ГОДИНА XXXIX

Број 1
ФЕБРУАР 2010. 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. економиста
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:
„Stillprint SS“, Београд

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

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

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

С а д р ж а ј

Стручни и научни радови

Б. Анђелски Радичевић, Н. Чомић, М. Радовановић, П. Перуновић
Сида и млади 1

К. Јоцић Савић, М. Обрадовић, Н. Чомић, М. Радовановић, Ј. Петровић
Артеријска хипертензија код старих лица 9

М. Обрадовић, Б. Анђелски Радичевић, Ј. Петровић, М. Обрадовић, А. Тимотић
Хигијена, хигијенске навике и здравље становништва 15

М. Обрадовић, А. Тимотић, П. Перуновић, К. Јоцић Савић
Ризици, ризично понашање и здравље људи. 21

Г. Арсић Комљеновић, Ј. Кенић
Пушење и здравље. 31

Х. Анђелски, М. Шегвић
Значај стоматолошке превентиве 35

И. Здравковић
Најчешће коришћени безнзодиазепини у примарној здравственој заштити 39

Д. Ђурићић
Рационална примена антибиотика 45

С. Новак
Лекари клиничари у процесу управљања. 49

З. Ђорђевић, Н. Ђоновић
Нов начин третмана инфективног медицинског отпада у Клиничком центру Крагујевац 55

Н. Атанасковић
Финансијски аспекти и импликације постојећег модела организације здравственог система 65

Н. Атанасковић
Специфичности делатности и организационе структуре здравствених организација и институција у Србији. 75

Упутство ауторима 83

Стручни и научни радови

Сида и млади

Б. Анђелски Радичевић[1], Н. Чомић[2], М. Радовановић[3], П. Перуновић[4]

Aids and young people

B. Andjelski Radičević, N. Čomić, M. Radovanović, P. Perunović

Сажетак: *Стечени синдром имунодефицијенције (СИДА) данас је једна од најтежих болести, која подједнако погађа и развијене и неразвијене земље. Пошто још нема имунизације и специфичне терапије, највећа пажња се посвећује едукацији становништва, јер је знање и здраво понашање најјаче оружје у борби против СИДЕ.*

Циљ овог рада јесте да се сагледа ниво знања становништва Србије о СИДИ, ризичном понашању и заштити.

Реализујући циљ анализирани су подаци анкетног истраживања које је у два наврата у последњој деценији (2000. и 2006. године) спровео Институт за јавно здравље Србије.

Резултати анкете показали су да за ХИВ инфекцију и СИДУ зна око 90% становништва Србије, како младих од 15 до 19 година, тако и одраслих од преко 20 година. Ово знање знатно је боље код становништва градских, него сеоских насеља, те образованијег и имућнијег становништва.

Знање о начинима преношења и заштити од СИДЕ веома је мало. Само 17,8% младих има то знање, и то више градских и имућнијих становника. Да се СИДА преноси сексуалним путем зна нешто више од 50% младих и одраслих становника. Да је један сексуални партнер, а нарочито употреба кондома при сексуалним односима, сигурна заштита од СИДЕ зна око 70% младих и 73% одраслих становника. Међутим, кондом при сексуалним односима са нерегуларним партнером увек користи само 15,3%, а понекад 12,3% испитиваних.

Summary: *Acquired Immuno-Deficiency Syndrom (AIDS) today is one of the most serious diseases, that equally affects developed and undeveloped countries. While specific immunization isn't yet available, the biggest attention is dedicated to people's education, because knowledge and healthy behaviour are the strongest arm in fighting AIDS.*

The aim of the study is to comprehend the level of Serbian population's knowledge about AIDS, risky behaviour and protection.

Data of extensive inquiry held by the Institute for public health of Serbia in 2000. and 2006. were analysed.

The results showed that for HIV infection and AIDS knew about 90 % of Serbian population, both young people between 15 and 19 years old, and adults over 20 years. This knowledge is remarkably higher in urban than in rural population, in more educated and richer people.

The knowledge about ways of transmission and protection from AIDS is very poor. Only 17,8 % of young people has this knowledge, more urban and richer inhabitants. Some more than 50 % of young and adult population know that AIDS is transmitted by sexual contact. About 70 % young and 73 % adult population know that one sexual partner, and especially use of preservative during sexual intercourse, are safe protection from AIDS. However, preservative during sexual intercourse with irregular partner always use only 15,3 %, and sometimes 12,3 % of people investigated.

Only some more than one third of investigated (36,3 %) know that can be tested and

1 Мр пх. Биљана Анђелски Радичевић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду

2 Дипл. фарм. Невенка Чомић, приватник, Цирих

3 Дипл. фарм. Миљана Радовановић, приватник, Ниш

4 Дипл. ецц Предраг Перуновић, Министарство здравља РС, Београд

Да се могу тестирати и где то могу учинити зна тек нешто више од трећине испитаника (36,3%), а тестиран је занемарљив број (4,5%).

Мада 55% становника зна да се СИДА преноси сексуалним контактом, само 3% зна да се може инфицирати својим ризичним понашањем у сексу.

Из свега наведеног може се закључити да само 20,3% становника Србије има правилно схватање о СИДИ, нешто више у Београду, и уопште градским насељима, те жена и имућнијих становника.

Кључне речи: *СИДА, млади, ризично понашање.*

where, and only neglected number (4,5 %) was tested.

Although 55 % of population knows that AIDS is transmitted by sexual contact, only 3 % know that can be infected because of risky sexual behaviour.

As a conclusion, only 20,3 % of Serbian population has regular view about AIDS, more in Belgrade and urban settlements, women and richer inhabitants.

Key words*: AIDS, young people, risky behaviour.*

Увод

У новије време дошло је до побољшања услова живота, хигијенских и социоекономских прилика и упознавања узрока болести и начина ширења. Акутне заразне болести, међутим, још увек су међу водећим болестима неразвијених земаља, а представљају значајан проблем и у земљама у развоју. Практично нема земље у свету без заразних болести, ниједна земља није поштеђена од њих, па се оне не могу игнорисати, јер се увек враћају[1].

Успеси постигнути у специфичној превенцији одређених заразних болести само привидно смањују укупну проблематику ових болести, јер се у новије време човечанство све чешће сусреће са новим заразним болестима, најчешће вирусне етиологије, чији је типични представник СИДА.

Заразна болест представља обољење изазвано специфичним инфективним агенсом или његовим токсичним производима, које настаје преношењем овог агенса или његових производа из резервоара на подложног домаћина, директно са инфициране особе или животиње, или посредством другог биљног или животињског домаћина, вектора или неживе средине. Инфекција представља улазак и развијање или размножавање неког инфективног агенса у телу човека или животиње[2].

Појава акутне заразне болест зависи од услова обухваћених узајамним односом агенса, домаћина и средине. Познавање природног тока заразних болести представља основу за примену превентивних мера[3].

Путеви и услови преношења СИДЕ директно су контактно преношење. СИДА (стечени синдром имунодефицијенције) данас је једна од најтежих болести која подједнако погађа и развијене и неразвијене земље. Социјалномедицински значај ове болести прозилази из:

- Велике распростањености и сталног повећања броја нових случајева;
- Повезаности са социјалним приликама, нивоом опште и здравствене културе становништва;
- Вакцина и ефикасан лек још су непознати;
- Лоша прогноза – смртност 100%;
- Постојање различитих форми болести;
- Повезана је са многобројним здравственим, социјалним, етичким, правним и економским проблемима[3, 4].

Први случај оболења од АИДС-а забележен је 1979. године у Њујорку, а већ од 1981. године започела је права пандемија, и до сада је дијагностикована у готово свим земљама света. Хумани вирус имунодефицијенције (ХИВ) откривен је као узрочник 1983. године у Пастеровом заводу у Паризу[5, 6].

Извор заразе може бити искључиво особа оболела од АИДС-а или ХИВ-позитивна особа. Вирус се налази у свим телесним течностима, секретима и екскретима, као што су: крв,

сперма, вагинална течност, урин, млеко, сузе, цереброспинална течност, амнионска течност. Епидемиолошки је најважнија крв, сперма и вагинална течност, јер се у њима вирус налази у довољној концентрацији да изазове болест.

Основни путеви преношења су:

- Са инфициране мајке на дете током трудноће, порођаја или непосредно после порођаја;
- Сексуални контакт;
- Коришћење нестерилисаних шприцева и игала;
- Коришћење нестерилисаних инструмената.

Пошто нема вакцине и специфичне терапије, највећа пажња се посвећује едукацији становништва о извору заразе, начинима преношења и личним и колективним мерама заштите. Најјаче оружје у борби против АИДС-а и даље је знање и здраво понашање.

Циљ и метод рада

Основни циљ рада јесте да се сагледају знања становништва Србије о СИДИ, сексуалном понашању, знање о ризицима и о заштити. Све је то сагледано по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовању и имућном стању.

У остваривању циља коришћен је метод анкетног истраживања, тј. анализирани су подаци обимног анкетног истраживања које је у два наврата (2000. и 2006. године) спровео Институт за јавно здравље Србије.

Резултати

Знање младих (од 15 до 19 година) о АИДС-у и ХИВ-у и ризицима преношења, у односу на територијалну расподелу, тип насеља, пол и старост, приказано је у **табели 1**.

У **табели 2** приказани су подаци о мишљењу младих о чињеницама везаним за СИДУ.

У **табели 3** приказани су подаци о броју младих (од 15 до 19 година) који су ступили у сексуалне односе, као и о узрасту када су то учинили, броју непоузданих партнера и коришћењу контрацептивних средстава.

Какво је знање о СИДИ и могућности тестирања на ХИВ код одраслих становника Србије, у односу на територијалну расподелу, тип насеља, пол и степен образовања, показују подаци у **табели 4**.

У **табели 5** приказана су знања младих становника Србије о преношењу и заштити од СИДЕ.

У **табели 6** приказани су подаци о знању и предрасудама одраслог становништва Србије

Табела 1. Знања младих о АИДС-у и ХИВ (резултати у %)

Показатељи		Зна за ХИВ и СИДУ	Знање о преносу и заштити					
			О преносу и заштити	Заштита		Не изазива уједа комарца	Носилац ХИВ изгледа здрав	Не преноси се храном
				Један партнер	Кондом			
Територија	Београд	91,3	17,8	58,9	72,7	52,3	72,0	44,9
	Војводина	81,8	20,8	47,1	70,6	42,3	60,7	36,3
	Ц.Србија	91,2	16,9	54,3	69,9	47,7	58,2	44,5
	Србија	90,4	17,8	54,5	71,0	49,2	63,2	44,1
Тип насеља	Градски	91,8	18,3	56,0	74,2	51,4	64,8	45,6
	Остали	88,3	16,9	52,3	66,2	45,8	60,8	41,8
Пол	Мушки	89,3	15,4	54,6	75,3	44,7	61,0	40,2
	Женски	91,5	20,0	54,5	67,0	53,4	65,2	47,7
Имућно стање	Најсиром.	82,3	13,0	49,3	56,1	32,7	53,8	30,0
	Најимућн.	97,5	22,9	58,5	78,6	56,6	75,0	54,5

Табела 2. Мишљење младих о изјавама везаним за СИДУ (у %)

Изјаве	Тачно			Нетачно			Не зна		
	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега	М	Ж	Свега
Инфекција се може избећи	66,6	60,9	63,6	1,4	1,6	1,5	32,0	37,5	34,9
Заштита - један партнер	55,4	53,3	55,3	9,8	7,5	8,4	34,8	39,2	36,3
Заштита – кондом	55,0	48,9	57,1	5,6	4,7	5,2	39,4	46,4	37,7
Ако нема сексуалне односе	26,4	23,9	25,1	32,3	3,0	30,7	41,4	73,1	44,2
Добија се убодом комарца	23,2	10,5	12,0	28,9	27,1	27,9	47,9	62,4	60,1
Носилац ХИВ-а може изгледати здрав	55,6	50,5	52,9	2,6	2,6	2,6	42,8	47,9	44,5
Преноси се са мајке на дете	53,4	60,8	51,5	2,5	3,9	4,2	44,1	45,3	44,3
Са мајке током трудноће	51,9	52,5	52,5	2,1	1,7	1,9	46,0	45,8	45,6
Са мајке при порођају	42,4	42,8	42,6	3,1	2,7	2,9	54,5	44,5	54,5
Дојењем преко млека	31,1	31,7	31,4	8,0	6,2	7,0	61,9	62,1	61,6
Наставнику са ХИВ-ом одобрити наставу	22,4	21,1	24,0	25,8	23,4	24,5	51,8	55,5	51,5
Храна се може купити од носиоца ХИВ-а	16,2	14,7	15,4	33,3	30,9	32,3	50,5	54,4	52,3

Табела 3. Сексуално понашање младих (у %)

Показатељи		Ступили у сексуалне односе		Сексуално понашање у последњих 12 месеци		
		%	Старост	Број нерегулпарних партнера	Коришћење кондома	Непоуздана контрацепција
Територија	Београд	38,5	16	2,4	70,1	39,2
	Војводина	22,6	17	3,8	31,0	20,4
	Ц.Србија	24,9	16	2,9	83,2	34,9
	Србија	29,0	16	2,6	78,4	33,6
Тип насеља	Градски	29,9	16	2,6	83,1	38,5
	Остали	27,6	16	2,7	68,4	27,7
Пол	Мушки	36,3	16	2,9	80,8	26,3
	Женски	21,8	17	1,3	68,2	39,5
Имућно стање	Најсиромашнији	22,8	16	1,7	71,3	38,9
	Најимућнији	32,1	16	2,2	89,0	45,9

о СИДИ, у односу на старосне групе, територијалну расподелу, тип насеља, пол, степен образовања и имућно стање.

Подаци о ризичном понашању и оболевању од СИДЕ у односу на пол приказани су у **табели 7**.

Подаци о учесталости коришћења кондома при сексуалним односима према полу испитаника приказани су у **табели 8**.

Знање становника Србије о могућностима тестирања на ХИВ приказано је у **табели 9**.

Табела 4. Информисаност одраслих становника о СИДИ

Показатељи		Знају за СИДУ		Знају да се могу тестирати	Тестирани %
		Број	%		
Територија	Београд	2 183	94,8	51,9	7,4
	Војводина	3 316	91,6	38,7	4,0
	Ц.Србија	8 063	88,4	32,9	3,3
	Србија	13 512	90,5	37,9	4,2
Тип насеља	Градски	5 774	93,9	46,0	5,6
	Остали	5 787	87,1	29,7	2,8
Пол	Мушки	5 114	90,1	35,1	4,1
	Женски	6 448	90,8	40,1	4,4
Образовање	Основно	3 945	78,4	16,6	1,3
	Средње	6 031	96,5	46,1	4,9
	Високо, више	1 581	97,8	59,2	5,0

Табела 5. Знања младих о преношењу и заштити од СИДЕ (у %)

Показатељи		Знају за пренос сексом					
		Сматрају тачним изјаве					
		Заштита		Не може се пренети		Носилац ХИВ може изгледати здрав	Имају правилно схватање о СИДИ
		Један партнер	Кондом	Уједом комарца	Храном		
Територија	Београд	61,2	76,3	58,6	74,8	54,0	22,1
	Војводина	58,9	72,0	50,0	67,3	43,0	21,3
	Ц.Србија	57,2	71,3	49,5	61,5	45,7	19,0
	Србија	58,4	72,9	52,3	66,4	47,6	20,3
Тип насеља	Градски	58,6	75,2	54,6	67,8	49,9	22,1
	Остали	58,2	69,9	49,2	64,6	44,9	18,0
Пол	Мушки	59,3	76,6	50,0	64,5	44,2	19,6
	Женски	57,8	69,9	54,1	68,0	50,4	20,9
Имућно стање	Најсиром.	51,1	63,0	37,1	54,0	32,5	12,8
	Најимућн.	61,3	78,2	61,4	76,0	58,4	27,4

Табела 6. Знање одраслог становништва о СИДИ

Показатељи		Од 20 до 34 године			Од 35 до 49 година		
		Број	Знају за пренос сексом	Немају предрасуде о ХИВ+	Број	Знају за пренос сексом	Немају предрасуде о ХИВ+
Територија	Београд	626	55,9	23,9	661	57,7	16,5
	Војводина	877	55,8	19,1	910	57,5	18,6
	Ц.Србија	1529	52,5	18,0	1599	52,3	18,6
	Србија	3082	55,2	20,3	3172	55,1	18,9
Тип насеља	Градски	1605	57,1	23,8	1622	57,7	21,1
	Остали	1477	53,0	16,5	1550	52,5	16,5
Пол	Мушки	1278	55,4	19,4	1287	56,9	19,5
	Женски	1804	55,0	21,0	1885	54,0	18,4
Образовање	Основно	438	44,5	11,5	637	42,8	15,5
	Средње	2246	56,9	20,8	2042	56,8	18,5
	Високо	396	57,3	27,1	488	64,5	27,5
Имућно стање	Најсиром.	464	46,9	14,5	478	44,5	15,2
	Најимућн.	624	58,1	28,3	617	59,5	18,6

Табела 7. Ризично понашање и оболевање од СИДЕ

Ризично понашање	Број			%		
	Мушки	Женски	Свега	Мушки	Женски	Свега
Да	176	165	341	3,3	2,8	3,0
Не	4 651	5 219	9 870	88,0	87,8	88,0
Не зна	459	557	1 016	8,7	9,4	9,0
Укупно	5 285	5 942	11 227	100,0	100,0	100,0

Табела 8. Коришћење кондома при сексуалним односима

Коришћење кондома	Број			%		
	Мушки	Женски	Свега	Мушки	Женски	Свега
Увек	566	368	934	15,8	11,6	15,3
Понекад	478	355	833	13,4	11,2	12,3
Никад	2 518	2 451	4 969	70,8	77,2	72,4
Укупно	3 562	3 174	6 736	100,0	100,0	100,0

Табела 9. Тестирање на ХИВ

Показатељ		Број			%		
		Мушки	Женски	Свега	Мушки	Женски	Свега
Зна где се може тестирати	Да	1 962	2 018	3 980	37,9	34,8	36,3
	Не	3 213	3 782	6 995	62,1	65,2	63,7
	Укупно	5 174	5 800	10 974	100,0	100,0	100,0
Тестирали се	Да	238	254	492	4,6	4,4	4,5
	Не	4 909	5 493	10 402	95,4	95,6	95,5
	Укупно	5 147	5 747	10 894	100,0	100,0	100,0
Знају резултат	Да	184	199	383	55,8	58,0	56,2
	Не	146	144	290	44,2	42,0	43,8
	Укупно	330	343	673	100,0	100,0	100,0

Дискусија

Преко 90% младих у Србији зна за АИДС и ХИВ, и то више у Београду и Централној Србији него у Војводини (91,3% према 81,8%), више у градским него сеоским насељима (91,8% према 88,3%), више женског него мушког пола (91,5% према 89, %), и више најимућније него најсиромашније становништво (97,5% према 82,3%).

Знање пак о преношењу и заштити од СИДЕ има само 17,8% младих у Србији, такође више градских него сеоских становника (18,3% према 16,9%), жена у односу на мушкарце (20% према 15,4%) и најимућнијих него најсиромашнијих становника (22,9% према 13%).

Да би се заштитили од СИДЕ, једног партнера има 54,5% младих испитаника у Србији, док 71% користи кондом. Кондом као средство заштите више користе мушкарци него жене (75,3% према 6 %), више градско него сеоско становништво (74,2% према 66,2%), и више најимућнији него најсиромашнији (78,6% према 56,1%), а свим групама испитаника кондом представља сигурније средство заштите него сексуални односи са једним партнером.

Само 49,2% испитаника зна да се СИДА не добија уједом комарца, и то боље знају становници градова, женског пола и најимућнији. Даље, 44,1% зна да се СИДОМ не може заразити при подели хране (такође боље познавање код градских, женских и најимућнијих становника), а 63,2% зна да носилац ХИВ вируса може изгледати здрав.

У просеку 63,6% младих мисли да се инфекција ХИВ-ом може избећи (остали не знају одговор на ово питање), 55,3% сматра да је заштићено ако има једног сексуалног партнера, 57,1% мисли да је кондом поуздана заштита,

а 25,1% мисли да је заштићено од СИДЕ ако нема сексуалне односе.

Што се тиче начина преношења болести, 12% младих сматра да се СИДА може добити убодом комарца, 27,9% мисли да не може, а чак 60,1% не зна одговор на ово питање. 51,5% испитаника сматра да се вирус може пренети са мајке на дете, 52,5% да се преноси са мајке током трудноће, 42,6% да се преноси са мајке при порођају, а 31,4% дојењем преко млека. Остали испитаници углавном не знају одговоре на питања о начинима преношења.

Да носилац ХИВ вируса може изгледати здрав зна нешто више од половине испитаника (52,9%), да наставнику носиоцу вируса треба одобрити наставу сматра само 24% младих, а само 15,4% испитаника би куповало храну од носиоца вируса. Знање је знатно веће код мушкараца него код жена.

У сексуалне односе ступило је 29% младих од 15 до 19 година, највише у Београду (38,5%) и уопште градским насељима (29,9% према 27,6% у сеоским), те мушкараца (36,3% према 21,8% жена) и имућнијих (32,1% према 22,8% најсиромашнијих). У сексуалне односе најчешће се ступа са 16 година.

Са нерегуларним партнером у претходној години ступило је у сексуални однос 2,6% младих, знатно више мушкараца него жена (2,9 према 1,3) и више најимућнијих него најсиромашнијих (2,2 партнера према 1,7). При томе 78,4% користи кондом, и то знатно више из градских насеља (83,1% према 68,4% у сеоским насељима), и имућнијих становника (89% према 71,3%). Непоуздану контрацепцију користило је 33,6%, чешће становници градова, жене и имућнији.

Може се приметити да је знање младих о преношењу и заштити од СИДЕ недовољно и непотпуно. У Србији 58,4% испитаника сматра да је сексуални однос са једним партнером добра заштита, а коришћење кондома добром заштитом сматра 72,9% младих. Ови ставови су повољнији код градског, мушког и најимућнијег становништва.

Правилно схватање о СИДИ има само око 20% младих Србије, и то знатно више из градских насеља, жена и најимућнијих. Тако, на пример, 52,3% испитаних зна да се СИДА не може пренети уједом комарца, 66,4% зна да се не може пренети преко хране, а 47,6% зна да носилац вируса ХИВ може изгледати здрав.

Одрасло становништво Србије доста добро је информисано о АИДС-у. Тако 90,5% испитаних зна за АИДС, и то знатно више у Београду и уопште градским насељима, образованијих, имућнијих и млађих становника. Мањи проценат, међутим, зна да се могу тестирати (само 37,9% одраслих становника Србије), а веома мали проценат је и тестиран (4,2%). Проценат тестираних знатно је већи у Београду и градским насељима, вероватно због лакше доступности одговарајућих лабораторија, и већи је међу образованијим становништвом, док у односу на пол нема битне разлике.

Одрасло становништво Србије само у око 55% случајева зна за пренос СИДЕ сексуалним односом, и то знатно више становништво градских насеља, те образованије и имућније, у свим старосним групама, док у односу на пол нема битне разлике.

Мали проценат нема предрасуде о ХИВ позитивним особама (око 20%), и предрасуде су знатно мање код градског становништва, жена, образованијих и имућнијих, док са старењем лагано расту и предрасуде.

Да се може заразити и оболети од СИДЕ због свог ризичног понашања зна само 3% испитаника, нешто више мушкараца него жена (3,3% према 2,8%).

Мада испитаници у Србији у око 73% случајева знају да је заштита од инфекције ХИВ вирусом коришћење кондома при сексуалним односима, добијени подаци показују да само 15,3% становника користи кондом као заштиту, 12,3% понекад користи, а чак 72,4% никад не користи кондом. Занимљиво је да кондом при сексуалним односима више користе мушкарци него жене (29% према 23%).

Такође, мали је број испитаника који знају где се могу тестирати на ХИВ (36,3%), нешто више мушкараца него жена (37,9% према 34,8%). Сасвим мали број се тестирао (4,5%), а резултати тестирања саопштени су само око половини испитаника (56,2%), нешто више женама него мушкарцима (58% према 55,8%).

Закључак

Око 90% становника Србије, како младих, тако и одраслих, зна за СИДУ и ХИВ инфекцију. Знање је боље код градског, образованијег и имућнијег становништва. Међутим, знање о преношењу и заштити од СИДЕ је мало. Само 17,8% младих има знање, и то знатно више из градских насеља, жена и имућнијег становништва.

Да се СИДА преноси сексуалним односом зна тек нешто више од 50% младих и одраслих становника. Да је сигурна заштита један сексуални партнер, а нарочито стална употреба кондома зна око 70% младих и 73% одраслих становника. По питању разних заблуда у вези са СИДОМ и начинима ширења, знање је још увек недовољно и информисаност слаба.

И поред релативно доброг знања о сигурности заштите употребом кондома, увек га користи само 15,3% испитаника, а само понекад 12,3%. Исто тако, мали је број оних који знају где се могу тестирати (36,3%), а тестира се занемарљив број (4,5%).

Мада око 55% становника зна да се СИДА преноси сексуалним контактима, ипак само 3% зна да се својим ризичним понашањем у сексу могу заразити вирусом ХИВ-а.

Правилно схватање о СИДИ има само 20,3% становника Србије, нешто више из Београда и уопште градских насеља, те жена и најимућнијих становника.

Литература

1. Чолаковић Б.: Епидемиологија, хигијена и социјална медицина. Универзитет у Приштини, 1991.
2. Ристић С.: Основи опште епидемиологије. Графопромет, Крагујевац, 1995.
3. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита. Elit medica, Београд, 2004.
4. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина. Веларта, Београд, 2000.
5. Тимотић Б.: Увод у медицину. Elit medica, Београд, 2004.
6. Тимотић Б., Обрадовић М.: Историја медицине - хронологија најзначајнијих открића у области медицине, стоматологије и фармације. Elit medica, Београд, 2008.

Артеријска хипертензија код старих лица

К. Јоцић Савић[1], М. Обрадовић[2], Н. Чомић[3], М. Радовановић[4], Ј. Петровић[5]

Hypertension in Older Persons

K. Jocić-Savić, M. Obradović, N. Čomić, M. Radovanović, J. Petrović

Сажетак: *Хронична масовна незаразна обољења дегенеративног карактера доминирају у патологији савременог човека. Међу њима је најраспрострањенија хипертензија и она данас представља главни социјалномедицински проблем, нарочито старијих лица.*

Главни циљ рада јесте да се сагледа раширеност хипертензије код старих особа и начин лечења и то по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовном нивоу и имућном стању.

Остварујући циљ рада извршили смо анализу анкетног истраживања које је извршио Институт за јавно здравље Србије.

Резултати су показали да је хипертензија веома распрострањена код старих особа Србије – 53 одсто анкетираних је изјавило да им је лекар дијагностиковао хипертензију у протеклих годину дана. То је најчешће дијагностиковано обољење старих људи, а затим друге циркулаторне болести, шећерна болест и гојазност. Преваленција хипертензије код старих особа износи 76,5 одсто и знатно је већа у централној Србији, код сеоског, мушког, мање образованог и сиромашнијег старог становништва.

Око 76 одсто болесника редовно узима лекове, а понекад 22,8 одсто. Само дијетом лечи се 3,5 одсто болесника, а лековима и комбиновано – лековима и дијетом по око 44,0 одсто. Као разлог за не узимање лекова ан-

Summary: Chronic noncomunicable degenerative diseases dominate the pathology of modern man. Among them, the most common is hypertension which is now a major sociomedical problem, particularly in older persons.

The main aim is to overlook the widespread hypertension in the elderly, and treatment of hypertension by territorial parts of Serbia, settlement type, gender and age, educational level and wealthy state.

Making the goal of the analysis we have analyzed results carried out by survey conducted by the Institute of Public Health of Serbia.

The results showed that hypertension is very widespread in the elderly population of Serbia-53% of respondents stated that they were diagnosed with hypertension in the past year. It is commonly diagnosed disease of old people, followed by other circulatory diseases, diabetes and obesity. The prevalence of hypertension in the elderly is 76.5% and was significantly higher in central Serbia, in rural, male, less educated, older and poorer population.

Approximately 76% of patients regularly take medication, while sometimes it do 22.8%. Only by diet is treted 3.5%, and the combined-medication and with medication and diet by about 44.0. As a reason for not taking medication respondents listed lack of money to buy drugs and lack of medicines, and 34.0 is considered that the treatment is not necessary.

1 Др Каја Јоцић-Савић, Клиничко болнички центар „Земун”

2 Др сц. Милутин Обрадовић, приватник, Београд

3 Дипл. фарм. Невенка Чомић, приватник, Цирих

4 Дипл. фарм.. Миљана Радовановић, приватник, Ниш

5 Др Јелена Петровић, приватник, Крушевац

кетирани наводе немање новца за куповину лекова и недостатак лекова, а 34,0 одсто сматра да лечење није ни потребно.

Кључне речи: *хипертензија, распрострањеност, старе особе, лечење.*

Key words: hypertension, prevalence, elderly, treatment.

Увод

Хронична масовна незаразна обољења дегенеративног карактера доминирају у патологији становништва развијених и земаља у развоју, па и у нашој земљи. Ова обољења првенствено настају као последица деловања ризико фактора из околине и ризичног понашања становника[1, 2].

Од хроничних масовних дегенеративних обољења најраспрострањенија је артеријска хипертензија и то толико да данас представља главни социјалномедицински проблем. Хипертензија је главни ризико фактор у настанку коронарне, цереброваскуларне и реноваскуларне болести. Преко половине инфаркта миокарда и две трећине свих апоплексија јављају се код особа које су боловале од артеријске хипертензије[3].

