај медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	264	Слободан	Велика	34(57.6%)	.113
			Нема значајности	1(1.7%)	
			Делимична	18(30.5%)	
			Сестра не даје информације	6(10.2%)	
		Верен	Велика	22(51.2%)	
			Нема значајности	1(2.3%)	
			Делимична	17(39.5%)	
			Сестра не даје информације	3(7.0%)	
		У браку	Велика	72(48.3%)	
			Нема значајности	9(6.0%)	
			Делимична	50(33.6%)	
			Сестра не даје информације	18(12.1%)	
		Разведен	Велика	3(33.3%)	
			Нема значајности	0	
			Делимична	5(55.6%)	
			Сестра не даје информације	1(11.1%)	
		Удов/ица/ац	Велика	0	
			Нема значајности	1(25.0%)	
			Делимична	3(75.0%)	
			Сестра не даје информације	0	

Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	264	Слободан	Лекара	22(37.3%)	.963
			Главне сестре	8(13.6%)	
			Са интернета	4(6.8%)	
			Нега је иста за све пацијенте	1(1.7%)	
			Стручних састанака	(11.9%)	
			Све наведено сем 4	17(28.8%)	
		Верен	Лекара	14(32.6%)	
			Главне сестре	7(16.3%)	
			Са интернета	7(16.3%)	
			Нега је иста за све пацијенте	0	
			Стручних састанака	5(11.6%)	
			Све наведено сем 4	10(23.3%)	
		У браку	Лекара	57(38.3%)	
			Главне сестре	10(6.7%)	
			Са интернета	23(15.4%)	
			Нега је иста за све пацијенте	6(4.0%)	
			Стручних састанака	12(8.1%)	
			Све наведено сем 4	41(27.5%)	
		Разведен	Лекара	2(22.2%)	
			Главне сестре	0	
			Са интернета	3(33.3%)	
			Нега је иста за све пацијенте	0	
			Стручних састанака	1(11.1%)	
			Све наведено сем 4	3(33.3%)	
		Удов/ица/ац	Лекара	2(50.0%)	
			Главне сестре	0	
			Са интернета	1(25.0%)	
			Нега је иста за све пацијенте	0	
			Стручних састанака	0	
			Све наведено сем 4	1(25.0%)	
Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа?	264	Слободан	Тачно	23(39.0%)	.819
			Делимично	30(50.8%)	
			Нетачно	6(10.2%)	
		Верен	Тачно	13(30.2%)	
			Делимично	26(60.5%)	
			Нетачно	4(9.3%)	
		У браку	Тачно	49(32.9%)	
			Делимично	92(61.7%)	
			Нетачно	8(5.4%)	
		Разведен	Тачно	4(44.4%)	
			Делимично	5(55.6%)	
			Нетачно	0	
		Удов/ица/ац	Тачно	1(25.0%)	
			Делимично	3(75.0%)	
			Нетачно	0	

Колика је важна подршка породици донора?	264	Слободан	Није битна	1(1.7%)	.335
			Од средњег је значаја	3(5.1%)	
			Није им потребна подршка	1(1.7%)	
			Значајна је	28(47.5%)	
			Веома је значајна	26(44.1%)	
		Верен	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	3(7.0%)	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	24(55.8%)	
			Веома је значајна	16(37.2%)	
		У браку	Није битна	2(1.3%)	
			Од средњег је значаја	22(14.8%)	
			Није им потребна подршка	3(2.0%)	
			Значајна је	59(39.6%)	
			Веома је значајна	63(42.3%)	
		Разведен	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	1(11.1%)	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	4(44.4%)	
			Веома је значајна	4(44.4%)	
		Удов/ица/ац	Није битна	0	
			Од средњег је значаја	0	
			Није им потребна подршка	0	
			Значајна је	2(50.0%)	
			Веома је значајна	2(50.0%)	

У табели бр 14. приказан је односу варијабле дужина радног стажа у односу на исказане ставове. Може се рећи да дужина радног стажа МСЗТ има утицај на формирање ставова о завештању органа и трансплантацији. Од укупно 23 на 10 питања постоји значајна статистичка разлика.

Табела бр 14.

Питање	Укупно	Радни стаж	Понуђени одговори	Укупно(%)	Хи
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	264	≤ 20 год.	Тачно	159(72.9%)	.092
			Нетачно	59(27.1%)	
		≥ 20 год.	Тачно	39(84.8%)	
			Нетачно	7(15.2%)	
Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	≥ 20 год.	≤ 20 год.	Тачно	162(74.3%)	.332
			Нетачно	56(25.7%)	
		≥ 20 год.	Тачно	31(67.4%)	
			Нетачно	15(32.6%)	
Уколико би ожалостљена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „ врата “		≤ 20 год.	Тачно	125(57.3%)	.000
			Нетачно	93(42.7%)	
		≥ 20 год.	Тачно	13(28.3%)	
			Нетачно	33(71.7%)	

Након отпуста пацијента после трансплантације знала бих да дам све информације о нези у кућним условима	264	≤ 20 год.	Тачно	97(44.5%)	.000
			Нетачно	121(55.5%)	
		≥ 20 год.	Тачно	7(15.2%)	
			Нетачно	39(84.8%)	
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа	264	≤ 20 год.	Тачно	177(81.2%)	.016
			Нетачно	41(18.8%)	
		≥ 20 год.	Тачно	44(95.7%)	
			Нетачно	2(4.3%)	
Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган?	264	≤ 20 год.	Да	208(95.4%)	1.000
			Не	10(4.6%)	
		≥ 20 год.	Да	44(95.7%)	
			Не	2(4.3%)	
Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	264	≤ 20 год.	Тачно	168(77.1%)	.004
			Нетачно	50(22.9%)	
		≥ 20 год.	Тачно	26(56.5%)	
			Нетачно	20(43.5%)	
По Вашем мишљењу, да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	264	≤ 20 год.	Тачно	173(79.4%)	.896
			Нетачно	45(20.6%)	
		≥ 20 год.	Тачно	37(80.4%)	
			Нетачно	9(19.6%)	
По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица где је константована можда смрт да потпише сагласност о донирању органа?	264	≤ 20 год.	Да	134(61.5%)	.006
			Не	84(38.5%)	
		≥ 20 год.	Да	38(82.6%)	
			Не	8(17.4%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је мождано мртав?		≤ 20 год.	Да	102(46.8%)	.343
			Не	116(53.2%)	
		≥ 20 год.	Да	18(39.1%)	
			Не	28(60.9%)	
Да ли верске организције треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	264	≤ 20 год.	Да	136(62.4%)	.000
			Не	82(37.6%)	
		≥ 20 год.	Да	41(89.1%)	
			Не	5(10.9%)	
Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	264	≤ 20 год.	Да	21(9.6%)	.000
			Не	197(90.4%)	
		≥ 20 год.	Да	22(47.8%)	
			Не	24(52.2%)	
Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?		≤ 20 год.	Да	87(39.9%)	.002
			Не	131(60.1%)	
		≥ 20 год.	Да	30(65.2%)	
			Не	16(34.8%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	264	≤ 20 год.	Да	196(89.9%)	.092
			Не	22(10.1%)	
		≥ 20 год.	Да	45(97.8%)	
			Не	1(2.2%)	
Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	264	≤ 20 год.	Да	188(86.2%)	.313
			Не	30(13.8%)	
		≥ 20 год.	Да	37(80.4%)	
			Не	9(19.6%)	
Да ли поседујете донорску картицу?		≤ 20 год.	Да	0	
			Не	218(100%)	
		≥ 20 год.	Да	0	
			Не	46(100%)	

Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	264	≤ 20 год.	Да	20(9.2%)	.781
			Не	198(90.8%)	
		≥ 20 год.	Да	5(10.9%)	
			Не	41(89.1%)	
Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	264	≤ 20 год.	Да	85(39.0%)	.572
			Не	133(61.0%)	
		≥ 20 год.	Да	20(43.5%)	
			Не	26(56.5%)	
Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	264	≤ 20 год.	Да	103(47.2%)	.128
			Нисам сигуран	102(46.8%)	
			Не	13(6.0%)	
		≥ 20 год.	Да	15(32.6%)	
			Нисам сигуран	29(63.0%)	
			Не	2(4.3%)	
По Вашем мишљењу колика је значајност медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	264	≤ 20 год.	Велика	115(52.8%)	.518
			Нема значајности	5(2.3%)	
			Делимична	71(32.6%)	
			Сестра не даје информације	27(12.4%)	
		≥ 20 год.	Велика	16(34.8%)	
			Нема значајности	7(15.2%)	
			Делимична	22(47.8%)	
			Сестра не даје информације	1(2.2%)	
Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	264	≤ 20 год.	1.Лекара	83(38.1%)	.817
			2.Главне сестре	24(11.0%)	
			3.Са интернета	21(9.6%)	
			4.Нега је иста за све пацијенте	4(1.8%)	
			5.Стручних састанака	24(11.0%)	
			6.Све наведено сем 4	62(28.4%)	
		≥ 20 год.	1.Лекара	14(30.4%)	
			2.Главне сестре	1(2.2%)	
			3.Са интернета	17(37.0%)	
			4.Нега је иста за све пацијенте	3(6.5%)	
			5.Стручних састанака	1(2.2%)	
			6.Све наведено сем 4	10(21.7%)	
Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа?	264	≤ 20 год.	Тачно	77(35.3%)	.053
			Делимично	123(56.4%)	
			Нетачно	18(8.3%)	
		≥ 20 год.	Тачно	13(28.3%)	
			Делимично	33(71.7%)	
			Нетачно	0(0%)	
Колика је важна подршка породици донора?	264	≤ 20 год.	Није битна	0	.000
			Од средњег је значаја	22(10.1%)	
			Није им потребна подршка	3(1.4%)	
			Значајна је	91(41.7%)	
			Веома је значајна	102(46.8%)	
		≥ 20 год.	Није битна	3(6.5%)	
			Од средњег је значаја	7(15.2%)	
			Није им потребна подршка	1(2.2%)	
			Значајна је	26(56.5%)	
			Веома је значајна	9(19.6%)	

У табели бр. 15 приказани су резултати постављених питања којима се процењује знање и информисаност о трансплантацији и завештању органа. На основу добијених резултата можемо рећи да је висок ниво знања испитаника и информисаности јер су од укупно 19 постављених питања тачно одговорили на 16 (тачни одговори: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19).

Табела бр. 15.

Р. бр	Питање	Укупно Н	Понуђени одговори	Укупно(%)
1.	Мождана смрт настаје услед повреде можданог стабла	264	Тачно	200(75.8%)
			Нетачно	64(24.2%)
2.	ЕЕГ је највалиднија метода за утврђивање мождане смрти	264	Тачно	171(64.8%)
			Нетачно	93(35.2%)
3.	Матичне ћелије не служе у транспланацији органа	264	Тачно	136(51.5%)
			Нетачно	128(48.5%)
4.	Срчани болесник, болесник од шећерне болести и гојазни људи не могу бити донатори органа	264	Тачно	161(61.0%)
			Нетачно	103(39.0%)
5.	Док раде срце и плућа мозак је у животу	264	Тачно	76(28.8%)
			Нетачно	188(71.2%)
6.	Не треба узимати органе све док срце и плућа не откажу	264	Тачно	76(28.8%)
			Нетачно	188(71.2%)
7.	Код болесника где је утврђена мождана смрт а срце и плућа раде постоји могућност да се тај болесник опорави	264	Тачно	59(22.3%)
			Нетачно	205(77.7%)
8.	Било који болесник може примити било чији орган	264	Тачно	47(17.8%)
			Нетачно	217(82.2%)
9.	Не постоје нежељена дејства после трансплантације	264	Тачно	20(7.6%)
			Нетачно	244(92.4)
10.	Давалац мора бити мртав да би донирао орган	264	Тачно	31(11.7%)
			Нетачно	233(88.3%)
11.	Дете које има мање од 16год. и преминуло је не може бити кадавер	264	Тачно	89(33.7%)
			Нетачно	175(66.3%)
12.	Једна особа може примити више органа	264	Тачно	219(83.0%)
			Нетачно	45(17.0%)
13.	Панкреас, танко црево и срце се не могу трансплантирати	264	Тачно	49(18.6%)
			Нетачно	215(81.4%)
14.	Један давалац органа може да помогне само једном оболелом	264	Тачно	54(20.5%)
			Нетачно	210(79.5%)
15.	Када се узимају органи од пацијента који је на апаратима а мождано је мртав, тај пацијент не осећа бол:	264	Тачно	215(81.4%)
			Нетачно	49(18.6%)
16.	Када је пацијенту потребан орган он га може купити	264	Тачно	72(27.3%)
			Нетачно	192(72.7)
17.	Пацијенти који су трансплантирани не живе дуже од 5 година	264	Тачно	19(7.2%)
			Нетачно	245(92.8%)
18.	Да ли сте упознати са законом о трансплантацији?	264	Да	13(4.9%)
			Не	187(92.8%)
			Делимично	64(24.2%)
19.	Да ли ромска популација може да завешта органе?	264	Да	248(93.9%)
			Не	16(6.1%)

Испитати да ли постоје разлике у ставовима МСЗТ у односу на образовање и дужину раднога стажа. Приказани резултати су у табели бр. 16. На основу добијених резултата можемо рећи да је утицај раднога стажа у блажој предности на формирање ставова у односу на образовање.

Табела бр 16.

