

GODI NA XXXVII

Broj 5

SEPTEMBAR-OKTOBAR 2008. GODI NE

^ASOPIS ZA SOCIJALNU MEDICINU,  
JAVNO ZDRAVQE, ZDRAVSTVENO  
OSI GURAVE, EKONOMI KU  
I MENAXMENT U ZDRAVSTVU

# ZDRAVSTVENA K ZASTITA

---

---

## **Ure/iva~ki odbor:**

### **Predsednik:**

Prim. dr Ilija Tripkovi }

### **Glavni i odgovorni urednik:**

Prof. dr Predrag Dovijani }

### **Zamenik glavnog i odgovornog urednika:**

Prof. dr Mirjana Martinov-Cvejin }

### **^lanovi:**

Dr Vasilije Anti }

Svetlana Vukajlovi }, dipl. pravnik

Rade Nikoli }, dipl. pravnik

Prof. dr Momir Carevi }

Prim. dr sc. Tava Kne`evi }

Rajko Grgurevi }, dipl. ecc.

Dr Vuko Antonijevi }

Prim. dr Mirjana Velimirovi }

### **Sekretar:**

Milka Tomi }-Kari{ ik }

---

---

## **VLASNIK I IZDAVA^: Komora zdravstvenih ustanova Srbije - Beograd**

Za izdava~a: Rajko Grgurevi }, dipl. ecc.

Uredni{ tvo i administracija: 11000 Beograd, Nu{ i }eva 25/1

Tel/f aks: (+381 11) 3615-358, 3615-371; @iro-ra~un: 205-4707-32

---

---

Priprema za { tampu: I.P. „Obele`ja“, Patrijarha Joanikija 20a/54, 11 000 Beograd  
e-mail: obelezja@yahoo.com

### **Lektura/Korektura:**

Kovicka Dabi }

### **Tehni~ki urednik:**

Sini{ a } etkovi }

### **Tira`:**

500 primeraka

### **[ tampa:**

„Seka“, Beograd

---

---

^asopis „Zdravstvena za{ tita“ evidentiran je pod brojem YU ISSN 0350-3208 u Bibliografiji Jugoslavije, serijske publikacije. Sa ovim YU ISSN brojem na{ i }e se u svetskoj bazi o serijskim publikacijama (ISSN baza) sa sedi{ tem u Parizu.

^lanci iz ~asopisa objavljeni su u Bibliografiji Jugoslavije. ^lanci i prilozi u serijskim publikacijama, Serija B.

Rezi mei ~lanaka objavljuju se i u SCindeksu (Srpski citatni indeks) pri Narodnoj biblioteci Srbije i COBISS.SR-ID

## **S a d r ` a j**

### **Aktuel nosti i z sveta**

*Dr M. ^en*

Obra}awe u~esnici ma 61. zasedawa Svetske zdravstvene skup{ tine  
(19. maj 2008. godine, @eneva, [ vajcarska)..... 1

*Dr M. ^en*

Zavr{ na re~ na 61. zasedawu Svetske zdravstvene skup{ tine  
(24. maj 2008, @eneva, [ vajcarska)..... 9

### **Stru~ni i nau~ni radovi**

*Prof. dr V. Drecun*

Medi ci na u starom Egi ptu ..... 11

*Prim. dr M. Babi }, prim. mr sc. Q. Sokal -Jovanovi }, prim. mr M. Vu~kovi }-Kr~mar*  
Beograd zdravi grad do 2000. godine ..... 17

*Dr V. Krst i }, dr Q. Crn~evi }-Radovi }*

Zna~aj problema karci noma plu}a  
u `enskoj popul aciji Rasi nskog okruga ..... 23

*Dr P. Dujanovi }*

Produkti vnost medi ci nskog rada ..... 29

*Dr J. Joci }, dr I. Joci }*

U~estal ost zloupotrebe al kohol nih pi }a  
me|u sredwo{ kol cima u ] upriji ..... 37

*Prim. dr R. Kandi }, prim. dr B. Gruji }, prim. dr L. Buwak,*  
*prim. dr V. Bogdanovi }, prim. dr Q. Erdoglija, dr D. Todorovi }*

Rezul tati ispi ti vawa sati sf akci je koris ni ka  
radom lekara Doma zdravqa Zvezdara u 2008. godi ni ..... 47

*Dr D. Radovanovi }*

Demograf ske i vi tal ne karakteristi ke  
stanovni { tva Pomoravskog okruga ..... 55

*Mr sc. dr K. Lazarevi }, dr L. Bo{ kovi }*

Zastupcenost mleka i mle~nih proiz voda u dru{ tvenoj i shrani  
pred{ kol ske dece u Ni { kom okrugu ..... 63

**I z pro{ l osti zdravstva Srbije**

Beogradski Stomatolo{ ki fakultet najstariji u Evropi .....	69
Dva veka { kol stva u Srbiji (1808-2008) .....	71
I zjave, mi { qewa.... ..	73
Vesti i novosti iz zdravstva i o zdravstvu.....	81
Kal endar stru-nih sastanaka (VIII-X 2008) .....	89
Uputstvo autori ma .....	91

## Obra}awe u~esnicima 61. zasedawa Svetske zdravstvene skup{tine (19. maj 2008. godine, @eneva, [ vajcarska)

*Dr Margaret ^en, generalni direktor Svet ske zdravst vene organizacije*

---

**G**ospodine Predsedni ~e, po{tovani ministri, ekelencije, uva`eni delegati, dame i gospodo,

Mi se ovde sastajemo u vreme velike tragedije. Dozvolite mi da izrazim moje iskreno sau~e{ }e milionima ljudi koji su izgubili svoje bli`we, svoje domove i sredstva za `ivot posle nedavnog ciklona u Mianmaru i zemqotresa u Kini.

U Kini su me posebno dotakle slike poru{ene {kole i bolnice, kao i neki od neverovatnih primera spasavawa u takvim uslovima. Svaka smrt je tragi~na, ali smrt laka i pacijenata na mene ostavqa najsnah`niji utisak.

U Mianmaru Svetska zdravstvena organizacija ima trenutno sedamnaest timova koji distribuiraju medicinski materijal u regionu delte. U ovom trenutku, najznah`jniji zdravstveni problemi jesu: dijareja, dizenterija, akutne respiratorne infekcije, malaria i Deng groznica. Uspostavljen je sistem za nadzor i kontrolu epidemija. Pojahan nadzor uz brzo upozoravawe i reagowawe, postaje izuzetno znah`jno sa nastupawem sezone monsunu.

U ovakvim krizama mo`e se videti ogromna velikodu{nost me|unarodne zajednice. Tako|e se mo`e videti i vitalni znah`aj sistema za rano upozoravawe i pripremljenosti da se brzom reakcijom smawe rizici.

Me|u svojim raznorodnim aktivnostima, Svetska zdravstvena organizacija promovih`e izgradwu bolnica i zdravstvenih ustanova koje mogu da izdr`e udare prirodnih katastrofa, ukqu~uju}i zemqotrese visokog intenziteta i tropske oluje. U ve}ini slu~ajeva, samo neznatno pove}awe tro{kova izgradwe dovoqno je da omogu}i zdravstvenim ustanovama da opstanu u takvim slu~ajevima

kada su wihove usluge i osobqe najpotrebniji. Organizacija AMRO se naro~ito zauzima za takav pristup.

Gledaju}i unapred, moramo, nah`alost, da se pripremimo za sve ve}i broj humanitarnih kriza u neposrednoj i bli`oj budu}nosti.

Dame i gospodo,

Tri globalne krize se pomacaju na horizontu. Sve tri predstavqaju pretwe me|unarodnoj bezbednosti. Dve se nalaze van neposredne kontrole zdravstvenog sektora, ali u sva tri slu~aja ljudsko zdravqe trpe}e direktne posledice.

Sigurno snabdevawe hranom je u krizi. Kako nas struwaci uveravaju, kriza nastaje sticawem razli~itih nepovoljnih okolnosti. Proizvodwa hrane je dovoqna da zadovolji potrebe cele svetske populacije. ~ak postoji isuvi{e veliki broj ljudi koji se preterano hrane. Mi se, me|utim, neoh`ekivano suo~avamo sa krizom naglog porasta cena hrane koja najja~e poga|a siromah`ne. To tako|e ose}aju i vlade wihovih zemalja.

Ja vi{e nemam iluzija. Kriza nas je neoh`ekivano zadesila, ali weni uzroci su slo`eni i se`u daleko u pro{lost. Posledice ove krize prati}e nas jo{dugo u budu}nosti.

Adekvatna ishrana je osnovni temelj zdravqa tokom celog `ivota. Procewuje se da se ~oveanstvo ve} sada suo~ava sa cifrom od 3,5 miliona umrlih svake godine od posledica neuhrawnosti. U proseku, siromah`na domah`instva tro{e izme|u 50 i 75 odsto svojih prihoda na hranu. Ve}a izdvajawa za hranu znah`e mawe novca na raspolagawu za zdravstvenu za{titu, naro~ito za milione siromah`nih domah`instava koja nemaju zdravstveno osigurawe.

Sistem Ujedinjenih nacija je veoma brzo reagovao. Svetska zdravstvena organizacija je deo operativne grupe koja se na visokom nivou bavi problemima globalne krize u sigurnom obezbeđivanju hrane, a na njenom čelu se nalazi Generalni sekretar Svetske zdravstvene organizacije. U naporu da uputi javnost i da pokrene prioritetne akcije, Svetska zdravstvena organizacija je identifikovala dvadeset jednu fokalnu tačku širom sveta na kojima je vešćivo visok nivo akutne i hronične neuhraćenosti.

Ova skupština se bavi drugom globalnom krizom koja nas je zadesila: klimatskim promenama. Tokom celog ovog stoleća prati se nas postepeno zagrevanje planete. Nasuprot tome, efekti ekstremnih vremenskih događaja poglavlje nas naglo i neočekivano.

Siromaštvo i u ovom slučaju biti prvi na udaru i najjače osetiti posledice. Klimatske promene predstavljaju dodatni stres u oblastima gde se stanovništvo od ranije nalazi na ivici egzistencije.

Posledice su nam poznate. Šta pojava poplava, suša i tropskih oluja, što znači povećane potrebe za humanitarnom pomoći. Ove povećane potrebe se pojaviti u vreme kada se sve zemlje, u većoj ili manjoj meri, budu nalazile u stresnoj situaciji zbog efekata klimatskih promena.

Međunarodna zajednica je takođe morati da se suoiti sa rastućim brojem izbeglica. Ukoliko je zemlja spretna ili suviše velikog saliniteta, ako je zemljište na obali ili na malim nadmorskim visinama stalno poplavljeno, izbeglice iz ovakvih područja ne mogu se vratiti u svoje domove. Na taj način oni postaju novi talas nasećenika, pogoršavajući u nekim slučajevima međunarodne tenzije.

Pred vama se nalazi predlog rezolucije o klimatskim promenama koja daje Svetskoj zdravstvenoj organizaciji neka jasna zaduženja. Mi želimo uiniti sve što je u našoj moći da opravdamo vaša očekivanja u ovoj značajnoj oblasti.

Pandemija gripa je treća globalna kriza koja se pomaća na horizontu. Pretva je i

daće prisutna i nikom slučaju ne smemo da se opustimo, niti da popustimo sa merama zaštite. Kao i sa klimatskim promenama, sve države će osetiti posledice, mada u ovom slučaju daleko brže i opsežnije.

Tokom predstojećih dana vi ćete se baviti nekima od ovih pitanja. Srećom, ovo je globalna kriza u kojoj zdravstveni sektor može direktno da utiče na definisanje principa koji vode spremnosti da se efikasno reaguje u kriznim situacijama.

Uzimajući u obzir moguću i potencijal kojim raspolazete da zaštitite stanovništvo, izuzetno je važno da institucije javnog zdravstva nastupaju jedinstveno i koordinisano. Posebno vam skrećem pažnju da ovo imate u vidu dok budete razmatrali predlog rezolucije o razmeni virusa gripa, dostupnosti vakcina i drugo.

Ova tri kritična događaja, jasne pretve međunarodnoj bezbednosti potencijalno mogu da ugroze sav teško postignuti napredak u oblasti javnog zdravstva. U svakoj situaciji države sa dobro postavljenom zdravstvenom infrastrukturuom i efikasnim mehanizmima za obuhvat najugroženijih grupa stanovništva biće u najboljoj situaciji da se izbore sa problemima.

Sa jedne strane, ovi događaji mogu u velikoj meri da ugroze napredak u smanjenju siromaštva, gladi i u približavanju postavljenim Milenijumskim razvojnim ciljevima koji se odnose na zdravstvo. Sa druge strane, ispušene Milenijumskih razvojnih ciljeva u celom svetu bi značajno povećalo kapacitet za borbu sa ovim međunarodnim pretvama.

Dame i gospodo,

Mi smo dostigli drugu fazu u globalnim naporima ka ispušavanju Milenijumskih razvojnih ciljeva. Centralni izazov ovih ciljeva jeste da se postigne ravnomerna i fer distribucija koristi koje je donela globalizacija. Kao što se navodi u Milenijumskoj deklaraciji, ovo je poziv na uspostavljanje globalne solidarnosti bazirane na principima jednakosti i socijalne pravde. Ovi

principi se oslavaju na sistem vrednosti koji je privukao pažnju svetske javnosti kada je pre trideset godina potpisana Deklaracija iz Alma-Ate.

Pred vama se nalazi izveštaj o postignutom napredku. Kao što svi znate, ja sam postavila zdravce afričkih naroda i `ena kao apsolutne prioritete kada je procena efikasnosti na`eg rada u pitawu; i to s pravom. Napredak je najvažniji u Africi. Najte`e je postići napredak u pitawima koja se ti`u `ena.

Dozvolite mi da komentarišem sveukupni napredak.

Krajem prošle godine, relevantniji podaci i statistički metodi omogućili su SZO i UNAIDS organizaciji da sa većom preciznošću procene daqi razvoj HIV/AIDS epidemije. Uestalost pojavivawa HIV-a bila je na vrhuncu kasnih devedesetih. Prevalencija se nije mewala od 2001. Značajan je trend opadawa smrtnosti obolelih od AIDS-a, primećen u posledwe dve godine.

Dokazi nam dozvoljavaju da sa sigurnošću ovo smawewe broja umrlih možemo da pripisemo nedavnom drastičnom olakšanom pristupu antiretrovirusnim lekovima. Dostupnost lekova za `ene je ista kao i za mužkarce. Globalno gledano, skoro tri četvrtine obolelih koji primaju antiretrovirusnu terapiju nalaze se u Africi, gde je epidemija disproporcionalno izra`ena.

Ovo dokazuje da ne`to tako kompleksno, kao što je antiretrovirusna terapija, može biti upotrebčeno i u slabije razvijenim sredinama. Ali mi još uvek kaskamo iza ove ubitačne epidemije koja nikome ne pra`ta. Brojke su i daqe pora`avaju`e: procwuje se da postoji 33,2 miliona ljudi koji `ive sa HIV-om i 2,5 miliona novoinficiranih samo u 2007. Jasno je da moramo da iskoristimo svaku šansu koja nam se pru`a za prevenciju. To nam je jedina šansa da sustignemo ovu epidemiju i da eventualno steknemo prednost u toj borbi.

Za tuberkulozu postoji dobra dijagnostička i terapijska strategija koja je doka-

zano delotvorna. U ovom slučaju primećujemo neprekidni napredak, mada je stopa otkrivawa novih slučajeva ne`to usporena u odnosu na prethodne godine.

Ogromnu zabrinutost izaziva loša medicinska praksa koja doprinosi pojavi rezistencije na lekove. Ranije ove godine, Svetska zdravstvena organizacija izdala je izveštaj koji pokazuje da je uestalost pojave multirezistentne tuberkuloze ve`a nego ikada ranije.

Još više je zabrinjavajuća neprekidna pojava sveobuhvatno rezistentne tuberkuloze koju je praktično nemoguće le`iti. Dozvoliti da ova forma tuberkuloze postane široko rasprostrawena, imalo bi nesagledive posledice. Za ovakve pacijente na`e terapijske opcije svode se na one koje poti`u iz vremena pre pojave antibiotika.

Sledećeg meseca ja`u zajedno sa generalnim sekretarom Ujedinjenih nacija uestvovati na prvom forumu svetskih lidera `iji je cilj značajno pove`awe aktivnosti u borbi sa epidemijama HIV-a i tuberkuloze. Ovo je još jedan primer sve ve`eg anga`ovawa svetskih lidera u oblastima koje se ti`u zdravca.

Forum se odr`ava u vreme kada nekoliko zemaca sa velikim brojem problema pokazuje značajan napredak u obuhvatu stanovništva integrisanim HIV/TB slučajima. Svetski lideri, kao i Specijalni izaslanik generalnog sekretara za Stop TB, bivši predsednik Portugala gospodin Jorge Sampaio, ovu inicijativu mogu pogurati i stepen daqe.

Po pitawu malarije, konačno primećujemo značajan napredak. Naglo opadawe mortaliteta u nekim delovima Afrike pokazuje kako primena preporučenih strategija može proizvesti dramatične rezultate. Ove godine smo po prvi put obele`ili Svetski dan malarije, znak rešenosti da se na globalnom nivou suo`imo sa ovom bolešću.

Tom prilikom, generalni sekretar i wegov specijalni izaslanik, gospodin Rey Chambers, pozvali su me|unarodnu zajednicu da prihvati ambiciozni plan za smawewe

broja umrlih od malarije do kraja 2010. Ako u ovome uspemo, daćemo ogroman podsticaj naporima za poboljšanje zdravstva u Africi.

Prošle godine je zabeležen pad globalnog mortaliteta male dece na nivo ispod deset miliona, po prvi put u poslednje vreme. Vi ćete ovde razmatrati i izveštaj o globalnoj strategiji imunizacije, jednoj od najuspešnijih prioriteta u oblasti javnog zdravstva. Eliminacija se zahvalim svim partnerima koji su uzeli učešća, inicijativi za male bogiwe i naročito UNICEF-u i GAVI alijansi.

Takođe, sada se jasno može uočiti široko rasprostranjeni uticaj sistema za integrisanu borbu protiv dečjih bolesti, koji je prihvaćen kao osnovna strategija za prevenciju dece u 100 zemalja. U 49 od njih ovim sistemom je pokriveno više od polovine oblasti u zemlji. Samo u poslednje dve godine broj zemalja koje su dostigle ovaj nivo pokrivenosti se udvostručio. Očekujem ovim državljanima na naporima koje su uložile.

Istranjava su nam donela dodatnu pomoć u našim naporima da smanjimo smrtnost dece. Upotreba cinka u terapiji dijareje, kao i nova formula oralnih soli za rehidraciju utiče da se spasu milioni dečjih života.

Početkom ove godine, istranjava koje je koordinisala Svetska zdravstvena organizacija pokazalo je da leševne pneumonije (primarni uzrok smrti male dece) u kojima uslovima može biti efikasno kao i bolničko leševne.

Uzimajući u obzir svoju posvećenost primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dokazi koji podržavaju našu negu ili negu u okviru lokalne zajednice naročito mešine zadovoljavajućom.

I pak, kao što je slučaj u oblasti javnog zdravstva, kada jedan debeli sloj morbiditeta i mortaliteta pođe da se topi, ispod nje se pojavi drugi, takođe značajan problem. Ovo je slučaj sa mortalitetom novorođenčadi. I u ovom slučaju istranjava je pokazalo da jednostavno rešenje, kao što

je direktni kontakt majčine kože sa bebom (kao kod kengura), može spasiti život nedonošeta.

Takođe je potrebno da radimo na spasavanju života majki. Kao što je naglašeno u izveštaju koji se nalazi ispred vas, napredak u poboljšavanju zdravstva žena je razočavajuće spor. Ovo naročito važi za zdravce majki, gde mortalitet uporno ostaje na visokom nivou i pored dvadeset godina napora da se situacija popravi. Za mene lično, skandalozan je ovaj izostanak bilo kakvog napretka. Da li društvo vrednuje žene tako nisko da su njihovi životi jednostavno nebitni? Ukoliko je odgovor ne, onda apsolutno moramo da udvostručimo napore da zaštitimo zdravce žena.

Jasno je da socijalne i kulturne promene zahtevaju vreme. Međutim, videla sam neke studije čija makrofinansiranja za žene koje su dovele do veoma brzog poboljšanja njihovog socijalnog statusa, učestvovavši u donošenju odluka u domaćinstvu i odvajanju novca za zdravce porodice. Neke studije su pokazale i neomeđevano smanjenje nasilja u porodici.

Uverena sam da je neophodno razmotriti svaku mogućnost koja bi potencijalno mogla da uzdigne status žena, zaštititi njihovo zdravce i omogućiti im da spoznaju svoje qudske potencijale i kapacitet da budu pokretači promena.

Gospodine predsednice, slažem se sa Vašim stavom: svaka diskusija o razvoju zdravstva mora da uključuje i hronične nezarazne bolesti. Kardiovaskularne bolesti i kancer sada se navode kao vodeći uzrok smrti u svim delovima sveta, nezavisno od razvijenosti zemlje. Dijabetes i astma svuda su u porastu. Čak i u siromašnijim zemljama se primećuje okantno povećanje stope gojaznosti koje se povećava u detinjstvu, naročito u urbanim sredinama.

Akcioni plan, koji vam je predloženo, zahteva hitno razmatranje. Srećom, ove bolesti imaju zajedničko određeno broje faktora rizika vezanih za način života, a koje svako od nas može da promeni: pušenje, nepravil-

na ishrana, nedostatak fizi~ke aktivnosti i zloupotreba alkohola. Prevencija mora imati apsolutni prioritet.

Kao zna-ajan korak u tom pravcu, Svetska zdravstvena organizacija, uz podr{ku Bloomberg fondacije, u februaru je lansirala prvi izve{taj o globalnoj duvanskoj epidemiji. Izve{taj donosi podatke o zloupotrebi duvana po zemqama, ali i o kori{ }ewu proverenih mera za kontrolu ovog problema.

Od pomenutih mera, porez na duvan se pokazao kao najdelotvorniji. Ne iznena|uje da se duvanska industrija `estoko protiv ovim taksama. Ova industrija smatra Svetsku zdravstvenu organizaciju svojim najve}im neprijateqem. Ja sam zahvalna za svaku priliku da ovu reputaciju jo{ vi{e osna`imo.

Dame i gospodo,

Ranije sam pomenula da se pojavquje najmawe jedna kriza nastala sti cawem razli~itih nepovoqnih okolnosti. Verujem da kontrola zapostavqenih tropskih bolesti predstavqa upravo suprotan primer – kao duga koja se pojavi posle oluje.

Sada mo`emo videti ceo spektar okolnosti koje su se stekle na najharmonij~niji mogu}i na~in. Bezbedni i veoma delotvorni lekovi dolaze u vidu donacija ili po veoma niskim cenama. Definisani su integrisani pristupi za borbu protiv vi{e bolesti istovremeno.

Strategija masivne preventivne hemoterapije usmerene ka svima koji su pod rizikom, mo`e se porediti sa za{titom koju pru`a imunizacija. I strah i daqe svedo`e o napretku u smawewu siroma{tva i pove}awu ekonomske produktivnosti, kada se ove bolesti stave pod kontrolu. Na kraju duge zaisa se mo`e na}i up zлата.

Uz relativno skromnu, kratkotrajnu finansijsku podr{ku mnoge od ovih bolesti mogu se na}i pod kontrolom do 2015. Neke bi ~ak mogle biti eliminisane u potpunosti do tog datuma. Po tom pitawu, dozvolite mi da izrazim zahvalnost Vladi Sjedinjenih Ameri~kih Dr`ava za redovno osloba-

|awe sredstava namewenih zapostavqenim tropskim bolestima. Nadam se da }e i mnoge druge zemqe pokazati slij~nu predanost. Ukoliko ove bolesti uspemo da stavimo pod kontrolu, to }e predstavqati ogroman doprinos smawewu siroma{tva u svetu.

Kao {to znate, na putu smo da potpuno iskorenimo drakunkulijazu i ve} su obezbe|ena sredstva pomo}u kojih }e se to ostvariti.

Polio je, naravno, tako|e na putu da bude iskorewen. Na{ i globalni naponi doveli su do obnavqaqame|unarodnih aktivnosti proisteklih iz hitnih globalnih konsultacija svih zainteresovanih, koje sam pokrenula po~etkom pro{le godine. Posetila sam sve ~etiri preostale zemqe u Aziji i Africi u kojima se polio endemski javqa, kako bih li~no posmatrala ogromne napore koji se ula`u, ~esto u veoma te{kim uslovima. Dozvolite mi da se zahvalim predanim borcima koji se nalaze na prvoj liniji odbrane.

U Aziji, tip 1 polio – najopasniji soj virusa – danas se nalazi na ivici da bude iskorewen. Me|utim, dok smo svedoci rekordno niskog obolevawa u Aziji, u Africi je do{lo do dramati~nog porasta ovog soja u severnim dr`avama Nigerije. Istovremeno, u nekim zemqama Afrike, gde je polio prethodno bio iskorewen, bore se da zaustave viruse koji su se ponovo pojavili pre vi{e od dve godine. Posao moramo da zavr{imo do kraja. I suvi{e smo blizu ciqca da bismo dopustili da nam uspeh isklizne iz ruke.

Dame i gospodo,

Ve} sam pomiwala drugu fazu na{ih napora da ostvarimo Milenijumske razvojne ciqceve. Po pitawu zdravqa, druga faza ne predstavqa samo sredinu puta, ve} i promenu pristupa.

Do{lo je do zastoja u napretku i sada vidimo jedan od razloga za to. Investirawe u tehnologiju i intervencije ne}e automatski dovesti do boqih rezultata u zdravstvu. Moramo tako|e vi{e da investiramo u in-



stitucionalne i ljudske kapacitete, zdravstveno informisane i u poro|ajne sisteme.

Sre}om, ove potrebe u svojim pristupima i principima prepoznaju donatori, velike finansijske organizacije i inicijative kao { to su Me|unarodno zdravstveno partnerstvo (International Health Partnership) osnovano pro{ le godine, Global fond, GAVI alijansa, agencije Ujedinjenih nacija koje se bave zdravcem.

Kada sam stupila na ovu poziciju po~etkom pro{ le godine, apelovala sam da se vratimo primarnoj zdravstvenoj za{ titi kao na~inu da oja~amo zdravstvene sisteme. Moja predanost je sada jo{ dubqa. Ukoliko `elim da ostvarimo Ciljeve koji se odnose na zdravce, moramo da se vratimo vrednostima, pristupima i principima primarne zdravstvene za{ tite.

Na sre}u, Komisija o socijalnim determinantama zdravca ove godine }e kasnije {ampati svoj izve{ taj. Wihovi zakqu~ci }e nam pomo}i da se sa ve}om precizno{ }u usredsredimo na osnovne uzroke nejednakosti.

U tom pogledu, `elim da vas pohvalim za neverovatan napredak postignut na sastancima Me|uvladine radne grupe za javno zdravce, inovacije i intelektualnu svojinu. Ovo je jedna od retkih prilika gde javno zdravce mo`e da preuzme proaktivnu ulogu u oblikovanju bar nekih faktora koji uti~u na jednakost u zdravstvu.

Va{ a diskusija je po~ela razmatrawem skoro dve stotine paragrafa glavnog predlo`enog teksta. Dokument koji je predoen ovoj Skup{tini ima svega osamnaest paragrafa o kojima treba postiji konsenzus. Volela bih da odr`imo „duh @eneve“ i fleksibilnost koju je pokazalo tako puno zemaqa. Na taj na~in pomo}i }ete siromacim populacijama u svetu.

Ove godine, Svetski zdravstveni izve{ taj (World Health Report) posve}en je primarnoj zdravstvenoj za{ titi. Bi}e izdat sredinom oktobra kako bi se poklopio sa tridesetogodi{wicom Deklaracije u Alma-Ati. Ovaj izve{ taj je pro{ ao dosada nevi|enu recenziju vrhunskih stru~waka iz svih regio-

na i predstavqa plod najintenzivnijih konsultacija posle prvog Svetskog zdravstvenog izve{ taja iz 1995. Verujem da }e izve{ taj konkretizovati moju posve}enost primarnoj zdravstvenoj za{ titi, istovremeno pru`aju}i odgovornima realnu procenu { ta je sve mogu}e postiji i na koji na~in.

Dame i gospodo,

Svetska zdravstvena organizacija je osnovana pre {ezdeset godina. Osniva~kim dokumentom Svetska zdravstvena organizacija je ustanovqena kao nadzorni i koordini{ }u organ me|unarodnih aktivnosti u oblasti zdravstva. U to vreme, Organizacija se suo~ila sa zastra{ }ujim zadatkom ponovnog uspostavqawa osnovnih zdravstvenih slu`bi u ratom razorenom svetu.

Slika javnog zdravca danas je u mnogome druga~ija. Svetska zdravstvena organizacija nije vi{e usamqena u naporima za unapre|ewe zdravca. Uloga lidera u ovoj oblasti ne dobija se na poklon, ve} se mora zaslu`iti. Ovo je vreme kada su globalni interes i ulagawe u zdravce ve}i nego ikada ranije. Istovremeno, ovo je i vreme ogromnih izazova.

Sve vi{e se suo~avamo sa problemima koji se mogu efikasno re{avati jedino dobrovoljenom i koordinisanom saradwom na globalnom nivou. U tome se vidi jasna uloga Svetske zdravstvene organizacije.

U celom svetu, na zdravce sve vi{e uti~u isti zna~ajni faktori. Sve vi{e, dogo|aj na jednoj strani sveta me|unarodnim sistemom mo`e se brzo preneti do svakoga od nas. Sve vi{e, elektronska transparentnost u svetu poja~ava socijalna pitawa koja isplivavaju posle katastrofalnih dogo|aja, kao i socijalne i ekonomske poreme}aje nakon izbijawa epidemija.

Kada sam se prvi put obratila Svetskoj zdravstvenoj skup{tini, odmah po{ to sam stupila na du`nost, izrazila sam svoju nameru da ne ispratim kompletan dijapazon aktivnosti. Ja imam du`nost da kao glavni tehni~ki rukovodilac usmerim rad ove organizacije ka oblastima u kojima na{ a vo-

de}a uloga donosi jedinstvene prednosti i gde mo`e imati zna~ajan i opipqiv efekat.

Ja tako|e imam du`nost da kao glavni administrativni rukovodilac nadgledam reforme u administraciji i rukovo|ewu koje }e od Svetske zdravstvene organizacije na~initi organizaciju prilago|enu da odgovori na izazove koji nas o~ekuju. Moramo biti brzi, fleksibilni, neoptere}eni birokratijom gde je saradwa na sva tri nivoa Organizacije dobra i bez trzavica. Htela bih da zahvalim regionalnim direktorima za wihov zna~ajan doprinos ostvarewu ovog ciqa.

Me|u reformama koje smo uveli, Globalni sistem upravljanja predstavqa veliki is-

korak u pove}awu efikasnosti i transparentnosti. Svaki veliki korak pra}en je preprekama koje }emo pomno pratiti.

Ovo su neka pi tawa kojima sam li~no posvetila pa`wu na putu Svetske zdravstvene organizacije ka ostvarewu ciqeva i prioriteta koje nam je postavila me|unarodna zajednica i zemqe ~lanice.

Smernice koje nam dajete veoma su zna~ajne kako za zdravqe, tako i za na{u kolektivnu bezbednost. Dobro zdravqe je osnova napretka i stabilnosti, a to je izuzetno va`no za svaku zemqu. Svet koji u pogledu zdravqa nije izbalansiran, ne mo`e biti ni stabilan ni ti bezbedan.

## Zavr{na re~na 61. zasedawu Svetske zdravstvene skup{tine (24. maj 2008, @eneva, [vajcarska)

*Dr Margaret ^en, generalni direktor Svet ske zdravst vene organizacije*

---

**G**ospodine predsedni~e, po{tovani ministri, ekscelencije, uva`eni delegati, dame i gospodo,

Kao prvo, dozvolite mi da izrazim moju iskrenu zahvalnost za sve {to ste postigli. Kao {to sam rekla u ponedeljak, na zdravstvene probleme sve vi{e uti~u mo}ne sile nad kojima zdravstveni sektor nema direktnu kontrolu. Suo~eno sa ovakvim silama, javno zdravqe mora ozbiqno da se bori kako bi preuzelo proaktivnu ulogu.

Vi ste upravo iskoristili priliku da to i u~inite. Najboqi primeri za to jesu rezolucije kao {to je ona koja promovira akcioni plan za nezarazne bolesti ili za smanjenje zloupotrebe alkohola. One predstavqaju osnovu za nacionalne i kolektivne strategijske akcije, a koje imaju veliki potencijal za preventivno delovanje, mada svi znamo da put kojim idemo ne}e biti nimalo lak.

U~inili ste veliki napredak u delu koji se odnosi na javno zdravqe, inovacije i intelektualnu svojinu. Zahvaquju}i tome, javno zdravqe izbija u prvi plan kada je u pitanju re{avanje dve osnovne i ve} dugo prisutne potrebe: da se pobolj{a dostupnost postoje}im intervencijama i da bolesti siroma{nih budu ukqu~ene u napore za razvijanje novih proizvoda.

Ovo predstavqa zna~ajan prodor za javno zdravqe i ja vam svima ~estitam na tome. To je prodor od koga }e imati koristi milioni qudi narednih godina. Tako je predstavqa i doprinos pravednosti u oblasti zdravstva; ovo je proaktivno javno zdravqe u svom najboljem svetlu.

U drugim oblastima dali ste Svetskoj zdravstvenoj organizaciji jasne zadatke i uloge koje }e imati u njihovom re{awu. Po pitanju klimatskih promena, zadu`ili ste Sekre-

tarijat da podignu svest o ogromnom uticaju na qudsko zdravqe me|u odgovornima za definisane politike i propisa u oblasti energetike i `ivotne sredine. Mnoge zemqe, a naro~ito zemqe u razvoju sa malih ostrva, su nam dostavile brojne primere dokumentovanih ozbiqnih efekata na zdravqe. Drago mi je da ste prepoznali hitnu potrebu da se uhvatimo u ko{tac sa klimatskim promenama. Rezolucija o ovom pitanju daje Svetskoj zdravstvenoj organizaciji i zemqama ~lanicama jasna zadu`ewa.

U pozadini ovog skupa, mogli smo da primetimo da sna`nu podr{ku Milenijumskim razvojnim ciljevima vezanim za zdravqe kao stimulanse za inovativne aktivnosti i merilu za procenu napretka.

Druga, zna~ajna tema, koja se pojavila kao predmet mnogih diskusija, bila je prioritarno ja~awe zdravstvenih sistema. Ja veoma cenim i entuzijizam koji ste pokazali tokom tehni~kih sastanaka na temu primarne zdravstvene za{tite.

I znad svega, na ovom 61. zasedawu Svetske zdravstvene skup{tine, lideri u zdravstvu iz celog sveta ujedinili su se i predstavili zajedni~ki front u borbi sa mnogim veoma velikim i te{kim problemima.

Uporno ste se trudili da postignete konsenzus i pokazali ste veliki nivo fleksibilnosti u postizawu kompromisa i pored nekih zna~ajnih razlika. Mnogi od vas ne samo {to su radili prekovremeno, ve} i do ranih jutarnjih sati. Svesna sam intenzivnih konsultacija iza zatvorenih vrata i ponovo vam se zahvaqujem {to ste se dr`ali „duha @eneve“.

Ovo su sve dobri znaci za Svetsku zdravstvenu organizaciju koja ulazi u sedmu deceniju rada na unapre|ewu zdravqa, za sve qude u svim zemqama.

*Hvala vam.*

## Medicina u starom Egiptu

V. Drecun<sup>1</sup>

---

## Medicine in Ancient Egypt

V. Drecun

---

**Sa`et ak.** U st aro m Egipt u, nekol i ko hi-  
qada godi na pre nove ere post ojala je jedna  
veoma razvijena civilizacija s brojnim kul-  
turnim, nau-nim, umet ni~kim i gradit eq-  
skim dost ignu}ima koja i danas zadi vquju  
svojom veli~inom i zna-ajem. U t akvoj jednoj  
zajednici bila je razvijena i medicina.