Артеријска хипертензија је заступљена и код млађих узраста, али због атеросклерозе са старењем расте крвни притисак, па је у узрасту 65 и више година хипертензија најраспрострањенија. Не треба изгубити из вида да на хипертензију утичу и други фактори, међу којима и гојазност.

Циљ и метод рада

Основни циљ рада јесте да се изучи распрострањеност артеријске хипертензије код старих особа у Србији и то по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовном нивоу и имућном стању.

Реализујући циљ рада, извршили смо анализу података анкетног истраживања које је у два наврата (2000. и 2006.) извршио Институт за јавно здравље Србије.

Резултати и дискусија

Анкетом је утврђено да 53 одсто старих особа има хипертензију, коју им је утврдио лекар у задњој години.

Према подацима **табеле1**, једно од најчешће утврђених обољења код старих лица у задњој години јесте артеријска хипертензија (27,8 одсто), а затим болести срца и крвних судова (26,1 одсто), реуматска обољења (24,0 одсто), гојазност (11,5 одсто) и дијабет (10,6 одсто).

Гледајући по узрасту старих особа хипертензија расте са узрастом, као и болести срца и крвних судова, док остале опадају.

Преваленција хипертензије у узрасту 65 и више година износи 76,5 одсто и знатно је већи у централној Србији, код сеоског становништва, мушкараца, мање образованих и сиромашнијих. Повишен систолни притисак има око 65 одсто, а дијастолни око 39 одсто старих лица. Да имају хипертензију знају око 52 одсто старих лица (**табела 2**).

Табела 1: Најчешће дијагностикована обољења у задњој години

Обољења	Структура по добним групама			
	65–69	70–74	75 и +	Свега
Хипертензија	26,9	27,7	30,0	27,8
Циркулаторне болести	24,4	26,5	29,0	26,1
Дијабет	13,0	12,4	7,3	11,5
Гојазност	11,4	9,7	9,9	10,6
Реуматизам зглобова	24,3	23,7	23,8	24,0
УКУПНО	100,0	100,0	100,0	100,0

Табела 2: Преваленција хипертензије

Показатељи		Преваленција хипртензије	Знају да имају хипертензију	Повишен притисак		Просечна вредност притиска	
				Систолни	Дијастолни	Систолни	Дијастолни
Територија	Београд	44,4	27,3	32,1	26,0	132,2	81,3
	Војводина	46,1	28,0	35,4	26,2	134,6	82,1
	Ц. Србија	47,7	29,1	37,3	29,1	134,9	82,4
	Србија	46,5	28,4	35,5	27,4	134.2	82,0
Тип насеља	Градски	44,1	27,6	32,6	25,6	132,7	81,4
	Остали	49,6	29,5	39,2	29,7	136,1	82,9
Пол	Мушко	48,9	26,3	37,9	29,6	136,3	83,4
	Женско	43,9	30,8	32,8	24,9	131,9	83,5
Узраст	65–74	77,2	52,7	63,9	40,7	147,2	86,0
	75 и +	75,7	51,3	34,4	38,2	148,3	85,1
Образовање	Основно	62,7	40,5	51,0	26,4	141,9	84,8
	Средње	36,3	20,4	25,8	22,1	129,6	80,5
	Високо.	41,5	26,4	30,5	23,3	131,0	80,5
Имућно стање	Најсиромашнији	53,1	31,1	43,5	32,4	138,6	83,7
	Најимућнији	38,8	24,4	26,6	21,6	129,7	80,4

Табела 3: Лечење хипертензије

Показатељи		Редовно пију лекове	Разлози нелечења				
			Нема потребе	Нема лекова	Нема новца	Други	Без одговора
Територија	Београд	74,8	44,6	0,0	8,7	41,9	7,7
	Војводина	66,7	59,9	1,2	13,2	17,8	7,9
	Ц.Србија	66,4	56,3	1,0	16,7	14,2	9,6
	Србија	68,2	54,6	0,9	14,3	21,5	8,7
Тип насеља	Градски	71,3	55,9	0,5	11,3	24,5	7,9
	Остали	64,4	53,1	1,4	17,7	18,1	9,7
Пол	Мушко	60,9	57,7	0,6	10,3	24,4	7,0
	Женско	75,1	49,1	1,4	21,2	16,5	11,8
Узраст	65–74	77,9	52,7	1,6	23,8	16,0	5,9
	75 и +	75,1	40,7	0,0	31,8	20,0	7,4
Образовање	Основно	70,9	43,5	1,8	20,6	19,5	8,6
	Средње	63,6	62,2	0,5	8,0	21,1	8,2
	Високо.	70,4	58,8	0,0	1,4	29,1	10,7
Имућно стање	Најсиромашнији	64,5	38,8	1,4	33,0	12,8	13,6
	Најимућнији	72,6	54,5	0,0	4,0	30,6	11,0

Што се тиче лечења хипертензије, редовно узима антихипертензивне лекове око 76,5 одсто старих особа, највише Београђана и уопште градских насеља, жена и најимућнијих. Од оних који не узимају лекове за хипертензију, око два одсто не узима јер нема лекова, око

Табела 4. Број и проценат лечених хипертоничара

Лечење	Број испитаника			%		
	65–74	75 и +	Свега	65–74	75 и +	Свега
Само дијетом	29	12	41	3,3	3,8	3,5
Само лековима	382	146	528	44,0	46,5	44,6
Лековима и дијетом	392	132	524	45,1	42,0	44,3
Не лечи	66	24	90	7,6	7,7	7,6
УКУПНО	869	314	1183	100,0	100,0	100,0

Табела 5. Лечење хипертензије по територијама (%)

Лечење	Територија			
	Београд	Војводина	Ц. Србија	Србија
Само дијетом	11,2	7,5	6,3	7,4
Само лековима	37,3	36,4	33,8	36,4
Лековима и дијетом	40,9	33,5	40,5	37,4
Не лечи	10,6	22,6	19,3	18,8
УКУПНО	100,0	100,0	100,0	100,0

Табела 6. Узимање антихипертензива у задњем месецу

Начин узимања	Број испитаника			%		
	65–74	75 и +	Свега	65–74	75 и +	Свега
Редовно	545	204	749	65,1	67,7	65,8
Понекад	195	64	259	23,3	21,3	22,8
Не зна	97	33	130	11,6	11,0	11,4
УКУПНО	837	301	1138	100,0	100,0	100,0

Табела 7. Разлози неузимања лекова

Разлози	Број анкетираних			%		
	65–74	75 и +	Свега	65–74	75 и +	Свега
Нема потребе	20	11	31	30,3	44,0	34,0
Нема лекова	12	8	20	18,2	32,0	22,0
Нема новца	21	5	26	31,8	20,0	28,6
Други	13	1	14	19,7	4,0	15,4
УКУПНО	66	25	91	100,0	100,0	100,0

28 одсто јер немају новца да набаве лекове (**табела 3**).

Погледајмо сада детаљније податке о лечењу хипертензије код старих особа (**табела 4**).

Према подацима табеле четири, скоро подједнак проценат старих особа лечи хипертензију само лековима или лековима и дијетом, а 3,5 одсто само дијетом, док се 7,6 одсто уопште не лечи. У томе нема изразитих разлога по узрасту старих особа.

Кад се лечење посматра по територијалним деловима Србије (**табела 5**), види се да дијетом хипертензију највише лече Београђани, као и само лековима, док комбинацијом скоро подједнако лече хипертензију и Београђани и становници централне Србије, а најмање Војвођани. Хипертензију највише не лече Војвођани, а најмање Београђани.

Антихипертензиве узима редовно 65,8 одсто старих људи, а понекад 22,8 одсто, док чак 11,4 одсто не узима никакве лекове (**табела 6**). Лекове редовно узимају више старији узрасти, а понекад млађи.

Као разлоге за неузимање антихипертензивних лекова анкетирани наводе у највећем броју да немају новца за куповину (28,6 одсто), за-

тим да нема лекова (22,0 одсто), а 15,4 одсто наводи друге разлоге, док 34,0 одсто сматра да нема потребе да узима лекове **(табела 7)**.

Закључак

Хипертензија је веома распрострањена код старих лица у Србији – 53 одсто анкетираних је изјавило да им је у задњих дванаест месеци лекар установио хипертензију. Хипертензија је најчешће дијагностиковано обољење старих особа (27,8 одсто), а затим друге болести срца и крвних судова, гојазност и дијабетес мелитус.

Преваленција хипертензије код старих особа износи 76,5 одсто и знатно је већа у Централној Србији, код сеоског становништва, мушкараца, мање образованих и сиромашнијих становника. Да има хипертензију зна 52 одсто старих особа.

Што се тиче лечења хипертензије, око 76,5 одсто редовно узима лекове и то највише Београђани и уопште из градских насеља, жене и најимућнији становници. Понекад узима лекове 22,8 старих старих особа. Само дијетом се лечи 3,5 одсто болесника, а лековима и комбиновано (лекови и дијета) по око 44,5 одсто.

Као разлоге за неузимање лекова анкетирани наводе немање новца за куповину (28,6 одсто), недостатак лекова (22,0 одсто) и друге разлоге (15,4 одсто), док 34,0 одсто сматра да лечење није потребно.

Литература

1. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина, Велатра, Београд, 2000.
2. Тимотић Б.: Увод у медицину, Београд, 2004.
3. Глоговац Б., Раденковић С., Симић Миловановић А.: Хипертензија трећег животног доба. Зборник стручних саопштења и постера VI геронтолошког конгреса Југославије, Врњачка бања, Београд, 2002; 212–215.
4. Тимотић Б.,. Јањић М.: Примарна здравствена заштита, Elit-medica, Београд, 2004.

Хигијена, хигијенске навике и здравље становништва

М. Обрадовић[1], Б. Анђелски Радичевић[2], Ј. Петровић[3], М. Обрадовић[4], А. Тимотић[5]

Hygiene, Habits and Public Health

M. Obradović, B. Anđelski Radičević, J. Petrović, M. Obradović, A. Timotić

Сажетак: *Навике су веома значајне за здравље становништва. Човек је непрекидно изложен деловању неповољних навика по здравље, што за собом повлачи замарање и исцрпљивање адаптивних механизама, што слаби одбрамбене способности организма и долази до поремећаја равнотеже између човека и његове околине и настаје болест.*

Циљ рада јесте да се сагледају хигијенске навике стновништва по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовном нивоу и имућном стању.

У том циљу су анализирани резултати обимног анкетног истраживања које је спровео Институт за јавно здравље Србије 2000. и 2006. године.

Резултати анализе показали су да навике из области личне хигијене нису изграђене на задовољавајућем нивоу. Тако само 75,7% школске деце редовно пере руке, 61,9% се туширa више пута недељно, а 56,7% пере зубе више пута дневно. Ово је нешто лошије код одраслог становништва – око 74% редовно пере руке, око 57% се редовно купа, а само око 41% пере зубе. Све је ово знатно боље код градског становништва него код сеоског, код жена него код мушкараца, код образованијег и имућнијег становништва.

Пре јела руке пере 88%, после употребе WC-а 90,7%, а по уласку у кућу само 69,6% испитаника. Навика прања зуба је најмање изграђена – више пута дневно пере зубе само око 15% становника, а уопште не пере 7,6%

Summary: *Hygiene habits are very important for public health. The man is constantly exposed to unfavourable health habits, which leads to fatigue and exhaust of adoptive mehanisms, that weaks defansive capabilities of organism, leads to disturbance of equilibrium between man and his enviroment and so disease begins.*

The aim of the study is to comprehend hygiene habits of Serbian population related to territory, type of settlement, sex, age, education and wealthy state.

Data of inquiry held by Institute for public health of Serbia in 2000. and 2006. are analysed.

Results of the analysis showed that personal hygiene habits are not satisfactory.

Only 75,7% of school children wash their hands regularily, 61,9% shower themselves several times a week, 56,7% brush their teeth several times a day. This is worse in adult population – about 74% wash their hands regularily, 57% shower themselvs regularily, and only about 41% brush their teeth. This is significantly better in urban population than in rural, women than men, more educated and richer population.

Before meal 88% wash hands, after toilet 90,7%, and after entering the house only 69,6%. Habit of teeth brushing is the least presented – several times a day only 15% inhabitants, and 7,6% don't brush their teeth at all. Habits of teeth brushing are very different related to age – 20,6% of primary school children never brushes

1 Др сц. Милутин Обрадовић, приватник, Београд

2 Мр пх. Биљана Анђелски Радичевић, Стоматолошки факултет Универзитета у Београду

3 Др Јелена Петровић, приватник, Крушевац

4 Мр сц. др Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије", Београд

5 Мр Александар Тимотић, Karitas, Беч

људи. Навика прања зуба је веома различита по узрасту – зубе не пере или их пере само повремено 20,6% деце основних школа, око 12% средњошколаца, у узрасту од 20 до 34 године само 11,3%, и после 65-те године 43,7% људи. Ни навика купања није боље изграђена – сваки дан се купа само 46,9% становника, а четири до шест пута недељно 12,9% људи. Све ове навике знатно су боље код жена него код мушкараца.

Кључне речи: *хигијена, хигијенске навике, здравље становништва.*

their teeth or only periodically, the same does about 12% of high school children, in population from 20 – 34 years only 11,3%, and after 65 years 43,7%. The habit of bathing isn't any better. Only 49,6% bath every day, and 4 – 6 times a week 12,9%. All these habits are significantly better in women than men.

Key words*: hygiene, habits, public health*

Увод

Главни задатак хигијене јесте да објасни дејство неповољних фактора спољне и унутрашње средине на здравље људи и да их одстрани. При томе се не тежи само да се спречи појава болести и очува здравље, већ и да се побољша радна способност, да се продужи живот и да се он учини лепшим. Да би се избегло дејство штетних фактора неопходно је познавати не само еколошке и социоекомомске услове живота и рада, већ и његове психичке и физичке особине, пошто сви ти фактори условљавају појаву доброг или лошег здравља[1, 2].

Познато је да је здравље процес динамичке равнотеже човека и његове околине, тј. да је здравље резултанта ендогених, наследних и хередитарних фактора и спољашњих фактора који се налазе у човековом окружењу. Болест представља неспособност или немогућност успостављања те равнотеже. Фактори који у организму покрећу процесе одговорне за одржавање равнотеже, а који имају негативни утицај, називају се фактори ризика. Фактори ризика су особине, догађаји или навике који повећавају вероватноћу јављања болести, повреде или смрти код људи[3, 4].

Навике су веома значајне за здравље становништва. Човек је непрекидно изложен деловању неповољних навика по здравље, што за собом повлачи замарање и исцрпљивање механизма за адаптацију, што слаби одбрамбене способности организма и ремети се равнотежа између човека и његове околине и настаје болест. Стога је у борби против хроничних дегенеративних болести неопходна стална борба против ризико фактора и то током читавог живота, првенствено у смислу промене здравствено неповољних ризика. У очувању и унапређењу здравља народа то је од пресудног је значаја[5, 6].

Циљ и метод рада

Основни циљ рада јесте да се изуче и сагледају хигијенски услови живота и рада становништва Србије, као и лична хигијена и хигијенске навике и утицај тог стања на здравље народа. Све је то сагледано по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовном нивоу и имућном стању.

Реализујући циљ рада, анализирали смо податке обимног анкетног истраживања које је извршио Институт за јавно здравље Србије 2006. и 2000. године.

Резултати и дискусија

Основне хигијенске навике становништва приказане су на **табели 1**., из које се може видети да у Србији 75,7% школске деце редовно пере руке, 61,9% се тушира више пута недељно, а 56,7% редовно, више пута дневно, пере зубе. Само 60,0% свакодневно мења доњи веш.

Табела 1: Хигијенске навике становништва (у %)

Редни број	Показатељи		Школска деца				Одрасли		
			Редовно пере		Купа се више пут недељно	Свакодневно мења доњи веш	Редовно пере		Купа се више пут недељно
			Руке	Зубе			Руке	Зубе	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Територија	Београд	78,1	63,8	74,0	68,5	79,1	56,7	69,8
2		Војводина	71,9	55,8	78,9	74,0	69,8	39,3	67,4
3		Ц. Србија	76,6	53,4	47,5	48,6	73,7	34,5	41,1
4		Србија	75,7	56,7	61,9	59,9	73,8	40,7	56,7
5	Тип насеља	Градски	77,1	60,0	66,5	62,7	79,0	50,1	63,3
6		Остали	73,9	55,1	55,5	55,9	66,8	28,3	43,3
7	Пол	Мушки	70,4	46,1	57,2	47,6	68,8	32,6	50,9
8		Женски	80,8	66,8	66,3	71,6	71,2	49,5	58,8
9	Добне групе	7 –11	69,8	46,1	50,1	72,5	-	-	-
10		12–14	76,3	56,5	58,0	76,2	-	-	-
11		15–19	80,6	66,3	75,1	69,0	-	-	-
12		20–34	-	-	-	-	83,1	63,9	77,6
13		35–44	-	-	-	-	81,4	49,7	67,6
14		45–54	-	-	-	-	77,7	40,2	60,6
15		55–64	-	-	-	-	72,6	31,3	46,9
16		65–74	-	-	-	-	60,7	18,8	26,6
17		75 и више	-	-	-	-	49,9	13,6	15,5
18	Образовање	Основно	-	-	-	-	57,3	15,1	27,8
19		Средње	-	-	-	-	81,0	51,0	67,7
20		Више, високо	-	-	-	-	89,4	68,4	76,1
21	Имућно стање	Најсиромашнији	66,1	32,3	34,3	36,2	55,5	13,9	25,3
22		Најимућнији	80,8	68,7	80,0	76,4	87,6	67,9	79,7

Одрасло становништво у око 70% случајева редовно пере руке, а само 41% зубе, а око 57% се редовно купа више пута недељно. Све је ово боље код градског него сеоског становништва, код жена него мушкараца, код млађих него старијих, те образованијег и имућнијег становништва.

Изнети подаци су детаљније приказани у наредним табелама и конкретније по појединим показатељима.

Према подацима **табеле 2.** пре јела увек пере руке 88%, а каткад 10,4% људи. Пре употребе WC-а увек пере руке 43,8% људи, а каткад 35,5%, док после употребе WC-а увек пере руке 90,7% људи, а после уласка у кућу само 69,6% становника. У односу на пол, жене су знатно ревносније од мушкараца.

Навика прања зуба такође није изграђена. У Србији само око 15% становника правилно одржава хигијену зуба, а ујутру и увече пере зубе 39,8% људи, док уопште не пере 7,6% становника. У односу на пол, жене значајно боље одржавају хигијену ута и зуба (**табела 3**).

Кад се прање зуба посматра по појединим категоријама стновништва (**табела 4**), добија се податак да правилно одржавање хигијене зуба расте са узрастом до 19 година, а касније опада, што је последица и пораста броја безубости.

Хигијенска навика прања зуба је најнеразвијенија код предшколске деце. Тако преко трећине њих уопште не пере зубе, чак 58% уопште не пере зубе или их пере само повремено. Првилно одржава хигијену зуба само

Табела 2: Прање руку по полу

Ред. број	Време прања	Фреквенција	Број			%		
			Мушки	Женски	Свега	Мушки	Женски	Свега
0	1	2	3	4	5	6	7	8
1	Пре јела	Скоро никад	92	86	178	1,7	1,4	1,6
2		Како кад	619	553	1172	11,6	9,3	10,4
3		Увек	4609	5338	9947	86,7	89,3	88,0
4		Укупно	5320	5977	11297	100,0	100,0	100,0
5	Пре употребе WC-а	Скоро никад	1143	1161	2304	21,7	19,6	20,7
6		Како кад	1912	2063	3975	36,3	34,8	35,5
7		Увек	2211	2700	4911	42,0	45,6	43,8
8		Укупно	5266	5924	11191	100,0	100,0	100,0
9	После употребе WC-а	Скоро никад	65	54	119	1,2	0,9	1,6
10		Како кад	454	408	862	8,6	6,8	7,7
11		Увек	4776	5497	10273	90,2	92,3	90,7
12		Укупно	5295	5959	11254	100,0	100,0	100,0
13	По уласку у кућу	Скоро никад	237	176	413	4,5	3,0	3,7
14		Како кад	1584	1409	2993	30,0	23,7	26,7
15		Увек	3456	4358	7814	65,5	71,3	69,6
16		Укупно	5277	5943	1122о	100,0	100,0	100,0

Табела 3: Прање зуба по полу

Ред. број	Фреквенција	Број			%		
		Мушки	Женски	Свега	Мушки	Женски	Свега
0	1	2	3	4	5	6	7
1	Не пере	450	413	863	8,5	7,0	7,6
2	Повремено	1150	867	2017	21,6	14,5	17,9
3	Само ујутру	649	566	1215	12,2	9,5	10,7
4	Само увече	497	508	1005	9,3	8,5	8,9
5	Ујутру и увече	1957	2538	4495	36,8	42,5	39,8
6	Више пута дневно	613	1081	1694	11,6	18,0	15,1
7	Укупно	5316	5973	11289	100,0	100,0	100,0

Табела 4: Прање зуба по узрасним групама (у %)

Ред. број	Фреквенција прања	Категорије				
		Предшколска деца	Школска деца		Одрасли	Свега
			7 - 14	15 - 19		
0	1	2	3	4	5	6
1	Не пере	33,8	3,1	0,9	7,6	13,6
2	Повремено	24,2	17,6	11,4	17,9	19,2
3	Само ујутру	5,7	9,7	9,9	10,7	9,3
4	Само увече	11,0	10,1	6,9	8,9	9,5
5	Ујутру и увече	20,6	46,6	44,6	39,8	35,8
6	Више пута дневно	4,7	12,9	26,3	15,1	12,6
7	Укупно	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4,7% предшколске деце, да би се већ код школске деце то више него утростручило. Најбољу хигијену зуба одржавају школска деца – више пута дневно пере зубе преко 39% деце, а још уз то ујутру и увече пере зубе преко 91% деце.

Табела 5: Структура учесталости прања зуба по узрасту

Ред. број	Фреквенција	Фреквенција прања зуба (у %)					
		Не пере уопште	Повремено	Само ујутру	Само увече	Ујутру и увече	Више пута дневно
0	1	2	3	4	5	6	7
1	0 – 6	33,8	24,2	5,7	11,1	20,6	4,7
2	7 – 14	3,1	17,5	9,6	10,0	46,2	13,6
3	15 – 19	0,9	11,4	9,9	6,9	44,6	26,2
4	20 – 34	1,0	10,3	9,0	10,0	50,1	19,6
5	35 – 44	1,6	13,5	11,6	6,9	49,5	16,9
6	45 - 54	4,5	17,5	13,8	9,6	14,1	13,4
7	55 - 64	9,7	21,2	12,3	9,3	33,3	14,3
8	65 и више	19,9	23,8	8,7	8,9	26,1	12,7
9	Укупно	6,9	16,6	10,8	9,0	40,9	15,8

Табела 6: Купање – туширање недељно по полу

Ред. број	Фреквенција недељно	Број			%		
		Мушки	Женски	Свега	Мушки	Женски	Свега
0	1	2	3	4	5	6	7
1	0	70	54	124	1,3	0,9	1,1
2	1	657	670	1327	12,4	11,2	11,8
3	2 – 3	1571	1405	2976	29,6	23,6	26,4
4	4 – 6	772	791	1563	14,5	12,5	13,8
5	Сваки дан	2238	3042	5280	42,2	51,8	46,9
6	Укупно	5308	5963	11271	100,0	100,0	100,0

Навике прања зуба по узрасту стновника су веома различите (**табела 5**). Почевши од школског узраста (од 7 година), стање се стално побољшава до пете деценије живота, да би се касније опет погоршало. Тако зубе не пере или их пере само 20,6% основношколаца, око 12% средњошколаца, у узрасту од 20 до 34 године само 11,3%, да би после 65 године тај проценат износио 43,7% када има добар проценат и безубих.

С друге стране, ујутру и увече и више пута дневно зубе пере 25,1% предшколске деце, 59,8% основношколске и 70% средњошколске деце и омладине. Касније са узрастом овај проценат опада и у узрасту 65 и више година износи само 38,8%.

Ни навике туширања, као и прања зуба и прања руку, нису изграђене у задовољавајућој мери (**табела 6**). Тако се сваки дан купа само 46,9% становништва, четири до шест пута недељно 13,8%, а два до три пута недељно 26,4%, док једном и ниједном 12,9% људи. У односу на пол знатно већи проценат жена купа се свакодневно.

Закључак

Код становништва Србије нису на задовољавајућем нивоу изграђене основне хигијенске навике – прање руку, прање зуба и купање. Тако 75,7% школске деце редовно пере руке, тушира се више пута недељно 61,9% деце а 56,7% пере зубе више пута дневно. Само 60% школске деце свакодневно мења доњи веш.

Нешто је лошије код одраслог стновништва – око 74% редовно пере руке, око 57% се редовно купа, а само око 41% пере зубе више пута дневно. Све је ово знатно боље код градског него сеоског становништва, жена него мушкараца и образованијег и имућнијег становништва.

Пре јела руке пере 88% људи, после употребе WC-а 90,7%, а по уласку у кућу само

69,6% испитаника. И ту су жене знатно ревносније од мушкараца.

Навика прања зуба је најмање изграђена. Тако зубе пере више пута дневно само око 15% становништва, а уопште не пере 7,6% људи. И овде су жене у бољем положају од мушкараца. Ујутру и увече зубе пере 39,8% испитаника. Навике прања зуба по узрасту становника веома су различите. Тако зубе не пере или их пере само понекад 20,6% основношколаца, око 12% средњошколаца, у узрасту од 20 до 34 година само 11,3%, да би од 65-те године тај проценат износио 43,7%, када има и добар проценат безубих. С друге стране, ујутру и увече и више пута дневно зубе пере 25,1% предшколске деце, 59,8% основношколске и 70% средњошколске деце и омладине. Касније се са узрастом овај проценат смањује и после 65-те године износи само 38,8%.

Као и прање руку и зуба, ни навика купања није довољно изграђена – сваки дан се купа само 46,9% становништва, четири до шест пута недељно 12,9%, са знатно бољим навикама жена него мушкараца.

Литература

1. Цекић Ј. и сар.: Хигијена са социјалном медицином и организацијом здравствене службе. Научна књига, Београд, 1971.
2. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина. Веларта, Београд, 2000.
3. Голијнин Р.: Корелација оралне хигијене и оралног здравља становништва Србије. Докторска дисертација, Универзитет у Крагујевцу, Крагујевац, 2002.
4. Обрадовић М. и сар.: Хигијенске нвике старих особа. Геронтологија, Београд, 2006; 1: 144–148.
5. Тимотић Б.: Увод у медицину, Elit medica, Београд, 2004.
6. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита. Elit medica, Београд, 2004.

Ризици, ризично понашање и здравље људи

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

Risk Factors Risky Behavior and the Health of People

M. Obradović, A. Timotić, P. Perunović, K. Jocić Savić

Сажетак: *Ризико фактори су веома значајни помажући фактор настанка бројних, првенствено хроничних, дегенеративних обољења. Фактори ризика су: личне карактеристике појединца и еколошкосоцијалне карактеристике.*

Основни циљ рада јесте да се сагледају здравствени ризици и ризично понашање становника Србије и утицај на здравље народа.

Реализујући циљ рада, извршена је анализа података огромног анкетног истраживања, које је извршио Институт за јавно здравље Србије.

Резултати су показали да у Србији постоје бројни ризико фактори. Међутим, 5,7% школске деце и 1,9% одраслих не знају за њихово постојање у околини. Међу тим ризико факторима најизраженији су УВ зрачење и насиље.

Становништво сматра да су најчешћи узроци оболевања погрешна исхрана, стрес и тешки услови живота. Ризици и ризично понашање нарочито су присутни при оболевању од кардиоваскуларних и респираторних болести, гојазности, дијабета, повреда и других.

У борби са хроничним, масовним оболењима значајно је смањење ризико фактора и промена ризичног понашања. По савету лекара и других здравствених радника у задњој години је ризично понашање променило 38% становника, и то различито по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовању и имовинском стању. Као разлоге промене понашања наводе болест (20,8%) и здравији живот (13,3%).

Summary: *Risk factors are very important factor in helping creation of numerous, primarily chronic, degenerative diseases. Risk factors are personal characteristics of individual environmental and social characteristics.*

The main objective of this study was to examine the health risks and risky behavior of Serbian population and the impact on the health of people.

To realize the objective of the work, we analyzed data carried out from the huge survey, conducted by the Institute of Public Health of Serbia.

Results showed that in Serbia there are numerous risk faktors. However, 5.7% of school children and 1.9% of adults do not know of their existence in the area. Among these risk factors the most common are UV radiation and violence.

Population is considered that the most common causes of illness are wrong diet, stress and difficult living conditions. The risks and risky behavior are especially present as a cause of the cardiovascular and respiratory disease, obesity, diabetes, injuries and others.

To struggle with chronic, massive disease it is important to significantly reduce risk factors and change risky behavior. On the advice of doctors and other health workers in the last year the risky behavior was changed in 38% of the population with the diferencis by territorial parts of Serbia, settlement type, gender, age, education and financial status. They stated disease (20.8%) and healthy life (13.3%) as a reasons for behavior changes.

Regarding the risk of the traffic they are expressed in the school children and the adult popu-

1 Мр сц. др Маријола Обрадовић, Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“, Београд

2 Мр Александар Тимотић, Karitas, Беч

3 Дипл. ек. Предраг Перуновић, Министарство здравља РС, Београд

4 Др Каја Јоцић-Савић, Клиничко болнички центар "Земун"

Што се тиче ризичних понашања у саобраћају, она су изражена како код школске деце, тако и код одраслог становништва, а нарочито у узрасту од 18 до 34 године. То се нарочито односи на не коришћење заштитне кациге при вожњи. не везање појаса, вожње под утицајем алкохола, прекорачење брзине, коришћење мобилног телефона у току вожње итд.