Питање	Понуђени одговори	Н	Радни стаж		Хи	Образовање		Хи
			≤ 20 год	≥ 20 год.		СМШ1	ВМШ/Ф2	
Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа	Тачно	264	159(72.9%)	39(84.8%)	.092	135(76.7%)	63(71.6%)	.451
	Нетачно		59(27.1%)	7(15.2%)		41(23.3%)	25(28.4%)	
Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре:	Тачно	264	162(74.3%)	31(67.4%)	.332	131(74.4%)	62(70.5%)	.492
	Нетачно		56(25.7%)	15(32.6%)		45(25.6%)	26(29.5%)	
Уколико би ожалушћена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „врата“	Тачно	264	125(57.3%)	13(28.3%)	.000	101(57.4%)	75(42.6%)	.019
	Нетачно		93(42.7%)	33(71.7%)		37(42.0%)	51(58.0%)	
Након отпуста пацијента после трансплантације знала би да дам све информације о нези у кућним условима:	Тачно	264	97(44.5%)	7(15.2%)	.000	71(40.3%)	105(59.7%)	.656
	Нетачно		121(55.5%)	39(84.8%)		33(37.5%)	55(62.5%)	
Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа:	Тачно	264	177(81.2%)	44(95.7%)	.016	144(81.8%)	32(18.2%)	.239
	Нетачно		41(18.8%)	2(4.3%)		77(87.5%)	11(12.5%)	
Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган?	Да	264	208(95.4%)	44(95.7%)	1.000	169(96.0%)	7(4.0%)	.542
	Не		10(4.6%)	2(4.3%)		83(94.3%)	5(5.7%)	
Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу?	Тачно	264	168(77.1%)	26(56.5%)	.004	134(76.1%)	42(23.9%)	.168
	Нетачно		50(22.9%)	20(43.5%)		60(68.2%)	28(31.8%)	
По Вашем мишљењу да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	Тачно	264	173(79.4%)	37(80.4%)	.896	136(77.3%)	40(22.7%)	.195
	Нетачно		45(20.6%)	9(19.6%)		74(84.1)	14(15.9%)	
По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица где је константована мождана смрт да потпише сагласност о донирању органа?	Да	264	134(61.5%)	38(82.6%)	.006	111(63.1%)	65(36.9%)	.315
	Не		84(38.5%)	8(17.4%)		61(69.3%)	27(30.7%)	
Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је мождано мртав?	Да	264	102(46.8%)	18(39.1%)	.343	73(41.5%)	103(58.5%)	.066
	Не		116(53.2%)	28(60.9%)		47(53.4%)	41(46.6%)	
Да ли верске организције треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	Да	264	136(62.4%)	41(89.1%)	.000	116(65.9%)	60(34.1%)	.579
	Не		82(37.6%)	5(10.9%)		61(63.3%)	27(30.7%)	
Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	Да	264	21(9.6%)	22(47.8%)	.000	17(9.7%)	159(90.3%)	.000
	Не		197(90.4%)	24(52.2%)		26(29.5%)	62(70.5%)	

Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	Да	264	87(39.9%)	30(65.2%)	.002	68(38.6%)	108(61.4%)	.009
	Не		131(60.1%)	16(34.8%)		49(55.7%)	39(44.3%)	
Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	Да	264	196(89.9%)	45(97.8%)	.092	162(92.0%)	14(8.0%)	.537
	Не		22(10.1%)	1(2.2%)		79(89.8%)	9(10.2%)	
Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	Да	264	188(86.2%)	37(80.4%)	.313	149(84.7%)	27(15.3%)	.713
	Не		30(13.8%)	9(19.6%)		76(86.4%)	12(13.6%)	
Да ли поседујете донорску картицу?	Да	264	0	0		0	0	
	Не		218(100%)	46(100%)		176(100%)	88(100%)	
Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	Да	264	20(9.2%)	198(90.8%)	.781	16(91.1%)	160(90.9%)	.766
	Не		198(90.8%)	5(10.9%)		9(10.2%)	79(89.8%)	
Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	Да	264	85(39.0%)	20(43.5%)	.572	67(38.1%)	109(61.9%)	.424
	Не		133(61.0%)	26(56.5%)		38(43.2%)	50(56.8%)	
Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?		264	103(47.2%)	15(32.6%)	.128	80(45.5%)	38(43.2%)	.438
			102(46.8%)	29(63.0%)		84(47.7%)	47(53.4%)	
			13(6.0%)	2(4.3%)		12(6.8%)	3(3.4%)	
По Вашем мишљењу колика је значајност медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	Велика	264	115(52.8%)	16(34.8%)	.518	97(55.1%)	34(38.6%)	.000
	Нема значајности		5(2.3%)	7(15.2%)		1(0.6%)	11(12.5%)	
	Делимична		71(32.6%)	22(47.8%)		56(31.8%)	37(42.0%)	
	Сестра не даје информације		27(12.4%)	1(2.2%)		22(12.5%)	6(6.8%)	
Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	1.Лекара	264	83(38.1%)	14(30.4%)	.817	72(40.9%)	25(28.4%)	.000
	2.Главне сестре		24(11.0%)	1(2.2%)		20(11.4%)	5(5.7%)	
	3.Са интернета		21(9.6%)	17(37.0%)		12(6.8%)	26(29.5%)	
	4.Нега је иста за све пацијенте		4(1.8%)	3(6.5%)		2(1.1%)	5(5.7%)	
	5.Стручних састанака		24(11.0%)	1(2.2%)		18(10.2%)	7(8.0%)	
	6.Све наведено сем 4		62(28.4%)	10(21.7%)		52(29.5%)	20(22.7%)	
Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа?	Тачно	264	77(35.3%)	13(28.3%)	.053	56(31.8%)	34(38.6%)	.384
	Делимично		123(56.4%)	33(71.7%)		106(60.2%)	50(56.8%)	
	Нетачно		18(8.3%)	0(0%)		14(8.0%)	4(4.5%)	
Колика је важна подршка породици донора?	Није битна	264	0	3(6.5%)	.000	0	3(3.4%)	.016
	Од средњег је значаја		22(10.1%)	7(15.2%)		18(10.2%)	11(12.5%)	
	Није им потребна подршка		3(1.4%)	1(2.2%)		0	4(1.5%)	
	Значајна је		91(41.7%)	26(56.5%)		77(43.8%)	117(44.3%)	
	Веома је значајна		102(46.8%)	9(19.6%)		81(46.0%)	111(42.0%)	

#Радни стаж ≤ 20 год мање и до двадесет година радног стажа, ≥20 год. више од двадесет година радног стажа. 1. СМШ – средња медицинска школа; 2. ВМШ/Ф – Виша-Висока медицинска струковна школа; Ф – факултетско образовање

Резултати скоровања и факторских анализа

Анкетни упитник подвргнут је подскоровању. Први подскор је у вези са нивоом знања, а други у вези са ставовима испитаника, а затим сума тачних одговора. По добијању резултата из скорова и суме тачних одговора урађена је мултипла линеарна регресија где је сума тачних одговора исходна варијабла; пол, ниво образовања, место становања, вероисповест, дужина радног стажа, добровољни давалац крви. Факторском анализом варијабли подскора издвојено је знање у односу на ставовев и анализа истих, код пола знање (.016) а ставови (.359); образовање: знање (.243), ставови (.001), поређење групе по ставовима значајне разлике су код висока школа – факултет (.000), средња школа – факултет (.000) и висока струковна школа – факултет (.010); варијабла место становања (живим у) у односу на знање (.177), ставови (.142); код варијабле вера: знање (.002) а код ставова (.283), накнадним поређењем утврђује се да постоји значајна разлика код муслиманска – православна (.021); дужина радног стажа: знање (.003) и ставови (.033) у табели бр приказане су све значајности код подскора знања. На варијаблу добровољан давалац крви ставови(.303) знање(.000) приказане су све значајности у табели бр 17.

Табела бр.17.

		Знање					
		Број	Средња вредност	Стандардна девијација	Медијана	Минимум	Максимум
Пол	Мушки	58	28.38	2.16	29.00	23.00	33.00
	Женски	206	29.21	2.35	30.00	24.00	34.00
Образовање	Средња школа	170	29.27	2.26	29.00	24.00	34.00
	Виша школа	66	28.39	2.68	29.00	23.00	34.00
	Висока струковна	21	29.14	1.85	30.00	26.00	31.00
	Факултет	7	28.86	.38	29.00	28.00	29.00
Живи у	Граду	218	29.02	2.31	29.00	23.00	34.00
	Варошици	33	29.39	2.51	30.00	24.00	32.00
	Селу	13	28.31	2.25	29.00	25.00	31.00
Вероисповест	православна	230	29.23	2.22	30.00	24.00	34.00
	католичка	22	27.77	3.01	27.50	23.00	32.00
	муслиманска	12	27.50	1.88	28.00	25.00	31.00

Табела бр.17.

Дужина радног стажа	до 5 год.	61	29.02	1.91	29.00	24.00	32.00
	од 5 до 10 год.	79	29.23	1.65	29.00	25.00	32.00
	10 до 20 год.	78	29.53	2.85	30.00	24.00	34.00
	20 до 30 год.	25	27.52	2.10	28.00	23.00	31.00
	преко 30	21	28.29	2.99	30.00	24.00	31.00
Добровољни давалац крви	да	65	29.55	2.02	30.00	24.00	32.00
	не	145	28.45	2.03	29.00	24.00	31.00
	понекад	43	30.63	2.81	31.00	23.00	34.00
	ако некеме затреба	11	27.36	1.96	26.00	26.00	31.00

Корелација подскора образовања и дужине радног стажа са знањем и ставовима нема значајне статистичке повезаности (Табела бр18)

Ставови							
		Број	Средња вредност	Стандардна девијација	Медијана	Минимум	Максимум
Пол	Мушки	58	38.48	4.74	39.00	29.00	48.00
	Женски	206	37.87	3.37	38.00	29.00	45.00
Образовање	Средња школа	170	37.89	3.37	38.00	31.00	46.00
	Виша школа	66	37.61	3.68	37.50	29.00	44.00
	Висока струковна	21	37.71	4.23	40.00	29.00	40.00
	Факултет	7	45.43	3.21	48.00	42.00	48.00
Живи у	Граду	218	37.86	3.73	38.00	29.00	48.00
	Варошици	33	38.70	3.57	40.00	29.00	45.00
	Селу	13	38.69	3.71	41.00	30.00	42.00
Вероисповест	православна	230	37.96	3.67	38.00	29.00	48.00
	католичка	22	39.00	4.20	39.00	30.00	44.00
	муслиманска	12	37.00	3.54	35.50	30.00	41.00
Дужина радног стажа	до 5 год.	61	37.95	4.35	38.00	29.00	48.00
	од 5 до 10 год.	79	37.76	3.28	37.00	33.00	48.00
	10 до 20 год.	78	38.59	3.44	39.00	29.00	48.00
	20 до 30 год.	25	36.12	4.42	34.00	29.00	43.00
	преко 30	21	39.14	2.41	40.00	30.00	40.00
Добровољни давалац крви	да	65	37.71	3.46	37.00	29.00	42.00
	не	145	38.00	3.57	38.00	30.00	46.00
	понекад	43	38.79	4.54	39.00	29.00	48.00
	ако некеме затреба	11	36.73	3.17	35.00	35.00	45.00

Пол, вера и дужина радног стажа су независни предиктори знања (Табела бр. 18) , а на ставове утиче образовање и радни стаж док добровољни давалац крви није значајан предиктор.

Приказани резултати у табели бр.19.

Табела бр 19.

Узрочно независтан тест		
Једнакост средњих вредности - Т тест		
	т	Значајна разлика (2- теилд)
Знање	-2.428	.016
Ставови	.923	.359

Тест Статистика ^{а,б}	
Знање	Ставови
4.172	17.445
.243	.001

а. Крускал Валис тест
б. Групна варијабла: образовање

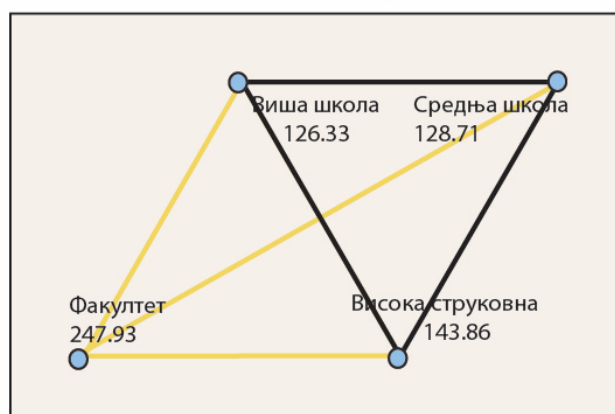
Накнадно урађена анализа поређења група по ставовима

Жутом бојом су обојене значајне разлике (табела бр 20, графикон бр.1).

Значајан статистички утицај образовања је код Виша школа – Факултет, Средња школа – Факултет, Висока школа – Факултет.

Табела бр. 20. и графикон бр 1.

Упоређење пар по пар група Образовања



Свака тачка показује просечан ранг Образовања

Узорак 1- Узорак 2	Тест Статистике	Стд. Грешка	Стд. Статистички тест	Значајност	Значајност
Виша школа- средња школа	2.405	11.029	.218	.827	1.000
Виша школа- Висока струковна	-17.524	19.053	-.920	.358	1.000
Виша школа- Факултет	-121.595	30.229	-4.022	.000	.000
Средња школа- Висока струковна	-15.119	17.590	-.860	.390	1.000
Средња школа- Факултет	-119.190	29.329	-4.064	.000	.000
Висока струковна- Факултет	-104.071	33.190	-3.136	.002	.010

Сваки ред тестира хипотезу да су дистрибуције у узорку 1 и 2 исте.
Приказан је двострани тест значајности .
Значајност је на нивоу .05.

Подскоровање утицаја варијабле: Живим у... и вијабле вера нема утицаја (Табела бр.21).

