ГОДИНА XXXVIII

Број 3
ЈУН 2009. ГОДИНЕ

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

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Уређивачки одбор:

Председник:
Прим. др Илија Трипковић

Главни и одговорни уредник:
Доц. др Христо Анђелски

Заменик главног и одговорног уредника:
Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

Чланови:
Светлана Вукајловић, дипл. правник
Раде Николић, дипл. правник
Рајко Гргуревић, дипл. ек.
Зорица Павловић, дипл. правник
Проф. др Снежана Симић
Др Вуко Антонијевић

Секретар:
Милка Томић-Каришик

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, дипл. ецц.
Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушићева 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

Лектура/Коректура:
Ковиљка Дабић

Технички уредник:
Синиша Ћетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Сека“, Београд

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

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

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

С а д р ж а ј

Стручни и научни радови

Дипл. ек. П. Перуновић, тр сц. др М. Обрадовић, др сц. М. Обрадовић, приватник, прим. др М. Тимотић, емеритус,

Утицај физичке активности на здравље становништва 1

Прим. др сц. мед. З. Јанковић

Предиктори самопроцене здравља студената 11

Мр сц. мед. Д. Бошковић Ђукић

Саветовалиште за чланове породице зависника од алкохола 41

Др Д. Чанковић, мр мат. Н. Драгнић, доц. др С. Квргић, др С. Травар, др И. Радић, др С. Хархаји, др С. Шушњевић

Квалитет здравствене заштите у домовима здравља Јужнобчког округа 61

Проф. др сц. мед. И. Миков, проф. др сц. мед. В. Васовић, асист. мр сц. мед. др Н. Торбица

Интеракције професионалних штетности и заштита здравља радника 67

Р. Кнежевић, дипл, ек.

Плаћање примарне здравствене заштите методом капитације 73

Прим. др Д. Ђуричић, др И. Пантић, С. Ристић

Синдром сагоревања на послу – burnout syndrome 77

Др Ј. Булатовић

Утицај хиперхолестеролемије на седиментацију еритроцита 83

Приказ књиге 89

Иницијатива 91

Упутство ауторима 93

Утицај физичке активности на здравље становништва

П. Перуновић[1], М. Обрадовић[2], М. Обрадовић[3], М. Тимотић[4], К. Савић-Јоцић[5]

The Influence of Physical Activity on Health of the Population

P. Perunovic, M. Obradovic, M. Obradovic, M. Timotic, K. Savic-Jocic

Сажетак. *Физичка активност је веома важна за одржавање задовољавајућег нивоа здравља. То је интегрални и комплексни део људског понашања. Људско тело је грађено за активност и, да би исправно функционисало, потребна му је физичка активност.*

Основни циљ рада јесте да се представе корелативне везе физичке активности и здравља народа, тј. облици и интензитет физичке активности становништва Србије.

Истраживање је спроведено методом анкетног истраживања, односно коришћени су подаци обимног анкетног истраживања које је спровео Институт за јавно здравље Србије 2000. и 2006. године, обухватајући територију Војводине и централне Србије.

Резултати су показали да испитаници своје слободно време најчешће користе за рад у кући и око ње (26,1%), гледање телевизије (23,2%), ангажовање око деце (16,5%), итд. Врло мали број се бави спортом и рекреацијом (мање од 1%), као и пешачењем. Пешачи само 46% запослених радника при одласку и повратку са посла, а и сам посао им је углавном лак, а тежак и средње тежак код 42,4% испитаника радника.

Физичка активност становништва Србије је врло лоша. Сами испитаници су у 31,4% случајева своју физичку активност оценили као лошу и врло лошу. Значајно је истаћи да само 15,2% испитаника сматра да се физичком активношћу чува здравље.

Summary. *Physical activity is essential for maintaining a satisfactory level of health. It is an integral and complex part of human behaviour. The human body is built for activity, and it needs physical activity to function properly.*

The essential objective of this paper is to study the correlative connection of physical activity and the health of the nation, namely the forms and intensity of physical activity of the population of Serbia.

The research was conducted by the method of an inquiry, where the results of an extensive research, conducted by the Public Health Institute of Serbia in the years 2000 and 2006 and including the territories of the Province of Vojvodina and central Serbia, were used.

The results have shown that the subjects spend their spare time working in and around the house (26.1%), watching television (23.2%), occupying themselves with children (16.5%), etc. A very small percentage goes in for sport and recreation (less than 1%) or walking. Only 46% of employees walk to and back from work, their work itself being mainly light, or hard or semi-hard in 42.4% of the workers tested.

The physical activity of Serbia's population is very poor. The subjects themselves rated their physical activity as poor or very poor in 31.4% of cases. Significantly, only 15.2% of the subjects believe that physical activity is good for the preservation of health.

[1] Дипл. ецц. Предраг Перуновић, Министарство здравља Републике Србије.

[2] Мр сц. др Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту радника у железничком саобраћају Београд.

[3] Др сц. Милутин Обрадовић, приватник.

[4] Прим. др Мирјана Тимотић, емеритус.

[5] Др Каја Савић Јоцић, специјалиста социјалне медицине у Клиничко-болничком центру Земун.

Оваква физичка активност се одразила и на морбидитет народа. Неко хронично обољење је у задњој години дијагностиковано код 16,3% испитаника. Најчешће је откривана хипертензија (19,9%), реуматизам зглобова (15,4%), срчана слабост (10,8%) и ангина пекторис, односно она обољења на чији настанак значајно утиче и физичка неактивност.

На основу свега намеће се општи закључак да је физичка активност становништва Србије недовољна, а и знање о њеној корисности за здравље на ниском је нивоу.

***Кључне речи**: физичка активност, здравље народа, анкетно истраживање.*

This type of physical activity reflects itself in the nation's morbidity rate. Some kind of a chronic disease was diagnosed in 16.3% of the subjects in the past year. The most common conditions found were high blood pressure (19.9%), rheumatism of joints (15.4%), heart failure (10.8%) and angina pectoris – in other words, the diseases the occurrence of which is significantly affected by physical inactivity.

A general conclusion presents itself from the above, that the physical activity of the population of Serbia is inadequate, and the awareness of its importance for the health is very low.

***Key words**: physical activity; health of the people; inquiry - research.*

Увод

Физичка активност је интегрални и комплексни део људског понашања. Људско тело је грађено за активност и, да би исправно функционисало, потребна му је физичка активност.

Физичка активност је веома важна за одржавање задовољавајућег нивоа здравља. Зато је веома значајно што подробније истражити улогу редовне физичке активности на здравље појединаца и народа у целини.[1,2] Неопходне су обимне популационе студије у циљу утврђивања да ли постоји међузависност између облика и интензитета редовне телесне активности и одређених критеријума здравља и болести.[3] Већа физичка активност се сматра пожељним атрибутом здравља. Лонгитудиналне популационе студије показале су да повећана физичка активност смањује оболевање од болести кардиоваскуларног система, посебно од исхемичне болести срца.[4]

Физичка активност, у детињству и младости, потребна је за очување и унапређење здравља, а у старијем узрасту за успоравање или спречавање нарушавања одређених видова здравља. Али, у току раста, организам је и најосетљивији на штетно деловање околине, тј. на неадекватну исхрану, болести, неодговарајућу психосоцијалну средину или недостатак телесне активности[5]. Када су ти фактори неповољни, успорава се раст и развој, па се генетски потенцијали не могу потпуно искористити. Тако се у зрелости не постиже оптимални телесни и функционални ниво. Зато је одговарајућа физичка активност у младости веома важна.[6]

Физичка активност је комплексни и интегрални део људског понашања. Она укључује социоекономске и културне компоненте и зависи од многобројних фактора: врсте рада, личности, грађе тела, физичке способности, обима и начина коришћења слободног времена, приступачности и уско рекреативних и спортских могућности, удаљености од природне средине погодне за спортску рекреацију, итд.[7,8]

Физичка активност се спроводи у различитим облицима:

- ходање и трчање је основни облик кретања за све особе;
- пливање је идеални облик телесне активности, јер се пливањем активира велики део мишићне масе. Пливањем се могу бавити људи свих узраста, па чак и инвалидне особе. У пливању се користе различите технике – краул, прсно, леђно пливање, и лептир стил;
- бициклизам;
- скијање;
- тенис;
- лов и риболов;

  вртларство, итд.

Физичка активност је повезана са три аспекта здравља: физичким, психичким и социјалним.

Циљ рада

Основни циљ рада јесте да се представе корелативне везе физичке активности и здравља народа. У оквиру основног циља истражени су:

- облици и интензитет физичке активности становништва Србије по узрасту, полу, образовању, имућном стању и територијалној припадности;
- промене здравствених навика становништва, првенствено у погледу повећања физичке активности.

Метод рада

Истраживање је спроведено методом анкетног истраживања. Заправо, коришћени су подаци обимног анкетног истраживања које је, на територији Војводине, Београда и централне Србије, спровео Институт за јавно здравље Србије 2000. и 2006. године. Резултати су обрађени статистичком методологијом и приказани су табеларно.

Резултати и дискусија

Како становништво Србије користи слободно време, показују подаци ***табеле 1***.

Из ***табеле 1*** може се видети да становништво Србије најчешће користи слободно време за рад у кући и око ње (26,08%), затим за гледање телевизије, ДВД, видеа (23,2%), за бављење децом (16,52%), дружење са пријатељима (12,48%) и рад у пољу и на њиви (9,49%). Остале активности су знатно ређе, а становништво се најређе бави спортом и рекреацијом и иде у биоскоп, позориште и на концерте (мање од 1%).

Кад се посматра коришћење слободног времена према територијалној подели Србије и према типу насеља (***табела 2***), произлази да је физичка активност заступљенија код становника Војводине него Београда, за разлику од других начина коришћења слободног времена. Тако је рад у кући и око ње заступљен код 63,4% становника Војводине, а само код 53% становника Београда, рад на њиви код 19,6% Војвођана, а само 6,4% Београђана. Међутим, индивидуални и колективни спорт заступљенији је код Београђана него код Војвођана (9%:5,7%).

Табела 1. Структура начина коришћења слободног времена

Коришћење слободног времена	Фреквенција			
	Скоро никад	Понекад	Често	Свега
Гледа ТВ, ДВД, видео	3,12	16,44	23,21	10,26
Проводи са децом	5,01	16,93	16,52	10,11
Проводи са пријатељима	2,63	26,20	12,48	10,15
Рад у кући и око ње	3,59	12,40	26,08	10,15
Рад у пољу и на њиви	12,08	5,90	9,49	10,11
Биоскоп, позориште, концерт	17,04	1,89	0,21	10,12
Спорт и рекреација	16,90	1,81	0,71	10,12
Чита књиге, новине и сл.	9,30	14,04	7,88	10,13
Рад на додатној заради	16,17	2,71	1,47	10,07
Нешто друго	14,16	1,68	1,96	8,78
Укупно	100,00	100,00	100,00	100,00

Табела 2. Коришћење слободног времена по територији и насељима (%)

Коришћење слободног времена	Територија			Тип насеља	
	Војводина	**Београд**	**Србија**	**Градско**	**Остало**
Гледа ТВ и сл.	54,6	70,1	59,3	60,6	56,7
Рад на компјутеру	7,3	14,9	8,3	11,6	3,8
Проводи са децом	43,1	44,6	43,6	43,9	43,3
Проводи са пријатељим	37,7	46,4	35,4	38,8	30,8
Брига о кућном љубимцу	22,6	17,5	18,4	15,8	21,7
Рад у кући и око ње	63,4	53,0	59,8	54,9	46,2
Рад у пољу и на њиви	10,6	6,4	22,2	8,2	40,6
Биоскоп, позориште, концерт	2,1	6,2	2,6	3,8	1,1
Индивидуални и колективни спорт	5,7	9,0	5,1	7,2	2,4
Читање књига	12,2	22,9	12,2	17,3	5,5
Читање новина, часописа	26,8	53,6	28,6	36,7	18,0
Игра друштвене игре	5,2	6,5	4,8	5,7	3,6
Рад на додатној заради	6,2	6,2	6,2	6,9	5,4

Посматрано по полу, степену образовања и имућном стању, запажа се да постоје значајне разлике у начину коришћења слободног времена (***табела 3***). У односу на пол, најизраженије разлике јесу у погледу рада у кући и око ње, рада у пољу и на њиви, што је израженије код жена, док је бављење спортом и рад на додатној заради израженије код мушкараца.

У погледу образовања најизраженије разлике су код рада у кући и око ње и рада у пољу

Табела 3. Коришћење слободног времена по полу, образовању и имућном стању (%)

Коришћење слободног времена	Пол		Образовање			Имућно стање	
	М.	Ж.	Основно	Средње	Више и високо	Најсиромашније	Најимућније
Гледа ТВ и сл.	61,4	57,1	55,3	62,0	59,9	49,4	62,0
Рад на компјутеру	9,7	6,6	0,8	10,0	20,7	0,9	21,2
Проводи са децом	36,4	51,6	37,1	48,0	44,5	33,6	45,5
Проводи са пријатељима	38,3	32,1	21,8	43,2	41,8	22,9	47,4
Брига о кућним љубимцима	17,9	19,1	19,0	18,3	17,2	19,7	13,8
Рад у кући и око ње	48,4	72,4	64,0	58,9	52,4	65,6	47,9
Рад на њиви	25,6	18,5	37,2	16,1	6,4	45,9	3,3
Биоскоп, позориште и сл.	2,5	2,6	0,3	3,0	7,1	0,2	6,9
Индивидуални и колективни спорт	7,6	2,4	0,7	7,1	9,4	1,6	11,6
Чита књиге	8,4	16,3	1,7	12,9	36,0	2,1	26,0
Чита новине и сл.	32,1	25,8	9,2	35,5	53,2	8,4	50,8
Игра друштвене игре	6,1	3,3	1,9	5,8	8,0	2,4	7,8
Рад на додатној заради	8,9	3,3	3,7	7,7	7,3	4,7	7,5

и на њиви, који су заступљенији код испитаника нижег образовања, док је одлазак у биоскоп, позориште и на концерте, као и бављење спортом и читање књига, новина и слично, вишеструко заступљеније код испитаника вишег и високог образовања. Слично је и у погледу имућног стања испитаника.

У ***табели 4*** приказано је коришћење слободног времена по добним групама. Ти подаци показују да је коришћење слободног времена у зависности од узраста. Тако је гледање ТВ-а и слично најизраженије у млађем узрасту, затим опада, да би у старијем узрасту опет било у порасту. Рад на компјутеру опада са узрастом, као и дружење са пријатељима, те одлазак у биоскоп, позориште и на концерте, затим бављење спортом итд. Рад у кући и око ње, у пољу и на њиви, расте са узрастом, да би у старијем узрасту опадао.

У оквиру сагледавања физичке активности становништва, погледајмо и дужину пешачења до посла и назад, као и тежину обављања рада (***табела 5 и 6***).

Према подацима из ***табеле 5,*** на посао и с посла дневно пешачи 45,7% радника, и то највише њих до пола сата, а само 17,2% и

Табела 4. Коришћење слободног времена по узрасту (%)

Коришћење слободног времена	Добне групе						
	До 19	20–34	35–44	45–54	55–64	65–74	75 и +
Гледа ТВ и сл.	71,5	60,0	55,9	56,3	62,8	64,2	56,1
Рад на компјутеру	28,3	20,4	9,3	5,9	2,7	0,6	0,2
Проводи са децом	-	40,6	68,9	51,2	40,6	28,4	20,2
Проводи са пријатељима	20,7	56,9	37,1	32,4	29,0	21,0	13,9
Брига о кућ. љубимцима	15,7	16,9	17,8	21,8	21,0	17,1	14,1
Рад у кући и око ње	34,1	49,4	67,7	70,3	68,4	56,5	40,0
Рад у пољу и на њиви	6,1	14,8	22,9	26,5	28,3	26,2	15,7
Биоскоп, позор., концерт	5,3	6,4	2,6	1,6	1,2	0,8	0,3
Индивидуални и колективни спорт	31,3	13,1	4,5	3,3	2,2	0,8	0,6
Чита књиге	18,7	15,9	13,7	13,0	12,3	7,7	4,8
Чита новине и сл.	-	32,3	32,5	31,2	29,6	21,6	11,6
Игра друштвене игре	-	7,1	5,1	4,3	4,6	3,4	1,5
Рад на додатној заради	-	7,0	9,2	7,9	6,6	2,8	0,4

Табела 5. Структура дневног пешачења до посла и назад

Пешачење (у минутама)	Добне групе					
	20–34	35–44	45–54	55–64	65 и +	Свега
Мање од 15	15,9	19,7	18,0	6,5	2,9	13,0
Од 15 до 30	18,9	20,4	21,3	10,9	3,2	15,5
Од 30 до 60	10,5	12,3	11,0	5,5	2,6	8,6
Преко 60	9,7	10,2	10,6	7,5	4,2	8,6
Иде колима	10,0	14,0	8,4	3,0	0,3	7,6
Не ради	35,0	23,4	30,8	66,5	86,8	46,8
Укупно	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

преко пола сата. У односу на узраст, пешачење расте са узрастом све до педесетих година, да би у каснијем узрасту нагло опадало.

Табела 6. Тежина посла којим се бави (у %)

Тежина посла	Број испитаника			Структура (%)		
	Мушкарци	Жене	Свега	Мушкарци	Жене	Свега
Веома лак	834	1075	1909	21,4	29,8	25,5
Лак	722	934	1656	18,6	25,8	22,1
Средње тежак	1554	1300	2854	40,0	36,0	38,0
Тежак	777	303	1080	20,0	8,4	14,4
Укупно	3886	3613	7499	100,0	100,0	100,0

Физичко исцрпљивање на послу се види из ***табеле 6.*** Ови подаци показују да само 48% испитаника има лак и веома лак посао, средње тежак 38%, а тежак само 14,4%. У односу на пол, нешто тежи посао имају мушкарци него жене. Уз то треба истаћи да седатерни посао има 31,1%, а претежно седатерни чак 67,7% радника.

Сами испитаници своју физичку активност оценили су као лошу, односно недовољну. Тако је 20,9% испитаника оценило као врло лошу и лошу, 25,7% као просечну, а као добру 30,4% и врло добру 12,6%, тј. 43%. Нешто

Табела 7. Самопроцена физичке активности (у %)

Категорије		Степен физичке активности					
		Врло лоша	**Лоша**	**Просечна**	**Добра**	**Вр. добра**	**Без одг.**
Територија	Војводина	4,4	14,6	35,4	34,4	10,8	0,3
	Београд	5,4	18,8	34,2	25,4	15,7	0,2
	Србија	4,9	16,0	25,7	30,4	12,6	0,4
Тип насеља	Градско	4,8	17,5	36,8	28,7	11,1	0,4
	Остало	5,0	13,9	34,3	32,7	13,7	0,4
Пол	Мушко	5,4	18,5	39,5	27,7	8,6	0,4
	Женско	4,5	13,7	32,4	32,9	16,2	0,4
Добне групе	20–34	2,2	9,5	31,7	37,0	19,2	0,4
	35–44	2,2	11,4	35,8	34,0	16,2	0,4
	45–54	2,7	13,7	37,4	33,5	12,4	0,3
	55–64	3,9	16,3	40,3	29,7	9,6	0,3
	65–74	8,7	23,9	37,5	23,0	6,7	0,4
	75 и више	17,1	33,0	32,8	13,2	3,3	0,6
Образовање	Основно	7,8	20,0	35,6	27,1	9,2	0,4
	Средње	3,3	12,7	35,5	32,6	14,7	0,4
	Више и висок.	3,5	17,7	37,1	27,7	13,8	0,3
Имућно стање	Најсиромаш.	6,6	17,0	34,5	34,5	11,3	0,4
	Најимућнији	4,3	18,8	36,5	27,1	13,1	0,3

боље стање је у Војводини него у Београду. У односу на врсту насеља, бољу активност имају становници осталих него градских насеља, а у односу на пол женско него мушко становништво (***табела 7***).

Кад се посматра по узрасту, физичка активност је највећа у младости, па опада са узрастом, што се и очекује. У односу на степен образовања, физичка активност је већа код образованијих особа. Најзад, у односу на имућно стање, физичка активност је већа код сиромашнијег него имућнијег становништва. Уз ово истичемо да свакодневно вежба 6,7% становника најмање пола сата, а ређе вежба још 7,7%

Ставови и мишљења испитаника о спорту и рекреацији дати су у ***табели 8***. Овде првенствено треба уочити да само 15,2% анкетираних сматра да спорт и рекреација чувају здравље, а остали да се тиме стиче нешто друго, на пример, добра кондиција, добро осећање и опуштање, нови пријатељи, популарност, а затим је и забавно. У односу на пол, нема значајнијих разлика између мушкараца и жена.

Према подацима ***табеле 9***, у последњих годину дана физичку активност је повећало 14,2% испитаника, и то 18,3% Београђана, 15,5% Војвођана и 13,9% становника централне Србије. Повећање физичке активности уследило је углавном по савету лекара или другог здравственог радника.

Овако релативно недовољна физичка активност становништва одразила се на здравље народа (***табела 10***). Као што се може видети, у Србији је дијагностиковано неко хронично обољење код 16,3% испитаника, а у Војводини чак код 17,8%, а хипертензија код око 5%. Хронична обољења су нешто чешће откривана код градског него осталог становништва и чешће код мушкараца него жена.

Табела 8. Ставови и мишљења о спорту и рекреацији (у %)

Ставови и мишљења	Број испитаника			Структура (%)		
	Мушкарци	Жене	Свега	Мушкарци	Жене	Свега
Чува се здравље	4578	4714	9292	15,1	15,3	15,2
Стиче се кондиција	4489	4549	9038	14,8	14,8	14,8
Стиче се опуштање	4188	4200	8388	13,8	13,6	13,7
Стиче се добар изглед	4068	4261	8329	13,5	13,8	13,7
Забавно је	4143	4119	8262	13,7	13,4	13,5
Стичу се пријатељи	4055	4029	8084	13,4	13,1	13,2
Стиче се популарност	3237	3067	6304	10,7	9,9	10,3
Одузима сувише времена	828	961	1789	2,8	3,1	2,9
Мрзи ме	442	643	1085	1,4	2,1	1,8
Досадно је	238	278	516	0,8	0,9	0,9
Укупно	30266	30821	61087	100,0	100,0	100,0

Табела 9. Повећање физичке активности у задњој години (%)

Повећали физичку активност	Територија			
	Београд	Војводина	Централна Србија	Укупно
Да	18,3	15,5	13,9	14,2
Не	46,8	41,2	38,0	41,2
Није било потребно	34,9	43,2	48,1	44,6
Укупно	100,0	100,0	100,0	100,0

Табела 10. Хроничне болести у последњој години и најчешће тегобе (у %)

Категорије		Откривено у последњих 12 месеци		Најчешће тегобе				
		Неко хронично обољење	Хипертензија	Бол у зглобо-вима	Бол у леђима	Бол у врату	Главобоља	Несаница
Територија	Војводина	17,8	5,2	41,1	55,5	44,3	43,5	22,3
	Београд	15,2	3,6	37,6	52,7	47,4	40,9	23,9
	Србија	16,3	5,4	40,5	52,2	44,0	41,3	22,6
Тип насеља	Градска	16,9	5,4	37,3	50,8	43,8	41,4	22,9
	Остала	15,5	5,5	44,8	54,0	44,3	41,2	22,2
Пол	Мушки	18,4	5,0	35,2	48,4	39,3	31,6	17,2
	Женски	14,4	5,9	46,4	56,4	49,3	52,1	28,6
Добне групе	20–34	7,3	1,6	16,3	34,6	28,3	40,4	13,1
	35–44	13,1	3,4	29,0	49,5	40,0	45,3	17,4
	45–54	18,0	6,4	44,8	56,9	47,6	43,5	22,6
	55– 64	22,2	8,2	53,4	59,9	51,1	41,1	28,9
	65– 74	22,7	8,9	58,3	62,5	53,5	38,6	30,3
	75 и више	22,9	7,3	68,1	65,9	59,5	36,9	34,4
Образовање	Основно	19,0	7,1	56,1	61,2	51,4	44,8	28,6
	Средње	14,4	4,6	32,8	47,5	39,6	40,2	18,8
	Више и високо	15,9	4,3	28,8	46,4	41,1	36,5	20,8
Имућно стање	Најсиромаш.	15,7	6,2	48,1	56,6	45,8	41,5	25,1
	Најимућнији	15,3	4,4	30,9	48,2	41,5	40,3	20,5

Табела 11. Структура најчешће откривених обољења у последњих годину дана

Обољења	Територија			
	Београд	Војводина	Централна Србија	Укупно
Хипертензија	19,7	18,1	20,8	19,9
Реуматизам зглобова	15,1	12,8	16,6	15,4
Срчана слабост	11,1	9,0	11,4	10,8
Ангина пекторис	6,8	5,1	4,6	5,2
Дијабетес мелитус	6,3	4,7	4,6	5,0
Психички поремећаји	5,5	3,2	3,9	4,1
Бронхитис	4,5	2,9	3,5	3,5
Анемија	4,1	4,1	3,6	3,9
Инфаркт миокарда	4,1	4,1	3,6	3,9
Астма	2,0	1,8	2,0	2,0

У односу на узраст, проценат расте са узрастом становништва, а у односу на образовање, највећи проценат откривених хроничних обољења је код основношколског образовања.

Најизраженије тегобе у последњих месец дана биле су: бол у леђима, бол у врату и раменима, те главобоља и болови у зглобовима. Ове тегобе биле су знатно израженије код жена него код мушкараца.

Детаљнија структура најчешће откривених хроничних обољења приказана је на **табели 11**, из које се види да је најчешће откривана хипертензија (19,9%), реуматизам зглобова (15,4%), срчана слабост (10,8%) и ангина пекторис (5,2%). Дакле, она обољења која су последица и физичке неактивности.

Како су сами испитаници проценили своје здравље показују подаци ***табеле 12.***

Сами испитаници у Србији у високом проценту оценили су своје здравље као лоше и врло лоше (15,7%), а добро и врло добро 47% њих. Ове оцене нису значајно различите у погледу територијалне припадности испитаника. Међутим, у погледу типа насеља, своје здравље као лошије оценили су становници осталих него градских насеља, а исто тако и жене. Сиромашније становништво је оценило своје здравље лошије него имућније, што се поклапа са научним констатацијама. У односу на узраст, проценат лоше оцене расте са узрастом, да би у старости опадао.

Закључак

Физичка активност становништва Србије је недовољна. Око трећине испитаника сматра да је лоша и врло лоша. Становништво своје слободно време углавном користи за рад у кући и око ње, гледање телевизије, ДВД-а и видеа,

Табела 12. Самопроцена здравља (у %)

Категорије	Оцена здравља					
	Врло лоше	Лоше	Просечно	Добро	Врло добро	Без одговора
Војводина	3,0	11,4	38,8	35,7	11,1	0,1
Београд	2,5	9,4	34,6	33,8	19,7	0,0
Србија	3,1	12,6	37,1	33,2	13,8	0,2
Градско	2,7	10,3	37,2	34,5	15,1	0,2
Остало	3,6	15,9	37,1	31,4	12,1	0,2
Мушко	3,1	10,7	34,8	35,1	16,2	0,2
Женско	3,1	14,7	39,8	31,1	11,2	0,2
0–6	0,4	2,0	19,8	47,7	29,8	0,2
7–11	1,4	4,8	36,2	42,2	15,3	0,3
12–19	2,1	10,7	46,5	31,4	9,2	0,2
20–34	3,4	17,0	48,2	24,3	6,9	0,1
35–44	6,5	24,8	43,6	20,1	4,7	0,2
45–54	9,3	31,9	37,8	17,2	3,5	0,4
55–64	5,6	23,6	40,4	23,3	6,9	0,2
65–74	1,8	7,0	35,9	38,0	17,1	0,2
75 и више	1,4	4,7	33,5	40,8	19,5	0,2
Најсиромашнији	6,0	21,1	35,4	27,8	9,5	0,2
Најимућнији	1,6	5,5	33,9	38,8	20,1	0,2

дружење са децом и са пријатељима, те за рад у пољу и на њиви. Најређе се бави спортом и рекреацијом – мање од један одсто становника.

Физичка активност је заступљенија код становника Војводине него Београда, док су други видови активности у слободно време заступљенији код Београђана. Тако је рад у кући и око ње заступљен код 63,4% Војвођана, а само 53% Београђана, рад у пољу и на њиви код 19,6% Војвођана, а само 6,4% Београђана. Међутим, индивидуални и колективни спорт је заступљенији код Београђана него Војвођана (9% : 5,7%).

Постоје значајне разлике у коришћењу слободног времена у односу на пол, образовање и имућно стање испитаника. Рад у кући и око ње, и у пољу и на њиви, израженији је код мушкараца, као и бављење спортом и рад на додатној заради. Рад у кући и око ње, и рад у пољу и на њиви, заступљенији су код становника нижег образовања, док је одлазак на концерте, у позориште и биоскоп, те читање књига и новина вишеструко заступљеније код вишег и високог образовања. Слично је и у погледу становника различитог имовног стања.

Начин коришћења слободног времена зависи и од узраста становника. Гледање телевизије, ДВД-а и видеа, рад у кући и око ње, и у пољу и на њиви, заступљеније је у млађем узрасту па затим опада, да би у старијем узрасту било опет у порасту. Рад на компјутеру опада са узрастом, као и дружење са пријатељима, те одлазак на концерте, у позориште и биоскоп.

Чак и при одласку и повратку са посла пешачи само 45,7% радника и то најчешће 15 ди 30 минута дневно. Уз то им и сам посао није превише тежак – само 14,4% испитаника је изјавило да има тежак, а 38% средње тежак посао.

Сами испитаници оценили су своју физичку активност као недовољну, док је као лошу и врло лошу оценило 20,9% испитаника Србије. Само 15,2% анкетираних сматра да спорт и рекреација чувају здравље, а остали да се тиме стиче нешто друго.

Недовољна физичка активност, мада је повећана у задњој години код 14,2% испитаника Србије, одразила се на здравље популације. Тако је код 16,3% испитаника у задњој години дијагностиковано неко хронично обољење. Најчешће је откривана хипертензија (19,9%), реуматизам зглобова (15,4%), срчана слабост (10,8%) и ангина пекторис (5,2%), тј. обољења која су добрим делом последица физичке неактивностзи.

Сами испитаници су своје здравље оценили као лоше и врло лоше (15,7%), а добро и врло добро 47% њих.

Литература

1. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина. Веларта, Београд, 2000.
2. Кошћал-Петковић М. и сар.: Физичка активност и модификација стила живота у превенцији шећерне болести. Здравствена заштита, 2007, XXXVI / 2; 35–51.
3. WHO: Habitual Physical Activity and Health. Copenhagen, 1978.
4. Жигић Д. и сар.: Фактори ризика и коронарна болест. Секција опште медицине СЛД, Београд, 1991.
5. Касиди Д. и сар.: Приручник за одржавање физичке способности. Београд, 1971.
6. Драгојевић Р.: Утицај дозиране активности умереног интензитета на неке атерогене чиниоце у инсулин независних дијабетичара. Докторска дисертација. Универзитет у Београду, Београд, 1992.
7. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита. Elit medica, Београд, 2004.
8. Тимотић Б.: Увод у медицину. Елит, Београд, 2004.

Предиктори самопроцене здравља студената

З. Јанковић[1]

Self Assessment of Health of the Students

Jankovic Z.

Сажетак. *Самопроцена здравља један је од здравствених индикатора помоћу кога се може испитати и утврдити здравствени статус популације или неке њене групе. Човеково поимање здравља или самопроцена може да предвиди акутну или хроничну болест, јер субјективни осећај лошег здравља често иде испред објективизације тегоба. Циљ је утврдити предикторе који утичу на самоперцепцију здравља студената, као и у којој мери фактори ризика утичу на самопроцену здравља. Истраживање је спроведено на 55 факултета и пет виших школа у пет универзитетских градова Републике Србије. Након анализе добијених резултата, студенти целог узорка доброг су здравља у 26.4%, осредњег у 62.5%, а лошег у 9.5%. Када су се довели у везу самопроцена здравља и здравствено понашање студената добиле су се асоцијације различитих вредности које су указивале да постоји веза између самоперцепције здравља и здравственог понашања студената. Предикторска варијабла која највише објашњава самопроцену здравља код студената јесу здравствене тегобе, јер има највећи парцијални допринос од свих предикторских варијабли у односу на критеријумску варијаблу (β= -0.242, т-тест= -17.446, а значајност β коефцијента је p=0.000). То значи, ако су присутне здравствене тегобе, студенти ће перципирати своје здравље као лошије и обрнуто. Хијерархијском мултиплом регресијом приказано је колико сваки од субсета различитих хијерархијских нивоа има удела на самоперцепцију здравља. Од свих субсета највише на самопроцену здравља утиче индивидуа, од-*

Summary. *Self-assessment of health is one of health indicators with which we may examine and establish health status of the population or any of its groups. The fact is that own understanding of health or self-evaluation of it, may predict acute or chronic illness. Subjective feelings of "poor health" frequently are defined as such before health-related difficulties appear. The aim is to define predictors which influence self-perception of students' health and determine to what extent risk factors influence self-assessment of health. Our research was conducted between September and December 1999. It covered 55 faculties and 5 colleges located within five universities in Serbia. After the analysis, 26.4%students of the entire sample are shown to be in good health; 62.5% are of "average" health. "Poor" health is reported by 9.5% of the sample. When relating self-assessment of one's health and health behaviors of the students, we have observed associations of various values which pointed to the link between self-perception of one's health and one's health-related behavior. Health complaints are the most important predictive variable, which best explains self-evaluation of students' health. This one, of all others, has greatest partial contribution in relation to the criterion variable (β= - 0.242, t-test= -17.446, with β coefficient significance being p=0.000). If health complaints are present, students will perceive their health as worse and vice versa. Hierarchical multiple regression shows how each of the subsets of different hierarchical levels participates in self-perceprion of health. Of all the subsets, it is the person who has greatest influ-*

[1] Прим. др сц. мед. Зденка Јанковић, специјалиста социјалне медицине, Завод за заштиту студената, Београд..

носно, њено здравствено понашање, од чега зависи здравствени статус дотичне особе.

Кључне речи: *студенти, самопроцена здравља, предикторска варијабла, хијерархијска мултипла регресиона анализа.*

ence on her/ his own perception of health. Her/ his health does depend on this perception.