Ci q ovog saop{ t ewa jest e da, u svet lu  
podat aka dobijeni h primenom najnoviji h t eh-  
ni~ko-t ehno lo{ kih dost ignu}a i met odol o-  
gija, uka`e na st epen razvoja medic ine u jed-  
noj od najst ariji h civilizacija na svet u. U  
svim poznat im civilizacijama st arog veka u  
le-ewu obolelih najvi { e su kori { }eni razni  
magijski post upci i poku { aji da se ot eraju  
zli demoni, a odobrovoqe dobre sile koje }e  
izle~it i bolesnika. U st aro m Egipt u ko-  
ri { }ene su i ove met ode le-ewa, ali znat -  
no vi { e pa`we je poklawano poku { ajima da  
se post avi dijagnozaolest i i da se t ada  
primenom lekova t aolest le-i. Jo{ t ada  
oni su imali lekare (specijalist e) koji su za-  
du`eni za le-ewe razli~it iholest i. Kon-  
st ruisali su i korist ili veliki broj veoma  
korisnih medicinskih inst rumenat a me|u  
kojima i poro|ajna kle{ t a. Poznavali su ve-  
oma veliki broj bi qnih, `ivot i wskih i mi-  
neralnih lekova. Primewivali su veliki broj  
slo`enih hirur{ kih int ervencija, ukqu-uju-  
}i i t repanaciju lobawe i operacije ileusa  
(splet a creva). U st aro m Egipt u post ojala  
je razvijena zakonska regulat iva rada t ada-  
{ wih medicinara. Veliki broj ovih saznawa  
i dost ignu}a, na `alost , izgubqena su t o-

**Summary.** In ancient Egypt, a few thousand  
years B.C. there was a very developed civilisa-  
tion with a numerous of cultural, scientific, artis-  
tic and architectonic achivements, making people  
of 21 st century admire them all. Connected with  
all those achivements, medicine was also well  
developed.

The aim of this report is to point out the de-  
velopment degree of medical science and practice  
in Egyptian civilisation, using modern scientific  
resources and hi-tech methodology. In all well  
known civilisations of ancient time, different kinds  
of magic rituals, trying to chase evil spirits away  
and to appease good spirits to heal patients, were  
used as well. In ancient Egypt magic rituals were  
practicised as method of healing, but there were  
also attempts to complete diagnosis and to heal a  
sicknes using different kinds of drugs. Physicians  
specialised in healing of some kinds of illnes were  
well known. They were able to construct very use-  
ful medical instruments, among others there were  
obstetric pliers.

They knew how to make and to use a number  
of herbal, animal and mineral - originated drugs.  
They also knew how to perform some complicat-  
ed surgical operations as trepanation of skull and  
operation of illeus (entanglend bowells). There  
are some documents confirming that ancient  
Egyptians made a number of lows regulating  
medical practice. A waste majority of all those  
achivements were lost for centuries, and fortu-  
nately rediscovered again in recent time. In con-  
clusion, we may say that medical science and  
practice in ancient Egypt were on a high level

---

<sup>1</sup> Prof. dr Vasilije Drecun.

kom vekova, i ponovo su otkrivana par hiljada godina kasnije.

U zaključku se može reći da je medicina starijih Egipćana bila na veoma visokom nivou razvoja za ono doba i da je značajno doprinela razvoju medicine u civilizacijama koje su dolazile posle egipatske.

and their contribution to development of medicine in civilisations followed Egyptians' was of greatest importance.

**N**a osnovu brojnih dokaza i podataka dobijenih primenom savremenih visokih tehnologija u ispitivawu ostataka sauvanih iz vremena starog Egipta, može se reći da je tu postojala jedna od najstarijih i veoma razvijenih kultura. Bila je to zemlja koja je imala veliki broj učenih ljudi koji su, verovatno prvi na svetu, svoje zaključke izvodili na osnovu pacijevog i veoma pronicajevog posmatrawa prirode i prirodnih pojava i prvi su pokušali izvoditi eksperimente. Danas se zna da je i medicina starih Egipćana bila na visokom stepenu razvoja i da je kao takva bila izvor sazrawa koja su koristile civilizacije koje su došle znatno kasnije, kao što je grčka i rimska. O tome postoje jasni podaci u delima Herodota i Plinija (starogrčki učenici). Sve ovo navodi današnji istoričari medicine na zaključak da su stari Egipćani, a ne stari Grčki začetnici („roevni“) medicine.<sup>1,2,3</sup>

Do ovih sazrawa došlo se zahvajujući novim arheološkim otkrićima, boćem upoznavawu egipatskog jezika i pisma i primenom sofisticiranih metoda ispitivawa ostataka drevnih Egipćana kao što su ispitivawa pomoću radioizotopa, ispitivawa dezoksiribonukleinske kiseline i primenom lanane reakcije polimerizacije u tim ispitivawima. Dakle, sva ova ispitivawa medicine starih Egipćana mogu se svrstati u tri osnovne kategorije: 1) proučavawe medicinskih *papirusa*, 2) proučavawe *umetničkih prikaza bolesti* u dolini Nila, 3) proučavawe *ostataka mumificiranih starih Egipćana* primenom pomenutih savremenih tehnologija.

Prvi lekar u starom Egiptu, čije ime je zabeleženo (i sauvano do današnih dana)

jeste *I mhotep*. On je bio vežir kod Zosera (Hoser), osnivača Tebe egipatske dinastije oko 3000. godine p.n.e. I mhotep je bio astronom, lekar i graditelj piramida. Smatra se verovatno da je on bio graditelj prve egipatske piramide, stepenaste piramide. Zbog svojih zasluga u medicini bio je proglašen prvo za heroja, a kasnije za boga medicine, poput Asklepiosa u staroj Grčkoj. Danas postoji verovanje da je I mhotep tvorca Smitovog medicinskog papirusa. Napominemo da original medicinskih spisa čiji je autor I mhotep nije pronađen, ali postoje zapisi Hipokrata (velikog grčkog lekara) i Galena (Grka, lekara koji se proslavio reći u Rimu) o tome da su oni videli i upoznali te spise. Bez obzira na to što je od navedenog tačno, sa sigurnošću se može tvrditi da je I mhotep bio prvi veliki lekar medicine u starom Egiptu.<sup>7,8</sup>

Stari Egipćani su naslutili značajlićne higijene i higijene ishrane, što se može zaključiti iz vrlo jasnih i strogih propisa o kupawu verskih službenika (dva puta dnevno), brijawu brade i kose, kao i o tome da sveća riba i sveće meso nisu zdravi za jelo, već ih treba termički obraditi. Meso se nije smelo koristiti u ishrani dok ga prethodno nisu pregledali za to obučeni svećenici. Prepoznali su značaj adekvatne i pravilne ishrane, kao i loće efekte preteranog unosa hrane, pa su u tom smislu postojali propisi o obaveznom postu (odrećnim danima), a bili su familijarni i s primenom sredstava za crevno čišćenje, koje je predstavćalo ritual unutrašnjeg čišćenja. Postojala je obaveza svakog čisteća da na tri dana mora uzeti neko sredstvo za crevno čišćenje. Poznavali su i koristili

razne klistire u terapijske svrhe, a smatrali su da taj postupak {titi cude od mnogih bolesti. Preporu~ivali su obavezno prokuvavawe ili filtrovawe vode za pi}e. Radi spre~avawa {irewa bolesti postojala je obaveza adekvatnog uklawawa izmeta. Umrle su mumificirali, a mumije sahravivali izvan naseqenih mesta. Tako|e, postojali su propisi o polnoj higijeni. O ovim merama starali su se pre svega sve{ tenici. Sve{ tenici su se bavili i le~ewem, pre svega psihiki i internisti~kih oboqewa, zbog toga {to u to vreme nisu bili jasni uzroci wihovog nastanka, pa se verovalo da su ona posledica dejstva zlih sila ili da su nastala kao kazna bogova, a kao takva jedino se mogu le~iti primenom odgovaraju}ih mera (vra~awe, no{ewe talismana, molitve dobrim bogovima i sl.). Kori{ }eno je ka|ewe ku}nih prostorija dimom od sagorevawa tamjana i drugih miri{ qavih materija. Iz dostupnih spisa i drugih dokaza iz perioda starog Egipta jasno je me|utim da je medicina koju su sprovodili {kolovani sve{ tenici-lekari bila veoma razvijena i da su postojali specijalisti za o~i, za unutra{ we bolesti, hirurzi, ginekolozi i lekari za stoma~ne probleme i lekari za negu i za{ titu anusa, kao i zubni lekari. Ovi lekari {kolovali su se u {kolama koje su bile neposredno uz hramove. Me|u wima je postojala slede}a hijerarhijska podela:<sup>8</sup>

*swaw* - mla|i lekar

*imy-r-swaw* - lekar

*wr-swaw* - stariji lekar

*smsw-swaw* - registar

*shd-swaw* - konsultant

*sekhet-n* - specijalista za odre|eni organ  
(npr. *sekhet-n-ankh* = lekar za nos)

Dokazano je tako|e da su se lekari u starom Egiptu slu`ili metodama fizikalnog pregleda koje se i danas koriste. Sigurno je da su primewivali inspekciju (posmatrawe), palpaciju (pipawe) untra{ wih organa i palpaciju pulsa (poznavali su ~etrdeset vrsta pulsa), a imali su neke predstave o krvotoku i va`nosti srca. Oni su znali da je srce

centar krvotoka, ali su smatrali da se kroz krvne sudove kre}u krvi u vazduh (pneuma), pa su oni zapravo za~etnici pneumatske medicine. Smatrali su da se krv kroz krvne sudove kre}e poput porasta i opadawa nivoa (kao u reci Nilu). Vrlo je verovatno i da su primewivali auskultaciju (slu{awe) sr~anih i plu}nih zvu~nih fenomena. U prepoznavawu bolesti vr{ili su i pregled izlu~evina (znoja, urina i sl.), i tra`ili nenormalne telesne mirise. Vr{ili su zaustavqawe krvarewa pomo}u termokautera, operisali su hemoroide (tako|e pomo}u termokautera), vr{ili su obrezivawe (cirkumciziju), koje je imalo karakter verskog obreda, ali i kao prevencija nastanka i preno{ewa polnih bolesti. Znali su za koristi od postavqawa i kori{ }ewa zavoja. Bili su veoma ve{ti u poziciji i {~a{enih zglobova i vrlo uspe{no su re{avali prelome kostiju. Stari egipatski lekari razvili su veliki broj vrlo korisnih medicinskih instrumenata, o ~emu svedo~e prona|eni crte`i. Smatra se da su u to vreme imali poro|ajna kle{ta, ~ija je ideja bila izgubqena tokom vekova, kao i mnoge druge prakti~ne i korisne ideje, da bi ponovo bile osmi{qene i realizovane u 18. ili 19. veku.<sup>6,7</sup>

Stari egipatski lekari obavqali su razne vrste hirur{kih intervencija ukqu~uju}i trepanacije lobawe. Na|eni su dokazi o bolesniku kome je izvr{ena trepanacija lobawe koji je `iveo dve godine posle intervencije. Tako|e, dokazano je da su vr{ili amputacije ekstremiteta i navodi se slu~aj bolesnika koji je `iveo deset godina posle jedne takve intervencije. Vr{ili su operacije katarakte pod nazivom reklinacija, operacije u trbuhu i carski rez, kao i neke intervencije u usnoj {upqini i na zubima. Bili su ve{ti u re{avawu preloma kostiju i drugih povreda koje su u to vreme bile veoma ~este. Le~ili su cude od ujeda zmija, {korpija, divqih zveri, insekata, kao i od raznih parazitaranih oboqewa koja su tada bila vrlo ~esta.<sup>2,4,8</sup>

Oni su poznavali i primewivali veliki broj lekova biqnog, `ivotiwskog i mine-

ralnog porekla. Primena lekova imala je zadatak da le~i bolest, a ne simptome bolesti. Spravqali su lekove za spoqa{wu i unutra{wu primenu. Kori{ }eni su lekovi za crevno ~i{ }ewe, a naro~ito su bile popularne klizme. Primewivani su lekovi za izazivawe povra}awa i znojewa, kao i pu{tawe krvi. Od lekova primewivani su jo{ mast, med, kedrovo uqe, so, uqe od kamilice, {alitra, stipsa i neki metali. Stari Egip}ani su koristili opijum u medicinske svrhe.<sup>2</sup>

## **Medicinski papirusi**

Najvi{ e podataka o dometima i stepenu razvoja medicine u starom Egiptu dobijeno je prou-avawem medicinskih papirusa.

Do sada je otkriveno i prou-eno osam medicinskih papirusa. Otkriveni su uglavnom wihovi delovi, koji su dovoqni da uka`u na postojawe visoko razvijene medicine kod starih Egip}ana. Ve}ina ovih papirusa poti~e iz vremena izme|u 2000 i 1090 godina pre nove ere (p.n.e.), ali je o~igledno da su u wih ugra|ena tradicija i znatno ranija saznanja iz medicinske prakse koja su se primewivala u dolini Nila. Me|u wima najve}i zna~aj imaju Smitov i Ebersov papirus. Oba ova papirusa otkrio je Edvin Smit (Edwin Smith), Amerikanac koji je boravio u Egiptu, a bavio se izme|u ostalog otkupom i prodajom antikviteta. Smit je prvi (Smitov) papirus kupio 1862. godine od izvesnog Mustafe Age, dok je Ebersov papirus navodno Smit prona{ao pored jedne mumije u Tebi, a prodao ga je Georgu Ebersu (Georg Ebers), nema~kom egiptologu, koji ga je preveo i objavio 1875. godine. Smitov papirus preveo je i objavio 1930. godine Xejms Henri Brested, poznati orijentalista iz ^ikaga.

*Smitov papirus* je duga~ak pet metara i {i irok trideset tri santimetra. On predstavlja kopiju starijeg teksta koji obuhvata vreme nastanka piramida, mo`da ~ak do tridesetog veka pre nove ere. Danas dokument

sadr` i sedamnaest kolunni na predvoj i ~etiri i po kolunne na zadvoj strani i predstavqa oko 74 odsto celog papirusa. Glavni deo ovog spisa odnosi se na hiruriju i pokazuje nau~ni pristup u le~ewu raznih hirur{kih bolesti i povreda, dok tekst na zadvoj strani sadr` i recepte i razne ~arolije koje su primewivane u le~ewu. Ceo (nalen) tekst sastoji se od prikaza ~etrdeset osam slu~ajeva. ^etrdeset osmi slu~aj nije kompletan, {to navodi na ideju da je izgubqen veliki deo ovog dokumenta. Ovde su redom opisane povrede i preporuke za le~ewe glave, vrata, ramenog pojasa i ki~me. Prikaz svakog slu~aja dat je sistemati~no i to tako {to je dat naziv slu~aja, potrebna ispitivawa, predstavqena dijagnoza i preporu~eni na~in le~ewa, a na kraju tog slu~aja dato je obja{wewe eventualnih nejasnih pojmova upotrebqenih u prikazu slu~aja. Uz dijagnozu bolesti uvek je data jedna od slede}e tri konstatacije: 1) ja }u izle~iti bolest, 2) boriti }u se s bole{ }u i 3) bolest ne treba le~iti (neizle~iva bolest). Finalna konstatacija u vezi s du`inom le~ewa (kod nekih prikazanih slu~ajeva) bila je jedna od slede}e tri: 1) dok se ne oporavi, 2) do isteka perioda bolesnikove povrede i 3) dok ti ne postane jasno da je bolest dostigla kriti~nu ta~ku. Dokument je s obe strane pisan istom rukom, a po stilu odgovara sredwem periodu razvoja starog Egiptu. Ovaj papirus se danas ~uva u zbirkama Wujor{ke akademije nauka<sup>8</sup>.

*Ebersov papirus* je duga~ak 20, 23. metra i {i irok trideset santimetara i predstavqa najve}i takav spis na celom svetu. Tekst je podeqen u 108 kolunni od kojih svaka ima 20 do 22 reda. Papirus sadr` i 877 receptata za le~ewe velikog broja bolesti i wihovih simptoma. Magi~ne re~i i formule koje su se primewivale za le~ewe navedene su u ovom papirusu svega u dvanaest slu~ajeva, dok u svim drugim slu~ajevima predlo`ene terapije ne deluju i racionalno, iako postoje pote{ko}e u razumevawu o kojim se problemima radi i koji su predlo`eni lekovi.

Sadr`aj je koncipiran tako da se na jednom mestu nalaze svi podaci u vezi s nekim problemom s kojim se lekar mo`e sresti i celokupna materija je podeqena na sedam slede}ih delova: 1) ^arobne re~i koje treba izgovoriti pre samog le~ewa i koje poja~avaju efikasnost lekova, 2) Unutra{we i o~ne bolesti, 3) Ko`ne bolesti s dodatkom o opekotinama od sunca, 4) Bolesti ekstremi teta gde su opisane bolesti glave-jezika, zuba, nosa, uva i date neke kozmeti~ke preporuke, 5) @enske bolesti, 6) Informacije o anatomiji, fiziologiji i patolo{kim promenama uz detaqna obja{wewa pojmovna, i 7) Hirur{ke bolesti. Danas se smatra da ovaj papirus predstavqa prvi (najraniji) pisani dokument o le~ewu i da je nastao pre trideset {est vekova.

*Kahunski ginekolo{ki papirus* je stariji od prethodna dva medicinska papirusa i smatra se da je nastao 1825. godine pre nove ere. U po~etnom delu ovog papirusa opisani su simptomi koji su vezani za reproduktivne organe. Zatim se obra|uju pitawa u vezi sa kontracepcijom, koncepcijom (zatrudwivawe) i poro|ajem, kao i odre|ivawe pola ploda. Ovde je opisano kako utvrditi trudno}u kao i to kako le~iti zuboboqu u trudno}i, ali opisuju se i neke bolesti kao veziko-vaginalna fistula. Drugi Kahunski papirus je po sadr`aju bio veterinarski i kao takav, svakako ima svoj zna~aj<sup>8</sup>.

Hearstov *medicinski papirus* iz {esnaestog veka pre nove ere sadr`i oko 260 recepata za le~ewe internisti~kih bolesti, koji se uglavnom nalaze i u Ebersovom papirusu. Sli~an zna~aj i sadr`aj imaju Berlinski i Londonski papirusi. Najmla|i po vremenu nastanka (XII vek p. n. e.) *Betty-ev papirus* predstavqa monografiju o bolestima anusa i na~inima wihovog le~ewa, ali sadr`i i puno magijskih rituala koji se preporu~uju uz medicinske postupke i mere. Ovaj papirus se ~uva u Berlinskom muzeju<sup>6, 7, 8</sup>.

Mogu}e i vrlo logi~no obja{wewe za ovaj visoki stepen razvoja medicine u starom Egiptu le`i u ~iwenici da se tamo, jo{ od praistorijskog doba, vr{i balsamo-

wawe tela qudi i `ivotiwa posle wihove smrti. Pre samog ~ina balsamovawa (prelivaawe le{a odre|enom vrstom crnog bitumena-smole koja postoji u nekim mo~varama Egipta) vr{i se odstrawivawe svih unutra{wih organa (mozak, plu}a, srce, jetra, slezina i creva). Vi{evekovno iskustvo u vawewu ovih organa dovelo je do toga da su stari Egip}ani vrlo dobro upoznali te organe, kao i wihove funkcije, tj. stekli su zna~ajna znawa iz anatomije, a delom i iz fiziologije tih organa. Postoje podaci koji ukazuju na to da su staroegipatski lekari vr{i ili autopsije tela umrlih qudi, a mo`da i nekih `ivih osu|enika na smrt<sup>2, 8</sup>.

Le~ewem u starom Egiptu su se bavili {kolovani lekari, sve{tenici i magovi. Prema dostupnim podacima, u centralnim gradskim podru~jima le~ewem su se vi{e bavili {kolovani lekari, dok su u seoskim udaqenim podru~jima le~ewe sprovodili sve{tenici i magovi. Zna~ajno je re{i da su ovi lekari sve mawe verovali u u~ewe da bolesti nastaju kao posledica delovawa zlih sila, demona i duhova, ve} su poku{avali da le~e bolesnika primenom lekova biqnog, `ivotiwskog i mineralnog porekla. Oni su ve} tada insistirali na tome da treba le~iti i telo i du{u<sup>4, 5, 7</sup>.

Rad lekara u starom Egiptu bio je regulisan odre|enim, vrlo strogim propisima. Bilo je naime propisano da lekar u le~ewu mora primewivati postupke iz „starih kwiga“. Ukoliko bi se lekar pridr`avao toga, a bolesnik umro, nije odgovarao pred zakonom, ali ako je radio po nekom svom naho|ewu, mimo propisa iz starih kwiga, pa bolesnik umro, onda je mogao biti veoma strogo ka`wen, ~ak i smr}u<sup>8</sup>.

Postoje sigurni dokazi o tome da su tada{wi egipatski medicinari bili veoma ceweni u okru`ewu, tako da su slati na dvorove vladara tada{wih susednih zemaqa radi le~ewa i podu~awawa tamo{wih medicinara.

Padom starog Egipta 525. godine p. n. e. pod vlast Persijanaca do{lo je do izrazite stagnacije razvoja kulture i medicine, i



{ to je jo{ gore, zaboravqena su i izgubqe-  
na brojna i zna~ajna dostignu}a medicine  
starog Egipta. Novi procvat wi hove kultu-  
re i medicine bele` i se u tre}em veku pre

nove ere, u vreme vladavine Aleksandra  
Velikog, kada je u Aleksandriji nastala  
jedna od najslavnijih medicinskih { kola  
staroga veka.

---

### **Lit er at ura**

1. Stanojevi} V.: *I st ori ja me di ci ne*, Medi ci nska kwiga, Beograd-Zagreb, 1962.
2. Magner LN. *History of Medicine*, Taylor and Francis Group, London-New York-Singapore, 2005.
3. Grmek MD, Glesinger L, Pintar I. Levental Z. i Dragi? ?.: *Medicinska enciklopedija*, Jugoslovenski leksikografski zavod, Zagreb, 1972.
4. ^olovi} R.: *Hronika hirurgije u Srbiji*, Prosveta, Beograd, 2002.
5. Davies W.V, Walter R: *Biological Anthropology and the Study of Ancient Egypt*, British Museum Press, London, 1993.
6. Sameh AM: *Medicine in Ancient Egypt*, Arab World Books, 1998-2000. (on line).
7. Ead AH: *Medicine in Old Egypt*, Transkripcija iz: *Hystory of Science*, (by George Sarton), Heidelberg 1998.
8. *Ancient Egyptian Medicine*, 2000., Egiptology on line.

## Beograd zdravi grad do 2000. godine\*

M. Babi},<sup>1</sup> Q. Sokal-Jovanovi},<sup>2</sup> M. Vu-kovi}-Kr-mar<sup>3</sup>

---

**K**oncept Beograd - zdravi grad - 2000. predstavqa inicijativu da se u okviru o~ekivanog burnog razvoja i prosperiteta Beograda o~uvaju osnovne vrednosti humane sredine po meri o~uvawa ~ovekovog zdravqa kao najvi{e individualne vrednosti. To je istovremeno inicijativa da se u okviru op{teg socio-ekonomskog ozdravqewa, nakon brutalnih i bezrazlo`nih sankcija me|unarodne zajednice, du`na pa`wa posveti qudskom zdravqu.

Ovaj koncept bazira se na trima osnovnim ciqevima:

- O~uvawe i unapre|ewe qudskog zdravqa na individualnom i kolektivnom planu;
- Otklawawe posledica anticivilizacijskih sankcija na zdravqe stanovni{tva;
- Uravnote`ewe daqeg socio-ekonomskog i urbanog razvoja sa potrebama za{tite i unapre|ewa qudskog zdravqa i `ivotne sredine.

Projekat Svetske zdravstvene organizacije Zdravi gradovi zasni va se na {i rokom konceptu zdravqa definisanim u kqu-nim dokumentima kao {to su Ustav Svetske zdravstvene organizacije, Globalna strategija zdravqa za sve i Ottawa Charter za promociju zdravqa. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, zdravqe je determinisano {i rokim spektrom faktora koji prevazilaze sistem zdravstvene za{tite.

Zdravqe qudi i gradova }e sada i ubudu}e zavisi ti, izme|u ostalog, od:

- wi hovog stepena ekonomskog razvoja i od podjednake distribucije tog razvoja
- sposobnosti okoline da podr`i taj ekonomski razvoj
- kvaliteta gra|evinske i prirodne sredine
- nivoa i kvaliteta dru{tvenih slu`bi, kao {to su obrazovawe zdravstvo i socijalna za{tita
- kohezi vnosti i podr{ke mre`a dru{tvenog organizovawa
- li-nih sposobnosti, samopo{tovawa i stilova `ivota porodice i pojedina.



I z ovoga je sasvim jasno da u procesu unapre|ewa zdravqa moraju u~estvovati nacionalne, regionalne i lokalne vlasti, internacionalne organizacije, privreda, lokalne agencije i organizacije, kao i pojedinci.

Brza urbanizacija koja je karakterisala posledwih 150 godina u industrijalizovanim zemqama sveta, postala je globalni fenomen. Do kraja ovog veka, polovina svetske populacije }e `iveti u urbanoj sredini. Prema tome, strategija „Zdravqe za sve do 2000.“ sve vi{e postaje strategija urbanih sredina. Prema SZO, identifikovano je pet osnovnih poqa delovawa u ciqu ostvarena zdravqa za sve:

---

<sup>1</sup> Prof. dr Mom-ilo Babi}.

<sup>2</sup> Prim. mr sc. Qi qana Sokal-Jovanovi}.

<sup>3</sup> Prim. mr Maja Vu-kovi}-Kr-mar.

\* Grad Beogradr, Sekretarijat za zdravstvo.

- razvoj javno zdravstvene politike
- obezbeđivanje podrške sredine
- jačanje dejstava na nivou lokalne društvene zajednice
- razvijanje ličnih sposobnosti
- reorijentacija zdravstvene službe.



U projekat Svetske zdravstvene organizacije uključilo se više desetina gradova Evrope, a postignuti rezultati u potpunosti opravdavaju uložene napore.

Koncept Beograd – zdravi grad usvojen je u idejnom smislu sredinom 1991. godine na inicijativu Evropskog biroa Svetske zdravstvene organizacije, a uključivanje Beograda u mrežu od nekoliko desetina gradova u tom projektu je zastalo zbog neshvatljivog i neosmišljenog uključivanja Svetske zdravstvene organizacije u socioekonomske, kulturne i zdravstvenu blokadu SR Jugoslavije i njenog naroda.

Ukidanjem sankcija stvaraju se uslovi za otvaranje inicijativa i osmišljavanje dugoročne politike zaštite i unapređivanja zaštite zdravca stanovništva dvomilionskog grada.

Koncept zdravi gradovi po kriterijumima Svetske zdravstvene organizacije podrazumeva obezbeđivanje: urbanog planiranja po meri otvaranja zdravca čudi, bezbednog vodosnabdevanja, čistog vazduha za disanje, bezbednosti i adekvatnosti ishrane, adekvatne zdravstvene zaštite stanovništva, široke socijalne eliminacije siromaštva, prostora za rekreaciju i fizičku aktivnost.

Realizacija Projekta Beograd – zdravi grad integrisaće brojne aktivnosti različitih društvenih subjekata, institucija i pojedinaca na stvaranju pretpostavki za bolji i humaniji život u Gradu, smanjivanje zdravstvenih rizika na podnoživiji nivo i uključivanje različitih sektora društvenog

organizovanja u sveobuhvatnu brigu o individualnom i kolektivnom zdravcu građana.

Najbitnije pretpostavke za realizaciju koncepta „Beograd – zdravi grad 2000.“ stvaraju se donošenjem Prostornog plana Republike Srbije kojim će se na državnom planu dugoročno urediti pitanje prostorne i razvojne politike. Prostornim planovima na lokalnom nivou treba da se unapređivati lokalne uslove u skladu sa potrebom otvaranja unapređivanja zdravca građana.

Neosporno je da urbanistički planovi i prostorni raspored čudskih naseoba i sadržaja neophodnih za život i rad građana imaju prvorazrednu ulogu u otvaranju i unapređivanju zdravca. Učestvuje javno zdravstvenih institucija, a pre svega Zavoda za zaštitu zdravca, u donošenju urbanističkih planova na svim nivoima treba da bude neizostavni deo njihovog izrade i implementacije.

Ekološka kontrola i mere zaštite životne sredine od potencijalne degradacije i ugrožavanja sa širokim spektrom mera zaštite vazduha, vode, zemljišta, kao i zaštita od buke i drugo, usmereni su na otvaranje prirodnih resursa, ali pre svega čudskog zdravca. Programima do 2000. godine stvorila se povoljnija situacija u Beogradu od postojećih.

Zaštita hrane od zagađivanja u procesu proizvodnje, prerade, prometa, kao i distribucije, važno pretpostavka zdravca građana, organizovane se u skladu sa standardima evropske mreže zdravi gradovi. Kvalitet ishrane stanovništva zavisi od ekonomskih faktora, ali će se do 2000. godine u objektima kolektivne ishrane, i to pre svega dežim i radničkim, obezbediti u kvalitativnom i kvantitativnom smislu ishrana koja ne zaostaje za evropskim standardima. Ovaj cilj će se obezbediti realizacijom programa koji podrazumeva sveobuhvatno angažovanje Države i Grada.

Sportsko-rekreativne aktivnosti i boravak u prostorima za odmor i rekreaciju radnika i građana značajno doprinose unapređenju zdravca i prevenciji bolesti. Nekretawe je izvor bolesti, radne nesposobnosti i invalidnosti. Svakodnevno fizičko vežbawe i kretawe razvije se i svesti o tome kao potrebi urbanog doba. Medijske kampa-we pod geslom „svi u prirodu“ i organizacije velikih sportskih i rekreativnih događaja, kros-takmičewa sa više desetina hiljada učesnika i slično, primeri su dobre prakse.

Ada Ciganlija, Košutwak, Kalemegdan, Ušće, Topčider i drugi parkovi postaje vikendom mesta izlazaka i okupčawa stotina hiljada građana u rekreativnim programima u prirodi.

Savsko jezero – plivalište za pola miliona kupaca u letnjem periodu dobiće takvu infrastrukturu da postane u sanitarnohigijenskom smislu bezbedno, a u svakom drugom privlačno i lako dostupno mesto za Beograđane.

Pešačke zone u centru grada subotom doprinose višestruko stvarawe pešačkih navika, smawewu buke i aero zagađewa. Treba ih neprekidno podsticati i uvoditi u praksu.

Projekat „Zdrava kola“ koji se već nekoliko godina realizuje i riri se na to veći obuhvat dece i omladine radi pravovremene i adekvatne obuke za zdrave stilove života i rada u kolama i na fakultetima.

Omasovčewe broja osoba sposobnih i motivisanih da se brinu i staraju o sopstvenom zdravcu i wegovom unapređenju fundamentalni je cilj projekta „Beograd – zdravi grad 2000.“. Po definiciji Svetske zdravstvene organizacije zdravca nije samo odstustvo bolesti i onesposobčenosti, već stawe fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostawa.

Negovawe kulta zdravca i wegovog oživawawa je važna pretpostavka za pretvarawe filozofskih osnova shvatawa zdravca u akcione društvene programe na wegovom unapređenju.

Stručne i naučne institucije, državni organi i društvene organizacije, svojim programima rada aktivno se uključiti u

realizaciju projekta „Beograd – zdravi grad 2000“ kao intersektorskog projekta i na osnovu shvatawa da je zdravca i wegovo oživawawe najizričadatak i obaveza različitih društvenih subjekata, a ne samo zdravstvenih institucija. Najbolji rezultati do 2000 godine mogu se očekivati u onim oblastima u kojima se podstiču zdravi stilovi života i rada s obzirom da:

- Generiču vidovitost i inicijativu na lokalnom nivou za donošenje zdravstvenih programa koji teže globalnom cilju „Zdravca za sve do 2000 godine“,
- Podiču zdravca na lestvici socijalnih vrednosti jer doprinose ukupnom razvoju kroz uticaj na produktivnost rada, podizawe reproduktivne, radne i odbrambene sposobnosti stanovništva,
- Olakšavaju organizacione i institucionalne promene koje podstiču kooperaciju između građanskih službi i sektora na stvarawu zdravije životne i radne sredine u Beogradu.

Promenama u zdravstvenom sistemu do 2000. godine treba postići da se kćuna uloga dodeli subjektima koji doprinose borbi za oživawawe i unapređenje individualnog i kolektivnog zdravca.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba osposobiti domove zdravca da se na općtinskom nivou suoše sa izazovima unapređenja i zaštite zdravca u mesnim zajednicama, kolama, ustanovama za dnevni boravak dece, u terenskom radu na mestu živčewa, gde se mogu identifikovati mnogi zdravstveni rizici i problemi. Koncept primarne zdravstvene zaštite u Beogradu ima sve šanse i performanse za realizaciju u najpotpunijem vidu, a pre svega u institucionalnim kapacitetima koji su oživavani uprkos sankcijama i teškom položaju svih subjekata zdravstvene zaštite.

Irirewewe zdravstvene kulture deo je procesa općteg socio-kulturnog ozdravčewa i sanacije stawa i posledica sankcija, i općti prosperitet naroda. U irirewewu zdravstvene kulture i obrazowawa zdravstvene

institucije kao stručni subjekti sprovode politiku koja proizlazi iz jedinstvenog programa zdravstvenog vaspitawa u Beogradu kojim su dugoročno postavčeni temečqi zdravstvenog vaspitawa.

Rad na prevenciji bolesti i ranom otkrivanju eventualnih poremećaja, uz njihovu blagovremenu sanaciju, ima veliki značaj za organizovan sistem zdravstvene zaštite. Zato sistematski i čiqni pregledi širokih slojeva populacije, a posebno rizičnih grupa: odojčadi, male predškolske i školske dece, studentske omladine, žena u generativnom periodu i radnika koji rade u posebnim uslovima rada, treba da ostanu neodvojiv deo organizacije i tehnologije rada zdravstvenih institucija, a pre svega domova zdravčqa.

Rana dijagnostika obočewa mogu}a je uz efikasno podizawe tehnološkog nivoa medicine u specijalizovanom sektoru na nivo kojim razvijeni je zamče raspoloženje u danas ili su raspolagale prethodnih godina. Ovaj razvoj treba selektivno usmeravati kako bi se visoki troškovi držali pod kontrolom i ulagawa što racionalnije sprovodila.

U oblasti zdravstvenog osigurawa treba oćuvati tekovine socijalizovane prakse zdravstvene zaštite koja omogu}ava svim građanima da bez obzira na ekonomski i socijalni položaj ostvaruju neophodna prava u zdravstvenoj zaštiti. Obavezno osigurawe omogu}iti svima, bez izuzetaka, dostupnost i pristupačnost zdravstvenih usluga definisanih programom obaveznog osigurawa, kao i lekova sa liste najneophodnijih u kliničinama, shodno potrebama.

Participacije u okviru programa obaveznog zdravstvenog osigurawa mogu se uvesti samo za neke specijalizovane vidove zdravstvenih usluga i moraju biti limitirane na mesečnom nivou od najviše 1/5 najnižih primawa u Gradu.

Nemogu}a je realizacija koncepta „Beograd – zdravi grad do 2000.“ bez dosledne realizacija svih postulata socijalizovane medicine, odnosno socijalizovane zdravstvene zaštite. Stoga u sferi normativnog i

praktičnog treba inicirati promene kojima se precizno definiše sadržaj i obim prava koje garantuje i osigurava država preko ustanova i zdravstvenog osigurawa. Kada se definišu ove pretpostavke i parametri sprovede se racionalizacija mreže institucija i sistema zdravstvene zaštite na ekonomski prihvatljivom nivou i u okviru različitih svojinskih oblika.

U okviru institucionalnih i vani institucionalnih oblika socijalne zaštite, sa posebnom pažnjom na zaštićene dece, starih i hendikepiranih, kao i u okviru obima prava i zaštite siromašnih dove}e do iskorenjivawa socijalne bede i stvarawa socijalno pravednijeg društva. Do 2000. godine niko ne sme da se nalaze u stawa gladovawa i iznućenog onemogućavawa životnih funkcija zbog siromaštva i nemogućnosti stičawa životnih dobara radom.

U tom smislu, projekat „Beograd – zdravi grad do 2000“ je predstavčati model za ostale gradove Jugoslavije, čime je se omogu}iti stvarawe nacionalne mreže. Realna je procena da se do kraja 1996. godine mo}e struktuirati osnova projekta glavnog grada na koju bi se sledstveno nadovezali drugi gradovi u zemqi.

Krajem 1996. godine organizovala bi se konferencija na kojoj bi se evaluirali rezultati izvedenih akcija, sa predlogom o organizovanju godišnjih konferencija ovog tipa na nivou mreže gradova u zemqi. Pored toga, u radu na projektu mreže zdravih gradova, potrebno je organizovati i stalne stručne sastanke o predeceni tematskim celinama.