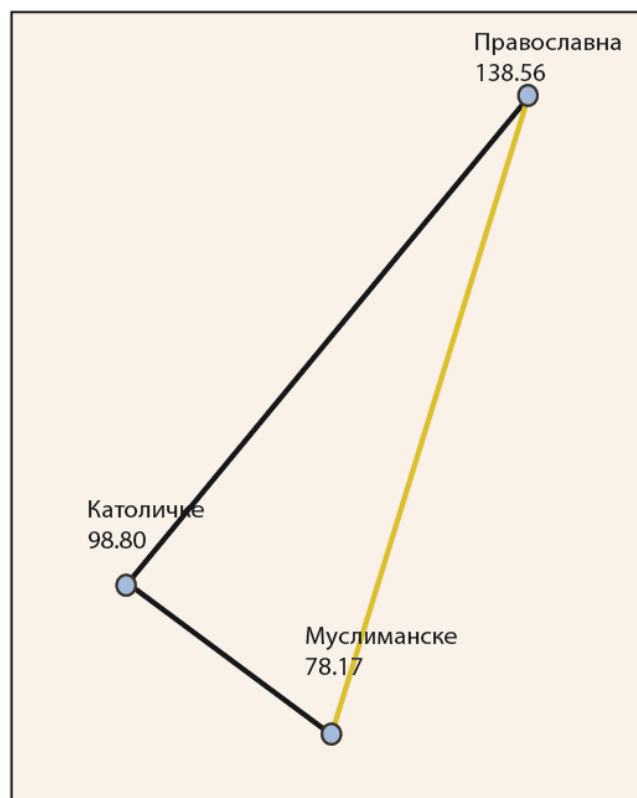
Табела бр.21.

Статистика ^{а,б} Живим у		
	Знање	Ставови
Хи квадрат	3.458	3.903
дф	2	2
Тест значајности	.177	.142
а. Крускал Валис тест б. Групна Варијабла: Живи у		
Статистика ^{а,б} Вера		
	Знање	Ставови
Хи квадрат	12.074	2.526
дф	2	2
Тест значајности	.002	.283
а. Крускал Валис тест б. Групна Варијабла: Вероисповест		

Накнадним поређењем утврђено је између којих група је разлика значајна. Установили смо да значајна разлика постоји између варијабле вера у односу православна – муслиманска (Табела бр.22 и графикон бр. 2).

Табела бр. 22 и графикон бр. 2

Упоређење пар по пар група Вероисповест



Свака тачка показује просечан ранг Вероисповести

Узорак 1- Узорак 2	Тест Статистике	Стд. Грешка	Стд. Статистички тест	Значајност	Значајност
Муслиманске - Католичке	20.629	27.102	.761	.447	1.000
Муслиманске - Православна	60.392	22.362	2.701	.007	.021
Католичке - Православна	39.763	16.853	2.359	.018	.055

Сваки ред тестира хипотезу да су дистрибуције у узорку 1 и 2 исте.
Приказан је двострани тест значајности.
Значајност је на нивоу .05.

Утицај варијабле дужина радног стажа у односу на ставове и знања приказано је у табели бр. 23 где се види да знање има више утицаја у односу на ставове.

Табела бр. 23

Тестови једнакости дужина радног стажа			
Статистика		Значајност.	
Знање	Велч	4.310	.003
Ставови	Велч	2.768	.033
а. Асимптотично Φ дистрибуиран.			

У наредним табелама биће приказане значајне разлике. Све вредности мање од 0.05 сматрамо значајним, али и вредност 0.053 узели смо у обзир као и вредности $p=0.055$ јер сматрамо да су те вредности на самој граници конвенционалног нивоа значајности. У табели бр. 24 приказани су утицаји дужине радног стажа у односу на знање и ставове, те можемо рећи да је утицај варијабле знање од 20 до 30 година радног стажа, док је код варијабле ставови слична ситуација.

Табела бр.24.

Вишеструка Компарација						
Дунет Т3						
Зависна Варијабла	(I) Дужина радног стажа\	(J) Дужина радног стажа				
		до 5 год.	од 5 до 10 год.	10 до 20 год.	20 - 30 год.	преко 30
		Значајност	Значајност	Значајност	Значајност	Значајност
Знање	до 5 год.		.999	.901	.036	.961
	од 5 до 10 год.	.999		.996	.007	.822
	10 до 20 год.	.901	.996		.004	.610
	20 до 30 год.	.036	.007	.004		.975
	преко 30	.961	.822	.610	.975	
Ставови	до 5 год.		1.000	.985	.573	.720
	од 5 до 10 год.	1.000		.727	.605	.302
	10 до 20 год.	.985	.727		.136	.992
	20 до 30 год.	.573	.605	.136		.053
	преко 30	.720	.302	.992	.053	

Утицај варијабле добровољан давалац крви има само код знања (табела бр. 25 и 26).

Табела бр. 25.

ANOVA				
Ставови	Ф Коефицијент	Значајност		
	1.219	.303		
Робусни тестови једнакости				
	Статистика	значајна разлика1	значајна разлика2	Значајност
Знање Велч	11.937	3	41.728	.000
а. Асимптотично Ф дистрибуиран.				

Табела бр.26.

Корелација					
Дунет Т3					
Зависне Варијабле	(I) Добровољни давалац крви	(J) Добровољни давалац крви			
		да	не	понекад	ако некеме затреба
		Сиг.	Сиг.	Сиг.	Сиг.
Знање	да		.002	.185	.024
	не	.002		.000	.437
	понекад	.185	.000		.001
	ако некеме затреба	.024	.437	.001	

Корелација образовања и дужине радног стажа са знањем и ставовима. Видимо да не постоји статистички значајна повезаност измедју образовања и дужине радног стажа са ставовима и знањима (Табела бр.27)

Табела бр. 27

Корелација				
			Знање	Ставови
Спирманов рхо	Образовање	Коефицијент Корелације	-.092	.102
		Значајност (2- двостарни тест)	.136	.097
	Дужина радног стажа	Коефицијент Корелације	-.052	.041
		Значајност (2-двостарни тест)	.404	.506

Пол, вера и дужина радног стажа су независни предиктори знања (приказано у Табели бр 28)

Табела бр. 28

Ефекти између субјеката			
Зависне Варијабле: Знање			
Извор	Кефицијент ф	Значајност	Парцијални Квадрат ЕТА
Пол	7.075	.008	.027
Вероисповест	8.517	.000	.062
Дужина радног стажа	5.449	.000	.078

У табели бр. 29 приказани су резултати где на ставове утиче образовање и радни стаж док добровољни давалац крви није значајан предиктор.

Табела бр.29

Ефекти између субјеката			
Зависне Варијабле: Ставови			
Извор	Коефицијент Ф	Значајност	Парцијални Квадрат ЕТА
Образовање	12.024	.000	.125
Дужина радног стажа	3.537	.008	.053
Добровољно давање крви	.644	.587	.008

Након извршених анализа подскоровања приступили смо Регресионом моделу. На знање утичу сви предиктори осим места живљења. Од свих параметара, највећи утицај има добровољни давалац крви, затим дужина радног стажа и вера. Остала два су од занемарљивог утицаја. Објашњени варијабилитет на основу овог модела износи 38% (табела бр. 30 и 31).

Табела бр. 30

Зависна варијабла: Знање			
Извор	Коефицијент Ф	Значајност	Парцијални Квадрат ЕТА
Пол	7.597	.006	.030
Образовање	2.938	.034	.034
Живим у	2.215	.111	.018
Вероисповест	17.862	.000	.126
Дужина радног стажа	9.911	.000	.138
Добровољни даваоц крви	28.496	.000	.256

Табела бр. 31

Зависна варијабла: Знање			
Параметар	Б	т	Значајност
Пресек	22.217	16.912	.000
[пол=1]	-.818	-2.756	.006
[пол=2]	0a	.	.
[Образовање=1]	2.160	2.752	.006
[Образовање=2]	1.794	2.154	.032
[Образовање=3]	1.997	2.159	.032
[Образовање=4]	0a	.	.
[Живим у=1]	-1.142	-1.879	.061
[Живим у=2]	-1.482	-2.084	.038
[Живим у=3]	0a	.	.
[Вероисповест=1]	1.927	3.110	.002
[Вероисповест=2]	-.572	-.765	.445
[Вероисповест=3]	0a	.	.
[Дужина рад. стажа=1]	2.462	3.736	.000
[Дужина рад. стажа=2]	2.531	4.056	.000
[Дужина рад. стажа=3]	2.709	4.698	.000
[Дужина рад. стажа=4]	.714	1.042	.298
[Дужина рад. стажа=5]	0a	.	.
[Добров. дав. крви=1]	2.972	4.473	.000
[Добров. дав. крви=2]	1.489	2.415	.016
[Добров. дав. крви=3]	4.591	6.845	.000
[Добров. дав. крви=4]	0a	.	.

У табелама параметар који је обележен са 0 значи да је он референтна група и да се остали упоређују са њим.

У поређењу варијабли сви предиктори су значајни осим пола и добровољних даваоца крви. Притом, од оних који су значајни, највећи утицај има образовање, док далеко мањи утицај имају стаж, вера и место становања (табела бр 32 и бр.33).

Табела бр. 32

Упоредивање=0.232			
Зависна Варијабла: Ставови			
Извор	Коефицијет Ф	Значајност	Парцијални Квадрат ЕТА
Пол	.763	.383	.003
Образовање	14.978	.000	.153
Живи у	6.183	.002	.047
Вероисповест	6.510	.002	.050
Дужина радног стажа	4.605	.001	.069
Добровољни даваоци крви	1.839	.141	.022

Табела бр. 33

Регресиони модел			
Зависна Варијабла: Ставови	Б	т	Значајност
Пресек	47.193	20.287	.000
[пол=1]	.459	.874	.383
[пол=2]	0a	.	.
[Образовање=1]	-8.177	-5.884	.000
[Образовање=2]	-9.318	-6.321	.000
[Образовање=3]	-10.167	-6.205	.000
[Образовање=4]	0a	.	.
[Живим у=1]	-1.296	-1.204	.230
[Живим у=2]	1.135	.901	.368
[Живим у=3]	0a	.	.
[Вероисповест=1]	1.305	1.190	.235
[Вероисповест=2]	4.047	3.058	.002
[Вероисповест=3]	0a	.	.
[Дужина рад. стажа=1]	-3.552	-3.044	.003
[Дужина рад. стажа =2]	-3.154	-2.853	.005
[Дужина рад. стажа =3]	-1.972	-1.931	.055
[Дужина рад. стажа=4]	-4.463	-3.681	.000
[Дужина рад. стажа=5]	0a	.	.
[Добров. дав. крви=1]	.674	.573	.567
[Добров. дав. крви=2]	1.794	1.642	.102
[Добров. дав. крви=3]	1.143	.962	.337
[Добров. дав. крви=4]	0a	.	.

6. Дискусија

У овој студији која укључује 264 испитаника већина је женског пола што се подудара са бројним литературним подацима као и са претходном пилот студијом [178]. Већина испитаника је православне вероисповести што је очекивано јер је истраживање спроведено на територији где је та вера доминантна. Истраживање које смо спровели указује да је већински део испитаника женског пола 206 (78,0%) што се може повезати са професијом испитаника. Статистички значајне разлике су уочене код нивоа образовања, где је значајно већи број испитаника са средњом стручном спремом (N=264) 170 (64,4%) што се такође поклапа са претходном пилот студијом. Према анализи радног стажа, највише испитаника имало је 5 до 10 година радног стажа, 79 (29,9%) и од 10 до 20 година радног стажа 78(29,5%). Многобројне студије указују да постоји повезаност позитивних ставова са образовањем, социо-економским статусом, полом и старостним добом испитаника у односу на завештање органа и трансплантацију [179].

Један од циљева наше студије био је да се процене ставови МСЗТ о донацији органа и завештању органа. Став је стечена диспозиција ка нечему која може бити позитивна или негативна. На формирање ставова могу утицати многобројне детерминанте као што су социо, економске, политичке, верске и друге. Да би став био формиран мора имати три компоненте когнитивност, емоционалну и конативну карактеристику што су наши испитаници. Трансплантације органа код човека је осетљива тема јер питање здравља и живота, кроз психичке процесе развоја показује да емоционално изражавање утиче на формирањ става. Формиран став утиче на менталне функције као што је учење, доношење закључака и судова о нечему. У истраживању, користећи статистичке методе и квадрат тест и регресиони модел добили смо следећи резултат: да на формирање ставова има утицај образовање, стаж, вера и место становања. Може се рећи да код испитаника са вишим нивоом образовања постоји позитивнији став према завештању и трансплантацији органа. Образовање суштински утиче на развој личности, те поједини социолошки феномени сагледавају са више страна уколико је виши степен образовања. Утицај образовања као социолошке детерминанте у формирању позитивних ставова у вези са трансплантацијом и завештањем органа показале су и

друге студије [180]. Формиран став може утицати на личност да свој став надогради и у потпуни, давајући конструктивно решење у односу на објекат према коме је формиран. Тако особе лакше изаберу вид школовања и занимање у будућности или неко усавршавање. Испитаници у нашој студији показали су и заинтересованост да своје знање надограде као и да постоји стручно усавршавање из области трансплантологије са средњом школом 147 (86,5%), са вишом/високом медицинском школом 75 (86,2%) и са факултетским образовањем 3(42,9%) ($p=.022$). Кроз образовање став се може стећи и научити. Утицај информација кроз процес образовања може допринети формирању ставова. Један од непосредних фактора који може утицати на понашање појединца сем образовања јесте и дужина изложености професионалној орјентацији или припадност једној групи, као што је дуг радни стаж у професији медицинске сестре интензивне неге. Важан утицај, сем дужине радног стажа јесте и образовање и информисаност о ситуацијама према којима се формира мишљење - став. Дужина радног стажа је један од фактора у нашој студији који има утицај на формирање ставова регресионим моделом ($p=.001$). Радно искуство доприноси да се формира позитиван став према трансплантацији и донацији органа, са континуираним дужим радним искуством стиче се, сем практичних вештина и ставови који су у нашем истраживању позитивни. Истраживање у Шведској показало је да радно искуство има утицаја на формирање позитивног става о завештању органа [181]. Изложеност дужег или краћег временског периода специфичним факторима као што су медији, на појединца може утицати у формирању личног става. Медицинске сестре техничари у нашем испитивању сматрају да је њихова улога значајна у промоцији 198 (75%), као и да медији имају велику улогу у формирању ставова о трансплантацији и завештању органа 221 (83.7%).