Key words: *students, self-assessment of health, predictive variable, hierarchical multiple regression shows.*

Увод

Оцена сопственог здравља, као један од индикатора здравља, примењује се у истраживањима као методолошки адекватан и научно интересантан индикатор помоћу кога се може испитати и утврдити здравствени статус популације или неке њене групе (обично се овај индикатор користи за брзу процену здравственог стања циљне групе становништва). Субјективна процена здравља заснива се на перцепцији коју сваки човек има о некој појави, у овом случају о сопственом здрављу. Код перцепције тесно су повезани осећај и искуство који, као психички процес, активно одражава објективну стварност, утолико пре што свако од њих изазива неку врсту емоције у човеку: осећање лепог или ружног, пријатног или непријатног, задовољства или незадовољства, доброг или лошег здравља. Индивидуална процена здравља, која је у складу са сопственим вредностима дотичне особе, укључује биолошку, психолошку и социјалну димензију, те постоји потреба за бољим разумевањем перцепције здравља у социјалном и културолошком смислу. Самопроцена здравља требало би пре да буде оцена позитивног здравља, него оцена тренутног одсуства здравственог проблема.[1]

Један од главних разлога интересовања за самопроцену здравља последњих година XX века у медицинским, епидемиолошким и социјалним истраживањима, јесте чињеница да проценом сопственог здравља човек може да предвиди акутни или хронични морбидитет јер, како Laubach W. тврди, субјективни осећај лошег здравља често иде испред објективизације тегоба, што може у многоме допринети превенцији соматизације неких тегоба и тако помоћи код превенције и раног откривања обољења; потом, самопроцена здравља указује и на функционални здравствени статус; стања која лимитирају свакодневне активности; као и опоравак након већих медицинских проблема.[2,3] Idler E.L. и Benyamini Y. закључују, на основу анализе двадесет седам истраживања, да је глобална субјективна процена здравља независтан предиктор морталитета у скоро свим анализираним студијама, упркос коришћењу нумеричких специфичних индикатора здравственог статуса и других релевантних коваријанси означених као предиктори морталитета.[4] Mossey J.M. i Shapiro E., у свом истраживању о предиктору морталитета код испитаника преко 65 година, добили су податак да онако како је растао ризик смрти, тако је перцепција о сопственом здрављу све више асоцирала са лошим здрављем (OR=2,92), што је било потврђено и објективним здравственим статусом. У закључку аутори сматрају да начин како особа сагледава своје здравље може бити од велике помоћи у односу на очекивани здравствени исход.[5] Самопроцена здравља прати се у дугогодишњој студији MONICA (од 1982. године) у Данској, којом је обухваћено становништво од 30 до 70 година. Према подацима из 1992. (DAN-MONICA III), испитаници који су оценили своје здравље као лоше (и код којих су утврђени фактори ризика, као што су: неадекватна исхрана, пушење дувана и низак степен образовања), било је у јакој корелацији са повећањем морталитета.[6] Manderbacka K. и сарадници су на узорку од 7.290 Финаца, старости преко 25 година, добили да су све дијагностиковане болести снажно асоцирале са лошим здрављем, због чега сматрају да треба водити рачуна о тумачењу индикатора који директно утичу на самоперцепцију здравља.[7] Индикатор оцене сопственог здравља показао се као поуздан фактор и у процесу тестирања и ретестирања: у Финској, у популацији одраслих, у поновљеном истраживању након годину да-

на, добијен је податак да је већи проценат испитаника проценио своје здравље као „добро“ и да је оно било обрнуто сразмерно броју посета лекару. У закључку овог истраживања се каже да самоперцепција здравља може бити валидан индикатор процене здравственог статуса који се може примењивати у кохортним студијама за праћење генералног здравља популације.[8]

Према већини студија најважнији доприносећи фактор у оцењивању сопственог здравља јесте медицинско стање испитаника, психо-социјална уравнотеженост и сопствено вредновање здравственог стања. Такође, и понашања везана за здравље, као што су структура слободног времена, физичка активност, пушење дувана, конзумирање алкохола и други фактори ризика (нпр. гојазност), директно утичу на рангирање сопственог здравља.[9]

У већини студија из ове области дошло се до закључка да различите добне групе различито оцењују сопствено здравље:

- старији испитаници самопроцену здравственог статуса везују и/или за своје медицинско стање, и/или за своје ограничене функционалне могућности, обухватајући на тај начин области физичког, психичког и социјалног доживљаја здравља, док
- млади самопроцену здравља више везују за сопствене доживљаје и понашања у односу на здравље, препознајући или не сопствено понашање као претњу по здравље, што показују многобројна истраживања о утицају здравственог понашања (пушење дувана, конзумирање алкохола и забрањених дрога, коришћење лекова, незаштићени и прерани сексуални односи, неуравнотежена исхрана) адолесцената и младих на здравствени статус, доводећи их у везу са морбидитетом и/или морталитетом ове добне групе.[10]

Самопроцена здравља као мера изузетно је субјективан здравствени индикатор који се разликује од земље до земље у зависности од социо-економског окружења, приступачности здравствених служби, културолошких традиција, чак и начина изражавања приликом постављања питања „самопроцене здравља“, што ће се и у одговору рефлектовати као културолошка разлика у перцепцији здравља.

Још један лимитирајући фактор у примени самопроцене здравља, као информације о здравственом статусу у односу на објективну процену здравља, јесте дефиниција здравља која се различито схвата и тумачи од особе до особе, а која зависи, опет, од културолошког окружења и пола особе.[3,11,12] На то указује истраживање спроведено у Индији, земљи ниског животног стандарда, земљи у којој постоје „затворене“ групе и подгрупе са својим културолошким обележјима. Резултати показују да су сиромашније групе становништва изјавиле да су мање болесне него што се очекивало према њиховој стопи морталитета. У овом случају здравствени проблеми исказани кроз самопроцену здравља мање су присутни у сиромашнијим групама због изграђених културалних и социо-економских разлика које утичу на перцепцију и јавно вредновање сопственог здравља за ту групу, односно, може се рећи да су чланови те групе „научени“ да трпе у тишини и болу.[13] У том контексту постоје и разлике у опхођењу према болести: групација становништва код којих постоји највећа опасност од болести, најмање се обраћа здравственим службама, мада треба узети у обзир и економски фактор (здравствене услуге тржишно оријентисане).[2] Због тога, перцепција сопственог здравља може да буде различита за сваку културолошку заједницу, чинећи тако компарацију самопроцене здравља међу различитим народима, више или мање, ирелеватним.[11]

Циљеви истраживања

1. Утврдити како студенти процењују своје здравље.
2. Утврдити здрвствено понашање студената,
3. Утврдити предикторе који утичу на самоперцепцију здравља студената.

Време и место истраживања

Истраживање је спроведено у периоду од септембра до децембра 1999. године у пет

универзитетских градова Републике Србије, на 55 факултета и пет виших школа, и то у: Београду (32 факултета), Крагујевцу (1 факултет), Нишу (9 факултета), Новом Саду (10 факултета и 3 више школе) и Суботици (3 факултета и 2 више школе). Истраживање је обављено у оквиру пројекта "Здравствено понашање студентске и средњошколске омладине" према методологији Светске здравствене организације.

Популација и јединица посматрања

Истраживањем је обухваћено десет процената од укупног броја уписаних студената прве (старости 18–19 година) и треће (старости 21–22 године) године студија, школске 1999/2000. године, што је укупно **5 385** испитаника. За потребе овог рада узорак је посматран као целина, сем у делу који се односи на самопроцену здравља: узорак је груписан по факултетима: природно-технички, друштвени и уметнички.

Инструмент истраживања

Инструмент истраживања био је стандардизовани упитник (који је прилагођен студентима) из протокола истраживања Здравственог понашања Светске здравствене организације за 1997/1998. Упитник је био анониман и чинила су га 106 питања. Обележја су нумеричка и атрибутивна, а модалитети обележја су развијени у оквиру ординалних (од двостепених до десетостепених скала) и номиналних скала.

Статистичка обрада података

За анализу добијених података коришћене су методе дескриптивне статистике и мултиваријационе анализе. Од метода дескриптивне статистике коришћене су мере централне тенденције (аритметичка средина), мере варијабилитета (стандардна девијација, стандардна грешка), одређивање релативних бројева, груписање и табелирање података. Од мултиваријационе анализе коришћена је мултипла регресиона анализа. За тестирање разлике у одговорима између испитаника који своје здравље процењују као „добро“, „осредње“ и „лоше“, коришћен је χ^2 тест таблице контигенције. Односно, за укрштање испитиваних варијабли и то, за категоричке варијабле коришћен је χ^2 тест егзактне вероватноће нулте хипотезе, а за континуиране варијабле Т-тест.

Предиктивна снага идентификованих фактора који одређују субјективну процену здравља или, другим речима речено, однос између зависне (*критеријумске*) варијабле и низа независних (*предикторских*) варијабли, испитивана је методом ***мултипле регресионе анализе***. Тај однос репрезентован је математичким моделом (регресионим моделом) или једначином која повезује зависну са независном варијаблом уз низ одговарајућих претпоставки. Регресија има за циљ предвиђање на основу дефинисаног облика повезаности, а усмерена је ка процесу *вероватног облика повезаности* међу варијаблама са тенденцијом да се на основу једне процењује, предвиђа или оцењује вредност друге варијабле. У вези са тим може се рећи да модел који је конструисан представља вероватан однос међу варијаблама, у циљу предвиђања или оцене вредности једне варијабле, на основу одговарајућих вредности других варијабли.[14,15,16,17,18,19]

У овом истраживању ***зависна варијабла,*** чија је вредност зависна од утицаја друге, односно других независно променљивих у испитиваном односу, била је **самопроцена здравља** (ординална варијабла која је нормализована методом Бломове трансформације и тако трансформисана варијабла посматрана је као варијабла интервалног нивоа мерења). Исход ове зависне варијабле покушан је да се објасни утицајем ***независних варијабли*** (које су дихотомне и континуиране), за које се претпоставља да утичу на неки догађај или испољеност у оквиру дефинисаног опсега испитиваних међуодноса.[15,20,21] Пре примене мултипле регресионе анализе, варијабле ординалног нивоа мерења трансформисане су

и нормализоване коришћењем Бломове трансформације.

Анализом главних компоненти издвојена је прва главна компонента сваке од скупина која објашњава највећу количину варијансе, односно основни предмет мерења овако изабране скале, те је добијен *факторски скор* на тој компоненти. Добијени факторски скор сваке од скупине варијабли употребљен је за предикцију самоперцепције здравља. Ако су овако добијени скорови повезани са самопроценом здравља, поставља се питање који би то добијени скорови могли да имају највећи допринос у објашњењу и предвиђању самоперцепције здравља? Ако се самопроцена здравља посматра као критеријумска варијабла, а добијени скорови као предиктор-ски, поступком *Step-Wise multiple regresije* могуће је утврдити допринос сваке варијабле у предвиђању самоперцепције здравља. Step-Wise multipla regresija јесте мултиваријациона метода чији је циљ да од две или више варијабли изабере оптималан број оних које, када се нађу у линеарном композиту, доприносе објашњењу дела варијансе која се предвиђа, а који није објашњен другим варијаблама које су у претходним корацима укључене у модел. У овом поступку има оноли-ко корака колико и варијабли у моделу, односно варијабле се уносе једна за другом и процењују се њихове вредности. Ако додата варијабла подржава модел, све друге варијабле у моделу се ретестирају како би се утврдило да ли још увек доприносе успеху модела и иде се све дотле док нове варијабле у регресионом моделу дају нов допринос, односно до тренутка када повећање коефицијента мултипле регресије увођењем нове варијабле није значајно. На тај начин би овакав модел на крају требало да обезбеди најмањи могући субсет предикторских (независних) варијабли које су најјаче повезане критеријумском (зависном) варијаблом.[21,18,14]

Методом мултипле регресије одређен је ***коефицијент мултипле регресије (R)*** који показује колика је повезаност (јачину везе) између критеријумске (зависне) варијабле, са једне, и линеарне комбинације предикторских (независних) варијабли (предвиђена критеријумска варијабла), са друге стране (коефицијент мултипле регресије у овој анализи је главни деноминатор за искључивање предиктора). ***Квадрат коефицијента мултипле регресије*** говори о томе колики се проценат варијансе критеријумске варијабле објашњава (предвиђа) на основу познавања варијансе предикторских варијабли. ***Бета стандардизовани регресиони коефицијент***, који се посматра као пондер у регресионој једначини, јесте мера која показује парцијални утицај појединих предикторских варијабли на крирериријумску варијаблу када се све остале предикторске варијабле које су у моделу држе константним. Њихова величина говори о томе за колико се мења критеријумска варијабла ако се дати предиктор промени за једну јединицу, а остали предиктори остану непромењени.[19,21,14]

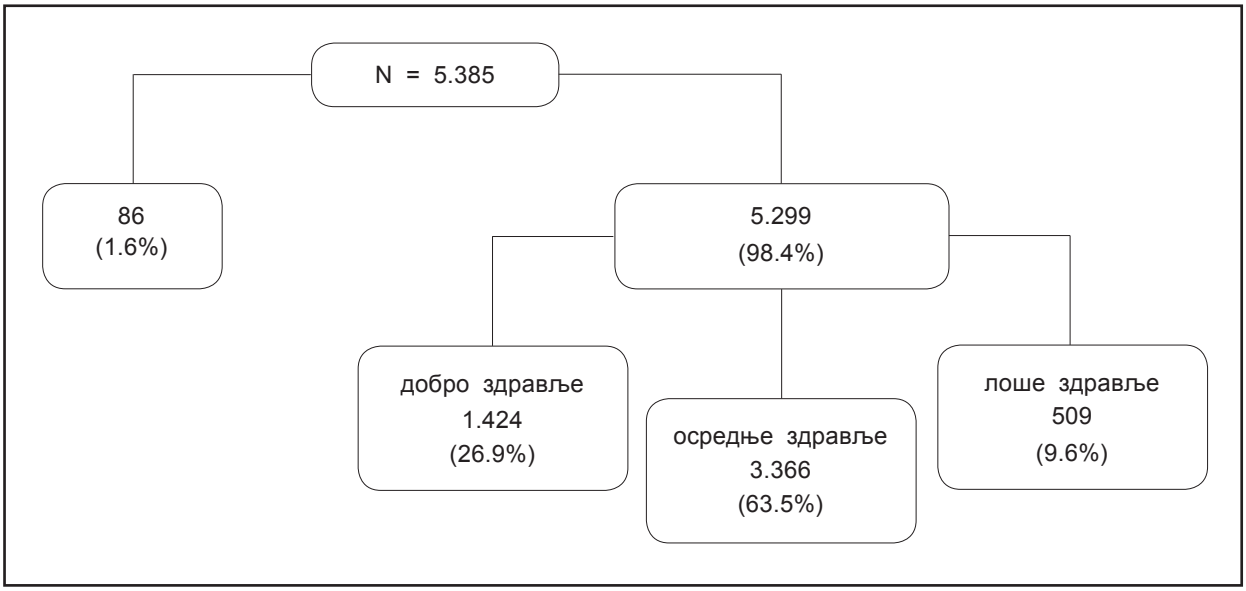
Анализа резултата

У анализи резултата биће представљени они резултати који су оцењени као карактеристични за посматрану појаву.

Социодемографске карактеристике испитаника

Од укупног броја испитаника (5.385), свој здравствени статус оценило је **5.299** (98.4%) студената, односно недостаје 86 (1.6%) одговора. Од оних који су одговорили на ово питање, 1.424 (26.9%) оценило је своје здравље као **добро** (у даљем тексту: студенти доброг здравља), 3.366 (63.5%) оценило је своје здравље као **осредње** (у даљем тексту: студенти осредњег здравља), док је 509 (9.6%) оценило своје здравље као **лоше** (у даљем тексту: студенти лошег здравља) (***шема 1***). Испитаници посматрани по групама факултета одговорили су на следећи начин:

- студенти природно-техничких факултета у нешто вишем проценту (28.0%) оценили су своје здравље као „добро“ у односу на цео узорак (26.4%), док су студенти уметничких факулте-



Шема 1. Дистрибуција анкетираних студената и њихова самопроцена здравља

та у нешто нижем проценту (22.3%) оценили своје здравље као добро;

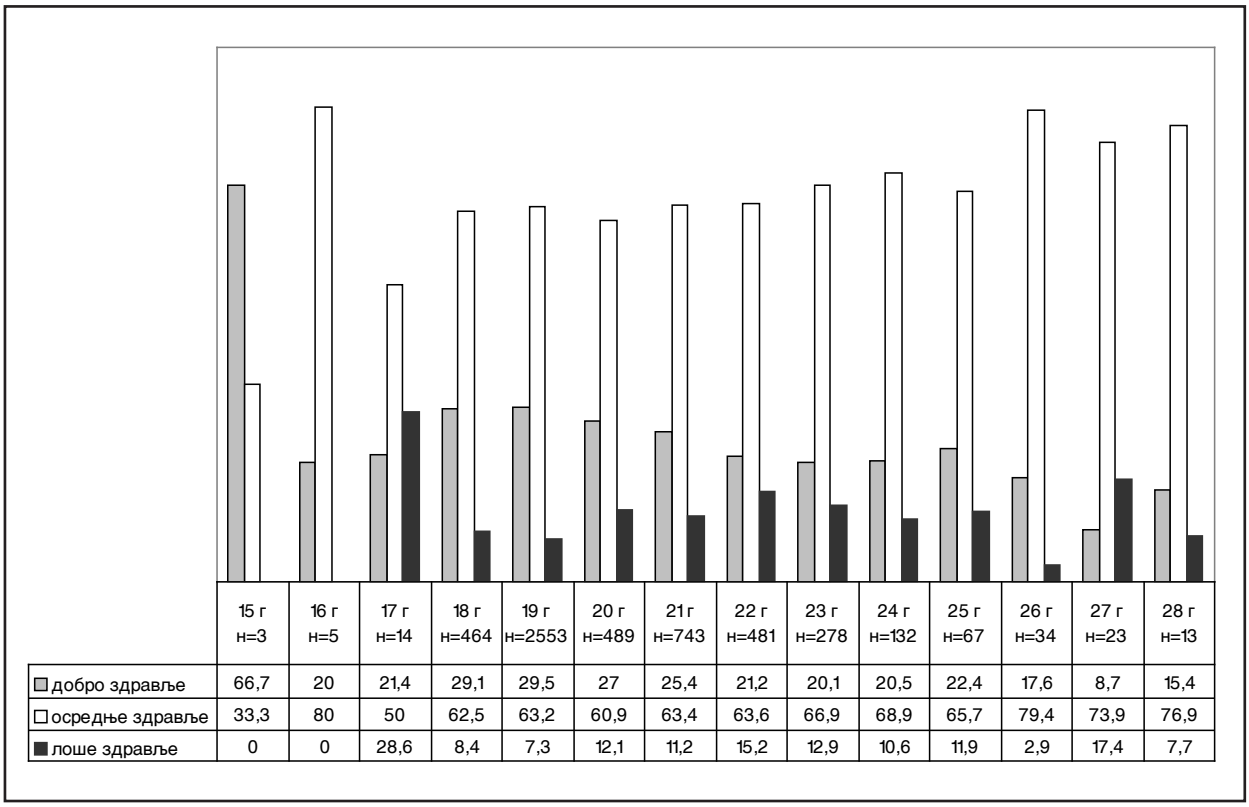
- испитаници посматрани по групама факултета своје здравље су окарактерисали као „осредње“ у једнаким процентима – у распону од 62.2 до 62.9%;
- студенти природно-техничких факултета су у најмањем проценту (8.3%) „лошег“ здравља, за разлику од студената уметничких факултета који су своје здравље оценили као „лоше“ у већем проценту (13.3%), а студенти друштвених факултета су у 10.1% „лошег“ здравља (***табела 1***):

Минималне године анкетираних студената који су оцењивали своје здравље су 15 (студенти уметничких факултета), а максималне године живота за посматране модалитете су 28. Посматрано по годинама живота, уочава се да су студенти своје здравље углавном оцењивали као осредње, а да са повећањем година живота тај проценат постаје све већи, док проценат студената доброг здравља са годинама опада (***графикон 1***).

Између студената који су процењивали своје здравље као добро, осредње и лоше, у односу на године живота, постоји веома ви-

Табела 1. Самопроцена здравственог статуса

узорак	добро здравље		осредње здравље		лоше здравље		нема одговора		Σ
	n	%	n	%	n	%	n	%	
цео узорак	1.424	26.4	3.367	62.5	508	9.5	86	1.6	5.385
природно-технички факултет	752	28.0	1.670	62.2	224	8.3	40	1.5	**2.686**
друштвени факултет	595	25.3	1.481	62.9	238	10.1	39	1.7	**2.353**
уметнички факултет	77	22.3	216	62.4	46	13.3	7	2.0	**346**



	15 г н=3	16 г н=5	17 г н=14	18 г н=464	19 г н=2553	20 г н=489	21 г н=743	22 г н=481	23 г н=278	24 г н=132	25 г н=67	26 г н=34	27 г н=23	28 г н=13
▒ добро здравље	66,7	20	21,4	29,1	29,5	27	25,4	21,2	20,1	20,5	22,4	17,6	8,7	15,4
□ осредње здравље	33,3	80	50	62,5	63,2	60,9	63,4	63,6	66,9	68,9	65,7	79,4	73,9	76,9
■ лоше здравље	0	0	28,6	8,4	7,3	12,1	11,2	15,2	12,9	10,6	11,9	2,9	17,4	7,7

Графикон 1. Дистрибуција студената према годинама живота.

соко статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***табела 2***).

Посматрано према полу своје здравље оценило је 2.004 (37.8%) студената и 3.295 (62.2%) студенткиња (***табела 3***), и већи је проценат студената (36.3%) доброг здравља него студенткиња (21.0%), док је осредњег здравља већи проценат студенткиња (67.7%) него студената (57.1%), и већи проценат студенткиња (11.3%) него студената (6.7%) оце-

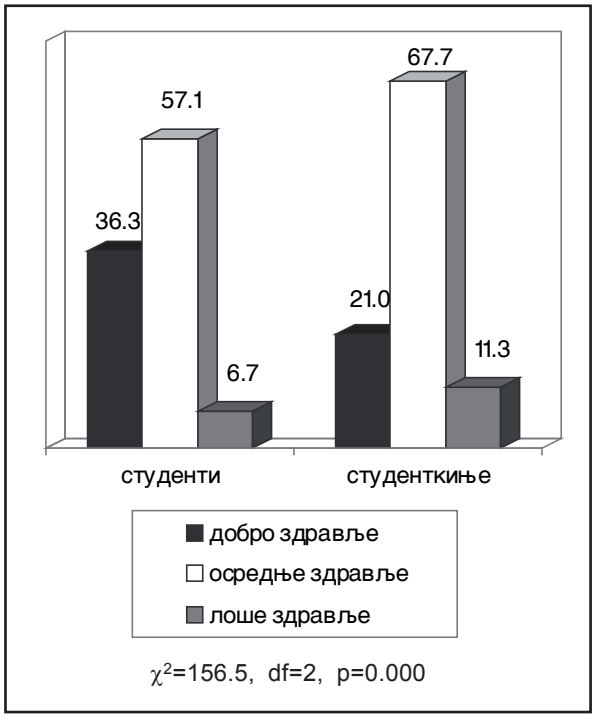
Табела 2. Статистички приказ година живота анкетираних студената према самопроцени здравља

Статистички параметри	здравље			Σ
	добро	осредње	лоше	
- укупан број (**N**)	1.424	3.366	509	**5.299**
- минималне године живота	15	15	17	**15**
- максималне године живота	28	28	28	**28**
- просечне године живота (x)	19,83	20,10	20,39	**20,10**
- SD	1.61	1.83	1.84	**0.58**
- SE	0.0427	0.0315	0.0816	**7.95**
статистичка значајност разлика		$T_{d.l.} = -4.815$ $p < 0.001$ $T_{d.l.} = -6.405$ $p < 0.001$ $T_{o.l.} = -3.274$ $p < 0.001$		

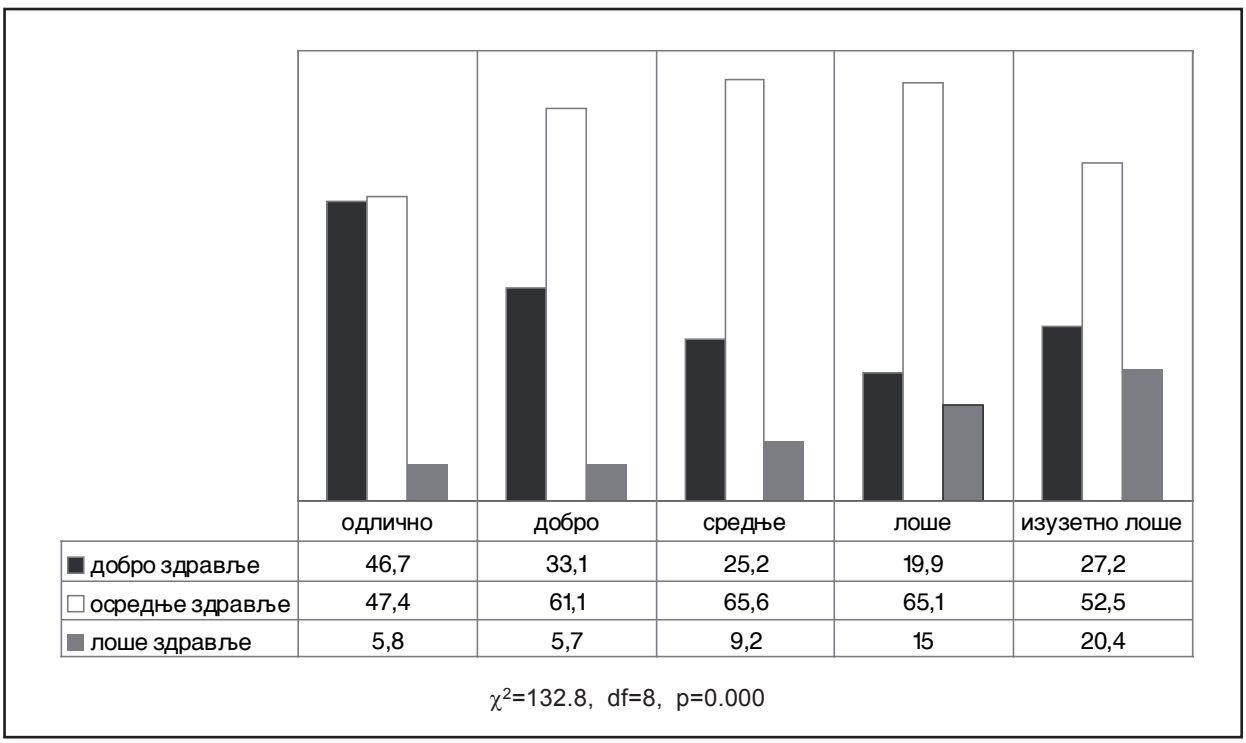
Табела 3. Статистички приказ старости анкетираних студената према полу

Статистички параметри	п о л		Σ
	м	ж	
- укупан број (**N**)	2.004	3.295	**5.299**
- минималне године живота	15	15	**15**
- максималне године живота	28	28	**28**
- просечне године живота (x)	20,08	20,05	**20,10**
- SD	1.82	1.76	**0.58**
- SE	0.040	0.0308	**7.95**
статистичка значајност разлика	**t-тест=0.746; p=0.200; p>0.05**		

нило је своје здравље као лоше, те постоји асоцијација између полова и самопроцене здравља на нивоу веома високо статистички значајне разлике ($p<0.001$) (***графикон 2***).



Графикон 2. Дистрибуција студената према полу и самопроцени здравља (%).



Графикон 3. Дистрибуција према имовном стању породице и оцени здравственог статуса студената (%).

Самопроцена здравља студената и социоекономски статус

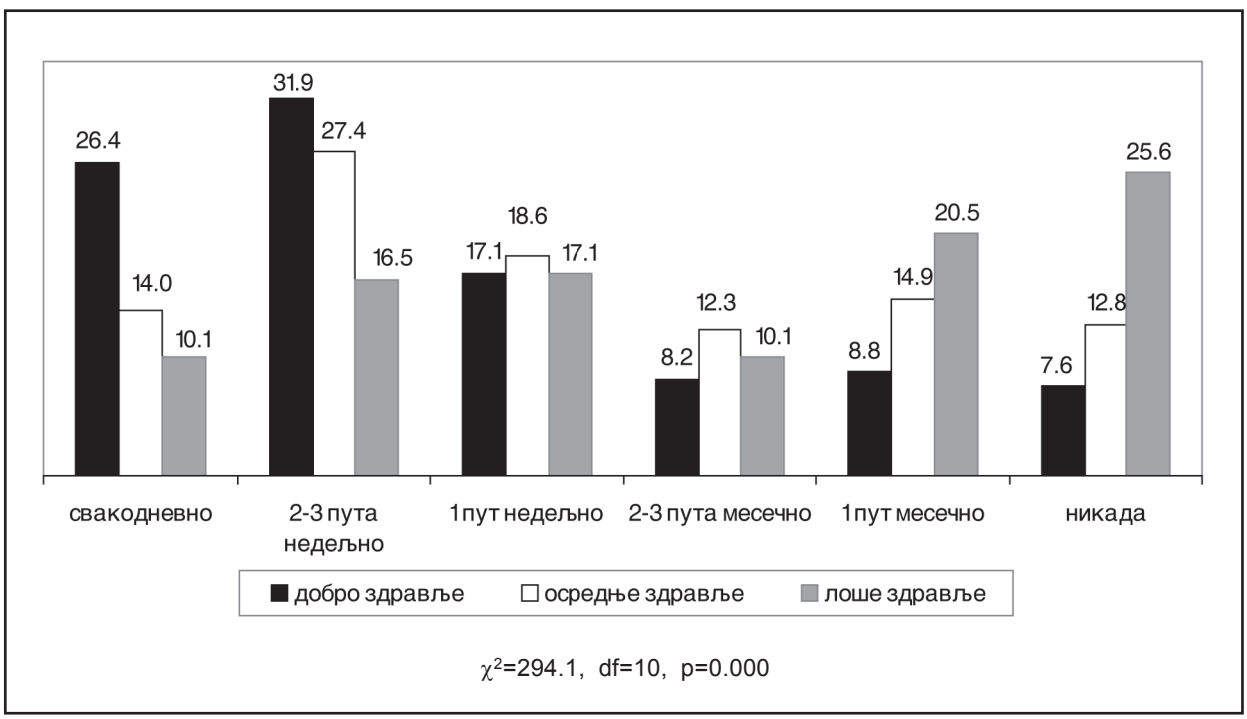
Студенти који потичу из породица одличног имовног стања, здравље оцењују као добро у 46.7%, а да би се потом, како опада стандард породице, смањивао проценат доброг здравља. Проценат осредњег здравља, у односу на имовно стање породице, креће се у распону од 47.4% до 65.6%. Испитаници из породица изузетно лошег имовног стања, оценили су своје здравље као лоше у 20.4%, због чега и постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***графикон 3***):

Самопроцена здравља студената и хигијенске навике

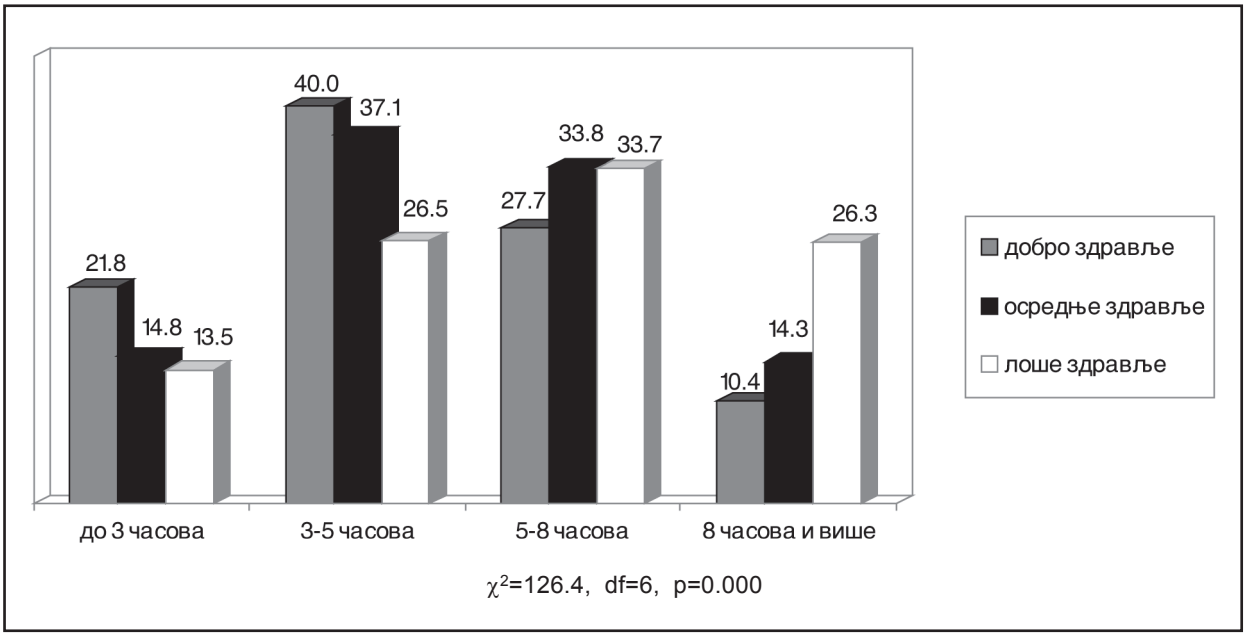
Студенти су млади људи који се рекреирају или се активно баве неким спортом, те је било занимљиво утврдитити њихову самопроцену здравља у односу на физичку активност: студенти доброг здравља свакодневно се рекреирају у 26.4%, осредњег здравља у 14.0%, а лошег у само 10.1%. Испитаници који се никада не рекреирају доброг су здравља у 7.6%, осредњег у 12.8%, а лошег у чак 25.6%, те постоји веома високо статистички значајна разлика између самопроцене здравственог статуса и физичке активности ($p<0.001$) (***графикон 4***).

Оптимално време седења за ову популациону групу је осам часова. Оно што се примећује у одговорима студената јесте да се са повећањем дужине седења у сатима процентуално повећава осећање лошег здравственог статуса: испитаници доброг здравља у 21.8%, осредњег у 14.8% и лошег у 13.5% седе само до три сата. Студенти доброг здравља у 10.4%, осредњег у 14.3% и лошег у чак 26.3% седе осам и више часова, те постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***графикон 5***).

Студенти доброг здравља у 59.6% и лошег у 43.1% спавају оптимално осам часова. Испитаници доброг здравља у 22.9%, а лошег у



Графикон 4. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на физичку активност (%)



Графикон 5. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на седење у току дана (%).

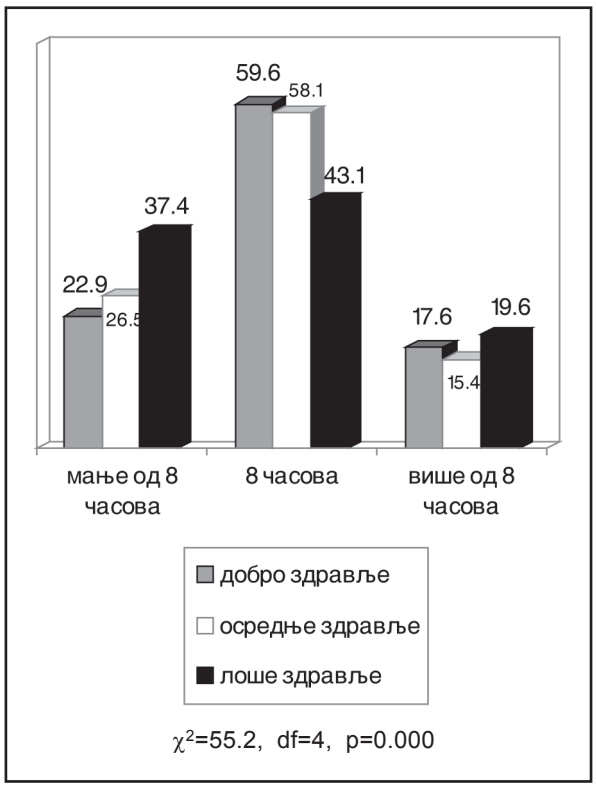
чак 37.4%, спавају мање од осам сати. У приближно истим процентима испитаници доброг здравља у 17.6%, осредњег у 15.4% и лошег у 19.6%, спавају више од осам сати, због чега постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***графикон 6***).

Самопроцена здравља и навике у исхрани

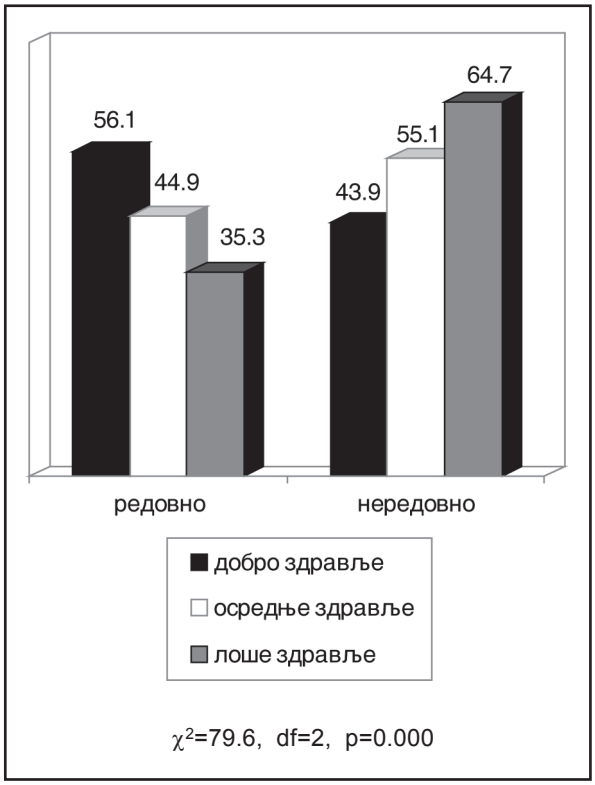
Да би разлика у (не)редовности оброка била уочљивија, рекодирани су модалитети којима се обележава фреквенца дистрибуције оброка: свакодневно и два до три пута недељно у **редовно**, а једанпут недељно и никада у **нередовно**. Уочава се да испитаници доброг здравља у 56.1% редовно имају све оброке, а када имају нередовне оброке лошег су здравља у 64.7%, те постоји веома високо статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***графикон 7***).

Самопроцена здравља студената и социјално здравље

Студенти доброг здравља у 89.5% задовољни су и углавном задовољни (задовољни: 47.5% + углавном задовољни: 42.0% = 89.5%) својим изгледом, а студенти лошег здравља у 34.4% (углавном незадовољни: 18.4% +



Графикон 6. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на дужину просечног спавања (%).