### **Programska dokumentacija projekta**

Projekat treba da se oslawa na slede}a osnovna dokumenta **od dugoročnog značaja**:

1. Prostorni plan Beograda,
2. Generalni plan Beograda,
3. Program zaštite i unapređenja životne sredine,
4. Program uređenja grada,
5. Program razvoja saobraćaja u Beogradu,

6. Program razvoja rekreativnih, sportskih i turisti~kih podru~ja u Beogradu, sa posebnim poglavcima o Adi Ciganliji, Savskom jezeru, U{ }u, Ratnom ostrvu, Ko{ utwaku, Top~iderskom brdu, SC „25. maj“ i drugim parkovima od { ireg zna~aja,
7. Program zdravstvenog vaspitawa u Beogradu,
8. Program razvoja primarne zdravstvene za{ tite u Beogradu,
9. Programi borbe protiv alkoholizma, narkomanije, pu{ ena, maloletni~ke delinkvencije i drugih socijalno-devijantnih pojava,
10. Program toplifikacije Grada Beograda,
11. Program prevencije povreda u Beogradu,
12. Program unapre|ewa ishrane stanovni{ tva i sistematske kontrole zdravstvene ispravnosti i kvaliteta namirnica u Beogradu,
13. Program prevencije i kontrole zaraznih bolesti,
14. Program po{ umcavawa zelenih povr{ ina,
15. Program za{ tite od buke u nasecima i preduze}ima,
16. Program za{ tite zemqi{ ta od zaga|ivawa.

### ***Kratkoro~ii programi i inicijative***

1. Program ure|ewa Ade Ciganlije,
2. Program ure|ewa obala Save i Dunava,
3. Program manifestacija masovne fizi~ke kulture,
4. Program takmi~ewa { kola za najboqe ure|enu { kolsku sredi nu,
5. Program takmi~ewa za najboqe ure|enu mesnu zajednicu i stambenu zgradu,
6. Program borbe protiv { tetnih insekata i glodara.

Sagledavawem ovih programskih sadr` aja dolazi se do zakcu~ka da pored nadle` nih dr` avnih organa u pokret zdravlji Grad treba da budu ukcu~eni brojni privredni, obrazovni, subjekti lokalnog organizovawa itd.

Posebno mesto mogu imati sredstva javnog informisawa koja se mogu ukcu~iti ~ak i kao nosioci pojedinih socijalnih inicijativa.

Organizovawe u smislu realizacije projekta „Beograd – zdravi grad 2000. godine“ treba da se finalizuje stvarawem { irokog pokreta u kome }e participirati velika ve}ina gra|ana Beograda, jer upravo gra|ani Beograda imaju najve}i interes da se anga`uju na stvarawu zdravije sredine sopstvenog `ivcewa i rada.

Evropsko iskustvo pokreta zdravi gradovi ukazuje da su najboqi rezultati u ozdravcewu gradova postignuti stvarawem naj{ irih socijalnih pokreta zdravih gra|ana, kao { to je slu~aj u Stokholmu, Geteborgu, Kopenhagenu, Ajndhenovenu, Dizeldorfu, Padovi, Patrasu, Barseloni, Monpeceu, Renu, Glazgovu i drugim gradovima, koji su ukcu~eni u ovaj Projekt. U svima wima su za pokretawe ove inicijative gradske vlasti dobijale zna~ajnu podr{ ku naj{ ireg sloja gra|ana i konkretnu participaciju u ostvarivawu ciqewa Projekta.

Ciq Beograda nije samo u tome da se aktivno ukcu~i u evropsku mre` u zdravih gradova, u kojoj su ve} ste~ena zna~ajna iskustva na animirawu naj{ irih slojeva stanovni{ tva za unapre|ewe uslova `ivota i rada, ve} da sopstvena iskustva { to br` e prenosi na druge gradove u Srbiji i SRJ i stvori nacionalnu mre` u gradova ukcu~enih u ovaj Projekat.

Najbitnija karakteristika projekata zdravi gradovi u okviru evropske mre` e jeste da je ogroman deo aktivnosti realizovan na volonterskoj bazi i bez anga`ovawa buxetskih sredstava, koja su po pravilu mawa od objektnih potreba. Sredstva sponzora, donatora, participacija gra|ana i dobrovoqni rad uvek su bili primeran izvor za finansirawe dobro osmi{ qenih akcija.

### ***Na~in implementacije***

Potrebno je proglasiti pristupawe realizaciji projekta „Beograd – zdravi grad 2000. godine“.

Nalje`ni organi Skup{tine Grada treba da preko Saveznog ministarstva za rad, zdravstvo i socijalnu politiku i Savezne Vlade podnesu Evropskom birou Svetske zdravstvene organizacije aplikativni dokument za pristupawe Beograda evropskoj mre`i - zdravi gradovi.

Potrebno je da organi Skup{tine Grada sa~ine Projekt „Beograd - zdravi grad 2000. godine“ kao i godi{wi program za 1996. godinu i 1997. godinu.

Na osnovu godi{wih programa organi Skup{tine Grada treba da sa~ine finansijski plan ovog projekta i obezbede izvore sredstava, ukqu~uju}i zahteve prema me|unarodnim organizacijama i zajednicama i

finansijskim institucijama, polaze}i od wihove odgovornosti u sanaciji posledica sankcija po zdravqe stanovni{tva.

Bilo bi po`eqno da Skup{tina Grada imenuje politi~ki i nau~ni komitet projekta „Beograd - zdravi grad 2000. godine“. Politi~ki komitet treba da predvodi jedna od najistaknutijih politi~kih li~nosti grada Beograda, a nau~ni komitet nau~na li~nost: predsednik SANU, Rektor Univerzитета i sli~no. Skup{tina Grada bi imenovala stru~nu instituciju koja }e koordinirati poslove na osmi{qavawu i vo|ewu projekt-nih aktivnosti i pra}ewu rezultata projekta (npr. Gradski zavod za za{titu zdravqa).

## Značaj problema karcinoma pluća u ženskoj populaciji Rasinskog okruga

V. Krstić,<sup>1</sup> Q. Crnčević-Radović<sup>2</sup>

---

### Importance of the Problem of Lung Cancer in the Woman's Population of the Rasinian Region in Serbia

Krstić V., M. D., D. P. H., Lj. Crncević-Radović, M. D., D. P. H.

---

**Sažetak.** Cilj ovog istraživanja je utvrditi učestalost i oboljevanje i umiranje od karcinoma pluća u ženskoj populaciji Rasinskog okruga u periodu od 1995. do 2000. godine.

U ovom istraživanju primenjena je deskriptivna epidemiološka studija karcinoma pluća u ženskoj populaciji Rasinskog okruga u datom periodu.

Modeli linearnih trendova za žene Rasinskog okruga za sirovu i svetsku stopu incidence i mortaliteta od karcinoma pluća ukazuju na postojanje tendencije stalnog porasta vrednosti ovih stopa u pomenutoj populaciji u posmatranom periodu.

Sirova stopa incidence karcinoma pluća u ženskoj populaciji Rasinskog okruga pokazuje statistički značajan trend porasta ( $p$  je manje od 0,01), kao i svetska stopa ( $p$  je manje od 0,05).

Sirova stopa mortaliteta od karcinoma pluća u ovoj populaciji pokazuje statistički značajan trend porasta ( $p$  je manje od 0,05), kao i svetska stopa ( $p$  je manje od 0,01).

**Reči ključne:** Karcinom pluća, ženska populacija.

**Summary.** The goal of this research is the identification of the frequency of incidence and mortality of the lung cancer in the woman's population of the Rasinian region in the period 1995 to 2000.

Descriptive epidemiology study of the lung's cancer in the woman's population of the Rasinian region in this period is applied in this research.

Models of the linear trends for the women of the Rasinian region for the crude and world's incidence and mortality rate of the lung cancer shows existence of the constant, increase tendency the values rates in observed population in this period.

Crude's rate of incidence of the lung cancer in the woman's population of the Rasinian region shows statistically significant increase trend ( $p$  is less than 0,001) just as world's rate ( $p$  is less than 0,05).

Crude's rate of mortality of the lung cancer in this population shows statistically significant increase trend ( $p$  is less than 0,05) just as world's rate ( $p$  is less than 0,01).

**Key words:** Lung cancer, woman's population.

---

<sup>1</sup> Dr Vesna Krstić, specijalista socijalne medicine, Dom zdravlja „Dr Sava Stanojević“, Trstenik.

<sup>2</sup> Dr Qigana Crnčević-Radović, specijalista socijalne medicine, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović-Batut“, Beograd.



## Uvod

U Srbiji, danas, karcinomi su razlog smrti 22.000 ljudi godišno, što predstavlja drugo mesto po lokalizaciji najčešćih uzroka smrti, odmah iza kardiovaskularnih bolesti. Novija statistika ukazuje na činjenicu da oko 35 odsto građana Srbije umire od malignih bolesti, ili njihovih posledica. Vodeće lokalizacije karcinoma jesu: pluća kod muškaraca, dojka i pluća kod žena i kolorektum kod oba pola.<sup>1</sup>

Karcinom pluća se odlikuje visokom frekvencijom pojavnosti i izrazenom dinamikom rasta i razvoja, kao i niskim stopama petogodišnjeg preživljavanja u odnosu na druge malignitete – u SAD-u je 13 odsto, a kod nas ispod sedam odsto. Prosečno preživljavanje u zavisnosti od histopatološkog tipa jeste od šest meseci do dve godine od postavljanja dijagnoze.

Karcinom pluća ima strahovit uticaj na mortalitet u SAD-u, sa registrovanih 156.900 slučajeva u 2000. godini, među kojima i žena kombinovano. Rak pluća sada učestvuje sa 14 odsto među novim slučajevima obolevanja od karcinoma i sa 28 odsto među svim slučajevima smrti od karcinoma godišno u SAD-u. Stopa mortaliteta od raka pluća nadmašila je onu iz 1987. godine od raka dojke, zbog čega je karcinom pluća danas vodeća lokalizacija među uzrocima smrti od karcinoma kod oba pola<sup>2</sup>.

Broj registrovanih novoobolelih od karcinoma pluća u Srbiji 1995. godine iznosio je blizu 4.000 slučajeva, a broj umrlih 3.682. U 2000. godini se očekuje da u Srbiji umre preko 4200 osoba od ovog karcinoma. Najveći porast smrtnosti od raka pluća je na području Centralne Srbije i Kosova i Metohije, a najmanji na području Vojvodine. Najveće standardizovane stope mortaliteta su na području Vojvodine i u industrijskim gradovima Centralne Srbije (Beograd, Čabac, Loznica, Bor), a Trepča na Kosovu i Metohiji.

Prikazani epidemiološki podaci ukazuju na to da postoji skrivena epidemija raka

pluća, što zahteva organizovanu prevenciju u borbi protiv ovog oboljenja.

## Metod rada

U ovom istraživanju primenjena je deskriptivna epidemiološka studija karcinoma pluća u ženskoj populaciji Rasiškog okruga u periodu od 1995. do 2000. godine.

Osnovni preduslov za korektno izvedeno epidemiološko-k deskriptivno istraživanje bolesti jeste poznavanje uestalosti i rasprostranjenosti u određenoj, definisanoj populaciji. To se postiže procenom parametara frekvencije i distribucije uestalosti bolesti, u konkretnom slučaju stopa incidence karcinoma pluća i stopa mortaliteta od karcinoma pluća. Izbor parametara uslovi su visoka frekvencija pojavnosti, izražena dinamika rasta i razvoja, kao i kratko prosečno preživljavanje obolelih od karcinoma pluća koje iznosi šest meseci do dve godine od trenutka postavljanja dijagnoze.

Prema popisu stanovništva iz 1991. godine Republičkog zavoda za statistiku, populaciju Rasiškog okruga čini 296.690 stanovnika i to: 146.232 muškaraca i 150.458 žena. Prema istim podacima populaciju Centralne Srbije čini 5.808.906 stanovnika, pri čemu je u ovoj populaciji registrovano 2.860.995 muškaraca i 2.947.911 žena.

Izvori podataka korišćeni u deskriptivnoj epidemiološkoj studiji u okviru ovog istraživanja jesu registar vitalnih događaja Republičkog zavoda za statistiku i Populacioni registar za rak Instituta za zaštitu zdravlja Srbije. Uvidom u registar vitalnih događaja Republičkog zavoda za statistiku dobijeni su podaci o mortalitetu od karcinoma pluća na području Rasiškog okruga i Centralne Srbije u periodu od 1995. do 1999. godine, čiju je finalnu obradu u formi stopa mortaliteta realizovala Služba za epidemiologiju i biostatistiku Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije

Uvidom u Populacioni registar za rak Instituta za za{titu zdravlja Srbije, koji se vodi od 1996. godine, dobijeni su podaci o morbiditetu od karcinoma pluća na području Rasienskog okruga i Centralne Srbije u periodu od 1996. do 2000. godine u obliku stopa incidence.

Deskriptivni epidemiolo{ki metod uklu~ivao je odred|ivawe pokazateca obolevawa i umirawa od karcinoma pluća na području Rasienskog okruga i Centralne Srbije u periodu od 1995. do 2000. godine, kao i njihove promene u funkciji vremena. Kao pokazateci obolevawa kori{ene su stope incidence (sirove i svetske) od karcinoma pluća za pomenuta područja. Smrtnost od karcinoma pluća na pomenutim teritorijama predstavljena je stopama mortaliteta (sirova i svetska), kao i merom u-estalosti umirawa u pomenutim populacijama u ispitivanom periodu. Sve nestandardizovane (sirove) stope standardizovane su po polu, metodom direktne standardizacije prema populaciji sveta, {to je omogu}ilo otklawawe uticaja razli~ite strukture ispitivane populacije prema polu na veli~inu stope i omogu}ilo upore|ivawe doga|aja sa drugim populacijama.

Primenom softverskog paketa SPSS 8.0, izra~unati su osnovni parametri deskriptivne statistike (distribucija frekvencija, mere centralne tendencije i varijabiliteta), zatim je testirana zna~ajnost razlike u distribuciji u-estalosti stopa primenom T-testa i analizom varijanse. Na osnovu vrednosti stopa za svaku godinu, do{lo se do jedana trenda koji simuliraju njihovo kretawe za posmatrani period. Zna~ajnost trenda je procewena F-testom, uz pomo} kompjuterskog programa SPSS 8.0.

## Rezultati

Sirova stopa incidence karcinom pluća za `ene Rasienskog okruga pove}ala se za 86,95 odsto u 2000. godini u odnosu na 1996. godinu (sa 4,6 na 8,6 na 100.000 stanovnika), dok pove}awe svetske stope incidence za

ovaj karcinom iznosi 56,09 odsto (sa 4,1 na 6,4 na 100.000 stanovnika).

Model linearnog trenda za sirovu stopu incidence karcinoma pluća za `ene Rasienskog okruga glasi:

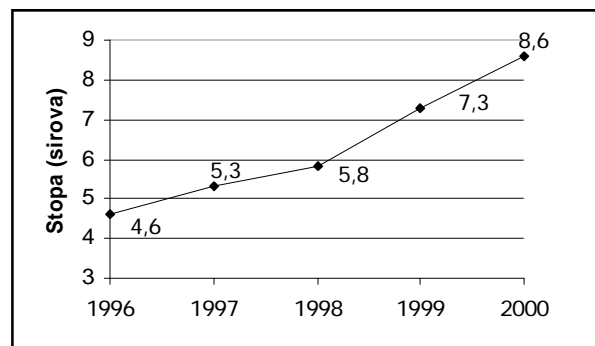
$$Y=3,32 + 1 h \text{ godine,}$$

a za svetsku stopu glasi:

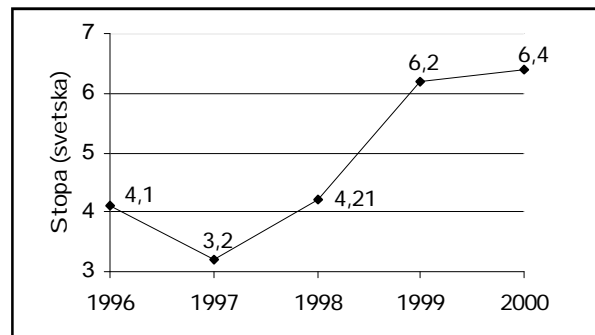
$$Y=2,54 + 0,76 h \text{ godine.}$$

Model linearnog trenda za `ene Rasienskog okruga za sirovu i svetsku stopu incidence karcinoma pluća ukazuje na postojawe tendencije stalnog porasta vrednosti ovih stopa, {to pokazuju **grafikoni 1 i 2**.

**Grafikon 1.** Linearni trend sirove stope incidence karcinoma pluća kod `ena Rasienskog okruga u periodu od 1996. do 2000. godine.



**Grafikon 2.** Linearni trend svetske stope incidence karcinoma pluća kod `ena Rasienskog okruga u periodu od 1996. do 2000. godine.



Sirova stopa mortaliteta od karcinoma pluća za `ensku populaciju Rasienskog okruga pove}ala se za 98,9 odsto u 1999. godini u odnosu na 1995. godinu (sa 8,22 na 15,35 na 100.000 stanovnika), dok pove}awe svetske sto-

pe mortaliteta za ovaj karcinom iznosi 90,61 odsto (sa 4,58 na 8,73 na 100.000 stanovnika).

Model linearnog trenda za sirovu stopu mortaliteta od karcinoma pluća za `ene Rasinskog okruga glasi:

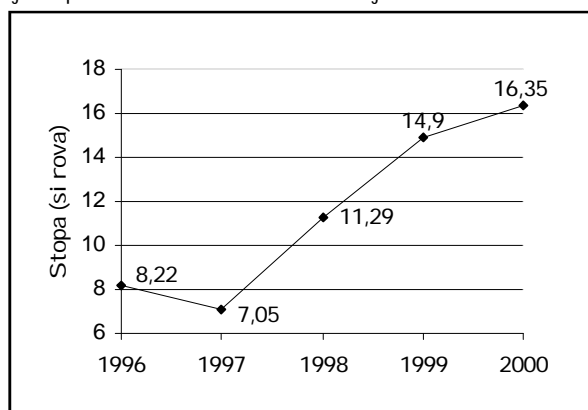
$$Y=4,329 + 2,41 h \text{ godine,}$$

a za svetsku stopu glasi:

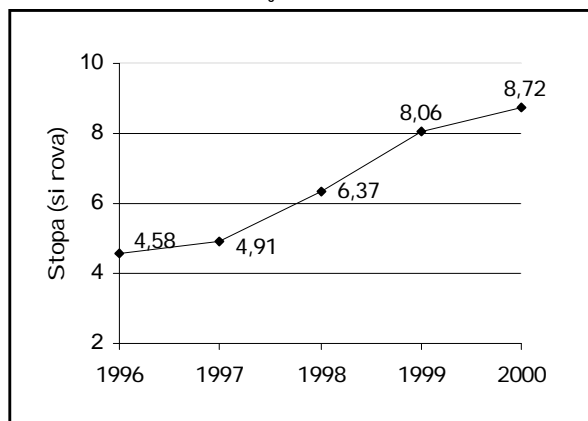
$$Y=3,09 + 1,15 h \text{ godine.}$$

Ovaj model ukazuje na postojawe tendencije stalnog porasta vrednosti sirove i svetske stope mortaliteta od karcinoma pluća me|u `enskom populacijom Rasinskog okruga (**grafikon 3 i 4**).

**Grafikon 3.** Linearni trend sirove stope mortaliteta od karcinoma pluća kod `ena Rasinskog okruga u periodu od 1995. do 1999. godine.



**Grafikon 4.** Linearni trend svetske mortaliteta od karcinoma pluća kod `ena Rasinskog okruga u periodu od 1995. do 1999. godine.



## Diskusija

Sirova stopa incidence karcinoma pluća u `enskoj populaciji Rasinskog okruga pokazuje statisti~ki zna~ajan trend porasta u periodu od 1996. do 2000. godine (p je mawe od 0,01), kao i svetska stopa, kod koje je p mawe od 0,05 (**tabela 1**).

**Tabela 1.** Parametri modela linearnog trenda sirove i svetske stope incidence karcinoma pluća za `ene Rasinskog okruga u periodu od 1996. do 2000. godine

Stopa incidence	R <sup>2</sup>	df	F	p	b <sub>0</sub>	b <sub>1</sub>
Si rova	0,959	3	70,9	0,004	3,3200	1,000
Svetska	0,730	3	8,10	0,035	2,5420	0,760

Sirova stopa mortaliteta od karcinoma pluća kod `ena Rasinskog okruga pokazuje statisti~ki zna~ajan trend porasta u periodu od 1995. do 1999. godine (p je mawe od 0,05), kao i svetska stopa kod koje je p mawe od 0,01 (**tabela 2**).

**Tabela 2.** Parametri modela linearnog trenda sirove i svetske stope mortaliteta od karcinoma pluća za `ene Rasinskog okruga u periodu od 1995. do 1999. god.

Stopa incidence	R <sup>2</sup>	df	F	p	b <sub>0</sub>	b <sub>1</sub>
Si rova	0,885	3	23,13	0,017	4,329	2,4110
Svetska	0,962	3	75,18	0,003	3,095	1,1450

## Zakqu-ak

1. Sirova stopa incidence karcinoma pluća u `enskoj populaciji Rasinskog okruga pokazuje statisti~ki zna~ajan trend porasta u periodu od 1996. do 2000. godine (p je mawe od 0,01), kao i svetska stopa kod koje je p mawe od 0,05.
2. Sirova stopa mortaliteta od karcinoma pluća u `enskoj populaciji Rasinskog okruga pokazuje statisti~ki zna~ajan trend porasta u periodu od 1995. do 1999. godine (p je mawe od 0,05), kao i svetska stopa kod koje je p mawe od 0,01.

**Lit er at ura**

1. \or|evi} M., Mitrovi} N.: Maligna oboqewa u Srbiji krajem XX veka, Beograd: Yugoslaviapublic, 1995
2. Fift fac tfrom the World Health Report 1998. (Global Health situation and trends 1995-2025.). Geneva: WHO, 1998 Available from URL: <http://www.who.int>.

## Produktivnost medicinskog rada\*

P. Dujanovi }<sup>1</sup>

---

Ve} kada se govori o ekonomij-nosti i rentabilnosti bolnica i drugih zdravstvenih ustanova lekari su spremni da ka`u da se ti termini ne mogu odnositi ni na jednu zdravstvenu ustanovu, dok se o produktivnosti rada do sada uop{ te veoma malo govorilo. Ovo naro`ito zbog toga { to je termin „produktivnost“ do sada bio uglavnom vezan za neke vrste proizvodnje koje treba, s obzirom na ulo`ena sredstva, da donesu odre|eni prihod, ili boqe odre|eni vi{ ak prihoda nad rashodima. Me|utim, kada se govori o primeni medicinske nauke, bilo to u preventivne ili u kurativne svrhe, tada se veoma te{ ko mo`e misliti na neku „zaradu“, na neki „vi{ ak“ prihoda. Sem toga, ocewivawe produktivnosti jedne zdravstvene ustanove dovodi i do drugih te{ ko}a, jer su veli~ine kojima bi se mogla proceniti produktivnost veoma razli~ite, nesigurne i ovisne od mnogih veoma komplikovanih faktora.

U stvari, radi se o pronala`ewu mogu}nosti da se za postizawe jednog odre|enog uspeha upotrebe najjednostavnija sredstva, najmawe rada i najmawe vremena.

U ~emu se, zapravo, sastoji produktivnost jedne bolnice, ili bilo koje druge zdravstvene ustanove? Da li je produktivnija ona bolnica koja ostvari ve}i broj bolesni~kih dana? U tom slu~aju lekari bi morali nastojati da im bolesni~ki kreveti uvek budu puni, a to bi dovodilo ne samo do primawa { to ve}eg broja bolesnika, bez obzira da li im je potrebno bolni~ko le~ewe, ve} i do wihovog { to du`eg zadr`avawa u ustanovi.

Da li je, naprotiv, produktivna ona bolnica koja bi i{ la samo za velikim prometom bolesnika i u kojoj bi le~ewe trajalo samo jedan dan?

Mislim da bi se moglo re}i da se produktivnost jedne zdravstvene ustanove, a s tim u vezi i zdravstvenih radnika, sastoji u tome da se uz obezbe|ewe najboqe medicinske nege, skrati le~ewe na najmawe trajawe, olak{aju bolovi, produ`i i `ivot, dovede do ozdravqewa, vrati ~ovek u dru{tveni `ivot i spre~i pojava nekog novog oboqewa.

Pored toga ne sme se zaboraviti da produktivnost zdravstvenih ustanova i u prvom redu bolnica obuhvata i izvesnu nau~no-istra`iva~ku delatnost, koja nije uvek u skladu sa trajawem le~ewa i `eqom platioca da za le~ewe plati { to je mogu}e mawe. Bolnice su, pored toga, du`ne da rade i na {kolovawu i usavr{avawu kadrova, { to tako|er mo`e da uti~e na produktivnost u formalnom smislu.

Profesor Creyssel smatra da se u smislu podizawa produktivnosti bolnice mora te`iti uravnote`ewu triju faktora:

- interesa bolesnika koji zahteva kvalitetnu negu i brzo izle~ewe sa najkra}im prekidom dru{tvenog i porodi~nog `ivota;
- interesa bolnice koji nala`e najracionalniju upotrebu svih prostoriya, materijala i osobqa da bi se postigao `eqeni uspeh uz najmawe tro{ kove. Ovo se u izvesnoj meri mo`e meriti postotkom zauzetosti posteqa, brojem bolesnika, trajawem le~ewa itd.;

---

<sup>1</sup> Dr Petar Dujanovi}, vi{ i savetnik Sekretarijata Saveznog izvr{nog ve}a za narodno zdravqe.

\*Iz: Biltena Udru`ewa zdravstvenih ustanova Srbije, januar 1961. godine. Na osnovu referata koji je odr`an na godi{wem sastanku Upravnog odbora Saveta bolni~kih ustanova Francuske.

- interesa organizacija koje pla}aju za le-ewe a koje tra`e da to le-ewe traje { to kra}e vreme i da cena ko{tawa bude { to ni`a, ali da se i uz te uslove obezbedi i kvalitetna nega i maksimalno izle-ewe.

Jasno je da u svemu ovome veoma va`nu ulogu igraju veli~ina zdravstvene ustanove, broj medicinskih kadrova, broj stanovnika koji gravitiraju ustanovi, uloga ustanove u nau~no-istra`iva~kom radu, { kolovawu kadrova itd.

Jasno je da produktivnost jedne bolnice zavisi i od wene kompozicije, snabdevenosti potrebnim aparatima i instrumentima i od harmonizacije medicinskog kadra sa tom kompozicijom i snabdevenosti. Na`alost ~esto se doga|a da mogu}nosti medicinskog kadra prevazilaze ono { to se na osnovu materijalne snabdevenosti mo`e posti}i. Tada dolazi do potrebe da se taj medicinski kadar zala`e znatno vi{e da bi postigao odre|enu produktivnost, koju bi, ina~e, uz bo~u snabdevenost postigao i znatno lak{e i znatno br`e. Zato se i pored uspeha koji posti`u na{e zdravstvene ustanove jo{ uvek ~uju opravdani prigovori bilo od bolesnika, bilo od lekara, bilo od onih koji su du`ni da plate le-ewe.

Razvoj medicinske nauke tra`i da~e usavr{avawe tehnike, pove}awe broja odeqewa i broja specijalizovanih kadrova, zahteva ve}i komfor za bolesnike, raznovrsniju dijetalnu ishranu itd., a sve to pove}ava tro{kove, ponekad i bez vidqivog efekta na prose~no trajawe le-ewa.

Da bi se mogla bo~e shvatiti produktivnost zdravstvenih radnika, bi}e korisno da se nabroje i objasne neki osnovni faktori koji na wu uti~u. Najva`niji faktori koji uti~u na produktivnost zdravstvenih radnika svakako su u prvom redu: mogu}nost postavqawa dijagnoze; uslovi za negu i le-ewe bolesnika i wihovo vra}awe u normalan `ivot; psiholo{ki i drugi uslovi pod kojima `ive i rade zdravstveni radnici.

## **Post avqawe dijagnoze**

Kod postavqawa dijagnoze treba razlikovati dve etape, i to: postavqawe dijagnoze pre prijema u bolnicu (orientaciona dijagnostika) i proveravawe i potvr|ivawe dijagnoze u toku boravka u bolnici. Iste etape mogu se razlikovati i kod ambulantskog i ku}nog le-ewa.

Dr Bridgman naro~ito insistira na velikoj va`nosti prijemnog odeqewa u svakoj bolnici. Svaki bolesnik koji je primqen na le-ewe i zauzme krevet izaziva veoma visoke tro{kove. Ti tro{kovi mogu da budu rentabilni, tj. investirani u bolesnika kojem je potrebno bolni~ko le-ewe, ili naprotiv nerentabilni, tj. ulo`eni u le-ewe bolesnika koji bi se mogao le~iti i kod ku}e na mnogo jednostavniji i jeftiniji na~in. Prema tome, ako se `eli posti}i ve}a produktivnost jedne bolnice, neophodno je potrebno da se prijemno odeqewe organizuje tako da se u wemu mo`e veoma brzo i veoma ta~no postaviti orientaciona dijagnoza i utvrditi potreba bolni~kog le-ewa. Zato su neophodni ne samo lekari specijalisti, ve} i sva tehni~ka sredstva, kao na primer rendgen, laboratorijum, elektrokardiograf itd. Sve te pomo}ne slu`be treba da rade brzo i ta~no, da budu u neposrednoj blizini, ili da sa prijemnim odeqewem budu povezane dobrim telefonskim i drugim vezama. Ne bi se smelo dogoditi da bolesnik bude primqen na le-ewe u bolnicu bez dovoljno ta~no utvr|ene dijagnoze. Ovo se naro~ito odnosi na one slu~ajeve koji nisu hitni i kod kojih se, zapravo, veliki deo precizne dijagnostike mo`e zavr{iti pre prijema u bolnicu.

Ve} je re~eno da razvoj medicinske nauke zahteva stalno upotpuvavawe bolni~kog inventara novim aparatima i sredstvima za dijagnostiku. Nema {efa odeqewa koji ne `eli da obezbedi sve savremene mogu}nosti koje mu pru`a medicinska tehnika. Postavqawe dijagnoze zasniwa se sve ~e{e na ~itavom ni zu laboratorijskih nalaza, velikom broju rendgenskih pregleda i grafija, elek-

trokardiografiji, encefalografiji itd. Ako odeqewe ne raspola`e svim ovim sredstvima, tada vrlo lako dolazi do produ`avawa vremena koje je potrebno za postavqawe dijagnoze i po~etak intenzivnog le~ewa. Dovoqno je, na primer, da rendgen kabinet nema dovoqan kapacitet i da nije u stawu da svaki dan izvr{i pregled svih upu}enih bolesnika pa da se postavqawe dijagnoze odlo`i za slede}i dan. Isti je slu~aj i sa laboratorijskim pretragama, funkcionalnim eksploracijama itd. Prema tome, ni{ta nam ne vredi jednostrano usavr{avawe bolni~ke tehnike. Razvoj svih potrebnih specijalisti~kih odeqewa i snabdevawe bolnice svim potrebnim dijagnosti~kim sredstvima mora da te-e paralelno.

Poznato je da kod nas po~etak intenzivnog le~ewa u bolnicama kasni. To izaziva produ`ewe le~ewa, pa ako se na kraju i postigne `eqeni uspeh, taj uspeh ko{ta znatno vi{e.

Jasno je da u bolnicama koje imaju sva potrebna odeqewa i sva potrebna sredstva mo`e do}i do produ`ewa trajawa postavqawa dijagnoze ako rad svih slu`bi nije sinhronizovan i dobro funkcionalno i organizaciono (prostorno) povezan. Neposredan kontakt lekara izme|u sebe, kao i lekara sa laboratorijumom, ne samo da je potreban nego i veoma koristan i, prema tome, produktivan. Jedan specijalisti~ki konzilijum mo`e da re{i veoma slo`ene dijagnosti~ke probleme, ~ije bi re{avawe unutar jednog odeqewa tra`ilo znatno vi{e vremena. Prisustvovawe ordiniraju}eg lekara rendgenskom pregledu ili nekoj laboratorijskoj analizi mo`e da doprinese ne samo boqem sagledavawu problema nego i u usmeravawu dijagnostike.

U produktivnosti osobqa i materijala veoma va`nu ulogu ima i arhitekturna kompozicija bolnice. Ve} je dovoqno insistirano na va`nosti radnih puteva i na wihovom uticaju na iskori{avawe osobqa. Nije ni malo svejedno da li lekar ili medicinska sestra za obavqawe jednog odre|enog posla, ili za upotrebu nekog aparata,

moraju pre}i nekoliko metara ili ~itav kilometar puta. A mi znamo da u na{im velikim bolnicama nije tako redak slu~aj da se laboratorijum ili rendgen nalaze udaceni po nekoliko stotina metara, ba{ od onih odeqewa koja ih naj~e}e koriste. Razume se da to dovodi i do izbegavawa da se ta odeqewa koriste u svim slu~ajevima kada bi to moglo da bude korisno. Tako se, na primer, za obavqawe laboratorijskih pretraga ~eka da se nakupi dovoqan broj, jer se za jednu analizu „ne isplati“ i}i ~ak u laboratorijum. Jasno je da odlagawe laboratorijske analize mo`e da odlo`i i primenu najefikasnijeg le~ewa. Takvo odlagawe smawuje i produktivnost zdravstvenih radnika i produktivnost zdravstvene ustanove.

Nije redak slu~aj da se radi postizawa „u{tede“ ne obra}a dovoqna pa`wa na kvalitet aparata i drugog materijala za dijagnostiku. Takvi aparati i takav materijal ne mogu dati ta-ne rezultate, pa se mo`e dogoditi da ni dijagnoza postavqena na osnovu takvih pregleda i analiza nije ta~na. To, takoder, mo`e da izazove zaka{wawawe u dijagnostici, a time i produ`ewe le~ewa i wegovo poskupqvawe, odnosno opadawe produktivnosti. Materijal potreban za dijagnostiku, kao i aparati i instrumenti, treba da budu prvoklasni. Wihova prividna skupo}a rentira}e se ne samo na osnovu wihovog trajawa, ve} i na osnovu uspeha u dijagnostici i le~ewu.

Na rentabilnost opreme znatno uti~e medicinsko osobqe koje se tom opremom slu`i. Ovde ne}emo govoriti o tome da trajawe te opreme zavisi od stru~nog osobqa, od na~ina ~uvawa, od blagovremene opravke i sli~no, ve} }emo se osvrnuti samo na iskori{avawe te opreme u svrhu dijagnostike. Nisu retki slu~ajevi da na{e bolnice raspola`u veoma skupim i preciznim aparatima za dijagnostiku, ali da nemaju osobqe koje tim aparatima ume da rukuje, tj. ume da ih pravilno koristi. Ni najprecizniji elektrokardiograf ne}e ubrzati ni postavqawe dijagnoze, ni le~ewe, ako wime ne rukuje lekar specijalista koji ume da ~ita

elektrokardiogram. I sti je slu-aj i sa drugim bilo laboratorijskim bilo dijagnostičkim aparatima. Wihovo kori{ }ewe od strane nestru-nog osobqa mo` e ~ak da dovede i do veoma ozbiqnih gre{ aka, a to se, razume se, odra`ava na dijagnozu i le-ewe.

Ali ne radi se samo o kori{ }ewu aparata od strane nestru-nog osobqa. Pomawkawe osobqa, uop{ te, mo` e da uti~e na produktivnost bolnice, ve} i samim tim { to se bez tog stru-og osobqa ne mo` e zamisliti pravilno postavqawe dijagnoze. Kod nas, na primer, jo{ uvek postoje specijalisti~ka odecqewa koja nemaju dovoqan broj lekara specijalista i bolnica koje nemaju sva potrebna bolni~ka odecqewa. I jedno i drugo dovodi do produ`avawa vremena za postavqawe dijagnoze. Brzo napisane anamneze, nedovoqno produ`eni pregledi, neravnomerno popuwawawe dekurzusa, ni najmawe ne doprinose pravilnoj dijagnostici. Svaki bolesnik zahteva ne samo odre|enu stru-nost nego i odre|eno vreme.

Razume se samo po sebi da prilikom nabavqawa nekog medicinskog aparata treba izra-unati i koliko }e bnti iskori{ }en, samo se pri tome ne sme misliti samo na prihod koji }e se na osnovu wega ostvariti ve} i na medicinski efekat koji }e se posti}i. I ma i takvih aparata i instrumenata koji mogu da budu upotrebqeni samo jedanput ili dva-tri puta u toku godine, a ustanova ih ipak mora imati.

Do produ`ewa vremena za dijagnostiku ~esto dolazi i usled pomawkawa sredweg medicinskog osobqa, naro~ito u laboratorijama i rendgen kabinetima. Ni stru-nost toga osobqa nije uvek na dovoqnoj visini. Zbog toga se doga|a da lekari nemaju poverewa u laboratorijske nalaze. Ovo je naro~ito ~est slu-aj kada se radi o laboratorijskim nalazima poliklini~kih ustanova. Bolni~ki lekari o wima takore}i ne vode ra~una, pa se te pretrage redovno ponavqaju, a time gubi veoma dragoceno vreme. Podizawe kvaliteta laboratorijskog i drugog sredweg medicinskog osobqa koje sara|uje na dijagnostici je, prema tome, u naju`oj ve-

zi sa podizawem produktivnosti medicinskog rada svake pa i bolni~ke ustanove.