Утицај вероисповести на формирање става и понашање је од великог значаја. Ако знамо да је религија морални управљач над човековим ставовима, онда се то доводи у везу и са његовим понашањем, те се реакције појединаца и припадника одређене религије усмерене ка позитивном или негативном ставу о завештању органа и трансплантацији. Поједине религије су искључиве по питању давања крви и трансплантацији органа што знатно утиче на недостатак органа као и на излечење

оних којима је потребна трансплантација. Применом регресионог модела у обради добијених података из истраживања анкетним упитником, значајан предиктор у формирању ставова било је утицај вероисповести ($p = .002$). Већи део испитаника православне је вероисповести 230 (87.1%). Позитиван став православне цркве за трансплантацију и завештање органа ипак није довољан јер је број трансплантација извршених у нашој земљи мали као и број донорских картица. Хришћански народи имају другачији поглед на смрт, имају веру у васкрсење и добијање лепшег и новог тела те је међу хришћанима трансплантација више заступљена. Религије попут ислама привидно подржавају трансплантацију органа, али је утицај других фактора као што је образовање и поједини културолошки фактори не доводе до позитивних резултата у повећању донорства органа [182,183]. У појединим исламским земљама попут Турске вера представља препреку за трансплантацију органа, јер став верских вођа има изразити утицаја мада се трансплантација спроводи у овој земљи [184]. Кинеске културе и вере немају позитиван став о трансплантацији, али би промене у образовању и у другим социолошким детерминантама биле пожељне [185]. У јеврејској заједници, многи духовници заступају тезу „Спаси један живот, спасен је цео свет!“. Верски фундаментализам је заступљен у свим верама колико год званичан став једне вере био позитиван или негативан појединци односно верске вође могу утицати на став појединих верника. Предрасуде, верска тумачења и обичаји често буду примат у односу на хуманост, што знатно смањује број донора. Истраживање спроведено у Америци указује да је трансплантација прихваћена од стране грађана као уобичајна метода лечења где је она потребна те на процес доношења одлуке минималан је утицај вере [186]. Уско повезано са религијом јесу обичаји који настају еволуцијом човека, појавом нових предмета, технологија или социолошких феномена тако се исти инплементирају у свакодневницу човековог понашања те се развијају обичаји. Верске религијске институције имају традицију обичаја које спровode и чији корени датирају из развијања вере са мањим променама у садашњости [187]. Многобројни обичаји везани су за преминулог и његову сахрану, те за процесе извршења обичаја верске организације имају многобројна образложења као што је да вера и црква сагледава оно духовно и невидљиво у појединцу за разлику од науке која сагледава материјално, са друге стране народ који

припада некој религији сам спроводи обичаје које сами измисле верујући да је то добро и да то тако ваља. Појединац своја схватања усаглашава са и из непосредне околине и тумачи их на начин на који њему одговара што често прихвати околина и имитира понашање појединца. Обичај појединих народа у многим религијским веровањима јесте сахрана покојника у целости са образложењем да ће покојнику недостајати орган без којег се не може на „други“ свет где ће се преселити након смрти. Овакви обичаји представљају баријеру и потешкоћу у донирању органа.

Услови рада, техничка подршка, ресурси, добра радна атмосфера, финансијска сатисфакција јесу предуслови за обављање посла ефективно и ефикасно. У делу истраживања који се односи на процену ставова МСЗТ о трансплантацији и завештању органа добили смо податак да је тешко психичко оптерећење негда кадавера који је мождано мртав 193(73.1%). Од момента проглашења мождане смрти до момента добијања сагласности о донацији органа може проћи дужи временски период. Нега мождано мртвог болесника је посебан облик палијативног збрињавања што представља дуг и озбиљан професионалан изазов, а дуготрајно бављење овим послом доводи до професионалног сагоревања [188]. У нези мождано мртвих болесника кључно је очување других виталних органа, потенцијалних донора, што се обезбеђује квалитетном интензивном негом до трансплантације. Неопходно је обезбедити висок ниво услова за рад здравственим радницима који негују мождано мртвог болесника како би квалитет неге био задовољавајући [189].

Закон је правно средство које обезбеђује легитимне механизме и процедуре у завештању органа и трансплантацији. Закон о завештању органа и трансплантацији предвиђа да свако може за живота да потпише донорску картицу и самим тим постане потенцијални донор. Заправо, потписана донорска картица не представља сигурног донора јер пре него што би се приступило припремама за екстракцију органа неопходно је добити и сагласност породице потенцијалног даваоца. У нашој студији кроз анкетни упитник питали смо испитанике у колико би им била неопходна трансплантација да ли би је и прихватили и позитиван одговор је дало 251 (95,1%) испитаник. Међутим половина испитаника није добровољни давалац крви 145 (54,9%), а донорску картицу не поседује ни један испитаник. Студија у Централној Америци (Мексико, Панама, Тексас) долази до истих података да би

здравствени радници прихватили трансплантацију ако им је неопходна али не би донирали своје органе [190]. Показивањем сопственим примером да се може допринети усвајању обрасца позитивног става и прихватање истог модела понашања испитаници нису били сигурни 131 (49,6%) односно да сопственим примером завештања органа шаљу добру поруку другима. Зашто је мали број потписаних донорских картица и давалаца крви. Већина истраживања указује на културолошке, социјалне, верске као и недостатак информација о трансплантацији као проблеме из чега произилази несигурност [191,192]. Поједина истраживају указују на важност комуникације са ужим члановима породице о завештању органа као добру детерминанту у повећању донорских картица и донирању органа [193,194]. Испитаници у нашој студији, њих 147 (55.7%) није разговарало са својим члановима породице те можемо рећи да је овај фактор један од многих који се узимају као образложење зашто је мало испитаника добровољних давалаца крви и оних који не поседују донорске картице. Комуникација здравствених радника у контакту са породицом и рођацима у прибављању сагласности за донирање органа такође је значајан фактор [195]. Решење у комуникацији са породицом јесте доношење стратегије у смислу адекватног објашњења могуће смрти, и решавања неодлучности услед недовољне информисаности породице, као и пружања подршке породице [196]. Учесници нашег истраживања такође сматрају да је неопходна и значајна подршка породици донора 117 (44.3%).

Пружање здравствене неге трансплантираном пацијенту подразумева висок ниво знања о трансплантацији и стручно усавршавање кроз формално и неформално образовање, као и континуирану информисаност. Образовање представља темељ надоградње стручне праксе медицинских сестара и здравствених техничара [197]. Резултати нашег истраживања указују да МСЗТ немају довољно информација о нези трансплантираних пацијената, као ни о квалитету њиховог живота, а информације о пружању здравствене неге углавном добијају од лекара, са интернета и од главних сестара. Медицина заснована на доказима подразумева и сагледавање нових као и примену, интеграцију науке и праксе. У другим студијама такође МСЗТ користе знање из социјалних окружења, као и да се ретко користе истраживања као други извор формација [198]. Истраживање које смо спровели такође указује да

постоји спремност за стручно образовање и усавршавање из области трансплантологије 225 (85.2%) од стране МСЗТ. У поређењу група образовања скоровањем у односу на ставове постоји статистичка разлика између виша школа - факултет (.000), средња школа - факултет (.000) и висока струкован – факултет (.010). Да постоји утицај образовања на формирање ставова указује и слична студија у Кореји [199]. Губитак поверења у здравствени систем произилази из незнања и недовољне информисаности што је узрок негативног става [200].

Министарство здравља крајем 2010. године покренуло је Националну кампању „Продужи живот“ са циљем да се промовише значај завештања органа и трансплантације. Свој допринос у промоцији завештања органа дале су и многобројне невладине организације, цркве и групе грађана. Утицај на јавност и околину може се показати личним примером кроз личну моралну обавезу. Испитаници у нашој студији нису сигурни 131 (49.6%) да би сопственим примером послали добру поруку другима, такође су се изјаснили да није добро вршити промоцију завештања органа само у професији медицинских сестара и лекара 221(83.7%) мада су се изјаснили да је свакако значајна улога МСЗТ у промоцији истих 198 (75%). Истараживање спроведено у Тунису показује да не само ставови јавног мњења имају утицај већ и предиспозиције запослених у систему здравствене заштите [201].

Демографске карактеристике као што су пол, образовање и дужина радног стажа у нашој студији дале су значајан утицај на ставове о завештању органа и трансплантацији. У студији спроведеној у Кракову такође је показала да постоји утицај социодемографске карактеристика на повољан став о спремности завештања органа [202].

У процени знања испитаника о трансплантацији и завештању органа добили смо висок ниво знања, а наручито висок ниво знања показали су испитаници са дужим радним стажем и са вишим нивоом образовања. Повезаност знања о трансплантацији са донацијом органа показала је и студија још 1991.године [203]. Значајну корелацију у повезаности знања са ставовима, као и нижи ниво знања о завештању органа и трансплантацији показала је студија у Ирану [204].

Фокус група је техника којом се прикупљају квалитативни подаци на начин окупљање испитаника у групу, који се подстичу да изнесу свој став на одређену тему. Постоје многе дефиниције ове методе истраживања, Бек (Beck), Тромбета (*Trombetta*) и Шаре (*Share*) дефинишу као „неформалну дискусију између одабраних особа о посебној теми релевантној за испитивану појаву“. У нашој студију кроз Фокус групу праћене су интерперсоналне варијабле, индивидуални ставови са укључивањем демографских карактеристика. Ово истраживање има комплементарну улогу у пружању информација ради лакшег разумевања о ставовима људи (учесника), са нагласком у откривању баријера за донацију и трансплантацију органа.

Ограничење овог истраживања је што је засновано само на усмене изјаве учесника у групи, без узимања у обзир невербалну комуникацију [205]. Могућност пристрасности као ограничење била би когнитивна дисонанца, јер један учесник својим ставом и емоционалним понашањем у давању исказа може утицати на другог учесника групе. Могући недостатак у виду ограничења јесте минималан број учесника истог пола. С обзиром да није постајало шире решење за одабир учесника, ово ограничење је минимално.

Истраживање које смо спровели у Фокус групи показало је да су учесници свесни да је трансплантација једини метод лечења појединих терминалних бволасти. За недовољан број донора сматрају да је узрок лош социјални притисак и не ангажованост струке у смислу континуиране медијске пропаганде и здравственог просвећивање. Истраживање спроведено у Аустралији указује на значајност нивоа образовања, утицаја масовних медија и религије на повећање донације органа [206]. Неповећење у здравствени систем је један од кључних момената испитаника у Турској [207]. Такође, сматрају да немају довољно поверења у здравствену политику. Ово квалитативно истраживање указује на недостатак ресурса као и неадекватне и недовољне формалне едукације. Учесници групе не виде себе као битну особу у промоцији завештања органа, али ни некога ко би својим примером допринео већем броју донора. Од значаја је контакт на релацији пацијент - медицинска сестра - лекар, али од кључног значаја је улога психијатр у разговору са породицом реципијента и потенцијалног примаоца органа [208]. Породични

разговори и познавањем жеље покојника од стране породице и здравственог особља понекад може бити кључна компонента за повећањем стопе донорства органа [209]. Учесници у групи дали су предлог о побољшању већег броја завештања органа, као што је финансијска конструкција кроз неки повлашћени бенефит, затим здравствено просвећивање и стална едукација здравственог особља, као и повећање броја здравственог особља. До сличног закључка досшли су и испитаници у студији испитивања међународног јавног мњења у вези завештања и трансплантације органа [210]. Истраживање спроведено у Кини указује да би се подизањем знања кроз процесе образовања, бољом едукацијом медицинског кадра као и давањем субвенција успоставио бих се већи и бољи систем донорства органа [209]. У земљама као што су Иран, Саудијска Арабија и Сингапур дају финансијске подстицаје за доноре, најчешће за доноре бубрега, тако да они који хоће могу да продају свој бубрег држави, за разлику од многобројних држава Света овај вид подстицаја је забрањен и неприхватљив [211]. Да ли се ови ставови могу генерализовати у односу на друга слична истраживања, вероватно зависи од здравствене политике, културе и образовања других испитаника. Испитаници су навели да је недостатак здравственог кадра један од фактора који могу утицати на квалитет пружене неге кадаверу и трансплантираном болеснику. Недостатак здравственог кадра у Бразилу доприноси да недостатак људских и материјалних ресурса има утицај на мањи број донора [212].

