

ГОДИНА XXXVIII

Специјалан број

НОВЕМБАР 2009. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,  
ЈАВНО ЗДРАВЉЕ, ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ  
И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

# ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

## *Уређивачки одбор:*

Илија Трипковић  
Рајко Гргоревић  
Христо Анђелски  
Драган Младеновски  
Илија Петровић  
Дејан Станојевић  
Драгослав Ђетковић

**ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ:** Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргоревић, дипл. економиста  
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушкићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд  
e-mail: obelezja@yahoo.com

*Лекцијура/Корекцијура:*  
Ковиљка Дабић

*Технички уредник:*  
Синиша Ђетковић

*Тираж:*  
500 примерака

*Штампа:*  
„Stillprint SS“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације, и са овим бројем налази се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из Часописа објављени су у Библиографији Југославије, под Чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

Резимеи чланака објављују се у СЦиндексу (Српски цитатни индекс) при Народној библиотеци Србије и у COBISS.SR-ID

# *C a d r ж a j*

---

## **Стручни и научни радови**

*C. Поповић*

Како смањити расходе у здравству ..... 1

*П. Перуновић, М. Обрадовић, Б. Тимотић, А. Тимотић, Б. Анђелски Радичевић*  
Новчани приходи становника Србије и издаци за здравствену заштиту ..... 5

*А. Тимотић, П. Перуновић, М. Обрадовић, Б. Тимотић, Б. Анђелски Радичевић*  
Социоекономске и демографске карактеристике  
корисника здравствене заштите у Србији ..... 19

*P. Кандић, В. Богдановић, Љ. Ердоглија, Д. Тодоровић,*  
*Г. Маринковић, Л. Кузманоски*  
Кретање регистрованих цревних заразних болести на подручју  
општине Звездара у периоду 2004–2008 ..... 29

*М. Обрадовић, К. Савић Јоцић, В. Хорозовић, М. Тимотић,*  
*М. Обрадовић, М. Радовановић*  
Ванболничка здравствена заштита жена ..... 35

*С. Трпковић, А. Павловић, Н. Виденовић, П. Јовановић, П. Бојовић*  
Преарест фактори који утичу на преживљавање пацијената који су доживели  
ванболнички акутни застој срца ..... 43

*A. Хаџиавдић, Н. Гаврић*  
Рана рехабилитација пацијената са политраумом ..... 55

*Н. Гаврић, А. Хаџиавдић*  
Значај раног откривања Реклингхаусенове болести ..... 59

*И. Здравковић*  
Смањен унос масти – да ли је ово увек потребно? ..... 63

*С. Стојчинић, М. Борзановић*  
Борба против стреса – Како умети живети са стресом? ..... 67

*П. Мићовић*  
Здравствени менаџмент ..... 73

*Д. Младеновски*  
Како са мање постићи више? ..... 79

**Упутство ауторима** ..... 81

---

## Стручни и научни радови

### Како смањити расходе у здравству

C. Поповић<sup>1</sup>

---

## How To Reduce Expenses In Health Service

S. Popovic

---

**Сажетак.** Идеја о разматрању проблема смањивања расхода у здравству подстакнута је претходно објављеним текстом „Иницијатива“. Чини нам се да је то био покушај да нам се приближи и објасни како би се могао на другачији начин организовати немедицински сектор у једној здравственој установи.

Сматрамо неопходним да се у коришћењу људског ресурса у немедицинским службама укључи методолошки стандард, што представља један од облика рационализације.

Идеја о новом концепту планирања и сумирања планова у електронској форми, на једном месту, није неостварива. То би, свакако, захтевало квалитетније прикупљање и обраду информација за потребе планирања, скратило време за израду одређених анализа са временским преセцима када је то неопходно, као и саму израду планова, односно, по нашем мишљењу, допринело би другачијем приступу у одређивању обима средстава за финансирање здравствене делатности.

Такође, може се подржати идеја да се послови административног карактера (правни и економски, технички и сл.), са преузимањем извршилаца, могу поверити другим правним субјектима који могу својом иницијативом побољшати и унапредити пословање здравствене установе.

Неопходно је да и други субјекти дају позитивну подршку овој иницијативи, која има своју стручну и практичну компоненту, односно сви заинтересовани субјекти треба да дају свој допринос или изнесу своја запажања о питањима која су иницијативом подстакнута.

**Кључне речи:** расходи у здравству, немедицински сектор, људски ресурс.

**Summary.** The idea for consideration of reducing expenses in health service is instigated with the text "Initiative". It seems that it was an attempt to approach and explain how medical department in a health institution can be organized in a different way.

We consider necessary to include methodical standard in using of human personnel in non-medical services, that represents a form of rationalization.

The idea about new conception of planning and summarizing of plans in electronical form in one place, is not unrealizable. It would require better quality of collecting and processing of informations for planning, shorten time of time-analysis when necessary, as well as making plans itself. In our opinion, it would contribute to different access in determination of amounts for financing of health care.

Administrative jobs (judical, economical, technical), with taking over of executor, could be confided to other legal subjects, that could improve and promote management of health institution.

It is necessary that other subjects give positive acceptance to this initiative, which has its professional and practical component, that means that all interested subjects need to give contribution or observations about the questions instigated by the initiative.

**Key words:** reducing expenses, non-medical services, human personnel.

---

<sup>1</sup> Слободан Поповић, Агенција за рачуноводство и маркетинг, Београд.

## Увод

**П**риступ идеји да се област јавних набавки извршава на једном месту јесте оправдан, иако би реализација те идеје захтевала приличне измене у квалитету израде планских докумената.

Такође, сматрамо да би вођење пословања здравствених установа, у рачуноводственом смислу на другачијој основи која се предлаже, могло побољшати и у економском смислу поједноставити технолошке поступке обраде и евиденције, ионако преобимне документације.

У вези са тим, разматрајући аспект **јавних набавки** у здравственим установама, уочено је да већина правних субјеката у овој области **нема посебно организовану службу која је задужена за ову материју**. Опште је запажање да ове послове, поред својих редовних послова, углавном обављају правници, уз помоћ економиста, укључујући и руководиоце установа. Због тога се поставља питање да ли су све јавне набавке обухваћене плановима, да ли се аналитички прате и какви су економски ефекти те потрошње.

Овоме додајемо да би боља организација на овом подручју сасвим сигурно могла побољшати квалитет у реализацији спровођења поступка, узимајући нарочито доследну примену правила прописаних законом. Економика би, такође, у овој области свакако могла бити заступљенија.

## Подршка пројекту

Имајући у виду да се послови **јавних набавки могу објединити на једном месту**, ова околност би у својој практичној примени **поједноставила реализацију планова набавки** на начин и у обиму који одговара потребама већине здравствених установа.

Циљ ове поставке био би **успостављање јединственог система јавних набавки** у свим областима које су заступљене или су неопходне у спровођењу програма рада ових правних лица.

Такође, околност да је област рачуноводствене проблематике и финансијског извештавања **међусобно повезана са јавним набавкама**,

јер у основи представља јавну потрошњу која се динамички и специфично прати, указује на потребу да **да се ове две врло важне области међусобно повежу јединственим концептом који подразумева планирање, средства финансирања, евиденцију и извештавање**.

Замишљени пројекат иницира потребу да се **планови правних субјеката раде по јединственој методологији** према критеријумима који се по уобичајеној процедуре унапред доносе за њихову израду.

Јединствена методологија би омогућила израду поменутих докумената за **више правних субјеката**, чиме би се створили услови за сумирање и аналитичко праћење планских елемената у домену извршења по обиму и средствима, **односно стварање услова за јавне набавке добара и услуга већег обима, које у себи имају заједничку карактеристику**.

**Збирни подаци планова могли би се обрађивати и сумирати у електронској форми.**

У оквиру **рачуноводствене проблематике, идеја уградње** новијих решења, односно **јединствено методолошко праћење** пословања правних субјеката применом аналитичког оквира контног плана за буџетско пословање, **као и могућност уступања ових послова другим субјектима који се овим професионално баве**.

Пројекат би, такође, могао предвидети повезивање базе података где то није учињено са свим деловима процеса рада унутар здравствене установе, који омогућују улазне компоненте за обраду, праћење токова расхода и прихода, утврђивање резултата, периодичне и годишње извештаје, њихову анализу и податке за потребе одлучивања.

Овоме додајемо да би имплементација пројекта практично омогућила јединствену и рационалнију поставку унутрашње организације у пословању здравствене установе, посебно немедицинског сектора који би се састојао у:

- бољем коришћењу кадровског ресурса,
- потпуном повезивању техничког праћења насталих пословних промена у обиму рада и финализацији обрачуна тог рада,
- квалитетнијом израдом планова рада и

- праћењем извршења тог рада,
- квалитетнијом поставком јавних набавки и њиховом повезивању са плановима рада,
  - квалитетнијом поставком извештаја о пословању који се достављају органима управљања за потребе одлучивања и екстерно,
  - бОљом обрадом рачуноводствених података,
  - израдом нормативних решења за правилну примену уредбе и контног оквира за буџетско пословање,
  - могућност уступања вођења пословања другим професионалним правним субјектима.

Пројекат би могао, између осталог, предвидети ангажовање постојећег броја извршилаца **преузимањем**, уколико би здравствена установа поверила ове послове другом правном лицу, *рационализацију тог броја, као и примену одговарајућег стандарда. У принципу идеја примене стандарда, када је у питању људски ресурс ангажован у немедицинском*

*сектору је остварива. Дакле, ова „заборављена“ тема свакако је актуелна и требало би је темељно разрађивати.*

## Закључак

На основу претходно наведеног могао би се извести закључак да би новија решења могла имати за циљ:

- смањивање броја кадрова и тамо где је то могуће уз примену стандарда,
- постепено побољшање унутрашње организације у смислу изналажења бОльих и ефикаснијих решења у процесу,
- обезбеђивање боље информисаности,
- уштеду на трошковима,
- обезбеђивање континуитета у раду,
- ефикасније и брже извршавање наложених задатака који су од виталног интереса у пословању и томе сл.

## Литература

1. Циљеви и мере здравствене политике у Србији до 2010. године. Институт за здравствену заштиту здравља „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, 1997.
2. Предраг Мићовић: Менаџмент здравственог система. Европски Центар за мир и развој, Београд, 2000.
3. Предраг Довијанић: Савремена организација здравствене службе и установа. Обележја, Београд, 2003.
4. Слободан Цветановић: Економија и здравство. Просвета, Ниш, 1994.
5. Јиљана Гереке: Планирање у здравству. Научна књига, Београд, 1990.
6. Милан Шкрбић: Увод у економику здравства. Ју мена, Загреб, 1988.

---

## Стручни и научни радови

# Новчани приходи становника Србије и издаци за здравствену заштиту

П. Перуновић,<sup>1</sup> М. Обрадовић,<sup>2</sup> Б. Тимотић,<sup>3</sup> А. Тимотић,<sup>4</sup> Б. Анђелски Радичевић<sup>5</sup>

---

## Serbian Population Income and Expenses for Health Care

P. Perunovic, M. Obradovic, B. Timotic, A. Timotic, B. Andjelski Radicevic

---

**Сажетак.** Здравствена заштита је непосредно и дубоко укључена у феномене демографских и социоекономских промена становништва. У финансирању здравствене заштите присутан је стални раскорак између потреба и материјалних могућности да се те потребе задовоље.

Циљ овог рада јесте да се сагледају начини обезбеђивања финансијских средстава и издаци за здравствену заштиту. У том циљу анализирани су подаци обимног анкетног истраживања спроведеног у Србији.

Резултати анализе показали су да домаћинства у Србији имају просечно 1,7 извора прихода, а главни извор су пензије (56,5%), плате (15,9%) и пољопривреда (13,5%), док је без прихода 7,1% домаћинстава.

Приходи су довољни за покриће свих трошкова код 40% домаћинстава, а само за основне потребе код 32,9% домаћинстава. код 38,3% домаћинстава приходи не покривају трошкове исхране, код 38,3 трошкове личне хигијене, а 43,3% хигијене домаћинства итд.

Највећи број породица своје материјално стање оцењује као средње (49,2%) и лоше (39,9%), а добро само 10,1%. У овоме постоје статистички значајне разлике између домаћинстава градских и сеоских насеља ( $X^2=67,640; df=3; p<0,001$ ). Најсиромашније породице оцењују своје материјално стање као лоше (51,7%), а најумућније у 32% случајева.

Издатке за здравствену заштиту у претходној години имало је 44,1% становника Србије, нешто више градских него сеоских насеља, жене

**Summary.** Healt care is directly and deeply comprised in phenomena of demographic and socio-economic changes of poulation. In health care financig permanent astride is present between needs and material pssibilities.

The aim of the study was to evaluate ways to ensure financial means and expenses for health care. Data from exttentive inquiry investigation in Serbia are investigated.

The results showed that homes in Serbia have averagely 1.7 sources of income, and main source are pensions (56,5%), salaries (15,9%) and agriculture (13,5%). There was 7,1% of homes without income.

The incomes were enough to covr all the expenses in 40% of homes, and only for elemenary needs in 32,9%. In 38,2% of homes incomes don't cover expenses for food, in 38,3% expenses for personal hygiene, in 43,3% for home hygiene, etc.

The greatest number of families its material state estimates as mean (49,2%) or bad (39,9%), and as good only 10,1%. There are statistically singnificant differences between urban and rural homes ( $X^2=67,640; df=3; p<0,001$ ). The poorest families estimate their material state as bad (51,7%), and the richest in 32% of cases.

Expenses for health care in the last year had 44.1% of Serbian population, more urban than in rural settlements, women than men, and the richest than the poorest. Average annual expenses per inhabitant amounted in Serbia

---

<sup>1</sup> Предраг Перуновић, дипл. ецц, Министарство здравља.

<sup>2</sup> Mr сц. др Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту Железничара.

<sup>3</sup> Проф. др Бранивоје Тимотић, emeritus.

<sup>4</sup> Александар Тимотић, Каритас, Беч.

<sup>5</sup> Mr. пх. Биљана Анђелски Радичевић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду.

нега мушкараца и најимућнијих него сиромашнијих. Просечни годишњи издаци по становнику износили су у Србији 14,696,7 динара, највише у Београду и уопште градским насељима, те же-на него мушкараца. Најимућнији становници имали су око 2,5 веће издатке него најсиромашнији.

**Кључне речи:** приходи, издаци, здравствена заштита.

## Увод

**З**дравствена заштита, као ниједно друго подручје људског живота, непосредно је и дубоко инкорпорирано у феномене демографских и социоекономских промена становништва. Све своје потребе човек артикулише и задовољава у оквиру одређених демографских и социјалних структура. Здравствене потребе су поремећај здравља и благостања који захтева услуге здравствене службе и оне сувеома разноврсне, комплексне и променљиве у зависности од културног и социоекономског развоја друштва.<sup>1,2</sup>

Здравствене потребе су теоријски неограничене, а исто тако и могућности науке и праксе да те потребе задовоље на све већем нивоу, што води ка све већим издацима за здравствену заштиту. Здравствене потребе распуштају свуда у свету, а тиме и здравствене потрошње, тако да је у последњих пола века дошло до праве експлозије здравствене потрошње.<sup>3</sup> Истраживајући импликација најбитнијих елемената социоекономских и демографских промена становништва на здравље, здравствене потребе и коришћење здравствене заштите има данас већи значај, првенствено због преовлађивања хроничних болести у патологији становништва, у чијем настанку доминантну улогу имају социјални и економски фактори.<sup>4</sup>

Организација и начин друштвеног живота становништва у сталној је динамичкој промени, а у веома сложеној интеракцији са тим променама одвија се и промене у социјалној структури становништва. Структура становништва је битно усlovљена степеном социјалног и економског развоја.<sup>5</sup> Социјалне потребе становништва могу бити двојаке:

1. **материјалне:** исхрана, одевање, становање, неопходна добра, и

14.696,7 RSD, most in Belgrade and other cities, more for women than men. The richest inhabitants had about 2.5 times bigger expenses than the poorest.

**Key words:** Income, Expences, Health Care

2. **нематеријалне:** образовање, култура, социоздравствена заштита, хигијенски стандард, друштвена и лична сигурност.

У финансирању здравствене заштите присутан је стални раскорак између потреба и материјалних могућности да се те потребе задовоље. Средства која се обезбеђују и троше за здравствену заштиту веома су велика, па је рационално трошење тих средстава увек значајније од евентуалног повећања тих средстава.<sup>6</sup>

У коришћењу здравствене заштите главни проблем је плаћање здравствених услуга и добра. У томе је посебно значајно здравствено осигурање које обезбеђује материјалну и здравствену сигурност за случај наступања здравствених, а тиме и економских ризика, од којих се појединачно не може заштитити.<sup>7</sup>

## Циљ и методе рада

Превасходни циљ рада јесте да се сагледају начини обезбеђивања финансијских средстава породица и становништва Србије и издаци за здравствену заштиту. Све је то сагледано по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, добним групама и имучном стању. У реализацији циља коришћен је метод анкетног истраживања, тј. анализирани су статистичком методологијом подаци о обимном анкетном истраживању које је извршио 2006. и 2000. године Институт за јавно здравље Србије.

## Резултати и дискусија

Извори прихода домаћинства и учешће у трошковима приказани су у **табели 1**. Према

**Табела 1.** Извори прихода домаћинства и учешће у трошковима (%)

Показатељи		Извори прихода домаћинства		У претходном месецу били довољни		Учешће трошкова исхране преко 70%	У претход. месецу неко био на одмору	Оцена свог материјалног стања
		Просеч. број	Соц. помоћ	За све трошкове	За основне трошкове			
Тер. подручје	Београд	1,8	3,0	35,4	46,2	9,7	43,6	32,8
	Војводина	1,6	4,5	36,3	28,7	9,8	20,9	36,1
	Ц. Србија	1,7	2,9	35,1	27,9	10,7	15,0	39,7
	Србија	1,7	3,4	40,1	32,9	10,0	32,5	37,0
Тип насеља	Градски	1,7	2,9	43,5	35,2	11,1	30,4	34,1
	Сеоски	1,7	4,1	36,3	29,5	8,5	13,7	41,1
Имућно стање	Најсиромаш.	1,4	7,8	22,1	17,2	10,8	4,5	61,1
	Најимућнији	1,8	1,5	60,0	50,6	11,4	52,9	19,5

**Табела 2.** Главни извори финансијских средстава по полу

Извори прихода	Мушкарци		Жене		Свега	
	Број	%	Број	%	Број	%
Плате	133	13,7	232	17,5	366	12,9
Сопствени посао	18	1,9	30	2,3	48	2,1
Пољопривреда	137	14,1	173	13,1	310	13,5
Пензија	583	59,9	712	54,0	1295	56,5
Социјална помоћ	22	2,2	28	2,1	50	2,2
Друго	23	2,4	33	2,5	56	2,5
Без прихода	56	5,7	106	8,0	162	7,1
Без одговора	1	0,1	5	0,4	6	0,3
Укупно	975	100,0	1318	100,0	2292	100,0

тим подацима породица има просечно 1,7 извора прихода. Социјалну помоћ, као главни извор прихода, има 3,34% породица, и то знатно више сеоских него градских насеља и најсиромашнији него најимућнијих породица.

Учешће у трошковима исхране веће од 70% у укупним приходима имало је 10% породица, нарочито градских насеља. Приходи у претходном месецу били су довољни за све трошкове само код 40,4% домаћинстава, а само за основне трошкове код 32,9% домаћинстава. Наравно, вишеструко већи проценат је код најимућнијих него код најсиромашнијих породица – за све трошкове 60%:22,1%, а за основне 50,6%:17,2%. Своје материјално стање сами испитаници су у 37% случајева оценили као лоше, посебно најсиромашнији у односу

на најимућније (61,1%:19,5%). Приходи за здравствену заштиту нису довољни код 71,6% породица.

Пензије су главни звр прихода 56,5% породица Србије, а затим плате 15,9% и пољопривреда 13,5%. Остали извори прихода су далеко мање засупљени. Без прихода је 7,1% породица (**табела 2.**). Пензије као главни извор прихода заступљеније су код мушкараца него код жена, а исто тако и пољопривреда, док су плате заступљенији извор прихода жена него мушкараца.

Кад се главни извори прихода домаћинства посматрају по територијалним деловима Србије (**табела 3.**), произлази да су зараде главни извор прихода у свом територијалним јединицама – највише у Београду, а најмање у Војводини.

**Табела 3.** Главни извори прихода домаћинства по територији

Извори прихода	Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
	Број	%	Број	Б%	Број	%	Број	%
Плате	557	55,1	630	46,9	1615	51,8	2802	51,2
Пензија	307	30,4	333	24,8	780	25,0	14,20	26,0
Сопствени посао	85	8,4	108	8,1	240	7,7	433	7,9
Пољопривреда	24	2,4	192	14,3	301	9,7	517	9,5
Социјална помоћ	3	0,3	9	0,7	18	0,6	30	0,5
Друго	19	1,9	44	3,3	70	2,2	133	2,5
Без прихода	15	1,5	24	1,8	84	2,7	123	2,2
Без одговора	1	0,1	1	0,1	10	0,3	12	0,2
Укупно	1911	100,0	1341	100,0	3118	100,0	5470	100,0

$\chi^2=147,723$ ; df=18; p<0,001

На другом месту у свим територијалним јединицама Србије су пензије. Даље долази пољопривреда (најмање у Београду) и сопствени посао. Остали извори су далеко мање заступљени. Наведене разлике су статистички значајне ( $\chi^2=147,723$ ; df=18; p<0,001).

Кад се извори прихода домаћинства посматрају по типу насеља (**табела 4.**) запажају се значајне разлике између градских и сеоских насеља – у градским насељима у знатно већем проценту главни извори прихода су плате и пензије него у сеоским насељима, где је израженији извор прихода пољопривреда. Те разлике су статистички значајне ( $\chi^2=813,109$ ; df=9; p<0,001).

Главни извор прихода у 59% породица не покривају све трошкове. Тако у 38,2% не по-

кривају трошкове исхране, у 38,3% трошкове личне хигијене, а у 43,3% трошкове хигијене домаћинства. Трошкове одеће и обуће не покрива чак 79% прихода домаћинства, а режијске трошкове 53,2%.

Кад се посматра покриће трошкова исхране и личне хигијене приходима домаћинства по територијалним деловима Србије (**табела 5.**), види се да постоје статистички значајне разлике, ( $\chi^2=16,018$ ; df=2; p<0,001). Разлика је статистички значајна и по типу насеља ( $\chi^2=80,429$ ; df=1; p<0,001). У градским насељима приходи не покривају трошкове исхране код 42,5% а у сеоским 30,5% домаћинства.. Исто тако приходи домаћинства не покривају трошкове личне хигијене код 38,3% до-

**Табела 4.** Главни извори прихода по типу насеља

Извори прихода	Градско		Сеоско		Свега	
	Број	%	Број	%	Број	%
Плате	1937	56,1	863	42,9	2800	51,2
Пензија	1005	29,1	415	20,6	1420	26,0
Сопствени посао	302	8,7	132	6,6	434	7,9
Пољопривреда	32	0,9	485	24,1	517	9,9
Социјална помоћ	17	0,5	14	0,7	31	0,6
Друго	101	2,9	59	2,9	160	2,9
Без прихода	53	1,5	43	2,1	96	1,8
Без одговора	8	0,2	4	0,2	12	0,2
Укупно	3455	100,0	2015	100,0	5470	100,0

$\chi^2=813,109$ ; df=9; p<0,001

**Табела 5.** Покривеност трошкова исхране и личне хигијене приходима домаћинства по територијама

Трошкови	Приходи Домаћинства	Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Исхране	Довољни	549	58,7	889	66,2	904	90,6	3387	61,8
	Недовољни	418	41,3	454	33,8	1220	9,4	2092	38,2
	Свега	1012	100,0	1343	100,0	3124	100,0	5479	100,0
Личне хигијене	Довољни	579	59,1	862	64,2	1923	61,6	3382	61,7
	Недовољни	414	40,9	480	35,8	1201	38,4	2095	38,3
	Свега	1011	100,0	1342	100,0	3124	100,0	5477	100,0

**Табела 6.** Расходи за трошкове исхране по територијама

Висина расхода од укупног прихода	Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
	Број	%	Број	Б%	Број	%	Број	%
Мање од 30%	49	4,9	145	10,8	146	4,7	340	6,2
Од 30 до 50%	123	12,2	279	20,8	490	15,7	892	16,3
Од 51 до 70%	247	24,6	371	27,7	816	26,2	1434	26,2
Преко 70%	547	53,8	456	34,1	1502	48,1	2499	45,7
Укупно	1006	100,0	1339	100,0	3132	100,0	5456	100,0

$X^2=153,234$ ; df=8; p<0,001

маћинстава, а разлике по територијалним деловима Србије нису статистички значајне ( $X^2=6,671$ ; df=2; p<0,036).

Висина расхода за исхрану од укупних прихода по појединим територијалним деловима Србије статистички је значајно различита ( $X^2=153,234$ ; df=8; p<0,001). Разлика је статистички значајна и по типу насеља – у градским насељима се троши 54,4% на исхрану преко 70% прихода, а у сеоским 30,9%. У градским насељима 2,9% домаћинстава троши мање од 30%, а у сеоским 12% ( $X^2=471,818$ ; df=4; p<0,001).

Полазећи од усвојених стандарда развијених земаља да материјални статус домаћинства (богати/сиромашни) одређују учешће издвајања за храну од укупних прихода домаћинства, развијени су следећи критеријуми:

- имућни грађани имају расходе за исхрану мање од 30% укупних расхода;
- средњи слој: од 30 до 50%
- сиромашни: од 50 до 70% и
- екстремно сиромашни преко 70%.

Према овим критеријумима половина становништва Србије је екстремно сиромашна.

У **табели 7.** приказани су подаци о поседовању земљишта према расходима домаћинства за исхрану. Ови подаци показују да поседовање земље опада са висином процента расхода домаћинства за исхрану. Те разлике су статистички значајне ( $X^2=347,873$ ; df=4; p<0,001).

Према подацима **табеле 8.**, преко половине домаћинстава има ауто, 96% фрижидер, 89% веш машину, 91,2% телевизор, а 39,2% земљу.

Подаци **табеле 9.** показују да постоји статистички значајна разлика у поседовању земље између домаћинстава градских и сеоских насеља ( $X^2=1155,853$ ; df=1; p<0,001), а исто тако поседовање трактора ( $X^2=929,292$ ; df=1; p<0,001).

Према подацима **табеле 10.** обезбеђивање хране куповином је статистички значајно различито по појединим територијалним деловима Србије ( $X^2=27,898$ ; df=2; p<0,001). Исто тако је статистички значајна разлика обезбеђивања хране сопственом производњом

**Табела 7.** Поседовање земље према расходима домаћинства за трошкове исхране

Расходи домаћинства за исхрану		Поседовање земље		
		Да	Не	Свега
До 30%	Број	223	118	341
	%	65,4	34,6	100,0
Од 30 до 50%	Број	498	494	992
	%	55,8	44,2	100,0
Од 50 до 70%	Број	600	834	1434
	%	41,8	58,2	100,0
Преко 70%	Број	691	1807	2498
	%	27,7	72,3	100,0
Не зна	Број	131	169	300
	%	43,7	56,3	100,0
Укупно	Број	2143	3422	5565
	%	39,2	60,8	100,0

 $X^2=347,873; df=4; p<0,001$ **Табела 8.** Поседовање покретне и непокретне имовине

Врста имовине	Поседовање земље			
	Имају имовину		Укупно	
	Број	%	Број	%
Земља	2146	39,2	5478	100,0
Авто	2863	52,3	5479	100,0
Трактор	939	17,2	5474	100,0
Фрижидер	5254	95,9	5479	100,0
Веш машина	4884	89,1	5480	100,0
Телевизор	4995	91,2	5478	100,0
Телефон	4494	82,1	5745	100,0
ПЦ рачунар	545	10,0	5475	100,0

**Табела 9.** Поседовање земље и трактора по типу насеља

Имовина	Тип насеља						
	Градско		Сеоско		Укупно		
	Број	%	Број	%	Број	%	
Земља	Има	764	22,1	1382	68,6	2146	39,2
	Нема	2699	77,9	634	31,4	3333	60,8
	Свега	3463	100,0	2016	100,0	5479	100,0
Трактор	Има	183	5,3	756	37,5	939	17,2
	Нема	3274	94,7	1260	62,5	4535	82,8
	Свега	3457	100,0	2016	100,0	5474	100,0

**Табела 10.** Начини обезбеђивања хране по територијама

Начини	Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија		
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%	
Куповина	Да	981	96,9	1229	91,7	2934	94,0	5144	94,0
	Не	31	3,1	111	8,3	186	6,0	328	6,0
	Свега	1012	100,0	1340	100,0	3120	100,0	5472	100,0
Сопствена производња	Да	146	14,4	660	49,5	1156	37,7	1962	36,6
	Не	856	85,6	674	50,5	1911	62,3	3450	63,7
	Свега	1011	100,0	1334	100,0	3067	100,0	5412	100,0
Хуманитар. пакети	Да	38	3,8	61	4,6	146	4,8	245	4,5
	Не	973	96,2	1268	95,4	2908	95,2	5149	95,5
	Свега	1011	100,0	1329	100,0	3054	100,0	5349	100,0

**Табела 11.** Начини обезбеђивања хране по полу

Начини	Мушки		Женски		Свега		
	Број	%	Број	%	Број	%	
Куповином	Да	840	86,4	1145	87,1	1985	86,8
	Не	132	13,6	170	12,9	302	13,2
Сопствена производња	Да	369	38,1	470	36,2	839	37,0
	Не	600	61,9	828	63,8	1428	63,0
Помоћ рођака и пријатеља	Да	32	3,3	105	8,1	137	6,1
	Не	935	96,7	1190	91,9	2125	93,9
Укупно	Да	1241	42,7	1720	44,0	2961	43,4
	Не	1667	57,3	2188	56,0	3955	56,6

( $X^2=311,793$ ; df=2; p<0,001). Разлика је статистички значајна и по типу насеља. У сеоским насељима 70% домаћинстава обезбеђује храну сопственом производњом, а у градским 10% ( $X^2=1540,421$ ; df=2; p<0,399). То обезбеђивање није значајно различито ни по типу насеља.