Кључне речи: *Ризико фактори, ризично понашање, здравље, промена понашања.*

lation, especially in age from 18 - 34 years. This particularly applies to not use protective helmets when driving, not wearing belt, driving under the influence of alcohol, speeding, using mobile phones while driving, etc.

Keywords: *Risk factors, risky behavior, health behavior change.*

Увод

Здравствени ризици су особине, догађаји или навике које повећавају вероватноћу јављања болести, повреда или смрти код људи. Ако је човек дуже време изложен деловању фактора ризика, адаптивни механизам се замара и исцрпљује и одбрамбене способности организма опадају, па се равнотежа човека са околином ремети и јавља се болест. Фактори ризика су.

- личне карактеристике појединца – демографске, здравствене, социоекономске, укључујући и понашање
- еколошке карактеристике – физичке, биолошке и социоекономске.

Социјална околина је својствена човеку и њу чине мање или веће заједнице, са својом културом, која укључује знање, веровање, обичаје, традицију, законе, науку, уметност, понашање, начин одевања, начин исхране, друштвено-економске односе, урбанизацију, индустријализацију, разне делатности, породичне односе, односе у радној, школској и спортској заједници, односе у месној заједници, здравствену заштиту и здравствену службу.

Савремене болести – хроничне, масовне, незаразне, болести дегенеративног карактера (болести срца и крвних судова, опструктивна болест плућа, дијабет, повреде и многе друге), које настају као последица деловања фактора ризика из околине и због негативно формираног обрасца понашања који настаје исто тако под утицајем социјалне околине (породице, радне заједнице).

Према томе, здравље се састоји из биопсихосоцијалних компоненти индивидуе и еколошко социјалних компоненти околине и произлази из динамичне равнотеже човека и његове околине. Значи, здравље је резултанта ендогених, наследних чинилаца, и оних који се јављају у току развоја плода пре рођења и егзогених који окружују човека читавог живота.

Између човека и његове околине постоји сталан динамичан однос у облику интеракције међусобних утицаја. зато је и основни циљ здравствене заштите да се човек задржи у равнотежном положају са његовом околином, а ако то није могуће, онда што раније откривање обољења и ефикасно лечење и рехабилитација.

Циљ и метод рада

Основни циљ рада јесте да се сагледају здравствени ризици и ризично понашање људи и њихов утицај на здравље народа, посебно ризично понашање у саобраћају. Све то је сагледано по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, образовању и имовинском стању становништва.

Реализујући циљ рада извршена је анализа података анкетног истраживања које је у два наврата (2000. и 2006. године), спровео Институт за јавно здравље Србије.

Резултати и дискусија

Ризично понашање школске деце и одраслих

Подаци **табеле 1.** показују да постоје изражене разлике оболевања школске деце и омладине, јер само 5,7% школске деце Србије не зна да у месту живљења и школовања постоје ризици за здравље. Разлике су изражене код млађе и сиромашније деце и деце из Београда. Најизраженије разлике су за УВ зрачење, за које више знају градска деца, женска, старијих узраста и најимућнија деца. Насиље је такође изражено, нарочито у сеоским насељима, код мушкараца, старијих узраста и имућнијих ученика.

Петина ученика сматра да је хигијена у школи добра, а безбедност добром оцењује сваки девети ученик. Ово је израженије код ученика градских насеља, старијих разреда и имућнијих.

Ризици оболевања школске деце од неких болести због лошег понашања, приказани су у **табели 2**.

Према тим подацима, школска деца у Србији сматрају да због ризичног понашања имају највећи ризик од гојазности (7,1%), повреда (3,9%), хипертензије (2,7%), шећерне болести, циркулаторних и респираторних болести. Све је ово различито заступљено, посматрано по типу насеља, полу и узрасту и имућном стању ученика.

Ризично понашање одраслих

Свесност одраслог становништва о постојању фактора ризика у месту живота и рада и проценат становника са факторима ризика, приказано је у **табели 3**.

Одрасло становништво је свесно ритика у својој околини – 28,1% сматра да постоји УВ зрачење, а 23,8% насиље, док 1,9% становника Србије не зна за ризике у својој околини. Највише становника живи са факторима ризика за оболевање од кардиоваскуларних и респираторних болести (**табела 3**).

За факторе ризика више знају становници градских насеља, жене, млађи узраст, те образованији и имућнији становници. Проценат

Табела 1: Ризици по здравље школске деце

Показатељи		Број анкетираних	Ризици по здравље			Хигијена и безбедност у школи		
			УВ зрачење	Насиље	Не зна за ритике у месту	Хигијена	Безбедност	Могућност рекреације
Територија	Београд	478	21,4	22,1	1,8	32,8	13,6	20,0
	Војводина	651	22,0	23,6	6,0	19,0	9,9	13,8
	Ц. Србија	1233	17,3	18,3	7,7	15,7	10,1	13,0
	Србија	2362	19,4	19,7	5,7	20,5	10,9	16,0
Тип насеља	Градски	1375	22,5	17,3	5,8	23,4	11,8	15,1
	Остали	986	15,0	26,1	5,5	16,3	9,8	17,3
Пол	Мушко	1144	17,0	21,5	6,1	19,3	12,1	15,1
	Женско	1217	21,6	10,8	5,3	21,6	9,9	16,9
Узраст	7–11	943	12,2	12,6	11,2	16,8	8,1	13,5
	12–14	709	19,3	20,5	3,9	23,4	12,5	14,2
	15–19	710	25,9	25,5	2,0	22,3	13,1	21,3
Имућно стање	Најсиром..	383	13,6	10,2	10,3	11,1	7,9	17,0
	Најимућ.	477	25,0	28,4	3,9	24,9	10,8	13,9

Табела 2: Оболевање школске деце због ризичног понашања

Показатељи		Ризици оболевања								
		Гојазност	Хипертензија	Дијабет	Циркулаторне болести	Плућне болести	Рак	СИДА и полне болести	Повреде	Друго
Територија	Београд	5,4	2,1	1,8	0,9	2,1	0,9	0,5	3,6	0,5
	Војводина	8,8	4,3	3,4	2,5	2,2	0,8	0,4	4,2	0,0
	Ц. Србија	6,9	1,2	1,6	1,1	1,1	0,5	0,9	4,0	0,1
	Србија	7,1	2,7	2,2	1,5	1,6	0,7	0,7	3,9	0,1
Тип насеља	Градски	7,5	2,8	2,4	1,8	1,7	0,8	0,9	4,3	0,2
	Остали	6,5	2,5	1,8	1,2	1,5	0,5	0,3	3,3	0,0
Пол	Мушко	4,4	2,8	1,6	1,2	1,5	0,5	0,7	4,1	0,1
	Женско	9,5	2,5	2,7	1,8	1,8	0,8	0,7	3,7	0,2
Узраст	7–11	3,9	0,3	0,5	0,1	0,4	0,0	0,0	1,7	0,1
	12–14	7,3	2,4	2,1	1,3	1,4	0,8	0,9	3,8	0,1
	15–19	9,8	5,0	3,7	2,9	2,9	1,2	1,2	5,8	0,1
Имућно стање	Најсиромаш.	5,3	2,8	2,0	1,0	1,0	0,2	0,3	3,4	0,0
	Најимућнији	8,6	2,3	2,2	1,5	1,5	0,9	0,7	4,3	0,2

Табела 3: Знања одраслих о присутности здравствених ризика и проценат становника са факторима ризика за оболевање од одређених хроничник болести

Показатељи		Не знају ниједан фактор	Знају за ризике		Проценат становника са факторима оболевања од болести		
			УВ зрачење	Насиље	Срца и крвних судова	Плућа	Других болести
Територија	Београд	0,4	23,5	27,4	82,5	12,5	1,5
	Војводина	1,9	37,6	28,6	85,4	21,4	3,0
	Ц. Србија	2,6	25,4	19,8	86,5	18,2	2,1
	Србија	1,9	28,1	23,8	85,4	17,6	2,3
Тип насеља	Градски	1,4	32,6	32,4	84,3	16,2	2,6
	Остали	2,5	22,1	12,4	87,7	19,8	2,2
Пол	Мушко	1,5	27,2	23,1	84,0	19,5	2,0
	Женско	2,2	29,0	24,9	87,3	15,3	2,7
Добне групе	20–34	1,2	33, 2	28,2	92,5	14,4	2,6
	35–44	0, 9	33,2	26,2	89,1	15,9	2,1
	45–54	1, 0	30,5	26,0	84,4	21,1	1,8
	55–64	1,4	26,7	23,7	75,6	18,8	3,8
	65–74	3,0	20,7	16,8	78,4	18,8	0,6
	75+	5,9	14,6	14,3	79,2	20,1	5,3
Образовање	Основно	3,8	18,2	13,4	70,8	20,6	2,9
	Средње	0,8	32,5	27,9	85,4	16,8	2,4
	Високо	0,5	37,5	35,0	79,6	15,5	1,5
Имућно стање	Најсиром..	3,9	17,4	9,4	90,5	19,5	4,2
	Најимућ.	0,6	36,0	40,2	84,8	15,3	1,1

Табела 4: Проценат становника који сматрају да својим понашањем ризикују да оболе од неких болести

Показатељи		Болести								
		Гојазност	Хипертензија	Дијабет	Срца и рвних судова	Плућне болести	Рак	Цироза јетре	СИДА	Последице повреде
Територија	Београд	19,1	14,8	6,8	15,9	10,1	4,8	1,6	0,4	3,4
	Војводина	17,6	16,7	8,4	18,2	9,9	4,9	2,6	1,1	9,6
	Ц. Србија	13,8	11,4	6,4	12,7	6,8	3,1	1,9	1,1	7,7
	Србија	15,9	13,3	7,0	15,8	8,4	4,0	2,1	1,0	7,2
Тип насеља	Градски	17,8	14,2	7,5	15,8	9,1	4,6	2,2	0,9	6,7
	Остали	13,4	22,2	6,4	13,4	7,5	3,3	2,0	1,1	7,8
Пол	Мушко	13,5	13,8	7,0	14,3	8,7	4,2	2,6	1,0	8,8
	Женско	18,5	12,2	7,1	15,3	8,1	3,9	1,5	0,9	5,4
Добне групе	20–34	15,1	11,4	6,0	10,4	8,9	4,1	1,7	1,3	7,4
	35–44	18,4	16,3	7,8	17,3	11,4	5,6	2,1	1,0	8,0
	45–54	20,2	17,4	9,6	17,5,	9,9	5,1	2,6	1,0	8,1
	55–64	18,4	13,9	6,8	17,3	8,0	3,7	2,5	0,9	7,3
	65–74	12,3	11,0	6,5	15,3	5,1	2,3	1,8	0,6	5,5
	75+	6,1	7,7	4,7	11,7	4,7	2,1	1,8	1,1	5,9
Образовање	Основно	12,1	10,7	5,8	13,5	6,4	2,8	2,0	1,0	6,8
	Средње	17,8	14,4	7,3	14,6	9,3	4,2	2,1	1,0	7,9
	Високо	18,4	16,0	9,5	18,7	10,2	6,6	2,2	1,0	5,8
Имућно стање	Најсиром.	10,9	10,5	5,7	12,1	7,1	3,1	2,3	1,3	7,6
	Најимућ.	20,2	15,8	8,5	17,2	1,01	5,7	1,8	1,0	5,3

Табела 5: Саветовање и мишљење о факторима ризика и промене понашања

Показатељи		Најчешћи разлози оболевања			Дат савет за промену понашања	Савет дао лекар	Прате медије у вези здравља	Имају исправан став о ризицима	Променили понашање
		Погрешна исхрана	Стрес	Тешки услови живота					
Територ.	Београд	40,9	79,1	53,5	55,3	53,9	75,5	83,3	42,3
	Војводина	34,6	71,7	53,9	52,4	53,7	76,4	71,5	41,6
	Ц. Србија	29,5	72,2	59,3	46,7	59,9	75,2	71,2	34,1
	Србија	33,3	73,1	56,6	49,7	56,8	75,3	73,7	37,8
Тип насеља	Градски	36,1	76,3	55,4	51,9	54,1	78,9	78,2	40,2
	Остали	29,6	69,0	58,1	46,8	60,8	70,6	67,8	34,9
Пол	Мушко	36,6	71,1	57,5	49,2	53,5	70,4	73,1	34,1
	Женско	35,2	75,4	55,6	50,2	60,4	80,7	74,4	41,9
Добне групе	20–34	32,7	72,2	53,5	41,0	22,8	75,9	75,9	30,3
	35–44	33,4	77,3	55,5	45,0	37,8	79,0	77,7	31,3
	45–54	34,5	77,3	58,4	51,8	58,7	77,7	75,9	39,9
	55–64	33,7	75,1	55,7	59,0	74,1	79,2	74,3	47,3
	65–74	34,2	67,8	59,3	58,1	79,5	71,9	68,6	46,1
	75+	30,5	63,7	60,1	48,2	83,7	61,5	63,8	37,2
Образовање	Основно	28,3	67,3	62,1	50,4	73,1	65,4	62,1	38,6
	Средње	34,7	75,8	55,2	49,3	46,3	79,4	77,9	38,6
	Високо	41,2	78,4	47,7	49,4	52,4	86,1	85,8	40,1
Имућно стање	Најсиром.	26,2	67,3	64,2	43,1	67,5	60,8	62,0	32,5
	Најимућ.	39,9	77,6	51,8	51,8	47,4	82,4	84,6	40,5

Табела 6: Разлози промене начина живота и понашања

Показатељи		Разлози промене (%)					
		Здравствени	Због лепоте	Због здравијег живота	Није ништа промењено	Друго	Без одговора
Територија	Београд	21,7	2,2	16,1	57,4	0,7	2,0
	Војводина	20,7	1,1	15,2	60,8	1,1	1,1
	Ц. Србија	20,5	1,2	10,9	65,4	0,9	1,3
	Србија	20,8	1,4	13,3	62,6	0,9	1,4
Тип насеља	Градски	20,4	1,6	15,6	60,0	1,0	1,5
	Остали	21,3	1,2	10,4	65,1	0,8	1,3
Пол	Мушко	18,4	0,7	12,3	66,3	0,9	1,4
	Женско	33,4	2,2	14,5	57,6	1,0	1,4
Добне групе	20–34	5,6	3,7	16,0	71,5	1,7	1,5
	35–44	11,1	1,4	16,1	69,2	0,9	1,3
	45–54	22,6	1,1	14,3	60,0	0,6	1,4
	55–64	31,7	0,1	13,6	52,1	0,7	1,8
	65–74	36,1	0,0	9,6	52,9	0,4	1,1
	75+	32,4	0,3	4,9	60,7	0,5	1,3
Образовање	Основно	28,5	0,4	8,0	61,0	0,8	1,4
	Средње	16,4	1,9	15,3	63,9	1,0	1,5
	Високо	16,8	2,1	19,7	59,2	1,0	1,1
Имућно стање	Најсиром.	22,3	0,6	7,6	67,5	0,8	1,2
	Најимућ.	17,1	2,7	19,7	57,9	0,9	1,7

Табела 7: Ризично понашање школске деце у саобраћају

Показатељи		Не користе кацигу при вожњи			Не користе светло при вожњи ноћу		Прелазе улицу ван зебре	Сувозачи не вежу појас
		Ролера	Бицикла	Мотора	Бицикла	Трактора		
Територија	Београд	84,6	96,0	85,5	69,8	71,7	12,1	68,2
	Војводина	88,8	96,0	53,0	52,5	44,7	7,5	74,9
	Ц. Србија	85,8	97,1	72,9	65,8	32,5	7,4	70,9
	Србија	86,5	96,5	66,3	61,0	41,5	8,7	71,8
Тип насеља	Градски	85,7	96,2	60,5	57,5	70,5	9,3	71,8
	Остали	88,2	96,9	72,4	65,87	25,2	7,8	71,8
Пол	Мушко	85,2	97,1	63,2	61,1	32,3	10,8	71,5
	Женско	87,4	95,8	73,3	60,9	88,9	6,6	71,7
Добне групе	7–11	83,1	96,8	82,0	67,1	73,1	5,3	49,9
	12–14	82,7	97,2	71,2	59,8	57,7	7,6	76,7
	15–19	96,0	95,5	61,8	56,9	24,7	12,4	88,2
Имућно стање	Најсиромаш.	97,5	96,2	76,1	71,5	21,3	4,6	60,1
	Најимућнији	82,1	95,7	60,2	58,3	55,7	9,1	75,0

становника са факторима ризика за оболевање од неких хроничних болести већи је у сеоским насељима, као и код мање образованих и сиромашнијих становника.

Проценат становника који сматрају да својим нездравим понашањем ризикују да оболе од неке болести, приказан је у **табели 4**.

Према подацима **табеле 4**. свесност становника да својим ризичним понашањем доприносе оболевању од неких болести различито је по територијалним јединицама Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовном нивоу и имовинском стању становника.

Из табеле 5. произлази да су најчешћи разлози оболевања погрешна исхрана, стрес и тешки услови живота. Ови услови су израженији у градским, него у осталим насељима.

Савет о неопходности промене начина живота и понашања дао је лекар и други здравствени радник, а становници прате и медијске поруке у вези са здрављем (75,3%), и то више градских становника, жена, младих, образованијих и имућнијих.

У задњој години око 38% становника Србије је променило понашање, знатно више становници градских насеља, жена, образованијих и имућнијих становника.

Ризично понашање у задњој години променило је 37,4% становника Србије. Најчешћи разлози промене јесу болест (20,8%) и здравији начин живота (13,3%), док су остали разлози далеко ређи (**табела 6**). Ови подаци су различито изражени код градских и сеоских насеља, по полу, узрасту, образовању и имовинском стању становништва.

Ризично понашање у саобраћају

Школска деца се веома ризично понашају у саобраћају (**табела 7**). Тако 96,5% деце Србије не користи кацигу при вожњи бицикла, 66,5%

Табела 8: Ризично понашање одраслих становника у саобраћају

Показатељи		Не користе кацигу при вожњи		Не користе светло при вожњи ноћу		Не вежу појас	Возе под утицајем алкохола	Прекорач. брзину	Користи мобилни у вожњи
		Мотора	Бицикла	Бицикла	Трактора				
Територија	Београд	6,0	20,1	9,8	6,0	24,4	8,1	27,6	26,8
	Војводина	0,2	57,2	28,6	7,1	16,2	8,3	22,3	18,4
	Ц. Србија	7,4	24,1	13,3	6,0	14,0	7,4	18,5	16,9
	Србија	6,4	31,9	16,5	6,3	17,0	7,4	18,8	16,8
Тип насеља	Градски	7,3	32,3	16,1	6,3	17,8	8,0	24,3	23,3
	Остали	8,5	31,5	17,0	6,2	15,7	7,6	18,2	15,4
Пол	Мушко	9,3	35,3	18,1	6,7	17,9	11,4	32,5	28,5
	Женско	6,1	28,8	14,7	5,7	14,2	3,8	9,6	10,2
Добне групе	20–34	9,9	43,7	22,6	6,3	18,9	8,9	31,0	32,1
	35–44	8,6	39,4	19,4	6,4	16,8	9,1	28,8	28,1
	45–54	8,5	32,1	16,1	6,4	16,8	9,0	25,6	21,7
	55–64	6,5	27,4	14,0	6,4	14,0	8,0	17,1	12,3
	65–74	5,6	20,4	11,4	6,2	14,1	5,0	8,0	5,5
	75+	5,0	12,4	8,0	5,3	21,9	4,5	5,1	4,1
Образовање	Основно	6,6	24,7	14,6	5,9	17,9	5,5	9,1	7,3
	Средње	8,9	37,2	18,3	6,6	17,3	9,5	27,9	25,6
	Високо	7,1	31,5	14,7	6,1	15,6	7,6	31,1	31,1
Имућно стање	Најсиромаш.	6,8	26,5	16,0	5,9	15,1	6,2	10,3	8,6
	Најимућнији	7,6	26,8	13,0	6,4	19,3	9,4	33,1	34,0

Табела 9: Ризично понашање становника узраста од 18 до 34 године

Показатељи		Не користе кацигу при вожњи			Не користе светло при вожњи ноћу	
		Бицикла	Мотора	Сувозач	Бицикла	Трактора
Територија	Београд	97,1	62,1	65,7	59,1	40,8
	Војводина	98,6	64,4	62,1	55,8	25,8
	Ц. Србија	98,3	71,7	74,3	62,2	17,3
	Србија	98,2	66,4	68,1	57,8	21,9
Тип насеља	Градски	98,4	63,7	68,1	57,0	41,9
	Остали	98,0	69,1	68,1	58,9	14,7
Пол	Мушко	98,4	61,9	67,6	56,5	15,6
	Женско	98,0	84,3	69,1	59,5	56,1
Добне групе	18–19	94,3	58,3	65,7	57,7	25,0
	20–24	98,6	73,9	73,3	58,7	24,0
	25–29	99,3	69,0	64,5	56,0	25,4
	30–34	98,7	60,1	64,1	58,7	16,6
Имућно стање	Најсиромаш.	97,5	58,1	60,0	63,7	12,3
	Најимућнији	98,1	69,8	61,9	58,7	56,8

Табела 10: Ризично понашање становника узраста од 18 до 34 године, при вожњи аутомобила у (%)

Показатељи		Не користи појас		Вози под утицајем алкохола	Прекорачује брзину	Користи мобилни телефон	Ризично понашање пешака
		Возач	Сувозач				
Територија	Београд	28,1	23,0	97,1	84,5	75,2	8,4
	Војводина	17,2	24,5	98,4	89,2	83,7	6,2
	Ц. Србија	15,9	21,9	97,7	91,6	87,3	5,4
	Србија	19,0	22,7	97,7	88,9	82,9	6,5
Тип насеља	Градски	19,3	21,8	98,0	88,2	81,9	7,1
	Остали	18,4	23,9	97,4	90,1	84,3	5,8
Пол	Мушко	21,4	23,7	97,1	87,8	80,2	7,0
	Женско	13,6	21,6	99,1	91,6	88,8	6,0
Добне групе	18–19	19,2	19,7	97,3	92,7	80,9	9,5
	20–24	21,0	18,5	98,3	86,9	82,2	7,2
	25–29	19,4	18,4	97,5	88,5	83,65	6,9
	30–34	16,7	19,2	97,5	90,4	83,1	5,1
Имућно стање	Најсиромашнији	13,3	35,4	95,6	93,6	88,0	4,8
	Најимућнији	22,5	18,7	97,3	85,6	76,7	8,0

при вожњи ролера, а 66,3% при вожњи мотора. При томе, постоје видне разлике посматрано по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу и узрасту, као и имовинском стању.

Према подацима **табеле 8.** и одрасло становништво се ризично понаша у саобраћају. Тако 6,4% становника Србије не носи кацигу при вожњи мотора, а 31,9% при вожњи бицикла, 17% не веже појас у ауту, 18,8% прекорачује дозвољену брзину, 16,8% користи мобилни телефон у току вожње, а чак 7,4% вози под утицајем алкохола. Ова ризична понашања су израженија код градског становништва, мушкараца, младих, образованих и имућнијих становника.

Ризично се нарочито понашају становници између 18 и 34 године, па ћемо у **табели 9**. приказати ту категорију становника.

Из табеле 9. се види да кацигу при вожњи бицикла не користи 98,3%, а мотора 66,4%, док сувозач у 61,8% случајева. Кад је реч о вожњи мотора, заступљеније не користе кациге жене, имућнији и становници сеоских насеља.. Светла при вожњи бицикла ноћу не користи 57,8%, а трактора 21,9% становника Србије. Све ово показује високо ризично понашање становника узраста од 18 до 34 године.

Из података **табеле 10.** види се да висок проценат возача не користи појас, а још већи проценат сувозача. Под утицајем алкохола вози око 98% становника овог узраста, а прекорачује дозвољену брзину око 89%, док мобилни телефон користи у вожњи око 83% возача из ове категорије.

Закључак

Ризици по здравље у Србији су веома присутни, а само 5,7% школске деце не зна да су ти ризици присутни у месту живљења и школовања. Ризици су израженији у градским срединама, код млађе и имућније деце. Најизраженији ризици су били УВ зрачење и насиље.

Школска деца сматрају да због ризичног понашања могу да оболе од гојазности (7,1%), повреда (3,9%), те хипертензије, шећерне болести, циркулаторних и респираторних болести. То је различито изражено у зависности од типа насеља, пола, узраста и имовинског стања деце.

Одрасло становништво је изложеније ризику, а само 1,9% не зна да постоје ризици у њиховој околини. нарочито су изражени ризици УВ зрачења и насиље. Ризици су нарочито изражени при оболевању од циркулаторних и респираторних болести.

Ризици да због лошег понашања оболе од разних болести су различити по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, нивоу образовања и имовинском стању.

Одрасло становништво сматра да су најчешћи разлози оболевања погрешна исхрана, стрес и тешки услови живота. Савет о неопходности промена понашања дао је лекар, а становници прате и медијске информације у вези са здрављем (75,3%). Правилно мишљење о утицају ризико фактора на здравље има већи проценат становника градских насеља, млађе, образованије и имућније становништво.

У задној години ризично понашање је променило 38% становника, значајно различито по територијалним деловима Србије, типу насеља, полу, узрасту, образовању и имовинском стању. Разлози промене понашања су због болести (20,8%) и здравијег живота (13,3%).

Када је реч о ризичном понашању у саобраћају, оно је изражено како код школске деце, тако и код одраслих становника. То се нарочито односи на не коришћење кациге при вожни ролера, бицикла и мотора, затим на не коришћење појаса у вожњи, коришћење мобилног телефона у току вожње, вожње под утицајем алкохола, прекорачење брзине итд.

Литература

1. Тимотић Б. и сар.: Социјална медицина. Веларта, Београд, 2000.
2. Тимотић Б.: Увод у медицину, Elit medica, Београд, 2004.
3. Тимотић Б., Јањић М.: Примарна здравствена заштита. Elit medica, Београд, 2004.
4. Перуновић П. и сар.: Економскофинансијске могућности коришћења здравствене заштите становника Србије. Здравствена заштита, Београд, 2009; 38/2: 47–52.

Пушење и здравље

Г. Арсић Комљеновић[1], Ј. Кенић[2]

Smoking and Health

G. Arsić Komljenović, J. Kenić

Сажетак: *Квалитетно опште здравствено стање и здрав начин живота обезбеђују добру психофизиолошку кондицију и повећавају отпорност организма против свих штетних фактора. Једино у таквим околностима појединац може да буде у стању да без негативних последица по сопствено здравље води и друштвено користан живот. Поједине навике могу проузроковати и озбиљне проблеме по здравље. Једна од тих навика (до сада се сматрало навиком), јесте и уживање дуванског дима .*

Кључне речи: *никотин, пушење - уживање дуванског дима.*

Summary: *Healthy way of living and total well-being, provide adequate psycho-physical condition and enhance resistance of the organism against all harmful factors. This environment gives opportunity for living without any negative consequences for the health and social life. Certain habits can cause serious health problems. Smoking, previously considered as a habit, is one of the most important.*

Key words: *nicotin, smoking, health.*

Увод

„У пушењу има злобне неуљудности и дрске асоцијалности.“

Гете

Пушење се данас са сигурношћу сврстава у болести зависности. Фабрике дувана, производњу чувају као строгу тајну, али се са сигурношћу зна да у састав цигарета улазе супстанце које побољшавају арому, укус, а самим тим и повећавају степен зависности. Уживање у дуванском диму је болест зависности која је распрострањена до размера пандемије. Пуши се свуда у свету, на свим континентима, пуше сви узрасти од седам до седамдесет седам година. У свету је једна милијарда активних пушача.

Научно је потврђено да је никотин из цигарете једина супстанца која биохемијски у организму уживаоца дуванског дима изазива зависност везујући се у делу мозга за одговарајуће рецепторе. Као и свака болест зависности временом је потребна све већа доза (већи број цигарета, цигара или других производа - прерађевина од дувана), како би се постигао ефекат задовољства.

Средином и крајем двадесетог века број уживаоца дувана био је највећи у високо развијеним земљама Западне Европе. Ове су земље биле и највећи произвођачи дувана и прерађевина од дувана (цигара, цигарета и др). Данас су те земље највећи произвођачи, али се број зависника у тим земљама развијеног света значајно смањио. Наша земља се сврстава у свету у земље које имају висок проценат уживаоца дувана. Код нас око 40% опште популације су пушачи. Сваки други мушкарац и свака трећа жена су пушачи. Сваки други средњошколац је уживалац дувана. Свака трећа трудница.

1 Др сц. мед. Гордана Арсић Комљеновић, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић”

2 Мр сц. мед. др Јелена Кенић, Фармацеутска компанија „Richter Gedeon”

Табела 1: Приказ односа попушених цигарета и односа окси и карбокси хемоглобина и висине

Пушач до 15 до 20 цигарета у току 24 часа има стално	Карбокси хемоглобин	Оксихемоглобин	Висина у м
	4	93	1.800 –2.000

Дувански дим

Дувански дим састављен је од 4.000 састојака од којих ниједан нема позитиван ефекат на људски организам. Од свих састојака само је никотин тај који изазива зависност, сви остали састојци имају канцерогено и друга токсична дејства. У дуванском диму је десетак супстанци које су према класификацији Светске здравствене организације сврстане у канцерогене супстанце прве врсте.