Делфи техником дошли смо до резултата који указују да код испитаника постоје основна знања о трансплантацији и завештању органа са потребом да се знање надогради како би се примењивало и у пракси. Информисаности на исту тему није адекватна те је мали број испитаника упознато са Законом о трансплантацији и завештању органа, а тај континуитет је непроменљив у односу на 2011. годину када је рађено слично истраживање [178]. Медицинске сестре у Аустралији имају висок ниво информисаности о закону који се односи на донацију и завештање органа [213]. Употреба медија у друштву носи компоненту усавршене комуникације између самих медија и друштва, како са појединцем тако и са друштвом у целини. Медијске кампање са едукативним циљем могу знатно утицати на формирање позитивних ставова о завештању органа [214]. Једно истраживање показало је да је утицај

рекламе медија допринело побољшању ставова у донацији органа живих донора [215]. Интересантно је да су се медицинске сестре у истраживању усагласиле са заједничким ставом да је утицај медија на формирање става о завештању органа од велике важности. Научне контраверзе и лоша интерпретација у медијима, као и преношење лоших искустава кроз медије долази до формирање негативних ставова према завештању органа. Постојање узајамног поверења медија и медицине допринеће побољшању јавне свести и формирану позитивних ставова, а наручиту пажњу треба посветити друштвеним мрежама које имају снажан утицај на широку популацију [216]. Један од важних елемената професионалног деловања је и саосећање, подршка и пружање информација породици донора [192]. Емпатски став испитаника у нашој студији према породици донора је резултат професионалног деловања. Такође, значајна је и социјална подршка у размени искустава оних који су донирали орган и оних који би требало да донирају или завештају органе. Испитаници такође сматрају да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције у смислу бољег здравственог осигурања. Важан предуслова за завештање органа је разговор са породицом о будућим жељама и личним намерама. У нашем истраживању већина испитаника није разговарала са својом породицом о завештању органа за разлику од медицинских сестара у Шпанији које су разговарале са својим партнером и својом породицом [217].

Образовање је један од кључних фактора у формирању става о трансплантацији и завештању органа. Кроз процесе образовања утиче се на развој личности те се сматра да је корелација између развоја личности и образовања изузетно висока. Свакако формално образовање има велики утицај али и неформално образовање је фактор који може утицати да се социолошка детермината негативног става у облику предрасуде или неинформисаности преобрати у позитиван став. Истраживање спроведено у Мађарској указује да је неформално образовање кроз курсеве, тренинге или семинаре пожељно спроводити са здравственим радницима ради побољшања знања и стицање позитивних ставова о трансплантацији [218]. Кроз оба типа образовања научним доказима се разбијају предрасуде, које бивају одбачене и формирају се други позитивни ставови. У нашем истраживању медицинске сестре сматрају да је њихова улога важна при давању

информација о начину кућне неге трансплантираним пацијентима; мада су мишљења да им недостају детаљније информације о појединостима као и да су вољне да пршире своја знања кроз било који вид образовања или усавршавања. Здравствени радници у Шпанији и ако су већ имали обуку из трансплантологије изразили су жељу да би волели да добију још нових знања кроз додатне обуке [219]. Студија спроведена на Тајвану међу здравственим радницима указује да је образовање од великог утицаја на формирање става о завештању органа [220]. Потреба за пружањем информација на нивоу академског образовања у вези трансплантације указује и студија спроведена у југоисточним Сједињеним Државама [221]. У Мадриду 2010. године СЗО на Трећој глобалној конференцији о донацији органа и трансплантацији дониси закључак у којем се наглашава да доступност трансплантације мора бити једнак за све људе без обзира на веру, пол и образовање. Концепт донације органа требало би да постане грађански гест, а да се промоција завештања органа као и њен значај у лечењу врши кроз образовни систем свих узраста [222]. О трансплантацији потребно је говорити у образовном систему основног, средњег и високог образовања да би се у будућности пројектовао позитиван став и повећао број донорских картица. Образовање опште популације допринеће повећаној стопи донације [223].

У нашој студији ни један испитаник није имао донорску картицу што можемо повезати са утицајем многобројни детерминати као што су недовољна информисаност, образовање, предрасуде и неповерење у здравствену политику. Истреживање спроведено у популацији турских студената медицине а у вези поседовања донорске картице био је незадовољавајући, а за разлику од испитаника у Немачкој где је проценат био знатно већи, док је у Енглеској највећи проценат испитаника имао донорску картицу. Сматра се да је већи број донорских картица последица бољег образовног програма у тој земљи [224].

7. Закључци

- Истраживање које смо спровели указује да у процесу завештања органа значајну улогу имају предрасуде, неповерење у здравствене систем, недовољно информација током образовања.
- Медицинске сестре и здравствени техничари представљају значајну карику у прибављању сагласности за донацију органа кроз систем комуникације и знања.
- Дужина радног стажа, искуство у пракси, очигледно има утицај на формирање ставова МСЗТ.
- На знање испитаника од свих параметара највећи утицај има добровољни давалац крви, затим дужина радног стажа и вера.
- На формирање ставова испитаника највећи утицај има образовање.
- Потребно је издвојити посебну тематску јединицу, са више часова, кроз цело средњошколско образовање медицинских сестара на тему завештање органа и трансплантацији.
- Из добијених резултата истраживања можемо дати предлог мера за побољшање промоције завештања органа као и трансплантације:
 - Заједничка листа чекања, са редовним ажурирањем података, кроз посебан информатички систем;
 - Агресивна промоција завештања органа са циљем разбијања предрасуда;
 - Активније укључити све здравствене установе од примарних до терцијалних установа у промоцију и континуирану едукацију здравствених радника;
 - Допуна Закона о трансплантацији у смислу прецизнијих дефинисаних регулатива о завештању органа;
 - Дефинисање улоге медицинских сестара у промоцији завештања органа и трансплантацији;
 - Значајно је предвидети да за живота вољу даваоца донора не може оспорити породица;
 - Увести континуирану едукацију на свим нивоима образовања о завештању органа и трансплантацији;

- Осмислити бенефиције за живог донора или породицу;
- Формирати удружење оболеих којима је потребна трансплантација.

8. Литература:

1. WHO. Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. Geneva, November 2009. pp 8-15
2. DOPKI Newsletter 2009 is a publication of the DOPKI consortium, March 2009. pp 4-16
3. Steinberg A. "Organ Transplantation and definition of the moment of death-jewish perspectives." (2012).
4. Zakon o transplantaciji, op.cit, član 3. "Sl. glasnik RS", br. 72/2009 od 3.9.2009. godine.
5. Gribben JG, Zahrieh D, Stephans K, Bartlett-Pandite L, Alyea EP, Fisher DC, Freedman AS, Mauch P, Schlossman R, Sequist LV, Soiffer RJ, Marshall B, Neuberg D, Ritz J, Nadler LM. Autologous and allogeneic stem cell transplantation for chronic lymphocytic leukemia. Blood, 2005. PMID:16131571
6. Eurotransplant Manual – version 3.5, January 2014 pp 6-9
7. David P. Organ Transplantation. Greenwood Publishing Group.2006
8. Andrew A. Klein, Clive J. Lewis, Joren C. Madsen. Organ Transplantation: A Clinical Guide. 2011.
9. Zare M, Javadi MA, Einollahi B, Baradaran-Rafii A, Ghanavati SZ, Farsani MR, Mohammadi P, Feizi S. Indications for corneal transplantation at a tertiary referral center in tehran. J Ophthalmic Vis Res. 2010;5(2):82-6.
10. Astor T, Berry G, Chan K, Mason D, Levined D, Wigfield C. Lung Transplantation core competency curriculum. 2010.
11. Orens J.B, Estenne M, Arcasoy S, Conte J.V, Corris P, Equqn JJ. Et al. International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update—A Consensus Report From the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation. The Journal of Heart and Lung Transplantation. 2006;25(7):745-55
12. Griepp RB, Ergin MA. The history of experimental heart transplantation. J Heart Transplant. 1984;3:145. 5.
13. Jarvik RK. Electrical energy converters for practical human total artificial hearts an opinion in support of electropneumatic systems. Artif Organs 1983; 7; 21.

14. ESC Clinical Practice Guidelines. 2011.pp10-25
15. Zuckerman M, Loveland J. Selection and work-up for liver transplantation. *S Afr Med J*. 2012; 10;102(11 Pt 2):876-8
16. Vlaisavljević Ž. Popović D. Balović A. Gender, age, etiology and complications in liver transplant candidates. 2015; 38(5):379-83
17. Larsen JL. Pancreas transplantation: indications and consequences. *Endocr Rev*. 2004; 25 (6): 919–46.
18. Ludwig B, Reichel A, Steffen A, Zimmerman B, Schally AV, Block NL, et al. Transplantation of human islets without immunosuppression. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013; 19;110(47):19054-8.
19. Paul R.V. Johnson, Katherine E. Jones. Pancreatic islet transplantation. *Semin Pediatr Surg*. 2012; 21, 272-280
20. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), National Institutes of Health (NIH). Доступно <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/#Kidney> јануар 2014.
21. Petrović D, Mijailović Z, Popovska B, Canović P. Assessment of patient eligibility for kidney transplant procedure. *Med Glas (Zenica)*. 2012;9(2):174-9.
22. Troppmann C, Gruessner RWG. Intestinal transplantation. In: Holzheimer RG, Mannick JA, editors. *Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented*. Munich: Zuckschwerdt; 2001. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6902/#> јануар 2014.
23. Joly F, Panis Y. Indications and results of small bowel transplantation in adults. *Bull Acad Natl Med*. 2012;196(2):393-404.
24. Mackay DR, Miraliakbari R, eds. Skin grafts. *Operative Techniques in General Surgery*. 2006; 8(4);197-206.
25. Passweg JR, Baldomero H, Bregni M, Cesaro S, Dreger P, Duarte RF, et al. Hematopoietic SCT in Europe: data and trends in 2011. *Bone Marrow Transplant*. 2013;48(9):1161-7.

26. Schneeberger S, Ninkovic M, Margreiter R. Hand Transplantation: The Innsbruck Experience. *Transplantation of Composite Tissue Allografts* 2008, pp 234-250
27. Ravindra KV, Buell JF, Kaufman CL, Blair B, Marvin M, Nagubandi R, Breidenbach WC. Hand transplantation in the United States: Experience with 3 patients. *Surgery*. 2008;144(4):638-44
28. Rassman WR, Bernstein RM, McClellan R, Jones R, et al. Follicular Unit Extraction: Minimally invasive surgery for hair transplantation. *Dermatol Surg* 2002; 28(8): 720-7.
29. Mojallal A, Foyatier JL. Historical review of the use of adipose tissue transfer in plastic and reconstructive surgery. *Ann Chir Plast Esthet*. 2004;49(5):419-25.
30. Hettiaratchy S, Butler PE. Face transplantation--fantasy or the future? *Lancet*. 2002;6;360(9326):5-6.
31. Reitz BA. History of heart and heart-lung transplantation. In: Baumgartner WA, Reitz BA, Kasper E, Theodore J, eds. *Heart and Lung Transplantation*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2002:3-14.
32. Antebi B, Pelled G, Gazit D. Stem Cell Therapy for Osteoporosis. [Epub ahead of print]. *Curr Osteoporos Rep*. 2014 Jan 10
33. Zhang K, Pang K, Wu X. Isolation and Transplantation of Corneal Endothelial cell-Like Cells Derived From In Vitro-Differentiated Human Embryonic Stem Cells. *Stem Cells Dev*. 2014; 15;23(12):1340-54.
34. Pfister O, Della Verde G, Liao R, Kuster GM. Regenerative therapy for cardiovascular disease. *Transl Res*. 2013;11. pii: S1931-5244(13)00437-4
35. Feng R, Lengner C. Application of Stem Cell Technology in Dental Regenerative Medicine. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2013;2(6):296-305.
36. Otsu K, Kumakami-Sakano M, Fujiwara N, Kikuchi K, Keller L, Lesot H, Harada H. Stem cell sources for tooth regeneration: current status and future prospects. *Front Physiol*. 2014; 4;5:36
37. Lippi D. The transplant of the white man's leg: a novel representation of Cosma and Damians miracle. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2009;22(2):517-20.

38. Sharma HS, Sharma HI, Sharma HA. Sushruta-samhitA - A critical Review Part-1 : Historical glimpse. Ayu. 2012;33(2):167-73.
39. Crawford AZ, Patel DV, McGhee CN. A brief history of corneal transplantation: From ancient to modern. Oman J Ophthalmol. 2013;6(Suppl 1):S12-S17.
40. von Hippel A. Eine neue Methode der Hornhauttransplantation. Albrecht v Graefes. Arch Ophthalmol 1888; 34:108-30.
41. Moffatt SL, Cartwright VA, Stumpf TH. Centennial review of corneal transplantation. Clin Experiment Ophthalmol. 2005;33(6):642-57.
42. Jay V. This month in history: Jacques Louis Reverdin. J R Soc Med. 1999;92(10):548
43. Rahlf SH. The use of skin grafting for the treatment of burn wounds in Denmark 1870-1960. Dan Medicinhist Arbog. 2009;37:99-116.
44. James Shapiro A.M. Islet Transplantation in Type 1 Diabetes: Ongoing Challenges, Refined Procedures, and Long-Term Outcome. Rev Diabet Stud. 2012; 9(4): 385–406
45. Andrew F, G.Dip.Mech.E. A.Inst.Pckg. Insulin Delivery Device Technology 2012: Where Are We After 90 Years? J Diabetes Sci Technol. 2012; 6(4): 947–953.
46. Klein, Harvey G; Anstee, David J, eds. Mollison's Blood Transfusion in Clinical Medicine. Malden, Mass: Blackwell Pub 2005. doi:10.1002/9780470986868
47. Cyrus C. Sturgis. The history of blood transfusion. Bull Med Libr Assoc. 1942; 30(2): 105–112.
48. Learoyd P. The history of blood transfusion prior to the 20th century--part 2. Transfus Med. 2012;22(6):372-6
49. Tan SY Graham C. Karl Landsteiner (1868-1943): originator of ABO blood classification. Singapore Med J. 2013;54(5):243-4.
50. Strong DM. The US Navy Tissue Bank: 50 Years on the Cutting Edge. Cell Tissue Bank. 2000;1(1):9-16.
51. Stefoni S, Campieri C, Donati G, Orlandi V. The history of clinical renal transplant. J Nephrol. 2004;17(3):475-8.