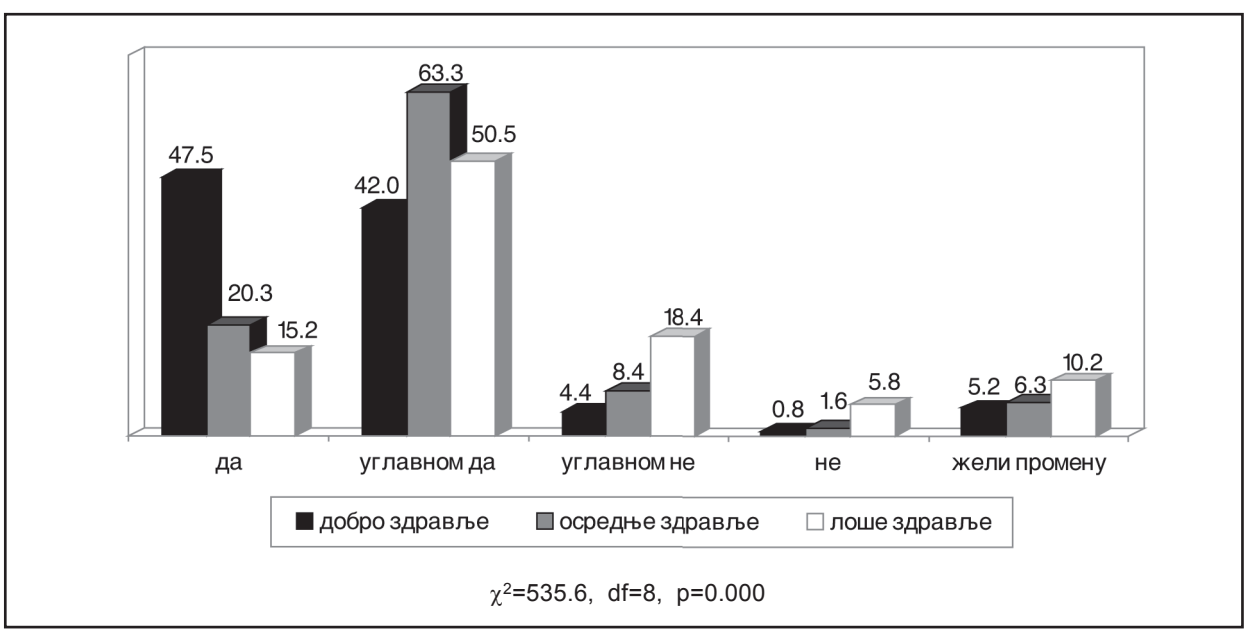


Графикон 7. Дистрибуција студената према самопроцени здравља и редовности конзумирања оброка (%).

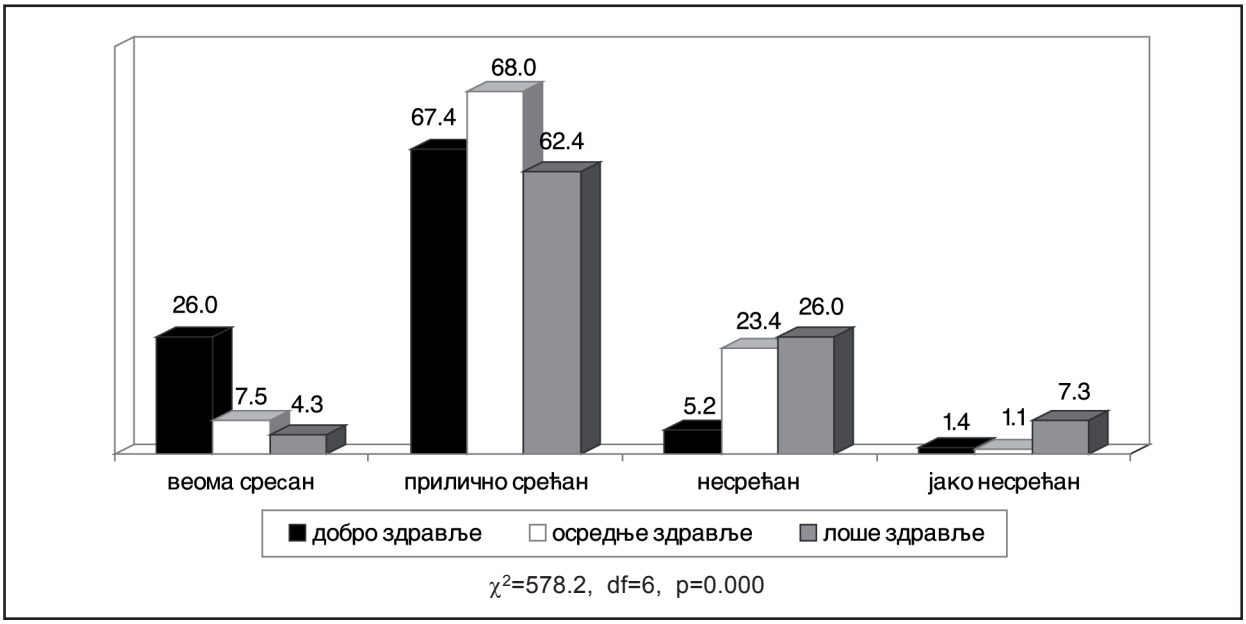
довољни: 5.8% + желе нешто да промене: 10.2% = 34.4%) незадовољни су сопственим изгледом, због чега и желе нешто да промене на себи. У посматраним контингентима студената постоји асоцијација између самопроцене здравља и задовољства својим изгледом на нивоу веома високо статистички значајне разлике ($p<0.001$) (***графикон 8***).

Ако је човек задовољан својим изгледом, а притом је и млад, онда се обично поседује и осећање доброг здравља, те је тада веома (26.0%) и прилично срећан (67.4%). Испитаници лошег здравља у 62.4% прилично су срећни, 26.0% су несрећни, а јако су несрећни у 7.3%. Ове разлике су веома високо статистички значајне ($p<0.001$) (***графикон 9***).

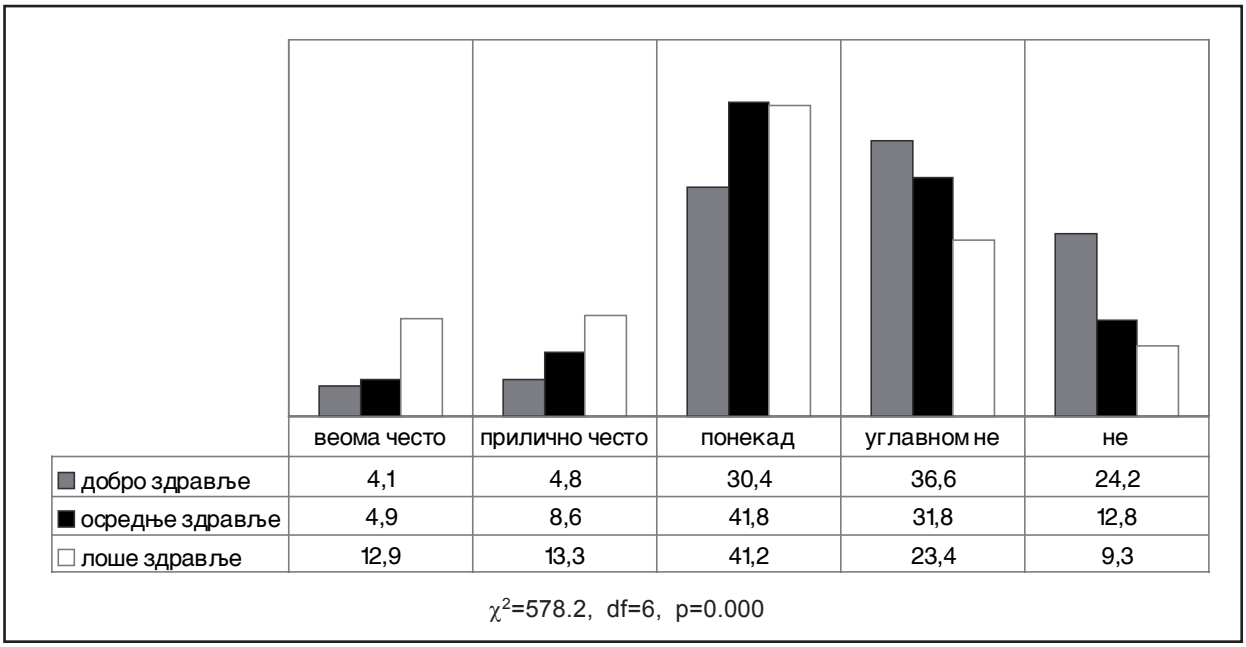
Студенти доброг здравља у само 4.1% су веома често усамљени, 30.4% понекад су усамљени, 36.6% углавном нису усамљени и 24.2% не постоји осећај усамљености. Испитаници лошег здравља у 12.9% веома су често усамљени, 13.3% прилично су усамљени и 41.2% понекад су усамљени. Између самопроцене здравља и осећања усамљености постоји асоцијација на нивоу веома високо статистички значајне разлике ($p<0.001$) (***графикон 10***)



Графикон 8. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на задовољство својим изгледом (%)



Графикон 9. Дистрибуција студената према оцени сопственог здравственог статуса и доживљаја садашњег живота (%).



	веома често	прилично често	понекад	углавном не	не
добро здравље	4,1	4,8	30,4	36,6	24,2
осредње здравље	4,9	8,6	41,8	31,8	12,8
лоше здравље	12,9	13,3	41,2	23,4	9,3

Графикон 10. Дистрибуција студената према самопроцени здравља и осећања усамљености (%).

Самопроцена здравља студената и здравствене тегобе

Када се доведу у везу самопроцена здравља студената и здравствене тегобе које су имали у последњих шест месеци, добијени су следећи подаци:

- нервоза је присутна код студената доброг здравља у 55.3%, осредњег у 73.5%, а лошег у чак 84.5%;

- бол у стомаку присутан је код студената доброг здравља у 33.2%, осредњег у 54.2%, а лошег у 70.9%;
- главобоља постоји код студената доброг здравља у 31.8%, осредњег у 54.5%, а лошег у 71.7%;
- тегобе са спавањем имају студенти доброг здравља у 20.1%, осредњег у 31.8%, а лошег у 53.8% (***табела 4***).
- Студенти свој здравствени статус и здравствене тегобе, као што су: главобоља, бол у стомаку, бол у леђима, малаксалост, потиштеност, раздражљивост, нервоза, тегобе са спавањем и вртоглавице, доводе у асоцијацију, тако што су у знатно вишим процентима лошијег здравља ако имају неку од наведених тегоба свакодневно (***табела 5***).

Табела 4. Дистрибуција студената према здравственим тегобама и самопроцени здравственог статуса

Здравствене тегобе	Самопроцена здравља						Укупно	
	добро здравље		осредње здравље		лоше здравље			
	n	%	n	%	n	%	n	%
нервоза	787	55.3	2.474	73.5	430	84.5	**3.691**	**69.6**
бол у стомаку	473	33.2	1.825	54.2	361	70.9	**2.659**	**50.2**
главобоља	453	31.8	1.835	54.5	365	71.7	**2.653**	**50.1**
раздражљивост	481	33.8	1.774	52.7	359	70.5	**2.614**	**49.4**
потиштеност	425	29.8	1.731	51.4	365	71.7	**2.521**	**47.6**
малаксалост	389	27.3	1.621	48.2	383	75.2	**2.393**	**45.2**
бол у леђима	368	25.8	1.326	39.4	303	59.5	**1.997**	**37.7**
тегобе са спавањем	287	20.1	1.072	31.8	274	53.8	**1.633**	**30.8**
вртоглавица	106	7.5	578	17.2	206	40.5	**890**	**16.8**

Табела 5. Статистичка значајност здравственог статуса студената у односу на здравствене тегобе

Варијабла	χ^2	df	p	Ст. значај.
главобоља	457.2	8	0.000	***
бол у стомаку	461.3	8	0.000	***
бол у леђима	264.2	8	0.000	***
малаксалост	609.4	8	0.000	***
потиштеност	464.6	8	0.000	***
раздражљивост	366.5	8	0.000	***
нервоза	406.1	8	0.000	***
тегобе са спавањем	328.5	8	0.000	***
вртоглавице	334.7	8	0.000	***

*** p<0.001 (веома високо статистички значајна разлика)

Табела 6. Ранг тегоба студената према мишљењу о свом здрављу

Здравствене тегобе	ранг = здравствене тегобе : здравље			
	добро здрав.	осредње здрав.	лоше здрав.	Σ
нервоза	1	1	1	**1**
раздражљивост	2	4	6	**4**
бол у стомаку	3	3	5	**2**
главобоља	4	2	3	**3**
потиштеност	5	5	4	**5**
малаксалост	6	6	2	**6**
бол у леђима	7	7	7	**7**
тегобе са спавањем	8	8	8	**8**
вртоглавица	9	9	9	**9**

Сходно претходним подацима, рангиране су здравствене тегобе код испитаника према процени сопственог здравственог статуса и без обзира да ли су студенти доброг, осредњег или лошег здравља, на првом месту по значајности је нервоза, на седмом је бол у леђима, на осмом тегобе са спавањем и на деветом је вртоглавица. Једино значајна разлика у рангирању постоји када је у питању малаксалост (***табела 6***).

Самопроцена здравља студената и адиктивно понашање

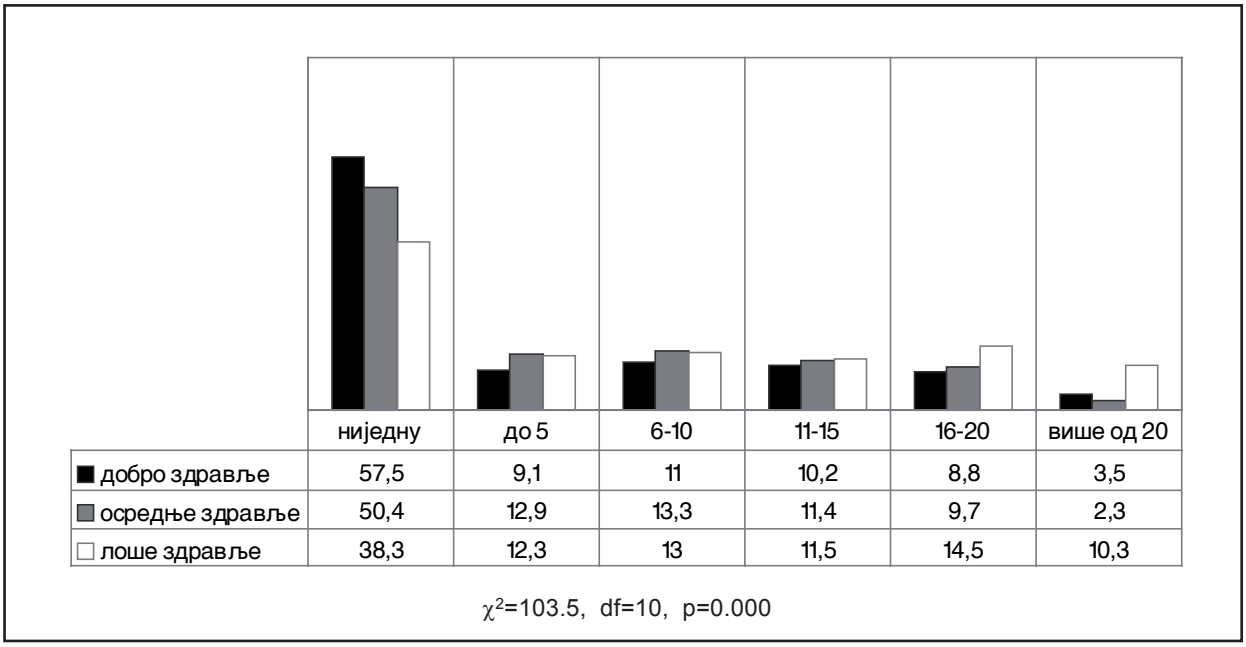
Испитаници доброг здравља у 57.5% не пуше, а 3.5% је оних који пуше више од 20 цигарета дневно. Сличан је однос и када студенти своје здравље оцењују као лоше: студенти лошег здравља у 38.3% не пуше, док 10.3% пуше више од 20 цигарета дневно, те постоји веома висока статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***графикон 11***).

Студенти који не пуше, лошег су здравља у 8.4%, за разлику од оних који пуше дуже од осам година и који су лошег здравља у 14.6%, те постоји веома висока статистички значајна разлика ($p<0.001$) (***графикон 12***).

Студенти који пуше да би савладали стресне ситуације, доброг су здравља у 23.5%, осредњег у 31.5%, а лошег у чак 47.5%, те постоји веома високо статистички значајна разлика, односно постоји асоцијација између ових двеју варијабли (***графикон 13***).

Студенти који конзумирају неко алкохолно пиће једном месечно у приближно истим процентима (од 59.4 до 63.2%), оцењују своје здравље као добро, осредње и лоше. Када студенти пију једном до три пута недељно, своје здравље оцењују као добро, осредње или лоше у приближно истим процентима (32.5 до 35.2%) (***графикон 14***).

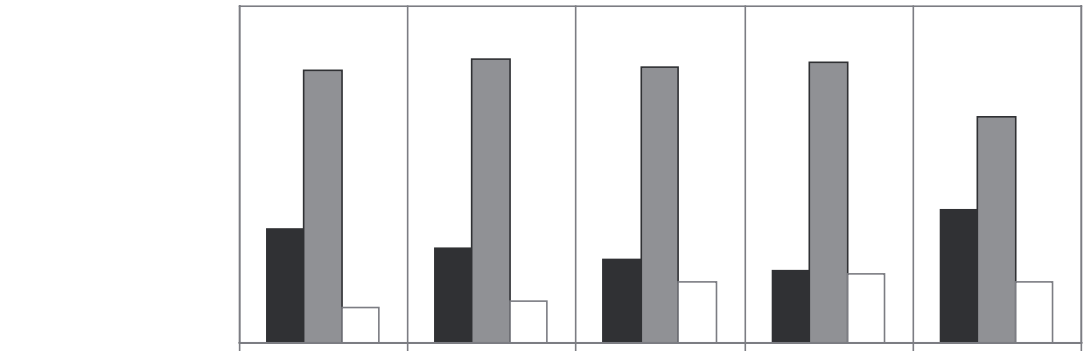
Више од половине испитаника (56.4%) целог узорка, одговорило је на питање: Да ли конзумира рогу? Од испитаника који су одговорили на ово питање, 26.0% је изјавило да конзумира неку од понуђених дрога у упитнику у различитим временским интервалима. Студенти доброг здравља у 78.6% не конзумирају дрогу за разлику од оних (21.4%) који је конзумирају. Испитаници лошег здравља у 37.0% користе неку дрогу, мада је чак 63.0% студената изја-



	ниједну	до 5	6-10	11-15	16-20	више од 20
■ добро здравље	57,5	9,1	11	10,2	8,8	3,5
■ осредње здравље	50,4	12,9	13,3	11,4	9,7	2,3
□ лоше здравље	38,3	12,3	13	11,5	14,5	10,3

$\chi^2=103.5,\ df=10,\ p=0.000$

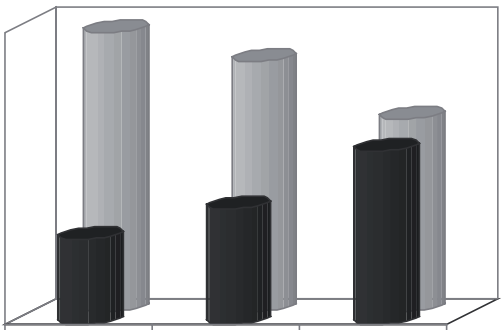
Графикон 11. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на број попушених цигарета у току дана (%)



	не пуши	до 2 год.	до 5 год.	до 8 год.	дуже од 8 год.
■ добро здравље	27	22,4	19,8	17	31,7
■ осредње здравље	64,6	67,6	65,7	66,7	53,7
□ лоше здравље	8,4	9,9	14,6	16,3	14,6

χ^2=54.6, df=8, p=0.000

Графикон 12. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на дужину пушачког стажа (%).

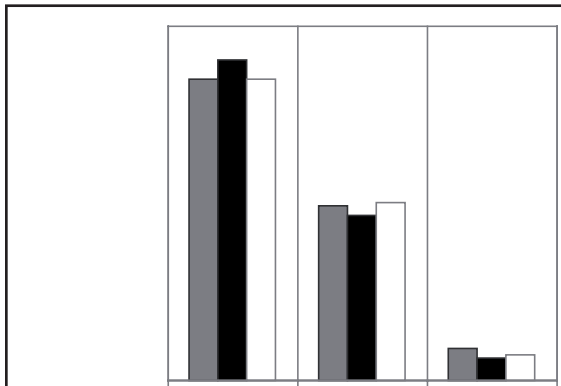


	добро здравље	осредње здравље	лоше здравље
■ да	23,5	31,5	47,5
■ не	76,5	68,5	52,5

χ^2=57.5, df=2, p=0.000

Графикон 13. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на пушење дувана ради савладавања стреса (%).

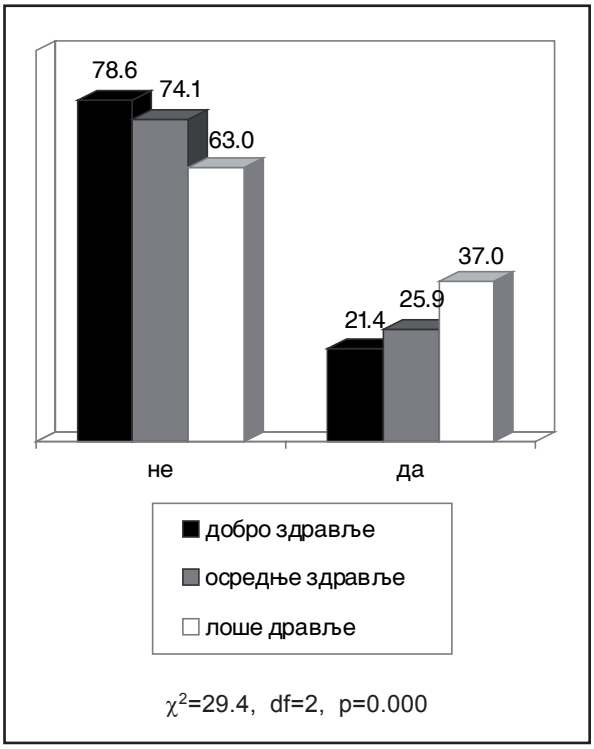
вило да је лошег здравља, иако не користи ниједну дрогу. Између посматраних контингенција студената постоји веома високо статистички значајна разлика (p<0.001) (***графикон 15***).



	1 пута месечно/из узетно	1-3 пута недељно	сваки дан
■ добро здравље	59,4	34,4	6,2
■ осредње здравље	63,2	32,5	4,3
□ лоше здравље	59,6	35,2	5,2

χ^2=15.9, df=6, p=0.010

Графикон 14. Дистрибуција студената доброг, осредњег и лошег здравља у односу на фреквенцу конзумирања алкохолних пића (%).



Графикон 15. Дистрибуција студената доброг и лошег здравља у односу на конзумирање дрога (%).

Предиктори самопроцене здравља студената

Stepwise поступком мултипле линеарне регресије тестиране су следеће предикторске варијабле: године живота; степен образовања родитеља; социо-економски статус породице; пушење дувана; фреквенца конзумирања алкохолних пића; фреквенца и врста конзумирања дрога; физичка активност; лична хигијена; редовност спавања; дистрибуција оброка: редовност конзумирања оброка (доручак, ужина, вечера); дневно конзумирање куваних оброка; конзумирање воћа и поврћа; конзумирање слаткиша; конзумирање „брзе хране“; задовољство својим изгледом; задовољство својим садашњим животом; одсуство здравствених тегоба; узимање лекова (за главобољу и болове у стомаку) и психофармака (за спавање и нервозу); социјално здравље (комуникација са околином); друштвени живот (култура и забава); конфликти са околином; и сексуално понашање. Након тестирања добијене су следеће предикторске варијабле које доприносе објашњењу самоперцепције здравља и сачињавају линеарни композит који служи за предикцију критеријумске варијабле: здравствене тегобе, задовољство својим изгледом, задовољство својим садашњим животом, физичка активност, узимање лекова, старост, забава, конзумирање воћа и поврћа, комуникација са околином, пушење дувана, степен образовања родитеља, друштвени живот (култура) и „брза храна“.

Прва варијабла која се издвојила и која има највише заједничке варијансе са самопроценом здравља (или највише утиче на самопроцену здравља) јесу здравствене тегобе. Корелација ове две варијабле је R=0.380, односно то је 14.4% заједничке варијансе између самоперцепције здравља и „здравствене тегобе“ као предикторске варијабле. У другом кораку здравственим тегобама придодато је задовољство својим изгледом, и у таквом моделу коефицијент мултипле регресије износи R=0.414, а то је 17.2% заједничке варијансе између критеријумске варијабле и присутних предикторских варијабли. У сваком кораку, са додавањем предикторских варијабли, повећава се коефицијент мултипле регресије или повезаност између критеријумске варијабле и линеарне комбинације предикторских варијабли, тј. повећава се проценат заједничке варијансе (у првом моделу је 14.4%), те тако у последњем кораку, у коме се налазе све придодате предикторске варијабле, коефицијент мултипле регресије износи R=0.470 (или 22.1% заједничке варијансе између самоперцепције здравља и свих предикторских варијабли које чине модел). У ***табели 7*** приказано је 13 корака којима су постепено једна по једна додаване предикторске варијабле.

Из истог исписа на ***графикону 16*** приказан је квадрат коефицијента мултипле регресије (R^2) у процентима који показује колика је повезаност између критеријумске варијабле и линеарне комбинације предикторских варијабли. Уочава се да у првом моделу коефицијент детерминације износи R^2=0.144 или 14.4%, где је присутна само предикторска варијабла здравствене тегобе, а у последњем моделу коефицијент мултипле регресије је R^2=0.221 или

22.1%, где су присутне све укључене предикторске варијабле:

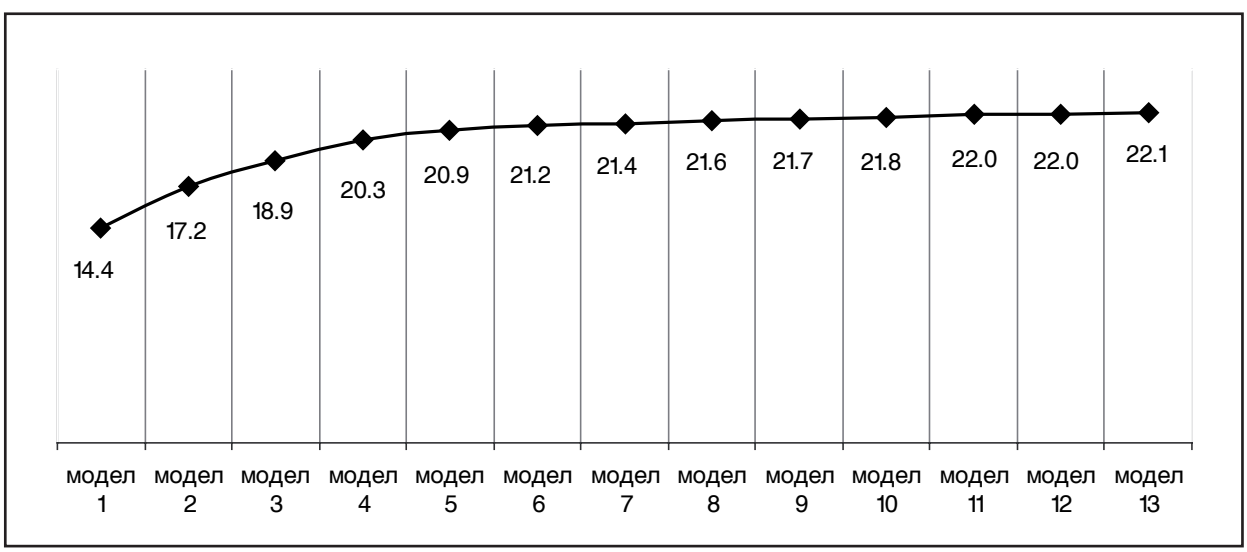
У коначном моделу налазе се предикторске варијабле самопроцене здравља. Тако, на пример, ако студент нема здравствене тегобе, стандардизовани регресиони коефицијент (β стандардизовани регресиони коефицијент) износи β=-0.242; t-тест=-17.446, а значајност β коефицијента је p=0.000 (или веома је високо статистички значајно p<0.001), што значи да највећи парцијални допринос од свих предикторских варијабли у односу на критеријумску варијаблу, имају здравствене тегобе. У контексту осталих предиктора њихови парцијални доприноси су све мањи и мањи, те на пример, задовољство својим изгледом нешто мање утиче на самоперцепцију здравља, јер је β=0.118; t-тест=9.123; затим, у одсуству забаве самоперцепција здравља код студената је лошија, а предикторска варијабла мање је повезана са субјективном оценом здравља (β=-0.042; t-тест=-3.321); такође, ако је степен образовања родитеља виши, студенти оцењују своје здравље боље (β=0.038; t-тест=3.152). Последња придодата предикторска варијабла „брза храна“, најмање је парцијално повезана са самоперцепцијом здравља (β=-0.027; t-тест=-2.09): ако студенти више конзумирају ову врсте хране, они своје здравље више перципирају као лоше (***табела 8 и графикон 17***).

Табела 7. Модели који су ушли у мултиплу регресиону анализу

МОДЕЛ	коефицијент мултипле регерсије (R)	квадрат мултипле регресије (R^2)	df	значајност
1	0.380	0.144	1	0.000
2	0.414	0.172	1	0.000
3	0.435	0.189	1	0.000
4	0.450	0.203	1	0.000
5	0.457	0.209	1	0.000
6	0.460	0.212	1	0.000
7	0.463	0.214	1	0.000
8	0.465	0.216	1	0.000
9	0.466	0.217	1	0.003
10	0.467	0.218	1	0.003
11	0.469	0.220	1	0.005
12	0.469	0.220	1	0.019
13	0.470	0.221	1	0.037

Од овако издвојених варијабли мултипле линеарне регресије, њиховим груписањем сачињена су три различита модела тестирана хијерархијском мултиплом регресијом:

- први модел, кога чине демографске карактеристике испитаника (године живота) и степен

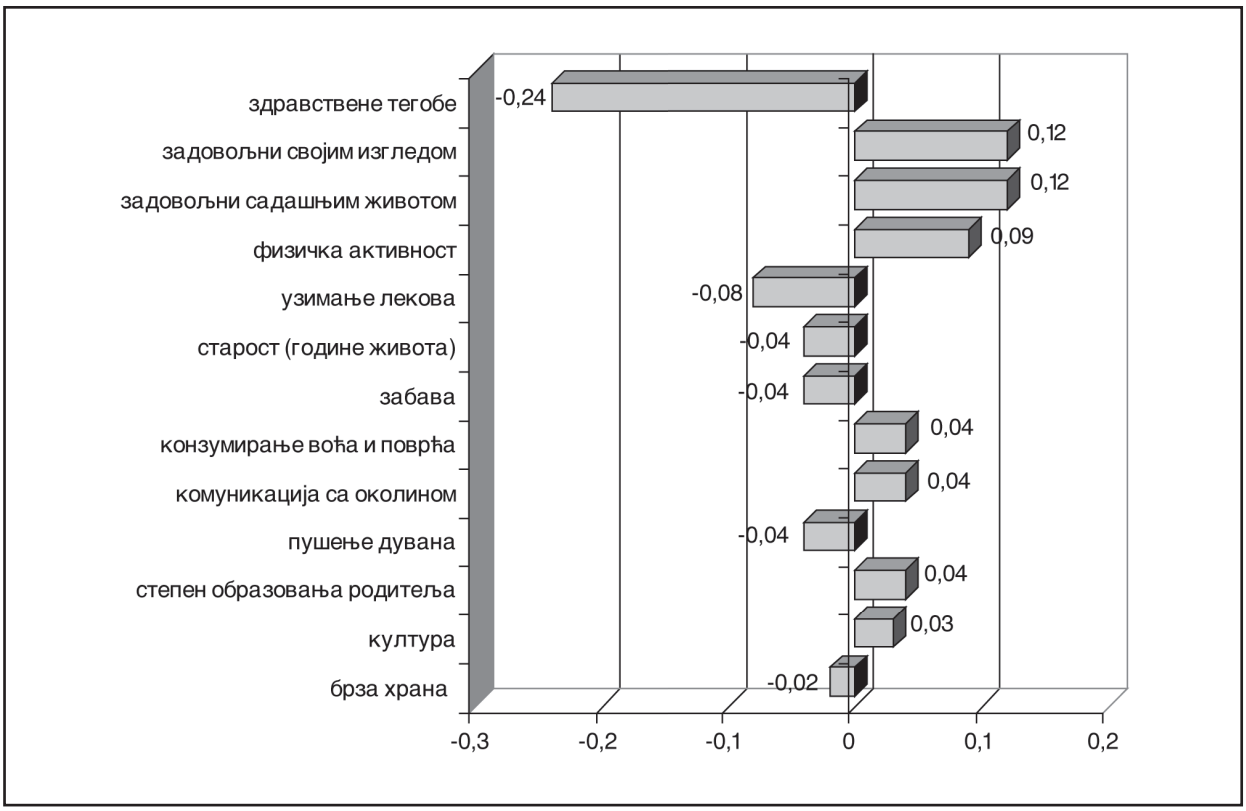


Графикон 16. Приказ квадрата коефицијента мултипле регресије (R^2) за 13 модела (%)

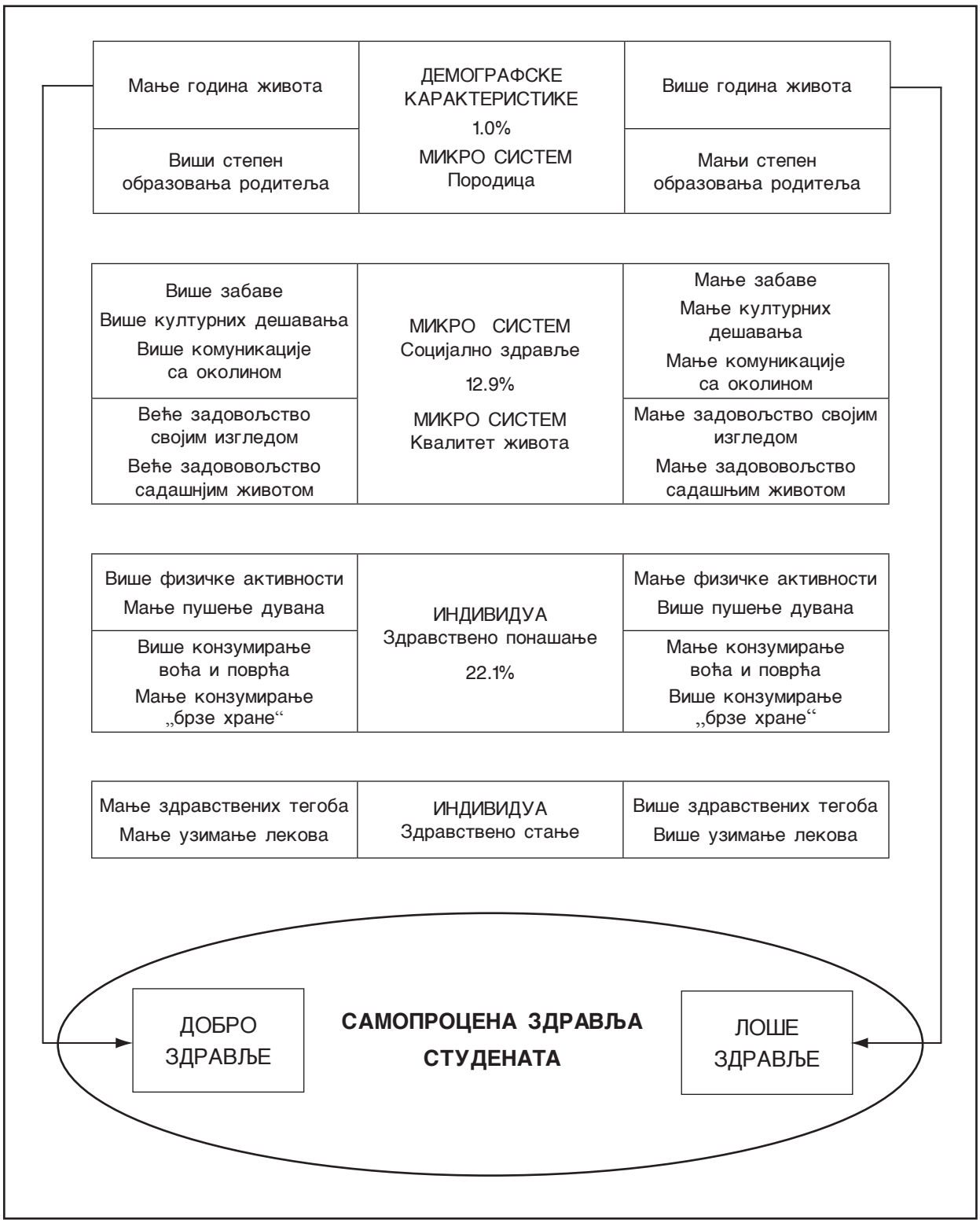
Табела 8. Коначни модел предикторских варијабли и самопроцена здравља

МОДЕЛ 13 (предикторске варијабле)	**стандардизовани регресиони β коефицијент**	**т-тест**	**значајност β коефицијента**	**статистички значај**
здравствене тегобе	- 0.242	-17.446	0.000	***
задовољни својим изгледом	0.118	9.123	0.000	***
задовољни садашњим животом	0.125	9.380	0.000	***
физичка активност	0.093	7.153	0.000	***
узимање лекова	- 0.080	- 6.230	0.000	***
старост (године живота)	- 0.045	- 3.688	0.000	***
забава	- 0.042	- 3.321	0.000	***
конзумирање воћа и поврћа	0.038	2.981	0.003	**
комуникација са околином	0.040	3.091	0.002	**
пушење дувана	- 0.036	- 2.877	0.004	**
степен образовања родитеља	0.038	3.152	0.002	**
култура	0.030	2.377	0.017	*
брза храна	- 0.027	- 2.090	0.037	нс

ns p>0.05 (није статистички значајно) ** p<0.01 (високо статистички значајно)
* p<0.05 (статистички значајно) *** p<0.001 (веома високо статистички значајно)



Графикон 17. Приказ стандардизованог регресионог коефицијента



Шема 2. Предикторске варијабле које објашњавају самоперцепцију здравља.