Угљен-моноксид, као и све друге супстанце из дуванског дима, оштећује епител дисајних путева директно, а индиректно има лош ефекат на удаљене органе у организму. Пушач је баш због присуства угљен-моноксида у сталној хипоксији. Ко пуши има сопствену фабрику угљен-моноксида у џепу. Један грам дувана, за време пушења, развија 60 до 80 кубних сантиметара угљен-моноксида. Хроничну хипоксију организам пушача компензује повећањем масе еритроцита, што повећава вискозност крви. Хроничан пушач умереног степена, стално се налази у једном стању хипоксије.

У ствари, на површини Земље пушач као да је на одређеној висини. Налази се у висинским условима.

Код хроничног пушача уочена је појава повећања броја леукоцита. Токсичан ефекат пушења у односу на леукоците огледа се у смањењу неутрофила, смањењу нивоа имуноглобулина, умањењу ефекта лимфоцита, а посебно значајно супресивно дејство на имунорегулациону активност Т-ћелија и повећање фракције IgE, смањење дужине живота тромбоцита и повећање склоности ка агрегацији осталих крвних елемената. Никотин успорава метаболизам масти и снижава ниво HDL-холестерола и тако убрзава и потпомаже настанак артериосклерозе.

Инфламација дисајних путева је значајна карактеристика хроничних опструктивних болести плућа (HOBP). Један од система који је укључен у инфламаторном одговору дисајних путева на неку од нокси (дим цигарете), јесу и сензорни нерви. Хемијска, механичка или електрична стимулација сензорних нерава проузрокују хиперемију, екстравазацију плазме, повећање тонуса глатких мишића и хиперсекрецију у дисајним путевима, што је познато под именом неурогена инфламација.

У саставу дима могу се наћи и честице радиоактивног полонијума - 210, а о штетном дејству радиоактивних супстанци не би требало посебно говорити. Утврђено је да полонијума има четири пута више у плућима пушача него код непушача, док га у самом епителу дисајних путева има сто пута више. Сваки пушач ускрати себи 10 до 15 година живота; 95% оболелих од рака плућа су пушачи; 25% умрлих од болести срца и крвних судова су пушачи; 75% оболелих од хроничних опструктивних болести плућа – (HOBP) су пушачи; труднице које уживају у дуванском диму рађају децу мање телесне масе за 200 до 300 грама у просеку. Деца, која су у сталном контакту са дуванским димом (пасивни пушачи), јер су њихови родитељи активни пушачи, под већим су ризиком да оболе од хроничних опструктивних болести плућа (HOBP). Процењује се да годишње у свету умре четири милиона људи од болести које су повезане у свом настанку са фактором ризика уживања дувана и прерађевина од дувана.

Мере у борби против пушења

Све до сада изложене чињенице указују да је пушење веома сложен здравствени, социјални и економски проблем, и зато је борба против пушења веома тешка и сложена, али, као што искуство најбогтијих земаља показуј,е није изгубљена. Већина држава улаже озбиљне напоре у решавање овог проблема, како би смањила број зависника цигарета и других прерађевина од дувана. Здравствене мере у борби против пушења су прилично ограниченог утицаја, у поређењу са снагом мера које држава

предузима за стимулацију производње дувана. Доношењем закона о забрани рекламирања дувана, укључујући и спонзорисање спортских активности од стране дуванске индустрије; забрана или ограничење пушења на јавним местима; ограничење продаје цигарета малолетним лицима; контрола цене дувана; контрола шверца дувана; дозвољен садржај катрана, никотина и других састојака у прерађевинама од дувана; здравствена упозорења на кутијама у којима су паковане цигарете, цигаре и друге прерађевине од дувана; регулисање права непушачаи др., смањило је број активних уживаоца дуванског дима у нашој земљи у задњих пар година за пет процената.

Одлука о престанку пушења дувана требало би да буде заснована на жељи да се здравље сачува како би се у животу избегли бол, патња, инвалидност и прерана смрт. Тај мотив би морао бити пресудан за сваког разумног човека.

Главну одлуку о престанку пушења доноси сам појединац. Нажалост, највећи мотив који руководи појединца да остави дуван јесу бол и патња који се јављају када им се деси озбиљно оштећење здравља које угрожава живот.

Када пушач донесе одлуку о прекиду пушења, углавном постоје два начина да се она оствари. Самостална одлука о престанку пушења или уз помоћ стручњака. Скоро 40 одсто уживаоца дуванског дима безуспешно покушава да престане да пуши три или више пута у току свог пушачког периода. Подаци показују да прекид пушења без помоћи стручњака има слабу ефикасност, успешност максимално достиже до десет одсто, а обично је од три до седам одсто. Успешност фармакотерапијског метода далеко је већа и износи преко педесет одсто данас, а то су разни фармаколошки препарати преко којих се контролише количина никотина, или са плацебо ефектом: жвакаће гуме - никорете, фластери, инхалатори, муштикле, хипноза. Најуспешнији и најпознатији јесте лек зибан - антидепресив, његов ефекат на одвикавање од пушења откривен је као споредан при лечењу депресије, а показао се као добар лек и метод. Најуспешнији су групни третмани предвођени стручњацима и бившим пушачима.

У образовним институцијама, школама, на факултетима, у здравственим институцијама, свуда треба бити агресивнији у оглашавању порука које упозоравају на опасност дуванског дима и конзумирању цигарета и других прерађевина.

Закључак

Пушење цигарета и прерађевина од дувана представља фактор ризика за настанак кардиоваскуларних обољења, хроничних опструктивних болести плућа, карцинома плућа и карцинома других локализација. Пушење цигарета, прерађевина од дувана и дувански дим оштећују респираторне органе тихо, постепено, тако да су промене дуго времена локализоване у малим дисајним путевима и тек после дужег времена доводе до испољавања првих симптома (кашља и искашљавања).

Пушач цигарета је у већем степену ризика да оболи од акутних и хроничних респираторних инфекција горњих и доњих дисајних путева, због познатог штетног дејства дуванског дима на епител респираторне слузокоже. Учесталост оболевања доводи до губитка радних дана, што повлачи за собом и смањену ефикасност и продуктивност у раду.

Пушач цигарета и прерађевина од дувана у већем је степену ризика да оболи од кардиоваскуларних обољења, од непушача, због добро познатог штетног дејства дуванског дима на срце и крвне судове.

Пушач цигарета је у већем степену ризика да оболи од карцинома плућа и других локализација (карцинома усне дупље, једњака, желуца итд.)

Толерантност на одређену концентрацију карбикси-хемоглобина у крви, која је директно пропорционална броју попушених цигарета у току дана, представља опасност, јер ова толерантност доводи пушача цигарета у стање хроничне хипоксије ткива, чије су последице добро познате.

Задатак лекара и здравствених радника требало би да буде да рационално и стручно, методом здравственог просвећивања, укажу на штетност пушења цигарета и прерађевина од

дувана на здравље. На овај начин би требало да утиче на њихову одлуку о престанку пушења цигарета и прерађевина од цигарета.

Пушење дувана и прерађевина од дувана треба прогласити актом некултуре и тако се односити према њему. Пушење треба забранити у свим просторијама где заједно бораве и раде непушачи цигарета и пушачи цигарета. Добро је познат штетан ефекат дуванског дима на организам непушача, који мимо своје воље у таквим условима постају пасивни пушачи.

Литература

1. Glisinger L: Медицинска енциклопедија. Свеска бр. осам, Загреб, 1963; 411–417.
2. Targets for health for all. Word Health Organization 1985, Second impresion, 1986; pp 66–67.
3. Heningfield pathophysiology of tobacco dependance. Fresceedings of the smoking, lessation londensus meeting**,** 1992; shester 4–6.
4. Радовановић В.Д.: Пушење, животна средина и здравље. Београд, 1996.
5. Симић Д.: Неуропсихијатријски аспекти пушења са посебним освртом на репродукцију. Нови Сад, 1989; стр. 33–37.
6. Gilern R. и сарадници**:** Ревија за пулмологију и туберкулозу, „Састојци дуванског дима“. 1972; 36 (2): 187–208.
7. Robinson J.C, Ferbs V.F.: Улога угљен-моноксида из дуванског дима. Архив за здраву животну средину, 1975; 30: 425–434.
8. Ракетић-Савић .J: Нова сазнања о канцерогенима у дуванском диму. Нови Сад, 1989; стр. 38–45.
9. Правилник о нормама имисије. Службени гласник Р. Србије 54/92.
10. WHO**:** Национални програми контроле рака. Женева, 1995; стр. 39.
11. Чолаковић Божидар: Социјална медицина. Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Приштина, 1983; стр. 230–234.
12. Ђокић Д. Томислав: Acta Biologica et medicine experimentalis, 1993; Volume 18 NB 1-2: P(13–25).
13. Institute of Clinical Physiology and Biomedical Investigation: Cell to Cell Interation in Airways, The Role of Neurogenic Inflamation. Faenky of Medicine, University of Pristina, Yugoslavia.
14. Finkelstein R, Fraser R, Ghesro H, Casio M: Alveolar inflamation and its relation to emphysema smokers. Respiratory Division Royal Victoria Hospital, Montreal, Qucbec, Canada, Am-J-Respir_Crit-Care-Med 1995; Nov. 125(5-P-l): 1666–72.
15. Hogg J, Wright J, Wiggs B, Coxson H, Saez A, Pare P: Lung structure and function in cigarette smokers. UBC Pulmonari Research Laboratory, St. Pauls Hospital, Vancouver, Canada, Torax, 1994; May 49(5): 473-6. and N-Engel-J-Med.1994; Jul. 2828: 331(4): 228–33.
16. Ganong AW: Преглед медицинске физиологије. Савремена администрација, Београд, 1975; 520–521.
17. Арсић-Комљеновић Г: Утицај позитивног Gz убрзања на неуроендокрини и имунски одговор. Докторска дисертација, ВМА, Београд, 2007**.**
18. Sommese T, Patterson JC: Acute effects of cigarette smoking withdrawal. A Review of the literature, Aviat. Space Env. Med. 1995; 66:164–7.
19. Yoneda I, Watanabe Y: Comparisons of altitude tolerance and hypoxia symptoms between nonsmokers and habitual smokers. Aviat Space Med. 1997; 68: 807–11.

Значај стоматолошке превентиве

Х. Анђелски[1], М. Шегвић[2]

The Importance of Dental Prevention

H. Andjelski, M. Shegvic

Сажетак: *Најефикаснији метод у спречавању и ограничавању обољења и оштећења оро-денталних структура јесу превентивне мере. Стоматолошка превентива је и најрационалнији и најекономичнији вид заштите. Превентивне мере у стоматологији нису у довољној мери примењене у пракси. Истраживањима је утврђено да је каријесом дестуирано преко 60% зуба код особа старости око 20 година, и да је било преко 93% кариозних зуба код особа старости око 40 година, које су радиле у шећеранама. Ризик професионалних болести уста и зуба се не сме потценити. Уста и зуби су, поред манифестације примарних обољења, често структуре на којима се манифестују опште интоксикације организма. У епидемиологији патологије оро-денталних структура утврђене су и озбиљне економске реперкусије, како на појединца, тако и на привреду и здравствено осигурање. Средства и методи едукације врло су разноврсни, усавршени у техничком и дидактичком погледу и бројнији него раније. На јасан, једноставан начин треба информисати што већи број људи да је хигијена уста и зуба најједноставнији, најекономичнији и врло ефикасан начин да се спрече обољења зуба и уста. Едукативни процес треба, поред теоријске, вербалне компоненте, да садржи и инстументалну компоненту, односно практичну демонстрацију средстава и техника оро-денталне хигијене.*

Кључне речи: *стоматологија, превентива, здравствено васпитање.*

Summary: *The most effective method for obstruction and restriction of illnesses and injuries in orodental structures is prevention. Dental prevention is the most rational and the most economic way of protection. Peventive steps in dentistry are not applied enough in practice. Investigations show that caries destroys over 60 % teeth of persons having about 20 years, and over 93 % teeth of persons with 40 years, that worked in sugar rafinery. The risk of professional diseases of mouth and teeth mustn't be pushed back. Mouth and teeth, beside manifestations of the primary disease, often are structures of manifestation of general intoxication of organism. In epidemiology of orodental pathology serious economic consequences are established, both on individual and on economy and health insurance. Means and methods of education are very heterogeneous, improved in technical and didactic manner, and more numerous than before. The most numerous as possible number of people has to be informed in clear and simple way, that hygiene of mouth and teeth is the most simple, economic and effective way for prevention of mouth and teeth diseases. The education process should, beside theoretic, verbal component, contain also instrumental component, that is practical demonstration of instruments and technics of orodental hygiene.*

Key words: *dentistry, prevention, health education.*

1 Доц. др Христо Анђелски, Градски завод за јавно здравље, Београд

2 Мирко Шегвић, Градски завод за јавно здравље, Београд

Увод

Превентивне мере у стоматологији, које су адекватно аплициране, представљају најефикаснији метод у спречавању и ограничавању обољења и оштећења оро-денталних структура код појединих група становништва. Стоматолошка превентива јесте, уједно, и најрационалнији и најекономичнији вид заштите. Упркос томе, превентивне мере у стоматологији нису у довољној мери примењене у пракси. Тако је код неких популационих група – професија (радници у шећеранама), истраживањима утврђено преко 60% каријесом дестуираних зуба код особа старости око 20 година, и чак 93,3% кариозних зуба код особа старости око 40 година. Код посластичара је овај проценат достизао до 100%. Код неких професија (типографи), и поред примењених мера заштите на раду, утврђене су у 49% особа врло озбиљне патолошке промене на мукози усана и гингиви. Код радника који раде са оловом ове промене су утврђене са још већом учесталошћу. Значај ових показатеља није само у епидемиологији патологије оро-денталних структура, већ и у озбиљним економским реперкусијама, како на појединца, тако и на привреду и здравствено осигурање.

Фактори ризика

Уста и зуби, према анатомској локализацији, представљају најчешће отворен пут за велики број штетних агенса, физичке, хемијске и биолошке природе. Њихова физиолошка улога јесте у процесима исхране, фонетике, мастикације и дисања. Влажност овог амбијента и повољна температура стварају изванредно погодне еколошке услове за фаворизовање мултипликције и вируленције микробне флоре. Класичне професионалне болести које су последица интоксикације оловом, фосфором, живом и слично, данас су знатно редуциране. Међутим, огроман је арсенал нових материја које често још недовољно испитане улазе у производњу.

Механизам деловања појединих штетних материја зависи од путева апсорпције, њихове дистрибуције у организму, метаболизму и екскреције. Поједине материје имају посебно изражен афинитет за одређена ткива, што је доказано путем циљаних истраживања. Испитивањем радника исте професије, исте стросне групе, једнаког радног стажа и истог здравственог стања, доказано је да стање хигијене уста и зуба директно утиче како на фаворизовање саме појаве обољења, тако и на потенцирање клиничких манифестација, форме и тока професионалних обољења. Ово је посебно значајно са аспекта стоматолошке превентиве.

Уста и зуби, поред поред манифестације примарних обољења, често су структуре на којима се манифестују опште интоксикације организма. Неретко то представља и први алармантни сигнал, што је значајно са превентивног аспекта у области професионалне стоматологије.

Ризик професионалних болести уста и зуба не сме се потценити. Колико год су савремени технолошки процеси, заштитне мере и средства, допринели да се смањи број професионалних обољења, толико, према резултатима спроведених истраживања, стоји да класични ризици од професионалних обољења још перзистирају и значајно су потенцирани. У бројним технолошким процесима, и још бројнијим и све новијим материјалима који се свакодневно укључују у производне процесе, присутна је потенцијална опасност од постојања токсичних материја. Отров, којег није увек једноставно идентификовати, те радници експонирани током рада хроничном дејству отрова, који можда делује споро, али делује константно, може касно да манифестује своје дејство. Поједини истраживачи указују на опасност коју у професионално патолошком смислу носе пластичне масе, начин конзервирања хране ниским температурама, примена јонизујућих зрачења итд.

Превентивно деловање

Полазећи од индикатора многих истраживања, који недвосмислено указују на озбиљност проблематике болести уста и зуба, посебно у професионалној сфери, и аргумената који истичу директну међузависност учесталости, интен-

зитета и форми патолошких промена и хигијене оро-денталних структура, превентивно деловање у стоматолошкој заштити становништва истиче се као императив. У оквиру превентивног деловања значајно је, поред коректне и ригорозне примене хигијенских мера, вршити перманентну контролу стања зуба и уста, са посебним акцентом на ризичне групе.

Најекономичнија и истовремено најефикаснија форма превентивног деловања јесте здравствено-васпитни рад. Средства и методи едукације врло су разноврсни, усавршени у техничком и дидактичком погледу и бројнији него раније. На јасан, једноставан начин треба информисати што већи број људи да је хигијена уста и зуба најједноставнији, најекономичнији и врло ефикасан начин да се спрече обољења зуба и уста, која су не само непријатна, болна, често дуготрајна и захтевају одсуствовање са посла, него могу резултирати компликацијама које могу угрозити опште здравствено стање организма.

Едукативни процес треба, поред теоријске, вербалне компоненте, да садржи и инстументалну компоненту, односно практичну демонстрацију средстава и техника оро-денталне хигијене. Показало се веома корисним и ефикасним користити негативне примере, којих увек има, нажалост, у изобиљу, а који делују импресивно, мотивишу позитивно у смислу прихватања хигијенских мера. Изванредне ефекте дала је идеја да се у самом радном амбијенту опреме мале просторије чија би искључива намена била колективна примена мера хигијене уста и зуба.

Веома је корисно навести пример аутомобилске индустрије „Форд“ која је, схвативши значај професионалних обољења уста и зуба, као и непрофесионалних и економских реперкусија због њих, увела стоматолошку службу у оквиру саме фабрике.

Циљеви који су постављени пред ову службу били су:

- стоматолошки преглед радника при пријему на рад, уз строгу селекцију стања зуба и уста, посебно радника који су експонирани штетним ноксама.
- периодични контролни прегледи свих радника, са учесталијим контролама ризичних група.
- обавезна примена превентивних норми, њихово усавршавање, контрола радних места и радног амбијента, примена заштитних мера и средстава.
- здравствено-васпитни рад у погледу коректне и ригорозне примене мера оро-денталне хигијене.
- обезбеђивање стручне помоћи при повредама на раду.
- унапређивање свих видова стоматолошке заштите, независно од етиологије (професионалне или непрофесионалне), почевши од мера секундарне превентиве до рехабилитације.

Закључак

Стоматолошка превентива је најефикаснији, најрационалнији и најекономичнији вид заштите. Упркос томе, превентивне мере у стоматологији нису у довољној мери примењене у пракси. Последице патологије оро-денталних структура односе се и на озбиљне економске реперкусије, како на појединца, тако и на привреду и здравствено осигурање. У оквиру превентивног деловања значајна су здравствено-васпитна средства и методи едукације, који су врло разноврсни, усавршени у техничком и дидактичком погледу и бројнији него раније. На јасан, једноставан начин треба информисати што већи број људи да је хигијена уста и зуба најједноставнији, најекономичнији и врло ефикасан начин да се спрече обољења зуба и уста. Едукативни процес треба, поред теоријске, вербалне компоненте, да садржи и инстументалну компоненту, односно практичну демонстрацију средстава и техника оро-денталне хигијене.

Литература

1. Rosen BJ: Mass media – effectiveness in education for dental health. J Publ Dent, 1976; 26.
2. Dunning JM: Principles of dental public health. Harward University Press, 1976.
3. Fredericks MA, Lobene RR, Mundy P: Dental care in Society. Publischers Jefferson, North Carolina, 1980.
4. Јањанин М., Димитријевић Д., Довијанић П., Јојић М.: Основи здравствене статистике. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003.

Најчешће коришћени безнзодиазепини у примарној здравственој заштити

И. Здравковић[1]

The Most Commonly Used Benzodiazepines in Primary Health Care

I. Zdravković

Сажетак: *Бензодиазепини су међу најчешће прописиванијим лековима на нивоу примарне здравствене заштите. Узрок овоме јесте све већа инциденца анксиозних и анксиодепресивних поремећаја у модерном друштву, који се примарно лече управо седативима из групе бензодиазепина. Избор бензодиазепина у терапији анксиозних поремећаја условљен је расположивошћу лека на тржишту, препорукама лекара, брзином и дужином дејства, специфичним навикама и дисциплином пацијента, и, веома битно, ценом лека. Циљ овог рада јесте да испита који су бензодиазепини регистровани на домаћем тржишту најчешћи избор пацијената и лекара у лечењу анксиозних поремећаја, као и да ли постоје разлике у избору бензодиазепина зависне од пола или старости. На посматраној групи од 128 пацијената који користе бензодиазепине током најмање две године уочено је да је најчешће употребљаван бензодиазепин бромазепам (око 40%), док је на другом месту алпразолам (25%). У групи млађих пацијената заступљеност бромазепама и алпразолама је иста. Мушкарци се ређе опредељују за неки трећи бензодиазепин (само око 28%), док жене чешће користе клоназепам, лоразепам, диазепам итд. (око 41%). Занимљиво је и да је диазепам, раније „најпопуларнији“ бензодиазепин код нас, сада коришћен тек од око 13% пацијената. Употреба бензодиазепина у дуготрајном лечењу анксиозних поремећаја огра-*

Summary: *Benzodiazepines are among the most frequently prescribed drugs in primary health care. Reason for this is increased incidence of anxious and anxyo-depressive disorders in modern society, which are primarily treated with sedatives from class of benzodiazepines. Choice of benzodiazepine for treatment of anxiety disorders is limited by drug's availability on the market, recommendations from therapist, speed and length of pharmacological effects, specific habits and discipline of the patient, and, the most important, the price of the medication. Aim of this study is to explore which of the benzodiazepines registered on domestic market are the most commonly used by physicians and patients in treatment of anxiety disorders, and to explore if there are differences in benzodiazepine choice related to gender and age of the patients. Observed group of 128 patients who are using benzodiazepines over last two years showed that the most commonly used benzodiazepine is bromazepam (near 40%), while alprazolam is on the second place (25%). Usage of aplrazolam and bromazepam is equal among younger patients. Men rarely use any third benzodiazepine (only 28%), while women use clonazepam, lorazepam, diazepam and other benzodiazepines more often (near 41%). It is interesting that diazepam, formerly "the most popular" benzodiazepine in our country, is now used only by 13% of patients. Benzodiazepine use in long-term treatment of anxiety disorders is limited to narrow palette of*

1 Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Железничка здравствена станица Пожаревац.

ничена је на уску палету проверених лекова који се могу добити на рецепт и чија је цена релативно мала.

Кључне речи: *бензодиазепини, анксиозност.*

well-known relatively low-cost drugs, which are prescribed on recipes (covered by the mandatory health insurance).

Key words: *benzodiazepins, anxiety.*

Увод

Бензодиазепини се у медицини појављују средином 1930-их година, али се у редовну клиничку праксу укључују тек 1957. године, када је на светском тржишту први пут регистрован Librium (хлордиазепоксид). Од средине 1980-их, ови лекови постају међу најчешће преписиваним лековима у САД[5] и тада почињу студије злоупотребе бензодиазепина, који се користе у лечењу не само анксиозних поремећаја, већ и за брзу седацију код психозних пацијената[6], затим као лекови за инсомнију, лекови у преоперативној припреми, миорелаксанси, антиконвулзиви, лекови у лечењу алкохолизма итд.

Бензодиазепини појачавају дејство инхибиторног неуротрансмитера ГАБА (гама-аминобутерна киселина). Постоје две групе бензодиазепинских рецептора и ЦНС-у: једни су првенствено заслужни за бензодиазепинско анксиолитичко дејство, док други имају улогу у седативном ефекту[1]. Бензодиазепини се деле према полуживоту у три групе. Са дугим дејством су они који имају полуживот и преко четрдесет сати, код нас су регистровани и најчешће у употреби диазепам (Bensedin) и празепам (Demetrin). Средње дуго дејство, односно полуживот од осам до четрдесет сати имају следећи на нашем тржишту присути и често употребљавани лекови: алпразолам (Ksalol, Xanax), бромазепам (Bromazepam, Lexillium), клоназепам (Rivotril), лоразепам, нитразепам (Nipam), тетразепам (Myolastan). Међу краткоделујућим бензодиазепинима (полуживот један до осам сати) код нас су најчешће у употреби мидазолам (Flormidal) и золдипем (Sanval, Stilnox).

Опредељивање пацијената за одређену врсту бензодиазепина условљено је са неколико битних фактора: расположивост лека на тржишту, препорука лекара, брзина и дужина дејства, специфичне навике и дисциплина пацијента, и, веома битно, цена лека. У релативно малој лепези бензодиазепина расположивих на домаћем тржишту, апсолутни примат у одабиру лека, како од стране лекара, тако и од стране пацијената, имају лекови који су на такозваној позитивној листи Републичког завода за здравствено осигурање. У оквиру ових лекова пацијенти често (у договору са лекаром) покушавају да „нађу“ лек који ће код њих постићи најбољи терапијски ефекат.

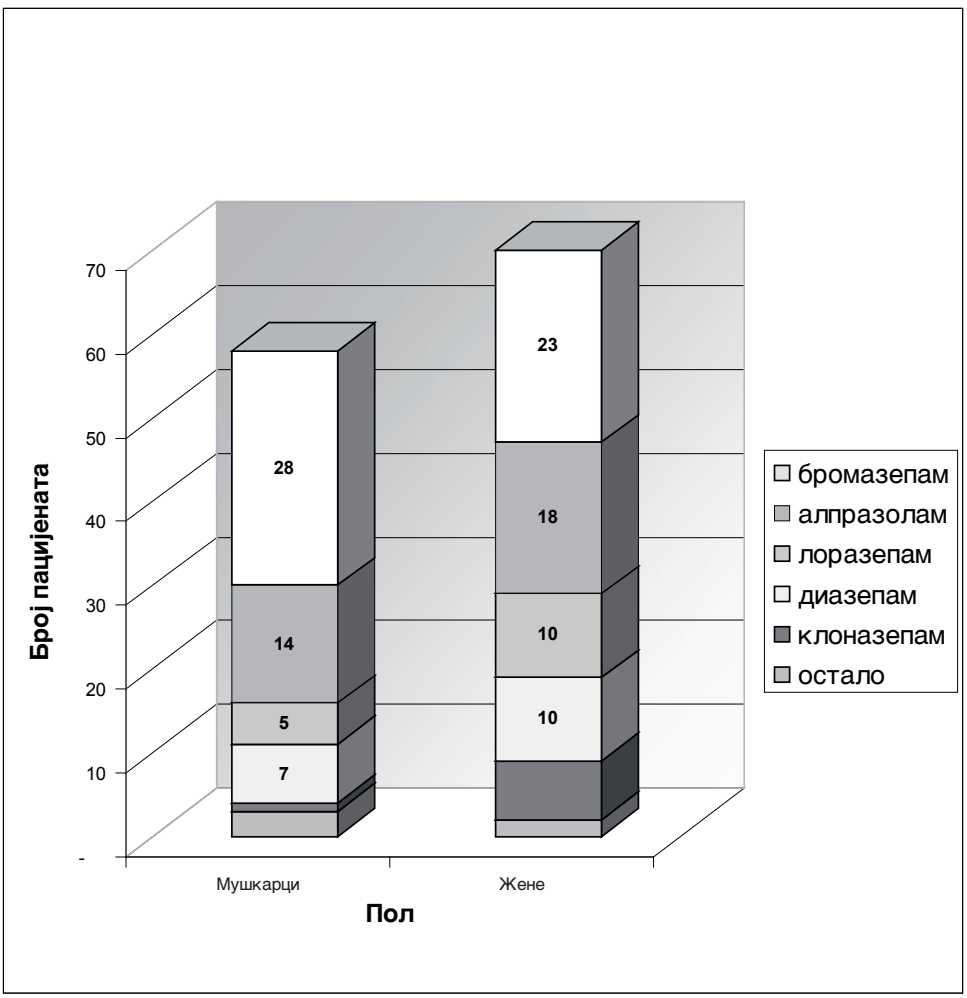
На жалост, није реткост да се бензодиазепини прописују неселективно, без обраћања пажње на дужину полуживота лека, а често и субдозирано, тако да се не постижу очекивани ефекти. Такође, бензодиазепини се често погрешно употребљавају за „лечење“ поремећаја који у својој природи имају пре свега депресивну компоненту, и који се лече ефикасно селективним инхибиторима преузимања серотонина. Постоји велики број пацијената који бензодиазепинима само „санира последице“ болести, привремено и недовољно умањује симптоме, али не лечи узрочно своје болести, односно избегава лекове из других фармакокинетичких група. Код таквих пацијената се бенздиазепини често од „штаке“ претварају у „трајну протезу“. Последично, дешава се веома често да пацијени сами, или према савету лекара, прелазе са једног на други бензодиазепин, у очекивању да ће себи овом променом редуковати основне тегобе и поправити квалитет живота.

Циљ овог рада јесте да испита који су бензодиазепини регистровани на домаћем тржишту најчешћи избор пацијената и лекара у лечењу анксиозних поремећаја. Такође, овај рад покушава да одговори на питање да ли постоје разлике у опредељивању пацијената са истим или сличним психичким поремећајима да се лече одређеном врстом бензодиазепина зависне од пола или старости.

Метода

Међу 805 здравствених картона пацијената Железничке здравствене станице Пожаревац којима сам изабрани лекар, издвојио сам оне пацијенте који имају сродне дијагнозе: неуротичне, стресне и соматоформне поремећаје (дијагнозе према Међународној класификацији болести од Ф40 до Ф48, пре свега Ф41.1 – генерализовани анксиозни поремећај, Ф42.2 – мешани анксиозно-депресивни поремећај, Ф40.0 – панични поремећај, Ф43.1 – посттрауматски стресни поремећај, и Ф45 – соматоформни поремећај). Међу овим пацијентима накнадно сам издвојио оне пацијенте који редовно користе бензодиазепине током последње две године, према евиденцији прописивања лекова у здравственим картонима. Коначно, према последњем критеријуму за избор пацијената тражио сам оне пацијенте који су променили (по сопственом нахођењу, на мој предлог или на предлог психијатра) најмање два бензодиазепина у току посматраног периода. На основу ових критеријума пронашао сам 128 пацијената који имају наведене дијагнозе, континуирано користе неки бензодиазепин и пре тога су терапију започели са бар једним другим безодиазепином који им није одговарао

Графикон 1: Учешће појединих бензодиазепина у лечењу хроничних анксиозних поремећаја - расподела према полу

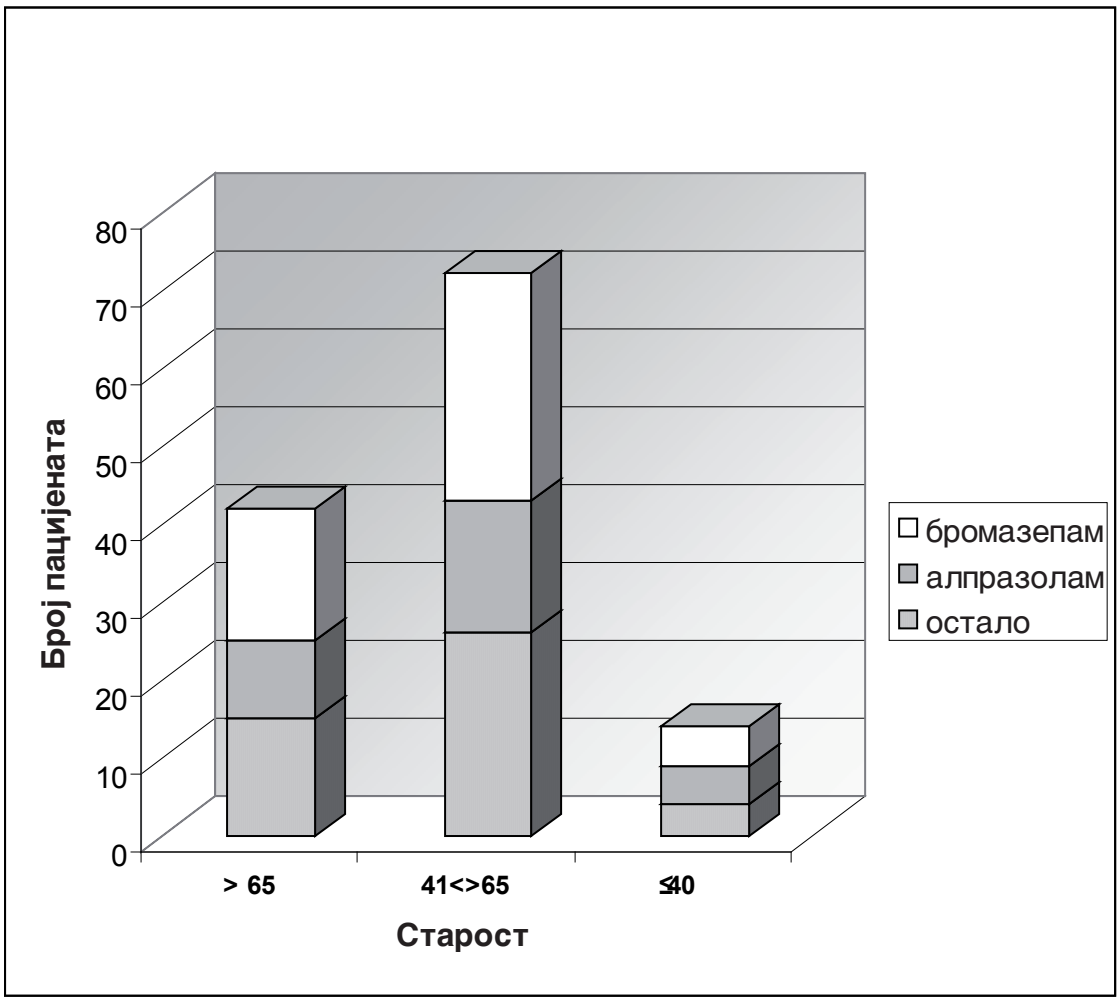


(није постигнут терапијски ефекат или су постојали нежељени ефекти). Направљен је статистички преглед употребе појединих врста бензодиазепина према полу и старости пацијената.

Резултати

Укупан број пацијената који одговарају улазним критеријумима је 128, што чини скоро 16 одсто свих пацијената. Просечна старосна доб свих евидентираних пацијената је 57,9 година, од тога просечна старост мушкараца је 54,8 година, а жена 60,4 године. Полна дистрибуција је 58 пацијената мушког пола (45,3 одсто) и 70 пацијенткиња (54,7 одсто). Бромазепам користи 51 пацијент (око 40 одсто), алпразолам (Ksalol) користе 32 пацијента (25 одсто), диазепам користи укупно 17 пацијената (око 13 одсто), лоразепам користи 15 пацијената (око 12 одсто), клоназепам (Rivotril) користи осам пацијената (око шест одсто), тетразепам користе четири пацијента (око три одсто), а само једна пацијенткиња користи празепам (Demetrin). Међу 58 мушкараца њих 28 корите бромазепам (око 48 одсто), 14 алпразолам (око 24 одсто), а осталих 16 користе диазепам, лоразепам, тетразепам и клоназепам (око 28 одсто). Од 70 пацијенткиња њих 23

Графикон 2: Учешће појединих бензодиазепина у лечењу хроничних анксиозних поремећаја – расподела према старости



користе бромазепам (око 33 одсто), 18 користе алпразолам (око 26 одсто), 10 користе лоразепам (око 14 одсто), 10 користе диазепам (око 14 одсто), седам користе клоназепам (10 одсто), а остале две пацијенткиње користе тетразепам и празепам (око три одсто).

Међу 128 пацијената њих 42 је старо преко 65 година (око 33 одсто), и у тој групи највише је оних пацијената који користе бромазепам, њих 17 (око 40 одсто). Пацијената старости од 41 до 65 година било је 72 (око 56 одсто). Међу њима најчешће употребљаван бензодиазепин је бромазепам, код 29 пацијента (око 40 одсто). Само 14 пацијената били су старости 40 година или млађи (око 11 одсто), при чему по пет њих користи бромазепам и алпразолам.

Дискусија

Од укупно 805 пацијената које лечим, њих 128 континуирано употребљава бензодиазепине према индикацијама постављеним од стране психијатра, интернисте или изабраног лекара опште медицине, а за болести из групе анксиозних, стресних и соматоформних поремећаја. С обзиром на то да се у Железничкој здравственој станици Пожаревац лече адултни пацијенти свих узраста, број од 128 пацијената лечених бензодиазепинима међу укупно 805 регистрованих пацијената (16 одсто) приближно одговара статистикама наведеним у другим студијама[2, 4]. Међу овим пацијентима има око десет одсто више жена (70:58). Поједине стране студије наводе да је број жена које користе безодиазепине и два пута већи него број мушкараца[2], али то код нас није случај.

Око једне трећине пацијената који хронично користе бензодиазепине чине пацијенти старости преко 65 година, што се поклапа и са структуром регистрованих пацијената. Само око 11 одсто пацијената који су на хроничној бензодиазепинској терапији старо је 40 година или мање. И ово се поклапа са наводима сличних студија[2].

Најчешће коришћен бензодиазепин је бромазепам (око 40 осто свих пацијената), са нешто већом „популарношћу“ код мушкараца (48 одсто) него код жена (33 одсто). На другом месту је алпразолам, кога користи око 24 одсто мушкараца и око 26 одсто жена. Ови резултати одступају од извора и студија из САД-а и Велике Британије[1, 2]. У западним земљама најчешће употребљавани су алпразолам и бензодиазепини дугог дејства. Међу млађим пацијентима обухваћеним овом студијом алпразолам и бромазепам су подједнако употребљавани. Само 17 пацијената (око 13 одсто) редовно користи диазепам, који је раније био „најпопуларнији“ бензодиазепин на домаћем тржишту.

Из добијених резултата наслућује се и да се пацијенткиње чешће одлучују за друге бензодиазепине (око 41 одсто), док се код мушкараца мањи број пацијената (око 28 одсто) одлучује за алтренативе бромазепаму и алпразоламу.

Закључак

Пацијенти који су током последње две године лечени бензодиазепинима и променили су најмање два бензодиазепина, тренутно најчешће користе бромазепам. Међу млађим пацијентима на дуготрајној терапији бензодиазепинима бромазепам и алпразолам су подјенако коришћени. Код жена се чешће у терапији налазе и други бензодиазепини, као што су лоразепам, клоназепам, диазепам. Раније у нашој земљи најчешће коришћен бензодиазепин, диазепам, сада узима само око 13 одсто пацијената са хроничним анксиозним поремећајима. Пацијенти се јако ретко опредељују за употребу бензодиазепина који се не могу добити на рецепт са Позитивне листе Републичког завода за здравствено осигурање.

Литература

1. CESAR, Center for Substance Abuse Research, *Bezodiazepines*, University of Merryland, USA 2009, http://www.cesar.umd.edu
2. Jussara Mendonça Alvarenga; Antônio Ignácio de Loyola Filho; Josélia Oliveira Araújo Firmo; Maria Fernanda Lima Costa; Elizabeth Uchoa, *Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS),* Brazil 2007, http://www.scielo.br/
3. M Kirby, A Denihan, I Bruce, A Radic, D Coakley, B A Lawlor, *Benzodiazepine use among the elderly in the community,* Mercer's Institute for Research on Ageing, St. James's Hospital, Dublin, Ireland 2009, Int, Journal for Geriatric Psychiatry, http://lib.bioinfo.pl
4. Rojas-Fernandez CH, Carver D, Tonks R., *Population trends in the prevalence of benzodiazepine use in the older population of Nova Scotia: A cause for concern?,* Texas Tech University Health Sciences Center, School of Pharmacy, Amarillo 79106-1712, USA 1999, http://www.ncbi.nlm.nih.gov
5. Scott J., *Xanax is the Most Popular Benzodiazepine in the US*, USA 2008, http://www.articlesbase.com/mental-health-articles
6. Simpson D., Anderson I, *Rapid tranquillisation: a questionnaire survey of practice*, Psychiatric Bulletin, Great Britain 2009, http://pb.rcpsych.org/
7. Здравковић И.: *Приручник за лекаре опште медицине*. ИП Обележја, Београд, 2009.

Рационална примена антибиотика

Д. Ђурићић[1]

Rational Using of Antibiotics

D. Đurićić

Сажетак: *Потрошња лекова у нашој земљи, упркос економским приликама, стално расте.*

У раду се упозорава на рационалну потрошњу лекова, нарочито оних за лечење инфекција.

Антимикробно лечење још је увек неадекватно и нерационално, а последице су појава резистенције и пораст цене таквог лечења. Лек избора је онај који поуздано делује на изолованог узрочника, уског је спектра, ниске токсичности и прихватљиве цене. Нагласак је на искуственом лечењу које се често проводи у нашој клиничкој пракси, како у амбулантама опште медицине, тако и у стационарним здравствевним установама.

Кључне речи: *рационалност, употреба антибиотика.*

Summary: *The use of medications in our country, in spite of the economic situaition, is constantly growing. This article, therefore, accentuates the rationality in prescribing druga and not the restriction of their use, specially regarding drugs for treating infectious diseases.*

Antimicrobial treatment is still indequate and irrational, and the consencquences are resistance and expensiveneses. The medication of choice is the one reliably treating an isoalted agent, having a narrow spectrum, low toxicity and accetable price. The accent is on experirienced procedure often carried out in our linical practice, both in the general practiciners offices and inpatient institutions.

Key words: *rationality, using antibiotics.*

Увод

Последњих неколико година, упркос тешкој финансијској ситуацији у нашој земљи, потрошња лекова стално расте. Непрестано се одобравају нови лекови са малим предностима, фармакокинетским и фармакодинамским, али уз знатно више цене, на шта ми можемо мало да утичемо. Премда стално наглашавамо рационалност потрошње, а не рестрикцију употребе лекова, значајни резултати још нису постигнути. Рациналност се посебно односи на антибиотску терапију која је још увек неадекватна и нерационална, из чега произилазе проблеми као што су резстенција и висока цена лечења.

Лечење антибиотицима

Постоје три типа лечења антибиотицима:

1. *Циљана антибиотска терапија* – оптимална је, али често недоступна. Подразумева постављање етиолошке дијагнозе (изолацију узрочника и антибиограм), односно примену лека избора. Лек избора је онај који поуздано делује на изолованог узрочника, уског је спектра, ниске токсичности, прихватљиве цене.

2. *Емпиријска антибиотска терапија* – почиње у тешким инфекцијама као што су сепсе, апсцеси, нозокомијална пнеумонија. Одабир лека се врши на основу претпостављеног уз-

1 Прим. др Даница Ђурићић, спец. опште медицине, Дом здравља Савски Венац

рочника, клиничког искуства, те на основу локалних прилика и осетљивости, а често се примењује више антибиотика, истовремено. Емпиријску терапију настављамо ако је клинички одговор добар, односно док се не постави етиолошка дијагноза.

3. *Профилактичка примена антибиотика* – проводи се у сврху спречавања настанка бактеријске инфекције. Ако је усмерена на једног узрочника, може бити делотворна дуже време, а ако постоји више узрочника, делотворност је краткотрајна.

Проблеми антибиотске терапије

Пробелме који се јављају током антибитског лечења можемо поделити на[1] оне за које су одговорни сами антибиотици[2], на оне за које су одговорни људи[3] и на оне за које су одговорни сами микроорганизми.

Сваки терапијски захват, па тако и лечење антибиотицима, захтева солидну дијагностичку подлогу да би био рационалан и делотворан.

Дијагностичко-терапијска процедура требало би да иде следећим редом:

1. Постављање клиничке дијагнозе бактеријске инефекције (физикални преглед уз помоћ лабораторијских налаза крви и урина, те рендгенских прегледа).
2. Преглед препарата биолошког узорка по Грамму.
3. По могућству изолација узрочника.
4. Одређивање осетљивости клица на антибиотик.
5. Избор најделотворнијег и најмање токсичног лека.
6. Одређивање дозе, начина примене и трајања лечења.
7. Индиковање додатних мера (нпр. хируршки захват).
8. Клиничка и лабораторијска контрола учинака терапије.

Овакав поступак често не можемо спровести из објективних разлога.

Нерационална терапија је штетна јер:

а. не постиже клинички успех који би се могао постићи рационалном применом;
б. непотребна сензибилизација пацијената према антибиотику;
ц. селектује резистентне клице;
д. ствара неповерење према антимикробној терапији.

Проблеми антибиотске терапије су:

А. везани за антибиотике,
   - превелика и неадекватна потрошња,
   - неделотворност,
   - дуга или кратка употреба.

Б. везани за микроорганизме,
   - вируленција (степен патогености, нејасан развој микроба),
   - резистенција (настајање сојева бактерија отпорних на постојеће антибиотике, пораст различитих врста резистенције).

Д. везани за људски фактор,
   - промена начина живота,
   - брза промена места становања,
   - велики број старе популације,
   - пренасељеност и сиромаштво,
   - целодневни организовани боравци на малом простору.

Најчешће грешке у примени антибиотика су:

1. Давање антибитика при сваком повишењу температуре.
2. Избор недетворног антибиотика, дозирања и начина примене.
3. Наставак лечења код појаве тешких нус појава, суперинфекције и резистенције.
4. Профилактичка примена у болестима изазваним узрочницима на које антибиотик не делује.
5. Давање погрешних комбинација антибиотика.
6. Превенција бактеријских компликација код вирусних инфекција.
7. Одлагање хируршке интервенције.
8. Одабир антибиотика на основу криве интерпретације бактериолоског налаза и антибиограма.

Ово се првенствено односи на хемопрофилаксу. Што се профилаксе тиче, морамо себи поставити питање: када ћемо је применити, зашто ћемо је применити и колико дуго?

Морамо запамтити да:

- антибиотик није антипиретик,
- антибиотик није аналгетик.

Неприкладна примена може довести до:
а. поскупљења здравствене заштите,
б. нуспојава и интеракција,
ц. стварања резистенције,
д. неповерења у лекове и лекаре.

Избор антимикробног средства

Разумна примена антибитика зависи од:
1. Разумевања механизма деловања.
2. Фармекокинетике и фармакодинамике.
3. Токсичности
4. Интеракција и нуспојава.
5. Тестова осетљивости in vitro.
6. Резистенције бактерија на антибиотике.
7. Места инфекције.
8. Имуног система пацијента.
9. Екскреторног система пацијента.

При избору антимикробног средства морамо мислити на чиниоце који утичу на избор антибиотика:
- изолована клица,
- осетљивост на антибиотик,
- фармакокинетика и нуспојаве,
- чиниоци домаћина,
- доказана ефикасност у клиничким огледима,
- постантибиотско деловање,
- цена.

Нека клинчка стања и синдроми, као што је сепса, захтевају промптну реакцију и брз одабир антибиотика, често и више њих заједно. Упркос томе, смртност је и даље веома висока, нешто преко 50%.

Дијагноза мора бити постављена што пре како би се што пре започела антимикробна терапија.

Пре почетка лечења треба урадити уринокултуру и хемокултуру, те понављати их током лечења.

Како је микроорганизам непознат, ослањамо се на клиничку слику и искуство.

На пример, сепса уз пурулентни менингитис и пурпуру најчешће је изазвана менингококом, те треба применити бензил пеницилин. Ако се ради о уросепси, најчешћи узроковач је E. colli, Proteus или Pseudomonas, те треба применити хинолон. Ако се ради о абдоминалној сепси, као узрочници долазе у обзир аероби и анаероби, те треба применити два антибиотика, нпр. цефалоспорин и клиндамицин, или метронидазол или комбинацију имипенема са циластатином, а такође долази у обзир пиперацилин с тазобактамом. Ако се ради о пацијенту са трајним катетером, у обзир долази као узрочник и стафилокок те морамо дати ванкомицин. Акосе се јаве гениталне компликације, лекови избора могу бити гентамицин са клиндамицином, или метронидазол или имипенем са циластатином, или пиперацилин са тазобактамом. У случају кожних инфекција, најчешћи узрочници су стафикокок или стрептокок, те треба дати пиперацилин са тазобактамом.

Грешке у примени антибиотика

Ако током лечења сепсе дође до наглог скока температуре морамо мислити на:
- погрешну изолацију узрочника,
- погрешно примењен лек,
- појаву суперинфекције или резистенције,
- недоступонст извора инфекције,
- ниску концентрацију антибиотика у плазми,
- кратко лечење.

Током примене антибиотика могу бити заступљене грешке настале у лабораторији при идентификацији узрочника инфекције због:
а. неприкладне хранљиве подлоге,
б. употребе неадекватних дискова,
ц. тестирања погрешне клице,
д. давања превеликог значаја зони инхибиције.

Треба споменути и грешке приликом лечења уринарних инфекција. Ако је реч о акутној упали, она је најчешће изазвана једном клицом, док су хроничне инфекције најчешће изазване са две или више клица.

Једна од грешака је непридавање важности ph вредности урина. Ацидификацијом урина повећава се делотворност тетрациклина и пе-

ницилина, а алкализацијом делотворност аминогликозида и цефалоспорина. За алкализацију урина служи бикарбонат, а за ацидификацију аскорбинска киселина. Свакако треба споменути и вазност адекватног хидрирања пацијената.

Литература

1. Водичи добре праксе. 2006.
2. Antibacterial drugc. U: Beers MK, The Merck Manual, West Point reserch, 1999.
3. Archer GL, Polk RE: Principi interne medicine. 1998.

Лекари клиничари у процесу управљања

С. Новак[1]

Clinicians in Health Management

S. Novak

Сажетак: *Научну основу менаџмента у здравству представља процес управљања, који заузима посебно место у клиничкој здравственој нези. Циљ овог рада био је да се анализира улога клиничког лекара у контексту здравственог менаџмента, а све у циљу унапређења постојећег здравственог система у Србији. Улога лекара клиничара разматрана је у различитим променљивим ситуацијама. Реформом система здравствене заштите у нашој земљи усвојена је здравствена политика на националном нивоу, дефинисани су приоритети и планирање развоја здравствене заштите и јавно здравствена стратегија, а нешто мање пажње обраћа се на менаџмент, што је неопходно како би здравствена организација радила ефикасно и за добробит и задовољство пацијената и запослених.*

Кључне речи: *управљање, клиничко здравље, менаџмент.*

Summary: *Scientific basis of the health care management is represented by the mangement process that has a paritular place in the clinical healthcare. The objective of this paper was to analize the clinicians role within the health management context, aiming to improve the carrent healthcare system in Serbia.*

The role of clinicians was explored in a different contexts of change. Within the reforms of healthcare system in Serbia, there has been adopted the health policy on the national level; the priorities have been defined and the plan of the healthcare development and public health strategy, but the less attention has been given to the management issues although it would be necessary for efficient healthcare organization work and to the benefit and satisfaction both patients and employees.

Key words: *governance, clinical health, management.*

Увод

„До скоро се подразумевало да је управљање клиничким активностима искључиво предодређено здравственим радницима. Преовладавајуће становиште било је да искључиво лекари треба да одлучују шта лекари треба да раде” [1]

Јавни сектор у скоро свим земљама света пролази кроз одређен процес промена из два главна разлога због којих су промене почеле: с једне стране је притисак становништва који захтева све квалитетније услуге, а са друге стране је потреба Владе да смањи потрошњу у јавном сектору. Имајући у виду промене у целокупном јавном сектору, па и у здравственом, лекари клиничке медицине се суочавају са двема могућностима – да управљају или буду управљани.

Лекари су стално суочени са неком врстом управљања/менаџмента у свом свакодневном послу (као што је управљање процесом решавања здравственог проблема пацијента, управљање својим временом, управљање особљем или управљање процесом обучавања млађих

1 Мр сц. мед. др Соња Новак, независни консултант.

колега). Њихова „моћ„ да одлуче шта је пацијенту најпотребније, поставља их у један важан положај да управљају здравственим ресурсима и потрошњом. Имајући ово у виду, још 1983. године познати Британски „Griffithov извештај„ истакао је важност укључивања доктора у процес управљања[2].

Имајући у виду наведене чињенице, још није разјашњено да ли руководиоци здравствених установа треба, могу и/или морају бити лекари, или то, ипак, треба препустити обученим менаџерима других струка. У том смислу, мишљења и ставови стручне јавности су подељени.

Циљ рада

Циљ овог рада био је да се анализира улога клиничког лекара у контексту здравственог менаџмента, а све у циљу унапређења постојећег здравственог система у Србији. Улога лекара клиничара разматрана је у различитим променљивим ситуацијама.

Управљање (менаџмент)

Управљање (менаџмент) се састоји из низа активности као што су: прављење буџета, мерење учинка, успостављање организационих аранжмана, које менаџери/руководиоци спроводе да усмеравају и контролишу друге"[3]. Менаџери се разликују од стручног особља (лекара, наставника, итд) у свом начину рада, размишљању и постављању приоритета у ситуацијама када „посао мора бити одрађен„[4] (**табеле 1 и 2**).

Лекари клиничари *би могли* активно да учествују у управљању због: „моћи„ коју

Табела 1: Разлике између доктора и менаџера (Dopson, 1994)[5]

МЕНАЏЕРИ	ДОКТОРИ
Они раде на основу интерперсоналних вештина користећи сарадњу других	Они имају ограничене друштвене контакте са људима који раде у болници
Они подређују појединачне интересе интересима организације	Они теже ка најбоље расположивим доказима пре доношења одлуке
Они су обучени да буду свесни ширих импликација било које активности у оквиру организације	Они ретко добију било какву обуку из области менаџмента или организационих вештина док не буду сениори
Они остварују оптималну искоришћеност ограничених ресурса	Они желе најбоље могуће ресурсе за пацијента
Они су навикнути да раде ка дугорочни циљеви	Они су навикнути да раде ка краткорочним оперативним циљевима.

Табела 2: Разлике између доктора и менаџера (Riley, 1998)[6]

ДОКТОР	МЕНАЏЕР
Фокусирани на појединачног пацијента	Фокусиран на популационе групе и оно што је држава наложила
Неће бити примарно заинтересовани за трошкове	Фокусиран на ефикасно пружен третман у оквиру расположивих ресурса
Имају директне контакте („лицем у лице") са пацијентом и породицом	Ретко срећу пацијенте или породице
Научени су да буду независни и такмичарски	Очекују да поделе дужности са другима
Од њих се очекује да реше све присутне проблеме	Мора да изабере проблем који ће решавати
Висок друштвени статус и професионална слобода	Средњи друштвени статус и одговара шефовима

имају; предности које имају у односу на менаџере других профила (медицинско знање, однос са колегама, ауторитет, поштовање); и поред свега наведеног, истовременог потенцијала да буду обучени за менаџере. Лекари клиничари *би требало* да имају активну улогу у управљању због наведених разлога, али и због растућег притиска за променама. Такође, уколико су доктори менаџери, могу умањити фрустрацију која се јавља из конфликта на релацији доктор-менаџер.

Један од ставова који се налази у литератури јесте да су менаџмент и менаџери заправо уведени да би заменили претходну бирократску структуру као један крут и мање ефективан и ефикасан начин управљања. У контексту промена, менаџмент види менаџере*, [7], као оне „који мисле и реагују, тако да пронађу најбоље начине за остваривање постављеног циља или задатка, користећи при том вештине других људи" док, са друге стране, стручњаци у јавном сектору „користе своје сопствене вештине и знање да би произвели резултате"[3]. У случају односа доктор-менаџер, то значи да главни циљ менаџера јесте да испуни задатке са што мање трошкова, док је главни циљ доктора да уради најбоље за пацијенте без размишљања о томе колико то кошта. Ово је један од главних разлога за неспоразум и тензију између ове две групе људи.

Значај лекара у менаџменту

Многи аутори [1, 8, 9, 10] истичу изузетан значај лекара у менаџменту. Најчешће тврдње у корист овог јесу „доктори *морају* бити укључени у менаџмент" и „да је то укључивање изнад свега у вези са лидерством", „клиничари менаџери јесу једна од кључних група која ће одлучивати успех Националног здравственог система", „да би у потпуности учествовали у здравственом систему будућности, лекари сутрашњице морају бити и јаки клиничари и вешти менаџери", „евидентна је витална улога клиничара у менаџменту и какве год даље реформе могу бити у здравственом систему ... допринос клиничара у менаџменту услуга, не доводи се у питање".

Доктори могу имати две улоге у менаџменту, активну или пасивну: „да сам управља или да неко њиме управља", али сами одлучују која им више одговара[1, 8]. У принципу, активна улога се препоручује, јер бити вођен посматра се као понижавајућа позиција за медицинску професију, али и као одузимање енергије и креативности[1]. Са друге стране, преузимање водеће улоге може пружити докторима „прилику да пруже најбољи квалитет здравствене заштите пацијената са онолико ресурса колико има"[1].

Клиничари *могу* да преузму активну улогу у менаџменту због „моћи„ коју имају над потрошњом средстава, због предности у односу на менаџере других професија, и истовременог потенцијала да буду обучавани као менаџери. У Грифитовом извештају стоји препорука да се доктори активно укључе у управљање, посебно када је у питању коришћење ресурса, јер лекари доносе кључне одлуке у вези са уштедом[11]. Са једне стране, не може им се сугерисати да раде нешто што они не сматрају адекватним, а са друге стране, они могу да контролишу коришћење ресурса у пружању медицинске заштите, дијагностике, третмана или број пацијената који ће бити хоспитализован. Чињенице указују да они морају да „воде" у процесу остваривања ефикасне заштите и услуга[11].

И поред овог, лекари клиничари нису увек вољни да се укључе у руковођење пружања здравствене заштите[12]. Лекарска професија традиционално чини специфично и уско повезано „друштво„ и то доводи до тога да је веома тешко управљати њима. Са друге стране, појединци аутори[1] истичу да основно правило у раду сваког лекара – „урадити тако да ствари функционишу користећи се свим расположивим средствима" – ставља лекаре у солидну

* Минтзбергових 10 улога за менаџера: главна „"фигура""; лидер, повезује људе, надгледа, шири информације, портпарол, предузетник; руководи решавањем турбулентних ситуација, расподељује ресурсе, и преговарач (Figurehead; Lider; Liaison; Monitoring; Disseminating; Spokesperson; Entrepreneur; Disturbance handler; Resource allocator; and Negotiator) [7]

позицију да буду и менаџери. Шта више, знање које су доктори стекли током школовања, заједно са неопходношћу балансирања између теорије и праксе у свакодневном раду и са значајним познавањем менаџерских принципа, ставља лекаре у позицију да буду идеални менаџери[1]. Уз ово, и њихова експертиза у сагледавању јединствености сваког пацијента, пружа лекарима велику предност јер „менаџерске одлуке су једнако јединствене"[1]. На крају, у литеартури[13] се истиче да „…менаџмент јесте основни део оног што чини доктора добрим".

Лекари могу активно да учествују у менаџменту, јер су више поштовани од стране својих колега и других менаџера него што су било који менаџери других профила. Прво, поштовани су од стране колега јер раде на обе стране и, друго, поштовани су од стране других менаџера због специфичног доприноса менаџменту[1].

Због све већег притиска надолазећих друштвених промена, које су посебно актуелне у транизицији, укључивање доктора у управљање може смањити фрустрацију која произилази из односа доктор-менаџер. Лекари су идеални да утичу на здравствену политику у корист боље здравствене заштите пацијената[14]. Пацијенти највише имају добит из укључивања доктора у менаџмент, јер на тај начин се уносе „другачија искуства и перспективе …[градећи]… равнотежу у погледу пацијената, између димензија етике, једнакости, ефикасности и избора"[7]. Важан аргумент је свакако изнео Crosson[15]: „не постоји смисао у томе да шаљемо менаџере на медицински факултет, али постоје добри разлози за обуку лекара у менаџменту или барем оних који су на путу лидерства ".

Неки лекари тврде да им је досадно на радном месту и због тога би могли да размисле о преузимању активне улоге у менаџменту. Коментар једног доктора: „Један од недостатака, имати сталан посао лекара, јесте да добијеш посао и то је за наредних 25 година. Суочен са овим, менаџмент постаје атрактивна опција„[12]. Шта више, исти аутори предвиђају да ће се све већи број лекара тражити да преузме улогу директора клиника или неку руководећу позицију; разговори за посао лекара све чешће садрже питања из менаџмента, а менаџмент се укључује у различите облике додипломске и постдипломске едукације. Укључивање доктора у менџмент смањило би притисак који им се намеће од стране менаџера и техника који они користе[8]. Резултати једног истраживања показали су да главни разлог за укључивање лекара у менаџмент јесте „страх од тога да буду управљани од стране других" што је и илустровано једним коментаром: ,'нећу дозволити да ми неко ко није лекар говори шта да радим у вези са пружањем мојих услуга''[12]. На овај начин и Mullner[13] закључује: ,'биће да ми доктори не волимо да неко нама управља …''.

Анализирајући пример здравственог система Велике Британије, утврдили смо да доктори могу и треба да имају активну улогу у менаџменту на сваком нивоу управљачке структуре као и радно место на тим положајима. Постоји неколико нивоа и доста менаџерских позиција. Улоге доктора у менаџменту су пре свега у свакодневном раду, а формално се дефинишу три нивоа менаџмента* "који морају међусобно да раде да би управљали услугама ефективно"[14]. Менаџерске улоге могу се спроводити и да се не постане менаџер у класичном смислу, па према појединим ауторима постоје три категорије менаџера: менаџер према својој каријери, менаџер са пола радног времена, и менаџер специјалиста („школован„/обучен менаџер)[16]. Постоји и класификација лекара-менаџера у два „екстремна„ модела: „*прави менаџер*„ („клиничар лидер одељења или специјалности и пола менаџер пола клиничар") и „*председавајући*„ („менаџери у овој ситуацији стварно управљају стручњацима у здравству")[17]. Најчешће карактеристике доктора који преузимају менаџерске позиције јесу: млађи доктори/почетници, који су више заинтересовани за менаџерске позиције, као и доктори који специјализирају радиологију, патологију и психијатрију[18]. О било којој улози да

* Три нивоа менаџмента по Паркеру (1995) су: Управни одбор, Управљачки тим институције и тимови директора [14]

је реч, клиничари, пре постављења на менаџерску позицију, морају поседовати основне вештине да би преузели ту улогу[19].

Обука у менаџменту

Један од кључних изазова активне улоге у менаџменту јесте обука. Обука у менаџменту за докторе је неопходна, али „је несистематизована и ограничена на неколико курсева из лидерства, управљања променама, и тимског рада"[7].

Упркос многим покушајима ангажовања доктора у менаџменту, то није увек успешно због искуства које они имају (на пример, медицински директори изложени изазову „значајног оптерећења послом„ и стресу, и клинички директори који показују висок ниво незадовољства[18]. Изазови за докторе су преоптерећење менаџерским послом који доста прелази границе „званичног„ радног времена одређеног за то; одвојеност од клиничког рада/праксе, подучавања или даљег усавршавања у сопственој специјалности; угрожавање колегијалног односа због менаџерског ангажовања; и осећај кривице због додатног оптерећивања ионако већ радом преоптерећених колега[1, 12].

Такође, веома је тешко лекарима који желе да раде пуно радно време у клиничкој пракси[1]. На пример, у једном истраживању, чак пола испитаника „је разматрало повратак клиничким активностима са пуним радним временом и одустајања од менаџерских дужности, а више од пола се осећало потцењеним/недовољно вреднованим у свом доприносу кроз менаџмент "[8].

Са тачке гледишта пацијената, недовољно ангажовање као лекара током времена ангажованих на некој од менаџерских позиција „просто није довољно да се одрже неопходне клиничке вештине"[19]. Сумња у вештине према докторима-менаџерима јавља се и од стране медицинског и не медицинског особља[8]. И на крају, важан изазов јесте да менаџерска позиција „…не може да се ради на адекватан начин у слободно време клиничара"[19], чиме се истиче неопходност потпуног посвећивања позицији, и не са пола радног времена и у различитим варијацијама.

Главни приоритети лекара су: прво, одговорити пацијенту као појединцу, затим организацији која пружа услуге (у интересу групе пацијената) и, на крају, едукација особља[20]. Укључивањем едукације из области менаџмента у медицинско образовање помогло би лекарима да схвате основе и принципе управљања и на тај начин смање незаобилазне тензије између ова „два света„. Уколико не, чак и доктори-менаџери почињу да се понашају као менаџери, па ће и у овом случају тензије расти. Најчешће истицана чињеница јесте да ове две групе људи имају комплетно различито образовање, приоритете и начин рада[18] и на овај начин те разлике треба ублажити.

Ентховен предлаже да „медицинско лидерство може бити ојачано ангажовањем снажног лидера из медицинске праксе и формалном обуком у менаџменту"[11]. Због свега овога, јавља се у многим земљама препознавање важности укључивања предмета менаџмент у редовно медицинско образовање. На пример, у САД-у постоје специјалистички образовни програми у менаџменту за лекаре клиничаре на лидерским позицијама. У Великој Британији *Business School* и *School of Medicine* на *Imperial College* у Лондону имају програме који се баве обликовањем профила „доктори који разумеју менаџмент"[7]. У Канади, постоји МД-МБА програм који „ће припремити кандидате за надметање за позиције у растућој категорији лекари-менаџери који ће се налазити у свим здравственим објектима од најмањих клиника до највећих објеката терцијарне здравствене заштите, од истраживачких лабораторија до универзитета или болничких медицинских одељења"[10].

Укључивање менаџмента у медицинско образовање ће помоћи студентима медицине да схвате принципе менаџмента, смање тензије и унапреде однос доктор-менаџер[7]. Такође, ово би помогло будућим докторима да стекну бољи увид за неко будуће ангажовање у менаџменту.

Закључак

Лекари клиничари могу и треба да имају активну улогу у менџменту, кроз свакодневне активности, на званичним менаџерским позицијама, или кроз пружање подршке менаџерима у њиховом раду. Укључивање менаџмента у додипломско и постдипломско образовање помогло би лекарима да схвате рад менаџера и, штавише, да и сами размисле о сопственом анагжовању у тој области.

У реформисаном јавном сектору менаџери су заменили дотадашњи профил запослених/стручњаке у одређеним областима, са циљем да се смање трошкови и повећа квалитет услуга. Анализом улоге лекара клиничара у наведеном контексту промена, посебно транзиционих, клиничари могу активно да учествују у управљању због „моћи„ коју имају над потрошњом здравственог динара, предности коју имају над менаџерима других профила и због постојања потенцијала да буду обучени за менаџере. У принципу, они или сами могу бити менаџери или ће допустити другима да „управљају„ њима.

Незадовољство лекара и тензије у односу са менаџерима који нису здравствени радници могу да угрозе ефикасност и ефективност њиховог рада. У суштини, доктори могу смањити фрустрације настале у односу докора и менаџера и могу повезати „два света„ доктора и менаџера.

Литература

1. Hansell DM, Salter B: The Clinician's Management Handbook. W.B. Saunders Company Ltd., 1995.
2. Pettigrew AM, Ferlie E, McKeel: Shaping Strategic Change. Sage Publications, 1992.
3. Flynn N: Public Sector Management. 4th edition, Pearson Education Limited, 2002.
4. Humphris D, Masterson A: Developing new Clinical Roles - A guide for health professionals. Churchil Livingstone, 2000.
5. Dopson S: Management - The One-Disease Consultants Did Not Think Existed. Journal of Management in Medicine, 1994; 8 (5): pp. 25-36.
6. Riley, J: Helping Doctors Who Manage. Kings Fund, London, 1998.
7. Atun RA: Doctors and managers need to speak a common language. BMJ, 2003; 326-655
8. http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/326/7390/655, 2004.
9. Chantler C: Leadership, management, and the clinician. Clinician in Management, 1998; Vol. 7, No.1: pp.15-16.
10. Langlands A: Building for the future. Clinician in Management, 1998; Vol.7, No.1: pp.17-19.
11. McGill MD-MBA: Education for the 21st century - Tomorrows physician. 2004
12. http://med.mcgill.ca/admissions/forms/md-mba.pdf, 2004.
13. Enthoven AC: Reflections on the management of the National Health Service. NPHT, 1985.
14. Austin N, Dopson S: The Clinical Directorate. Radcliffe Medical Press Ltd, 1997.
15. Mullner M: Doctors and Managers. BMJ 2003; (March): 326:666.
16. http://bmj.com_mullner326(7390)666a.htm, 2004.
17. Parker R: The management challenge. In: Hansell DM, Salter B: The Clinician's Management Handbook. W.B. Saunders Company Ltd, 1995.
18. Crosson FJ: Kaiser Permanente - a propensity for partnership. BMJ, 2003; 326:654.
19. http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/326/7390/654?ijkey=3daf5dde4228a7c3f7 81798a0bfe8edaa02d326a&keytype2=tf_ipsecsha, 2004.
20. Harrison S, Pollitt C: Controlling health professionals - the future of work and organization in the NHS. Open University Press,1994.
21. White T: Textbook of Management for Doctors. Churchill Livingstone, 1996.
22. Davies HTO, Harrison S: Trends in Doctor-Manager relationship. BMJ, 2003; Vol. 326, March: pp.646-649.
23. The Bristol Royal Infirmary Inquiry: Clinicians who hold managerial positions. 2001.
24. Grimes DS: Doctors have management responsibilities too. In: King Edward's Hospital Fund for London, (ed.), NHS Management Perspectives for Doctors. Hollen Street Press, 1985.

Нов начин третмана инфективног медицинског отпада у Клиничком центру Крагујевац

З. Ђорђевић[1], Н. Ђоновић[2]

New Method Of Treatment Infectious Medical Waste In The Clinical Center Kragujevac

Z. Djordjevic, N. Djonovic

Сажетак: *Увод. Под медицинским отпадом подразумева се сав отпад настао у здравственим установама, без обзира на његов састав, особине и порекло. То је хетерогена мешавина класичног смећа, инфективног, патоанатомског, фармацеутског и лабораторијског отпада, дезинфицијенаса и амбалаже, као и радиоактивног и другог хемијског отпада. Класификација медицинског отпада у Европској унији одређена је Европским каталогом отпада (ЕУ директива/Упутство савета /2000/532/ЕЦ), који је преузет и у наше прописе.*

Циљ рада је сагледавање првих резултата и искустава новог третмана инфективног медицинског отпада у Клиничком центру Крагујевац у оквиру пројекта: Техничка подршка у управљању медицинским отпадом.

Материјал и метод рада. Подаци о количини инфективног медицинског отпада који је обрађен у Клиничком центру Крагујевац добијени су из месечних извештаја које је конципирао финансијски тим пројекта. Обрада података вршена је адекватним математичко-статистичким методама и то: табелирањем, графичким приказивањем, одређивањем мера централне тенденције и мера варијабилитета, хи-квадрат тестом и једнофакторском АНОВА тестом. Сви подаци су обрађени у програму SPSS for Windows ver. 11.0.

Резултати. У периоду од августа 2008. до маја 2009. године у Клиничком центру Крагујевац је обрађено укупно 73 860 kg инфективног медицинског отпада. Највећа количина је обрађена у новембру 2008. , а најмања у априлу 2009. године. Тестирање

Summary: *Introduction. Under the medical waste includes all waste is created in health care facilities, regardless of its composition, characteristics and origin. It is a heterogeneous mixture of classical garbage, infectious, pathoanatomical, pharmaceutical and laboratory wastes, disinfectants and packaging, as well as other radioactive and chemical waste. Classification of medical waste in the European Union is determined by the European catalog of waste (EU Directive / Instruction Council / 2000/532/EC), which is taken in our regulations. Aim is to assess the first results and experiences of new infectious medical waste treatment in the Clinical Center of Kragujevac within the project: Technical assistance in the management of medical waste.*

Material and methods. Data on the amount of infectious medical waste that was processed in the Clinical Center Kragujevac were obtained from monthly reports by the finance team designed the project. Data processing was carried out with adequate mathematical and statistical methods to: tabulation, graphical display, determining measures of central tendency and variability measures, chi-square test and ANOVA test onefactorial. All data were processed in SPSS for Windows ver. 11.0.

Results. In the period August 2008. until May 2009. Clinical Center in Kragujevac is processed a total of 73 860 kg of infectious medical waste. The largest amount was processed in November 2008. , and lowest in April 2009. year. Testing

1 Зорана Ђорђевић, Клинички центар Крагујевац

2 Проф. др Нела Ђоновић, Институт за јавно здравље Крагујевац,

гујевац укупно је обрађено 73.860 килограма инфективног медицинског отпада. Највећа количина је обрађена у новембру 2008. године, а најмања у априлу 2009. године. Тестирањем је утврђено да постоји статистички значајна разлика у количини отпада који је обрађен по месецима ($\chi 2 = 2352.98$, $p<0,01$). Тренд обрађене количине инфективног медицинског отпада (рачунато у кг) показује опадање за посматрани временски период ($r = 0,42$; $y = 2,38 + 0,95x$).

Уопштено говорећи медицински отпад представља значајан ризик по хигијену и здравље пре свега здравствених радника, али и других радника у здравственим установама, затим, пацијената као и лица која раде на сакупљању, чувању и одлагању отпада. Неодговарајуће уклањање медицинског отпада такође је извор загађења животне средине, било контаминацијом водених токова и замљишта или загађењем ваздуха путем емисије високо токсичних гасова.

Увођење система управљања инфективним медицинским отпадом од највећег је значаја за унапређење здравља становништва Србије и унапређење квалитета здравствених услуга.

Кључне речи: *медицински инфективни отпад, законска регулатива.*

has found that there is a statistically significant difference in the amount of waste that is processed by months $\chi 2=2352.98$, $p <0.01$. Trend processed infectious medical waste volumes (calculated in kg) shows a decline for the reference period $r=0.42$ $y=2.38 +0.95$ h.

Generally medical waste is a significant risk to hygiene and health especially health workers, and other workers in health care facilities, then, patients and persons who work in the collection, storage and disposal of waste. Inadequate removal of medical waste also is a source of environmental pollution, any contamination of waterways and soil, or air pollution through the emission of highly toxic gases.

Introduction of infectious medical waste management is of utmost importance for improving the health of the population of Serbia and the improvement of the quality of health services.

Key words: *medical infectious waste legislation.*

Увод

Под медицинским отпадом подразумева се сав отпад настао у здравственим установама, без обзира на његов састав, особине и порекло. То је хетерогена мешавина класичног смећа, инфективног, патоанатомског, фармацеутског и лабораторијског отпада, дезинфицијенаса и амбалаже, као и радиоактивног и другог хемијског отпада. Класификација медицинског отпада у Европској унији одређена је Европским каталогом отпада (ЕУ директива/Упутство савета /2000/532/ЕЦ) који је преузет и у наше прописе. Звездицом (*) је у Каталогу отпада означен опасан отпад. Код медицинског отпада неопасан отпад чини 85%, док опасан заузима 15% [1, 2].

За успешно решавање проблема управљања медицинским отпадом посебно су значајни инфективни и патоанатомски отпад, јер њихове карактеристике и количине одређују и начин поступања са медицинским отпадом.

Инфективни отпад је опасан медицински отпад који садржи патогене микроорганизме који због својег типа и/или концентрације могу изазвати болест људи и животиња. Ова категорија отпада укључује културе и прибор из микробиолошких лабораторија, опрему, материјал и прибор који је био у контакту с крвљу и осталим излучевинама пацијената укључујући хируршке захвате и обдукције, отпад из одсека за изолацију инфективних пацијената, отпад са дијализе, инфузије и сличних захвата, укључујући коришћене оштре предме-

те, рукавице и други прибор за једнократну употребу, инокулисани заразни отпад који је био у додиру с експерименталним животињама и сличан потенцијално инфективни отпад[1].

Посебну категорију чине медицински оштри инструменти и предмети. Овде убрајамо коришћене заражене и потенцијално заражене игле, ланцете, штрцаљке, скалпеле и сличне оштре предмете који су били у контакту с пацијентом или потенцијално инфективним материјалом, а могу довести до убода или посекотина.

Уопштено говорећи, медицински отпад представља значајан ризик по хигијену и здравље пре свега здравствених радника, али и других радника у здравственим установама, затим, пацијената као и лица која раде на сакупљању, чувању и одлагању отпада. Неодговарајуће уклањање медицинског отпада такође је извор загађења животне средине, било контаминацијом водених токова и замљишта или загађењем ваздуха путем емисије високо токсичних гасова.

Увођење система управљања инфективним медицинским отпадом од највећег је значаја за унапређење здравља становништва Србије и унапређење квалитета здравствених услуга.

Циљ рада

Циљ рада јесте сагледавање првих резултата и искустава новог третмана инфективног медицинског отпада у Клиничком центру Крагујевац у оквиру пројекта ,‘Техничка подршка у управљању медицинским отпадом‘‘.

Материјал и методе рада

Подаци о количини инфективног медицинског отпада који је обрађен у Клиничком центру Крагујевац добијени су из месечних извештаја које је конципирао финансијски тим пројекта. У припремној фази пројекта извршена је теоретска едукација лица која ће спровести и пратити реализацију постављених задатака. Поред тога сви руководиоци пројекта имали су писана упутстава у којима је детаљно објашњено евидентирање добијених података и попуњавање задатих табела за извештаје. На овај начин створени су услови за примену јединствене методологије рада на читавој територији Србије. Извештај садржи податке о количини отпада који се ствара у здравственој установи, о радним сатима запослених, потрошном материјалу и енергентима и друге релевантне податке.

Клинички центар Крагујевац је установа терцијарног нивоа здравствене заштите и пружа дијагностичке и терапијске услуге становништву више округа Централне Србије и Северног Косова, са приближним бројем око 2.000.000 становника. Сам град Крагујевац је данас значајан привредни, здравствени и универзитетски центар централног дела Србије и представља четврти микрорегион.

Клинички центар Крагујевац поседује 1183 болесничка кревета, са приближним бројем од 350.000 болничких дана на годишњем нивоу, док просечна заузетост кревета износи 74%.

Обрада података вршена је адекватним математичко-статистичким методама и то: табелирањем, графичким приказивањем, одређивањем мера централне тенденције и мера варијабилитета, χ^2-квадрат тестом и једнофакторском АНОВА тестом. Сви подаци су обрађени у програму SPSS for Windows ver. 11.0.

Резултати рада

У периоду од августа 2008. до маја 2009. године у Клиничком центру Крагујевац укупно је обрађено 73.860 килограма инфективног медицинског отпада. Највећа количина је обрађена у новембру 2008. године, а најмања у априлу 2009. године. Подаци су приказани на **табели 1.**

Тестирањем је утврђено да постоји статистички значајна разлика у количини отпада који је обрађен по месецима (χ^2 =2352,98, $p<0,01$).

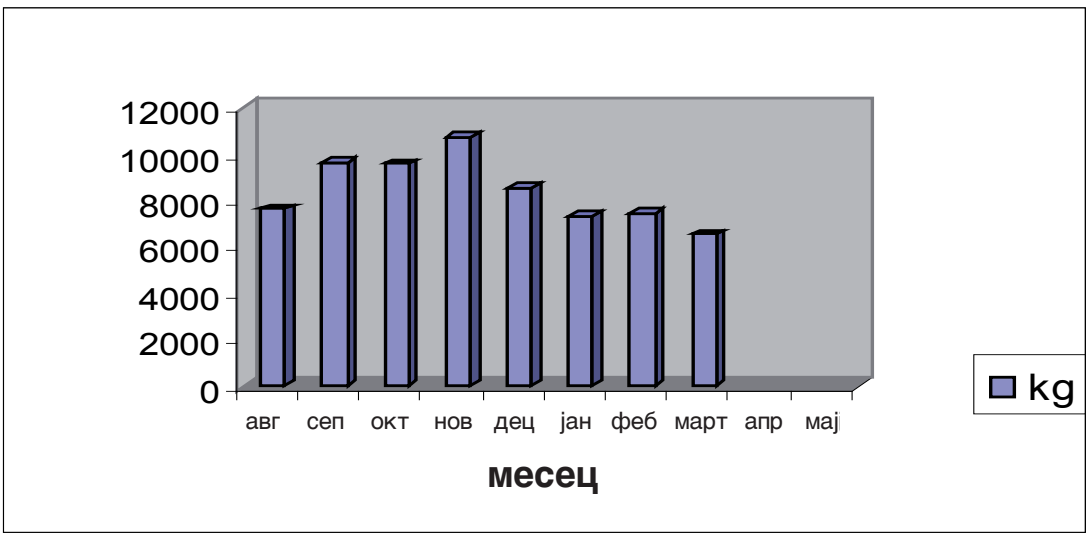
Тренд обрађене количине инфективног медицинског отпада (рачунато у килограмима) показује опадање за посматрани временски период ($r = 0,42$; $y = 2,38 + 0,95x$) – **графикон 1.**

Табела 1: Количина инфективног медицинског отпада обрађеног у Клиничком центру Крагујевац у периоду август 2008. мај 2009. године

Месец	Количина отпада (кг)
Август	7655
Септембар	9695
Октобар	9600
Новембар	10763
Децембар	8592
Јануар	7365
Фебруар	7479
Март	6550
Април	6161
Укупно	73860

У Клиничком центру Крагујевац медицинске услуге се пружају пацијентима који се смештају на болнички третман, али и пацијентима који услуге добијају у тзв. дневним болницама. Број болесничких дана остварених у периоду од августа 2008. до маја 2009. године приказан је у **табели 2**. Такође, на истој табели приказана је и просечна количина (кг) инфективног медицинског отпада створена по болесничком дану. Постоји високо значајна статистичка разлика у просечној количини медицинског отпада у односу на број хоспитализованих болесника, број пацијена у дневној болници и посматраном месецу ($F = 4,53$; $p<0,01$).

Графикон 1: Количина (у кг) и тренд обрађеног инфективног медицинског отпада у Клиничком центру, у периоду августа 2008. до маја 2009. године



Табела 2: Број болничких дана у Клиничком центру Крагујевац (хоспитализованих пацијената и пацијената дневних болница) и просечна количина инфективног медицинског отпада створена по болесничком дану

Месец	Хоспитализовани пацијенти	Дневна болница	Укупно остварених болесничких дана	Просечна кг/ болес. дан
Август	25519	4332	29851	0,265
Септембар	27802	4398	32200	0,301
Октобар	31126	5256	36382	0,264
Новембар	27323	4254	31577	0,341
Децембар	34769	4890	39659	0,217
Јануар	23127	4463	27590	0,267
Фебруар	27349	4441	31790	0,235
Март	30473	4924	35397	0,185
Април	28103	5459	33562	0,183
Укупно	**225591**	**42417**	**298008**	**0,248***

** просечна количина инфективног медицинског отпада створена по болесничком дану за посматрани период.*

Дискусија

Решавање проблема правилног збрињавања медицинског отпада велики је проблем не само у ниско и средње развијеним замљама већ и у развијеним земљама које имају веће материјалне ресурсе, јер је цена његовог збрињавања висока.

Све до 2008. године одлагање медицинског отпада у здравственим установама у Србији одвијало се на начине који су били неадекватни, првенствено због непостојања одговарајућих система за третман ове категорије отпада и непостојања обавезујућих процедура за рад здравствених радника.

Светска здравствена организација, у настојању да помогне најпре земљама у развоју које немају развијену и у праксу уведену националну законску регулативу, у сарадни с Европским центром за околину и здравље, организовала међународну групу за израду практичних водича и смерница за решавање проблема збрињавања медицинског отпада и едукацију особља које рукује медицинским отпадом[3].

Хитност решавања овог проблема потенцирана је и продруживањем Србије Европским интеграцијама и притиском Европске уније да се српско државно законодавство усклади са европским.

Министарство здравља Републике Србије увидело је да се решавању овог комплексног проблема мора приступити озбиљно и започело је активности на увођењу униформног система на читавој територији Србије. Убрзо је покренут пројекат под називом ,'Техничка подршка у управљању медицинским отпадом''. Пројекат има задатак да успостави безбедан систем управљања инфективним медицинским отпадом насталог при пружању здравствене заштите у здравственим установама, методом стерилизације (воденом паром у вакуму под високим притиском). Пројекат, такође, пружа помоћ особљу здравствених установа у имплементацији система кроз низ свеобухватних програма обуке и активности на повећању нивоа информисаности, знања и вештина када је у питању збрињавање инфективног медицинског отпада. Читав пројекат финансира Европска унија[1].

За спровођење у дело овог захтевног, дуготрајног и скупог пројекта нужна је била едукација не само медицинског особља на свим нивоима, него и целокупне јавности о ризицима и могућим последицама због неодговарајуће збринутог медицинског отпада. Основни елементи овог програма били су: успостављање националне политике, законског оквира, образовања особља и укључивања јавности у проблем медицинског отпада.

Клиничком центру Крагујевац додељена је улога централног места за третман отпада (ЦМТ), а заснована је на административно управној области и у складу са Уредбом о плану мрежа здравствених установа. Донацијом Европске уније, преко Европске агенције за реконструкцију, овом центру је додељен систем за стерилизацију инфективног медицинског отпада (три аутоклава) и дробилице за уситњавање стерилисаног отпада (две дробилице).

Циљ пројекта јесте успостављање безбедног система управљања инфективним медицинским отпадом кроз примену набављених система за третман отпада. Третирање инфективног медицинског отпада обавља се паром (стерилизација), за који је прихваћено да представља највиши степен сигурности у његовом збрињавању. Главни циљ стерилизације паром јесте да се инфективни медицински отпад учини безопасним, тј. неинфективним или комуналним. Основни захтев стерилизације инфективног медицинског отпада јесте да процес термичке обраде достигне довољно смањење садржаја биолошких агенаса у отпаду (инактивација тестом дефинисаних спора на 4 $\log^{10}$, или већи ниво редукције). Овај захтев обавезује да температура и период изложености тој температури буду довољно ригорозни како би се постигла жељена деконтаминација. Овако третирани отпад је потом прихватљив за одлагање на локалну санитарну депонију и биолошки је инактивисан, а такође се не може препознати његово порекло[3, 4].

Здравствене установе представљају велике произвођаче опасног отпада. Овај отпад се сматра једним од најопаснијих група међу опасним отпадом, због могућности повређивања особља и високог степена ризика од раз-

воја инфекција. Количине медицинског отпада које се стварају у организационим јединицама Клиничког центра Крагујевац су неједнаке и директно зависе од типа клинике, броја кревета, врсте обољења и стања која се збрињавају, као и од здравствених услуга које се у њима пружају.

Према приказаним подацима види се да количина третираног инфективног медицинског отпада показује благи тренд опадања, што је у сагласности са препорукама Пројекта.

Просечна количина отпада по болесничком дану (0,248кг) је мања од очекиване.

Према проценама Светске здравствене организације дневно се у болницама Источне Европе ствара просечно 1,4 до 2 килограма медицинског отпада по болесничком кревету, а процењује се да од тога 0,7 килограма припада инфективном. У земљама Западне Европе ствара се 3 до 6 килограма медицинског отпада по болесничком кревету, а у Северној Америци 7 до 10 килограма[5].

Медицински отпад је резервоар потенцијално опасних микроорганизана којим се могу инфицирати болесници, здравствено особље или општа популација. Следећа опасност прети од ширења, каткад врло резистентних микроорганизама из здравствених установа у природу. Овај је ризик, нажалост, врло мало истражен. Ипак, познато је да патогени микроорганизми имају ограничену способност преживљавања у околини. Та је способност специфична за сваки микроорганизам и зависи од његове отпорности на неке природне факторе попут температуре, влажности, ултраљубичастог зрачења, доступности органског супстрата, присутности вектора и слично[3].

Уз изузетак отпада који садржи патогене културе или излучине инфицираних болесника, сазнања о микробиолошкој оптерећености медицинског отпада заправо су врло скромне. Осим тога, чини са да медицински отпад није медиј који подржава преживљавање микроорганизама, вероватно зато што готово редовно садржи асептичне супстанце. Нека истраживања су показала да медицински отпад не садржи већу концентарацију индикатора микроорганизама него кућни отпад и да је њихово време преживљавања кратко.У процени преживљавања и ширења патогених микроорганизама у околини свакако значајну пажњу треба посветити векторима попут глодара и инсеката, што се односи на збрињавање отпада унутар медицинских установа и ван њих. Њихове се популације могу развити у неслућеним размерама у условима лошег збрињавања отпада[3].

Правилно руковање медицинским отпадом нарочито је значајно у спречавању инфекција које се могу пренети путем крви и других телесних течности. Највећем ризику за настанак ових инфекција изложени су здравствени радници, али и други запослени у здравственим установама. Поред директног контакта (са инфицираном особом или њеним телесним течностима), не мањи значај у настанку ових инфекција има и индиректни контакт са предметима (медицинска опрема контаминирана крвљу или телесним течностима). Међу њима посебну пажњу заузимају повреде иглама које се користе за дијагностичке или терапијске сврхе и повреде оштрим предметима.

Према подацима Центра за превенцију и контролу болести из Атланте (CDC), дневно се у болничким условима у САД-у догоди око 1.000 повреда иглама или оштрим предметима[1]. При разматрању ових података треба узети у обзир и чињеницу да је број ових инцидената тешко проценити јер се велики број не пријављује у складу са прописима, нарочито у ванболничким установама.

Процењује се да се током године у свету пропише око 12.000 милиона доза лекова који се аплицитрају инјекцијама. Игле и шприцеви које се на неодговарајући начин збрињавају чине опасан ризик за повређивање, развој инфекција и стварају могућност њиховог поновног искоришћавања[3]. Иако се у литератури помиње да око 30 микроорганизама који могу изазвати обољење након перкутане повреде, ипак по својој учесталости као и свакодневном ризику, најзначајније место заузимају инфекције узроковане са три микроорганизма: вирусом хепатитиса Б, хепатитиса Ц и ХИВ-а. Ризик за инфекцију након перкутаног излагања крви болесника заражених вирусом хепатитиса Б, који су HBsAg позитивни, јесте 6 до 30%, а највиши је у случају кад је болесник и

HBeAg позитиван. Ризик за инфекцију вирусом хепатитиса Ц након оваквих повреда јесте 3 до 10%, а код ХИВ-а 0,3%, и зависи од: дубине повреде, присуства крви на игли, примењене процедуре и фазе болести пацијента [6, 7].

Према доступним подацима, као последица поновног искоришћавања игала и шприцева, без претходне стерилизације, годишње настаје: 8 до 16 милиона случајева хепатитиса Б, 2,3 до 4,7 милиона случајева хепатитиса Ц и 80.000 до 160.000 инфекција ХИВ-ом. Многе од ових инфекција биле би избегнуте да се на сигуран начин збрињавају једнократне игле и шприцеви. Поновна употреба једноктарног инјекцијског прибора уобичајена је у одређеним афричким и азијским земљама и у неким земљама Средње и Источне Европе[3].

Укупан број инфицираних вирусом хепатитиса Б међу медицинским особљем и осталим радницима који рукују медицински отпадом у САД-у креће се између 162 и 321, не рачунајући осталих 300.000 нових оболелих који се сваке године пријављују[3].

Према подацима испитивања које је спроведено у здравственим установама у Београду, а које се заснивало на пријавама заразних болести, као и на испитивању прокужености радника запослених у тим здравственим установама, утврђено је да је медицински отпад озбиљан здравствени и општедруштвени проблем. Наиме, ово испитивање је показало да су инфекцији најизложенији помоћни радници, медицинске сестре и лаборанти, где је сваки трећи радник био инфициран вирусом хепатитиса Б. Такође је констатовано да је више од половине спремачица и медицинских сестара запослених на одељењима за хемодијализу прокужено вирусом хепатитиса Б и Ц (антитела у серуму)[8].

Процена ризика од инфекције ХИВ-ом много је мања и креће се између 1 и 4 оболела у години у односу према приближно 68.000 оболелих који се годишње пријављују у целој држави[3].

У нашој земљи, као и у већини земаља света, постоји законска обавеза да се здравствени радници, као и особље које долази у контакт са инфективним материјалом, мора вакцинисати против хепатитиса Б. Нажалост, одговарајуће заштите против хепатитиса Ц и инфекције ХИВ-ом још увек нема[9].

У Клиничком центру Крагујевац на пословима у вези са третманом инфективног медицинског отпада ради: три руководиоца програма, седамнаест техничара и четири оператера на машинама. Презентовани подаци приказани су на **табели 3**.

Табела 3: Број лица задужених за третман инфективног медицинског отпада

Врста посла	Број извршилаца
Руководиоци програма	3
Техничар за отпад	17
Оператер на машини	4

Уместо закључка

Медицински отпад је посебан утолико што постоји већа могућност да изазове инфекције и озледе него нека друга врста отпада.

Неодговарајуће збрињавање медицинског отпада може имати негативне последице и утицај на околину.

Збрињавање медицинског отпада је важна и нужна компонента у заштити околине и здравља људи.

Здравствене установе имају одговорност и дужност да брину о здрављу јавности, с обзиром на отпад који стварају.

ПРИЛОГ 1.

Основни принципи збрињавања медицинског отпада

Управљање инфективним медицинским отпадом одвија се на основу кључних принципа безбедног збрињавања ове категорије медицинског отпада, а према препорукама Светске здравствене организације и Европских директива које се односе на ову област. Ова врста управљања задовољава и сва кључна питања у погледу болесничке неге, безбедности за-

послених здравствених радника и сарадника, као и безбедности посетилаца, контроле инфекције и заштите животне средине.

Раздвајање инфективног медицинског отпада врши се на месту настанка, у амбулантама, одељењима и где год он настаје. Болничко особље врши идентификацију, категоризацију и одвајање отпада на следећи начин:

- оштри предмети (искоришћене игле, скалпели и др.) треба да се одлажу у контејнере са УН кодом који су непробојни и који не пропуштају течност (не цуре) – жуте кантице;
- отпад за третман у аутоклавима (газа, шприцеви, завоји и сл.), треба упаковати у жуте кесе;
- комунални отпад (неинфективни папир, пластична амбалажа и др.) одлаже се у црне кесе за комунални отпад.

Обележавање отпада

Након правилног раздвајања отпада свака жута кеса и жута кантица морају се декларисати. Болничко особље на амбалажу са инфективним материјалом лепи налепницу са знаком за инфективни отпад и обележјем UN 3291 „(BIO) MEDICINSKI OTPAD, N.O.S", која мора бити читко попуњена и мора садржавати следеће податке: датум, категорија отпада према Европском каталогу, извор отпада, име особе која попуњава декларацију.

Једном затворену амбалажу није дозвољено отварати, бушити нити на било који други начин оштетити.

Скупљање и чување медицинског отпада

Инфективни медицински отпад, уредно упакован у одговарајућу амбалажу (жуте кесе и жуте кантице) и правилно обележен, привремено се складишти у просторији у којој се налазе контејнери за привремено одлагање инфективног отпада. Локација, величина и грађевинска својства места предвиђеног за чување отпада зависе од различитих фактора, али свакако место не би смело да има неовлашћени прилаз, као ни да буде доступно векторима разношења. Температура на којој се отпад чува треба да буде таква да не може приметно да појача опасност, нити агресиван мирис отпада у току чувања.

Транспорт медицинског отпада

Особље задужено за одржавање хигијене привремено складишти и транспортује инфективни отпад до места за његов третман.

Сав инфективни отпад мора да буде безбедно упакован у одговарајућу амбалажу (означене жуте кесе и кантице за оштрице) и јасно обележен. Овакво паковање назива се „унутрашње паковање". Унутрашње паковање неопходно је поставити у одговарајуће спољашње паковање, које не захтева КОД УН-а за материјал од кога је направљен, али материјал, тј. контејнер, мора да испуњава следеће услове:

1. мора да буде чврст,
2. мора да има могућност затварања (поклопац и др.) и
3. мора да буде непропусно за воду.

Пожељно је да контејнер буде жуте боје и да на поклопцу постоји међународни симбол за инфективни отпад. Такође је препоручљиво да буде од материјала који омогућава лако чишћење и дезинфекцију (нпр. пластика). Унутрашње и спољашње паковање заједно се називају „комбиновано паковање". Време задржавања овог отпада од тренутка настанка до аутоклавирања је најдуже 72 часа.

Третман инфективног медицинског отпада

У просторији за третман инфективног медицинског отпада врши се аутоклавирање отпадних материја.

Око 80% медицинског отпада може се упоредити са комуналним отпадом, док је само 20% од укупне количине потенцијално опасан отпад који може бити инфективан, токсичан или радиоактиван. Инфективни и анатомски отпад чине више од 15% укупне количине

произведене током медицинске неге, док 3% отпада на хемијски и фармацеутски отпад. Генотоксични отпад, радиоактивне материје и тешки метали учествују са 1% у укупној количини медицинског отпада[3].

Мало је расположивих података о здравственим последицама изложености медицинском отпаду, нарочито у земљама у развоју. Боље познавање ризика и последица изложености штетном деловању медицинског отпада могу само помоћи у унапређењу начина његовог збрињавања и палнирању и предузимању мера заштите здравља људи. Нажалост, класични епидемиолошки приступ овом проблему је отежан због методолошког ризика јер истовремено захтева и процену изложености штетним утицајима и последица изложености[3].

Литература

1. Министарство здравља Републике Србије: Безбедно управљање медицинским отпадом. Национални водич, Београд, 2008.
2. Тошовић С.: Проблем медицинског отпада у Београду. Водич за управљање медицинским отпадом, Градски завод за јавно здравље, Београд, 2007.
3. Turčić V.: Zbrinjavanje medicinskog otpada. Biblioteka higijena i praksa, Nacionalna i sveučilišna knjižnica, Zagreb, 2003.
4. Швабић-Влаховић М., Ћирковић И., Степановић С.: Инактивација медицинског отпада. Медицински отпад као биохазард. Стрилизација и инактивација. Градски завод за јавно здравље, Београд, 2007.
5. Pruss A., Towned W.K.: Teacher s guide - Menagement of wastes from health-care activities. WHO/EOS/98.6, Geneva, 1998. http: www.healthcarewaste.org
6. Damani N.N.: Manual of Infection Control Procedures, 2nd Edition, GMM London, 2003; 181–198.
7. Ranin J., Žerjav S., Salemović D., Jevtović Đ.: Intrahospitalne infekcije virusima koji se prenose putem krvi. Acta Clinica, Beograd, 2003; vol 1.
8. Танасковић М.: Проблем инфективног отпада у Београду. Водич за управљање медицинским отпадом, Градски завод за јавно здравље, Београд, 2007.
9. Правилник о имунизацији и начину заштите лековима. Сл. гласник РС, 11/06.

Финансијски аспекти и импликације постојећег модела организације здравственог система

Н. Атанасковић[1]

Financial Aspects and Implications of the Existing Models in the Health System

N. Atanasković

Сажетак: *Реформе у здравству су постале светски феномен у последњих двадесет година претходног века. Социоекономске промене на глобалном нивоу, утицај медија, приступ информацијама, као и општа свест људи, само су неки од чинилаца који су имали и имају значајног удела у мењању слике о улози здравства, одлучивању, као и начину коришћења здравствених услуга.*

Тенденција пораста учешћа средстава за здравствену заштиту у друштвеном производу, уз присутне проблеме економске ефикасности коришћења ресурса у здравственој заштити, најзначајнији су разлози за реформе система здравственог осигурања и здравствене заштите присутне у последњим деценијама двадесетог века у готово свим земљама. Неопходност реформи система финансирања здравствене заштите показује да ниједан модел не функционише без проблема и да се, стога, упоредо са изналажењем најадекватнијег модела, уводи низ новина, као што су: обједињавање здравственог осигурања и здравствене заштите, комбиновање финансирања здравствене заштите јавним фондовима и приватним осигурањем, увођењем конкуренције у јавни сектор приликом конкурисања за средства јавних фондова, са циљем да на једној страни подигне квалитет здравља становништва, али и да се здравствени систем прилагоди и побољша у складу са финансијским могућностима.

Summary: *Reforms in health care have become a world phenomenon in the last twenty years of the century. Socio-economic changes at global level, the influence of the media, access to information, as well as general awareness of people are just some of the factors that have had a significant stake in changing the image on the role of health, decision making, and how to use health services.*

The tendency to increase the participation of funds for health care in GDP, with the present problems of economic efficiency of resource use in health care, the most important reasons for reform of health insurance and health care present in the last decades of the twentieth century, in almost all countries.The necessity to reform the system of financing health care show that no model doesn not work without a problem and therefore, along the most adequate model, introduces a number of newspapers, such as merging of health care, combining financing health care public and private insurance introduction of competition in the public sector when competing for funding of public funds, in order to raise the quality of one side of health, but also to the health system to adjust and improve in accordance with financial possibilities.

The existing model of a professional organization of health services in Serbia is supported by appropriate financing method. In accordance with the recommendations of the World Health Organization, the existing model is permanently

1 Нелица Атанасковић, магистар економских наука, Дом здравља „Др Сава Станојевић“, Трстеник

Постојећи модел професионалне организације здравствене службе у Србији подржан је одговарајућим начином финансирања. У складу са препорукама Светске здравствене организације постојећи модел се перманентно усавршава и зато је потребно обезбедити финансијска средства која ће у потпуности одговарати жељеном циљу. У даљем тексту приказаће се како се постојећи професионални модел организације здравствене службе финансира и како заједно доводе до остварења крајњег исхода.

Кључне речи: *организације у здравству, здравствени систем.*

improved and it is therefore necessary to provide funds which will fully correspond to the desired goal. In the following text is displayed as the current model of a professional organization of health services financed and how together lead to the achievement of the final outcome ..

Key words: *health care, health systems, models in the health organization.*

Увод

Анализирајући предности и недостатке нашег система који се налази под јавном контролом указано је на проблеме у стварању одговарајућих стимулација у циљу ефикасности институционалних аранжмана. Конкуренција између пружалаца услуга је ограничена. Не само да су слабе стимулације за пружање ефикасније услуге уз ниже трошкове, већ и административна правила и прописи онемогућавају ефикасно управљање. Многе земље су већ прешле или прелазе са овог система на систем са све широм улогом приватног сектора у пружању здравствене неге и уз већу конкуренцију међу носиоцима здравствених фондова и пружаоцима услуга, што се намеће као неминовност и за систем здравствене заштите у нашој земљи. Један од кључних аспеката организације здравственог система јесте свакако и реформа финансирања здравства, па, у том контексту, говориће се о кључним институционалним условима, потенцијалним ефектима стимулације као и рангирања начина плаћања у смислу административних трошкова, поучени искуством земаља из окружења.

Финансирање здравства

Основно питање у вези са финансирањем здравства јесте мобилизација потребних финансијских средстава одговарајућим начином финансирања. Сума новца која се добије из прихода (без обзира на начин финансирања) углавном зависи од тога колико је држава спремна да издвоји, у смислу других циљева (више цене рада), како би се повећала потрошња унутар здравственог сектора. У даљем тексту приказаћемо неколико најчешћих начина обезбеђења финансијских средстава за пружање здравствене заштите:

Финансирање од стране локалне заједнице

У неким земљама, заједница организује и контролише делатност примарне здравствене заштите, а понекад и болничке неге. Под окриљем финансијских планова заједнице, сједињују се финансирање и пружање услуга у здравственој заштити. Многе земље са ниским приходом користе овај модел финансирања како би обезбедиле основну и најпотребнију здравствену заштиту становништву. Једна од најјачих страна финансирања из локалне заједнице јесте одговорност. Међутим, финансирање од стране локалне заједнице има ограничене капацитете када је у питању сакупљање веће суме новца, али може ефикасно да се користи у смислу остваривања битних резултата у примарној здравственој заштити, и понегде у болничкој нези.

Плаћање директно „из џепа“

Овај метод финансирања предвиђа да индивидуални пацијенти директно плаћају даваоцу здравствених услуга из свог ‘’џепа’’ за материјал и услуге које су добили. Ови трошкови, по правилу, не могу да буду рефундирани од треће стране, рецимо од осигурања. Први аргумент у корист овог начина плаћања, нарочито у земљама са ниским дохотком, јесте могућност да се сакупи додатни новац, који ће се потрошити у локалној заједници. На тај начин, теоретски, повећавају се одговорност и транспарентност. Постоји нада да ово може довести до смањене корупције и смањених општих трошкова и сл. Други аргумент у корист овог начина плаћања јесте да овако људи неће користити непотребне услуге здравствене заштите, зато што морају да плате за њих. Међутим, у стварности, крајњи изазов је како обезбедити да људи користе здравствене услуге онда кад им је то заиста потребно, у ситуацији кад немају довољно новца да за њих плате. Партиципација представља један од начина организовања ове врсте финансирања. Новац који долази директно „из џепа“ типичан је за земље са ниским и средњим дохотком. Кад се ради о „неформалним“ начинима плаћања, новије студије кажу да можда постоји спремности и могућност да се плати, поготово за амбулатну делатност нарочито у сиромашним земљама.

Порези

У општем порезу, цео доходак од пореза се користи за финансирање низа владиних активности. Тако здравствени систем мора да се надмеће за финансијска средства са свим другим програмима и секторима које Влада финансира, попут образовања, одбране, итд. Влада добија свој приход из различитих пореза и наплата, као што је порез на доходак, порез на доходак предузећа, порез на додату вредност, итд. Такав систем финансирања ће аутоматски створити више ресурса за здравство, пошто се економија временом развија. Међутим, сакупљање дохотка такође може да порасте или опадне на краћи рок, током пословних циклуса. Највећи проблем у оваквом начину финансирања здравствене заштите у земљама у транзицији јесте чињеница да здравствени сектор мора да се надмеће са другим секторима, и да је здравство најчешће мање битно од неких других области, као што је полиција, одбрана... Укупна сума новца која се може добити од пореза умногоме зависи од националне таксе и спремности државе да потроши тај новац на здравство, а не на одбрану или полицију.

Приватно осигурање

Приватно осигурање значи да људи добровољно одлучују да ли ће купити здравствено осигурање, како би се обезбедили у случају болести. Куповина овог осигурања може да се обави на индивидуалној или групној основи. У свету постоји појачано интересовање за различите облике приватног осигурања. Прво, приватно осигурање може да мобилише додатна средства. Друго, они који не плаћају нису покривени услугама, тако да не постоји проблем избегавања плаћања пореза. Такође, заговорници приватног осигурања тврде и да људи могу да бирају који ће план осигурања да узму, а конкуретно тржиште би на ту ситуацију требало да одговори разноврсним низом производа. Један од аргумената који иду у прилог приватном осигурању почива на конкуренцији, са циљем побољшања ефикасности. Захтев је да конкурентна тржишта осигурања снизе цене здравствене заштите. Такође, даваоци који су суочени са нижим дохотком видеће у томе стимуланс за реорганизацију свог посла, како би се спустиле цене. Највише бриге око конкурентности приватног осигурања лежи у питању „селекције ризика“. У развијеним земљама, структура морбидитета показује да је већина болести хроничне природе, тако да су трошкови здравствене заштите у великој мери предвидиви. Таква ситуација постоји и у Србији. Они који су болесни ове године, вероватно ће бити болесни и следеће. Сматра се да на око пет до десет одсто укупне популације одлази више од 70 одсто укупних

трошкова у здравственој заштити. Тако је ово један велики стимуланс за приватна осигуравајућа друштва да продају осигурање само здравим људима. Са друге стране, уколико прописи захтевају да осигуравајућа друштва продају осигурање по истој стопи, здрави клијенти га неће куповати. Што је мање доброг ризика у осигурању, то је више трошкова, а стопе иду навише. Приватно осигурање има потенцијал да сакупи новац од оних који га имају и који су спремни да се осигурају, али средства прикупљена на такав начин не могу лако да се користе за дотирање сиромашних. Велики број људи не може да се осигура не зато што не жели, већ зато што то себи не може да приушти.

Социјално осигурање

Капацитет социјалног осигурања, са аспекта сакупљања новца, зависи од могућности сакупљања новца (доприноса) од стране послодаваца и радника који су осигурани. Искуство је показало да социјално осигурање може да буде ефикасно у земљама са већином активности у формалном сектору и са компанијама које имају десет и више запослених.

Инструменти финансирања

Финансирање се односи на начин на који се новац мобилише и како се користи. То је једна важна контролна полуга која утиче на исходе као што су здравствени статус и његова дистрибуција и заштита од ризика. Финансирање се састоји од најмање четири главна инструмента[1]:

1) Методи финансирања који обухватају опште приходе, социјално осигурање, приватно осигурање, финансирање заједнице и плаћање из сопственог џепа. Избор главних метода финансирања одређује износ средстава расположивих за здравствену заштиту, ко контролише ресурсе, и ко сноси финансијски терет. Бројни јавни програми конкуришу за финансирање из општих прихода док се социјално осигурање ослања на наменске приходе од премија које плаћају послодавци и запослени. У системима финансирања из општих прихода, социјалног и приватног осигурања, министарство финансија или агенције за социјално осигурање или приватна осигуравајућа друштва ће у одговарајућем појединачном систему узети главну контролу над финансијским средствима. Свака агенција различито врши расподелу средстава, мењајући системске исходе, у одговору на своје јединствене циљеве, интересне групе и политичка и тржишна ограничења. Финансијски терет пада на различите групе људи када се здравствена заштита финансира из пореза или је финансирају пацијенти директно из свог џепа.

2) Расподела средстава између превенције, различитих здравствених услуга, медицинске обуке и капиталних инвестиција одређују техничку ефикасност у стварању здравствених исхода. Расподела средстава такође кључно утиче на ниво заштите од финансијског ризика. На пример, када планови финансирања путем осигурања искључе одређене услуге из покрића, заштита од финансијског ризика за пацијента је елиминисана и они се суочавају са сто посто трошкова. Када јавне установе не обезбеђују одређене услуге бесплатно (или скоро) бесплатно, тада пацијенти морају да плате. Промене у осигуравајућој заштити или у понуди медицинских услуга утичу на пацијентов приступ и коришћење здравствених услуга, што утиче на њихов здравствени статус и задовољство потрошача. Директно јавно финансирање медицинског образовања, изградња болница и медицинска истраживања утичу на квалитет и тип медицинских услуга које обезбеђују.

3) Рационализација полази од становишта да ниједна земља, богата или сиромашна, не може да финансира сваку здравствену услугу које становништво жели. Део здравствене заштите мора да се рационалише. Здравствене услуге могу се рационалисати ценом, временом чекања, компетентношћу пружалаца, правом пацијената да бирају лекаре, расположивошћу комплементарних роба као што су лекови и хирушки материјал, и љубазност пружалаца услуга. Рационализација се првенствено постиже преко контролне полуге

финансирања тако што се одлучује које ће се услуге финансирати и колико се плаћа. Метода рационализације која се одабере има значајне ефекте на једнакост у здравственом статусу, задовољство пацијената и заштиту од ризика. На пример, рационализација здравствене заштите путем цена значи да сиромашнији имају мање приступа него богатији, док рационализација здравствене заштите путем цене значи да сиромашнији имају мање приступа него богати, док рационалисање путем времена чекања не иде у прилог богатих, јер губитак због неискоришћености њиховог времена генерално виши. Наравно, богати могу да оду и потраже услуге код пружалаца који нису под уговором и да плате из џепа.

4) Институционални аранжман за финансирање. Међу опцијама које има једна земља јесу и ослањање на јавни монопол или конкуренцију за обезбеђивање осигурања или централизовање или децентрализовање јавних финансија. У оквиру социјалног осигурања, једна зеља може да организује план осигурања или као јавни монопол, или да дозволи конкуренцију многих профитних и непрофитних планова осигурања, тиме мењајући административну ефикасност. Што је још важније, у којој мери ће финансирање бити конкретно одређује степен негативног избора ризика у финансирању, што са друге стране утиче на груписање ризика. У свим напредним економијама било је тешко постићи опште циљеве једнакости и ублажити негативни избор ризика преко система добровољног осигурања. Као последица тога, све напредне економије ослањају се на опште приходе или на обавезно социјално осигурање за финансирање здравствене заштите.

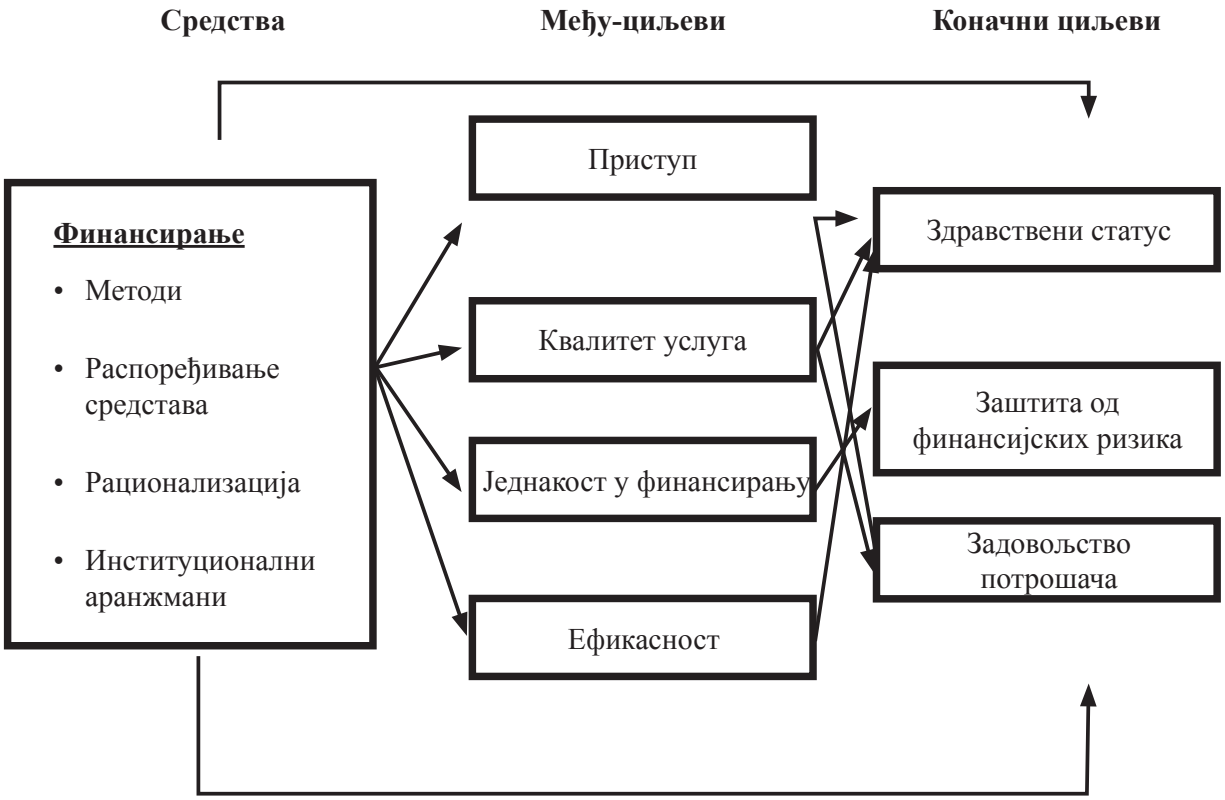
Дискусија

Јавни, државни расходи, показују повећање свог учешћа у друштвеном производу, а на финансирање здравства, образовања, одбране, социјалне политике и социјалног осигурања отпада око две трећине јавних прихода. Финансирање се једним делом врши из доприноса које плаћају осигураници и послодавци, а са друге стране држава учествује у финансирању програма. Програми који се финансирају из пореза или премија социјалног осигурања могу се централизовати или децентрализовати на нивоу региона. У аранжману децентрализованог финансирања, однос између износа пореза или премија које се плаћају и услуга је директнији и лакше се уочава. Сиромашне области имају проблем са финансирањем адекватне услуге ако централна власт не предузме корективне мере. Ако је финансирање система децентрализовано и није успостављен механизам за редистрибуцију између региона или група ризика, децентрализација може да смањи једнакост у здрављу и заштити од финансијских ризика.

На **графикону 1.** су приказани односи између финансирања и одабраних међу-исхода и крајњих циљева. Као што слика приказује, понекад финансирање има директан утицај на коначне исходе а понекад финансирање утиче на међуисходе као што су приступ и квалитет, који с друге стране утичу на здравствени статус и задовољство јавности. Међународна искуства често показују да је финансирање главни одређујући фактор нивоа и дистрибуције и да препознаје два коначна исхода: здравственог статуса и заштите од финансијског ризика[2].

Основна начела свих здравствених система, па и нашег, представљају достојанство, равноправност, солидарност и етичност, са оријентацијом на потребе грађана и његово целокупно здравље[3]. Основни алат за остварење тих циљева јесте прегледан и квалитетан систем финансирања, са ефикасним начином распоређивања здравствених средстава и плаћања услуга. Финансирање здравствене заштите мора да се заснива на финансијском поштењу према извођачима, а мерила, односно критеријуми распоређивања средстава представљају потребе грађана и квалитет здравственог збрињавања. Идеалан систем финансирања утиче на ефикасност вршења услуга и успешност побољшања здравља свих грађана, али нема непосредан утицај на број извршених услуга. Из тог разлога потребно је да се врши надзор над сваким системом и да се спроводи праћење, јер само текућим утврђивањем и отклањањем нежељених ефеката система може

Графикон 1: Односи између инструмената финансирања и општих циљева[2]



да обезбеди стабилност и уравнотеженост здравственог система у остварењу постављених приоритетних циљева.

На подручју финансирања даваоца здравствених услуга и програма има доста различитих приступа, који су проузруковани карактеристикама система као и организацијом здравствене службе, традицијама, развијеношћу капацитета, материјалним могућностима друштва, циљевима система, итд.

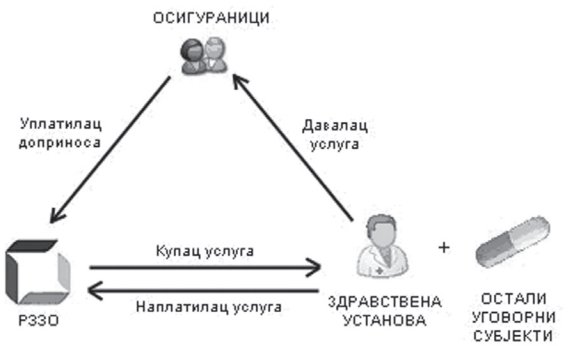
Финансирање здравствене службе у Србији

Постојећи модел професионалне организације здравствене службе у Србији подржан је одговарајућим начином финансирања. У складу са препорукама Светске здравствене организације постојећи модел се перманентно усавршава и зато је потребно обезбедити финансијска средства која ће у потпуности одговарати жељеном циљу. У даљем тексту приказаће се како се постојећи професионални модел организације здравствене службе финансира и како заједно доводе до остварења крајњег исхода.