52. Allen RJ Jr, LoTempio MM, Craigie JE, Allen RJ Sr. Transplantation in identical twins: another option for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(4):1019-23
53. Toledo-Pereyra LH, Toledo AH. 1954. *J Invest Surg.* 2005;18(6):285-90.
54. Zarrinpar A, Busuttil RW. Liver transplantation: past, present and future. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013;10(7):434-40.
55. Barten EJ, Newling DW. Transplantation of the testis; from the past to the present. *Int J Androl.* 1996;19(4):205-11
56. Zhang W, Zhang J, Wang LL. Advances in testis transplantation. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2005;11(1):60-3.
57. Bansal A, Sikri V. A case of pulmonary alveolar proteinosis treated with whole lung lavage. *Indian J Crit Care Med.* 2013;17(5):314-7
58. Anonymous. Cardiac transplantation. Copyright and License information. *Br Med J.* 1967; 4(5582): 757–758.
59. Taylor RM. Reexamining the definition and criteria of death. *Semin Neurol.* 1997;17(3):265-70.
60. Colombo D, Ammirati E. Cyclosporine in transplantation - a history of converging timelines. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2011;25(4):493-504.
61. Benoit G, Richard C. Extension of criteria for organ procurement from brain-dead patients. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1988;7(2):174.
62. Treasure T, Davies MK, Hollman A. Artificial Heart. *Heart.* 2006; 92(5): 584.
63. Bailey LL, Nehlsen-Cannarella SL, Concepcion W, Jolley WB. Baboon-to-human cardiac xenotransplantation in a neonate. *JAMA.* 1985;254(23):3321–3329.
64. Nadalin S, Bockhorn M, Malagó M, Valentin-Gamazo C, Frilling A, Broelsch CE. Living donor liver transplantation. *HPB (Oxford).* 2006;8(1):10-21.
65. Ethics of Organ Transplantation (guide). Center for Bioethics. University Minnesota 2004.
66. Duda L. National Organ Allocation Policy: The Final Rule. *Virtual Mentor.* 2005;(7):9

67. Ismini Kriari – Catranis. The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being With Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 12 (2002), 90-93.
68. Directive 2002/98/EC of the European Parliament and of the Council of 27 January 2003 setting standards of quality and safety for the collection, testing, processing, storage and distribution of human blood and blood components and amending Directive 2001/83/EC [Official Journal L 33, 08.02.2003].
69. Bubalo Đ. Kada je veliki župan Stefan Nemanjić izdao povelju manastiru Hilandaru? *Stari srpski arhiv*. 2010; (9); 233-241
70. Sakač V, Jurišić B, Mladenović G. DR Slavko Uzelac i prva transplantacija u čoveka u Novom Sadu 1929. Dr Slavko Uzelac – biografija. Projekat Rastko objavljeno 22.11.2013. dostupno na <http://www.rastko.rs/istorija/medicina/delo/14876> januar 2014.
71. Milovanović L. Podmlađivanjem hiruškim putem u Zaječaru 1926.godine. *Timočki medicinski glasnik*. 2004;29(2);115-17
72. Belić B. Transfuziologija juče, danas i sutra. *Bilten za transfuziologiju*. 2010; 56(1-2):84-87.
73. Čanković Kadijević M, Petrović I. Javna transfuziološka poruka u Srbiji u dvadesetom veku. Projekat Rastko. Dostupno na <http://www.rastko.rs/cms/files/books/52856894a12aa> januar 2014.
74. Butorajac J, Hrvačević R, Ignjatović Lj, Vasić N, Paunić Z. Kidney transplantation yesterday, today and tomorrow. *Vojnosanit Pregl* 2002; 59(2):161-67.
75. Paunović G. J, Paunović K, Kostić S.M, Veličković-Radovanović R, Avramović M.Ž. Transplantacija bubrega u Srbiji - perspektive na prelasku u 21. vek. *Acta medica Medianae*. 2004;43(3);55-8
76. Udruženje nefrologa Srbije. Škola transplantacije bubrega 2011. Medicinski fakultet Novi Sad. Mitić I. Razvoj i rezultati transplantacije bubrega u Novom Sadu. Dostupno na: <http://www.udruzenjenefrologa.com/skola-transplantacije-bubrega/> Februar 2014.

77. Peco-Antić A, Krstić Z, Kostić M, Kruščić D, Jovanović O, Smoljanić Ž, Spasojević B, Babić D, Borić Ž. Ponovo transplantacija bubrega kod dece na Univerzitetskoj dečijoj klinici u Beogradu. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2005; 133(3-4):156-161.
78. Konstantinović Vilić S. Pravno regulisanja doniranja, transplantacije organa, ćelija i tkiva u Srbiji. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Nišu. Niš, 2012. pp 27
79. Radević B. Transplantacija jetre. Beograd: IP Zavet 1996.
80. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „dr Vukan Čupić“, dostupno na <http://www.imd.org.rs/odeljenje/odeljenje-za-transplantaciju-kostne-srzi-sa-laboratorijom-za-kriobiologiju/292> januar 2014.
81. Član 64, Zakon o transplantaciji organa, Službeni glasnik R Srbije, br. 72/2009.
82. GODT Global Observatory on Donation and Transplantation. Dostupno na: <http://www.transplant-observatory.org/Pages/National-Transplant-Organizations.aspx> posećeno mart 2014.
83. European Transplant Coordinators Organisation ETCO. Dostupno na: <http://www.eurotransplantcoordinators.org/> posećeno mart 2014.
84. Eurotransplant. Dostupno na: <https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=home> posećeno mart 2014.
85. Član 50. Zakon o transplantaciji organa, Službeni glasnik R Srbije, br. 72/2009.
86. Vojno medicinska Akademija. Program zaveštanja organa. [Internet],[cited 2015. januar] Available from: <http://www.vma.mod.gov.rs/sr/specijalnosti/centri/Centar-za-transplantaciju-solidnih-organa/program-zavestanja-organa#.Uy6YGKh5N>
87. New York State Donate Life Registry. Dostupno na: <http://www.donorrecovery.org/learn/frequently-asked-questions/#q4> posećeno mart 2014.
88. Johnson RJ, Bradbury LL, Martin K, Neuberger J; UK Transplant Registry. Organ donation and transplantation in the UK-the last decade: a report from the UK national transplant registry. Transplantation. 2014;15;97 (1) :S1-S27.
89. "The Transplantation of Human organs (amendment) act, 2011 No.16 OF 2011". Organ Retrieval Banking Organization. Archived from the original on 8 March 2014.

90. Shroff, Sunil. Organ Donation and Transplantation in India – Legal Aspects & Solutions to Help With Shortage of Organs. *J. Nephrol. Ren. Transplant.* 2009; 2 (1): 23–34
91. Japan Organ Transplant Network Organ Transplanting in Japan. www.jotnw.or.jp. Retrieved mart 2014.
92. Israel Ministry of Health - ADI. Dostupno na: http://www.health.gov.il/subjects/organ_transplant/pages/organs-trans.aspx posećeno mart 2014.
93. Rodríguez-Arias D, Wright L, Paredes D. Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation. *Lancet.* 2010; 25;376(9746):1109-12
94. Miranda B, Naya M.T, Cuende N, Matesanz, R. The Spanish model of organ donation for transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation.* 1999 ;4(2);109
95. Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Transplant International.* 2011;24;333-43
96. Tomašević L. Pelčić G. Etičko-Kršćanski stavovi o transplantsplantaciji organa. *Služba Božija.* 2008;48;(3);229-60
97. Trebješanin Ž. Rečnik Jungovih pojmova i simbola. *Hesperia edu.* 2008. Beograd.
98. Supek R. Ispitivanje javnog mnijenja. Naprijed. Zagreb 1968.
99. Krech D, Crutchfield R.S, Ballachey E.L. Pojedinač u društvu. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Srbije. Beograd, 1972.
100. McConnell A.R, Rydell R.J, Strain L.M, Mackie DM. Forming Implicit and Explicit Attitudes Toward Individuals: Social Group Association Cues. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2008; 94;(5);792– 807
101. Terry D.J. Group Norms and the Attitude-Behavior Relationship: A Role for Group Identification. *Pers Soc Psychology Bull.* 1996 22: 776-793
102. Crandall, C.S., Eshleman, A. i O'Brien, L. (2002). Social norms and the expression and suppression of prejudice: The struggle for internalization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 359-378.
103. Allport, G.W. The nature of prejudice. New York: Doubleday anchor books. 1954.

104. Nesdale D, Durkin K, Maass A, Griffiths J. Threat, group identification and prejudice. *Social Development*, 2005;14;189-205.
105. Povrzanovic M. Pojmovi obicaj, navika. *Nar. umjet.* 1987; 39 – 82.
106. Sič M. Dugotrajni običaji (longa consuetudine) i opšti interes (utilitas publica). *Zbornik radova Pravnog fakulteta, Novi Sad.* 2011; 45(2):167-192.
107. Petkovski T. Magija u nekim obredima životnog ciklusa među Romima u Skopju- sa posebnim naglaskom na rođenje deteta i venčanje. *Teme.* 2000; 24(3-4):305-312.
108. Stefanović Z. Vuk Karadžić Risanski običaji, Izvor: Kovčezić za istoriju jezik i običaje Srba sva tri zakona u Beču, u štampariji jermenskog manastira 1849. Nolit. Beograd 1972.
109. Koković D. Socijologija obrazovanja. Fiziološki fakultet , Institut za socijologiju i filozofiju, Novi Sad. Novi Sad. 1982.
110. Kolarić I. Filozofsko-teološki leksikon. Autorsko izdanje. 2004. str. 172-173.
111. Šiljaković I. Sociologija. Uvod u razumevanje globalnog društva. Univerzitet u Banja Luci, Ekonomski fakultet Banja Luka. 2008. str. 146-160
112. Vera. iz vikipedie Internet
<https://sr.wikipedia.org/sr/%D0%92%D0%B5%D1%80%D0%B0>
posećeno april 2014.
113. Hadži Arsić V. Tajne vere i života. Religija. Svetosavlje. dostupno na
<http://www.svetosavlje.org/biblioteka/Osnovi/Tajne/Tajne02.htm> posećeno april 2014.
114. Avramović Z. Kuljić R. Sociološki pristup religiji. Sociološki godišnjak. Godina nepoznata. br. 4. pp. 45-7
115. Opalić P. Socijalni aspekti magijskog i religijskog u shvatanju mentalnog zdravlja. Sociološki pregled. 2007;(41); 4; 509
116. Lazić S. Crkva blagosilja transplantaciju organa. Pravoslavlje. Novine srpske patrijašije. 2010. br. 1037
117. Internet. Tomašević L. Kršćanski pogledi na transplantaciju. Franjevačka provincija Presvetog Otkupitelja. Dostupno na: <http://www.franjevci->

- split.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=1152&Itemid=31
posećeno april 2014.
118. Intrnet. Grbac J. Bioetički aspekti transplantacije. Dostupno na:
<http://www.hdm.hr/tecaj/HTML/BIOETI.htm> posećeno april 2014.
119. Rady M.Y. Verheijde J.L. Ali M.S. Islam and End-of-Life Practices in Organ Donation for Transplantation: New Questions and Serious Sociocultural Consequences. HEC Forum. 2009; 21(2): 175–205
120. Keown D. Buddhism, Brain Death, and Organ Transplantation. Journal of Buddhist Ethics. 2010;17;2-34
121. Bowman K.W. Richard S.A. Culture, brain death, and transplantation. Progress in Transplantation. 2003;(13);3; 211-17
122. Gvozdеновић C. Obrazovanje i drugi srodni pojmovi. Sociološka luča V/2 ; 2011;82-93
123. Nenadić, Mile. Novi duh obrazovanja. Beograd: Prosveta, 1997.
124. Prodović B. Uticaj medija na stavove i ponašanje čoveka. Nauka i mediji. 2012;380-90
125. Kovačević B. Medisko modelovanje kulturnog odentiteta. Sociološki diskurs. 2013;3(6);66-79
126. Kristović M. Sociologija masovnog komuniciranja. Futura publikacije. Novi Sad. 2010.
127. Marić J. Medicinska etika. Megrad. Beograd. 2001.
128. Vučetić L. Pravednost i pravičnost u filozofiji prava. Pravnik. 41, 2 (85), 2007 47
129. Gosić N. Definitions of Bioethics in Bioethics Education in Croatia. Synthesis Philosophica. 2009;48(2);349-68
130. Konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstava ljudskog bića u pogledu primene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima u biomedicini. Internet dostupno na:
<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm> maj 2014.
131. International Council of Nurses. Revised 2012. The ICN Code of Ethics for nurses.