Према подацима **табеле 11.** не постоје значајније разлике у обезбеђивању хране по полу, како куповином тако и сопственом производњом. Једино је значајна разлика по полу – већи проценат жена обезбеђује храну од помоћи рођака и пријатеља.

Из **табеле 12.** може се видети да су потребе за хуманитарном помоћи у храни биле статистички значајно различите по територијалним деловима Србије ( $X^2=26, 221$ ; df=2; p<0,001), док у добијеним пакетима помоћи није било статистички значајне разлике ( $X^2=2, 670$ ; df=2; p<0,263).

Разлике су такође статистички значајне и по типу насеља – потребе су веће у градским него сеоским насељима ( $X^2=27, 472$ ; df=1; p<0,001), а није статистички значајна разлика у добијеним пакетима хране ( $X^2=3, 694$ ; df=2; p<0,055).

Потребе у средствима за хигијену статистички су значајно различите по територијама Србије ( $X^2=27, 680$ ; df=2; p<0,001), док добијена хуманитарна помоћ није статистички значајно различита ( $X^2=5, 759$ ; df=2; p<0,056). Потребе пак за хуманитарном помоћи у лековима ни по територијалним деловима Србије ( $X^2=9, 564$ ; df=2; p<0,008) ни по типу насеља нису статистички значајно различите ( $X^2=0,113$ ; df=1; p<0,737), а исто тако ни добијена помоћ ( $X^2=1, 603$ ; df=2; p<0,449).

У **табели 13.** приказани су подаци о исказаним потребама других средстава и добијеном

**Табела 12.** Потребе и добијање хуманитарне помоћи

Хуманитарна Помоћ		Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Потребе у храни	Да	307	30,4	325	24,3	993	32,0	1625	28,8
	Не	704	69,6	1011	75,7	2114	68,0	3829	70,2
Добијено пакета хране	Да	83	8,2	105	7,9	213	6,9	401	7,4
	Не	929	91,8	1231	92,1	2891	93,1	5051	92,6
Потребе средст. за хигијену	Да	379	37,5	403	30,2	1237	39,9	2019	37,0
	Не	633	62,5	933	69,8	1867	60,1	3433	63,0
Добијено пакета хигијен. средст.	Да	49	4,8	62	4,6	107	3,4	218	4,0
	Не	936	95,2	1273	95,4	2995	96,6	5231	96,0
Потребе за лековима	Да	293	29,0	394	29,5	1029	33,2	1716	31,5
	Не	719	71,0	942	70,5	2073	66,8	3734	68,5
Добијено пакета лекова	Да	5	0,5	8	0,6	26	0,8	39	0,7
	Не	1006	99,5	1326	99,4	3076	99,2	5408	99,3

помоћи, из које се види да је веома мали број домаћинстава добио ту помоћ.

Мада на први поглед није у вези са темом која се обрађује, ипак због погодности и непогодности коришћења и издатака за здравствену заштиту, у **табели 14.** приказујемо удаљеност у времену и километрима од најближе здравствене амбуланте и дома здравља.

Временска удаљеност од најближе амбуланте у сатима по територијалним деловима Србије није статистички значајно различита ( $X^2=6,896$ ;  $df=2$ ;  $p<0,032$ ), као ни по типу насеља ( $X^2=8,791$ ;  $df=1$ ;  $p<0,003$ ). Међутим,

удаљеност у километрима је статистички значајно различита ( $X^2=128,511$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Разлика је статистички значајна и по типу насеља – већи проценат у сеоским насељима је удаљен четири и више километара од амбуланте ( $X^2=251,450$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Удаљеност у километрима од дома здравља је статистички значајно различита по појединачним територијалним деловима Србије ( $X^2=74,722$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ), а исто тако и по типу насеља – у градским насељима 10,9% домаћинстава има дом здравља на удаљености већој од четири километра, а у сеоским 71,5% ( $X^2=2166,946$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

**Табела 13.** Потребе и добијена помоћ других средстава

Врсте средстава	Потребе			Добијено претходног месеца	
	Укупно домаћинства	Домаћинства са исказаним потребама		Домаћинства са добијеном помоћи	
		Број	Број	%	Број
Школски оброк	5445	655	12,0	38	0,7
Одећа/обућа	5451	1403	25,7	49	0,9
Ћебад/постельина	5454	1079	19,7	31	0,6
Гориво за грејање и кување	5450	1343	24,6	25	0,5
Финансијска помоћ	5455	2032	37,3	28	0,5
Психосоцијална помоћ	5449	713	13,1	20	0,4
Друго	5210	547	10,5	20	0,4

**Табела 14.** Удаљеност од здравствене установе по територијама

Удаљеност		Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
		Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Од амбуланте	До један сат	1011	100,0	1345	100,0	3071	99,7	5427	99,8
	Више од један сат	–	–	–	–	9	0,3	9	0,2
	<b>Свега</b>	<b>1011</b>	<b>100,0</b>	<b>1345</b>	<b>100,0</b>	<b>3080</b>	<b>100,0</b>	<b>5436</b>	<b>100,0</b>
	До четири километра	941	93,0	1318	97,9	2695	87,6	4954	91,2
	Преко четири километра	71	7,0	28	2,1	381	12,4	480	8,8
	<b>Свега</b>	<b>1012</b>	<b>100,0</b>	<b>1346</b>	<b>100,0</b>	<b>3076</b>	<b>100,0</b>	<b>5434</b>	<b>100,0</b>
Од дома здравља	До четири километра	745	73,7	775	57,8	2133	68,5	3653	66,8
	Преко четири километра	266	26,3	566	42,2	981	31,5	1813	33,2
	<b>Свега</b>	<b>1011</b>	<b>100,0</b>	<b>1341</b>	<b>100,0</b>	<b>3114</b>	<b>100,0</b>	<b>5466</b>	<b>100,0</b>

**Табела 15.** Летовање/зимовање у задњој години

Летовање/зимовање	Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Остварено	229	22,7	169	12,6	308	9,9	706	12,7
Неостварено	782	77,3	1172	87,4	2814	90,1	4768	87,1
<b>Укупно</b>	<b>1011</b>	<b>100,0</b>	<b>1341</b>	<b>100,0</b>	<b>3122</b>	<b>100,0</b>	<b>5474</b>	<b>100,0</b>

$X^2=111,263$ ; df=2; p<0,001

**Табела 16.** Самопроцена материјалног стања

Материјално стање	Београд		Војводина		Ц. Србија		Србија	
	Број	%	Број	%	Број	%	Број	%
Лоше	412	40,9	502	37,4	1272	40,8	2186	39,9
Средње	475	47,1	685	51,0	1534	49,2	2694	49,2
Добро	105	10,4	148	11,0	292	9,5	551	10,1
Не зна	16	1,6	9	0,7	17	0,5	42	0,8
<b>Укупно</b>	<b>1008</b>	<b>100,0</b>	<b>1344</b>	<b>100,0</b>	<b>3121</b>	<b>100,0</b>	<b>5473</b>	<b>100,0</b>

$X^2=17,896$ ; df=6; p<0,006

Према подацима **табеле 15.**, разлике у ко-ришћењу летовања/зимовања у појединим територијалним деловима Србије статистички су значајне ( $X^2=111,263$ ; df=2; p<0,001).

Највећи број породица процењује своје материјално стање као средње (49,2%) и лоше (39,9%), а добро само 10,1% породица. У томе нема статистички значајне разлике по појединим територијалним деловима Србије ( $X^2=17,896$ ; df=6; p<0,006). Посматрано према типу насеља, постоји статистички значајна разлика – у градским насељима је већи проценат оних који оцењују своје материјално стање као лоше, а мањи као добро ( $X^2=67,610$ ; df=3; p<0,001).

Подаци **табеле 17.** показују да постоји статистички значајна разлика у самопроцени материјалног стања према висини расхода до-маћинстава са исхраном ( $X^2=451,998$ ; df=12; p<0,001), Најсиромашнија домаћинства своје материјално стање процењују као лоше (51,7%), а најимућнија 32%.

Кад се самопроцена материјалног стања посматра по полу (**табела 18**), види се да жене у већем проценту процењују своје материјално стање као веома лоше него мушкарци (21,3% : 16,6%), док већи проценат мушкараца процењује материјално стање као средње.

**Табела 17.** Самопроцена материјалног стања према расходима домаћинства за исхрану (%)

Расходи за исхрану		Материјално стање				
		Лоше	Средње	Добро	Не зна	Свега
Мањи од 30%	Број	96	163	79	3	341
	%	28,2	47,8	23,2	0,9	100,0
Од 30 до 50%	Број	189	551	145	6	891
	%	21,2	61,8	16,3	0,7	100,0
Од 50 до 70%	Број	459	700	169	7	1434
	%	32,0	55,7	11,8	0,5	100,0
Преко 70%	Број	1290	1059	131	17	2479
	%	51,7	42,4	5,2	0,7	100,0
Непознато	Број	147	117	26	9	299
	%	49,2	39,1	8,7	3,0	100,0
Укупно	Број	2181	2689	550	42	5462
	%	39,9	49,2	10,1	0,8	100,0

$\chi^2=451,998$ ; df=12; p<0,001

**Табела 18.** Процена материјалног стања по полу

Материјално стање	Мушки		Женски		Свега	
	Број	%	Број	%	Број	%
Веома лоше	162	16,6	281	21,3	443	19,3
Лоше	275	28,2	391	29,7	666	29,0
Средње	469	48,1	550	41,7	1019	44,4
Добро	59	6,0	79	6,0	137	6,0
Веома добро	6	0,6	11	0,9	18	0,8
Не зна	5	0,5	7	0,5	12	0,5
Укупно	976	100,0	1319	100,0	2295	100,0

Према подацима **табеле 19.** издатке за здравствену заштиту у претходној години имало је 44,1% становника Србије, а највише у централној Србији – 49,8%. Нешто већи проценат је становника градског него сеоског насеља, те жена него мушкараца. У односу на узраст, проценат оних који су имали издатке за здравствену заштиту расте са узрастом. Нешто већи проценат најимућнијих је имао издатке за здравствену заштиту него најсиромашнијих. Слични односи су и издаци за ванболничку заштиту у задњем месецу.

У **табели 20.** приказани су подаци о издацима за болничко лечење, рехабилитацију и медицинска помагала и просечни годишњи издаци по становнику. Према тим подацима у Србији је три одсто становника имало издатке за бол-

ничко лечење, 3,7 одсто за медицинска помагала. Издаци за болничко лечење расту са узрастом становништва, јер се и здравље погоршава. Нешто веће издатке је имало најсиромашније становништво, док је за рехабилитацију троструком веће издатке имало најимућније становништво у односу на најсиромашније. Исто тако веће издатке за медицинска помагала имало је најимућније него најсиромашније становништво.

Просечни годишњи издаци за здравствену заштиту по становнику износили су у Србији 14.696,7 динара, а највише у Београду и у опште у градским него сеоским насељима, те жена него мушкараца. Ови издаци су расли са узрастом становништва. Најимућније становништво имало је око 2,5 пута веће издатке него најсиромашније.

**Табела 19.** Издаци за здравствену заштиту у %

Показатељи		Анкети-рано станов.	Имали издатке задње године	Издаци у задњем месецу за ванболничку заштиту					
				Преглед лекара	Дијагнос. услуге	Стоматол. услуге	Лекови	Помоћ. лекарс. средст.	Остали трошк.
Територија	Београд	4274	46,3	6,9	7,2	8,0	30,6	9,3	0,8
	Војводина	5343	47,1	8,8	5,9	5,0	35,1	7,4	1,5
	Ц. Србија	10106	49,8	12,5	5,7	3,7	32,8	4,9	1,3
	Србија	19722	44,1	9,7	5,9	5,0	32,9	6,4	1,2
Тип насеља	Градско	11223	45,3	9,4	6,7	5,9	32,6	8,0	1,1
	Сеоско	8499	42,6	10,1	5,0	3,7	33,2	4,4	1,3
Пол	Мушки	10206	41,5	8,8	5,1	4,4	29,7	5,4	1,2
	Женско	9516	48,0	10,7	6,8	5,5	36,2	7,6	1,2
Добне групе	0–6	1374	26,4	2,8	1,7	0,4	17,0	8,1	1,0
	7–11	954	26,6	2,5	0,8	3,1	14,0	6,7	0,5
	12–19	1778	23,7	2,7	1,3	4,1	11,1	4,1	0,7
	20–34	3915	30,0	5,6	3,6	8,0	14,5	6,1	0,6
	35–44	2608	36,0	7,8	5,4	6,6	22,5	5,7	1,0
	45–54	2924	47,3	9,4	7,1	5,3	36,3	6,5	1,1
	55–64	2381	60,5	15,4	9,8	4,5	51,5	8,0	1,7
	65–74	2349	71,2	19,6	11,9	3,3	64,2	6,4	2,0
	75 и више	1438	73,3	18,4	7,5	2,8	67,5	7,3	2,7
	Имућно стање	Најсиромаш.	3842	43,8	11,7	4,6	2,1	36,5	2,9
		Најимућнији	3955	47,4	8,8	7,3	0,2	29,3	11,7
									1,1

**Табела 20.** Издаци за болничко лечење, рехабилитацију и медицинска помагала (%)

Показатељи		За болничко лечење	За рехабилитац.	За медицинска помагала	Самоиницијат. платили здрав. особље	Просечни год. издаци по становнику	
Територија	Београд	2,6	1,0	7,0	7,6	22.693,1	
	Војводина	3,1	0,8	3,9	6,9	13.351,8	
	Ц. Србија	3,1	0,6	2,3	8,2	12.314,3	
	Србија	3,0	0,7	3,7	7,8	14.696,7	
Тип насеља	Градско	2,7	0,8	4,3	7,2	16.438,5	
	Сеоско	3,3	0,5	2,9	8,5	12.396,4	
Пол	Мушки	2,9	0,5	3,4	7,7	13.426,6	
	Женско	3,1	0,9	4,0	7,9	16.020,3	
Добне групе	0–6	1,2	0,1	0,6	8,0	6.161,4	
	7–11	1,2	0,1	3,0	6,3	7.099,2	
	12–19	1,4	0,1	1,9	4,9	6.371,5	
	20–34	1,7	0,2	2,0	7,1	10.656,2	
	35–44	2,4	0,4	2,3	8,5	11.538,5	
	45–54	2,7	1,3	5,3	8,1	17.333,3	
	55–64	4,5	1,8	6,9	8,4	22.060,8	
	65–74	5,7	1,1	5,8	8,9	24.647,2	
	75 и више	5,8	0,7	4,7	6,2	20.933,3	
	Имућно стање	Најсиромаш.	4,0	0,3	2,5	9,2	9.531,1
		Најимућнији	3,0	1,0	6,9	5,8	22.321,9

**Табела 21.** Платили при задњој посети државној здравственој установи

Врсте услуга	Број					
	Мушки	Женско	Свега	Мушки	Женско	Свега
Преглед лекара	959	1214	2173	10,2	12,9	23,1
Лабораторијске услуге	588	021	1509	6,2	9,9	16,1
Рендген снимања	348	402	749	3,7	4,3	8,0
Санитетски материјал	201	209	409	2,1	2,2	4,3
Хируршки материјал	228	284	523	2,4	3,1	5,5
Лекови	1972	2687	4658	21,4	5,6	49,5
Превоз	762	994	1757	8,1	10,6	18,7
Друго	127	183	310	1,4	1,9	3,3
Платили директно лекару	256	374	630	2,7	4,0	6,7

Подаци **табеле 21.** показују да је 49,5% становника Србије при последњој посети државној здравственој установи платило лекове, 23,1% лекарске прегледе, 18,7% превоз, а 16,1% лабораторијске услуге. Посматрано по полу, постоје значајне разлике код поједињих врста услуга. Тако су лабораторијске прегледе и превоз у већем проценту плаћале жене, а лекове мушкарци.

## Закључак

Домаћинства у Србији немају само један извор прихода, већ у просеку 1,7.

Учешће у трошковима исхране веће од 70% имало је 10% домаћинстава, тј. толико породица је екстремно сиромашно.

Главни извор прихода домаћинства су пензије (56,55), затим плате (15,9%) и пољопривреда (13,5%), а без икаквих прихода било је 7,1% породица. Приходи у претходном месецу били су довољни за покриће свих трошкова код 40% домаћинстава, а само за основне трошкове код 32,9% породица. Главни извор прихода породица су плате у свим територијалним деловима Србије, а затим долазе пензије, пољопривреда и сопствени посао. У градским насељима плате су изразитије главни извор прихода, а у сеоским породицама пољопривреда. Те разлике су статистички значајне ( $X^2=812,109$ ; df=9; p<0,001).

Приходи породице нису довољни за покриће свих трошкова. Код 38,2% породица не покривају трошкове исхране, код 38,3% трошкове

личне хигијене, а 43,3% хигијене домаћинства, режијске трошкове 15,2%, а за одећу и обућу недовољно је код 79% породица.

Покриће трошкова исхране је различито у појединим територијалним деловима Србије и те разлике су статистички значајне ( $X^2=16,018$ ; df=2; p<0,001). Разлика је статистички значајна и по типу насеља – у градским насељима не покривају трошкове исхране приходи 42,5%, а у сеоским 30,5% домаћинстава ( $X^2=80,429$ ; df=1; p<0,001).

Разлике у висини расхода за исхрану по појединим територијалним деловима Србије су такође статистички значајне ( $X^2=153,234$ ; df=8; p<0,001). У том смислу су статистички значајне разлике и по типу насеља – у градским насељима 54,4% породица троши на исхрану преко 70% прихода, а у сеоским 30,9%. У градским насељима 2,9% домаћинстава троши мање од 30%, а у сеоским 12% ( $X^2=471,818$ ; df=4; p<0,001). Према овим подацима, а по стандардним развијених земаља, половина становника Србије је екстремно сиромашна. Исто тако приходи домаћинства не покривају трошкове личне хигијене код 38,3% домаћинстава, а разлике по територијама статистички су значајне ( $X^2=6,601$ ; df=2; p<0,001).

Поседовање земље према висини расхода за исхрану је статистички значајно различито ( $X^2=347,873$ ; df=4; p<0,001). Поседовање је статистички значајно и по типу насеља ( $X^2=929,292$ ; df=1; p<0,001).

Обезбеђивање хране куповином је статистички значајно различито по појединим

територијама Србије ( $X^2=27,858$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Исто тако је статистички значајно различито обезбеђивање хране сопственом производњом ( $X^2=2311,793$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Разлика је статистички значајна и по типу насеља – у сеоским насељима 70% домаћинстава обезбеђује храну сопственом производњом, а у градским 10% ( $X^2=1540,421$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Највећи број породица своје материјално стање оцењује као средње (49,2%) и лоше (39,9%), а добро само 10,1%. У градским насељима је већи проценат домаћинстава који оцењују материјално стање као лоше него у сеоским насељима. Та разлика је статистички значајна ( $X^2=67,640$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ). Исто тако је статистички значајна разлика процене мате-

ријалног стања према висини трошкова до- маћинства за исхрану ( $X^2=451,988$ ;  $df=12$ ;  $p<0,001$ ). Најсиромашнија домаћинства своје материјално стање оцењују као лоше у 51,7%, а најимућније у 32% случајева.

Издатке за здравствену заштиту у претходној години имало је 44,1% становника Србије, нешто више градских него сеоских насеља, те жена него мушкараца и најимућнијих него нај- сиромашнијих. Просечни годишњи издаци за здравствену заштиту по становницију износи- ли су у Србији 14,696,7 динара, највише у Београду и уопште у градским него сеоским насељима, те жена него мушкараца. Најимућнији становници су имали око 2,5 пута веће издатке него најсиромашнији.

### *Литература*

1. Тимотић Б.: Увод у медицину, Елит медика, Београд, 2004.
2. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита, Елит медика, Београд, 2004
3. Перуновић П. и сар.: Економскофинансијске могућности коришћења здравствене заштите становништва Србије, Здравствена заштита, XXXVIII/2: 47-52, 2009.
4. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина, Веларта, Београд, 2000.
5. Милосављевић Н. и сар.: Економика здравства, Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, Нови Сад, 1993.
6. Цветковић С.: Економика здравства, Светлост, Ниш, 1994.
7. Тимотић Б., Анђелски Х.: Здравствено законодавство, Елит медика, Београд, 2004.

## **Социоекономске и демографске карактеристике корисника здравствене заштите у Србији**

*A. Тимотић,<sup>1</sup> П. Перуновић,<sup>2</sup> М. Обрадовић,<sup>3</sup> Б. Тимотић<sup>4</sup>, Б. Анђелски Радичевић<sup>5</sup>*

---

## **Socioeconomic and Demographic Characteristics of Health Care Users in Serbia**

*A. Timotic, P. Perunovic, M. Obradovic, B. Timotic, B. Andjelski Radicevic*

---

**Сажетак.** Све своје потребе човек исказује и задовољава у оквиру одређених демографских и социјалних структура, а структура становништва је битно условљена степеном социјалног и економског развоја. Промене у структури становништва условљене су начином производње, расподеле, размене и потрошње. Интеракција структуре становништва и његовог здравља је веома сложена. Ни једно друго подручје друштвеног живота није тако непосредно и дубоко инкорпорирано у феномене демографских и социоекономских промена становништва, као што је то здравствена заштита.

Основни циљ рада јесте да се сагледају демографске и социоекономске карактеристике становника, корисника здравствене заштите. У реализацији циља анализирани су подаци анкетног истраживања које је спровео Институт за јавно здравље Србије 2006. и 2000. године.

Резултати су показали да је највећи број анкетираних одраслих становника ожењен/удат (67,1%) и то знатно више у сеоским него градским насељима 869,9%:65%) и становника вишег и високог образовања. Највећи број одраслих становника има двоје деце (46,1%) и једно дете (24,4%), док троје и више деце има само 13,3%. Преко трећина становника (34,1%) живи само са брачним другом, затим са брачним партнером и децом (21,9%), а ко самци живи 18,9% становника.

**Summary.** The prevention, as an element of information and data risk managing, can be observed as restoring and applying of methods, procedures and tools for detection and obstruction of undesired or uncontrolled access to informations, their uncontrolled processing, destruction, changing, abusing, realization of illegal benefit – through disturbing of basic elements of information safety.

Basic elements of safety are: integrity, reliability and availability.

The rules that define prevention are integral part of information safety politics. At the same time, the politics of safety anticipates possibility of restoring of system for detection of attack and disturbing of basic safety elements. Detection and analysis of the attack require to register great number of procedures, data and informations which can serve as proof elements for incident, but at the same time as proof elements for committer or cause of the incident.

The elements of information safety are: undeniability, proofability, authenticity, continuity.

**Key words:** Population Health Care.

---

<sup>1</sup> Александар Тимотић, Каритас, Беч

<sup>2</sup> Предраг Перуновић, дипл. ецц, Министарство здравља.

<sup>3</sup> Mr сц. др Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту Железничара.

<sup>4</sup> Проф. др Бранивоје Тимотић, emeritus.

<sup>5</sup> Mr. пх. Биљана Анђелски Радичевић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду.

*Посматрано по школској спреми у Србији има 16,3% становника без школске спреме и са непотпуном основном школом. Највећи број становника – половина има средњу школу, а затим основну школу (19,5%). Степен образовања је у зависности од типа насеља, пола и имућног стања.*

*Скоро трећина одраслог становништва је запослена, и то највише у услужним делатностима (23,4%), затим занатству, као службеници итд.*

**Кључне речи:** Корисници здравствене заштите.

---

## Увод

Све своје потребе човек исказује и задовољава у оквиру одређених демографских и социјалних структура. Зато је неопходно истраживање и сагледавање свих релевантних промена у природном и социјалном кретању становништва, као и најбитнијих критеријума глобалног димензионирања развоја здравствене делатности (стварање здравствене доктрине, креирање здравствене политике, организација здравствене заштите, развој кадрова, улагање у простор и опрему). Другим речима, бројност, структура, здравствено стање, здравствене потребе и интереси и обим коришћење здравствене заштите су битне одреднице савремене здравствене праксе<sup>1</sup>.

Истраживања су недвосмислено показала, а реална пракса потврдила, да је структура становништва битно условљена степеном социјалног и економског развоја. Промене у структури становништва условљене су начином производње, расподеле, размене и потрошње. Зато савремена индустријска друштва карактеришу веома брзе промене у структури популације због брзог развоја средстава за производњу и технолошког процеса. Промене, пак, у структури становништва јесу најзначајнији фактор промене у здравственом стању, здравственим потребама и коришћењу здравствене заштите.

Интеракција структуре становништва и његовог здравља је веома сложена. Људске потребе су веома разноврсне, комплексне и променљиве, у зависности од културног и друштвеноекономског развоја друштва. Научним истраживачима се дошло до сазнања да специфи-

чности у структури популације и њеним потребама, условљавају и специфичности у:

- здравственим потребама,
- понашању становништва у вези са здрављем и здравственим потребама и
- могућностима здравствене заштите и облицима организације заштите здравља<sup>2,3</sup>.

Кроз праксу је запажено и научно доказано да се, у погледу здравствених потреба и понашања у вези са здрављем, битно разликују:

- градско и сеоско становништво,
- пољопривредно од непољопривредног,
- становништво разног степена образовања,
- млађе и старије становништво,
- мушкарци и жене итд.

Свака структурна категорија становника карактерише се специфичним ставовима у вези са здрављем и болешћу и начином односа према здрављу и болести, и има специфични морбидитет и морталитет. Ниједно друго подручје друштвеног живота није тако непосредно и дубоко укључено у феномене демографских и социоекономских промена становништва као што је то здравствена заштита. Поједине радне, животне и друштвене активности природно се обављају у одређеним годинама старости, а њихово обављање везано је и за пол<sup>4</sup>.

## Циљ и метод рада

Основни циљ рада јесте да се сагледају демографске и социоекономске карактеристике

становника – кориснике здравствене заштите Србије. Демографске и социоекономске карактеристике кориснике здравствене заштите сагледане су по појединим територијалним деловима Србије, по полу, образовном нивоу, типу насења, добним групама и имућном стању.

**Табела 1.** Број и структура анкетираних

Показатељи – анкетирани	Територија/подручје					Тип насеља	
	Београд	Војводина	Ц. Србија	Србија	Градско	Сеоско	
Анкетирано домаћинства	Број	1173	1653	3330	6156	3418	2738
	%	19,1	26,8	55,1	100,0	55,5	44,5
Анкетирано Одраслих од 20 и +	Број	2610	3627	8285	14522	7528	6994
	%	18,0	25,0	57,0	100,0	51,8	48,2
Анкетирано деце Од 7 до 19 год.	Број	464	672	1585	2721	1468	1253
	%	17,0	42,7	58,3	100,0	53,9	46,1
Анкетирано деце Од 12 до 19 год.	Број	311	442	972	1725	946	779
	%	18,0	25,6	56,4	100,0	54,8	45,2

**Табела 2.** Брачно стање одраслог становништва (20 и +)

Показатељи	Брачно стање (%)					
	Ожењен Удата	Ванбрачна Заједница	Неожењен Неудата	Разведен	Удовац Удовица	Без одговора
Територија	Београд	62,0	1,3	20,3	5,6	10,4
	Војводина	65,7	1,4	16,5	3,6	12,5
	Ц. Србија	69,9	1,1	13,9	3,2	11,5
	Србија	67,1	1,2	16,1	3,8	11,5
Тип насеља	Градско	65,0	1,2	18,5	4,7	10,2
	Сеоско	69,9	1,1	13,0	2,6	13,1
Пол	Мушки	69,0	1,2	18,9	3,2	7,5
	Женски	65,0	1,2	13,0	4,5	15,8
Добне групе	20–34	44,5	1,9	50,5	2,2	0,2
	35–44	81,6	2,0	10,7	4,5	0,9
	45–54	82,6	0,7	5,1	5,9	5,2
	55–64	80,1	0,6	2,3	5,2	11,4
	65–74	67,8	0,7	1,3	2,8	27,1
	75 и више	46,9	0,2	2,1	1,7	48,5
Образовање	Ниска и основно	66,9	1,0	6,4	3,1	22,2
	Средње	66,5	1,3	22,4	4,0	5,3
	Више и високо	69,9	1,0	18,1	4,8	6,0
Имовинско стање	Најсиромашнији	64,1	1,4	13,7	3,9	16,5
	Најимућнији	64,3	1,2	21,9	4,3	7,9

У реализацији циља рада коришћен је метод анкетног истраживања, односно, анализирани су подаци обимног анкетног истраживања које је извршио Институт за јавно здравље Србије 2005. а и 2000. године. Подаци су анализирани статистичком методологијом и ураду приказани табеларно.

**Табела 3.** Број деце

Број деце	Број					
	Мушки	Женско	Свега	Мушки	Женско	Свега
0	943	829	1773	18,4	14,3	16,2
1	1173	1493	2671	22,9	25,8	24,4
2	2357	2687	5044	45,9	46,2	46,1
3	455	570	1025	8,9	9,9	9,4
4	123	142	265	2,4	2,4	2,4
5 и +	77	85	162	1,5	1,5	1,5
Укупно	5128	5811	10939	100,0	100,0	100,0

**Табела 4.** С ким живи

Живи са:	Број	%
Брачним партнером	758	34,1
Брачним партнером и децом	487	21,9
Сам/сама	417	18,9
Само са децом	382	17,2
Са фамилијом	37	1,7
Са пријатељем/пријатељицом	21	0,9
Са женом, децом и родитељима	16	0,7
Само са родитељима	10	0,5
Са децом и родитељима	7	0,3
Остало	87	3,8
<b>Укупно</b>	<b>2222</b>	<b>100,0</b>

**Табела 5.** Самачки живот одраслог становништва (у%)

Показатељи		Број становника преко 45 година	Живи сам/сама	Година самачког живота	Никад се није женио/удавала
Тери-торија	Београд	1837	8,9	10,7	1,7
	Војводина	2248	7,7	10,3	2,4
	Ц. Србија	4380	5,7	9,9	1,2
	Србија	8465	7,0	10,2	1,7
Тип насеља	Градско	4600	7,6	10,4	1,7
	Сеоско	3865	6,1	9,9	1,7
Пол	Мушки	3873	6,1	8,8	2,0
	Женско	4592	7,9	11,4	1,4
Добне групе	20–34	-	1,8	3,7	-
	35–44	-	1,9	7,8	-
	45–54	2719	4,4	10,6	5,1
	55–64	2224	7,9	9,4	2,3
	65–74	2181	14,6	10,3	1,3
	75 и више	1341	21,3	12,1	2,1
Образовање	Ниска и основно	4157	9,7	10,1	1,8
	Средње	3114	5,0	10,2	1,5
	Више и високо	1194	7,2	10,3	2,2

**Табела 6.** Школска спрема одраслог становништва

Показатељи		Број становника 20 и +	Школска спрема (%)					
			Без	Непотп. основна	Основна	Средња	Виша	Висока
Територија	Београд	3198	1,3	3,6	10,6	59,0	9,7	15,8
	Војводина	3921	3,6	12,0	21,4	52,4	6,7	4,9
	Ц. Србија	7403	6,3	15,3	23,4	44,6	5,5	5,0
	Србија	14522	4,6	11,7	19,5	50,1	6,8	7,4
Тип насеља	Градско	8246	2,3	6,2	14,1	56,8	9,2	11,5
	Сеоско	6276	7,6	18,9	26,5	41,2	3,8	2,1
Пол	Мушки	7631	2,5	10,5	17,8	53,8	7,4	8,0
	Женски	6892	6,9	13,0	21,3	45,0	6,2	6,7
Добне групе	20–34	3628	0,6	1,3	13,4	71,6	6,1	6,9
	35–44	2428	0,8	1,5	17,0	64,1	7,4	9,2
	45–54	2719	1,6	6,0	22,8	53,8	7,5	8,4
	55–64	2224	3,2	15,4	24,8	39,6	9,1	8,0
	65–74	2181	10,3	30,0	23,0	24,8	5,8	6,0
	75 и више	1341	21,2	33,7	18,9	17,0	4,4	4,9
Имовинско стање	Најсиромашнији	2939	12,6	27,2	32,2	25,7	1,6	0,8
	Најимућнији	2903	0,4	1,5	5,2	57,3	13,0	22,8

тирано је 2721, а највише из централне Србије (58,2%).

Посматрано по брачном стању одраслог становништва (**табела 2.**), ожењених и удатих је 67,1% становника Србије, а остало је неожењено/неудато, разведен, удовац/удовица и који живе у ванбрачној заједници. Неожењених/неудатих и разведеног је највише у Београду. Ожењених/удатих је знатно више у сеоским него градским насељима (69,9% : 65%), а неожењених/неудатих обрнуто. У браку је више мушкараца него жена, а исто тако и ван брака, док је разведеног и удоваца /удовица више женског пола.

Проценат ожењених и удатих расте са узрастом до 45. године, а затим опада. У односу на школску спрему, више ожењених/удатих у вишем и високом образовању него средњем и основном и без образовања.

Највећи број породица има двоје деце (46,1%) и једно (24,4%). Без деце је 16,2%, а троје и више деце има само 13,3% породица.

Посматрано по полу, нема значајнијих разлика, сем код оних без деце, где је више

мушкараца и са једним дететом где је више жена.

Из **табеле 4.** произлази да највећи број становника живи само са брачним партнером (34,1%), затим са брачним партнером и децом (21,9%), као самац/самица (18,9%) и само са децом (17,2%). Остале комбинације су далеко ређе.

Подаци **табеле 5.** показују да седам процената становника Србије живе сами и то просечно 10,2 године. Ово је нешто израженије код становника Београда и уопште градских него сеоских насеља, код жена него код мушкараца. Проценат становника који живе сами расте са узрастом. Самачки живот израженије води сиромашније него имућније становништво.

Интересантно је да се 1,7% становника Србије старијег од 45 година није никад женио/удавао (у Војводини чак 2,4%). Никад се није женило више мушкараца него жена. Такође, најсиромашније становништво преко два пута више се није никад женило/удавало него најимућније.

**Табела 7.** Занимање одраслог становништва (%)

Показатељи	Стручњаци, директори	Техничари	Службеници	Услужни радници и трговци	Раници у пољопривреди, шумарству и рибарству	Занатлије и сп.	Рук. маш. ин.	Једното. зан.	Друга
Београд	20,9	16,4	18,0	24,4	1,2	11,7	2,5	3,8	1,0
Војводина	9,9	12,2	11,8	24,1	10,0	13,8	6,4	10,0	1,9
Ц. Србија	9,9	9,2	13,5	22,6	12,0	17,0	5,9	8,0	2,4
Србија	12,8	11,9	14,5	23,4	8,3	14,6	5,3	7,5	1,8
Градско	17,0	13,6	17,1	24,2	2,8	13,9	4,3	5,7	1,5
Сеоско	5,2	8,8	9,9	22,3	17,9	15,8	7,0	10,7	2,4
Мушки	11,1	10,8	10,2	19,2	11,4	20,0	7,6	7,8	1,8
Женско	15,9	13,7	21,7	30,7	3,0	7,5	1,3	7,0	1,8
20–34	9,4	12,0	14,2	31,5	4,4	14,6	4,4	7,0	12,0
35–44	14,1	13,8	14,8	22,4	6,1	14,0	6,1	7,1	1,7
45–54	13,6	10,7	15,8	20,9	7,9	16,3	4,9	8,7	1,2
55–64	18,9	11,4	13,1	13,7	14,4	12,9	7,1	7,9	0,8
65–74	2,5	1,1	1,3	4,4	76,8	8,8	0,0	2,7	2,5
75 и више	0,0	0,0	6,5	0,0	71,2	0,0	3,4	3,7	15,3
Осн. и без	0,2	0,7	2,1	16,0	34,9	14,2	6,9	25,	1,8
Средње	2,4	13,0	16,7	31,3	4,2	18,8	6,2	5,8	1,6
Више, високо	52,0	16,7	17,2	6,5	0,4	2,6	1,4	1,0	2,2
Најсиромаш.	2,1	3,7	5,9	16,5	31,9	14,7	7,1	15,8	2,3
Најимућнији	27,7	16,2	21,1	20,4	0,6	8,4	2,7	1,5	1,6

Посматрано по школској спреми (табела 6), у Србији има 16,3% без школске спреме и са непотпуном основном школом. Основно школско образовање има 19,5%, а 6,8% вишу и 7,4% високу школску спрему, док половина становништва има средњу школу. Наравно, у овом погледу постоје значајне разлике у градским и сеоским насељима, по полу, узрасту и имовном стању.

Подаци **табеле 7.** показују да у Србији по занимању највише има радника услужних делатности и трговаца (23,4%), затим занатлија и сродних радника, те службеника, техничара и стручних радника. На остала занимања отпада знатно мањи број.

У односу на тип насеља постоје значајне разлике између сеоских и градских насеља.

Тако су стручњаци, техничари и службеници вишеструко заступљенији код градског него сеоског насеља, док су радници у пољопривреди, шумарству и рибарству и радници са једноставнијим занимањима заступљенији код сеоских насеља.

Стручњаци, техничари, службеници, услужни радници и трговци су заступљенији код женског, а остали код мушких пола. Исто тако постоје разлике и по узрасту – учешће појединих занимања расте до 55. године, а у каснијем узрасту опада, а само учешће радника у пољопривреди, шумарству и рибарству и даље расте.

Најсиромашнији становници су најчешће радници у пољопривреди, шумарству и рибарству, занатски радници и радници најједнос-

**Табела 8.** Радни статус становника у Србији (%)

Показатељи		Запослени	Само. дел.	Пенз.	Дома-ћице	Ученици, студенти	Незап.	Неспос.	Укупно
Територија	Београд	41,5	4,2	29,9	4,1	6,5	13,8	0,8	45,3
	Војводина	31,2	6,5	27,8	10,9	3,0	20,7	1,0	37,3
	Ц. Србија	27,6	7,4	27,6	14,8	2,7	20,0	1,4	34,5
	Србија	31,8	6,3	28,0	11,3	3,6	19,0	0,1	37,7
Тип насеља	Градско	37,8	5,1	28,2	6,1	5,0	17,2	0,8	42,5
	Сеоско	23,9	7,9	27,7	18,2	1,8	27,5	1,5	31,3
Пол	Мушки	35,5	9,9	32,4	0,3	3,1	18,9	1,1	44,8
	Женско	27,7	2,5	23,1	23,6	4,2	19,0	1,1	29,8
Добне групе	20–34	40,8	5,9	0,2	6,6	14,2	32,3	0,6	46,4
	35–44	56,3	9,7	1,5	8,8	0,2	23,6	0,5	65,6
	45–54	57,7	9,5	8,4	12,2	0,1	22,2	1,0	56,6
	55–64	19,5	5,7	46,3	15,2	0,0	13,3	0,9	25,0
	65–74	0,7	2,5	80,9	13,4	0,0	2,5	0,9	3,1
	75 и више	0,3	2,1	76,6	17,5	0,0	3,5	4,5	2,2
Обазовање	Ниска и основно	10,4	6,8	41,2	26,	0,1	25,5	2,6	16,6
	Средње	40,7	6,7	18,9	4,1	6,4	23,2	0,3	47,2
	Више и високо	52,8	4,5	27,5	0,7	2,5	12,4	0,2	56,9
Имовинско стање	Најсиромашнији	14,6	7,9	31,9	22,4	0,6	22,7	2,6	21,8
	Најимућнији	47,0	5,9	24,5	1,9	7,9	12,8	0,3	52,7

**Табела 9.** Демографске и социоекономске одлике школске деце (од 7 до 19 година)

Показатељи		Не иде у школу	Иде у школу		Понављао претх. разред	Живи са једним родит.	Имају своју собу	Немају нед. цепарац
			Основну	Средњу				
Територија	Београд	2,3	59,8	26,7	0,4	11,1	53,5	12,5
	Војводина	1,1	6,2	24,8	0,3	8,8	67,9	16,8
	Ц. Србија	1,7	58,7	28,2	0,2	6,9	62,5	11,7
	Србија	1,6	59,8	27,0	0,3	8,3	62,4	13,1
Тип насеља	Градско	1,3	58,5	28,9	0,2	9,9	59,8	13,2
	Сеоско	2,0	61,5	24,4	0,3	6,1	66,0	12,9
Пол	Мушки	1,9	59,2	27,1	0,3	8,0	63,7	14,5
	Женско	1,4	60,4	27,0	0,2	8,6	61,2	11,8
Добне групе	7–11	0,6	99,2	0,1	0,0	7,4	53,1	19,0
	12–14	1,3	91,6	7,1	0,6	8,2	61,6	10,0
	15–19	6,5	2,5	64,9	0,0	9,2	71,3	9,8
Имовинско стање	Најсиромашнији	5,9	62,8	19,6	0,3	9,8	40,0	28,8
	Најимућнији	0,0	60,4	30,2	0,0	9,8	64,1	9,7

**Табела 10.** Године редовног школовања

Године школовања	Број			Проценат		
	Мушки	Женско	Свега	Мушки	Женско	Свега
0	53	373	926	1,0	6,2	3,7
1	57	61	118	1,1	1,0	0,6
2	26	75	101	0,5	1,3	0,9
3	22	60	82	0,4	1,0	0,7
4	436	758	1194	8,1	12,7	10,6
5	42	70	112	0,8	1,2	1,0
6	70	110	181	1,3	1,8	1,6
7	83	52	135	1,5	0,9	1,2
8	672	995	1667	12,5	16,6	14,8
9	60	91	151	1,1	1,5	1,3
10	152	174	326	2,8	2,9	2,9
11	724	422	1146	13,5	7,1	10,1
12	1679	167	3356	31,3	28,1	29,7
13	178	118	296	3,3	1,9	2,6
14	355	352	707	6,6	5,9	6,2
15	101	87	188	1,9	1,5	1,7
16	375	308	683	7,0	5,1	6,0
17	283	188	471	5,3	3,3	4,5
18	5318	5972	11290	100,0	100,0	100,0

тавнијих послова, док су најимућнији углавном стручњаци, службеници, техничари и радници услужних делатности.

Какав је радни статус становништва показују подаци табеле 8, који показују да је запослено око трећина становништва Србије, највише у Београду – 41,5%. Знатно већи проценат запослених је у градским него сеоским насељима, те мушкараца него жена. Запосленост опада са узрастом, а расте са школском спремом. Проценат запослених је вишеструко већи код најимућнијег него најсиромашнијег становништва.

Од укупно запослених на самосталне делатности отпада 6,3% одраслог становништва Србије, пензионери чине 28%, домаћице 11,3%, ученици и студенти 3,6%, а незапослених има 19% становника.

Према подацима **табеле 9.** око 60% деце од седам до деветнаест година иде у основну

школу, а 28,9% у средњу. Већи проценат деце градских насеља иде у средњу школу, а у основну сеоских насеља. Кад се посматра по добним групама, 99,2% деце од седам до једанаест година иде у основну школу, а 91,6% узраста од 12 до 14 година. Најзад, највећи проценат деце сиромашнијег становништва иде у основну, а најимућнијег у средњу школу. Недељни цепарац нема 28,8% деце најсиромашијих, а само 9,7% најимућнијих становника. Исто тако своју собу за 20% више најимућније деце има него најсиромашније.

Колико година се становништво Србије школовало показују подаци табеле 10, према којима се највећи број школовао 12 година (29,7%), тј. завршило средњу школу, а затим осам година (14,8%), што значи завршили основну школу. Даље долазе они који су похађали и четири разреда – по око 10%.

## Закључак

Анкетом је у Србији обухваћено 6156 домаћинстава, односно 14522 становника од 20 и више година, и 1721 школске деце од седам до деветнаест година. Од укупно анкетираних одраслих становника 52% су из градских, а 48% из сеоских насеља.

Највећи број анкетираних одраслих становника је ожењен/удат (67,1%), а остали су неожењени/неудати, разведени, удовци/удовице, или живе у ванбрачној заједници. Највећи број неожењених/неудатих је у Београду. Ожењених/удатих је знатно више у сеоским него градским насељима (69,9% : 65%), а неожењених/неудатих обрнуто. У односу на пол, у браку је више мушкараца него жена, док је разведних и удоваца/удовице више женског пола. У односу на школску спрему, више је ожењених/удатих са вишом и високим образовањем.

Највећи број становника има двоје деце (46,1%), и једно дете (24,4%), док троје и више деце има само 13,3% становника. Без деце је 16,2% становника. Сходно томе, највећи број становника живи само са брачним другом (34,1%), затим са брачним партнером и децом (21,9%), само са децом (17,2%) и као самци (18,9%). Као самац/самица живе просечно десет година. Проценат становника који живе сами расте са узрастом, а самачки живот је

израженији код најсиромашнијег становништва.

Посматрано по школској спреми, у Србији има 16,3% без школске спреме и са непотпуном основном школом. Највећи број становника има средњу школу (50,1%) и основну школу (19,5%). Средњу школу има знатно више мушкараца, а основну жене. Такве су разлике и по типу насеља. Најсиромашније становништво у највећем броју је без школе или са непотпуном основном школом (46%), затим има основну школу (32,2%) и средњу школу (25,7%), док најимућније становништво има средњу школу (57,2%) и вишу и високу школу (35,8%).

У односу на занимање највише има радничка услужних делатности и трговаца (23,4%), а затим занатлија и сродних радника, те службеника, техничара и стручних радника. Занимања су различита кад се посматрају типови насеља, пол и имућно стање.

Од укупног броја одраслог становништва у Србији је запослено скоро трећина – највише у Београду (41,5%). Знатно већи проценат запослених је у градским него сеоским насељима, те мушкараца него жена, затим образовнијих него мање образованих, као и најимућнијих него најсиромашнијих становника.

Интересантно је да око 60% деце од седам до деветнаест година иде у основну школу, а 28,9% у средњу, док осталих 11% не похађа никакву школу.

## Литература

- Обрадовић М.: Узроци и импликације промена у потребама и коришћењу стоматолошке здравствене заштите становништва Србије од 1951 до 1999. године, докторска дисертација, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац, 2001.
- Тимотић Б.: Увод у медицину, Елит медика, Београд, 2004.
- Тимотић Б. и Јањић М.: Примарна здравствена заштита, Елит медика, Београд, 2004.
- Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина, Веларта, Београд, 2000.

## Кретање регистрованих цревних заразних болести на подручју општине Звездара у периоду 2004–2008

Р. Кандић,<sup>1</sup> В. Богдановић,<sup>2</sup> Љ. Ердоглија,<sup>3</sup> Д. Тодоровић,<sup>4</sup> Г. Маринковић,<sup>5</sup> Л. Кузманоски<sup>6</sup>

---

## The Intestinal Communicable Diseases Trend in the Area of Zvezdara Municipality in Period 2004–2008

R. Kandić, V. Bogdanović, Lj. Erdoglija, D. Todorović, G. Marinkovic, L. Kuzmanoski

---

**Сажетак.** Београдска општина Звездара, захваљујући својим бројним природним карактеристикама, поседује све услове да буде најздравија „еколошка зона“ града. Међутим, због неадекватног снабдевања хигијенски исправном водом за пиће свих њених грађана, нерегулисане диспозиције течних и чврстих отпадних материја, стварања дивљих депонија на периферији и других нерешених комуналних проблема, представља територију са повећаним епидемиолошким ризиком за избијање зараза, нарочито цревних у летњим месецима. Колико су цревне инфекције биле присутне на Звездари у последњем петогодишњем периоду основни је циљ овог рада. Методом дескриптивне анализе на основу појединачних пријава од 2004. до 2008. године регистровано је укупно 3648 заразних болести, од чега 432 (11,8%) цревних. Највише их је регистровано 2006. године (212 или 20,1%), и око два пута мање 2008. године (111 или 8,8%). У целом посматраном периоду доминирали су акутни ентероколитис (95 или 59,4% у 2004; 92 или 82,9% у 2008) и салмонелозе (52 или 32,5% у 2004; 14 или 12,6% у 2008), претежно у одраслих грађана. Претпостављамо да је њихов стваран број и неколико пута

**Summary.** In spite of having many natural advantages, the potentially healthy Zvezdara municipality is still being at risk from outbreak of contagious diseases. This emanates from the presence of many unsolved problems in that area: the incomplete procurement of hygienically correct healthy drinkable water for the entire population, inappropriate deployment of liquid and solid waste substances and the existence of a wild dump on periphery. The main purpose of this paper is to draw attention to importance and spread of the intestinal communicable diseases in municipality of Zvezdara. Analyzing from 2004 to 2008 the data obtained from individual report cards, in Primary Health Center Zvezdara were found 3648 all infectious and 432 (11,8%) cases of the intestinal diseases. About 20% of them were registered in 2006 and only 8,8% in 2008. In the whole quinquennial period enterokolitis acuta (59,4% in 2004; 82,9% in 2008) and salmonellosis (32,5% in 2004; 12,6% in 2008) were dominant. The most inflicting population was of age 30 - 59. Bearing in mind that the actual number of infectious diseases is likely to be greater, we call for their better report in the future to duly and solidly conduct all the necessary contraepidemic measures.

---

<sup>1</sup> Прим. др Радмила Кандић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља „Звездара“

<sup>2</sup> Прим. др Весна Богдановић, специјалиста педијатрије, Дом здравља „Звездара“.

<sup>3</sup> Прим. др Љубомир Ердоглија, специјалиста превентивне и дечје стоматологије, Дом здравља „Звездара“.

<sup>4</sup> Др Драгана Тодоровић, специјалиста социјалне медицине, Дом здравља „Звездара“.

<sup>5</sup> Др Гордана Маринковић, специјалиста медицинске статистике и информатике, Дом здравља „Звездара“.

<sup>6</sup> Лале Кузманоски, виши санитарни техничар, Дом здравља „Звездара“.

већи, што је најчешће последица крајње неуједначеног регистраовања, које је убјудуће потребно побољшати и спроводити све неопходне противепидемијске мере.

**Кључне речи:** пријаве заразних болести, Звездара.

## Увод

Данас, када је цео свет суочен са пандемијом масовних незаразних болести – кардиоваскуларне, малигне, трауматизам и друге, које са собом доносе урбанизација, индустријализација и уопште стил живота, и када се доскора сматрало да је битка против инфективних болести већ добијена, праћење кретања и проучавање природе заразних болести намеће се као стална потреба у контроли овог глобалног проблема, посебно у нас где су епидемиолошка ситуација и патологија још увек тесно повезане са економско-социјалном структуром и карактеристикама земља у развоју. У последње време све више преовлађује мишљење да су инфективне болести прворазредни проблем чак и у високоразвијеним земљама, где и поред тога што је елиминисано више разних болести, након учстале примене инвазивне и имуносупресивне терапије, променом понашања и стварањем средина високог ризика, непрекидно настају неке потпуно нове.

Територија београдске општине Звездара, захваљујући свом идеалном географском положају на северо-истоку града, близини велике реке, великим пространству шума и повољној ружи ветрова, има све природне услове да буде најздравија „еколошка зона“ града. Уместо тога, због бројних нерешених претежно комуналних проблема, као што су нерегулисано снабдевање свих житеља општине хигијенски исправном пијаћом водом, непотпуно изграђена канализациона мрежа, неадекватна диспозиција течних и чврстих отпадних материја, стварање дивљих депонија на периферији и усред насеља, присуство контејнера који се нередовно празне и великог броја паса луталица, мачака и глодара који разносе ђубре и тиме шире заразу на све стране, недовољно очишћене улице, запуштени

**Key words:** report of communicable diseases, Zvezdara.

паркови и слично, Звездара у хигијенско-епидемиолошком смислу представља „ризичну зону“ за избијање, не само спорадичних случајева, већ и епидемија многих заразних болести, а посебно цревних у летњим месецима.

## Циљ рада

Основни циљ рада јесте да се сагледа колико су цревне заразне болести присутне као здравствени проблем на подручју београдске општине Звездара у последњем петогодишњем периоду.

## Метод рада

Методом дескриптивне анализе за потребе испитивања коришћени су подаци из појединачних пријавних образца оболелих/сумњивих лица од заразних и паразитарних болести које по важећим прописима подлежу обавезному пријављивању, достављених одсеку санитарних техничара Дома здравља „Звездара“ у периоду од 1. 1. 2004. до 31. 12. 2008. године.

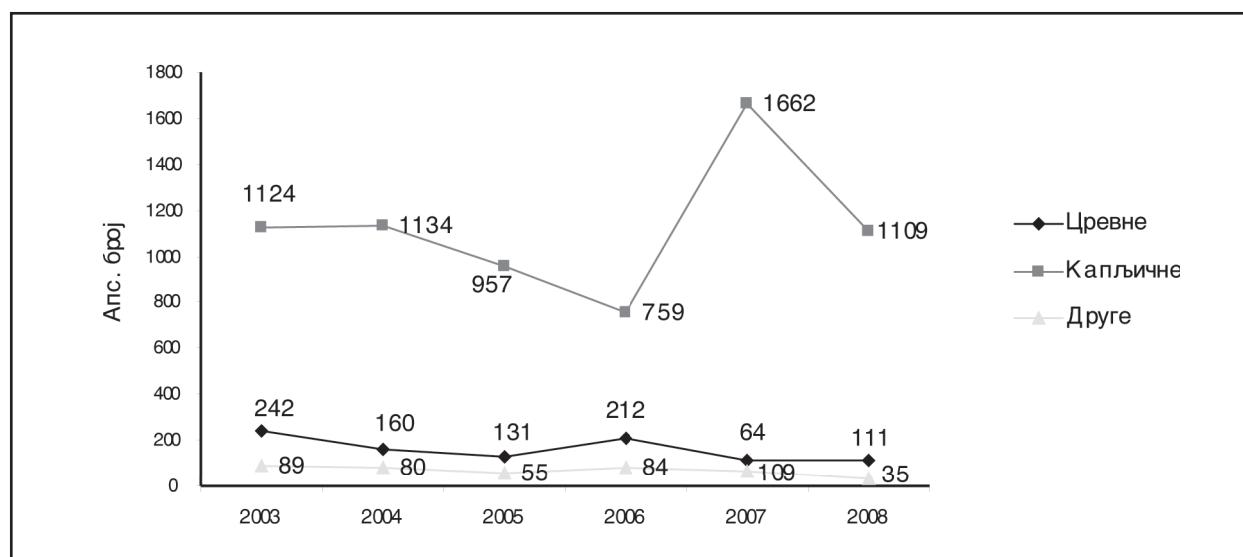
Сагласно законским документима – Закон о заштити становништва од заразних болести (*Службени гласник РС, број 125, 2004*) и Правилник о пријављивању заразних болести и других случајева утврђених законом (*Службени гласник РС, број 98, 2005*), примењујући стручно-методолошко упутство Градског завода за јавно здравље Београд и 10. ревизију Међународне класификације болести и стања, посматрани су следећи ентитети који припадају групи цревних заразних болести: акутни ентероколитис, бациларна дизентерија, вирусни хепатитис А, вирусни хепатитис, алиментарна интоксикација/тохијинфекција, салмонелоза и вирусни менингитис.

## Резултати рада

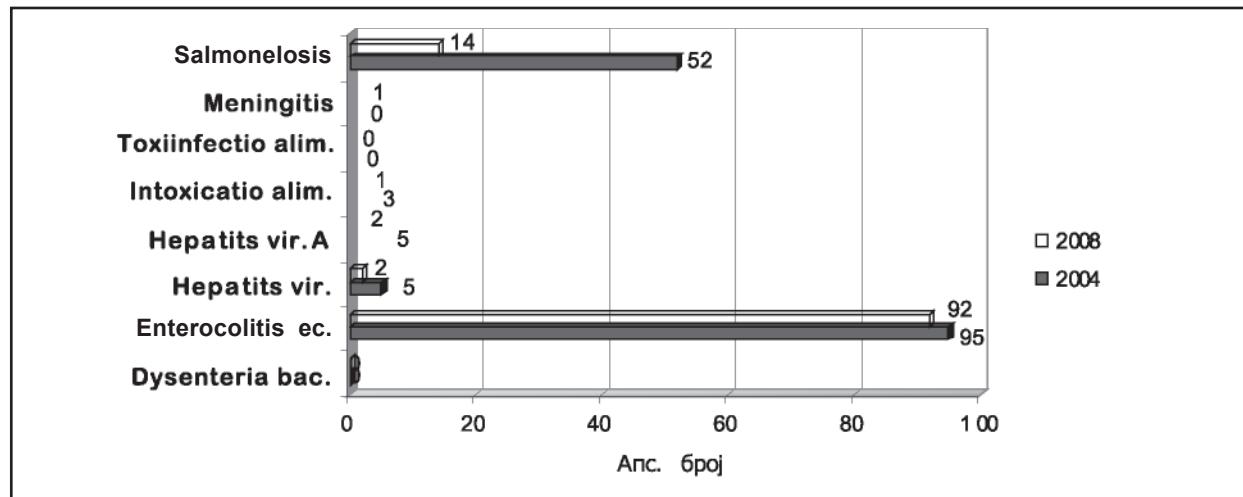
Према анализираним појединачним пријавама, на Звездари је у последњем петогодишњем периоду, од 2004. до 2008. године, регистровано укупно 6492 оболелих и/или сумњивих лица од заразних и паразитарних оболења, од чега је 723 (11,1%) било цревних. Највише (212 или 20,1%) их је пријављено током 2006. године, а приближно двоструко мање током 2004. године (160 или 11,6%) и 2005. године (131 или 11,5%), најмање (109 или 6,6%) у

2007. години и 111 (8,8%) у 2008. години (**графикон 1**).

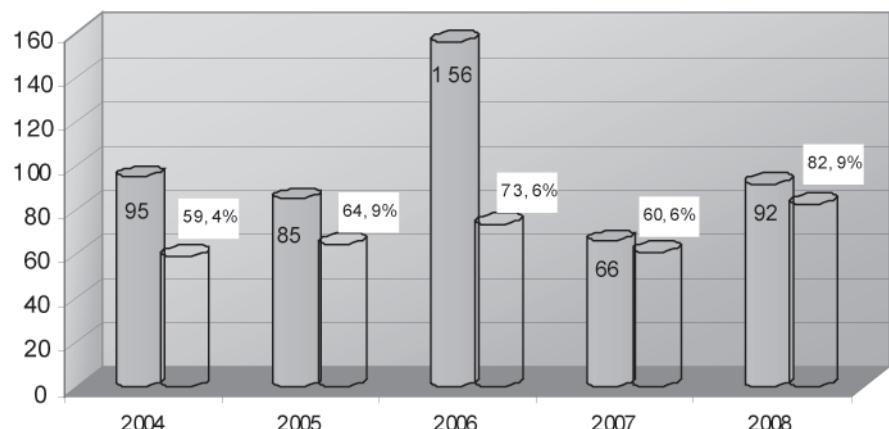
Анализа структуре цревних зараза према појединим болестима унутар групе показује да су свих пет година доминирали ентероколитиси (494 или 68,3%) и салмонелозне инфекције (144 или 19,9%). Значајно мањи број појединачних пријава односио се на све друге болести које иначе припадају групи цревних инфекција (85 или 11,8%). Вирусни хепатитиси регистровани су код 23 особе, при чему подједнако са просечно пет пријава у



**Графикон 1.** Кретање регистрованих заразних болести на Звездари у периоду 2004-2008.



**Графикон 2.** Структура цревних заразних болести на Звездари у 2004. и 2008.



**Графикон 3.** Кретање регистрованог ентероколитиса на Звездари 2004-2008-

четврогодишњем периоду од 2004. до 2007. године и две у 2008. години. Код укупно 30 оболелих дијагностикован је вирусни хепатитис А, који се скоковито кретао од пет регистрованих случајева на почетку праћења, преко девет у 2005. години, три у 2006. години, једанаест у 2007. години до свега два регистрована случаја у 2008. години. Поред наведених, у истом периоду евидентирано је и десет алиментарних интоксикација, девет бациларних дизентерија, шест алиментарних токсиинафекција и седам вирусних менингитиса (графикон 2).

На основу обрађених индивидуалних пријава оболелих/сумњивих од акутног ентероколитиса током петогодишњег праћења, уочено је благо осциловање од 95 (59,4%) у 2004. години, преко стагнирања (85 или 64,9%) наредне године и већег скока (156 или 73,6%) у 2006. години до пада (66 или 60,6%) у 2007. години и поновног пораста на 92 (82,9%) у 2008. години када је регистрована његова највећа процентуална заступљеност у групи свих регистрованих цревних инфекција (графикон 3).

У истом периоду салмонелозе су биле заступљене са 52 (32,5%) пријаве у 2004. години када је забележен врх, око два пута мање (23 или 17,6%) их је регистровано у 2005. години и 32 (15,1%) у 2006. години, једна петина (23 или 21,1%) у 2007, а најмање (14 или 12,6%) у 2008. години.

Посматрано по старосним категоријама, нешто више од половине индивидуалних пријава свих заразних болести, односно скоро трећина цревних (417 или 30,5%), евидентирано је у одраслих становника Звездаре узраста 30 до 59 година (351 акутних ентероколитиса, 27 салмонелозних инфекција, 18 вирусних хепатита, седам вирусних хепатитиса А, четири интоксикације односно пет токсиинфекција храном и пет вирусних менингитиса).

У анализираном периоду лекари опште медицине Дома здравља „Звездара“ пријавили су укупно 66 (32%) цревних инфекција, и то: 54 акутних ентероколитиса, четири салмонелозе, три вирусна хепатитиса, исто толико хепатитиса А, и по једну алиментарну интоксикацију/токсиинфекцију код старијих од 60 година.

У популацији одојчади и мале деце узраста 0 до 6 година у којој је регистровано 154 цревних, што чини петину свих пријављених заразних и паразитарних болести, односно 3,9% у групи цревних, доминирале су салмонелозе са 87 (56,5%) и ентероколитиси са 54 (35,1%), а знатно мање су биле заступљене све остale из групе: девет бациларних дизентерија, три вирусна хепатита А и један вирусни менингитис.

У категорији деце основног и средњешколског узраста од 7 до 19 година, од 2004. до 2008. године, било је укупно 86 пријава (11,9%

свих регистрованих заразних болести или 9,3% у групи цревних), при чему: 35 акутних ентероколитиса, 26 салмонелозних инфекција, 17 вирусних хепатитиса А, два вирусна хепатитиса, пет алиментарних интоксикација и један вирусни менингитис.

На основу компаративне анализе података из свих обрађених појединачних пријавних картица заразних болести и регистрованог морбидитета добијеног из рутинске здравствене статистике Дома здравља „Звездара“ у последњем петогодишњем периоду, уочено је, као и раније, присуство још увек недовољног, неблаговременог и непрецизног пријављивања инфективних болести, чиме је донекле умањена валидност процене, не само хигијенско-епидемиолошке ситуације, већ и целокупног здравственог стања становништва на нивоу локалне заједнице.

У циљу што квалитетнијег мониторинга заразних болести, током процесне евалуације менаџерском тиму установе – директору, начелницима и главним сестрама, као и одговорним лекарима опште медицине, педијатрије, гинекологије и медицине рада, са радним местом у централном објекту и свим пунктовима дома здравља, више пута су достављане повратне информације о кретању заразних и паразитарних оболења на Звездари. Свака таква анализа, са пратећим табеларним и/или графичким приказом структуре пријављених заразних оболења, садржала је и следећи сет важних напомена корисних за свакодневни рад лекара:

- Пријављивање свих лица оболелих/сумњивих од заразних и паразитарних болести

које подлежу пријави законска је обавеза лекара.

- Заразне болести обавезно се евидентирају у књигу заразних болести која је саставни део медицинске документације.
- Пријављивање оболелих/сумњивих лица врши се на одговарајућим обрасцима који морају бити тачно и читко попуњени.
- Пријавни обрасци заразних болести саставни су део медицинске документације и налазе се на радном месту лекара.
- Све пријаве се достављају у предвиђеном року пријављивања унутар 72 часа.

## Закључак

Цревне заразне болести, и поред релативно малог броја пријављених случајева, значајан су здравствени проблем који заслужује нашу непрекидну пажњу. Претпостављамо да је њихов стваран број и неколико пута већи, и да из године у годину прилично варира, што је поред промењивих санитарно-хигијенских прилика, животног стандарда и квалитета спроведених превентивних мера и активности, ипак, најчешће последица крајње неуједначеног пријављивања инфективних болести.

У циљу што објективније процене здравственог стања становништва и одржавања мирне и под контролом хигијенско-епидемиолошке ситуације на нивоу локалне заједнице, потребно је у будуће побољшати регистровање свих оних заразних болести које подлежу обавезном законском пријављивању и благовремено спроводити све неопходне противепидемијске мере.

## Литература

1. З. Радовановић: Општа епидемиологија, Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд, 1986.
2. Т. Јокић и сар.: Здравствено стање становништва Србије, Завод за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић - Батут“, 1990.
3. С. Ристић: Основи опште епидемиологије, Графопромет, Београд, 1995.
4. M. J. Ryan, P. G. Wall, G.K. Adak, H. S. Evans, J. M. Cowden: Outbreaks of Infectious intestinal Disease in Residential Institutions in England and Walles 1992–1994, Journal of Infection, 1997, 34: 49-54
5. С. Ристић: Важније заразне болести данас, Ars medica, Београд, 1998.
6. Сл. гласник РС: Закон о заштити становништва од заразних болести, број 125/2004, Београд. 2004.
7. Clarence C., Laura C. Rodrigues, Sarah J. O'Brien: The study of infectious intestinal disease in England, International Journal of Epidemiology, 2003; 32: 99-105

---

## Стручни и научни радови

### Ванболничка здравствена заштита жена

М. Обрадовић,<sup>1</sup> К. Савић Јоцић,<sup>2</sup> В. Хорозовић,<sup>3</sup> М. Тимотић,<sup>4</sup> М. Обрадовић,<sup>5</sup> М. Радовановић<sup>6</sup>

---

## Outpatient Women Health Care

M. Obradovic, K. Savic Jocic, V. Horozovic, M. Timotic, M. Obradovic, M. Radovanovic

---

**Сажетак.** Жене чине око половину популације једне земље, па је њихово здравље и здравствена заштита значајна и са тог аспекта.

Циљ рада јесте сагледавање ванболничке здравствене заштите жене у Србији.

У реализацији циља рада статистичком методологијом су анализирани подаци анкетног истраживања које је 2006. и 2000. године извршио Институт за јавно здравље Србије.

Резултати анкетног истраживања показали су да је код гинеколога било 35,1% жене, знатно више жене са већим образовањем и из градских него осталих насеља, те сиромашнијих него имућнијих породица. Просечно је свака жене била код гинеколога 2,6 пута годишње. Жене генеративног периода су у 45,8% случајева биле код гинеколога. Просечна старост жене при првој посети износила је 21,3 године. Код гинеколога није никад било 8,3% жене.

Главни разлоги посете гинекологу били су контрола здравља (45,4%), затим контрола трудноће (30,2%), а болести – тегобе само у 18,8% случајева. Поред гинеколога у домовима здравља 6,5% жене посећује и приватног гинеколога. Гинекологу одлази једном годишње 26,4% жене и кад се осећају здраве.

Трудноћу је имало 15,9% млађих жене (15–24) и 82,9% старијих жене (25–49). Исход трудноће је у 79% случајева рађање живог детета. Намерни побачај забележен је код 6,5%

**Summary.** Women make up about half the population of a country, and their health and health care are very important.

The aim of the paper is observing the outpatient women health care in Serbia.

The data, which Institute of public health of Serbia was collected in 2006 and 2000, were statistically analyzed in order to reach such goal.

The results have shown that 31,5% of women were at gynecologist. That is more women with high education who live in urban settlement, than in rural settlement and more poor than richer. On average, each woman was at gynecologist at 2.6 times a year. Female in generative period in 45,8% of cases were at the gynecologists. The average age of women at first visit was 21.3 years. In gynecologist have never been 8.3% of women.

The main reasons for visits to gynecologists were health control (45.4%), and control of pregnancy (30.2%), and disease - problems only in 18.8% of cases. 6.5% of women are visiting private gynecologists. 26.4% of women visit gynecologist once a year, when they feel healthy

Pregnancy had 15.9% of younger women (15 - 24) and 82.9% of older women (25 to 49). Outcome of pregnancy was a living child in 79% of the birth. Intentional abortion has been recorded at 6.5% of women. No abortion had 42.7% of women. The largest number of women

---

<sup>1</sup> Mr сц. мед. Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“, Београд.

<sup>2</sup> Др Каја Савић Јоцић, Клиничко болнички центар „Земун“.

<sup>3</sup> Mr сц. мед Весна Хорозовић, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

<sup>4</sup> Др сц. Милутин Обрадовић, приватник, Београд.

<sup>5</sup> Прим.др Мирјана Тимотић, емеритус

<sup>6</sup> Миљана Радовановић, дипломирани фармацеут, приватник, Ниш.

жена. Ниједан побачај није имало 42,7% жена. Највећи број жена је имао један или два побачаја (по око 18%), а чак 3,9% преко седам.

Мамографија је рађена код 10,4% жена 40–69 година, самопреглед дојке обавља 34,1% жена, а Папаниколау тест је рађен код 30,5% жена.

На основу изнетог, општи је закључак да је ванболничка гинеколошка здравствена заштита жена у Србији непотпуна. Само је 35,1% жена користи.

**Кључне речи:** жене, ванболничка здравствена заштита, гинеколошка заштита, учесталост коришћења.

## Увод

Жене чине око половину популације једне земље, па је њихово здравље и здравствене заштите од посебног интереса за сваку земљу. Жене су носиоци биолошке репродукције и материњства, а имају и све значајнију улогу у друштвеном и привредном животу.<sup>1</sup>

Здравље жене не зависи само од биолошких карактеристика него и од социјалних, културних, физичких и биолошких фактора, као и навика и понашања. Због својих анатомофизиолошких и репродуктивних функција, социоекономског положаја, као и због тога што се њихово здравствено стање одржава и на здравље деце, породице и друштвене заједнице у целини, здравственој и социјалној заштити же-не мора се поклонити посебна пажња.<sup>2</sup>

Кад се говори о ванболничкој здравственој заштити жена првенствено се мисли на здравствену заштиту жена генеративног периода (15–49). У овом узрасту главне активности гинеколошке службе дома здравља усмерене су на нормална физиолошка стања жене – трудноћу и порођај и доношење на свет жељеног и здравог потомства и спречавање нежељене трудноће. У каснијем узрасту жена здравствена заштита је усмерена на патолошке промене полних органа и дојке жене. Ово је нарочито изражено код жена старијих од 65 година.<sup>3</sup>

У здравственој заштити жена главну улогу има друштво и здравствена служба као

*had one or two miscarriages (by about 18%), and even 3.9% over seven.*

*Mammography was done in 10.4% of women 40 to 69 years; breast self-examination performed 34.1% of women. Papanikolau test was done in 30.5% of women.*

*General conclusion is that the outpatient gynecological health care for women in Serbia is incomplete. Only 35.1% of women are used it.*

**Key words:** women, outpatient health care, gynecological care, frequency of use.

његов интегрални део. Друштвена заједница треба да обезбеди услове за чување здравља жене као основно право, без обзира на расу, религију, социоекономске услове и политичку припадност, што је проглашено уставом Србије. У Србији жене уживају посебно широка права у здравственој и социјалној заштити.<sup>4</sup>

## Циљ рада

Основни циљ рада јесте сагледавање ванболничке здравствене заштите жена у Србији. У оквиру тог циља изучена је здравствена заштита жена на појединим подручјима и територијама Србије, затим по типу насеља, по добним групама, образовном нивоу и имовинском стању.

## Метод рада

У реализацији циља примењен је метод анкетног истраживања. Заправо, коришћени су подаци екстензивног анкетног истраживања којим је обухваћена цела територија Србије. Истраживање је спроведено 2006. и 2000. године са циљем да се утврди здравствени профил становништва.

Подаци из анкете обрађивани су статистичком методологијом и у раду приказани табеларно.

## Резултати и дискусија

Из **табеле 1.** се може видети да је код гинеколога било 17,9% женске деце и млађе омладине Србије, а из Београда чак 25,3%. Гинеколога је посетило нешто више младих из градских него осталих насеља, а у односу на узраст проценат

нат расте са узрастом. Просечна старост при првој посети износила је 16,5 година. Треба за пазити да је трудноћу имало 2,4% и то скоро четири пута више из сеоских него градских насеља и све су из најсиромашнијих породица.

Посете гинекологу у последњих 12 месеци приказане су на **табели 2.** Према

**Табела 1.** Гинеколошка заштита деце и омладине

Показатељи	Посета гинекологу			Просечна старост при првој посети	Имале трудноћу
	Број	Процент			
Територија	Војводина	56	6,3	15,7	0,0
	Београд	124	25,3	16,1	1,8
	Србија	562	17,9	16,5	2,4
Тип насеља	Градско	297	19,1	16,5	1,1
	Остало	205	16,2	16,5	4,1
Добне групе	7 - 11	121	16,0	10,3	0,0
	12 - 14	54	26,9	13,0	0,8
	15 - 19	87	27,2	17,7	3,5
Имовинско стање	Најсиромашније	72	19,4	16,0	9,6
	Најимућније	101	18,9	16,6	0,0

**Табела 2.** Ванболничка здравствена заштита жена старих 20 и више година

Показатељи	Посете у задњих 12 месеци у %					Посете сестре после порођаја	Посете жена 15-19 година
	Број жена	%	Никад	Просечно посета	Просечна старост при првој посети		
Територија	Војводина	1848	34.6	5.3	2.8	20.9	72.6
	Београд	1475	43.4	3.2	2.3	20.5	77.9
	Србија	6892	35.1	6.3	2.6	21.3	77.4
Тип насеља	Градско	3836	39.9	5.0	2.5	20.9	79.5
	Остало	3056	29.0	7.9	2.7	21.8	75.0
Добне групе	20 - 34	1804	55.0	10.6	3.3	19.2	67.6
	35 - 44	1214	46.8	1.2	2.4	20.0	85.9
	45 - 54	1319	40.1	1.5	2.0	20.5	100.0
	55 - 64	1079	20.0	8.9	1.7	21.1	0.0
	64 - 74	918	9.2	8.3	1.4	23.1	0.0
	75 и +	557	4.7	18.0	2.3	26.3	0.0
Образовање	Основно	1406	33.5	6.1	2.6	-	86.0
	Средње	1353	44.1	3.0	2.7	-	83.8
	Више/Високо	1373	49.6	3.1	2.5	-	77.4
Имовинско стање	Најсиромашније	1558	35.2	5.6	2.4	20.7	70.0
	Најимућније	1407	28.3	6.8	2.6	20.4	75.2

**Табела 3.** Разлози посете гинекологу

Показатељи	Број жена	Разлози посете (у процентима)		
		Контрола здравља	Трудноћа	Тегобе
Територија	Војводина	1848	40,2	34,7
	Београд	1475	59,3	18,5
	Србија	6892	45,4	30,2
Тип насеља	Градско	6836	50,9	18,0
	Остало	3056	38,2	19,7
Добне групе	20 - 34	1804	51,8	28,9
	35 - 44	1216	47,6	30,6
	45 - 54	1319	49,1	27,7
	55 - 64	1079	42,2	-
	64 - 74	918	35,2	-
	75 и +	557	32,1	-
Образовање	Основно	1406	43,4	30,9
	Средње	1353	47,4	28,5
	Више/Високо	1373	65,2	16,1
Имовинско стање	Најсиромашније	1556	45,0	28,2
	Најимућније	1407	38,4	35,7
				18,5

**Табела 4.** Иде гинекологу иако се осећа здраво

Учесталост	Број	Процент
Једном годишње	1413	26,4
Једном у две године	468	8,7
Ређе	1426	26,6
Не иде	2054	38,3
УКУПНО	5361	100,0

овим подацима жене Србије су први пут биле код гинеколога са просечно 21,3 године, а никад није било код гинеколога 6,3% жене. Код гинеколога није никад било више жене осталих него градских насеља, те двоструко већи проценат жене ниже и основног образовања него средњег, вишег и високог.

Код гинеколога је било 35,1% (Београђанки 43,4%), и то знатно више жене градских него осталих насеља. Проценат жене које су посетиле гинеколога опада са узрастом, што је разумљиво, а расте са нивоом образовања. У односу на имовинско стање знатно више посещују гинеколога најсиромашније него наји-

мућније жене. Свака жена је у просеку била 2,6 пута годишње код гинеколога.

Жене генеративног доба су у 45,8% случајева посетиле гинеколога (највише Београђанке). Знатно већи проценат ових је из градских него осталих насеља и имућнијих него сиромашнијих жене.

Због чега жене најчешће одлазе код гинеколога показују подаци **табеле 3.** Према овим подацима жене најчешће одлазе код гинеколога ради контроле здравља (45,4%), трудноће (30,2%), а најређе због тегоба (18,8%). Ради контроле здравља чешће одлазе Београђанке него Војвођанке, а због трудноће обрнуто. Исто тако жене градских насеља знатно чешће одлазе гинекологу него жене осталих насеља. Док посете гинекологу због контроле здравља опадају са узрастом, дотле због тегоба (болести) расту. Посете гинекологу расту и са нивоом образовања.

Из **табеле 4.** види се да гинекологу не иде 38,3% жене када се осећају здраве. Од оних које иду, највише иде једном годишње (26,4%), једном у две године (8,7%), а ређе 26,6%.

**Табела 5.** Трудноћа жена

Показатељи		Жене 15 - 24		Број абортуса по жени	Жене 25 - 49	
		Имале трудноћу	Намерни абортус		Имале трудноћу	Намерни абортус
Територија	Војводина	19,1	2,9	0,2	82,7	15,9
	Београд	9,5	12,9	0,3	74,8	13,2
	Србија	15,9	3,9	0,2	82,9	15,8
Тип насеља	Градско	10,9	5,2	0,2	79,3	15,3
	Остало	23,3	3,0	0,2	87,7	16,5
Образовање	Основно	-	-	-	84,5	15,0
	Средње	-	-	-	83,3	11,0
	Више/Високо	-	-	-	73,3	11,7
Имовинско стање	Најсиромашније	30,7	4,5	0,2	81,6	17,0
	Најимућније	3,9	0,0	0,0	86,8	18,2

Према подацима **табеле 5.** жене узраста 15–24 године имале су трудноћу у 15,9% случајева у Србији, у Београду 9,5%, а Војводини 19,1%. У узрасту 25–49 година у 82,9% случајева. У већем проценту трудноћу су имале жене из осталих него градских насеља. Кад је реч о имовинском стању, млађе жене најсиромашнијег имовинског статуса имале су вишеструко чешће трудноћу него најмућније, док је код старијих жена обрнуто.

Намерни прекид трудноће жена млађег узраста имале су углавном најсиромашније жене, а код старијег узраста жена стање је обрнуто. Иначе прекид трудноће је имало 3,9% млађих, а 15,8% старијих жена и тај проценат опада са образовним нивоом.

Подаци **табеле 6.** показују да се 79% трудноћа завршава рађањем живог детета. Мртворођењем се завршава 0,6%, спонтаним побачајем 3% и намерним побачајем 6,5% трудноћа.

**Табела 6.** Исход трудноће

Исход	Број	Процент
Живорођено дете	4045	79,0
Мртворођено дете	29	0,6
Спонтани побачај	156	3,0
Намерни побачај	844	6,5
Трудноћа у току	44	0,9
<b>УКУПНО</b>	<b>5118</b>	<b>100,0</b>

Због високог процента завршавања трудноћа намерним побачајем у **табели 7.** приказујемо број и проценат ових побачаја

Према подацима **табеле 7.** само 42,7% жене није имало ниједан побачај, а по око 18% жене имало је један и два побачаја, док је 8,6% жене имало три побачаја, 4% четири, а чак 3,9% преко седам.

Мамографија код жена узраста 40–69 година рађена је у последње три године код 10,4% жене, а организована код 2% жене, док је у узрасту 50–69 година рађена код 3,5% жене у задњих 12 месеци. Нешто већи проценат је код жена становница Београда и уопште градских него осталих насеља и код образованијих и имућнијих жена.

**Табела 7.** Број и проценат намерних побачаја

Број побачаја	Број жена	Процент
0	2102	42,7
1	884	17,9
2	880	17,8
3	427	8,6
4	191	3,9
5	150	3,0
6	78	1,6
7	28	0,6
Преко 7	186	3,9
<b>УКУПНО</b>	<b>4926</b>	<b>100,0</b>

**Табела 8.** Дијагностичке методе и процедуре

Показатељи		Мамографија код жена			Самопреглед дојке и Папаниколау жена 20 и више година			Папаниколау код жена 20 - 69 у задње 3 године	
		40 - 69		50 - 69	Више пута годишње	Папаниколау			
		У задње 3 године	Организ скрининг	У задњих 12 м.		У задње 3 године	Организовано		
Територија	Војводина	16,7	3,3	2,9	40,5	30,2	2,5	34,2	
	Београд	16,6	1,1	6,1	43,4	52,5	1,2	58,5	
	Србија	10,4	2,0	3,5	34,1	30,5	2,0	34,9	
Тип насеља	Градско	13,2	2,2	4,2	38,1	37,7	2,6	41,8	
	Остало	6,8	1,7	2,5	29,2	21,4	1,3	25,6	
Добне групе	20 - 24	-	-	-	37,0	39,2	1,0	-	
	25 - 29	-	-	-	43,7	43,7	2,6	36,7	
	30 - 39	-	-	-	40,9	38,8	3,6	44,8	
	40 - 49	13,2	2,6	-	35,0	23,8	2,4	41,4	
	50 - 59	10,9	1,7	-	20,1	8,6	2,4	33,3	
	60 - 69	5,9	1,6	-	9,4	2,3	0,4	12,0	
	Основно	5,1	1,1	2,0	35,1	29,0	2,2	32,8	
Образовање	Средње	13,7	3,2	2,4	41,8	42,5	2,4	46,0	
	Више/Високо	18,5	1,4	4,1	45,6	50,7	2,8	54,4	
Имовинско стање	Најсиромашније	3,3	1,1	1,5	37,2	31,3	2,2	36,1	
	Најимућније	18,8	2,4	6,5	29,3	19,6	1,9	22,8	

Самопреглед дојки једном годишње обављао се код 34,1% жена. Знатно је већи проценат код Београђанки и уопште жена градских него осталих насеља, те код млађих, образованијих и имућнијих жена.

Папаниколау тест у задње три године рађен је код 30,5% жена, знатно више код Београђанки и уопште жена градских него осталих насеља, те образованијих, млађих и сиромашнијих жена. Папаниколау код старијих жена (55-69) рађен је у већем броју него код млађих жена.

## Закључак

Код гинеколога одлазе и женска деца, а не само омладина и жене старијих узраста. Тако је код гинеколога било 17,9% деце и омладине до 19 година, и то више градских него осталих насеља.

Просечна старост омладине при првој посети износила је 16,5 година. Значајно је ис-

таћи да је чак 2,4% млађе омладине (до 19 година) имало трудноћу и то око четири пута више из осталих него градских насеља и све су из најсиромашнијих породица.

Укупно све жене Србије су први пут биле код гинеколога са 21,3 године старости. Код гинеколога никад није било 6,3% жена и то више из осталих него градских насеља и двоструко више жена низег и основног образовања.

Код гинеколога је било 35,1% одраслих жена, знатно више из градских него осталих насеља, те образованијих и сиромашнијих жена. Свака жена је просечно била 2,6 пута годишње код гинеколога. Жене генеративног периода посетиле су гинеколога у 45% случајева.

Жене су најчешће одлазиле гинекологу ради контроле здравља и систематског прегледа (45,4%) и трудноће (30,2%), а најређе због болести и тегоба (18,8%).

Жене одлазе код гинеколога и кад се осећају здраве, а само 38,3% не одлазе. Нај-

чешће иду једном годишње (26,4%), а једном у две године 8,7% и ређе у 26,6% случајева.

Трудноћу је имало 82,9% жена од 25 до 49 година, а 15,9% жена старих од 15 до 24 године. Трудноћа се у 79% случајева завршавала живорођењем.

Побачаји су веома распрострањени. Само 42,7% жена није имао ниједан побачај, а по један и два имало је по око 18% жена. Преко седам побачаја имало је 3,9% жена.

---

### Литература

1. Тимотић Б.: Увод у медицину, Elit medica, Београд, 2004.
2. WHO.: Expert Committee on Specification for Pharmaceutical Preparation, Geneva, 1992.
3. Тимотић Б. и сар.: Социјална Медицина. Веларта, Београд, 2000.
4. Тимотић Б., Анђелски Х.: Здравствено законодавство. Elit medica, Београд, 2004.

---

## Стручни и научни радови

# Преарест фактори који утичу на преживљавање пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца

С. Трпковић,<sup>1</sup> А. Павловић,<sup>2</sup> Н. Виденовић,<sup>3</sup> П. Јовановић,<sup>4</sup> П. Бојовић<sup>5</sup>

---

## Pre-Arrest Factors Associated with Survival Among Patients Suffering from Out-Of-Hospital Cardiac Arrest

S. Trpkovic, A. Pavlovic, N. Videnovic, P. Jovanovic, P. Bojovic

---

**Сажетак.** Циљ: Дефинисати преарест факторе који би могли да доведу до побољшања исхода преживљавања пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца користећи Utstein стил сакупљања података.

**Методологија:** У проспективној студији, у двогодишњем периоду проучили смо 200 пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца. Установили смо број преживелих пацијената до отпуста из болнице и преарест факторе повезане са преживљавањем.

**Резултати:** 60% су били мушки, просечног старосног доба 60,1 година а 40% су биле жене, просечне старости 68,9 година, ( $p=0.784$ ). Кардијалну етиологију имало је 78% пацијената, акутни застој срца у кућним условима доживело је 65% пацијената, 56,5% у присуству сведока, 26,5% у присуству екипе ХМП. 3,7% пацијената је реанимисано од стране спасилаца и ниједан од њих није преживео.

**Закључак:** Мали број пацијената који су дефинитивно преживели је последица малог броја реанимација изведенних од стране спасилаца. Више напора треба уложити на едукацију јавности да позову екипу ХМП пре него што је дошло да настанка акутног застоја срца, да препознају знаке акутног застоја срца и да започну реанимацију.

**Summary.** Aim: The aim was to define pre-arrest factors associated with an improved outcome among patients suffering out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) using the Utstein style data collection.

**Methods:** We examined 200 patients suffering from OHCA in a prospective cohort study in a two years period. We determined survival from cardiac arrest (CA) to discharge from hospital and the pre-arrest factors associated with survival.

**Results:** 60% were man and their mean age was 60,1 years, 40% were woman and their mean age was 68,9 years, ( $p=0.784$ ). 78% of CA patients had a cardiac aetiology, 65% occurred at home, 56,5% were witnessed, 26,5% were crew witnessed. 3,7% received bystander CPR and they did not survive.

**Conclusion:** Low survival to hospital discharge may be due to low bystander CPR rates. More effort should be put to public education to call an ambulance before the cardiac arrest occurs, to recognize signs of cardiac arrest and to start CPR.

**Key words:** emergency medical services, out-of-hospital cardiac arrest, cardiopulmonary resuscitation, by-stander CPR

<sup>1</sup> Др сц. мед. Слађана Трпковић, Медицински факултет Приштина са седиштем у Косовској Митровици.

<sup>2</sup> Др сц. мед. Александар Павловић, Медицински факултет Приштина са седиштем у Косовској Митровици.

<sup>3</sup> Mr сц. мед. др Небојша Виденовић, Медицински факултет Приштина са седиштем у Косовској Митровици.

<sup>4</sup> Др сц. мед. Петар Јовановић, Медицински факултет Приштина са седиштем у Косовској Митровици.

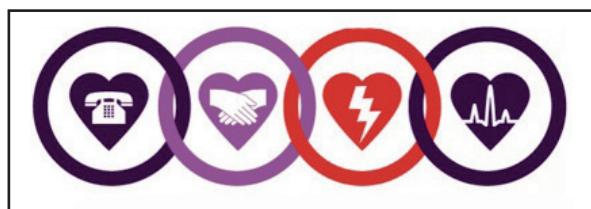
<sup>5</sup> Др сц. мед. Предраг Бојовић, Медицински факултет Приштина са седиштем у Косовској Митровици.

**Кључне речи:** хитна медицинска помоћ, ванболнички акутни застој срца, кардиопулмонална реанимација, реанимација од стране спасилаца

## Увод

**A**кутни застој срца је највећи здравствени проблем у индустриском свету и представља водећи узрок смрти у Европи.<sup>1</sup> Јавља се у 700 000 случајева годишње.<sup>2</sup>

Подаци о успеху кардиопулмоналне реанимације (КПР) објављени у литератури се веома много разликују.<sup>3</sup> Опсег преживљавања акутног застаја срца у ванболничким условима креће се од 4-45%. Према подацима АНА (American Heart Assotiation) из 2007. године, реанимацију након cardiac arrest-a у ванболничким условима у САД-у преживи 6,4% пацијентата.<sup>4</sup>



**Слика 1.** Ланац преживљавања.

Да би исход реанимације био што бољи потребно је да добро функционишу све карике „ланцу преживљавања“ (слика бр.1). У свакодневној пракси то значи да испуштање, односно неизвршавање једне карике овог ланца доводи у питање успешност реанимације и преживљавање особе која је доживела срчани застој. Особе које доживе акутни застој срца треба да добију помоћ што је могуће пре а то захтева ангажовање читавог друштва. Чланови породице, случајни пролазници, колеге или пријатељи дужни су да започну КПР и да позову помоћ.

У тренутку прве анализе срчаног ритма око 40% жртава са изненадним застојем срца има вентрикуларну фибрилацију.<sup>5</sup> Вероватно много више жртава има ВФ/ВТ без пулса у тренутку колапса, али у моменту када се

стигне до жртве и када се уради први ЕКГ, ритам се већ погоршао до асистолије.<sup>6</sup> Многе жртве могу преживети ако присутни одмах примене мере реанмације док је ВФ још присутна. Међутим, успешност реанмације је веома мала када се ритам срца погоршао до асистолије.

Код болесника са ВФ/ВТ ритмом неопходно је извршити дефибрилацију. Сви остали поступци у току КПР изводе се код свих пацијената по истим принципима. Уколико спасилац одмах започне КПР обезбедиће мали, али критични ниво протока за мозак и срце и повећаће вероватноћу да дефибрилација реши вентрикуларну фибрилацију. Компресија грудног коша је посебно важна ако се дефибрилација не може извршити у току 4-5 минута након колапса.

Сваки минут који протекне од момента настанка фибрилације до момента извођења дефибрилације повећава морталитет за 7-10%. Увођењем аутоматских спољашњих дефибрилатора (АСД) дефибрилација је постала кључна карика у „ланцу преживљавања“. Свуда у Европи уводи се програм масовне примене дефибрилације (PAD програм - Public Acess Defibrillation). Овај програм има за циљ да скрати временски период од срчаног застаја до дефибрилације и на тај начин побољша преживљавање. За извођење дефибрилације према овом програму треба да буду оснапосебљени: студенти медицине, медицински техничари, сав персонал службе хитне медицинске помоћи, добровољци који су завршили курсеве прве помоћи, чланови добровољачких и других организација за спасавање људских живота, полиција, телохранитељи, стјуардесе, особље железнице итд. Немедицинско амбулантно особље спроводи дефибрилацију само ако је добро обучено, ако је успешно положило курсеве и ако им је дозвољена употреба само спољашњих аутоматских дефибрилатора.

## Циљ

Циљ овог рада био је да се утврди успех кардиопулмоналне реанимације пацијената који су доживели акутни застој срца у ванболничким условима и да се испитају преарест фактори који утичу на преживљавање: демографске карактеристике пацијената (пол, старосно доба), етиолошки фактори који доводе до настанка акутног застоја срца, место настанка акутног застоја срца, присуство сведока и покушај реанимације од стране спасилаца.

## Материјал и методе рада

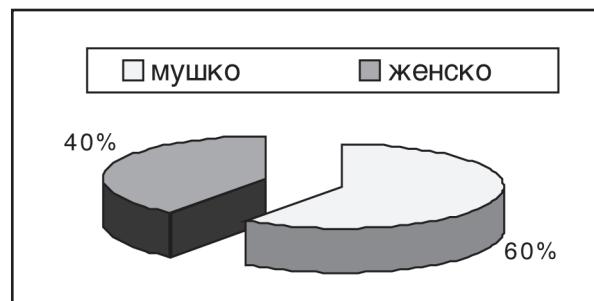
Истраживање и припрема материјала за ово истраживање изведено је по типу проспективне студије у периоду од 01.06.2006. до 31.05.2008. у Градском заводу за ХМП у Београду и обухватало је укупно две стотине пацијената.

Поштујући правила прикупљања података о реанимацији пацијената у ванхоспиталним условима дефинисана „Utstein моделом“<sup>7</sup> направљен је посебан образац који је попуњаван уколико је позив екипи ХМП био упућен у вези са настанком акутног застоја срца.

Сви добијени подаци су систематизовани и обрађени на персоналном рачунару уз примену стандардних статистичких процедура и наменски урађених програма.

## Резултати рада

У нашој студији испитано је укупно 200 пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца.



**Графикон 1.** Расподела пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца по полу.

## Пол

Заступљеност пацијената мушких пола била је знатно већа него женског (Студентов т-тест,  $p=0.028 <0.05$ , *графикон 1*).

## Старосно доба

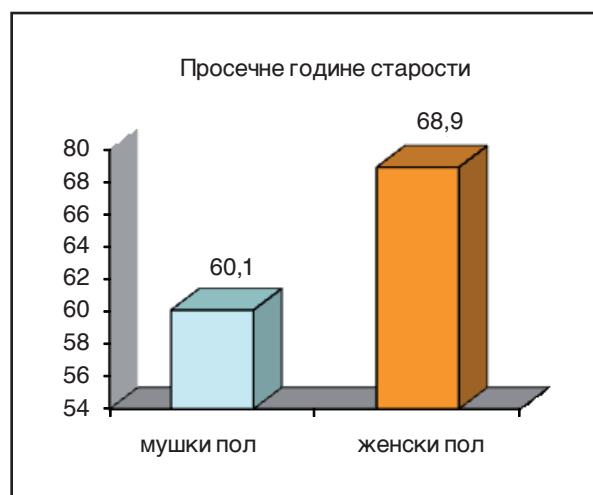
Просечно старосно доба мушких пацијената са cardiac arrest-ом који је настао у ванболничким условима било је  $60.1 \pm 14.77$  година а женских  $68.9 \pm 14.21$  година, што није статистички значајна разлика ( $p=0.784$ ) (*графикон 2*).

Расподела пацијената различитог старосног доба у односу на коначно преживљавање приказана је на *графикону 3*.

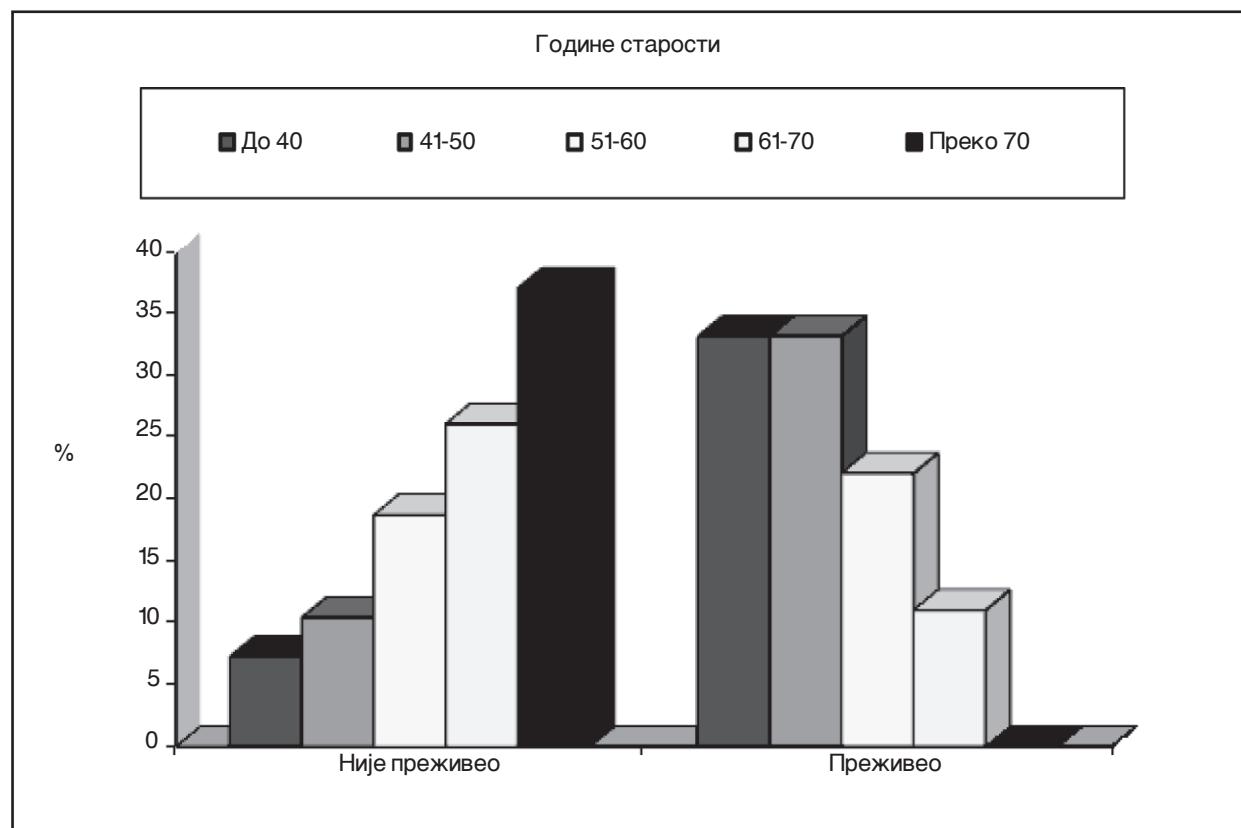
Расподеле пацијената по интервалним старосним групама се значајно разликују у односу на исход кардиопулмоналне реанимације највећи број случајева са исходом смртном исходом у ванболничким условима (Mann-Whitney U-тест,  $p<0.001$ ).

У испитиваном узорку било је укупно 7 пацијената мушких (5.8%) и два пацијента женских пола (2.5%) који су преживели до отпуста из болнице након акутног застоја срца у ванболничким условима.

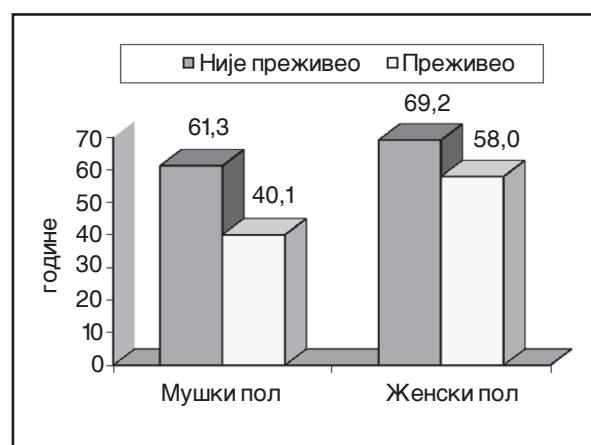
Просечно старосно доба пацијената мушких пола који су преживели до отпуста из бол-



**Графикон 2.** Просечно старосно доба пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца по полу.



**Графикон 3.** Исход КПР код пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца у односу на старосно доба.



**Графикон 4.** Исход кардиопулмоналне реанимације према полу и старосном добу пацијената.

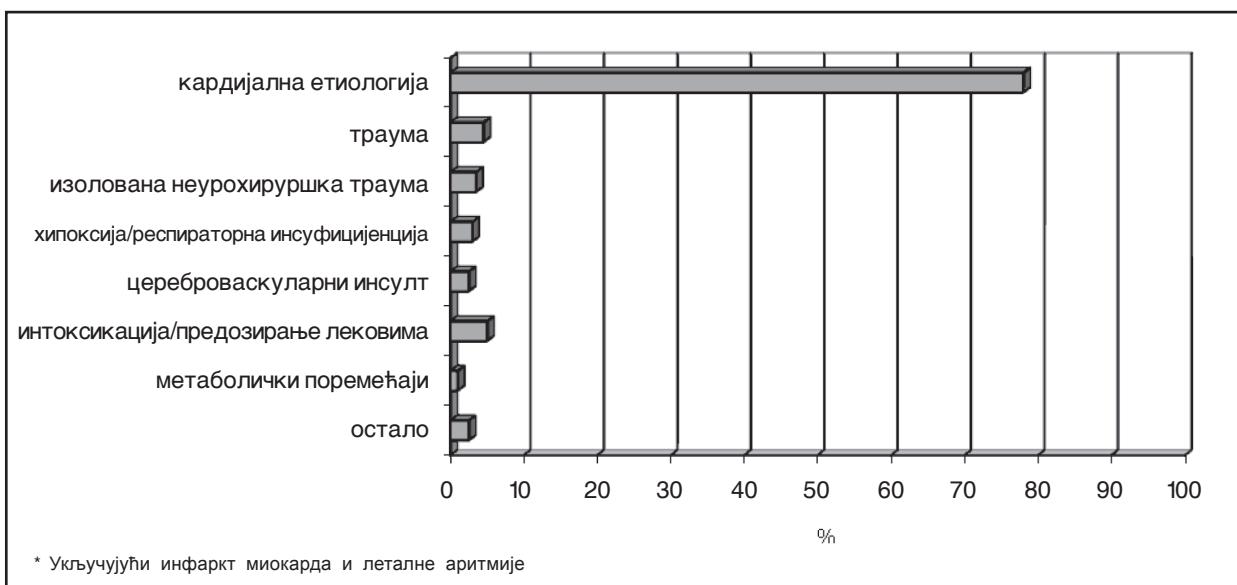
нице било је  $40.1 \pm 14.14$  година што је статистички значајно у односу на старије пациенте који нису преживели ( $61.3 \pm 14.14$  година,  $p < 0.0001$ ) (графикон 4).

Просечно старосно доба пациенткиња које су преживеле ванхоспитални акутни застој срца било је  $58.0 \pm 8.49$  година, што се значајно не разликује у односу на просечну старост пациенткиња које нису преживеле ( $69.2 \pm 14.25$  година,  $p=0.275$ , Студентов т-тест). Међутим, овде треба нагласити да се ради само о два случаја преживелих пациенткиња па овај резултат треба прихврати са резервом.

Пацијенти који имају 60 и више година са значајно већом статистичком вероватноћом не могу да преживе акутни застој срца настало у ванболничким условима без обзира на пол.

### Етиологија

Најчешћи узрок настанка акутног застоја срца у ванболничким условима била је кар-



**Графикон 5.** Најчешћи узроци настанка акутног застоја срца у ванболничким условима.

дијална етиологија - 78% (**графикон 5**). Вероватноћа осталих узрока настанка cardiac arrest-a била је приближно једнака и мала (од 1% до 5%).

Статистичким тестирањем се потврђује да је кардијална етиологија била најчешћи узрок настанка акутног застоја срца у ванболничким условима без обзира на исход - и код пацијената код којих је реанимација била неуспешна (79,1%) и код оних који су преживе-

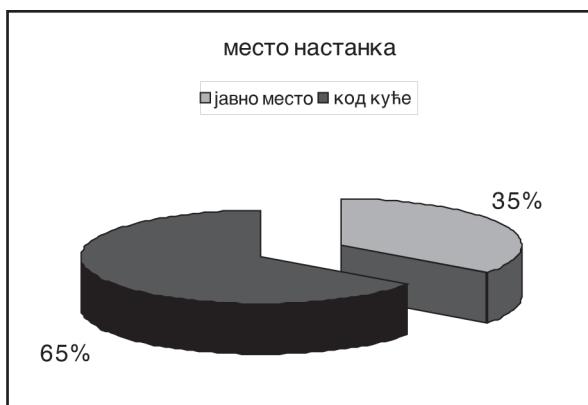
ли до отпуста из болнице (55,6%) (Mann-Whitney U-тест,  $p=0.128$ ) (**табела 1**).

#### Место настанка акутног застоја срца у ванболничким условима

Већина пацијената доживи ванболнички акутни застој срца код куће. У групи пацијената испитаној у нашој студији 65%

**Табела 1.** Исход КПР код пацијената који су доживели ванболнички акутни застој срца у односу на узрок настанка cardiac arrest-a

Најчешћи узроци настанка акутног застоја срца у ванболничким условима	Исход			
	ROSC није постигнут		ROSC постигнут	
	Н	%	Н	%
кардијална етиологија	151	79.1	5	55.6
траума	9	4.7	0	-
изолована неурохируршка траума	7	3.7	-	-
хипоксија/респираторна инсуфицијенција	4	2.1	2	22,2
цереброваскуларни инзулт	5	2.6	-	-
интоксикација/предозирање лековима	8	4.2	2	22.2
метаболички поремећаји	2	1.0	-	-
искрварење	5	2.6	-	-
УКУПНО	191	100.0	9	100.0

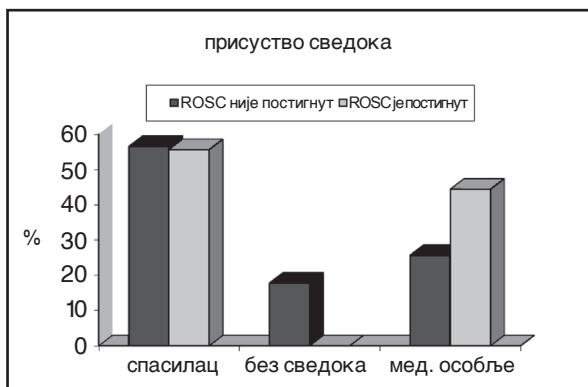


**Графикон 6.** Место настанка акутног застоја срца у ванболничким условима.

пацијената доживело је cardiac arrest у кућним условима, а 35% пацијената доживело је акутни заштот срца на јавном месту (*графикон 6*). Међутим, када се упореде подаци о месту настанка акутног заштота срца између полова испитаника доказује се да постоји статистички значајна разлика (Mann-Whitney U-тест,  $p=0.007$ ).

#### Присуство сведока у моменту настанка акутног заштота срца у ванболничким условима

Највећи број пацијената доживи акутни заштот срца у ванболничким условима у присуству неке особе (рођака, пријатеља, суседа,



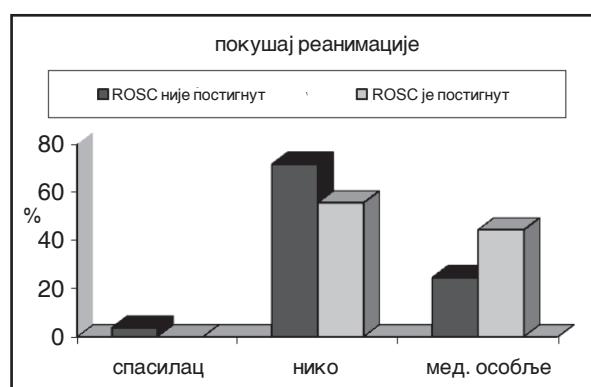
**Графикон 7.** Присуство сведока у моменту настанка акутног заштота срца у ванболничким условима и исход преживљавања.

колеге или случајног пролазника-56,5%) или у присуству медицинског особља (26,5 %). Сви преживели пациенти доживели су акутни заштот срца у ванболничким условима у присуству сведока.

Као што се види на *графикону 7* у случају повољног исхода, односно у случајевима када је након реанимације дошло до повратка спонтане циркулације (ROSC), било је присуства сведока или медицинског особља са статистички једнаком вероватношћом ( $p=0.369$ , Студентов t-тест).

Није занемарљив податак да у 17,8% случајева (код 34 особе) није било присутних особа у моменту настанка акутног заштота срца и да је крајњи исход да код њих није постигнут ROSC.

#### Покушај реанимације од стране спасилаца



**Графикон 8.** Повратак спонтане циркулације у односу на мере реанимације спроведене од стране спасиоца/медицинског особља

На *графикону 8* се види да у највећем броју случајева реанимација од стране спасилаца није покушана. У групи пациентата који нису преживели у 3,7% случајева реанимацију је започео спасилац а у 24,6% случајева реанимацију је започело особље службе ХМП. Међутим, исход КПР није се статистички значајно разликовао у односу на то ко је започео мере КПР (Mann-Whitney U-тест,  $p=0.161$ ). Наиме, и у случајевима када су спасиоци покушали извођење КПР пре доласка екипе ХМП није постигнут бољи исход

преживљавања (ниједан од тих пацијената није преживео до отпушта из болнице).

Кад посматрамо ко започиње реанимацију унутар групе пацијената који нису преживели видимо да реанимација са значајном вероватноћом није покушана пре доласка екипе ХМП (71.7%, p<0.0001).

## Дискусија

Анализирајући демографске карактеристике пацијената из нашег узорка закључено је да је заступљеност мушких пола била знатно већа у односу на женски пол.

Бројне студије указују на то да су фактори ризика,<sup>8</sup> исход кардиопулмоналне реанимације<sup>8</sup> и третман пацијената са кардиоваскуларним болестима<sup>9</sup> различити у зависности од пола.

Процес старења крвних судова је бржи код мушкараца него код жена, те је код њих већи ризик за појаву коронарне болести, а самим тим и за настанак акутног застоја срца. Од момента наступања менопаузе ризик од настанка срчаног удара код жена исти је као и код мушкараца. Лекови као што су контрацептивне пијуле и хормонска терапија повећавају могућност развоја коронарне болести.

Иако код мушкараца током последњих деценија долази до постепеног пада морталитета од коронарне болести, учесталост морталитета код жена не показује знаке смањења, већ се одржава или чак благо расте. Код жена које имају шећерну болест, у време менопаузе ризик за настанак коронарне болести расте.

Трауматски акутни застој срца чешћи је код млађих мушкараца у односу на старије мушкарце и жене.<sup>10</sup> Ово се објашњава већом изложеностом ове популације (млађи мушкарци) ризичним ситуацијама и ризичном понашању (у саобраћају, конфликтне ситуације у којима долази до повређивања на најразличитије начине).

Такође, у нашој студији, морталитет је био већи у старијој популацији. Herlitz и сарадници указују на мањи успех реанимације код старијих пацијената.<sup>11</sup> После четрдесете године

живота са сваком годином живота шанса за дефинитивно преживљавање после акутног застоја срца опадају за 2%.<sup>11</sup> Старење је фактор ризика за развој коронарне болести и срчаног удара. Ризик за настанак срчаног удара линеарно расте и удвостручује се сваке деценије након 55. године живота а код жена се значајно повећава након уласка у менопаузу.

Према подацима из литературе у преко 80% случајева акутни застој срца је кардијалне етиологије. Изненадна срчана смрт дешава се код више од 60% одраслих који имају болест коронарних крвних судова.<sup>10</sup> Сваке године умире око 325 000 Американаца који имају болест коронарних крвних судова, а највећи број изненадних срчаних смрти деси се ван болнице.<sup>12</sup>

У нашој студији 78% пацијената у прехоспиталним условима је доживело акутни застој срца кардијалне етиологије, што потврђује да је и на нашим просторима болест коронарних крвних судова водећи узрок смрти. Повишен крвни притисак је највећи фактор ризика за настанак срчаних оболења. Он се може спречити и успешно лечити само ако је дијагностикован и ако се терапија спроводи по прописаном режиму.

Неправилна исхрана богата мастима животињског порекла, хиперхолестеролемија (висок ниво LDL и низак ниво HDL холестерола), висок ниво триглицерида, гојазност, употреба дувана, физичка неактивност, шећерна болест, живот под стресом, узнемиреност или депресија су такође фактори ризика за настанак изненадног застоја срца.

На генетску структуру не можемо утицати, али смањењем ризичног понашања, можемо спречити развој коронарне болести и настанак срчаног застоја. Увођење здравих дијета, редовна и умерена физичка активност, лечење хипертензије, престанак пушења могу смањити ризик за настанак кардиоваскуларних болести.

Веома лошу прогнозу имају пациенти који су доживели акутни застој срца због тешке трауме (политраума или изолована неурорхуршкa траума). Преживљавање трауматског cardiac arrest-a у свету износи свега 0%-3,7%.<sup>13</sup> Због тога се реанимација ових пацијената од стране многих аутора сматра бескорисном гле-

дано и са етичког и са економског аспекта.

У нашој студији политраума праћена cardiac arrest-ом је у прехоспиталној фази била заступљена у 4,5% случајева а изолована неу-рохируршка траума у 3,5% случајева. Ниједан од ових пацијената није преживео до отпушта из болнице тако да исход реанимације ових пацијената није задовољавајући у односу на резултате из литературе.

За сада се у нашим условима на терену не изводи хируршко збрињавање пнеумоторакса пласирањем торакалног дрена тако да пацијенти са пенетрантним повредама грудног коша или вентилним пнеумотораксом имају мале шансе да преживе. Подаци из литературе<sup>14</sup> су показали да је реанимација успешнија код пацијената са пенетрантним повредама грудног коша код којих је урађена торакостомија на терену.

Разлог лошег исхода реанимације политрауматизованих пацијената у нашим условима, је недовољна обученост и непостојање специјално оформљених тимова који би били одговорни за збрињавање ових пацијената.

У свету постоје тимови који су задужени за третман тешко повређених пацијената (Trauma Life Support Team).<sup>15</sup> У скандинавским земљама развијен је систем обуке ових тимова. Поред теоретске наставе која подразумева детаљно информисање полазника о основним принципима и протоколима за третман политрауматизованих пацијената, организују се и видео презентације уз дискусију, приказе случаја, савладавање вештина на моделу или „пацијент-симулатору“. „Пацијент симулатор“ је парамедикус или студент медицине који симулира да је повређен. На монитору се приказују витални знаци који се мењају у складу са променама општег стања „пацијента“ а у сврху оспособљавања тимова за реаговање у различитим ситуацијама. Симулација се изводи што је могуће реалније уз приказивање фотографија стварних догађаја или са претходних курсева. Користе се историје болести, рендгенски снимци, лабораторијске анализе пацијената који су доживели акутни застој срца због тешке трауме, и од чланова тима се тражи да изнесу своје мишљење о сваком појединачном случају. Полазници се обучавају за тимски

рад: комуникацију и кооперабилност, уз именовање једног члана као вође тима. Сваки члан тима има јединствени циљ: „никада не изгубити“ пацијента.

У Данској је у току 2003. године организовано 7 оваквих курсева и на тај начин је обучено више од 20 мултидисциплинарних тимова широм земље.<sup>15</sup>

У Шведској многе болнице имају обуку „траума тимова“ у трајању од недељу дана, сваког пролећа и јесени. На овај начин обучавају се лекари и медицинске сестре са одељења реанимације и из ЛИЛ, анестезиологи, анестетичари и хирургзи.

Испоставило се да полазници ових курсева стичу сигурност и самопоуздање, способност да брзо реагују и доносе одлуке а то су кључне ствари у ургентним ситуацијама у којима су све снаге усмерене на спасавање живота.

Обука тимова на овај начин изискује извесна финансијска средства. Потребно је обезбедити опрему, просторије и предаваче који ће водити овакве курсеве више пута годишње, уз повремено обнављање и проверу усвојеног знања и вештина. Издавање средстава за формирање и обуку „траума“ тимова би се у будућности сигурно исплатило.

Акутни застој срца најчешће настаје у кућним условима или на радном месту,<sup>16</sup> тако да су сведоци настанка cardiac arrest-а најчешће чланови породице или колеге. Ако је акутни застој срца настало код куће шансе за преживљавање су много мање зато што су пациенти који доживљавају cardiac arrest код куће у просеку старији и ретко им је пружена реанимација од стране спасилаца.<sup>17</sup> Уколико се акутни застој срца деси на јавном месту, већа је шанса да је настало у присуству сведока, те је и време од момента настанка cardiac arrest-а до момента позивања службе ХМП знатно краће. Према подацима из литературе пациенти који су у нечијем присуству доживели cardiac arrest имају двоструко веће шансе да преживе.<sup>18</sup>

Поред тога, уколико се акутни застој срца деси на јавном месту, учесталост реанимације од стране спасилаца је већа<sup>19</sup> а тиме и шансе за преживљавање значајно расту.<sup>19</sup> Већина пацијената који су пре доласка екипе ХМП

реанимирани од стране спасилаца били су у моменту доласка стручног особља и даље у вентрикуларној фибрилацији, што је значајно повећало шансу тих пацијената да преживе. Студија објављена 2008.<sup>20</sup> је показала да пацијенти реанимирани од стране спасилаца до доласка ХМП имају двоструко више шанси да преживе.

Показало се да велики број спасилаца одустаје од пружања прве помоћи зато што не жели да изведе вештачко дисање методом "уста на уста". Разлог за то је најчешће страх од преноса трансмисивних болести, пре свега хепатитиса и АИДС-а. Зато у САД-у оператори службе ХМП саветују започињање реанимације компресијом грудног коша. Пре лиминарни подаци су показали да је на овај начин повећан број реанимација од стране лаика али је и побољшан успех реанимације зато што је она фокусирана на рано успостављање циркулације.<sup>21</sup>

Велики број експерименталних студија, као и клинички прикази случаја показали су да је успех преживљавања не само исти, него чак и већи онда када је реанимација извођена само континуираном компресијом грудног коша без извођења вентилације. У том смислу, многи ауторитети за КПР предлажу да два основна задатка парамедикуса и лаика у КПЦР на терену треба да буду: позивање ХМП и извођење спољне компресије грудног коша-, „be a lifesaver-call and pump“.<sup>22</sup>

У нашој студији започињање КПР од стране спасилаца је за сада најслабија карика у ланцу преживљавања. Само 3,7% пацијената је реанимисано од стране лаика - најближег рођака или колеге. Ни у једном случају реанимацију није започео случајни пролазник. Пацијенти код којих су мере КПР покушане од стране спасилаца, пре доласка екипе ХМП нису имали веће шансу да преживе. У том смислу, место настанка акутног застоја срца (кућни услови или јавно место), нема посебног утицаја на исход реанимације у нашим условима.

Увођење АСД-а дефинитивано је остварило велики утицај на повећање броја преживелих пацијената који су реанимисани након што су доживели акутни застой срца. Након увођења

АСД-а, број пацијената који су преживели до отпушта из болнице, према подацима АНА из 2007., повећао се у односу на 1996. годину са 4,3% на 27%.<sup>23</sup> Показало се да је увођење и рано коришћење АСД-а, од стране лаика, у оквиру мера основног одржавања живота (BLS) од круцијалног значаја. Према препорукама, АСД треба поставити на места где се у протекле две године десио бар један акутни застой срца. Студије из 2002. показују да АСД углавном купују компаније или удружења за своје јавне зграде, уређаји су инсталирани на места која су туристичке атракције, у јавна купатила, у установе у којима бораве пацијенти ограничених способности, у комерцијалне зграде као што су банке, велики супермаркети и шопинг центри, на аеродроме, аутобуске и железничке станице. Приватна лица се ретко одлучују за куповину оваквог апаратра ве-роватно из економских разлога. Захваљујући оваквом распореду АСД-а интервал од момента настанка акутног застоја срца до испоруке првог дефибрилацијског шока је мањи од 5 минута. То је нарочито важно када знамо да је време стизања екипа ХМП до пацијента значајно продужено због изузетно густог саобраћаја, високих зграда, преоптерећених лифтова.

У нашој земљи АСД уређаји још увек нису у употреби. То је један од разлога што се анализа иницијалног срчаног ритма и дефибрилација изводи релативно касно. С обзиром да је започињање КПР од стране лаика права реткост, преживљавање пацијената са акутним застојем срца зависи пре свега од времена које је потребно екипи ХМП да на-кон пријема позива стигне до пацијента како би тек тада била извршена анализа срчаног ритма и евентуално извршена дефибрилација. У земљама где спасиоци започињу извођење КПР непосредно по настанку акутног застоја срца, већа је шанса да у моменту стизања екипе ХМП пацијент буде затечен у ВФ/ВТ ритму, а уколико уз то постоји могућност извођења анализе срчаног ритма и испоруке првог дефибрилацијског шока помоћу АСД-а, шанса за преживљавање се четвороструком повећавају.

## Закључак

Код пациентата који су доживели акутни застој срца у ванболничким условима најчешћи је примарни cardiac arrest. Рад на превенцији срчаних оболења, борба против фактора ризика, едукација пациентата и њихових рођака да на време препознају симптоме који претходе настанку акутног застоја срца и благовремено позову помоћ постаје најважнија карика у ланцу преживљавања.

Присуство сведока – лаика у нашим условима не доводи значајно до повећања преживљавања зато што они у занемарљиво малом броју започињу реанимацију пре доласка екипе ХМП. Чак иако су реанимирани од стране спасиоца пре доласка екипе ХМП у нашим условима, ниједан пациент није преживео. Ово

је за сада најслабија карика у ланцу преживљавања и последица је недовољне едукације лаика за извођење мера КПР у нашим условима. Брза и ефикасна интервенција уз одговарајућу опрему, обука оних који први стижу на место догађаја да изведу мере КПР (полицији, ватрогасци, телохранитељи, стјуардесе, радници на железници), ангажовање читавог друштва, може значајно да побољша исход КПР у ванболничким условима. Чекање да искључиво особље ХМП започне реанимацију смањује шансе за позитиван исход.

Постављање АСД-а и оспособљеност сваког појединца да изведе КПР повећало би изгледе за преживљавање пациентата који су доживели акутни застој срца по типу ВФ/ВТ без пулса.

## Литература

- Fleischhackl R, Roessler B, Domanovits H, et al. Results from Austria's nationwide public access defibrillation (ANPAD) programme collected over 2 years. *Resuscitation* 2008; 77: 195-200.
- Langhelle A, Nolan JP, Herlitz, et al. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on post-resuscitation care: the Utstein style. *Resuscitation* 2005; 66: 271-83.
- Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, et al. Ethical decision making and patient autonomy. A comparison of physicians and patients in Japan and United States. *Chest* 2002; 121: 957-63.
- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics-2007 Update. *Circulation* 2007; 115: 69-171.
- Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics. *Eur Heart J* 1997; 18: 1231-48.
- Cobb L, Fahrenbruch C, Olsufka M, Copass M. Changing incidence of out-of-hospital ventricular fibrillation, 1980-2000. *JAMA* 2002; 288: 3000-13.
- Cummins RO, Chamberlain DA and Abramson NS et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein style, *Circulation* 1991; 84: 960-75.
- Dahlberg ST. Gender difference in the risk factors for sudden cardiac death. *Cardiology* 1990; 77: 31-40.
- Maynard C, Althouse R, Cerqueira M, et al. Underutilization of thrombolytic therapy in eligible women with acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 68: 529-30.
- Kayser RG, Ornato JP, Peberdy MA. Cardiac arrest in the Emergency Department: A report from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2008; 78: 151-60.
- Herlitz J, Eek M, Engdahl J, et al. Factors at resuscitation and outcome among patients suffering from out of hospital cardiac arrest in relation to age. *Resuscitation* 2003; 58: 309-17.
- American Heart Association, 2002 Heart and Stroke Statistical Update, *American Heart Association*, Dallas, TX (2002).
- Rosemurgy AS, Norris PA and Olson SM et al. Prehospital traumatic cardiac arrest the cost of futility. *J Trauma* 1993; 35: 468-74.
- Lockey D, Crewdson K and Davies G. Traumatic Cardiac Arrest: Who are the survivors? *Annals of Emergency Medicine* 2006; 48:240-44.
- Wisborg T, Castren M, Lippert A, et al. Training trauma teams in the Nordic countries: An overview and present status. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49:1004-7.
- Litwin PE, Eisenberg MS and Hallstrom et al. The location of collapse and its effect on survival from cardiac arrest. *Annals of Emergency Medicine* 1987; 16: 787-91.
- Herlitz J, Svensson L, Engdahl J, Silfverstolpe J. Characteristics and outcome in out-of-hospital cardiac arrest when pa-

- tients are found in a non-shockable rhythm. *Resuscitation* 2008; 76: 31-36.
18. Walraven C, Forster AJ, Parish DC *et al.* Factors influencing the outcomes after in-hospital resuscitation in Taiwan. *Resuscitation* 2002; 53: 265-70.
19. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Effects of by stander cardiopulmonary resuscitation in out of hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Resuscitation* 2000; 47: 59-70.
20. Herlitz J, Svensson L, Engdahl J, Silfverstolpe J. Characteristics and outcome in out-of-hospital cardiac arrest when patients are found in a non-shockable rhythm. *Resuscitation* 2008; 76: 31-36.
21. Hallstrom A, Cobb L and Johnson E *et al.* Cardiopulmonary resuscitation by chest compression alone or with mouth-to-mouth ventilation. *New England Medical Journal* 2000; 342: 1546-53.
22. Pavlović A. Kardiopulmonalno cerebralna reanimacija. Drugo dopunjeno izdanje. Obeležja, Beograd, 2007.
23. Fleischhackl R, Roessler B, Domanovits H, *et al.* Results from Austria's nationwide public access defibrillation (ANPAD) programme collected over 2 years. *Resuscitation* 2008; 77: 195-200.

## Рана рехабилитација пацијената са политраумом

A. Хаџиавдић,<sup>1</sup> Н. Гаврић<sup>2</sup>

## Early Rehabilitation of Patients with Polytrauma

A. Hadziavdic, N. Gavric

---

**Сажетак.** Политраума је истовремено оштећење више органских система са следственим губитком хомеостазе и тешким системским реакцијама: сломом имуног система, мултиорганском инсуфицијенцијом, сепсом. То је истовремена повреда више органа и ткива.

Циљ рада је приказати значај процеса и резултате ране рехабилитације на примеру пацијенткиње са политраумом.

У раду је приказана рана рехабилитација пацијенткиње са политраумом. Пацијенткиња је била старија педесет и четири године, имала је вишеструке повреде локомоторног система и унутрашњих органа, задобијених у саобраћајној незгоди. Повреде су верификоване клинички, радиолошки и ултразвучно. Након ортопедског и хируршког лечења, те стабилизације опшег стања, започета је рана рехабилитација. Почетни програм рехабилитације обухватао је у првом акту вежбе дисања, статичке вежбe за јачање раменог појаса, т. quadricepsa, т. gluteusa и активне вежбe слободних делова локомоторног система. Свакодневним праћењем пацијенткиње, програм ране рехабилитације је коригован према постојећем стању. На отпушту пацијенткиња је била самостално покретна помоћу потпазуших штака и оспособљења за самостално обављање активности свакодневног живота.

Физикална терапија, у комбинацији са ортопедским и хируршким методама лечења, превенирала је компликације које се могу јавити код пацијената са политраумом, као и припрему пацијента за даље поступке лечења и оспособљавање за самосталан живот.

**Кључне речи:** политраума, рана рехабилитација, превенција компликација.

**Summary.** Polytrauma is a simultaneous defect of few organ systems with the loss of homeostasis and with severe systemic reactions: immune system failure, multiorganic insufficiency, sepsis. A simultaneous injury of few organs and tissues.

Aim of study is to illustrate a process and results of an early rehabilitation in a female patient with polytrauma.

A 54-old female patient has been illustrated with multiple injuries of locomotor system and inner organs sustained in a traffic accident. The injuries have been diagnosed through a clinical, radiological and ultrasound examination.

After orthopedic and surgical treatment as well as stabilization of general condition, it is to be started with an early rehabilitation. Initial program of rehabilitation consists of breathing exercises, static exercises for reinforcement of shoulder area, quadriceps muscle and gluteus muscle as well as exercises of free parts of locomotor system.

By a regular daily monitoring of a patient, the rehabilitation program is modified as per the current condition. On discharge, the patient is independently mobile with the support of shoulder crutches and is able to independently perform everyday activities.

Physical therapy in combination with orthopedic and surgical methods of treatment prevented the complications that might occur in patients with polytrauma, prepared patients for further medical treatment and enabled them for normal life.

**Key words:** polytrauma, early rehabilitation, prevention of complications.

---

<sup>1</sup> Александра Хаџиавдић, Општа болница „Свети апостол Лука“ Добој, Служба за ортопедију и трауматологију,

<sup>2</sup> Никола Гаврић, Општа болница „Свети апостол Лука“ Добој.

## Увод

**П**олитраума је истовремено оштећење више органских система са следственим губитком хомеостазе и тешким системским реакцијама: сломом имуног система, мултиорганском инсуфицијенцијом, сепсом. То је истовремена повреда више органа и ткива.

## Циљ

Приказати значај процеса и резултате ране рехабилитације код пациенткиње са политраумом.

## Материјал и методе

Рана рехабилитација примењена је на пациенткињи Б.Н. старој педесет и четири године, која је на одељење Ортопедије и трауматологије Опште болнице „Свети апостол Лука“ у Добоју примљена због повреда задобијених у саобраћајној незгоди. Након клиничког прегледа, рендген дијагностиком је нађен прелом десног радијуса на типичном месту, прелом дијафизе левог фемура, транстрохантерни прелом левог кука, прелом IV, V, VI ребра у аксијарној линији десно. Одмах по пријему је урађен оперативни захват остеофикације леве натколене кости спољашњим фиксатором по Митковићу, уз постављање Штајмановог клина кроз туберозитас тибије и тракцију. Другог дана хоспитализације урађена је експлоративна лапаротомија због присуства слободне течности у абдомену, што је верификовано ултрасонографски.

Након стабилизације општег стања, пациенткиња је из јединице интензивне његе премештена на одељење ортопедије и трауматологије.

## Дискусија

При првом прегледу уочено је да је пациенткиња на десној руци имала постављену подлактичну гипс лонгету. Налаз на десном

лакту и рамену био је уредан, као и на левом горњем екстремитету. На левој натколеници био је постављен спољашњи фиксатор по Митковићу, а кроз потколеницу Штајманов клин са тракцијом. Лева потколеница била је задовољавајућег тонуса мускулатуре, палпабилних периферних пулсева, без испада сензибилитета. Активна покретљивост у левом скочном зглобу била је уредна, као и налаз на левом доњем екстремитету. Рана на предњој стани абдомена у средњој линији била је редовно превијана.

Са програмом ране рехабилитације је започето одмах по пријему пациенткиње на одељење. У првом акту је почето са вежбама дисања (торакално и дијафрагмално), статичким вежбама за јачање раменог појаса, левог m. quadricepsa, m. gluteusa, активним вежбама за одржавање обима покрета и јачање мускулатуре здравих сегмената локомоторног система. Седам дана од лапаротомије одстрањени су конци, те је раније започети програм рехабилитације проширен са постепеном вертикаланизацијом пациенткиње на нивоу постеље до седећег положаја, те вежбама дисања у том положају. Након кратког времена, пациенткиња је сама заузимала седећи положај и стабилно га одржавала. Обучена је да смостално изводи вежбе дисања уз контролу терапеута, два пута дневно. Тридесет и деветог дана хоспитализације уклоњена је подлактична гипс лонгета и урађена је евалуација функције шаке: уочена је благо изражена атрофија мускулатуре, са задовољавајућом грубом моторном снагом, оцењеном мануелним мишићним тестом оценом три. Покрети ручног зглоба били су ограничени у тежем степену: дорзална флексија је активно извођена до десет степени, палмарна флексија до пет степени, улнарна и радијална девијација до десет степени. Кинезитерапијски програм је проширен са активним вежбама за повећање обима покрета ситних зглобова шаке и десног ручног зглоба. Након двадесет дана интензивне кинезитерапије постигнуто је значајно побољшање функције десне шаке – трофика мускулатуре је била уредна, груба моторна снага је била оцењена мануелним мишићним тестом оценом 4, песницу је формирала самостално, а крајње

амплитуде постизала је уз помоћ, док је екstenзија прстију шаке била потпуна, а опозиција палца уредна. Дорзифлексија десног ручног зглоба ишла је до четрдесет степени, палмарна флексија је била потпуна и улнарна и радијална девијација биле су повећане за десет степени.

Након скидања екстензије и уклањања Штајмановог клина, пациенткиња се вертикаланизовала уз ивицу постеље уз помоћ статичке ходалице и у присуству терапеута. Вертикалација је протекла без компликација, те је започета обука ходања помоћу штака, без ослонца на леву ногу.

Након шездесет дана хоспитализације пациенткиња је отпуштена кући као самостално покретна, уз помоћ потпазушних штака и без ослонца на леву ногу.

Шест месеци након прве хоспитализације, пациенткиња је поново примљена на одељење ради одстрањења спољашњег фиксатора из леве натколенице. Након контролног рендген снимка који је показао санацију прелома натколенице, одстрањен је спољашњи фиксатор и постављен је затворени коксофеморални гипс. И у току ове хоспитализације спроведен је рани рахабилитациони третман који је обухватао статичке вежбе за јачање мускулатуре леве ноге, активне вежбе за јачање мускулатуре и одржање обима покрета слободних делова локомоторног система.

На отпусту пациенткиња је била самостално покретна помоћу подлакатних штака и ос-

пособљена за самостално обављање активности свакодневног живота.

## **Резултати**

Кинезитерапија, као део метода физикалне медицине које смо применили у процесу ране рехабилитације, уз ортопедско и хируршко лечење, превенирала је све компликације које се могу јавити код пацијената са политраумом. Убрзан је процес опоравка пациенткиње. Са једне стране пациенткиња је припремљена за предстојеће ортопедске захвате, док је са друге стране оспособљена за самостално обављање активности свакодневног живота.

## **Закључак**

Физикална терапија, у комбинацији са ортопедским и хируршким методама лечења и медикаментозном терапијом, у значајној мери убрзава процес опоравка пацијената са политраумом и побољшава квалитет свакодневног живота.

Позитиван психолошки утицај који се остварује код пацијената је немерљив.

Правовремено започета и адекватно спроведена рана рехабилитација припрема пацијенте и за даље поступке лечења.

## **Литература**

1. Максимовић В.Ж.: Хирургија за студенте. Медицински факултет, Београд, 2008.
2. Бановић М.Д.: Трауматологија коштано-зглобног система. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1998.
3. Недвидећ Б.: Основи физикалне медицине и медицинске рехабилитације. Медицински факултет, Нови Сад, 1991.
4. Јевтић Р.М.: Клиничка кинезитерапија. Медицински факултет, Крагујевац, 2001.
5. Зец Ж.: Испитивање снаге мишића - мануелна метода. Научна књига, Београд, 2001.

---

## Стручни и научни радови

### Значај раног откривања Реклингхаусенове болести

Н. Гаврић,<sup>1</sup> А. Хациавдић<sup>2</sup>

## Sosteitis Fibrosa Cystica Generalisata Morbus von Recklinghausen

N. Gavric, A. Hadziavdic

---

**Сажетак.** Генерализована цистична фиброза (*Morbus von Recklinghausen*) јесте болест костију, настала као последица примарног хиперпаратиреоидизма, узрокованог аденоомом, примарном хиперплазијом или карциномом паратиреоидне жлезде. Повећана секреција паратхормона узрокује смањену ресорпцију фосфора у проксималним тубулима бубрега и доводи до пада нивоа фосфора у плазми, што индукује повећан прелазак калијума из кости у плазму, те настаје хиперкаремија. Повећава се број остеокласта, чија активност доводи до цистичних и фиброзних промена у костима, са патолошким преломима.

Поред промена на костима, могу да настапну метастатске калификације и у другим ткивима и органима, као и акутни хиперкаремјски синдром.

У раду је приказана болесница стара тридесет година, хоспитализована у Општој болници у Добоју, због болова у костима, калкулозом бубрега и жучне кесе. Клиничким, радиолошким, лабораторијским и ултрасонографским испитивањем постављена је дијагноза аденоома паратиреоидне жлезде и последичне Реклингхаусенове болести.

**Кључне речи:** Реклингхаусенова болест, дијагноза, паратхормон, parathureoidea.

---

## Увод

Реклингхаусенова болест представља костни облик примарног хиперпаратиреоидизма.<sup>10</sup>

**Summary.** Generalized cystic fibrosis is a skeletal disorder, caused by primary surplus of parathyroid hormone from over active parathyroid glands, parathyroid adenoma, primary hyperplasia or parathyroid carcinoma. Increased secretion of parathormone causes decreased resorption of phosphor in proximal tubules of kidneys which causes the drop of level of phosphor in bloodstream inducing increased release of calcium from the bone into the blood plasma resulting in hypercalcemia. Number of osteoblasts is increased whose activity bring to cystic and fibrous changes in bones with pathologic fractures.

Beside changes in bones, there are metastatic calcifications in other tissues and organs as well as acute hypercalcemic sindrom.

In our study, we have illustrated a 30-year old female patient, hospitalized in Doboj General Hospital due to bone pains, kidney and gall bladder calculosis.

We have diagnosed parathyroid adenoma and a consequential Recklinghausen's disease through a physical examination, blood testing, use of x-rays and ultrasonography.

**Key words:** Recklinghausen, diagnosis, parathormone, parathyroidea.

Примарни хиперпаратиреоидизам се јавља 1/2000 мушкараца, 1/500 жена изнад четрдесет година старости, а код млађих је редак.<sup>9</sup>

<sup>1</sup> Никола Гаврић, Општа болница „Свети апостол Лука“, Добој, Служба за отропедију и трауматологију.

<sup>2</sup> Александра Хациавдић, Општа болница „Свети апостол Лука“, Добој, Служба за отропедију и трауматологију.

Узрокован је аденом паратиреоидне жлезде – око 80% случајева, дифузном идиопатском хиперплазијом паратиреидне жлезде – око 20% случајева и карцином паратиреоидне жлезде – до 2% случајева.<sup>6</sup>

Патофизиолошки постоји повећана секреција паратхормона и смањена ресорпција фосфора у проксималним тубулима бубрега, те у плазми опада концентрација фосфора који се урином лучи у већој количини.<sup>4</sup> Снижен ниво фосфора у плазми индукује повећан прелаз калцијума из костију у плазму и тако долази до хиперкалцијемије и повећаног излучивања калцијума урином. Под утицајем повишеног нивоа паратхормона у костима долази до активирања остеобласта, повећава се број и активност остеокласта, што доводи до разарања костију. Кости постају мање чврсте и у њима се формирају дифузне цистичне и фиброзне промене са патолошким преломима.<sup>10</sup>

Патоанатомски постоји дифузна остеокластична остеолиза и секундарна остеомалација. Повећан број остеокласта истањује већ прођене трабекуле. Хаверсови канали се проширују и повећава се количина неминерализованог остеоида. Када промене постану макроскопски видљиве, формирају се мрки тумори и цисте које стањују кортекс кости, те доводе до патолошких прелома који тешко застрају, те последично настају деформитети. Све промене у костима су реверзибилне.<sup>10</sup>

Клиничком сликом доминирају скелетне сметње – Реклингхаусенова болест са остеопорозом, коштаним цистама, мрким туморима, патолошким преломима и деформитетима скелета, метастатске калцификације у другим ткивима и органима, нефролитијаза, холелитијаза са последичном опструкцијом и инфекцијом и акутни хиперкалцијески синдром када је калцијум виши од 15 мг% праћен са губитком апетита, мучнином, повраћањем, опстипацијом, општом мишићном слабошћу, болом у трбуху, конфузијом, летаргијом и хиперкалцијском комом и смрћу. Код ових болесника могу да се јаве менталне сметње, депресија, психоза и замор.<sup>6</sup>

Дијагноза се потврђује лабораторијским налазима: калцијум у плазми – повишен, калциурија, паратхормон у крви – повишен, неор-

гански фосфати у плазми – снижени, магнецијум – низак, хлориди – повишени, бикарбонати – снижени и алкална фосфатаза – повишена. Радиолошки се налази остеопороза, коштане цисте, „мольчасти“ дефекти у костима лобање, а најтипичнија је субпериостална ресорпција у средњим и терминалним фалангама прстију.<sup>10</sup>

Диференцијално-дијагностички долази у обзир, секундарни хиперпаратиреоидизам, узимање великих количина крављег млека, интоксикација витамином Д, узимање алкализирајућих лекова, старачка остеопороза, Пагетова болест, саркоидоза, полиостотична фиброзна дисплазија, метастазе карцинома дојке.<sup>6</sup>

У лечењу Реклингхаусенове болести предузимају се следеће мере: парцијална паратиреоидектомија, лечење прелома и резидуалних деформитета и регулисање хиперкалцијемије и инхибиције остеолизе, односно остеокластне активности.

Компликација је хипокалцијемија због глади костију за калцијумом.

## Приказ случаја

Болесница Б.С. старија 34 године (1970. година), примљена је на одељење због болова у коленима, натколеницима и куковима.

Последњих годину дана имала је болове у обе шаке, куковима, коленима и потколеницима, а истовремено је имала и појачану жеђ и дневно је пила око четири литра течности. Од пре једне и по године имала је слаб апетит и изгубила је око десет килограма од телесне тежине, а повремено је имала мучнину и опстипације.

У локалном клиничком налазу констатовани су болови и црвенило коже на десној потколеници и палпабилан нодус у пределу штитне жлезде, величине око два сантиметра.

Рендгенски снимци главе, грудног коша, карлице са куковима и потколенице су показали цистичне остеолитичне промјене.

Лабораторијски налази су показали повишен калцијум 3,25, снижен фосфор 0,44, високу алкалну фосфатазу 884, паратхормон 1 (< 53)м и SE 30.

Ултрасонографијом врата уочен је хипоехоген нодус у десном режњу штитне жлезде, окарактерисан као увећана паратиреоидна жлезда, калкулоза жучне кесе и бубрега.

## Дискусија

На основу анамнестичких података, клиничког налаза, лабораторијских налаза, рендгенских снимака и ултрасонографског налаза постављена је дијагноза примарног хиперпаратиреоидизма, као последица аденома паратиреоидне жлезде, костни облик – *Osteitis fibrosa cystica generalisata* – Morbus von Recklinghausen.

Болесници је била са релативно ретком бољешћу, са јасно израженим симптомима и значима описаним у литератури: умор, губитак тежине, болови у костима, радиолошки цистичним променама у костима, лабораторијски повишене вредности калцијума и алкалне фосфатазе, снижене вредности фосфора и пови-

шене вредности паратхормона, ултрасонографски аденом паратиреоидне жлезде, бубрежна и жучна калкулоза.

На основу анамнезе, клиничког прегледа, лабораторијских налаза, рендгенских снимака и ултрасонографског налаза постављена је дијагноза Реклингхаусенове болести.

## Закључак

Реклингхаусенова болест је ретка болест, која се чешће јавља код жена, него код мушкараца и деце. Дијагноза болести постављена је на основу анамнезе, клиничког прегледа, рендгенских снимака, лабораторијских налаза и ултрасонографског налаза. Постављање дијагнозе је могућа и у болницама општег нивоа, уколико се користе све дијагностичке могућности. Хирушко лечење основне болести даје одличне резултате и излечење болесника.

## Литература

- Atanacković M., Bacetić D., Basta Jovanović G. et. al.: Patologija. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Katedra za patološku anatomiju, Beograd, 2003.
- Babić R., Banović D., Ćirić J. et. al.: Klinička endokrinologija – odabrani slučajevi VII. ICN Galenika, Beograd, 1997.
- Beer SH. M. and Berkov R.: Priručnik dijagnostike i terapije. Placebo, Split, 2000.
- Guyton C. A., Hall E. J.: Medicinska fiziologija. Savremena administracija, Beograd, 2003.
- Koudela K., Koudelova J. et. al.: Primari hyperparathyreoidism /Osteitis fibrosa cystica generalisata Recklinghausen). Acta Chir Orthop Traumatol Cech, 2003;70(6):377-82.
- Manojlović D.: Interna medicina. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2003.
- Olivan M., Macho J. M., Quintana M. J. et. al.: Multiple radicular tumors in von Recklinghausen disease assessed by magnetic resonance. Rev Neurol, 1996. Mar;24(127):300-2.
- Safi S., Hassikou H., Messary A. et al.: Severe primary hyperparathyreoidism and vitamin D deficiency. Ann Endocrinol (Paris), 2004 May; 65(3):226-32.
- Stevović M. D.: Hirurgija za studente i lekare. Savremena administracija, Beograd, 2000.
- Vukašinović Z.: Opšta ortopedija. IOHB "Banjica", Beograd, 2002.

## Смањен унос масти – да ли је ово увек потребно?

И. Здравковић<sup>1</sup>

## Reducing Fat Intake - Is This Always Necessary?

I. Zdravkovic

---

**Сажетак.** Повишени липиди (хиперлипидемија) представљају фактор ризика за бројна оболења, међу којима су најважнија кардиоваскуларна и цереброваскуларна оболења. Уобичајено је да се хиперлипидемија очекује у лабораторијским налазима особа са повишеним индексом телесне масе (Body mass index, BMI). Са друге стране, често се код пацијената са нормалним BMI проналазе повишене липиди у резултатима лабораторијских анализа.

Циљ овог рада јесте да испита учесталост хиперлипидемија код пацијената са различитим BMI.

**Метод:** посматрана је група од 100 пацијената Железничке здравствене станице Пожаревац код којих је у последње две године у здравственим картонима евидентирана хиперлипидемија. На основу BMI пацијената, сви пацијенти су подељени у пет група. Као допунска информација евидентирано је код сваког пацијента са хиперлипидемијом да ли је пушач или не.

**Резултати:** 87 пацијената од 100 пацијената нису гојазни, односно имају BMI <30. Од ових 87 пацијената њих 50 су пушачи.

**Закључак:** Велика већина радно активних пацијената са евидентираном хиперлипидемијом не спада у гојазне особе. Њихов BMI указује да нема екссесивног уноса калорија и стварања масних депоа. Редукција уноса масти као терапија хиперлипидемије код ових пацијената је дискутибилна. Терапија мора да се фокусира на отклањање других узрока стечене хиперлипидемије, посебно у примарној превенцији.

**Кључне речи:** хиперлипидемија, масти, гојазност, пушење.

**Summary.** Elevated lipids (hyperlipidemia) are a risk factor for numerous diseases, particularly cardiovascular diseases and cerebrovascular diseases. It is common to expect hyperlipidemia in lab results of patients with increased Body Mass Index (BMI). On the other hand, we frequently observe elevated lipids amongst patients with normal BMI.

**Goal of this research is to examine frequency of hyperlipidemia among patients with different BMI.**

**Method:** Study of health records of 100 railway workers with hyperlipidemia verified in past two years. Based on their BMI, patients are divided into five groups. In addition, their smoking or non-smoking status is evidenced.

**Results:** In accordance with the WHO definition of obesity as a BMI above 30, 87 out of 100 patients were not obese. Among non-obese patients, 50 of them were smokers. **Conclusion:** Large majority of workers with hyperlipidemia are not obese. Their BMI indicates that they do not have an excessive calories intake, or creation of fats deposits. Reduction of fat intake as a therapy for these patients is disputable. Therapy should focus on elimination of other causes of hyperlipidemia, including such as smoking, alcoholism, other primary diseases etc.

**Key words:** Hyperlipidaemia, Obesity, Fats, Smoking.

---

<sup>1</sup> Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Железничка здравствена станица Пожаревац.

## Увод

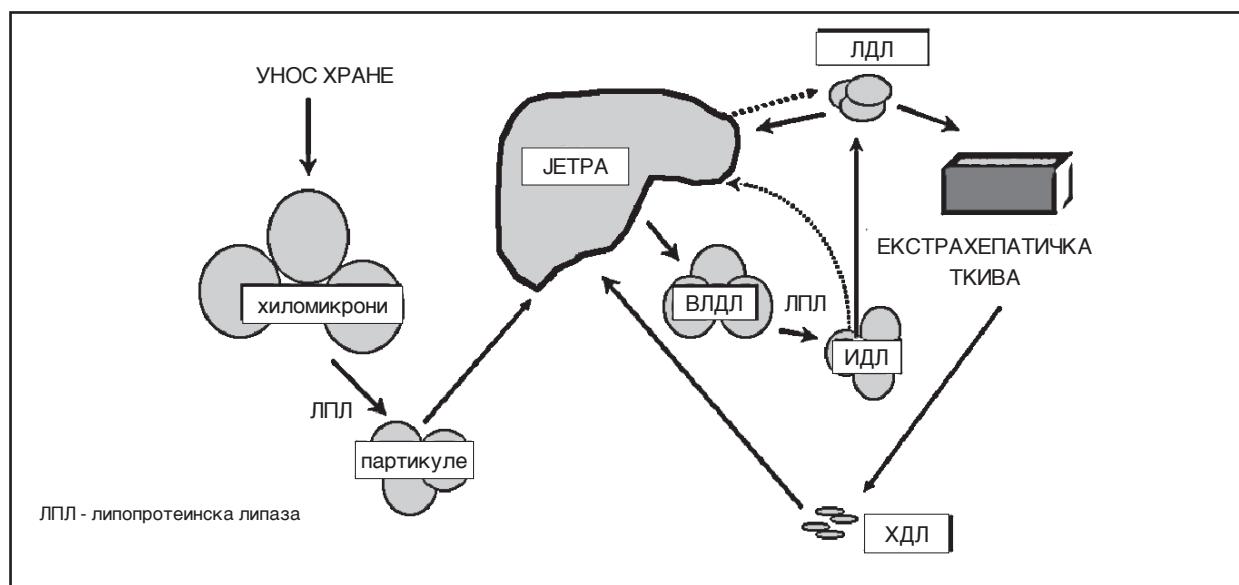
**П**овишени липиди (хиперлипидемија, део ширег ентитета дислипопротеинемије) представљају фактор ризика за бројна оболења, међу којима су најважнија кардиоваскуларна и цереброваскуларна оболења. Уобичајено је да се хиперлипидемија очекује у лабораторијским налазима особа са повишеним индексом телесне масе (Body Mass Index, BMI),<sup>2</sup> основно код гојазних особа (BMI >30).<sup>3</sup> Повишен BMI је у корелацији са прекомерним уносом калорија, односно последица је дисбаланса уноса и потрошње калорија. Вишак унетих калорија из хране претвара се у масне депоје у организму. Повећан транспорт липида према овим депоима лабораторијски се стандардно евидентира повишеним ЛДЛ холестеролом и/или повишеним триглицеридима (*графикон 1*).<sup>5</sup>

са смањеним уносом масти увек први терапијски избор, или је чешће потребно прво елиминисати друге узроке хиперлипидемија?

Циљ овог рада јесте да испита учсталост хиперлипидемија код пацијаната са различитим BMI и да покуша да пружи одговор на питање колико је често екссесни унос липида узрок хиперлипидемије. Истовремено, одређен је проценат пушача међу пацијентима који имају хиперлипидемију, а нису гојазни (BMI <30).

## Метода

Међу 460 здравствених картона радно активних пацијената Железничке здравствене станице Пожаревац, којима сам изабрани лекар, пронашао сам укупно 100 пацијената код



Графикон 1. Транспорт и метаболизам липида.

Са друге стране, често се код пацијената са нормалним BMI проналазе повишени липиди у резултатима лабораторијских анализа. Узрок хиперлипидемије код ових пацијената није у екссесном уносу калорија, односно липида, већ у поремећају транспорта и метаболизма липида. Стoga се може поставити питање колико је оправдано рутинско саветовање пациентима са хиперлипидемијом да ограниче уноса липида. Другим речима: да ли је дијета

којих је у последњих две године у здравственим картонима евидентирана хиперлипидемија. Као критеријум за хиперлипопротеинемију узете су арбитрарне вредности ЛДЛ холестерола изнад 4 ммол/Л и/или триглицерида преко 3 ммол/Л. На основу BMI пацијената, сви пациенти су подељени у пет група (*табела 1*). Као допунска информација евидентирано је код сваког пацијента са хиперлипидемијом да ли је пушач или не. Направљен је статистич-

**Табела 1.** Број пацијената са хиперлипидемијом према полу и BMI групи

Група пацијената	1 Потхрањеност	2 Нормална ухранњеност	3 Предгојазност	4 Гојазност	5 Екстремна гојазност
BMI	< 18.5	18.5–24.9	25–29.9	30–40	> 40
МУШКАРЦИ: 76	1	45	22	8	0
	Укупно мушкараца са повишеним липидима који нису гојазни: <b>68 (89,47%)</b>			Укупно мушкараца са повишеним липидима који су гојазни: <b>8</b>	
ЖЕНЕ : 24	1	10	8	2	3
	Укупно жена са повишеним липидима које нису гојазне: <b>19 (79,17%)</b>			Укупно жена са повишеним липидима које нису гојазне: <b>5</b>	
УКУПНО 100	2	56	30	10	3
	Укупно пацијената са повишеним липидима који нису гојазни: <b>87</b>			Укупно пацијената са повишеним липидима који нису гојазни: <b>13</b>	

ки преглед инциденце хиперлипидемије у свакој од група пацијената. Такође, одређен је проценат пушача међу пациентима који имају хиперлипидемију, а нису гојазни (BMI <30).

## Резултати

Просечна старосна доб свих пацијената је 49,41 година, од тога просечна старост мушки-

**Табела 2.** Старосна дистрибуција пацијената са хиперлипидемијом

Старост:	<30	31–40	41–50	> 50
Мушкирци	0	11 (14,47%)	27 (35,53%)	38 (50%)
Жене	0	2 (8,33%)	8 (33,33%)	14 (58,33%)
УКУПНО	0	13	35	52

раца је 49 година, а жена 50,46 година. Полна дистрибуција је 76 пацијената мушки пола и 24 пациенткиње. Према BMI групама, 87 пацијената од 100 пацијената нису гојазни (BMI <30), односно, од 76 мушкираца са повишеним липидима њих 68 нису гојазни (89,47%), а од 24 жене са повишеним липидима њих 19 нису гојазне (79,17%) (**табела 1**). Старосна дистрибуција показује да нема пацијената млађих од 30 година, а да су 52 пацијента од 100 пацијената старији од 50 година (**табела 2**). Од 68 мушких пацијената који имају BMI <30, њих 41 су пушачи (60,29%). Од 19 пациенткиња које имају BMI <30, 9 пациенткиња пуши (47,37%).

## Дискусија

Од укупно 460 радника Железнице које лечим, њих 100 има евидентирану хиперлипидемију у последње две године, што чини мало више од петине радника. Другим речима, сва-

ки пети радно активни пациент има повишене липиде. Ово се у великој мери подудара са епидемиолошким подацима за општу популацију које наводе други извори.<sup>3</sup> Међу овим пациентима њих 76 су мушки, што је преко три четвртине. Овај податак није довољно релевантан, јер је и број мушкараца међу 460 радника већи: у картотеци је евидентирано 317 мушки (око 69%) и 143 жене (око 21%). Посматрањем дистрибуције пациентата по групама сачињеним према вредности BMI, може се закључити да велика већина пациентата са хиперлипидемијом није гојазна (87 од 100). Ово се подудара са ранијим истраживањима,<sup>1</sup> која су указала на још увек нејасну везу између гојазности и хиперлипидемије. Међу пациентима нема особа млађих од 30 година, а релативно је мали број и особа које су зашле у четврту деценију живота. И овај је резултат у складу са референцама.<sup>1</sup> Већи проценат пациентата старости 31–40 година међу мушкима указује на ранију појаву хиперлипидемије код мушкараца. Упадљиво је да код жења ређе коинцидирају BMI<30, пушење и хиперлипидемија (47,37%), док је код мушкараца пушење, одсуство гојазности и хиперлипидемија чешћа појава (60,29%). Може се претпоставити да код жења пушење има мању улогу у појави хиперлипидемије, али

постоје други допунски разлози (контрацептивна средства, хормонски поремећаји...). С обзиром на то да постоје студије које наводе да пушење код оба пола скоро подједнако утиче на развој дислипидемија,<sup>4</sup> допунска истраживања и метаистудије су неопходни.

## Закључак

Велика већина радно активних пациентата са евидентираном хиперлипидемијом не спада у гојазне особе. Њихов BMI указује да нема екссесивног уноса калорија и стварања масних депоа. Редукција уноса масти као терапија хиперлипидемије код ових пациентата је дискутабилна. Терапија мора да се фокусира на отклањање других узрока стечене хиперлипидемије, посебно у примарној превенцији. Велики број пациентата који нису гојазни и имају хиперлипидемију пуше. Поред пушења, код пациентата са хиперлипидемијом и BMI<30 разлоге повишеним липидима треба потражити и у другим штетним облицима понашања, као што је алкохолизам. Такође, потребно је обратити пажњу на евентуалне примарне болести које доводе до хиперлипидемије (дијабетес, лезије јетре и сл.), и искључити урођене дислипопротеинемије.

---

## Литература

1. Batista F, Carmo I, Garcia E, Costa J, Galvão-Teles A, Obesity and dyslipidemia. Nature of an association, Portugal, 1991 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1950659>).
2. Мицић Д, руководилац Радне групе за израду водича, Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси, *Гојазност*, Медицински факултет Универзитета у Београду, Београд 2004.
3. National Cholesterol Education Program, Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), Final report, NIH Publication No. 02-5215, September 2002.
4. Schuitemaker GE, Dinant GJ, van der Pol GA, van Wersch JW., Relationship between smoking habits and low-density lipoprotein-cholesterol, high-density lipoprotein-cholesterol, and triglycerides in a hypercholesterolemic adult cohort, in relation to gender and age, Netherlands 2002 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12141531>).
5. Здравковић И: *Приручник за лекаре о пите медицине*, ИП Обележја, Београд, 2009.

## **Борба против стреса – Како умети живети са стресом?**

*C. Стожинић,<sup>1</sup> М. Борзановић<sup>2</sup>*

## **Fight Against Stress – How Can We Live With Stress?**

*S. Stozinic, M. Borzanovic*

---

**Сажетак.** Како можемо препознати упозоравајуће сигнале када смо под утицајем стреса? Како се можемо борити са стресом?

Порука свих интервентних студија о стресу јесте да је мудро „научити животи са стресом“. Стрес може бити „са и зачин у животу“, импулс да се боримо и савладамо болест, али, на несрећу, може бити и „пољубац и загрљај смрти“, када посустанемо и подлегнемо стресу.

У борби против стреса и његових последица неопходно је, пре свега, да човек и сам нешто предузме и уради на том плану. У превенцији стреса веома је значајно развијати и неговати здраве навике и принципе самоконтроле понашања и емоција, јачати карактерне особине (самопоштовање, самопоуздање и мотивација), које омогућавају стварање позитивних искустава и предуслова за боље сочување са стресом.

Оптимистичан и позитиван животни став може представљати природну одбрану против стреса и на неки начин превенирати депресивна стања. Превентивне антистресне мере могу се примењивати у свакодневном животу и на радном месту, попут неговања здравог „стила живота“ (прихватајући стварност такву каква је), избегавања непотребних конфликтата и постизања и реализације оптималних интерперсоналних односа и хармоније у породици, на радном месту и у друштву.

У превенцији и у борби са стресом важну улогу могу имати и креативан рад и медитација као и многе релаксационе технике.

**Кључне речи:** стрес превентива.

**Summary.** How we can recognize warning signals of stress influence? How we can fight stress?

The message of interventional trials of stress is that it is wise to „learn to live with stress“. Stress can be “salt and spice in life”, the impulse to fight and overcome disease, but unfortunate, it can be “the kiss and hug of death”, when we are surrendered and defeated by stress.

In fight against stress and its aftermath, man have to do some action. In prevention of stress as a first step is recommendation for development and cultivation of healthy habits and manners, permanent work on behavioral and emotional selfcontrol, to strengthen personal character traits (selfrespect, selfconfidence and motivation), in making positive preconditions for future confrontation with stress.

The optimistic and positive life attitude may be the natural defence against stress and prevention of depressive disorders. Preventive anti-stress measures can be applied in everyday life and in the working place, such as appropriate healthy “life style” (accepting the reality in the way that it is), avoiding unnecessary conflicts and reaching and realizing optimal interpersonal relationships and harmony in a family, working place and society.

In prevention and in fight against stress important role can play creative work and meditation, and also many relaxation techniques.

**Key words:** stress prevention.

---

<sup>1</sup> Академик проф. др Светомир Стожинић, интерниста-кардиолог.

<sup>2</sup> Проф. др Милорад Борзановић.

**K**ако се борити са овим назовимо га „менталним вирусом“ (стресом), који има и многобројне патолошке ефекте на мозак и уопште на централни аутономни, тј. вегетативни и периферни нервни систем, као и на кардиоваскуларни, ендокрини и имуни систем, чије дејство на њих може бити акутно, понављајуће и хронично, неретко и као посттрауматски стресни синдром.

*Како препознати знаке упозорења утицаја стреса?* Неспорно је да до данас није откријен и направљен ниједан медицински уређај који би могао прецизно да измери утицај и количину (интензитет) стреса на појаву болести или на њено погоршање. Данас се чине успешни напори да се измери ниво (количина) хормона стреса (нпр. адреналина, кортизола и др.) у разним стресним ситуацијама, па се тиме и процењује ниво стреса. Ипак, охрабрује чињеница да нема лекара који ће олако прећи преко чињенице да је стрес најчешћи фактор ризика за појаву многих болести, тј. ургентних стања која доводе и до напрасне срчане смрти.

*Порука свих интервенентних студија о стресу* данас јесте да је неопходно „научити животи са стресом“, који може бити „со и зачин у животу“, односно подстицај да се боримо да се превазиђе болест, али, нажалост, може бити и „пољубац и загрљај смрти“ када посustанемо и предамо се, односно подлегнемо стресу.

*У борби против стреса и његових последица* неопходно је, пре свега, да човек и сам нешто предузме и уради на том плану, а првенствено да сам „дозира“, измери своја нервно-психичка оптерећења.

Иако се у време Виљема Шекспира (1564–1616), и пре њега, није знало за појам „стрес“, оно што је великан књижевности и драме описао у свом знаменитом драмском делу „Магбет“, одговара данашњем становишту о превенцији психосоцијалног, пре свега менталног стреса. Најбоље ћемо то увидети ако буквално цитиратмо поруке о очувању менталног здравља и избегавању штетних последица стреса:

Магбетов „...слатки заборав што лек је који чисти груди загушене оном опасном ствари

која притиска срце...“ јер још увек чека да буде откривен... Магбетов лекар одговара (у чину V) да такав пациент „мора помагати себи“, кад је неразумно али краљевски од њега затражено да „истера из памћења укорењену тугу“ и „избрише невоље задржане у мозгу...“

Као што се види, вероватно је и могуће да литературна трагедија може да помогне исто, ако не и више, него модерна медицина пациенту који је у тузи или депресији, које делују као реметилачки чинилац здравља, посебно као стресор у појави кардиоваскуларних оболења, па чак и фаталног исхода услед њихових компликација.

А. Милер, у својој књизи Увод у психотерапију (Timbedends Octopus, Лондон, 1990, п. 83) каже: „Ко и обично, био је то дијалог који је средио моју збрку!“

Треба увек имати у виду да се *стање у близкој околини и широј друштвеној заједници на више начина реперкутује* као стресни утицај на појединца, реметећи његову душевну равнотежу, изазивајући различите соматске и психосоматске поремећаје.

Социологи и психијатри већ називају време у коме живимо „временом ружног живљења“, временом сталних и понављаних криза у коме *неразрешено нездадовољство* због поремећених и нездравих појава у друштву (кризе морала, корупције, криминала, поремећаја система вредности), *прераста у болест*, која даље *погодује различитим социопатолошким стањима* (алкохолизму, наркоманији, криминалу, проституцији) и *повлачењу у осаму и депресију* које некада резултирају суицидом.

*У превенцији стреса веома је значајно развијати и неговати здраве навике и принципе самоконтроле понашања и емоција,* јачати карактерне особине: самопоштовање, самопоуздање и мотивације које омогућавају да се стварају позитивна искуства са стресом, да се изграде позитивни механизми одбране и тиме стварају предуслови за боље суочавање са стресом и превазилажење стресних ситуација, при чему је од великог значаја и друштвена подршка у изградњи здравих односа у друштву.

*Оптимизам и позитивни животни ставови у великој мери могу бити природна одбрана*

*на од појаве стреса и превенција депресије.* У прилог овој тврдњи може послужити следећи незаобилазан симболичан пример: за разлику од *песимисте* који ће за чашу до половине напуњене водом рећи да је полупразна, *оптимиста* ће рећи да је чаша полупуна, у свему тражећи нешто позитивно, док ће неуспех (који је чест пратилац живота) за оптимисту бити само један нови изазов и разлог за укључивање у животну борбу. Овакве разлике у односу према животу песимисте и оптимисте заснивају се на различним физиолошким особеностима, јер оптимиста има мање тзв. хормона стреса, па код њега уз оптимизам преовлађују и здрави животни стил и животне навике који, такође, доприносе разградњи негативних хормона у стресу, због чега овакве особе дуже живе и код њих су ређе кардиоваскуларне болести са фаталним исходом, а и имају бољи имунитет од песимисте.

*Неспорна је и повезаност између убрзаног животног темпа и стреса, јер у модерном добу жесток темпо живота напросто ломи људе.* У настојању да ублажи овај темпо живота који „одзывања од убрзања“ и у коме нестају животне радости, веселост и смех, у уверењу да ће успорити овако наметнути убрзани темпо живота, савремени човек прибегава алкохолу (што је чешће у развијеним друштвима и срединама) или фармаколошким средствима, тј. средствима за смирење (што је чешће у мање развијеним друштвима и неразвијеним социјално-економским срединама). Тако иако и једни и други накратко успевају да забораве проблеме којима их живот свакодневно „меље“, уместо да, супротно томе, изаберу прави пут - борбу са стресовима као здравијем, осмишљенијем и племенитијем начину живота.

*Мере превенције стреса* које се свакодневно могу применити у животу и на радном месту свакако су: прихваттање одговарајућег здравог „стила“ живота (у коме се стварност прима онаква каква је), прихваттање одговорности у савладавању тешкоћа и проблема и избегавање непотребних сукоба у свим приликама и остваривање хармоније у међусобним односима у породици, на радном месту и уоп-

ште у друштву. При томе посебно је значајно стварање атмосфере ведрог расположења. У том циљу је од великог значаја стварање климе хумора и веселости, јер је неспорно да смех релаксира, јер организам позитивно одговара на његове ритмове, чинећи да се човек осећа пријатно, ведро и весело, чemu свакако доприноси разградња хормона стреса и повећава продукција (лучење) позитивних хормона који утичу на добро психичко и физичко стање организма.

### **Релаксационе технике (технике опуштања)**

*У превенцији и ублажавању стреса данас се користе многобројне релаксационе технике.* Иако нису превасходно усмерене на решавање „велике психијатријске патологије“, нити имају велике претензије, њихов је основни циљ да нас заштите од стреса у свакодневном животу. Са њима се почиње још када устанемо из постеље после спавања и кренемо од куће, на путу до посла, школе, у посету пријатељима, на рекреацију или обичну трговину.

*Основни смишо релаксационих техника јесте да се спрече или ублаже све или најчешће тегобе у стресу, као што су: психичка и телесна напетост, тескоба, страх, депресија, лјутња, гнев, непријатељство и све друге мучне и тегобне сметње које нас онемогућавају да ефикасније функционишумо у домену наших психофизичких способности и да их на најбољи начин што целисходније користимо.*

*Конфронтација са стресом* има и шире оквире од претходно постављених циљева у намери да се преовлада стрес и оствари превенција психосоматских поремећаја насталих у њему. Ова проблематика задире и у културолошку сферу, пошто је то проблем који не само што највише оптерећује савремени начин живота западне цивилизације већ има и шире, планетарне димензије.

Неспорно је да до сада не постоји ни један целовит и општеприхваћен антистрес програм који не садржи бар једну или неку од техни-

ка релаксације, а најчешће су то: *аутогени тренинг, прогресивна мишићна релаксација и хипно терапија*, које се најчешће користе у пракси западне медицине код решавања конфликтата који индукује стрес, а који, пак, воде порекло од великих медитативних система Далеког Истока (које је Запад до недавно доживљавао као егзотичну литературу).

Ове методе су много сложеније и ширих су терапијских оквира од наведених и очекиваних, а западна култура тек сада открива корисне *домете ових медитативних система Далеког Истока*, који (као сложеније релаксационе технике) *отварају врате доступности ка различитим вишим нивоима свести*, представљајући тиме облике самопосматрања и интуитивног разумевања себе и свог односа према свету и космосу, остварујући при томе доживљај свесности, свести, позитивних струјања својих мисли, осећања о животним потребама.

У складу са Делфским Саветом „*упознај самога себе*“, данас је задатак свих психотерапија: *самоспознаја*, тј. континуирани процес сазнавања самога себе, како би се стекла (имала) *храброст да се сиђе у тамне и мајанствене дубине своје душе*, што значи да је *крајњи циљ сваког психотерапијског процеса – промена људске свести*.

Истичући значај пренаталне психологије и утицај фрустрација у мајчиној утроби на развој фетуса и на његов каснији живот по рођењу, неки психијатри (нпр. академик Владета Јеротић) заговарају став *да не постоји тренутак између оплодње и рођења када живот није људски*.

Посебно *трансцендентална психологија* од недавно настоји да елементе ових различитих поимања људске свести, уместо да буду супротстављени, повезује у један кохерентан и јединствен систем људског рода.

Водећих аутори *трансценденталне психологије* заступају теорију *психологије спектру-*

*ма, која говори о људској свести као спектруму различитих нивоа, која разликује (издаваја) три основна нивоа: 1) *Его (Ja) ниво*, 2) *Егзистенцијални ниво и 3) „Ниво ума“ као највиши ниво, доводећи их у међусобну допуњујућу везу, што значи да не искључују ни „западни“ нити „источни“ став.**

*Западна психологија, те и психотерапија, функционишу на прва два наведена нивоа (Его и Егзистенцијални ниво), док Источна психотерапија оперише и на трећем нивоу који укључује Тело, Ум и Остатак космоса.*

У оквиру монашког покрета (*Исихазма*) постоји и православна медитативна традиција „*умног тиховања*“, која такође функционише на овом трећем нивоу. Током дубоке медитације догађа се дубока релаксација и значајне емоционалне промене (у виду „*мистичних*“ стања, „*измењених* стања свести“), односно квалитативне промене свести.

*Последице (исход) медитације су физиолошке промене које повољно утичу на превенцију стреса и са њиме повезаних психосоматских поремећаја, односно болести.*

*У савлађивању, одоловању, преовладавању стреса значајну улогу имају стваралаштво и медитација, које су уједно и једно од најсрећнијих решења код људи који не припадају само интелектуалним професијама.*

Веома је важно отклањати и све животне ситуације у којима смо дуготрајно и непрекидно изложени стресу, јер су у њима хормоне стреса стално повишени, што исцрпљује наше одбрамбене адаптационе механизме, којом приликом се исцрпљује и имунолошки и ендокрини систем, па такви замарајући срејсови не само да нас „*троше*“ и исцрпљују, већ могу бити фатални, изазивајући кардиореактивност и кардиоваскуларне болести са својим компликацијама и неповољном животном прогнозом.

## Литература

- Marmot M: Work and other factors influencing coronary health and sickness absence. *Work Stress*, 1994, 8:181-201.
- Carney RM, Freedland KE, Veith RC et al: Major depression, heart rate, and plasma norepinephrine in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry*. 1999, 45:458-462.

3. Борзановић М., Стожинић С., Палеев Н.Р., Начев Ч.: Превенција и принципи лечења стреса и кардиоваскуларних болести. У књизи: „Стрес, здравље-болест“ аутора Каличанин П., Стожинић С., Палеев Н. Р. и Слијепчевић Д., Обележја, Београд, Медицина-Москва, 2001, 325-361.
4. Стожинић С., Палеев Н. Р. и Борзановић М.: „Стрес и срце“. Обележја, Београд, Медицина-Москва, 2003, 173-178.

### Здравствени менаџмент

П. Мићовић<sup>1</sup>

---

#### Увод

#### Развој здравственог менаџмента

**З**дравствени менаџмент, односно менаџмент здравственог система и здравствених установа, мада је био готово све време под „окриљем“ развоја општег менаџмента, није у потпуности пратио нити прихватио све идеје, принципе и теорије које су се развијале током деветнаестог и двадесетог века.

Та разлика, односно карактеристике развоја здравственог менаџмента биле су пре свега последица неких специфичности здравственог система у односу на класичне велике корпорације и комерцијална предузећа.

Међу карактеристикама у развоју здравственог система (по П. Мићовићу, 1996.) најзначајније су:<sup>5</sup>

1. Здравствени систем није имао своју „индустријску револуцију“;
2. Значајна медицинска открића почела су да се дешавају тек крајем 19. и почетком 20. века;
3. Овај систем постао је значајнији подсистем друштвеног система тек после Првог светског рата (20-их година), а нарочито после Другог светског рата (40-их и 50-их година);
4. У почетку свог развоја није био ни компликован ни комплексан;
5. Није био подесан за развој менаџмента због његове претежно друштвене а не комерцијалне делатности;
6. Здравствени систем данас је један од компликованих „подсистема“ који се развијао полако током столећа доприносом људи, веровања, науке, комерцијалних фактора и других социјалних снага, али обично и најчешће без детаљног проучавања или систематског планирања;
7. Здравствени систем мора бити виђен као једна кохерентна целина која се састоји од много

повезаних делова, компонената (секторских и међусекторских), као и саме заједнице – комуни и комбинованим ефектом утиче на здравље популације;

8. Здравствени систем треба да буде креiran тако да сви његови делови раде заједно и да се прилагоде један другом. Ово се може учинити кроз сталну комуникацију и поделу рада;
9. Здравствени информациони систем (ЗИС), а посебно здравствени менаџмент информациони систем (ЗМИС), развио се релативно касно и још се развија;
10. Рад на унапређењу здравља и здравствена заштита људи имају своје специфичности у односу на класичан рад других организација и установа;
11. Процену успешности рада овог система, односно његову ефикасност и ефективност, није једноставно и лако мерити;
12. За успех неких мера и акција у развоју здравственог система (сем неких код којих су резултати видљиви скоро одмах после акције), потребан је дужи период временски период.

Све побројане карактеристике здравственог система указују да управљање и руковођење њиме, поред прихватања *општих принципа менаџмента*, захтева и посебан „људски/хумани“ приступ, разумевање људског понашања, хуманост и одрицање у раду са људима, посебно кад су болесни, али и читав низ *планерских и руководећих вештина* које су неопходне за његово успешно функционисање

Данас, када је тај систем доста развијен, нарочито у развијеном делу света, када је неопходан друштву за његов социјално-економски, али и здравствени развој, када је постао систем који „троши“ добар део укупног националног доходка, када је све сложенији и комплекснији и када у њему ради велики број високостручних кадрова, управљање и руко-

---

<sup>1</sup> Проф. др Предраг Мићовић.

вођење њиме се не може и не сме оставити, односно спроводити, без јасног концепта развоја, одговарајућих принципа и доброг менаџмента.

У неким развијеним земљама здравствени систем се све више третира као здравствена индустрија, пре свега имајући на уму неке његове сличности са индустријом (велики комплекс зграда, концентрација кадрова, опреме итд.). У таквим условима менаџмент здравственог система, односно здравствених установа, све више поприма и примењује принципе и ставове менаџмента. У таквим системима, главни менаџери здравствених установа најчешће нису лекари, нити здравствени радници, сем уколико нису едуковани за ту манему.

За праћење развоја здравственог менаџмента потребно је, поред праћења развоја општег менаџмента (мисли, теорија, принципа, школа), који је индиректно или директно утицао на његов развој, пратити све оно што је утицало на развој здравственог система, као што су: схватање здравља, схватање и развој здравствене заштите, развој здравствене технологије, место и улога здравствених радника и сарадника у доношењу одлука итд.

Да би праћење развоја здравственог менаџмента било што адекватније, корисно је поћи од његове дефиниције, циљева, функције и свега оног што га чини значајним за здравствени систем.

*Здравствени менаџмент* се може дефинисати као процес који покрива:



У овом контексту, *здравствено руководење, администрација* у основи је систем административних правила, функција и задатака које

спроводе појединци, на различитим нивоима администрације у циљу побољшања здравља народа.

Ако се пође од поменуте дефиниције здравственог система, ако се узму у обзир побројани предуслови за његово праћење, као и карактеристике и специфичности здравственог развоја и здравственог система, онда се може рећи да је здравствени менаџмент у свом развоју прошао кроз многобројне фазе.

### **Претече планирања и здравственог менаџмента (од 17. до 19. века)**

Иако постоје индиције да су чак стари народи почели да размишљају како да мере здравље својих популација (Хипократов опис 460. године пре нове ере о „дешавању оболевања у популацији“ тј. о природи, времену и месту дешавања промена), вероватно је John Grount био први човек који је, иако није био лекар, дошао на идеју да помоћу извесних показатеља (најчешће морталитета) процењује здравствену ситуацију и покуша да реши проблем „нумеричког представљања здравственог стања становништва“.

Енглески лекар *William Farr*, који се сматра првим здравственим статистичарем, почeo је 1839. године да се бави проучавањем морталитета у Енглеској и Велсу и да публикује анализе те појаве. На бази његовог прикупљања, груписања и класификације података, заједно

са *Marc D'Espine*-ом поставио је принципе класификације узрока смрти и болести 1855. године.

## **Планирање здравствене заштите**

Као зачеки здравственог планирања претежно на бази морталитета могу се сматрати покушаји појединих земаља почетком 20. века да предложе планове здравствене заштите који ће им омогућити да спроводе предложене активности плански и да их евентуално прате.

У бившем Совјетском Савезу се већ 20-их година почело се са планирањем и програмирањем здравствене заштите и здравствене службе. Тај тзв. „Гос план“ био је типичан централизован план, који је припреман од страна Министарства за здравље и његових органа и примењиван у целој земљи. Он је, поред осталог, укључивао листу индикатора (најшира листа имала је чак 300 индикатора) и служио је за праћење његовог извршења, али и за контролу и предузимање неопходних мера.<sup>8</sup>

### **Индикатори и процена здравственог стања**

Индикатори и процена здравственог стања добијају све већи значај. Средином 30-их година почиње озбиљнији рад на идентификовању здравствених индикатора и њиховој употреби за процену здравственог стања (Лига народа).

Ове процене служиле су за анализу нађене ситуације, али и за предузимање неопходних мера за решавање уочених проблема и слабости.

Рад на даљем развоју здравствених индикатора и процени здравственог стања добио је посебан замах после Другог светског рата, 50-их година, када су поред великог броја аутора истраживача велики допринос дали УН и СЗО преко својих група и комитета.

### **Здравствено планирање као део функције здравствене администрације (1960–1970)**

У овом периоду скоро све развијене здравствене администрације припремају планове и

програме. У нашем систему велики допринос у том периоду дали су В. Ђукановић и Ђ. Јаковљевић.<sup>9</sup>

Све више се осећа потреба за бољом проценом здравственог стања, израдом планова, њиховим применама, бољом организацијом здравствене службе и контролом предузетих акција, те се овај период (1965–1970) може сматрати зачетком здравственог менаџмента.

### **Примена систематског прилаза у планирању и менаџменту (1970–1980)**

Овај период је карактеристичан по примени систематског прилаза у планирању и менаџменту, са све већим нагласком потребе посматрања целог здравственог система (укључујући његове нивое и делове) и управљања и руковођења њима.

Међу техникама које се све више употребљавају јесу и компјутери и разна компјутерска моделирања, симулације и анализе пројекта система (PSA).

Велики допринос у оваквом прилазу и употреби поменутих метода дала је група наших стручњака у пројекту „Регионална организација здравствене заштите у Србији“.<sup>10</sup>

Овај се период карактерише такође озбиљним и студиозним планирањем и програмирањем здравственог сектора (CHP) и почетком иницирања MPNHD (1975–1980). Долази до све већег утицаја и примене специјализованог планирања програма и његовог руковођења (меенаџмент, контрола, еволуација итд.). И у овом периоду здравствени планови Србије дали су свој допринос овом приступу, припремањем петогодишњих планова и програма здравствене заштите у Србији (на пример, план и програм 1975–1980).

### **Менаџментски процес за национални здравствени развој – MPNHD (1980–1985)<sup>11</sup>**

Овај процес, који је био изузетно пропагиран од стране СЗО 80-их година, јесте један

континуирани процес систематског планирања и програмирања који се спроводи у сарадњи са другим секторима значајним за здравље. Процес руковођења (менаџмент) националног здравственог развоја укључује:

1. формулатију политике и дефинисање приоритета,
2. широко програмирање, са јасно одређеним специфичним и непосредним циљевима,
3. буџетирање програма,
4. припрему планова акције,
5. израду детаљних програма за сваки програм и план акције,
6. примену програма и њихово спровођење кроз здравствену инфраструктуру,
7. припрему ревидираних програма, уколико је потребна (репрограмирање),
8. обезбеђење потребних информација за све фазе процеса.

Кад год је то практично могуће, било би пожељно да се овај национални процес развоја децентрализује путем преноса ауторитета и средстава на средњи и локални ниво и израде планови акција за те нивое.<sup>12</sup>

### **Смањење значаја здравственог планирања и јачање здравственог менаџмента (1985–1990)**

Због доста компликоване процедуре MPNHD, нарочито детаљног планирања и програмирања и потребе јачања самог здравственог система (планирање, организација, контрола, евалуација итд.), у овом периоду долази до смањења значаја планирања здравственог система, сеам за ниво среза.

Све већи значај у управљању и руковођењу системом, здравственом службом, здравственим установама итд., даје се мониторингу и евалуацији програма и прогреса, према достигнућима циљева стратегије “Здравље за све до 2000. године”.<sup>13</sup>

### **Јачање примене управљања и руковођења (од 1990. до данас)**

Имајући на уму да здравствени систем постаје већи, сложенији и комплекснији, све више „кошта“ и не сматра се више „слабим/секундарним“ подсистемом укупног друштвено-економског система, осећа се потреба да се њиме што боље и ефикасније управља и руководи.

У последњих неколико година, због транзиције читавог друштвеног система, укључујући и здравствени систем са неопходним реформама овог система, здравствени менаџмент постаје не само потреба већ и неопходност.

Укратко, овај период развоја могао би да се сумира на следећи начин:

- неопходност едукације руководећег здравственог кадра,
- даље јачање примене евалуационих метода,
- све већа потреба решавања проблема на нивоу среза, на периферији система, односно примарној здравственој заштити,
- усредсређивање менаџерске пажње и фокус на једнакост за здравље и здравствену заштиту,
- бољи подаци о здрављу и здравственој заштити,
- све већа одговарајућа примена иновационих метода и прилаза: трендови, предвиђања, динамичко моделирање, истраживање здравља у будућности итд.,
- одговарајућа примена менаџмента као:
  - помоћ,
  - потпора,
  - интервенција,
  - при одлучивању,
  - - за праћење и контролу реализације планова и програма,
  - - за добијање ефективнијих резултата итд.

Ради лакше оријентације у наредној табели дат је историјски развој планирања и менаџмента.

## **Планирање и менаџмент у здравственом систему и здравственој заштити (Историјски развој)**

<b>Периоди/фазе развоја</b>	<b>Карактеристике планиранја и менаџмента</b>
XVII век (1662)	Праћење и анализа Мт (John Grant).
XIX век (1839)	Почетак рада на МКБ (William Farr).
Почетак XX века (пре I светског рата)	Први зачеци здравственог планирања на бази Мт.
После I светског рата (20-те године)	Централизован приступ здравственом планирању (СССР).
Пре II светског рата (30-те године)	Идентификовање индикатора за здравствено планирање (League de Nation i Stouman i Falk).
Пре 1965.	Здравствено планирање као рутинска функција здравствене администрације.
1965-1970.	Развој специфичних концепата и метода планирања (као PAHO-CENDES и национално здравствено планирање NHP).
1970-1975.	Примена систематског прилаза, почетно истраживање компјутерског моделирања и почетак планирања и менаџмента здравственог пројекта (истраживање у епидемиологији и науци комуникације - RECS и Системска анализа пројекта - PSA).
1975-1980.	Почетак програмирања здравственог сектора - национално здравствено програмирање (CHP) и иницирање менаџерског процеса за национални здравствени развој (MPNHD).
1980-1985.	Менаџерски процес за национални здравствени развој, као подршка здрављу за све, путем примарне здравствене заштите и специјализовано планирање програма (на пример у имунизацији - EPI и болести дијареје - CDD).
1985-1990.	Смањење значаја здравственог планирања (сем за ниво среза). Нагласак на мониторинг и евалуацију примене програма и прогреса према достигнућу здравља за све.
1990-1995.	Јачање методе евалуације; мала пажња здравственом планирању, сем у вези здравља будућности, методологија размишљања о дугорочној - даљој будућности.
• од 1995. до данас	Мала примена здравственог планирања (сем кооперација), • Извесна подршка стратешком здравственом планирању, • Даље јачање примене евалуационих метода, • Прилаз решавању проблема на нивоу среза, • Менаџерска пажња и фокус на једнакост за здравље и здравствену заштиту, • Јачање ЗИС - бољи подаци о здрављу и здравственој служби, • Иновационе методе и прилази (трендови, предвиђања, динамичко моделирање, здравље будућности - истраживање), • Примена менаџмента као помоћ - потпора, интервенција, у одлучивању, добијању ефективнијих резултата итд.

### **Здравствени менаџмент и стратегија „Здравље за све до 2000. године“**

После усвајања стратегије “Здравље за све до 2000. године”, 1981. године, путем примар-

не здравствене заштите, и њеном применом током осамдесетих и деведесетих година, укључивање заједнице и људи у менаџментски процес постало је неопходност и правило за све.

Постизање циљева “Здравља за све до 2000. године”, општих, специфичних и непосредних, путем бољег здравственог менаџмента, није само процес или техника већ више од тога.

Ова стратегија је омогућила, како на глобалном и регионалном нивоу, тако и на националном нивоу, чак и испод њега, да се коришћењем менаџментског процеса за национални здравствени развој унапреде: формулатија здравствене политике, планирање и анализа здравствене ситуације, идентификација проблема и приоритета, анализа ограничења и предложе стратегије, циљеви програма и активности које треба спровести ради реализације постављених специфичних и непосредних циљева.

Она је такође омогућила да се унапреди здравствени информациони систем, примена, контрола и евалуација програма, рада установа итд., као и да се предложе неопходне мере/корекције за репограмирање.

Све ове, добрим делом, планерско-менажерске активности, на свим нивоима (глобалном, регионалном, националном и субнационалном), довеле су до унапређења рада и

функционисања здравственог система, побољшања здравствене заштите и консеквентно и најважније – до побољшања здравственог стања становништва.

Стратегија „Здравље за све до 2000. године“ Светске здравствене организације је мисао водиља, мотивација људи, здравственог и других сектора, њихова жеља да све што се ради на унапређењу здравља ради за људе, *ка људима, са људима, кроз људе, од стране људи*, а све са циљем побољшања њиховог здравственог стања. Побољшање здравља становништва води ка здравственом развоју и општем развоју, што је и општи циљ заједница (држава) и целог света.

У томе и јесте вредност и значај здравственог менаџмента и његова посебна карактеристика. То и јесте оно што га разликује од општег менаџмента.

Из тих разлога, здравствени менаџмент је једна посебна врста менаџмента која, због све већег значаја, тражи даља истраживања и начине спровођења који би позитивно утицали на његов даљи развој на бази стратегије “Здравље за све до 2000. године”.

---

## Литература

1. Milija Zečević: Menadžment, Fakultet za internacionalni menadžment, Beograd, 1994.
2. James Stoner, Charles Wankel: Management, 3rd Edition, PHI, USA, 1986.
3. Lillian M. Gilberth, The Psychology of Management, New York: Walton, 1914.
4. Mary P. Follett: The New State (Gloucester, Mass: Peter Smith, 1918).
5. P. Mićović: Lični materijali, 1996.
6. Report of consultation on the Interacional programme for Training in Health Management, Geneva, WHO Doc. HMO/MSD/77.10, Octyober 1977.
7. John Grount, Natural and Political Observations Made Upon the Bills of Mortality, London 1662.
8. G. A. Popov: Principi zdravstvenog planiranja u SSSR-u, PHP No 43, Geneva, WHO, 1971.
9. V. Đukanović i Đ. Jakovljević: Elementi za procenu zdravstvenog stanja stanovništva i metodologija planiranja, Narodno zdravlje, Beograd 1963.
10. P. Mićović, V. Tomić, Ž. Đorđević, D. Mladenovski i drugi: Regional Organization of Health Services and Health Insurance in Serbia, Beograd, 1973.
11. WHO 1981, Guiding Principales for MPNHD in Suport of Strategies for HFA by the Year 2000, Document, MPNHD/81.1.
12. Glossary of Terms Used in the HFA Series, No 1-8 WHO, Geneva 1984.
13. Stephen A. Sapiro, WHO and Health Planning - Past, the Present and the Future, World Health Forum, Vol. 19, Geneva 1996.
14. Global Strategy for Health for All by the Year 2000, WHO Geneva 1981.
15. S. George, Jr.: The History of Management Throught, 2nd ed. Englewood Cliffs, N. J. Prentice-Hall 1972.
16. Daniel A. Wren, The Evolution of Nenagement Thought, 2nd ed. New York: Wiley 1979.

### Како са мање постићи више?

Д. Младеновски<sup>1</sup>

---

**С**тав, односно захтев Светске банке за обнову и развој (EBRD) и Међународног монетарног фонда да се са мање трошкова постижу што већи резултати, у оригиналној верзији гласи: „Са мање постићи више“ (Doing more with less). Преведено на услове здравствене заштите и здравственог осигурања, значи следеће:

- са постојећим мерама обезбедити што већи и квалитетнији обим здравствене заштите становништва у државном сектору, или
- са мањим средствима од садашњих обезбедити достигнути обим и квалитет здравствене заштите.

Овакав захтев је један од основних поступата економике здравствене заштите и здравственог осигурања у свим условима рада и финансирања здравствене заштите становништва, а посебно сада када испуњење тог захтева нема алтернативу.

То је познати став у економији да се рационално рукује средствима и да се штеди кад год је то могуће, без последица на квалитет здравствене заштите.

Рационалност и ефикасност у организацији, обезбеђивању и финансирању здравствене заштите и здравственог осигурања јесу захтеви који се садрже и у два основна законска документа која су на снази.

Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“ број 107/05), у једном од својих начела, које треба примењивати у пружању здравствене заштите, у члану 27., прописује да се „ефикасност здравствене заштите остварује постицањем најбоље могућих резултата у односу на расположива финансијска средства, односно постицање највишег нивоа здравствене заштите уз најнижи утрошак средстава“.

Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС“ број 109/05) одређује такође

начела која се морају примењивати у финансирању права из обавезног здравственог осигурања, а која гласе:

„Начело ефикасности обавезног здравственог осигурања остварује се постицањем најбољих могућих резултата у односу на расположиве ресурсе, као и постицањем највишег нивоа права из обавезног здравственог осигурања уз најнижи утрошак финансијских средстава (члан 15. Закона).

У складу са нечелом економичности и ефикасности у организовању, уговарању и остваривању обавезног здравственог осигурања Републички завод за здравствено осигурање:

- Обезбеђује законито, наменско и економично коришћење средстава и стара се о увећању на економским основама,
- Обезбеђује непосредно, ефикасно, рационално и законито остваривање права из здравственог осигурања обављање послова за спровођење осигурања“ (члан 212. Закона).

С обзиром на то да се у економији наше привреде не остварује доволјна величина бруто домаћег производа који би задовољио све потребе у финансирању потрошње, из које се обезбеђује и здравствена заштита, неопходно је успоставити равнотежу између могућности и захтева, односно, расходе за здравствену заштиту ускладити са могућим приходима (средствима) за њено финансирање.

У постојећим економским условима не може се неопходна равнотежа успоставити повећањем прихода из свих извора за финансирање ових потреба, што према прогнозама наше Владе неће бити могуће ни у наредних неколико година.

Излаз из дефицитарног пословања може се остварити смањењем расхода, најпре путем увођења мера штедње и рационализације и повећањем учешћа осигураних лица ( partiци-

---

<sup>1</sup> Драган Младеновски.

пације) приликом коришћења здравствених услуга. Најнеповољнија мера била би скраћење постојећих права из обавезног здравственог осигурања.

Уравнотежење прихода са расходима за здравствену заштиту захтева: предузимање конкретних мера штедње и рационализације, како на страни понуде здравствених услуга, тако и на страни потражње за њима.

Здравствена заштита, по својој природи, јесте скупа делатност због скупе и у великој мери заступљене медицинске опреме, скупих лекова и велике концентрације стручног кадра, што условљава стални пораст трошкова здравствене заштите. Поред тога, на пораст трошкова утиче и понуда здравствених услуга, у чему су основни генератори те понуде сами здравствени радници, што је и њихова основна функција – да прописују и спроводе терапију. Осим тога, на повећање трошкова утиче и повећана тражња за здравственим услугама услед проширења капацитета појединих здравствених установа, пораста здравствене културе становништва, као и повећања просечне стапости становништва, продужењем просечног века трајања са тенденцијом даљег пораста.

Мере штедње и рационализације на страни понуде здравствених услуга састоје се у сталном унапређивању организације здравствене службе, како болничке, тако и ванболничке: одређивање капацитета у складу са потребама а и могућностима, боље коришћење болничких капацитета, скраћење просечног трајања лечења и повећања пропусне моћи по постелији и путем других мера, настојећи да се те мере не одразе негативно на квалитет здравствених услуга.

У ванболничкој заштити акценат се ставља на ефикаснију примену примарне здравствене

заштите и на што бољу заштиту од болести које се могу најједноставнијим средствима и најнижим трошковима спречити, односно лечити.

На страни тражње мере се најчешће односе на законодавну улогу државе и фондова здравственог осигурања у прописивању права и начина коришћења здравствених услуга од стране осигураних лица (становника) као важних генератора трошкова. Поред тога врши се утицај на осигурана лица да кроз партиципацију личним средствима приликом коришћења услуга користе оне услуге које су стварно потребне и неопходне.

Главна мера у ограничавању пораста трошкова за здравствену заштиту јесте облик и квалитет уговорних односа између фондова и здравствених установа, са циљем да се расходи крећу у уговореним оквирима, под условом да се са тим средствима постиже уговорени обим и квалитета заштите.

Мере за сузбијање трошкова, како на страни понуде, тако и на страни тражње, имају за циљ одржавање макроекономске равнотеже у овој области, односно финансијске стабилности успостављене на почетку буџетске године.

Држава треба доследно да примењује политику макроеномономске стабилности путем контроле, како на страни понуде, тако и на страни тражње за здравственим услугама, користећи при томе нормативну улогу и фискалну политику, држећи се обавезе да се прописана и загарантована заштита успешно остварије у складу са правима и обавезама из Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању.

---

## Упутство ауторима

---

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економијике у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискуту са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.

### **ОИШЋА ПРАВИЛА**

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвучи речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати кореспонденција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачне називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

### **Обим рукописа**

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

### **Кратак садржај**

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 200 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада, и 3-4 кључне речи на српском и енглеском.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

### **Табеле**

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнад табеле приказује

њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

### ***Слике (фотографије)***

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив чланка, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

### ***Цртежи (шеме, графикони)***

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

### ***Списак литературе***

Купа се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између поједињих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

**НАПОМЕНА:** Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ у N. Eng. J. Med. 1997;336;309–15.



CIP – Каталогизација у публикацији  
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

**ZDRAVSTVENA zaštita:** časopis za  
socijalnu medicinu, javno zdravlje,  
zdravstveno osiguranje, ekonomiku i  
menadžment u zdravstvu / glavni i odgovorni  
urednik Hristo Andělski. – God. 1, br. 1  
(1972) – . – Beograd : Komora zdravstvenih  
ustanova Srbije. 1972– (Beograd : Stilprint SS).  
– 26 cm

Mesečno.

ISSN 0350–3208 = Zdravstvena zaštita  
COBISS.SR-ID 3033858