Kod nas, na `alost, upravnici zdravstvenih ustanova i upravni odbori jo{ uvek ne uvi|aju dovoqno potrebu da se bolesnicima obezbedi kvalitetna laboratorijska dijagnostika. ^uju se ~ak i mi{ qewa da tih pregleda ima mnogo, da se vr{ e bez potrebe i da zbog wih dolazi ne samo do pove}awa tro{ kova ve} i do produ`ewa le-ewa. Ako do produ`ewa i do poskupqewa dolazi, onda za to nisu krivi laboratorijumi, ve} slaba organizacija i mala iskori{ }enost. Mi moramo nastojati da se u na{ im bolnica, pa i u drugim zdravstvenim ustanovama, obezbedi i dovoqan prostor i sva potrebna sredstva za primenu savremenih tehni~kih i laboratorijskih metoda za dijagnostiku.

Samo na taj na-in, uz obezbe|ewe dovoqnog broja stru-nog osobqa, uspe}emo da se produktivnost bolnica podigne do granice rentabiliteta.

### **Sprovo|ewe le-ewa**

Kada je dijagnoza postavqena treba odmah pristupiti intenzivnom le-ewu. To ne zna-i da se i za vreme prvog ili prvih dana boravka u bolnici (ili ku}nog le-ewa), tj. za vreme dok se ustanovqava dijagnoza, ne primewuje neka korisna terapija. Odlagawe ima na bolesnika i na wegovu porodicu vrlo neprijatan utisak. I ma lekara koji zbog toga svakom bolesniku ve} od prvog sata odre|uju neki lek. Ali formalno propisi wawe leka, samo zato da se zadovoqi bolesnik, ili da se udovoqi internim propisima bolni~kog le-ewa, nema, razume se, ni kakve korisne svrhe. I prvi lek koji se da bolesniku mora da bude efikasan, tj. da se odnosi ako ne na samu bolest, a ono bar na osnovne simptome. Ukoliko postavqawe dijagnoze te~e ravnomernije i br`e, utoliko }e se br`e i ravnomernije primewivati najefikasnija terapijska sredstva. Na `alost, vreme koje se u na{ im bolnica utro{ i na postavqawe precizne dijagnoze prili~no je



duga~ko i nije redak slu~aj da se pravilna terapija primewuje tek od petog ili { estog dana, odnosno da se bolesnik (i kada nije potrebna priprema) izvodi na operaciju tek nakon nekoliko dana.

Na produktivnost medicinskog osobqa koje radi na le~ewu i nezi bolesnika uti~e nekoliko veoma va`nih faktora. Na prvo mesto treba svakako staviti arhitekturnu kompoziciju bolnice. Ve} smo naglasili du`inu radnih puteva izme|u pojedinih odcqewa bolnice, sada }emo insistirati na du`ini radnih puteva unutar svake bolesni~ke jedinice. Organizaciji i funkcionalnoj kompoziciji bolesni~ke jedinice posve}ene su kako u inostranstvu tako i kod nas veoma zna~ajne studije. Ciq je da se obezbedi maksimalna iskori}enost osobqa uz najmawu fizi~ku optere}enost. Pri tome veoma va`nu ulogu imaju du`ina i {irina hodnika, veli~ina i broj bolesni~kih soba, osvetqewe, vrsta podova, razme{taj raznih radnih, dru{tvenih i sporednih prostorija, psiholo{ka sredina itd.

Produktivnost osobqa usko je vezana za wihov broj. Za svako odcqewe, za svaku bolesni~ku jedinicu, za svaki laboratorijum itd. postoji optimalan broj osobqa koji ne bi trebalo ni pre}i ni podbaciti. Ako osobqa nema dovoqno, tada se ono premori ra-de}i, ali nijedan posao ne svr{ i ni na vreme ni do kraja kako treba. Rezultat takvog rada je zaka{wavawe u dijagnostici, zaka{wavawe u terapiji, zaka{wavawe u nezi. Bolesnici postaju nezadovoqni i pored najve}eg i najsavesnijeg zalagawa. Suvi{e velik broj osobqa, opet, dovodi do nedovoqne iskori}enosti, bez stvarne mogu}nosti da se na osnovu wihovog rada ubrza le~ewe i skрати boravak u bolnici. Produktivnost jednog pogona ne pove}ava se time {to se uposli ve}i broj radnika nego {to taj pogon mo`e da apsorbuje. Kada ima previ{e osobqa, tada se ono zadr`ava po raznim sporednim prostorijama, dosa|uje se i tra`i razonodu, umesto da boravi u bolesni~kim sobama. Ne ~uje se ba{ tako retko mi{qewe: „{to vi{e osobqa, tim slabije le-

~ewe i nega“. Mada to nije potpuno ta~no, ipak se mo`e sasvim sigurno tvrditi da upo{qavawe osobqa preko optimuma ne doprinosi ni le~ewu ni produktivnosti medicinskog rada. Optimum je, istina, te{ko odrediti. Postoje neke norme za osobqe, me|utim, na{e su bolnice tako razli~ite kako po svojoj arhitekturnoj kompoziciji, tako i po veli~ini odcqewa i jedinica i po materijalnoj snabdevenosti, da je veoma te{ko te norme uop{titi. Sistematizacija radnih mesta treba da proizlazi iz dugogodi{we studije svakog odcqewa i svake bolesni~ke jedinice, na kojoj treba da iskreno sara|uju ne samo lekari odcqewa ve} i ostali medicinski radnici, glavna medicinska sestra, upravnik bolnice i sindikalna organizacija.

Posebno treba naglasiti da produktivnost rada svake zdravstvene ustanove zavisi od kvaliteta, tj. od stru~nosti medicinskog osobqa, a u prvom redu lekara. Le~ewe bolesnika se ~esto produ`uje ba{zato {to lekari nisu u stawu da postave preciznu dijagnozu, a to zavisi u prvom redu od wihovog poznavawa savremene medicinske nauke i tehnike. Produktivnost se pove}ava stalnim usavr{avawem medicinskih kadrova, zato se mo`e slobodno re}i da se usavr{awe isplati.

Produktivnost osobqa zavisi i od snabdevenosti bolnice i svakog odcqewa i svake bolesni~ke i druge jedinice svim potrebnim sredstvima za rad. Mi veoma ~esto diskutujemo o tome da li je ba{svakom odcqewu potreban pri ru~ni laboratorijum, kada u bolnici postoji centralni laboratorijum u kojem se mogu brzo i lako obaviti sve pretrage. Me|utim, postojawe pri ru~nog laboratorijuma znatno skra}uje radne puteve i lekara i medicinskih sestara. Pozajmqivawe aparata za le~ewe i negu koji su potrebni svakog dana, sa drugih odcqewa, mo`e samo na prvi pogled da izgleda rentabilno. U stvari, to pozajmqivawe dovodi ne samo do gubitka radnog vremena osobqa, ve}i do produ`ewa le~ewa. Razume se da u tome ne treba preterivati,

pa iz ovog izvesti zakqu~ak da svakom odeqewu treba dati sve ono { to mu u toku jedne godine mo`e da zatreba. Aparat i instumentat koji nisu dovoqno iskori{ }eni ne rentiraju se. Bolnica svakako mora imati sve ono { to joj je potrebno, jer ina~e mo`e do}i do nepotpunog le~ewa, { to u krajvoj liniji smawuje produktivnost. To nas dovodi do jedne druge konstatacije, tj. do potrebe da se bolnice bave le~ewem samo onih bolesnika za ~ije su le~ewe dovoqno ekipirane.

Produktivnost jedne bolnice u uskoj je vezi sa wenim op{tim kapacitetom, i omerom toga kapaciteta u odnosu na broj stanovnika i potrebe kraja u kojem se nalazi. Predimenzi onirana bolnica ne mo`e da postigne racionalnu produktivnost, jer popuwawawe svih posteqa mo`e da se postigne samo na umetan na~in, tj. prijemom i zadr`avawem takvih bolesnika kojima bolni~ko le~ewe nije potrebno ili nije vi{e potrebno. Prazni kreveti, opet, izazivaju tro{kove koji pove}avaju cenu ko{tawata, a time se smawuje racionalna produktivnost.

I sastav bolnice mo`e tako|e da uti~e na produktivnost. Postojawe zaraznog odeqewa u svakoj bolnici postalo je anahronizam, a mi ih jo{ uvek imamo i tamo gde zaista vi{e nisu potrebna. U nekim zemqama produktivnost bolnica za tuberkulozu toliko je opala da je do{lo do wihovog zatvarawa ili do pretvarawa u drugu vrstu zdravstvenih ustanova. Jasno je da u ovakvim bolnicama dolazi do mawe iskori{ }enosti i osobqa i materijala, a time se i medicinska produktivnost bolnice znatno smawuje. Prema tome vidi se da treba stalno pratiti iskori{ }enost ne samo bolnice u celini ve} i svakog odeqewa posebno i ostvariti mogu}nost da se jedno odeqewe pove}a na ra~un drugog kad god se za to uka`e potreba (fleksibilnost bolni~kih odeqewa). U tu svrhu, na primer, u bolnici u Nestvedu (Danska) formirane su dve medicinske jedinice koje retko u kojoj bolnici postoje. Jedna medicinska jedinica odre|ena je za te-

{ke bolesnike bez obzira kojem odeqewu pripadaju. Ta jedinica snabdevena je svim sredstvima za negu i le~ewe i ima najbolje osobe, tako da se u woj mo`e pru`iti najkvalitetnija medicinska pomo}. U toj medicinskoj jedinici rade svi bolni~ki lekari, tj. svi oni koji tu imaju svoje bolesnike. Na taj na~in dolazi do svakodnevnog kontakta raznih specijalista koji se upotpuwavaju kako pri dijagnostici tako i pri odre|ivawu najracionalnije i najefikasnije terapije.

Druga medicinska jedinica odre|ena je za dopunu svim bolni~kim jedinicama kada se za to uka`e potreba. Na taj na~in obezbe|eno je maksimalno kori{ }ewe svih bolesni~kih posteqa bez obzira na godi{we doba i bez obzira na frekvenciju pojedinih vrsta bolesnika.

Trajawe le~ewa, a u vezi sa tim i produktivnost medicinskog rada bolnice, u uskoj je vezi sa mogu}nostima primene svih savremenih lekova i drugih sredstava za negu i le~ewe. Danas se ne mo`e ni zamisliti brzo i rentabilno le~ewe infektivnih bolesti bez antibiotika, a vitaminska terapija zauzela je visoku vrednost kod le~ewa takore}i svih bolesti. Ne treba naglavati kakvu ulogu u le~ewu u posledwe vreme imaju razni hormonski preparati, a upotreba izotopa otvara sasvim nove perspektive. Ta sredstva ~esto su veoma skupa i mogu da poremete ravnote`u bolni~kih prihoda i rashoda. Lekari tra`e potpuno slobodu u terapiji. Ponekad izgleda da u tome i preteruju. Jedno je jasno: ne mo`e se ograni~avati upotreba jednog leka, bez obzira na wegovu cenu, ako je taj lek efikasan i ako je efikasniji i sigurniji od nekog drugog jeftinijeg, ali mawe sigurnog leka. Ni to ne zna~i da u svim bolnicama treba odmah primeniti svaki lek koji se pojavi na tr`i{tu. Ima slu~ajeva da nam u bolni~kim apotekama le`e ~itave gomile lekova koje vi{e niko i ne gleda, a koje smo nabavili samo zato {to je nekom {efu odeqewa, na osnovu nedovoqno objektivne reklame, izgledalo da je taj lek neo-

phodan. Daća upotreba tog leka, po{ to postoji sigurniji i boći, smawila bi produktivnost medicinskog rada, jer bi uspeh le~ewa bio slabiji, a trajawe du`e. Stru~ni kolegijum svake zdravstvene ustanove morao bi da se pozabavi ne samo potreba ma za nabavku aparata i instrumenata, nego i uvo|ewem novih lekova.

Vrlo ~esto se postavća pitawe da li je potrebno da se u svakoj bolnici i na svakom odeqewu obezbedi permanentna slu`ba, i kolika treba da bude ekipa koja dawu i no}u obezbe|uje potrebe bolesnika. De`urstvo, nesumwivo, mnogo ko{ta. Rad u smenama isto toliko. Ponekad se dogodi da osobće nije dovoqno iskori{ }eno, ali se isto tako dogodi da zbog pomawkawa de`urnog osobća nismo u stawu da blagovremeno uka`emo odgovaraju}u pomo}. Po pravilu, svako odeqewe treba da ima u svako doba dana i no}i celu de`urnu ekipu, sastavqenu od lekara, medicinske sestre i drugog stru~nog osobća, a svaka bolnica mora da obezbedi rad u svim medicinskim jedinicama, tako da se ne dogodi da zbog toga { to je zatvoren laboratorijum, ili rendgen, ne mo`e da se uka`e pomo}.

Produktivnost rada medicinskog osobća zavisi tako|e i od wihovog raspolo`ewa, ili boće re~eno od uslova koje im za rad i za `ivot obezbe|uje bolnica. Ako uslovi za rad nisu dobri, ako razme{ taj i optere}ewe osobća nisu pravilni i ravnomerni, ako nagra|ivawe nije pravedno i ne odgovara zalagawu i te`ini posla, ako osobće ne raspolo`e svim potrebnim sredstvima za rad, tada se ra|a nezadovoqstvo, a to uti~e i na radni potencijal i na produktivnost. Mora se nastojati da se osobću pru`i ne samo mogu}nost za rad, ve} i mogu}nost za izvestan dru{tveni `ivot. Taj dru{tveni `ivot ne odvija se samo u velikim dru{tvenim prostorijama, ve} i na radnim mestima. Nije svejedno da li osobće mora sve vreme koje provodi na odeqewu da provede u bolesnim sobama i na hodnicima, ili ima i tu, na odeqewu, sobu za odmor i rekreaciju. Odnos izme|u starijih i mla|ih ima tako|e veoma va`nu ulogu.

Produktivnost bolnice mogla bi da se meri uspehom le~ewa. Zapravo, produktivnost je rezultatna do koje se dolazi kada se uporede sva ulagawa i uspeh koji se time posti`e. Jasno nam je da je uspeh le~ewa te{ko meriti, jer je taj uspeh podlo`an raznim faktorima koji proizlaze iz samog bolesnika, ve} i zato { to je merewe uspeha subjektivno i ~esto vezano sa `eqom da se podigne bilo li~ni ugled, bilo ugled odeqewa ili bolnice.

I pak se produktivnost ne bi mogla ta~no oceniti ako se ne bi uzimali u obzir uspesi koje je postigla zdravstvena ustanova. Za sada, moramo priznati, to merewe uspeha nije mogu}e, a i kada je mogu}e, retko kada je potpuno objektivno.

Jedno je sigurno. Dobro snabdevena i dobro ekipirana bolnica ko{ta mnogo i tro{ i mnogi, i ukoliko se medicinska nauka razvija, bolnica postaje sve skupća. Ona postaje skupća ne samo zbog toga { to primewuje skupa sredstva za dijagnostiku i le~ewe i { to pove}ava broj stru~nog osobća, ve} i zbog toga { to prima na le~ewe sve ve}i broj ba{ takvih bolesnika koji su donekadavno bili neizle~ivi, a ~ije le~ewe ko{ta znatno vi{e nego le~ewe jednostavnih slu~ajeva. Prijem takvih slu~ajeva dovodi i do produ`ewa prose~nog trajawa le~ewa, na prvi pogled izgleda da se uvo|ewem novih sredstava za dijagnostiku i le~ewe boravak ne skra}uje ve}, naprotiv, produ`uje. To se naro~ito jasno uo~ava kada se uporedi trajawe le~ewa u na{im malim i stru~no nedovoqno razvijenim bolnicama i trajawe le~ewa na klinikama i drugim velikim bolnicama. Sem neopradanih slu~ajeva produ`enog le~ewa u nekim malim bolnicama, trajawe le~ewa u velikim bolnicama i klinikama je znatno du`e. To ni u kom slu~aju ne mo`e da proizlazi iz lo{ijeg le~ewa ve} iz pravilnijeg izbora bolesnika i prijema takvih slu~ajeva koji se u malim bolnicama ne mogu le~iti. Prema tome, produktivnost bolnice ne mo`e se meriti prose~nim trajawem le~ewa, sem kada se upore|uju potpuno jednake bolnice.

Proučavanje produktivnosti medicinskog rada bolnice mora se nastaviti. Ni u inostranstvu ni kod nas nisu još dobro pozna-

ti ni dobro proučeni svi faktori koji na tu produktivnost utiču te je smawuju ili, naprotiv, povećavaju.

## U~estalost zloupotrebe alkoholnih pi}a me|u sredwo{ kolcima u ] upriji \*

J. Joci},<sup>1</sup> I. Joci}<sup>2</sup>

---

### The Frequency of Misusage of alcohol among schoolchildren in Cuprija

J. Joci} , I. Joci}

---

**Sa`etak.** Alkoholizam se defini}e kao poreme}aj u kome ponov}ena upot reba alkoholnih pi}a ima nepovo}an efekat na zdrav}e onog ko uzima alkoholna pi}a, na wegovo socijalno prilago|avawe i radnu sposobnost. Mladi u periodu odrastawa u ve}om meri su podlo`ni razli~itim uticajima i eksperimentisawu, a me|u wima je i zlupot rebi alkohola. Postoji veliki rizik da }e adolescent iz faze eksperimentisawa i povremene upot rebe pre}i u fazu redovne upot rebe i zavisnost i. I maju}i u vidu ove ~iwenice, sprovedeno je istra`ivawe me|u sredwo{ kolcima u ] upriji sa ci}em da se odredi prevalencija korisnika alkohola me|u de~acima i devoj~icama sredwih {kola u ] upriji. Prevalencija korisnika alkohola t okom `ivot a bila je neznat no ve}a za de~ake (96,2%), nego za devoj~ice (95,7%), ako i t okom posledwih dwanaest meseci (95,2 i 94,1%). Me|ut im, de~aci (83,4%) su zna~ajno ~e}e t okom posledih t rideset dana konzumirali alkohol u odnosu na devoj~ice (76,3%).

Analiziraju}i dobijene rezultate, mo`e se zakqu~iti da je na nivou na}e lokalne zajednice neophodno sprovoditi preventivne programe, mobilisati sve lokalne resurse, ukqu~iti roditelje, {kolu, medije, a u ci}u smawewa zlupot rebe alkohola me|u na}im sredwo{kolcima.

**Kqu-ne re~i:** Alkohol, adolescent i, po-na}awe, prevalencija.

**Summary.** An alcoholism is defined like disorder where repeated usage of alcoholic drinks has negativ effect on the helth of the person who takes alcohol also it has effect on his social adaptation and working facility. The young in the time of growing up are much more liable on different effects and experiments including misusage of alcohol. There is a large risk that adolescent would pass from experiment phase and phase of periodical usage into the phase of regular usage and dependence on alcohol. Therefore, an investigation was conducted among boys and girls from secondary school in Cuprija with intent to determine prevalence of alcohol users among secondary school pupil.

Prevalence of alcohol users during their lives was insignificant bigger for boys (96,2%) then for girls (95,7%), also and during the latest 12 months (95,2 i 94,1%). However, boys (83,4%) was consuming alcohol much more then girls (76,3%). during the latest 30 days.

By analysing this resultates we can conclude that on the level of our local community is necessary to take preventive programmes and mobilize all local resources including parentes, school with intent to decrease misusage of alcohol among our schoolboys and schoolgirls.

**Key words:** Alcohol, adolescent, behaviour, prevalence.

---

<sup>1</sup> Dr Julijana Joci}, specijalista javnog zdrav}a, Zavod za javno zdrav}a, ] uprija.

<sup>2</sup> Dr I vica Joci}, specijalista javnog zdrav}a, Zavod za javno zdrav}a, ] uprija.

\* Iz: „Medicinski ~asopis PONS“ 8.maj 2008. godine.

## Uvod

U 20. veku upotreba alkohola predstavlja ne samo medicinski, već i društveni problem koji ugrožava biološku egzistenciju najbogatijih slojeva društva. Zavisnost od neke droge ili psihoaktivnog sredstva (alkohol, psihofarmakološki medikamenti, opijati, nikotin i drugi) podrazumeva da pacijent zbog psiholoških ili fizioloških razloga (psihička ili fiziološka zavisnost) nije u stanju ili ne može tako lako da prekinu upotrebu te droge. Bolest zavisnosti podrazumeva da osoba, koristeći psihoaktivnu supstancu, prouzrokuje zanemarljive ostale životne aktivnosti, razvija psihičku ili fizičku zavisnost i otežava zdravlje na psihičkom, somatskom i socijalnom nivou<sup>1</sup>. Najvažnije zavisnosti su: **alkoholizam**, **narkomanija**, **tabletomani-ja** i **nikotinizam**.

## Alkoholizam

Alkoholizam se definiše kao poremećaj u kome ponovljena upotreba alkoholnih pića ima nepovoljan efekat na zdravlje onog ko uzima alkoholna pića (telesno i psihičko zdravlje), na njegovu socijalno prilagođavanje i radnu sposobnost. Interesantan je evolutivni razvoj kod jedne osobe od takozvanog ubiđenog umerenog uzimawa alkohola do pojave toksiomanije. Kvalitativni skok ide u fazama: u početku se pije u društvu na raznim proslavama, praznicima i slično.

Prvi kritičan momenat nastupa kada osoba oseti zadovoljstvo prilikom unošenja alkohola u organizam (sluzokožna gastrointestinalnog trakta reaguje u početku odbrambeno, usled jakog toksičkog efekta alkohola). Onog momenta kada osoba postane svesna direktne veze između pijewa i olakšawa (subjektivnog zadovoljstva), uspostavlja se prva karika na putu za alkoholizam. Tri faze su neophodne za razvoj alkoholizma i one formiraju „alkoholni trougao“.

1. Čovek, kao prvi i glavni faktor,
2. Socijalna sredina, što daje obelježje socijalne bolesti,
3. Faktor alkohol, sa svojim farmakološkim osobinama.<sup>1</sup>

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, najčešće zloupotrebčavane supstance u svetu su alkohol i duvan. U svetu je danas od alkohola zavisno 15 odsto muškaraca i šest odsto žena. U SAD-u tri miliona mladih ima problem sa konzumirawem alkohola, a trista hiljada adolescenata je zavisno od alkohola. Jedna trećina adolescenata ležena je u traumacentrima od posledica konzumirawa alkohola. Razlike među polovima polako nestaju, naročito u zemljama Evrope i SAD-u.<sup>2</sup>

[Vedski savet za informisawe o alkoholu i ostalim drogama 2003. godine je u 35 evropskih zemalja sproveo evropsko istražiwawe o alkoholu i drugim drogama (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD studija*). Rezultati *ESPAD* studije ukazuju na visoku prevalenciju korisnika alkohola, i to onih koji su alkohol konzumirali četrdeset i više puta tokom života, među decom starom 16 godina u Austriji (48%), Švajcarskoj (46%) i Danskoj (50%), kao i na nisku prevalenciju na Grenlandu (13%), Islandu (14%) i u Turskoj (7%).<sup>3</sup>

U Švajcarskoj Republike Srbije uočeno je da je bar jedno alkoholno piće u životu probalo 76,6% dece, a 46% je izjavilo da je bilo pijano barem jednom u životu. Više od 40 puta u životu bilo je pijano 4,4% ispitanika. U jedanaestoj godini života najviše broj dece ostvaruje svoje prvo iskustvo sa konzumirawem alkohola.<sup>4</sup>

## Ciqlivi istražiwawa

Odrediti prevalenciju korisnika alkohola među dečacima i devojčicama srednjih škola u Srbiji.

Utvrđiti da li postoje razlike u učestalosti konzumirawa alkohola između dečaka i devojčica.

## Mat erijal i met od rada

U okviru ove studije preseka uz pomo} modifikovanog ESPAD-ovog upitnika prikupili smo podatke o broju korisnika alkohola me|u sredwo{ kolcima Gimnazije, Medicinske i Tehni~ke { kole u } upriji.

Anketirali smo 1195 sredwo{ kolaca u } upriji, koji su u periodu od 15. do 30. aprila 2006. godine poha|ali jednu od tri sredwe { kole u ovom gradu: Gimnaziju, Medicinsku { kolu ili Tehni~ku { kolu. Anketirawe je sprovedeno od strane jednog anketara i to na kraju posledweg ~asa izabrane radne nedeqe. Sredwo{ kolci su sami popuwavali anonimnu anketu, a sva dodatna obja{ wewa mogli su da dobiju od anketara. U toku popuwavawa ankete nastavnici sredwo{ kolaca bili su van prostorije gde se sprovodilo anketirawe. Du`ina trajawa popuwavawa ankete bilo je obi~no 20 do 30 minuta.

U statisti~koj obradi podataka koristili smo  $X^2$  test i t-test. Od indikatora zdravstvenog stawa izra-unavali smo prevalenciju i to za upotrebu alkoholnih pi}a bilo kada tokom `ivota, tokom posledwih 12 meseci, kao i tokom posledwih 30 dana.

## Rezultati

### Demograf ske karakt erist ike de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji

Na **tabeli 1** prikazana je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upri-

ji prema uzrastu. I zme|u de~aka i devoj~ica nije postojala statisti~ki zna~ajna razlika u odnosu na godine starosti.

Na **tabeli 2** prikazana je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema ostvarenom uspehu u { koli. Devoji~ice su imale vrlo dobar i odli~an uspeh u odnosu na de~ake.

Na **tabeli 3** prikazana je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema stepenu obrazovawa oca. I zme|u de~aka i devoj~ica nije postojala zna~ajna razlika u odnosu na stepen obrazovawa wihovih o~eva. Ve}ina o~eva je imalo ni`i stepen obrazovawa.

Na **tabeli 4** prikazana je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema stepenu obrazovawa majke. I zme|u de~aka i devoj~ica nije postojala zna~ajna razlika u odnosu na stepen obrazovawa wihovih majki. Ve}i procenat majki imalo je ni`i stepen obrazovawa.

**Tabela 1.** Distribucija prema uzrastu de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji

Uzrast	De~aci		Devoj~ice		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
25	75	15,8	145	20,1	220	18,4
16	145	30,5	186	25,8	331	27,7
17	129	27,2	196	27,2	325	27,2
18	110	23,2	166	23,1	276	23,1
19	16	3,4	27	3,8	43	3,6
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

$X^2=5,334$ ;  $p=0,255$

**Tabela 2.** Distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema ostvarenom uspehu na kraju prethodnog pol ugodi { ta

Uspeh na kraju prethodnog pol ugodi { ta	De~aci		Devoj~ice		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
≤3	240	50.5	241	38.5	481	40.2
4-5	235	49.5	479	64.5	714	59.8
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

$X^2=44,963$ ;  $p=0,0001$

**Tabela 3.** Distribucija de-aka i devoj-ica srednjih { kola u } upriji prema stepenu obrazovawa oca

Stepen obrazovawa oca	De-aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Bez osnovne, osnovna ili srednja { kola u }	301	63,4	508	70,6	809	67,7
Vi { a { kola u ili fakul tet	174	36,6	212	29,4	386	32,3
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

 $\chi^2=9,715$ ;  $p=0,137$ 
**Tabela 4.** Distribucija de-aka i devoj-ica srednjih { kola u } upriji prema stepenu obrazovawa majke

Stepen obrazovawa majke	De-aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Bez osnovne, osnovna ili srednja { kola u }	314	66,1	521	72,4	835	69,9
Vi { a { kola u ili fakul tet	161	33,9	199	27,6	360	30,1
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

 $\chi^2=9,673$ ;  $p=0,139$ 

Na **tabeli 5.** prikazana je distribucija de-aka i devoj-ica srednjih { kola u } upriji prema broju ~lanova porodice. I zme|u de-aka i devoj-ica nije postojala statisti~ki zna-ajna razlika u odnosu na broj ~lanova porodice u okviru koje `ive.

Na **tabeli 6** prikazana je distribucija de-aka i devoj-ica srednjih { kola u } upriji prema bra-nom statusu roditelja. De-aci su ~e{ }e imali roditelje u bra-noj zajednici u pore|ewu sa devoj-icama, a dobijena razlika je bila na granici statisti~ke zna-ajnosti.

**Tabela 5.** Distribucija de-aka i devoj-ica srednjih { kola u } upriji prema broju ~lanova porodice

Broj ~lanova porodice	De-aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
≤4	279	58,7	388	53,9	667	55,8
5+	196	41,3	332	46,1	528	44,2
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

 $\chi^2=6,864$ ;  $p=0,334$ 
**Tabela 6.** Distribucija de-aka i devoj-ica srednjih { kola u } upriji prema bra-nom statusu roditelja

Bra-no stawe roditelja	De-aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
U braku	426	89,7	603	83,8	1029	86,1
Razvedeni	25	5,3	51	7,1	76	6,4
U vanbra-noj zajednici	7	1,5	23	3,2	30	2,5
@ive samo sa majkom	13	2,7	37	5,1	50	4,2
@ive samo sa ocem	4	0,8	5	0,7	9	0,8
Usvojeni	0	0,0	1	0,1	1	0,1
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>720</b>	<b>100,0</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

 $\chi^2=10,726$ ;  $p=0,057$



**Tabela 7.** Distribucija de-aka i devoj-ica sredwih { kola u ] upriji prema socio-ekonomskim uslovima `ivota

Socio-ekonomski uslovi	De-aci		Devoj-ice		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Dobri	362	76,2	534	74,3	896	75,0
Sredwi	100	21,1	160	22,3	260	21,8
Lo{i	13	2,7	25	3,4	38	3,2
<b>Ukupno</b>	<b>475</b>	<b>100,0</b>	<b>719</b>	<b>100,0</b>	<b>1194</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=27,572$ ;  $p=0,0001$

Na **tabeli 7.** prikazana je distribucija de-aka i devoj-ica sredwih { kola u ] upriji prema socio-ekonomskim uslovima `ivota. Devoj-ice su zna-ajno ~e{ }e imale sredwe i lo{ije socio-ekonomske uslove `ivota u odnosu na de-ake.

### *Navike de-aka i devoj-ica u sredwim { kolama ] uprije po pitawu konzumi rawa alkohola*

Na **tabeli 8** prikazana je distribucija de-aka i devoj-ica sredwih { kola u ] upriji prema navikama vezanim za konzumi rawe alkohola. I zme|u de-aka i devoj-ica nije postojala statisti~ki zna-ajna razlika u odnosu na konzumi rawe alkohola tokom `ivota, kao i u odnosu na konzumi rawe alkohola tokom posledwih 12 meseci. Me|utim, de-aci su statisti~ki zna-ajno ~e{ }e posledwih 30 dana konzumirali alkohol u odnosu na devoj-ice.

Na **tabeli 9** data je distribucija de-aka i devoj-ica sredwih { kola u ] upriji u odnosu na uzrast kada su konzumirali svoje prvo alkoholno pi}e. De-aci su zna-ajno ~e{ }e popili svoje prvo alkoholno pi-

**Tabela 8.** Distribucija de-aka i devoj-ica sredwih { kola u ] upriji prema navikama vezanim za konzumi rawe alkohola

Bra-no stawe rodi teqa	De-aci n=475		Devoj-ice n=720		Ukupno n=1195		P vrednost
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
Bilo kada do sada popio neko alkoholno pi}e	457	96,2	689	95,7	1146	95,9	0,660
Popio bar jedno alkoholno pi}e tokom posledwih 12 meseci	452	95,2	674	93,6	1126	94,2	0,262
Popio bar jedno alkoholno pi}e tokom posledwih 30 dana	396	83,4	549	76,3	945	79,1	0,003

**Tabela 9.** Distribucija de-aka i devoj-ica sredwih { kola u ] upriji prema ostvarenom uspehu na kraju prethodnog polugodi {ta

Uzrast kada je prvi put konzumiran alkohol	De-aci		Devoj-ice		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
≤12	184	40,3	146	21,2	330	28,7
13+	273	59,7	543	78,8	818	71,3
<b>Ukupno</b>	<b>457</b>	<b>100,0</b>	<b>689</b>	<b>100,0</b>	<b>1146</b>	<b>100,0</b>

$\chi^2=77,8904$ ;  $p=0,0001$

je pre 12 godine `ivota u pore|ewu sa de-voj-i cama.

Na **tabeli 10** data je distribucija de~a-ka i devoj-ica sredwih { kola u } upriji

**Tabela 10.** Di stri buci ja de~a-ka i devoj-ica sredwih { kola u } upriji prema vrsti konzumi ranog al khol nog pi }a pri specijal ni m okol nosti ma

Al khol no pi }e koje naj-e{ }e konzumi raj u	De~aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Pi vo	221	49,2	113	16,7	334	29,7
Vi no	171	38,1	421	62,3	592	52,6
@estoka pi }a (vodka, vi wak, kowak, raki ja)	57	12,7	142	21,0	199	17,7
<b>Ukupno</b>	<b>449</b>	<b>100</b>	<b>676</b>	<b>100</b>	<b>1125</b>	<b>100</b>

$X^2=136,5594$ ;  $p=0,001$

**Tabela 11.** Di stri buci ja de~a-ka i devoj-ica sredwih { kola u } upriji prema kol i -i ni konzumi ranog al khol nog pi }a pri specijal ni m okol nosti ma.

Kol i -i na konzumi ranog vi na (broj ~a{ a)	De~aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1-2	22	13,4	170	40,4	203	33,7
3-4	35	20,5	150	35,6	185	30,7
5+	113	66,1	101	24,0	214	35,6
<b>Ukupno</b>	<b>171</b>	<b>100,0</b>	<b>421</b>	<b>100,0</b>	<b>602</b>	<b>100,0</b>

$X^2=95,5970$ ;  $p=0,0001$

Kol i -i na konzumi ranog ~estokog pi }a (broj ~a{ a)	De~aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1-2	11	19,3	39	27,5	50	25,1
3-4	16	28,1	55	38,7	71	35,7
5+	30	52,6	48	33,8	78	39,2
<b>Ukupno</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>

$X^2=6,0544$ ;  $p=0,045$

Kol i -i na konzumi ranog pi va (broj ~a{ a)	De~aci		Devoj-i ce		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1-2	21	9,5	36	31,8	57	17,1
3-4	57	25,8	31	27,4	88	26,3
5+	143	64,7	46	40,7	189	56,6
<b>Ukupno</b>	<b>221</b>	<b>100,0</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>

$X^2=29,5832$ ;  $p=0,0001$

prema vrsti konzumiranog alkoholnog pi}a pri specijalnim okolnostima. De~aci su zna~ajno ~e{ }e konzumirali pivo u pore|ewu sa devoj~icama.

Na **tabeli 11** prikazana je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema koli~ini konzumiranog alkoholnog pi}a pri specijalnim okolnostima. Pri specijalnim okolnostima devoj~ice su zna~ajno ~e{ }e konzumirale mawu koli~inu vina (do ~etiri ~a{ e) i piva (do ~etiri ~a{ e) u odnosu na de~ake. De~aci su zna~ajno ~e{ }e

konzumirali ve}e koli~ine `estokih pi}a (tri i vi{ e ~a{ ica) u pore|ewu sa devoj~icama.

Na **tabeli 12** prikazana je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema tome da li neko u porodici konzumira alkohol. De~aci i devoj~ice nisu se statisti~ki zna~ajno razlikovali u odnosu na konzumirawe alkohola wihovih ~lanova porodice.

Na **tabeli 13** data je distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji na

**Tabela 12.** Distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema tome da li neko u wihovoj porodici konzumira alkohol

Konzumirawe alkohola u porodici	De~aci		Devoj~ice		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Ne	161	33,9	274	38,1	435	36,4
Da	314	66,1	446	61,9	760	63,6
<b>Ukupno</b>	<b>400</b>	<b>100,0</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>	<b>481</b>	<b>100,0</b>

$X^2=2,140$ ;  $p=0,143$

**Tabela 13.** Distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji na osnovu toga ko u wihovoj porodici konzumira alkohol.

Ko u porodici konzumira alkohol	De~aci n=475		Devoj~ice n=720		Ukupno n=1195		P vrednost
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	
Otac	223	49,1	284	39,4	517	43,3	0,001
Majka	9	1,9	23	3,2	32	2,7	0,173
Oba roditelja	58	12,2	125	17,4	183	15,3	0,016
Najboqi prijateqi	252	53,1	373	51,8	625	52,3	0,673
Baba	21	4,4	32	4,4	53	4,4	0,991
Deda	140	29,5	205	28,5	345	28,9	0,709

**Tabela 14.** Distribucija de~aka i devoj~ica sredwih { kola u } upriji prema uzroku konzumirawa alkohola.

Uzrok konzumirawa alkohola	De~aci		Devoj~ice		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Iz zadovoljstva	334	75,6	491	74,4	825	74,9
Zato { to je "in"	36	8,1	61	9,2	97	8,8
Zato { to vas dru{ tvo tako vi{ e ceni	16	3,6	11	1,7	27	2,4
Iz dosade	56	12,7	97	14,7	153	13,9
<b>Ukupno</b>	<b>442</b>	<b>100,0</b>	<b>660</b>	<b>100,0</b>	<b>1102</b>	<b>100</b>

$X^2=5,3165$ ;  $p=0,071$

osnovu toga ko u njihovoj porodici konzumira alkohol. Dečaci su statistički značajno veći i imali očeve koji konzumiraju alkohol u odnosu na devojice. Devojice su, u odnosu na dečake, značajno veći i imale oba roditelja koja su konzumirala alkohol. I zmeđu dečaka i devojica nije postojala značajna razlika u odnosu na konzumiranje alkohola od strane majke, najboljih prijatelja, babe i dede.

Na **tabeli 14** data je distribucija dečaka i devojica srednjih škola u prirodi prema uzroku konzumiranja alkohola. Dečaci i devojice nisu se značajno razlikovali prema uzroku konzumiranja alkohola.

## Diskusija

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije alkohol i duvan su najviše zloupotrebljavane supstance. Danas u svetu oko 10 do 20 odsto mladih uzrasta tri do sedamnaest godina koristi alkohol. Devojice ređe konzumiraju alkohol u odnosu na dečake. Pivo je najpopularnije piće među mladima ovog uzrasta.<sup>3</sup>

Rezultati istraživanja, sprovedenog u Srbiji 2005. godine, o zloupotrebi alkohola i drugih droga među mladima uzrasta četrnaest godina pokazuju da je velika većina učenika (93 odsto) konzumiralo alkohol tokom vikenda, od čega 92 odsto devojica i 94 odsto dečaka. Značajne razlike u pogledu polova mogu se primetiti u vezi sa ustaljenim konzumiranjem alkohola. Skoro polovina dečaka (48 odsto) konzumiralo je alkohol 40 i više puta u poređenju sa samo 19 odsto devojica.

Ustaljeno konzumiranje alkohola tokom poslednjih 12 meseci, četrdeset i više puta, zabeleženo je kod 15,5 odsto učenika. U pogledu polova, dečaci su veći konzumirali alkohol od devojica.

Prevalencija korisnika alkohola tokom poslednjih trideset dana bila je 65,1 odsto i to za devojice 58 odsto a za dečake 72 odsto.<sup>5</sup>

Skoro polovina učenika pila je pivo, od čega 63 odsto dečaka i 30 odsto devojica.

Približno jedna trećina učenika pila je vino, od čega 37 odsto devojica i 39 odsto dečaka. Ne mali broj učenika je konzumirao i estokapija u istom periodu, od ovog broja 38 odsto devojica i 45 odsto dečaka.<sup>5</sup>

Prema rezultatima istraživanja Zavoda za bolesti zavisnosti (2001) 91 odsto učenika uzrasta 15 do 16 godina probalo je alkohol makar jednom tokom vikenda. Oko 18,6 odsto učenika prvi put je probalo alkohol pre desete godine, više od 25 odsto je to učinilo do dvanaeste godine i više od 50 odsto pre četrnaeste godine vikenda. Trenutnih korisnika alkohola je bilo: oko 60 odsto. Pivo je bilo najpopularnije piće među učenicima.<sup>6</sup>

U est ruralnih regiona Srbije prevalencija korisnika alkohola tokom vikenda bila je 80 odsto, i to 75,3 odsto za devojice i 81,7 odsto za dečake. Prosečni uzrast prvog konzumiranja piva je 12,7 godina, i to 13 za devojice i 13,3 za dečake.<sup>7</sup>

U studiji Dimitrijevića i saradnika (2004), prevalencija korisnika alkohola tokom vikenda bila je 81,7 odsto, i to 82,5 odsto kod devojica i 80,9 odsto kod dečaka. Prosečni uzrast prvog konzumiranja piva je 12,35 godina kod uzorka iz Beograda (2004), i to 12 godina za devojice i 12 godina za dečake.<sup>8</sup>

Rezultati naše studije, sprovedene u prirodi nad srednjim školama uzrasta 15 do 19 godina, pokazuju slično prethodno navedenim studijama, da su dečaci neznatno veći koristili alkohol kako tokom vikenda (96,2 odsto), tako i tokom poslednjih 12 meseci (95,2 odsto), u poređenju sa devojicama (95,7 odsto, odnosno 94,2 odsto), ali ove razlike nisu bile značajne.

Rezultati ESPAD studije iz 2003. godine takođe pokazuju da je prevalencija korisnika alkohola tokom vikenda visoka i da je ona oko 90 odsto za skoro većinu država.<sup>3</sup> U našoj su studiji dečaci (83,4 odsto) značajno veći tokom poslednjih trideset

dana konzumirali alkohol u odnosu na devoj-ice (76,3 odsto). Prevalencija korisnika alkohola tokom poslednjih trideset dana ve}a je u ]upriji nego u susednim zemqama u Evropi.<sup>3</sup>

De~aci (40,3 odsto) su svoje prvo alkoholno pi}e zna~ajno ~e{ }e konzumirali izme|u sedme i dvanaeste godine `ivota u pore|ewu sa devoj-icama (21 odsto), { to je mnogo ranije u odnosu na druge zemqe Evrope.<sup>3</sup>

U na{ oj studiji, kao i u brojnim drugim studijama,<sup>5,8</sup> de~aci su naj~e{ }e konzumirali pivo i to u zna~ajno ve}im koli~inama od devoj-ica.

Kao naj~e{ }i razlog konzumiranja alkohola kod dece navodi se postojawe alkoholi~ara u porodici<sup>9</sup>. U na{ oj studiji de~aci su zna~ajno ~e{ }e imali o~eve koji su konzumirali alkohol u odnosu na devoj-ice. De~aci i devoj-ice nisu se zna~ajno razlikovali prema uzroku konzumiranja alkohola.

U na{ oj studiji, ispituju}i razlike u kori{ }ewu alkohola izme|u u~enika Gimnazije, Tehni~ke i Medicinske { kole uo~eno je da je prevalencija korisnika alkohola tokom `ivota, kao i tokom poslednjih dvanaest meseci sli~na.

Me|utim, prevalencija korisnika alkohola tokom poslednjih trideset dana bila je zna~ajno ve}a za sredwo{ kolce Medicinske (83,4 odsto) i Tehni~ke (84,1 odsto) { kole nego Gimnazije (70,0 odsto). U Tehni~koj { koli u~enici su zna~ajno ~e{ }e alkohol konzumirali pre ~etrnaeste godine `ivota, a naj~e{ }e konzumirano pi}e bilo je pivo u odnosu na druge dve { kole. Sve vrste pi}a mnogo ~e{ }e su konzumirali u~enici Tehni~ke { kole nego u~enici ostalih { kola.

U~enici Tehni~ke { kole su zna~ajno ~e{ }e imali o~eve i prijateqe koji konzumiraju alkohol, dok su u~enici Medicinske { kole kao korisnike alkohola imali oba roditelja i najboqe prijateqe. Najva`niji razlog konzumiranja alkohola od strane sredwo{ kolaca Tehni~ke { kole je-

ste dosada, a sredwo{ kolaca Gimnazije i Medicinske { kole zadovoljstvo u konzumiranju alkohola.

Ovakve razlike jednim delom mogu se objasniti ~iwenicom da su sredwo{ kolci Tehni~ke { kole imali lo{iji uspeh u {koli, bili ni`eg socio-ekonomskog statusa, imali roditelje ni`eg stepena obrazovawa, ~e{ }e su mewali mesto boravka i ponavqali razrede. Tako|e su ~e{ }e imali najboqe prijateqe koji konzumiraju alkohol, kao i o~eve zavisne od alkohola.

Mnogi autori isti~u da se ~ak u 82 odsto slu~aja konzumiranja alkohola od strane roditelja prenosi na wihovu decu tako da i ona, tako|e, postaju zavisna od alkohola<sup>9</sup>.

Rezultati na{ih istra`ivawa, kao i drugih studija, ukazuju na visoku prevalenciju korisnika alkohola. Edukativni pristupi su neophodni u cilju redukcije broja korisnika ove supstance. U tom cilju { kole treba da osiguraju odgovaraju}u sredinu za kontinuirano promovisawe zdravqa i programa za prevenciju bolesti zavisnosti. Procenat mladih u Srbiji koji se bave sportom ~esto/redovno iznosi 65 odsto. U isto vreme, sportske aktivnosti su se pokazale uspe{nim za prevenciju bolesti zavisnosti. Ciljevi prevencije treba da budu usmereni na pove}awe u~e{ }a motivacije mladih da se bave razli~itim sportskim aktivnostima<sup>5</sup>.

[ kola mora da postane centar dru{tvenog `ivota mladih koji se brine za sve vidove aktivnosti dece.<sup>10</sup>

Ukqu~ivawe roditelja u preventivne aktivnosti na razne na~ine od kqu~nog je zna~aja. Pre svega treba posvetiti pa`wu na funkciju roditelja kao uzora mladima i zna~aj efekata wihovih sopstvenih navika. Roditelji mogu doprineti prevenciji kori{ }ewa alkohola svojim pona{awem i bavqewem ovom problematikom. Roditelji mogu pru`iti najboqu pomo} pri razvijawu i promovisawu zdravih stilova `ivota time { to }e ih sami upra`wavati kod ku}e i u svakodnevnom kontaktu sa svojom decom.<sup>5</sup>

## Zaključak

Prevalencija korisnika alkohola tokom života bila je neznatno veća za dečake (96,2 odsto) nego za devojčice (95,7 odsto), kao i tokom poslednjih dvanaest meseci (95,2 i 94,2 odsto). Međutim, dečaci (83,4 odsto) značajno su više tokom poslednjih trideset dana konzumirali alkohol u odnosu na devojčice (76,3 odsto).

Dečaci su prvo alkoholno piće značajno više konzumirali između sedme i dvanaeste godine života u poređenju sa devojčicama.

Najviše je konzumirano alkoholno piće koje su konzumirali dečaci bilo je pivo, a devojčice su najviše konzumirale vino i čestoka pića.

Dečaci su značajno više imali ošev koji su konzumirali alkohol, u odnosu na devojčice.

Dečaci i devojčice nisu se značajno razlikovali prema uzroku konzumiranja alkohola.

## Literatura

- Marić, J.: Klinička psihijatrija. Megraf, Beograd, 2001.
- Kaplan H. I., Sadock B.S.: Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences / clinical Psychiatry Adolescent substance abuse, 25 th Anniversary edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1998; 50: 1257-1260.
- CAN / Pompidou Group (Hibell B, Andersson B, Bjarnason T. et al (2004). ESPAD: Izveštaj za 2003. Upotreba alkohola i drugih droga među učenicima 35 evropskih zemalja, Stockholm, objavljen od strane švedske Vlade i švedskog Nacionalnog Zavoda za zaštitu zdravlja.
- Đimićević I. i sar.: Upotreba supstanci među učenicima osnovnih i srednjih škola u Republici Srbiji, pilot studija Komisije za prevenciju bolesti zavisnosti među omladinom, Vlada Republike Srbije, Beograd, 2002.
- Manzoni JM, Bjegović V, Đirić-Janković S, Prepelčič S.: Istranivawe o zloupotrebi alkohola i drugih droga u Srbiji, 2005. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2006.
- Zavod za bolesti zavisnosti (Đirić-Janković S, Dragan-Savić J, Jovanović-Đupić V); 2002; Prevencija zloupotrebe psihoaktivnih supstanci (PAS) u lokalnoj zajednici – analiza rezultata istranivawa, Beograd: Zavod za bolesti zavisnosti.
- Ekspertski tim Instituta za neuropsihijatnju „Lazarević“, Đimićević I. (2002): Pilot studija: Zloupotreba supstanci među učenicima osnovnih i srednjih škola u šest regiona Srbije (Jagodina, Leskovac, Pirot, Raabac, Zaječar, Bajina Bašta).
- Đimićević I, Pavlović Z (2004): ESPAD studija sprovedena u Beogradu.
- Cengel Kultur SE, Unal MF, Ozusta S.: Psychopathology in children of alcoholic father. *Turk Psikiyatri Derg.* 2006 Spring; 17 (1): 3-11.
- Bojanić S.: Razvojna neuropsihologija i reedukativni metod, ZUNS, Beograd, 1985.

## Rezultati ispitivawa satisfakcije korisnika radom lekara Doma zdravca Zvezdara u 2008. godini

R. Kandi},<sup>1</sup> B. Gruji},<sup>2</sup> L. Buwak,<sup>3</sup> V. Bogdanovi},<sup>4</sup> Q. Erdoglija,<sup>5</sup> D. Todorovi}<sup>6</sup>

---

### The Results of Users Satisfaction with Health Center Zvezdara in 2008.

R. Kandic, M.D., D. P. H.; B. Grujic, M. D., D. GP., V. Bogdanovic, M. D., D. med., Lj. Erdoglija, D. Stom.; D. Todorovic, M. D., D. P. H.

---

**Sa`etak.** Ciq rada je bio da se proceni zadovolst vo korisnika radom lekara u slu`bama op{ t e medicine, medicine rada, pedijat ri je, ginekologije, stomatologije i interne medicine Doma zdravca Zvezdara. Prema „Met odolof kom uput st vu za post upak izve{ t avawa zdravst venih ust anova o pokazat eqima kvalit eta rada“, pomo}u specijalno konstituisanih upitnika, sprovedeno je ispitivawe zadovolst va korisnika u jednom radnom danu novembra 2007. godine. Rezultat i ispitivawa su pokazali da je oko 60 odst o vrlo zadovoljno, 30 odst o zadovoljno, tri odst o neodlu~no, odnosno vrlo nezadovoljno, i svega jedan odst o nezadovoljno, ~ime je ispuwen jedan od bitnih preduslova za ostvarivawe pozitivnih efekata kvalit etne zdravstvene za{ t ite - aktivno u~estvovawe pojedina u svim etapama ~uvawa i za{ t ite zdravca.

**Summary.** The aim of this paper was to estimate the level of users satisfaction with general practice, pediatric, gynaecologic, dental and cardiological service in Health Center Zvezdara. The examination on the level of users satisfaction has been performed through specially designed questionnaires referring to "Methodology guidelines for health care institutions reporting procedures on work quality indicators". The results showed that approximately 60% investigate patients were very satisfied, 30% satisfied, 3% undecided, only 1% were very unsatisfied and 5% unsatisfied with that service, so an essential condition – active participation of citizens as an integral part of health care system quality is realised.

---

### Uvod

U integrativnom i multidimenzionalnom pristupu re{ avawa pitawa zdravca,

procena kvalit eta zdravstvene za{ t ite postaje jedna od zna~ajnih sfera interesovawa, ne samo profesionalnih krugova, ve} i { ire javnosti i svakog pojedina koji ima

---

<sup>1</sup> Prim. dr Radmila Kandi}, Dom zdravca „Zvezdara“.

<sup>2</sup> Prim. dr Branko Gruji}, Dom zdravca „Zvezdara“.

<sup>3</sup> Prim. dr Leposava Buwak, Dom zdravca „Zvezdara“.

<sup>4</sup> Prim. dr Vesna Bogdanovi}, Dom zdravca „Zvezdara“.

<sup>5</sup> Prim. dr Qubomir Erdoglija, Dom zdravca „Zvezdara“.

<sup>6</sup> Dr Dragana Todorovi}, Dom zdravca „Zvezdara“.

pravo na zaštitu zdravca, odnosno na najbolju moguću zaštitu.

Posle nekadašeg prilično izolovanog tradicionalnog modela, prema kojem medicinska profesija implicitno garantuje kvalitet samim tim što postoji, a lekaru obezbeđuje dominantnu poziciju, danas smo suošeni sa složenim sistemom za procenu kvaliteta, u kojem korisnik ima sve važniju ulogu.

Kao sastavni deo menadžmenta, brojne aktivnosti koje se preduzimaju u cilju evaluacije i unapređewa kvaliteta imaju zapravo višestruki ekonomski, edukativni i etički značaj: redukciju nepotrebnih procedura, racionalno korišćenje visoke skupocene tehnologije, preispitivanje vlastitih znanja odnosno kompetentnosti i najzad, osećawe zadovoljstva u međusobnoj interakciji davalac—korisnik usluga, kao ključni aspekt kvaliteta, posebno na nivou primarne zdravstvene zaštite.

## Cilj rada

Cilj ispitivanja je bio da se proceni koliko su naša pacijenti zadovoljni radom lekara u navedenim službama primarne zdravstvene zaštite, kako bi se na osnovu dobijenih rezultata predložile adekvatne mere za unapređewe kvaliteta njihovog daljeg rada.

## Metod rada

Prema „Metodološkom uputstvu za postupak izveštavanja zdravstvenih ustanova o pokazateljima kvaliteta rada, listama čekawa, zadovoljstvu pacijenata i obuci zaposlenih“, u Domu zdravca Zvezdara je sprovedeno ispitivanje zadovoljstva korisnika koji su se u jednom danu, odnosno 26. novembra 2007. godine od 7 do 19 časova, obrađali lekarima u službama opšte medicine, medicine rada, pedijatrije, ginekologije, stomatologije i interne medicine u centralnom objektu doma zdravca.

Kao instrument istraživanja korišćen je set specijalno konstruisanih anketnih upitnika. Uz napomenu da je anketa anonimna, upitnike su pacijentima uručivale prethodno obučene medicinske sestre i to posle obavljene posete lekaru. sa molbom da anketni upitnik pažljivo pročitaju, popune i ostave u posebno pripremljene kutije izložene na vidnom mestu u čekavnici navedenih službi.

Ukupan broj pacijenata koji su se 26. novembra 2007. godine obrađali posmatranim službama Doma zdravca Zvezdara iznosi je 1612. Od 1266 podeljenih upitnika vraćeno je 1176 popunjenih (93 odsto), dok je 115 (oko sedam odsto) pacijenata/roditelja iz raznih razloga odbilo da učestvuju u anketiranju tog dana (**tabela 1**).

Prema metodološkom uputstvu svi dobijeni odgovori iz upitnika uneti su u bazu

Tabela 1.

Oblast zdravstvene zaštite	Broj pacijenata na dan 26.11.2007.	Broj podeljenih upitnika	Broj vraćenih (popunjenih) upitnika	Broj pacijenata (odbi li da učestvuju u anketi)
Opšta medicina	573	573	570	3
Medicina rada	67	67	67	0
Zdravstvena zaštita dece	587	255	199	82
Zdravstvena zaštita žena	220	211	193	12
Stomatologija	104	104	93	11
SKS - interno	61	56	54	7
<b>Ukupno</b>	<b>1612</b>	<b>1266</b>	<b>1176</b>	<b>115</b>



podataka „primarna“ i poddodateke: „op{ta medicina/medicina rada, zdravstvena za{tita dece, zdravstvena za{tita `ena, stomatologija, specijalisti“ i do predvi|enog roka poslati Gradskom zavodu za javno zdravlje - Beograd na daqu obradu. Za na{e interne potebe u statisti~koj obradi kori{ }ena je prosta distribucija podataka, koji su tabelarno i grafi~ki predstavqeni i analizirani pojedina~no po oblastima zdravstvene za{tite. kao i zbirno na nivou ustanove.

## Rezultati rada

### Zadovoljstvo korisnika radom lekara op{te medicine

Analiza upitnika pokazuje da me|u 570 anketiranih korisnika u slu`bi op{te medicine sa 54,8 odsto dominiraju pacijenti `enskog pola. U starosnoj strukturi trejine stariji od 60 godina, a oko petina su odrasli pacijenti 40 do 59 godina. Struktura bra~nog statusa pokazuje da je pribli~no polovina o`ewenih/udatih, dok su u obrazovnoj 52,8 odsto sa zavr{enom srednom i 37,5 odsto sa vi{om/vi{okom {kolom. Oko 41,8 odsto anketiranih materijalni polo`aj wihove porodice ocenilo je kao osredwi, a 32,8 odsto kao dobar.

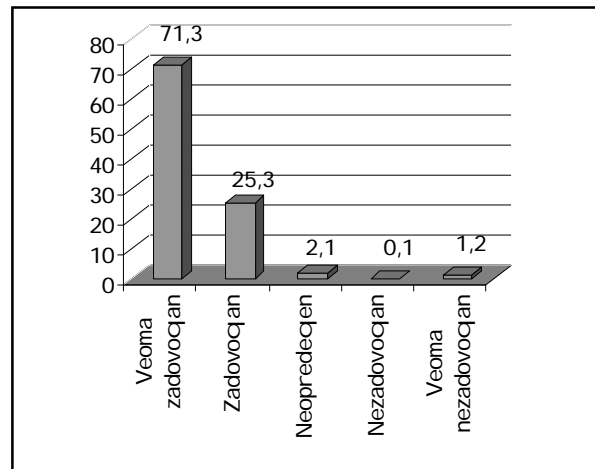
^ak 517 (90,7 odsto) anketiranih u slu`bi op{te medicine Doma zdravqa Zvezdara izjasnilo se da ima svog stalnog lekara, kojeg je oko jedna ~etvrtina posetila u posledwih 12 meseci do dva puta, a 47,4 odsto anketiranih {est puta i vi{e.

Da im se dopada wihov lekar, nezavisno od wegovih stru~nih sposobnosti, misli 95,5 odsto i skoro isto toliko da je on stru~wak koji im prilikom posete posve}uje dovoqno vremena, 91,4 odsto smatra da im lekar daje dovoqno informacija o stawi wihovog zdravqa, dok je 68,1 odsto odgovorilo da du`ina ~ekawa na prijem u ordinaciju nije velika i kada im je lekar hitno potreban do wega 94,4 odsto pacijenata mo`e do}i istog dana.

Ve}ina, odnosno 82,3 odsto, misli da wihov izabrani lekar uva`ava wihovo mi{ }enje i predloge u vezi sa terapijom, laboratorijskim analizama, potrebom upu}ivawa specijalisti i sli~nim medicinskim procedurama, i isto toliko negira da je ikada imalo ose}aj da lekar nije ozbiqno shvatio wihov problem, dok 92,6 odsto smatra da mo`e sa svojim lekarom da razgovara i o medicinskim i li~nim problemima.

Analiza pokazateqa op{teg zadovoljstva korisnika radom lekara pokazuje da je od ukupno 570 anketiranih korisnika: 71,3 odsto veoma zadovoljno; 25,3 odsto zadovoljno, 2,1 odsto ni zadovoljno, ni nezadovoljno; samo 0,1 odsto nezadovoljno i 1,2 odsto veoma nezadovoljno radom izabranog lekara (**grafikon 1**).

Grafikon 1. Op{te zadovoljstvo korisnika radom lekara u op{toj medicini DZ Zvezdara 26.11.2007..



### Zadovoljstvo korisnika radom lekara medicine rada

Na osnovu odgovora iz 67 popuwenih upitnika u slu`bi za zdravstvenu za{titu radnika utvr|eno je slede}e: pacijenti mu{kog pola zastupqeni su sa 47,8 odsto, ne{to mawe sa 44,8 odsto su `ene i 7,4 odsto je bez odgovora, a u starosnoj strukturi 44,8 odsto u odrasli pacijenti od 50 do 59 godina. Analiza bra~nog statusa pokazuje da je 62,7 odsto o`e-

wenih/udatih; u obrazovnoj strukturi sa 62,7 odsto dominiraju pacijenti sa završenom srednjom školom; 58,2 odsto ispitanika materijalni položaj njihove porodice ocenilo je kao srednji, 26,9 odsto kao dobar i oko 13 odsto kao loš/veoma loš.

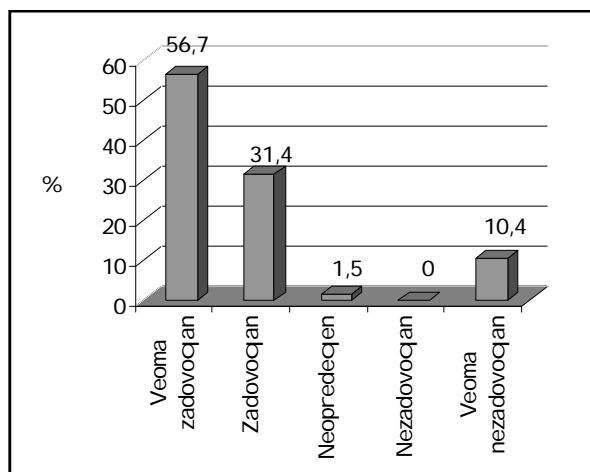
Svoga stalnog lekara ima 85,1 odsto, ponekad ide kod drugog lekara 8,9 odsto, dok šest odsto nije odgovorilo. U poslednjih 12 meseci približno jedna četvrtina posetila je svoga lekara do dva puta, oko 30 odsto učinilo je to tri do pet puta, a 43,3 odsto ispitanih korisnika šest i više puta.

Približno 95 odsto anketiranih izjavilo je da im se dopada njihov lekar, nezavisno od njegovih stručnih sposobnosti; oko 98 odsto misli da je on stručan i da im prilikom posete posvećuje dovoljno vremena, a 92 odsto da im uz to daje i dovoljno informacija o stavu njihovog zdravca.

Što se tiče dužine čekanja na prijem u ordinaciju 65,7 odsto je odgovorilo da ne čeka dugo, a kada im je lekar hitno potreban do toga 91 odsto može doći istog dana.

Analizom pokazatelja općeg zadovoljstva korisnika radom lekara utvrđeno je da je od ukupno 67 anketiranih pacijenata 56,7 odsto veoma zadovoljno; 31,4 odsto zadovoljno; 1,5 odsto ni zadovoljno, ni nezadovoljno i 10,4 odsto veoma nezadovoljno radom svoga zabranog lekara (**grafikon 2**).

**Grafikon 2.** Opće zadovoljstvo korisnika radom lekara medicine rada DZ Zvezdara 26.11.2007.



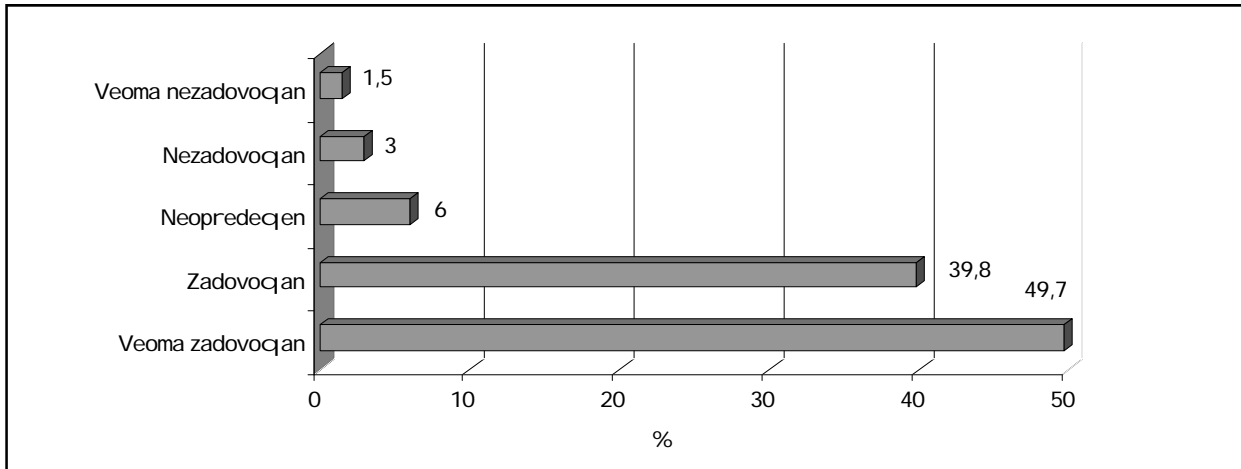
## Zadovoljstvo korisnika radom pedijatra

Od ukupno 199 anketiranih roditelja/staratelja koji su doveli decu na pregled u slučaju za zdravstvenu zaštitu dece i školske dece utvrđeno je da sa 59,3 odsto prevladavaju žene. U starosnoj strukturi oko petina ima do 29 godina, a oko dve trećine su u srednjoj životnoj dobi od 30 do 49 godina. Distribucija ispitanika prema stepenu obrazovanja pokazuje da je većina (58,9 odsto) sa završenom srednjom školom i 30,6 odsto sa višom i visokom školom. Da je materijalni položaj njihove porodice srednji misli 48,2 odsto, a prema broju dece najviše (45,7 odsto) ih je sa dvoje dece, odnosno 32,7 odsto sa jednim detetom.

Oko 62,3 odsto roditelja/staratelja na pregled je došlo sa decom starosti jedne do šest godina; ukupno 123 ili 61,8 odsto ispitanih roditelja koji su taj dan sa detetom došli na pregled izjavilo je da imaju svoga stalnog pedijatra, kod koga je 38,7 odsto u poslednjih godinu dana bilo oko tri do pet puta, 48,7 odsto učinilo je to šest i više puta, a 11,6 odsto do dva puta godišnje.

Da pedijatar prilikom posete posvećuje dovoljno vremena njihovom detetu misli 74,4 odsto, a 79,9 odsto da od toga dobijaju dovoljno informacija o stavu zdravca i nezi deteta. Oko 42 odsto anketiranih smatra da ne čeka dugo na prijem u ordinaciju, 89 odsto je izjavilo da kada im je hitno potreban, do pedijatra može doći istog dana, dok je svega sedam odsto roditelja imalo ponekad osećaj da pedijatar nije ozbiljno shvatio njihov problem.

Na postavljeno pitanje: „Uzimaju li sve navedeno u obzir, da li ste zadovoljni sa vašim pedijatrom?“, 99 (49,7 odsto) roditelja koji su učestvovali u anketi veoma je zadovoljno; 39,8 odsto zadovoljno; šest odsto ni zadovoljno, ni nezadovoljno; tri odsto nezadovoljno i 1,5 odsto veoma nezadovoljno radom svoga pedijatra (**grafikon 3**).

**Grafikon 3.** Opšte zadovoljstvo korisnika radom pedijataru u DZ Zvezdara 26.11.2007.

### *Zadovoljstvo korisnika radom ginekologa*

Analiza starosne strukture pokazuje da većina, odnosno 70 odsto, ima 20 do 39 godina. [ to se tiče bračnog statusa, 71 odsto anketiranih žena je udato, a 18,7 odsto neudato. Prema stepenu obrazovawa 56,5 odsto ispitanica je sa srednjom školom i 36,3 odsto sa višom školom. Procenom pokazateca materijalnog položaja porodice utvrđeno je da je nešto više od polovine ispitanih žena srednjeg imovinskog stawa, a 36,8 odsto dobrog imovinskog stawa.

Stalnog ginekologa ima 86,5 odsto pacijentkiwa, oko 43 odsto je svog ginekologa u poslednjih godinu dana posetila do dva puta, 30,5 odsto od tri do pet puta i 24,9 odsto žena šest i više puta. Približno 89 odsto ispitanica izjavilo je da im se dopada njihov ginekolog, a 94 odsto da je on stručan, dok 83,5 odsto misli da im on posvećuje dovoljno vremena prilikom posete, i približno toliko njih smatra da od ginekologa dobija dovoljno informacija o stawu svog zdravca.

Kada im je hitno potreban, do lekara mogu doći istog dana 82,9 odsto žena, a 20,2 odsto misli da dugo čekaju na prijem u ordinaciju; 60,1 odsto ispitanica smatra da ginekolog uvažava njihovo mišljenje i predloge u vezi sa terapijom, laboratorijskim na-

lazima i ostalim medicinskim procedurama; dok samo 10,4 odsto žena smatra da je ponekad imalo osećaj da ginekolog nije ozbiljno shvatio njihov problem, a 81 odsto je izjavilo da može sa ginekologom da razgovara kako o medicinskim problemima, tako i o ličnim.

Analizom podataka iz 199 popuwenih upitnika na ginekologiji utvrđeno je da je 48,7 žena veoma zadovoljna; 36,7 odsto zadovoljna, 8,5 odsto nije ni zadovoljna ni nezadovoljna, a ukupno 5,5 odsto se izjasnilo da je nezadovoljna/veoma nezadovoljna radom svog ginekologa.

### *Zadovoljstvo korisnika radom stomatologa*

Analiza ispitivanih sociodemografskih parametara iz 93 anketna upitnika pokazuje da u polnoj strukturi dominiraju žene sa 60,2 odsto, a u starosnoj podjednako sa oko 27 odsto je u dobnim grupama 50 do 59, odnosno 60 i više godina. Prema pokazatecima bračnog stawa, 55,9 odsto ispitanica je oženjeno/udato, 22,6 odsto neoženjeno/neudato, 9,7 odsto je razvedeno i 10,7 odsto je udovaca/udovica. U odnosu na stepen obrazovawa, 61,3 odsto ima završenu srednju školu, 26,9 odsto. Kada je reč o materijalnom položaju, 60,2 odsto anketiranih je svoj ma-

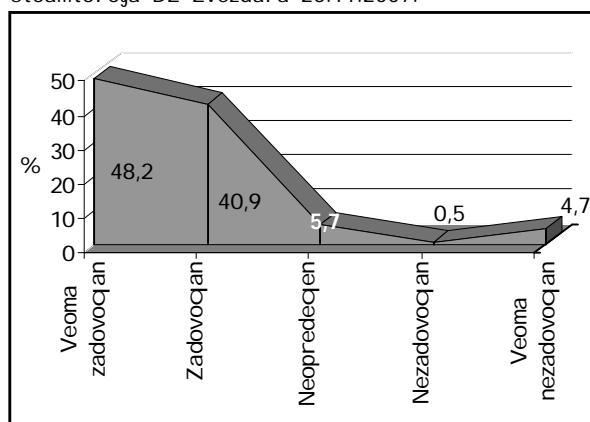
terijalni polo`aj opisalo kao osredwi, a 21,5 odsto kao dobar, i podjednako, odnosno 9,3 odsto, kao dobar, odnosno lo{ .

U stomatolo{ koj slu` bi 70,9 odsto ispitanih pacijenata ima svog stalnog stomatologa, koga je 38,7 odsto u posledwih godinu dana posetilo do dva puta, 35,5 odsto od tri do pet puta, 22,6 odsto vi{ e od { est puta, dok 3,2 odsto pacijenata nije odgovorilo na postavqeno pitawe.

Pribli`no 93 odsto izjavilo je da im se dopada wihov stomatolog, nezavisno od wegovih stru~nih sposobnosti, kao i da je stru~an, da im posve}uje dovoqno vremena prilikom posete i daje im dovoqno informacija o wihovom stawu zdravqã usta i zuba, pri ~emu 77,4 odsto smatra da ne ~eka dugo na prijem u ordinaciju.

Rezultati procewenog stepena op{ teg zadovolqstva korisnika radom stomatologa su slede}i: 52,7 odsto su veoma zadovolqni; 35,4 odsto zadovolqni; 4,3 odsto ni zadovolqni, ni nezadovolqni; 1,1 odsto nezadovolqan i 6,5 odsto su veoma nezadovolqni (**grafikon 4**).

**Grafikon 4.** Op{ te zadovolqstvo korisnika radom stoamtologa DZ Zvezdara 26.11.2007.



### Zadovolqst vo korisnika radom interniste

Analiza odgovora 54 pacijenta koji su u~esovali u anketi na internisti~kom odcqewu slu` be specijalisti~ko-konsultativ-

ne delatnosti pokazuje da je 51,9 odsto ispitanih ka `enskog pola, a 37 odsto mu{ kog, dok 11,1 odsto nije odgovorilo. U starosnoj strukturi dominiraju starije osobe i odrasli i to: 55,6 odsto ~ine pacijenti stariji od 60 godina, a oko tre}ina su odrasli uzrasta 40 do 59 godina. Bra~ni status pokazuje da je 55,6 odsto ispitanih o`eweno/udato; 22,2 odsto su udovci; 14,85 odsto je neo`eweno i 7,4 odsto je razvedeno. Prema nivou obrazowawa najvi{ e ispitanih, wih 59,3 odsto, ima zavr{ enu sredwu { kolu, dok je svoj materijalni polo`aj 48,1 odsto iskazalo kao osredwi, 27,8 odsto kao dobar i podjednako, sa 9,3 odsto, kao veoma dobar, odnosno lo{ .

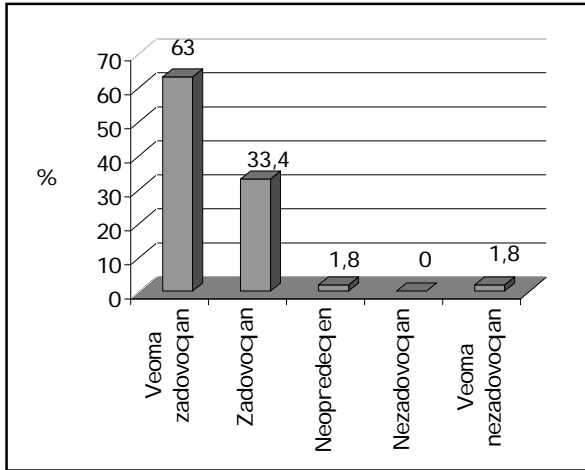
Ve}ina anketiranih (44 ili 81,5 odsto) izjasnilo se da ima svog stalnog lekara. Ispitivawem u~estalosti posete lekaru u specijalisti~ko-konsultativnoj slu` bi utvr}eno je da su ga posledwih godinu dana u 47,9 odsto posetili do dva puta, 29,2 odsto do pet puta, 18,7 odsto { est puta i vi{ e i 4,1 odsto nijednom.

Na osnovu uputa lekara op{ te medicine specijalistu interne medicine 76 odsto anketiranih pacijenata posetilo je na zahtev istog specijaliste 11,1 odsto, na osnovu li~nog zahteva 7,4 odsto, upu}eno od strane drugog specijaliste bilo je 3,7 odsto i kao hitan slu~aj primqeno je 1,8 odsto pacijenata. Zakazanih poseta lekaru specijalisti bilo je u 81,5 odsto slu~ajeva, a u 9,3 odsto slu~ajeva od dana zakaziwawa pro{ lo je do mesec dana.

Nakon posete internisti kod 48,1 odsto dat je plan terapije i vra}eni su svom lekaru, 31,5 odsto je nastavilo le~ewe kod istog specijaliste, 16,7 odsto je upu}eno kod drugog lekara specijaliste i u 3,7 odsto slu~ajeva dato je mi{ cqewe za upu}iwawe na bolni~ko le~ewe.

Op{ te zadovolqstvo lekarima na odcqewu interne medicine pacijenti su izrazili na slede}i na~in: 64,8 odsto je veoma zadovolqno, 27,8 odsto zadovolqno; nijedan neopredecen, ni nezadovolqan, i 7,4 veoma nezadovolqno (**grafikon 5**).

**Grafikon 5.** Op{te zadovoljstvo korisnika radom interniste DZ Zvezdara 26.11.2007.



## Zakqu~ak

Na osnovu analiziranog materijala mo`emo zakqu~iti da je ve}ina anketiranih pacijenata u visokom procentu zadovoljna kvalitetom rada lekara zaloslenih u Domu

zdravqa Zvezdara. Najvi}e veoma zadovoljnih i zadovoljnih korisnika registrovano je u op{toj medicini i specijalisti~ko-konsultativnoj delatnosti kod interniste, dok su najneodlu~niji anketirani u slu`bi za zdravstvenu za{titu `ena. U pore|ewu sa sli~nim istra`ivawima, sprovedenim u prethodne tri godine, mo`e se uo~iti ne{to ve}a kriti~nost pacijenata u smislu preciznijeg ocewivawa op{teg zadovoljstva korisnika radom lekara i samim tim pove}awe kategorije zadovoljnih, odnosno nezadovoljnih, pri ~emu je ovog puta evidentiran zna~ajno ve}i broj veoma zadovoljnih.

Polaze}i od shvatawa da je u planirawu i realizaciji zdravstvene za{tite aktivna participacija gra|ana sastavni deo zdravstvenog sistema, posebno na nivou primarne zdravstvene za{tite, ovim je ujedno ispuwen jedan od bitnih preduslova u ostvarivawu pozitivnih efekata zdravstvene za{tite - u-estvovawe pojedinca u svim eta-

## Literatura

1. Donabedian A.: Exploration in quality Assessment and Monitoring, vol. I, Health Administration Press, 1980.
2. V. Cuci}: Teorijske osnove za procenu kvaliteta rada u zdravstvenoj delatnosti, Tehnologija u zdravstvenoj za{titi, Republi~ki SI Z zdravsteene za{tipe, Beograd, 1981.
3. Zakon o zdravstvenoj za{titi, Slu`beni glasnik RS, broj 17/92.
4. Pravilnik o na~inu i postupku sprovo|ewa nadzora nad stru~nim radom u zdravstvenoj delatnosti, Slu`beni glasnik RS, broj 27/93.
5. Cuci} V.: Terminolo{ki re~nik kvaliteta u zdravstvenoj za{titi, Beograd 2000.
6. GZZZ Beograd: Kvalitet u zdravstvenoj za{titi, Dani Zavoda - 21. stru~na konferencija, Beograd, 2001.
7. FON: Odnosi s javno{ }u i poslovna komunikacija, Ve}tine i tehni~ke komunikacije zdravstvenih ustanova, Beograd, 2005.

## Demografske i vitalne karakteristike stanovništva Pomoravskog okruga\*

D. Radovanovi }<sup>1</sup>

---

## Demographic and Vital Characteristics of inhabitants of Pomoravlje County

D. Radovanovi }

---

**Sa`etak.** *Populaciona dinamika je u Pomoravskom okrugu multifaktorski determinisana i karakteristična u kretanju stanovništva vezana za veliki broj čimbenika privremenom radu u inostranstvu koji stalno povlače za sobom mladu populaciju, a ostaju staračka domaćinstva, što je posebno karakteristično za općine Despotovac i Svilajnac. Iz općine Rekovac, koja spada u red nerazvijenih općina i ima uglavnom ruralno stanovništvo, mlada populacija se iseljava u okolne gradove. Stanovništvo ovih općina spada u red vrlo starijeg stanovništva, jer se procenat starijeg od 65 godina kreće od 24,2% do 31,4%, tako da se ceo okrug sa 21,2% starijeg stanovništva nalazi u podmarkloj fazi demografskog staranja, indeks staranja je takođe vrlo visok i iznosi 1,2.*

*Demografski procesi se karakterišu opadanjem broja stanovnika između dva zadnja popisa u proseku za 14%, i za dva odsto od popisa 2002. do 2006. godine, niskom natalitetom od 8,8% i visokom mortalitetom od 16,9% na 1000 stanovnika, a samim tim i negativnom prirodnom priraštajem – 7,5%. Stope smrtnosti i odojčadi, male dece i mrtvorodenost spadaju u red niskih stopa.*

**Ključne reči:** *Stanovništvo, natalitet, moralitet, prirodni priraštaj.*

**Summary.** *The dynamics of population in Pomoravlje county is determined by various factors and is characterized by specific population fluctuations. This is in connection with the fact that a large number of people temporarily working abroad represent mostly young population, while older people remain in the households – a trend that is especially characteristic of Despotovac and Svilajnac municipalities. In the predominantly rural and largely underdeveloped municipality of Rekovac, younger population migrates to nearby towns. The population of these municipalities is characterized as very old, since the percentage of people who are more than 65 years old is from 24.2% to 31.4%. The county as a whole has 21.2% of old population, which means that it is at a later stage of demographic aging. The aging index is also very high – 1,2.*

*Demographic processes are characterized by an average 14% decrease in population between the last two population counts, as well as an average 2% decrease from 2002 to 2006. With birth rates very low (8,8%), and death rates high (16,9 out of 1000 citizens), the population growth rates are negative (7.5). Death rates in infants and children, as well as stillbirth rates are low.*

**Key words:** *Population, birth rates, death rates, population growth rates.*

---

<sup>1</sup>Dr Dragana Radovanovi }, Zavod za javno zdravstvo u prija „Pomoravce“ u prija.

\*Iz: „Medicinski časopis PONS“, 8. maj 2008.

## Uvod

Podaci o broju i strukturi stanovništva dobijaju se metodom popisa stanovništva u određenom kritičnom momentu. Prema međunarodnim dogovorima, popis stanovništva vrši se svake desete godine. Brojnost stanovništva na određenom području je pokazatelj neophodan kao osnova za izradu određenih zdravstvenih indikatora, a tako je i značajna pri donošenju određenih programa zdravstvene zaštite i planiranja mreže i kapaciteta zdravstvenih ustanova. Kako vrednost ovog parametra može značajno da varira između dva popisa, s obzirom na uslove života u savremenom svetu i nepredvidive događaje koji bitno utiču na demografska kretanja, to se za razdoblje između njih pribegava donošenju određenih procena. Analizirane kretanja broja stanovnika ukazuje na intenzitet promena u broju stanovnika, tendenciju izmenjivosti populacije u gradskim i seoskim područjima itd.

## Teorija okruga, brojnost i gustina nasećenosti

Pomoravski okrug se prostire na površini od 2615 kilometara kvadratnih, sa 190 naseља, 227435 stanovnika po popisu iz 2002. godine i prosečnom gustinom nasećenosti

od 87 stanovnika po kvadratnom kilometru. Pomoravskom okrugu pripada šest opština: Despotovac, Jagodina, Parajin, Rekovac, Svilajnac i Juprija. Najveća površina ima opština Despotovac, a najveći broj stanovnika opština Jagodina, koja ima i najveći broj naseља, najveću gustinu nasećenosti i sedište je Okruga (**tabela 1**).

U periodu između dva popisa (**tabela 2**), stanovništvo Pomoravskog okruga brojano je smanjeno za 36673 lica, odnosno za 13,9 odsto. Dakle, na teritoriji okruga postoji tendencija depopulacije koja je najviše izražena u opštinama Despotovac za 24,4 odsto i Svilajnac za 23 odsto, koje imaju veliku migraciju stanovništva u inostranstvo, i Rekovac za 20,3 odsto, gde dominira staro stanovništvo, a najviše u Jagodini 8,2 odsto. U strukturi stanovništva zastupljenije je seosko stanovništvo sa 57,1 odsto, ali se može primetiti u odnosu na prethodni popis smanjenje seoskog stanovništva za 10,2 odsto, a povećanje gradskog zbog sve veće migracije stanovništva iz sela u gradove. Jedino je u opštini Juprija znatno više stanovništva 61,3 odsto u gradu nego na selu, dok je u opštini Rekovac kompletno seosko stanovništvo.

Prosečni broj stanovnika u 2006. godini, prema podacima Republičkog zavoda za statistiku, ukazuje na daći pad broj stanovnika na celom području okruga za dva odsto za protekle 10 godina od poslednjeg popisa.

**Tabela 1.** Opštine Pomoravskog okruga sa brojem naseља i gustinom nasećenosti po popisu 2002. godine

Red. br.	Opštine	Br. naseља	Br. stanovnika	Površina u km <sup>2</sup>	Prosečna gustina nasećenosti
1.	Despotovac	33	25611	623	41,1
2.	Jagodina	52	79894	470	150,8
3.	Parajin	35	58301	542	107,6
4.	Rekovac	32	13551	366	37,0
5.	Svilajnac	22	25511	326	78,3
6.	Juprija	16	33567	288	116,6
<b>Pomoravski okrug</b>		<b>190</b>	<b>227435</b>	<b>2615</b>	<b>87,0</b>

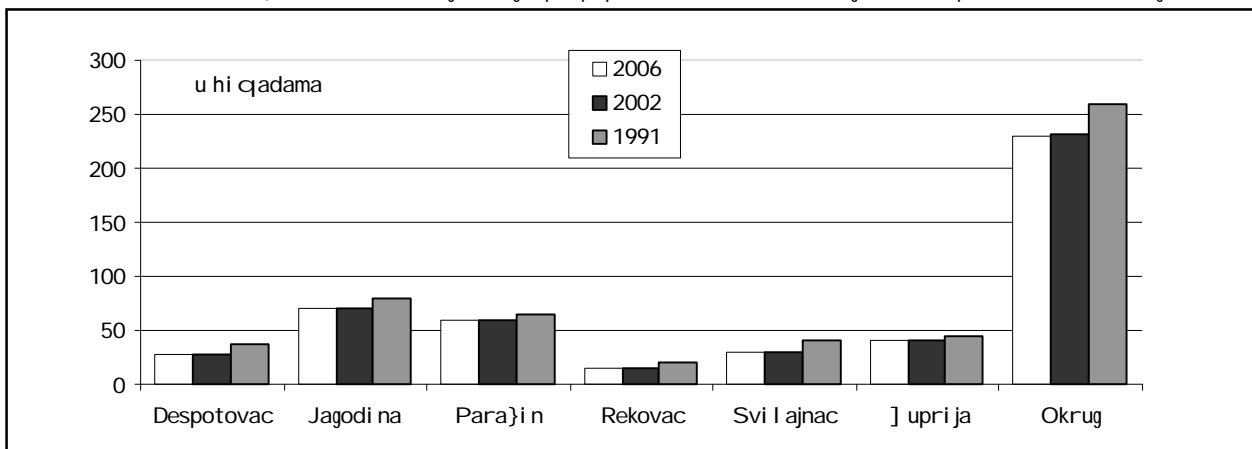
**Tabela 2.** Stanovni { tvo Pomoravskog okruga u op{ ti nama prema popi su iz 1991. i 2002. godine

Red. br.	Op{ tine	Godi na	Ukupno	%	Gradsko	%	Seosko	%
1.	Despotovac	1991.	33869	100	6683	20,3	27006	79,7
		2002.	25611	100	6728	26,3	18883	73,7
2.	Jagodi na	1991.	77226	100	37560	48,6	39666	51,4
		2002.	70894	100	35589	50,2	35305	49,8
3.	Para}in	1991.	64119	100	25567	39,9	38552	60,1
		2002.	58301	100	25292	43,4	33009	56,6
4.	Rekovac	1991.	17011	100	1916	11,3	15095	88,7
		2002.	13551	100	0	0	13551	100,0
5.	Svi l ajnac	1991.	33136	100	9622	29,0	23514	71,0
		2002.	25511	100	9395	36,8	16116	63,2
6.	] upri ja	1991.	38747	100	21367	55,1	17380	44,9
		2002.	33567	100	20585	61,3	12982	38,7
Pomoravski okrug.		1991.	264108	100	102895	38,9	161213	61,1
		2002.	227435	100	97589	42,9	129846	57,1

**Tabela 3.** Proceweni broj stanovnika Pomoravskog okruga u 2006. godini u odnosu na popis iz 2002. godine

Godi na	Despotovac	Jagodi na	Para}in	Rekovac	Svi l ajnac	] upri ja	Okrug
2002.	25611	70894	58301	13551	25511	33567	227435
2006.	24999	70566	57926	12941	25314	33128	224874
I ndeks 06/02	0,97	0,99	0,99	0,95	0,99	0,98	0,98

**Graf ikon 1.** Stanovni { tvo Pomoravskog okruga po popi si ma 1991. i 2002. godine i proceni za 2006. godi nu.



### ***Biolo{ ki sast av stanovni{ t a***

#### ***Struktura stanovni{ t va prema polu***

Polna struktura, odnosno odnos broja mu{ karaca i `ena, odre|en je biolo{ kim i

socijalnim faktorima, tj. zavisi od polne strukture `ivoro|enih i umrlih, migracionih kretawa i dejstva nekih spoqnih faktora (ratova), kao i od razvijenosti i kori{ }ewa zdravstvene slu`be, posebno jedi nica za zdravstvenu za{ titu `ena.

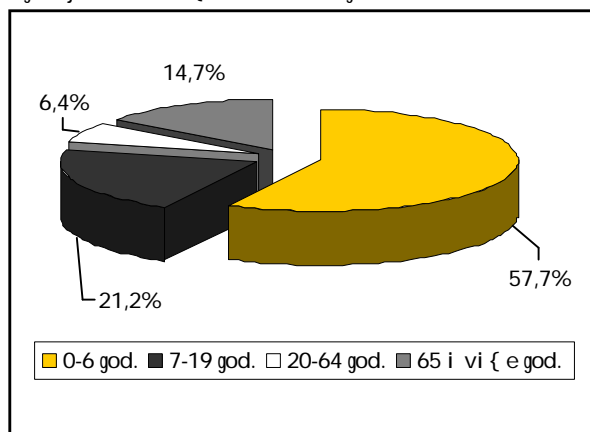


**Tabela 4.** Stanovništvo Pomoravskog okruga prema polu, po popisu iz 2002. godine

Opštine	Muškarci		Žene		Žene fertileznog perioda	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Despotovac	12561	49,0	13050	51,0	5243	40,2
Jagodina	34368	48,5	36526	51,5	16641	45,6
Paraćin	28375	48,7	29926	51,3	13526	45,2
Rekovac	6591	48,6	6960	51,4	2322	33,4
Svilajnac	12138	47,6	13375	52,4	5525	41,3
Župrija	16163	48,2	17404	51,8	7730	44,4
<b>Pomoravski okrug</b>	<b>110196</b>	<b>48,5</b>	<b>117239</b>	<b>51,5</b>	<b>50987</b>	<b>43,5</b>

**Tabela 5.** Broj i procentualna udjelna pojedinih kategorija stanovnika Pomoravskog okruga u 2002. godini

Red. br.	Kategorije stanovništva	Opština													
		Despotovac		Jagodina		Paraćin		Rekovac		Svilajnac		Župrija		Okrug	
		Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
1.	Predškolska deca 0-6 god.	1670	6,5	4506	6,4	3861	6,6	641	4,7	1740	6,8	2042	6,1	14460	6,4
2.	Predškolska deca i omladina 7-19 god.	3609	14,7	10475	14,8	9023	15,5	1620	12,0	3646	14,3	5110	15,2	33483	14,7
3.	Radno aktivno stanovništvo 20-64 god.	14149	55,2	42574	60,1	34156	58,6	7032	51,9	13800	54,1	19579	58,3	131290	57,7
4.	Starije generacije stanovništvo 65 i više god.	6183	24,1	13339	18,8	11261	19,3	4258	31,4	6325	24,8	6836	20,4	48202	21,2
<b>Ukupno</b>		<b>25611</b>	<b>100</b>	<b>70894</b>	<b>100</b>	<b>58301</b>	<b>100</b>	<b>13551</b>	<b>100</b>	<b>25511</b>	<b>100</b>	<b>33567</b>	<b>100</b>	<b>227435</b>	<b>100</b>

**Grafikon 2.** Procentualna struktura pojedinih kategorija stanovništva u 2002. godini.

Polna struktura nema direktnog značaja za zdravstveno stanje stanovništva, ali je značajna za izračunavanje nekih stopa i za određivanje specifičnog morbiditeta i mortaliteta.

Iz **tabele 4** se vidi da je po popisu iz 2002. godine udeo stanovnika ženskog pola nešto veći 51,5 odsto, što je karakteristika razvijenih zemalja, odnosno pokazatelj dobre socioekonomske razvijenosti i nivoa zdravstvene zaštite žena. Od ukupnog broja stanovništva ženskog pola 43,5 odsto je žena fertileznog perioda koje predstavljaju biološki potencijal stanovništva na osnovu koga se planira populaciona politika.

## Struktura stanovništva prema starosti

Na starosnu strukturu stanovništva utiče prirodno kretanje (rađawe i umirawe), ali i mehaničko kretanje stanovništva, migracije. Poznavawe starosne strukture stanovništva daje nam sliku starosti populacije u celini na osnovu koje se određuju prioritetni zdravstveni problemi i planirana zdravstvena zaštita.

Iz navedenih podataka o starosnoj strukturi stanovništva može se uočiti da stanovništvo Pomoravskog okruga pripada, po Sundbergu, takozvanom regresivnom biološkom tipu stanovništva, a po zrelosti spada u grupu vrlo starog stanovništva, s obzirom da je udeo stanovnika starijih od 65 godina 21,2 odsto. Taj udeo je najviši u opštini Jagodina 18,8 odsto, a najveći u opštini Rekovac, čak 31,4 odsto, koji spada u red nerazvijenih, ruralna opština sa najvećim brojem starijih domaćinstava, zbog migracije mladih u okolne

gradove. Opštine Svilajnac i Despotovac takođe imaju veliki udeo stanovnika preko 65 godina, 24,8 odsto, odnosno 24,1 odsto. Za ove opštine je karakteristična migracija velikog dela stanovništva u inostranstvo, koji stalno povlače za sobom mladu populaciju, a ostaju staračka domaćinstva. Indeks starawa stanovništva okruga je takođe visok, 1,2, što pokazuje da postoji proces izraženog starawa stanovništva, jer se smatra da je starawe stanovništva počelo kada je vrednost ovog pokazateља od 0,4. Indeks starawa predstavља odnos procentualnog udela stanovništva preko 60 godina i stanovništva do 19 godina.

## Vitalne karakteristike stanovništva Pomoravskog okruga

Stanovništvo, kao dinamična pojava stalno se menja, kreće. Prirodno kretanje stanovništva podrazumeva promene u ukupnom broju stanovnika kao posledica rađawa

Tabela 6. Pokazateљи starosti stanovništva okruga prema popisu 2002. godine

Pokazateљ starosti	Despotovac	Jagodina	Paraćin	Rekovac	Svilajnac	Љuprija	Okrug
Zrelost stanovništva (%)	24,0	18,6	18,9	31,1	24,5	20,1	20,7
Indeks starawa.	1,5	1,1	1,1	2,3	1,4	1,2	1,2

Tabela 7. Vitalni pokazateљи stanovništva Pomoravskog okruga u 2005. godini

Red. br.	Opštine	@I VOROŠENI		UMRLI						Stopa smrtnosti odoj-adi	Stopa prirodnog pri rađanja	MRTVOROŠENI	
				Ukupno		Odoj-adi		Deca 1-6 god.					
		Broj	Stopa mortaliteta	Broj	Stopa mortaliteta	Broj	%	Broj	%			Broj	%
1.	Despotovac	184	7,2	466	18,2	1	0,21	1	0,2	5,4	-11,0		
2.	Jagodina	721	10,2	1097	15,5	5	0,46	1	0,1	6,9	-5,3	6	8,3
3.	Paraćin	538	9,2	930	15,9	6	0,65			11,2	-6,8	3	5,6
4.	Rekovac	82	6,0	294	21,7						-15,6		
5.	Svilajnac	211	8,3	488	19,1	2	0,41			9,5	-10,9		
6.	Љuprija	279	8,3	559	16,6	1	0,18	1	0,2	3,6	-8,3		
	<b>Pomoravski okrug</b>	<b>2013</b>	<b>8,8</b>	<b>3834</b>	<b>16,9</b>	<b>15</b>	<b>0,39</b>	<b>3</b>	<b>0,1</b>	<b>7,5</b>	<b>-8,0</b>	<b>9</b>	<b>4,5</b>

(natalitet) i umirawa (mortalitet). Broj ro|enih je pozitivna a broj umrlih negativna komponenta kretawa stanovni{tva. Na dinamiku prirodnog kretawa stanovni{tva uti~e niz faktora: nasledni, socijalno-ekonomski, dinamika obolewawa, sklapawa i razvoda brakova i dr. Posledwi zvan~no objavqeni vitalni pokazateqi za teritoriju Pomoravskog okruga, od strane Republi~kog zavoda za statistiku, su za 2005. godinu.

Natalitet, ra|awe, jeste pozitivan fenomen u prirodnom kretawu stanovni{tva koji dovodi do wegovog pove}awa. Na visinu stope nataliteta uti~e struktura stanovni{tva prema starosti, polu, socijalno-ekonomske prilike, tradicija, kultura, religija, psiholo{ki ~inoci i dr. U razvijenim zemqama stope nataliteta su u laganom opadawu, a u na{oj zemqi su izuzetno niske odnosno nepovoqne.

Broj `ivoro|enih u Pomoravskom okrugu je u stalnom padu, kako u apsolutnim vrednostima tako i u stopama, u svim op{tinama. Prema SZO faza nepovoqnog nataliteta je stopa ispod 12‰. U 2005. godini **stopa nataliteta** za okrug je 8,8 pri ~emu je najni`a u Rekovcu 6,0, a najvi{a u Jagodini 10,2.

**Mortalitet**, umirawe, jeste negativna vitalna komponenta i od velikog je zna~aja u oceni zdravstvenog stawa stanovni{tva. Op{ta stopa mortaliteta, odnosno ukupan broj umrlih u Pomoravskom okrugu je visok i u stalnom je porastu, vezano za sve izra`enije starewe stanovni{tva. Prose~na stopa za Okrug je 16,9, a najvi{u stopu ima op{tina Rekovac jer je to op{tina sa najstarijom populacijom.

**Mortalitet odoj~adi** je jedan od najbitnijih indikatora socioekonomskih prilika i funkcionisawa zdravstvene za{tite `ena i dece. Stope smrtnosti odoj~adi su niske ve`du`i vremenski period u Okrugu; za 2005. godinu je stopa 7,5 a tolerantna granica za Evropu je 20. Najvi{u stopu smrtnosti odoj~adi u okrugu ima op{tina Para}in 11,2.

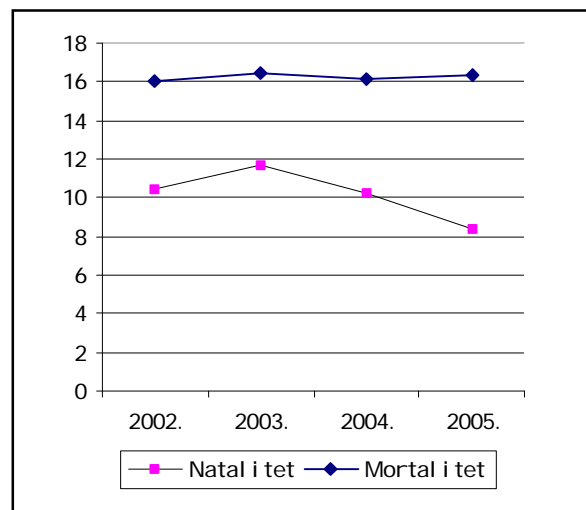
**Stopa mrtvoro|enih**, odnosno mortinataliteta u Okrugu je tako|e niska 4,5, jer postoji odgovaraju}a i dobro razvijena zdrav-

stvena za{tita trudnica, dok se komplikovane trudno}e tretiraju u visoko specijalizovanim ustanovama tercijalnog nivoa zdravstvene za{tite.

**Proporcionalna smrtnost dece do pet godina** se odnosi na procentualno u~e}e u ukupnoj smrtnosti i iznosi 0,1 odsto, {to je niska stopa (niska stopa ispod dva odsto) i pokazateq je dobrog zdravstvenog stawa i zdravstvene za{tite male dece.

**Prirodni prira{taj** predstavqa razliku izme|u apsolutnog broja `ivoro|enih i umrlih na jednoj teritoriji. Izra`ava se stopom na 1000 stanovnika i za teritoriju Okruga za 2005. godinu iznosi -7,5, pa se mo`e govoriti o velikoj biolo{koj regresiji stanovni{tva, jer jo{ od sredine osamdesetih godina prirodni prira{taj ima negativnu vrednost.

**Grafikon 3.** Trend kretawa stope nataliteta i mortaliteta u periodu 2002 - 2005. godina.



## Zakqu-ak

Demograf ska situacija Pomoravskog okruga je zabriwavaju}a {to zahteva sveobuhvatno sagledavawe problema s obzirom na kompleksnu osnovu reproduktivnog pona}awa u savremenom dru{tvu vezanog za porast proporcije aktivnog `enskog stanovni{tva, vi{i nivo obrazowawa, promenu polo`aja

ene u dru{tvu i porodici, planirawe porodice, smawewe raznih uticaja tradicije. kasnije stupawe u brak, mogu}nost ostvarivawa vi{eg standarda `ivota i sl. Procesi ndustrijalizacije i urbanizacije uticali su na prelazak seoskog stanovni{tva u gradove i na prelazak neaktivnog `enskog stanovni{tva u aktivno.

Najva`nji ciqevi razvoja stanovni{tva jesu suzbijawe postoje}ih negativnih pojava i postizawe stabilizacije rasta stanovni{tva do nivoa potrebnog za obnavqawe stanovni{tva, zatim poboq{awe zdravstvenog

stawa i smawewe smrtnosti, racionalni teritorijalni razvoj i smawewe iseqvawawa stanovni{tva.

Navedeni ciqevi razvoja stanovni{tva mogu se ostvariti integralnim ekonomskim i socijalnim razvojem i pored op{tih mera treba utvrditi i konkretne kratkoro~ne mere populacione politike i dugoro~ne mere za razvoj stanovni{tva na ~ijem bi se sprovo|ewu, uz dr`avne organe, anga`ovali i drugi relevantni dru{tveni ~inioci.

### **Lit eratura**

1. Ba{i} S., Jovi} S.: Merewe zdravstvenog stawa stanovni{tva, Ni{.1995.
2. \oki} D.: Zdravstveno stawe stanovni{tva Srbije 1986-1996, analiti~ka studija, Beograd 1998.
3. Radovanovi} D.: Analiza zdravstvenog stawa stanovnika Pomoravskog okruga u 2005 ] uprija, 2006.
4. Zavod za za{titu zdravqa „Pomoravqe“ ] uprija: Statisti~ki prikaz zdravstvene delatnosti na teritoriji Pomoravskog okruga i pojedinih pokazateqa zdravstvenog stawa u 2004., ] uprija, 2005.
5. Zavod za javno zdravqe „Pomoravqe“ ] uprija: Statisti~ki prikaz zdravstvene delatnosti na teritoriji Pomoravskog okruga i pojedinih pokazateqa zdravstvenog stawa u 2005., ] uprija, 2006.
6. Republi~ki zavod za statistiku: Vitalni pokazateqi stanovni{tva Pomoravskog okruga za 2002-2003 godinu, Kragujevac, 2005.
7. Republi~ki zavod za statistiku: Popis stanovni{tva Srbije 1991, Kragujevac, 1992.
8. Republi~ki zavod za statistiku: Popis stanovni{tva Srbije 2002, Kragujevac 2003.
9. Republi~ki zavod za slatistiku: Procena broja stanovnika Pomoravskog okruga u 2006, Kragujevac. 2007.
10. Institut za zdravstvenu za{titu majke i deteta Srbije: Obnavqawe stanovni{tva i za{tita reproduktivnog zdravqa, Beograd, 1999.
11. Jevtovi} I.: Metodologija nau~nog istra`ivawa u medicini, Kragujevac. 2005.

## Zastupčenost mleka i mle-nih proizvoda u dru{ tvenoj ishrani pred{ kolske dece u Ni{ kom okrugu

K. Lazarevi },<sup>1</sup> L. Bo{ kovi }<sup>2</sup>

---

### Frequency of Milk and Dery Producs in Meals of pre-school children of Nis District

Konstansa Lazarevic, M. D., B sc, D. P. H.; Lazar Boškovic, M.D.

---

**Sa` et ak.** Ciq ovog ist ra` ivawa bio je da se ut vrđi zast upčenost i vrste mleka i mle-nih proizvoda u obroci ma pred{ kolskih ust anova. Dobijeni rezult at i su t uma~eni u skladu sa Pravil nikom i savremenim preporu kama. I st ra` ivawe je sprovedeno t okom 2007. godine u pet pred{ kolskih kuhi wa Ni{ kog okruga. Uzorkovano je 40 obroka koji ma je od re|ivana energet ska vrednost i merena koli ~ina mleka i mle-nih proizvoda u obroku. Zast upčenost mleka i mle-nih proizvoda u de~jem obroku bila je ni` a od predvi |ene Pravil nikom (prose~no 17.2% ukupnog energet skog unosa), naro~it o u t oku t oplijeg dela godi ne (13,6%). Deca su u vrt i }u prose~no unosila 1,21 porciju mleka i mle-nih proizvoda (preporuke su dve porcije/dnevno). Najve}u zast upčenost me|u ovom grupom namirni ca imali su jogurt i kiselo mleko (40,8%) i mleko (33,6%), a najmawu sir (9,6%).

Mleko i mle-ni proizvodi bi u de~jem obroku t rebali biti ~e{ }e zast upčeni. Neophodno je sprovest i anket u ishrane da bi se ut vrđilo u kojoj meri se ovaj nedost at ak koriguje u ishrani kod ku}e.

**Kqu-ne re-i:** Mleko i mle-ni proizvodi, pred{ kolske ust anove, obroci.

**Summary.** The purpose of this research was to establish the frequency and type of milk and milk products in meals pf pre-school establishments. The results were interpreted in accordance with the Regulations and contemporary recommendations. The research was conducted during 2007, in 5 pre-school kitchens of the Nis District. Samples were taken from 40 meals in order to determine energetic values and the amount of milk and milk products in them. The part of milk and milk products in meals for children was lower than the level required by the Regulations (averagely 17.2% from total energy intake), especially during the warm part of the year (13.6%). Children in kindergartens averagely ingested 1.21 rations of milk and milk products (the recommended quantity is 2 rations per day). The greatest frequency in this category belonged to yogurt and curdled milk (40.8%) and milk (33.6%) and the least to cheese (9.6%).

Milk and milk products in children's meals ought to be more frequent. It is necessary to conduct a survey of nutrition in order to determine whether this lack is corrected in nutrition at home.

**Key words:** Milk and milk products, preschool centres, meals.

---

#### Uvod

Namirnice koje koristimo u ishrani u detiwstvu, kao i lo{ e navike u ishra-

ni koje usvojimo u tom periodu `ivota ~esto mogu biti i prisutne u odraslom dobu.<sup>1, 2</sup>

---

<sup>1</sup> Mr sc. dr Konstansa Lazarevi }, I nstitut za javno zdravqe Ni{ .

<sup>2</sup> Dr Lazar Bo{ kovi }, I nstitut za javno zdravqe Ni{ .

Mleko i mle~ni proizvodi predstavljaju va`an deo ishrane dece i odraslih kao izvor energije, proteina, masti, vitamina i minerala.

Odgovaraju}i unos mleka i mle~nih proizvoda kod dece neophodan je za normalan rast i razvoj zahvaquju}i visokom sadr`aju kalcijuma i proteina kao i insulinu sli~nog rastu}eg faktora 1.<sup>3, 4</sup> Nutrijenati prisutni u mleku i mle~nim proizvodima u odraslom dobu protektivno uti~u na nastanak gojaznosti, hipertenzije, dijabetesa tip 2, osteoporoze, kamena u bubregu i nekih karcinoma.<sup>5</sup>

Ci q ovog rada jeste da ispita zastupc`enost mleka i mle~nih proizvoda u ishrani dece u skladu sa pozitivnim zakonskim propisima i svetskim preporukama.

## Met od rada

Istra`ivawe je sprovedeno u toku 2007. godine u pet centralnih kuhinja (Ni{, Meroina, Gaxin Han, Svrqig i Ra`aw) Ni{kog okruga. Iz kuhinja je metodom slu`ajnog uzorka, u nenajavc`ene dane, uzorkovano 40 celodnevnih obroka (dorunak, ruak i dve u`ine), po deset obroka u svakom kvartalu. Obroci su bili identini obroku koji su dobijala deca.

Energetska vrednost obroka odredivana je standardnim hemijskim metodama u laboratoriji Centra za higijenu i humanu ekologiju Instituta za javno zdravc`e Ni{. Koli~ina mleka i mle~nih proizvoda (u grama) merena je na elektronskoj vagi i izra`ena preko porcija. Udeo mleka i mle~nih

proizvoda u obrocima u kojima su kori{ }eni za pripremu izraunavan je na osnovu recepture.

Rezultati su tuma`eni prema preporukama svetskih agencija,<sup>6,7,8</sup> a koji su preporuke za unos mleka i mle~nih proizvoda izra`avali brojem porcija (**tabela 1**).

## Rezultati

Prose~ne energetske vrednosti i broj porcija mleka i mle~nih proizvoda u analiziranim obrocima (kvartalno) prikazane su na **tabeli 2**.

U toku 2007. godine prose~na energetska vrednost obroka nije se u odnosu na kvartale zna~ajno razlikovala, i bila je ne{to ni`a od preporu~ene. U periodu april-jun zabele`eno je zna~ajno mawe u`e }e mleka i mle~nih proizvoda u ukupnoj energetske vrednosti pred{ kolskog obroka.

Koli~ine namirnica u dnevnom obroku pokazivale su velike varijacije; deca su

**Tabela 1.** Preporuke za unos mleka i mle~nih proizvoda kod pred{ kolske dece

Agencija	Uzrast (god.)	Preporuke (porcija)
My Pyramid (6)	2-3	2
	4-8	2
American Heart Association (7)	1-3	2
	4-8	2
Institute of Medicine/National Academy of Science (8)	2-5	2

**1 porcija** - mleko - 244 g; jogurt - 245 g; sir - 50 g; puding 245 g

**Tabela 2.** Prose~na energetska vrednost, broj porcija mleka i mle~nih proizvoda u obroku i u`e }e u ukupnoj energetske vrednosti obroka.

Sezona	Energetska vrednost (kcal)	Porcija	U`e }e (%)
Januar-mart	967,6	1,55	17,8
April-jun	1099,2	0,91	13,6
Jul-septembar	1083,6	1,16	19,4
Oktobar-decembar	1060,4	1,38	18,2
<b>Ukupno</b>	<b>1052,7</b>	<b>1,21</b>	<b>17,2</b>

**Tabela 3.** Količina mleka i mlečnih proizvoda u analiziranim celodnevni m obrocima

Nami rni ca	Porci ja (broj)	
	SV±SD	Min- max
Ml eko	0,43±0,63	0,66–1,04
Ki sel o-ml e-ni proizvodi	0,50±0,44	0,21–1,63
Sir	0,19±0,41	0,5–1,47
Ml e-ne posl asti ce	0,19±0,40	0,44–1,65
<b>Ukupno</b>	<b>1,21±0,56</b>	<b>0,5- 5,3</b>

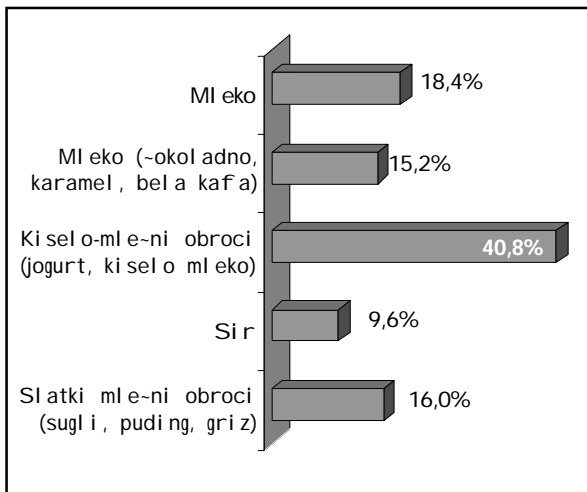
**Tabela 4.** Broj porcija mleka i mlečnih proizvoda u analiziranim celodnevni m obrocima

Porci ja (broj)	Obroci (broj)
< 1	14 (35%)
≥ 1	26 (65%)

prosečno unosila 1,21 porciju mleka i mlečnih proizvoda (**tabela 3**).

Više od jedne trećine analiziranih obroka sadr`alo je mawe od jedne porcije mleka i mlečnih proizvoda (**tabela 4**).

Najzastupčeniiji mlečni proizvodi u dešjem obroku (**grafikon 1**) bili su kiselo-mlečni proizvodi kao što su jogurti, kiselo mleko (40,8%) i mleko: obično mleko (18,4%) i zasla|eno mleko (bela kafa, karamel i šokoladno mleko 15,2%). Značajan

**Grafikon 1.** Učest`oće pojedinih namirnica u ukupnom dnevnom unosu mleka i mlečnih proizvoda.

deo mleka deca su unosila preko poslastica sa mlekom (16%).

## Diskusija

Prosečna energetska vrednost i učest`oće mleka i mlečnih proizvoda u energetske vrednosti obroka u nađoj studiji su nešto niže od preporučenih važećim Pravilnikom<sup>9</sup>. Zastupčenost ove grupe namirnica bila je dosta niža u periodu april-jun (samo 13,6% od preporučenih 20%). Mleko i mlečni proizvodi predstavljaju epidemiološki rizik i ne namirnice<sup>10</sup> i najverovatnije se iz tog razloga mawe ukqu-uju u obrok u toku toplih meseci.

Više od jedne trećine analiziranih obroka u nađoj studiji imala je u sastavu mawe od jedne porcije mleka i mlečnih proizvoda. Nedovoćna zastupčenost ovih proizvoda zapa`ena je i u društvenoj ishrani predškolske dece u Zagrebu (Hrvatska).<sup>11</sup>

Pre bilo kakve korekcije sastava predškolskog obroka trebalo bi sprovesti anketu koja bi imala za cilj da utvrdi koje su namirnice iz grupe mleko i mlečni proizvodi omićene u ishrani dece, i dali i koliko često roditelji ukqu-uju ovu grupu namirnica u sastav dešjeg obroka (u toku večere i u obrocima tokom vikenda).

Istra`ivawe sprovedeno u Hrvatskoj je pokazalo da su mlečni proizvodi koje deca vole sve vrste hladnog mleka i krem sirevi, nasuprot jogurtu i tvrdim sirevima.<sup>12</sup> a da je prosečan dnevni unos mleka u obrocima dece i adolescenata mawi od 0,3 litra.

Ne postoje dokazi da se zamenom punomasnih i delimično obranih mleka i proizvoda od mleka i mlečnih proizvoda sa proizvodima sa niskim procentom masti može prevenirati nastanak gojaznosti kod dece,<sup>13</sup> te je dozvoćena i njihova umerena upotreba u ishrani dece.

U Srbiji se primewuje dobrovoćna fortifikacija mleka vitaminima A i D. Deficiti vitamina A još uvek su prisutni u Srbiji.<sup>14</sup> Ovi proizvodni trebaju se povremeno

ukqu-ivati u obrok u ciqu prevencije deficita.

U na{oj studiji u obroku su od mle~nih proizvoda najzastupqeniji bili kiselo mle~ni proizvodi, kao {to su kiselo mleko i jogurt. Wihova upotreba u ishrani dece preporu~uje se zbog probiotskog dejstva ovih namirnica, a mogu ih koristiti i deca intolerantna na laktozu.<sup>15, 16</sup> Prirodno aromatizovana mleka, ~okoladna mleka, bela kafa, i sli~no, tako|e se preporu~uje u ishrani dece i adolescenata, jer je prime}eno da deca koja ih vi{e konzumiraju, mawe koriste mikronutijentima siroma{na bezalkoholnih pi}a.<sup>17, 18</sup> Meta analiza dosad sprovedenih studija je dokazala da koli~ina kofeina prisutna u ovakvim napicima (npr. bela kafa i ~okoladno mleko) ne uti~e na pona{awe dece, kako se ranije mislilo.<sup>19</sup>

Rezultati studija na `ivotiwama i in vitro studija ne samo da dokazaju ve}i obja{wavaju protektivno dejstvo unosa sira u nastanku karijesa.<sup>20</sup> I maju}i u vidu malu zastupqenost sira u dru{tvenoj ishrani pred-

{kolske dece, wegovo u-e{ }e treba pove}ati. Preporu~ivo je da se pripremaju jela koja sadr`e termi~ki obra|en sir, kako bi se smawio epidemiolo{ki rizik. O~igledno je da i u pogledu izbora mleka i mle~nih namirnica one moraju biti raznoliko zastupqene u de~jem obroku.

## Zakqu-ak

Unos mleka i mle~nih proizvoda u dru{tvenoj ishrani pred{ kolske dece Ni{avskog okruga je nedovoqan, naro~ito u toku letwih meseci. To potvr|uje wihovo u-e{ }e ukupnoj energetske vrednosti obroka (prose~no 17,2%). Koli~ina ovih namirnica u pred{kolskom obroku zadovoqava samo 60% preporu~enih dnevnih potreba (dve porcije dnevno). Neophodno je da se deci u pred{kolskoj ustanovi obezbedi najmawe 1,5 porcija mleka i mle~nih proizvoda. Ta~nu koli~inu i vrste namirnica u pred{kolskom obroku trebalo bi odrediti nakon sprovedene ankete ishrane ove dece.

## Literatura

1. Koivisto Hursti U-K: Factors influencing children's food choice. *Ann Med* 1999;31(Supp 1):26-32.
2. Birch LL: Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999; 19:41-62.
3. Wiley AS. Does milk make children grow? Relationships between milk consumption and height in NHANES 1999-2002. *Am J Hum Biol* 2005; 17:425-41.
4. Huncharek M, Muscat J, Kupelnick B. Impact of dairy products and dietary calcium on bone-mineral content in children: Results of a meta-analysis. *Bone* 2008;43(2): 312-21.
5. McCarron DA, Heaney RP. Estimated Healthcare Savings Associated With Adequate Dairy Food Intake. *American Journal of Hypertension* 2004; 17:88-97.
6. United States Department of Agriculture, Human Nutrition Information Service. MyPyramid. Washington, DC: United States Department of Agriculture: 2005.
7. Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH. et al. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners. Consensus statement from the American Heart Association. *Circulation* 2005; 112:2061-75.
8. Institute of Medicine/National Academy of Science. WIC Food Packages: Time for a Change. Washington, DC: National Academy Press; 2005.
9. Pravilnik o normativu dru{tvene ishrane dece u ustanovama za decu (SL. glasnik RS. br 50/94).
10. Lazarevi} K., Nikoli} M., Stojanovi} D.: Jedan osvrt na mikrobiolo{ku ispravnost mleka i proizvoda od mleka, EKO-konferencija 2004, Novi Sad. *Zbornik radova* 2/2:163-7.
11. Coli} Bari} I., Mirjana Ble-i} M.: Frequency of dairy products in preschool centers' meals with regard to seasons. *Mljekarstvo* 2001; 51 (4): 287-99.
12. Coli} Bari} I.: A comparison of nutrition knowledge, attitudes and dairy consumption of school children according to age and gender. *Mljekarstvo* 2001; 51: 3-14.
13. Kranz S, Lin P, Wastgaf D. Children's dairy intake in the United States: Too little, too fat? *J Pediatr* 2007; 151: 642-6.
14. Kristiforovi} Ili} M. Mikronutrijentne malnutricije. 15 kongres lekara Srbije. *Zbornik sa`etaka* 20, Vrwa-ka Bawa 2005.



15. Sieber R, Stransky M, de Vrese M Lactose intolerance and consumption of milk and milk products. *Z Ernahrungswiss* 1997;36(4):375-93.
16. Sanders ME. Use of probiotics and yogurts in maintenance of health. *J Clin Gastroenterol* 2008;42Suppl 2:71-4.
17. Marshall TA, Eichenberger Gilmore JM, Broffitt B, Stumbo PJ, Levy SM. Diet quality in young children is influenced by beverage consumption. *J Am Coll Nutr* 2005;24(1):65-75.
18. Johnson RK, Frary C, Wang MQ. The nutritional consequences of flavored-milk consumption by school-aged children and adolescents in United States. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:853-6.
19. Stein MA, Krasowski M, Leventhal BL, Phillips W, Bender BG. Behavioral and cognitive effects of methylxanthines. A meta-analysis of theophylline and caffeine. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:284-8.
20. Kashket S, DePaola DP. Cheese consumption and the development and progression of dental caries. *Nutr Rev* 2002 60(4):97-103.

## Beogradski Stomatološki fakultet najstariji u Evropi\*

---

Na dan 27. juna 2008. „Politika“ je na str. 23 objavila noticu o slavcu na Stomatološkom fakultetu, najstarijem na Balkanu. Tako je, 28. juna, na Vidovdan 2008. pojavio se članak na str. 23. u kome se tvrdi da je Stomatološki fakultet najstarija visokoškolska ustanova ovog tipa na prostoru bivše Jugoslavije. Međutim, radi pune istine, moram da istaknem da je taj fakultet i najstariji u Evropi. Naime, raniji sistem školovanja za ovu struku bio je takav da su posle završenog medicinskog fakulteta lekari odlazili u inostranstvo na specijalizaciju za bolesti usta i zuba. Pored toga, postojale su i škole za zvanje zubara-dentiste.

Pre čezdeset godina osnovan je u Beogradu prvi stomatološki fakultet u Evropi, po ugledu na američki sistem, a po ideji profesora Qubomira \okovi}a, koji je bio i prvi dekan. Kao američki \ak, profesor \okovi} je uoio praktičnu stranu osamoštačewa stomatologije iz okvira medicine,

s obzirom na to da su studenti u toku čestogodišwe nastave već od prvog semestra upućivani u program stomatologije, ne zapostavljaju}i pri tom opštu medicinu, budu}i da je program za prva četiri semestra potpuno identičan i uzajamno priznat na oba fakulteta. U preostalim osam semestara zastupčeni su svi predmeti opšte medicine, izuzev ginekologije i pedijatrije, naravno sa akcentom na predmete stomatološke struke.

Ubrzo su i sve zemčewe Evrope, kao i ostatak sveta, prihatile ovaj sistem kao svrsishodniji. Kao relativno mlada nauka, stomatologija se iz dana u dan sve višeeiri i produbčuje tako da je nastala potreba za specijalistima iz raznih oblasti. Danas već imamo desetak specijalizacija u ovoj nauci. Utoliko pre izgleda besmisleno skraćivawe nastave na Medicinskom i Stomatološkom fakultetu sa dvanaest na deset semestara tokom sedamdesetih godina, čto je posebna tema.

*Prim. dr Zoran Marinkovi}, Beograd*

---

\* Iz: „Politika“ 2. jul 2008.

## Dva veka školstva u Srbiji (1808-2008)\*

---

Jednu od ključnih uloga u osnivanju Velike škole imao je Dosi te Obradovi}. Jedin se on, na poziv Kara|or|a, vratio iz inostranstva u Srbiju da svojim znanjem i iskustvom pomogne ustanak. Prošle godine, 28. maja, emitovana je prigodna marka povodom povratka Dosi teja Obradozi}a u otadžbinu. On je zajedno sa Ivanom Jugovi}em, koji je u to vreme bio verovatno najbolje obrazovani Srbin koji je `iveo i radio u domovini, napravio prosvetni plan. Prema Vuku Karaxi}u zamisao o osnivanju Velike škole pripada upravo Ivanu Jugovi}u.

Dan uoči svečanog otvaranja Velike škole, 30. avgusta 1808. godine, Kara|or|e je rekao da Srbija ima dovoljno vojnika ali ima malo obrazovanih ljudi i da to mora da se promeniti. Škola je počela sa radom 1. septembra 1808. godine. U prvu generaciju uenika upisali su se Vuk Stefanovi} Karaxi}, istoričar Lazar Arsenijevi}, najstariji Kara|or|ev sin Aleksa i drugi. Uslov za upis u školu bio je da uenici ve} znaju da čitaju, pišu i računaju.

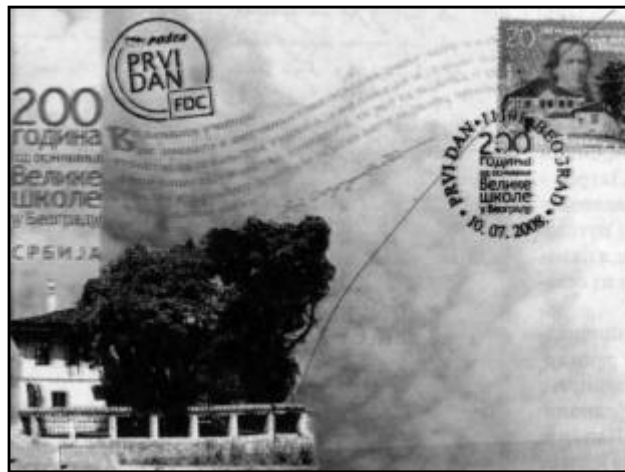
Zgrada u kojoj su držana predavanja bila je mala da primi sve uenike, pa se sle-

de}e godine promenila. U novoj zgradi održavana je nastava sve do kraja Prvog srpskog ustanka 1813. godine, kada je i škola prestala sa radom. Ova zgrada sačuvana je do danas i u njoj se nalazi Muzej Vuka i Dosi teja. Škola je trajala tri godine, a nastava je bila razredna, što znači da je sve predmete jednom razredu predavao isti profesor. Ubenika nije bilo, pa su ljudi zapisivali predavanja, dok su profesori, koji su uglavnom bili obrazovani Srbi iz Vojvodine, koristili strane knjige.

Zbog ponovnog pada u tursko ropstvo iz ove škole nije neosredno nastala nijedna prosvetna institucija. Prva viša škola u Srbiji (Licej) osnovana je u Kragujevcu, 1. jula 1838. godine.

Licej je presečen u Beograd 1841. godine, a 1863. godine pretrpela u Veliku školu koju su činila tri fakulteta: Filozofski, Pravni i Tehnički. Godine 1905. donet je u Srbiji prvi zakon iz oblasti visokog obrazovanja pri čemu Velika škola prerasta u Beogradski univerzitet.

B. S.



Prigodna poštanska marka i koverat Prvog dana.

---

\* Iz: „Politika“ 12. jul 2008.

---

I zjave, mi { qewa....

---

## **Mo} java{ luka**

Lako}a sa kojom zapo~iwemo nove poslove i te{ ko}e da zapo~eto i zavr{ imo pokazateq su na{ e vitalnosti, idejnosti i inicijativnosti, ali i odststvo voqe da se one usmere ka ostvarewu zadatog ciqa. Na{ u realnost karakteri{ e obi qe zapo~etih, a malo dovr{ enih radova. U takvim okolnostima mnogo je `eqa i inicijativa, ali malo snage, htewa i istrainosti da se `eqeno i ostvari. Takvom stawu pogoduje neizgra|en kulturni obrazac, odnosno postojawe odgovaraju}ih institucija utemeqenih na stvarnim vrednostima kao nosiocima obrazovnog i vaspitnog sistema, pa pojedinci koji bi trebalo da rade jedno obuzeti su drugim a po~nu da se bave ne~im tre}im. U toj difuziji se i te`we ka velikom dobru pretvaraju u svoju suprotnost za~iwenu egoizmom i sitnim pakostima.

Odoma}enom turskom re~i java{ luk ozna~avamo to negativno socio-psiholo{ ko stawe u kojem se otpor prema po{ towawu zakonom ugrv|enih pravila iskazuje sklono{ }u da se svaki pojedinac shodno svojim interesima i potrebama pona{ a kako `eli. Uzrok takvom pona{ awu je u sporosti, prezirawu vremena i obaveza prema efikasnosti i ta~nosti. Sporost koja dovodi do zaka{ wewa je zapravo rodno mesto na{ eg java{ luka, koji je od sinonima za polagani rad (od tur. yavas u zna~ewu sporo, polagano) dobio i zna~ewe pomenutog stawa ~ije preovladawawe u odre|enoj sredini upu}uje i na odlike mentaliteta wenih `iteqca. Iz wi hove sporosti i zaka{ wewa proisti~e neodgovoran, nemaran i aqkav odnos prema radu.

Aqkavost ozna~awa zapu{ tenost i prcqav{ tinu, stawe u kojem stvari nisu na svom mestu ve} tamo gde ne bi trebalo da budu. U tom smislu aqkavim se smatra onaj koji ne rade}i kako treba pravi gre{ ke i ostavqa za sobom prepoznatqive zamrcqane tragove. Wegove brqotine se ne ~iste i ne ispravqaju jer simbolizuju okolnu saglasnost da se i tako mo`e. Suprotno vlada~vini pravila, reda i standarda, java{ luk omogu|uje pojedincima da se shodno svojoj mo}i tako i pona{ aju jer znaju da ne postoje mehanizmi koji bi ih primorali da ~ine druga~ije.

Ovakvo pona{ awe je zavisno prvenstveno od socio-kulturne realnosti i saznavawa o nepostojawu odgovaraju}ih mehanizama za sprovo|ewe postojeh zakona. Takav obrazac pona{ awa nije, dakle, genetski prenosiva mentalna odlika jer se pojedinci odrasli u ambijentu u kojem se pre}utno toleri{ e nepo{ towawe i kr{ ewe postojeh pravnih normi potpuno druga~ije pona{ aju u sredini u kojoj se po{ tuje javni red i sprovode postojeh zakoni.

Ukoliko i pored `eqe da se pona{ amo shodno postavqenom standardu ne radimo ono { to ho}emo ve} ono { to ne}emo, onda sile koje nas spre~avaju da ostvarimo `eqeni ciq ukazuju na svoju mo}. One su nekad predstavqane kao demoni, negativne vile, poput one koja je ometala gra|ewe Skadra. Ru{ e}i ve} izgra|eno, one spre~avaju na{ e samoi zgra|iwawe, odnosno na{ e dola`ewe do ciqa. Danas te demone mo`emo prona}i u nama samima, u onom delu na{ eg bi}a nad kojim nemamo potrebnu kontrolu i koje umesto da mi nad wim vladamo, ono ima vlast nad nama. Ono se ogleđa u sadr`aju na{ eg dru{ tvenog i kulturnog nesvesnog koje svojom haoti~no{ }u vlada nama spre~avaju}i nas da racionalno organizujemo i uredimo kolektivni `ivot.

*Bojan Jovanovi }*

I z: „Politika“, 22. jul 2008.

## ***Klinika za rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotovi}“***

— Na rehabilitaciju nam sti` u sve mla|i qudi povre|eni u saobra}ajnim nesre}ama, ali i prilikom nesmotrenog skakawa u plitku vodu. U posledwe vreme so~avamo se sa „poplavom“ ovih nesre}nih slu~ajeva. Me|utim, ovde su na rehabilitaciji i stariji pacijenti, posle { logova, tako da je prose~na du`ina le`awa u posledwih godinu dana pove}ana sa 48 na 54 dana. Sve posteqe, a 300 ih je ugovoreno sa Fondom zdravstvenog osigurawa, gotovo stalno su popuwene. Godi{ we ovde na rehabilitaciji bude oko 2.000 pacijenata, dok 15.000 le~imo ambulantno.

Klinici nedostaje bar deset sestara, tri doktora, pet fizioterapeuta, logoped, defektolog, pa ~ak i bibliotekar.

Prof. dr Stevan Jovi}, direktor Klinike za rehabilitaciju  
„Dr Miroslav Zotovi}“, Beograd.  
Iz: „Politika“, 17. jul 2008.

## ***Javno zdravqe treba da bude sastavni deo politike svih sektora dru{tva***

*„Zdravstveno vaspitawe kao preventiva“, 21.7.*

Zahvaqujem gospodinu Milosavu Rexi}u na predlogu da se, pored fizi~kog, muzi~kog, likovnog, gra|aiskog i drugog vaspitawa, u osnovne { kole uvede i zdravstveno vaspitawe, kao „najboqi i najsigurniji oblik preventive u zdravstvu“, kako ka`e uva`eni gospodin.

Ministarstvo zdravqa je od 2002. godine pokrenulo i sprovelo desetine edukativnih kampawa, koje su imale za ciq promociju zdravih stilova `ivota i ukazivawe na ponaaawe koje predstavqa faktore rizika za sve masovne nezarazne bolesti, kao { to su rak pluća, dojke, grli}a materice, debelog creva... Na`alost, ne mo`e se promeniti svest qudi, kao ni ponaaawe ili promena `ivotnog stila ako na tome radi samo jedan sektor dru{tva, bez adekvatne medijske podr{ke i bez dovoqno buxetskih sredstava.

Kao ministar zdravqa uporno se trudim da objasnim gra|anima, a posebno politi~arima, da je ulagawe u zdravqe ulagawe u odr`iv ekonomski razvoj i da nema stabilne priivrede i ekonomije bez zdravih qudi. Me|utim, pre~esto u svakodnevnom ponaaawu, jure}i neke „vi{e“ ciqeve, zaboravqamo { ta nam je zapravo najva`nije. Ne hrani mo se zdravo, pu{imo, ne hodamo, prebrzo vozi mo.

Najporaznije sazname jeste u tome da se ve}ina bolesti prouzrokovanih nezdravim stilovima `ivota mo`e spre~iti ili bar odlo`iti. a da se kvalitet i du`ina `ivota, ako se bolest na vreme otkrije, mogu zna~ajno pobo{qati m produ`iti.

Podseti}u vas da zdravqe po definiciji nije samo odsustvo bolesti, ve} stawe potpunog fizi~kog, mentalnog i socijalnog blagostawa, { to svakako ne mo`e biti samo posledica ponaaanwa pojedinaaca, ve} i socijalnih, ekonomskih i drugih faktora, kao i da javno zdravqe podrazumeva organizovane napore dru{tva da pobo{qa zdravqe svog stanovni{tva.

Va`no je da politi~ari shvate koja je dugoro~na dobrobit od javnog zdravqa i da javno zdravqe bude sastavni deo politike svih sektora dru{tva. Prema re~ima Marka Danzonza, regionalnog direktora Svetske zdravstvene organizacije za evropski region, „poznato je da primena resursa na na~in koji obezbe|uje zdravqe i blagostawe vra}a socijalnu i ekonomsku dobrobit dru{tva u celini...“

Jedan od bitnih poteza na{eg dru{tva ka unapre|ewu javnog zdravqa nesumwivo bi bio uvo|ewe zdravstvene kulture ili zdravstvenog vaspitawa. Ovom prilikom javno podr`avam inicijativu i obe}avam da }e Ministarstvo zdravqa uradi ti sve potrebne korake da se ona razmotri na najvi{em nivou Vlade Srbije i Ministarstva prosvete.

Prof. dr Tomica Milosavcevi}, ministar  
Iz: „Politika“, 22. jul 2008.

## **Zdravstveno vaspitawe kao preventiva**

Putem javnih glasila skoro svakodnevno saznajemo pora`avaju}e podatke da smo kao dr`ava prvi ili me|u prvima u svetu ili Evropi po broju obolelih od neke opasne bolesti.

U {kolama, pored osnovnih nauka kao {to su jezik, matematika, fizika, biologija, hemija i sli~no, imamo telesno vaspitawe, muzi~ko vaspitawe, gra|ansko vaspitawe, ali nemamo tako|e osnovnu nauku - zdravstveno vaspitawe. Ova ~iwenica umnogome podse}a na ne{to neverovatno, jer {ta nam vredi sve ostalo ako ne brinemo o zdravqu. U stvari, brinemo ali samo na re~ima, {to potvr|uju podaci o brojnim bolestima i njihovom intenzitetu kod na{eg stanovni{tva.

^esto ~ujemo predloge o neophodnosti preventive kao jedne od zna-ajnih disciplina zdravstvene nauke u celini. Nema dileme da su svi oni koji preventivu stavqaju u prvi plan nacionalnog zdravstvenog kartona potpuno u pravu. Ako je tako, a tako je, zar zdravstveno vaspitawe koje bi trebalo uvesti u {kolski program nije najboqi i najsigurniji oblik preventive u zdravstvu. Za{to da u-enici, po-ev od petog do osmog razreda osnovne {kole i u-enici sredwih {kola, ne u-e i nau-e koje sve bolesti postoje, kakve su im karakteristike i kako se od njih za{tititi. Za{to da ~ovek bude skoro potpuno neobrazovan u oblasti koja `ivot zna-i?

Naravno, bi}e i onih koji smatraju da su u-enici ve} znatno optere}eni brojnim naukama. Sla`em se u potpunosti sa takvim shvatawima, ali je i neosporno da je svaka nauka suvi{na ako nemate zdravqe. Sigurno je da je mnogo razumnije u-iti i znati sve o bolestima, o bubrezima, opasnostima kojima su izlo`eni srce i krvni sudovi, o karcinomima, dijabetesu, parodontozima, o optimalnom na~inu ishrane, korisnoj i {tetnoj hrani i sli~no, nego u-iti i znati dubine jezera i mora, visine planina, kada i gde je bio neki rat, ko je u sredwem veku vladao u Engleskoj, koliko stanovnika ima Zambija ili koliko ovaca ima u Australiji, itd, itd.

Zbog toga, ako `elimo da imamo zdravo stanovni{tvo Srbije i ne `elimo da budemo u samom vrhu po broju obolelih od opasnih bolesti, posvetimo vi{e pa`we preventivi u kojoj svakako najzna-ajnije mesto ima obrazovanost po pitawu zdravqa, koja se najefikasnije i najjednostavnije mo`e postiti uvo|ewem obaveznog {kolskog predmeta - zdravstveno obrazovawe u svim na{im razredima osnovne i bar u dva razreda sredwe {kole.

Milosav S. Rexi}, Kragujevac  
Iz: „Politika“, 21. jul 2008.

## **Nije metodolo{ka novina**

Kao dugogodi{wi redovni ~italac „Politike“, moram priznati da sam bio neprijatno iznena|en objavqivawem poluistinite informacije u ~etvrtak 17. 7. 2008. u rubrici „Beogradska hronika“ o otvarawu prve stomatolo{ke ordinacije za osobe sa posebnim potrebama, u okviru Doma zdravqa Novi Beograd u Ulici Goce Del~eva. Navedeno je da je ova novootvo-

rena ordinacija prva te vrste u Srbiji. Pozdravqam otvarawe ove stomatolo{ ke ambulante, kao i ` equ da ih ima mnogo vi{ e, ali moram napomenuti da ona nije jedinstvena na ovim prostorima, kako je u ~lanku nazna~eno.

U okviru eminentne ustanove – Zavoda zz psihofiziolo{ ke poreme}aje i govornu, patologiju „Prof. dr Cvetko Brajovi}“, koja postoji vi{ e od 35 godina, nalazi se stomatolo{ ko odecewe gde se pru`aju stomatolo{ ke usluge deci i odraslina; sa posebnim potrebama, zahvaquju}i posebnom pristupu. Temeqi tom posebnom pristupu i metodama rada dati su jo{ pre vi{ e od 35 godina, u Beogradu, zahvaquju}i ~uvenom, svetski prizatom utemeqiva~u savremene defektologije na ovim prostorima i { ire, prof. dr Cvetku Brajovi}u, po kojem ovaj zavod i nosi ime.

Danas, pojedine zdravstvene ustanove, domovi zdravqa, kao i Stomatolo{ ki fakul tet, u ciqu samoreklami rawa poku{ avaju da ove ustanovqene i prizante postulate rada predstave kao sopstveni izum i metodolo{ ku novinu.

Dr Miladin \ur|evi}, Beograd  
*I z: „Politika“, 21. jul 2008.*

---

Zahvaquju}i politici decentralizacije zdravstva, Srbija danas ima u 15 mesta magnetnu rezonancu, a u 64 skenere. Toliki broj najmodernijih i najskupqih dijagnosti~kih sredstava bio je do nedavno nezamisliv.

Prof. dr Tomica Milosavqevi}, ministar zdravqa  
*I z: „White“, april 2008.*

---

U prethodnoj godini pokrenuta je inicijativa za smawewe vi{ egodi{ wih lista ~ekawa u kardiologiji, oftalmologiji, ortopediji i dijagnostici. Danas su liste ~ekawa skra}ene za nekoliko meseci, na primer za ve{ ta~ki kuk ili stentove, a u nekim oblastima i potpuno ukinute, na primer za pejsmejkere.

Svetlana Vukajlovi}, direktor RZZO  
*I z: „White“, april 2008.*

---

Evropa bele` i razli~ita iskustva, jer u pojedinim zemqama terapeuti alternativne medicine mogu biti qudi i iz nemedicinske struke, ali bi sa takvim stavom kod nas u sada{ wem trenutku bilo vi{ e { tete nego koristi. Verujem u kombinovawe postupaka, odnosno u komplementarnu medicinu, jer mora postojati integrativni pristup bolesti i zdravqu.

Prof. dr Tomica Milosavqevi}, ministar zdravqa  
*I z: „White“, april 2008.*

---

Borba protiv narkomanije je kontinuirani multisektorski rad, i to na boqem informisawu, decentralizaciji i pove}awu dostupnosti specifi~nih programa i na razvijawu etike i profesionalizma bez predrasuda, na za{ titi prava svih zavisnika i wihovoj destigmatizaciji.

Doc. dr Nevena Karanovi}, dr` avni sekretar u Ministarstvu zdravqa  
*I z: „White“, april 2008.*

Smrtnost od akutnog infarkta miokarda je značajno smanjena i ponosni smo zbog toga. To je postignuto jednim ozbiljnim pristupom u radu, po svetskoj metodologiji. Ali ono što nas brine je činjenica da ležimo sve mladije pacijente i sve komplikovanije slučajeve.

Prof. dr Siniša Pavlović, direktor Instituta  
za kardiovaskularne bolesti KC Srbije.

Iz: „White“, april 2008.

Veoma me raduje i ohrabruje činjenica da država preduzima konkretne poteze. Wena brigada ogleda se na višestruku. Prvi put u našoj zemlji, 2006. godine, uvedeno je plaćanje vantelesne oplodnje. I od tada je u okviru Nacionalnog programa iz tog prvog ciklusa rođeno oko 150 dece, a to su rezultati u okvirima evropskih rezultata uspešnosti. Kada smo počeli da sprovodimo Nacionalni program, u oktobru iste godine, imali smo redve čekanja, liste pacijenata koje su se merile u hiljadama. Osim toga, zbog opšte državne vanosti ovog problema, briga o potomstvu je prepoznata kao realan problem na kome se ozbiljno radi, a država je bila spremna da plati i višestruko nego što je moglo da se uradi u ova tri klinička centra. Tako da je Fond za zdravstveno osiguravanje raspisao konkurs i za privatne ustanove u kojima će se obavljati vantelesna oplodnja.

Profesor dr Aleksandar Qubić, predsednik Republičke komisije za vantelesnu oplodnju i pomoćnik direktora Instituta za ginekologiju i akušerstvo KCS-a.

Iz: „Politika“, 23. jun 2008.

**B. Baković:** *Kako objašnjava činjenicu da su se četiri vlade promenile od 2000. godine i da ste Vi praktično jedina konstanta?*

U normalnim zemljama to se smatra uspehom i posledicom nekih dobrih rezultata. Radi se o jednom sticaju različitih okolnosti. Ovo je mi bilo peto polaganje zakletve, a ja imam tek jedan pun mandat na mestu ministra zdravstva. Ono što je dobro nije što sam ja na tom mestu u kontinuitetu, nego je pre svega dobro za kontinuitet rada Ministarstva zdravstva, za neprekidnost nekih započetih stvari koje su se ovih nekoliko godina radile bez prekida.

Posle svih ovih godina mogu da kažem da su u mnogo čemu pomerene stvari naboje. [to ne znači da je sve idealno, ali je četiri puta veća plata nego što je bila, u zdravstvenom sistemu glavna tema višestruko nije, nema kanalizacije, vode, mašina, licence, prevencija, zdravstva....

Prof. dr Tomica Milosavljević, ministar zdravstva

Iz: „Politika“, 9. jul 2008.

## ***Istorija nije sluškiwa politike***

Osećam profesionalnu dužnost da vam se obratim povodom teksta sa naslovne strane „Politike“ od 26. jula 2008. godine, u kojoj prenosite reagovanja visokog funkcionera Srpske radikalne stranke na politička zbivanja u zemlji. U tekstu se u negativnoj konotaciji, izvan opsega naučne istine, pomiče dinastija Obrenović. Wenenastanak sa istorijske pozornice predstavljaju se kao boja kazna, u kontekstu da su Obrenović zaslužili kraj po scenariju Majskog prevrata 1903. godine.



Bilo bi dobro da se istorija, ne samo čita, već i da se razume. Obrenovići su vladali Kneževinom i Kračevinom Srbijom 72 godine (1815-1842; 1858-1903). Dali su srpskom narodu pet vladara, kneževa Miloša, Milana i Mihaila i kračeve Milana i Aleksandra.

Za njihove vladavine Srbija je na državnom planu ostvarila veliki napredak – postala je autonomna država (1830), nezavisna (1878), Kračevina (1882). Knez Miloš je ukinuo feudalizam u Srbiji 1835, što predstavljaju najznačajniji društveno-ekonomski događaji 19. veka. Obrenovići su udvostručili državnu teritoriju sa 247000 kilometara kvadratnih (Beogradski pašaluk) na 48.300 kilometara kvadratnih.

Zahvaljujući umešnosti kneza Miloša Srbija je stekla mnoge autonomne povlastice u odnosu na suverenu Tursku, pa je mogla da izgrađuje državne institucije, dobila je crkvenu autonomiju, uredila lokalnu upravu, a vidni uspesi su postignuti na poljima obrazovanja i kulture. Srbija se, naročito od sticajem nezavisnosti 1878, modernizovala u svim pogledima, te se iz patrijarhalno-orientalne do kraja 19. veka preobrazila u modernu evropsku državu. Za vladavine Obrenovića doneti su svi ustavi: 1835, 1838, 1869, 1888, 1901. Ustav iz 1888. uveo je parlamentarnu vladavinu i bio jedan od najnaprednijih u Evropi.

Činjenice da su dolazili mladi na presto (knez i krač Milan sa 14, a krač Aleksandar sa 13 godina) i da su činili greške u politici, ne umanjuju njihovu darovitost i inteligenciju. Krač Aleksandar nije bio vladar velikih uspeha kao njegov otac ili pradede knez Miloš, ali ne može mu se sporiti politička veština i darovitost.

Na čitaocima je da prosude i ocene značaj Obrenovića za srpsku državu i narod.

Dr Suzana Rajić, istoričar, Beograd  
Iz: „Politika“, 31. jul 2008.

## Obeležavanje Dana sanitetske službe

Dan sanitetske službe Ministarstva odbrane i Vojske Srbije obeležavanje je prvi put u istoriji saniteta. Ovaj dan ustanovljen je još pre tri decenije. Datum 30. jul odabran je jer na taj dan 1839. godine prvi put je postavljen lekar za načelnika saniteta u srpskoj vojsci. Prvi lekar koji je postavljen za načelnika saniteta u srpskoj vojsci, na osnovu Ustava kneževine Srbije, bio je Emerih Lindenmajer. Te 1849. godine su postavljeni temelji sanitetske službe, a ove godine prvi put obeležavanje je taj dan u čast svih lekara, medicinskih tehničara i bolničara koji su bili u prvim borbenim redovima spremni da pomognu povređenima i bolesnima u svim borbama koje je vodila srpska vojska – priča Većko Todorović, načelnik Uprave za zdravstvo Ministarstva odbrane.

Prioriteti sanitetske službe su unapređenje službe lekara, reforma i reorganizacija, uključujući i integraciju u zdravstveni sistem Srbije, ali i učestvovanje u mirovnim i humanitarnim misijama.

U novembru ove godine u Bujanovcu održane su bilateralne razgovore sa sani-



tetskom slu` bom oru` anih snaga Kračevine Norve{ ke „Siguran put 2008“, a u septembru idu}e godine multilateral na vojnomedi cinska ve` ba „Medceur 2009“ u Ni{ u kada }e u-estvovati petnaest zemača ~lanica „Partnerstvo za mir“ i NATO. Ovo su dva te` i{ na zadatka sanitetske slu` be. Na ju~era{ voj sve~anosti prisustvovali su: Zdravko Pono{ , na~elnik General{ taba Vojske Srbije, Miodrag Jevti}, na~elnik Vojnomedi cinske akademije, ministri odbrane i zdravca, Dragan [ utanovac i Tomica Milosavcevi}.

M. L.

*I z. „Politika“, 31. jul 2008.*

### **Darovno podmi}ivawe**

Odre|ena nezakonitim sticawem neposredne dobiti od lica kojima se ~ini usluga kr{ ewem postoje}ih zakona i pravila, korupcija se u { irem zna~ewu mo` e prikrivati i imati razne vidove. Ona se mo` e vr{ iti svesno i nesveno, ~initi aktivno i pasivno. Budu}i da se vr{ i tajno, u ~etiri oka, retko izlazi na videlo i te{ ko se dokazuje. I ako najuo~qivi-ja u podmi}ivawu vlasti, korupcija se ogleda i u pojavama potkupciwawa vla{ }u i te` wama vlasti da potkupi one od kojih joj zavisi opstanak.

Podle` u}i isku{ ewima podmi}ivawa, danas se suo~avamo sa ovom pojavom kao velikim dru{ tvenim zlom. Kada je nedavno objavčena vest da su stanovi u novogradwi u Beogradu skupci za trideset procenaata od realne cene zbog korupcije op{ tinskih slu` benika koji izdaju potrebne dozvole za gradwu, to nije zabrinulo vlast niti pokrenulo preispitiwawe odgovornosti i utvr|ivawe krivice za takvo stawe. Ono je posledica neozbično shva}enih i ignorisanih prethodnih upozorewa o ponovčenom porastu korupcije u nas, a skandalozne presude kojima se osloba|aju ili simboli~no ka` wavaju akteri korupciona{ kih pojava pokazuju neodgovaraju}i odnos prema zloupotrebama u vr{ ewu vlasti i obavčawu javnih poslova.

Za podmi}ivawa javnih slu` benika obi~no se tra` i olak{ avaju}a okolnost i alibi u primčenom poklonu. Me|utim, davawe i primawe odre|enog poklona koji podrazumeva uzdarje nije podmi}ivawe, ali se darom ~esto korumpira. Mi to je tada wegovo nali~je jer se pokazuje u uzdarju o~ekivane usluge koji bi primalac poklona trebalo da u~ini. Podmi}eni, naravno, mo` e da ~ini tako { to ne uradi ono za { ta je pla}en, da bi ovaj koji ga je potkupio za takvo pona{ awe imao neposrednu korist od toga.

Davawe poklona, pe{ ke{ a, slu` benicima od kojih se ~ekuje da izvr{ e odre|enu uslugu bilo je uobi~ajeno u tursko vreme. Takvo pona{ awe, svojstveno i drugim apsolutnim monarhijama, uslovčeno je ~iwenicom da dr` awa nije mogla da finansira pojednne oblasti svoje uprave, pa su usluge weni slu` benika na ovaj na~in pla}ali weni neporedni korisnici. U tom smislu ti pokloni nisu imali karakter korupcije niti su bili izraz mentaliteta kwarawa dru{ tva, jer o korupcijn mo` emo govoriti kada su dr` avni slu` benici redovno pla}eni, a dodatnim poklonima ostvaruju vi{ ak zarade.

Za definisawe i razgrani~ewe mita od poklona, kao vrsta ~asti za u~iwenu uslugu, va` an je trenutak kada se vrednost daje. U podmi}ivawu se daje da bi se dobilo, a u darivawu iz po{ towawa i ~asti nakon izvr{ ene usluge. Zato, kada javni slu` benik korektno obavi svoj posao, onda se poklonom on samo nagra|uje za izvr{ enu uslugu. U tom smislu se i bak{ i{ em, odnosno napojnicom datom kao ~ast za neki dobro izvr{ en rad, ne vr{ i podmi}ivawe. Ali, ukoliko je ona uobi~ajena i u izvesnom smislu obaveza kao izraz lepog pona{ awa za svaku uslugu, onda onaj koji prekr{ i te norme dovodi sebe u situaciju da ubudu}e ne bude adekvatno uslu` en.

U korupciona{ kom mentalitetu o~ekivana nagrada za u~iwenu uslugu postaje i neka vrsta obaveze, pa zato i dar nakon izvr{ ene usluge ima zna~ewe mita. Prelaze}i tu granicu,

dar dobija karakter korupcije i postaje ~inilac kvarewa i propadawa dru{ tva. Pod okri-  
cjem darivawa, primawa ili davawa poklona privikava se na `ivot po pravilima podmi}i-  
vawa koja stvaraju sklonost ka ovoj vrsti kompromisa i pogodbe. Tamo gde se uspeva samo  
zahvaquju}i podmi}ivawu, uspeva prvenstveno korupcija koja formira i odgovaraju}i men-  
talitet qudi takve sredine. Pokazateq tog stawa je odnos prema korupciji kao ne~em uo-  
bi~ajenom i normalnom, poput psovke u verbalnoj komunikaciji za koju se zna da je nepri-  
merena i ru`na, ali koja se koristi kao uzre~ica i po{ tapalica. ^inovnici poretka pri-  
maju mito da oni koji daju ne bi pomislili da su u~inili neki propust, prekr{ ili va`e-  
}e pravilo koje pokazuje stepen dru{ tvene korumpiranosti. U takvim okolnostima ne radi  
se vi{ e o kr{ ewu zakona protiv korupcije, ve} o po{ tovawu pravila podmi}ivawa.

Bojan Jovanovi }

*Iz: „Politika“, 31. jul 2008.*

---

---

### **Prva transplantacija jetre u KCS**

U Kliničkom centru Srbije prole sedmice obavljena je prva transplantacija jetre i četiri transplantacije bubrega, saopćilo je juče Ministarstvo zdravlja. Ministarstvo zdravlja je izrazilo duboku zahvalnost porodici koja je u najtežim trenucima imale razumevaju da, kada njihovim najbližima nije bilo spasa, omogućilo da transplantacijom organa drugim teško obolelim osobama spasu i produče život.

U saopćenju je ukazano da je svih pet intervencija obavljeno sa preminulih osoba, a resorni ministar Tomica Milosavljević čestitao je timu profesora dr Mirolava Miličevića na prvoj uspešnoj transplantaciji jetre u Kliničkom centru Srbije i timovima profesora dr Draga Milutinovića i profesora dr Radmile Blagojević na izuzetnom uspehu u davanju unapred napravljenog programa transplantacije bubrega. „Samopregor, entuzijazam, visoka sigurnost i sposobnost su garancija da u Srbiji program transplantacije organa ima pravu budućnost“, istaknuto je u saopćenju.

Tanjug

Iz: „Politika“, 14. avgust 2008.

---

### **Zdravstvenim radnicima odobreno 1.000 stambenih kredita**

Ministarstvo zdravlja objavilo je na svojoj internet-stranici listu od 1.000 zdravstvenih radnika kojima je odobreno dugoročno stambeno kreditiranje za koje je predviđeno 550 miliona dinara iz bužeta Srbije. I među kandidata objavljena su po okruzima i za grad Beograd, u kome je najviše kandidata dobilo taj kredit, odnosno 301 osoba. U Južnom okrugu kredit je dobilo njih 94, a u Niškom 77. Najviše kredita, po jedan, odobreni su zdravstvenim radnicima iz Pirovskog i Kosovskomitrovačkog okruga. Spisak je izašao pre četiri dana, a kandidati su prijave za taj kredit podnosili do 1. juna. Pravo na to imali su zdravstveni radnici mlađi od 45 godina koji su stalno zaposleni i zarađuju mesečno više od 100.000 dinara. Rok za otplatu je najduže 30 godina, odnosno do 70. godine života korisnika. Maksimalan iznos kredita je 40.000 evra, od čega korisnici moraju da obezbede pet odsto, 20 odsto se obezbeđuje iz bužeta Srbije, a preostalih 75 poslova banka. Jedan od uslova bio je da korisnici i njihovi braćuni drugovi nemaju nepokretnu imovinu u vlasništvu ili ukoliko je imaju odobravao bi im se kredit u visini razlike stare i nove nepokretnine. Ministarstvo zdravlja je spisak kandidata dostaviti Nacionalnoj korporaciji za osiguranje stambenih kredita, a stambeno pitanje se rešavati kupovinom, odnosno izgradnjom stanova.

Beta.

Iz: „Politika“, 18. jul 2008.

## **Novi ~lanovi Predsedni{ t va Srpske akademije nauka i umetnost i**

Skup{ tina je potvrdila izbor akademika Vladana \or|evi}a i Mi odraga Ostoji}a za nove ~lanove Predsedni{ tva. I zabrani su i akademik Veselinka [ u{ i} za sekretara, i dopisni ~lan Dragan Mici} za zamenika sekretara Odeqewa medicinskih nauka. Za sekretara odeqewa dru{ tvenih nauka Skup{ tina je potvrdila izbor akademika Mihaila ] uri}a, dok je dopisni ~lan Vojislav Stanov~i} postavljen za zamenika sekretara tog Odeqewa.

Skup{ tina je odabrala i nove ~lanove Upravnog odbora Fonda SANU za nau~na istra`ivawa. Novi ~lanovi su akademici Drago{ Cvetkovi} i Vladimir Kostij}, kao i dopisni ~lan Zoran Popovij}.

Skup{ tina su, pored ~lanova Akademije, prisustvovali i ministar kulture Vojislav Brajovi}, rektor Beogradskog univerziteta Branko Kova~evi}, rektor Pri{ tinskog univerziteta Zdravko Vito{ evi}, predsednik Krunskog saveta Dragoqub Acovij} i predsednica Komisije za saradwu sa Uneskom Zorica Tomij}.

S. Kora}

I z: „Politika“, 6. jun 2007.

## **Novi cent ar u KBC „Be` anijska kosa“**

*Gast roent erolo{ ki i endoskopski pregledi, ult razvuk t rbuha i int ervencije sada se obavqaju u savremeno ure/enim prost orijama.*

Savremeni Gastroenterolo{ ki dijagnosti~ko-terapijski centar u Klini~ko-bolni~kom centru „Be` anijska kosa“ po~eo je da radi ovih dana, dok je sve~ano otvarawe preure|enih prostorija planirano za septembar, najavio je prof. dr Nikola Milini}, direktor ove zdravstvene ustanove. On je za „Politiku“ objasnio da je renovirawe podrumskih prostorija, gde je sada sme{ ten ovaj centar, finansirala bolnica iz sopstvenih sredstava, a da }e za preglede biti potreban samo uput lekara op{ te prakse iz doma zdravqa. Pregledi iz gastroenterologije i endoskopije, ultrazvuk trbuha i razli~ite vrste intervencija u ovoj ku}i dosad su se obavqali u dvema malim prostorijama, a broj pacijenata koji su zbog zdravstvenih problema ovde dolazili bio je veliki, tako da je odluka o osnivanju ovakvog centra, kako smatra dr Milini}, bila neophodna. Osim dijagnosti~kih procedura, lekari }e pacijentima na ovom mestu mo}i da rade i biopsije tkiva, zaustavqawe krvarewa, skidawe polipa, kao i male hirur{ ke intervencije kroz usta i rektum, gde se na savremen na~in seku izrasline, a obavqa}e se i takozvane pehomerije i monometrije.

— Mi radimo ubedqivo najve}i broj ovih intervencija u zemqi, posle Klini~kog centra Srbije. Dnevno se ovde obavi izme|u 15 i 20 procedura gorwe endoskopije, 10 pregleda dowe endoskopije i ogroman broj ultrazvu-nih pregleda. O~ekujemo da sada protok pacienata bude ve}i, a, iako nije zavr{ eno kompletno ure|ewe, primamo pacijente i obavqamo preglede, Osim ovoga, u bolnici se ra~unarska mre`a postavqa na svim odeqewima, tako da }e sve slu`be uskoro da budu umre`ene — istakao je dr Nikola Milini}.

U okviru Centra nalaze se kabinet za endoskopski ultrazvuk, kabinet za funkcionalno ispitivawe, kabinet za gorwu endoskopiju i kabinet za ultrazvuk. Tu je i specijalna soba za oporavak, gde }e pacijenti mo}i da odmaraju posle te`ih intervencija. Name{ taj u ordinacijama je iz Italije, a u toaletu se nalazi posebna prostorija za odliv materija, recimo sadr`aja `elUCA. Dr Milini} ka`e da je tu novinu uveo po ugledu na sli~ne prostorije u japanskim bolnicama i tako ne{ to nema kod nas nijedna zdravstvena ustanova.

Svaka prostorija nma klima-ure|aje, a u celoj zgradi je postavčena centralna ventilacija. Da bi pacijentima bio olak{ an boravak u ~ekaonicama, pu{ ta}e se lagana muzika, a za ulazak u ordinaciju bi }e pozivani putem razglasa.

— Kada pacijentu treba da se daje anestezija, ne moraju da se „vuku“ boce sa kiseonikom, jer sada za to postoje prikqu~ci u svakoj sobi. Vodili smo ra~una i o tome da se kabine ti razlikuju i zato se u svakom nalaze detaqi u razli~itim bojama. Postoji i posebna soba za prave instrumenata sa ma{ inama ura|enim po najvi{ im standardima i ne postoji mogućnost da se prenese neka bolest, poput hepatitisa, jer se svi instrumenti savr{ eno sterilizuju. Mislili smo i na obla~ewe, pa }e tako pacijenti dobijati specijalne { ortseve sa prorezima da bi se intervencija lak{ e uradila, a do kabineta }e stizati u bade-mantilima — objasnio je na{ sagovornik.

Ceo sistem }e opti~kim kablovima biti povezan i sa amfiteatrom bolnice, tako da }e stru~waci koji dolaze na stru~ne skupove u ovu ku}u mo}i da „komuniciraju“ sa lekarima koji u tom trenutku obavqaju intervencije u operacionim salama. Prava prilika za isprobawe ove novine bi }e skup o endoskopskoj mikroskopiji koji }e biti odr` an u aprilu, a na kome je planirano da se na{ i medicinari upoznaju sa novom metodom „otkrivawa“ vrste tumora. Naime, na skupu }e biti predstavčena metoda kojom ne}e do}i do secirawa tkiva i slawa na analizu patolozima, ve} }e se prilikom pregleda praviti specijalne fotografije na osnovu kojih }e patolozi mo}i odmah da ka` u o kojoj vrsti tumora je re~.

D. Davidov-Kesar

Iz: „Politika“, 38, jul 2008.

## **Medicinske sestre na proveru**

Komora medicinskih sestara i tehni~ara organizovala je ju~e u „Sava centru“ okrugli sto i javnu raspravu o predlogu Pravilnika o posredovawu, radu disciplinskog tu`ioca i vo|ewu postupka pred wim, kao i o radu sudova ~asti.

Na skupu je istaknuto da je usvajawe pravilnika zakazano za 23. jun i da }e wime na neki na~in biti regulisan odnos sestara prema pacijentima.

— Za razliku od drugih medicinskih komora, imamo disciplinskog tu`ioca i { est zamjenika, koji ma }e se prakti~io podnositi zahtevi za pokretawe postupaka pred sudovima ~asti.

Medicinske sestre i tehni~ari se mogu tu` iti zbog povrede profesionalne du` nosti, ili eti~kog kodeksa, ali i onda kada postupaju u suprotnosti sa odredbama zakona o zdravstvenoj za{ titi i osigurawu — objasnili su stru~waci komore.

Pravnik Dejan Babi}, zastupnik ove komore, objasnio je najva` nije odredbe pravilnika, ~ijim }e usvajawem postojati standardizovan odnos izme|u medicinskih radnika i pacijenata.

D. D. K.

Iz: „Politika“, 7. jun 2008.

## **Jubilej Stomatolo{ kog fakulteta**

Stomatolo{ ki fakultet u Beogradu obele` io je ju~e 60 godina rada sve~anom akademijom i stru~nim skupom u Jugoslovenskom dramskom pozori{ tu u Beogradu, ~iji je pokroviteq bio predsednik Srbije Boris Tadi}. Dekan Stomatolo{ kog fakulteta prof. dr Dragoslav Stamenkovi}, izme|u ostalog, rekao je da je ta visoko{ kolska ustanova nedavno dobla akreditaciju za sva ~etiri studijska programa. On je dodao da }e fakultet od oktobra

po~eti da primewuje Bolowsku deklaraciju u punom kapacitetu, odnosno ovogodi { qa generacija bruco{ a bi }e prva za koju }e studije trajati { est, umesto pet godina i oni }e imati tri ispitna roka, umesto dosada{ wih pet.

(Tanjug)

I z: „Politika“, 27. jun 2008.

## **Osnovan Klub prijateqa Stomatolo{ kog fakulteta**

Na nau~nom skupu stomatologa koji je odr`an ju~e u „Sava centru“ osnovan je klub „Alumni i prijateqi Stomatolo{ kog fakulteta“. Skup na kojem je bilo oko 1.000 u~esnika i vi{e od deset predava~a iz inostranstva, organizovan je u sklopu proslave 60 godina postojawa Stomatolo{ kog fakulteta, najstarije visoko{ kolske ustanova ovog tipa na prostoru biv{e Jugoslavije.

— @elimo da u klubu okupimo biv{e studente na{eg fakulteta, ali i sve one koji se bave stomatolo{kom strukom. Ci q nam je da se boqe pove`emo, razmewujemo iskustva, poma`emo jedni drugima u profesionalnom i nau~nom radu, ali i da se vi{e dru`imo — rekao je za na{ list prof. dr Dragoslav Stamenkovi}, dekan Stomatolo{ kog fakulteta.

Godi { wicu do~ekuju „nikad mlai i nikad spremniji“, obja{wava prof. dr Stamenkovi}. Prosek godina nastavnika i saradnika je tek oko 40 godina, a za buduqe izazove zaposleni i studenti su nikad spremniji jer su jedini fakultet ove vrste koji ima dva va`na sertifikata: onaj o nacionalnoj akreditaciji i me|unarodni ISO 9001:2000 koji je priznat u 37 zemaqa Evrope. Jedan su od { est fakulteta Beogradskog univerziteta koji je dobio akreditaciju u prvom krugu prijavqivawa.

— Pripremali smo se vi{e od godinu dana i sada u`ivamo u plodovima toga rada — ka`e prof. dr Stamenkovi}.

Jedno od merila uspe{nosti i popularnosti ovog fakulteta jeste i podatak o broju prijavqenih kandidata koji `ele da upi{u u stomatologiju. Za 160 slobodnih mesta ove godine prijavilo se ~ak 418 svr{enih sredwo{kolaca { to je 161 odsto vi{e od predvi|enog broja za upis.

J. B.

I z: „Politika“, 28. jun 2008.

## **Nacionalna konferencija o drogama i alkoholu**

U „Centru Sava“, 11. aprila je odr`ana Nacionalna konferencija o prevenciji zloupotrebe psihoaktivnih supstanci - droga i alkohola, na kojoj su prikazani dosada{wi rezultati i prezentovan Nacrt startegije za borbu protiv droga.

U radu konferencije u~e{e }e su uzeli ministar zdravqa, koji je odr`ao uvodnu re~, dr S. Stevanovi}, gradski sekretar za zdravqe, koja je prikazala ciqeve i aktivnosti kampa~we „Prema sebi dobar“ u Beogradu, prof. dr Du{ica Le{i}-To{evski, predsednik Nacionalne komisije za mentalno zdravqe i drugi.

I staknuto je da su u buxetu za 2008. godinu predvi|ena zna~ajna sredstva od 23 miliona dinara za finansirawa aktivnosti na unapre|ewu organizacije i stru~nog rada zdravstvenih ustanova u ovoj oblasti. U~esnicima su podeqene bro{ure i pri ru~nici o prevenciji droga namewene mladima, roditeljima, lekarima i drugim socijalnim radnicima.

Prof. dr Nikola Vučković, iz Klinike za psihijatriju Kliničkog centra Vojvodine i zamjenik predsjednika Komisije za prevenciju zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, izložio je Nacrt strategije za borbu protiv droga. Po njegovim rečenicima, dobar nacionalni program trebalo bi da „drži“ oko 60 odsto narkomana pod nadzorom, u nekim slučajevima i protiv njihove vođe.

Predlog programa je preduzimave takvih sveobuhvatnih mera od strane svih činilaca društva, koji bi rezultirali u sledećim ciframa: 25 odsto zavisnika trebalo bi da apstinira na vanbolničkom lečenju; 35 odsto da se uzdrži od korišćenja heroina uz supstituciju terapiju, 15 odsto da se rehabilituje u komunama, a ostali da se leče i oporavljaju u zatvorima i specijalnim bolnicama.

Droga je u našoj zemlji jeftina i pristupačna, pa broj narkomana raste. Taj broj je skoro trostruko veći nego što se ranije pretpostavljalo, a otkriven je i mreža savetovališta i centara za lečenje zavisnosti. Ovo je ogroman društveni problem, jer pored ostalih zala koje izaziva, čak 75 odsto razbojnika tava počinje upravo zavisnici.

Prim. dr Vukobrat Kiš iz Instituta za javno zdravstvo Srbije govorila je o promociji zdravca i primarnoj prevenciji bolesti zavisnosti, a Spomenka Jirić-Janković, nacionalni koordinator Evropskog istraživanja o upotrebi alkohola i drugih droga među mladima, iznela je podatke da je 16 odsto dečaka i 10 odsto devojica izjavilo da je probalo kanabis, alkohol i kanabis devet odsto dečaka, a ekstazi tri odsto.

Dr Vasa Petrović, direktor Doma zdravca Nijija, izneo je iskustva u borbi protiv droga, a Ivana Todorović iz Uprave za obrazovanje, kulturu i sport, odsek za prevenciju bolesti grada Niša govorila je o preventivnim programima u lokalnoj zajednici. Jasmina Zabić, koordinator nacionalne mreže nevladinih organizacija za borbu protiv droga, najavila je da je 26. maja zajedno sa Ministarstvom zdravca započeti kampa u „Da li droga uprava tvojim životom“.

U esencijama Konferencije je prikazan promotivni TV spot Ministarstva zdravca za buduću kampa u kome momak iz zabave počinje da se drogiraju, ali posle nekog vremena umire.

Iz: „White“, april 2008.

## **Kardiologika 2008**

*Međunarodni simpozijum kardiologa, posvećen metaboličkom sindromu, održan je 14. i 15. marta u Kongresnoj dvorani Sportskog centra Milenijum u Vršcu.*

Upoznavanje lekara opšte prakse, internista, endokrinologa i kardiologa sa savremenim mogućnostima dijagnoze i lečenja metaboličkog sindroma omogućava ranu prevenciju razvoja kardiovaskularnih bolesti i njihovih komplikacija. Naučni program ovog simpozijuma odrazio je potrebu za multidisciplinarnim i sveobuhvatnim pristupom bolesniku sa metaboličkim sindromom, od molekularnog nivoa preko preventivnih mera do najslabijih terapijskih pristupa. Akcenat simpozijuma bio je na detaljnom razmatranju važnih kliničkih specifičnih problema, kao i razmatranju kontraindikacija i praktično značajnih pitanja koja se mogu sresti kod ovakvih bolesnika.

Uvodno predavanje o insulinskoj rezistenciji i metaboličkom sindromu održao je Filip Cao sa Univerzitetu Stanford, SAD. Predavanje o abdominalnoj gojaznosti i dislipidemijama održali su prof. dr Miroslava Zamaklar, prof. Filip Cao i dr sc. med. Ivan Burazor, Ohiopertenziji i hiperglikemiji u metaboličkom sindromu govorili su prof. dr Biserka Obrenović-Kirićanski, prof. dr Nebojša Lalić i doc. dr Svetlana Jelić. Drugog dana simpozijuma bilo je rečeno o srčanjoj insuficijenciji i dijabetes melitusu (prof. dr Petar Seferović, prof. Vjačeslav Marejev iz Rusije i ass. dr Arsen Ristić) i terapiji metaboličkog sindroma (prof. Vja-



~eslav Marejev, akademik prof. dr Miodrag Ostoji}, prof. dr Milica Prostran i ass. dr Katarina Lali}).

Prof. Cao je izjavio novinarima da mu je drago { to mo`e na{ o j javnosti da pribli` i problem metaboli~kog sindroma od samog po~etka wegovog nastanka do danas, jer on ima veliku va`nost u svakodnevnom radu sa pacijentima i mo`e da doprinese redukciji nastanka kardi ovaskularnih oboqewa i dijabetes melitusa. Tako|e je izrazio nestrp~ewe da sara|uje sa kolegama iz isto~ne Evrope kako bi do{ lo do korisne razmene mi{ qewa.

Prof. dr Petar Sef erovi}, kao jedan od nau~nih di rektora simpozijuma, uputio je kompaniji Hemof arm pohvalu za inovativni duh koji je pokazala organizuju}i jedan ovakav simpozijum, koji predstavqa osnovu kontinuirane medicinske edukacije { irokog broja lekara i podi`e svest op{ te javnosti o prevenciji.

Prof. dr Miodrag Ostoji}, predsednik Udru`ewa kardiologa Srbije naveo je zanimqiv podatak da je Evropsko udru`ewe kardiologa sebi postavilo za ciq da do 2050. godine niko mla|i od 65 godina ne oboli od srca i {loga. Pored toga, Evropsko udru`ewe kardiologa je pokrenulo akciju promocije „magi~nog“ broja zdravqa: 0-3-4-140-5-3-0, koji simboli~no predstavqa preporuke za zdravqe – da nema pu{ ewa, da treba { etati barem tri kilometra dnevno i uzimati pet obroka vo|e i povr}a dnevno, da gorwi pritisak treba spustiti ispod 140mm/Hg, zatim sniziti holesterol i boriti se protiv gojaznosti. Akciju je podr`ala Svetska zdravstvena organizacija.

Iz: „White“, april 2008.



Prof. dr Miodrag Ostoji}, direktor Klinike za kardiologiju Klini~kog centra Srbije

– Poseban kuriози tet proteklog ^etvrtog beogradskog samita interventnih kardiologa je bilo otvarawe totalnih okluzija metodom retrogradnog pristupa. To je vrlo komplikovana intervencija i prvi put se izvodi kod nas.

## **Novo ruho Urgentnog centra Klini~kog centra Srbije**

Kompanija „Zorka kolor“ kre~ewem holova ukqu~ila se ovih dana, drugi put, u akciju preure|ewa Urgentnog centra Klini~kog centra Srbije. Dr Milena Jaukovi}, pomo}nica di rektora Urgentnog centra i na~elnica konsultativne slu`be, ka`e da je donacija veoma zna~ajna. Dr Jaukovi} ve} vi{e od dve godine sprovodi projekat „Oplemewivawe prostora i podizawe dostojanstva bolesnika“, pa ova ustanova sada izgleda ure|enije, hodnici su okre~eni, veliki broj soba ima klima~ure|aje i televizore, na zidovima se nalaze umetni~ke slike, a na krevetima novi du{eci i posteqina.

— Dnevno se u ambulanti Urgentnog centra pregleda oko 800 qudi, a oko 60 pacijenata bude primqeno na le~ewe. Definitivno samo najprometnija bolnica u zemqi i zbog toga ~inim sve da i osobe i bolesnici mogu da borave u lepo ure|enim prostorijama — istakla je dr Jaukovi}.

Ona ka`e da se dr`i tri va`na principa, a to su da se nikada ne obra}a pacijentima sa molbama za donacije, da ne tra`i novac i da tra`i uvek malo zato { to je svesna da niko osim dr`ave nije du`an da ula`e u zdravstvo.

— Do sada se akciji odazvalo vi{e od 100 donatora. Va`no je { to smo nabavili dosta name{taja, { to smo u nekim delovima promenili prozore, vrata i podove — naglasila je dr Jaukovi} i najavila da planiraju preure|ewe Odeqewa hirurgije Urgentnog centra.

D. D. K.

Iz: „Politika“, 7. oktobar 2008.

## ***Novi funkcioneri u zdravstvu***

### ***Ministarstvo zdravstva Republike Srbije***

Ministar: Prof. dr Tomica Milosavcevi }  
Dr`avni sekretari: Dr Nevena Kne`evi }  
Dr Tomislav Panti }  
Dr @eqko Milo{evi }

### ***Pokrajinski sekretarijat za zdravstvo***

Ministar: Dr Atila ^engeri  
Pomo}nici: Dr Radmila Latinovi }  
Boris Kopilovi }, dipl. ek.

### ***Sekretarijat za zdravstvo - Grad Beograd***

^lan I V Skup{tine  
grada zadu`en za zdravstvo: Dr Vladan [ubarevi }  
Sekretar: Prof. dr Dragana Jovanovi }  
Zamenik sekretara: Dr Bo`ica Novakovi }

---

**8. Simpozijum urgentne medicine**

9–12. oktobar 2008.

---

**Kongres urgentne medicine Srbije**

9–12. oktobar 2008.

---

**12. Kongres Evropske federacije neurolo{kih udru`ewa**

23–26. avgust, Madrid, [panija.

---

**6. Evropska konferencija i infektivnim bolestima u obstetriciji i ginekologiji**

28–31. avgust, Luven (Leuven), Belgija

---

**24. Konferencija Evropskog udru`ewa specijalista komparativne endokrinologije**

2–6. septembar, `enova, Italija

---

**21. Evropski kongres perinatalne medicine**

10–13. septembar, Istanbul, Turska

---

**14. Kongres Evropskog udru`ewa onkolo{kih hirurga**

10–13. septembar, Hag, Holandija

---

**33. Kongres Evropskog dru{tva za medicinsku onkologiju**

12–16. septembar, Stokholm, [vedska

---

**Godi{wi sastanak Udru`ewa kardiovaskularnih i interventnih radiologa Evrope**

13–17. septembar, Kopenhagen, Danska

---

**17. Me|unarodna konferencija o AIDS-u**

3–8. avgust, Meksiko Siti, Meksiko

**22. Me|unarodni kongres**

**Udru`ewa transplantologa**

10–14. avgust, Sidnej, Australija

---

**11. Me|unarodni simpozijum o urolitijazi**

2–5. septembar, Ni ca, Francuska

---

**6. Me|unarodni kongres o autoimunitetu**

3–7. septembar, Porto, Portugal

---

**12. Svetski kongres o bolu**

17–22. avgust, Glazgov, {kotska

---

**Svetski kongres o raku**

27–31. avgust, @eneva, [vajcarska

---

**11. Svetski kongres**

**Udru`ewa za bolesti ezofagusa**

10–13. septembar, Budimpe{ta, Ma|arska

---

**14. Kongres o psihijatriji**

20–25. septembar, Prag, ^e{ka

---

**14. Svetski kongres o psihofiziologiji**

8–13. septembar, Sankt Petersburg, Rusija

---

**17. Kongres Evropske**

**akademije za dermatologiju**

17–21. septembar, Pariz, Francuska

---

**Evropski kongres o hirurgiji ramena**

18–21. septembar, Bri`, Belgija

---

**47. Sastanak Udru`ewa**

**de-je endokrinologije**

20–23. septembar, Istanbul, Turska

---

## Uputstvo autorima

---

U ~asopisu „Zdravstvena za{ tita“ objavljuju se originalni nau~ni radovi, prethodna saop{tewa, pregledi i stru~ni radovi, iz socijalne medicine, iz istorije medicine i zdravstvene slu`be, zdravstvenog osigurawa, ekonomike u zdravstvu, informatike i menaxmenta.

Uz rukopis ~lanka treba prilo`iti izjavu s potpisima svih autora da ~lanak nije objavljan. Svi prispeli radovi upu}uju se na recenziju. Radovi se ne honorisu. Rukopisi se ne vra}aju. Rukopis rada u dva primerka i eventualno disketu sa oznakom programa (tekst procesora) slati na adresu: **Ure|iva~ki odbor ~asopisa „Zdravstvena za{ tita“, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, 11000 Beograd, Nu{ i}eva 25.**

### **Op{ta pravila**

Rukopis ~lanka pisati duplim proredom sa marginama od 2,5 cm, na papiru formata A4 i to samo sa jedne strane. Grafitnom olovkom na margini teksta ozna~iti mesta za tabele, slike, {eme i grafikone. Literaturni podaci u tekstu ozna~avaju se arapskim brojevima u zagradama, redosledom kojim se pojavuju u tekstu. Po{to se ~asopis {tampa}iricom, **crvenom olovkom podvu}i re-i koje treba {tampati latinicom**.

Na posebnoj stranici (u jednom primerku) navesti naslov ~lanka bez skra}enica, zatim puna imena i prezimena autora i wihove stru~ne titule i nazive ustanova i mesta u kojima rade. I mena autora povezati sa nazivima ustanova indeksiranim arapskim brojkama. Na dnu stranice otkucati ime i prezime autora sa kojim }e se obavqati ko-

respondencija, wegovu adresu, broj telefona i eventualno e-mail adresu.

Tekst ~lanka pisati kratko i jasno na srpskom jeziku. Skra}enice koristiti izuzetno i to samo za veoma duga~ne nazive hemijskih supstancija, ali i za nazive koji su poznati kao skra}enice (npr. AIDS, RIA itd.).

### **Obim rukopisa**

Obima rukopisa (ne ra~unaju}i kratak sadr`aj i spisak literature) za pregledni rad mo`e iznositi najvi{e {esnaest strana, za originalan rad deset strana, za stru~ni rad osam strana, prethodno saop{tewe ~etiri strane, a za izve{taj, prikaz kwige i pismo dve strane.

### **Kratak sadr`aj**

Uz originalni nau~ni rad, saop{tewe, pregledni i stru~ni rad treba prilo`iti na posebnoj stranici **kratak sadr`aj do 200 re~i na engleskom i srpskom jeziku**. U wemu se navode bitne ~iwenice, odnosno kratak prikaz problema, ciqevi i metod rada, glavni rezultati i osnovni zakqu~ci rada, i 3-4 kqu~ne re-i na srpskom i engleskom.

Uz sve vrste ~lanaka za koje je potreban kratak sadr`aj, otkucati na posebnoj stranici naslov rada, rezime i inicijale imena i prezimena autora, nazive ustanova.

### **Tabele**

Svaka tabela se kuca na posebnoj stranici. Tabele se ozna~avaju arapskim brojkama po redosledu navo|ewa u tekstu. Naslov

tabele koji se kuca iznad tabele prikazuje wen sadr`aj. Kori{ }ewe skra}enice u tabe- li obavezno objasniti u legendi tabele.

### ***Slike (fotografije)***

Prilo`iti samo kvalitetno ura|ene fo- tografije i to u originalu. Na pole|ini svake slike napisati prezime prvog autora, skra}eni naziv ~lanka, redni broj slike, a vrh slike ozna~iti vertikalno usmerenom strelicom. Naslov slike napisati na po- sebnom listu.

### ***Crt e` i ( { eme, grafikoni)***

Primaju se samo pregledno ura|eni crte- `i na beloj hartiji.

### ***Spisak lit erature***

Kuca se na posebnoj strani, dvostrukim proredom, a trostrukim izme|u pojedinih referenci, s arapskim brojevima prema re- dosledu navo|ewa u tekstu. broj referenci u spisku ne treba da prelazi 20, osim za pregledni rad. Stil navo|ewa referenci je po ugledu na „Index Medicus“.

**NAPOMENA: Ovo uputstvo je sa-iweno prema Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, koji je obja- vio „International committee of medical jour- nal editors“ u N. Eng. J. Med. 1997;336; 309-15.**

### ***Errata - I sprāvka***

U ~asopisu broj 4/2008, na strani 99 u potpisu autora teksta stoji: *prim. dr Nada Kova~evi*}, a t reba: *prof. dr Nada Kova~evi*}).

*I zvi wavamo se ~it aocima i uva` enoj prof. dr Nadi Kova~evi }  
zbog u~i wene { t amparske gre{ ke*

CIP – Katalogizacija u publikaciji  
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

614

**ZDRAVSTVENA ZA[ TI TA** : ^asopi s za  
socijal nu medi ci nu, javno zdravqe,  
zdravstveno osi gurawe, ekonomi ku  
i menaxment u zdravstvu / glavni i  
odgovorni uredni k Predrag Dovijani }. –  
God. 1, br. 1 (1972) – . – Beograd (Nu{ i }eva  
25) : Komora zdravstveni h ustanova Srbije,  
1972 – (Beograd : Obel e` ja). – 27 cm.

Dvomeseno.

ISSN 1451-5253 = Zdravstvena za{ ti ta  
COBISS.SR-ID 3033858