132. Medved V. Batinica S. Etika i transplantacija organa. *Liječnik* 2004;126:86–89
133. Detry O. Deroover A. Meurisse N. Hans MF. Delwaide J. Lauwick S. et al. Donor age as a risk factor in donation after circulatory death liver transplantation in a controlled withdrawal protocol programme. *Br J Surg*. 2014;101(7):784-92
134. Lewis W L. Timby K B. *Fundamental Skills and Concepts in Patient Care*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia 1988.
135. Caballero F. Puig M. Leal J. Huayhualla C. Manzano A. Ris J. Et al. Family interview guide For requesting organ donation For transplantation and evaluation using the appraisal of guidelines research and evaluation (Agree II) instrument. *Organs, Tissues & Cells*. 2012;(15),163-169.
136. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13(1):41-9.
137. Virginia Henderson. The concept of nursing. Blackwell Scientific Publications, *Journal of Advanced Nursing*. 1978; 3; 113–130
138. *Defining Nursing*, RCN, publication code 001 983, Published by the Royal College of Nursing. 2003.
139. Vlaisavljević Ž, Glišović V. Sestrinski servis kroz funkcije menadžmenta. *Zdravstvena zaštita*. 2012; 41(3):61-63.
140. Code of ethics International council of nurses. ICN - International Council of Nurses 3. Geneva –Switzerland 2005.
141. Ghadami A. Memarian R. Mohamadi E. Abdoli S. Patients' experiences from their received education about the process of kidney transplant: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012; 17(2 Suppl1)
142. Čeperković Z. Serbian medicine in middle age. *Opšta medicina*. 2005;(11);82-84
143. Bubalo Đ. Kada je veliki župan Stefan Nemanjić izdao povelju manastiru Hilandar? *Stari srpski arhiv*. 2010; (9); 233-241
144. Marinković R. Hilandar's life of our most holy and blessed father, master Simeon by St. Sava. *Zbornik Matice srpske za književnost i jezik*. 1999; 47(1); 7-18

145. Antić R. The role of Christianity in the development of European and Serbian medieval medicine. *Archive of Oncology*. 2010;18(4);111-114
146. Rajčević M. Sveti Sava – veličina i prilike. XXII Timočki medicinski dani, Donji Milanovac 2003.
147. Katić R. Bolnica Svetog Save u manastiru Studenica. *Osam vekova manastira Studenica*. Beograd.
148. Ignjatović M. Vojna hirurgija u Srbiji u srednjem veku. *Vojnosanitetski pregled*. 2003;60(2);243-52
149. Čolović R. Dr Jovan Argilopol (1410–1492). *Srp Arh Celok Lek*. 2008;136(9-10);566-71
150. Petrović M. Krmčija svetoga Save o zaštiti obespravljenih i socijalno ugroženih. Beograd: Biblioteka Reprint, I kolo II knjiga. Štamparija Srpske patrijaršije; 1990:15-16
151. Bogdanović D. Krmčija Svetoga Save, Sava Nemanjić — Sveti Sava. *Istorija i predanje*. Beograd 1979.
152. Maksimović J, Maksimović M, Beogradska škola za babice – preteča akademskog obrazovanja iz akušerstva i ginekologije u Srbiji. Dostupno na: <http://www.rastko.rs> 2013.
153. Srpske novine. VII. Konac ustava državnog saveta. Osobite dužnosti popeciteljstva. Dužnosti popeciteljstva unutrašnjih dela tačka 120. i 123. Kragujevac 1835. N^o11. Strana 86-87
154. Maksimović J. Development of midwifery services in Vojvodina. *Medicinski pregled*. 2003;56(7-8);385-388
155. Stojanović S, Jovanović - Simić J, Ishrana bolesnika u Varoškoj i Gradskoj bolnici u Beogradu. *Srp Arh Celok Lek*. 2009;137(5-6):323-328
156. Jovanović-Simić J. Prva Varoška bolnica u Beogradu, prošlost, sadašnjost. budućnost. *Nasleđe*. 2009;10;213-220
157. Turlakov S. Vodič za Srbe početnike(1804-1941). Apusu. Beograd 1999.
158. Jovanović Simić J. Stojanović S. Pavlović B. Počeci stručnog usavršavanja bolničara i nudića u 19. veku. *Knjiga sažetaka. I Kongres o korenima i razvoju*

- sestrinske profesije za medicinske sestre i tehničare R.Srbije sa međunarodnim učešćem.2004. Beograd.22-23
159. Savić M. Govorčin M, Srpske dobrovoljne bolničarke – sledbenice Florens Najtingel. Skup sekcije Istorija medicine SLD. Novi Sad 2011.
160. Pešić V, Pavlović B, Jovanović Simić J.Prvi pedijatri u Srbiji. Srp Arh Celok Lek 2005;133(1-2);101-5
161. Mikić Ž. Lešić A. 90th anniversary of founding the first children's hospital in Serbia.Srp Arh Celok Lek. 2009: 137(9-10); 575-80
162. Nedok A. Sekulić M. Epilog Prvog svetskog rata u brojkama.Vojnosanit pregled. 2008; 65(Suppl.): 98–100.
163. Živković P. Editors. 50.godina Medicinske škole u Beogradu 1921-1971.Medicinska škola Zvezdara u Beogradu1971. Beograd. 1971.p.9-31
164. Babić R.R. Nadežda Petrović: A female painter and a nurse. Vojnosanitetski pregled 2008;65(10):783-786
165. Dimitrov A. Editors. Medicinska škola 1921-2001. Medicinska škola Zvezdara. Beograd. 2001.p.13-23.
166. Vićentijević Lj. Editors. 75 generacija posvećenih vašem zdravlju. Medicinska škola Zvezdara u Beogradu. Beograd.1996.p.9-16.
167. Sestrinstvo. Rasadnik stručnog kadra plemenite profesije. (Srbija) 2012. Jul-septembar broj 32.p.4-6
168. Simijanović J.Overview on the historic importance of the foundation of 'The dance of Serbian sisters'.Baština. 2010;29;81-91
169. Savić J. Kolo srpskih sestara – odgovorile na žensko pitanje. Glasnik etnografskog muzeja u Beogradu. 2009. 73(73)
170. Popović Filipović S. Savka Subotić, srpska kći, sestra, supruga i majka darovala svom narodu veru, nadu i ljubav Savka Subotić (1834-1918), borac u nacionalnom kulturnom pokretu srpskih žena. Letopis Studenačke akademije. 800 godina srpske medicine. Manastir Studenica. 2010. UDC: 37.031:305-055.2(497.11 Srbija)

171. Mandić V. Heroine sa svetskim odličijem. Društvo Crvenog krsta Srbije i Crne Gore i Udruženje medicinskih sestara-tehničara KCS „Sestrinstvo“ 2004. Beograd. Srbija
172. Milošević M.B. Jevreji za slobodu Srbije 1912-1918. Filip Višnjić, Beograd, 1995.
173. Pavlović B. Kroki za portret jedne kraljice. Marija Karađorđević (1900-1961). Orašac. Beograd. 1997.3-4.
174. Magazinović M. Moj život. Clio. Beograd. 2000.
175. Đurić A. Solunci govore. NIRO „Književne novine“. Beograd. 1989.
176. Dostupno na: http://sr.wikipedia.org/wiki/Лена_Радић pristupljeno oktobar 2013.
177. Dinčić M.D. Toplički narodnooslobodilački partizanski odred. Spisak poginulih i umrlih boraca i rukovodilaca Topličkog NOP odreda. Vojnoizdavački i novinski centar. Beograd, str 322
178. Vlasisavljević Ž. Milutinović D. Mičić B. Ješić-Vukićević R. Attitudes and Knowledge of Nurses on Organ Legacy and Transplantation Srp.Arhl.Lekarstvo.2014;142(3-4);213-18.
179. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban J, et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. Nephrol Dial Transplant 2011;10:1-8
180. Forsberg A, Lennerling A, Fridh I, Rizell M, Lovén C, Flodén A. Attitudes towards organ donor advocacy among Swedish intensive care nurses. Nurs Crit Care. 2015;20(3):126-33. doi: 10.1111/nicc.12128
181. Uskun E, Ozturk M. Attitudes of Islamic religious officials toward organ transplant and donation. Clin Transplant. 2013;27(1):E37-41. doi: 10.1111/ctr.12058
182. Aghayan HR, Arjmand B, Emami-Razavi SH, Jafarian A, Shabanzadeh AR, Jalali F, et al. Organ donation workshop - a survey on nurses' knowledge and attitudes toward organ and tissue donation in Iran. Int J Artif Organs. 2009;32(10):739-44.

183. Tarhan M, Dalar L, Yildirimoglu H, Sayar A, Altin S. The View of Religious Officials on Organ Donation and Transplantation in the Zeytinburnu District of Istanbul. *J Relig Health*. Mart 2014. DOI: 10.1007/s10943-014-9851-1
184. Cai Y. On the impacts of traditional Chinese culture on organ donation. *J Med Philos*. 2013;38(2):149-59. doi: 10.1093/jmp/jht007.
185. Evans MD, Kelley J. Influence of scientific worldviews on attitudes toward organ transplants: national survey data from the United States. *Prog Transplant*. 2014;24(2):178-88. doi: 10.7182/pit2014746.
186. Marjanovic V. Obredne povorke, igrokazi i liturgijske drame u zimskom ciklusu obicaja na prostorima Srbije *GEM* 2012; 76;43-60
187. Bailey C, Murphy R, Porock D. Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *J Clin Nurs*. 2011;20(23-24):3364-72. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x
188. Salehi S, Kanani T, Abedi H. Iranian nurses' experiences of brain dead donors care in intensive care units: A phenomenological study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(6):475-82.
189. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban S. et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27(6):2526-33. doi: 10.1093/ndt/gfr683.
190. Cantwell M, Clifford C. English nursing and medical students' attitudes toward organ donation. *J Adv Nurs* 2000;32:961-8.
191. Walker W, Broderick A, Sque M. Factors influencing bereaved families' decisions about organ donation: an integrative literature review. *West J Nurs Res*. 2013;35(10):1339-59. doi: 10.1177/0193945913484987.
192. Murray L, Miller A, Dayoub C, Wakefield C, Homewood J. Communication and consent: discussion and organ donation decisions for self and family. *Transplant Proc*. 2013;45(1):10-2. doi: 10.1016/j.transproceed.2012.10.021.
193. Scott AM, Quick BL. Family communication patterns moderate the relationship between psychological reactance and willingness to talk about organ donation. *Health Commun*. 2012;27(7):702-11. doi: 10.1080/10410236.2011.635135.

194. Kompanje EJ, de Groot YJ, Ijzermans JN, Visser GH, Bakker J, van der Jagt M. Communication with the relatives of a patient presumed brain dead. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2011;155(18):A3404.
195. Ralph A, Chapman JR, Gillis J, Craig JC, Butow P, Howard K. et al. Family perspectives on deceased organ donation: thematic synthesis of qualitative studies. *Am J Transplant*. 2014 Apr;14(4):923-35. doi: 10.1111/ajt.12660
196. Ozdag N. The nurses knowledge, awareness and acceptance of tissue-organ donation. *EDTNA ERCA J*. 200;27(4):201-6. PMID:11902635
197. Jeon KO, Kim BN, Kim HS, Byeon NI, Hong JJ, Bae SH, et al. A study on knowledge and attitude toward brain death and organ retrieval among health care professionals in Korea. *Transplant Proc*. 2012;44(4):859-61. doi: 10.1016/j.transproceed.2012.02.019.
198. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2014 Mar 25;13(1):8. doi: 10.1186/1472-6955-13-8.
199. Grammenos D, Bein T, Briegel J, Eckardt KU, Gerresheim G, Lang C, et al. Attitudes of medical staff potentially participating in the organ donation process towards organ donation and transplantation in Bavaria. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014;139(24):1289-94. doi: 10.1055/s-0034-1370107.
200. Tebourski F, Jaouadi N, Ben Alaya D, Benamar-Elgaaied A, Ayed M. Attitude of health personnel to organ donation and transplantation. *Tunis Med*. 2003;81(7):482-7. PMID:14534959
201. Wilczek-Rużyczka E, Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Sadowski J. Influence of empathy, beliefs, attitudes, and demographic variables on willingness to donate organs. *Transplant Proc*. 2014;46(8):2505-8. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.024
202. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358:483–488. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
203. Bidigare S, Oermann M. Attitudes and Knowledge of nurses regarding organ procurement. *Heart Lung*. 1991;1:20–3.

204. Matten MR, Sliepcevič EM, Sarvela PD. Nurse's Knowledge, Attitudes and Beliefs Regarding Organ and Tissue Donation and Transplantation. Public Health Report. 1991;106:155–6
205. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Chadban S, Allen RD. et al. Community attitudes to deceased organ donation: a focus group study. Transplantation. 2012 ;27;93(10):1064-9. doi: 10.1097/TP.0b013e31824db997.
206. Kocaay A.F. Celik S.U. Eker T. Oskuz N.E. Akyol C. Tuzuner A. Brain Death and Organ Donation: Knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing, and Communication Students. Transplantation Proceedings. 2015. 47, 1244-1248 doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.04.071
207. De Pasquale C, Veroux M, Indelicato L, Sinagra N, Giaquinta A, Fornaro M et al. Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. World J Transplant. 2014 24;4(4):267-75. doi: 10.5500/wjt.v4.i4.267.
208. Marck, C. H., Neate, S. L., Skinner, M. R., Dwyer, B. M., Hickey, B. B., D'Costa, R., Weiland, T. J. and Jelinek, G. A. (2015), Factors relating to consent for organ donation: prospective data on potential organ donors. Internal Medicine Journal, 45: 40–47. doi: 10.1111/imj.12628
209. Cantarović, F., Heguilén, R., Filho, M. A., Duro-Garcia, V., Fitzgerald, R., Mayrhofer-Reinhartshuber, D., Lavitrano, M.-L. and Esnault, V. L. M. (2007), An international opinion poll of well-educated people regarding awareness and feelings about organ donation for transplantation. Transplant International, 2007: 512–518. doi: 10.1111/j.1432-2277.2007.00473.x
210. Shumin X, Woo SM-L, Lei Z. Strategies for changing negative public attitudes toward organ donation in the People's Republic of China. *Patient preference and adherence*. 2014;8:25-30. doi:10.2147/PPA.S55802
211. Bruzzone P. Paid Organ Donation: An Italian Perspective. Transplant Proc. 2015;47(7):2109-12. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.01.032.
212. De Moraes EL, dos Santos MJ, Merighi MAB, Massarollo MCKB. Experience of nurses in the process of donation of organs and tissues for transplant .Revista