образовања родитеља, у субјективној процени здравља учествује са свега 1.0%;
- другом моделу придодате су предикторске варијабле које припадају микросистему, а то су: социјално здравље (забава, култура, комуникација са околином) и квалитет живота повезан са здрављем (задовољство својим изгледом, доживљај садашњег живота), и они учествују у самоперцепцији здравља са 12.9%; и
- трећем моделу, коме су придодате предикторске варијабле које се односе на здравствено понашање (то су: физичка активност, пушење дувана, конзумирање воћа и поврћа и „брза храна“) и здравствено стање (то су: здравствене тегобе и узимање лекова), објашњавају самопроцену здравља са 22.1% (***шема 2***).

Дискусија

У литератури постоји мали број студија које су посвећене самопроцени здравља као индикатору здравственог статуса, поготову младих људи у периоду од 18. до 26. године старости. Овакав однос истраживача може се објаснити, поред тога што су млади најздравија добна група, са ниским стопама морбидитета и морталитета, и тиме што се адолесценти (односно студенти) налазе у периоду повишене свесности и пажње свом телесном статусу и добром здравственом стању, тако да се перцепција здравља, самопуздање и задовољство сопственим животом рефлектује кроз високо позитивно вредновану самопроцену здравља.

Прва истраживања о здрављу младих и повезаности здравља и здравственог понашања, била су спроведена 1982. године у Финској, Норвешкој и Енглеској. Убрзо након публиковања добијених резултата, Светска здравствена организација је прихватила овакав начин праћења и процене здравља младих, тако да су истраживања овако дизајнирана 1997/98. године спроведена у 28 земаља. Један део ових истраживања односио се на генерално здравље и самопроцену здравственог статуса адолесцената. Према овом истраживању млади су оценили своје здравље као добро у распону од 81.2 до 98.0% (просек за све земље учеснице студије је 91.8%).[22] Према подацима Европске комисије RUROSTAT, која је обавила истраживање у 15 земаља Европске уније, у периоду од 1996. до 1998. године, млади од 16. до 24. године су: веома доброг здравља у просеку 86.5% за посматрани период; осредњег здравља у просеку 11.5% за посматрани период; и веома лошег здравља у просеку 2.2% за посматрани период. У овом истраживању уочено је да су млади у земљама чланицама Европске уније своје здравље 1996. године оценили као веома добро у вишим процентима него 1998. године. Посматрано по државама чланицама Европске уније, млади Аустрије осећају се најздравије (95.3% у просеку за посматране године), а потом следе млади Ирске (93.7% у просеку за посматране године), што се објашњава стабилном политичком ситуацијом у тим земљама, пре свега економском, као и малим приливом избеглица из земаља у транзицији. Млади Француске (81.0%), а потом Немачке (84.5%), оценили су своје здравље као веома добро најнижим процентима у односу на остале државе чланице Европске уније, што је (вероватно) последица доласка великог броја избеглица из земаља у транзицији и из азијских земаља.[11]

Посматрана перцепција здравља према полу показује да још у периоду адолесценције постоје разлике: дечаци/младићи лакше подносе „здравствене проблеме“ него супротан пол. И у каснијим годинама живота жене су незадовољније својим здрављем него мушкарци, односно, можда би се могло рећи, жене се брижније односе према сопственом здрављу, што се повезује са материнством. Према културолошком моделу, жене ће пре саопштити да имају неки здравствени проблем, јер је за њих прихватљивије да буду болесне него што је то случај са мушкарцима. Болест је далеко мање стигматизирајућа за жену, јер за њу важе нижи стандарди здравља, док су здравље и снага традиционално мушка вредност. Такође, културална је претпоставка да су жене „деликатније“ створења, те и отуда могу бити и болесније од мушкараца, који су, углавном, социјализовани у складу са стоичким обрасцима, због чега су мање спремни да саопште

и признају симптоме болести или пак да затраже медицинску помоћ. Социјална структура и психолошке детерминанте здравља генерално су значајније за особе женског пола, а детерминанте понашања значајније су за мушкарце, до чега се дошло вредновањем здравља путем самоперцепције здравља, функционалног здравља, присуства хроничних болести и стреса.[2,23]

Здравље, као интегрални део људског благостања, у основи је свих социо-економских активности и процеса развоја, због чега циљеви заштите и унапређења здравља, који, као основни услови социо-економске политике, упоредо се дефинишу са макроекономским циљевима и остварују се симултано. Да постоји снажна директна корелација између здравственог статуса и социјалних и економских фактора, односно, социо-економског статуса индивидуе, породице и друштва у целини, препознато је још у прошлом веку и документовано великим бројем студија. Социоекономски статус, обично се посматра кроз положај индивидуе и породице или се обе ове димензије „сабирају", које, без обзира да ли се посматрају одвојено или заједно, подразумевају приходе, богатство, степен образовања, социјално благостање (статус у друштву) и/или још и неке друге културолошке атрибуте установљене у дотичном друштву, а које условљавају различите аспекте социјалне стратификације.[24,25] Од набројаних критеријума на основу којих се мери социо-економски статус породице, односно друштва, а који се доводе у везу са здравственом неједнакошћу, односно са неједнаком расподелом ризика оболевања и морталитета у појединим групама становништва, у литератури се најчешће помињу класични индикатори, као што су: приходи (на чему инсистирају економисти), степен образовања и професионални статус.

Поставља се питање: Како степен образовања и приходи утичу на здравље? Економисти тврде да се новцем купује здравствена заштита, степен образовања омогућава избор, а заједно побољшавају здравље, под условом да особа има адекватан посао.[25] Веома добар пример за то је истраживање CDC у Сједињеним Америчким Државама, према коме су чланови домаћинства који су имали низак степен образовања и посао којим су били незадовољни (ниска зарада у односу на животне трошкове), перципирали своје здравље као лоше у 8.3%, а добро у 73.6%, за разлику од испитаника који су завршили факултет и задовољни су својим радним местом: они су своје здравље оценили као лоше у свега 1.1%, а као добро у 94.5%.[26]

Ефекат неједнакости у приходима породице може снажно да асоцира са самопроценом здравља и другим облицима здравственог понашања. Lynch W. и сарадници у свом истраживању истичу да када су људи нижег степена образовања, тада су нижег економског статуса, и према сопственој изјави испитаника, лошијег су здравственог стања. При томе, код ове групе испитаника постоји снажна веза између нижег социо-економског статуса и ризичног понашања, као на пример, пушења дувана и конзумирања алкохола, неадекватне исхране, испитаници се мање баве рекреацијом, депресивнији су и мање задовољни својим животом, што је супротно изјавама испитаника високог степена образовања, који су и вишег социоекономског статуса, што је оснажујући фактор здравијег стила живљења. Зато аутори сматрају да се боље здравље може постићи смањивањем друштвене поларизације, мањом материјалном угроженошћу и већом друштвеном подршком.[27,28]

Да постоји значајна повезаност између социо-економског статуса и самопроцене здравља, Laubach W. је утврдио на узорку од 2.948 одраслих особа различитог социо-економског статуса, које су се изјашњавале о задовољству својим животом, о својим ставовима и понашању и о свом здравственом статусу. Како Laubach W. тврди, постоји смањење ризика и морбидитета код особа вишег социјалног статуса у поређењу са особама нижег социјалног статуса. Код испитаника оба пола нижег социо-економског статуса бележи се већа инциденца инфаркта срца, можданог удара, реуматска обољења, хронични бронхитис и професионална обољења. Према овом истраживању, скоро све скале изабраних мерних инструмената показале су значајан степен повезаности са социјалним статусом који се показао као

релевантан предиктор за самоперцепцију здравља: особе које припадају нижем социјалном сталежу показале су нижи степен задовољства својим здрављем и животом, имале су више психосоматских тегоба и телесних сметњи и биле су мање способне да учине нешто у циљу побољшања сопственог здравља, у односу на особе које су припадале вишем социјалном сталежу.[2]

Значај физичке активности за друштво није само лимитирано здрављем, већ све више и више има значаја за економију, социјализацију и едукацију, јер редовна рекреација позитивно асоцира са физичким, менталним и социјалним здрављем. У великом броју студија доказано је да је физичка активност део комплексне, мултифакторијалне етиологије многих хроничних незаразних обољења (гојазности, кардиоваскуларних болести, остеопорозе, депресије и анксиозности). Живот већине људи у развијеним земљама карактерише висок степен урбанизације, аутоматизације и технолошког развоја производње, уз истовремено побољшање радних и животних услова, али и негативних импликација на здравље и психофизичку кондицију. Основни фактор који у таквим условима живота угрожава здравље људи јесте смањена физичка активност, а ако се томе придружи и неадекватна исхрана, како по обиму, тако и по квалитету, исход је повећање телесне тежине, а што све заједно особу уводи у зачарани круг седантерног начина живота.[29,30,31]

И Manderbacka K. је добила код својих испитаника (5.306 Швеђана старости од 18 до 75 година) да постоји снажна веза између физичке неактивности и лошег здравља, на шта указује оддс ратио: они који никада не вежбају лошег су здравља и OR је 2.95, а код оних испитаника који свакодневно вежбају, нема корелације између ових двеју варијабли, јер је OR 1.00.[32] Седантерни начин живота је карактеристичан за средњу и старију генерацију, међутим, слично се понашају деца и млади људи, а што се одражава на њихов раст и развој. Зато, ако се још у раном детињству започне са редовним физичким активностима, а потом настави и у адолесценцији, рекреација постаје стил живота која знатно утиче на здравље (здравствена корист) и квалитет живота у виду психичког благостања, социјалне интеракције и интеграције. Ова корист подразумева бољу организацију времена, повећање самопоштовања, заштиту од емоционалних проблема, позитиван однос према вршњацима и пријатељима – боља социјализација, већи степен едукације, боље здравље и бољу минерализацију костију.[33,34] Нажалост, ниво физичке активности опада већ за време адолесценције, што се може објаснити чињеницом да се у периоду од 20. до 30. године у животу дешавају многобројне социјалне промене. Douglas K. A. у свом истраживању износи податак да су се студенткиње редовно рекреирале у 32%, а студенти у 40%. При томе, студенткиње су редовне вежбе везивале за смањење телесне тежине, а студенти за повећање мишићне масе, пре него за здравствене разлоге и социјалну интеракцију.[35] Sale C. и сарадници, у свом истраживању о рекреацији и њеној повезаности са здрављем и структури слободног времена код младих, добили су у субсету регресионе анализе да физичка активност делује позитивно у смислу психичког растерећења када је у питању осећај нервозе, те се у овој студији рекреација показала као веома битан предиктор који позитивно утиче на осећај доброг стања.[30]

За адолесценте и младе људе није само важна редовна и квалитетна исхрана, већ је битан и адекватан енергетски унос који омогућава раст и развој јединке. Правилно се хранити и редовно бити физички активан младим људима помаже да се осећају здраво и да, обликујући правилно своје тело, стекну самопоуздање и популарност. Међутим, често баш у адолесценцији долази до промене навика у исхрани: млади почињу у том периоду да прескачу оброке (углавном девојке), нередовно једу код куће, јер почињу да конзумирају брзу и неквалитетну храну ван своје куће, што има за последицу гојазност, а у каснијим годинама и појаву дијабета. Један од параметара правилне исхране младих јесте свакодневна заступљеност три главна оброка и две ужине. Према многим истраживањима међу адолесцентима од 18 година у Швајцарској и САД-у у просеку око 80% њих доручкује и око 50%

руча сваки дан. У Француској, Италији и Немачкој млади сваки дан ручају у распону од 41 до 77%, а у Енглеској само 14%.[36] На састанку у Великој Британији о храни и здрављу донет је закључак по коме, између осталог, процентуално повећање свакодневног конзумирања доручка је у корелацији са повећањем година старости; затим, постоји позитивна корелација између самоперцепције доброг здравља и свакодневног доручковања: мушкарци везују доручак за здравље срца, а жене избегавање доручка везују за витку линију.[37] У истраживању у САД-у међу 489 девојака од 15 до 25 година које су држале дијету на основу препорука у разним фитнес-магазинима, важбале су два сата дневно (53%), уз екстремну рестрикцију дневног уноса калорија – мање од 1200 (57%), употребу пилула за контролу апетита (72%) и лаксантних средстава (61%), и, при томе, половина (52%) испитаница је свакодневно избегавала два оброка.[38]

Редовност конзумирања оброка у току дана и самопроцена здравља прати се у дугогодишњој студији (од 1982. године) под називом MONICA којом је обухваћено становништво Данске од 30 до 70 година. Према последњој анализи података (DAN-MONICA III), испитаници који су имали нередован унос оброка током дана, окарактерисали су своје здравље као лоше: мушкарци 16%, а жене 22%. Применом регресионих модела (коришћењем Цох'с пропорционалних хазардских регресионих модела), здравље које је процењено као лоше од стране испитаника асоцирало је са нередовним уносом оброка током дана: код жена OR=4.08, а код мушкараца је ова асоцијација била још јача: OR=6.57.[6]

Касна адолесценција је завршни стадијум младалаштва који траје од 18. до 26. године, а то је управо период у коме се налази студентска популација. У средишту овог периода су формирање идентитета и развој друштвених и моралних норми у понашању. Идентитет је појам којим се означава осећање које омогућава особи да доживљава себе као посебну и независну личност, свесну свога телесног стања, полне зрелости, других људи и друштва у целини, као и свог сопственог односа према тим људима и таквом друштву. Особа која је успешно остварила свој идентитет има осећање унутрашњег јединства и целовитости, што значи осећање задовољства собом, својим радом или „удобности у сопственој кожи“.[39]

Млада особа је заокупљена развојем свога тела, што ствара низ значајних психолошких проблема и конфликата. Током развоја млади стално морају изнова да доживљавају своје тело, да га изнова прихватају и да настале промене запазе и интегришу у доживљавање себе у настанку и обликовању. При томе, они имају сталан „задатак“ да све нове сензације и промене преобразе у нов психолошки доживљај себе. Процес формирања телесног идентитета одвија се у два правца: један од њих обележава *реално*, а други *идеализовано* доживљавање себе и свог телесног ега. Ако је развој младе особе такав да се ова два правца поклапају или су веома блиско повезана, великом вероватноћом се може претпоставити да ће млад човек бити задовољан својим изгледом, те ће бити сигуран у себе, прихватиће себе и довољно ценити себе да би остварио складно и хармонично живљење са „својим новим телом“. У таквим случајевима млад човек себе сматра лепим и задовољан је својим телесним изгледом, својом сликом о себи, сматрајући и желећи да га и околина таквог види. У противном, ако је раскорак између реалног и идеализованог доживљавања себе и свог телесног ега велики, јавља се болна сметња у прихватању свога телесног изгледа и телесног ега, па је ризик да се доживи „повреда“ много већи него иначе и представља значајан чинилац са становишта достизања потпуне интеграције. У овом периоду мали раст, ружан нос, бубуљичаво лице, криве ноге, мале груди, ношење наочара и слично, често су слабе тачке око којих се формира читав сплет конфликата који гутају енергију неопходну за складан развој младог човека. Међутим, чак и ова објективна телесна обележја немају за свакога подједнако значење: неко од ових телесних обележја се високо вреднује у једној заједници, док у другој знатно мање, што зависи од социјалног (културолошког) окружења, али и од циљева које је појединац себи поставио. Формирана слика о себи у тесној је вези са самопоштовањем које је базич-

но за психолошко благостање (well being), односно здравље те особе. Или, особа која је прихватила своје тело и осећа се добро у њему, физички активније живи, правилније се храни, не користи забрањене супстанце, друштвено је активнија.[40] Према истраживању Rabak-Wagener J., око две трећине студенткиња једног америчког универзитета веома је незадовољно величином свога тела, обликом или појавом, а решење налазе у смањењу телесне тежине. Међутим, смањење телесне тежине студенткиње сматрају да ће пре постићи држањем дијета које се могу наћи у модним часописима (59.1%), него редовном физичком рекреацијом. Али, када се довело у везу задовољство својим телом код студенткиња које су биле физички активније и студенткиња које су биле мање активне, добијена је статистички значајна разлика између ових двеју група. Аутор у том случају изводи закључак да је редовна рекреација у вези са већим задовољством својим телом, те су такве особе друштвено прихватљивије и задовољније собом.[41]

Задовољство својим телом и корисност од свога изгледа младој особи ствара осећај среће и задовољства, што исказује кроз сатисфакцију садашњим животом. Шта је то срећан живот и, уопште, шта је то срећа за човека? Срећа се не може свести само на њену топографску локализацију у мозгу у виду вегетативног центра у хипоталамусу, већ срећа, као свака психичка делатност, представља сложен функционални систем, чију реализацију обезбеђује комплекс можданих „апарата“, од којих сваки има свој удео у обезбеђивању функционисања тог функционалног система. У психолошком смислу, срећа је примарна емоција, која покреће човека, избацује га из равнотеже. То је стање у коме унутрашња страна човека преузима власт над њим, а он то не може и не жели да спречи.[42] Можда је најједноставније објашњење среће дао Маслов А.: "Срећан човек је онај који је остварио свој циљ до кога му је толико стало балансирајући између својих могућности и жеља, односно човек је тада себе *самоостварио"*. Слободнији опис среће би био да је то потпуна употреба и искоришћавање талената, капацитета, потенцијала које човек поседује. Сматра се да се такви људи потпуно развијају и раде најбоље што могу, у стилу Ничеа: „Постани оно што јеси!“, досежући оне друштвене висине за које су способни. Заправо, срећа је у човеку, и она зависи од начина којим човек опажа свет и суочава се са њим живећи управо у том тренутку.[43]

Психолози самопроцену доброг стања дефинишу као личну спознајну и афективну евалуацију свога живота, при чему су у овај шири концепт укључени искуство пријатних емоција, нижи ниво негативних расположења и висока сатисфакција животом.[44] У психологији постоји шест кључних елемената који својом међусобном интеграцијом обезбеђују постизање задовољства у животу: самоприхватање, позитивни односи са другим људима, аутономија, усклађен живот са околином, циљ у животу и лично усавршавање. Ако се ова објашњења примене на студенте, онда су они срећни или задовољни собом јер су успешно завршили један период школовања, самостално су изабрали свој циљ коме теже: уписали су факултет који су желели (више или мање), те су тиме доказали свој капацитет и потенцијал (себи и другима), због чега су поштовани у својој околини, те и сами имају осећај самопоштовања, подмирују своје когнитивне потребе, заљубљени су или воле, здрави су ... Задовољство својим животом најчешће се повезује са економским стањем друштва и породице, као и социолошким и културолошким обележјима. Ове разлике кореспондирају са разликама у „националном дохотку“, „неадекватним примањима“ и „сигурношћу примања“. Релативно добра примања могу да обезбеде да људи буду још „срећнији“, „активнији“ и „друштвенији“, а последично и „здравији“.[45]

Pietilä A-M., у свом истраживању о задовољству животом међу младим Финцима (24 године старости), довела је у везу самопроцену здравља, здравствено понашање и стрес. Од испитаника који су оценили своје здравље као добро или веома добро (74%), њих 71% је задовољно (срећно) својим животом, а испитаници који се „здраво“ понашају, 42% је срећно у свом живот. Резултати показују да је индивидуално здравље перципирано као добро

тамо где је постојао позитиван однос (задовољство) према животу, јер када се неко здравствено добро осећа, тада је срећан (R=0.65). Такође, примећено је да се са већим задовољством својим животом све боље перципира сопствено здравље. Остале варијабле, које су се издвојиле као предиктори срећног живота, јесу економска сигурност (R=0.25), здравствено понашање (R=0.24) и утицај стреса (R=0.16.).[46]

Здравље и болест се посматрају као крајеви квантуума дуж кога постоје застоји, динамика односа између стално променљивог организма и бројних патогених агенаса, развоја и адаптације организма у оквиру својих генетских могућности на факторе средине у којој живи. Симптоми који указују на промене у организму често су у почетку дискретне сензације које особа доживљава извесно време, а, између осталих, то су: главобоља, мука, грчеви, бол у стомаку, малаксалост... На здравствене тегобе људи реагују веома различито: неки их примећују раније и осетљивији су на њихову појаву, док је другима потребан знатно већи интензитет промене да би је регистровали и реаговали на њу. Истраживања показују да су особе које у сусрету са аверзивним догађањима чешће користе механизме потискивања, мање су осетљиве и на симптоме. Већа осетљивост на симптоме нађена је код особа са високим скором на скалама неуротицизма, склоним негативним осећањима и код анксиозних. Посматрано према полу, већа осетљивост на здравствене тегобе, њихово учесталије пријављивање, чешће тражење медицинске помоћи и чешће помињање симптома и у њиховом одсуству, у литератури се бележи код жена. Студије показују да су брзина препознавања и начин тумачења симптома у вези са индивидуално-психолошким, културалним и социјалним факторима. Тако, на пример, особе окренуте себи (сопственом телу, емоцијама и реакцијама уопште) брже примећују симптоме, него они који су усредсређени на спољашњу средину и активности. Људи су свеснији телесних сензација у тренуцима досаде и социјалне изолације, а мање су их свесни када су окупирани неким задацима или активностима које одвраћају пажњу. Људи су осетљивији на телесне сензације када су под стресом, али је и евидентирано да су подложнији болестима и ризицима за појаву различитих поремећаја који се тада перципирају као здравствене тегобе, а које се иначе у другим ситуацијама не би ни приметиле. Такође, истраживања показују да постоји веза између доживљаја здравља и расположења особе: добро расположене особе оцењују свој здравствени статус бољим, мање се присећају болести и пријављују мањи број симптома; док, лоше расположене особе чешће пријављују симптоме, смањено верују у могућност њиховог ублажавања или отклањања и песимисти су у погледу сопственог здравственог стања. Од свих здравствених тегоба, бол је најзначајније повезан са доживљајем здравственог стања и најчешће се пријављује као промена која „нешто“ наговештава, он пружа повратну информацију о телесним функцијама и стању човековог организма, односно бол је човеков пријатељ.[47]

Моорe Пх. са сарадницима, у свом истраживању, на узорку од 1.139 испитаника старости од 18 до 89 година, доказао је да постоји веза између социо-економског статуса, здравља, спавања и психосоматских тегоба: виши степен едукације асоцирао је са вишим примањима (R=0.37; p<0.001), већим квалитетом спавања (R=0.12; p<0.001), нижим психосоматским проблемима (главобоља, потиштеност, нервоза) (R=-0.14; p<0.001) и бољом перцепцијом сопственог здравља (R=0.17; p<0.001). Затим, већа примања су била у корелацији са квалитетнијим спавањем (R=0.17; p<0.001), (што је омогућавало већу ефикасност на послу, а тиме и бољу зараду), мањом фреквенцом психосоматских проблема (R=-0.18; p<0.001) и бољим здрављем (R=0.18; p<0.001). Мањи број психосоматских проблема је асоцирао са бољим здравственим статусом (R=-0.23; p<0.001). Када су се едукација и приходи, који су код испитаника утицали на психосоматске тегобе, укључили у анализу, као предиктор се издвојило примање: виши степен едукације утицао је на виша примања (ß=0.37; p<0.001), а виша примања су асоцирала са мање психосоматских проблема (ß=-0.14; p<0.001). И, када се квалитет спавања увео у

модел, асоцирао је са приходима (не и са степеном едукације), и био је значајан предиктор психолошког здравља. Односно, виши степен образовања и већа примања, као предиктори, асоцирали су са мање психосоматских тегоба и бољом самоперцепцијом здравља, чак и када су биле у питању године живота, пол и постојећи здравствени статус.[48]

Здравље треба посматрати као стање динамичке равнотеже између појединца и његове физичке и социјалне околине. На ову равнотежу утичу, с једне стране здравствени потенцијали индивидуе, односно способност особе да се носи са изазовима средине, а, с друге стране, тип, интензитет и дужина трајања тог изазова. Овај изазов, означен и као социокултуролошки систем, јесте понашање индивидуе у контексту социјалне групе којој припада (породица, вршњаци, пријатељи). Али, много је већи тзв. анонимни утицај, који може бити повезан са економским интересима (рекламе, масс медиа) или културолошким факторима и обичајима. Многе особе не могу да прилагоде свој стил живљења противно овим утицајима, а, с друге стране, када су ови утицаји позитивни, могу утицати на промену неправилног понашања у односу на сопствено здравље. Или, према биопсихосоцијалном моделу, *здравље није унапред дато*, већ се постиже кроз процес *задовољења биолошких, психолошких и социјалних потреба*, због чега у први план долазе маладаптивна понашања, животни стил и навике које нарушавају здравље повећавајући ризик за настанак различитих болести и/или поремећаја. Сходно томе, може се рећи да су изазови, који иначе „вребају“ током целог живота, посебно значајни у периоду адолесценције, као и способност младе особе да на њих одговори на прави начин, односно да се понаша правилно у односу на своје здравље, што јој је све теже и теже. Јер, адаптација на унутрашње психичке и спољашње физичке промене, које прате период адолесценције, одвија се у условима утицаја разних турбуленција у друштву, масс медиа, ослабљене и измењене породичне структуре.[48]

Најчешћа ризична понашања која се срећу код адолесцената јесте употреба психоактивних супстанци (дуван, алкохол и дроге) и предмет су изучавања бројних студија још од почетка осамдесетих година двадесетог века, преко истраживања која су се бавила социодемографским варијацијама и променама понашања везаних за здравље. Подаци о учесталости ризичних понашања младих људи различити су од аутора до аутора, у зависности од узраста адолесцената, пола, времена и места истраживања и географског подручја. Због тога, Karvonen S. и сарадници постављају питање у којој мери се добијени резултати могу генерализовати, без обзира да ли се посматрају са становишта превенције оболевања и/или недоследности у понашању. Ови аутори у својој студији тврде да се могу идентификовати теоријски прихватљиви обрасци понашања у популацији младих из различитих култура, уз ограду да то, ипак, важи само за индустријализоване земље. Студија указује на то да детектовање ових образаца захтева мултикултуролошку еквиваленцу у примењеним интервенцијама, али и сензитивну анализу, која узима у обзир културолошке варијације. Према овој студији, млади имају тенденцију да се групишу у три врсте образаца понашања: један од образаца доприноси побољшању здравља, други угрожава здравље, док је трећи мешавина два претходна. Аутори сматрају да млади своје понашање оријентишу или ка свом физичком изгледу или друштвеној прихваћености, а да су небројено пута у недоумици у стварању перцепције о доследном понашању усмереном ка очувању здравља (нпр. умерено конзумирање алкохола има повољне ефекте по здравље, при чему се поставља питање у различитим срединама: Шта је то или колико је нешто умерено?).[49]

Закључак

На основу добијених и приказаних резултата истраживања, могу се извести следећи закључци:

1. Студенти целог узорка, као и студенти груписаних факултета (природно-технички, друштвени и уметнички факултети), своје здравље

перципирају као добро у знатно нижим процентима у поређењу са младима из развијених земаља. Посматрано према полу студенти у вишем проценту перципирају своје здравље као добро него студенткиње, и обрнуто када је у питању перцепција лошег здравља. А посматрано према годинама живота, уочава се да студенти своје здравље оцењују у вишим процентима као осредње, да би, са повећањем година живота, тај проценат растао, што је случај и са студентима који су оценили своје здравље као лоше.

2. Веома висок проценат студената доброг здравља задовољно је својим садашњим животом, или другим речима речено, срећни су. Задовољство својим животом студенти су остварили интеграцијом:
   - задовољства собом, јер су успешно завршили један период свог живота: то је период елементарног школовања, а потом су изабрали свој циљ који су и постигли: уписали су факултет који су желели, те су тиме доказали свој капацитет и потенцијал;
   - задовољства својим изгледом или свесности свога телесног идентитета, при чему је веома висок проценат студената доброг здравља задовољно својим изгледом или може се рећи да постоји висок степен самоприхватања;
   - студенти су групација младих која лако ступа у контакт са својом околином, односно имају усклађен живот са својом околином: они лако стичу нове пријатеље, те су доброг здравља у високом проценту.
3. Предиктор који је најзначајнији и који највише утиче на самопроцену здравља студената, јесу здравствене тегобе, које, када су присутне, испитаници оцењују своје здравље као лошије и обрнуто, ако су здравствене тегобе одсутне, студенти перципирају своје здравље као боље. Здравствена тегоба која се рангирањем нашла на првом месту код студената који су оценили своје здравље или као добро или као осредње или као лоше, јесте нервоза, што је, у сваком случају, последица обавеза на факултету, као и жеље да се заврши факултет на време и стекне економска независност.
4. Варијабле које су издвојене мултиплом линеарном регерсијом груписане су у три различита модела, која су потом тестирана хијерархијском мултиплом регресијом. Трећем моделу су придодате варијабле које се односе на здравствено понашање студената, и овај модел у највишем проценту објашњава самопроцену здравља студената. То значи да здравствено понашање индивидуе има највећи утицај на самоперцепцију здравља, односно ако се студенти довољно физички рекреирају, мање пуше дуван, више конзумирају воћа и поврћа, а мање „брзе хране“, имаће мање здравствених тегоба и мање ће узимати лекова, те ће бити здравији и своје ће здравље перципирати пре као добро здравље него као осредње или као лоше. Из овога се може закључити да од сваке особе директно зависи њен здравствени статус, а тиме и њена самоперцепција тог и таквог здравственог статуса.

Литература

1. Emmelin Maria: Self-rated Health in Public Health Evaluation; Umeä University Medical Dissertations, SE-901 85 Umeå, Sweden; Doctoral thesis; 2004.
2. Laubach Wilfried, Shumacher J., Mundt A., Brähler E.: Sozialschicht, Lebenszufriedenheit und Gesundheitseinschätyung: Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung der deutschen Bevölkerung; Sozial-Präventivmedizin; 2000; 45(1):2-12.
3. Wendel Fred: Saskatchewan Comparable Health Indicators Report; Saskatchewan Health; Sep 2002.; www.health.gov.sk.ca/info_center_comparable_health_indicators_report.html
4. Idler E.L., Benyamini Y.: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies; J Health Soc Behav, Mar 1997, 38(1):21-37.
5. Mossey J.M., Shapiro E.: Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly; American Journal of Public Health; 1982., Vol 72, Issue 8:800-8.
6. Osler M., Heitmann B.L., Høidrup S., Jørgensen L.M., Schroll M.: Food intake patterns, self rated health and mortality in Danish men and women. A prosspective observational study; J Epidemiol Community health; Jun 2001, 55:399-403.

7. Manderbacka Kristiina, Lahelma E., Martikainen P.: Examining the continuity of self-rated health; Int J Epidemiol; April 1998, 27(2):208-13.
8. Saturno J. Pedro, Palmer H., Gascón J.: Physician attitudes, self-estimated performance and actual compliance with locally peer-defined quality evaluation criteria; International Journal for Quality in Health Care; Dec 1999, Vol. 11, Ho 6:487-495.
9. Manderbacka Kristina, Lundberg O., Martikainen P.: Do risk factors anf health behaviours contribute to self-ratings of health?; Social Science & Medicine 48; 1998:1713-1720.
10. Joliot E., Deschamps J.P.: La measure de la qualité de vie des adolescents: Un nouvel outil d·évaluation de leurs besoins de santé pour une nouvelle approche éducative?; Promotion & Education; Quarterly/Trimestriel, Dec 1997., Vol IV/4.
11. European Commission – EUROSTAT: Office for Hational Statistics (OHS), United Kingdom & Sector „Health and Safety“ of Unit E.3 (Education, health and culture) of Eurostat: Health statistics – Key data on health 2002: Data 1970-2001; 2003; www.europa.eu.int
12. Moliner M. Antoni: What should be measured in relation to health status? The EU aggregate experience; European Commission Health & Consumer Protection Directotare-General; WHO/ECE/Eurostat Meeting on the Measurement of Health Status; Geneva, May 2004; www.europ.eu.int/comm/eurostat
13. Burström B., Fredlund P.: Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?; J Epidemiol Community Health; 2001, 55:836-840.
14. SPSS for Psychologists – Chepter Seven: 205-220; www.spss.com
15. Erić-Marinković Jelena i sar.: Statistika za istraživače u oblasti medicinskih nauka, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 2001.:301-311.
16. Hosmer, David and Stanley Lemeshow: Applied Logistic Regression, HY: Wiley & Sons, A much-cited recent treatment utilized in SPSS routines, 1989.
17. Menard, Scott: Applied logistic regression analysis, Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Series: Quantitative Applications in the Social Sciences, Ho 106.
18. David C. Howell: Statistical Methods for Psychology – 4th ed.p.cm., University of Vermont, An Imprint of Wadsworth Publishing Company, 1997.:42-78.
19. Kovačić J. Zlatko: Multivarijaciona analiza, Ekonomski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, 1994.
20. Daniel W.W: Biostatistics: a foundation for analysis in the Health sciences; John Wiley and Sons. Inc, Hew York, 1995.:542-562.
21. Tenjović Lazar: Statistika u psihologiji-priručnik, Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije, Beograd, 2000.:150-164.
22. WHO-Regional Office for Europe: Health and Health Behaviour among Young People (HBSC); WHO Cross-Hational Study International Report – 2000; www.ruhbc.ed.ac.uk/hbsc
23. Denton Margaret, Prus S., Walters V.: Gender differences in health: a Canadian study of the psychological, structural and behavioural determinants of health; Social Science & Medicine; Jun 2004, Vol. 58, Issue 12:2585-2600.
24. Kenneth A.B., Jennifer L.G., Stecklov G.: Socioeconomic Status and Class in Studies of Fertility and Health in Developing Countries; Universitiy of Horth Carolina at Chapel Hill; February, 1999; www.cpc.unc.edu/measure
25. Young W. Frank: Socioeconomic status and health: new explanation; Ann H Y Acad Sci; Oct 1999, 896:484-6.
26. Shepherd H. Donald - CDC: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS); Annual Report Survey Results From the 2002 IOWA; Dec 2003; www.state.ia.us/brfss
27. Lynch W. John, Kaplan G.A., Salonen J.T.: Why Do Poor People behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviours and Psychological Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse; Social Science & Medicine; 1997, 44(6):809-821.
28. Gouskova Elena, Schoeni B.: Analysis of the Quality of the Health data in the PSID (Panel Study of Income Dynamics); June 2002; www.psidonline.isr.umich.edu/Guide/report_on_health_qsv2.pdf
29. Yang X., Telama R., Leino M., Vikari J.: Factors explaining the physical activity of young adults: the importance of early socialization; Scand J Med Sci Sports; 1999, 9(2):120-27
30. Sale C., Guppy A., El-Sayed M.: Individual differences, exercise and leisure activity in predicting affective well-being in young adults; Ergonomics; 2000, Vol. 43, Hº 10:1689-1697.
31. Steptoe Andrew, Wardle J., Fuller R., Holte A., Justo J., Sanderman R., Wichstrøm.: Leisure-Time Physical Exercise: Prevalence, Attitudinal Correlates and behavioral Correlates among Young Europeans from 21 Countries; Preventive Medicine; 1997, 26:845-854.
32. Manderbacka Kristina, Lundberg O., Martikainen P.: Do risk factors anf health behaviours contribute to self-ratings of health?; Social Science & Medicine 48; 1998:1713-1720.
33. G. Mick: Does exercise status influence the impression formed by college students?; College Student Journal; Dec 2003:1-4; www.findarticles.com
34. Robinson Anne & Associates: Understanding Youth in Canada in 2002; www.statcan.ca

35. Douglas K.A., Collins J.L., Warren C. et al.: Results from the 1995 – Hational College Health Risk Behavior Survey; Journal of American College Health; 1997., Vol. 46:55-66
36. Dixey Rachael, Heindl I., Loureiro I., Pérez-Rodrigo C., Snel J., Warnking P.: Healthy eating for young people in Europe-A school-based nutrition education guide; Sep 1998; www.who.int
37. Forum on Food and Health in Great Britain: Breakfast – do we need it?; Hutrition Research Hewsletter; Jan 1990; www.findarticless.com
38. Thomsen R. Steven, Weber M.M., Brown B.L.: Health and Fitness reading and eating-disordered weight loss methods; AEJMC Magazine Division; Apr 2000; www.list.msu.edu/cgi.bin
39. Kecmanović Dušan i sar.: Psihijatrija (Poglavlje 60: Erić Ljubomir: Adolescentna psihijatrija); Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1989, Tom II:2066-2090.
40. Hutbeam Don: Health promotion glossary. Health Promotion International; Oxford University Press, 1998, Vol. 13, H^{o} 4:349-364.
41. Rabak-Wagener J., Eickhoff-Shemek J., Kelly-Vance L.: The Effecat of Media Analysis on Attitudes and Behaviors Regarding Body Image Among College Students; Journal of American College Health; 1998., Vol. 479(1), 29.
42. Jung G. Karl: Analitička psihologija – Predavanja sa Tavistoka; Beograd, 2002.
43. Maslov H. Abraham: O životnim vrednostima – Izabrani eseji o psihologiji vrednosti; Beograd, 2001.
44. Diener Ed, Lucas E.R., Oishi S.: Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction; In C.R.Snyder and S.J.lopez (Eds.); Handbook of positive psychology, Chapter 5, 2002.:63-73; Hew York: Oxford Univerity Press; ediener@psych.uiuc.edu
45. Ruut Veenhoven: Conditions of Happiness; Kluwer Academic, 1984., Boston; www.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1980s/84a-con2.htm
46. 46. Pietilä Anna-Maija: Factors associated with life control in young men; Journal of Advanced Hursing; Sep 1994, 20(3):491-499; www.ruhbc.ed.ac.uk/hbsc
47. Berger Dušica: Zdravstvena psihologija; Beograd, 1997.
48. Moore J. Philip, Adler E.H., Williams R.D., Jackson S.J.: Socioeconomic Status and Health: The Role of Sleep; Psychosomatic Medicine; 2002., 64:337-344; www.psychosomaticmedicine.org
49. Karvonen Sakari, Abel T., Calmonte R., Rimpelä A.: Patterns of health-related behaviour and their cross-cultural validity – A comparative study on two populations of young people; Sozial-Präventivmedizin; 2000, 45:35-45.

Саветовалиште за чланове породице зависника од алкохола

Д. Б. Ђукић[1]

Counseling for Family Members of the Alcohol Dependent

D. B. Djukic

Сажетак. *Рад приказује наш програм рада укључивања „значајних других“ (network терапија) у програм лечења алкохолизма. Програм помаже још више, јер радимо са породицама пре него што алкохоличар престане да пије у оквиру саветовалишта које постоји колико и сам програм системске породичне терапије алкохолизма (почетак 80-тих година XX века), признат у светској стручној јавности као Београдски екосистемски третман алкохолизма, чији је творац др Бранко Гачић. Сви позитвни резултати и успеси наших клијената/пацијената поспешили су нашу идеју за ревитализирањем рада саветовалишта за чланове породице и друге особе заинтересоване за алкохоличара.*

Мотивација зависника за лечење је минимална (веома су ретки случајеви пацијената који самоиницијативно дођу на лечење), те је неопходна подршка породице и других особа. Наша вишегодишња пракса била је усмерена на бесплатну услугу (без евиденције и здравствене документације) као начин придобијања и мотивације породице да потражи помоћ. Новонастали услови имали су за резултат да се саветодавни рад са клијентима обавља у току редовног радног времена запослених (који покривају диспанзерске услуге, рад у Дневној болници), а за које понекад нема слободних термина и по више недеља, што делује демотивишуће на породицу за потенцијално лечење.

Основна идеја је била да се „обнови“ рад саветовалишта кроз структурисан временски оквир рада у складу са потребама грађана ка имплантирању таквих служби на

Summary. *Our work program includes so-called “significant others” (network therapy) in alcoholism treatment program. This approach helps even more, because we work with the families before alcoholic stops drinking within the counseling, which exists as long as the program of systematic alcoholism family therapy (beginning of the 80s of the 20th century), and is recognized worldwide as a Belgrade eco-systematic alcoholism treatment whose founder is PhD Branko Gačić. All positive results and successes of our clients/patients improve our idea of revitalization of the counseling work for the family members and significant others.*

The fact that minimal motivation is essential so alcoholic starts treatment (rare are the cases when patients self-initially start the treatment), it is also necessary that they have a support of the family and significant others. Therefore our multi-annual practice was directed toward the free of charge services (no record and health documentations keeping) as a way to motivate the families to ask for help. However, new conditions resulted as part of client counseling during the working hours (which covers dispensers services, work in a daily hospital) for which occasionally there is no available date sometimes for months, and this de-moralize the potentially new family introduced on treatment.

The basic idea was to create the project which will “regenerate” counseling work to the structured time-limited scope of work according to citizens needs toward the implementation of such services on local community level and with slogan “closer and faster to the healthy family”. Initiative to form Counseling for families with

[1] Мр сц. мед. Даница Бошковић Ђукић, Институт за ментално здравље, Клиника за болести зависности, Дневна болница за болести зависности, Београд.

локалне нивое заједнице под паролом „што ближе и брже до здраве породице“. Иницијатива за формирање Саветовалишта за породице са проблемом пијења јесте покушај да се понуди квалитетна, квалификована помоћ појединцима и породицама у раној фази развоја болести, да се идентификује и дефинише проблем и понуде конструктивна решења.

Особе које пружају помоћ у саветовалишту за алкохолизам су стручњаци различитих профила, посебно едуковани за овакву врсту рада (специјални педагози, лекари-психијатри и медицинске сестре и др.). Поред задатка да препознају проблеме везане за алкохол, они едукују и мотивишу зависнике да прихвате лечење, а особе из њиховог окружења мотивишу за даљу сарадњу. Алкохолизам се у саветовалишту не лечи, нити дијагностикује, јер се те процедуре обављају у специјализованим установама за лечење алкохолизма.

Циљна група били су грађани којима је потребна стручна помоћ, а који из разних личних и других околности нису у могућности да је потраже у специјализованим установама. Стручни савет су могли да добију сва лица, без обзира на полну, старосну, образовну и било коју другу карактеристику.

Према опсервираним подацима осликали смо профил грађана који је тражио стручну помоћ у Саветовалишту: особа женског пола, старости око 40 година, са средњим стручним образовањем, запослена на администартивним пословима, у браку, тражи помоћ за свог партнера, због проблема алкохолизма, долази директно у Саветовалиште, налази се у првој фази третмана и живи на територији Београда.

Искуство и резултати у раду Саветовалишта изродили су идеју за формирањем мреже саветовалишта у Београду, кроз њихово оснивање на локалним нивоима, уз међусобну подршку и сарадњу, који би имали улогу продужетка и/или наставка имплементирања саветовалишта под паролом „што ближе и брже до савета/помоћи“.

***Кључне речи**: алкохолизам, породица, саветодавни рад.*

drinking problems was attempt which offer better help quality to individuals and their family in early phase of the disease development, to identify and define the problem, and to offer the best solution.

People who provide help at alcoholism counseling are different profile experts specially educated for this type of work (pedagogue, psychologists, nurses etc.). They are capable to recognize the problems related to alcohol, to educate and motivate dependant to start the treatment, and to motivate significant others to cooperate. Alcoholism in counseling is not being cured, nor diagnosed, because these procedures are done in specialized institutes for alcoholism treatment.

Target group were citizens in need for this kind of treatment, but they couldn't ask for professional help in specialized institutions, because of different personal or some other reasons. Expert advises were given to all people, regardless the gender, age differences, education or any other characteristic.

According to gathered data we can make the profile of the citizen who asks for help to enter the treatment. It is a female person, around 40-years-old with high school diploma, working in administration, she is married, and asks for help for her partner because of the alcohol problems, and she directly comes to the counseling, lives in Belgrade and is in the first phase of the treatment.

Counseling work experience and this project results run up the idea to form the counseling network in Belgrade on the local level with mutual support and cooperation, which would have a role as a continuation of counseling implementation with the slogan "closer and faster to the advice/treatment".

***Key words**: alcoholism, family, counseling work.*

Алкохолизам је озбиљан проблем јавног здравља који често остаје неоткривен. Особа зависна од алкохола, са тешким здравственим проблемима и поремећеним односима са околином, лако је уочљива и лекари је једноставно идентификују. Међутим, највећи број пацијената зависних од алкохола има (само) умерено изражене здравствене проблеме, знакове повлачења (апстиненцијалне сметње), или интоксикације. Многи пацијенти се обраћају лекару због неспецифичних здравствених сметњи које су последица проблематичног пијења (нпр. повишен крвни притисак, срчана аритмија, повишене вредности холестерола и триглицерида, тегобе са желуцем, варењем и др), па лекари опште медицине у просеку препознају само 20 до 50 % алкохолних пацијената који им се обрате.[12]

Колики је утицај алкохола на здравље човека најбоље осликава ангажовање светских, европских и националних стручњака у формирању концепта политике о алкохолу као дела политике јавног здравља, а кроз дефинисање закона и других правних аката државе именоване као националне стратегије у превенцији алкохолизма и других болести зависности. Један сегмент националне стратегије усмерен је на примарну превенцију, на што раније пружање стручне помоћи зависнику и његовој породици, као и на смањење штетних последица проузрокованих алкохолом.

Светска здравствена организација (WHO), преко своје Европске канцеларије преузела је иницијативе везане за политику о алкохолу како би се смањиле штетне последице алкохола у 28 земаља чланица ЕУ, што укључује Оквир за политику алкохола у европским земљама, Европску повеља о алкохолу и две Извршне конференције које су потврдиле потребу за развијањем алкохолне политике и политике јавног здравља шире, без обзира на комерцијалне и економске утицаје.[18]

Савет Европске заједнице (2001. год.) закључио је да алкохол представља значајан фактор који негативно утиче на квалитет јавног здравља и да је потребно спроводити бројне превентивне активности у циљу заштите. Истакнуте су веће последице употребе алкохола, него добит од производње и продаје истог за државу, као и утицај алкохола на смањење продуктивности, тј. број година живота које је особа продуктива, што резултира слабијом производњом.[1] Алкохол изазива велики број разних врста обољења и повреде (менталне поремећаје, поремећаје понашања, гастроинтестиналне поремећаје, канцер, кардиоваскуларна обољења, имунолошке поремећаје, респираторне, скелето-мишићне, репродуктивне и пренатална оштећења). Зависност од алкохола је на трећем месту дефинисаних 26 морбидитетних фактора ризика у земљама Европске уније (ЕУ).[17,18]

Бројни су фактори ризика за настанак алкохолизма. Неадекватно родитељсво и социјализација креирају висок ризик за настанак алкохолних проблема не само за децу алкохоличара, већ и децу из неалкохоличарских породица. Утицај пијења браће и сестара је значајан, посебно ако су истог пола и сличног узраста. Породице са историјом алкохолизма могу имати различите степене породичне дисфункције; породична историја међу даљим рођацима и не мора да резултира породичном дисфункцијом, док постоје бројне дисфункционалне породице и без историје о алкохолизму.[8,11]

Социјани фактори који повећавају ризик за настанак алкохолизма јесу: норме које подстичу пијење, приступачност алкохола, низак социо-економски статус, недостатак религијске припадности, живот у урбаној средини, припадност културолошкој групи која оправдава опијање, припадност групи вршњака која пије, која контролише стрес путем алкохола.

Од стране Светске здравствене организације алкохолизам је дефинисан као конзумација алкохола која је ексцесна у односу на културолошки одређене границе. Присутност алкохола и других супстанци повећава инциденцу њихове употребе и злоупотреба. Живот у урбаној средини повећава ризик од алкохолизма,

[1] Израчунато је да је добит од производње и продаје алкохола за 2003. била 125 билиона ЕУ, док су трошкови због болести, прераних смрти, криминала, социјалних и радних последица били 270 билиона ЕУ, с тим да се не могу испитати сва подручја живота нити укупна материјална штета коју алкохолизам изазива, због утицаја на живот не само особе која алкохол конзумира, већ и на његову породицу и шире окружење..

као и припадност културолошкој групи која оправдава пијење (напр. Ирци).[19]

Екосистемски приступ на најкомплекснији начин сагледава контекст у коме се поједине зависности развијају, одржавају и лече.[6] Како је описивање настанка и одржавања алкохолизма у оквиру породичног система најпотпуније истажено и описано, можемо говорити о алкохоличарском породичном систему, уз наглашавање различитости за поједине облике зависности. Гачић (1993) каже: „Алкохолизам није само приватна ствар појединца, већ проблем целог система организованог око алкохола".[6]

Екосистемски приступ, као теоријски оквир третмана, и породична психотерапија алкохолизма, као метода избора у лечењу, истичу важност ангажовања значајних особа из окружења зависника како би поред апстиненције биле могуће и промене животног стила ка здрављу у заједници без ослонца на психоактивну супстанцу/алкохол.[4,5,6]

Један од важнијих аспекта алкохолизма за породицу јесте предвидивост у понашању.[14] У периодима пијења алкохоличар се понаша готово увек на идентичан начин, те се његово понашање може предвидети са високим степеном сигурности. Овај феномен се шири и на друге чланове породице, који се такође понашају шаблонизирано и предвидиво.

Током вишедеценијског рада са алкохоличарима и њиховим породицама као да смо се удаљили од обичног света и превидели или заборавили да сви не мисле да је алкохолизам проблем породице. Ми смо се привикли на „наш свет", на стално проналажење нових метода мотивације зависника и његове породице за здрав живот, те нас неко са стране обавезно изненади и „обори са ногу" питањем: „Да ли мислите да можете нешто да урадите пре него што алкохоличар пропадне?" или „Шта можете рећи клијенткињи чији муж не жели да престане да пије?".

Можда су ове особе и прочитале да је алкохолизам породична болест, али не виде да се лечење нуди било ком другом осим самом алкохоличару. Они мисле да постоје програми саветовања породица за време самог лечења алкохоличара, који нуде једну или две сеансе, али они не верују да се програму лечења алкохолизма приступа као породичном проблему.[10]

Наш програм рада укључује такозване „значајне друге" (network терапија) у програм лечења алкохолизма, али приступ/програм помаже још више јер радимо са породицама пре него што алкохоличар престане да пије у оквиру саветовалишта које постоји колико и сам програм системске породичне терапије алкохолизма (почетак 80-тих година XX века), признат у светској стручној јавности као Београдски екосистемски третман алкохолизма, чији је творац др Бранко Гачић. Сви позитвни резултати и успеси наших клијената/пацијената поспешили су нашу идеју за ревитилизирањем рада саветовалишта за чланове породице и друге особе заинтересоване за алкохоличара.[4,6]

Потешкоће у раду, које су већим делом последица свих транзиционих промена крајем XX века (одлазак стручног кадра у иностранство, у пензију, и немогућност примања новог особља, као и промењен и нов Закон о здравственом осигурању, тј. дужина лечења, број ангажованих пацијената-сарадника и сл.), имају одраз на квантитет и квалитет рада службе саветовалишта, што доприноси и мањем броју породица које су обухваћене оваквом врстом стручне помоћи.

Имајући у виду чињеницу да је мотивација зависника за лечење минимална (веома су ретки случајеви пацијената који самоиницијативно дођу на лечење), неопходна је подршка породице и других особа. Стога је наша вишегодишња пракса била усмерена на бесплатну услугу (без евидентирања и здравствене документације) као начин придобијања и мотивацију породице да потражи помоћ. Међутим, новонастали услови имали су за резултат да се саветодавни рад са клијентима обавља у току редовног радног времена запослених (који покривају диспанзерске услуге и рад у Дневној болници,) а за које понекад нема слободних термина и по више недеља, што демотивишуће делује на потенцијално нову породицу у лечењу.

Основна идеја је била да се „обнови" рад саветовалишта кроз структурисан временски оквир рада у складу са потребама грађана ка имплантирању таквих служби на локалне ни-

вое заједнице под паролом „што ближе и брже до здраве породице“. Иницијатива за формирање Саветовалишта за породице са проблемом пијења јесте покушај да се понуди квалитетна и квалификована помоћ појединцима и породицама у раној фази развоја болести, да се идентификује и дефинише проблем, те понуде конструктивна решења.

Особе које пружају помоћ у саветовалишту за алкохолизам су стручњаци различитих профила који су посебно едуковани за овакву врсту рада (специјални педагози, лекари-психијатри и медицинске сестре и др.). Поред задатка да препознају проблеме везане за алкохол, они едукују и мотивишу зависнике да прихвате лечење, а особе из њиховог окружења мотивишу за даљу сарадњу. Алкохолизам се у саветовалишту не лечи, нити дијагностикује, јер се те процедуре обављају у специјализованим установама за лечење алкохолизма.

Циљ пројекта је остварен кроз формирање службе саветовалишта (на нивоу града), ради пружања саветодавне помоћи путем психоедукативних интервенција члановима породице и другим значајним особама из окружења алкохоличара, са тежиштем рада на мотивацији пацијента и окружења за комплексно лечење у специјализованим здравственим установама у граду. Саветодавна помоћ се пружала члановима породице и социјалног окружења (пријатељски network), представницима радних организација и другима, кроз свакодневни рад од 16 до 20 часова, у току радне недеље, путем телефонских контаката и/или директним доласком у установу. Едукативни облик рада пласиран је кроз организацију трибина о алкохолизму за општу популацију, родитељима у школама и за стручне сараднике у домовима здравља.

Циљна група били су грађани којима је потребна оваква врста стручне помоћи, а који из разних личних и других околности нису били у могућности да је потраже у специјализованим установама. Стручни савет су могли да добију сва лица, без обзира на полну, старосну, образовну и било коју другу карактеристику.

Према обрађеним подацима о грађанима који су тражили стручну помоћ у Саветовалишту. можемо осликати профил клијента, што ћемо приказати у даљем тексту.

Подаци о клијентима који су потражили помоћ у саветовалишту

Укупан број особа које су у последњем кварталу 2007. године (септембар–децембар) потражиле стручну саветодавну помоћ у Саветовалишту дневне болнице за болести зависности у Пауновој, Института за ментално здравље у Београду је **245**. Највећи прилив клијената је био у месецу новембру, три пута већи него у првом месецу рада саветовалишта (септембар 2007. године), што објашњавамо адекватнијим информисањем грађана.

Структура клијената по полу

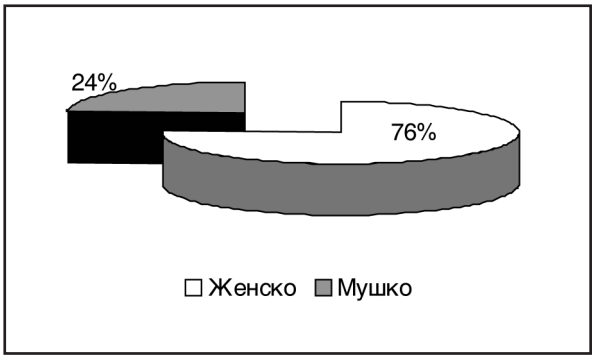
Значајно већи број клијената који су потражили стручну помоћ је женског пола (185) и у односу на мушки пол (60) је 3:1.

У последњем кварталу 2007. године када је саветовалиште функционисало у структурисаном радном времену, однос клијената мушког и женског пола, који траже помоћ за своју породицу и/или пријатеље је 1:3 и обрнуто, је пропорционалан односу пацијената који се лече од алкохолизма (3:1, у корист пацијената мушког пола).

Однос клијената мушког и женског пола варирао је из месеца у месец, са тенденцијом приближавања, тј. од односа 1:4,18 до 1:2,63, што указује да се повећавао број клијената мушког

Табела 1. Структура клијената по полу

пол	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
женско	23	46	66	50	**185**
мушко	6	11	24	19	60
укупно	29	57	90	69	**245**

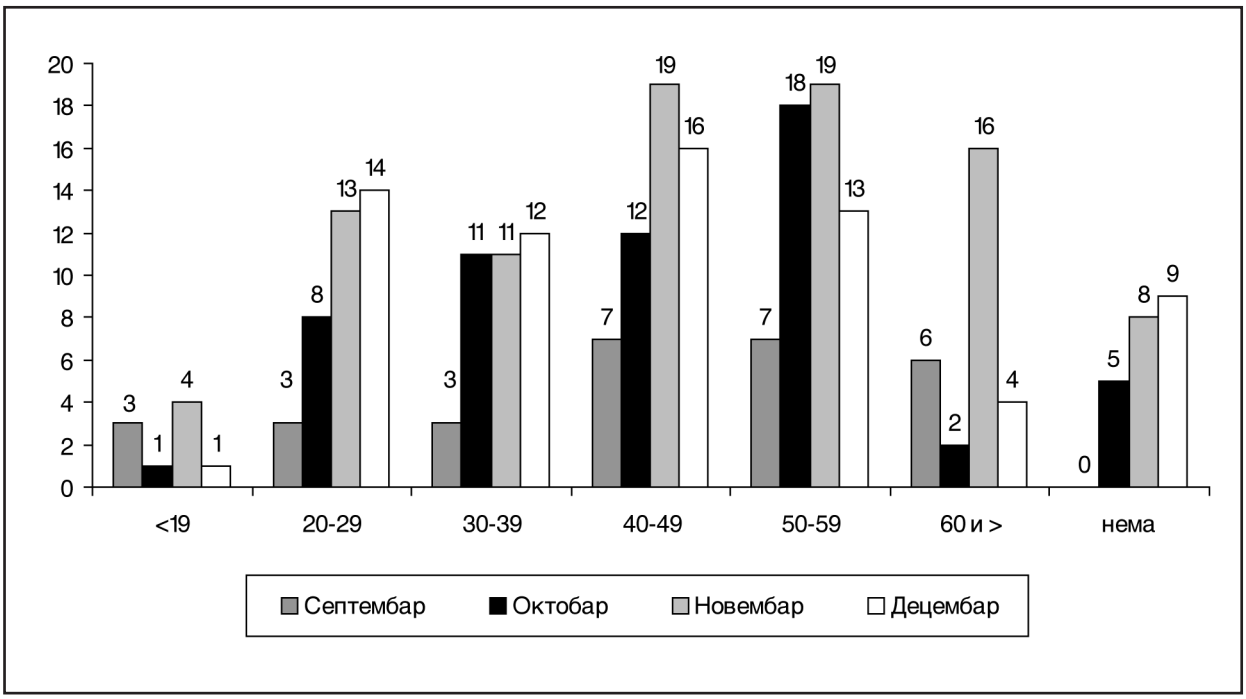


Графикон 1. Структура клијената по полу.

пола који су тражили помоћ за своју породицу у којој постоји проблем пијења алкохолног пића.

У приказаном временском периоду жене су тражиле помоћ више од 70% (од 72 до 81%), што се може објаснити и већим бројем особа мушког пола које проблематично пију алкохол из чијег окружења особе женског пола (без обзира на позицију: супруга, мајка, сестра, ћерка...) траже стручну помоћ и савет за долазак на лечење.

Можемо закључити да пол, као варијабла, може утицати на врсту и усмереност саветодав-



Графикон 2. Структура клијената према годинама старости.

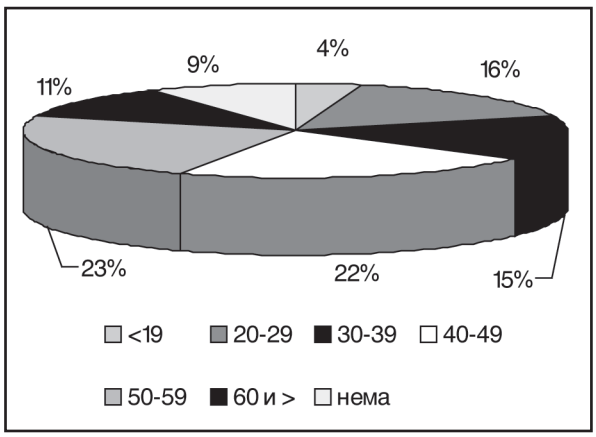
Табела 2. Структура клијената према годинама старости

Год. старости	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
<19	3	1	4	1	9
20-29	3	8	13	14	38
30-39	3	11	11	12	37
40-49	7	12	19	16	**54**
50-59	7	18	19	13	**57**
60 и >	6	2	16	4	28
нема	0	5	8	9	22
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**

не помоћи, као и улоге саветодавца мушког/женског пола у односу на клијента. Предлажемо да за све будуће активности у функционисању саветовалишта, кроз идеју имплементирања на локалном нивоу (од општина до месних заједница), узму у разматрање и организацију рада у складу са полном структуром клијената и саветодаваца, а у складу са свим сазнањима о формирању доброг терапијског односа.

Структура клијената по годинама старости

Клијенти старости од 40 до 59 година су у највећем броју потражили стручну саветодавну помоћ у временском интервалу септембар–децембар 2007. године (Σ 111 клијената, односно 45%), док је 70% клијената старости од 20 до 59 година. Најмањи број клијената је старости испод 19 година (9 клијената, односно 4%). Просечна старост клијената је 40,9 година. Број клијената за које није било евидентиран податак о њиховој старосној доби (због захтева клијената и сл.) је 22 (8,9%), што не утиче значајно на просечну старост клијента.



Графикон 3. Структура клијената према годинама старости

Просечна старост клијената мењала се из месеца у месец ка млађем узрасту (од 44,86 година ка 39,5 година). Просечна старости клијената који потраже помоћ у саветовалишту у складу је са просечном старости пацијената зависника који су лечени у Дневној болници за болести зависности у Пауновој, Института за ментално здравље (око 42 године старости), што је слично подацима из других студија.[1,2,15]

Структура клијената по степену образовања

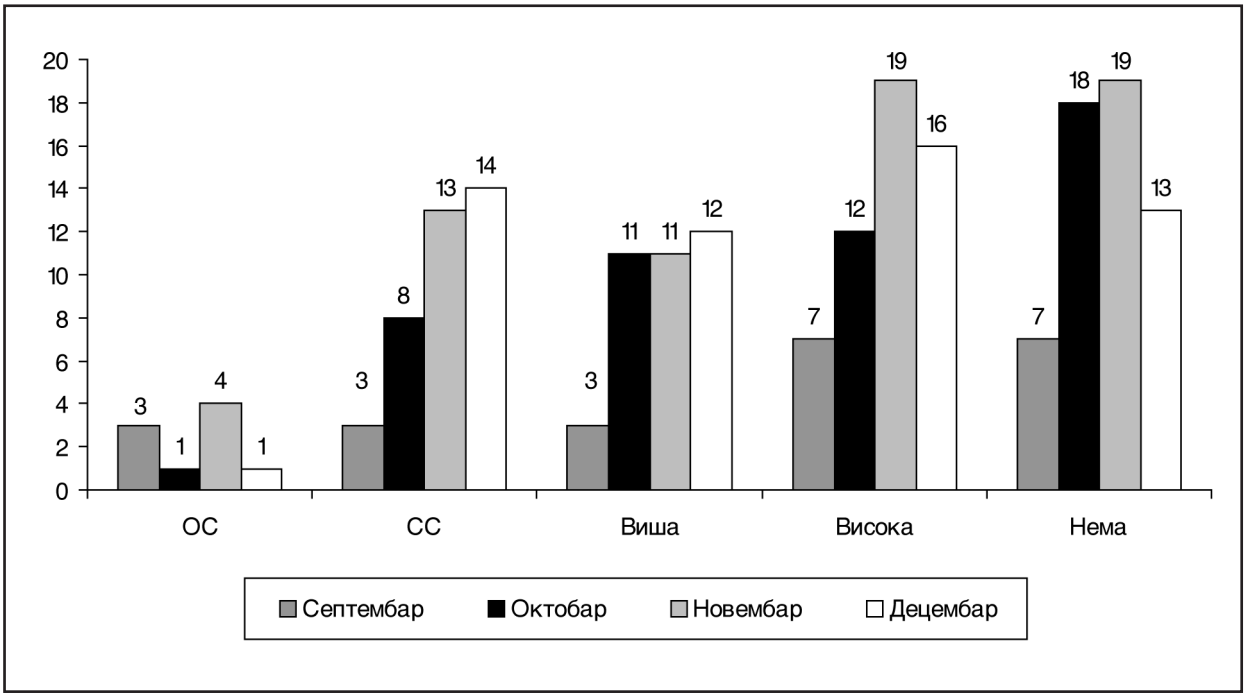
Клијенти који су били корисници услуга Саветовалишта су у највећем броју средњошколског образовања (113 клијента, 47%), док је са вишим и високим степеном образовања било 93 клијента (38%), са већом заступљеношћу вишег степена образовања.

Постоје осцилације у заступљености клијената са средњим и високим степеном образовања, који се удвостучује у месецу новембру у односу на септембар, у складу са укупним порастом броја корисника саветодавних услуга. Подаци о заступљености клијената према степену образовања имали су тенденцију раста броја особа са вишом/високом стручном спремом, да би у месецу децембру њихова присутност била већа (42%).

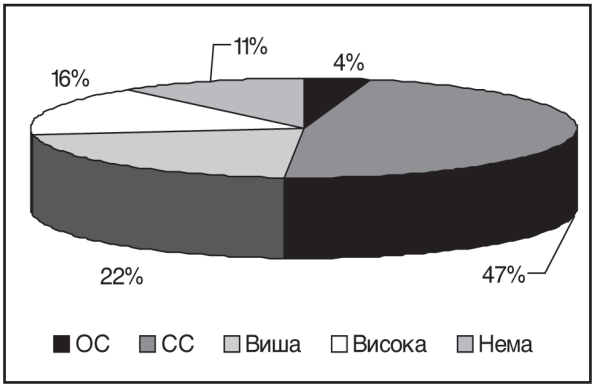
Податак о образовној структури клијената компатибилан је са степеном образовања

Табела 3. Структура клијената по степену образовања

Образовање	септембар	октобар	новембар	децембар	**укупно**
ос	1	2	3	5	11
сс	17	29	45	22	**113**
виша	7	14	16	17	54
висока	4	7	16	12	39
нема	0	5	10	13	28
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**



Графикон 4. Структура клијената по степену образовања.



Графикон 5. Образовна структура клијената.

опште популације, као и са претходним студијама о пацијентима који су лечени у оквиру програма системске породичне терапије алкохолизма у Дневној болници за болести зависности у Пауновој, Института за ментално здравље.[1,15] Потребно је размишљати и о врсти саветодавне услуге и колико је она прилагођена/адаптирана образовном нивоу корисника услуга. Имплементирањем саветовалишта на локални ниво, тј. отварање таквих врста служби при општинским структурама морали би водити рачуна о образовној структури потенцијалних клијената на тој територији и усмерити у складу са тим саветодаву интервенцију.

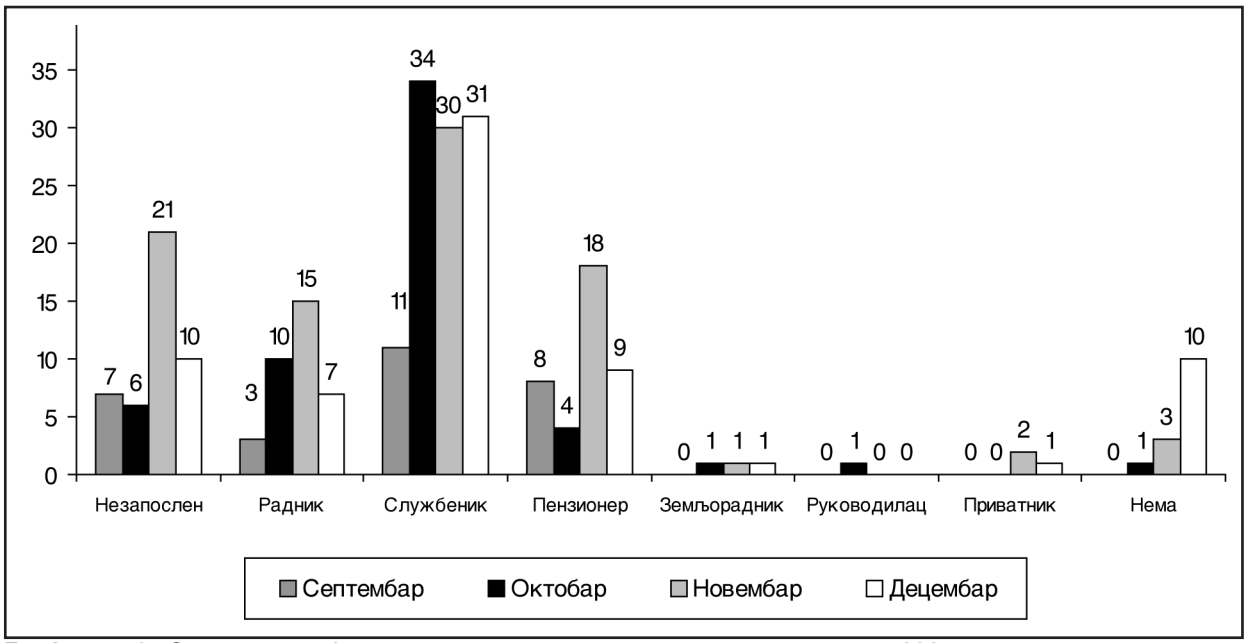
Структура клијената по запослености/занимању

Приликом обраде података везаних за заступљеност клијената према врсти занимања имали смо проблем класификације, тј. критеријума за разврставање различитих врста послова. Одлучили смо се за поделу на седам група од неактивног (незапослен/а и пензионисан/а), до активног корисника (радник, службеник, земљорадник, руководилац и приватник.). Посебну категорију имали смо за неприкупљене податке (тајна клијента, пропуст у евиденцији).

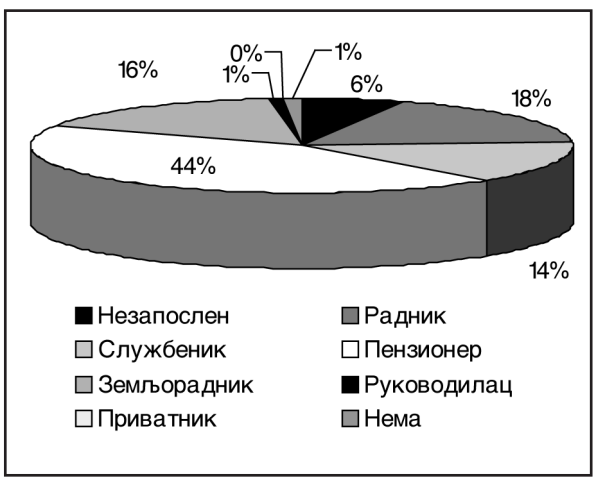
Према прикупљеним подацима две трећине корисника саветодавних услуга било је радно активно, док је једна трећина клијената (34%) било незапослено или пензионисано. Највећи прилив је особа запослених на административним/службеничким пословима (у банци, шко-

Табела 4. Структура клијената/пацијената по запослености/занимању

занимање	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
незапослен	7	6	21	10	44
радник	3	10	15	7	35
службеник	11	34	30	31	**106**
пензионер	8	4	18	9	39
земљорад.	0	1	1	1	3
руковод.	0	1	0	0	1
приватник	0	0	2	1	3
нема	0	1	3	10	14
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**



Графикон 6. Структура клијената по запослености у последњем кварталу 2007. године.



Графикон 7. Структура клијената по запослености.

ли, државним институцијама и сл.), приближно половини обрађеног узорка.

У претходним студијама о пацијентима који су лечени од алкохолизма у нашој установи имали смо сличан податак о заступљености одређених радних група, са преваленцом административног особља (око 51%) када су у питању зависнице женског пола. Ако повежемо податак о већем броју жена које траже помоћ, њиховој просечној старости (око 40 година) и средњем степену образовања, за очекивати је да су запослене на административним пословима.

Податак о малом броју особа који су "приватници" и на руководећим пословима, упућује нас на размишљања о модалитетима за едука-

ције и оспособљавање да препознају проблем пијења, јер не можемо симплифицирано закључивати да код таквих особа и у њиховом окружењу нема проблема алкохолизма.

Проценат запослених који траже саветодавну помоћ варирао је од 48% на почетку структурисаног временског рада саветовалишта до 77% клијента. То потврђује наше претпоставке да је потребно организовати саветодавну службу која ће радити у временском оквиру прилагођеном потребама клијената, тј. након њиховог радног времена. Често чланови породице, иако имају мотива да потраже стручну помоћ, нису у могућности да то учине због временског оквира рада таквих институтција. (највећи број ради у преподневним сатима).

Организација рада саветовалишта усклађена је са потребама клијената, али је можда и допринела да структура клијената по запослености и буде овако распоређена у корист радно активног становништва.

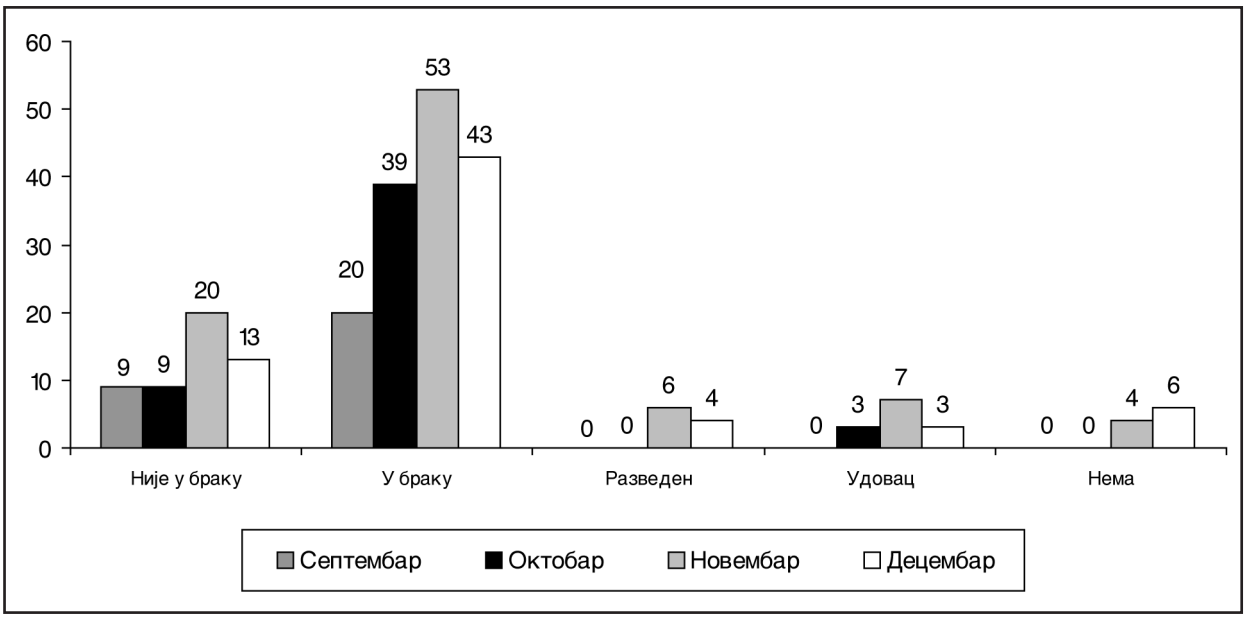
Структура клијената по брачном статусу

Две трећине клијената који су тражили стручну саветодавну помоћ је "у браку" (155 особа), једна петина узорка је неожењена/неудата (51 особа) и једна трећина узорка је остала без партнера, било због развода или смрти партнера (29 особа).

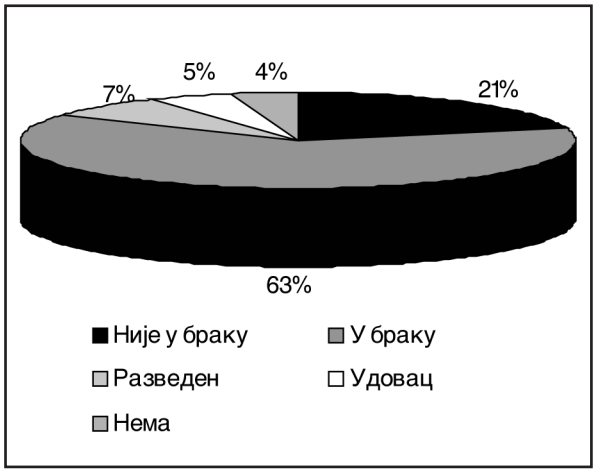
Подаци о брачном статусу пацијената који су лечени у нашој институцији (Дневна болница за болести зависности при Клиници за болести зависности Института за ментално

Табела 5. Структура клијената/пацијената према брачном статусу

брачни статус	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
није у браку	9	9	20	13	51
у браку	20	39	53	43	**155**
разведен	0	6	6	4	16
удовац	0	3	7	3	13
нема	0	0	4	6	10
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**



Графикон 8. Брачни статус клијената у последњем кварталу 2007. године.



Графикон 9. Брачни статус клијената.

здравље), говоре о највећем броју особа које су у браку (независно од пола пацијента), око 54%, што је слично брачном статусу клијентата у саветовалишту (63%). Податак о броју особа које су разведене за клијенте је три пута мањи него код пацијената (7%: 19.8%), што може бити објашњено и потребом партнера да потражи стручну помоћ пре него што се одлучи за развод.[1]

Доминантан број особа које су удате/ожењене, а којима је потребан стручни савет, указује на значај да саветодаваци (садашњи и потенцијални) морају бити едуковани из области брачно-породичне терапије, посебно фокусиране на проблематику и динамику алкохоличарске породице.

Структура клијената/пацијената према врсти домаћинства у којем живе

Какво је домаћинство у којем живи клијент јесте важна информација, јер указује на врсту заједнице, релације, материјано-економски положај клијентове породице и сл.

Поделили смо у варијаблу на три подгрупе: самостално домаћинство, живот у заједници и живот у изнајмљеним становима ("подстанари"). Подкатегорију живот у заједници могуће је разврстати и на податак о томе са ким живе (родитељи, баба/деда, код сина/кћерке и сл.), али би се због малог броја клијената и више сврставања подаци „расплинули". Од укупног броја клијената, две трећине живи у самосталном домаћинству (170 особа).

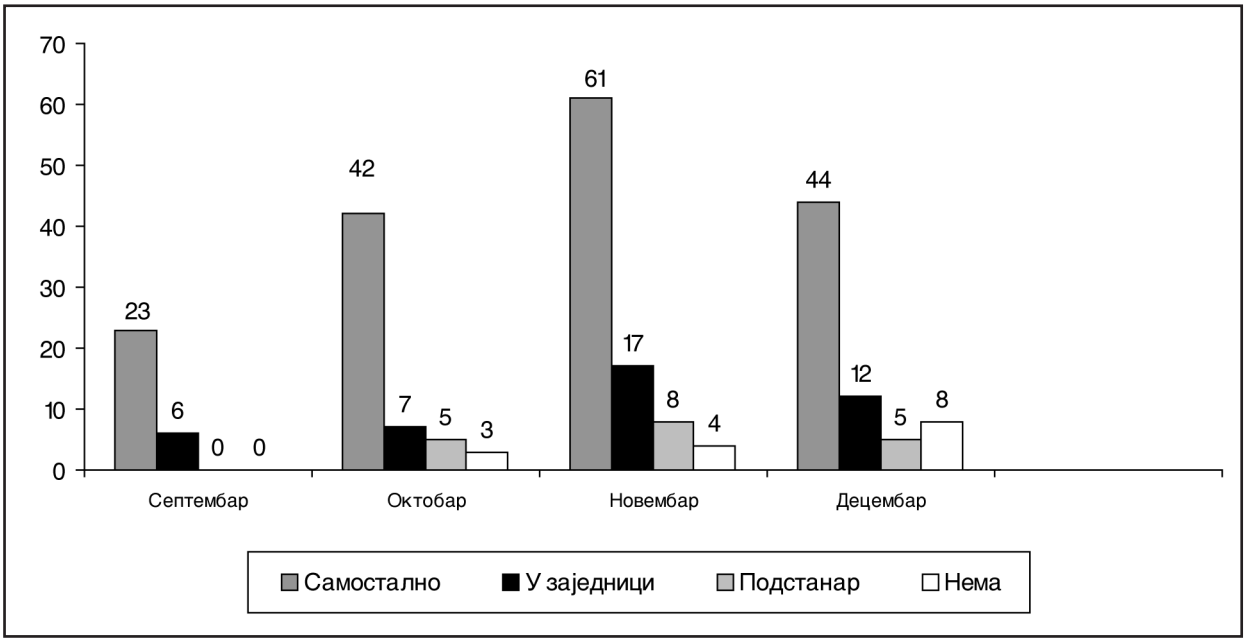
Већина клијената живи у самосталном домаћинству, што је у складу и са подацима о пацијентима који су лечени у нашој установи, што може бити повезано са врстом третмана којим се третира проблем зависности од алкохола – екосистемски приступ породичној терапији алкохолизма. Претпостављамо да је овакав податак у вези и са тежином компликација, тј. последица алкохолизма како за породицу тако и за потенцијалног пацијента.

Подаци о доласку клијената из месеца у месец одражавао је сличну слику о врсти заједнице у којој они живе, са заступљеношћу живота у самосталном домаћинству (од 64% до 79%) и приближно истим односом живота у заједници и/или у подстанарским условима (2:1).

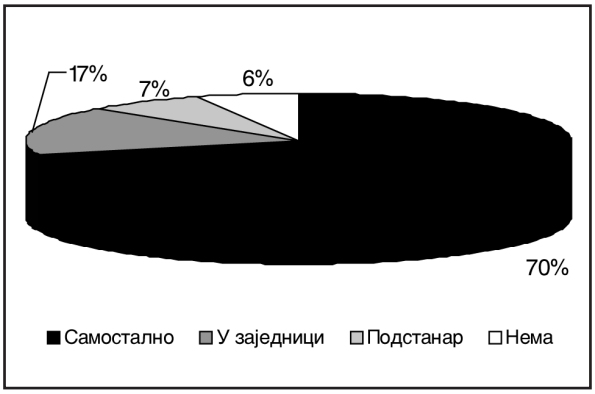
Потребно је размишљати о грађанима који нису могли да се обрате за стручну саветодавну помоћ због економских потешкоћа (удаљеност институције, трошкови превоза, брига о другим потребама чланова породице и приоритети и сл.). Мислимо да ће се лоцирањем саветовалишта на локални ниво омогућити и грађанима са ограниченим економским могућностима да потраже савет стручњака. Не смемо заборавити да алкохолизам не бира особе ни по узрасту, нити полу, нити по образовању, запослењу и материјално-економском статусу.[8,9,11]

Табела 6. Структура клијената/пацијената према домаћинству

с ким живе	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
самостално	23	42	61	44	**170**
у заједници	6	7	17	12	42
подстанар	0	5	8	5	18
нема	0	3	4	8	15
укупно	29	57	90	69	245



Графикон 11. Структура клијената према врсти домаћинства у последњем кварталу 2007. године.



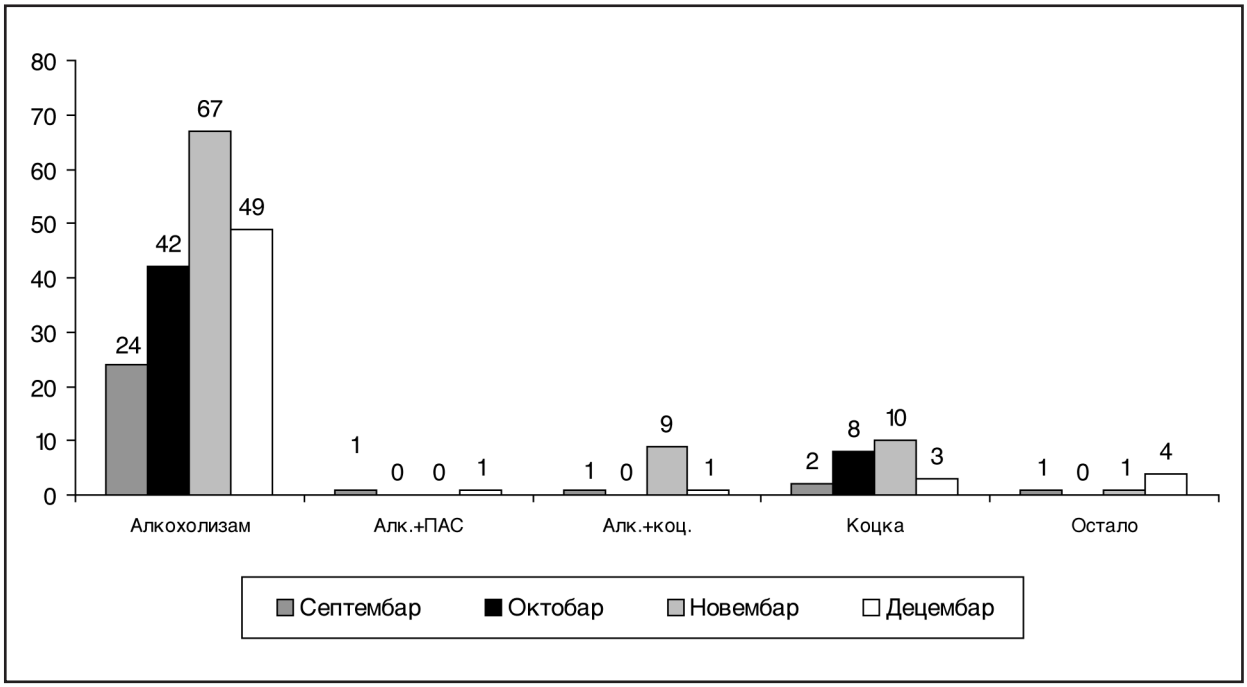
Графикон 10. Структура клијената/пацијената према домаћинству у којем живе.

Структура клијената према врсти проблем због којег долазе у саветовалисте

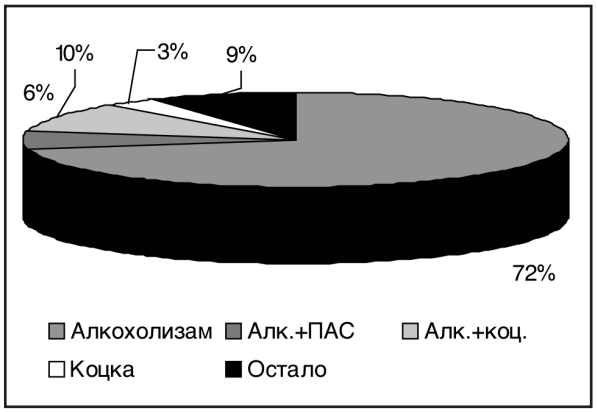
Како је саветовалиште намењено члановима породица и особама које у свом окружењу имају проблем пијења алкохолних пића, за очекивати је да највећи број клијената тражи помоћ у вези са алкохолизмом (172 особе). Ангажовани стручњаци су разговарали са сваком особом која се обратила за стручни савет и упутили је у могуће начине и институције за решавање друге проблематике зависности и сл.

Табела 7. Структура клијената према врсти проблем због којег долазе у саветовалисте

проблем	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
алкохолизам	**24**	**42**	**67**	**49**	172
алк+нарком	**1**	**0**	**0**	**1**	**2**
алк+ПАС	**1**	**0**	**9**	**1**	**11**
алк+коцка	**2**	**8**	**10**	**3**	**23**
коцка	**1**	**0**	**1**	**4**	**6**
остало	**0**	**7**	**3**	**11**	**21**
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**



Графикон 12. Структура клијената према врсти проблема због којег долазе у саветовалисте у последњем кварталу 2007. године



Графикон 13. Структура клијената према врсти проблема због којег долазе у саветовалисте.

Једна осмина узорка потражила је помоћ у вези са патолошким коцкањем, а мањи број је био удружен са алкохолизмом. Податак је повезан са све присутнијим проблемом патолошког коцкања у нашем друштву и постојањем програма лечења истог проблема у нашој установи. Размишљамо о оснивању посебног саветовалишта за породице које имају проблем патолошког коцкања и других „модерних“ видова зависности (зависност од интернета и сл.)

Константо је присутна преваленција алкохолизма, осим у децембру месецу када се повећавао број особа које траже савет и за породичне проблеме невезано за проблематику зависности. Мислимо да је томе допринела информација о бесплатној услузи и без здравствено-административних протокола/евидентирања.

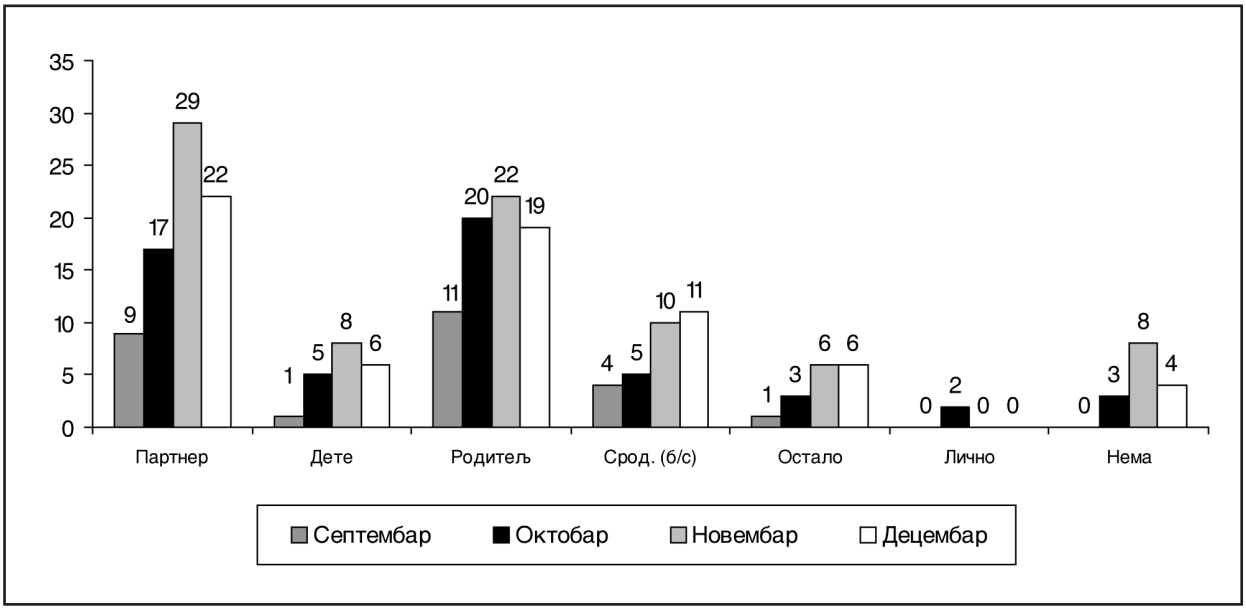
Број клијената који су потражили стручни савет у вези са чланом породице оправдава постојање оваквих организационих јединица и врсте рада са грађанима. То говори у прилог идеји да се разматрају могућности имплементирања ових служби на локални ниво друштва (општине и месне заједнице).

Структура клијената по сродству/„ко тражи помоћ“

Поред тога што је битан податак о врсти проблема, начин организације рада обликовала је релацију/однос клијента који тражи помоћ са

Табела 8. Структура клијената по сродству/„ко тражи помоћ“

ко тражи савет	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
партнер	9	17	29	22	**77**
дете	1	5	8	6	20
родитељ	11	20	22	19	**72**
срод.(б/с)	4	5	10	11	30
родбина	3	2	7	1	13
остало	1	3	6	6	16
нема	0	2	0	0	2
лично	0	3	8	4	15
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**



Графикон 14. Структура клијената према врсти релације за последњи квартал 2007. године.

чланом своје породице и слично. Именовали смо шест категорија: партнер (венчани и невенчан брак), дете (син/кћерка), родитељ (отац/мајка), сродник (брат/сестра), родбина, остало (пријатељ, сусед, кум и сл.) и сам/лично. Од укупног броја клијената приближно исти број је у улози партера (77 особа) и родитеља (72 особе), што чини 61% узорка. Потом је заступљена релација блиског сродника (брат/сестра-30) и дете (син/кћерка-20). Сам потенцијални пацијент се обратио за савет у 6% случајева (15 особа).

Представљени графикони осликавају заступљеност партнерске и родитељске релације особа које траже стручну помоћ. Повезујући податак са приступом који је подржан од стране породичне екосистемске психотерапије, за очекивати је добијену структуру клијената. Како је највећи број клијената у браку, било би за очекивати да су заступљенији партнери који траже помоћ у већем проценту.

Упоређујући податке са претходним студијама реализованим на пацијентима леченим у истој установи (Дневна болница за болесту зависности у Пауновој, при Институту за ментално здравље), потврђује се веће ангажовање супруга/жена које траже савет за мужеве и родитеља који траже савет за кћерке које проблематично пију алкохолна пића.[1,15]

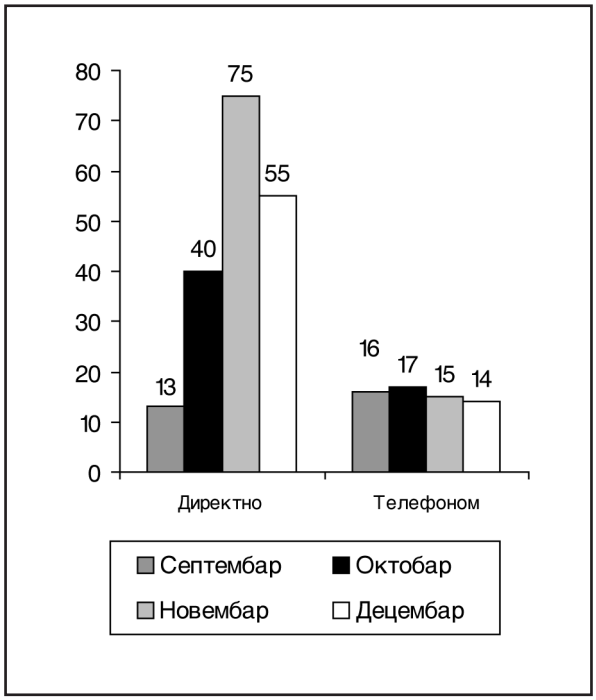
Податак о статусу потенцијалног пацијента близак је са описаним показатељем о клијенту који тражи помоћ. Податак о заступљености особа којима је помоћ намењена и преваленцу „партнера“ и „детета“ (више од 50%), показује значај породичног система за одржавање проблема, адаптираност на постојање алкохолизма у породици, али и значај примене екосистемског третман алкохолизма и породичне терапије као методе избора у лечењу.

Структура клијената према начину тражења стручне помоћи

Начин на који су клијенти остваривали контакт са саветодавцем, тј. добију стручни савет може се реализовати на два начина: путем телефонског позива и/или директним доласком у установу.

Од укупног броја клијената 75% је потражило савет директним доласком у саветовалиште. Нисмо узимали у обраду податке на који начин и како су сазнали за постојање саветовалишта, као и ко их је упутио у саветовалиште, тј. ко је био референтна особа.[3,7,9] Значај особе која је клијенте упутила у саветовалиште приказан је у стручној литератури и чему се посвећује значај у разговору са клијентом.

Графикон осликава промену у заступљености броја особа које директно долазе у саветовалиште, док је константна присутност телефонских конатака, а потом долазак у саветовалиште. Опсервиран је раст броја особа које су директно долазиле у саветовалиште из месеца у месец, у односу на опадање броја клијенат који потраже савет телефоном. Вероватно да постоје многи фактори који доприносе таквој заступљености клијената, а једно од могућих објашњења јесте и медијска кампања и информисаност јавности о постојању структурисаног радног времена саветовалишта.



Графикон 15. Заступљеност клијената према начину доласка у саветовалиште.

У закључку можемо да сугеришемо постојање посебног евиденционог листа о сваком позиву и разговору са потенцијалним клијентом. У досадашњем раду саветовалишта није вођена опежнија евиденција о позивима грађана, како би се добили адекватнији подаци о дужини разговора, проширивању „мреже“ заинтересованих особа за зависника и сл.

Структура клијената према фази третмана у саветовалишту

Програм рада у саветовалишту поделили смо у три фазе, тј. временска интервала.

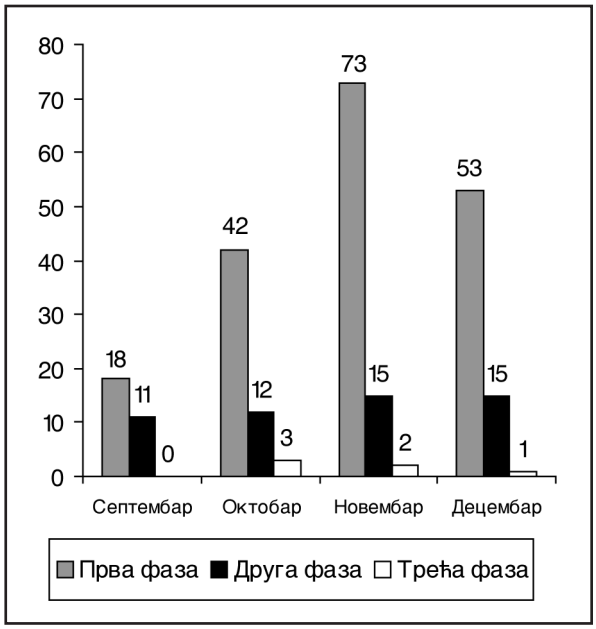
I фаза обухватала би први контакт са саветодавцем (било да је обављен путем телефонског разговора, било директним доласком

Табела 9. Структура клијената према начину тражења стручне помоћи

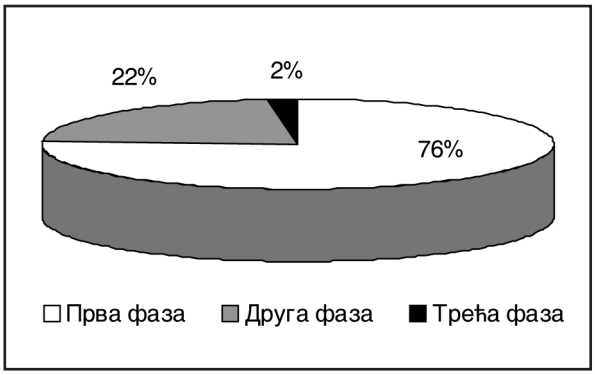
долазак	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
директно	13	40	75	55	**183**
телефоном	16	17	15	14	62
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**

Табела 10. Структура клијената према фази третмана у саветовалишту

фаза третмана.	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
I	18	42	73	53	**186**
II	11	12	15	15	53
III	0	3	2	1	6
укупно	29	57	90	69	245



Графикон 16,. Заступљеност клијената према фази третмана у саветовалишту у последњем кварталу 2007. године.



Графикон 17, Заступњеност клијената према фази третмана у саветовалишту.

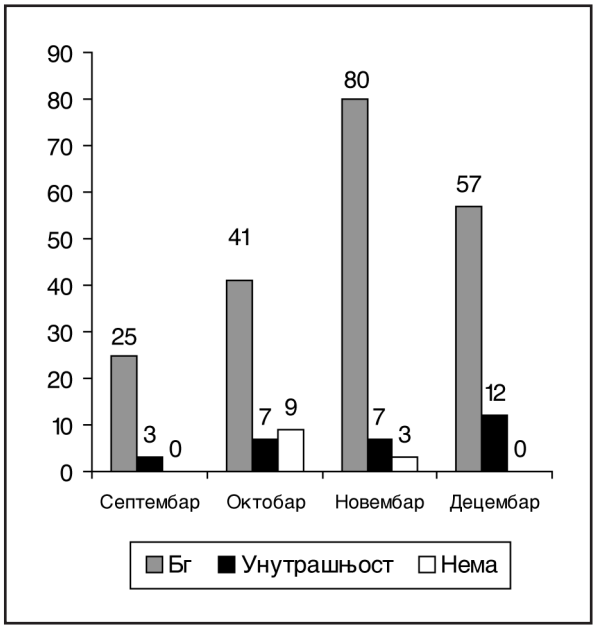
у установу) и наредна два сусрета/сеансе. **II фаза** би временски трајала од трећег до седмог сусрета/сеансе (окупљање социјалне мреже значајних особа за зависника). У **III фази** би се радило на проширивању мреже значајних особа ван породичног и фамилијарног система, а трајао би од осме сеансе и надаље до доласка или прекидања саветодавног рада. Потребно је нагласити да се са доласком зависника у установу обуставља рад у саветовалишту и породица се третира у оквиру диспанзера Дневне болнице за болести зависности у Пауновој.

Графикони осликавају податке о доминантној заступљености клијената који се налазе у првој фази третмана, односно у процесу ангажовања породичне мреже у мотивацији зависника за лечење, који износи 76%. Број особа које долазе у саветовалиште више од седам сусрета веома је мали, што се може објаснити утицајем многобројних фактора: прекидање долазака у саветовалиште због немотивисаности породице, зависника и слично; породица укључена у лечење; тражење помоћи у другим установама и др.

Графикони представљају заступљеност клијената у првој фази третмана, до три се-

Табела 11. Структура клијената према месту становања

место становања	септембар	октобар	новембар	децембар	укупно
БГ	26	41	80	57	**204**
унутрашњост	3	7	7	12	29
нема	0	9	3	0	12
укупно	**29**	**57**	**90**	**69**	**245**



Графикон 18. Структура клијената према месту становања у последњем кварталу 2007. године.

ансе. Сматрамо да је резултат тога повећање броја пацијената који су започели лечење у нашој установи. Побољшање евиденције у раду и прављење саветодавног протокола допринело би још квалитетнијем раду и обликовању саветодавних интервенција.

Структура клијената према месту становања

Саветовалиште за рад са особама које у свом окружењу имају проблем пијења алкохола постоји више деценија у Дневној болници за болести зависности у Пауновој (ранији назив Центар за породичну терапију алкохолизма), са теле-апел службом (тел. 2666-166). Први пут је рад у саветовалишту финансијски подржан од стране Секретаријата за здравство Скупштине града Београда. Рад Саветовалишта је био временски структурисан у поподневним часовима сваког радног дана.

Очекивали смо да највећи број клијената буде са територије града Београда, што потврђују подаци из табеле: 204 особе је било из Београда (83%). Под територијом Београда третирали смо свих 16 општина у складу са просторно/географским положајем.

Подаци у представљеном графикону показују пораст броја особа које траже помоћ из унутрашњости, што указује на потребу формирања оваквих служби и ван Београда. Нисмо обрађивали расподељеност података према београдским општинама и не знамо да ли је и сама локација саветовалишта утицала на одређен прилив клијената са околних општина (Вождовац, Чукарица, Раковица, Звездара), која општина је најзаступљенија и да ли је то индиректни показатељ распрострањености проблема пијења на територији исте општине.

Приказани графикони осликавају заступљеност клијената који живе у Београду, чији се проценат креће од 72% до 90%.

За унапређивање рада саветодавне службе потребно је прикупити и обратити податке према општинама из које долазе клијенти и можда индиректно се определити за формирање саветовалишта на локалном нивоу управо на општинама одакле је највећи број клијената који су тражили саветодавну помоћ.

Шта су закључци рада Саветовалишта са приказаном клијентелом?

Вишегодишње искуство у раду Саветовалишта и резултати рада у реализацији пројекта, који је финансијски подржала Скупштина града Београда, Секретаријат за здравство, изродили су идеју за формирањем мреже саветовалишта у Београду, кроз њихово оснивање на локалним нивоима уз међусобну подршку и сарадњу. Пројекат „Мрежа саветовалишта“ би имао сврху продужетка и/или наставка имплементирања саветовалишта под паролом „што ближе и брже до савета/помоћи“ .

Организација рада саветовалишта, са дефинисаним радним временом и тимом стручњака, утиче на већи број грађана који траже стручну саветодавну помоћ. Структурисано радно време подразумева рад у послеподневним часовима, када су запослени грађани у могућности да дођу у саветовалиште. Савет је потражило 245 грађана, за четри месеца.

Према представљеним подацима можемо осликати „просечног“ грађанина који је тражио стручну помоћ у Саветовалишту. Профил грађана који потражи савет је: особа женског пола, старости око 40 година, са средњим стручним образовањем, запослена на административним пословима, у браку, тражи помоћ за свог партнера, због проблема алкохолизма, долази директно у саветовалиште, налази се у првој фази третмана и живи на територији Београда. Међутим, подаци из статистичког приказа не ограничавају интервенције само на такву слику грађана, већ помажу да будуће саветодавне активности обликујемо у складу са сугестијама:

- саветодавне интервенције прилагођене средњем степену образовања,
- усмерене на породични систем у складу са основама структуралне породичне терапије,
- савети да буду обликовани кроз вид стратешких породичних интервенција,
- водити евиденцију о доласку у саветовалиште прилагођено заштити индивидуалности и интегритета грађана,
- сарадњу са другим институцијама државе и града које могу помоћи клијенту и породици у решавању проблема (ЦСР, правосудни органи, МУП и др.).

Мислимо да је потребно формирати апликативни лист за кориснике саветодавне услуге у складу са правима које пацијенти имају у оквиру Закона о здравственој заштити, а у циљу помоћи и пружања квалитетније услуге самом кориснику. Консултовањем стручних публикација предложили смо модел формулара у који би саветодавац могао да уноси податке о кориснику важне за мотивацију и третман, који би поспешио квалитет рада. Формулар би се попуњавао за сваког корисника било да се обраћа телефонским путем или директно долази у установу.

Како је незнатан број грађана потражио помоћ путем електронске везе (cpta@eunet.yu), а у складу са савременим токовима комуникације, мислимо да је потребно обликовати посебан или само издвојени део web-sajta за саветовалиште под покровитељством Института за ментално здравље. Такође је потребно оформити тим стручњака који ће редовним радом ажурирати одговоре или било какву врсту комуникације са потренцијалним корисницима.

Медијска кампања је неопходан део сваког пројекта, јер би са квалитетнијом обавештеношћу грађани могли да се усмере где да потраже савет и помоћ за себе и своју породицу. Сматрамо да би у будућим сличним активностима било корисно структурисати време, садржај и извршиоце активности у медијској кампањи.

Публикован је приручник за помоћ породици „Прихватите да знате“, аутора Данице Бошковић Ђукић и Вере Трбић, који је добио сваки грађанин који се обратио за помоћ. На осносу повратних информација од самих корисника/читаоца о корисним информацијама и сазнањима које пружа приручник, мислимо да је потребно извршити умножавање и пласирање на места где грађани могу брже да дођу до истог (здравствене, васпитно-образовне институције, као и др.).

Модернији услови рада Саветовалишта, са удобним и топлим ентеријером, утицали су на квалитет услуге. Корисници су били примљени у физички издвојеном делу Дневне болнице, у коме је простор оплемењен како би се што боље и сигурније осећали приликом доласка и чекања на улазак у просторију/собу саветовалишта. Пријатна и „домаћинска“ атмосфера омогућавала им је да се опусте и припреме за разговор, читајући флајере и/или штампу, уз сок и грицкалице. Сам разговор је имао временску димензију трајања од 30 до 45 минута. Путем телефонског или директног контакта заказиван је нови долазак. Закључујемо да је битан фактор уређење просторија у којима ће боравити грађани приликом доласка у овакав тип саветовалишта.

Реализација едукативно-превентивних садржаја кроз предавања са интреактивним учешћем (трибине) неопходан је сегмент превентивних програма. Одржано је 16 трибина у различитим врстама институција (здравственим и образовним). Корисници /слушаоци предавања изразили су жељу за „више“ оваквих садржајних активности. Мислимо да формирањем Тима за едукацију из болести зависности при Секретаријату за здравство, а у

оквиру рада Комисије за превенцију болести зависности, можемо допринети синхронизованом, обухватном и систематичном раду свих стручњака из више релевантних институција у граду које третирају проблем болести зависности (Институт за ментално здравље, Завод за болести зависности и друге здравствене. инстуције). Новооформљени тим са мултидициплинарним приступом пружао би квалитетну, стручну и савремену информацију о болестима зависности за грађане Београда.

Покушај аутора овог рада јесте да се општа и стручна јавност упозна са улогом и радом Саветовалишта за породице са проблемом пијења алкохола, као и истицање значаја ангажовања окружења (networka) у превенцији болести зависности-алкохолизма путем имплементирања саветовалишта под паролом „што ближе и брже до савета/помоћи“.

Литература

1. Bošković-Djukić D. (2000). The Expepience and Realites of People tpeated fop Alcohol Abuse duping the Wap. *A Joupnal fop the Helping Professions*, vol. 6, No 2.
2. Bošković, D.(1998). *Alkoholizam žena: nastanak, posledice i lečenje*. Zadužbina Andrejević. Beograd.
3. Clinebell, Howard J., Jr. (Revised and Enlarged Edition 1968). *Understanding and Counselling the Alcoholic* – Abingdon Press, New York.
4. Gačić, B. (1978) *Porodična terapija alkoholizma*, Rad, Beograd.
5. Gačić, B. (1985). *Alkoholizam, bolest pojedinca i društva*, ZID ‘’Filip Višnjić’’, Beograd.
6. Gačić, B. (1993) Razvoj ekosistemskog pristupa alkoholizmu: 30 godina kliničkog iskustva i istraživanja u Beogradu, *Psihijatrija danas*, Vol. 25 , No 3-4.
7. Gallant, D. M. (1987) Successful treatment of substance abuse: early diagnoses and interventions, *Medical Times* , Vol. 115, p 131-140.
8. Gallant, D. M. (1991) Alcohol and drug abuse prevention in adolescents, Alc*ohol Clin. Exp. Res.*, Vol. 15, p 308-309.
9. Landau J., Shea R., Garrett J., Stanton M. D., Baciewicz G., Brinkman-Sull D. (2000) Strength in numbers: The ARISE method for using families and networks to engage addicted persons in treatment, *Unpublished manuscript; 1997g or American Journal of Drug and Alcohol Abuse*¸ Vol. 26, p 379-398.
10. Meyer, M. L. (1978) *Counselling Families of Alcoholics: A guideline for the helping profession*, Alcohol Education Centre, London.
11. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2004).Eleven’th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institute of Health
12. Schuckit, M.A. (1984). Subjective responses to alcohol in sons of alcoholisc and control subjects. *Arh Gen Psychiatry 41* (9):879-884.
13. Stanković, Z.(1995) *Alkoholizam: od prve do poslednje čaše*, Kreativni centar, Beograd.
14. Steinglass, P., Bennett, L., Wolin, S., & Reiss, D. (1987). The alcoholic family, new York: Basic Books.
15. Trbić, V. (2000) *Opis alkoholičarske porodice*, Zadužbina Andrejević, Beograd.
16. Whalen, T., (1953) Wifes of Alcoholics: Four Types Discovered in Family Service Agencies, *Quarterly Journal Studies on Alcohol*, Vol. 14, p 6-44.
17. World Health Organization (2000). European Alcohol Action Plan 2000-2005. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
18. World Health Organization (2005b). Framework for alcohol Policy in the European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
19. World Health Organization (WHO) (2000): Comprehensive International Diagnostic Interview (CIDI), Geneva, Switzerland: WHO. Accesse 2002. Avaliable at: http://www.who.int/msa/cidi

Квалитет здравствене заштите у домовима здравља Јужнобчког округа

Д. Чанковић,[1] Н. Драгнић,[2] С. Кргић,[3] С. Травар,[4] И. Радић,[5] С. Хархаји,[6] С. Шушњевић[7]

Health Care Quality in Primary Health Centers of South-Bačka Region

Cankovic D., Draganic N., Kvrgic S., Travar S., Radic I., Harhaji S., Susnevic S.

Сажетак. *Квалитет здравствене заштите може се дефинисати као „Препознавање и задовољење здравствених потреба оних којима је испуњење истих најпотребније, по најнижој цени и унутар дате регулативе". Активности на праћењу и унапређењу квалитета рада, као и планирање и организацију здравствене заштите, потребно је прилагодити приоритетним потребама дефинисаних популационих група. Основни циљ овог рада јесте да се сагледа квалитет здравствене заштите у домовима здравља Јужнобачког округа. У испитивању је коришћена ретроспективна студија показатеља квалитета рада, а материјал за анализу сачињавали су извештаји о показатељима квалитета рада у ПЗЗ за 2005. годину. Квалитет здравствене заштите у домовима здравља Јужнобачког округа истраживан је кроз индикаторе квалитета рада сачињених према Методолошком упутству од стране Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут".*

Резултати истраживања показују велику хетерогеност у односу на наведене индикаторе. Један од разлога великих варијација показатеља квалитета рада међу лекарима у свим службама домова здравља Јужнобачког округа јесте заједничка евиденција како лекара који раде током целе године тако и лекара

Summary. *Health care quality can be defined as: "Identification and satisfying of health needs of those to whom it is the most important, with the lowest prize and within valid legislation". Activities in follow-up and improvement of work quality as well as planning and organization of health care are necessary to be adjusted to priorities of defined population groups. The main objective of this paper is to analyze health care quality in health centers in South-Backa region. In this investigation is used retrospective study of work quality indicators and data for analysis included reports on work quality indicators in PHC for 2005. Health care quality in health centers in South-Backa region is investigated through work quality indicators, composed according to the Metodological instruction, prepared by Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic-Batut".*

Investigation results indicate to high heterogeneity regarding to presented indicators. One of the reasons of high variations in work quality indicators among physicians in all services of health centers in South-Backa region is mutual evidence of both physicians working during the whole year and physicians working just several months during the year. This is corrected in new Procedure methodology from 2007.

[1] Др Душан Чанковић, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

[2] Мр мат. Наташа Драгнић, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

[3] Доц. др Светлана Кргић.

[4] Др Соња Травар, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

[5] Др Ивана Радић, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

[6] Др Сања Хархаји, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

[7] Др Соња Шушњевић, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

који раде само неколико месеци у току године, што је кориговано новим Методолошким упутством из 2007. године.

Мерењем квалитета здравствене заштите добијају се информације које представљају основ за дефинисање мера и активости у циљу даљег унапређења квалитета пружене здравствене заштите.

***Кључне речи**: квалитет, здравствена заштита, примарна здравствена заштита.*

By measuring of health care quality precious information are achieved which is the basis in defining measures and activities with the aim of further improvement of offered quality of health care.

***Key words:** quality, health care, primary health care.*

Увод

Квалитет здравствене заштите може се дефинисати као „Препознавање и задовољење здравствених потреба оних којима је испуњење истих најпотребније, по најнижој цени и унутар дате регулативе«[1]. Једна од дефиниција квалитета здравствене заштите јесте и „...онај степен изванредности постигнут и документован у процесу дијагнозе и терапије који се базира на најбољем знању, а постиже најмањи могући морбидитет и морталитет у популацији“.[2]

Мерење квалитета обично се спроводи путем индикатора који представљају мерљиву особину која се разликује у односу на критеријум квалитета који желимо да меримо. Мерење (процена) квалитета заснива се на поређењу актуелне праксе са критеријумима и стандардима најбоље могуће, односно идеалне праксе.[3]

Циљ рада

Циљ рада је да се у ретроспективној студији за 2005. годину сагледа квалитет пружене здравствене заштите у домовима здравља на територији Јужнобачког округа и кроз проспективни део студије донесу предлози мера за унапређење квалитета рада у домовима здравља.

Метод рада

Испитивани узорак за праћење квалитета здравствене заштите, током 2005. године, чинило је 11 домова здравља у Јужнобачком округу (Нови Сад, Врбас - Здравствени центар Врбас, Темерин, Тител, Беочин, Бач, Бачка Паланка, Бечеј, Србобран, Жабаљ и Бачки Петровац).

Процена квалитета спроведена је на бази извештаја које домови здравља достављају заводима за јавно здравље, а на територији Јужнобачког округа Институту за јавно здравље Војводине, према Методолошком упутству које је утврдио Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“[4], на основу документа Министарства здравља РС „Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама“, 2004. године.[5]

Истраживање је обухватило рад службе опште медицине, службе за здравствену заштиту жена, службе за здравствену заштиту деце и омладине, стоматолошку службу и службу за здравствену заштиту радника. Праћени су следећи показатељи квалитета рада: број прописаних рецепата, број налога за ампулиране лекове, број упута за лабораторију, број упута за специјалистичко консултативни преглед, број упута за рентген и број упута за ултразвук.

Резултати

Упоређујући показатеље квалитета рада у Републици Србији за период јануар–јун 2006. године са добијеним показатељима у Јужнобачком округу за 2005. годину добијамо да је у **Служби за здравствену заштиту жена** просечан број рецепата по лекару на нивоу Србије 456, а у Јужнобачком ок-

ругу 850,83; просечан број налога за ампулиране лекове по лекару на нивоу Србије износи 69, а у Јужнобачком округу 69,65; просечан број упута за специјалистичко консултативни преглед по лекару на нивоу Србије је 203, а у Јужнобачком округу 505,48 и просечан број упута за лабораторију по лекару на нивоу Србије износи 382, а у Јужнобачком округу 649,43. Просечан број упута за рендген по лекару у Србији је 15, а у Јужнобачком округу 12,55; док је просечан број упута за ултразвук по лекару у Србији 283, а у Јужнобачком округу 401,50 (***табела 1***).

У **Служби за здравствену заштиту деце и омладине** просечан број рецепата по лекару на нивоу Србије износи 1425, а у Јужнобачком округу 2032,31; просечан број налога за ампулиране лекове по лекару на нивоу Србије износи 173, а у Јужнобачком округу 98,97; просечан број упута за специјалистичко консултативни преглед по лекару на нивоу Србије је 367, а у Јужнобачком округу 776,19 и просечан број упута за лабораторију по лекару на нивоу Србије износи 354, а у Јужнобачком округу 521,90. Просечан број упута за рендген по лекару у Србији је 13, а у Јужнобачком округу 24,54; док је просечан број упута за ултразвук по лекару у Србији 23, а у Јужнобачком округу 51,63 (***табела 2***).

Упоредном анализом показатеља квалитета рада утврђено је да је највише рецепата преписано у Дому здравља Темерин 5800, док је најмање преписано у Дому здравља

Табела 1. Просечан број праћених показатеља квалитета рада у служби за здравствену заштиту жена на територији Јужнобачког округа у периоду јануар–децембар 2005. године у односу на показатеље квалитета рада на територији Републике Србије у периоду јануар–јун 2006. године

РЕГИОН	Просечан број прописаних рецепата по лекару	Просечан број прописаних налога за ампулиране лекове по лекару	Просечан број прописаних упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару	Просечан број прописаних упута за лабораторију по лекару	Просечан број прописаних упута за рендген по лекару	Просечан број прописаних упута за ултразвук по лекару
Република Србија	456	69	203	382	15	283
Јужнобачки Округ	850,83	69,65	505,48	649,43	12,55	401,50

Табела 2. Просечан број праћених показатеља квалитета рада у служби за здравствену заштиту деце и омладине на територији Јужнобачког округа у периоду јануар–децембар 2005. године у односу на показатеље квалитета рада на територији Републике Србије у периоду јануар–јун 2006. године

РЕГИОН	Просечан број прописаних рецепата по лекару	Просечан број прописаних налога за ампулиране лекове по лекару	Просечан број прописаних упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару	Просечан број прописаних упута за лабораторију по лекару	Просечан број прописаних упута за рендген по лекару	Просечан број прописаних упута за ултразвук по лекару
Република Србија	1425	173	367	354	13	23
Јужнобачки Округ	2032,31	98,97	776,19	521,90	24,54	51,63

Табела 3. Просечан број праћених показатеља квалитета рада у домовима здравља Јужнобачког округа

УСТАНОВА	Просечан број прописаних рецепата у дому здравља	Просечан број прописаних упута за лабораторију у дому здравља	Просечан број прописаних упута за специјалистичко-консултативни преглед у дому здравља
ДЗ Нови Сад	3978	330	797
ДЗ Врбас	4625	339	599
ДЗ Темерин	5800	395	694
ДЗ Тител	5081	464	1112
ДЗ Беочин	3066	325	773
ДЗ Бач	4329	505	601
ДЗ Б.Паланка	5351	1417	1260
ДЗ Бечеј	4226	344	650
ДЗ Србобран	4708	336	518
ДЗ Жабаљ	4417	362	679
ДЗ Б.Петровац	4761	227	572
	χ^2 p< 0,01	χ^2 p< 0,01	χ^2 p< 0,01

Беочин 3066, што је статистички значајна разлика χ^2 p<0,01. У Дому здравља Бачка Паланка највише је преписано упута за лабораторију 1417, а најмање у Дому здравља Бачки Петровац 227, што је такође статистички значајна разлика χ^2 p<0,01. Број прописаних упута за специјалистичко-консултативне прегледе највиши је у Дому здравља Бачка Паланка 1260, а најмањи у Дому здравља Србобран 518, и представља статистички значајну разлику χ^2 p< 0,01 (***табела 3***).

Поредећи показатеље квалитета рада у примарној здравственој заштити у Републици Србији за период јануар–децембар 2006. године и у Јужнобачком округу за период јануар–децембар 2005. године уочавамо да су рецепати, упути за специјалистичко консултативни преглед и упути за лабораторију у домовима здравља Јужнобачког округа преписивани у знатно већем броју у односу на просек у Републици Србији, што је статистички значајна разлика p< 0,01. Просечан број рецепата по лекару на нивоу Србије је 2507, а у Јужнобачком округу 4221, просечан број упута за специјалистичко консултативни преглед по лекару на нивоу Србије је 255, а у Јужнобачком округу 423, и просечан број упута за лабораторију по

Табела 4. Просечан број праћених показатеља квалитета рада на територији Јужнобачког округа у периоду јануар–децембар 2005. године у односу на показатеље квалитета рада на територији Републике Србије у периоду јануар-децембар 2006. године

РЕГИОН	Просечан број прописаних рецепата по лекару	Просечан број прописаних упута за лабораторију по лекару	Просечан број прописаних упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару
Република Србија	2507	406	255
Јужнобачки округ	4221	772	423
	p<0,01	p<0,01	p< 0,01

лекару на нивоу Србије износи 406, а у Јужнобачком округу 772 (***табела 4***).

Дискусија

Анализа квалитета здравствене заштите у домовима здравља Јужнобачког округа кроз индикаторе квалитета рада показала је изразиту хетерогеност. Један од разлога великих варијација показатеља квалитета рада међу лекарима у свим службама домова здравља Јужнобачког округа јесте и заједничка евиденција како лекара који раде током целе године тако и лекара који раде само неколико месеци у току године. Овај уочени недостатак је коригован доношењем новог Методолошког упутства 2007. године.[6,7]

Праћени показатељи квалитета рада за 2005. годину у Јужнобачком округу преписивани су у знатно већем броју у односу на просек у Републици Србији у 2006. години. Ово се може објаснити чињеницом да је доступност здравствене заштите у Јужнобачком округу боља у односу на просек у Републици Србији, да постоје већи здравствени ресурси и да здравствени радници у Јужнобачком округу у свакодневном раду користе и примењују савремене доктринарне ставове у лечењу пацијената.[8]

Закључак

Просечне вредности праћених показатеља квалитета рада у примарној здравственој заштити на територији Јужнобачког округа више су него у Републици Србији, те се може претпоставити да је доступност здравствене заштите боља, што представља један од елемената квалитета здравствене заштите.

Постоје статистички значајне разлике у вредностима праћених индикатора међу домовима здравља Јужнобачког округа.

Први корак у обезбеђењу квалитета пружене здравствене заштите јесте његово мерење, јер се на тај начин добијају информације које представљају основ за дефинисање мера и активности у циљу даљег унапређења квалитета пружене здравствене заштите.

Литература

1. Ovretveit J. Health Service Quality: An Intoduction to Quality Methods for Health Services, Oxford; Blackwell Scientific Publikations; 186; 1994.
2. Payne B.C. Lyon T.F. The Quality of Medical Care: Evaluation and Improvement. Chicago; Hospital Research and Educational Trust; 1976
3. Gillies A. Improving the quality of Patient Care, John Wiley and Sans; 222; 1997.
4. Методолошко упутство за поступак заказивања прегледа у специјалистичко-консултативним службама здравствених установа и методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о показатељима квалитета рада, листама чекања, задовољству пацијента и обуци запослених, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд; 2004.
5. Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама, Министарство здравља; Београд; 2003.
6. Методолошко упутство за поступак извештавања здравствених установа о обавезним показатељима квалитета здравствене заштите, Институт за јавно здравље Србије, Београд, август 2007. године.
7. Правилник о показатељима квалитета здравствене заштите, Сл. гласник РС бр. 57/2007, 22.06.2007.
8. Станковић Т.: Квалитет процеса рада у примарној здравственој заштити, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд; 2006.

Интеракције професионалних штетности и заштита здравља радника

И. Миков,[1] В. Васовић,[2] Н. Торбица[3]

Interaction of Occupational Hazards and Workers' Health Protection

I. Mikov, MD, PhD; V. Vasovic, MD, PhD; N. Torbica, MD, MSc

Сажетак. *Радници су често на свом радном месту изложени истовремено већем броју различитих неповољних фактора радне средине, што некада веома отежава процену ризика по здравље радника. Одређивање и процена професионалних штетности један је од кључних момената у процени ризика по здравље запосленог на његовом радном месту. Када је у питању здравствена заштита радника, најважније интеракције фактора радне средине* ***јесу оне између хемијских, физичких и биолошких*** *фактора. Код процене ризика по здравље на радном месту, при одређивању концентрације токсичних хемијских штетности у ваздуху радне средине (амбијентални мониторинг), треба узети у обзир: дужину изложености, примену личних и осталих мера заштите, микроклиматске и остале услове радне средине, степен физичког напрезања, све ефекте хемијских супстанци на организам човека (канцерогеност, алергогеност и др.), и остале начине уношења хемијске материје у организам радника (преко коже, дигестивног тракта). При неким интеракцијама од изузетног значаја могу бити и индивидуалне карактеристике самог радника, као што су пол, старост, наследне особине и др. Поред тога, метаболизам хемијских супстанци могу модификовати друштвене навике, као што су, нарочито, пушење дувана и конзумирање алкохолних пића. Све податке о факторима радне сре-*

Summary. *Often, workers are simultaneously exposed to numerous various occupational hazards at workplace, and it makes health risk assessment sometimes very difficult. Measurement and evaluation of occupational hazards plays the key role in evaluation of worker's health risks to employee at workplace. In occupational health, the most important interactions in working environment are those between chemical, physical and biological agents. In health risk assessment at workplace, during determination of airborne concentration of toxic chemicals in working environment (ambient monitoring), we must take into account: duration of exposure, use of personal equipment and the other work safety measures, microclimate and the other working conditions, physical load, all effects of chemical on human organism (carcinogenicity, allergic potential) and the other ways of chemical absorption in body of worker (via skin, digestive tract). In some interactions individual characteristics of worker (sex, age, genetic factors etc.) could play a very significant role. Moreover, the metabolism of chemicals may be modified by social habits, like tobacco smoking and consumption of alcohol beverages. All data concerning working environment and worker must be collected carefully in the process of evaluation of health risks to employee at the workplace. Also, we must take into account, possibility of*

[1] Проф. др сц. мед. Иван Миков, Завод за здравствену заштиту радника, Медицински факултет Нови Сад .

[2] Проф. др сц. мед. Велибор Васовић, Завод за фамакологију, токсикологију и клиничку фармакологију, Медицински факултет Нови Сад.

[3] Асист. мр сц. мед. др Никола Торбица, Институт за медицину рада и радиолошку заштиту „Др Драгомир Карајовић", Медицински факултет Београд.

дине и о раднику треба пажљиво прикупити у току процене ризика по здравље запосленог на радном месту. Такође, морамо узети у обзир како могућност различитих интеракција између фактора радне средине, тако и индивидуалне карактеристике радника.

various interactions between occupational hazards, as well as individual characteristics of worker.

Увод

Професионалне штетности могу бити у непосредној вези с технолошким процесом производње (физички, хемијски и биолошки агенси), или могу потицати од осталих неповољних услова рада. Одређивање и процена професионалних штетности један је од кључних момената у процени ризика по здравље запосленог на његовом радном месту.[1]

Радници су често на свом радном месту изложени истовремено већем броју различитих неповољних фактора радне средине, што некада веома отежава процену ризика по здравље радника. Примери су: заваривање, фарбање, различита радна места у ливницама, хемијској и петрохемијској индустрији и др.[2]

Уколико две или више професионалних штетности делује на исти органски систем, треба првенствено разматрати могуће последице комбинованог деловања, а не само њихове појединачне ефекте. Када је у питању здравствена заштита радника, најважније интеракције фактора радне средине су оне између хемијских, физичких и биолошких фактора. Поред тога, треба узети у обзир физичку активност запосленог и његово ментално напрезање у току рада.[3]

Интеракције хемијских професионалних штетности на радном месту

Досадашња епидемилошка, клиничка и експериментална истраживања показала су да су могућа три основна типа комбинованог токсичног дејства хемијских материја: адитивно синергистично и антагонистичко.

Код адитивног дејства укупна токсичност мешавине више хемијских штетности једнака је збиру токсичности појединих компоненти, односно токсична дејства хемијских штетности се сумирају. Адитивни ефект постоји и код истовремене изложености гасовима који делују као иританси респираторног система (сумпор-диоксид, азот-диоксид и други), као и код метала који токсично делују на кардиоваскуларни систем (кадмијум и олово). Такође, пример је и истовремена примена органских растварача (бензен, толуен, ксилен, етил бензен и други) који делују депресивно на централни нервни систем.[4] Бензен се због своје канцерогености сада не користи као органски растварач. Упркос томе, присутан је у ваздуху радне средине при коришћењу органског растварача толуена, јер се налази у толуену као нечистоћа. Такође, комерцијални ксилен садржи етил бензен.[5]

Синергистичко дејство постоји када присуство релативно нетоксичне или потенцијално токсичне хемијске штетности појачава токсично деловање друге штетности. На пример, метил-етил-кетон потенцира токсично деловање хексана на нервни систем, а токсично деловање угљентетрахлорида на јетру и бубреге јаче је изражено у присуству ацетона или изопропил алкохола. Истовремена изложеност тунгстен карбиду појачава токсичност кобалта и убрзава појаву обољења тврдог метала које се манифестује бујањем везивног ткива у интерстицијуму паренхима плућа.[4]

Антагонистичко дејство подразумева слабљење токсичности једне хемијске штетности од стране друге. Познато је да селен смањује токсичност живе и арсена. Етанол смањује токсично дејство метанола и етилен гликола.[4]

Пример из праксе

Најчешће се среће у пракси адитивни тип токсичног деловања хемијских штетности. Тада се при процени користи следећа једначина:

$Ц_1/МДК_1+Ц_2/МДК_2+ \ldots +Цн/МДКн=К$

$к_1+к_2+ \ldots +к_н=К$

$Ц_1$, $Ц_2$ ... $Ц_н$ - измерене концентрације хемијских штетности у ваздуху

$МДК_1$, $МДК_2$ ... $МДК_н$ - максимално дозвољене концентрације хемијских штетности

$к_1+к_2+ \ldots +к_н$ – индекс штетног деловања појединих хемијских штетности

К - Индекс укупног штетног деловања

Максимално дозвољена концентрација (МДК) хемијских штетности је она највиша концентрација која не узрокује оштећење здравља радника при свакодневном осмочасовном раду током укупног радног века и изражава се у mg/m^3. То значи да индекс штетног деловања - К треба да је мањи од 1.

На пример, у ваздуху су измерене следеће концентрације:

0,3 mg/m^3 бензена ($Ц_1$) - МДК за бензен је 3 mg/m^3 ($МДК_1$), $к_1=Ц_1/МДК_1=0,3/3=0,10$

105 mg/m^3 толуена ($Ц_2$) - МДК за толуен је 375 mg/m^3 ($МДК_2$), $к_2=Ц_2/МДК_2=185/375=0,49$

235 mg/m^3 ксилена ($Ц_3$) - МДК за ксилен је 435 mg/m^3 ($МДК_3$), $к_2=Ц_3/МДК_3=235/435=0,54$

Индекс штетног деловања ($к_1$, $к_2$, $к_3$) сваког од органских растварача је далеко испод 1. Ипак, индекс укупног штетног деловања - К ових органских растварача који имају адитивни токсични ефекат израчунава се помоћу наведене формуле на следећи начин:

$$К=к_1+к_2+к_3=0,10+0,49+0,54=1,13$$

Да би се услови рада сматрали безбедним, индекс укупног штетног деловања - К треба да је мањи од 1. Уколико је К већи од 1 (што је и случај у нашем примеру), то указује на повећан ризик по здравље изложених радника те је, сходно томе, потребно предузимање одговарајућих мера заштите да би се обезбедили безбедни услови за рад.

Када су у питању синергистички и антагонистички тип деловања хемијских штетности, горе наведена једначина не може се применити, већ се индекс штетног деловања мора одређивати индивидуално. Постављање општих принципа за квантитативну процену при комбинованом деловању хемијских штетности тада није могуће због недостатка поузданих података у хуманој популацији о дознозависним ефектима на физиолошке и биохемијске функције.[4]

Интеракције осталих професионалних штетности

Код процене ризика по здравље на радном месту, при одређивању концентрације токсичних хемијских штетности у ваздуху радне средине (амбијентални мониторинг), треба узети у обзир: дужину изложености, примену личних и осталих мера заштите, микроклиматске и остале услове радне средине, степен физичког напрезања, све ефекте хемијских супстанци на организам човека (канцерогеност, алергогеност и др.), и остале начине уношења хемијске материје у организам радника (преко коже, дигестивног тракта). Познато је да висока температура ваздуха и тежа физичка напрезања због повећаних метаболичких потреба доводе до убрзања дисања и самим тим до уношења већих количина хемијских материја у организам радника.[6]

Вредности температуре и влажности ваздуха могу бити веома значајне када су у питању биолошке штетности. Тако, на пример, гљивица соја Аспергилус продукује велику количина микотоксина при високој релативној влажности ваздуха и температури између 35°C и 65°C.[3]

Важне су и међусобне интеракције различитих физичких фактора. Неповољном дејству ниских температура ваздуха на организам радника доприноси присуство високих вредности брзине кретања ваздуха и влажности ваздуха. Код радника истовремено изложених повишеном нивоу буке и вибрација, долази до бржег оштећења чула слуха, него при изложености само повишеном нивоу буке.[3] Такође, истовре-

мена изложеност и одређеним хемијским супстанцама (угљен-моноксиду, неким органским растварачима) доприноси штетном деловању буке на слух радника.[2]

Навике и интеракције везане за радно место

При неким интеракцијама од изузетног значаја могу бити и индивидуалне карактеристике самог радника, као што су пол, старост, наследне особине и др. Поред тога, метаболизам хемијских супстанци могу модификовати друштвене навике, као што су, нарочито, пушење дувана и конзумирање алкохолних пића.[2]

Ефекти хемијских штетности радног места на здравље радника могу бити потенцирани истовременом експозицијом дуванском диму.[7] При пушењу цигарета контаминираних политетрафлуороетиленом (тефлоном) може се развити флуороводонична киселина, а при контаминацији хлорираним угљоводоницима фозген. Ово су изузетно токсичне хемијске материје које се стварају услед процеса термалне декомпозиције.[3]

Утврђено је синергистичко деловање при истовременој изложености азбесту и дуванском диму на појаву малигних обољења респираторног система код изложених радника.[7] Пушење такође појачава и штетно деловање неких физичких штетности као што су вибрације и бука највероватније услед вазоконстрикторног деловања никотина из дувана.[3]

Конзумирање алкохолних пића која садрже различите количине етанола је широко распрострањено. Ова навика може да у значајној мери утиче на метаболизам неких хемијских супстанци.[8] Радници професионално изложени органским растварачима узимају алкохолна пића повремено или стално. У људском организму етанол може да делује на ензиме одговорне за метаболизам неких органских растварача стимулативно и инхибиторно. Ово је кључно питање при тумачењу резултата добијених при биолошком мониторингу радника изложених органским растварачима.[4, 9,10]

Који ће ефект етанола предоминирати зависи од времена које је прошло од његове употребе. У раном периоду, када се етанол налази у телу у високим концентрацијама, он се првенствено понаша као инхибитор метаболизма неких органских растварача. Конзумирање алкохолних пића у току радног времена најчешћи је узрок инхибиције метаболизма професионалних хемијских штетности. То може имати за последицу смањено излучивање њихових метаболита. С друге стране, хронична потрошња алкохолних пића убрзава метаболизам органских растварача и повећава стварање токсичних метаболита.[10,11]

Уношење етанола може бити значајан извор грешке у при тумачењу резултата биолошког мониторинга када су у питању органски растварачи. Због тога, податке о потрошњи алкохолних пића треба пажљиво проценити код радника изложених органским растварачима.[4,10]

Закључак

Из свега наведеног може се закључити да све податке о факторима радне средине и о раднику треба пажљиво прикупити у току процене ризика по здравље запосленог на радном месту. Такође, морамо узети у обзир како могућност различитих интеракција између фактора радне средине, тако и индивидуалне карактеристике радника.

Литература

1. Торбица Н.: Оцењивање радног места. У: Павловић М., Видаковић А. (ур.). Оцењивање радне способности. Београд: Елвод-принт, 2003: 4150.
2. Миков М.И., Миков И.: Медицина рада. Нови Сад: Ортомедикс, 2007.
3. Перуничић Б.: Интеракције фактора радне средине. У: Видаковић А. (ур.). Медицина рада. Београд: Институт за медицину рада и радиолошку заштиту, 1996: 283-90.
4. Ogata M, Fiserova-Bergerova V, Droy PO. Occupational exposures to mixtures of industrial chemicals. In: ACGIH.

Topics in biological monitoring. Cincinnati: ACGIH, 1995: 63-82.

5. Mikov MI, Mikov MM, Siriski J. Chronic exposure to toluene and xylene vapors and their effects on workers employed in the production of paints and varnishes. Arch Toxicol Kinet Xenobiot Metabol 1994; 2: 15-24.
6. Миков М.: Практикум из медицине рада. Нови Сад: Ортомедикс, 2006.
7. Baker G. Respiratory toxicology. In: Stacey NH (ed.). Occupational Toxicology. Bristol (UK): Taylor & Francis, 1995: 77-87.
8. Васовић В., Миков М., Ђаковић-Швајцер К.: Одабрана поглавља из токсикологије. Нови Сад: Едиција савремена фармакотерапија, 2003.
9. Mikov I, Radosavac A, Jakovljevic V, Popovic M, Mikov M. Benzene-ethanol interaction and hepatotoxicity. Iug Physiol Pharmacol Acta 1995; 31: 361-5.
10. Fiserova-Bergerova V. Interference of alcoholic beverage consumption with biological monitoring of occupational exposures to industrial chemicals. In: ACGIH. Topics in biological monitoring. Cincinnati: ACGIH, 1995: 83-90.
11. Mikov I, Mikov A, Siriski J, Mikov M, Milovanov V. Effect of sumultaneous exposure to benzene and ethanol on urinary phenol extraction in mice. J Occup Health 2000; 42: 258-9.

Плаћање примарне здравствене заштите методом капитације

Р. Кнежевић[1]

Primary Health Care and Capitation Method of Payment

Knezevic R.

Циљ: Остваривање равномерног развоја примарне здравствене заштите, који подразумева уједначену расподелу новчаних средстава из здравственог осигурања по основу броја корисника.

Основни задатак модела капитације јесте расподела средстава по глави становника. Овај модел би уважавао повећане потребе корисника зависно од старосне групе. Модел се ослања на математички модел који се примењује на целом подручју Републике Србије.

Постојећа законска регулатива не уважава модел расподеле средстава где се уважавају ове повећане потребе корисника, већ примењује трошковни модел. Трошковни модел подразумева покривање личних доходака и директних и индиректних материјалних трошкова.

Однос субјеката у моделу капитације, за који сматрамо да би више био окренут кориснику, јесте следећи: КОРИСНИК – ДАВАЛАЦ – ОСИГУРАЊЕ. Он мора обезбедити сва права корисника, а даваоцу обезбедити услове и новац усаглашен са бројем и повећаним потребама корисника, на целој територији, водећи рачуна о достигнутом нивоу здравствене заштите, о перманентном унапређењу и повећању достигнутог нивоа и стандарда.

Плаћање примарне здравствене заштите методом капитације

Наведени услови у овом пројекту подразумевају довођење сва три учесника у равноправан однос и то путем заједничких именитеља који служе као алат или као инструмент за спровођење математичког модела којим се добијају тачни резултати који уважавају све претпоставке о једнаким правима. Корисником се подразумева целокупно становништво. Подаци о кориснику узимају се из официјелног пописа становништва, које се врши сваке десете године, а обухвата старосну и полну структуру коју ми користимо у овој студији. На истим принципима ради се и процена броја становника за сваку годину која је, са дугим искуством и добром методологијом, сведена на одступање на нивоу статистичке грешке, те је као извор података врло поуздан. Подаци су везани за територију општине где је и давалац услуга на примарном нивоу регистрован од стране те исте локалне самоуправе. Један од основних задатака јесте довођење сваког корисника у исту раван у односу на његове потребе.

Заједнички именитељ се добија преко коефицијента капитације који има задатак да повећани обим потреба корисника претвори у број корисника, који се сматра основним и обележава се коефицијентом један.

Ради појашњења, становништво које нема повећане потребе је у добној групи од 25 до 45 година, али се може сматрати и оно од 20 до 55, или пак од 18 до 65 година. Овај модел с разлогом прихвата стандардног корисника који припада старосној структури од 18. до 65. године. из основног разлога што се досадашњи модел размене средстава и услуга, или плаћања, базирао на трошковном моделу. Било је краћих периода када се покушало да основни модел буде број и врста

[1] Ранко Кнежевић, дипл, ек., специјалист здравствене економике

Табела 1. Израчунавање капитационог броја

Добна група	Година										Укупно	x бар
	0-1	1-6	7-14	14-18	18-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75+		
Капитациони коефицијенти	1,8	1,6	1,4	1,2	1,0	1,2	1,4	1,6	1,8	2,1		
Општина А												
Број становника	300	1.500	2.400	1.200	21.000	1.400	1.350	1.300	1.200	2.100	33.450	
Број капитационих корисника	540	2.400	3.360	1.440	21.000	1.680	1.880	2.080	2.160	4.410	40.950	22,42
Општина Б												
Број становника	560	2.800	9.400	2.200	30.000	2.800	2.700	2.900	2.850	5.100	61.310	
Број капитационих корисника	1.080	4.480	13.160	2.640	30.000	3.360	3.780	4.640	5.130	10.710	78.980	28,80
Општина Ц												
Број становника	1.100	5.000	7.500	3.800	42.000	5.000	4.900	4.500	4.000	3.000	81.800	
Број капитационих корисника	1.980	8.000	10.500	4.560	42.000	6.000	6.860	7.200	7.200	6.300	100.600	22,98

Давалац – Осигурање, који потписују уговор о правима и обавезама сваког од потписника, пре потписа морају регулисати део услуга који се у неким установама обављају, а не припадају примарном нивоу. То се односи на стационарне услуге, апотекарске услуге, дијализирање и друге неспецифицне услуге. Сви трошкови везани за те услуге, рачунајући и личне дохотке, одузимају се од масе новчаних средстава на националном нивоу, то значи пре примене капитационог броја. По примени капитационог броја, свака од установа, која обавља неку од специфицних услуга, кроз посебну ставку, са наведеном услугом, добија и новчану масу за те намене.

Број становника у Србији	7.498.001
Претпоставимо просечан капитацини коефицијент на нивоу Србије	1,25
Укупан број капитационих корисникау Србији би био	9.372.501
КАПИТАЦИОНИ БРОЈ ЗА ОПШТИНУ А = 40950/9372501 x 100	0,43691646
КАПИТАЦИОНИ БРОЈ ЗА ОПШТИНУ Б = 78980/9372501 x 100	0,84267795
КАПИТАЦИНИ БРОЈЗА ОПШТИНУ Ц = 100600/9372501 x 100	1,07335278

Примера ради у посматраној години укупна маса новчаних средстав за примарну здравствену заштиту за стандардне услуге износи 30.000.000.000,00 динара опстине би добиле:

ОПШТИНА А	1.310.749.380.00
ОПШТИНА Б	2.528.033.850,00
ОПШТИНА Ц	3.220.058.340,00

услуге, али се од тога брзо одустало, односно модел је био осуђен на пропаст, јер у основи је и даље функционисао принцип покривања добро контролисаних трошкова. Добна група до 18. године и добна група од 65. па више, сигурно су они корисници који имају повећан обим потреба за коришћењем здравствених услуга. Постоји оправдање да се у ове две групе налази више подгрупа које имају повећане потребе. У првој години по рођењу потребе су веће у односу на наредних пет година. Једна од подгрупа могла би бити од 7. до 14., па од 15. до 18., па од 19. до 25. године. Увидом у демографско кретање, групе би се могле обухватити пондерисаним капитациним коефицијентом. Добна група од 55, односно 60, 65 година има различита кретања у различитим крајевима, тако да је неопходно ову групу диференцирати и применити коефицијент који омогућава већи износ средстава.

Примена капитационих коефицијената на онај број становника који имају повећане потребе у коришћењу здравствене заштите на примарном нивоу добијамо повешање броја корисника. Повећан број добијен преко капитационог коефицијента назива се **капитациони корисник**. Збир капитационих корисника по општинама даје укупан број на нивоу републике. Проценат учешћа броја капитационих корисника општине у односу на укупан број капитационих корисника у републици чини **капитациони број**.

Производ капитационог броја и укупне масе новчаних средстава опредељених за примарну здравствену заштиту на националном нивоу за текућу годину је припадајућа новчана маса оног дела територије, односно оне општине, чији се капитациони број примени.

Обавеза локалне самоуправе, као оснивача установе која пружа здравствену заштиту на примарном нивоу, јесте да са средствима које „вуче“ по основу броја и повећаних потреба корисника пружи здравствену заштиту уз поштовање законске регулативе која регулише ову делатност од посебног друштвеног интереса.

Закључак

1. Равномерна територијална расподела средстава
2. Могућност да се унутар извршиоца, по организационим целинама, изврши прерасподела средстава, на основу броја корисника и њихових потреба
3. Постављање компаративне вертикалне анализе по даваоцима, на националном нивоу омогућава примену стандарда.

Литература

1. Svetska banka. 1993c. World Development Report 1993: Investing in Health. Njujork: Oxford University Press.
2. Albreht T., Cesen M., Hindle D. et al. (2002). Health care systems in transition: Slovenia. European Observatory on Health Care Systems, 1 – 90
3. European Health Care Reforms (1996): Analysis of Current Strategies, WHO
4. McKee M, Ms Kee J (2002). Hospitals n a changing Europe. Open University Press, Buckingham 150-177.
5. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (2002). Funding health care: options for Europe. Open University Press, Buckingham, 250-272.

Синдром сагоревања на послу

Д. Ђуричић,[1] И. Пантић,[2] С. Ристић[3]

Burnout Syndrome

Djuricic D., Pantic I., Ristic S.

Сажетак. *Синдром изгарања на послу већ је двадесетак година тема о којој расправљају сва модерна друштва, а многа професионална медицинска удружења већ су развила своје превентивне и терапијске мере.*

У раду су изнесени сви доступни подаци из стране литературе, фактори настанка тог синдрома, постојећа дефиниција, симпотоми који карактеришу појаву болести, специфичности настанка те болести, и у нашој професији, и савети за спречавање настанка болести.

Приказани су упитници за откривање стреса и појаву синдрома изгарања, уз препоруке начина спречавања стреса и лечења код појаве тог синдрома. Спроведена је и анкета на 150 колега и расправљени су резултати који указују на висок проценат захваћености синдрома сагоревања. Око 70% анкетираних налази се у I и II стадијуму сагоревања на послу, а преко 10 % има све симптоме обољења. Такво забрињавајуће стање изискује брзу реакцију стручних и управних структура у здравству, како би се спречиле непожељне последице.

Summary. *The burnout syndrome is a theme spoken about for the last twenty years by many indistrialized societies nad numerous professional medical associations had already developed their own preventive and therapeutic measures. Since this is a new topic in our country, this article aims to list all the known facts in this field and to activate our professional societies an the govenment to devlop mechanisms of protection for most endangered professions. All the available data from foreign literature as also current definition, symptoms and developing factors of this syndrome are here given. The article gives specific developing factors for the malady in our profession and advices on how to prevent it.*

Увод

Синдром изгарања на послу, стигао је као друштвени и професионални проблем и до нас.

Многа испитивања и стручни радови указују на појаву тог синдрома, нарочито у радним срединама у којима се појединци сусрећу са проблемом несигурности за своје радно место, где нема контроле рада и нема одговарајуће заштите радника, те тамо где су захтеви радног места такви да присиљавају раднике на дуже радно време, промене процеса рада и хитност интервенције без могућности

[1] Прим. др Даница Ђуричић, Дом здравља Савски венац, Београд

[2] Др Игор Пантић, Медицински факултет у Београду

[3] Сузана Ристић, медицинска сестра, Дом здравља Савски венац, Београд

довољног недељног и годишњег одмора. Срећемо га и у срединама са неадекватном новчаном надокнадом, лошим међуљудским односима, тамо где су преобимни задаци, где се ради са неизлечивим пацијентима, где постоји осећај бемислености посла.

Анализом ове појаве, показала су се најугроженија радна места у здравству, а изложени су и новинари, судство, менаџери, просвета, полиција и све професије које раде с људима.

У нашој струци тај синдром је почео бивати све учесталији. У нашој средини све чешће срећемо особе са синдромом изгарања са којима не можемо комуницирати а да не доживимо неуротски испад или конфликтну ситуацију.

Код погођених појединаца јављале су се промене понашања у виду пада концентрације, смањења самопоштовања, апатије, непопустљивости и крутости у односима, дезоријентације, песимизма, забринутости за здравље, повлачења у себе и изолације од других, преосетљивости и сл.

Јављали су се и субјективни симптоми, као што су несаница, ноћне море, смањење или појачање апетита, пад сексуалности, осећај ирационалног страха, осећај кривице, умор, лоше расположење и слабост, психичке сметње у виду опсесије о сврсисходности живота, осећај бесциљности, суицидалне идеје, верски фанатизам, губитак вере.

Органски поремећаји били су у виду срчаних аритмија, напада пароксизмалне тахикардије, хиперетензије, болова у мишићима, зглобовима, пробавне сметње, главобоље, мигрене, поремећај менструалног циклуса.

Доказано је ипак да главни узрок изгарању лежи у психолошким особинама појединца.

Синдрому изгарања су тако склонији незрели људи, неуротичари, претерано одговорни, амбициозни, неуравнотежени који имају висока очекивања у послу и који се превише посвећују послу и у урбаној средини налазе смисао постојања.

Према дефиницији, коју су поставили 1996. године, Girdino, Everly и Dusek: Синдром изгарања је стање психичке, физичке или психофизичке исцрпљености узроковане претераним и пролонгираним стресом. Постоје три степена изгарања:

I степен: почетна начетост стресом
II степен: реактивна компензација стреса са очувањем енергије
III степен: фаза истрошености.

У почетној начетости стресом јављају се психолошке и физиолошке реакције као стална раздраженост, анксиозност, раздобља са повишеним крвним притиском, несаница, заборавност, палпитације, проблеми концентрације, пробавни проблеми. Код појаве било која два од ових симптома, можемо бити сигурни да смо у првој фази стреса.

У другој фази јавља се чување енергије како би се компензовао стрес, јавља се претерано кашњење на посао, одгађање послова и нерадо прихватање нових радних задатака, продужавање радних пауза, опадање сексуалних жеља, стални умор, изолација од пријатеља и породице, цинизам, огорченост, претеривање у пушењу, испијању кафа, узимању лекова и психактивних супстанци и појава апатије. Појава било која два од ових симптома указује на постојање друге фазе изгарања.

У трећој фази исцрпљивања већ већина примећује да са њима нешто није у реду, посао почињу доживљавати као оптерећење, јавља се хронична депресија, пад отпорности са сталним оболевањем, хронични желудачни и цревни проблеми, хронична психичка и физичка измореност, главобоље, жеља за бегом из друштва, напуштање пријатељства, друштва, учестале суицидне мисли. Појаве било која два од ових симптома, сигуран је знак треће фазе изгарања.

Специфицности лекраске професије

У нашој професији развијени су одређени митови који доприносе развоју синдрома сагоревања. Тако би лекар морао бити свезнајући, непогрешив, увек сигуран у свој став, јер је несигурност знак слабости, пацијент му увек мора бити најважнији, очекивање емоција значи слабост, лекар мора своје потребе подредити струци, увек мора све задовољити.

Појаву стреса у лекарској професији можемо поделити на:

1. Опште изазиваче стреса као што су – превисоко постављени захтеви бриге о пацијенту, мањак слободног времена за предах у послу, претерани стални контакт са пацијентом, слаба друштвена подршка професији, пад друштвеног угледа професије, мањак слободног времена за контакте са колегама, општа тенденција окривљавања лекара за сваки проблем у здравственој заштити и сл.
2. Специфичне очекиване предуслове за појаву стреса, као што су стални временски теснац, неизвесност резултата лечења, хронична премореност, разапетост између живота и смрти, и потреба за доношењем брзих одлука, немогући захтеви хроничних болесника и стална потреба за одржавањем властите стручне способности. Прековремени рад и ометање породичног живота сталним телефонским позивима.
3. Неочекиване стресове, као што су сталне промене у законима и здравственим прописима, промене на радном месту с обавезом преузимања нових послова и одговорности, мешање трећих особа у процес лечења, изложеност све учесталијим сукобима с пацијентима, све већа потреба за опрезом и дефанзивном медицином, поремећај односа лакар-пацијент због административних прописа, неадекватна подршка у друштву, страх од насилних пацијената и финансијски проблеми због несигурних прихода и све тежег вођења праксе.

Код нас су иначе стресогени фактори у последњих десет година много израженији. Разлози су незадовољство положајем струке, сталне промене у области здравственог осигурања, несигуран утицај Лекарске коморе у заштити стручних интереса. Ту су и односи пацијент-лекар, уз страх од агресивног понашања пацијената и прибегавање дефанзивној медицини.

За савладавање синдрома изгарања Америчко друштво лекара интерниста, 2001. године, предложило је пет основних мера, које би свако од нас морао применити да се заштити од појаве синдрома изгарања. Они тако препоручују:

1. Водите бригу о себи – размотрите најпре свој властити заштитни програм. Укључите у свој рад забаву, разбибригу, кад сте под стресом важно је да сте с породицом више него иначе, да нађете времена за хобије и интересе.
2. Одредите границе вашег деловања – размотрите границе вашег деловања – размотрите вашу праксу и видите где је потребно подвући границу. Морате размотрити ваше радно време, ваше оптерећење пацијентима, број прегледа или смањити број проблематичних пацијената.
3. Одредите средства превладавања стреса – изаберите особу којој се можете поверити.
4. Анализирајте сами себе – одредите које су ваше вредности и жеље, које су ваше вештине. Изгарање често произилази из несразмера ваших жеља, процена и интереса, с једне стране, и захтева радног места, с друге.
5. Надвладајте комплекс да су други бољи и да се то само вама дешава.

У САД-у се том проблематиком бави Одбор за медицнску етику који је и развио тестове за одређивање нивоа стреса или степена изгарања помоћу кога сваки лекар може проверити своје стање.

Тако су Girdin, Everly и Dusek, 1996. године, у свом раду Controling Stres and Tension, разрадили тест за одређивање нивоа стреса на основу сазнања о основна четири фактора преоптерећења (хроничном мањку времена, претераној одговорности, мањку подршке и претераном очекивању од себе и своје околине).

У том тесту на одређена питања треба одговорити једним од понуђених одговора, који се бодују.

а. скоро увек – 4 бода
б. често – 3 бода
ц. ретко – 2 бода
д. скоро никад – 1 бод.

Упитник за самопроцену нивоа стреса

1. догађа ли вам се да имате премало времена за забаву?

2. осећате ли да имате премало подршке и помоћи?
3. јавља ли вам се помањкање времена да би ефикасно завршили свој рад?
4. имате ли потешкоћа са спавањем због вишка проблема?
5. много људи очекује превише од вас?
6. имате ли осећај малаксалости?
7. примећујете ли да сте заборавни и неодлучни због тога јер сте преоптерећени?
8. сматрате ли да сте под великим притиском?
9. осећате ли да имате превише одговорности?
10. осећате ли се премореним на крају радног дана?

Укупан збир бодова од 25 до 40 указује на висок ниво стреса који нас може физички и психички исцрпети.

Врло користан је и упитник по Фреуденбергеровој скали сагоревања, где се сваки одговор бодује према јачини осећаја у скали од 1 до 5 бодова.

Упитник за одређивање нивоа синдрома изгарања

1. да ли се лако замарате и осећате ли се исцрпљени?
2. да ли се узрујате кад вам неко каже да не изгледате добро?
3. радите ли све више и више, а имате осећај да нисте ништа учинили?
4. јесте ли заједљиви и све више разочарани светом око вас?
5. осећате ли се жалосним, а не знате зашто?
6. јесте ли заборавни, не одете у договорену посету или нешто често изгубите?
7. јесте ли мрзовољни, очекујете ли све више од људи око вас?
8. проводите ли све мање времена са пријатељима и породицом?
9. јесте ли превише заузети за уобичајене потребе?
10. осећате ли се увек лоше или сте стално болесни?
11. да ли се осећате сметено на крају радног дана?
12. имате ли потешкоћа у постизању осећаја среће и задовољства?
13. јесте ли неспособни нашалити се на властити рачун?
14. да ли вас секс оптерећује и ствара више проблема него иначе?
15. да ли осећате да имате мало тога да кажете људима?

- Ако укупан број бодова није већи од 25, осећате се добро.
- Од 26 до 35 бодова – будите опрезни, у подручју сте ризика.
- Од 36 до 50 бодова – кандидат сте за синдром сагоревања.
- Од 51 до 65 бодова – захваћени сте синдромом сагоревања.
- Изнад 65 бодова – ви сте сагорели.

Методе

У раду смо користили Упитник за самопроцену стреса и Упитник за одређивање нивоа синдрома изгарања, који су описани у уводу. Упитнике су попуњавали лекари опште медицине, педијатри и гинеколози. Упитник је био анониман. Анкетирано је 150 лекара.

Преко 25 бодова је имало 55,3% лекара, мање од 25 бодова 44,7% лекара.

Упитник за одређивање нивоа синдрома изгарања:
- мање од 26 бодова – 14,5% лекара
- од 26 до 35 бодова – 28,2% лекара
- од 36 до 50 бодова – 45,3% лекара
- од 51 до 65 бодова – 12 % лекара
- преко 65 бодова – 0% лекара.

Дискусија

У литератури се наводи проценат лекара захваћених burnout синдромом у распону од 23 до 50%. Наши подаци су изузетно лоши, само 14,5% лекара нема неке од симптома наведеног синдрома. Двадесет осам одсто лекара се налази у II стадијуму, а чак 455 лекара у III стадијуму. Ови подаци указују на забрињавајуће стање у нашој професији, које је вероватно последица збивања у протеклом периоду, а представља упозорење свима да су промене

у организацији рада и оптерећености нужне, уколико се ускоро не желимо сусрести с масовном појавом психофизичког сагоревања међу лекарима.

Истраживање у Аустралији показало је да је главни стресор у раду лекара опште медицине временско ограничење за преглед пацијената. Недостатак времена за преглед је јако изражен. Данашња организација у здравству форсира пријем што већег броја пацијената, што је често науштрб квалитета рада. Последице се осећају у смањењу превентиве, кућних посета, рада са хроничарима и смањењу медицинских захвата. Сви ми више радимо, али све мање имамо времена за пацијенте и све мање можемо користити своје знање, а све више смо изложени наметању туђих, често опречних ставова и мишљења. Због временског ограничења, не можемо се посветити болеснику, саслушати његове тегобе и деловати на њега својим саветима. Нажалост, данас највећи део свога времена потрошимо на административни и управни део.

Испитивање у Великој Британији је показало да су пацијенти незадовољни ако нису код лекара барем 20 минута, што је јасно свима који раде с пацијентима.

Контрола над својим радом, планирање посла, радног времена и пословна сигурност смањују ниво стреса. Лекари се тиме не могу похвалити, не могу бирати радно време.

Они раде под сталним притиском да ли ће прекорачити стопу боловања, да ли ће прекорачити дозвољен број дијагностичких поступака или упута, да ли ће прекорачити ограничења у трошковима лечења, хоће ли имати довољно рецепата, да ли ће стићи са извештајима на време.

Примања и финансијска сигурност су битни. Ту су и права пацијената, што често фрустрира лекаре, те прибегавају дефанзивној медицини.

Закључак

Можемо закључити да је у нашој земљи синдром изгарања изражен код већег броја колега него у развијеним земљама. Против појаве тог синдрома, који разара мотивацију за рад, најбоље се борити превенцијом. У том смислу потребне су промене законских одредби у области здравства, образовања и радних односа, којима би се изменили постојећи односи у друштву. Тако Законом о раду треба осигурати занимањима која су изложенија том синдрому одговарајуће раздобље за дневни, недељни и годишњи одмор, а редовним превентивним прегледима на време утврдити појаву одређених симптома.

Кад већ дође до појаве тог синдрома, у сврху спасавања запосленог, нужно је променама на радном месту смањити узроке стреса и дотичног укључити у терапијски поступак. Данас се сматра да је у сврху лечења потребно психолошким и психијатријским третманом повећати свесност саме особе о сагоревању на раду, како би препознала узроке и последице и дефинисала свој положај у радној средини.

У ери организационих и стручних промена у нашој струци треба увести све превентивне и терапијске мере како би спречили појаву сагоревања на послу и терапијски помоћи колегама које је тај синдром већ захватио.

Литература

1. Brody D. S. Physician s Guide to Personal Stress Menagment 2002
2. Lewis J. M Work stress in lives physicians, 1993.
3. Michaels R. M Physicians Burnout, 1996
4. Persaud R. Editorial, Reducing the Stress in Medecine, 2002.
5. Potter B. A Overcoming Job burnout, Transforming Work Pressures into Productivity, 1998.

Утицај хиперхолестеролемије на седиментацију еритроцита

Ј. Булатовић[1]

The Influence of Hypercholesterolemia on Erythrocyte Sedimentation Rate

Bulatovic J.

Сажетак. *Анализом живота у урбаној средини човека данашњице примећен је све већи пораст хроничних незаразних обољења. На првом месту у овој групи обољења су кардиоваскуларне болести, узроковане у највећој мери неправилном исхраном, физичком неактивношћу и неправовременим и неадекватно лечењим навикама. У циљу што једноставније, на нивоу скрининга дијагностике, овај рад је имао задатак да утврди постоји ли статистички значајна повезаност повишења вредности холестерола и убрзане седименатције еритроцита као индикатора запаљења на интими зида крвног суда, те одбрамбене реакције организма у циљу спречавања неповољног здравственог догађаја (настанка и увећања атероматозног плака, и оштећења зида крвног суда). Обрађиване су вредности холестерола и фракција и брзина седиментације еритроцита 360 испитаника амбуланте дома здравља које су вредности добијене на рутинским лабораторијским анализама у оквиру систематског прегледа. Старосни опсег испитаника је од 30 до 80 година, припадника оба пола, претежно мушког рода.*

Рачунање статистичке значајности рађено је Х2 тестом, и добијени резултати су у складу са резултатима страних аутора Choi JW, Pai SH (Department of Laboratory Medicine, College of Medicine, Inha University Hospital, 7-206, 3-ga, Shinheung-dong, Jung-gu, Inchon 400-711, South Korea, као и Rafnsson V., и Bengtsson C.

Закључак је да постоји статистички значајна повезаност између повишене вредности

Summary. *Due to inadequate lifestyle in man today is at high risk of cardiovascularr disorders, consequently sudden cardiac death. Increased BMI (Body Mass Index), bad habits and lack of physical activities are most responsible for developing disorders. During routine physical examination in domain of prevention health disorders , standard laboratory analysis it was noted that hypercholesterolemia was followed with increased erythrocyte*

Sedimentation rate. This research was aimed to determine whether there is significant statistical connection between the level of cholesterol and erythrocyte sedimentation rate , hence could sedimentation be a valid parameter in screening of potential cardiovascular risk. Data included the level of total cholesterol, as well as fractions low density lipoproteins (LDL), high density lipoproteins (HDL), triglyceride , sex, and erythrocyte sedimentation . Data were analyzed by hi square test and results were similar to foreign authors reports. Choi JW,Pai SH (Department of Laboratory Medicine, College of Medicine, Inha University Hospital, 7-206, 3-ga, Shinheung-dong, Jung-gu, Inchon 400-711, South Korea, RafnssonB., і Bengtsson C.

The conclusion is that higher level of cholesterol and lipid fractions have correlated with increased erythrocyte sedimentation rate, but is not specific finding . Therefore could not be predictable factor for developing cardiovascular disorder. However, it could be very valuable indicator for accessing prevention including change of lifestyle and correct bad habits.

[1] Др Јелена Булатовић, Дом здравља Савски венац, Београд

укупног холестерола и фракција и убрзане седиментације еритроцита. Родна припадност није значајна. Ово се може објаснити тиме што је женска популација испитаника старија од 50 година, те нема доминантне естрогене активности. Према овоме, оне се у ризику за развој кардиоваскуларних обољења и неповољних здравствених догађаја изједначавају са мушкарцима. Ипак, иако постоји статистички значајна повезаност, убрзана седиментација еритроцита се не може узети као фактор ризика, или фактор предикције наступајућег поремећаја здравља и развоја специфичног кардиоваскуларног неповољног исхода, већ само као један од индикатора да се предузму опсежније мере на нивоу превенције и здравствено-просветног рада.

Увод

Проучавањем данашњег начина живота савремена медицина је дошла до сазнања да постоји директна повезаност начина живота и развоја неповољних здравствених догађаја. Настанак кардиоваскуларних обољења, дијабетесне болести и цереброваскуларних инсулта у великој мери су неповољан исход и последица највећим делом неуравнотеженог живота. Болести из групе хроничних незаразних обољења јесу последица и других фактора (генетика и.е.), али у далеко мањој мери. У сваком случају, редукција телесне масе, снижење гликемије, превасходно регулисањем режима исхране и увођењем физичке активности, у великој мери би довело до смањења броја новооболелих, а и успорила би напредовање код већ оболелих са испољеном клиничком сликом. Већи део пацијената има повишену телесну масу, даље и Body Mass Index (BMI), неповољан липидограм (повишење укупног холестерола, триглицерида, High density lipoproteins (HDL) и нарочито Low density lipoproteins (LDL) фракције, са већ израженим клиничким манифестацијама, дијагностиковану ангину пекторис, преживљени акутни инфаркт миокарда (АИМ), или цереброваскуларни инсулт (ЦВИ), хипертензију, и дијабет типа 2, који најчешће нису добро регулисани, јер се пацијенти не придржавају упутстава везаних за узимање редовне терапије и поштовања хигијенско-дијететског резима. Известан број сарађује у смислу промене начина живота регулисањем телесне масе, престанком пушења и увођењем физичке активности. Током обављања редовних систематских прегледа у амбуланти ДЗ „Савски венац“, којим је обухваћена популација одраслих узраста од 30 до 80 година, примећено је да у лабораторијским налазима пацијената код повишења холестерола и других компонетни липидограма, уз искључење коморбидитета, постоји и повишење седиментације еритроцита.

Циљ

Циљ рада јесте да се утврди да ли постоји статистички значајна повезаност између неповољног липидограма и повишене седиментације еритроцита.

Материјал и метод

Истраживање је учињено по методи мета анализе расположиве медицинске докуменатције 360 пацијената, оба пола старости

30–80 година. У обраду су узимани лабораторијски параметри седиментација еритроцита, вредности холестерола, триглицерида, HDL, и LDL код пацијената оба пола животне доби од 30 до 80 година из медицинске документације, здравственог картона амбуланте VI здравствене станице Дома здравља „Савски венац“ у којој се лече. Статистичком обрадом, χ^2 тестом је утврђивано постоји ли значајна повезаност између повишења вредности холестерола и његових фракција и седименатције еритроцита. Укупно је обрађено 360 пацијената са неповољним липидограмом и повишеном седиментацијом, при чему су искључени активни патолошки процеси који би могли дати повишење седиментације и утицати на статистичку значајност резултата. Вредности холестерола које су узимане, а сматрају се повишеним >6.2 mmol/L, и убрзана седименатција за жене >12, за мушкарце >10.

Резултати

Дискусија резултата

По обради података добијених из медицинске документације, након анализе параметара узетих из медицинске документације 360 пацијената X2 тестом, добијени су следећи резултати. Постоји статистички високо значајна повезаност између повишења вредности укупног холестерола и убрзане седименатције еритроцита. Даље, високо значајна повезаност повишења вредности укупног холестерола и LDL фракције. Такође, повишене LDL фракције и повишене седименатције еритроцита. При утврђивању повезаности вредности холестерола, односно његовог повишења и полне припадности, утврђено је да не постоји статистички значајна повезаност повишења укуп-

Табела 1. Зависност вредности укупног холестерола и седиментације еритроцита:

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
holesterol * sedimenatcija	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9861,602[a]	4060	,000
Likelihood Ratio	2121,774	4060	1,000
N of Valid Cases	360		

a. 4212 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Табела 2. Зависност вредности укупног холестерола и пола пацијената

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
holesterol * pol	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	233,094a	232	,467
Likelihood Ratio	227,803	232	,566
N of Valid Cases	360		

a. 351 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Табела 3. Зависност вредности укупног холестерола и вредности LDL фракције

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
holesterol * LDL	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30494,857a	13108	,000
Likelihood Ratio	3038,884	13108	1,000
N of Valid Cases	360		

a. 13338 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,00.

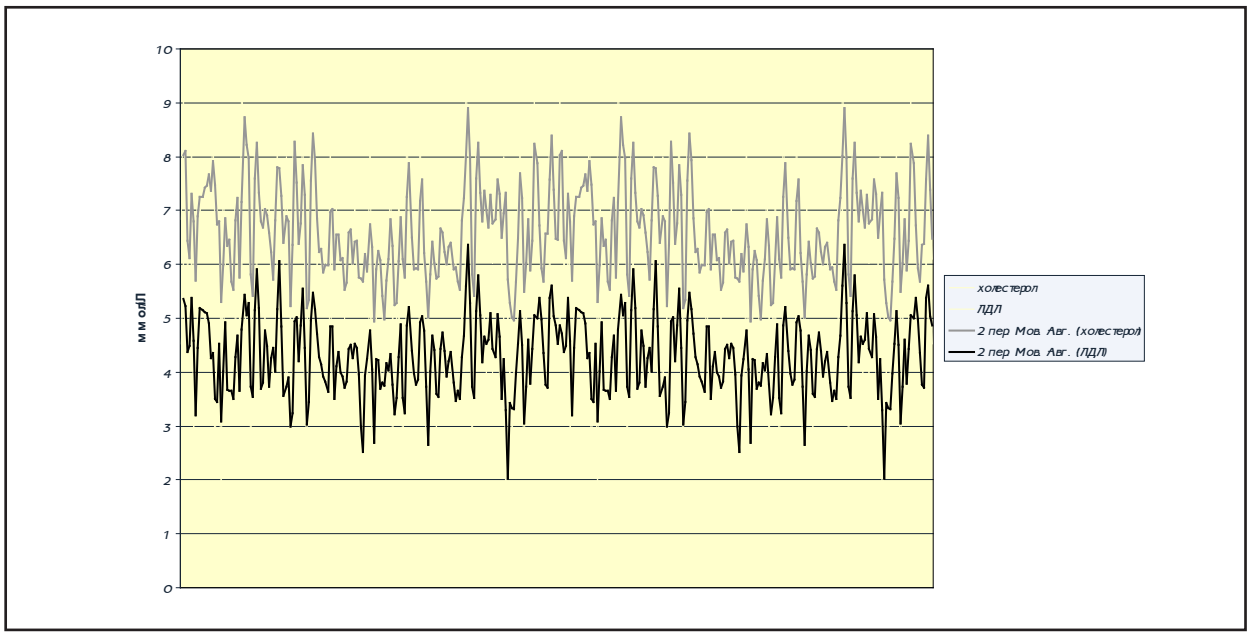
Табела 4. Зависност вредности фракције LDL фракције холестерола и седиментације еритроцита

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
LDL * sedimenatcija	360	100,0%	0	,0%	360	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9529,508a	3955	,000
Likelihood Ratio	2070,732	3955	1,000
N of Valid Cases	360		

a. 4104 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.



ног холестерола и пола. Ово је очекивано, с обзиром да су обрађиване вредности узимане од особа женског пола старије животне доби, те да је естрогена активност у жена престала, при чему се оне у ризику настанка и развоја кардиоваскуларних обољења доминантно, а даље и осталих хроничних незаразних болести, изједначавају са припадницима мушког пола.

Страни аутори добили су сличне резултате. Choi JW, Pai SH (Department of Laboratory Medicine, College of Medicine, Inha University Hospital, 7-206, 3-ga, Shinheung-dong, Jung-gu, Inchon 400-711, South Korea) испитивали су утицај хиперхолестеролемије на хематолошке индексе и седиментацију еритроцита у старијих, (Influences of hypercholesterolemia on red cell indices and erythrocyte sedimentation rate in elderly persons). Закључак тог рада јесте да хиперхолестеролемија не утиче значајно на промену вредности хематолошких индекса, али утиче на повишење, односно убрзање седиментације еритроцита, нарочито старијих мушкараца. Такође, Rafnsson V., и Bengtsson C су испитивали вредност седиментације еритроцита у кардиоваскуларним обољењима. Рађена је студија на женама у Гетебургу, Шведска. Циљ тог рада је био да се утврди да ли повишење седиментације еритроцита може да се искористи као фактор предикције неповољног здравственог исхода, акутног инфаркта миокарда, ангине пекторис, цереброваскуларног инсулта. Закључак тог рада јесте да постоји повишење седиментације еритроцита у хиперлипидемији, али се не може користити као предвиђајући фактор у развоју кардиоваскуларних болести.

Закључак

На основу обраде података вредности повишеног укупног холестерола и убрзане седименатције еритроцита и добијених података закључено је да постоји сатистички значајна повезаност повишења укупног холестерола, и фракција у крви и повишене вредности седиментације еритроцита. Узрок убрзане седиментације еритроцита је повећана количина беланчевина плазме: фибриногена и глобулина велике молекуларне масе, што доводи до стварања тзв. Rouleaux формација еритроцита које се таложе на дно. Резултати теста се изражавају у милиметрима на сат. Разлог повећања молекула глобулина није испитиван у овом раду. Један од могућих механизама је одбрамбена реакција интиме крвног суда на стварање атероматозног плака, што је последица повећане количине холестерола и фракција.

Литература

1. Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition* **ISBN-13:** 9780070215306 **ISBN:** 0070215308, Erytrocyte sedimentation, 2002.
2. Family practice notebook, Scott Moses, 2007.
3. Pub Med, source .Choi JW,Pai SH(Department of Laboratory Medicine, College of Medicine, Inha University Hospital, 7-206, 3-ga, Shinheung-dong, Jung-gu, Inchon 400-711, South Korea),; Clin Chim Acta. 2004 Mar;341(1-2):117-21.
4. Pub Med source RafnssonB.,I Bengtsson C; Atherosclerosis. 1982 Mar;42(1):97-107; PMID: 7082422.
5. Звонимир Вукушић, Биохемијски маркери дијагностике у клиничкој пракси, Наша књига, 2007, Београд. глава 7, Размаз периферне крви, стр.127.
6. Sodeman W.A., Patološka fiziologija, Medicinska knjiga Beograd- Zagreb, 1964, Posledice infekcije, ubrzanje sedimentacije eritrocita, 198.
7. Besson, Mc Dermott, Interna medicina, Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb, 1967, Uzroci nenormalnosti eritrocita, 1291; patološka fiziologija eritrocita, 1270.
8. Arthur C. Gyton, John E. Hall. Crvena krvna loza, 414 Savremena administracija, Beograd, 1999.

Приказ књиге

„Приручник за лекаре опште медицине“

Аутор: др мед. Ивица Здравковића

Приручник је написан на 418 страница текста који је богато илустрован табелама, шемама, алгоритмима и цртежима.

Цео текст је подељен у седам добро одабраних целина које су направљене логично, тако да су обухваћени практично сви проблеми са којима се сусреће лекар опште медицине у својој свакодневној пракси. Обим појединих поглавља примерен је учесталости и значају проблема који се у њима обрађује. Тако је прво поглавље, у којем се обрађују хроничне незаразне болести, по обиму највеће и обухвата нешто више од половине садржаја овог Приручника. Остала поглавља су знатно мања по свом обиму, али може се рећи да је ту дата есенција теоријских разматрања и практичних препорука за област на коју се односе. Поменуо бих по значају поглавља „Акутне инфекције у раду лекара опште медицине“ и „Диференцијална дијагностика и препоручене процедуре код најчешћих тегоба и симптома“, где су дате интелигентне препоруке о томе шта треба радити у оквиру дијагностичке обраде оваквих болесника и како их треба лечити.

Квалитет овог Приручника огледа се у томе што су изнета теоријска објашњења и препоручени поступци обраде болесника и његовог лечења и даљег праћења потпуно усаглашени са савременим теоријским и практичним препорукама. Наиме, ставови аутора овог Приручника су у сагласности са ставовима Међународних стручних асоцијација лекара опште медицине, чија је стручна валидност доказана и општеприхваћена. Смернице добре клиничке праксе усвојене од стране Међународних стручних асоцијација биле су и полазна основа за стварање Националних смерница добре клиничке праксе, чије је најважније препоруке аутор уградио у овај Приручник.

Језик којим је писан овај Приручник је јасан и леп, а саопштења концизна, тако да ће читалац моћи без напора да га користи.

Попис коришћене литературе коју је аутор Приручника навео је импресиван. Поред бројних препорука Међународних асоцијација лекара опште медицине и породичних лекара, ту је и знатан број базичних уџбеника чији научни и практични значај не треба доказивати. Такође, евидентно је да аутор добро познаје примену Савремених информационих технологија у научном раду, што је добрим делом допринело настанку једног оваквог квалтетног стручног штива.

Може се закључити да су лекари опште медицине објављивањем овог Приручника добили једно корисно, квалитетно и поуздано помоћно средство на које се могу ослонити у свом свакодневном стручном раду.

Приручник је компонован тако да испуњава и естетске критеријуме једне добре и савремене књиге.

Због свега наведеног, топло препоручујемо Приручник за лекаре опште медицине свим лекарима који се баве проблемима примарне здравствене заштите.

Проф. др Василије Дрецун

ПРИРУЧНИК ЗА ЛЕКАРЕ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

можете поручити по промотивној цени

у предузећу „Београд“, на телефон: 011/3221-972

Адреса: Нушићева 25/1, 11 000 Београд

Заједнички послови на једном месту

С. Поповић[1], Х. Анђелски[2]

Иницијатива подразумева могућност инте-грације заједничких послова немедицинског карактера који се обављају у здравственим установама, за више правних субјеката, на једном месту.

У вези са тим, стручни тим ове иницијативе полази од претпоставке да практична решења у својој примени могу бити економичнија и ефикаснија ако се заједнички интереси у појединим областима немедицинске струке обједине и поставе на другачијој основи.

Послови немедицинског садржаја, као што су производња хране, транспорт и сервис возног парка, послови инвестиционог одржавања, медицинског снабдевања, сервис медицинских апарата, одржавање хигијене, стручни послови у сегменту рачуноводства, правни послови, послови обрачунског карактера, банкарске услуге, јавне набавке итд, могу бити обједињени и организовани у оквиру привредног друштва, не угрожавајући права заинтересованих субјеката.

Тако, на пример, у области рачуноводства, као сложенијег облика финансијског праћења токова готовине, који су дефакто материјални расходи буџетског пословања, постоји могућност економичније поставке, прописаних евиденција, у складу са законом, динамичког праћења и финансијског извештавања. Сматра се да би обједињавање ове функције за више правних субјеката на једном месту поједноставило процедуралне поступке у администрирању, смањило људски ресурс који у тим службама ради, и учинило ову област ефикаснијом.

По стицању услова и имплементацији нормираних процедура на другачијој основи, објективно је могуће постојећу праксу претворити у њихову практичну примену.

Имплементација пројекта подразумевала би и промену постојећег начина рада у сегменту планирања, унутрашњој организацији и одлу-чивању, нормирању садржаја рада, унутрашњим контролним процедурама итд., што би у основи створило ефикасније радне учинке у целини.

Осим поменутог, полазећи од тога да су пратеће службе немедицинског садржаја веома значајне за нормално функционисање здравствене делатности у целини, сматрамо корисним да се овом иницијативом подстакне на другачија решења која би, сасвим сигурно, дала боље резултате од садашњих.

Циљ овог пројекта био би ефикасност у пословању, могућност суптилнијег планирања потреба и успостављање извршних функција за послове од заједничког интереса, за више субјеката, повезивање потрошње са финансирањем, ефикасније праћење трошкова, увођење новијих модела у раду, планирању и извештавању, припреми документованих решења за одлучивање итд.

Имајући у виду претходно наведено, сматрамо да би понуђени модел „Заједнички послови на једном месту“, за сада у форми иницијативе, подстакао или заинтересовао правне субјекте у области здравства за нове изазове или промену постојећег стања ка савременијем.

[1] Слободан Поповић, Приватна агенција Београд

[2] Доц. др Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље, Београд

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, економике 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 дискету са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.

Општа 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 подвући 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 коресподенција, 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 дугачке 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

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између појединих 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 submited to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ u 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 Anđelski. – God. 1, br. 1 (1972) – . – Beograd : Komora zdravstvenih ustanova Srbije. 1972– (Beograd : Seka). – 26 cm

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