У нашој земљи преовладава проспективни приступ, што значи да је даваоцу услуга за његов рад унапред одређен и познат обим услуга и сума новца, коју ће примити за остварење свог програма. У функцији професионалног модела постепено се уводе комбинације различитих метода плаћања здравствених услуга по појединим делатностима и службама или временским периодама. То значи, да се уводи модел капитација у примарној здравственој заштити – плаћање по броју опредељених пацијената, за неке делатности паушални начин или плаћање по услугама, а болнице по једној од могућих варијанти које предлаже Светска здравствена организација. Иначе

најједноставнији облик плаћања рада здравствених установа или радника у Србији јесте паушал. То је приступ, по којем се даваоцу услуга одреди годишњи износ новца, са којим мора остварити програм рада. Такав начин може се применити скоро у свим здравственим делатностима и примењује се тамо где је главни циљ платиоца задржавање трошкова здравствене заштите у оквирима његових прихода. У примарној здравственој заштити постепено се и код нас уводи модел капитације (почео се примењивати од 2008. године), по којој је лекар (и његов тим) односно здравствена установа плаћена према броју опредељнеих лица. За свако регистровано лице лекар (здравствена установа) добије известан износ са којим мора обезбедити и пружити осигураницима све услуге из своје делатности. Систем услуга или паушал се комбинује са моделом капитације. Њиме поред уговорене суме новца здравствене установе добијају и додатна средства за број пацијената који су се определили за изабране лекаре и стоматологе у примарној здравственој заштити на месечном нивоу. У болницама се примењује начин плаћња по болесничкон (БО) дану, по случају (по ужим специалностима) а у последње време и по групама дијагноза (ДРГ), а све у циљу како би се уместо система финансирања капацитета постепено увођио систем финансирања услуге, који на много ефикаснији начин помаже спровођењу постојећег модела здравствених организација. Сваки од наведених начина плаћања даваоца услуга има своје предности али и слабе стране и комбинацијом различитих модела покушавају се остварити крајњи циљеви здравственог система. Тако се могу као последица начина плаћања појавити листе чекања, слаба снабдевеност осигураника (нпр. код паушала), или превелика »љубазност« лекара према пацијенатима, који ће им омогућити и неоправдано коришћење неких услуга (код капитације), смањење квалитета и стандарда услуга, итд. То је посебно значајно, ако имамо на уму, да често постоји разлика у плаћању здравствених установа и начину плаћања њихових лекара и осталих здравствених радника. Здравствена установа може бити нпр. плаћена по капитацији или по услугама али њени лекари добијају плату према колективном уговору. Због тога треба код праћења начина плаћања даваоца услуга водити рачуна и о томе, како је ко плаћан у систему.

Графикон 2: Финансијски аспекти постојећег модела у Србији



Праведан начин распоређивања ресурса ствара подстицаје за промену понашања извођача и утиче на ефикасност, равноправност и квалитет резултата здравствених реформи. Наша земља је из тог разлога у имплементацију циљева здравствене политике афирмисала комплетне моделе распоређивања здравствених ресурса који укључују уговорне механизме као и системе плаћања за извођаче, професионалне групе, лекове. Систем финансирања, са начином распоређивања средстава, и плаћање услуга, са ограниченим надзором, утичу на понашање свих делова здравственог система, на обим и трошкове здравствених услуга, на квалитет здравствених услуга, планирање и примену медицинске технологије.

У досадашњим моделима финансирања здравствени субјекти успевају, после одређеног периода увођења и прилагођавања, да искористе недостатке модела. Идеалан модел распоређивања средстава не постоји, али се свакако мора усавршавати и прилагођавати променама модела организације здравствене службе. Успостављање надзора, анализа и текућих промена руководиоци ће успешно моћи да усклађују различите моделе.

Модел пружања здравствене заштите следи облик финансирања. Ово практично значи да подела, структура и ток фондова за здравствену и социјалну заштиту и следствене услуге

могу утицати дословце на сваки аспект интегрисане здравствене заштите.

Начин плаћања даваоца услуга има доста велики утицај на целокупне трошкове државне здравствене заштите односно носиоца осигурања. Због тога треба брижно изабрати »прави« начин, који ће омогућити остваривање циљева система у расположивим финансијским оквирима и који ће на најбољи начим одговарати постојећем професионалном моделу здравствених организација. Због тога су поред начина плаћања значајни стандарди и нормативи, на основу којих се може реално планирати обим и врста здравствених услуга и елементи за вредновање програма услуга и њихових цена. У Србији о тим питањима преговарају представници даваоца услуга и осигураних лица, односно Владе. На основу њиховог договора формирају се цене које се употребљавају код обрачунавања здравствених услуга носиоцима осигурања односно држави. У приватним системима таквих преговора нема него се цене формирају на основу понуде и потражње.

У нашој земљи неопходне су реформе, посебно у области измене законодавне регулативе, унапређења система прикупљања доприноса и увођења добровољног пензијског и здравственог осигурања. Постојећи систем финансирања код нас се константно моделира и усавршава како би обезбедио потребан квалитет пружања здравствених услуга, који одговара професионалном моделу и који у складу са тим обезбеђује рационалан однос у коришћењу пренетих средстава. У професионалном моделу организације здравствене службе окосницу чине: здравствени радници, високо стручни професионалци на чије зараде одлази највећи део финансијских средстава. Републички завод за здравствено осигурање Србије још увек је присиљен да финансира вишак капацитета у систему здравствене заштите који представља највећи проблем када је у питању неусклађеност начина финансирања са постојећим моделом. Чине се велики напори у превазилажењу поменутог недостатка тако што су направљени стандарди за запошљавање кадрова у здравственим установама. Планирање људских ресурса у здравственим установама је условљено финансијским ресурсима. Постојећи модел развија подстицаје у систему здравствене заштите који ће руководству здравствених установа помоћи да се укључе у стратешко планитрање људских ресурса испроба различите тимове или организацију здравствене службе како би се постигла ефикасна добит. Увођење промена у моделима плаћања даваоцима услуга ће имати утицај на понашање здравствених радника, њихову мотивацију и делотворност праксе. Иако постоје у Србији описи радних места, као и улога и одговорност запослених у систему здравствене заштите, постоји и потреба за детаљним описима послова који би дефинисали сврху послова, очекиване исходе и стандарде. Ово би помогло успостављању основе за унапређење начина процене здравствених радника из коришћења методе процене учинка које ће бити подржане финансијским моделом.

Финансирање здравствених установа постаје све децентрализованије па је неопходно ојачати капацитете менаџера на локалном нивоу, како би на најбољи начин управљали додељеним финансијским ресурсима. Искуство руководилаца је од кључног значаја уколико стимулације треба да побољшају ефикасност на планирани начин. Стручно управљање је пресудно за успешну реализацију финансијских активности а нарочито ако се узме у обзир чињеница да здравствене организације у Србији на локалном нивоу располажу са ограниченим менаџерским капацитетима у области здравства.

Ефикасан менаџмент људских ресурса у оквиру здравствених установа је неопходан за рационално коришћење финансијских средстава и квалитет пружених здравствених услуга. Руководствене способности су неопходне како би се постигле предности које пружа ефикасно и ефективно лидерство, а неке од њих су следеће: уредно руковање великим количинама информација; пажљива расподела додељених фондова током периода исплате; коришћење глобалног буџета са децентрализованим планирањем захтева припрему плана буџета и ефикасне преговоре са управом буџета; функционисање комплексних рачуноводствених система и система информисања руководства за-

хтева обучено особље. Зарад успеха здравствени менаџери морају да направе најбољи избор код расподеле финансијских средстава, техничких питања и поделе у вези одабира запослених, залиха и технологије какви се очекују у складу са светским стандардима.

Менаџменту здравствених установа мора да се да могућност да у оквиру прихода које установа оствари, зараду сваког појединца одређује према стручности, обиму и квалитету његовог рада. Мотивисано и продуктивно особље са добрим условима за рад и могућношћу за даљим образовањем, ће допринети побољшању задовољства корисника и особља.

Литература

1. Kenneth Davey: Finansiranje zdravstvene zaštite - ka reformi javnog zdravstva u Srbiji. Palgo centar, Beograd, 2006.
2. Lu J, Hsiao WC: Does Univerzal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons from Taiwan. Health Affairs, 2003; 22(3): 77-88.
3. WHO: The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Ljubljana, 1996.

Специфичности делатности и организационе структуре здравствених организација и институција у Србији

Н. Атанасковић[1]

Characteristics of Health Organizations and Institutions in Serbia

N. Atanasković

Сажетак: *Здравствени систем је једам од ретких подсистема друштва који ради на заштити здравља људи од њиховог рођења до смрти, односно кроз њихов читав животни век. Он је, према томе, не само важан и одговоран већ и неопходан за здравље и здравствени развој појединаца, породица и заједница, свугде где оне постоје. Здравствени систем као део општег друштвеног система развијао се пратећи општи друштвени и економски развој, развој нових мисли и сазнања. Здравствена делатност је дефинисана као делатност од интереса за државу, а обављају је здравствене установе у државом и приватном власништву. Здравствени систем представља један од најсложенијих система у било којој држави. С обзиром на његов значај и утицај на здравствено стање становништва сваке државе, као и због великог економског утицаја, држава спроводи низ мера у планирању и управљању здравственим системом како би обезбедила стабилно финансирање и рационалан и квалитетан систем пружања здравствене заштите, а све то у циљу да се у оквиру расположивих средстава становништву обезбеди основна здравствена заштита. У свим земљама је због старења становништва и увођења нових и скупих технологија присутно стално повећање трошкова пружања здравствене заштите.*

Карактеристике здравственог система указују да управљање и руковођење њима, поред

Summary: *The health system is one of the few sub-systems company that works to protect the health of people from their birth to death, or through their entire life. It is therefore not only important and responsible, but also necessary for health and health development of individuals, families and communities everywhere they exist. Health system as part of a general social system developed following the general social and economic development, development of new thought and knowledge. Health care is defined as a category of interest to the state, and perform a health institution in the state and private ownership. Health system is one of the most complex system in any country. Given its importance and impact on the health of the population of each state, as well as a large economic impact, the state implemented a series of measures in the planning and management of the health system to ensure stable funding and quality and rational system of health care, all in order to that the population within available resources provide basic health care. The costs of providing health care is constantly growing and that is the cause of aging population and the introduction of new and expensive technologies in all countries.*

Characteristics of the health care system suggest that managing and leading them in addition to adoption of general principles of management, require special human approach, understanding behavior, humanity and the renunciation of work-

1 Нелица Атанасковић, магистар економских наука, Дом здравља „Др Сава Станојевић“, Трстеник

прихватња општих принципа менаџмента, захтевају и посебан људски, хумани приступ, разумевање понашања, хуманост и одрицање у раду са људима, посебно кад су болесни, али и читав низ планских и руководећих вештина које су неопходне за њихово успешно функционисање. Лидери у здравственим организацијама омогућавају постизање специфичних циљева, уз ефикасну употребу ресурса и са људима који су мотивисани за рад и раде хармонично. Менаџмент здравствених организација добија све већи значај ради што ефикасније и ефективније реализације програма и активности. Промене формалне организационе структуре представљају недовољан и поједностављен инструмент промена. Како стратегијска и организациона решења постају све комплекснија и захтевнија, јавља се потреба да топ менаџмент здравствених организација замени свој традиционални фокус на стратегију и структуру фокусом на управљање људима и процесима. Данас се критични стратешки захтеви односе на проналажење не најадекватнијег структурног решења већ организационог дизајна који ће омогућити да се искористе сви потенцијали запослених и мотивише читава организација да буде спремна на рад у компликованом и динамичном окружењу.

Кључне речи: *здравствени систем, здравствена делатност.*

ing with people, especially when they are sick, but a series of planning and management skills that are necessary for their successful functioning. Leaders in health care organizations to achieve specific goals, with effective use of resources and with people who are motivated to work and work harmoniously. Management of health care organizations is gaining greater importance to the efficient and effective implementation of programs and activities. Changes in formal organizational structures are insufficient and simplified instrument of change. What strategic and organizational solutions become more complex and demanding, there is a need for top management of health care organizations replacing their traditional focus on strategy and structure, focus on managing people and processes. Today, the critical strategic requirements relating to not finding the most adequate solution, but structural organizational design that will enable to use all potential employees and motivate the entire organization to be ready to work in complex and dynamic environment.

Key words: *health care system, health care.*

Увод

Здравствена установа има неке посебне карактеристике које је чине специфичном. Међу тим карактеристикама су да: у њој раде људи, специјализовани кадрови, да раде за људе да остану што је могуће дуже здрави, да раде са болесним људима да би што пре били излечени и да раде са другим секторима и заједницама ради свог крајњег циља, побољшања и унапређења здравственог стања становништва[1].

Сврха постојања здравствене организације може се сагледати кроз утицај који има на унапређење здравственог стања становништва. Сврха постојања може се остварити путем две мисије: остварење спољашње мисије и остварење њене унутрашње мисије[1].

Остваривање спољашње мисије здравствене организације може се постићи:

- Дефинисањем места и улоге здравствене организације у систему здравствене заштите.
- Дефинисањем места и улоге здравствене организације у односу на циљеве и мере здравствене политике.
- Усклађивање плана рада са захтевима спољне мисије.
- Структурирањем здравствене установе према захтевима спољне мисије.
- Одговарајућим интегрисањем њених делова ради остваривања спољне мисије.
- Мотивацијом њених чланова ради оствари-

вања спољне мисије.
- Одговарајућом контролом оног дела плана који се односи на остваривање њене спољне мисије.
- Ангажовањем потребних средстава и бриге за њихово рационално трошење ради остваривања њене спољашње мисије.

Остваривање унутрашње мисије здравствене организације може се постићи:
- Припремањем плана рада који ће најрационалније користити постојеће ресурсе организације ради постизања њених циљева.
- Што ефикаснијим извршењем планираних активности.
- Одговарајућом контролом испуњења постављених задатака и активности.
- Оптимизацијом организационе структуре здравствене организације како би се што лакше постигли дугорочни резултати.
- Делегирањем ауторитета и одговорности појединим организационим јединицама здравствених организација и обезбеђивањем потребних услова за њихову реализацију.
- Стварањем позитивне радне климе и одговарајуће мотивације радника за што успешнији рад здравствене организације.
- Обезбеђењем неопходних финансијских средстава за реализацију задатака здравствених установа.

Здравствене установе у Србији

Мрежа здравствених установа Србије у државној својини обухвата 330 здравствених установа и то: 126 домова здравља, 40 апотекарских установа (са већим бројем индивидуалних апотека), 16 завода на примарном нивоу, 27 здравствених центара, 16 општих болница, 40 специјалних болница, 6 клиника, 20 института, 5 клиничко-болничких центара, 4 клиничка центра, 7 завода који обављају делатност на више нивоа и 23 завода за јавно здравље. Мрежа здравствених установа Србије покрива град Београд и 29 управних округа. У државним здравственим установама ради око 25.000 лекара, око 37.000 сестара здравствених техничара и више од 30.000 запослених немедицинске струке. Процењује се да у Србији има између 3.000 и 4.000 приватних здравствених установа, од којих су већина типа ординације. Такође је процена да у приватним здравственим установама ради око 15.000 стално запослених[2].

Утемељена је на примарној здравственој заштити, са планираним и највећим делом већ изграђеним домовима здравља и апотекама у општинама и селима; мрежом општих и специјализованих болница и здравствених центара на међуопштинском нивоу; закључно са клиникама и институтима Медицинског факултета, као врхунским здравственим институцијама. Концептом је здравствена заштита и утицај осигураника на развој здравствене службе обезбеђиван првенствено у местима боравка, а комплетне здравствене услуге недалеко од места боравка што је, такође, сагласно препорукама Светске здравствене организације.

Према Закону о здравственој заштити, здравствене организације се оснивају ради обезбеђивања права на здравствену заштиту. Поједине послове из здравствене делатности могу обављати и друге установе, предузећа и физичка лица. Здравствене организације су најзначајније институције којима се омогућује директно коришћење права из здравственог осигурања и здравствене заштите на најповољнији начин. Улога здравствених организација и здравствених радника у овом смислу је неоспорно најделикатнија и највише везана за живот и рад грађана. Свакако, то је разлог што се делатност здравствених организација на остваривању циљева здравствене заштите третира као делатност од посебног друштвеног интереса.

У обезбеђивању и спровођењу здравствене заштите учествују самостално и програмски: грађанин као појединац и породица, предузеће, образовна и друга установа, хуманитарна, верска, спортска и друга организација, заједница и удружење организација здравственог осигурања, општина, град.

С обзиром на то ко је оснивач, здравствене организације могу бити јавне и приватне. Јавне здравствене установе оснивају општине, градови, Република Србија, у складу са пла-

ном мреже здравствених установа (члан 47, став 1. Закона о здравственој заштити). Јавне здравствене установе обављају јавну службу. Стога су и услови за њихово оснивање једнаки. У те услове спадају одређени број здравствених радника са положеним стручним испитом. Постоје следеће врсте здравствених организација: дом здравља, апотека, болница, завод за јавно здравље, клиника, институт, клиничкоболнички центар и клинички центар (члан 46, став 2. Закона о здравственој заштити)[3]. Врсте, број, структура и распоред здравствених организација у државној средини у Републици Србији одредила је републичка Влада легислативном Уредбом о Плану мреже здравствених установа[4].

Уредбом је регулисана посебна и организациона структура појединих врста здравствених организација од дома здравља до клиничког центра, као и распоред и број здравствених организација по окрузима. Начелно, здравствену организацију може основати свако правно и физичко лице, под условима који су утврђени законом (члан 46, Закона о здравственој заштити)[3]. „На оснивање, управљање, руковођење, надзор над законитошћу рада и укидање здравствене установе примењују се одредбе закона којима се уређује систем јавних служби, осим ако законом није другачије одређено. У погледу права, обавеза и одговорности запослених у здравственој организацији примењују се прописи о радним односима у предузећима и колективни уговор“[5].

Здравствена организација може почети са радом и обављати делатност када министарство надлежно за послове здравља утврди да су испуњени прописани услови, тј. ако има одређен број здравствених радника са посебним квалификацијама, одговарајућу опрему, уређаје, лекове, просторије и ако испуњавају друге услове предвиђене законом. Све здравствене организације спроводе здравствену заштиту и послове здравствене делатности на начелу јединства превентивних, дијагностичкотерапијских и рехабилитационих мера, као и на начелима свеобухватности, доступности, непрекидности, ефикасности и достигнућима медицинских и других наука. Здравствене организације имају посебне дужности утврђене законом као и услове за оснивање и обављање здравствених делатности у здравственим установама и другим облицима обављања здравствене делатности[6].

Делатности организација у здравству су: истраживање, праћење и организација мера ради отклањања узрока оболевања и повреда, сузбијање последица оболевања и повреда одговарајућим интервенцијама и савременим методама лечења; организација мера за санирање животне и радне средине и побољшања хигијенских услова за живот и рад уопште ради унапређивања здравственог стања грађана, интензивно учешће у стварању повољних услова за нормалан биолошки развитак у очувању здравља специфичних групација становништва које су иначе најугроженије (деца, омладина, труднице и мајке, радници и др.)[7].

Здравствени систем

„Здравствени системи се састоје од људи и поступака чија је примарна сврха да побољшају здравље“ (према дефиницији Светске здравствне организације)“[8]. Под људским елементом здравственог система се не подразумевају само особе које су задужене за пружање здравствених услуга - здравствени професионалци, већ и грађани који, променом здравственог стања, улазе у овај систем. Како је здравствени систем комплексна и сегментирана творевина, њега чине: 1. организације које пружају здравствене услуге, 2. организације које прикупљају средства и 3. корисници услуга (пацијенти).

Организације које пружају здравствене услуге

Организације које пружају здравствене услуге су људи и установе, тј. објекти у којима они обављају свој посао. Одговарајуће обучени здравствени професионалци предузимају бројне поступке и мере чија је примарна сврха да одрже, унапреде или поврате здравље. Ови поступци се спроводе кроз услуге формалних здравствених служби, као дела здрав-

ственог система, које врше промоцију и превенцију здравља. Дакле, ужи део здравственог система обавља интервенције здравствене заштите, које се састоје од куративних и палијативних мера. Традиционалне јавне здравствене активности обухватају све ове мере и поступке. Здравствени сектор, као ужи и специјализованији део здравственог система, може да врши и друге интервенције и мере чија је примарна сврха побољшање здравља, а налазе се са њим у индиректном контакту. Већи део друштва погрешно интерпретира здравствени систем као активности којима се баве само здравствени радници (здравствени сектор). Здравствени сектор је само део сложене форме здравственог система. Како на здравље утиче више фактора, тако ће и више људских активности и делатности у оквиру привреде имати везе са очувањем здравља. Стога се здравствени систем може посматрати по две линије: хоризонталној и вертикалној. Вертикална хијерархија здравственог система је организација самог здравственог сектора и тела која се баве креирањем здравствене политике, као и контроле примене закона у здравству и функционисања система уопште. Са овог аспекта, здравствени систем се дели на примарни или периферни ниво (апотеке, истурене апотекарске станице, домови здравља, амбуланте), на секундарни, односно, интермедијарни (апотекарске установе, клиничко-болнички центри, установе за рехабилитацију) и на централни ниво (здравствене установе специјализоване за одређене делатности, агенције за лекове). Уређеност здравственог система је регулисана законима чију контролу спроводи Министарство здравља. Здравствени систем сваке државе је њена лична одговорност и на њој је да дâ нацрт организације пружања здравствених услуга на свим нивоима. Да ли ће се системом управљати централизовано или из више различитих центара, зависи од степена интеграције самог здравственог система у државни апарат. Сагледавањем здравственог система по хоризонталној оси, уочава се његова сложеност и важност повезаности са другим гранама индустрије и услужним делатностима. Сви они кооординисаним комуницирањем са здравственим сектором омогућавају правовремено пружање здравствених услуга траженог квалитета и остварење здравственог програма. Због свега овога се здравствени систем може дефинисати и као укупност елемената који учествује у обезбеђивању здравствене заштите становништва. Здравствене организације могу а и не морају учествовати у активностима финансирања, инвестирања и управљања. Ако имају удела у томе, онда се њихова функција на месту пружања услуге мора ограничити, јер прожимање више функција у једној особи или организацији може утицати на објективност и валидност доношења одлука. Такав тип преклапања је непримерен и непожељан.

Организације које прикупљају средства

У Србији протоком новца здравственог система се бави Фонд здравственог осигурања и то гледајући да делују што је могуће више у корист грађана, јер на здравственом систему, самим тим, и држави, лежи одговорност да заштити грађане од превеликих и непотребних трошкова. Фондови на различите начине прибављају новац, било од државе прописаним буџетом, било од самих грађана, и тако прикупљена новчана средства дају на располагање највишим управљачким структурама у здравствени систем, које ће, у складу са својим плановима и државним интересима, даље руковати са тим капиталом, у циљу пружања квалитетних услуга. На овај начин, осигуравајуће организације могу и да контролишу приступачност лекара и пацијената једних другима.

Корисници услуга

Пацијенти и циљне групације свакако јесу у центру пажње и делатности здравственог система. Они представљају објекат коме је заштита намењена. Али нису само болесни грађани објекат у том смислу. Танка је граница између статуса болесника са дијагнозом и здравог појединца, како због бројних чинилаца здравља тако и због разноликости и далекосежности активности здравственог система.

И обични грађани представљају објекат, преко промотивно-превентивих мера које се спроводе у циљу побољшања здравља. Прихватајући промотивне поруке и вођењем здравог начина живота, избегавањем здравствених ризика и одржавањем личне и комуналне хигијене, грађани узимају активно учешће у креирању сопственог здравља, понашајући се као копроизвођачи здравља. Међутим, коришћењем готових идејних решења, која су осмислили здравствени професионалци како би помогли здравственим организацијама да се избаве из неприлика, грађани се посматрају и као потрошачи (директни или индиректни) здравствених услуга. Грађани доприносе здравственом систему и као осигураници, који својим личним средствима, која се прикупљају од стране специјализованих организација, обезбеђују неометано и квалитетно пружање здравствених услуга. На овај начин, они са своје стране делимично учествују и у управљању здравственим системом и његовом профилисању. Поред свих ових фунција, грађани обављају још једну, есенцијалну за сам здравствени систем. Део грађана се из хуманих разлога опредељује за школовање за здравствени кадар. Здравствени позив, због своје природе и рада са људима, ризичан је и одговоран. Испрофилисан је на више занимања, у зависности од степена стручне спреме. Свако од тих занимања доприноси нормалном функционисању система, али су пацијентима најближи и за њихово здравље најодговорнији лекари и фармацеути. Досадашње дефиниције и објашњења наводе нас да уочимо да је здравствени систем динамична творевина, отворен систем у оквиру кога његове основне компоненте, као и циљна тела којима су намењене услуге – људи – могу неометано циркулисати и у зависности од ситуације, услова и дешавања, заузимати различите положаје и улоге у самом систему.

Литература

1. Мићовић Предаг: Здравствени менаџмент. Обележја, Београд, 2008.
2. Пендић З., Вујотић Љ.: Подлоге за примену информационих технологија у здравственом систему Србији – Е здравље у Србији. EUROSYSTEMS, Београд, 2007; 7 стр.
3. Закон о здравственој заштити. Службени гласник РС 107/05.
4. Уредба о Плану мреже здравствених установа. Службени гласник РС 37/99.
5. Јовановић Предраг: Радно право. Службени гласник, Београд, 2000.
6. Службени гласник РС 99/92, 2/00.
7. Довијанић П.: Здравствене установе - организација, функције, задаци. Београд, 1981.
8. Тасић Љ.: Фармацеутски менаџмент и маркетинг. Наука, Београд, 2002; 71 стр. финиција СЗО (Светске здравствене организације).

ИЗВОД 1.

Службени гласник Републике Србије 130/07

На основу члана 187. став 2. Закона о здравственој заштити (Службени гласник РС 107/05) министар здравља доноси

ПРАВИЛНИК

о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике

IV Спровођење поступка континуиране едукације

Члан 7.

Систем бодовања континуиране едукације врши се на следећи начин:

Д) **Публикације**

Ред. број	Научни и стручни чланци	Вредновање у бодовим	
		Први аутор	Остали аутори
1.	Чланак објављен у часопису који се цитира у Current contents или Science citation index	20 бодова	укупно 20 бодова
2.	Чланак објављен у часопису који се цитира у Index medicus или Excerpta medica	10 бодова	укупно 10 бодова
3.	**Чланак објављен у неиндексираним страним и домаћим публикацијама**	**5 бодова**	**укупно 5 бодова**
4.	Коаутори на апстрактима или постерима на конгресима на којима нису били присутни	1 бод	сваки по 0,5 бодова
5.	Књига, монографија, уџбеник	40 бодова	укупно 30 бодова
6.	Уредник књиге	30 бодова	
7.	Поглавље у књизи	20 бодова	10 бодова
8.	Уредник индексираног часописа		до 10 бодова годишње
9.	Уредник индексираног часописа		до 5 бодова годишње

Број: 110-00-391/2007-02
У Београду, 27. децембра 2007. године

Министар
Проф. др Томица Милосављевић

ИЗВОД 2.

Република Србија, Министарство здравља

ОБАВЕШТЕЊЕ

о условима за добијање назива примаријус

Назив примаријус може се доделити доктору медицине, доктору стоматологије и дипломираном фармацеуту, који има најмање:

1) 12 година рада у здравственој делатности, од чега шест година после положеног специјалистичког испита;

2) публиковане стручне и научне радове чији је једини аутор, првоименовани аутор или коаутор, бодованих са најмање 100 бодова, под условом да је 60 бодова остварено у радовима у којима је једини или првоименовани аутор.

Редни број	Научни и стручни чланци	Вредновање у бодовим	
		Први аутор	Коаутор
1.	Рад објављен у изводу (резиме, постер) у домаћем зборнику или суплементу	4 бода	2 бода
2.	Рад објављен у изводу (резиме, постер) у међународном зборнику или суплементу	8 бодова	6 бодова
3.	Рад објављен у целини у домаћем зборнику или суплементу	6 бодова	3 бода
4.	Рад објављен у целини у међународном зборнику или суплементу	10 бодова	6 бодова
5.	**Стручни часописи – национални, оригинални рад**	**15 бодова**	**10 бодова**
6.	Стручни часописи – међународни, оригинални рад	30 бодова	20 бодова
7.	Монографије	20 бодова	10 бодова
8.	Поглавља у стручним књигама	15 бодова	10 бодова
9.	Ужа специјализација	20 бодова	
10.	Студије другог степена, магистеријум	20 бодова	
11.	Студије трећег степена, докторске академске студије*	40 бодова	

*Студије другог и трећег степена се не сабирају.

Прихватају се само радови објављени у стручним часописима који имају ознаку: CIP каталогизацију у публикацији (ISSN, ISBN, UDK, UDC).

Период у коме је аутор објављивао радове не може бити краћи од шест година, односно радови морају бити објављени у најмање шест различитих календарских година.

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 кореспонденција, његову адресу, број телефона и евентуално е-маил 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 табе-ли 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 „Индеџ Медицус“.

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Униформ рељуиремент фор манусцриптс субмитед то биомедицал јоурналс, који је објавио „Интернатионал цоммиттее оф медицал јоурнал едиторс“ у Н. Енг. Ј. Мед. 1997;336;309 15.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

613/614

ЗДРАВСТВЕНА заштита: часопис за социјалну медицину, јавно здравље, здравствено осигурање, економику и менаџмент у здравству / главни и одговорни уредник Христо Анђелски. - Год. 1, бр. 1 (1972) - . - Београд : Комора здравствених установа Србије. 1972 (Београд : Stilprint SS). − 26 cm

Месечно.
ISSN 0350−3208 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858