- Latino-Americana de Enfermagem. 2014;22(2):226-233. doi:10.1590/0104-1169.3276.2406
213. Zettel G, Horvath A, Vorobyeva E, Auburger C, Zink M, Stiegler P. et al. What ICU nurses in different Austrian hospitals know and think about the Austrian organ donation law. BMC Med Ethics. 2014 ;17;15:46. doi: 10.1186/1472-6939-15-46.
214. Salim A, Berry C, Ley EJ, Schulman D, Navarro S, Chan LS. Utilizing the media to help increase organ donation in the Hispanic American population. Clin Transplant. 2011;25(6):E622-8. doi: 10.1111/j.1399-0012.2011.01505.x.
215. Fellner CH, Schwartz SH. Altruism in disrepute. Medical versus public attitudes toward the living organ donor. N Eng J Med 1971; 284: 582. DOI: 10.1056/NEJM197103182841105
216. Aykas A , Uslu A Şimşek C. Mass media, online social network, and organ donation: old mistakes and new perspectives. Transplant Proc. 2015 May;47(4):1070-2. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.182.
217. Zambudio AR, Martínez-Alarcón L, Parrilla P, Ramírez P. Attitude of nursing staff toward organ donation in a Spanish hospital with a solid-organ transplant program. Prog Transplant. 2009;19(4):371-7. PMID:20050463
218. Smudla A, Mihály S, Okrös I, Hegedűs K, Fazakas J. The attitude and knowledge of intensive care physicians and nurses regarding organ donation in Hungary--it needs to be changed. Ann Transplant. 2012;17(3):93-102. PMID:23018261
219. Lin LM, Lin CC, Chen CL, Lin CC. Effects of an education program on intensive care unit nurses' attitudes and behavioral intentions to advocate deceased donor organ donation. Transplant Proc. 2014;46(4):1036-40. doi: 10.1016/j.transproceed.2013.12.039.
220. Lomero M.M., Rasero M.J., Fuentes L. Jaume M. Knowledge and Attitude of Health Personnel at the Garraf Health Consortium Regarding Donation and Transplantation. Transplantation Proceedings. 2015, 47, 2318-2321 doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.08.030

221. Hoy H, Alexander S, Frith KH. Effect of transplant education on nurses' attitudes toward organ donation and plans to work with transplant patients. *Prog Transplant*. 2011;21(4):317-21. PMID:22548994
222. Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation: Striving to Achieve Self-Sufficiency, March 23–25, 2010, Madrid, Spain. *Transplantation*. 2011;91;11S DOI: 10.1097/TP.0b013e3182190b29
223. Coelho JCU, Cilião C, Parolin MB, et al. Opinião e conhecimento da população da cidade de Curitiba sobre doação e transplante de órgãos. *Rev Assoc Méd Bras* 2007;53:421e5.
224. Sağiroğlu M, Günay O, Balci E. Attitudes of Turkish Medical and Law Students towards the Organ Donation. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*. 2015;6(1):1-7

9. ПРИЛОЗИ

9.1 Прилог бр.1 анкетни лист и кодови

Редни број варијабле	Варијабла/питање	Категорија/понуђен одговор	Кодови
1.	Пол	→ Мушко → Женско	1 2
2.	Ваше стручно образовање	→ Средња медицинска школа → Виша медицинска школа → Високо струковна медицинска школа → Факултет	1 2 3 4
3.	Живим у	→ Граду → Варошици → Селу	1 2 3
4.	Које сте вероисповести	→ Православне → Католичке → Муслиманске → Друго _____ (напишите које)	1 2 3 4
5.	Дужина радног стажа	→ До 5 година → Од 5 до 10 година → Од 10 до 20 година → Од 20 до 30 година → Преко 30 година раднога стажа	1 2 3 4 5 6
6.	Да ли сте добровољни давалац крви?	→ Да → Не → Понекад → Само у случају да затреба некоме ближњем	1 2 3 4

Редни број варијабле	Варијабла/питање	Категорија/понуђен одговор	Кодови
1.	Мождана смрт настаје услед повреде можданог стабла	о Тачно о Нетачно	1 2
2.	ЕЕГ је највалиднија метода за утврђивање мождане смрти	о Тачно о Нетачно	1 2
3.	Матичне ћелије не служе у транспланацији органа	о Тачно о Нетачно	1 2
4.	Срчани болесник, болесник од шећерне болести и гојазни људи не могу бити донатори органа	о Тачно о Нетачно	1 2
5.	Док раде срце и плућа мозак је у животу	о Тачно о Нетачно	1 2
6.	Не треба узимати органе све док срце и плућа не откажу	о Тачно о Нетачно	1 2
7.	Код болесника где је утврђена мождана смрт а срце и плућа раде постоји могућност да се тај болесник опорави	о Тачно о Нетачно	1 2
8.	Било који болесник може примити било чији орган	о Тачно о Нетачно	1 2
9.	Не постоје нежељена дејства после трансплантације	о Тачно о Нетачно	1 2
10.	Давалац мора бити мртав да би донирао орган	о Тачно о Нетачно	1 2
11.	Детете које има мање од 16год. и преминуло је не може бити кадавер	о Тачно о Нетачно	1 2
12.	Једна особа може примити више органа:	о Тачно о Нетачно	1 2
13.	Панкреас, танко црево и срце се не могу трансплантирати:	о Тачно о Нетачно	1 2
14.	Један давалац органа може да помогне само једном оболелом	о Тачно о Нетачно	1 2
15.	Када се узимају органи од пацијента који је на апаратима а мождано је мртав, тај пацијент не осећа бол	о Тачно о Нетачно	1 2
16.	Када је пацијенту потребан орган он га може купити	о Тачно о Нетачно	1 2
17.	Пацијенти који су трансплантирани не живе дуже од 5 година	о Тачно о Нетачно	1 2
18.	Да ли сте упознати са законом о трансплантацији	о Да о Не о Делимично	1 2 3
19.	Медицинска сестра техничар има значајну улогу у промоцији завештања органа:	о Тачно о Нетачно	1 2
20.	Нега кадавера који је мождано мртав је изузетно тешко психичко оптерећење за медицинске сестре	о Тачно о Нетачно	1 2
21.	Уколико би ожалосћена породица хтела да донира органе зна/ла/би да их упутим на права „врата“	о Тачно о Нетачно	1 2
22.	Након отпуста пацијента после трансплантације знала би да дам све информације о нези у кућним условима	о Тачно о Нетачно	1 2
23.	По Вашем мишљењу колика је значајност медицинске сестре у давању информација о начину живота трансплантационом пацијенту?	о Велика о Нема значајности о Делимична о Сестра не даје информације	1 2 3 4 5

24.	Информације о нези пацијента који су трансплантирани добијате од:	- о Лекара - о Главне сестре - о Са интернета - о Нега је иста за све пацијенте без икакве разлике - о Стручних састанака - о Од свега наведеног	1 2 3 4 5 6
25.	Да ли сматрате да имате довољно информација о квалитету живота трансплантираних пацијената ?	- о Да - о Делимично - о Не	1 2 3
26.	Мас медији имају велики значај на формирање става о завештању органа:	- о Тачно - о Нетачно	1 2
27.	Када би били принуђени да Вам је неопходна трансплантација да ли би прихватили други орган:	- о Да - о Не	1 2
28.	Сматрате ли да они који завештају органе треба да имају одређене бенефиције при лечењу:	- о Тачно - о Нетачно	1 2
29.	По Вашем мишљењу да ли вероисповест утиче на одлуку човека да ли да завешта органе?	- о Тачно - о Нетачно	1 2
30.	Да ли ромска популација може да завешта органе?	- о Да - о Не	1 2
31.	По Вашем мишљењу да ли је етички питати породицу ретардираног лица где је константована можда смрт да потпише сагласност о донирању органа	- о Да - о Не	1 2
32.	Да ли би Вам представљало проблем да негујете болесника који је мождано мртав	- о Да - о Не	1 2
33.	Колика је важна подршка породици донора?	- о Није битна - о Од средњег је значаја - о Није им потребна подршка - о Значајна је - о Веома је значајна	1 2 3 4 5
34.	Да ли верске организације треба да буду укључене у промоцији завештања органа?	- о Да - о Не	1 2
35.	Да ли знате где би могли да добијете више информација о трансплантацији?	- о Да - о Не - о Делимично	1 2 3
36.	Да ли треба промовисати завештање органа само у професији медицинских сестара и лекара?	- о Да - о Не	1 2
37.	Да ли сопственим примером о завештању органа шаљемо добру поруку другима?	- о Да - о Нисам сигур/на/н - о Да	1 2 3
38.	Да ли сте икада раније разговарали са члановима ваше породице о заживотном завештању ткива и органа за пресађивање?	- о Да - о Не	1 2
39.	Желе/о/ла бих да имам више информација о завештању органа.	- о Тачно - о Нетачно	1 2
40.	Да ли би изучавањем трансплантологије у школи помогло већем одазиву за донирањем органа	- о Тачно - о Делимично - о Нетачно	1 2 3
41.	Да ли би волели да постоји стручно усавршавање из области трансплантације органа и ткива?	- о Да веома - о Не	1 2
42.	Да ли поседујете донорску картицу?	- о Да - о Не	1 2

9.2 КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ

Редни број:

РБ

Идентификациони број:

ИБР

Тип документације: Монографска публикација

ТД

Тип записа: Текстуални штампани материјал

ТЗ

Врста рада: Докторска дисертација

ВР

Аутор: Жељко Влаисављевић

АУ

Ментор/коментор: проф.др Слободан Јанковић

МН

Наслов рада НР :

Анализа фактора који утичу на став медицинских сестара и здравствених техничара према завештању органа и трансплантацији органа у Србији

Језик публикације: Српски (ћирилица)

ЈП

Језик извода: Српски/Енглески

ЈИ

Земља публиковања: Србија

ЗП

Уже географско подручје: Шумадија

УГП

Година: 2016.

ГО

Издавач: Ауторски репринт

ИЗ

Место и адреса: 34000 Крагујевац, Светозара Марковића 69

МС

Физичи опис рада ФО:

Научна област: Медицина

Научна дисциплина: Јавно здравље

ДИ

Предметна одредница/ кључне речи: управљање у здравству, сестринство, ставови и знања, трансплантација, завештање органа

ПО

УДК

Чува се:

ЧУ

Важна напомена:

МН

Извод:

ИД

Датум прихватања теме од стране ННВ:

ДП

Датум одбране:

ДО

Чланови комисије КО: проф. др Сања Коцић

проф. др Радмила Величковић Радовановић

проф. др Нела Ђоновић

9.2 KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC

FACULTY OF MEDICINE KRAGUJEVAC

Accession number:

ANO

Identification number:

INO

Documentation type: Monographic publication

DT

Type of record: Printed text material

TR

Contents code: Doctoral dissertation

CC

Author: Zeljko Vlasisavljevic

AU

Menthor/co-mentor: professor dr Slobodan Jankovic

MN

Title: Analysis of the factors which affect the attitudes of the nurses on organ bequest and transplantation in Serbia

TI

Language of text: Serbian (Cyrilic)

LT

Language of abstract: Serbian/English

Country of publication: Serbia

CP

Locality of publication: Sumadija District

LP

Publication year: 2016

PY

Publisher: Author reprint

PU

Publication place: 34000 Kragujevac, Svetozara Markovica St. 69

PP

Physical description

PD

Scientific field: Medicine

SF

Scientific discipline: Public Health

SD

Subject/key words: management in healthcare, nursing, attitudes and knowledge, transplantation, organ bequest

SKW

UDC

Holding data:

Note:

N

Abstract:

AB

Accepted by the Scientific Board on:

ASB

Defended on:

DE

Thesis defended board

(Degree/name/surname/title/faculty)

DB

Professor Dr. Sanja Kocic, MD, Faculty of Medical Science, Kragujevac

Professor Dr. Radmila Velickovic Radovanovic, MD, Faculty of Medicine, Nis

Professor Dr. Nela Djonovic, MD, Faculty of Medical Science, Kragujevac

9.3 Прилог бр. 3. Библиографски подаци аутора

Жељко Влаисављевић рођен је 1982. године у Београду где је завршио основно, средње и Више образовање, дипломирао је 2009. године. Аутор је многобројних научних радова презентованих на домаћим и Међународним скуповима, као и бројних научних радова публикованих у часописима на СЦИ листи. Добитник је више пизнања и награда за допринос развоја професије и заслуга у бризи болесника.

9.4 ИНДЕНТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I. Аутор</i>
Име и презиме: Жељко Влаисављевић
Датум и место рођења: 02.03.1982. Београд
Садашње запослење: Клинички центар Србије, Клиника за гастроентерологију и хепатологију
<i>II. Докторска дисертација</i>
Наслов: „Анализа фактора који утичу на став медицинских сестара и здравствених техничара према завештању органа и трансплантацији у Србији “
Број страница: 147
Број слика: 1
Број библиографских података: 224
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК):
Ментор: проф. Др Слободан Јанковић
<i>III. Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 27.11.2013.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: 01-1619/3-14 26.02.2014.
Комисија за оцену подобности теме и кандидата:
1. Проф.др Слободан Јанковић
2. Проф.др Дејан Петровић
3. Проф.др Ђорђе Ћулафић
Комисија за оцену подобности теме и кандидата:
1. Проф.др Слободан Јанковић
2. Проф.др Дејан Петровић
3. Проф.др Ђорђе Ћулафић
Комисија за оцену докторске дисертације:
1. Проф. др Сања Коцић
2. Проф. др Радмила Величковић Радовановић
3. Проф. др Нела Ђоновић
Комисија за одбрану докторске дисертације:
1. Проф. др Сања Коцић
2. Проф. др Радмила Величковић Радовановић
3. Проф. др Нела Ђоновић
Датум одбране дисертације:

